

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA
**ORGANIZACJI
OCHRONY
ZDROWIA**

REDAKCJA NAUKOWA **MIROŚLAW JAROSIŃSKI**



SGH

OFICyna WYDAWNICZA SGH
SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA
**ORGANIZACJI
OCHRONY
ZDROWIA**

REDAKCJA NAUKOWA **MIROŚLAW JAROSIŃSKI**

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA
**ORGANIZACJI
OCHRONY
ZDROWIA**

REDAKCJA NAUKOWA **MIROŚLAW JAROSIŃSKI**



SGH

OFICyna WYDAWNICZA SGH
SZKOŁA GŁÓWNA HANLOWA W WARSZAWIE
WARSZAWA 2017

Recenzent

Aldona Frączkiewicz-Wronka

Redaktor językowy

Magdalena Rokicka

© Copyright by Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2017
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości
lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

Wydanie I

ISBN 978-83-8030-179-5

Oficyna Wydawnicza SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
02-554 Warszawa, al. Niepodległości 162
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl
e-mail: wydawnictwo@sgh.waw.pl

Projekt i wykonanie okładki

ADYTON

Skład i łamanie

DM Quadro

Druk i oprawa

QUICK-DRUK s.c.

e-mail: quick@druk.pdi.pl

Zamówienie 148/IX/17

Spis treści

Wstęp	7
-------------	---

Część I

Wybrane systemowe uwarunkowania zarządzania podmiotami leczniczymi

Barbara Więckowska

Rozdział 1. Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie <i>evidence based management</i> w systemie ochrony zdrowia w Polsce	13
--	----

Ewelina Nojszewska

Rozdział 2. Narzędzia analizy ekonomicznej w ochronie zdrowia	37
---	----

Krzysztof Dziedzic

Rozdział 3. Wybrane czynniki ryzyka deterioracji jakości klinicznej usług medycznych świadczonych przez podmioty lecznicze w świetle uwarunkowań ekonomiczno-gospodarczych	57
--	----

Mikołaj Pindelski

Rozdział 4. Nowe technologie w ochronie zdrowia	91
---	----

Część II

Strategiczne wyzwania i operacyjna działalność w podmiotach leczniczych

Mirosław Jarosiński

Rozdział 5. Strategia działania organizacji ochrony zdrowia w warunkach niepewności	119
---	-----

Grzegorz Pawlus, Beata Pawlus

Rozdział 6. Rozwiązania dające przewagę konkurencyjną – przykłady ze Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie	131
---	-----

Monika Dobska, Paweł Dobski

Rozdział 7. Marketing relacyjny jako podstawa kształtowania strategii
projakściowej w usługach medycznych 169

Wioletta Mierzejewska

Rozdział 8. Sposoby rozwoju podmiotów leczniczych 197

Sylwester Gregorczyk, Krzysztof Ogonowski

Rozdział 9. Zarządzanie zmianą w organizacji ochrony zdrowia 225

Jacek Grzywacz

Rozdział 10. Bankowa obsługa finansowa podmiotu leczniczego 249

Jacek Sawicki

Rozdział 11. Zarządzanie prywatną placówką medyczną 269

Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia 295

Wstęp

Ochrona zdrowia w Polsce podlega silnie uwarunkowaniom makroekonomicznym, w tym zwłaszcza społecznym, politycznym i prawnym. Tak działa się zawsze, ale dziś jest to szczególnie widoczne. Monografia *Współczesne wyzwania organizacji ochrony zdrowia* ukazuje się w momencie przełomowym, gdy w ochronie zdrowia w Polsce dokonywane są daleko idące zmiany systemowe.

Publikacja ma na celu identyfikację wyzwań otwierających się obecnie przed zarządzającymi podmiotami leczniczymi i innymi organizacjami ochrony zdrowia w Polsce oraz próbę przedstawienia propozycji radzenia sobie z tymi wyzwaniami. Monografia składa się z jedenastu rozdziałów omawiających różnego typu wyzwania, przed którymi stoją obecnie lub stają na co dzień zarządzający organizacjami ochrony zdrowia, a całość pracy została podzielona na dwie części.

Część pierwszą, zatytułowaną *Wybrane systemowe uwarunkowania zarządzania podmiotami leczniczymi* otwiera rozdział autorstwa Barbary Więckowskiej, opisujący mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie *evidence based management* w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Powstanie map potrzeb zdrowotnych ma na celu, w dużym uproszczeniu, identyfikację potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w poszczególnych obszarach geograficznych i specjalistycznych w celu optymalizacji ich zaspokojenia ze strony państwa. Tym samym mapy staną się narzędziem wywierania wpływu na podmioty lecznicze co do rodzaju i liczby świadczonych usług.

Rozdział drugi, autorstwa Eweliny Nojszewskiej, zwraca uwagę na potrzebę prowadzenia w ochronie zdrowia analiz ekonomicznych zarówno na poziomie makroekonomicznym, jak i mikroekonomicznym, czyli poszczególnych organizacji ochrony zdrowia. Autorka w swoim rozdziale przedstawia różne narzędzia analizy ekonomicznej, które mogą być bardzo przydatne w ochronie zdrowia.

Analiza kolejnego rozdziału, opracowanego przez Krzysztofa Dziejzica, prowadzi z kolei do konkluzji, że kierowanie się wyłącznie czynnikiem ekonomicznym

może w podmiotach leczniczych prowadzić do pogorszenia jakości świadczonych usług medycznych, a tymczasem najważniejsze powinno być dobro pacjenta.

Ostatni rozdział części pierwszej, napisany przez Mikołaja Pindelskiego, omawia nowe technologie w ochronie zdrowia. Rozdział wnosi ciekawe spojrzenie na możliwości wykorzystania najnowszych technologii, takich jak wirtualna rzeczywistość czy druk 3D w świadczeniu usług medycznych. Wyzwaniem stają się często strategiczne decyzje co do wykorzystania najnowszych technologii i modyfikacji sposobu obsługi pacjenta.

Część drugą, zatytułowaną *Strategiczne wyzwania i operacyjna działalność w podmiotach leczniczych* rozpoczyna rozdział autorstwa Mirosława Jarosińskiego, koncentrujący się na strategiach działania podmiotów leczniczych w reakcji na zachodzące wokół nich zmiany, zwłaszcza w sytuacji niepewności. Autor rozdziału przede wszystkim uwrażliwia zarządzających na konieczność analizy makrootoczenia i śledzenia na bieżąco zachodzących w nim ewolucji i rewolucji, aby z wyprzedzeniem dobrać odpowiednie strategie do kierunku zmian.

Następny rozdział, napisany przez Grzegorza Pawlusa i Beatę Pawlus, zawiera omówienie dwóch niestandardowych rozwiązań ze Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie: koncepcję rozszerzenia usług medycznych Oddziału Neonatologii poprzez utworzenie Pododdziału Patologii Noworodka, a także otwarcie Regionalnego Banku Mleka Kobiecego, które są przykładami działań wzmacniających przewagę konkurencyjną szpitala w sektorze położnictwa w Warszawie.

Kolejny rozdział, przygotowany przez Monikę i Pawła Dobskich, skupia się na roli marketingu relacyjnego w kształtowaniu strategii projakościowej w usługach medycznych. Autorzy rozważają zmiany, jakie współcześnie nastąpiły w relacji lekarz – pacjent, i zachęcają do przywrócenia symetryczności tej relacji.

Rozdział ósmy, opracowany przez Wiolettę Mierzejewską, dotyczy sposobów rozwoju podmiotów leczniczych. Autorka skupia się głównie na rozwoju zewnętrznym jako sposobie pozyskiwania zasobów i umiejętności niezbędnych w realizacji nowych zamierzeń strategicznych. Rozdział jest bogato ilustrowany przykładami związków strategicznych w ochronie zdrowia w Polsce.

Z kolei rozdział dziewiąty, autorstwa Sylwestra Gregorczyka i Krzysztofa Ogonowskiego, omawia problemy związane z zarządzaniem zmianą w procesie dostosowania się organizacji do nowych wymagań otoczenia, takich jak zmiana przepisów czy realizacja nowej strategii. Przedstawia sprawdzone w praktyce mechanizmy i narzędzia pozwalające na skuteczne wprowadzanie zmian w organizacji.

Rozdział dziesiąty został przygotowany przez Jacka Grzywacza i dotyczy bankowej obsługi finansowej podmiotu leczniczego. Przedstawia w sposób syntetyczny i kompleksowy warunki racjonalnej obsługi finansowej świadczonej przez banki oraz określa zasady korzystania z usług finansowych w sposób umożliwiający uzyskiwanie wymiernych korzyści.

Ostatni rozdział, napisany przez Jacka Sawickiego, rzuca spojrzenie na kwestie zarządzania prywatną placówką medyczną. Stanowi przegląd różnych zagadnień istotnych w zarządzaniu podmiotem leczniczym z punktu widzenia prywatnego właściciela, m.in. umiejscawiając prywatne placówki w polskich regulacjach prawnych dotyczących świadczenia usług zdrowotnych.

Niniejsza monografia nie obejmuje wszystkich wyzwań, przed którymi współcześnie stają zarządzający organizacjami ochrony zdrowia, a dla tych, które zostały przedstawione, nie prezentuje absolutnie wszystkich możliwych rozwiązań. Mam jednak nadzieję, że jej zawartość będzie choć trochę pomocna w zmaganiu się z trudną rzeczywistością ochrony zdrowia i przygotowaniu na niepewną przyszłość. Życzę zatem wszystkim czytelnikom, aby lektura monografii była nie tylko miła, lecz także praktyczna.

Mirosław Jarosiński

Część I

**Wybrane systemowe uwarunkowania
zarządzania podmiotami leczniczymi**

Rozdział 1

Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie *evidence based management* w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Barbara Więckowska¹

Wprowadzenie

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych. Identyfikowane są one nie tylko na poziomie województw, lecz także powiatów. Ze względu na powyższe istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu². Działania te, niezależnie od instytucji je wdrażających (NFZ, Ministerstwo Zdrowia, właściciele/dyrektorzy placówek medycznych), muszą być jednak poprzedzone rzetelną analizą, która przede wszystkim wskaże parametry systemu mówiące o stopniu nierówności i nieefektywności systemowych. Obserwacja tych parametrów w kolejnych okresach będzie dawała podstawę do wnioskowania o poprawie/pogorszeniu

¹ Dr Barbara Więckowska, adiunkt w Katedrze Ubezpieczenia Społecznego, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. W okresie od 2013 r. do czasu powstania niniejszego tekstu Autorka pozostawała Dyrektorem Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialnego za przygotowanie pomysłu (zapisy ustawy, stworzenie rozporządzenia) oraz wdrożenie map potrzeb zdrowotnych w Polsce. Niniejsze opracowanie stanowi jednak opis prywatnych poglądów Autorki jako pracownika naukowego SGH.

² Jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia nierówności w zdrowiu są postrzegane jako „niesprawiedliwe, niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia”, których zmniejszenie stanowi „nakaz etyczny akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw” (*European Observatory on Health Systems and Policies Series: Diagnosis-Related Groups in Europe*, 2011).

tych nierówności w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych³. Narzędziem spełniającym powyższe przesłanki są mapy potrzeb zdrowotnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych tworzone są w wielu krajach (np. Österreichischer Strukturplan Gesundheit w Austrii czy Plan Regional De Sante Publique we Francji). Są one istotnym narzędziem wspierającym proces podejmowania decyzji w systemie ochrony zdrowia (ang. *evidence based management*) zarówno w aspekcie zapewnienia trwałości działań (w rozumieniu częściowego uniezależnienia od procesu politycznego i opierania decyzji na podstawie obiektywnych analiz), jak i wsparcia procesu wyjaśniania/tłumaczenia polityki społecznej obywatelom, co w szczególności w obszarze polityki zdrowotnej jest niezmiernie trudne. Z tego względu mapowanie potrzeb zdrowotnych zostało istotnie wsparte przez Komisję Europejską poprzez wprowadzenie tzw. wymogów *ex ante*. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013⁴ uruchomienie środków strukturalnych będzie uzależnione od spełnienia wymogów warunkowości *ex ante*, czyli zapewnienia wykonania określonych warunków wejściowych umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich. Według Załącznika XI do powyższego rozporządzenia ogólnego warunki te dotyczą m.in.: „Istnienia krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE, zapewniających stabilność gospodarczą” (warunek 9.3)⁵. Ramy te powinny wynikać z zapisów map potrzeb zdrowotnych.

³ Zasadność dokładnego opisu analizowanej populacji potwierdzają publikacje krajowe (*Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia, Warszawa, 2011; *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012; *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012) oraz instytucji międzynarodowych (S. Cavanagh, K. Chadwick, *Health Needs Assessment: A Practical Guide*, National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005).

⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz. Urz. UE L 347, 20.12.2013.

⁵ W ramach celu tematycznego nr 9 Umowy partnerstwa (UP) – Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją.

1.1. Rys historyczny

Tworzenie map potrzeb zdrowotnych w Polsce nie jest zupełnie nowym, nieznanym wcześniej mechanizmem. We wcześniejszych latach występowały podobne inicjatywy. Jednymi z najważniejszych były działania prowadzone w 1999 i 2003 r.

Przepisy powołujące kasy chorych, tj. wchodzące w życie od 1999 r., nałożyły, zgodnie z art. 55a Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, obowiązek na organy samorządu terytorialnego⁶, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych w porozumieniu z regionalną Kasą Chorych, przygotowywania (corocznie) planów (minimalnego)⁷ zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej⁸. Na podstawie tego planu Kasa Chorych miała zawierać umowy ze świadczeniodawcami. Zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać plan, miały zostać określone w rozporządzeniu. Jednakże rozporządzenie to⁹ weszło w życie dopiero w listopadzie 2001 r.¹⁰ Zgodnie z nim plany miały na celu zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgniarских oraz wskazanie niezbędnej dla tego celu liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych i innych świadczeniodawców. Należy tutaj podkreślić, że plan miał dotyczyć całego leczenia ambulatoryjnego, obejmującego łącznie świadczenia POZ i AOS¹¹, co wymuszało

⁶ W późniejszej wersji przesunięty na wojewodów (nowelizacja Ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 88 poz. 961).

⁷ Wyraz „minimalnego” został dodany w nowelizacji z 2001 r.

⁸ Organy samorządu terytorialnego miały zamieszczać plan w dzienniku urzędowym województwa, na obszarze którego działa Kasa Chorych.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2001 nr 121 poz. 1315.

¹⁰ Prawdopodobnie przyczyną takiego stanu rzeczy był nawał prac związanych z wyodrębnieniem Ministerstwa Zdrowia ze struktur Ministerstwa i Opieki Społecznej – Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, Dz.U. 1997 poz. 943 z późn. zm., weszła w życie 1 kwietnia 1999 r. ustanawiając nowe działy administracji, w którym wyszczególniono dział „Zdrowie” (bez opieki społecznej). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia, Dz.U. 1999 poz. 1018 – weszło w życie 10 listopada 1999 r. oraz dostosowanie związanej z tym legislacji (w pierwszej kolejności ustaw).

¹¹ Koncepcję tę potwierdzają zapisy art. 2 pkt 1 pp. 2 tego rozporządzenia: „2. ciągłość leczenia ambulatoryjnego osobom przewlekle chorym oraz realizację innych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej, w szczególności: a) badania diagnostyczne, w tym analityki medycznej, b) rehabilitację leczniczą, c) profilaktykę, w tym: szczepienia

konieczność przemyślenia i organizacji współpracy na linii tych dwóch typów świadczeniodawców. Co więcej, jeżeli chodzi o świadczenia ambulatoryjne, rozporządzenie zawierało wytyczne co do obszaru, jaki powinien obejmować świadczeniodawca danego typu¹².

Likwidacja Kas Chorych była równoznaczna z zaprzestaniem obowiązku tworzenia planów minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹³. Jednakże ustawodawca nie zapomniał o tym mechanizmie przy tworzeniu nowej instytucji – Narodowego Funduszu Zdrowia. Ustawa o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁴ w art. 101 wprowadzała obowiązek tworzenia przez zarząd województwa wojewódzkich planów zdrowotnych oraz obowiązek tworzenia przez ministra obrony narodowej, ministra sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych. Zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać plan, zostały określone przez rozporządzenie w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu¹⁵.

Plany te, w przeciwieństwie do tych tworzonych za czasów Kas Chorych, obejmowały wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych, czyli również leczenie zamknięte (szpitalne, sanatoryjne, opiekę długoterminową). Sam zakres danych był również znacznie szerszy. Poza znacznie większą liczbą wskaźników

ochronne, profilaktykę stomatologiczną, d) opiekę medyczną nad: noworodkiem, niemowlęciem, dzieckiem, młodzieżą, kobietą ciężarną i kobietą w okresie połogu trwającego do 42 dni od dnia porodu oraz osobami niepełnosprawnymi”.

¹² § 4. W planie ustala się, z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 3, zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu dziedzin medycyny, określonych w przepisach odrębnych, uwzględniając:

- 1) na poziomie gminy – zabezpieczenie świadczeń z zakresu: a) podstawowej opieki zdrowotnej, b) położnictwa i ginekologii, c) stomatologii,
- 2) na poziomie powiatu lub powiatów (dla populacji 100,0 tys. ubezpieczonych) – zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w następujących dziedzinach medycyny: a) alergologia, b) chirurgia ogólna, c) choroby płuc, d) dermatologia i wenerologia, e) diabetologia, f) kardiologia, g) neurologia, h) okulistyka, i) ortopedia i traumatologia narządu ruchu, j) otolaryngologia, k) położnictwo i ginekologia, l) psychiatria, m) rehabilitacja medyczna, n) reumatologia,
- 3) na poziomie województwa – zabezpieczenie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie uzupełniającym świadczenia, o których mowa w pkt 2, oraz z zakresu pozostałych dziedzin medycyny, które mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

¹³ Zatem plany minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej były tworzone tylko przez 2 lata.

¹⁴ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391 z późn. zm.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu, Dz.U. 2003 nr 115 poz. 1087.

związanych z systemem ochrony zdrowia obejmującą nie tylko dane demograficzne czy dotyczące korzystania ze świadczeń, lecz także opisujące czynniki ryzyka mieszkańców województwa, informacje o środowisku fizycznym, jak również społeczną ocenę systemu ochrony zdrowia wyrażoną analizą skarg pacjentów, w planach tych znajdowała się szczegółowa strategia działań dla każdego z zakresów świadczeń i rodzajów świadczeniodawców z uwzględnieniem celów strategicznych, celów operacyjnych i spodziewanych efektów docelowych. Niestety brak było jasnego powiązania pomiędzy obecnym opisem sytuacji a tymi celami strategicznymi.

Plany te, podobnie jak plany minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, nie były jednak tworzone zbyt długo (tylko przez jeden rok) – zostały uchylone już w 2004 r. w konsekwencji wyroku Trybunału Konstytucyjnego kwestionującego zgodność ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z konstytucją RP¹⁶. W nowo wdrażanej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷ nie przewidziano mechanizmu kontynuującego planowanie potrzeb zdrowotnych.

1.2. Proces wdrażania map potrzeb zdrowotnych w Polsce

Jak już wspomniano we wprowadzeniu, mapowanie potrzeb zdrowotnych jest jednym z warunków *ex ante* nałożonych na kraje członkowskie przez Komisję Europejską w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020. Jednakże niezależnie od tych wymagań w Polsce ponownie pojawiła się potrzeba budowania planów rozwoju systemu ochrony zdrowia opartych na danych i analizach (ang. *evidence based management*) – zaplanowano systemowe rozwiązania dla tworzenia i zakresu wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych. Obowiązek tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Polsce został wprowadzony ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁸. Został temu poświęcony odrębny dział – Dział IVa „Ocena potrzeb zdrowotnych”.

¹⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03.

¹⁷ Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.

¹⁸ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2014 poz. 1138.

Zgodnie z zapisami ustawy wyróżnia się dwa typy map: mapy regionalne i mapę ogólnopolską. Powstanie map na poziomie regionalnym ma na celu określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych lokalnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Analiza ta dotyczyć ma przede wszystkim obszaru świadczeń charakterystycznych dla świadczeniodawców powiatowych, czyli: z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz ginekologii i położnictwa, jak również tych zakresów świadczeń, które są charakterystyczne dla poziomu wojewódzkiego. Przygotowanie analiz do poziomu poszczególnych świadczeniodawców pozwoli na interoperacyjność wyników, tj. wartości wskaźników obliczonych dla jednostek na najniższym poziomie analizy będą mogły być odnoszone do wartości wskaźników dla poziomów wyższych lub do wartości pożądaných ustalonych przez organizacje krajowe, międzynarodowe lub zdefiniowanych na podstawie literatury jak również porównywane pomiędzy regionami. Pozwoli to na zidentyfikowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego.

Opracowanie ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych ma na celu dostarczenie analogicznych informacji co w przypadku poziomu regionalnego, z tym że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) zabezpieczanych na poziomie całego kraju. Ponadto jej zadaniem jest zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych, co umożliwi identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane jest podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa.

Zgodnie z art. 95a regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, w cyklach 5-letnich¹⁹, sporządzają wojewodowie przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych²⁰, opierając się na projektach map (bazujących na jednolitej

¹⁹ Przy czym prowadzona jest coroczna aktualizacja/monitoring wyników map.

²⁰ Zgodnie z art. 95b. 1. ustawy skład rady jest dość duży, ponieważ w jej strukturę wchodzi wszyscy wojewódzcy konsultanci i ośmioro członków reprezentujących następujące instytucje:

- 1) przedstawiciel wojewody,
- 2) przedstawiciel marszałka województwa,
- 3) przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- 4) przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
- 5) przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego,
- 6) przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa,

metodyce analizy i jednolitych źródłach danych dla wszystkich województw) przekazanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Po otrzymaniu wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego przygotowuje projekt mapy ogólnopolskiej i przedstawia wszystkie dokumenty do akceptacji ministra zdrowia. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i urzędów obsługujących wojewodów.

Tak ustawa definiuje docelowy model tworzenia map potrzeb zdrowotnych. Jednakże w okresie przejściowym, obejmującym pierwsze dwie edycje map (mapy publikowane do dnia 1 kwietnia 2016 r. obowiązujące w okresie od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. oraz mapy publikowane do dnia 31 maja 2018 r. obowiązujące w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.), podjęto decyzję, że mapy przygotowuje minister właściwy do spraw zdrowia²¹. Decyzja ta była podyktowana możliwością dostępu do informacji będących w posiadaniu płatnika i zgromadzonych w rejestrach (w tym w rejestrach medycznych)²² oraz troską o przygotowanie jednolitych wzorców wskaźników wykorzystywanych w procesie wnioskowania o systemie ochrony zdrowia w Polsce. Równocześnie zakres tematyczny pierwszych map potrzeb zdrowotnych został zawężony do obszaru leczenia szpitalnego, ponieważ zdiagnozowano, że jedynie w tym obszarze dysponuje się najbardziej kompletnymi i rzetelnymi danymi niezbędnymi do przeprowadzenia analiz.

Oprócz procesu zdefiniowanego przez ustawę ze względu na warunkowość *ex ante* prowadzone były działania przyspieszające wdrożenie nowego instrumentu. Dzięki środkom europejskim Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia zrealizował projekt „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”²³.

7) przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa,

8) przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

²¹ Dokładnie to Departament Analiz i Strategii został zobligowany do przygotowania tych pierwszych dwóch edycji map potrzeb zdrowotnych.

²² Minister zdrowia jest właścicielem tych zbiorów danych, dlatego ich łączenie i analiza mogą być dokonywane na poziomie ministerstwa bez konieczności zmian aktów prawnych.

²³ Był to projekt w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Budżet projektu wynosił prawie 5 mln PLN. Projekt polegał przede wszystkim na przygotowaniu i przeprowadzeniu szkoleń z procesu mapowania potrzeb zdrowotnych w Polsce (prawie 1400 osób zostało przeszkolonych

W wyniku tego projektu powstały dwie pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych: dla chorób nowotworowych (guzy lite) i dla chorób serca. W kolejnym kroku zrealizowano zapisy ustawowe, tj. opublikowano tzw. mapy szpitalne, gdzie dokonano analizy dla poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Najbardziej obszerny materiał, tj. kolejne 30 tematycznych (wg chorób) map potrzeb zdrowotnych w układzie lecznictwo zamknięte, AOS i POZ dla pierwszej grupy chorób (tzw. grupa A²⁴) oraz lecznictwo zamknięte dla drugiej grupy chorób (tzw. grupa B²⁵), został opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia 31 grudnia 2016 r. Wszystkie wyniki prac są dostępne na stronie internetowej www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl.

1.3. Zakres informacji przedstawianych w mapach

Zakres treści map potrzeb zdrowotnych regulowany jest przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2015 poz. 458). Zgodnie z nim każda z map, niezależnie od tego, czy jest regionalna czy ogólnopolska, składa się z trzech części (art. 1):

- 1) analizy demograficznej i epidemiologicznej,
- 2) analizy stanu i wykorzystania zasobów,
- 3) prognoz potrzeb zdrowotnych.

– Narodowy Fundusz Zdrowia (kadra zarządzająca centrali i oddziałów), kadra zarządzająca szpitali, urzędy wojewódzkie i marszałkowskie).

Realizacja projektu pozwoliła nie tylko na stworzenie modeli statystycznych, lecz także na zapoznanie szerokiego grona uczestników systemu ochrony zdrowia z zaprojektowaną autorską metodyką oraz zebranie szeregu konstruktywnych uwag co do dalszych prac w zakresie mapowania potrzeb zdrowotnych.

²⁴ Grupa A obejmuje następujące grupy chorób:

1) choroby układu kostno-mięśniowego, 2) choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku starczego), 3) choroby układu nerwowego (pozostałe choroby), 4) choroby układu krążenia, 5) choroby układu oddechowego (przewlekłe), 6) choroby układu oddechowego (ostre), 7) choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, 8) choroby dziecięce, 9) choroby psychiczne, 10) ciąża, poród, połóg, 11) cukrzyca, 12) hematologia (nowotwory), 13) hematologia (pozostałe), 14) nowotwory niezłośliwe, 15) wady wrodzone.

²⁵ Grupa B obejmuje następujące grupy chorób:

1) choroby metaboliczne, 2) choroby oka i okolic, 3) choroby skóry, 4) choroby układu płciowego mężczyzn, 5) choroby układu płciowego kobiet, 6) choroby układu moczowego, 7) choroby układu trawiennego (wątroba i trzustka), 8) choroby układu trawiennego (górnym odcinek bez wątroby i trzustki), 9) choroby układu trawiennego (dolny odcinek), 10) choroby uszu i wyrostka sutkowatego, 11) choroby zakaźne (WZW), 12) choroby zakaźne (HIV), 13) choroby zakaźne (inne), 14) stomatologia, 15) urazy (złamania, zatrucia etc.).

Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dwa główne bloki informacji:

- blok demograficzny, na który składają się takie informacje jak m.in.: liczba ludności i jej struktura z podziałem na poszczególne powiaty (dla mapy regionalnej) i na poszczególne województwa (dla mapy ogólnopolskiej), przeciętne dalsze trwanie życia, liczba urodzeń i współczynnik płodności, zgony według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie (rozpoznania stanowiące przyczynę 80% zgonów w województwie uzupełnione o pozostałe rozpoznania stanowiące przyczynę 80% zgonów w kraju, jeżeli nie są to zbiory tożsame)²⁶ na podstawie liczby zgonów w ujęciu bezwzględnym, na 100 tysięcy ludności, i w postaci standaryzowanego wskaźnika umieralności²⁷.
- blok epidemiologiczny, który obejmuje wartości współczynnika chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności i współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i województwie w przypadku rozpoznań, dla których istnieją rejestry, a który w praktyce został również rozszerzony o „klasyczny” współczynnik chorobowości.

W wyniku porównania zakresu danych prezentowanych w tej części dokumentu można stwierdzić, że jest on prawie zbieżny z poprzednimi planami świadczeń zdrowotnych. Największa różnica dotyczy wskaźników epidemiologicznych, jakimi są zapadalność i chorobowość, a które to w bezpośredni sposób determinują potrzeby związane ze świadczeniami zdrowotnymi (odniesiono się tutaj do danych rejestrowych).

Druga część mapy potrzeb zdrowotnych dotyczy analizy stanu obecnego, obserwowanego w roku, dla którego tworzona jest mapa, czyli, zgodnie z art. 2 pkt 2 rozporządzenia zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy. Ta część z jednej strony zawiera informacje znacznie bardziej rozszerzone w stosunku do poprzednich dokumentów systemowych w obszarze analizy funkcjonowania świadczeniodawców, z drugiej jednak nie uwzględnia informacji wychodzących poza system ochrony zdrowia, a mających

²⁶ Celem tego typu analiz „jest lepsze poznanie ich rozpowszechnienia na różnych terenach (...)”, a same analizy „stanowią punkt wyjścia do wyjaśnienia przyczyn tych zjawisk, a następnie podjęcia działań, aby je zminimalizować poprzez poprawienie sytuacji na tych obszarach, gdzie jest ona najbardziej niekorzystna”. B. Wojtyński, D. Rabczenko, P. Pokarowski, A. Poznańska, J. Stokwizewski, *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

²⁷ Wszystkie te wartości obliczane są, w przeciwieństwie do pozostałych, na podstawie danych trzyletnich.

na niego wpływ (informacje te czasem są ujęte nie wprost, tj. stanowią założenia modeli prognostycznych stanowiących trzecią, ostatnią część map potrzeb zdrowotnych).

Wspomniane rozszerzenie informacji dotyczy przede wszystkim następujących bloków informacji:

- analizy stopnia wykorzystania wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną i łóżek szpitalnych (wskaźnik obłożenia),
- analizy udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z wykorzystaniem co najmniej trzech znaków klasyfikacji), procedur medycznych (według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9), grup świadczeń i trybu przyjęcia (w przypadku leczenia szpitalnego) z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku,
- analizy średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w podziale na rodzaje oddziałów szpitalnych, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku, jeżeli dotyczy,
- analizy migracji świadczeniobiorców pomiędzy powiatami w ramach województwa i między województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku.

Oczywiście rozporządzenie bardzo ogólnie definiuje elementy mapy (np. analiza procedur medycznych). Podyktowane to zostało chęcią wprowadzenia elastyczności analiz, które powinny być dostosowane zarówno do sfery funkcjonowania świadczeniodawców (opieka zamknięta, opieka ambulatoryjna), jak i poszczególnych grup schorzeń (inne są np. wskaźniki jakości dla chorób leczonych zabiegowo, a inne dla chorób leczonych zachowawczo). Przygotowując proces wdrożenia map, założono, że dopiero po uzyskaniu ostatecznej formuły dokumentów (w szczególności wskaźniki procesu i wyników dla poszczególnych grup chorób) rozporządzenie definiujące zakres treści map zostanie znacznie uszczegółowione²⁸.

Należy tutaj podkreślić, że z rozporządzenia istotnie wybrzmiewa potrzeba analizy nie tylko wartości bezwzględnych, lecz także wskaźnikowych. Analiza relatywna (porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych

²⁸ Jest to szczególnie ważne w kontekście ciągłości metodyki analizy danych dla możliwości przeprowadzenia analizy trendów.

i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego, tj. w stosunku do pozostałych powiatów w województwie jak również w stosunku do pozostałych województw) umożliwi wskazanie tych obszarów/dziedzin, których wsparcie na danym terenie jest najbardziej istotne w kontekście niwelowania różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych²⁹.

Dane są prezentowane zarówno w ujęciu terytorialnym, jak i na poziomie poszczególnych świadczeniodawców. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów (np. analiza obciążeń, sezonowość pacjentów, (standaryzowana) przeciętna długość pobytu, profil leczonych chorób) jest wskazanie jednostek, które efektywnie je wykorzystują i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców, zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwala na przeprowadzenie optymalizacji alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Innym elementem map jest analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami podziału terytorialnego państwa. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych, za którymi migrują pacjenci, określenie, w których jednostkach podziału administracyjnego są zaspakajane poszczególne potrzeby zdrowotne oraz które ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń³⁰.

Ostatnim, najtrudniejszym elementem map są prognozy (na okres obowiązywania mapy oraz na 10 i 15 lat). Powinny one wynikać ze wcześniejszych części mapy i obejmować demografię, epidemiologię i prognozę potrzeb na świadczenia zdrowotne. Zdefiniowanymi w rozporządzeniu wartościami prognozowanymi są między innymi liczba osobodni hospitalizacji, liczba osób hospitalizowanych i liczba potrzebnych łóżek szpitalnych.

Zgodnie z rozporządzeniem założenia prognoz mają zostać poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegowych. Szczególnym warunkiem brzegowym jest przyjęty standard leczenia.

²⁹ Oczywiście przy takim podejściu nadal pozostanie pytanie o oczekiwany/optimalny średni poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w kraju.

³⁰ Należy tutaj podkreślić, że eliminacja migracji nie może być celem sama w sobie. W przypadku świadczeń/schorzeń, które występują rzadko w populacji, centralizacja diagnostyki i leczenia (a tym samym migracja za świadczeniami) jest ze względu na bezpieczeństwo medyczne pacjenta wręcz pożądana.

W praktyce przyjęto, że w wariancie bazowym prognozy zakłada się powielenie dla wyprognozowanej grupy narażonej na ryzyko obserwowanego wzorca leczenia (obserwowanej częstotliwości świadczeń udzielanych dla poszczególnych grup chorych i obserwowanej struktury względem typu świadczeniodawców, tj. podział na leczenie zamknięte i otwarte). Dzięki takiej analizie można będzie wskazać problematyczne obszary wymagające racjonalności i priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych.

Z kolei analiza wrażliwości powinna wynikać z wiedzy eksperckiej specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, którzy mają wiedzę pozwalającą na wskazanie zakresu możliwych do wprowadzenia zmian systemowych (w szczególności w zakresie standardu leczenia), oraz ich potencjalnego harmonogramu czasowego. Dzięki takiemu podejściu przyjmowane cele zdrowotne będą wynikać z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli (popytu), nie zaś głównie ze strategii inwestycyjnej poszczególnych świadczeniodawców³¹. Dodatkowo, przy odpowiednio elastycznie zdefiniowanym modelu prognostycznym, będzie można dokonywać również oceny *ex ante* proponowanych/postulowanych zmian w systemie ochrony zdrowia – przygotowanie kolejnych wariantów analizy wrażliwości.

1.4. Onkologia i kardiologia – pierwsze mapy według nowego systemu

Jak już wcześniej wspomniano, w związku z warunkowością *ex ante* Polska zobowiązała się do przygotowania map potrzeb zdrowotnych dla chorób nowotworowych (guzy łe) i chorób układu krążenia (choroby serca) w terminie do 31 grudnia 2016 r. Zadanie to realizował Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia w ramach projektu pn. „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”.

Przyjęte podejście, tj. przygotowanie map potrzeb zdrowotnych w układzie grup chorób wynika z próby określenia popytu/potrzeb na świadczenia zdrowotne. Onkologia i kardiologia zostały z premedytacją wybrane jako

³¹ Strategia ta oczywiście jest swego rodzaju pochodną liczby potencjalnych pacjentów, ale wynika również w dużej mierze z przyjętego sposobu finansowania świadczeń i relacji wycen poszczególnych świadczeń.

pierwsze dwie grupy chorób podlegające nowemu procesowi mapowania potrzeb – (1) znaczenie tych grup: stanowią one dwie główne przyczyny zgonów w Polsce, są to jedne z głównych przyczyn hospitalizacji, (2) jakość danych: dla obu grup chorób prowadzone są rejestry medyczne. Istniało zatem domniemanie, że jakość danych w tych obszarach będzie jedną z najwyższych. O ile w wyniku podjętych prac pierwszy z warunków nie został negatywnie zweryfikowany, to niestety drugi z nich okazał się zbyt optymistyczny zarówno w kontekście chorób onkologicznych, jak i chorób kardiologicznych.

W wielu krajach, podobnie jak w Polsce, prowadzone są rejestry nowotworów złośliwych³². Rejestry te zawierają szczegółowe informacje obejmujące przypadki zachorowań onkologicznych, przy czym lista rozpoznań, o których zbierane są dane, określona jest zgodnie z X Rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Polski rejestr nowotworów został założony w 1952 r. Obejmuje on rozpoznania C00-C96 (nowotwory złośliwe) oraz nowotwory *in situ* D00-D09. Ogólnie rzecz ujmując: są to wszystkie tzw. guzy lite oraz nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego. Rejestr ten, mimo że jest rejestrem obowiązkowym – lekarz powinien przesłać kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego dla każdego z pacjentów onkologicznych³³ – nie zawiera informacji o wszystkich pacjentach onkologicznych (zarówno dotyczących faktu wystąpienia choroby, jak i stopnia jej zaawansowania), tj. nałożony obowiązek nie jest przestrzegany³⁴, co potwierdziły wyniki przeprowadzonych prac (co najmniej 1/4 pacjentów poza rejestrem).

Z kolei w ramach obszaru chorób serca znaleziono w Polsce trzy rejestry medyczne: Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych (PL-ACS), Ogólnopolski Rejestr Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI) i Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK). Jednakże żaden z tych rejestrów nie był wystarczający do przygotowania informacji na temat zapadalności na choroby kardiologiczne i prognoz tej wartości. Podobnie jak przy rejestrze KRN, rejestr PL-ACS nie zawierał informacji o wszystkich pacjentach (jednak przyczyna tego zjawiska jest inna – jest to rejestr nieobowiązkowy, realizowany jedynie przez dużych świadczeniodawców). Z kolei KROK jest rejestrem operacji

³² Przykładowo w Finlandii (Suomen Syöpärekisteri), USA (SEER – Surveillance, Epidemiology and End Results), w Czechach czy Wielkiej Brytanii.

³³ Art. 32a ust. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2015 poz. 581 z późn. zm.

³⁴ Należy tutaj podkreślić, że sytuacje braku spełnienia nakładanego obowiązku nie są charakterystyczne jedynie dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Występują one również w systemach ochrony zdrowia innych krajów i w innych obszarach systemu zabezpieczenia (społecznego).

kardiochirurgicznych i obejmuje jedynie jedną z metod leczenia pacjentów kardiologicznych. Trzeci z tych rejestrów, ORPKI, również dotyczy tylko części chorób kardiologicznych, przez co nie może zostać użyty przy projektowaniu ujednoliconej metody analiz.

Pierwszym krokiem jaki należało podjąć było zatem uzupełnienie informacji znajdujących się w rejestrach o dane znajdujące się w bazie rozliczeniowej płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia). Zadanie to o tyle było trudne, że należało określić hipotetyczne reguły pozwalające na stwierdzenie wystąpienia jednostki chorobowej przy próbie eliminacji/minimalizacji zjawiska up-codingu³⁵ występującego w polskim systemie ochrony zdrowia.

W przypadku analizy guzów litych z bazy KRN ujęci zostali ci pacjenci, którzy mimo wpisu pierwszorazowego zostali na podstawie udzielonych im świadczeń sprawozdanych do NFZ zakwalifikowani jako pacjenci rozpoznani w latach wcześniejszych (tzw. *follow-up*). Natomiast z bazy NFZ zostali ujęci pacjenci, którzy zostali sprawozdani z innym nowotworem niż w bazie KRN (nadrzędność bazy KRN nad bazą NFZ) oraz którzy – mimo wpisu pierwszorazowego – zostali, na podstawie analizy udzielonych im świadczeń sprawozdanych do NFZ, zakwalifikowani jako pacjenci *follow-up*, jak również pacjenci, których ścieżka leczenia nie wskazywała na leczenie onkologiczne³⁶. W wyniku tych działań stwierdzono 26% niedoszacowanie liczby nowotworów w Polsce³⁷.

Natomiast, analizy chorych na choroby serca polegały na uzupełnieniu bazy OZW o pacjentów sprawozdanych do NFZ, a następnie eliminacji dorzutów zawałów (ujęciu tych pacjentów, dla których czas pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami z OZW wynosił mniej niż 28 dni). W wyniku tych działań stwierdzono prawie 114% niedoszacowanie liczby pacjentów z OZW przez rejestr³⁸.

³⁵ *Up-coding* – rozliczanie pacjenta w sposób korzystniejszy w sytuacji, gdzie od rozpoznania zależy wysokość płatności – nie jest wyłącznie zjawiskiem występującym w polskim systemie ochrony zdrowia. Można go zaobserwować we wszystkich systemach ochrony zdrowia na świecie. *European Observatory on Health Systems and Policies Series: Diagnosis-Related Groups in Europe*, 2011, s. 72; E. Silverman, J. Skinner, *Medicare upcoding and hospital ownership*, "Journal of Health Economics" 2004, vol. 23, s. 369–389.

³⁶ Więcej patrz: B. Więckowska, J. Dągiel, B. Koń, F. Urbański, *Źródła i jakość danych dotyczących epidemiologii nowotworowej w Polsce – metodyka analizy danych*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom I: *Onkologia*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, s. 91–112.

³⁷ Jest to średnia wartość niedoszacowania rejestru. W zależności od rodzaju nowotworu waha się ona w przedziale od 14% (nowotwór piersi) do 50% (nowotwór ślinianek). Więcej patrz: B. Więckowska, B. Koń, J. Dągiel, F. Urbański, *Choroby onkologiczne w Polsce – wyniki modelu prognostycznego na lata 2015–2025*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom I: *Onkologia*, op.cit., s. 292.

³⁸ Więcej patrz: J. Jagas, B. Koń, B. Więckowska, *Model struktury leczenia w ostrych zespołach wieńcowych*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom II: *Kardiologia*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, s. 69–92.

Dopiero po podjęciu powyższych działań możliwe było określenie współczynników zapadalności w poszczególnych grupach wieku i płci (dodatkowo, w przypadku nowotworów, według stadium) oraz przygotowanie prognozy zapadalności i chorobowości na następne lata.

Ograniczenia objętościowe niniejszego artykułu nie pozwalają na szczegółowe przedstawienie komentarzy do analiz prezentowanych w mapach potrzeb zdrowotnych. Poniżej zaprezentowano jedynie kluczowe, najważniejsze wnioski płynące z omawianych dokumentów.

Leczenie guzów litych odbywa się przy użyciu trzech technik medycznych: chirurgii radykalnej, chemioterapii i radioterapii. W mapach zwrócono uwagę na konieczność centralizacji chirurgii radykalnej, co sprzyja zwiększeniu szans przeżycia³⁹. Przy czym w pierwszym kroku minimalna roczna liczba zabiegów chirurgicznych w obrębie danych umiejscowień została określona na 60 – na tej podstawie i na podstawie prognozy zapadalności określono maksymalną liczbę ośrodków, które powinny posiadać kontrakt na zakres wyodrębniony – pakiet onkologiczny⁴⁰. W zakresie chemioterapii i radioterapii zdiagnozowano potrzebę decentralizacji świadczeń. W przypadku chemioterapii pokazano dwa warianty zapotrzebowania na nowych świadczeniodawców – w zależności od rozkładu liczby osobodni chemioterapii pomiędzy tryb ambulatoryjny, jednodniowy i hospitalizację. Najbardziej konkretna, bo wskazująca na poszczególne miasta, była prognoza liczby akceleratorów (podstawowy sprzęt wykorzystywany do radioterapii).

Mapy w zakresie kardiologii zostały opisane w podziale na wiek pacjentów i metody leczenia: kardiologię, kardiochirurgię dorosłych, kardiochirurgię dziecięcą. W przypadku kardiologii dorosłych szczególną uwagę zwrócono na zbyt niską u niektórych świadczeniodawców relację pomiędzy zabiegowymi świadczeniami leczniczymi (tj. stenty i by-passy) a zabiegowymi świadczeniami diagnostycznymi (tj. koronarografie). Dodatkowo prognoza świadczeń wykonywanych w pracowniach hemodynamicznych wskazała na brak konieczności tworzenia nowych jednostek. W przypadku kardiochirurgii dorosłych wskazano, że liczba

³⁹ Na temat obserwowanych w Polsce przeżyć po operacjach radykalnych wybranych typów nowotworów patrz: B. Więckowska, A. Czerwiński, *Mierniki ilościowe w ocenie świadczeń zdrowotnych w Polsce – przykłady w onkologii i kardiologii*, w: *Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, s. 117.

⁴⁰ Pakiet onkologiczny został wprowadzony dopiero w 2015 r., same mapy zatem nie odnoszą się do analizy danych związanych z pakietem, jednak we wnioskach zawarto rekomendacje dla umów pakietowych.

ośrodków kardiologii dorosłych jest wystarczająca, jednocześnie istnieje możliwość zwiększenia liczby wykonywanych procedur w ramach obecnych struktur, co jest zasadne w kontekście prognozowanego wzrostu liczby świadczeń. Kardiologia dzieci ze względu na prognozę liczby urodzeń, a tym samym liczbę zabiegów nadal nie powinna być realizowana we wszystkich województwach w Polsce – wskazano konieczność tworzenia nowych ponadwojewódzkich ośrodków, które domyślnie będą obejmowały opieką pacjentów z kilku województw (np. jeden wspólny ośrodek dla województwa podkarpackiego i województwa lubelskiego).

1.5. Mapy szpitalne – kolejna odsłona analiz

Kolejnym krokiem w procesie wprowadzania systemu mapowania potrzeb zdrowotnych w Polsce było przygotowanie map z zakresu lecznictwa szpitalnego. Jak już zostało wspomniane, działanie to wynikało wprost z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W tym celu przygotowano analizy według typów oddziałów szpitalnych zgodnie z VIII częścią kodu resortowego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) prowadzonego przez wojewodów. Nawet przy takim podejściu konieczne było porównanie 70 typów oddziałów szpitalnych, co nadal nie obejmowało pododdziałów realizujących wybrane zakresy świadczeń (np. pododdział diabetologiczny na oddziale chorób wewnętrznych)⁴¹. Nie oznacza to jednak, że oddziały te zostały pominięte w mapach. Informacje dla tych pododdziałów znalazły się w rozdziałach dotyczących oddziału wykazanego w RPWDL – w podanym przykładzie analiza działalności pododdziału diabetologicznego została ukazana łącznie z analizą świadczeń udzielonych w ramach oddziału pediatrycznego. Z kolei informacja pochodząca z tego rejestru, dotycząca liczby łóżek według oddziałów, okazała się informacją obciążoną istotnymi jakościowymi uchybieniami. Szpitale mimo obowiązku podawania aktualnej liczby łóżek na poszczególnych oddziałach oraz sankcji wynikających z niedopełnienia

⁴¹ Ze względu na fakt, że łóżka szpitalne rejestrowane są na poziomie oddziałów, zaś zakresy finansowania świadczeń określone w ramach NFZ mogą być definiowane na poziomie pododdziału, niemożliwe było określenie standardowych wskaźników efektywności technicznej (np. obłożeń) na poziomie oddziału. Ponieważ wskazane są rozpoznania i rodzaje jednorodnych grup pacjentów, na podstawie danych przedstawionych w mapach możliwe jest określenie profilu pacjenta i wskazanie tych placówek, w których funkcjonował pododdział.

tego obowiązku nie dokonują prawidłowych wpisów i zmian w RPWDL. Z tego względu w mapach pojawiły się „wirtualne” oddziały, tj. oddziały o zerowej liczbie łóżek. Celem publikacji danych bez korekty po stronie Ministerstwa Zdrowia było zwrócenie uwagi na obecną ich jakość, a także wymuszenie systemowego rozwiązania wpływającego na poprawę jakości danych. Ingerencja Ministerstwa w dane byłaby jedynie jednorazową akcją związaną z tworzeniem map za 2014 r., co nie rozwiązałoby napotkanego problemu.

Analiza funkcjonowania oddziałów przebiegała w następujący sposób: (1) dla każdego typu oddziału pokazano ten sam zestaw wskaźników, (2) w podsumowaniach map dla każdego województwa przedstawiono najważniejsze wnioski dla każdego typu oddziału. W przypadku oddziałów o charakterze zabiegowym wskazano na konieczność zwiększania operatywy (udziału świadczeń zabiegowych), która w przypadku niektórych oddziałów chirurgii ogólnej nie przekraczała poziomu 50%, tj. połowa pacjentów była hospitalizowana na tych oddziałach w innym celu niż przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego⁴². Innym badanym elementem była liczba zabiegów o charakterze kompleksowym, która, co już udowodniono w mapach onkologicznych, bezpośrednio jest powiązana ze wskaźnikiem śmiertelności⁴³.

W przypadku oddziałów o charakterze zachowawczym najbardziej istotnym elementem był udział hospitalizacji przedłużonych, tj. wszystkich tych, których mediana czasu pobytu według poszczególnych grup JGP była większa niż mediana dla Polski⁴⁴. Ta analiza była szczególnie cenna, gdy skonfrontowano jej wyniki z profilem hospitalizowanych pacjentów (udział osób starszych i osób z wysokim współczynnikiem wielochorobowości⁴⁵). W przypadku, gdy profil

⁴² Literatura przedmiotu wskazuje na optymalny poziom operatywny w wysokości 75%.

⁴³ W przypadku map szpitalnych również policzono współczynnik śmiertelności pooperacyjnej (standaryzowany nie tylko wiekiem i płcią, lecz także chorobami współistniejącymi). Wskaźnik ten policzono dla poszczególnych grup zabiegów kompleksowych do poziomu szpitala (a nie oddziału). Celem tych wyliczeń było wykazanie podobnej jak w przypadku guzów litych zależności empirycznej pomiędzy liczbą wykonywanych zabiegów a prawdopodobieństwem przeżycia pacjenta. Wyniki tych prac były podłożem postulatów dotyczących koncentracji zabiegów kompleksowych.

⁴⁴ W opisowy sposób wskaźnik ten opisany został w mapach w następujący sposób: „W celu porównania czasu pobytu pacjentów w poszczególnych oddziałach obliczono statystykę mającą na celu zdefiniowanie odsetka hospitalizacji w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (dalej: JGP), które dany świadczeniodawca realizował dłużej niż wartość środkowa w Polsce. Jeżeli mediana czasu pobytu dla danego JGP w danym oddziale była wyższa niż mediana czasu pobytu dla tego JGP w Polsce, to uznawano, że ta grupa JGP jest przedłużona. Jako wagę tej grupy w łącznej ocenie wykorzystano liczbę hospitalizacji sprawozdanych z tą grupą JGP”.

⁴⁵ Wprowadzenie współczynnika wielochorobowości (szacowanej przy zastosowaniu metody Charlson) miało na celu próbę oszacowania różnic w stanie zdrowia pacjenta. Informacja ta została również wykorzystana w procesie standaryzacji niektórych zmiennych, z których najważniejszą było

pacjentów na danym oddziale jest relatywnie korzystny przy relatywnie wydłużonych czasach pobytu, wskazuje na obszar niezasadnych dni hospitalizacji.

Bardzo ważnym aspektem map szpitalnych było to, że żadne analizy nie uwzględniały charakteru własnościowego/prawnego szpitala, tj. nie wyróżniono szpitali klinicznych, powiatowych itd. Porównywano profil pacjentów i świadczenia realizowane na oddziałach danego typu i na tej podstawie starano się określić rzeczywisty poziom jednostki.

Mapy również zawierały część prognostyczną (na lata 2016–2029). Dla każdego oddziału⁴⁶ przedstawiono wartości prognostyczne liczby hospitalizacji, liczby osobodni oraz wynikające z nich zapotrzebowanie na łóżka. Punktem wyjścia do prognozy były hospitalizacje sprawozdane w 2014 r. w układzie: wiek pacjenta⁴⁷, płeć, rodzaj oddziału, charakter hospitalizacji⁴⁸, nazwa zakresu szpitalnego. Wykorzystując obliczone wskaźniki i korzystając z prognozy demograficznej GUS na lata 2016, 2018, 2024 i 2029, dokonano prognozy liczby hospitalizacji na wskazane lata⁴⁹. Następnie w każdej ze zdefiniowanych podgrup, na podstawie danych obserwowanych w 2014 r., obliczono średni czas trwania hospitalizacji (ALOS), dzięki czemu możliwe było obliczenie prognozowanego łącznego czasu hospitalizacji (liczba osobodni). Ostatnim krokiem było określenie zapotrzebowania na łóżka – przyjęto przy tym obłożenie na poziomie 85%, z wyjątkiem oddziałów o charakterze dziecięcym, gdzie zakładana wartość wynosiła 70%.

prawdopodobieństwo zgonu pooperacyjnego – wówczas różnice pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami wynikają z innych czynników niż wiek, płeć i choroby współistniejące.

⁴⁶ Wyjątek stanowiły świadczenia (a na tej podstawie pożądana liczba łóżek) dla osób w wieku 85+ (zostały one wyprognozowane łącznie i zarekomendowane do rozszacowania na poziomie lokalnym pomiędzy oddziały geriatryczne, kardiologiczne, neurologiczne i internistyczne oraz oddziały anesteziologii i intensywnej terapii (zgodnie z art. 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą liczba łóżek na oddziale anesteziologii i intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu posiadającym takowy oddział. Uznano zatem, że łóżka na tych oddziałach powinny być dostosowane do potrzeb konkretnego świadczeniodawcy wynikających z jego faktycznej struktury).

⁴⁷ Przyjęto następujące grupy wiekowe: <1, 1–9, 10–17, 18–24, 25–44, 45–64, 65–84 i 85+.

⁴⁸ Charakter hospitalizacji określano na podstawie kodów produktów sprawozdanych do NFZ w ramach hospitalizacji (JGP zabiegowy kompleksowy, JGP zabiegowy duży, JGP zabiegowy średni, JGP zabiegowy mały, JGP zabiegowy diagnostyczny, JGP zachowawczy specjalistyczny, JGP zachowawczy niespecialistyczny oraz typ inny).

⁴⁹ Otrzymana wartość zawiera korektę o liczbę hospitalizacji potrzebną do przyjęcia pacjentów znajdujących się na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, którym w danym roku świadczenie nie zostałoby udzielone. Wartości te uzyskano na podstawie informacji o stanie kolejki oczekujących do poszczególnych oddziałów oraz modelu Kaplana-Meiera, stworzonego na bazie informacji o pacjentach przyjętych na dany typ oddziału w latach 2013–2014.

Prognozę przeprowadzono w trzech scenariuszach: (1) demograficznym (bazowym), (2) optymalizującym czas hospitalizacji (wariant 1), (3) optymalizującym strukturę udzielanych świadczeń (wariant 2). Celem stworzenia wariantu bazowego było pokazanie potrzeb w leczeniu szpitalnym przy wpływie zmian demograficznych, bez jakiegokolwiek dodatkowej interwencji w system ochrony zdrowia (*ceteris paribus*). Z kolei w wariantcie 1 w przypadku oddziałów, dla których mediana czasu hospitalizacji jest większa niż mediana czasu trwania hospitalizacji dla całej Polski w danej podgrupie pacjentów i świadczeń, liczba osobodni została zmieniona, tj. przypisano jej wartość średniego ogólnopolskiego czasu trwania hospitalizacji, a nie średniego czasu trwania charakterystycznego dla świadczeniodawcy. Scenariusz ten interpretować można w kategorii pewnej racjonalizacji czasu trwania hospitalizacji. Drugi z alternatywnych scenariuszy (wariant 2) dotyczy oddziałów o profilu zabiegowym. Weryfikowane było zapotrzebowanie na łóżka, gdyby na oddziałach o profilu zabiegowym zredukowano o 50% udział zabiegów małych i diagnostycznych, a operatywa przyjęłaby ustalony poziom w wysokości 75%⁵⁰.

1.6. Wnioski na przyszłość i dalszy plan prac

Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia w przygotowywaniu map potrzeb zdrowotnych należy stwierdzić, że w Polsce istnieje rozbudowany mechanizm zbierania danych. Jednakże jest to (1) mechanizm bardzo rozproszony, przez co można zaobserwować rozbieżność informacyjną, jaką niosą dane, np. różnice pomiędzy liczbą świadczeń sprawozdanych do bazy NFZ i w sprawozdaniach MZ⁵¹, (2) system obciążony (ang. *biased*) celem zbierania danych, tj. ze względu na rozliczenia świadczeniodawców grupami kosztowymi (jednorodnie grupy pacjentów w przypadku szpitali i typy porad w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) część danych, w szczególności

⁵⁰ Zapotrzebowanie na zabiegi małe i diagnostyczne odzwierciedlono w tym przypadku przez wzrost zapotrzebowania na świadczenia na oddziałach jednego dnia.

⁵¹ Oczywiście nie należy zakładać konieczności istnienia równych wartości w obu tych źródłach, ponieważ baza płatnika ogranicza się do świadczeń sprawozdanych w ramach środków publicznych, natomiast sprawozdanie MZ dotyczy wszystkich świadczeń, czyli również finansowanych ze źródeł prywatnych (np. bezpośrednio z budżetu gospodarstwa domowego czy ubezpieczeń zdrowotnych). Jednakże różnica przejawiająca się wyższą wartością widoczną w bazie NFZ może być niepokojąca.

dotycząca głównego rozpoznania będącego przyczyną udzielenia świadczenia, jest niepoprawna⁵².

Z tego względu przygotowanie odpowiedniego narzędzia informatyczno-analitycznego jest niewystarczające. W szczególności w pierwszym etapie tworzenia map niezmiernie istotna pozostaje kwestia „czyszczenia” danych – pracy nad możliwymi działaniami korygującymi analizowane bazy, np. nadpisywanie rozpoznań wiodących poprzez analizę udzielonych świadczeń (kody ICD-9) lub historię pacjenta (w szczególności, jeżeli rozpoznanie mogło być incydem w chorobie przewlekłej). Dopiero w kolejnych edycjach map, przy utrzymaniu publikacji danych do poziomu świadczeniodawcy, istnieje możliwość poprawy jakości informacji gromadzonych w systemie (rozpowszechnienie dokumentu i wyrażanie⁵³ potrzeb środowiska medycznego sprzężona z regularną publikacją i analizą danych). Aby móc przeprowadzić ten proces, od kwietnia 2016 r. w Ministerstwie Zdrowia zostały powołane zespoły robocze w celu przygotowania map potrzeb zdrowotnych dla pozostałych rozpoznań (poza guzami litymi i chorobami serca) – tzw. grupa A i grupa B, o których wspomniano już wcześniej. Pierwsze wyniki prac zespołów roboczych zostały podane do wiadomości publicznej w grudniu 2016 r. (publikacja pełnego zakresu map potrzeb zdrowotnych dla grupy A oraz części: lecznictwo zamknięte dla grupy B). Wyniki kolejnych prac opublikowane będą w grudniu 2017 r. (publikacja pełnego zakresu map potrzeb zdrowotnych dla grupy B).

Wyżej opisane problemy z jakością danych implikują trudności we wnioskowaniu. Jest ono ograniczone jedynie do tych zakresów danych, które niosą ze sobą wartość informacyjną, np. wykonana liczba zabiegów. Jest to największa trudność do przezwyciężenia, ponieważ bez wprowadzenia wnioskowania i rekomendacji dla decyzji zarządczych mapy mogą stać się narzędziem niepraktycznym, bezużytecznym. Z kolei zakres decyzyjny jest implikowany danymi, które mogą z czasem być lepszej jakości, ale tylko wówczas, jeżeli będzie odpowiednia presja dla jej zwiększenia, tj. świadczeniodawcy zobaczą, że są one wykorzystywane dla potrzeb podejmowania decyzji zmieniających system ochrony zdrowia. Aby rozwiązać ten swoisty węzeł gordyjski, należy

⁵² Innymi słowy: rzeczywista przyczyna hospitalizacji może być inna. Zakłada się jednak (silnie), że sprawozdane rozpoznanie ICD-10 występuje u pacjenta, czyli nie występuje w Polsce istotne zjawisko fałszowania dokumentacji medycznej.

⁵³ Mapy nie są kreacją potrzeb środowiska, tylko wyrazem tych potrzeb – na bazie spotkań z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi niejednokrotnie zwracano uwagę, że do tej pory nie przeprowadzono analiz systemowych, a są one niezwykle ważne zarówno z punktu widzenia centralnego zarządzania systemem, jak i regionalnego.

stopniowo zwiększać zakres wnioskowania przy jednoczesnym utrzymaniu publikowania wszystkich danych niezbędnych dla szeroko rozumianego, docelowego procesu podejmowania decyzji na podstawie danych.

Z kolei jeżeli chodzi o sam zakres poruszanych problemów/danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych, należy zwrócić uwagę, że zakres analiz powinien być stopniowo zmieniany, dostosowywany do zgłaszanych przez środowisko medyczne zjawisk pojawiających się w systemie ochrony zdrowia, gdyż w ich obrębie potrzebne będzie podejmowanie decyzji zarządczych. Na obecną chwilę tworzenia map potrzeb zdrowotnych obszarem, o który należy uzupełnić analizy, jest tematyka zdrowia publicznego – w aktualnym kształcie map ograniczona do zapadalności, chorobowości i umieralności⁵⁴. W powyższym zakresie Ministerstwo Zdrowia podjęło współpracę z Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, tak aby w kolejnej edycji map, planowanej na 2018 r., zwiększyć zakres informacji z obszaru zdrowia publicznego.

Ostatnim krokiem jest upowszechnienie map potrzeb zdrowotnych poprzez regularne spotkania ze środowiskiem medycznym i dziennikarzami. Takie działanie wpłynie na większe zrozumienie metod ilościowych stosowanych w obszarze zdrowia, a tym samym przyczyni się do upowszechnienia tych ważnych z punktu widzenia zarządzania narzędzi statystycznych. Jest to istotne, gdyż system ochrony zdrowia powinien być rozwijany w sposób planowy, na bazie wnikliwych analiz stanu obecnego i rzetelnych prognoz, a nie jedynie na bazie zmiennych w czasie decyzji politycznych.

Podsumowanie

Mapy potrzeb zdrowotnych, z założenia, są narzędziem wspierającym proces podejmowania decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia. Zakres ich wykorzystania nie jest jedynie wynikiem zapisów prawnych wskazujących na bezpośredniego beneficjenta map, tj. NFZ (tworzenie tzw. planu zakupów w trakcie procesu kontraktowania świadczeń). Jest znacznie szerszy i obejmuje wszystkie szczeble decyzyjne w systemie. W skali makro mapy mają

⁵⁴ Nie oznacza to, że w Polsce nie są zbierane dane z zakresu zdrowia publicznego. Niestety źródła informacji, podobnie jak w obszarze lecznictwa, są tutaj rozproszone i nieporównywalne pomiędzy ośrodkami jak również pomiędzy poszczególnymi województwami. Z tego względu należy w pierwszej kolejności dokonać analizy sposobu gromadzenia danych i dokonać niezbędnych korekt, tak aby doprowadzić do ich porównywalności.

wspomagać decyzje Ministra Zdrowia we wskazaniu: (1) obszarów wymagających reformowania (np. dostęp do rehabilitacji, konieczność centralizacji niektórych świadczeń), (2) konieczności zmian w koszyku świadczeń zdrowotnych oraz (3) wprowadzeniu (jakościowych) kryteriów oceny ofert. W skali mezo, na poziomie poszczególnych województw, celem map jest dostarczenie informacji konsultantom wojewódzkim, tak aby mogli oni ocenić poziom zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w regionie, oraz wojewodom, którzy są zobligowani do oceny wniosków w zakresie inwestycji w systemie ochrony zdrowia (wypełnianie tzw. IOWISZ). Z kolei na poziomie mikro dane prezentowane w mapach potrzeb zdrowotnych dają możliwość oceny danego świadczeniodawcy na tle innych jednostek (określenie mocnych i słabych stron podmiotu, szans i zagrożeń). Zarządzający podmiotami będą mogli na podstawie map potrzeb zdrowotnych, w szczególności na bazie prognozy zawartej w dokumencie, podejmować decyzje strategiczne przy ujęciu dodatkowych, do tej pory niedostępnych informacji. W ostatecznym rozrachunku poprawi to dostępność do świadczeń zdrowotnych, podniesie ich jakość i będzie stanowiło podstawę do wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta.

Jak w przypadku wprowadzania każdego narzędzia, jakość map i zakres ich wykorzystania będzie zwiększał się w czasie, w miarę zwiększającej się świadomości poszczególnych interesariuszy. Z pewnością przyczyni się do bardziej przejrzystego sposobu podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia (również na wszystkich poziomach decyzyjnych), w szczególności tych trudnych jak: powiązanie finansowania z jakością świadczeń, urzędowe ograniczenia w udzielaniu świadczeń czy wręcz zamknięcie niektórych oddziałów w danej placówce leczniczej.

Bibliografia

- Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- Cavanagh S., Chadwick K., *Health Needs Assessment: A Practical Guide*, National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005.
- European Observatory on Health Systems and Policies Series: Diagnosis-Related Groups in Europe*, 2011.

- Jagas J., Koń B., Więckowska B., *Model struktury leczenia w ostrych zespołach wieńcowych*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom II: *Kardiologia*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
- Silverman E., Skinner J., *Medicare upcoding and hospital ownership*, "Journal of Health Economics" 2004, vol. 23.
- Spoleczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia, Warszawa 2011.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- Więckowska B., Czerwiński A., *Mierniki ilościowe w ocenie świadczeń zdrowotnych w Polsce – przykłady w onkologii i kardiologii*, w: *Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
- Więckowska B., Dagiel J., Koń B., Urbański F., *Źródła i jakość danych dotyczących epidemiologii nowotworowej w Polsce – metodyka analizy danych*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom I: *Onkologia*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
- Więckowska B., Koń B., Dagiel J., Urbański F., *Choroby onkologiczne w Polsce – wyniki modelu prognostycznego na lata 2015–2025*, w: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele*, tom I: *Onkologia*, red. B. Więckowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
- Wojtyński B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J., *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Akty prawne

- Nowelizacja Ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 88 poz. 961.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia, Dz.U. 1999 poz. 1018.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2001 nr 121 poz. 1315.
- Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, Dz.U. 1997 poz. 943 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 poz. 581 z późn. zm.

Rozdział 2

Narzędzia analizy ekonomicznej w ochronie zdrowia

Ewelina Nojszewska¹

Wprowadzenie

Na system ochrony zdrowia w Polsce na ogół patrzy się z perspektywy zdrowia i życia ludzkiego. Oczywiście ma on służyć poprawie stanu zdrowotnego każdego pacjenta i całego społeczeństwa. Jednak stanowi on sektor gospodarki i jest elementem procesu gospodarowania². Wszyscy świadczeniodawcy, a szczególnie szpitale, są przedsiębiorstwami, a więc należy znać efektywność ich funkcjonowania, a przede wszystkim przyczyny nieefektywności oznaczającej marnotrawstwo zasobów, co przekłada się na obniżenie jakości świadczeń medycznych i ograniczanie dostępności do nich. Co więcej, zdrowie jest składową kapitału ludzkiego i inwestowanie w nie stanowi czynniki wzrostu gospodarczego. Ponieważ zależność między statusem zdrowotnym i wzrostem gospodarczym jest dwukierunkowa, to wzrost PKB przekłada się na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

W celu poprawy skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia jako całości i poszczególnych świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali, należy przeprowadzać wszystkie rodzaje analizy i oceny ekonomicznej, których wyniki dostarczają danych do podejmowania

¹ Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, profesor zwyczajny w Katedrze Ekonomii Stosowanej, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² Więcej patrz: E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 215–233.

skutecznych decyzji w szeroko rozumianej polityce zdrowotnej realizowanej nie tylko przez Ministerstwo Zdrowia.

W kolejnych punktach przedstawione są trzy perspektywy badania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w których należy wykorzystywać narzędzia analizy ekonomicznej. Po pierwsze, w celu badania efektywności gospodarowania systemem jako całości oraz świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali, należy przeprowadzić analizę ekonomiczną jakościową i ilościową w celu uzyskania danych i wiedzy do podejmowania racjonalnych decyzji dotyczących funkcjonowania systemu jako całości i poszczególnych świadczeniodawców. W tym punkcie uwzględnione są ponadto decyzje dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych i finansowania rozumianego dwojako: jako napływ pieniędzy do systemu i ich rozdysponowanie między świadczeniodawcami w celu zwrotu kosztów poniesionych przez nich na leczenie.

Po drugie, z punktu widzenia skuteczności klinicznej konieczne jest dokonywanie oceny ekonomicznej programów medycznych. Oznacza to wykorzystanie ekonomii do oceny kosztów i korzyści konkurujących między sobą sposobów wykorzystania zasobów w ochronie zdrowia. Teoria i empiria oceny ekonomicznej mają charakter normatywny, a więc jest ona szczególnie użyteczna dla decydentów. Stosowanie oceny ekonomicznej ma na celu określenie sposobu, w jaki korzyści ze stosowania danych procedur medycznych mają być mierzone i wyceniane. Przy dokonywaniu oceny pojawia się dodatkowy problem spowodowany tym, że zwiększanie korzyści jednej grupy jednostek oznacza ograniczanie korzyści innej grupie, a uzasadnienie takich wyborów wymaga sądów wartościujących uzasadniających akceptowalność i konieczność takich zamiarowości.

Po trzecie, ważne jest uwzględnienie problemu sprawiedliwości społecznej, a więc dokonywanie obliczeń związanych z wielkością i dystrybucją dobrobytu. Dodatkowo każde społeczeństwo musi zaakceptować sprawiedliwość w przyjętym przez państwo finansowaniu systemu ochrony zdrowia i w dystrybucji świadczeń zdrowotnych odbywającej się w tym systemie. Pomimo że nie ma jednej ogólnie przyjętej definicji sprawiedliwości, to jej osiągnięcie stanowi cel polityczny we wszystkich państwach. W pomiarach niesprawiedliwości zarówno finansowania, jak i dystrybucji wykorzystywana jest koncepcja sprawiedliwości pionowej i poziomej.

2.1. Analiza ekonomiczna – badanie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia ma cechy charakterystyczne, które występują we wszystkich krajach i systemach społeczno-ekonomicznych³. Pierwszą z nich jest asymetria informacji, która jest także obecna na wszystkich rynkach w całej gospodarce. W ochronie zdrowia wpływa na alokację świadczeń zdrowotnych, czyli również zasobów, a próbą rozwiązania jej negatywnego oddziaływania jest np. stosowanie problemu pryncypała-agenta, czyli poznanie sposobów podejmowania decyzji przy niepełnej i asymetrycznej informacji, jakimi zajmuje się mikroekonomia. Jedną z konsekwencji asymetrii informacji jest negatywna selekcja i selekcja ryzyka. Negatywna selekcja oznacza, że o świadczenia zdrowotne i ubezpieczenia zdrowotne szczególnie intensywnie będą się ubiegać osoby o słabszym zdrowiu, wymagające więcej i droższych świadczeń, co prowadzi do wzrostu kosztów ponoszonych przez płatników i składek ubezpieczeniowych. Ten wzrost kosztów zniechęca osoby w lepszym stanie zdrowia i powoduje ich wycofanie się z udziału w ponoszeniu kosztów, co oznacza jeszcze większy wzrost opłat, gdyż zwiększa się udział pacjentów kosztownych dla systemu. Prowadzi to do tzw. spirali śmierci, gdyż wpływy płatników i ubezpieczycieli nie wystarczają do sfinansowania kosztów leczenia. Selekcja ryzyka, nazywana również spijananiem śmietanki, oznacza, że płatnicy i ubezpieczyciele, a także świadczeniodawcy dążą do przyjmowania osób zdrowszych czy zdrowych, z którymi nie są związane wysokie koszty leczenia. Kolejną cechą funkcjonowania ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych jest pokusa nadużycia polegająca na braku zapobiegliwości pacjentów w obliczu darmowych świadczeń zdrowotnych w momencie ich konsumpcji. Oba rodzaje selekcji i pokusa nadużycia prowadzą zarówno do zmniejszania skuteczności klinicznej, jak i do nieefektywności ekonomicznej. Dlatego państwo powinno, np. właściwą regulacją prawną, dążyć do ich eliminacji i ograniczania ich skutków, a pomocne w rozwiązywaniu tego problemu są m.in. narzędzia analizy mikroekonomicznej.

Ochrona zdrowia jest sektorem gospodarki, w którym podejmowane i realizowane są wszystkie rodzaje decyzji związanych z gospodarowaniem.

³ Więcej patrz: J. Kornai, K. Eggleston, *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002, s. 50–63.

W tym sektorze zatrudniani są pracownicy, dokonywane są inwestycje, płacone są podatki, zaciągane są kredyty itd. Oddziaływanie ochrony zdrowia na resztę gospodarki można wykazać, wykorzystując model przepływów gałęziowych. Przykładem mogą być badania dotyczące wpływu firm farmaceutycznych na rozwój gospodarki⁴.

Świadczeniodawcy są przedsiębiorcami funkcjonującymi na wielu rynkach, mającymi swój wkład do sektora publicznego. Są oni producentami świadczeń zdrowotnych, do analizy działalności których należy wykorzystywać narzędzia mikroekonomiczne⁵. Należy więc posłużyć się teoriami produkcji i kosztów do opisu funkcji produkcji przedstawiającej wytworzenie produktów dzięki zatrudnieniu wszystkich czynników wytwórczych i dzięki zjawisku dualności do uzyskania wiedzy o wszystkich rodzajach kosztów. Posiadanie takich danych jest niezbędne do przeprowadzenia w kolejnym kroku badania efektywności gospodarowania i zidentyfikowania przyczyn nieefektywności. Ponadto znajomość korzyści skali umożliwia określenie optymalnej wielkości szpitala, a więc przyczynia się do poprawy efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Analogicznie znajomość zależności przyczynowo-skutkowych osiągana dzięki wykorzystaniu na przykład analizy regresji pozwala na skuteczniejsze zarządzanie poszczególnymi podmiotami i całym systemem⁶.

Świadczeniodawcy występują w różnych rolach, na wszystkich rodzajach rynków, o różnej strukturze rynkowej. Aby skutecznie zarządzać podmiotem, należy znać specyfikę funkcjonowania rynku w ramach poszczególnych rodzajów konkurencji, jak np. konkurencja monopolistyczna czy oligopolistyczna. Przy podejmowaniu racjonalnych decyzji przydatne są narzędzia teorii gier. Zgodnie z definicją teoria gier zajmuje się badaniem optymalnego zachowania w przypadku konfliktu interesów. Z punktu widzenia zarządzania szpitalami stanowi ona pomoc w określaniu optymalnych strategii podczas negocjacji z płatnikiem czy przy zawieraniu sojuszy z innymi szpitalami. Dla osiągniętych rozwiązań ważne jest porównanie równowagi Nasha z efektywnością Pareta. Osiągnięcie równowagi Nasha oznacza wybór najlepszej strategii dla każdej

⁴ Więcej patrz: D.A. Oswald, J. Knippel, *Measuring the economic footprint of the pharmaceutical industry*, WifOR 2014.

⁵ Opis analizy mikroekonomicznej znajduje się w podręcznikach do tego przedmiotu, np. E. Czarny, E. Nojszewska, *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2000, a także w podręcznikach do ekonomii zdrowia, np. S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011 lub S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

⁶ Więcej patrz: J.C. Bauer, *Statistical analysis for decision makers in health care*, CRC Press, 2009.

strategii przeciwnika, czyli żaden z graczy nie ma powodów do rezygnacji z optymalnej strategii, co oznacza stabilność tego rozwiązania. Jednakże równowaga Nasha nie musi być efektywna w sensie Pareta, a tylko osiągnięcie tej efektywności oznacza, że nie można poprawić sytuacji jednemu podmiotowi bez pogorszenia sytuacji innego podmiotu, co oznacza, że każdy podmiot znalazł się w najlepszym położeniu. Tak więc teoria gier podpowiada, jak grać, aby wygrać indywidualnie i w grupie.

W celu dopełnienia analizy strony podaży należy uwzględnić niesprawności mechanizmu rynkowego⁷. Zawodność rynku w ochronie zdrowia jest powodowana przede wszystkim przez efekty zewnętrzne. Zaliczamy do nich koszty zewnętrzne produkcji, czyli w procesie produkcji pojawiają się koszty, które nie są uwzględniane przez producenta i które ponosi społeczeństwo. Przykładem może być odprowadzanie ścieków do rzeki. W tym miejscu należy wymienić także koszty zewnętrzne konsumpcji, np. konsumpcja papierosów prowadząca do chorób onkologicznych także u biernych palaczy. Drugą przyczyną niesprawności rynku są dobra publiczne, a na przykład programy ochrony zdrowia wdrażane w ramach polityki zdrowotnej mają cechy tych dóbr. Przykładem takiego programu jest zapobieganie pandemii ptasiej grypy. Trzecią przyczyną jest siła rynkowa (pozycja monopolistyczna), do posiadania której dążą wszyscy producenci, gdyż oznacza możliwość osiągania wyższych zysków, ale jednocześnie prowadzi do pogłębiania się nieefektywności gospodarowania. Czwartą przyczyną jest wspomniana wcześniej niedoskonałość informacji, gdyż decyzje podejmowane są w warunkach niepewności.

Oddziaływanie niesprawności mechanizmu rynkowego na jego funkcjonowanie oznacza, że istnieje konieczność interwencji państwa w ochronie zdrowia. Najważniejsze są dwa powody, a mianowicie niemożliwe jest osiągnięcie efektywności zarówno w całym systemie, jak i przez wszystkich świadczeniodawców, a ponadto pojawia się problem niesprawiedliwości prowadzący do poczucia krzywdy w społeczeństwie. Państwo może angażować się w poprawę funkcjonowania ochrony zdrowia na wiele sposobów. Przykładowo może ono bezpośrednio finansować wybrane programy zdrowotne z dochodów podatkowych lub bezpośrednio dostarczać świadczeń w ramach publicznych świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali. Może ono także oferować publiczne

⁷ Niesprawności mechanizmu rynkowego opisane są w podręcznikach do mikroekonomii i ekonomii zdrowia, ale przede wszystkim są one przedmiotem analizy w ramach ekonomii sektora publicznego. Parz np. J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

ubezpieczenia zdrowotne. W celu niwelowania kosztów zewnętrznych państwo może nakładać podatki równe wartości krańcowego kosztu zewnętrznego⁸, a w przypadku istnienia korzyści zewnętrznych może udzielać dotacji równych krańcowej korzyści zewnętrznej⁹. Najsilniejsze oddziaływanie na alokację zasobów w ochronie zdrowia państwo może osiągnąć poprzez odpowiednią regulację prawną, określając warunki produkcji oraz konsumpcji dóbr i usług. Dzięki temu może wyegzekwować pewne zachowania producentów i konsumentów, jak na przykład zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie. Państwo powinno również wypełniać swoją funkcję informacyjną i edukacyjną, na przykład w profilaktyce nowotworowej uświadamiać wpływ palenia tytoniu na zachorowanie na raka płuc dzięki wiedzy zdobytej z badań wykorzystujących narzędzia analizy ekonomicznej, takich jak liczenie kosztów chorób nowotworowych.

W ochronie zdrowia należy również badać stronę popytu, czyli zachowania pacjentów konsumentów. Do tego celu wykorzystywana jest teoria wyboru konsumenta konfrontująca preferencje zapisane w postaci funkcji użyteczności z ograniczeniem budżetowym. Szczególnie ważne jest analizowanie popytu na świadczenia zdrowotne i na samo zdrowie zarówno od strony konsumpcji, jak i inwestycji, co umożliwi model Grossmana¹⁰. Podczas badania strony popytowej szczególnie trudna do określenia jej skutków jest asymetria informacji prowadząca do niedoskonałej relacji agencji (problemu pryncypała-agenta).

Kolejnym obszarem wykorzystania analizy ekonomicznej są ubezpieczenia zdrowotne zabezpieczające przed skutkami niepewności i przed zagrożeniem konsekwencjami ciężkich i kosztownych chorób. Ponownie analiza mikroekonomiczna umożliwi poznanie popytu na te ubezpieczenia i wyznaczenie całkowitej składki ubezpieczeniowej z podziałem na składkę sprawiedliwą i premię za ryzyko. Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych zawodność rynku jest silniejsza niż na rynkach ochrony zdrowia. Czynnikiem szczególnie oddziałującym na oba rodzaje rynków jest negatywna selekcja i pokusa nadużycia będące

⁸ Krańcowe koszty zewnętrzne (ang. *marginal external costs* – MEC) oznaczają wzrost kosztów dla podmiotów niebędących stroną transakcji (przedsiębiorstwa lub gospodarstwa domowego), gdy inne przedsiębiorstwa zwiększą wielkość produkcji o jednostkę, a same nie ponoszą tego kosztu. Zanieczyszczenie wody jest przykładem kosztów zewnętrznych.

⁹ Krańcowe korzyści zewnętrzne (ang. *marginal external benefits* – MEB) oznaczają wzrost korzyści gospodarstwa domowego lub przedsiębiorstwa spowodowane przez wzrost produkcji innych przedsiębiorstw o jednostkę bez płacenia za nie. Szczepienia są przykładem korzyści zewnętrznych.

¹⁰ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie...*, op.cit., s. 58–66.

skutkami asymetrii informacji¹¹. Brak regulacji dotyczącej negatywnej selekcji może w skrajnym przypadku doprowadzić do wyeliminowania grupy pacjentów lub bankructwa ubezpieczyciela lub świadczeniodawcy.

Analiza ekonomiczna także znajduje swoje zastosowanie w badaniach dotyczących finansowania ochrony zdrowia. Przy gromadzeniu środków na jej potrzeby należy określić strukturę strumieni zasilających w pieniądź. Istnieją dwa podstawowe rodzaje finansowania, a mianowicie: model ubezpieczeniowy, skonstruowany w Niemczech, i model finansowania z podatków ogólnych, po raz pierwszy wprowadzony w Wielkiej Brytanii¹², a dodatkowo są one wspierane przez ubezpieczenia prywatne. Obecnie żaden z tych modeli nie występuje w czystej postaci, więc mamy do czynienia z systemami mieszanymi. Zgromadzony budżet ochrony zdrowia jest rozdysponowywany między świadczeniodawcami w celu pokrycia kosztów poniesionych przez nich na leczenie. Określenie sposobów tego finansowania uznane jest za największe wyzwanie, gdyż środków na leczenie jest zawsze za mało, a ich marnotrawstwo oznacza co najmniej ograniczenie pacjentom dostępu do świadczeń¹³. Sposób finansowania świadczeniodawców jest najsilniejszym bodźcem determinującym efektywność zatrudniania zasobów i dystrybucji świadczeń, czyli ich jakości i dostępności. Dlatego przy podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru sposobu płacenia czy łączenia kilku metod zwrotu kosztów leczenia konieczne jest przeprowadzenie wnikliwej analizy ekonomicznej i obliczenia kosztów, a także kosztów alternatywnych dla wszystkich proponowanych rozwiązań, co stanowi domenę mikroekonomii.

Z finansowaniem leczenia wiążą się dodatkowe problemy, przy rozwiązaniu których pomocna jest analiza ekonomiczna, a przede wszystkim liczenie kosztów. Przykładowo można odwołać się do wyboru procedur medycznych w leczeniu onkologicznym. Decydenci mogą poprzez wycenę tych procedur i regulację określić, czy należy stosować tanie procedury czy drogie, ale ich wybór powinien być oparty na pełnym rachunku kosztów. Koszty bezpośrednie, czyli leczenia, to nie są wszystkie rodzaje kosztów, które należy uwzględnić, tym bardziej że odnoszą się tylko do krótkiego okresu. Ważniejsze są koszty pośrednie, pokazujące koszty dla gospodarki i społeczeństwa w długim okresie. Należy bowiem oszacować koszt w postaci niewytworzonej produkcji (PKB)

¹¹ Ibidem, s. 187–193.

¹² Na temat obydwu modeli finansowania więcej patrz: E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia...*, op.cit., rozdz. 3.

¹³ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie...*, op.cit., s. 195–211.

zwolnień lekarskich osób chorych i ich nieformalnych opiekunów, świadczeń rehabilitacyjnych, rent i przedwczesnych zgonów. Tanie leczenie przede wszystkim skazuje chorych na śmierć i inwalidztwo, a drogie, jak na przykład medycyna personalizowana, z dużo większym prawdopodobieństwem pozwala na wyleczenie, a więc powrót do normalnego życia i pracy zawodowej. Koszt alternatywny taniego leczenia w długim okresie jest jego wielokrotnością, a jego wartość pokazuje koszt pośredni¹⁴.

W obecnych czasach, kiedy zbyt mało jest pieniędzy na finansowanie ochrony zdrowia w konfrontacji z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, szczególnego znaczenia nabierają badania efektywności funkcjonowania systemu jako całości oraz wybranych świadczeniodawców, a szczególnie szpitali, gdyż koszt leczenia szpitalnego jest najwyższy¹⁵. Dzięki eliminacji marnotrawstwa zasobów można poprawić dostępność do świadczeń i ich jakość. Analiza ilościowa służąca ocenie działalności szpitali, a przede wszystkim osiągniętej efektywności, jest jednym z najważniejszych narzędzi wspomagających proces podejmowania decyzji. Konstruowanie mierników efektywności dla ochrony zdrowia jest szczególnie złożone w porównaniu do innych sektorów gospodarki, gdyż proces świadczenia usług zdrowotnych jest niesłychanie złożony, a otoczenie ma bardzo silny wpływ na świadczeniodawców.

Należy wymienić następujące rodzaje narzędzi analizy efektywności, a mianowicie analiza stochastycznej funkcji granicznej (ang. *stochastic frontier analysis* – SFA) zarówno dla danych przekrojowych, jak i dla danych panelowych, a także analiza danych granicznych (ang. *data envelopment analysis* – DEA) oraz indeks Malmquista. Dostępna jest bogata literatura poświęcona tej tematyce¹⁶. W większości badań wykorzystywana jest nieparametryczna metoda szacowania efektywności DEA, chociaż bardzo zwiększa się popularność SFA.

Stochastyczna funkcja graniczna reprezentuje podejście ekonometryczne i należy do metod parametrycznych skonstruowanych na podstawach mikroekonomicznych i statystycznych, a pomiar efektywności polega na rozwiązaniu odpowiednio sformułowanego zagadnienia optymalizacyjnego. SFA dodatkowo umożliwia ocenę stopnia, w jakim szpitale realizują zadane cele.

¹⁴ Więcej patrz: *Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy*, red. T. Hermanowski, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

¹⁵ Więcej patrz: J. Rowenta, P.C. Smith, A. Street, *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

¹⁶ Przegląd badań nad efektywnością świadczeniodawców znajduje się np. w: B. Hollingsworth, *Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care*, "Health Care Management Science" 2003, vol. 6, no. 4, s. 203–218.

Dzięki specyfikacji mikroekonomicznej granicznej funkcji kosztów rzeczywisty koszt poniesiony przez szpitale na produkcję danych świadczeń zdrowotnych zostaje porównany z minimalnym kosztem niezbędnym do wytworzenia tych świadczeń. Efektywność kosztowa mierzona jest jako iloraz minimalnego kosztu niezbędnego do wytworzenia danych świadczeń (będących produktami), przy danych cenach czynników, i kosztu rzeczywiście poniesionego przez analizowany szpital. Tak więc analiza efektywności kosztowej umożliwia zbadanie, czy szpital ponosi minimalny koszt całkowity wytworzenia danych świadczeń. Granica kosztów zostaje wyznaczona w wyniku estymacji funkcji kosztów, która szacuje poniesiony koszt w zależności od wielkości produkcji, cen czynników, błędu losowego i zmiennej reprezentującej nieefektywność. Wyznaczony w ten sposób szacunek efektywności uwzględnia dwa rodzaje nieefektywności. Po pierwsze, jest to nieefektywność techniczna oznaczająca zbyt duże zatrudnienie czynników wytwórczych do wyprodukowania danych świadczeń (danej wielkości produkcji). Po drugie, uwzględniona zostaje nieefektywność alokacyjna, czyli zatrudnianie czynników i wytwarzanie świadczeń w niewłaściwych proporcjach przy istniejących cenach. Oba rodzaje nieefektywności, czyli techniczna i alokacyjna, łącznie stanowią nieefektywność kosztową (ekonomiczną).

Za pomocą SFA oceny efektywności można dokonać na dwa sposoby, a mianowicie: porównując rzeczywistą wielkość produkcji z maksymalną, potencjalnie dostępną przy wymaganych przez funkcję produkcji nakładach – i jest to analiza efektywności technicznej. Po drugie: porównując rzeczywiście poniesiony koszt z najniższym, przy jakim zgodnie z funkcją kosztów można by wytworzyć daną wielkość produkcji – i jest to analiza efektywności kosztowej. Jednak ze względu na niejednoznaczne i dyskusyjne definiowanie produktu czy wyniku procesu produkcyjnego w ochronie zdrowia, a szczególnie w szpitalach, na ogół stosuje się analizę efektywności kosztowej, a nie technicznej.

W mikroekonomicznej teorii kosztów funkcja kosztów w krótkim okresie przedstawia minimalny koszt niezbędny do wytworzenia danej wielkości produkcji przy danych cenach zmiennych czynników produkcji i danym zasobie czynnika stałego. Jest to zależność deterministyczna, która w procesie gospodarowania nie występuje, gdyż podlega zakłóceniom. Szpitale ponoszą więc wyższe koszty niż te, które wyznacza funkcja kosztów. Dzieje się tak, gdyż pojawiają się zakłócenia losowe, na przykład błędy pomiaru, oraz odchylenia spowodowane niedoskonałymi działaniami ludzkimi prowadzącymi do nieoptymalnego zatrudnienia czynników. Odchylenia te stanowią miarę nieefektywności kosztowej

analizowanego szpitala, czyli informują, w jakim stopniu szpital ponosi wyższe koszty wyprodukowania danych świadczeń, niż wynika to z funkcji kosztów.

Przykładem zastosowania metody SFA może być badanie efektywności szpitali niemieckich¹⁷. W tym badaniu wyznaczono funkcje kosztów i produkcji oraz określono czynniki nieefektywności, uwzględniając także to, czy szpital jest na terenie dawnego NRD. Wyniki z takich badań są bezcenne dla decydentów w ochronie zdrowia.

Drugim miernikiem efektywności jest nieparametryczna metoda programowania matematycznego, czyli analiza danych granicznych (DEA). Miara ta została skonstruowana przy wykorzystaniu definicji efektywności sformułowanej w mikroekonomii. Wywodzi się ona z koncepcji efektywności granicznej, zgodnie z którą wszystkie szpitale powinny funkcjonować przy poziomie produktywności zadanym przez te efektywne. Jest to więc miara względna. Szpitale z niższą produktywnością funkcjonują nieefektywnie, a zakres poprawy określa odniesienie ich wyników do wyników osiąganych przez szpitale efektywne. Wyznaczanie efektywności polega na rozwiązaniu dla każdego szpitala oddzielnie zadania programowania liniowego, którego postać zależy od przyjętej orientacji. W modelu zorientowanym na efekty następuje maksymalizacja efektów przy określonych nakładach, a w modelach zorientowanych na nakłady dąży się do minimalizacji nakładów przy danym poziomie efektów¹⁸. Metoda DEA nie wymaga znajomości mikroekonomicznych funkcji kosztów czy produkcji, a krzywa efektywności jest estymowana na podstawie danych empirycznych pochodzących ze szpitali i dotyczących wielkości poniesionych nakładów i uzyskanych efektów. Tak więc jest to miara względna. Rozwiązanie modelu informuje o szpitalach efektywnych i nieefektywnych oraz tworzy ich ranking; informuje również o technologiach optymalnych, ich strukturze i formułach benchmarkingowych dla szpitali nieefektywnych; nadwyżce nakładów i deficycie wyników w szpitalach nieefektywnych; charakterystykach dotyczących wrażliwości zadania na zmiany nakładów i wyników oraz wag funkcji celu, a także o rodzaju korzyści skali¹⁹.

¹⁷ A. Frohloff, *Cost and Technical Efficiency of German Hospitals. A Stochastic Frontier Analysis*, "Ruhr Economic Papers" 2007, no. 2, Ruhr Graduate School in Economics, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/26767/1/528419625>. PDF, 22.03.2017 r. Jednakże przeprowadzono bardzo wiele badań efektywności szpitali przy wykorzystaniu metody SFA w wielu krajach.

¹⁸ Istnieją także modele niezorientowane na nakłady.

¹⁹ Więcej patrz: B. Guzik, *Podstawowe modele DEA w badaniu efektywności gospodarczej i społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Poznańskiego, Poznań 2009.

Przykładem wykorzystania metody DEA i jednocześnie pokazania użyteczności uzyskanych wyników jest badanie dotyczące efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim w latach 2010–2014²⁰.

Dzięki analizom dokonanych przy wykorzystaniu metody DEA uzyskuje się względne miary efektywności, co oznacza konieczność przeprowadzenia dalszej analizy otrzymanych współczynników efektywności. Badanie zmian efektywności następujących wraz z upływem czasu możliwe jest przy wykorzystaniu indeksu produktywności Malmquista. Dzięki temu uzyskuje się współczynnik produktywności szpitala w kolejnych przedziałach czasu, czyli t i $t + 1$. Współczynnik ten mierzy średni geometryczny postęp w wykorzystywanej technologii między danymi okresami. Wartość indeksu informuje o następujących zmianach produktywności, a mianowicie: równanie indeksu Malmquista można rozłożyć na dwie części, z których pierwsza wyznacza przeciętną zmianę efektywności między dwoma okresami, a druga wyraża postęp technologiczny. Z tego indeksu dowiadujemy się o zmianie relacji nakładów i wyników między okresami, a także możemy określić czynniki wpływające na tę zmianę.

Znaczenie informacji uzyskanych z indeksu Malmquista dla procesu podejmowania decyzji zarządczych w odniesieniu do polskich szpitali ponownie pokazuje badanie dotyczące efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim w latach 2010–2014²¹.

2.2. Ocena ekonomiczna programów medycznych

Ocena ekonomiczna i jej narzędzia wywodzą się z mikroekonomii, w tym z działu, jakim jest równowaga ogólna, a także z ekonomii dobrobytu. Ma ona jednak wybitnie charakter aplikacyjny i dzięki temu wnosi ogromny wkład w proces podejmowania decyzji w ochronie zdrowia²². Dotyczy dokonywania wyborów między alternatywnymi możliwościami zatrudnienia zasobów i koncentruje się na mierzeniu efektywności wtedy, gdy brakuje rynkowej wyceny,

²⁰ J. Podgórska, *Ocena efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim przy wykorzystaniu metody obwiedni danych*, praca doktorska napisana na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.

²¹ Ibidem.

²² Więcej patrz: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie...*, op.cit., cz. II; K.L. Rascati, *Essentials of Pharmacoeconomics*, Wolters Kluwer Health, 2009.

a więc przede wszystkim w ochronie zdrowia i sektorze publicznym. Szczególnego znaczenia nabiera stosowanie oceny ekonomicznej do programów zdrowotnych, aby wybrać najskuteczniejsze klinicznie procedury przy uwzględnieniu ich kosztów²³. Najważniejszym celem oceny ekonomicznej w ochronie zdrowia jest pomiar kosztów i korzyści.

Podstawowym narzędziem jest analiza kosztów i korzyści (ang. *cost-benefit analysis* – CBA), która wykorzystywana jest przede wszystkim przy wyborze optymalnego przedsięwzięcia inwestycyjnego. W ochronie zdrowia inwestycje odnoszą się do wyboru procedur medycznych. Polega ona na zestawieniu wszystkich kosztów i oczekiwanych korzyści w wymiarze pieniężnym i w ujęciu wartości bieżącej alternatywnych projektów inwestycyjnych.

Drugim narzędziem jest analiza kosztów i efektywności (ang. *cost-effectiveness analysis* – CEA), będąca cząstkową postacią CBA. Jej podstawą mikroekonomiczną jest teoria produkcji, a jest ona stosowana wtedy, gdy koszty są wyrażone w pieniądzu, natomiast korzyści nie można wycenić w wymiarze pieniężnym. Wykorzystywana jest w celu oszacowania, kiedy można uzyskać więcej korzyści zdrowotnych po tym samym koszcie lub też kiedy można tę samą korzyść zdrowotną uzyskać po niższym koszcie.

Trzecim narzędziem jest analiza kosztów i użyteczności (ang. *cost-utility analysis* – CUA) i stanowi ona największe wyzwanie, gdyż korzyści zdrowotne mierzone są przy wykorzystaniu miernika, jakim jest QALY (ang. *quality-adjusted life year*), czyli lata życia skorygowane jakością życia. Koszty wyrażone są za pomocą pieniądza. Natomiast QALY to miernik pokazujący zmiany oczekiwanej długości i jakości życia zdeteterminowane stanem zdrowia, a więc i sposobem leczenia, czyli wyborem procedur medycznych.

Ponieważ w trakcie stosowania CEA i CUA niemożliwe jest bezpośrednio porównywanie kosztów i korzyści, to w procesie podejmowania decyzji wykorzystywany jest stosunek kosztów i efektywności (ang. *cost-effectiveness ratio* – CER), który wyznacza iloraz kosztu inkrementalnego danego przedsięwzięcia w relacji do jego najlepszej alternatywy i inkrementalnego efektu. Wartość CER porównywana jest do wartości maksymalnej, czyli takiego poziomu CER, który musi być osiągnięty przez każdą procedurę, aby została ona uznana za efektywną kosztowo. CER wyznaczany jest wyłącznie dla najlepszej alternatywy. Ponieważ do obliczeń wykorzystywane są wartości inkrementalne, to często

²³ Więcej patrz: M.F. Drummond, M.J. Sculpher, G.W. Torrance, B.J. O'Brien, G.L. Stoddart, *Methods for the economic evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, Oxford 2005.

określa się go mianem ICER (ang. *incremental cost-effectiveness ratio*), czyli inkrementalny stosunek kosztów i korzyści.

Ponieważ w ocenie ekonomicznej konfrontuje się korzyści w postaci poprawy stanu zdrowia z kosztami poniesionymi na jej uzyskanie, to szczególnego znaczenia nabiera zdefiniowanie, pomiar i wycena wyników uzyskiwanych w ochronie zdrowia, a szczególnie w leczeniu szpitalnym. Można dokonywać wyceny korzyści z opieki zdrowotnej w formie pieniężnej i do tego celu służą koncepcje wyprowadzone z mikroekonomicznej teorii konsumenta. Pierwszą koncepcją są preferencje ujawnione, które odnoszą się do wyceny świadczeń dokonanej na podstawie wyborów dokonanych w rzeczywistości. Zgodnie z drugą koncepcją, jaką są preferencje wyrażone, wyceny dokonywane są w badaniach i eksperymentach i noszą nazwę skłonności do zapłaty (ang. *willingness to pay* – WTP).

Pomiar korzyści z opieki zdrowotnej może być dokonywany w kategoriach poprawy zdrowia. Takie podejście jest powszechnie wykorzystywane w analizie skutków ekonomicznych procedur medycznych. W analizie farmakoekonomicznej dominuje pojęcie jakości życia związanej ze stanem zdrowia (ang. *health-related quality of life* – HRQOL). Ocena HRQOL ujawnia subiektywne postrzeganie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia z punktu widzenia pacjenta. Umożliwia ona subiektywną ocenę opłacalności z punktu widzenia pacjenta i wskazanie całkowitych korzyści dla pacjenta dzięki stosowaniu danej procedury. Takich informacji nie można uzyskać na podstawie parametrów klinicznych lub wskaźników ogólnych, gdyż ich poprawa nie musi oznaczać lepszej samooceny stanu zdrowia i samopoczucia przez pacjenta. Zdarza się, że wyniki są sprzeczne, na przykład gdy pojawią się niepożądane skutki leku.

Można przyjąć, że zdrowie można wyrazić jako iloczyn stanu zdrowia i czasu, w jakim jest on doświadczany. Jeśli więc stan zdrowia jest wyrażony ilościowo za pomocą koncepcji HRQOL, to można śledzić zmiany stanu zdrowia pacjenta jako zmiany HRQOL w czasie, a także reprezentujące prognozę stanu zdrowia z leczeniem i bez niego. Takie podejście jest powszechnie wykorzystywane, a najpopularniejszą stosowaną miarą jest QALY, czyli lata życia skorygowane jakością. Miarę tę uzyskuje się dzięki pomnożeniu ilości czasu w danym stanie zdrowia przez jakość życia w tym okresie, a następnie sumuje się po wszystkich analizowanych okresach i standaryzuje rocznie. Ocena użyteczności mierzonej przy wykorzystaniu QALY pozwala na ilościowe wyrażenie różnic między dwiema procedurami wpływającymi zarówno na jakość życia, jak i na jego długość. QALY umożliwia również zidentyfikowanie różnic w przypadku, kiedy oceniane programy wpływają tylko na jakość życia. Jest

więc to miara różnic ilościowych i jakościowych między ocenianymi programami także z różnych dziedzin medycyny.

Stosowanych jest wiele metod wyceny stanów zdrowia, jak na przykład wieloatrybutowe miary użyteczności, które służą do obliczania użyteczności związanej z różnymi stanami zdrowia. Przy tym podejściu użyteczność modeluje się na podstawie atrybutów stanu zdrowia. Dzięki temu można wyznaczyć warunkową użyteczność każdego z atrybutów, która jest obliczana za pomocą wag nadanych każdemu atrybutowi i ich wzajemnym interakcjom.

Istnieją sposoby określania pieniężnej wartości życia w celu analizowania działań prowadzących do zmiany liczby zgonów. Takie analizy oprócz ochrony zdrowia występują na przykład w badaniach bezpieczeństwa ruchu drogowego czy ochrony środowiska. Można wyróżnić dwa sposoby pomiaru wartości życia. Pierwszy oparty jest na koncepcji kapitału ludzkiego, a drugi – na wartości związanej z uniknięciem przedwczesnej śmierci. Zgodnie z koncepcją kapitału ludzkiego sformułowano pieniężny ekwiwalent wartości życia, którym najczęściej jest wartość bieżąca PKB wytworzona w ciągu życia, a utraczona w przypadku śmierci.

Wykorzystywanie oceny ekonomicznej ma na celu zdobycie wiedzy pomagającej przy podejmowaniu decyzji o alternatywnym zatrudnieniu ograniczonych zasobów, jakimi dysponuje ochrona zdrowia. Niestety dokonywanie oceny odbywa się w warunkach niepewności, więc konieczne jest posługiwanie się analizą decyzyjną, która opiera się na rachunku prawdopodobieństwa i użyteczności oczekiwanej. Najczęściej wykorzystywane jest drzewo decyzyjne, które obrazuje model analizy decyzji. Ponadto używane są modele Markova, które umożliwiają modelowanie dynamicznych procesów zachodzących w świecie rzeczywistym. Analiza wrażliwości pomaga w uporaniu się z problemem niepewności. Poza tym wykorzystywanych jest wiele metod statystycznych i stochastycznych w celu pozyskania wiedzy umożliwiającej podejmowanie skuteczniejszych decyzji zarządczych.

W ochronie zdrowia ocena ekonomiczna jest wykorzystywana, aby maksymalizować możliwe do uzyskania korzyści z ponoszonych wydatków na leczenie. Dąży się również do zmniejszania różnic regionalnych w zakresie dostępności do świadczeń medycznych.

2.3. Badanie dystrybucji dobrobytu i sprawiedliwości finansowania oraz dystrybucji w ochronie zdrowia

Z punktu widzenia decydentów zarządzających systemem ochrony zdrowia, prowadzących politykę zdrowotną i realizujących cele zdrowia publicznego dla dobra zarówno całego społeczeństwa, jak i każdej jednostki ważne są wnioski wynikające z analizy efektywności Pareta opartej na równowadze ogólnej, a także z ekonomii dobrobytu.

Dzięki wyznaczeniu i zrealizowaniu trzech warunków efektywności Pareta można by mówić o osiągnięciu efektywności gospodarowania. Wiadomo, że osiągnięcie tego stanu w rzeczywistej gospodarce, a więc i ochronie zdrowia, nie jest możliwe, więc przed państwem stoi wyzwanie, aby stosować takie narzędzia gospodarcze i regulacje prawne, które pozwolą osiągać poprawę efektywności. Równowaga Pareta jest stanem optymalnym dla gospodarki i dlatego stanowi cel dla polityki państwa.

Ekonomia dobrobytu skoncentrowana jest na analizie opartej na użyteczności poszczególnych jednostek służącej poprawie dobrobytu. Wykorzystuje ona różne postacie funkcji społecznego dobrobytu, które umożliwiają agregowanie użyteczności jednostek w celu uzyskania wartości dobrobytu społecznego. Z funkcji dobrobytu społecznego można wyprowadzić obwiednię osiągalnej użyteczności w celu określenia kombinacji użyteczności wszystkich jednostek, która zmaksymalizuje dobrobyt społeczny. Jednakże decydenci nie mogą bezpośrednio obserwować i porównywać użyteczności jednostek. Dlatego należy posługiwać się wartością pieniężną do oszacowania użyteczności. Do tego celu wykorzystywane są pieniężne miary użyteczności, czyli zmiana kompensacyjna i zmiana ekwiwalentna. Obie zmiany można agregować w celu określenia wpływu danej polityki na dobrobyt społeczny.

Połączenie narzędzi równowagi ogólnej i ekonomii dobrobytu umożliwia wyznaczenie kombinacji alokacji czynników i dystrybucji produktów (tu świadczeń zdrowotnych) w sposób umożliwiający osiągnięcie efektywności gospodarowania przy jednoczesnym maksymalizowaniu dobrobytu społecznego.

Kolejnym problemem, z którym każde społeczeństwo musi się uporać, jest sprawiedliwość w ochronie zdrowia. Abstrahując od niejednoznaczności pojęcia sprawiedliwości, należy rozważyć kwestię sprawiedliwości dotyczącej finansowania systemu i dystrybucji w ochronie zdrowia. Przy określaniu, co jest sprawiedliwe, a co nie, wykorzystywane są dwie koncepcje sprawiedliwości.

Pierwszą jest sprawiedliwość pozioma, która oznacza równe traktowanie równych jednostek, a drugą jest sprawiedliwość pionowa, która odnosi się do nierównego traktowania nierównych jednostek.

Przy finansowaniu ochrony zdrowia ma zastosowanie przede wszystkim koncepcja sprawiedliwości pionowej. Wysokość udziału w finansowaniu wydatków na leczenie w postaci składek lub podatków przez jednostki zależy od zakresu, w jakim te jednostki różnią się swoimi dochodami czy możliwościami płatniczymi. Na ogół możliwości te mierzy się siłą progresywności, regresywności czy proporcjonalności systemu finansowania.

Jedną z metod służących do mierzenia progresywności finansowania ochrony zdrowia jest wskaźnik progresywności Kakwaniego. Określa on stopień, w jakim finansowanie odbiega od proporcjonalności. Jest to narzędzie oparte na koncepcji krzywej Lorenza²⁴, gdyż konfrontuje się skumulowane odsetki populacji uporządkowanej według dochodu ze skumulowanymi odsetkami dochodu i opłat na ochronę zdrowia.

W finansowaniu ochrony zdrowia może pojawić się niesprawiedliwość pozioma, gdy jednostki z taką samą zdolnością płatniczą wnoszą do systemu różne kwoty. Skonstruowano różne sposoby jej mierzenia, a najczęściej wykorzystywany polega na pomiarze zróżnicowania płatności między grupami gospodarstw domowych z takim samym dochodem przed dokonaniem płatności.

Sprawiedliwość dystrybucji w ochronie zdrowia jest szczególnie kontrowersyjna, gdyż możliwe są trzy przedmioty dystrybucji, a mianowicie świadczenia zdrowotne, samo zdrowie i użyteczność. Na ogół przy podejmowaniu decyzji o strukturze i sposobie zarządzania systemem jako cel dla sprawiedliwej dystrybucji przyjmuje się świadczenia. Dodatkowo pomiar utrudnia wielość definicji sprawiedliwości. W badaniach nad sprawiedliwością dystrybucji wykorzystywane są przede wszystkim następujące koncepcje: utylitaryzm, jednakowe zdrowie, jednakowy dostęp, jednakowe wykorzystanie, maximin i sprawiedliwa obrona. Mnogość koncepcji i definicji nie pomaga w pomiarze niesprawiedliwości. Trzeba bowiem przyjąć taką definicję, którą można empirycznie przetestować. W literaturze przyjęto, że do pomiaru niesprawiedliwości poziomej wykorzystywane są współczynniki koncentracji ochrony zdrowia i potrzeb, na podstawie których skonstruowany został wskaźnik niesprawiedliwości poziomej. Sprawiedliwość pionowa koncentruje się na stopniu, w jakim

²⁴ Na temat krzywej Lorenca można przeczytać np. w: J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015, rozdz. 5.

jednostki z różnymi chorobami, a więc potrzebami dotyczącymi świadczeń zdrowotnych, otrzymują te świadczenia właściwie do nich dopasowane. Określenie takiej zależności wymagałoby sformułowania silnych sądów wartościujących, a to właściwie uniemożliwia dokonywanie pomiarów.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na czynniki wpływające na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Do najważniejszych należą: zachorowalność, wiek, płeć, dochód, mierniki statusu socjoekonomicznego i podaży. Do pomiaru wpływu tych czynników na korzystanie ze świadczeń i przewidywania ich skutków wykorzystywane są metody regresji.

Podsumowanie

Wykorzystanie narzędzi analizy jakościowej i ilościowej, jakimi dysponują nauki ekonomiczne, a przede wszystkim wykorzystanie wyników z przeprowadzonych badań jest niezbędne do podejmowania racjonalnych i skutecznych decyzji. Okazuje się, że znajdują one zastosowanie we wszystkich aspektach funkcjonowania ochrony zdrowia.

Po pierwsze, jeśli system ochrony zdrowia ma funkcjonować efektywnie, to zarządzający zarówno całym systemem, jak i poszczególnymi świadczeniodawcami powinni prowadzić analizy dotyczące produkcji, kosztów, podaży, a także popytu we wszystkich strukturach rynkowych, aby móc podejmować decyzje adekwatne do sytuacji, w jakiej się znajdują. Oczywiście badania służące zdobywaniu wiedzy i informacji powinny dotyczyć także sposobu finansowania systemu i poszczególnych świadczeniodawców. Przy rozwiązywaniu problemów związanych z ubezpieczeniami zdrowotnymi, publicznymi i prywatnymi również wymagane jest stosowanie narzędzi analizy ekonomicznej. Ze względu na niesprawności mechanizmu rynkowego konieczna jest ingerencja państwa w funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Jego działania są również wymagane z punktu widzenia sprawiedliwości w ochronie zdrowia.

Po drugie, przedmiotem analizy ekonomicznej jest efektywność związana z dokonywaniem wyborów między alternatywnymi możliwościami zatrudnienia zasobów, gdy brakuje rynkowej wyceny. Dlatego szczególnego znaczenia nabiera stosowanie oceny ekonomicznej do wyboru programów zdrowotnych. Chodzi przecież o to, aby wybrać najskuteczniejsze klinicznie procedury medyczne przy uwzględnieniu ich kosztów, aby poprawiać zarówno skuteczność kliniczną leczenia, jak i jego dostępność.

Po trzecie, narzędzia analizy ekonomicznej wykorzystywane są do rozwiązywania kwestii związanych z dystrybucją dobrobytu oraz sprawiedliwością zarówno w finansowaniu systemu ochrony zdrowia, jak i w dystrybucji świadczeń zdrowotnych.

Wnioski z badań ekonomicznych systemu ochrony zdrowia wykorzystywane są przez decydentów na całym świecie. Dlatego też w celu podniesienia stanu zdrowia społeczeństwa i przyspieszenia wzrostu gospodarczego w naszym kraju warto, aby analiza i ocena ekonomiczna były szerzej wykorzystywane.

Bibliografia

- Bauer J.C., *Statistical analysis for decision makers in health care*, CRC Press, 2009.
- Czarny E., Nojszewska E., *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa 2000.
- Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B.J., Stoddart G.L., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, Oxford 2005.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Frohloff A., *Cost and Technical Efficiency of German Hospitals. A Stochastic Frontier Analysis*, "Ruhr Economic Papers" 2007, no. 2, Ruhr Graduate School in Economics, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/26767/1/528419625>. PDF.
- Guzik B., *Podstawowe modele DEA w badaniu efektywności gospodarczej i społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Poznańskiego, Poznań 2009.
- Hollingsworth B., *Non-parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care*, "Health Care Management Science" 2003, vol. 6, no. 4.
- Jacobs R., Smith P.C., Street A., *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Kornai J., Eggleston K., *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Oswald D.A., Knippel J., *Measuring the economic footprint of the pharmaceutical Industry*, WifOR 2014, http://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/02/wifor_feasibility_study_2013.pdf.

- Podgórska J., *Ocena efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podkarpackim przy wykorzystaniu metody obwiedni danych*, praca doktorska napisana na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
- Rascati K.L., *Essentials of Pharmacoeconomics*, Wolters Kluwer Health, 2009.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015.
- Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy*, red. T. Hermanowski, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

Rozdział 3

Wybrane czynniki ryzyka deterioracji jakości klinicznej usług medycznych świadczonych przez podmioty lecznicze w świetle uwarunkowań ekonomiczno-gospodarczych

Krzysztof Dziędzic¹

Wprowadzenie

Kilkanaście już lat ewolucji systemu opieki zdrowotnej w Polsce zbliżyło go do innych obszarów gospodarczych pod kątem zasad funkcjonowania ekonomicznego. Podmioty lecznicze zwracają dużą uwagę na koszty i tak organizują cały proces leczenia, aby mimo posiadania szczupłych środków nie generowały strat, jak to było jeszcze w latach 90. ubiegłego wieku. Jednak zbawiennemu wpływowi wprowadzania zasad wolnego rynku i dyscypliny ekonomicznej w zarządzaniu podmiotami leczniczymi przeczą nierzadko bieżące obserwacje jakości otrzymywanych przez pacjentów świadczeń medycznych.

Niestety pomimo włożonych wysiłków w naprawę systemu, wzrostu nakładów na wykonywanie świadczeń, wyraźnego zwiększenia udziału niepublicznych podmiotów leczniczych w sektorze usług ambulatoryjnych, sukcesywnego dokonywania dalszych przekształceń własnościowych, a także podejmowania inicjatyw z zakresu wdrażania standaryzacji jakości prowadzonych usług obserwujemy pogarszający się poziom jakości i dostępności pacjentów do usług, nie

¹ Lek. med. Krzysztof Dziędzic, Prezes Pro Arte Medica Sp. z o.o. i Dyrektor Zarządzający Centrum Medycznego MultiCare w Warszawie. Absolwent Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

tylko zresztą w Polsce, zarówno w obszarze szpitalnego, jak i ambulatoryjnego systemu opieki zdrowotnej. Niestety również zbyt często stajemy się świadkami rażącej niekompetencji świadczeniodawców, niejednokrotnie prowadzącej do poważnych następstw zdrowotnych pacjentów.

W niniejszym rozdziale podjęto próbę wyjaśnienia zjawiska trudności w osiągnięciu i utrzymywaniu wysokiej jakości opieki medycznej pomimo wdrażania licznych inicjatyw i metod ukierunkowanych na poprawę efektywności i jakości opieki.

3.1. Jakość w usługach medycznych

Z racji swojej wielowymiarowości znaczenia jakość usług medycznych może być oceniana z różnych perspektyw: personelu, pacjentów bądź osób im towarzyszących oraz instytucji finansujących². W odniesieniu do personelu jakość będzie charakteryzował poziom opieki zdrowotnej umożliwiający osiągnięcie dobrych wyników leczniczych, zmniejszenie wyników niepożądanych, zgodność postępowania z aktualnym poziomem wiedzy medycznej. W odniesieniu do instytucji finansujących jakością będzie zapewnienie pacjentom dostępności do efektywnych usług medycznych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy. Dla pacjenta zaś wymiarem jakości będzie wymiar osiąganych rezultatów, powrót do zdrowia lub jego poprawa po opuszczeniu podmiotu leczniczego.

Jednym z wymiarów jakości usługi medycznej jest zobiektywizowany efekt procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego podczas postępowania leczniczego. Możemy go określić jako efektywność kliniczną. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) dokonała zdefiniowania pojęcia jakości w tym obszarze jako „stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów”.

Bezpieczeństwo pacjentów stanowi dziś jeden z podstawowych wymiarów jakości świadczonych usług, zaś wszelkie inicjatywy ukierunkowane na jej poprawę mają nadany najwyższy poziom ważności. Wynika to niestety z wciąż

² P. Dobski, *Marketing usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XVIII edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2015, s. 16.

zatrważających danych dotyczących występowania błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych towarzyszących zastosowanym terapiom.

W sondażu organizacji Eurobarometr przeprowadzonym w 2006 r. w krajach Unii Europejskiej 78% Europejczyków uważało, że błędy medyczne stanowią w ich własnym kraju poważny problem (97% Włochów, 91% Polaków, połowa Duńczyków i Finów), a większość respondentów czytała bądź słyszała o przypadkach niepożądanego przebiegu leczenia. W sondażu przeprowadzonym w 2010 r. blisko połowa respondentów obawiała się zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną. Ponad 70% ankietowanych osób wskazało telewizję jako główne źródło informacji na temat zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej, a jedynie 9% – oficjalne statystyki szpitalne. Polacy za „bardzo prawdopodobne” uznali niewłaściwe rozpoznanie (81% respondentów), zakażenia (76%), błędy podczas operacji (74%) i błędy związane z farmakoterapią (69%). Aż 75% Polaków odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy osobiście lub w rodzinie mieli jakieś niekorzystne doświadczenie związane z lecznictwem³.

Podobne negatywne opinie o jakości świadczonych usług medycznych napływają z jednego z najpotężniejszych i najbardziej dojrzałych rynków opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki. W swoim badaniu w 2003 r. E. A. McGlynn⁴ dokonał oceny dokumentacji medycznej z ponad dwuletniego okresu dla losowej próby dorosłych z 12 obszarów metropolitalnych. Jak wynikało z analizy, uczestnicy badania otrzymywali tylko 55% łącznej zalecanej opieki, podobne proporcje stwierdzono także w odniesieniu do zalecanej opieki profilaktycznej (55%), intensywnej opieki medycznej (54%) oraz opieki w przypadku chorób przewlekłych (56%).

Problem trudności z utrzymaniem pożądanego poziomu jakości opieki zdrowotnej wydaje się być problemem o skali globalnej. Co więcej, nic nie wskazuje na to, aby jego wyłączną przyczyną była wysokość alokowanych środków finansowych. W rzeczywistości istnieją przeciwne dowody, gdyż część systemów o niskich kosztach opieki zdrowotnej uzyskała także wyższe wskaźniki jakości⁵.

Bardzo niepokojący jest fakt, że coraz częściej i wyraźniej stawiana jest zarówno w kraju, jak i za granicą teza, zgodnie z którą istniejące rozwiązania

³ P. Gajewski, M. Bała, *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna”, www.mp.pl, 8.11.2012 r.

⁴ E. A. McGlynn, *The quality of Health Care Delivered to adults in the United States*, „The New England Journal of Medicine”, vol. 348, no. 26, s. 2635–2645.

⁵ S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia Zdrowia i Opieki Zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 614.

regulacyjne i kontrolne w zakresie zapewnienia jakości, typu licencje, certyfikaty i inne obowiązkowe lub dobrowolne systemy zapewnienia jakości, nie gwarantują w pełni satysfakcjonującej jakości opieki. Nic więc dziwnego, że poprawa jakości stała się jednym z priorytetów dla wielu rynków opieki zdrowotnej na świecie.

Problem ten został również zauważony w Polsce, a jego ranga wydaje się nabierać coraz większej ważności. W 1994 r. przez ministra zdrowia powołane zostało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)⁶. Jest ono centralną jednostką resortu zdrowia powołaną w celu inspirowania i wspierania działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez placówki polskiej opieki zdrowotnej. Aktualny statut tej jednostki został określony poprzez zarządzenie ministra zdrowia z 2010 r. Zgodnie z nim do głównych zadań Centrum należy: przygotowanie i prowadzenie szkoleń pobudzających i wspierających projekty podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej, przeprowadzanie i udoskonalanie procesu akredytacji placówek opieki zdrowotnej, m.in. poprzez realizację Programu Akredytacji Szpitali, w ramach którego niezależni wizytatorzy dokonują oceny akredytacyjnej opartej na publicznie znanym zestawie standardów i monitorowaniu wskaźników jakości świadczeń wysokospecjalistycznych – finansowanych z budżetu państwa⁷.

Wprowadzane w Polsce systemy zarządzania jakością podmiotów leczniczych niewątpliwie odgrywają bardzo ważną rolę w procesie poprawy jakości świadczonych usług. Należy jednak mieć na uwadze uwarunkowania zewnętrzne wprowadzanych w Polsce zmian, pamiętając, że rynek opieki zdrowotnej znajduje się wciąż w relatywnie wczesnej fazie transformacji systemu opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia wydaje się również fakt wieloletniej izolacji systemów ochrony zdrowia w Europie Środkowej i Wschodniej, który niewątpliwie miał wpływ na tworzenie określonej kultury myślenia i wzorca zachowań funkcjonujących w sektorze opieki zdrowotnej. Z tego powodu język niektórych dokumentów zaczerpnięty z odpowiedników wypracowanych w krajach o znacznie dłuższych tradycjach procesowego budowania jakości może wydawać się dość trudny do zrozumienia dla szeregowych pracowników medycznych w Polsce. Sam fakt jednak wprowadzania nowoczesnych systemów zarządzania jakością

⁶ Centrum Monitorowania Jakości, *Informacje o działalności Centrum Monitorowania Jakości* www.cmj.org.pl/firma.php, 10.10.2016 r.

⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz.Urz. MZ 2010 poz. 59 z dn. 21.07.2010 r.

odgrywa ogromną, pozytywną rolę w generowaniu i rozwoju nowej kultury zarządzania i funkcjonowania podmiotów opartej na przyjmowaniu do świadomości wszystkich pracowników odpowiedzialności za jakość usługi i bezpieczeństwo pacjenta. W tym obszarze krytycznie ważna wydaje się również świadomość i pełna wiedza zarządcza dotycząca wdrażania procesów wymagających właściwego i specyficznego planu wdrożeniowego, czasowego rozdziału zadań i konsekwencji w jego realizacji.

Obecnie sprawy jakości usług zdrowotnych w Polsce reguluje Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ze zmianami z dnia 10 czerwca 2016 r. Niemniej już poprzedni rząd sygnalizował konieczność głębszego skupienia się na problemach jakości w opiece zdrowotnej, z tego powodu rozpoczęły się prace nad projektem kompleksowej ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Nowe kierownictwo resortu zwraca szczególną uwagę na fakt, że służba zdrowia należy do obszarów odpowiedzialności państwa wobec obywateli i nie będzie traktowana wyłącznie jako przedmiot wolnej gry rynkowej. Pozostaje więc mieć nadzieję, że problem jakości opieki zdrowotnej utrzyma swoje ważne miejsce w toczących się pracach nad reformowaniem systemu.

3.2. Dysfunkcje systemu finansowania kosztów świadczeń przez krajowy system refundacji

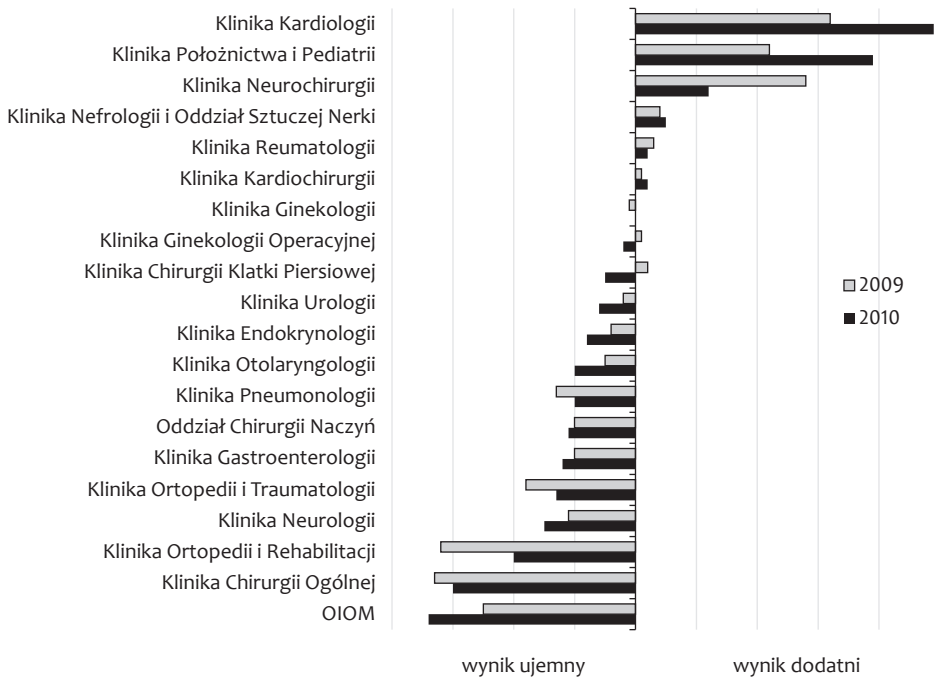
Aktualnie obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej zakłada, podobnie jak w wielu innych krajach, przeznaczanie środków finansowych płatnika na realizację świadczeń leczniczych określanych według grup powiązanych diagnostycznie (*Diagnosis Related Groups* – DRG). Oznacza to, że szpital musi podejmować decyzje o zastosowaniu danej technologii medycznej wyłącznie przy stawce oferowanej przez płatnika ubezpieczyciela (Narodowy Fundusz Zdrowia). W przypadku podmiotów funkcjonujących w sektorze szpitalnym system ten narzuca ściśle określone granice refundacji kosztów wykonywanych procedur, niestety nie zawsze pokrywających poziom niezbędnych do poniesienia rzeczywistych kosztów wytworzenia usługi.

Stąd w warunkach dzisiejszej wyceny świadczeń przez NFZ świadczenie usług na najwyższym poziomie, choć potencjalnie powinno stymulować większy popyt na usługę poprzez osiąganie wysokiej satysfakcji pacjentów i budowanie dobrej opinii rynkowej podmiotu, niekoniecznie musi iść w parze z uzyskiwaniem korzyści ekonomicznych w postaci powiększającego się zysku. W przypadku

realizacji usług w wielu obszarach specjalizacyjnych poziom refundacji świadczeń nie pokrywa kosztów związanych z wytworzeniem usługi.

Świadczą o tym przedstawione na rysunku 3.1 wyniki finansowe poszczególnych klinik i oddziałów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego (SPSK) nr 4 w Lublinie, odzwierciedlające stopień rzeczywistego finansowania poszczególnych szpitalnych usług specjalistycznych.

Rysunek 3.1. Wyniki finansowe klinik i oddziałów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie w roku 2009 i 2010



Źródło: K. Skubis, M. Przylepa, *Jak nie zadłużyć szpitala? Studium przypadku – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie*, w: *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, red. E. Nojszewska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 147.

Zilustrowany na rysunku 3.1 rachunek zysków i strat odnosi się do SPSPK nr 4 w Lublinie, będącego przykładem publicznej wysokospecjalistycznej placówki o najwyższym poziomie referencyjności regionalnej, która osiągnęła silną pozycję rynkową, zatrudnia wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną, dysponuje nowoczesnym sprzętem medycznym, realizuje wysokiej jakości świadczenia medyczne i generuje bardzo duży popyt na swoje usługi. Ponadto jest

placówką kierowaną przez kompetentny zespół zarządczy podejmujący nieustające działania zmierzające do zwiększenia zysków i zmniejszania do optymalnego (akceptowanego) poziomu strat w poszczególnych obszarach działalności.

Już w pobieżnej analizie kosztów i rentowności usług w poszczególnych segmentach specjalistycznych rzucają się w oczy niektóre obszary kliniczne generujące największe straty dla jednostki. Niestety w większości są to kliniki i oddziały realizujące wysokospecjalistyczne procedury, związane bezpośrednio z ratowaniem życia ludzkiego, takie jak: Oddział Intensywnej Terapii (OIT) dorosłych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Klinika Ortopedii i Traumatologii, Neurologii, Gastroenterologii, Chirurgii Naczyń, ale i wiele innych. Jedynie w 8 z 22 oddziałów osiągnęło dodatni wynik finansowy pomimo wdrożonego programu ograniczania kosztów.

Informacje o niedoszacowaniu realnych kosztów przy realizacji procedur specjalistycznych napływają z wielu źródeł. Jednym z obszarów o największym niedoszacowaniu kosztów jest wspomniana wcześniej Intensywna Terapia. Obszar ten wydaje się trudny do specyficznej wyceny ze względu na to, że świadczone usługi z racji leczenia najczęściej chorych pacjentów niosą za sobą wysokie i trudne do ujednoczenia koszty terapii. Obecny system opiera się na kalkulacji kosztów, odwołując się do stosowanej również w Europie Zachodniej skali TISS-28, która jest oparta na ocenie 28 elementów postępowania pielęgniarstwa związanego z realizacją wybranych procedur (*nota bene* skala ta powstała w zupełnie innym celu niż kalkulacja kosztów w OIT) będących odzwierciedleniem głównych nośników kosztowych związanych z prowadzonymi świadczeniami. Elementom tym nadana jest odpowiednia waga punktowa, co bezpośrednio przekłada się na wyliczenie łącznych kosztów terapii. System ten został zaakceptowany przez Ministerstwo Zdrowia i wprowadzony do zasad kontraktowania świadczeń przez NFZ w 2004 r. i funkcjonuje aż do dnia dzisiejszego. Specjaliści w tej dziedzinie zwracają jednak uwagę⁸ na fakt, że skala ta jedynie w oryginalnej wersji pozwalała na dostatecznie wiarygodne szacowanie kosztów świadczeń ponoszonych przez OIT według właściwych kryteriów, pomimo tego, że ani płatnik, ani świadczeniodawca nie znali i nie znają rzeczywistej, odzwierciedlającej realne koszty nominalnej wartości 1 pkt TISS-28. Niestety oryginalna skala TISS podlegała corocznym

⁸ K. Kusza, *Komentarz w sprawie sposobu kontraktowania w Polsce świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2006 roku*, „Anestezjologia i Intensywna Terapia” 2006, nr 2, s. 115–118.

modyfikacjom, które oddalały ją w treści od oryginału. Podczas procesu kontraktowania świadczeń w kolejnych latach dokonywano w skali TISS-28 kolejnych zmian, a właściwie wykluczeń wybranych procedur medycznych w taki sposób i w takim zakresie, że przestała ona przypominać oryginalną skalę TISS-28. W kilku jej miejscach, istotnych nie tylko z terapeutycznego punktu widzenia, wykluczono bowiem standardowo wykonywane czynności w OIT jako nieistotne lub uznano, że z punktu widzenia medycznego nie służą do realizacji celu, jakim jest utrzymanie właściwej homeostazy człowieka. Tym samym przyjęto, że niektóre czynności nie służą podstawowej doktrynie intensywnej terapii, która mówi, że stany zagrożenia życia leczy się za pomocą podobnych metod, najczęściej inwazyjnych, bez względu na ich przyczynę.

Specjalista krajowy w dziedzinie intensywnej terapii prof. Andrzej Kubler w jednym z udzielonych wywiadów przyznaje, że „problemem pozostaje wycena kosztu jednego punktu, tak aby odzwierciedlał on w jak największym stopniu realny koszt świadczeń udzielanych pacjentowi”. W grudniu 2013 r. twierdził, że „obecnie NFZ zwraca jedynie ok. 50 procent rzeczywistych kosztów, jakie ponoszą oddziały anestezjologii i intensywnej terapii. Dziś każdy dyrektor szpitala powie, że wie, jak intensywna terapia jest ważna i potrzebna, że to szanuje i chciałby mieć więcej łóżek, ale on tylko na tym traci. Oprócz niewłaściwej wyceny jednego punktu w skali TISS usługi z intensywnej terapii kontraktowane są przez NFZ na znacznie niższym poziomie niż rzeczywiste potrzeby. Konsekwencją tego jest ciągle wykonywanie zadań ponad przyznane limity. Wprawdzie są one dla ratowania życia, co Fundusz zawsze może zweryfikować, ale nie ma pieniędzy, żeby za nie płać na bieżąco. To są brakujące miliony złotych, co jest bardzo niekorzystne dla bieżącej polityki finansowej szpitala. Zatem istotne jest, żebyśmy zbliżyli się w refundowaniu intensywnej terapii do rzeczywistych kosztów”⁹.

Nie trudno odnaleźć w dostępnej literaturze przykłady zidentyfikowanych przez ekspertów dysfunkcji zasad kwalifikacji oraz refundacji świadczeń medycznych prowadzących do drastycznego zwiększenia nie tylko zresztą ryzyka deterioracji efektywności klinicznej świadczonych usług ze względu na leżące u podstaw mechanizmy przyczynowo-skutkowe, lecz także z całą pewnością zwiększania łącznych kosztów dla systemu. O efektywności wykorzystania

⁹ Rozmowa z prof. A. Kublerem, Specjalistą krajowym w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, *Wycena świadczeń w intensywnej terapii jest o połowę za niska*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2012, nr 12, s. 10–12.

przyznanych przez płatnika środków finansowych decyduje bowiem prawidłowe zakodowanie danej jednostki chorobowej i przydzielenie jej do odpowiedniej grupy terapeutycznej. To ono staje się często ekonomicznym drogowskazem wdrażanych procedur.

Jednym z przykładów są zasady rozliczania terapii nerkozastępczej w OIT. Procedura ta, przypisana do OIT jako na przykład hemofiltracja żylna-żylna, w klasyfikacji źródłowej TISS-28 umożliwia uzyskanie przez chorego 3 pkt. Autor doniesienia¹⁰ zwraca uwagę na istnienie bezdyskusyjnych argumentów na rzecz wyższości hemofiltracji żylna-żylnej nad hemodializą przerywaną u chorych OIT. Zmodyfikowana przez NFZ skala TISS-28 jest tak skonstruowana, że aktualnie zniechęca prowadzących oddziały do wdrożenia procedury hemofiltracji żylna-żylnej na miejscu, ponieważ hemodializa u chorego z OIT wykonana w oddziale hemodializ skutkuje uzyskaniem nie 3, a 8 punktów TISS. Chory uzyskuje 5 pkt za interwencję poza oddziałem macierzystym i 3 pkt za leczenie nerkozastępcze. Ta wysoka punktacja dla procedury poza oddziałem wiąże się oczywiście z zaangażowaniem personelu średniego w transport chorego w stanie zagrożenia życia. Tymczasem badania wielośrodkowe dowodzą, że leczenie ostrej niewydolności nerek w systemie terapii hemodializami przerywanymi nie wpływa na spadek śmiertelności chorych OIT. Co więcej, transport chorego „na dializę” w czasie leczenia zaburzeń dynamiki układu krążenia środkami naczyniowo-aktywnymi jest błędem medycznym.

Kolejnym przykładem może być kwalifikowanie dzieci (nie noworodków) do leczenia w OIT, w oparciu na zmodyfikowanej skali TISS-28. W ocenie eksperta¹¹ jedynie mądrość i uczciwość lekarzy prowadzących te oddziały pozwala na leczenie w nich dzieci według ogólnie przyjętych zasad intensywnej terapii pomimo braku finansowania. Pediatriczna skala TISS *de facto* dotyczy noworodków, u których zastosowanie w terapii egzogenego surfaktantu, fototerapii czy też tlenu azotu w doskonały sposób rozwiązuje problem uzyskania odpowiedniej, wysokiej punktacji wg TISS-28. Ten rodzaj leczenia nie dotyczy jednak dzieci większych, gdyż jest nieskuteczny. W związku z tym punktacja, jaką chore dzieci uzyskują w klasyfikacji TISS-28 w pediatricznym OIT nie osiąga wymaganej granicy 25 pkt. Pozostaje zatem rozliczanie terapii katalogu szpitalnych świadczeń medycznych bez możliwości sumowania procedur, tak jak ma to miejsce w oddziale pediatricznym.

¹⁰ K. Kusza, *Komentarz w sprawie...*, op.cit., s. 115–118.

¹¹ *Ibidem*.

Podobne zjawisko obserwujemy w innych obszarach realizacji świadczeń w warunkach OIT. Brak zaliczenia do punktacji TISS niektórych innych czynności powoduje całkowitą dekapitalizację w ten oto sposób, że chory znajdujący się w OIT nie osiąga granicy 25 pkt. W związku z tym nie może być rozliczony zgodnie z katalogiem świadczeń ogólnoszpitalnych, jak się to czyni w oddziale internistycznym, gdzie zachodzi możliwość sumowania świadczeń. Zatem leczenie chorego w oddziale OIT wg katalogu świadczeń ogólnoszpitalnych wyceńnione jest niższe niż w zwykłym oddziale internistycznym.

Z oczywistego punktu widzenia taki rachunek ekonomiczny trudno zaakceptować, posiłkując się chociażby podstawowymi kryteriami dotyczącymi logicznego myślenia. Przykładowo, chory z zapaleniem płuc jako przyczyną niewydolności oddechowej wymaga terapii wentylacyjnej, którą można mu zapewnić tylko w OIT. Nie osiąga on jednak 25 pkt według skali TISS-28, a więc to świadczenie udzielone w oddziale wysokospecjalistycznym zostanie skalkulowane poniżej stawek dla podobnego rozpoznania postawionego w oddziale internistycznym. Jest sprawą oczywistą, że w oddziale internistycznym chory z takim rozpoznaniem nie ma szans na przeżycie, więc terapia musi być prowadzona w warunkach OIT z koniecznością rozliczania według skali TISS-28. Ze względu jednak na brak możliwości osiągnięcia granicy 25 pkt oddział zmuszony jest do świadczenia terapii refundowanej według klasyfikacji „hospitalizacja”, oszacowanej poniżej stawek uznanych za właściwe dla wysokospecjalistycznych oddziałów.

Najbardziej drastycznym przykładem krytycznego wpływu niewłaściwej klasyfikacji i wyceny świadczeń są warunki leczenia niedokrwienia kończyn. Jeszcze w latach 2008–2011 co roku traciło nogę w wyniku niedrożności naczyń krwionośnych spowodowanych miażdżycą 6–10 tys. pacjentów, a w 2012 r. liczba ta sięgnęła 12 tys. przypadków. Polska przoduje w tej bolesnej statystyce wśród krajów europejskich. Przeprowadzamy blisko 8 amputacji nóg na 100 tys. mieszkańców, w Danii – 2, a w Hiszpanii i Holandii – 1, co podkreśla prof. Aleksander Sieroń ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach¹².

Jedną z przyczyn rosnącej liczby amputacji nóg jest wadliwy system wyceny przez NFZ procedur medycznych. Wycena amputacji jest wysoka, w związku z tym wiele szpitali, w których funkcjonuje oddział chirurgii ogólnej, sięga po tę procedurę, żeby utrzymać się przy życiu. Niestety zbyt wiele amputacji przeprowadza się bez diagnostyki układu naczyniowego w kończynie, choć

¹² *Ucinają nogi zamiast leczyć*, materiał PAP, Wyborcza.pl z dn. 22.03.2014.

jest do tego sprzęt, wyjaśnia prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej dr Waław Kuczmik. Nie ma wątpliwości, że gdyby system kontraktacji procedur medycznych i ich wyceny był racjonalny, to do wielu przypadków amputacji by nie doszło – stwierdził szef sejmowej komisji zdrowia dr Tomasz Latos¹³. Tezę tę potwierdza Specjalista Wojewódzki ds. Angiologii, którego opinia jest zawarta w zbiorczym raporcie pt. *Ocena dostępności i wyceny świadczeń w województwie śląskim*¹⁴: „Dostępność chorych do świadczeń naczyniowych w skali województwa uległa wydłużeniu. Czas oczekiwania na planowe operacje naczyniowe wynosi 9–14 miesięcy, na przyjęcie pacjenta z krytycznym niedokrwieniem kończyny – 30 dni. Problemem jest podział środków przeznaczonych na leczenie chorób naczyń przez NFZ między niepublicznymi ośrodkami a specjalistycznymi oddziałami szpitalnymi. Brak finansów na kontraktowanie procedur angiologicznych w szpitalach publicznych spowodował gwałtowny wzrost liczby amputacji kończyn dolnych w regionie”. Podobną opinię prezentuje Specjalista Wojewódzki ds. Chirurgii Naczyniowej: „w zakresie chirurgii naczyniowej w roku 2011 utrzymywały się we wszystkich oddziałach chirurgii naczyniowej ponadroczone kolejki do planowanych przyjęć i kilkumiesięczne dla chorych przyjmowanych pilnie. Tak odległe terminy przyjęć zagrażają życiu i zdrowiu chorych”.

Odnosnie do rosnącego gwałtownie zjawiska amputacji kończyn ze względu na wysoką rangę problemu również w skali kraju głos zabrali nie tylko eksperci medyczni, lecz także Rzecznik Praw Obywatelskich, który w swoim piśmie do Ministerstwa Zdrowia¹⁵ wyraża zaniepokojenie wzrostem liczby amputacji kończyn dolnych przeprowadzanych w Polsce. Czytamy w nim: „Wbrew tendencjom panującym w innych krajach wskaźnik amputacji w Polsce rośnie, co jest ewenementem w skali europejskiej”. Niestety nic nie wskazuje na to, że bieżące działania regulacyjne starają się poprawiać istniejący stan rzeczy, wręcz przeciwnie, w najnowszym rozporządzeniu NFZ dotyczącym taryfikacji świadczeń szpitalnych z 28 czerwca 2016 r. nastąpiło dalsze obniżenie wartości taryf świadczeń na niektóre świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej, w tym odnoszących się do leczenia skrajnego niedokrwienia kończyn mogącego prowadzić do amputacji.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Wydział Nadzoru nad Funkcjonowaniem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, *Ocena funkcjonowania i dostępności świadczeń w systemie opieki zdrowotnej*, część III, s. 20.

¹⁵ Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia ws. wzrostu liczby amputacji kończyn dolnych przeprowadzanych w Polsce, z dn. 9.10.2014, <https://www.rpo.gov.pl/>, 14.05.2015 r.

W raporcie oceny funkcjonowania i dostępności świadczeń w województwie śląskim wszyscy konsultanci wskazują na fakt, że niedobory środków finansowych rzutują niekorzystnie na funkcjonowanie podmiotów prowadzących działalność leczniczą województwa śląskiego. Dodatkowo w opinii konsultantów usługi medyczne są niedoszacowane, co powoduje ciągłe straty i zadłużanie się szpitali¹⁶. Jako niewystarczający dotychczasowy poziom kontraktowania w swoich dziedzinach określiło 37 konsultantów (anestezjologia i intensywne terapie, angiologia, medycyna ratunkowa, chirurgia ogólna, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia szczękowo-twarzowa, chirurgia naczyń, chirurgia plastyczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, transplantologia kliniczna, neurochirurgia, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna, choroby wewnętrzne, geriatryka, gastroenterologia, diabetologia, endokrynologia, reumatologia, urologia, rehabilitacja medyczna, fizjoterapia, zdrowie publiczne, choroby płuc, alergologia, dermatologia i wenerologia, hematologia, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, psychiatryka, pediatria, onkologia i hematologia dziecięca, chirurgia dziecięca, otorynolaryngologia dziecięca, ortodoncja, periodontologia). Kontraktację z NFZ jako zadowalającą oceniło jedynie dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii dziecięcej i w dziedzinie urologii dziecięcej¹⁷.

Niskie kontrakty z NFZ powodują przede wszystkim wydłużanie się kolejek pacjentów do specjalisty i na planowe zabiegi operacyjne. Prowadzą także do sytuacji, w której potencjał ludzki i sprzęt nie jest w pełni wykorzystywany. Dużym problemem dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest brak refundacji przez NFZ świadczeń medycznych udzielanych już po wyczerpaniu kontraktu lub wypłaty z bardzo dużym opóźnieniem. Wiele oddziałów szpitalnych i poradni ogranicza w czwartym kwartale roku, a często już nawet w trzecim, przyjmowanie chorych ze względu na przekroczenie limitów. Taka sytuacja może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a w skrajnych przypadkach dla życia pacjentów.

Pomimo istniejących problemów niestety w dalszym ciągu w wielu zakresach terapeutycznych obowiązujący system refundacji kosztów przez NFZ nie opiera się na rzetelnie przeprowadzonych analizach ekonomicznych, zaś NFZ utrzymuje wiele wycen procedur na niezmiennym poziomie. Pewne nadzieje

¹⁶ Wydział Nadzoru nad Funkcjonowaniem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, *Ocena funkcjonowania...*, op.cit., s. 15–16.

¹⁷ Ibidem.

wzbudziło rozpoczęcie usystematyzowanych prac nad taryfikacją świadczeń, którą od 1 stycznia 2015 r. zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Przekazywane przez szpitale dane o rzeczywistych kosztach leczenia, ujmowane w specjalnie do tego celu przygotowanych ankietach, stają się nową podstawą do rozliczania świadczeń i do przygotowania specyficznych weryfikacji taryfikacji świadczeń. Analizy poszczególnych zakresów terapeutycznych świadczeń gwarantowanych są prowadzone sukcesywnie w kolejnych latach według przyjętego harmonogramu prac, ustalanego corocznie według uzasadnionego klucza potrzeb.

Trudno jest dziś przewidzieć, czy wdrożony proces oceny kosztów rzeczywistych świadczeń przyniesie zakładany cel. Dla wielu ekspertów było nim wykorzystanie tej swoistej mapy kosztów do określenia przez resort zdrowia jasnego zakresu możliwości ich refundowania przez państwo.

W tym kontekście dość niepokojąco wyglądają zapowiadane kolejne reformy w systemie zdrowotnym, pomimo iż mowa w nich również o systematycznym zwiększaniu nakładów na zdrowie. Niestety po raz kolejny w planach nowego kierownictwa resortu nie odnajdujemy elementów kontynuacji prowadzonych wcześniej działań porządkujących, zaś proponowane są nowe rozwiązania o charakterze radykalnych zmian systemowych. Świadczą o tym choćby plany likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i zastąpienia go Państwowym Funduszem Celowanym, mającym w swoich kompetencjach zarządzanie środkami dotyczącymi zdrowia. Mają one pochodzić z rozliczeń podatkowych obywateli i z dotacji budżetowych.

Najbardziej niepokoją zapowiedzi powszechnego dostępu wszystkich obywateli i legalnych rezydentów do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym osób nieubezpieczonych. Ma temu towarzyszyć zniknięcie pojęcia „ubezpieczenia zdrowotnego” od początku 2018 r., co samo w sobie niesie ryzyko utraty przewidywalności pozyskiwanych środków dedykowanych systemowo na opiekę zdrowotną i uzależnienia ich wielkości od nie do końca dziś sprecyzowanych kryteriów alokacji na ten cel środków budżetowych.

Optymizmem napawa fakt wysokiej rangi ważności, jaką Ministerstwo Zdrowia nadało toczącemu się procesowi weryfikacji rzeczywistych kosztów świadczeń, co więcej zostały zidentyfikowane najłabsze punkty tego procesu, odnoszące się do wiarygodności pozyskiwanych danych. Stąd w Sejmie oczekuje nowelizacja jednej z ustaw, na mocy której podmioty lecznicze będą zobowiązane do udzielania informacji o ponoszonych kosztach. W zapowiedzi ministerstwa niebawem ma powiększyć się obsada personalna AOTMiT

aż o 100 osób, co powinno przyspieszyć prace związane m.in. z wyceną procedur medycznych¹⁸.

Pozostaje wierzyć, że tworzona mapa kosztów zostanie jak najszybciej ukończona i stanie się dobrym narzędziem właściwego kierowania strumieni pieniężnych do systemu. Będzie jednocześnie niezwykle cennym materiałem do dalszych analiz dotyczących zakresu możliwości refundacyjnych państwa.

3.3. Zarządzanie kosztami ukierunkowane na maksymalizację zysku podmiotów leczniczych

Przyznanie w 2000 r. Nagrody Nobla J.F. Stiglitzowi za dokonania w dziedzinie ekonomii sektora publicznego zwróciło uwagę na fakt, że działalność podmiotów sfery niematerialnej podlega takim samym prawom ekonomicznym jak działalność podmiotów gospodarczych w sferze produkcyjnej. Stąd wszelkie działania sektora zdrowia można scharakteryzować, wykorzystując odpowiednie teorie ekonomiczne, odnoszące się zarówno do zachowań konsumentów (pacjentów), jak i do zachowań firm dążących do osiągnięcia maksymalnego zysku¹⁹.

Budowanie celów strategicznych przez zarządy przedsiębiorstw medycznych poprzez pryzmat konieczności wypracowywania coraz lepszych wyników finansowych prowadzonych operacji, w tym optymalizacji osiąganych zysków w przypadku podmiotów niepublicznych czy też minimalizacji strat w przypadku podmiotów publicznych, wymusza konieczność podejmowania ciągłych starań mających na celu redukcję kosztów prowadzonych operacji. Co więcej, wydaje się, że z perspektywy redukcji kosztów w celu wypracowania założonego zysku w niektórych przypadkach wprowadzane są systemowo zmiany w organizacji pracy przedsiębiorstw, które w swoim założeniu wręcz uniemożliwiają prawidłową realizację zadań leczniczych.

Szczególne presja drastycznych redukcji kosztów dotyczy publicznych podmiotów szpitalnych funkcjonujących w warunkach wysokiego zadłużenia, będącego efektem skumulowanych strat finansowych z okresu ostatnich dekad funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Straty te są niestety pogłębiane

¹⁸ M. Tomczak, *Wydawać racjonalnie*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 4, s. 24.

¹⁹ J. Suchecka, *Wprowadzenie do wydania polskiego*, w: S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, wyd. 2, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 12.

przez bieżące niedoszacowanie kosztów wytwarzania realizowanych świadczeń pokrywanych przez NFZ. Według danych Ministerstwa Zdrowia zadłużenie publicznych szpitali na koniec 2015 r. wyniosło prawie 14 mld PLN, z czego prawie 3 mld PLN to zadłużenie wymagalne. Według tego samego źródła szpitale przekształcone w spółki nie radzą sobie lepiej od SPZOZ-ów²⁰.

W tak ukształtowanych zewnętrznych warunkach ekonomicznych pojawia się narastająca presja na kierownictwo podmiotów szpitalnych dotycząca podejmowania skutecznych działań restrukturyzacyjnych i istotnych decyzji w odniesieniu do redukcji kosztów. Mogą być one osiągnięte poprzez redukcję niektórych składników kosztowych, takich jak opracowanie nowych standardów zużycia i zakupu materiałów, kontroli ilości i jakości badań laboratoryjnych i diagnostycznych, optymalizacji technologii medycznych ze szczególnym uwzględnieniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu, które nie niosą za sobą ryzyka utraty jakości klinicznej usługi. Istnieje jednak druga kategoria kosztów „wrażliwych”, które nierozważnie redukowane mogą nieść za sobą istotne ryzyko krytycznego obniżenia jakości klinicznej usługi, a w skrajnych przypadkach stanowić zagrożenie dla życia pacjentów. Należą do nich nierozważna racjonalizacja gospodarki lekiem z możliwym wykluczeniem z dostępnego wachlarza terapeutycznego nowoczesnych, niemożliwych do zastąpienia preparatów farmaceutycznych stosowanych w stanach nagłych zagrożenia życia oraz restrukturyzacja zatrudnienia wraz z nierozważną redukcją kosztów osobowych realizowanych świadczeń medycznych.

Dotyczy to w szczególności zastępowania kosztownej, wysoko wykwalifikowanej i doświadczonej kadry medycznej niżej opłacanymi, początkującymi pracownikami ochrony zdrowia oraz systemowego ograniczania w lecznictwie ambulatoryjnym czasu udzielania świadczeń medycznych przeznaczonego na bezpośredni kontakt lekarza z pacjentem. Płacowy składnik kosztowy stanowi zresztą jedną z najbardziej skutecznych metod redukcji kosztów, ponieważ koszty wynagrodzeń z pochodnymi stanowią jeden z największych kosztów wytworzenia usługi.

Autorzy projektu „Reorganizacja rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami”²¹ realizowanego w latach 2008–2011 objęli swoim badaniem

²⁰ Raport Ministra Zdrowia dotyczący działań resortu w latach 2007–2015, <http://www.mz.gov.pl>, 12.05.2015 r.

²¹ I. Mazur, P. Karniej, J. Stępniewski, *Propozycja zmian w organizacji rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami*, w: *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, red. E. Nojszewska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

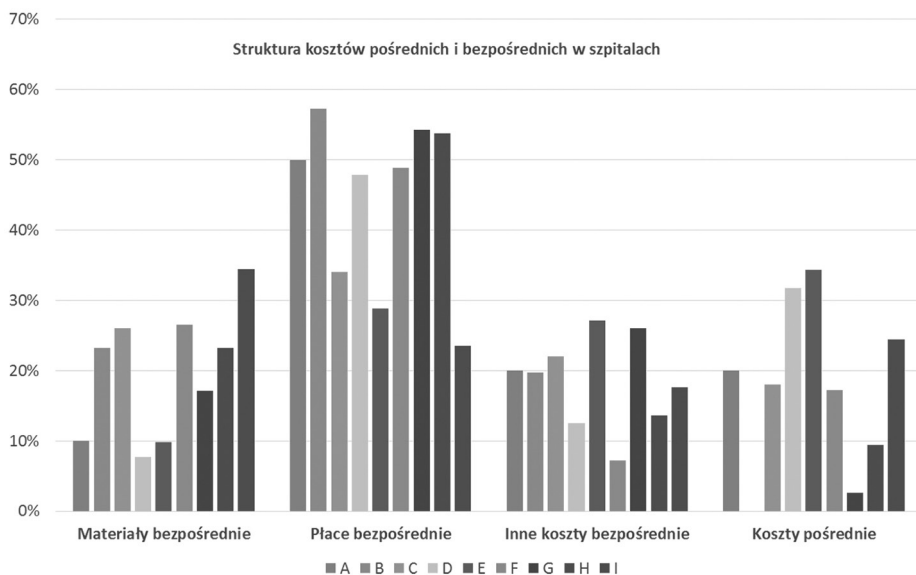
11 placówek funkcjonujących na terenie województwa dolnośląskiego o różnym profilu działalności (wielospecjalistyczne, monoprofilowe). Dla osiągnięcia celów badania przeprowadzono audyty w analizowanych szpitalach, wywiady z menedżerami, ordynatorami oddziałów i kierownikami poszczególnych działów z obszaru logistyki, sprzedaży, marketingu i administracji. Badanie miało na celu postawienie diagnozy stanu obecnego podmiotów w zakresie stosowanych modeli zarządzania kosztami, tak aby można było dokonać oceny stanu przygotowania jednostek do wprowadzania zmian.

W ramach przeprowadzonego badania wykazano m.in., że szpitale korzystają z tradycyjnych modeli rachunku kosztów, żaden z badanych szpitali nie wdrożył rachunku kosztów działań, zaś próby identyfikacji i opisywania działań zaobserwowano w tych jednostkach, w których wprowadzane były systemy jakości (CMJ, ISO), co nie było skorelowane z identyfikacją działań na potrzeby prowadzenia rachunku kosztów. Jedynie w trzech przypadkach wyodrębniono dział analiz ekonomicznych, zaś w większości przypadków analizami ekonomiczno-finansowymi zajmował się dział księgowości. Żaden z badanych szpitali nie odpowiedział, że ewidencjonuje koszty według procesów i działań i że grupuje je według JGP. Wszystkie szpitale ewidencjonują przychody z działalności podstawowej według oddziałów (będących ośrodkami kosztów w tych szpitalach), nie zaś według realizowanych usług. Są one liczone jedynie sporadycznie i to w stosunku do wybranych procedur podlegających odrębnemu kontraktowaniu i odrębnym zasadom finansowania takich usług jak mammografia i cytologia. Niestety okazało się również, że tylko jeden ośrodek deklaruje podział kosztów na stałe i zmienne, zaś żaden z badanych podmiotów nie kalkuluje kosztów niewykorzystanych zdolności produkcyjnych. Badacze odnieśli zresztą wrażenie braku wiedzy i świadomości zarządczej co do obciążeń wynikających z kosztów niewykorzystanych zasobów.

Z przywołanego badania wyłania się obraz niedorozwiniętej kultury właściwego rozumienia i zarządzania kosztami, mogącej prowadzić przy istnieniu dużej presji bilansowania ujemnego rachunku finansowego szpitali w opisanych wcześniej warunkach otoczenia ekonomicznego do nieuważnej redukcji kosztów opartej na posiadanej jedynie powierzchownej analizie kosztowej.

Jak wynika z rysunku 3.2., zdecydowanie najbardziej ciężącą grupą kosztów są koszty płac bezpośrednie i inne koszty bezpośrednie, zawierające często w sobie w sporym odsetku również koszty zawartych kontraktów cywilnoprawnych z lekarzami.

Rysunek 3.2. Struktura kosztów w szpitalach (stosunek kosztów pośrednich i bezpośrednich do kosztów ogółem)



Źródło: I. Mazur, P. Karniej, J. Stępniewski, *Propozycja zmian w organizacji rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami*, w: *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, red. E. Nojszewska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 133.

Możliwości dalszych redukcji kosztów materiałowych w wyniku prowadzonych od dość dawna działań oszczędnościowych powoli osiągnęły kres swoich możliwości, stąd pokusa łatwego koncentrowania się na płacowej grupie kosztowej. W tym też obszarze paradoksalnie łatwo można uzyskać pewne oszczędności poprzez wprowadzenie zmian restrukturyzacyjnych. Tyle tylko, że wdrożenie takich decyzji i zmian bez dokonania wcześniejszych analiz kosztów, najlepiej metodą rachunku kosztów działań, i bez rozumienia wewnętrznych procesów tworzenia wartości nosi znamiona strategicznego hazardu zarządczego i niesie za sobą w niektórych przypadkach poważne ryzyko obniżenia jakości i efektywności klinicznej usług, włącznie ze stwarzaniem ryzyka zagrożenia życia dla pacjentów. Odnosi się to do ograniczania liczby dostępnych wysoko wykwalifikowanych członków personelu medycznego i zastępowania ich, również w warunkach dyżurowych, początkującym personelem medycznym. Niestety ma to miejsce także w przypadku takich oddziałów jak OIT, blok operacyjny czy oddziały ratunkowe, w których nabyte kompetencje

i wieloletnie doświadczenie specjalistów może decydować o podejmowaniu krytycznych decyzji klinicznych, od których zależy zdrowie i życie pacjentów.

Od dawna spotykamy się z problemem wykorzystywania do redukcji kosztów płacowych rezydentów i młodych lekarzy będących w trakcie realizacji początkowej fazy specjalizacji. Są oni często poddawani presji podejmowania się obowiązków pełnienia dyżurów medycznych, niestety również w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Jako że problem ten regularnie narasta i jest coraz częściej podnoszony publicznie, stanowisko w tej sprawie zabrała m.in. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, potwierdzając zjawisko przymusowego wręcz oddelegowywania lekarzy odbywających specjalizację do pełnienia całonocnych dyżurów w tych jednostkach²². Samorząd lekarski praktycznie stale podnosi, że tego typu praktyki mogą się odbić na bezpieczeństwie pacjentów. Nadużywanie możliwości pełnienia samodzielnych dyżurów specjalizantów przez ordynatorów i dyrekcje w celu redukcji kosztów szpitala jest niestety możliwe w aspekcie prawnym, ponieważ osoba mająca prawo wykonywania zawodu lekarza może ten zawód wykonywać w sposób, który jej odpowiada (art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty). Oznacza to, że lekarz – nawet bez specjalizacji – może, jeżeli chce, podjąć się udzielania świadczeń zdrowotnych w jednej z form przewidzianych prawem (a więc na przykład prowadząc indywidualną praktykę lekarską w miejscu wezwania czy dyżurując na SOR-ze). Ponadto przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dopuszczają do pełnienia dyżurów w szpitalach każdą osobę posiadającą wyższe wykształcenie medyczne, niezależnie od tego, czy ma ona specjalizację czy nie (art. 95 ust. 1 ww. ustawy). Wreszcie, zgodnie z art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty program specjalizacji musi obejmować pełnienie dyżurów medycznych, co oznacza, że lekarze odbywający daną specjalizację mają wręcz obowiązek pełnić dyżury medyczne w liczbie wskazanej w programie określonej specjalizacji. Zgodnie z § 15 ust. 2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów to kierownik specjalizacji decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru.

Analizowany więc problem stanowi pewnego rodzaju wypaczenie możliwości, w sytuacjach, w których lekarz rezydent w szczególności w początkowym

²² A. Sawoni, F. Dąbrowski, *List otwarty w sprawie dyżurów na SOR*, Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej do dyrektorów i prezesów szpitali prowadzących szkolenie specjalistyczne.

etapie specjalizacji może zostać zmuszany do samodzielnego dyżurowania na oddziałach intensywnego leczenia, ponieważ jego kierownik może uznać go za gotowego do pracy w tych warunkach. Niestety takie sytuacje mają miejsce, zaś młodzi lekarze poddawani presji ze strony dyrekcji i swoich kierowników specjalizacji, którzy z kolei często podlegają presji ordynatorów oddziałów, nie potrafią zdecydować się na możliwe, formalne podjęcie odmowy takiej delegacji z racji wyrażenia własnego przekonania o braku gotowości do samodzielnego dyżurowania.

Sytuacjom takim poniekąd zapobiega rozporządzenie Ministra Zdrowia, określające wykazy świadczeń gwarantowanych, i zarządzenie Prezesa NFZ, określające warunki zawierania i realizacji umów na poszczególne świadczenia, w tym zakres kwalifikacji niezbędnych do realizacji procedur.

Powyżej opisane sytuacje konieczności ponoszenia kosztów niedoszacowanych procedur medycznych oraz poszukiwania sposobów redukcji kosztów w sytuacji ponoszonych strat i obciążeń zadłużeniowych odnoszą się niemal wyłącznie do szpitali publicznych, obłożonych misją działalności publicznej zaspakajania potrzeb lokalnej społeczności. Trudno więc wyobrazić sobie sytuację, w której wieloprofilowy szpital publiczny likwiduje niektóre ze swoich najbardziej deficytowych oddziałów, takich jak Oddział Intensywnej Opieki Medycznej czy Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Oczywiście tego typu problem nie znajduje odzwierciedlenia w obecnych warunkach regulacji ochrony zdrowia w Polsce w sektorze szpitalnych podmiotów niepublicznych. Funkcjonują one według ram klasycznego funkcjonowania gospodarczego przedsiębiorstw, kierując się rachunkiem zysków i strat oraz optymalizacją nakładów wytwórczych. Podejmują więc bieżące decyzje o zamykaniu bądź niewchodzeniu w te niedofinansowane segmenty rynku. Potwierdzeniem tej tezy jest choćby opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej, który w przywoływanym wcześniej raporcie²³ podkreśla, że bez opinii konsultantów wojewódzkich powstają kolejne prywatne oddziały, które otrzymują kontrakty na tzw. pełną hospitalizację, a nie uczestniczą w systemie ostrego dyżurowania. Potwierdzają ją również statystyki dotyczące obszarów, w obrębie których rozwijają się niepubliczne podmioty lecznicze o charakterze usług stacjonarnych i ambulatoryjnych. Są to niemal wyłącznie obszary o wysokim poziomie refundacji kosztów gwarantujących

²³ Wydział Nadzoru nad Funkcjonowaniem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, *Ocena funkcjonowania...*, op.cit., s. 20.

uzyskanie zakładanych zysków ze sprzedaży swoich świadczeń, takie jak: ortopedia ambulatoryjna, okulistyka, dializoterapia czy kardiologia interwencyjna. W przypadku dwóch ostatnich segmentów jesteśmy świadkami intensywnych procesów inwestycyjnych i konsolidacyjnych podmiotów niepublicznych. Co najgorsze, odnotowujemy przypadki prywatyzowania tych jednostek po wyodrębnieniu ich ze struktury szpitali publicznych.

Taka sytuacja musi skutkować ponoszeniem przez podmioty publiczne dodatkowych obciążających je kosztów, są one bowiem zobowiązane do realizacji świadczeń również w stosunku do pacjentów kierowanych przez podmioty niepubliczne, tracą one też możliwości bilansowania swojego wyniku finansowego poprzez zwiększanie udziału realizacji dochodowych świadczeń w łącznych przychodach tych podmiotów.

Innym powszechnie dostrzeganym efektem redukcji kosztów udzielanych świadczeń medycznych przez podmioty lecznicze, szczególnie funkcjonujące w segmencie usług opieki podstawowej i usług specjalistycznych ambulatoryjnych, jest redukcja czasu przeznaczanego na bezpośredni kontakt z pacjentem. Systematycznie ograniczany przez wewnętrzne procedury operacyjne podmiotów czas przeznaczony na jedną wizytę często uniemożliwia w praktyce kompetentną realizację świadczenia, jakim jest badanie lekarskie. Już student medycyny w pierwszych latach swojej nauki zdaje sobie sprawę, jak ważne i czasochłonne jest realizowanie podstawowego badania lekarskiego. Zgodnie ze sztuką lekarską musi ono składać się z części badania podmiotowego, a więc zebrania rzetelnego wywiadu medycznego od pacjenta, co wymaga czasu na zbudowanie właściwej atmosfery w celu uzyskania pełnych informacji, oraz z części badania przedmiotowego, składającego się z konsekwentnej realizacji sukcesywnego badania poszczególnych układów ciała. Pominięcie choćby niektórych elementów badania musi nieść za sobą ryzyko postawienia błędnej diagnozy, a w związku z tym ordynowania niewłaściwej terapii. Ponadto może skutkować przeoczeniem symptomów rozwijających się chorób układowych o charakterze przewlekłym bądź o charakterze nowotworowym.

Najbardziej zastanawiający jest fakt powszechnej akceptacji takiego stanu rzeczy przez zarządy świadczeniodawców i instytucje zobligowane do zapewnienia jakości opieki zdrowotnej. Mamy też w tym przypadku do czynienia ze zjawiskiem ignorowania niezadowolonych konsumentów, chyba każdy z nas doświadczył bowiem na własnej skórze zjawiska „braku czasu lekarza” na zrealizowanie usługi. Jest to zresztą coraz częściej bezpośrednio wyrażane przez niedoświadczonych, młodych lekarzy, chętnie zatrudnianych przez niepubliczne

podmioty lecznicze, którzy z rozbijającą szczerością przyznają swoją bezsilność wobec braku czasu dostępnego na wykonanie badania.

Tymczasem nawet duże profesjonalnie zarządzane podmioty lecznicze posiadające struktury sieciowe swoich usług są dumne z racjonalizacji operacji, m.in. poprzez ograniczanie czasu trwania wizyt jako narzędzia optymalizacji zysków. W raporcie emisyjnym Enel-Med²⁴ firma jest prezentowana jako trzeci pod względem wielkości niepubliczny gracz funkcjonujący na polskim rynku opieki podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Emitent przyznaje, że w segmencie usług medycznych, w których działa, dominującą rolę odgrywają tzw. abonamenty medyczne oferowane pracownikom firm. Pracodawcy mogą z własnych środków wykupić dla swoich pracowników pakiety świadczeń w celu zapewnienia im wysokiej jakości opieki zdrowotnej. W raporcie emitenta znajdujemy w rozdziale dotyczącym struktury kosztów uwagę, że struktura kosztowa Enel-Med jest charakterystyczna dla branży operatorów medycznych mających charakter usługowy i odznacza się wysokimi kosztami personelu medycznego. W istocie w raporcie odnajdujemy w pozycji koszty osobowe oraz usługi obce, zawierające znaczną część dodatkowych kosztów płacowych realizowanych w formie kontraktów cywilnoprawnych, wartości 24,9% i 54,9% łącznych kosztów operacyjnych. W rozdziale *Koszty osobowe głównym składnikiem wydatków* czytamy, że bardzo wysoki udział kosztów osobowych powoduje, że efektywne zarządzanie czasem personelu medycznego jest kluczowe dla rentowności spółki. Pod koniec 2010 r., ze względu na dynamiczny przyrost liczby pacjentów abonamentowych, w zwykłych wizytach internistycznych czas pojedynczej wizyty został skrócony z 20 do 15 minut.

Z informacji napływających aktualnie z rynku czas ten u niektórych świadczeniodawców został skrócony nawet do 10 minut, przez co w rozumieniu doświadczonego lekarza osiągnął absurdalny wymiar. Co ciekawe, problem ten nie ma charakteru lokalnego i został jasno zidentyfikowany na świecie jako obszar niespełnionych oczekiwań konsumentów, a więc obszar dodatkowych możliwości generowania biznesu opartego na zaakceptowanym deficycie jakości usług. Przykładem tego zjawiska jest tworzenie na rynku amerykańskim tzw. medycyny *concierge*²⁵. Ponieważ firmy ubezpieczeniowe nie płacą zbyt wiele lekarzom podstawowej opieki medycznej za rutynowe wizyty, lekarze w celu

²⁴ Enel-Med, *Oferta publiczna*, Millennium dom maklerski, maj 2011, s. 17 i 34–35.

²⁵ M. Sanderl, *Czego nie można kupić za pieniądze. Moralne granice rynku*, Kurhaus Publishing, Warszawa 2012, s. 38.

osiągnięcia założonego zysku mają niekiedy po 3 tysiące lub więcej pacjentów zarejestrowanych w swoich kartotekach i często muszą w pośpiechu przebadać od dwudziestu do trzydziestu pacjentów dziennie. Wielu pacjentów i lekarzy jest sfrustrowanych tym systemem, który nie zapewnia wystarczającej ilości czasu na zbudowanie właściwej relacji lekarza z pacjentem oraz podjęcie optymalnych decyzji terapeutycznych. Stąd rosnąca liczba lekarzy oferuje formę opieki umożliwiającą poświęcenie większej uwagi pacjentowi – tzw. medycynę *concierge*. W modelu tym za cenę rosnącej rocznej składki w wysokości 15–25 tys. USD pacjenci mają zapewnione wizyty tego samego lub następnego dnia, niespieszne konsultacje bez konieczności oczekiwania w poczekalni, a także całodobowy dostęp do lekarza poprzez e-mail i telefon komórkowy. Jeśli to konieczne, organizowana jest także pilna wizyta u specjalisty.

O ile przywołany powyżej model nowej wersji usługi medycznej zarezerwowanej dla wymagających pacjentów stanowi jeden z przykładów przedstawionych przez autora, jednego z najwybitniejszych współczesnych filozofów amerykańskich w celu przedstawienia własnych refleksji na temat nieograniczonych możliwości procesu sprzedaży niemal wszystkiego, o tyle inne przykłady racjonalizacji usług w kontekście deficytu czasowego lekarzy płyną od specjalistów z dziedziny zarządzania i marketingu. W jednym z artykułów opublikowanych w „Harvard Business Review Polska”, zatytułowanym *4 sposoby na rewolucję w sektorze usług*, autorzy, odnosząc się do konieczności wprowadzania innowacyjnych rozwiązań na rynku, proponują „wobec rosnącego zapotrzebowania przez pacjentów na obszerniejszą wiedzę na temat postępów choroby niż lekarz mógłby im przekazać podczas konsultacji o uzasadnionym ekonomicznie czasie trwania”, wprowadzenie wizyt grupowych, podczas których informacje uzyskiwane lub przekazywane przez jednego pacjenta mogą wywołać pytania od innych, a odpowiedzi mogą być istotne dla wszystkich, włącznie z lekarzem²⁶.

Oczywiście trudno jest jednoznacznie odnieść się do takich pomysłów, niewątpliwie bowiem zawierają one elementy godne rozważenia w procesach poszukiwań optymalizacji efektywności usług, nie należy jednak zapominać o wyjątkowym charakterze usług medycznych oraz o wyjątkowo delikatnej i trudnej do zbudowania relacji lekarz – pacjent, na której opiera się realizacja skutecznych procesów diagnostyczno-leczniczych.

²⁶ K. Ramdas, E. Teisberg, A.L. Tucker, *4 sposoby na rewolucję w sektorze usług. Jak generować większą wartość dla firmy i przysparzać korzyści jej klientom?*, „Harvard Business Review Polska”, wrzesień 2013, s. 111.

M. E. Porter w jednej ze swoich publikacji²⁷, poruszającej zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej, stwierdza, że powodem braku postępu w procesie podnoszenia jakości usług medycznych jest toczenie gry konkurencyjnej na niewłaściwym szczeblu, w niewłaściwych rynkach i niewłaściwym czasie. W jego opinii w wielu branżach konkurencja powinna z upływem czasu dawać korzyści klientom, przyczyniając się do poprawy jakości usług i redukcji kosztów. Panuje jednak przekonanie, że zasady te nie dotyczą opieki zdrowotnej z racji jej złożoności, ograniczonego dostępu społeczeństwa do informacji i konieczności dostosowania świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów. Jak twierdzi autor, w opiece zdrowotnej toczy się tzw. gra o sumie zerowej, polegająca na przesuwaniu ciężaru kosztów na innych uczestników systemu zamiast na ich zdecydowanej redukcji. W istocie koszty są przesuwane z płatnika na pacjenta, z programu opieki zdrowotnej na szpital, ze szpitala na lekarza, z ubezpieczonego na nieubezpieczonego. Taki łańcuch efektów przerzucania kosztów z jednego podmiotu na inny nie generuje żadnej wartości netto, zamiast tego zyski jednego uczestnika są osiągane kosztem innego. Ponadto autor podkreśla, że gra o sumie zerowej polega na dążeniu do zdobycia przewagi konkurencyjnej zamiast na staraniach o poprawę jakości usług.

3.4. Niedostateczny poziom wiedzy medycznej, doświadczenia i kompetencji zawodowych pracowników medycznych

Kluczowe ogniwo łańcucha budowania wartości usługi w wymiarze jakości i efektywności diagnostyczno-terapeutycznej zarówno wobec indywidualnych pacjentów, jak i wobec społeczeństwa stanowi poziom wiedzy i kompetencji zawodowych pracowników ochrony zdrowia, a w szczególności lekarzy. Pomimo niezwykle szybko rozwijających się nowych technologii medycznych, opierających się często na innowacyjnej aparaturze medycznej o najwyższym stopniu zaawansowania technologicznego, rola lekarza wciąż ma swoją wysoką, niekwestionowaną i niemożliwą do zastąpienia wartość. Nawet najbardziej zaawansowany technologicznie sprzęt jest w stanie przynieść korzyść dla podmiotu jedynie wtedy, kiedy jest obsługiwany i w sposób optymalny wykorzystywany przez wysoko wykwalifikowany personel medyczny. W przeciwnym razie

²⁷ M.E. Porter, E.O. Teisberg, *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska”, październik 2005, s. 108.

staje się jedynie gwarantem niebagatelnych kosztów ponoszonych nakładów amortyzacyjnych i kosztów niewykorzystanych możliwości, zaś łączne koszty operacyjne stają się znacznie większe niż osiągnięte korzyści przez pacjentów. Niestety pomimo tego oczywistego, jakby się wydawało, faktu jesteśmy często świadkami sytuacji, w których dyrekcja szpitali nie dokłada adekwatnych starań, aby obok zabezpieczenia jednostki w najnowocześniejszy sprzęt zapewnić równocześnie wysoko wykwalifikowaną kadrę zdolną zapewnić jego optymalne wykorzystanie. Czasami obserwujemy w takich sytuacjach działania wręcz przeciwne, polegające na redukcji kadr w danym centrum kosztowym, dla którego zakupiono nową, drogą technologię, ze względów „oszczędnościowych” i zastępowanie w tym dziale doświadczonych pracowników medycznych mniej kosztownymi, ale i mniej doświadczonymi fachowcami. W ten sposób uzyskuje się jedynie pozorne oszczędności.

Poziom kompetencji zawodowych i doświadczenie lekarzy jest ważnym zasobem wytwórczym każdego podmiotu leczniczego. Jest on pochodną istniejącej jakości kształcenia zawodowego i podyplomowego kształcenia specjalistycznego. Proces ten poddawany jest w Polsce kontroli jakości poprzez nakładanie na absolwentów kończących uniwersytety medyczne i specjalizantów kończących państwowe cykle specjalizacyjne obowiązku poddawania się końcowym egzaminom państwowym oceniającym poziom osiągniętej przez nich wiedzy.

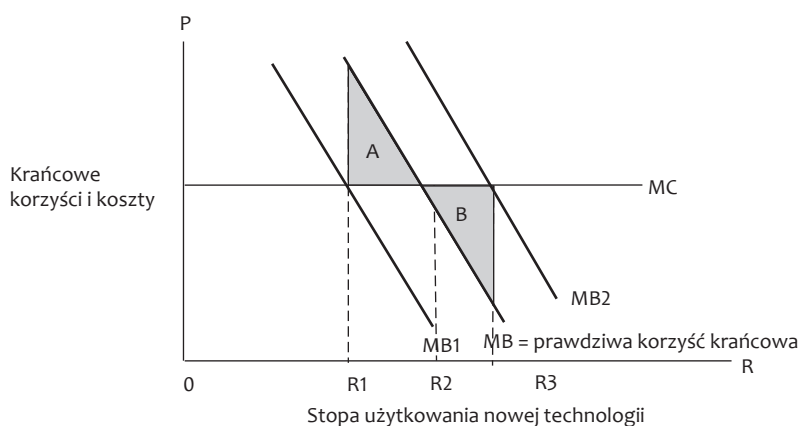
Pomimo wdrażania różnorodnych metod kontroli jakości zasobów kompetencyjnych posiadanych przez lekarzy, w tym wspomnianych egzaminów, licencji, certyfikacji szkoleń, problem występowania tzw. błędów w sztuce ma charakter globalny, zaś jego skala stała się powodem do ciągłego poszukiwania zarówno przyczyn, jak i systemowych sposobów ich zapobiegania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) informuje²⁸, że liczba odnotowanych przypadków błędów w sztuce utrzymuje się niezmiennie na poziomie 8–12% hospitalizacji. Dla przykładu: w Wielkiej Brytanii w 2000 r. około 10% łącznej liczby przyjęć do szpitala, tj. około 850 000 przypadków, wiązało się z wystąpieniem objawów niepożądanych. Podobne dane zostały opublikowane w Hiszpanii, Francji i Danii. Analizy zaistniałych błędów w obszarze Unii Europejskiej wykazały, że w 50–70,2% przypadków błędów tym można byłoby zapobiec w przypadku istnienia systemów zapewnienia bezpieczeństwa opieki pacjenta. Co istotne, WHO szacuje, że wdrożenie takich systemów umożliwiłoby zredukowanie

²⁸ World Health Organization, Regional Office for Europe, *Data and Statistics*, www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics, 05.10.2016 r.

około 260 000 przypadków skutkujących nieodwracalną niepełnosprawnością rocznie i zapobieżeniu około 95 000 przypadkom śmierci.

Stopień niedoinformowania zawodowego lekarza w zakresie wiedzy o najbardziej efektywnych metodach diagnostyki i terapii jest niewątpliwie przejawem niewłaściwej opieki i jednym z istotnych czynników ryzyka deterioracji jakości klinicznej usługi dla pacjenta. Z racji ekonomicznej identyfikacji tego zjawiska podejmowane są szczegółowe analizy dotyczące kosztów niewłaściwego stosowania procedur²⁹. Zjawisko to zaprezentowane jest na rysunku 3.3.

Rysunek 3.3. Nieefektywność dezinformacji o korzyści krańcowej z opieki lekarskiej



Źródło: S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 570.

Zakładając, że krzywa korzyści krańcowej MB przedstawia prawdziwą, zoptymalizowaną korzyść pacjenta, to pole trójkąta A będzie wyrażało wartość utraconej możliwości pacjentów, wyznaczając jednocześnie nieefektywność kliniczną w wyniku niedostatecznego użytkowania dostępnej technologii. Podobny efekt ilustruje pole trójkąta B wyrażające nieefektywne nadmierne korzystanie z dostępnych technologii medycznych przy stopie użytkowania R3. Pomimo zastosowania powyższej koncepcji nadwyżki konsumentów do strat dobrobytu z powodu odchyień jakościowych praktyk lekarskich rzetelne oszacowanie tych kosztów okazuje się bardzo trudne. Według szacunków niektórych autorów

²⁹ S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia...*, op.cit., s. 570–571.

strata wynikająca z odchyień od zoptymalizowanej praktyki w warunkach amerykańskich wynosi łącznie 33 mld USD³⁰.

Pomimo łatwej identyfikacji zjawiska wpływu zoptymalizowanej wiedzy lekarskiej na jakość i efektywność realizacji usług medycznych rzadko efekt ten znajduje swoje odbicie w decyzjach organizacyjnych kierownictwa podmiotów leczniczych w Polsce, zarówno publicznych, jak i w mniejszym stopniu niepublicznych. Decyzje te powinny zmierzać do stworzenia systemu zachęt i promocji kształcenia podyplomowego pracowników medycznych oraz zapewnienia im optymalnych warunków do naturalnego i bieżącego rozwoju swojej wiedzy i umiejętności. Konieczność ta wynika zapewne z niewystarczająco uświadomionego w środowiskach zarządczych faktu niesłuchanie powolnego rozpowszechniania się i wdrażania do powszechnej praktyki lekarskiej metod leczenia potwierdzonych niekwestionowanymi wynikami badań klinicznych. Według niektórych badaczy³¹ trwa ono około 17 lat. W przeciwieństwie do Polski w wielu krajach europejskich pracodawcy szpitalni dedykują w ramach zakontraktowanego czasu pracy określone, regularne przedziały czasowe pracy lekarzy, które powinny być przeznaczone na prowadzenie ustawicznego doskonalenia zawodowego. W Polsce niestety nie tylko nie odnajdujemy takich samych zachowań po stronie pracodawców, ale wręcz możemy stwierdzić, że narzucany system pracy działa w opozycji do podejmowanych własnych inicjatyw edukacyjnych lekarzy.

Pełna i ustawicznie aktualizowana wiedza medyczna lekarzy na temat udowodnionych technologii diagnostyczno-terapeutycznych jest jednym z zasadniczych gwarantów efektywności i wysokiej jakości klinicznej świadczonych usług medycznych. Bardzo istotne znaczenie z perspektywy zarządzania jakością kliniczną usług ma efektywne wprowadzanie potwierdzonych klinicznie i rekomendowanych przez międzynarodowe towarzystwa poszczególnych specjalizacji medycznych standardów i rekomendacji powstających w wyniku zgodnych ustaleń ekspertów z najbardziej renomowanych ośrodków klinicznych, opartych na analizie dostępnych dowodów naukowych o charakterze EBM (*evidence-based medicine* – medycyny opartej na faktach). Równie ważne wydaje się baczne monitorowanie i analizowanie przez podmioty lecznicze własnych zaistniałych przypadków powikłań z powodu popełnionych błędów w sztuce

³⁰ S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia...*, op.cit., s. 571.

³¹ M.E. Porter, E.O. Teisberg, *Nowe zasady...*, op.cit., s. 108.

w celu wypracowania odnośnych metod naprawczych i wprowadzania procesów wczesnej profilaktyki zdarzeń.

3.5. Konflikt interesu jakości świadczenia medycznego lekarza i uzyskiwanego z niego zysku

Istotna asymetria informacji w obszarze trudnego dla jednej ze stron zidentyfikowania jakości klinicznej usług medycznych pomiędzy usługodawcą, jakim jest zakład leczniczy realizujący swoje świadczenie rękami lekarza, a usługobiorcą, jakim jest pacjent, generuje konieczność oparcia się przez pacjenta na wiedzy lekarza i delegowania na jego ręce uprawnień w sferze podejmowania najważniejszych z założenia decyzji dotyczących świadczonych pacjentowi usług medycznych. W tak ukształtowanych relacjach pacjent – lekarz ten ostatni zaczyna pełnić funkcję pełnomocnika pacjenta³². Wprawdzie klasyczny etos lekarza nakazuje mu dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo medyczne pacjenta z pełnym zaangażowaniem, dokładanie najwyższej staranności oraz wykorzystanie swojej całej wiedzy i doświadczenia wyłącznie dla dobra chorego, jednak coraz częściej stawiane są publicznie pytania, czy rzeczywiście mamy do czynienia z pełnieniem przez niego takiej funkcji doskonałego pełnomocnika.

Istnieje kilka czynników, które wpływają na ryzyko deformacji owej doskonałości pełnomocnictwa. Jednym z nich jest niewątpliwie kulturowe odchodzenie od etosu lekarza, mające swoją przyczynę w wyraźnie odczuwanej społecznie i gospodarczo komercjalizacji zawodów medycznych. Etos zawodu stopniowo zastępowany jest formą medycznego kontraktu handlowego. Nie wynika to zresztą jedynie ze stopniowej dewaluacji podstaw etyczno-moralnych lekarzy, lecz również ze stopniowego zastępowania go etyką wolnego rynku i zasadami prowadzenia dochodowego biznesu. Jak twierdzi jeden z badaczy problemu³³, szanujący swój etos medyczny lekarze zdają sobie sprawę z odmienności celów i zasad etyki lekarskiej i etyki biznesu. Świadczą zresztą o tym choćby opracowywane kodeksy etyki lekarskiej oraz kodeksy przejrzystości i zasad postępowania w określonych sytuacjach konfliktu interesów opracowywane przez samorzady lekarskie i stowarzyszenia grupujące specjalistów z różnych dziedzin medycyny.

³² Na temat relacji lekarz–pacjent patrz również podrozdział 7.3.

³³ T. Biesaga, *Etos medyczny a kontrakt handlowy*, z wykładu wygłoszonego podczas I Konferencji Naukowej Szpitala Babińskiego „Kierunki rozwoju... 90 lat pracy Szpitala”, Kraków, 3–4 grudnia 2009 r., „Medycyna Praktyczna”, 24.05.2010 r.

Niemniej jednak współczesny lekarz jest coraz bardziej poddawany mechanizmom działania wolnego rynku, które zaczynają wpływać na jego decyzje tak, że są zorientowane również na osiąganie własnych korzyści finansowych bądź korzyści podmiotu leczniczego, który go zatrudnia. Etos ten jest również dewaluowany poprzez systemowe, w tym przy użyciu prawa, nakazywanie nowych obowiązków, takich jak wykonywanie aborcji, eutanazji, wykonywanie zabiegów upiększających czy zmiany płci, które z etosem medycyny nie mają wiele wspólnego. „Medycyna odarta jest w tej perspektywie ze swojej własnej misji i swego etosu na rzecz supermarketu, w którym oferuje się całe spektrum towarów, a klient, konsument przebiera i wybiera, co kupić”³⁴.

Przedkładanie w hierarchii ważności celów lekarza osiągnięcia zysku nad rzetelnością realizowanych świadczeń prowadzi w prostej drodze do konfliktu interesów „zysk lekarza/podmiotu – dobro pacjenta”. Może to wyrażać się w formie nadużywania swojej roli pełnomocnika poprzez nakłanianie pacjenta do wykonywania niepotrzebnych procedur medycznych, dodatkowych badań i ponawiania kolejnych konsultacji w większym stopniu, niż to wynika z medycznej oceny stanu klinicznego i rzeczywistych potrzeb pacjenta. Taki mechanizm może mieć miejsce w sytuacji, kiedy dodatkowe czynności medyczne powiększają jego dochód, co jest obserwowane w niepublicznych podmiotach, działających na warunkach pełnej odpłatności usług. Ten sam mechanizm może działać odwrotnie w sytuacji publicznego podmiotu działającego w podstawowej opiece medycznej, kiedy lekarz może wstrzymywać się ze zlecaniem dodatkowych, wskazanych klinicznie czynności, których wartość obniża jego dochód. Przykłady ewidentnych, choć na szczęście relatywnie rzadkich w Polsce, zachowań, które moglibyśmy zakwalifikować do którejś z tych kategorii, odnajdujemy w alarmujących wpisach pacjentów w istniejących internetowych forach dyskusyjnych.

Zjawisko to wydaje się mieć charakter uniwersalny i dotyczyć wielu rynków opieki zdrowotnej. W niektórych krajach zostało zidentyfikowane przez analityków rynku jako istotne zagrożenie dla efektywności i jakości klinicznej oferowanych usług i stało się przedmiotem prowadzenia szczegółowych analiz w tym obszarze. Badania wykazują, że efekt dochodowy lekarza jest jednym z istotnych czynników motywacyjnych, to on głównie warunkuje dedykowaną przez siebie ilość i jakość pracy. Badania potwierdziły istnienie faktu zakładania przez lekarzy określonego zakresu dochodu docelowego. W przypadku osiągnięcia dochodu

³⁴ Ibidem.

poniżej założeń lekarze są skłonni do wybierania bardziej opłacalnej wysokości ceny za usługę lub też są skłonni zwiększać liczbę świadczonych przez siebie usług. Analitycy amerykańscy dowiedli na przykład w przypadku ginekologów położników, że jeśli ich dochód jest zagrożony przez konkurencję, będą zalecać cięcie cesarskie będące zabiegiem droższym i bardziej dochodowym³⁵. Wnioski z prac w tym obszarze z końca lat 90. ubiegłego wieku pokrywają się z obserwacjami i wnioskami najnowszych badań. W jednej z kompleksowych prac w tym obszarze naukowcy z Uniwersytetu Stanforda³⁶ potwierdzili, że motywatory finansowe praktyk lekarskich w sposób znamieny wpływają na wzrosty ilościowe wykonywanych przez nich usług medycznych. Badacze szacują, że w warunkach amerykańskich 2% wzrostu refundowania procedur prowadzi do 5% wzrostu liczby wykonywanych usług. Lekarze mają skłonność w takich warunkach do nieproporcjonalnego podnoszenia prowizji na swoje usługi, jednocześnie dokonując zwiększonych inwestycji w nowe technologie. W opinii autorów wzrost cen usług i zysków lekarzy w tym mechanizmie może tłumaczyć blisko 1/3 łącznego wzrostu kosztów w segmencie płac dla lekarzy i innych ponoszonych kosztów klinicznych w całym systemie opieki zdrowotnej.

Co ważne, podnoszenie liczby usług w tym mechanizmie powoduje minimalny wzrost korzyści zdrowotnych dla pacjentów. Efekt ten jest przez autorów określony jako *supply-side moral hazard* – hazardu moralnego pobudzanego przez podaż. Autorzy zwracają uwagę, że w wyniku regularnie obniżającego się udziału własnego pacjentów w pokrywaniu kosztów usług lekarskich (w okresie 1970–2000 zmniejszył się on z 45% do 11%) są oni skłonni w większym stopniu do dedykowania swoich własnych środków finansowych na działania prozdrowotne mające na celu wydłużenia długości i jakości życia. Niestety sumaryczny efekt wzrostu liczby wykonywanych usług medycznych w tym mechanizmie nie przekłada się na rzeczywistą korzyść zdrowotną dla pacjentów, co jest poparciem tezy, że lekarze wykorzystują swoją przewagę pod względem wiedzy, nadużywając roli pełnomocników dla osiągnięcia pieniężnego zysku.

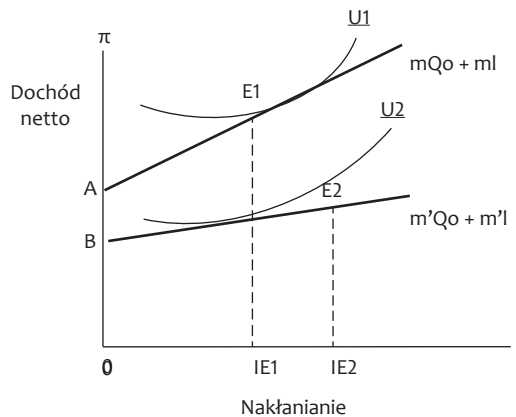
Co istotne, w momencie osiągnięcia założonego indywidualnie przez lekarza celu dochodowego jego skłonność do zwiększania liczby świadczeń maleje. Ten sam efekt zaobserwowano w przypadku osiągania przez niego zysków z innych

³⁵ J. Gruber, M. Owings, *Physician financial incentives and the diffusion of Cesarean Section Delivery*, "RAND Journal of Economics" 1996, vol. 27, no. 1, s. 99–123.

³⁶ J. Clemens, J.D. Gottlieb, *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health?*, Stanford Institute for Economic Policy Research, SIEPR Discussion Paper no. 11–017, 2.06.2012, s. 33.

źródeł, niezwiązanych z praktyką lekarską. Mechanizm ten jest zobrazowany³⁷ na rysunku 3.4. Model zakłada, że dochód netto lekarza odgrywa zasadniczą rolę w decydowaniu przez niego o tym, jak dużo będzie pracował i o jego nakłanianiu pacjentów do kolejnych świadczeń przynoszących dodatkowy dochód. Model zakłada też, że lekarze nie lubią wpływać na popyt pacjentów ponieważ z każdą jednostką opieki, do której pacjent został nakłoniony, lekarz doznaje zmniejszonej użyteczności własnej, która musi zostać wyrównana przez dodatkową użyteczność uzyskaną z dodatkowego dochodu, jaki przynosi nakłanianie. Preferencje lekarza pokazują krzywe obojętności $U1$ i $U2$ nachylone ku górze, gdyż jedno z dwóch dóbr jest w istocie „antydobrem”. W punkcie A pokazano dochód netto π z zerowym nakłanianiem, który przedstawia $mQ0$, gdzie m jest złożoną stopą zysku z każdej jednostki opieki nad pacjentem, a $Q0$ to wielkość opieki nad pacjentem przy zerowym nakłanianiu. Dochód netto π wzrasta ze stopą m wraz z każdą jednostką nakłaniania I wzdłuż linii dochodu $mQ0 + mI$.

Rysunek 3.4. Reakcja lekarza na obniżoną stopę zysku



Źródło: S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 554.

Początkowa równowaga lekarza określona jest w punkcie styczności linii dochodu z krzywą obojętności, tj. w punkcie $E1$, gdzie lekarz nakłania do $OIE1$ dodatkowej opieki nad pacjentem. Jeśli stopa zysku m' jest niższa, linia dochodu netto, czyli linia $m'Q_0 + m'I$, staje się bardziej płaska i jest położona niżej. Lekarz

³⁷ S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia...*, op.cit., s. 553.

wybiera punkt równowagi *E2*. W takim przypadku poziom nakłaniania wynosi *OIE2* i jest wyższy od *OIE1*, mimo że lekarz miał wyższy zysk w punkcie *E1*.

Podobnych przesłanek potwierdzających ryzyko negatywnego wpływu orientacji na zysk na jakość świadczonych usług medycznych dostarcza analiza efektywności klinicznej podmiotów funkcjonujących w systemie non-profit, których charakterystyczną cechą jest zakaz rozdziału swojego zysku. Z założenia więc powinny mieć one mniej pokus do wykorzystywania swojej przewagi co do rzeczywistej identyfikacji wartości klinicznej oferowanych usług medycznych, lepiej tym samym służąc pacjentom. Teorie te potwierdzają niektóre badania empiryczne wskazujące na lepsze rezultaty leczenia, szczególnie w tych obszarach, gdzie koszt płacowy jednostki usługi odgrywa dominującą rolę. Przykładem tego są domy opieki pielęgnacyjnej zatrudniające więcej personelu w przeliczeniu na jednego pacjenta niż tego typu zakłady komercyjne. Mają one zwykle lepsze rezultaty leczenia wyrażone mniejszymi współczynnikami umieralności i mniejszą liczbą notowanych powikłań takich jak odleżyny, będące ewidentnym skutkiem niedostatecznej jakości sprawowanej opieki. W odniesieniu jednak do analiz w skali całego rynku amerykańskiego szpitale non-profit nie różnią się istotnie pod względem efektywności od placówek komercyjnych, co nie potwierdza tezy, że komercyjna forma prowadzenia działalności medycznej z jej orientacją na generowanie zysku zdana jest automatycznie na drastyczne obciążenia jakości świadczonych usług.

Niestety nie dysponujemy podobnymi szczegółowymi analizami, które mogłyby potwierdzić bądź zanegować zbieżność tych spostrzeżeń z wynikami obserwacji w warunkach polskich. Nie ulega jednak wątpliwości, że możemy podać wiele przykładów komercyjnych podmiotów leczniczych, szczególnie o charakterze wysokospecjalistycznych ośrodków szpitalnych, cechujących się wysoką, nawet w skali światowej jakością świadczonych usług, choćby w obszarze otolaryngologii czy kardiologii interwencyjnej.

Niezależnie od tego stopniowa deprecjacja etosu lekarza z równoczesnym przenikaniem do zasad praktyki lekarskiej reguł gry gospodarki wolnorynkowej zorientowanej z natury na generowanie zysku stwarza warunki do sprzeniewierzenia się roli lekarza jako pełnomocnika pacjenta odpowiedzialnego wyłącznie za dbanie o jego najlepszy interes zdrowotny. Zasadne więc jest kontynuowanie prac nad budową rozwiązań systemowych prowadzących do optymalizacji zasad wynagradzania lekarzy za oferowane świadczenia, tak aby mogły one powodować osiągnięcie obustronnych korzyści dla lekarza i pacjenta. Obszarem tym wydaje się tworzenie modeli warunkujących kształtowanie

wysokości płać i premii finansowych stopniem osiągania zamierzonych przez lekarza i pacjentów celów medycznych. W tym duchu zapowiadane są w Polsce zmiany systemowe mające powiązywać wysokość kierowanych do podmiotów leczniczych środków finansowych z osiąganymi przez nie rezultatami terapeutycznymi. Miejmy nadzieję, że skierowane środki będą następnie relokowane wewnętrznie przez kierownictwo podmiotów do rąk właściwych autorów osiąganych rezultatów.

Podsumowanie

Wielowymiarowość problemu identyfikacji czynników ryzyka deterioracji jakości usług medycznych nakazuje poszukiwania rozwiązań we wszystkich zidentyfikowanych obszarach. Choć sam fakt szerokiej identyfikacji niskiej jakości usług medycznych na świecie wskazuje na poważną trudność w rozwiązywaniu tego problemu, optymizmem napawają szeroko zakrojone prace poszukiwania nowych, kreatywnych rozwiązań, z proponowaniem odmiennej optyki patrzenia na problemy rynku usług leczniczych.

Odnosząc się do rynku polskiego, należy ze sporą dozą optymizmu podkreślić wiele dostrzeganych działań systemowych i elementów rynkowych mających bezpośredni wpływ na poprawę jakości usług medycznych. Jednym z kluczowych wydaje się wdrażanie na coraz większą skalę systemów zapewnienia jakości i certyfikacji podmiotów leczniczych zapewniających systemowe optymalizowanie środowiska świadczenia usług medycznych. Miejmy nadzieję, że systemy te będą wdrażane z jednakową determinacją i skutecznością w zakładach leczniczych funkcjonujących w systemie ambulatoryjnym. Równie pozytywny wpływ niewątpliwie wywiera toczący się proces weryfikacji i rewizji często błędnie dokonanej wyceny świadczeń gwarantowanych, co daje szansę na eliminację nieprawidłowości leżących u jej źródeł. Wreszcie obserwujemy zauważalną wymianę kadr kierowniczych podmiotów leczniczych na zespoły o większych kompetencjach zarządczych i lepszym rozumieniu istoty świadczeń medycznych będącej generowaniem rzeczywistej wartości dla pacjenta.

W mojej opinii jednym z brakujących elementów budowania dodatkowej motywacji dyrekcji podmiotów do ciągłej pracy nad poprawą jakości usług jest brak publicznej dostępności danych dotyczących efektywności terapeutycznej poszczególnych jednostek oraz skali występowania w nich powikłań towarzyszących leczeniu. Byłoby to istotnym elementem decyzyjnym zarówno dla

pacjentów, jak i organów kontrolnych, który zmusiłby jednocześnie kierownictwa zakładów do wdrażania skutecznych działań naprawczych.

Mechanizm taki, choć niepozbawiony istotnych słabości, funkcjonuje w odniesieniu do jakości pracy poszczególnych lekarzy, którzy coraz częściej zostają poddawani publicznej ocenie przez swoich pacjentów poprzez wpisywanie uwag na mnożących się portalach z opiniami o lekarzach. Choć opinie te trudno uznać za fachowe i obiektywne z racji choćby wspomnianego wcześniej braku symetrii wiedzy, mimo wszystko działają mobilizująco i motywująco na lekarzy starających się zdobyć jak najlepszy „status rynkowy”, a ponadto eliminują niestety ciągle jeszcze spotykane przypadki zachowań niekompetentnych i nieetycznych.

Bibliografia

- Biesaga T., *Etos medyczny a kontrakt handlowy*, z wykładu wygłoszonego podczas I Konferencji Naukowej Szpitala Babińskiego „Kierunki rozwoju... 90 lat pracy Szpitala”, Kraków, 3–4 grudnia 2009, „Medycyna Praktyczna”, 24.05.2010.
- Clemens J., Gottlieb J.D., *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health?*, Stanford Institute for Economic Policy Research, SIEPR Discussion Paper no. 11–017, 2.06.2012.
- Dobski P., *Marketing usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XVIII edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2015.
- Enel-Med, *Oferta publiczna*, Millennium dom maklerski, maj 2011.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Gajewski P., Bała M., *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna”, www.mp.pl, 8.11.2012.
- Gruber J., Owings M., *Physician financial incentives and the diffusion of Cesarean Section Delivery*, “RAND Journal of Economics” 1996, vol. 27, no. 1.
- Kusza K., *Komentarz w sprawie sposobu kontraktowania w Polsce świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2006 roku*, „Anestezjologia Intensywna Terapie” 2006, nr 2.
- Mazur I., Karniej P., Stępniewski J., *Propozycja zmian w organizacji rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami*, w: *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, red. E. Nojszewska, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

- McGlynn E. A., *The quality of Health Care Delivered to adults in the United States*, "The New England Journal of Medicine", vol. 348, no. 26.
- Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia ws. wzrostu liczby amputacji kończyn dolnych przeprowadzanych w Polsce*, z dn. 9.10.2014, <https://www.rpo.gov.pl/>.
- Porter M.E., Teisberg E.O., *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska”, październik 2005.
- Ramdas K., Teisberg E., Tucker A.L., *4 sposoby na rewolucję w sektorze usług. Jak generować większą wartość dla firmy i przysparzać korzyści jej klientom?*, „Harvard Business Review Polska”, wrzesień 2013.
- Rozmowa z prof. A. Kublerem Specjalistą Krajowym w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, *Wycena świadczeń w intensywnej terapii jest o połowę za niska*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2012, nr 12.
- Sanderl M., *Czego nie można kupić za pieniądze. Moralne granice rynku*, Kurhaus Publishing, Warszawa 2012.
- Sawoni A., Dąbrowski F., *List otwarty w sprawie dyżurów na SOR*, Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej do dyrektorów i prezesów szpitali prowadzących szkolenie specjalistyczne.
- Tomczak M., *Wydawać racjonalnie*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 4.
- Ucinają nogi zamiast leczyć*, materiał PAP, Wyborcza.pl, 22.03.2014.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, *Data and Statistics*, www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics.
- www.cmj.org.pl.
- www.mz.gov.pl.
- Wydział Nadzoru nad Funkcjonowaniem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, *Ocena funkcjonowania i dostępności świadczeń w systemie opieki zdrowotnej*, część III.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz.Urz. MZ 2010 poz. 59 z dn. 21.07.2010 r.

Rozdział 4

Nowe technologie w ochronie zdrowia

Mikołaj Pindelski¹

Wprowadzenie

Nauki medyczne zmieniają się dziś szybko, a zwroty w tych zmianach nie tylko bywają nieoczekiwane, lecz także mają różne genezy. Ich podłożem stają się zarówno nowe odkrycia medyczne, jak i zmiany zachodzące w wielu innych dziedzinach nauki. W efekcie powoli, acz wyraźnie, zacierają się granice pomiędzy technologiami cyfrowymi, urządzeniami elektronicznymi, robotyką, rozwojem sieci a tradycyjnie rozumianą, nawet bardzo szeroko, medycyną. W którym miejscu medycyny znajduje się wizyta pacjenta realizowana on-line? Gdzie jest operacja zdalna, realizowana *via* roboty, gdzie automatyczne diagnozy chorób na podstawie dużych zbiorów danych (*big data*), gdzie nanoroboty diagnozujące od środka tętnice i wykonujące na nich zabiegi, a gdzie trójwymiarowy wydruk w pełni funkcjonalnych biologicznych organów? Nie bardzo wiadomo. Wiadomo jednak, że podobnie jak w wielu innych branżach² tak i tu nowe technologie wpływają na sposób funkcjonowania całych systemów. Rozmywa się sposób widzenia ról poszczególnych członków organizacji, jak na przykład lekarzy, pomocy medycznej czy osób zarządzających placówkami medycznymi³. Nie jest wykluczone, że zmiany te będą jeszcze bardziej widoczne w nieodległym czasie.

¹ Dr Mikołaj Pindelski, adiunkt w Katedrze Teorii Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² J. Żukowska, M. Pindelski, *Competitive advantage & core competence: How Jeronimo Martins Won The Polish Retail Market*, „Przegląd Organizacji” 2015, nr 3, s. 34–37.

³ R. Mrówka, *Hyperarchy as a New Model of Organization*, „Journal of Management and Financial Sciences” 2011, vol. 4, no. 6, s. 62–72.

4.1. Telemedycyna i automatyzacja

Od chwili, gdy podjęto pierwsze próby opisanego przebiegu czynności organizacyjnych za pomocą procesów, minęło już nieco czasu. Pierwotnie łączono ujęcie analizy wartości z lat 50. XX wieku, koncepcję łańcucha wartości Portera z lat 80. XX wieku i podejście systemowe⁴. Dobrze opisane, ułożone w formie procesów z czasem obudowane zostały szeregiem metod, podejść, certyfikacji, specyfikacji, zasad itd., na przykład ISO⁵, SCRUM⁶ czy OTRS⁷. Jednocześnie zaczęto podejmować próby automatyzacji, jeśli nie całych procesów, to przynajmniej niektórych czynności je tworzących. O ile w przemyśle przyniosły rozliczne oszczędności, rozwiązały szereg problemów itd. (ale też stworzyły nowe problemy), to w usługach już owe profity nie były wcale tak oczywiste – zwłaszcza w usługach i sprzedaży mocno wrażliwej, personalizowanej, wymagającej szczególnych uwarunkowań powstających na linii wykonawcy usługi i jej nabywcy.

Na dobrą sprawę przypadków pełnej automatyzacji złożonych procesów w usługach jeszcze dekadę czy dwie temu nie było wcale tak wiele – maszyny „vendingowe”, takie jak automaty do kawy, sprzedaży napojów chłodzących, kanapek czy sprzedaży gazet, mające zastąpić kawiarnie i punkty sprzedaży prasy. Rozwój samoobsługowych kiosków napotykał jednak szereg trudności, jak choćby konieczność uczenia klientów ich obsługi. Nawet współczesne wdrożenia automatów w obsłudze i sprzedaży są związane zarówno z sukcesami (automaty sprzedażowe McDonalds), jak i porażkami (punkt samoobsługi Getin Point Getin Banku w galerii handlowej Złote Tarasy w Warszawie). Wymagają one przełamania bariery pozwalającej na nawiązanie jakichkolwiek, ale jednak, relacji człowieka z maszyną. W zasadzie więc, poza relatywnie prostymi w układzie procesami (choć składającymi się z wcale niełatwych zadań)

⁴ G. Jokiel, *Podejście procesowe w zarządzaniu – geneza i kierunki rozwoju koncepcji*, w: *Podejście procesowe w organizacjach*, red. S. Nowosielski, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 52, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 15–22.

⁵ ISO – międzynarodowa organizacja instytucji standaryzacyjnych (z Polski członkiem założycielem jest Polski Komitet Normalizacyjny) zajmująca się określaniem norm i standardów m.in. w procesach produkcyjnych, realizacji usług itd. Przyjęła nazwę norm ISO i standaryzacji ISO.

⁶ SCRUM – przyrostowe i iteracyjne ramy postępowania stosowane na przykład w tworzeniu nowych produktów, rozwijania oprogramowania czy systemów bazodanowych.

⁷ OTRS – *Open Resource Ticket Request System*, czyli system porządkujący obsługę zgłoszeń, zakupów (głównie on-line), działania call center i budowania relacji z klientami.

oddawanymi w obsługę automatów, wydawało się, że nic więcej się w tym zakresie nie wydarzy.

Rozwój i upowszechnienie internetu wpłynęły na gwałtowne przyspieszenie rozwoju podejść procesowo-automatycznych, zwłaszcza dostępność znacznych mocy procesorów, tanich pamięci i szerokopasmowego przesyłu danych. Standard połączeń LTE, czyli przesył danych wychodzących do 50 Mb/s i przychodzących do 150 Mb/s, pokrywa obecnie 95% powierzchni Polski⁸. Dało to silny impuls automatyzacji obsługi wszelkich usługobiorców, a nawet klientów produktów fizycznych, przede wszystkim realizowanych za pomocą szeroko rozumianej sieci. Zaznacza się tu nie tylko tradycyjnie rozumiany internet, lecz także sieci mobilne czy szereg urządzeń będących aktywnymi uczestnikami tej sieci. Stało się dzięki temu możliwe obsługiwanie klientów i ich wsparcie techniczne za pomocą awatarów i automatycznych lub półautomatycznych odpowiedzi przewidzianych dla poszczególnych problemów i pytań. Rozwiązania takie oferuje Zopim, Livezilla czy Livechat. Już nie żywa osoba, ale automat może prowadzić konwersację. Do każdego napisanego pytania czy stwierdzenia dobierana jest automatycznie odpowiedź. Kontakt z żywą osobą następuje wtedy, gdy problem jest faktycznie trudny i nie został wcześniej przewidziany przez tych, którzy tworzą skrypty rozmów. Choć nadal jednak rozmowy prowadzone przez automaty są uproszczone, to kierunek rozwoju został wyznaczony. Obecnie następuje swoista humanizacja automatu. Początkowo dodano imię i nazwisko, później zdjęcie, a teraz nawet pełne sekwencje filmów z poruszającą się osobą – niby-konsultantem. W założeniu ma to dawać złudne poczucie rozmowy z żywym człowiekiem. *Human touch*⁹ wyraźnie daje tu bardzo wiele.

Zastosowanie komunikacji człowieka z automatem związane jest z rozwojem kontekstowych analizatorów tekstu. Te zaś, jak na przykład SAS Text Analytics, IBM Text Analytics, Lexalytics, Smartlogic czy Provalis, wciąż nie są doskonałe. Rozliczne kombinacje słów, zwłaszcza używanych kontekstowo, umykają ich uwadze, co uniemożliwia generowanie trafnych odpowiedzi. Ponadto, w zasadzie poza językiem angielskim, użycie przez nie innych języków jest wciąż w mocno wczesnej fazie rozwoju. Zwłaszcza tak trudnych języków jak polski. Tu różnorodność końcówek fleksyjnych uzależnionych od deklinacji czy koniugacji wprowadza niemałą trudność nie tylko w analizie tekstu, lecz także

⁸ *Speed Test*, Ranking prędkości dostawców ISP, luty 2016, <http://www.speedtest.pl/wiadomosci/predkosc/ranking-predkosci-dostawcow-isp-luty-2016/>, 20.10.2016 r.

⁹ Dosłownie bezpośrednie obcowanie z drugim człowiekiem.

wyławianiu przez system znaczenia poszczególnych zdań i całych wypowiedzi. Obszar ten wciąż się jednak rozwija, usuwając kolejne ograniczenia i powodując rozrost możliwości stosowania tego typu rozwiązań w praktyce gospodarczej i automatyzacji kontaktów między ludźmi przez zastąpienie ich urządzeniami i odpowiednim oprogramowaniem.

W efekcie tego typu rozwiązania działają w obsłudze i wsparciu technicznym, sprzedaży i wielu innych zastosowaniach. Nie jest więc zaskakujący wniosek, że w jakimś zakresie mogą być stosowane również w realizacji wizyt pacjentów u lekarzy. Tu co prawda automatyzacja nie jest tak łatwa, jednak wizyta on-line, w której z jednej strony występuje lekarz, z drugiej zaś pacjent, przestaje dziwić i staje się rozwiązaniem wychodzącym z fazy testów czy wstępnych zastosowań. Realizuje je np. LiveHealth Online (rysunek 4.1.).

Rysunek 4.1. Ogólny schemat działania wizyty lekarskiej on-line



Źródło: opracowanie własne na podstawie <http://anthemwi.tumblr.com/post/93414179463/the-doctor-will-see-you-nowon-your-computer>, 10.10.2016 r.

Znajduje to uzasadnienie zwłaszcza podczas wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Jakość efektów takiej wizyty i wizyty w tradycyjnym gabinecie jest zbliżona¹⁰, podobnie jak przebieg takiej wizyty widziany z perspektywy jej efek-

¹⁰ A. Mehrotra, S. Paone, D. Martich, S.M. Albert, G.J. Shevchik, *A Comparison of Care at E-visits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infection*, "Journal of American Medical Association" 2013, vol. 173, no. 1, s. 72–74.

tów, na przykład diagnoza, zalecenia po wizycie, wystawienie recept, rekomendacja leków, które recept nie wymagają. Jest także istotnie lepszy aniżeli przebieg konsultacji udzielanej przez telefon i braku konsultacji medycznej¹¹. Używany jest tu termin telemedycyny¹² jako przede wszystkim konsultacji medycznych realizowanych zdalnie za pomocą systemów audiowizualnych on-line¹³.

Pierwsze przymiarki w tym względzie są mocno obiecujące. Na razie jeszcze wizyta on-line jest mieszana. Po stronie gabinetu lekarskiego występuje zarówno automat, jak i prawdziwy lekarz. W USA rynek tego typu usług szybko się rozwija, a ubezpieczyciele zaczęli wizytę wirtualną traktować tak samo jak tradycyjną. Mało tego. Okazuje się, że zastosowanie automatycznej ankiety, którą wypełnia zgłaszający się do lekarza, redukuje konieczność dalszej procedury w około 60–70% przypadków. Wgrane rozliczne diagnozy, opisy przypadków medycznych itd. nie tylko automatyzują samo odpytywanie o dolegliwości, lecz także dają szybką diagnozę. Koszt jest znacznie niższy niż w przypadku tradycyjnego postępowania. Nawet gabinet w wielu przypadkach staje się zbędny, a lekarz może zająć się przypadkami, które faktycznie jego/jej interwencji wymagają.

Podobnie działają rozliczne aplikacje na urządzenia mobilne i programy komputerowe do diagnoz medycznych czy raczej do dokonywania samodiagnozy przez pacjenta¹⁴, na przykład Isabel Syndrom Checker, Onlinediagnosis.com, Yourdiagnosis, NHS Direct udostępniony przez brytyjską krajową służbę zdrowia w 2011 r. na systemy iPhone i Android, Symptom Navigator uzupełniony licznymi ilustracjami i filmami czy Common Symptom Guide. Niektóre z nich są darmowe i nawet takie umożliwiają osiągnięcie relatywnie dobrych współczynników trafności diagnozy. Jednak jako ich ograniczenie wymieniane jest przede wszystkim to, że obejmują niemal wyłącznie bardzo typowe schorzenia i choroby. M. McHugh¹⁵ opisuje na łamach "Wired" doświadczenia z Opternative, programem na urządzenia mobilne do diagnozy problemów

¹¹ M. Dharmar, N. Kuppermann, P.S. Romano, N.H. Yang, T.S. Nesbitt, J. Phan, C. Nguyen, K. Parsapour, J.P. Marcin, *Telemedicine Consultations and Medication Errors in Rural Emergency Departments*, „Pediatrics” 2013, vol. 132, no. 6, s. 1090–1097.

¹² A.S. Pathipati, T.D. Azad, K. Jethwani, *Telemedical Education: Training Digital Natives in Telemedicine*, „Journal of Medical Internet Research” 2016, vol. 18, no. 7, e. 193.

¹³ A. Orel, T. Gornik, H.P. Soyer, I. Bartenjev, *Next Generation Telemedicine Network Service for Counselling on Diagnosis of Pigmented Skin Tumours at the Point of Care*, „Journal of Medical Internet Research” 1999, vol. 1, supl. 1, e. 122.

¹⁴ H.L. Semigran, J.A. Linder, C. Gidengil, A. Mehrotra, *Evaluation of symptom checkers for self-diagnosis and triage: audit study*, „The BMJ” 2015, vol. 351, h: 3480.

¹⁵ M. McHugh, *The Eye Doctor on Your Laptop Will See You Now*, „Wired”, grudzień 2015, <https://www.wired.com/2015/10/eye-doctor-laptop-will-see-now/>, 22.10.2016 r.

ze wzrokiem. Automatyzacja diagnoz chorób oczu jest o tyle istotna, że może być świadczona nawet (a może przede wszystkim) tam, gdzie dostęp do okulisty jest mocno ograniczony lub w ogóle niemożliwy¹⁶. Szczególnie istotne jest to, że w tym przypadku automat wykorzystuje urządzenia mobilne dostępne bardzo szeroko (53% populacji świata według raportu Digital in 2016)¹⁷. Na niektórych rynkach Opernative nie tylko sprawdza wzrok i stawia diagnozy, lecz może nawet wystawiać recepty na okulary czy soczewki kontaktowe. Obecnie Opernative ma kilkadziesiąt tysięcy zarejestrowanych pacjentów¹⁸. Co istotne, w przypadkach bardziej złożonych zaleca kontakt z okulistą czy lekarzem innej specjalności ze swojej bazy ekspertów. Jednak tu pierwszy kontakt także następuje on-line.

Choć rozwiązania on-line i automatyzujące wizyty lekarskie dopiero zaczynają wchodzić do szerszego użycia, już istnieje wyraźne zainteresowanie nimi zarówno pacjentów, jak i stron finansujących wizyty i zabiegi medyczne, na przykład ubezpieczycieli. Wiele więc wskazuje na to, że może to być istotny trend rozwoju medycyny zwłaszcza w zakresie pierwszych wizyt u lekarza.

4.2. 50 do 80, big data i sztuczna inteligencja

Diagnozy wykonywane przez wspomaganie odpowiednim oprogramowaniem komputery nie tylko mogą się równać z trafnością diagnozy lekarzy i realnymi wizytami, ale przynajmniej na etapie wstępnym są statystycznie znacznie bardziej trafne. O ile lekarz ma około 52% trafności diagnozy, to system nigdy nie schodzi poniżej 80%, co potwierdzają badania IBM Watson Health¹⁹. Bazując więc na tych doniesieniach, diagnozę źródeł dolegliwości pacjent powinien raczej powierzyć elektronicznej maszynie aniżeli człowiekowi. Powstaje tu jednak wiele wątpliwości i wydaje się, że nie ma jednoznacznej wskazówki co do wyboru strony. Zapewne wiele dodatkowej wiedzy o schorzeniach może się ujawnić przede wszystkim przy bezpośredniej interakcji na linii lekarz – pacjent. Jednak oprogramowanie i rozwiązania, na przykład IBM Watson Health lub podobne, są przyszłością, której uniknięcie wydaje się niemożliwe. Coraz

¹⁶ E.A. McGlynn, S.M. Asch, *The Quality of Healthcare Delivered to Adults in the United States*, "New England Journal of Medicine" 2003, vol. 348, no. 26, s. 2635–2645.

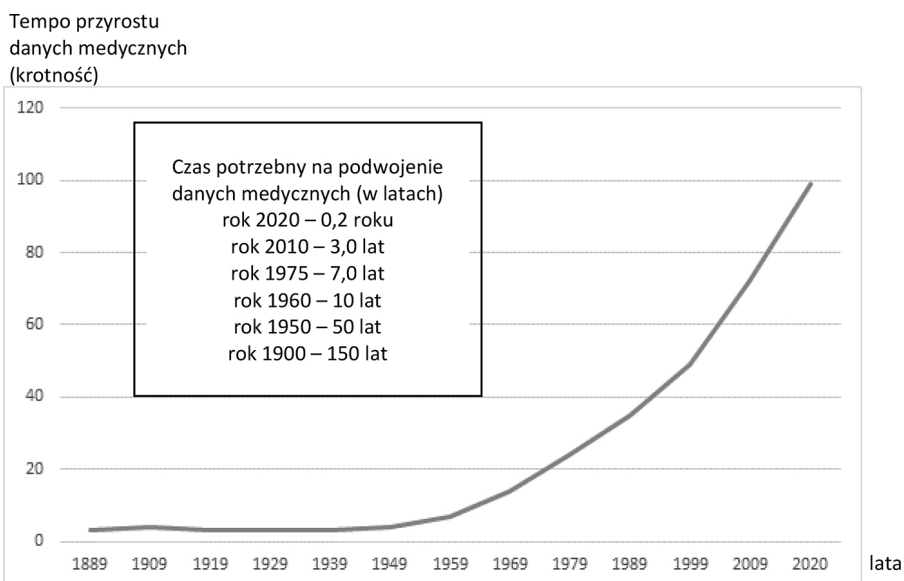
¹⁷ Digital in 2016 Report, <http://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2016>, 06.11.2016 r.

¹⁸ <https://www.opternative.com/>, 06.11.2016 r.

¹⁹ <https://www.ibm.com/watson/health/>, 28.10.2016 r.

bardziej niepoliczalna ilość danych zbieranych i analizowanych przez nie znacząco wykracza poza zdolności percepcyjne i analityczne człowieka. Zwłaszcza, że – podając za wymienionym źródłem – jedna osoba w ciągu swojego życia generuje około 1 mln gigabajtów danych związanych ze swoim zdrowiem, czyli biliard znaków (jedynka i piętnaście zer), a zasób danych medycznych obecnie podwaja się co około 3 lata i szacuje się, że w 2020 r. będzie podwajać się co 73 dni²⁰ (rysunek 4.2).

Rysunek 4.2. Tempo wzrostu zasobu danych medycznych



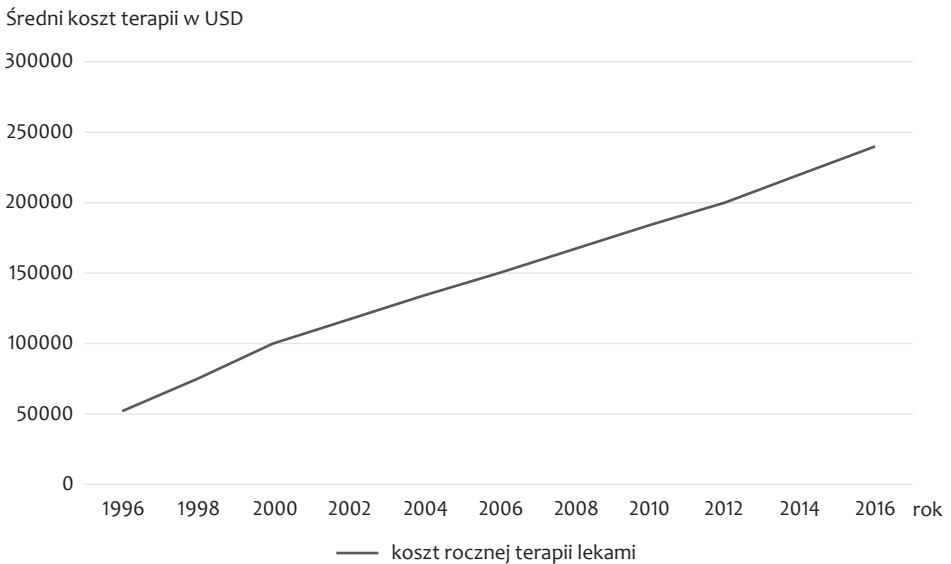
Źródło: <http://www.healthcare.uiowa.edu/2020/>, 7.10.2016 r.

Zapamiętanie, dokonanie szybkich analiz i ustalenie wniosków wykracza znacząco poza możliwości pojedynczego człowieka. Stawianie diagnozy staje się więc ułomne w źródła w porównaniu z analityką z wykorzystaniem współczesnych procesorów, ale też sieci. Zwłaszcza że analizy te powinny nie tylko dotyczyć poszczególnych osób, lecz także odnosić się do konkretnych sytuacji i kontekstu, w jakim się one znalazły.

²⁰ University of Iowa, Carter College of Medicine, 2014, <http://www.healthcare.uiowa.edu/2020/>, 10.10.2016 r.

Systemy te równie trafnie jak stawiają diagnozy, przewidują także prawdopodobieństwo przeżycia chorych lub rannych w wypadkach i sugerują na przykład, kogo ratować w pierwszej kolejności, albo w domyśle stawiają pytanie, czy ratować w ogóle. To już jednak zaczyna poważnie wkraczać na grunt etyki i odpowiedzialności społecznej. Nadal dylematem pozostaje, czy lekarz, otrzymawszy wynik z systemu o niskim prawdopodobieństwie przeżycia pacjenta, powinien podejmować kosztowną próbę ratowania go za wszelką cenę czy też nie. A w przypadku nieudanej próby podtrzymania życia przy jednoczesnym wskazaniu przez system niskiego prawdopodobieństwa powodzenia nie jest jasne, kto powinien ponosić koszty podjętych działań. Zwłaszcza, że koszt zabiegów, opieki medycznej, terapii rośnie w znacznym tempie (rysunek 4.3).

Rysunek 4.3. Wzrost kosztów rocznej terapii lekami pacjentów z nowotworami (wartości w USD wyrażonych w wartościach z 2013 r.)



Źródło: D.H. Howard, P.B. Bach, E.R. Berndt, R.M. Conti, *Pricing in the Market for Anticancer Drugs*, "Journal of Economic Perspectives" 2015, vol. 29, no. 1, s. 132–162.

Wprowadzony do obrotu w 2011 r. lek Yervoy (firmy Bristol – Myers Squibb), którego działanie z dużym prawdopodobieństwem przedłużało życie chorych z nowotworami o około cztery miesiące, kosztował za ten właśnie okres terapii 120 000 USD. Nie jest to odosobniony przypadek wskazujący na już wysokie, a wciąż przecież rosnące (rysunek 4.3) koszty leczenia jeśli nie wszystkich,

to przynajmniej znacznej części schorzeń. Zdanie się więc na dokładniejsze diagnozy prowadzące do aplikowania odpowiednich leków i terapii do faktycznego schorzenia, ale też dokładniejsze prognozowanie potencjalnych efektów są mocno pożądane. Uwzględnienie znacznych zbiorów danych, różnych diagnoz, kontekstowych, wielowymiarowych analiz dokonywanych przez odpowiednie oprogramowanie wydaje się być rozwiązaniem wpisującym się na stałe w medycynę. Wskazania te potrzebują raczej przełamania barier tkwiących w percepcji lekarzy i pacjentów niż faktycznego uznania ich wyższości nad diagnozami stawianymi przez ludzi. Zwłaszcza że rozwój sztucznej inteligencji umożliwia już wykonywanie przez automaty niezwykle złożonych zadań, na przykład komponowanie zupełnie nowych utworów muzycznych²¹. Choć nadal wymaga to znacznej ingerencji człowieka i jego kreatywności, to jednak procesory wsparte odpowiednimi programami powoli zaczynają przejmować nawet zadania twórcze.

HPC (*High Performance Computing*) jeszcze co prawda nie podejmuje decyzji i firmy oferujące rozwiązania oparte na HPC, na przykład Caris Life Sciences, nie obiecują tego, jednak już dostarczają mocno zaawansowane programy analityczne. Służą one na przykład do szybkich i dokładnych analiz komórek nowotworowych. Choć potężne, to jednak to wciąż tylko wsparcie pracy lekarza, który dokonuje ostatecznej decyzji i stawia diagnozę. Podobnie jak coraz bliższe dekodowanie pełnego DNA pacjenta w ciągu doby²², choć obecnie zwykle zajmuje to około sześciu tygodni. Bez tego wsparcia jednak personalizowanie środków i sposobów leczenia byłoby co najmniej trudne. Dopasowanie ich do konkretnego pacjenta i przypadku nie wydaje się realne bez szerokiego i na znaczną skalę wsparcia systemów analitycznych. Medycyna nieodległej przyszłości, jeśli nie zautomatyzowana, będzie z pewnością oparta na rozbudowanych systemach wsparcia analitycznego HPC. Podparta analizami danych diagnoza to także zupełnie inna logika na przykład rekomendacji różnego rodzaju suplementów, preparatów czy leków – zwłaszcza diagnoza częściowo lub w pełni zautomatyzowana. Choć leki Rx zapewne nieprędko będą przepisywać automaty, to już dla OTC ta droga może stać się niedługo jedną z głównych. Włączenie we wspólną sieć zarówno gabinetów, jak i pacjentów i aptek w ogóle wyeliminuje konieczność wystawiania jakichkolwiek recept w formie

²¹ <http://www.flow-machines.com/ai-makes-pop-music/>, 10.11.2016 r.

²² J. Frere, *From Cancer Research to Financial Crises, High-Performance Computing is Defining Our Future*, "Wired" 2016, <https://www.wired.com/brandlab/2016/08/cancer-research-financial-crises-high-performance-computing-defining-future/>, 10.11.2016 r.

znanej obecnie. Elektroniczny zapis na indywidualnym koncie pacjenta będzie możliwy do realizacji w każdej z aptek.

HPC znajduje także zastosowanie w zaawansowanym obrazowaniu 3D. Wymaga to nie tylko znacznych mocy obliczeniowych, lecz także szybkiego dostępu do rozbudowanych pamięci²³. Połączenie wielu procesorów, pamięci w chmurach, szybkiego przesyłu o dużej przepustowości umożliwi bieżące obrazowanie 3D, równoległe z faktycznymi obserwacjami dokonywanymi przez odpowiednie służby medyczne tradycyjnie będącymi obrazowaniem dwuwymiarowym, jak ultrasonograf czy RTG. Możliwość oglądania na przykład narządów wewnętrznych, nowotworów czy stanów zapalnych w rozmiarze i formie będących pełnym i dokładnym odzwierciedleniem ich faktycznego wyglądu wprowadza nową jakość do diagnoz stawianych z wykorzystywaniem tych metod. HPC tworzy też dobre podstawy do wykorzystania wirtualnej czy bardziej łączonej – wirtualnej i realnej rzeczywistości (ang. *augmented reality*).

4.3. Gaming, diagnozy crowd sourcing i spersonalizowana medycyna

Oprogramowanie do współpracy na zasadzie *crowd sourcingu* jest już stosunkowo dobrze rozwinięte. Choćby tak zaawansowane projekty crowdsourcingowe jak Wikipedia czy polskie MillionYou. Również wysokie jest zainteresowanie tego typu rozwiązaniami świata biznesu. Na przykład w 2016 r. EY (dawniej Ernst & Young) przejął MillionYou, polską firmę zajmującą się crowdsourcingowym marketingiem za nieujawnioną kwotę. Jednak już sam fakt zainteresowania jednej z największych firm audytorskich na świecie tego typu działalnością wskazuje na kierunki możliwego rozwoju wielu branż mogących potencjalnie wykorzystać *crowd sourcing*. *Crowd sourcing*, czyli udostępnienie szerokiemu gronu faktycznych lub potencjalnych specjalistów i uzdolnionych amatorów podstawowych składowych, rdzenia usługi lub produktu czy na przykład kodu źródłowego. Dokonują oni na nim dowolnej rekonstrukcji, zmiany i rozwoju. Ogólnym założeniem jest zaangażowanie do tego niezwiązanych z firmą pasjonatów, specjalistów i wolontariuszy, którzy dobrowolnie i zazwyczaj za

²³ M. Pindelski, R. Mrówka, *Wizualizacje big data w identyfikacji problemów zarządzania*, w: *Management Forum 5*, red. E. Głuszec, G. Bełz, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 363, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2014, s. 27–38.

relatywnie niewielkim wynagrodzeniem lub nieodpłatnie będą pracowali nad rozwojem produktu bądź usługi²⁴.

Rozwiązania *crowd sourcing* zaczynają być także stosowane w diagnostyce medycznej. Oprogramowanie wspierające, jak na przykład CrowdMed's, znajduje coraz szersze zastosowania. Eksperyment taki opisują J.L. Juusola i in.²⁵. Autorzy wykorzystali w latach 2013–2015 metodę Novel do identyfikacji osób korzystających z *crowd source* w diagnostyce i pomocy w leczeniu swoich schorzeń. Pacjenci ci wykorzystywali oprogramowanie CrowdMed's, zaś objawy ich schorzeń były uznane za nietypowe. Wykorzystanie tego rozwiązania w diagnostyce można uznać za obiecujące, jako że po rozwiązaniu czy przynajmniej podjęciu próby rozwiązania ich problemu częstotliwość realizacji tradycyjnych wizyt u lekarza w badanej grupie spadła z 1,07 wizyty miesięcznie do 0,65 wizyty w miesiącu. Podobnie koszty opieki medycznej tych osób spadły z 719,70 USD/miesiąc do 516,79 USD/miesiąc. Można więc domniemywać, że rozpoznanie i ewentualne dalsze zalecenia co do sposobów leczenia i zapobiegania rozwojowi nietypowego schorzenia były w istotnej mierze właściwe. Ma to znaczenie także dlatego, że rozpoznanie objawów nietypowych schorzeń w tradycyjnym podejściu do diagnostyki bardzo często zawodzi²⁶. Poszukiwanie faktycznych źródeł problemu prowadzi także do nadmiernego użycia niewłaściwych, niedobrych do problemu i często kosztownych metod diagnostyki²⁷. Występują tu również częste ograniczenia wynikające z geograficznej odległości odwiedzanych specjalistów w stosunku do miejsca zamieszkania pacjenta. Zazwyczaj wybierani są ci, którzy gabinety lub punkty konsultacyjne prowadzą w relatywnie niewielkim dystansie od miejsca przebywania pacjenta. Kryterium doboru jest tu więc geograficzne raczej niż merytoryczne.

Crowd sourcing można także odnaleźć w różnego rodzaju grach i platformach wykorzystujących gry (*gaming*), a przeznaczonych dla uczestników *crowd* i wspomagających rozwiązywanie przez nich szeregu problemów. Metody

²⁴ M. Aluchna, B. Mierzejewska, R. Mrówka, M. Pindelski, *Open Source – nowy model biznesu?*, „Zeszyty Naukowe AE Kraków” 2005, s. 89–97.

²⁵ J.L. Juusola, T.R. Quisel, L. Foschini, J.A. Lapado, *The Impact of an Online Crowdsourcing Diagnostic Tool on Health Care Utilization: A Case Study Using a Novel Approach to Retrospective Claims Analysis*, „Journal of Medical Internet Research” 2016, vol. 18, no. 6, e. 127.

²⁶ J.R. Ball, E. Balogh, *Improving Diagnosis in Health Care: Highlights of a Report From the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, „Annals of International Medicine” 2016, vol. 164, no. 1, s. 59–61.

²⁷ P. Croskerry, *Diagnostic Failure: A Cognitive and Affective Approach*, w: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, red. K. Henriksen, J.B. Battles, E.S. Marks, vol. 2: *Concepts and Methodology*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD) 2005, s. 21–24.

stosowane w informatyce i technologiach informatycznych zaczynają być również stosowane w naukach przyrodniczych.

Gra FoldIt (fold.it) przypomina nieco Tetris. Wywodzi się z Washington University i wprowadza użytkowników do środowiska białek, z których zbudowany jest ludzki organizm. Po kilkunastominutowym szkoleniu on-line gracz bierze udział w zginaniu, łączeniu i tworzeniu białek oraz rozwiązywaniu szeregu problemów z tym związanych. Choć wszystko zamyka się dla grającego w środowisku wirtualnym, to efekty tych symulacji mogą przenieść się do świata rzeczywistego. Faktycznie zresztą tak się dzieje, a poszczególne odkrycia sieci amatorów i specjalistów znajdują zastosowanie w medycynie, biotechnologii, farmacji itd.²⁸. W efekcie komputer, tablet czy telefon komórkowy uczestnika sieci staje się terminalem obliczeniowym, zaś liczba prób podejmowanych przez kilka tysięcy osób – uczestników gry – znacząco wykracza poza możliwości standardowego zespołu badawczego z jednego ośrodka naukowego. Można mieć nadzieję, że FoldIt i związany z nią *crowdsourcing* przyczyni się do powstania np. lekarstw na choroby otępienne czy nowotwory. Oprogramowanie jest pozycjonowane jako związane z medycyną, a jak twierdzi Z. Popovic, jeden z jego autorów, celem jest, aby każdy mógł uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów białkowych i stał się potencjalnym kandydatem do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny²⁹. Podobny mechanizm gry wykorzystuje EteRNA (eternagame.org), gdzie w zasadzie przypadkowi gracze zajmują się zaginaniem i formowaniem RNA. Działają zarówno indywidualnie, jak i łączą się w drużyny, zaś projektanci systemu stawiają im coraz trudniejsze zadania, jak na przykład poszukiwanie remedium na HIV. Mavanadi i in.³⁰ podobne rozwiązania stosują w odnajdywaniu czerwonych krwinek zdrowych i zarażonych zarodźcem malarii. Obrazy wymazów krwi spod profesjonalnych i amatorskich mikroskopów są wprowadzane do systemu, ten zaś wyodrębnia obraz czerwonych krwinek i udostępnia je tłumowi (ang. *crowd*), żeby na podstawie własnych opinii i doświadczeń selekcjonować krwinki zdrowe (rysunek 4.4). W pierwszych poziomach gry ich wybory weryfikuje program, który przyznaje punkty za właściwą selekcję.

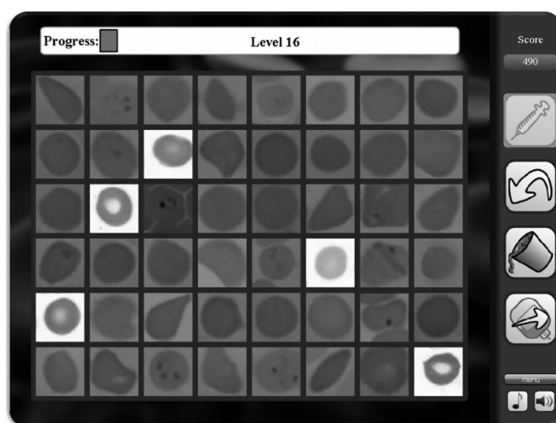
²⁸ F. Khatib, S. Cooper, M.D. Tyka, K. Xu, I. Makedon, *Algorithm discovery by protein folding game players*, "Proceedings of the National Academy of Sciences" 2011, vol. 108, no. 7, s. 18949–18953.

²⁹ Ch.B. Eiben, J.B. Siegel, J.B. Bale, S. Cooper, F. Khatib, B.W. Shen, F. Players, B.L. Stoddard, Z. Popovic, D. Baker, *Increased diels-alderase activity through backbone remodeling guided by Foldit players*, "Nature Biotechnology" 2012, s. 1–3.

³⁰ S. Mavandadi, S. Dimitrov, S. Feng, F. Yu, U. Sikora, O. Yaglidere, *Distributed Medical Image Analysis and Diagnosis through Crowd-Sourced Games: A Malaria Case Study*, "PLoS ONE" 2012, vol. 7, no. 5, e. 37245.

W kolejnych wyborach są przekazywane do laboratoriów i sprawdzane, czy faktycznie krwinki są zarażone czy nie.

Rysunek 4.4. Obraz gry Malaria Diagnosis Game wykorzystywanej w crowd source przy identyfikacji czerwonych krwinek i zarodźców malarii



Źródło: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0037245.g002>, 28.10.2016 r.

Głównym celem rozwiązań *open source* jest poszukiwanie trafniejszych diagnoz, wielu rozwiązań dla jednego problemu, odkrywanie rozwiązań niestandardowych itd. Wykorzystanie gier i zaangażowanie wielu osób o różnej percepcji, ocenie i oglądzie badanego zjawiska może prowadzić do zaskakujących rozwiązań. Specjalizacja ustępuje tu miejsca amatorom, fascynatom i hobbystom. Rola specjalisty ulega zmianie. Głównym zadaniem jest postawienie problemu, odpowiednie przekształcenie go w formę atrakcyjną dla potencjalnych uczestników tłumu, a w kolejnych krokach stworzenie systemu do adaptacji wyników do realnych działań i ich wykonawstwo.

4.4. Roboty

Pierwsze próby wdrażania do zadań z zakresu medycyny robotów i półrobotów mają już stosunkowo długą historię. Zdalne operacje, pierwsze cięcia wykonywane przez uzbrojone w skalpel ramię maszyny wykorzystywane są już od pewnego czasu. Ale wciąż jeszcze nawet podstawowe zabiegi w mniejszym lub większym stopniu realizuje człowiek. Powoli jednak w zakres relatywnie

prosty i powtarzalny zabieg wkracza robotyka. Już można sobie wyobrazić zabiegi wykonywane w całości przez maszyny. Dotychczasowe doświadczenia z systemem Da Vinci do prowadzenia zabiegów chirurgicznych to jednak wciąż nie zautomatyzowane procedury wykonywane przez maszynę, a teleoperację, w których po jednej stronie metalowego ramienia, za pulpitem sterowniczym stoi lekarz. Stosowane są coraz szerzej tego typu zdalnie sterowane urządzenia do precyzyjnego zszywania rozcięć czy wykonywania cięć. Langone Robotic Surgery Center New York University, School of Medicine wykonuje zabiegi w ten sposób od wielu lat³¹.

Roboty wydają się już jednak być gotowe do przejścia i pełnego zautomatyzowania zabiegów chirurgicznych. Odznaczają się niezwykłą, nieosiągalną dla człowieka precyzją działania, wykorzystują obrazowanie 3D, podgląd mikroskopowy itd. Wykonują ruchy niemożliwe dla człowieka, nawet wykorzystującego laparoskop. Docierają do miejsc, do których ludzka dłoń nie jest w stanie dotrzeć. W efekcie są w stanie wykonywać w miarę standardowe zabiegi, wyręczając w tym lekarzy, którzy mogą poświęcić się znacznie bardziej skomplikowanym problemom pacjentów. Obecny czas oczekiwania na relatywnie mało skomplikowany zabieg w zakresie soczewki (zaćma) w ramach NFZ to od około 20–30 dni do ponad roku³². Wraz z zastosowaniem robotów czas oczekiwania mógłby się w tego typu zabiegach istotnie skrócić lub w ogóle zostać wyeliminowany. Niektórzy autorzy są nawet zdania, że w bardzo nieodległym czasie sale operacyjne zostaną przejęte przez roboty, wykonujące zdecydowaną większość zabiegów³³.

Aby to było możliwe, roboty muszą być zdolne do obserwacji, analizy docierających do nich informacji i do podejmowania decyzji. Technologie takie są dynamicznie rozwijane. Eksperymenty z robotami w obszarze wycięcia zmian nowotworowych, szycia i oczyszczania ran są bardzo obiecujące. Roboty są dokładniejsze, działają precyzyjnie i jednocześnie szybciej niż ludzie, wymagają mniej rozbudowanej infrastruktury, związanej zwłaszcza ze wsparciem szerokiego grona wąsko wyspecjalizowanych ekspertów³⁴. Roboty już podejmują w pewnym zakresie autonomiczne decyzje. Przy korekcie wzroku

³¹ <http://www.med.nyu.edu/robotic-surgery/node/32>, 12.11.2016 r.

³² <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informatory/Index/>, 13.11.2016 r.

³³ E. Strickland, *Doc Bot Preps for the O.R.*, "IEEE Spectrum" 2016, vol. 53, no. 6, s. 32–60.

³⁴ J. Vincent, *A Robot Surgeon Has Passed a Major Milestone – Sewing Up Pigs Guts. The Partially Autonomous Bot Could Show the Future of Surgery*, "The Verge" 2016, s. 1–4; A. Shademan, R.S. Decker, J.D. Opfermann, L. Simon Leonard, A. Axel Krieger, P.C.W. Kim, *Supervised Autonomous Robotic Soft Tissue Surgery*, "Science Translational Medicine" 2016, vol. 8, no. 337, s. 337–364.

urządzenie samo decyduje o cięciu i impulsach laserowych, którymi traktuje rogówkę (np. firmy Lasik). Podobnie w przypadku rekonstrukcji stawu kolanowego automat przecina kości na podstawie własnej oceny (np. robot firmy Think Surgical) czy przy usuwaniu nowotworów (np. robot firmy Accuray). W przypadku transplantacji włosów roboty również same podejmują decyzje w zakresie wykonywanych zabiegów (np. system firmy Restorian Robotics). We wszystkich wymienionych przypadkach przewyższają ręce chirurga precyzją, odciążając jednocześnie od często żmudnej pracy. Jeśli w dłuższym okresie doświadczenia te by się potwierdziły, w zasadzie nie ma możliwości, żeby zatrzymać ekspansję robotów w salach operacyjnych.

Na razie jednak zadania przez nie wykonywane dotyczą relatywnie podobnych do siebie obszarów ludzkiego ciała. Wciąż mocno specyficzne dla każdego z pacjentów obszary wnętrza klatki piersiowej, układu pokarmowego czy krwionośnego pozostają w sferze wczesnych prób. Tu złożoność i zróżnicowanie środowiska stanowią istotną barierę w aplikacji robota. Podobnie jak pewną barierę stanowi opracowanie zestawu reakcji na niespodziewane wydarzenia, takie jak niestandardowe krwotoki, układ czy uszkodzenia organów. W zasadzie problemy te są zbliżone do tych, które powstają przy rozwoju autonomicznych samochodów. W obu przypadkach problemem jest podejmowanie szybkich i odpowiednich decyzji na podstawie nieprzewidzianego zestawu zmiennych. Na razie więc nawet relatywnie mało skomplikowane zabiegi mogą być wykonywane przez roboty, jednak muszą pozostawać pod nadzorem lekarzy.

Ciekawych wniosków dostarczają badania S. Sen i in.³⁵. Stosowany przez badaczy robot szyjący rozcięcia okazał się bardzo skuteczny i efektywny, ale tylko w przypadku braku występowania nietypowych dla niego problemów. Takimi okazały się niemożność uchwycenia płata skóry (wyślizgiwanie się krawędzi z łapy chwytaka) czy splątanie nici. W takich sytuacjach lekarz radzi sobie szybko i nie stanowią one o istotnych opóźnieniach czy niedokładnościach w wykonywaniu tego zadania. Tu skuteczność maszyny spadała o około 50%.

Oprócz relatywnie znacznych rozmiarów robotów do zabiegów wykonywanych z zewnątrz organizmu powstają także mikro- czy nanoroboty. Choć dotychczas są to raczej prototypy i ogólna koncepcja ich tworzenia i wykorzystania. Urządzenia o rozmiarach mierzonych w mikrometrach zdolne podróżować po na przykład krwiobiegu czy układzie pokarmowym i zdalnie przekazywać

³⁵ S. Sen, A. Garg, D.V. Gealy, S. McKinley, Y. Jen, K. Goldberg, *Autonomous Multiple-Throw Multilateral Surgical Suturing with a Mechanical Needle Guide and Optimization Based Needle Planning*, materiały konferencyjne na IEEE International Conference on Robotics and Automation (ICRA) 2016.

informacje o jego stanie. W założeniach zdolne są dostarczać leki w bardzo konkretne, np. zainfekowane miejsca wewnątrz ciała. Miejsca te mogą zresztą same znaleźć. Mogą wykonywać także mikrooperacje, nacinając, wycinając, nawiercając, rozpuszczając itd. wszystkie tkanki, które takiej interwencji wymagają. Trudno je jednak nazywać w pełni robotami. Te przecież zdolne są do podejmowania decyzji, a nie wyłącznie automatyzowania pojedynczych zadań. Tak wykorzystywane są te, które dostarczają leki w określone obszary ciała. Nawet jeśli zdolne są rozpoznać swoją lokalizację, to podejmują tylko uproszczoną decyzję na zasadzie np. zero (nie) – jeden (tak). Problemy, jakie tu powstają, pozostają wciąż nierozwiązane. A wynikają w znacznej mierze z jednak uproszczonych algorytmów, według których nanoroboty działają³⁶. Nie są zdolne do wielowymiarowych analiz i dokonywania oceny swoich działań. W przypadku niepowodzenia kuracji wciąż nie jest jasne, czy zawiodło rozpoznanie miejsca, w które lek miał zostać dostarczony, czy sam medykament nie okazał się dość skuteczny. Problemem jest tu też dostępność medykamentów w rozmiarach nano, które obejmują zaledwie kilka procent tych, które mogły by być przenieszone tą drogą³⁷.

Bez względu jednak na obecne trudności roboty w medycynie nie wydają się już *science fiction*. Zarówno roboty wykonujące zabiegi chirurgiczne czy przejmujące zadania związane z opieką nad pacjentami, jak i nanoroboty dokonujące zabiegów wewnątrz organizmu na poziomie mikro i nanocząsteczek stały się już na tyle realne, że można dywagować na temat ich udoskonalania, nie zaś obrony przed negacją ich istnienia i zastosowania. Przyszłość w tym względzie, choć może być niejednoznaczna w ocenie, wydaje się być z robotyką ściśle powiązana. Nie jest także wykluczone, że w przeciągu najbliższej dekady trudno będzie sobie wyobrazić nowoczesną medycynę bez udziału inteligentnych, myślących maszyn.

4.5. Wearable electronics

Coraz szerzej rozpowszechniają się też różnego rodzaju *wearables*, czyli elektronika wpleciona w odzież, zegarki, opaski naręczne i szereg innych gadżetów.

³⁶ R. Eveleth, *Why There Aren't Yet Nanobot Doctors*, "The Atlantic" 2015, <http://www.theatlantic.com/technology/archive/2015/08/nanobot-treatment-doctors-cancer/400613/>, 10.II.2016 r.

³⁷ S.M. Douglas, I. Bachelet, G.M. Church, *A Logic-Gated Nanorobot for Targeted Transport of Molecular Payloads*, "Science" 2012, vol. 335, no. 6070, s. 831–834.

Zbierają one informacje o stanie zdrowia i ciała ludzi, niekoniecznie chorych. Równie dobrze mogą to być zdrowe osoby świadome konieczności monitorowania swojego stanu zdrowia. Informacje te natychmiast są, lub przynajmniej mogą być, przekazywane na przykład do aplikacji w telefonie komórkowym analizującej parametry stanowiące o stanie kondycji i zdrowia. Ale równie dobrze mogą być transmitowane do ogólnego centrum dla tego typu danych. Dokonywane tam analizy nie tylko dają odpowiedź, jakie działania można czy należy podjąć, lecz także mogą na przykład podpowiadać, kiedy i jakiego rodzaju leki lub suplementy diety byłyby wskazane. Zarówno może to więc wzbogacać wiedzę lekarza o stanie zdrowia pacjenta, jak i automatyzować wskazania co do stosowania diet czy suplementów.

Najważniejszą zmianą, jaką niosą ze sobą urządzenia do ciągłego monitorowania różnych funkcji organizmu, jest jednak przeniesienie odpowiedzialności za monitoring stanu zdrowia z lekarza i instytucji do tego powołanych na pacjenta. *De facto* urządzenia te czynią każdego odpowiedzialnym za obserwacje określonych istotnych dla zdrowia mierników. Około 39% użytkowników tego typu urządzeń w USA stwierdza, że pomogły im one w prowadzeniu zdrowszego trybu życia, a 45%, że dzięki nim regularniej podejmują ćwiczenia fizyczne³⁸.

Raport Soreon³⁹ wskazuje, że rynek dla tego typu urządzeń osobistych w 2014 r. wynosił 2 mld USD i rośnie w tempie 60% rocznie. Problemem jest jednak konsekwencja w ich użytkowaniu. Znaczna część nabywców zarzuca monitorowanie po około sześciu miesiącach⁴⁰. Nużące i w efekcie zniechęcające zarówno lekarzy, jak i osoby noszące urządzenia są zalew danych i jednak zazwyczaj dość monotonne wyniki. Zakładając na przykład ustawową liczbę pacjentów w Polsce jako 2750 osób przypadających na jednego lekarza rodzinnego, zbiór danych z nieustannego monitoringu może być nie tylko trudny do analizy, ale wręcz niemożliwy w przypadku założenia, że lekarz będzie na bieżąco aktualizował swoją wiedzę o stanie zdrowia. W zasadzie tak działa znaczny odsetek najbardziej obecnie zaawansowanych urządzeń *wearable* i wspierających ich platform internetowych, takich jak H2 Care's czy Qualcomm. Wymagane do dalszego rozwoju byłyby więc systemy automatycznego gromadzenia i analizy danych przekazujące lekarzowi na przykład jedynie alerty o złej kondycji pacjenta.

³⁸ D. Ledger, *Inside Wearables part 3. The Rocky Path Towards Personalized, Insightful Wearables*, Endeavour Partners, Cambridge 2016, s. 6–11.

³⁹ Soreon Research Report, *Wearable Health Report. How Smart Wearables Disrupt The Healthcare Sector*, Soreon Research, 1st ed., Genewa 2014, s. 12–13.

⁴⁰ D. Ledger, *Inside Wearables...*, op.cit., s. 12.

Problemem może też być standaryzacja zarówno mierników, sposobów pomiaru, jak i samych danych i ich struktury wysyłanych do wspólnej bazy danych. Trudno sobie wyobrazić specjalistę podejmującego decyzje odnośnie do podjęcia leczenia pacjenta na podstawie danych przesłanych z dowolnego urządzenia, założonego i noszonego w dowolny sposób, bez zachowania odpowiednich wytycznych. Mogą one być nie tylko mało miarodajne, lecz także mylące i prowadzące do błędnych diagnoz. Próbę narzucenia wiarygodnego standardu podjęła Chino Valley Medical Center z Kalifornii, USA. Wprowadziła urządzenia Leaf przyklejane do ciała pacjenta i zbierające informacje o jego ruchach, wykonanych skłonach itd. Urządzenie zdalnie przekazuje do bazy dane, które są analizowane, i przede wszystkim informuje o konieczności podjęcia działań przez personel medyczny. W efekcie ma to prowadzić do zapobiegania powstawaniu odleżyn. Choć zakres działania jest więc ograniczony, to jednak faktyczne zainteresowanie środowiska efektami tego eksperymentu jest znaczne⁴¹. Zwłaszcza że 81% lekarzy uważa, że mobilny dostęp do danych o pacjencie pomaga w ich leczeniu, a 58% jest skłonnych stosować opiekę wirtualną, zdalną powiązaną z urządzeniami mobilnymi i *wearables*⁴².

Rozwój urządzeń *wearable* wskazuje jednak na to, że może nastąpić przesunięcie środka ciężkości z leczenia na monitoring i prewencję. Przyszłość medycyny będzie zapewne nadal podążała w kierunku personalizacji opieki, w pełni wypierając nie tylko standardowe usługi, ale i standardowe leki, które są aplikowane wszystkim spełniającym uproszczone kryteria, takie jak objawy konkretnej choroby. Na przykład tym, którzy spełniają kryteria diagnozy grypy, zazwyczaj jest przepisywany ten sam zestaw masowo produkowanych leków, z relatywnie niewielkimi modyfikacjami w zależności od tolerancji ich składników przez pacjenta.

Wyraźnie także zaznaczają swoją obecność w branży medycznej przedsiębiorstwa związane dotychczas z informatyką czy produkcją elektroniki użytkowej. Strefa wspólna dla medycyny i szeroko rozumianego IT wyraźnie się rozrasta, zacierając granice pomiędzy branżami. To zaś nie tylko wymusza zmiany w IT, lecz także zmienia wymagania stawiane służbie medycznej. Tworzy też zapewne nowe obszary zawodowe dotychczas niezagospodarowane przez żadną z tych dziedzin.

⁴¹ PwC, *Top Health Industry Issues of 2016, Thriving in the New Economy*, PwC Health Research Institute, December 2015.

⁴² PwC, *Clinician Workforce Survey, HRI & PwC Consumer Survey*, PwC Health Research Institute, 2015.

4.6. Wirtualna rzeczywistość

Rzeczywistość wirtualną w medycynie należałoby rozdzielić na faktycznie wirtualną oraz połączoną realną i wirtualną, czyli rzeczywistość poszerzoną (ang. *augmented reality*). To nie tylko hologramy umożliwiające wniknięcie w obrazowanie wnętrza ciał pacjentów w 3D, lecz także na przykład zdalne podpowiedzi, jakie działania wykonać lub przekazać robotom do wykonania, żeby zabieg stał się jeszcze lepszy. Przyglądając się coraz szerszemu włączaniu rzeczywistości wirtualnej w ochronę zdrowia, można wskazać przynajmniej niektóre obszary zastosowania, takie jak:

- szkolenie personelu medycznego,
- wsparcie skomplikowanych zabiegów, zwłaszcza operacji, ale też stomatologii,
- leczenie pacjentów z fobiami,
- zwalczanie bólu,
- poprawa jakości długotrwałego pobytu pacjentów w szpitalach,
- wsparcie leczenia pacjentów z chorobami ośrodkowymi,
- wsparcie rehabilitacji pacjentów niepełnosprawnych,
- wizualne projekcje efektów podjętych zabiegów,
- wizualizacje w radioterapii czy endoskopii.

W latach 60. XX wieku pojawił się wirtualny symulator Mortona Heiliga – Sensorama. Był dużym, metalowym stanowiskiem zaopatrzone w szereg manipulatorów i ekran. Naprzeciw ekranu na specjalnie zaprojektowanym siedzisku mógł usiąść użytkownik i rozpocząć obserwację ekranu i oddziaływanie na pojawiający się na nim obraz. Aby jednak odczucia były bliższe prawdziwym, a osoba obserwująca obraz miała możliwie jak najpełniejsze wrażenie obcowania z faktyczną, a nie wirtualną rzeczywistością, obserwator umieszczał głowę w specjalnym tunelu łączącym ją z ekranem – tak, aby możliwie jak najmniej bodźców zewnętrznych zaburzało obserwację.

Te pierwsze rozwiązania zostały jednak znacząco zmodyfikowane do dnia dzisiejszego. Trening lekarzy chirurgów wspierają rozwiązania firm, na przykład Immersive Touch, Osso VR czy Medical Realities. Rozwiązania te znacząco się różnią od pionierskiego symulatora Sensorama z 1962 r. Zwłaszcza że zarówno świadomość pacjentów, jak i odpowiedzialność lekarzy są bez porównania większe od ich poziomu sprzed pół wieku. Niełatwo byłoby zapewne znaleźć ochotników służących za pierwszych pacjentów początkujących chirurgów. Tymczasem symulatory *force feedback*, oferowane na przykład przez Medical

Realities czy Immersive Touch, nie tylko są wyposażone w obraz w technologii 3D, lecz także dają możliwość fizycznego odczuwania przez lekarza oporu, dotyku itd., realistycznie oddających odczucia podczas wykonywania prawdziwego zabiegu. Symulacje kinestetyczne (z gr. *haptic*) wykorzystują wibracje, ucisk czy elektryczne impulsy. Szkolenia z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości to przyszłość szkoleń w medycynie⁴³. Oprócz oczywistych niemal korzyści obrazowania 3D systemy szkoleń umożliwiają śledzenie i zapamiętywanie każdego ruchu lekarza, wskazując jednocześnie ich ewentualne korekty.

Jeszcze bliższa faktycznej jest rzeczywistość poszerzona (ang. *augmented reality*). Tu rzeczywistość wirtualna jest nałożona na realny obraz otoczenia. Wykorzystywane są tu zazwyczaj okulary zbliżone do Hololens Microsoft. Umożliwiają one nałożenie obrazu wirtualnego na obraz realnego otoczenia. Powstaje połączona rzeczywistość i wirtualność, czyli rzeczywistość poszerzona – *augmented reality*. Wyświetlające się na wewnętrznej stronie szkieł informacje, obrazy, zabarwienia itd. uzupełniają świat o dodatkowe elementy. Podobnie jak dodatkowe efekty wizualne, uatrakcyjnijające na przykład spędzanie czasu wolnego, tego typu urządzenia mogą wyświetlać porady dla lekarza, jaka diagnoza jest najtrafniejsza, jakie dysfunkcje są dostrzegalne, jakie cięcie ma wykonać chirurg, i uzupełniać je na przykład o informacje o temperaturze ciała pacjenta, tętnie i wielu innych. Ponadto mogą także wyświetlać podpowiedzi, jakie leki mogą pomóc, dokonywać na bieżąco przeglądu stanu aptecznych zapasów itp. Lekarz natychmiast jest więc w stanie przekazać informacje o odpowiedniej terapii.

4.7. Druk 3D

Druk 3D obejmuje już zarówno obiekty niezwykle małe, mierzone w rozmiarach nano, jak i duże, na przykład domy czy urządzenia sporych rozmiarów. Wykorzystuje różne materiały, o różnej konsystencji, elastyczne, sztywne, utwardzalne i nie. Szczególnie istotny okazał się tu rozwój polimerów. Zaczyna też dotyczyć wielu branż i obszarów życia ludzi. Wychodzi dalece poza ciekawostkę czy atrakcję. Na przykład większość firmowych sklepów Hershey's, amerykańskiej firmy produkującej czekoladę, została wyposażona w drukarki 3D,

⁴³ S.K. Gupta, D.K. Anand, J.E. Brough, M. Schwartz, R.A. Kavetsky, *Training in Virtual Environments. A Safe, Cost-Effective and Engaging Approach to Training*, Calce EPSC Press, University of Maryland, College Park, Maryland 2008.

zdolne wydrukować czekoladki w niemal wszystkich kształtach, formach i smakach, jakich sobie zażyczy klient. Jest krokiem dalej w stosunku do wizualizacji 3D. Czerpie z wiedzy na ten temat, żeby przekształcić komputerowe obrazy w rzeczywiste przedmioty.

Druk 3D wychodzi więc z garażowych, laboratoryjnych i raczej pionierskich zastosowań i wyraźnie wkracza do coraz szerszego użytku. Jedną z branż będących jednocześnie beneficjentem i zapewne nieco także ofiarą rozwoju tej technologii jest medycyna. Nie tylko chodzi o zdolność do skanowania 3D, przełożenia na projekt i wydrukowania z odpowiedniego materiału na przykład implantu zęba czy stawu biodrowego, lecz także rozwija się możliwość drukowania spersonalizowanych leków czy nawet organów do przeszczepów. Druk 3D umożliwia więc samo tworzenie fizycznych przedmiotów w dowolnym miejscu, a zarazem dokładne ich dopasowanie do wymagań konkretnego pacjenta.

Medycyna personalizowana dostępna dla szerokiej grupy pacjentów staje się wyraźnym trendem. Świadczy o tym choćby rosnąca liczba artykułów naukowych o zastosowaniu i rozwoju druku 3D w medycynie i jej kustomizacji⁴⁴. Drukowane są implanty kośćczaste bardzo dobrze odwzorowujące ubytek.

Zastosowanie druku 3D intensywnie wzrasta w szkoleniu i edukacji lekarzy, szczególnie w chirurgii⁴⁵. Tworzenie modeli z trójwymiarowych obrazów pozwala na uniknięcie niektórych zabiegów inwazyjnych bądź lepsze ich zaplanowanie, a także zwiększenie skuteczności leczenia. Stosowanie różnych materiałów, takich jak plastik, polimer, guma, żywice itd., pozwala utrzymać zarówno kształt analizowanej części ciała w skali 1:1, jak i jej mechanikę, giętkość itd. Dobrze też można odwzorować indywidualne cechy charakterystyczne dla pacjenta, co tym bardziej podnosi jakość przygotowania do zabiegu i szkolenia opartego na analizie przypadków. Podobnie stworzone dla indywidualnego pacjenta przyrządy do rehabilitacji podnoszą skuteczność zabiegów ortopedycznych i znacząco poprawiają ich efekty. Powstają w ten sposób dopasowane do konkretnej osoby ortozy⁴⁶. Najpierw skanowana jest trójwymiarowo stopa,

⁴⁴ A.A. Giannopoulos, C. Leonid, S. Adnan, W. Aili, D. Wilfred, A. Ekin, H. Chris, W. Nicole, P. Todd, P.B. Dydyński, D.M.F. J. Rybicki, *3D Printed Ventricular Septal Defect Patch: A Primer for the 2015 Radiological Society of North America (RSNA) hands-on course in 3D printing*, "3D Printing in Medicine" 2015, vol. 1, no. 3.

⁴⁵ H.H. Malik, A.R. Darwood, S. Shaunak, P. Kulatilake, A. Abdulrahman, O. Mulki, A. Baskaras, *Three-Dimensional Printing in Surgery: A Review of Current Surgical Applications*, "Journal of Surgery Research" 2015, vol. 199, no. 2, s. 512-522.

⁴⁶ C. Mavroidis, R.G. Ranky, M.L. Sivak, B.L. Patrilli, J. DiPisa, A. Caddle, K. Gilhooly, L. Govoni, S. Sivak, M. Lancia, *Patient Specific Ankle-Foot Orthoses Using Rapid Prototyping*, "Journal of Neuroengineering Rehabilitation" 2011, vol. 1, no. 1; C.E. Dombroski, M.E. Balsdon, A. Froats, *The use of a Low*

nadgarstek czy całe kończyny, żeby następnie wydrukowana została spersonalizowana ortoza.

Nowe możliwości tworzy rozwój różnych materiałów używanych w druku 3D, w tym także biomateriałów, łączących żywe komórki z materiałami syntetycznymi – to wprowadza protezy czy implanty na jeszcze wyższy poziom personalizacji, czego przykładem mogą być wydrukowane wszczepy odwzorowujące na przykład indywidualne tętnice wieńcowe.

Daje to możliwość drukowania indywidualnych leków. Już nie zuniformizowanych, ale takich, jakie zaordynuje na przykład system badający aktualny stan zdrowia, spersonalizowanych co do milionowych części grama. Drukarki 3D są bowiem zdolne drukować także obiekty rozmiarów pojedynczych komórek. Zmieni się charakter dystrybucji leków i suplementów z gotowych do ich komponentów. A być może, przynajmniej w jakiejś części, apteki staną się niepotrzebne, gdy drukarki będzie można postawić w gabinecie lekarskim.

Szczególne możliwości tworzy połączenie technik druku 3D z konstruowaniem tkanek. *Bioprinting*, czyli drukowanie z żywych komórek, wysuwa się współcześnie na czoło innowacyjnych zastosowań druku. BioBots, Inkredible i drukarki innych marek nanoszą materiał biologiczny warstwowo lub przez łączenie kolejnych komórek, tworząc kompletną strukturę. Choć wciąż problemem pozostaje łączenie różnych typów komórek i budowanie kompletnych, potencjalnie przynajmniej funkcjonujących narządów, to jednak i w tym względzie następuje wyraźny postęp. Pojawiają się pierwsze, pionierskie wydruki organów, na przykład w pełni sprawnej wątroby zdolnej przetrwać w określonych warunkach (Organovo) czy fragmentów układu krwionośnego (Harvard University) wykonujących wszystkie funkcje organów powstałych w sposób naturalny.

Pomimo jednak relatywnie szybkiego rozwoju i znacznego potencjału druku 3D w medycynie nadal zastosowania tej technologii nie są ani powszechne, ani częste. Wynikać to może z wciąż relatywnie znacznych kosztów i stosunkowo długiego czasu, jaki jest potrzebny na trójwymiarowe obrazowanie, zapis informatyczny i wydruk. Choć zainteresowanie rozwojem istnieje nie tylko po stronie akademickiej, lecz także biznesu, to jednak w wielu państwach występują problemy z refundacją kosztów leczenia i ewentualnych późniejszych rehabilitacji przez ubezpieczycieli czy fundusze publiczne.

Podsumowanie

Przedstawione rozwiązania, kierunki badań, technologie i trendy dotyczą nie tylko medycyny, ale w zasadzie wszystkich nauk. Z pewnością nie są to także wszystkie współczesne zmiany w technologiach, które medycynie dotyczą. Granice zdają się tu zacierać i coraz trudniejszym zadaniem staje się jednoznaczna ocena, jakich dziedzin życia czy nauk dana technologia dotyczy lub będzie dotyczyć. Być może część z przedstawionych technologii nie sprawdzi się w medycynie, część się nie przyjmie, a część rozwinie w zupełnie niespodziewanym dziś kierunku. Bez wątpienia jednak, jeśli nawet niewielka ich część faktycznie zostanie zaadaptowana na stałe w leczeniu, może to oznaczać zupełną rewolucję, nie tylko w sposobie postrzegania medycyny w ogóle, lecz także pełnego cyklu – od rozpoznania dolegliwości, przez terapię, diagnozę, dostawę leku i sprzętu, po ostateczną ocenę wyniku leczenia.

Bibliografia

- Aluchna M., Mierzejewska B., Mrówka R., Pindelski M., *Open Source – nowy model biznesu?*, „Zeszyty Naukowe AE Kraków”, Kraków 2005.
- Ball J.R., Balogh E., *Improving Diagnosis in Health Care: Highlights of a Report From the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, „Annals of International Medicine” 2016, vol. 164, no. 1.
- Croskerry P., *Diagnostic Failure: A Cognitive and Affective Approach*, w: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, red. K. Henriksen, J.B. Battles, E.S. Marks, vol. 2: *Concepts and Methodology*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville 2005 (MD).
- Dharmar M., Kuppermann N., Romano P.S., Yang N.H., Nesbitt T.S., Phan J., Nguyen C., Parsapour K., Marcin J.P., *Telemedicine Consultations and Medication Errors in Rural Emergency Departments*, „Pediatrics” 2013, vol. 132, no. 6.
- Digital in 2016 Report, <http://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in-2016>.
- Dombroski C.E., Balsdon M.E., Froats A., *The use of a Low Cost 3D Scanning and Printing Tool in the manufacture of Custom-Made Foot Orthoses: A Preliminary Study*, „BMC Research Notes” 2014, vol. 7, no. 1.
- Douglas S.M., Bachelet I., Church G.M., *A Logic-Gated Nanorobot for Targeted Transport of Molecular Payloads*, „Science” 2012, vol. 335, no. 6070.

- Eiben Ch.B., Siegel J.B., Bale J.B., Cooper S., Khatib F., Shen B.W., Players F., Stoddard B.L., Popovic Z., Baker D., *Increased Diels-Alderase Activity through Backbone Remodelling Guided by Foldit Players*, "Nature Biotechnology" 2012.
- Eveleth R., *Why There Aren't Yet Nanobot Doctors*, "The Atlantic" 2015, <http://www.theatlantic.com/technology/archive/2015/08/nanobot-treatment-doctors-cancer/400613/>.
- Frere J., *From Cancer Research to Financial Crises, High-Performance Computing is Defining Our Future*, "Wired" 2016, <https://www.wired.com/brandlab/2016/08/cancer-research-financial-crises-high-performance-computing-defining-future/>.
- Giannopoulos A.A., Leonid C., Adnan S., Aili W., Wilfred D., Ekin A., Chris H., Nicole W., Todd P., Dydyński P.B., Rybicki D.M.F. J., *3D Printed Ventricular Septal Defect Patch: A Primer for the 2015 Radiological Society of North America (RSNA) Hands-on Course in 3D Printing*, "3D Printing in Medicine" 2015, vol. 1, no. 3.
- Gupta S.K., Anand D.K., Brough J.E., Schwartz M., Kavetsky R.A., *Training in Virtual Environments. A Safe, Cost-Effective, and Engaging Approach to Training*, Calce EPSC Press, University of Maryland, College Park, Maryland 2008.
- Jokieli G., *Podejście procesowe w zarządzaniu – geneza i kierunki rozwoju koncepcji*, w: *Podejście procesowe w organizacjach*, red. S. Nowosielski, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 52, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Juusola J.L., Quisel T.R., Foschini L., Lapado J.A., *The Impact of an Online Crowdsourcing Diagnostic Tool on Health Care Utilization: A Case Study Using a Novel Approach to Retrospective Claims Analysis*, "Journal of Medical Internet Research" 2016, vol. 18, no. 6, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909973/>.
- Khatib F., Cooper S., Tyka M.D., Xu K., Makedon I., *Algorithm Discovery by Protein Folding Game Players*, "Proceedings of the National Academy of Sciences" 2011, vol. 108, no. 7.
- Ledger D., *Inside Wearables part 3. The Rocky Path Towards Personalized, Insightful Wearables*, Endeavour Partners, Cambridge 2016.
- Malik H.H., Darwood A.R., Shaunak S., Kulatilake P., Abdulrahman A., Mulki O., Baskaradas A., *Three-Dimensional Printing in Surgery: A Review of Current Surgical Applications*, "Journal of Surgery Research" 2015, vol. 199, no. 2.
- Mavandadi S., Dimitrov S., Feng S., Yu F., Sikora U., Yaglidere O. et al., *Distributed Medical Image Analysis and Diagnosis through Crowd-Sourced Games: A Malaria Case Study*, "PLoS ONE" 2012, vol. 7, no. 5, e. 37245.
- Mavroidis C., Ranky R.G., Sivak M.L., Patrilli B.L., DiPisa J., Caddle A., Gilhooly K., Govoni L., Sivak S., Lancia M., *Patient Specific Ankle-Foot Orthoses Using Rapid Prototyping*, "Journal of Neuroengineering Rehabilitation" 2011, vol. 1, no. 1.
- McGlynn E.A., Asch S.M., *The Quality of Healthcare Delivered to Adults in the United States*, "New England Journal of Medicine" 2003, vol. 348.

- McHugh M., *The Eye Doctor on Your Laptop Will See You Now*, "Wired" 2015, <https://www.wired.com/2015/10/eye-doctor-laptop-will-see-now/>.
- Mehrotra A., Paone S., Martich D., Albert S.M., Shevchik G.J., *A Comparison of Care at E-visits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infection*, "Journal of American Medical Association" 2013, vol. 173, no. 1.
- Mrówka R., *Hyperarchy as a New Model of Organization*, "Journal of Management and Financial Sciences" 2011, vol. 4, no. 6.
- Orel A., Gornik T., Soyer H.P., Bartenjev I., *Next Generation Telemedicine Network Service for Counselling on Diagnosis of Pigmented Skin Tumours at the Point of Care*, "Journal of Medical Internet Research" 1999, vol. 1, supl. 1, e. 122.
- Pathipati A.S., Azad T.D., Jethwani K., *Telemedical Education: Training Digital Natives in Telemedicine*, "Journal of Medical Internet Research" 2016, vol. 18, no. 7, e. 193.
- Pindelski M., Mrówka R. *Wizualizacje big data w identyfikacji problemów zarządzania*, w: *Management Forum 5*, red. E. Głuszek, G. Bełz, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 363, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2014.
- PwC, *Top Health Industry Issues of 2016, Thriving in the New Economy*, PwC Health Research Institute, December 2015.
- PwC, *Clinician Workforce Survey*, HRI & PwC Consumer Survey, PwC Health Research Institute 2015.
- Semigran H.L., Linder J.A., Gidengil C., Mehrotra A., *Evaluation of Symptom Checkers for Self-Diagnosis and Triage: Audit Study*, "The BMJ" 2015, vol. 351, <http://www.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=26157077>.
- Sen S., Garg A., Gealy D.V., McKinley S., Jen Y., Goldberg K., *Autonomous Multiple-Throw Multilateral Surgical Suturing with a Mechanical Needle Guide and Optimization based Needle Planning*, IEEE International Conference on Robotics and Automation (ICRA) 2016.
- Shademan A., Decker R.S., Opfermann J.D., Simon Leonard <http://stm.sciencemag.org/content/8/337/337ra64-aff-2> L., Axel Krieger A., Kim P.C.W., *Supervised Autonomous Robotic Soft Tissue Surgery*, "Science Translational Medicine" 2016, vol. 8, no. 337.
- Soreon Research Report, *Wearable Health Report. How Smart Wearables Disrupt The Healthcare Sector*, Soreon Research, 1st ed., October, Genewa 2014.
- Speed Test, *Ranking prędkości dostawców ISP luty 2016*, <http://www.speedtest.pl/wiadomosci/predkosc/ranking-predkosci-dostawcow-isp-luty-2016/>.
- Strickland E., *Doc Bot Preps for the O.R.*, "IEEE Spectrum" 2016, vol. 53, no. 6.
- Vincent J., *A Robot Surgeon Has Passed a Major Milestone – Sewing up Pigs Guts. The Partially Autonomous Bot Could Show the future of surgery*, "The Verge" 2016.

Żukowska J., Pindelski M., *Competitive Advantage & Core Competence: How Jeronimo Martins Won the Polish Retail Market*, „Przegląd Organizacji” 2015, nr 3.

Źródła internetowe

<http://www.med.nyu.edu/robotic-surgery/node/32>.

<http://www.eternagame.org>.

<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/>.

<https://www.opternative.com/>.

<https://www.ibm.com/watson/health/>.

<http://www.healthcare.uiowa.edu/2020>.

<http://www.flow-machines.com/ai-makes-pop-music/>.

Część II

Strategiczne wyzwania i operacyjna działalność w podmiotach leczniczych

Rozdział 5

Strategia działania organizacji ochrony zdrowia w warunkach niepewności

Mirosław Jarosiński¹

Wprowadzenie

Cechą charakterystyczną współczesnego życia gospodarczego jest występowanie wielu nieprzewidywalnych zmian w otoczeniu każdej praktycznie organizacji. Dlatego każda organizacja, w tym organizacja ochrony zdrowia, powinna mieć opracowaną strategię działania, której zadaniem jest między innymi minimalizacja ryzyka. Jest to tym ważniejsze, gdy organizacja funkcjonuje w warunkach niepewności co do swojej przyszłości, ponieważ nieprzewidywalna przyszłość może przynieść organizacji kryzys.

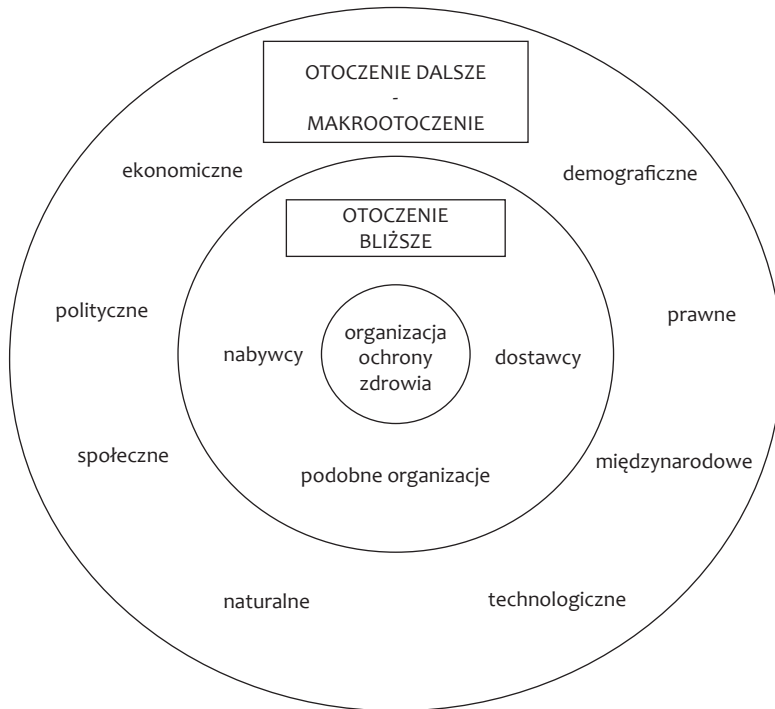
5.1. Reakcja na wpływ otoczenia

Żadna organizacja, w tym organizacja ochrony zdrowia, nie działa w próżni, lecz w otoczeniu innych podobnych organizacji, swoich klientów, dostawców czy innych interesariuszy. Jej funkcjonowanie jest uwarunkowane szeregiem przepisów, zachowaniem jej klientów czy możliwościami finansowymi. Na część z tych czynników może wpływać, a na część nie. Możliwość wpływu

¹ Dr hab. Mirosław Jarosiński, profesor nadzwyczajny w Instytucie Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Inicjator, kierownik i wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

na poszczególne elementy otoczenia jest kryterium różnicującym ich przynależność do otoczenia bliższego lub dalszego w modelowym obrazie otoczenia (rysunek 5.1).

Rysunek 5.1. Otoczenie organizacji ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009, s. 24.

Jak przedstawia rysunek 5.1., w otoczeniu bliższym znajdują się inne podobne organizacje, dostawcy i nabywcy². Między nimi zachodzą różnego rodzaju interakcje. Organizacje konkurują między sobą o finansowanie zewnętrzne, wywierają presję na dostawców, aby ci obniżali ceny dostarczanych wyrobów i usług. Podlegają presji klientów i presję tę odwzajemniają.

² Niektórzy autorzy są skłonni zaliczać do otoczenia bliższego organizacji również różnego rodzaju instytucje regulacyjne, które poprzez swoje decyzje wpływają bezpośrednio na funkcjonowanie organizacji. Autor tego rozdziału wiąże je jednak bardziej z makrootoczeniem, gdyż z reguły organizacje nie mają możliwości wywierania wpływu na te instytucje lub wpływ ten jest bardzo ograniczony.

W otoczeniu dalszym, zwanym też makrootoczeniem, identyfikuje się z kolei szereg trendów i zjawisk określaných ogólnie jako czynniki, które wpływają na organizację, a na które organizacja ma dość ograniczony wpływ. W takiej sytuacji koniecznym rozwiązaniem jest uważna obserwacja otoczenia i dostosowywanie się do zmian, które w nim zachodzą. Najlepiej, aby to dostosowanie było czynione z wyprzedzeniem, tak aby organizacja była przygotowana do zmian w momencie, gdy one nastąpią.

Jeśli organizacja podejmuje działania dostosowawcze dopiero, gdy zmiany następują, może to spowodować na przykład opóźnienie w realizacji usług lub nawet konieczność czasowego zaprzestania świadczenia określonego rodzaju usług, co może się przełożyć na niezadowolenie klientów, a nawet ich rezygnację i przejście do innego podmiotu, na który owa zmiana w otoczeniu aż tak nie wpłynęła. Dobrze, jeśli już organizacja jest świadoma mogącej nastąpić zmiany i jej kierownictwo ma przynajmniej jakąś koncepcję, co można by zrobić, gdyby zmiana nastąpiła. Gorzej, jeśli kierownictwo organizacji zostaje zaskoczone zmianą, i dopiero w momencie jej wystąpienia gorączkowo poszukuje rozwiązania.

Dobrym przykładem może tu być wprowadzenie przepisu dotyczącego konieczności zatrudniania na oddziale szpitalnym określonego lekarza specjalisty rzadkiej specjalności, aby dany oddział mógł świadczyć określonego rodzaju usługi. Już pierwszy sygnał o tym, że coś takiego jest rozważane, powinien uruchomić w szpitalu dyskusję nad tym, co zrobić gdyby taka sytuacja wystąpiła – czy zatrudnić specjalistę, czy zrezygnować ze świadczenia tego typu usług. Decyzja, nawet wstępna, powinna być poparta analizą korzyści i wad każdego rozwiązania, a w dalszej kolejności analizą ekonomiczną. W przypadku podjęcia decyzji o utrzymaniu usług następnym krokiem powinno być sprawdzenie dostępności tego typu specjalistów i przeprowadzenie wstępnych rozmów z ewentualnymi kandydatami, tak aby, gdy już będzie istniała pewność co do wprowadzenia wspomnianego przepisu, móc skontaktować się z konkretną osobą i podpisać z nią umowę.

Warto zauważyć, że gdy kierownictwo organizacji zostanie zaskoczone taką zmianą, i tak musi przejść przez wyżej opisany proces podejmowania decyzji z tą różnicą, że musi to zrobić dużo szybciej, bo do czasu rozwiązania problemu nie może świadczyć usług danego typu, co może oznaczać stratę finansową i roszczenia niezadowolonych klientów – pacjentów. Ponadto pospieszne podejmowanie decyzji może skutkować nieuwzględnieniem istotnych czynników lub w ogóle nieracjonalnością, a sam specjalista może być nieosiągalny.

Stąd warto dokładnie analizować makrootoczenie, aby uniknąć takich zaskoczeń. Poza tym należy pamiętać, że makrootoczenie może być nie tylko źródłem zagrożeń dla organizacji, lecz także źródłem szans. Dlatego też raz na kilka lat (w okresie przygotowywania nowej strategii) warto szczegółowo przeanalizować makrootoczenie, aby zidentyfikować w nim dominujące trendy, zarówno te negatywne, jak i pozytywne, bo one będą wyznaczały możliwe kierunki rozwoju organizacji. Warto też zidentyfikować te obszary makrootoczenia, które są lub w najbliższej przyszłości mogą być źródłem zmian. Te obszary wymagają potem bieżącej uwagi – monitorowania – aby nie przyniosły organizacji zaskoczeń. Trzeba bowiem nieustannie wychwytywać w otoczeniu tak zwane słabe sygnały, które mogą świadczyć o nadchodzącym zagrożeniu, ale tak naprawdę również o spodziewanej szansie.

5.2. Planowanie scenariuszowe

Niektóre obszary makrootoczenia są tak turbulentne, że mimo uważnej obserwacji tego, co się dzieje, nie sposób określić, co ostatecznie się wydarzy, a co za tym idzie, jakie skutki będzie to miało dla organizacji. Wtedy pomocne będzie planowanie scenariuszowe. Istnieje wiele dostępnych metod scenariuszowych³. Wszystkie one są bardzo czasochłonne i wymagają zbierania szczegółowych danych i wnikliwej ich analizy, jednak opracowane wyniki będą bardzo pomocne w planowaniu działań organizacji w sytuacji dużej niepewności.

Autor poleca tu szczególnie analizę stanów otoczenia. Analiza ta, aby była rzetelna, wymaga zidentyfikowania jak największej liczby zjawisk w każdej ze sfer makrootoczenia. Następnie dla każdego indywidualnego zjawiska konieczne jest określenie trzech możliwych trendów rozwoju tego zjawiska w przyszłości (wzrost, stabilizacja, regres). Każdemu z tych trendów należy potem przypisać siłę wpływu na naszą organizację (np. posługując się skalą od 1 do 5, gdzie 1 będzie oznaczało słaby, a 5 – silny wpływ) oraz kierunek wpływu (dodatni lub ujemny), aby zidentyfikować szanse i zagrożenia. Kolejnym bardzo istotnym krokiem jest przypisanie prawdopodobieństwa wystąpienia każdego z tych trendów⁴. Tabela 5.1. prezentuje przykładowy fragment analizy.

³ Szeroki wybór metod został opisany w: G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009, s. 49–69.

⁴ G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna...*, op.cit., s. 58–59.

Tabela 5.1. Przykładowy fragment analizy stanów otoczenia dla przychodni POZ w Warszawie

Czynnik	Trend	Prawdopodobieństwo wystąpienia	Siła i kierunek wpływu	Uwagi
Starzenie się społeczeństwa	wzrost	0,7	-2	zagrożenie
	stabilizacja	0,2	-1	zagrożenie
	regres	0,1	+1	szansa
Wzrost liczby mieszkańców	wzrost	0,5	+3	szansa
	stabilizacja	0,4	+2	szansa
	regres	0,1	-1	zagrożenie

Źródło: opracowanie własne.

Oczywiście określenie zarówno siły i kierunku zmian, jak i ich prawdopodobieństwa wymaga sięgnięcia do wielu źródeł informacji i zasięgnięcia opinii ekspertów. Jednak dobrze przygotowana analiza pozwoli poznać dokładniej możliwe w przyszłości zjawiska i ich wpływ na organizację. Pozwoli też stwierdzić, jaki rozwój wydarzeń jest najmniej prawdopodobny, ale też to, jak zmieni się wpływ poszczególnych zjawisk w przypadku wystąpienia mniej prawdopodobnych trendów.

Głównym rezultatem analizy stanów otoczenia powinno być opracowanie scenariusza najbardziej prawdopodobnego oraz scenariuszy optymistycznego i pesymistycznego. W okresie dużej nieprzewidywalności otoczenia warto także wyróżnić scenariusz niespodziankowy. Podstawę do wyróżnienia scenariusza najbardziej prawdopodobnego i scenariusza niespodziankowego będą stanowić trendy o odpowiednio najwyższym i najniższym prawdopodobieństwie, niezależnie od siły i kierunku wpływu. Podstawę do wyróżnienia scenariusza optymistycznego i pesymistycznego będą stanowiły z kolei trendy o odpowiednio najwyższym pozytywnym i negatywnym wpływie na organizację⁵.

Scenariusz najbardziej prawdopodobny będzie stanowił podstawę do opracowania planu strategicznego. Przystępując do jego realizacji, nie wolno zapominać o innych scenariuszach i należy uważnie obserwować otoczenie. Szczególną uwagę warto zwrócić na scenariusz niespodziankowy. Jego analiza stanowi punkt wyjścia do budowania tzw. systemów wczesnego ostrzeżenia⁶.

⁵ Ibidem, s. 59.

⁶ Ibidem, s. 61.

5.3. Dywersyfikacja działalności

Zarządzanie strategiczne jest definiowane m.in. jako „specyficzny sposób zarządzania przedsiębiorstwem nastawiony na osiągnięcie długookresowych celów, co wymaga wykorzystywania szans i unikania zagrożeń pojawiających się w otoczeniu”⁷. Jednym ze sposobów unikania zagrożeń niesionych przez bardzo niestabilne otoczenie może być dla organizacji ochrony zdrowia ustabilizowanie portfela działalności poprzez uruchomienie działalności (czy nawet wiązki działalności) w ramach sektora/sektorów luźno związanych z ochroną zdrowia lub w ogóle do niej niepokrewnych. Sektory, które wybierze podmiot leczniczy do dywersyfikacji, powinny mieć bardzo stabilne otoczenie, aby stanowiło ono głównie źródło szans dla tego podmiotu.

Jak wspomniano wcześniej, ze strategicznego punktu widzenia możliwa jest również dywersyfikacja podmiotów leczniczych do sektorów niepokrewnych⁸. Oczywiście takie decyzje powinny być podejmowane z rozsądkiem i po dokładnej analizie. Należy bowiem pamiętać, że każda dywersyfikacja wymagać będzie nowych inwestycji i opanowania nowego zestawu kluczowych czynników sukcesu. Dlatego warto rozważyć przede wszystkim sektory pokrewne do już prowadzonej działalności, gdyż będzie można wtedy wykorzystać, choć w jakimś stopniu, posiadany sprzęt, kadre czy umiejętności.

Przykładowo prywatny podmiot leczniczy realizujący kontrakt na ratownictwo medyczne w danym regionie na bazie posiadanego sprzętu, ludzi i umiejętności mógłby rozważyć dywersyfikację do sektora transportu chorych, a te usługi mogłyby być realizowane komercyjnie. Druga możliwość to uruchomienie ośrodka szkoleniowego w zakresie szeroko pojętego ratownictwa medycznego, w tym prowadzenia zakrojonych na szeroką skalę działań ratowniczych w przypadku wystąpienia katastrofy w ruchu lądowym lub katastrofy innego typu. Początkowo działalności te mogłyby być traktowane jako poboczne, jednak w przypadku utraty kontraktu na działalność podstawową można by je stosunkowo szybko rozwinąć na większą skalę.

⁷ M. Jarosiński, *The Behaviour of Small and Medium-Sized Enterprises in the Area of Strategic Management*, w: *The Influence of the Crisis on the Behaviour of Small and Medium-Sized Enterprises Research Results*, red. M. Jarosiński, A. Skowronek-Mielczarek, SGH Publishing House, Warsaw 2016, s. 93.

⁸ Pod warunkiem, że przepisy prawne na to pozwalają.

Każdy sektor, do którego podmiot leczniczy chce się zdywersyfikować, powinien zostać przeanalizowany pod kątem trzech kryteriów, aby ta dywersyfikacja była udana. Te kryteria to⁹:

- **Kryterium atrakcyjności.** Sektor, do którego ma wejść dany podmiot, musi być wystarczająco atrakcyjny, aby w sposób ciągły dawać dobre zwroty z nakładów inwestycyjnych, lub musi istnieć możliwość podniesienia tej atrakcyjności przez podmiot do niego wchodzący. Dywersyfikacja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, jeśli nowy sektor nie będzie na tyle atrakcyjny, aby zapewnić odpowiednio wysoką rentowność inwestycji. W przeciwnym wypadku wchodzący podmiot musiałby być w stanie uzyskać szczególną przewagę konkurencyjną pozwalającą osiągać ponadprzeciętne zyski w danym sektorze. W trakcie analizy należy pamiętać, aby atrakcyjność sektora została określona z uwzględnieniem przyszłej obecności przedsiębiorstwa w sektorze.
- **Kryterium kosztów wejścia.** Im bardziej atrakcyjny jest sektor, tym wyższe są koszty wejścia. Należy zatem sprawdzić, czy pomimo tych wysokich kosztów wejście do danego sektora będzie dla podmiotu nadal opłacalne. Dywersyfikacja nie zakończy się sukcesem, jeżeli koszt wejścia przewyższy przyszłe zyski. Dlatego należy poszukiwać takich sposobów, które pozwolą na obniżenie kosztów wejścia do sektora, tak aby przyszłe zyski przewyższyły koszty wejścia.
- **Kryterium przewagi konkurencyjnej.** Kryterium to zawiera warunek, że nowy podmiot musi wejść do sektora z pewną przewagą konkurencyjną lub wejście do tego sektora musi pozwolić temu podmiotowi na uzyskanie przewag konkurencyjnych w innych sektorach, w których podmiot już działa. Jeżeli powyższy warunek nie zostanie spełniony, może to wypaczyć sens wejścia do tego sektora.

M.E. Porter twierdzi, że wszystkie trzy przedstawione kryteria wyboru sektora muszą być spełnione jednocześnie, aby dywersyfikacja do danego sektora mogła zakończyć się sukcesem. Zdaniem M.E. Portera wystarczy, aby jedno z tych kryteriów nie zostało spełnione, aby ponieść porażkę¹⁰.

Z kolei zdaniem C.C. Markidesa, decydując się na wejście do nowego sektora, powinno się po pierwsze określić, jakimi zasobami strategicznymi dysponuje

⁹ M.E. Porter, *From Competitive Advantage to Corporate Strategy*, "Harvard Business Review" 1987, vol. 65, no. 3, s. 46–47.

¹⁰ Ibidem.

wchodzący podmiot. Po drugie, należy ustalić, jakie zasoby i umiejętności są niezbędne w nowym sektorze i czy podmiot je wszystkie posiada. Nie wystarczy bowiem dysponować tylko częścią z nich, ale trzeba posiadać je wszystkie, aby odnieść sukces na nowym rynku¹¹. Jedną z definicji dywersyfikacji mówi o tym, że wejście do nowego sektora wiąże się z koniecznością „uwzględniania nowego zbioru kluczowych czynników sukcesu”¹². Posiadanie konkretnych zasobów czy umiejętności może być właśnie kluczowym czynnikiem sukcesu niezbędnym do odniesienia sukcesu w nowej dziedzinie działalności.

Jeżeli okazuje się, że któregoś z zasobów podmiotowi brakuje, należy rozważyć, czy istnieje możliwość pozyskania tego zasobu, a jeżeli tak, to trzeba się zastanowić, czy koszty pozyskania zasobu/zasobów nie będą zbyt wysokie, aby dywersyfikacja się opłacała¹³. Brakujące zasoby można rozwinąć samodzielnie lub pozyskać je drogą tzw. rozwoju zewnętrznego¹⁴.

Po czwarte, należy się również zastanowić, czy próba przeniesienia swoich zasobów strategicznych do nowego sektora się powiedzie. Często jest bowiem tak, że dana grupa zasobów doskonale funkcjonuje w określonym środowisku biznesowym, zaś przeniesienie części z nich do nowego środowiska nie wywoła oczekiwanego rezultatu¹⁵.

Wreszcie J.P. Detrie i B. Ramanantsoa podają pięć zasad, które pozwolą na osiągnięcie sukcesu w realizacji strategii dywersyfikacji. Po pierwsze, radzą, aby decyzja o dywersyfikacji została zaakceptowana przez całe kierownictwo podmiotu, ponieważ to ono będzie później odpowiedzialne za jej realizację. Po drugie, należy się upewnić, że dany podmiot posiada wystarczające umiejętności do działania w nowym sektorze. Po trzecie, w fazie przygotowania do wdrożenia należy dokonać dokładnych analiz wielkości rynku, potencjalnych reakcji konsumentów na wejście nowego podmiotu, potencjalnych problemów związanych z produkcją na nowy rynek. Na tym etapie podmiot może się jeszcze wycofać z realizacji podjętej decyzji o dywersyfikacji. Później będzie to oczywiście również możliwe, ale wtedy będzie to trudne i kosztowne. Dlatego J.P. Detrie i B. Ramanantsoa radzą dokonać identyfikacji momentu, po którym już nie

¹¹ C.C. Markides, *To Diversify or Not to Diversify*, "Harvard Business Review" 1997, vol. 75, no. 6, s. 93–99.

¹² Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, wyd. 3, PWE, Warszawa 1999, s. 165.

¹³ C.C. Markides, *To Diversify...*, op.cit., s. 93–99.

¹⁴ Na temat sposobów rozwoju szerzej w rozdziale 8. Sposoby rozwoju podmiotów leczniczych.

¹⁵ Ibidem.

będzie odwrotu od dywersyfikacji. Ponadto proponują, aby zawczasu przewidzieć różne problemy związane z wdrażaniem strategii dywersyfikacji i zaprojektować procedury ich rozwiązywania¹⁶.

5.4. Inne możliwe strategie

Alternatywą dla strategii dywersyfikacji jest zawsze specjalizacja w danej dziedzinie. I tak na przykład podmiot leczniczy prowadzący przychodnię specjalistyczną o wyrobionej marce w momencie utraty kontraktu może zdecydować się na utrzymanie dotychczasowego pakietu usług, tyle że na zasadach komercyjnych. Niewątpliwie musi się wtedy liczyć z utratą części pacjentów, jednak z pewnością inni pacjenci, którzy są przynajmniej średniozamożni, mogą zdecydować się na pozostanie pod opieką lekarzy specjalistów, którym ufają, ponieważ leczyli się u nich przez kilka poprzednich lat. Warunkiem sukcesu takiej strategii będzie skupienie się na wysokiej jakości świadczonych usług przy jednoczesnym utrzymaniu cen na poziomie dostępnym dla nabywców usług. W tym względzie pomocna będzie strategia zintegrowana, w której podmiot nastawia się jednocześnie na osiągnięcie stosunkowo wysokiej jakości usług przy jednoczesnym nastawieniu na dobre zarządzanie kosztami¹⁷.

W takiej sytuacji ważna też jest komunikacja z klientem – pacjentem – i widoczne działania marketingowe¹⁸. Takie właśnie działania zalecają firmom w czasie kryzysu M.H. Köksal i E. Özgül, jednocześnie zachęcając firmy do stosowania strategii zintegrowanej i nieobniżania jakości oferowanych usług¹⁹. Również wielu innych autorów zwraca uwagę na konieczność utrzymywania co najmniej nie pogorszonej jakości w okresie kryzysu, a jeszcze lepiej stawianie na „doskonałość biznesową” (ang. *business excellence*)²⁰.

¹⁶ J.P. Detrie, B. Ramantsoa, *Diversification – The Key Factors for Success*, „Long Range Planning” 1986, vol. 19, no. 1, s. 32.

¹⁷ Na temat strategii zintegrowanej patrz też w: W. Jakubowska, *Strategie konkurencji podmiotów leczniczych*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014, s. 89–90.

¹⁸ Oczywiście w dozwolonym przepisami zakresie.

¹⁹ M.H. Köksal, E. Özgül, *The relationship between marketing strategies and performance in an economic crisis*, „Marketing Intelligence and Planning” 2007, vol. 25, no. 4, s. 339–340.

²⁰ Patrz np. K. Roberts, *What strategic investments should you make during a recession to gain competitive advantage in the recovery?*, „Strategy & Leadership” 2003, vol. 31, no. 4, s. 39; E.P. Afthonidis, G.D. Tsiotras, *Strategies for business excellence under an economic crisis*, „TQM Journal” 2014, vol. 26, no. 6, s. 618.

Dobłą strategią w trudnym dla organizacji okresie może być duże nastawienie na elastyczność wobec otoczenia: klientów, dostawców²¹. Oprócz strategii nastawionych na elastyczność przedsiębiorstwa stosują też strategie nastawione na antycypowanie nowych regulacji i dostosowywanie się do ich wymogów z wyprzedzeniem, aby przez to uzyskać przewagę na rynku²². Tak właśnie powinny zachowywać się obecnie wszystkie organizacje ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Duża niestabilność w otoczeniu prowadzić może do sytuacji kryzysowych w sektorze czy nawet całej branży, a co za tym idzie w działających tam podmiotach. Analiza literatury z zakresu zarządzania strategicznego w kontekście kryzysu pokazuje, że często podmioty gospodarcze nie mają opracowanych planów awaryjnych na wypadek wystąpienia nagłego spadku popytu. Co więcej, „menedżerowie często ignorują pierwsze czy nawet kolejne oznaki kryzysu, reprezentując postawę typu *mnie to nie dotyczy*, a gdy jednak kryzys zaczyna dotyczyć przedsiębiorstwo, jest już nieraz za późno, aby wdrożyć w życie opracowywane plany awaryjne. Jednak jeszcze gorsza może być wtedy postawa typu *jakoś to będzie*”²³.

Dlatego też warto stosować opisane w rozdziale sposoby analizy otoczenia i proponowane strategie działania, aby zminimalizować pojawiająca się niepewność co do przyszłości i wyjść „obronną ręką” z sytuacji kryzysowej, gdyby taka zaistniała.

²¹ M. Kunc, R. Bhandari, *Strategic development processes during economic and financial crisis*, „Management Decision” 2011, vol. 49, no. 8, s. 1350; S. Kasiewicz, *Strategie przedsiębiorstw w okresie kryzysu*, w: *Strategie przedsiębiorstw i zarządzanie ryzykiem w warunkach kryzysu gospodarczego. Perspektywa sektora MSP*, red. S. Kasiewicz, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2012, s. 74–75.

²² S. Kasiewicz, *Strategie przedsiębiorstw...* op.cit., s. 74–75.

²³ M. Jarosiński, *Zmiany zachowań małych i średnich przedsiębiorstw w obszarze zarządzania strategicznego*, w: *Zmiany zachowań małych i średnich przedsiębiorstw w okresie spowolnienia gospodarczego*, red. A. Skowronek-Mielczarek, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015, s. 189.

Bibliografia

- Afthonidis E.P., Tsiotras G.D., *Strategies for business excellence under an economic crisis*, "TQM Journal" 2014, vol. 26, no. 6.
- Detrie J.P., Ramantsoa B., *Diversification – The Key Factors for Success*, "Long Range Planning" 1986, vol. 19, no. 1.
- Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009.
- Jakubowska W., *Strategie konkurencji podmiotów leczniczych*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
- Jarosiński M., *The Behaviour of Small and Medium-Sized Enterprises in the Area of Strategic Management*, w: *The Influence of the Crisis on the Behaviour of Small and Medium-Sized Enterprises Research Results*, ed. M. Jarosiński, A. Skowronek-Mielczarek, SGH Publishing House, Warsaw 2016.
- Jarosiński M., *Zmiany zachowań małych i średnich przedsiębiorstw w obszarze zarządzania strategicznego*, w: *Zmiany zachowań małych i średnich przedsiębiorstw w okresie spowolnienia gospodarczego*, red. A. Skowronek-Mielczarek, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015.
- Kasiewicz S., *Strategie przedsiębiorstw w okresie kryzysu*, w: *Strategie przedsiębiorstw i zarządzanie ryzykiem w warunkach kryzysu gospodarczego. Perspektywa sektora MSP*, red. S. Kasiewicz, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2012.
- Köksal M.H., Özgül E., *The relationship between marketing strategies and performance in an economic crisis*, "Marketing Intelligence and Planning" 2007, vol. 25, no. 4.
- Kunc M., Bhandari R., *Strategic development processes during economic and financial crisis*, "Management Decision" 2011, vol. 49, no. 8.
- Markides C.C., *To Diversify or Not to Diversify*, "Harvard Business Review" 1997, vol. 75, no. 6.
- Porter M.E., *From Competitive Advantage to Corporate Strategy*, "Harvard Business Review" 1987, vol. 65, no. 3.
- Roberts K., *What Strategic Investments Should You Make during a Recession to Gain Competitive Advantage in the Recovery?*, "Strategy & Leadership" 2003, vol. 31, no. 4.
- Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, wyd. 3, PWE, Warszawa 1999.

Rozdział 6

Rozwiązania dające przewagę konkurencyjną – przykłady ze Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie

Grzegorz Pawlus¹, Beata Pawlus²

Wprowadzenie

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny to Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej mieszczący się na Mokotowie przy ul. Madalińskiego 25 w Warszawie. Organem założycielskim i właścicielem jest miasto stołeczne Warszawa. Szpital ma osobowość prawną (KRS: 000 008 0373). Do zadań Szpitala według statutu³ i regulaminu organizacyjnego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych zarówno w zakresie leczenia zamkniętego, jak i otwartego. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie posiada liczne oddziały szpitalne i przychodnię przyszpitalną. Głównym źródłem finansowania działalności szpitala jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W lipcu 2013 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie powstał Pododdział Patologii Noworodka poświęcony hospitalizacjom chorych noworodków, które po urodzeniu przebywały już w domu. Jako integralna część Oddziału Neonatologii Pododdział Patologii Noworodka stanowi

¹ Dr n. med. Grzegorz Pawlus, lekarz, menedżer, wolontariusz Banku Mleka Kobiecego. Absolwent Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

² Dr n. med. Beata Pawlus, lekarz, etyk, ordynator Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, Konsultant Kliniczny Banku Mleka Kobiecego. Absolwentka Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

³ *Statut Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SPZOZ*, Warszawa 2015, s. 4.

nietypowe rozwiązanie organizacyjne i miał być odpowiedzią na identyfikowane wcześniej potrzeby zdrowotne najmniejszych pacjentów. Ponadto była to próba rozszerzenia działalności Oddziału Neonatologii w ramach istniejącego, Nielimitowanego kontraktu z NFZ. Dodatkowym argumentem za utworzeniem pododdziału była możliwość wykorzystania istniejącej bazy łóżkowej innego oddziału szpitala.

Do tej pory organizacja ochrony zdrowia w sytuacji konieczności powtórnej hospitalizacji noworodka po wypisie z oddziału, gdzie dziecko przyszło na świat, nie do końca pozwalała w Polsce na optymalne postępowanie. Oddziały noworodkowe zabezpieczają pobyt zdrowego noworodka po urodzeniu, niezbędne leczenie powikłań okołoporodowych, hospitalizują wcześniaki i noworodki chore, lecz pobyt tam jest związany z porodem i okresem okołoporodowym. Problem zaczyna się wtedy, gdy noworodek wypisany już do domu jako zdrowy ponownie wymaga opieki zdrowotnej jeszcze w okresie noworodkowym.

W rozdziale zaprezentowano autorski model organizacji i funkcjonowania Pododdziału Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie. Szczegółowo opisano również funkcjonowanie Oddziału Neonatologii, jako jednej z głównych jednostek lecznictwa zamkniętego, konsekwentnie realizującej przez ostatnie lata strategię rozwoju opartą na zdobywaniu coraz szerszej grupy pacjentów neonatologicznych, nie tylko poprzez wzrastającą liczbę porodów w Szpitalu, lecz także z innych placówek. Strategiczne bowiem stało się pozyskiwanie pacjentów urodzonych w innych szpitalach, z oddziałów neonatologicznych o niższym stopniu referencji, które po porodzie nie mogą zapewnić wysokospecjalistycznej czy intensywnej opieki nad noworodkiem chorym i wcześniakiem. Następnie powstał pomysł pozyskania pacjentów poprzez wykorzystanie niszy rynkowej, jaką był brak dobrze zorganizowanej opieki nad noworodkiem chorym, wymagającym hospitalizacji, wcześniej wypisanym do domu po urodzeniu.

Po ponad dwóch latach funkcjonowania Pododdział Patologii Noworodka nadal jest jednostką rozwijającą się, w którą inwestuje zarząd i organ założycielski, decydując się na inwestycje remontowo-budowlane w nowej części szpitala, rozszerzenie zatrudnienia i kolejne zakupy sprzętowe. Strategia rozwoju Oddziału Neonatologii z Pododdziałem Patologii Noworodka oparta na wykorzystaniu niszy rynkowej kreuje wartość prezentacji przewagą konkurencyjną przedsiębiorstwa.

Drugim innowacyjnym rozwiązaniem przedstawionym w tym rozdziale było utworzenie w styczniu 2015 r. Regionalnego Banku Mleka Kobiecego jako

jednej z pierwszych placówek w Polsce. Bank powstał na wzór regionalnych stacji krwiodawstwa: gromadzi pokarm od honorowych, przebadanych dawczyń, pasteryzuje, bada skład i przekazuje go najbardziej niedojrzałym i chorym wcześniakom leczonym nie tylko na Oddziale Neonatologii Szpitala im. Świętej Rodziny, lecz także w innych szpitalach województwa mazowieckiego⁴. Dzielenie się mlekiem od dawczyń z placówkami całego Mazowsza stanowi o uniikatowym, innowacyjnym charakterze tego projektu. Wychodzenie naprzeciw potrzebom szpitali z całego regionu, a nie zaspokajanie jedynie potrzeb danej placówki stanowi o wyjątkowości projektu. Bank działa na zasadach rekomendowanych przez Europejskie Stowarzyszenie Banków Mleka (ang. EMBA), a rekomendacje, ze względu na brak polskich uregulowań prawnych, pochodzą głównie od Fundacji Bank Mleka Kobiecego, która jako organizacja pożytku publicznego była współinicjatorem jego powstania i integruje różne aspekty działania banku⁵.

Zarówno koncepcja zagospodarowania niszy rynkowej i rozszerzenie usług medycznych przez utworzenie Pododdziału Patologii Noworodka, jak i otwarcie Regionalnego Banku Mleka Kobiecego jest przykładem na osiągnięcie zintegrowanych korzyści medycznych, społecznych i biznesowych oraz uzyskanie przez szpital przewagi konkurencyjnej, które mogą stanowić inspirację dla innowacyjnego sposobu myślenia w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia w Polsce.

6.1. Charakterystyka Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie

6.1.1. Dane podstawowe

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Organami Szpitala według statutu są: Dyrektor, który jest kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy, i Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym m.st. Warszawy oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.

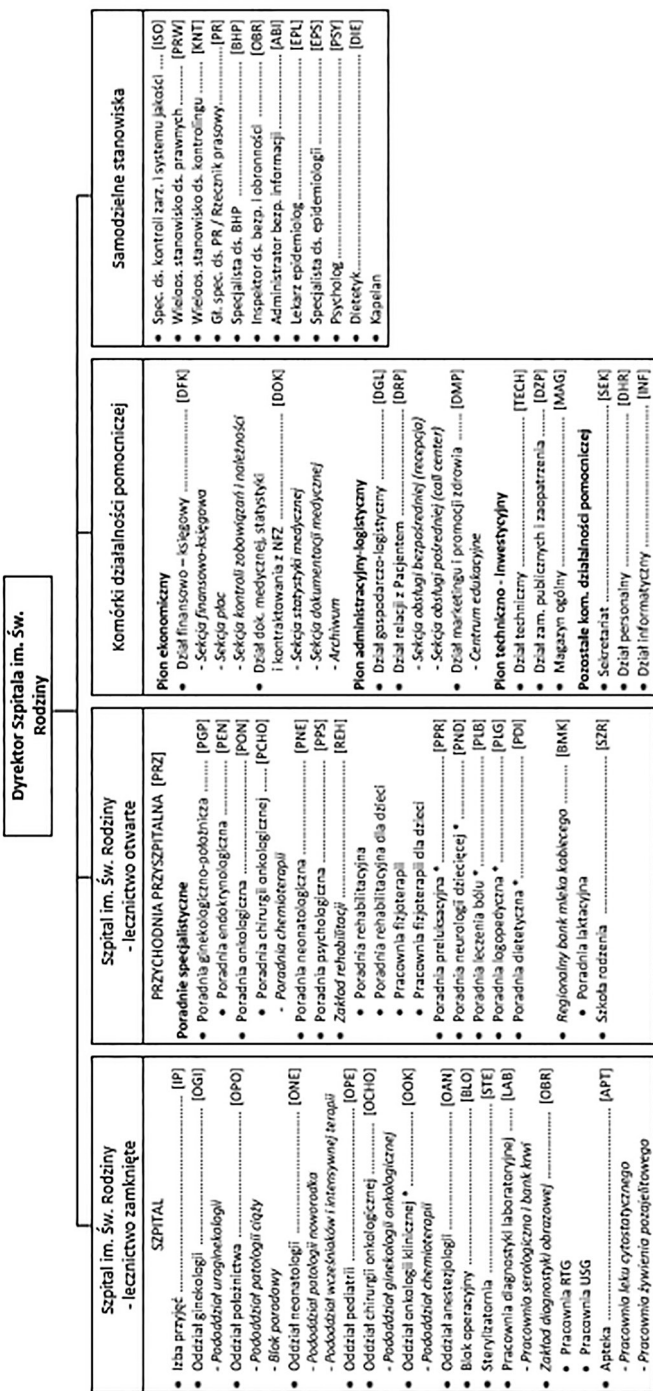
⁴ *Pierwsza Rocznic Regionalnego Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu im. Św. Rodziny*, informacja prasowa, Warszawa 2016, s. 1.

⁵ B. Pawlus, A. Wesołowska, *Regionalny Bank Mleka Kobiecego*, materiały z prezentacji podczas rocznicy otwarcia banku, Warszawa 2016.

Rysunek 6.1. Schemat organizacyjny szpitala

SCHEMAT ORGANIZACYJNY

Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny


Legenda:

- SZPITAL**
- jednostka organizacyjna
 - komórka organizacyjna
 - Pracownia serologiczna i bank krwi
 - * Oddział onkologii klinicznej

Źródło: Regulamin Organizacyjny Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny SP ZOZ, załącznik nr 1, Warszawa 2016.

Schemat organizacyjny szpitala obejmujący liczne jednostki i oddziały przedstawiony jest na rysunku 6.1. Szczególne miejsce w tej strukturze zajmuje Poradnia Neonatologiczna, Regionalny Bank Mleka Kobiecego, Poradnia Laktacyjna i Szkoła Rodzenia. Wszystkie te jednostki stanowią część poradni dedykowaną noworodkowi i laktacji w aspekcie edukacji i świadczenia usług medycznych.

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ działa na podstawie ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. innych przepisów dotyczących funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą⁶, statutu, zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz regulaminu organizacyjnego. Główne cele funkcjonowania SP ZOZ określone we wpisie KRS i doprecyzowane w regulaminie wewnętrznym placówki⁷ związane są z wykonywaniem działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Działalność lecznicza wykonywana przez SP ZOZ to także promocja zdrowia oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. Szpital może także uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w ustawie i odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób⁸.

Zarówno jeśli chodzi o lecnictwo zamknięte, jak i otwarte Szpital osiągnął wysoką pozycję w Warszawie. Trwająca od kilku lat, zakrojona na wielką skalę rozbudowa i modernizacja jednostki, dynamicznie przekształciła monospecjalistyczny szpital ginekologiczno-położniczy w nowoczesny, wielodyscyplinarny ośrodek medyczny, poświęcony problemom zdrowia rodziny. Wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny nieustannie rozszerza zakres świadczonych usług.

6.1.2. Misja i pozycja Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie

Historycznie Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny w Warszawie funkcjonował w mentalności mieszkańców Warszawy jako szpital głównie o profilu

⁶ Wykaz aktów prawnych obowiązujących Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ zakresie podstawowej działalności leczniczej, stan na dzień 1 marca 2015.

⁷ *Regulamin Organizacyjny Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SPZOZ*, Warszawa 2016.

⁸ *Statut Szpitala...*, op.cit., s. 4.

ginekologiczno-położniczym. W ciągu ostatnich 10–12 lat stał się szpitalem bardzo modnym i lubianym, ma bardzo dobre opinie wśród pacjentów. Jest to związane z konsekwentną polityką rozwoju i zarządzania szpitalem oraz realizowaną przez pracowników misją szpitala, która zawiera się w słowach: „Aby powrót do zdrowia przebiegał w przyjaznej atmosferze, z zapewnieniem intymności, godności i poszanowania praw pacjentów, ich dzieci i rodzin”⁹.

Misja łączy terażniejszość organizacji z jej przyszłością. W swej treści dotyczy bardziej obecnej sytuacji, ale pokazuje aspiracje organizacji i wyzwania stojące przed nią. Dla otoczenia misja spełnia funkcję głównie informacyjną, a wewnątrz komunikuje menedżerom i pracownikom sens organizacji. Przez to kształtuje ich postępowanie. Powinna być znana wszystkim pracownikom i stosunkowo łatwa do zapamiętania¹⁰.

Obecnie Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny ma bardzo dobrą bazę lokalową, doskonałe wyposażenie w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny i zatrudnia wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną. Znacząco poszerzono zakres usług medycznych o świadczenia w zakresie onkologii, chemioterapii, pediatrii. Podwyższono stopień referencji oddziałów. To, co jednak nie uległo znaczącej zmianie, to fakt, że głównymi jednostkami w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny są: Oddział Położnictwa, Oddział Neonatologii i Oddział Ginekologii. Świadectwem popularności szpitala jest stale wzrastająca liczba porodów¹¹. Położnictwo i neonatologia jako świadczenia nielimitowane przez NFZ były motorem napędowym. Liczbę porodów – trend w latach 2001–2015 pokazuje rysunek 6.2.

Ponieważ głównymi oddziałami szpitala zapewniającymi środki z NFZ są Oddział Położnictwa i Oddział Neonatologii, a kontrakty tych oddziałów są nielimitowane, należy szukać sposobu na zwiększanie liczby porodów, a co za tym idzie hospitalizacji neonatologicznych.

W możliwości pozyskiwania pacjentów na Oddział Położnictwa i Oddział Neonatologii nie bez znaczenia jest jednak fakt, że liczba porodów w Polsce w trakcie ostatnich pięciu lat maleje, a na Mazowszu utrzymuje się na podobnym poziomie. W województwie mazowieckim rodzi się około 15% polskiej

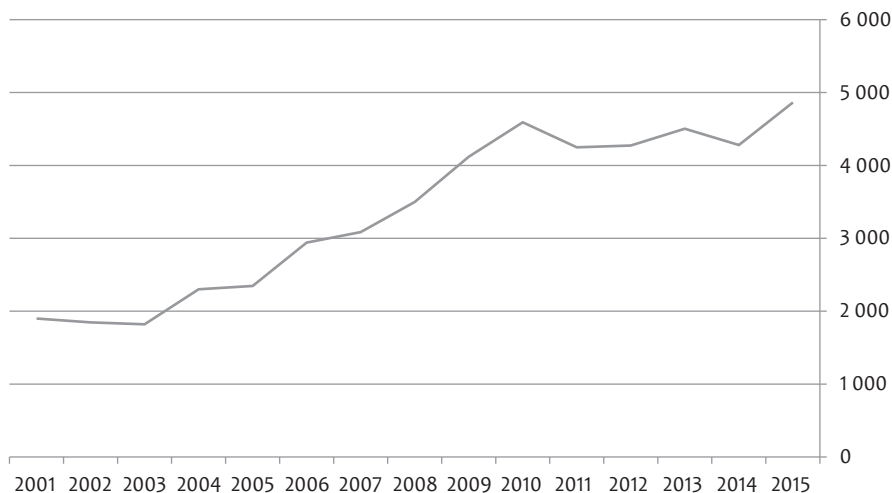
⁹ <https://szpitalmadalinskiego.pl/node/1261>, 19.05.2016.

¹⁰ M. Jarosiński, *Wybrane koncepcje i metody zarządzania strategicznego*, w: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 56–57.

¹¹ E. Peńsko, *Statystyki 2004–2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ.

populacji, a w Szpitalu im. Świętej Rodziny odbywa się 7,33–8,06% porodów Mazowsza i 1,12–1,25% porodów w całej Polski rocznie¹². Trendy w tym zakresie pokazuje tabela 6.1.

Rysunek 6.2. Liczba porodów w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie w latach 2001–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Peńsko, *Statystyki 2004–2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ.

Tabela 6.1. Pozycja Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, w Polsce i na Mazowszu w zakresie liczby porodów w latach 2010–2015

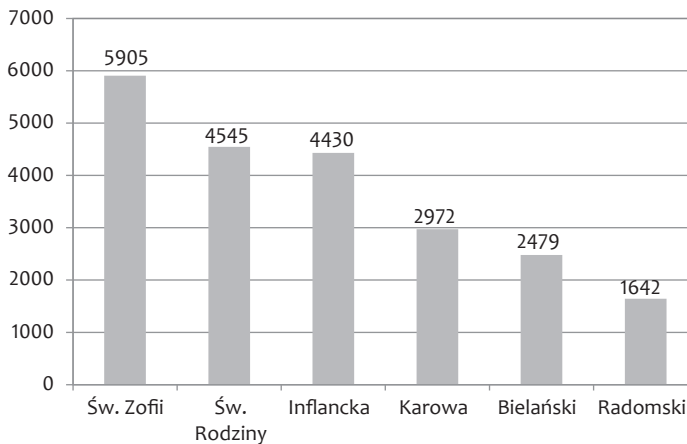
Rok	Polska	Mazowsze	Mazowsze do Polski w %	Szpital	Szpital do Polski w %	Szpital do Mazowsza w %
2010	402 658	60 373	14,99	4 592	1,14	7,61
2011	380 498	57 277	15,05	4 248	1,12	7,42
2012	380 814	58 260	15,30	4 273	1,12	7,33
2013	361 472	55 890	15,46	4 503	1,25	8,06
2014	366 925	57 757	15,74	4 280	1,17	7,41

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Peńsko, *Statystyki 2004–2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ.

¹² E. Peńsko, *Statystyki 2004–2015*, op.cit.

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny jest jednym z trzech szpitali w Warszawie o największej liczbie porodów rocznie. Do największych konkurentów należy Centrum Medyczne Żelazna i Szpital Miejski Inflancka. Przykładowo w 2013 r. Centrum Medyczne Żelazna osiągnęło prawie 6000 porodów (rysunek 6.3).

Rysunek 6.3. Liczba porodów w 2013 r. w wiodących szpitalach w Warszawie



Źródło: K. Kornacka, *Podsumowanie roku 2013, Raport Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neonatologii*, Warszawa 2014.

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny posiada certyfikację PN-EN ISO 9001:2009 oraz uzyskał Certyfikat Akredytacyjny w zakresie leczenia zamknięte, nadany przez Ministra Zdrowia. Od 2007 r. Szpital im. Świętej Rodziny posiada tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”, nadawany przez KUKP i UNICEF, i realizuje program „10 kroków do udanego karmienia piersią”. W 2009 r. został finalistą rankingu „Bezpieczny Szpital” i ponownie w 2015 r. został laureatem XII edycji rankingu „Bezpieczny Szpital” 2015, organizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, firmę doradcą IDEA Trade oraz Dziennik „Rzeczpospolita”. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny wśród szpitali o profilu zabiegowym, wielospecjalistycznym i onkologicznym zajął najwyższą lokatę w Warszawie i 5. miejsce w województwie mazowieckim, znajdując się w zestawieniu rankingowym tzw. Złotej 100 szpitali o profilu zabiegowym, wielospecjalistycznym i onkologicznym¹³.

¹³ <https://szpitalmadalinskiego.pl/node/126>, 19.05.2016 r.

6.1.3. Strategia Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny w Warszawie – kierunek rozwoju

Zarządzanie strategiczne jest specyficzną formą zarządzania, w której zarządzający daną organizacją koncentrują się na przyszłości. Dążą do poznania przyszłych zagrożeń i szans, analizują różne trendy występujące w otoczeniu organizacji, starają się przewidzieć, jakim zmianom podlegać będzie otoczenie. Wiedza ta pozwala im na opracowanie strategii działania, czyli długofalowej koncepcji funkcjonowania przedsiębiorstwa¹⁴.

Niezależnie od przyjętej definicji, jak podaje A. Sopińska, celem strategii jest stworzenie silnej i stabilnej pozycji organizacji w otoczeniu poprzez związanie jej z rozwojowymi biznesami i rynkami oraz opracowanie sposobu konkutowania dostosowanego do długotrwałych prognoz dotyczących makrootoczenia i zachowań innych uczestników rynku, a także dostosowanego do aspiracji strategicznych właścicieli i menedżerów¹⁵.

Właściwa realizacja dobrze opracowanej strategii pozwala na minimalizację ryzyka działania na rynku i rozwój organizacji. Dlatego też w zarządzanie strategiczne w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny zaangażowana jest zarówno ścisła dyrekcja, jak i ordynatorzy oraz kierownicy jednostek. Dyrekcja odpowiada za zarządzanie strategiczne na poziomie całej organizacji, a ordynatorzy i kierownicy – na poziomie oddziałów i jednostek. Według A. Sopińskiej należy wyraźnie podkreślić, że tworzenie strategii organizacji wymaga koordynacji decyzji podejmowanych na wszystkich poziomach zarządzania, przy jednoczesnym wyraźnym ustaleniu hierarchii pomiędzy nimi¹⁶.

W realizacji misji Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie najważniejsze stało się stworzenie placówki roztaczającej nowoczesną, kompleksową opiekę nad kobietą w okresie dojrzewania, prokreacji, przekwitania i starzenia, w okresie zdrowia i choroby. Jednak zasadniczo strategia działania i kierunek rozwoju szpitala opiera się na rozwoju Oddziału Położnictwa i Oddział Neonatologii jako dwóch najważniejszych i przynoszących największą liczbę pacjentów. Sukcesywny wzrost liczby porodów w szpitalu jest od lat strategicznym celem.

¹⁴ *Leksykon zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2004.

¹⁵ A. Sopińska, *Strategie działania na rynku usług medycznych – strategia rozwoju organizacji*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014, s. 62–63.

¹⁶ *Ibidem*, s. 65.

6.2. Nowatorska koncepcja funkcjonowania Pododdziału Patologii Noworodka

6.2.1. Pozycja Oddziału Neonatologii w szpitalu

Oddział Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny to główny oddział szpitala, który w przeciągu ostatnich 10 lat rozwijał się w sposób bardzo dynamiczny. Wynika to z długofalowej wizji, konsekwentnej realizacji dobrze opracowanej strategii rozwoju i skutecznego zarządzania. Systematyczny rozwój Oddziału Neonatologii obejmował stopniowe zwiększanie liczby łóżek, poprawę warunków lokalowych, konsekwentne wzbogacanie o kolejne wysokospecjalistyczne sprzęty. Zasadniczej zmianie ulegała także ciągle podnosząca swoje kwalifikacje kadra lekarska i pielęgniarska. Specjalistyczna kadra oddziału została także rozbudowana o zespół doradców laktacyjnych (edukatorów do spraw laktacji), psychologów klinicznych, fizjoterapeutów neonatologicznych.

Liczba łóżek wzrosła w tym czasie z 49 do 89 (jeden z dwóch największych oddziałów szpitala obok Oddziału Położnictwa). Powstał Pododdział Wczesniaków i Intensywnej Terapii (wcześniej Pododdział Leczenia i Rekonwalescencji Noworodków), utworzono 6 miejsc intensywnej terapii noworodka. Oddział zmienił stopień referencji z pierwszego (podstawowego) na poziom „dwa plus”, czyli wykonuje część procedur trzeciego stopnia, o najwyższym stopniu referencji, nie będąc przy tym ośrodkiem uniwersyteckim. Leczy noworodki ciężko chore, wymagające intensywnej terapii, i wcześniaki od 28. tygodnia ciąży i powyżej 1000 g masy urodzeniowej.

W zespole neonatologicznym liczba specjalistów neonatologów zwiększyła się z 5 do 14, a Oddział Neonatologii uzyskał certyfikację do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy w zakresie specjalizacji z neonatologii. Kształcą się tam 5 rezydentów w zakresie specjalizacji z neonatologii.

Odkąd Oddział Neonatologii otrzymał drugi stopień referencji, a następnie „dwa plus”, zamiast odsyłać pacjentów wymagających leczenia wysokospecjalistycznego, zaczął ich przyjmować ze szpitali o niższym stopniu referencji z całego Mazowsza. Zaczęli się pojawiać pacjenci (noworodki) urodzeni poza Szpitalem Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie. W konsekwencji Szpital otrzymywał coraz większe finansowanie z NFZ za wysokospecjalistyczne procedury wykonywane u noworodków zarówno urodzonych na miejscu, jak i przekazanych z innych szpitali mazowieckich.

W przeciągu ostatnich 10 lat oddział rozszerzył także działalność mającą na celu ambulatoryjną opiekę nad noworodkiem po wypisie do domu. Wykorzystując zasoby kadrowe i sprzętowe Oddziału Neonatologii, rozszerzono zakres usług medycznych przyszpitalnej Poradni Neonatologicznej. Otwarto także Poradnię Laktacyjną, w której pracują edukatorzy ds. laktacji. Obie poradnie organizacyjnie należą do Poradni Przyszpitalnej, a merytorycznie podlegają Ordynatorowi Oddziału Neonatologii. W ramach podniesienia jakości opieki nad matką i dzieckiem oraz rozwoju pionu doradztwa laktacyjnego otwarto w szpitalu Regionalny Bank Mleka Kobiecego.

Pozycję Oddziału Neonatologii w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w zakresie liczby łóżek i liczby zatrudnionego personelu pokazuje tabela 6.2. Oddział Neonatologii jest drugim co do liczebności łóżek oddziałem szpitala, natomiast ma lepszy (niższy) niż pierwszy, co do liczebności łóżek Oddział Położnictwa, wskaźnik zatrudnienia¹⁷.

Tabela 6.2. Liczba łóżek i liczba zatrudnionego personelu na oddziałach szpitalnych Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie w 2015 r.

Komórka organizacyjna	Liczba łóżek	Liczba pracowników
Oddział Ginekologii	31	34
Oddział Położnictwa (w tym Patologia Ciąży i Blok Porodowy)	103	102
Oddział Neonatologii (w tym Pododdział Wcześnieńników i Intensywnej Terapii)	89	71
Oddział Chirurgii Onkologicznej	20	18
Oddział Anestezjologii	6	15
Oddział Pediatrii	28	24

Źródło: opracowanie własne.

6.2.2. Motywy i strategia utworzenia Pododdziału Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii

Tworząc Pododdział Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii zdecydowano się na wybór rozwoju wewnętrznego¹⁸. Przyjęto, że będzie

¹⁷ E. Peńsko, *Statystyki 2004–2015*, op.cit.

¹⁸ Na temat rozwoju wewnętrznego więcej w rozdziale 8. Sposoby rozwoju podmiotów leczniczych.

to inwestycja wieloetapowa, rozłożona w czasie, dopasowana do zmieniającej się sytuacji („szyta na miarę”).

Najważniejszym motywem dla utworzenia Pododdziału Patologii Noworodka była możliwość otrzymania finansowania z NFZ za realizację większej liczby nielimitowanych usług w ramach istniejącego kontraktu dla Oddziału Neonatologii. Aby realizować więcej płatnych procedur, należało pozyskać dodatkowych pacjentów przy wykorzystaniu posiadanych zasobów lokalowych, sprzętowych i kadrowych. Oddział Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny posiada finansowanie usług poprzez kontrakt z NFZ. Usługi z katalogu „Neonatologia” są usługami nielimitowanymi, dobrze wycenionymi. Oddział jest powiązany z dopływem pacjentów z Oddziału Położnictwa (poród „daje” noworodka), jednak realizowany kontrakt jest zdecydowanie wyższy niż osiągany przez Oddział Położnictwa (także nielimitowanymi usługami). Dlatego też pozyskiwanie pacjentów urodzonych w innych szpitalach, z oddziałów neonatologicznych o niższym stopniu referencji, które po porodzie nie mogą zapewnić wysokospecjalistycznej opieki nad noworodkiem chorym i wcześniakiem, jest ważnym elementem strategii działania pododdziału.

Wykonanie procedur finansowanych przez NFZ w jak najwyższej liczbie powoduje, że Oddział Neonatologii dostarcza jako oddział najwyższe przychody. Skalę wykonywanych usług kontraktowych przez Oddział Neonatologii na tle innych oddziałów Szpitala im. Świętej Rodziny pokazuje tabela 6.3. Zauważyć można, że oddziałami mającymi najwyższe możliwości zarabiania na utrzymanie szpitala są powiązane w pewien sposób ze sobą Oddział Położnictwa i Oddział Neonatologii¹⁹.

Strategicznym działaniem Oddziału Neonatologii było więc pozyskiwanie dodatkowych pacjentów, którzy nie urodzili się w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny, ze względu na fakt, iż nie można się było spodziewać spektakularnego wzrostu liczby porodów. Ważne było – zgodnie z obserwacją trendów polskich, mazowieckich i warszawskich – żeby utrzymać liczbę porodów lub nieznacznie ją zwiększać (w realnym zakresie, na przykład 10% rocznie przy braku wzrostu liczby porodów w Polsce). Dotychczasowy rozwój oddziału zapewniał już dostęp do pacjentów z ośrodków o niższym stopniu referencji, które po porodzie nie mogły zapewnić opieki wysokospecjalistycznej nad noworodkiem chorym i wcześniakiem, ale nie można już było liczyć

¹⁹ E. Peńsko, *Kontraktowanie NFZ*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.

na znaczący wzrost liczby tych pacjentów (brak wzrostu liczby urodzeń). Baza łóżkowa, sprzętowa i kadrowa była rozbudowana do takich rozmiarów, aby nie odmawiać przyjmowania pacjentów z powodu na przykład braku miejsc, braku dostępnego respiratora itp.

Tabela 6.3. Liczba punktów NFZ zrealizowanych przez oddziały szpitalne w ramach kontraktu z NFZ w latach 2012–2015 w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny

Miejsce realizacji	2012	2013	2014	2015
Oddział Pediatrii	38 250	38 870	40 060	50 870
Oddział Położniczy	155 870	166 150	171 970	165 990
Oddział Neonatologii	258 630	276 270	287 150	299 150
Oddział Ginekologii	132 850	140 930	132 600	116 680
Oddział Chirurgii Onkologicznej	64 130	64 230	61 490	61 600

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Peńsko, *Kontraktowanie NFZ*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.

Wydawało się jednak, że istnieje pewna grupa pacjentów – noworodków – nad którymi opieka zarówno w warunkach całego kraju, jak i szczególnie Warszawy nie jest jednolicie i sprawnie zorganizowana. Chodzi o noworodka, który został wypisany do domu po urodzeniu, a w okresie noworodkowym choruje oraz wymaga leczenia i hospitalizacji. Noworodek zdrowy hospitalizowany jest po urodzeniu krótko, a istnieją powikłania okresu okołoporodowego oraz schorzenia i wady, które mogą ujawniać się później, już po wypisie noworodka do domu. Jest też szczególna grupa pacjentów – wcześniaki. Ich okres bycia noworodkiem znacznie się wydłuża. Są to pacjenci szczególnie wymagający, a NFZ przewiduje dla tych dzieci korzystanie z katalogu usług „Neonatologia” do 26 tygodni życia.

Oddzielenie specjalizacji z neonatologii (w latach 80. ubiegłego stulecia) od pediatrii na wzór amerykański spowodowało pewnego rodzaju odejście oddziałów pediatrycznych od zajmowania się noworodkiem. Przy bardzo dobrze zorganizowanej opiece położniczej, neonatologicznej okołoporodowej brakuje miejsc opieki dla noworodka chorującego nieco później. Nieliczne w Polsce wysoko-specjalistyczne oddziały patologii noworodka (np. Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie) zwykle borykają się z brakiem miejsc i kolejką oczekujących na przyjęcie planowych pacjentów z całego kraju. Z kolei pododdziały patologii noworodka zwykle tworzone były w ramach oddziałów pediatrii,

ale jedynie w dużych miastach. Oddziały te nie zawsze posiadają wystarczającą liczbę wydzielonych łóżek, odpowiednie warunki lokalowe, kadrowe i specjalistyczny sprzęt dla noworodka. Pediatryczne izby przyjęć często nie pozwalają na indywidualną „ścieżkę przyjęć” dla noworodka.

Praktyka pokazuje, że rodzice noworodka pierwsze kroki po pomoc zwykle kierują do oddziału, gdzie noworodek się urodził (często bez skierowania do szpitala i bez świadomości, że chory noworodek nie może powtórnie trafić na oddział, gdzie się urodził). Z epidemiologicznego punktu widzenia przyjęcie ponowne noworodka do oddziału neonatologicznego wymaga odrębnej bazy łóżkowej na wydzielonym terenie, wykwalifikowanego personelu dedykowanego tej grupie pacjentów oraz wysokospecjalistycznego sprzętu, a także odrębnych procedur przyjęcia na oddział. Dla klasycznego oddziału neonatologicznego izbą przyjęć jest bowiem blok porodowy. Ponadto choremu noworodkowi w sposób szczególny jako element leczenia potrzebna jest matka, zwykle karmiąca piersią – kobieta w położu wymagająca stosunkowo komfortowych warunków towarzyszenia dziecku, a często także konsultacji laktacyjnej czy położniczo-ginekologicznej. Takich wymagań zwykle nie mogą spełnić oddziały pediatryczne.

Nie bez znaczenia w podjęciu decyzji o próbie stworzenia pododdziału przy Oddziale Neonatologii, a nie przy Oddziale Pediatrii, były różnice w sposobie kontraktowania usług przez NFZ w stosunku do oddziałów pediatrii i neonatologii (brak limitu, wyższa wycena świadczeń). Tak więc stworzenie możliwości opieki nad noworodkiem przyjętym do szpitala z domu wydawało się w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny korzystniejsze przez Oddział Neonatologii niż przez Oddział Pediatrii.

Jednym z ważnych motywów utworzenia Pododdziału Patologii Noworodka przy Oddziale Neonatologii wydawało się być także zapewnienie przedłużonej opieki nad noworodkiem. Wpisywało się to w misję szpitala i dotychczasową politykę i strategię rozwoju Oddziału Neonatologii. Pododdział Patologii Noworodka w Szpitalu Świętej Rodziny byłby także kontynuacją opieki i dopełnieniem działania specjalistycznej Poradni Neonatologicznej.

Przeprowadzono analizę rynku usług i okazało się, że w żadnym z oddziałów neonatologii działających na terenie Warszawy i województwa mazowieckiego nie ma pododdziału dedykowanego noworodkom chorym przyjmowanym z domu. Nieliczne oddziały w wyjątkowych przypadkach przyjmowały powtórnie jedynie „własne” noworodki, urodzone w szpitalu macierzystym, ale większość oddziałów odsyłała takie noworodki do szpitali pediatrycznych.

Stworzenie jedyne w Warszawie (a według opinii Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neonatologii – jedyne takiego w Polsce) Pododdziału Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii wydawało się wypełnieniem pewnej niszy rynkowej. Dawało szansę na wyprzedzenie konkurencji, zbudowanie sobie pozycji lidera rynkowego w tym względzie. Lider rynkowy to według klasycznego spojrzenia przedsiębiorstwo o największej sprzedaży. Jednak nie tylko takie przedsiębiorstwo może być uznane za lidera rynkowego. Przedsiębiorstwo, które jako pierwsze wprowadza daną usługę lub sposób jej sprzedaży na rynek, także zajmuje pozycję lidera rynkowego i może być uznane za lidera innowatora²⁰.

Koncentracja na niszy rynkowej pokazuje jak ważny jest to element strategii konkurencji. Nisza rynkowa wypełniona przez Pododdział Patologii Noworodka wydaje się spełniać wymogi niszy rynkowej (przedsiębiorstwo zaspokaja potrzeby określonej grupy klientów, wyodrębnionej ze względu na wiek), branżowej (przedsiębiorstwo koncentruje się na wybranej usłudze lub grupie usług) i geograficznej (przedsiębiorstwo skupia się na działaniu tylko na wąsko wybranym obszarze geograficznym)²¹. Utworzenie Pododdziału Patologii Noworodka w ramach działającego od dawna wysokospecjalistycznego Oddziału Neonatologii (posiadającego wysoką pozycję w segmencie neonatologicznym rynku), w szpitalu o głównym profilu położniczo-ginekologicznym to także spełnienie warunków niszy. Region Warszawy i Mazowsza wydawał się geograficznie wystarczająco dużą niszą, aby tworzenie pododdziału dla noworodków chorych „z zewnątrz” było atrakcyjne i dawało realne perspektywy zysków.

Koncentracja na niszy to działanie tylko w jednym z segmentów rynku. Działanie w niszy często wybierają specjaliści. Muszą jednak mieć reputację i kompetencje niezbędne do obsługi danej niszy. Aby nisza była atrakcyjna i działanie w niej przynosiło zyski, powinna być wystarczająco duża, żeby zapewnić rentowność, i mieć perspektywę wzrostu. Często przedsiębiorstwa tak wyspecjalizują się w określonej działalności, że stają się tzw. ukrytymi mistrzami²². Takim mistrzem miał stać się Pododdział Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny.

²⁰ W. Jakubowska, *Strategie konkurencji podmiotów leczniczych*, w: *Zarządzanie podmiotami...*, op.cit., s. 85.

²¹ G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009, s. 70–79.

²² W. Jakubowska, *Strategie konkurencji...*, op.cit., s. 86–87.

Otwarcie Pododdziału wydawało się budować przewagę konkurencyjną²³ wobec innych oddziałów noworodkowych. Pododdział Patologii Noworodka dawał też szansę poszerzenia świadczonych przez Oddział usług – przedłużenie okresu opieki nad noworodkiem – bez konieczności rejestracji nowego oddziału, kontraktowania dodatkowych usług, budowania nowej struktury. Usługi neonatologiczne są wprawdzie Nielimitowane, ale wymagają kontraktowania z NFZ na etapie podpisywania przez szpital kontraktu całościowego na wszystkie oddziały i zakresy działalności szpitala. Neonatologia to dziedzina Nielimitowana, jednak każdy oddział musi mieć zawarty przez szpital kontrakt na świadczenie usług w danej specjalności. Nowy oddział wymagałby kontraktowania z NFZ, przy rejestracji nowego oddziału należałoby także podjąć wiele działań administracyjnych, dokumentacyjnych i instytucjonalnych. Wiązałoby się to też z nowymi stanowiskami pracy, takimi jak ordynator, oddziałowa itp., oraz dedykowaniem konkretnych pracowników, a nie tylko przesuwaniem ich w ramach jednego oddziału.

Działania te zaliczyć można również do strategii zróżnicowania (dyferencjacji), czyli strategii uzyskania przewagi konkurencyjnej przez zwiększenie postrzeganej wartości swoich produktów i usług w odniesieniu do produktów i usług konkurentów. Strategia zróżnicowania opiera się na przewadze jakościowej. Wiąże się z generowaniem wyjątkowej wartości dla klienta²⁴. Produkt „można u nas urodzić, ale można tu także wrócić, jeśli nastąpi zachorowanie u noworodka w okresie późniejszym” jest niestandardowy, nie jest sprzedawany masowo. Osiągany jest efekt wyróżnienia (unikatowość wyrobu), a kultura organizacyjna wyraźnie nastawiona jest na osiągnięcie jakości²⁵.

Kolejny typ przewagi konkurencyjnej, przez pryzmat którego można patrzeć na Pododdział Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii w Szpitalu im. Świętej Rodziny w Warszawie, to przewaga budowana na kompleksowości. Kompleksowość może być rozumiana w dwojaki sposób. Pierwsze znaczenie odnosi się do oferowania wszystkich usług w ramach danego sektora. Można jednakże rozumieć kompleksowość zupełnie inaczej. Jest to spojrzenie od strony

²³ Przewaga konkurencyjna rozumiana jest jako atuty przedsiębiorstwa cenione przez rynek, dzięki którym przedsiębiorstwo może utrzymać lub poprawić efektywność i zapewnić sobie harmonijny rozwój. Więcej patrz: G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna...*, op.cit., s. 202.

²⁴ W. Jakubowska, *Strategie konkurencji...*, op.cit., s. 86.

²⁵ M. Jarosiński, *Strategia działania na rynku usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XIX edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2016.

klienta i jego potrzeb²⁶. Podmiot leczniczy może wyspecjalizować się w leczeniu określonego typu pacjenta, na przykład osób starszych czy, jak w przypadku Pododdziału Patologii Noworodka, noworodka chorego lub wcześniaka przyjętego z domu, i mieć w swojej ofercie wszystkie procedury medyczne dostosowane do tego typu pacjenta.

Strategia konkurencji składa się przecież z działań podejmowanych w celu przyciągania klientów przez zaspokojenie ich potrzeb. „Przewaga konkurencyjna to tworzenie wartości dla klienta lepiej niż robią to konkurenci”²⁷. Takim klientem był pacjent, który zachorował w okresie noworodkowym po wypisie do domu po urodzeniu. Wymagał profesjonalnej opieki neonatologicznej, najlepiej w szpitalu, gdzie się urodził, w warunkach bardziej komfortowych i sprofilowanych, niż to ma miejsce na oddziałach pediatrycznych. Pododdział Patologii Noworodka w ramach Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny miał przyciągać i zaspakajać potrzeby klientów, wypełniając niszę rynkową i bazując na strategii przewagi konkurencyjnej.

6.2.3. Pododdział Patologii Noworodka Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie – etapy tworzenia i rozwój

Podejmowaniu decyzji o utworzeniu Pododdziału Patologii Noworodka towarzyszyła także analiza ryzyka. Trudno było oszacować realne potrzeby miasta i województwa, a taki zakres usług zakładano. Nie można było z całą pewnością założyć, jaka będzie liczba pacjentów, jakiej bazy lokalowej, sprzętowej i kadrowej będą oni wymagali. Przeanalizowano liczbę pacjentów, którzy w okresie poprzedzającym decyzję o powstaniu Pododdziału Patologii Noworodka trafiali powtórnie z problemem zdrowotnym w okresie noworodkowym do Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny. Były to oczywiście prawie w 100% noworodki urodzone w tutejszym szpitalu. Istniało ryzyko, że długo trzeba będzie czekać na umocowanie w świadomości lekarzy i pacjentów innej, nowej drogi noworodka chorego do szpitala. Należało także myśleć o pewnych działaniach marketingowych w celu zaistnienia zarówno w środowisku medycznym, jak i w społeczności pacjentów, aby pozyskać pacjentów urodzonych w innych szpitalach.

²⁶ W. Jakubowska, *Strategie konkurencji...*, op.cit., s. 85.

²⁷ Ibidem, s. 82.

Analizy pokazywały, że początkowo należałoby stworzyć mały, 6-łóżkowy pododdział z miejscem hotelowym dla matek (na potrzeby własne), mający zapewnić przyjęcie i leczenie „własnych noworodków”, które po urodzeniu w tutejszym szpitalu i wypisie do domu ujawniły późne objawy powikłań okresu okołoporodowego lub zachorowały w okresie noworodkowym. Należało wykorzystać możliwie najbardziej własne siły i środki. Zwracano bowiem szczególną uwagę na proporcję pomiędzy inwestycją a płynącymi z niej korzyściami, aby nie przeinwestować w pierwszej fazie projektu. Postanowiono działać etapowo, a po około pół roku podjąć dalsze decyzje.

Po niespełna pół roku działalności pododdziału i w wyniku podjętych działań marketingowych okazało się, że przygotowane łóżka stale służą pacjentom, a potrzeby są coraz większe. Noworodki urodzone w innych szpitalach Warszawy i województwa wymagające hospitalizacji kierowane były na Pododdział Patologii Noworodka Szpitala im. Świętej Rodziny. Bazę łóżkową pododdziału można było zwiększać i przyjmować noworodki z całego województwa.

W celu utworzenia Pododdziału Patologii Noworodka w 2013 r. podjęto następujące decyzje i działania:

- 1) Wykorzystano istniejącą bazę łóżkową, wydzielając organizacyjnie i epidemiologicznie fragment Oddziału Pediatrii (dysponującego niewykorzystanymi łóżkami). Dostosowano sale do możliwości pobytu noworodka i matki karmiącej.
- 2) Wykorzystano istniejącą bazę sprzętową Oddziału Neonatologii. W pierwszej fazie realizacji nie dokonano żadnych zakupów.
- 3) Rozszerzono obsadę kadrową o jedną pielęgniarkę neonatologiczną w zmianie i dyżurówką obsadę lekarską, nie zwiększając stałej kadry lekarskiej.
- 4) Utworzono dokumenty wewnętrzne Pododdziału Patologii Noworodka – regulamin wewnętrzny i odrębne, dostosowane do przyjmowania pacjenta z domu, druki historii choroby.
- 5) Podjęto działania marketingowe.

Zgłoszono otwarcie Pododdziału Patologii noworodka u Konsultanta Wojewódzkiego do spraw Neonatologii, przedstawiono koncepcję rozwoju w środowisku medycznym, na zebraniu ordynatorów oddziałów neonatologicznych Mazowska, spotkaniu oddziału mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Poinformowano dyrekcje szpitali mazowieckich. Pododdział rozpoczął pracę od początku lipca 2013 r. Wszystkie powyższe działania wpiły się w tzw. okres budowy przewagi konkurencyjnej.

Postanowiono, że okres działalności Pododdziału Patologii Noworodka od lipca do końca 2013 r. pozwoli oszacować trafność decyzji i podjętych działań. W zależności od sytuacji zakładano albo inwestycje i rozszerzenie działalności pododdziału, albo powrót do stanu wyjściowego. W grudniu 2013 r., po analizie pierwszego półrocza, podjęto decyzję o rozszerzeniu działalności Pododdziału Patologii Noworodka. Pacjentów przybywało, łóżka były wykorzystywane. Pododdział charakteryzował się ponadto dość szybką rotacją pacjentów.

W celu rozszerzenia działalności Pododdziału Patologii Noworodka od stycznia 2014 r. podjęto następujące kroki:

- 1) Rozszerzono bazę łóżkową. Pododdział zwiększył liczbę łóżek do 10.
- 2) Zwiększono kadre Oddziału Neonatologii dla potrzeb Pododdziału Patologii Noworodka według norm dla pododdziału 10-łóżkowego. Ze względu na potrzeby całego Oddziału Neonatologii zdecydowano, że w zależności od obłożenia pododdziałów personel będzie rotowany pomiędzy Pododdziałem Patologii Noworodka a Pododdziałem Wcześnieńców i Intensywnej Terapii. Pozwalało to na wzmocnienie i lepsze wykorzystanie zatrudnienia oraz przesunięcia wewnątrz jednego Oddziału Neonatologii.
- 3) Dokonano zakupów sprzętowych po zanalizowaniu potrzeb na podstawie jego wykorzystania przez pacjentów Pododdziału Patologii Noworodka i na podstawie obserwacji trendu zwykłego liczby przyjęć noworodków chorych.

Na podstawie dotychczasowych rezultatów pracy podjęto decyzję, aby w ramach prac remontowych i rozbudowy Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie utworzyć specjalnie przygotowany pododdział, zaprojektowany pod potrzeby, w zupełnie nowych pomieszczeniach. Otwarcie nastąpiło w lipcu 2016 r. Docelowo, nowo wybudowany Pododdział Patologii Noworodka ma 12 łóżek (z możliwością dalszego zwiększania).

Strategia rozwoju Pododdziału Patologii Noworodka jako jeden z elementów strategii rozwoju Oddziału Neonatologii przyczynia się do wysokiego pozycjonowania Oddziału Neonatologii w strategii rozwoju całego Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny. Działania strategiczne szpitala w tym względzie opierają się bowiem na jak największej liczbie zrealizowanych nie-limitowanych procedur z zakresu położnictwa i neonatologii. Wzrost liczby porodów i hospitalizacji neonatologicznych (związanych z porodem, ale także przyjęć na Pododdział Patologii Noworodka oraz Pododdział Wcześnieńców i Intensywnej Terapii spoza szpitala) jest motorem napędowym rozwoju Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny.

6.2.4. Ocena rezultatów funkcjonowania Pododdziału Patologii Noworodka

Od lipca 2013 r., kiedy to na Pododdział Patologii Noworodka zaczęli trafiać pierwsi, pojedynczy pacjenci, do końca 2013 r. (pierwsze 7 miesięcy działalności pododdziału) przyjęto 121 noworodków. W 2014 r. (kolejne 12 miesięcy) hospitalizowano tam 310 pacjentów. Obserwowano więc tendencję wzrostową.

Szczegółnej analizie poddano okres od lipca 2013 r., kiedy to Pododdział rozpoczął działalność, do końca 2014 r., aby podjąć dalsze decyzje co do funkcjonowania pododdziału. Okazało się, że na Pododdział Patologii Noworodka trafiają noworodki wymagające hospitalizacji po pobycie w domu, kierowane z izb przyjęć lub SOR innych szpitali (zarówno warszawskich, jak i z terenu całego Mazowsza), kierowane przez lekarza pierwszego kontaktu lub z poradni specjalistycznych, lub zgłaszające się bez skierowania na ogólną izbę przyjęć Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny.

Analizie poddano także miejsce, gdzie pacjenci Pododdziału patologii noworodka przyszli na świat, gdyż chciano wiedzieć, czy pacjentami są głównie „wracający” pacjenci, czy też noworodki urodzone w innych szpitalach województwa mazowieckiego. Ustalono, że przeważają pacjenci urodzeni w Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny w Warszawie (około 65% noworodków), ale liczne grono dzieci przyszło na świat w innych szpitalach Warszawy, Mazowsza, a nawet szerszego regionu. Ponadto pacjenci kierowani byli do Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny z wielu miejsc (izb przyjęć i poradni)²⁸.

Następnie przeanalizowano powody przyjęć, rozpoznania i przyczyny hospitalizacji, aby przygotować się jeszcze bardziej na przyjęcie kolejnych pacjentów i zaspokoić wszystkie ich potrzeby zdrowotne. Stwierdzono także, że jedynie 2 noworodki spośród przyjętych na Pododdział Patologii Noworodka wymagały wsparcia oddechowego i intensywnej terapii, czyli w praktyce wymagały umieszczenia na Pododdziale Wcześnieiaków i Intensywnej Terapii Oddziału Neonatologii. Okazało się ponadto, że jedynie 3 spośród 431 przyjętych w tym czasie dzieci (od lipca 2013 r. do grudnia 2014 r.) wymagało przekazania do innego szpitala (na przykład z powodu konieczności pilnego wdrożenia dodatkowej pomocy chirurgicznej). Analizowane aspekty pozwalały na dalsze dostosowanie oddziału do potrzeb pacjentów. Na podstawie właśnie tych analiz oraz

²⁸ B. Pawlus, *Pododdział Patologii Noworodka 2013–2014*, prezentacja na Regionalne Zebranie Ordynatorów Oddziałów Neonatologicznych Mazowsza, Warszawa 2015.

potrzeb wynikających z codziennej pracy pododdziału podjęto prezentowane wcześniej decyzje o zakupach sprzętowych²⁹.

W 2015 r. na Pododdziale Patologii Noworodka leczono już 424 noworodki. W stosunku do pierwszego okresu nadal obserwowano dynamiczny wzrost przyjęć pacjentów – o ponad 30%. Analiza pracy pododdziału od jego otwarcia do końca 2015 r. wskazuje na to, że w sumie na pododdział trafiło w tym czasie 855 noworodków chorych. W 2015 r. spośród 424 noworodków hospitalizowanych na Pododdziale Patologii Noworodka 210 urodzonych było w Szpitalu im. Świętej Rodziny, pozostałe – w innych szpitalach, a jeden noworodek pochodził z „okna życia”. Wskazywało to na fakt, że rośnie liczba przyjęć noworodków urodzonych w innych szpitalach Warszawy i regionu mazowieckiego. Noworodki urodzone w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny stanowiły już tylko niecałe 50% noworodków przyjętych do hospitalizacji na Pododdziale Patologii Noworodka. Struktura rozpoznań i powodów hospitalizacji była podobna dla obu grup noworodków, zarówno tych urodzonych w szpitalu, jak i przyjętych z zewnątrz.

Analiza pracy pododdziału od jego otwarcia do końca 2015 r. wskazuje, że liczba przyjęć średnio miesięcznie wzrosła pomiędzy 2013 a 2014 r. o ponad 49%, a między 2013 a 2015 r. o ponad 204%. Dane zawarto w tabeli 6.4.

Tabela 6.4. Liczba przyjęć na Pododdział Patologii Noworodka w latach 2013–2015

	2013 (7 miesięcy)	2014	2015
Liczba pacjentów	121	310	424
Średnio w miesiącu	17,3	25,8	35,3
w % (2013 = 100%)	100	149,13	204,5

Źródło: opracowanie własne.

Poddano analizie także przychód generowany przez pacjentów pododdziału. W 2013 r. na Oddziale Neonatologii wykonano średnio o około 11 000 punktów, w 2014 r. – około 28 000 punktów, a już w 2015 r. – ponad 38 000 punktów więcej dzięki pracy Pododdziału Patologii Noworodka³⁰. Przy założeniu braku radykalnych tendencji wzrostowych, jeśli chodzi o liczbę porodów i zwiększenie liczby pacjentów tą drogą, wydaje się bezsporne, że uzyskanie takiego wzrostu

²⁹ Na podstawie B. Pawlus, *Pododdział Patologii...*, op.cit.

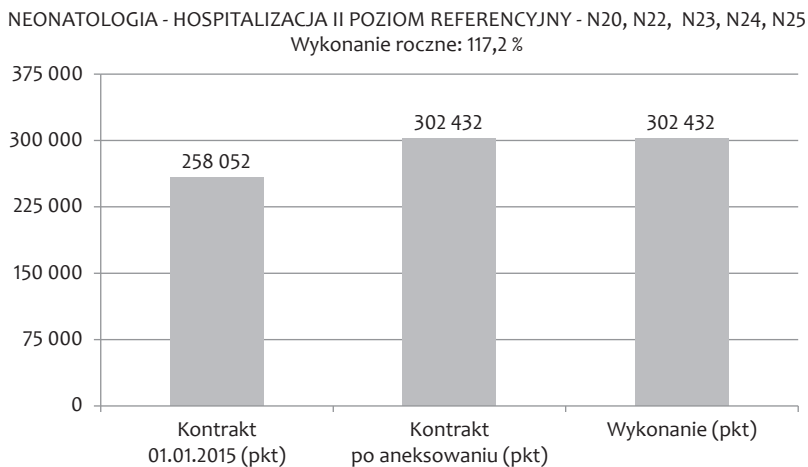
³⁰ E. Peńsko, *Kontraktowanie NFZ*, op.cit.

wykonania punktowego Nielimitowanego kontraktu neonatologicznego było znaczące dla wyników Oddziału Neonatologii.

Wstępna analiza 2016 r. pokazuje dalszą tendencję wzrostową, jeśli chodzi o liczbę przyjęć i hospitalizacji. W 2016 r. hospitalizowano 473 noworodki, co stanowi 12% wzrost w stosunku do 2015 r.

Oddział neonatologii jest przodującym oddziałem w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny, jeśli chodzi o realizację kontraktu z NFZ, strukturę organizacyjną i ekonomię. Jest też postrzegany w środowisku medycznym i środowisku pacjentów jako jeden z najlepszych i najbardziej profesjonalnych w Warszawie. Jednym z elementów decydujących o pozycji oddziału jest strategia rozwoju konsekwentnie prowadzona od wielu lat, ale z pewnością kolejnym krokiem do umocnienia tej pozycji było utworzenie Pododdziału Patologii Noworodka. Oddział Neonatologii wraz z Pododdziałem Patologii Noworodka jest w stanie i stara się jak najbardziej przekroczyć wstępny kontrakt, ponieważ usługi oddziału są Nielimitowane kontraktowo, a jedynie wstępnie kontraktowane na etapie podpisywania przez Szpital kontraktu rocznego całościowego z NFZ. W 2015 r. wykonano 117% zakładanego wstępnie kontraktu³¹, co zaprezentowano na rysunku 6.4.

Rysunek 6.4. Wykonanie kontraktu przez Oddział Neonatologii w 2015 r.



Źródło: D. Ryznar, *Podsumowanie roku 2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.

³¹ D. Ryznar, *Podsumowanie roku 2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.

Wyniki Oddziału Neonatologii na tle całego szpitala za 2015 r. prezentują się bardzo dobrze. Oddział Neonatologii wraz z Pododdziałem Patologii Noworodka jest oddziałem rentownym, gdzie za każdą zainwestowaną 1 złotówkę otrzymujemy zwrot 2 złotych. Oczywiście jest powiązanie Oddziału Neonatologii z Oddziałem Położnictwa poprzez wspólne generowanie pacjentów i przychodów dla Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, związane z liczbą porodów³².

6.3. Regionalny Bank Mleka Kobiecego (BMK) – innowacja organizacyjna

6.3.1. Motywy utworzenia BMK

Motywacją do utworzenia pierwszego w Polsce regionalnego Banku Mleka Kobiecego o szerokim zakresie działania była złożona i wieloczynnikowa. O decyzji zadecydowały aspekty medyczne, naukowe, społeczne i biznesowe poparte latami europejskich i światowych doświadczeń i zidentyfikowanymi potrzebami lokalnymi, których zaspokojenie budowałoby unikatową pozycję szpitala na rynku usług medycznych.

W ostatnich latach pojawiło się bardzo wiele badań naukowych na świecie potwierdzających wartość mleka kobiecego jako leku dla wcześniaków i noworodków chorych. Wprowadzenie mleka kobiecego jako pierwszego i jedyne pokarmu u noworodków z bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała zapobiega lub znacznie ogranicza występowanie groźnych powikłań, takich jak posocznica, zakażenia i martwicze zapalenie jelit oraz samoistna perforacja przewodu pokarmowego³³. Liczne badania pokazują znacząco mniejszą zachorowalność w grupie dzieci karmionych pokarmem kobiecym od pierwszych godzin życia, co tym samym ogranicza wydatki na ich leczenie³⁴.

Największe problemy kliniczne stanowią wcześniaki, noworodki z bardzo małą masą ciała VLBW (ang. *very low birthweight*) i ciężką hipotrofią. Koszt leczenia takich dzieci to nawet około 50 tysięcy PLN miesięcznie (na jednego pacjenta), a niejednokrotnie bardzo niedojrzały wcześniak przebywa w szpitalu

³² Ibidem.

³³ E. Łodygowska, S. Bienkowska, *Poradnik Laktacyjny*, Szpital im. Świętej Rodziny w Warszawie, Warszawa 2015, s. 1.

³⁴ B. Pawlus, *Regionalny Bank Mleka Kobiecego*, Materiały z konferencji PTN, Warszawa 2015.

ponad 100 dni. Żywienie pozajelitowe i enteralne stanowi ważną część procesu leczniczego. Pokarm własnej matki lub z banku mleka to nie tylko zmniejszenie ryzyka zachorowania, lecz także: krótszy czas żywienia pozajelitowego, mniej agresywna antybiotykoterapia, lepsza tolerancja żywienia enteralnego, optymalna krzywa przyrostu masy ciała i w efekcie krótszy czas hospitalizacji.

Wyniki badań naukowych pokazują, że stosowanie mleka kobiecego jest najważniejsze właśnie w pierwszych godzinach i dniach życia, a właśnie wtedy dostępność mleka biologicznej matki po porodzie przedwczesnym, często z obciążeniami okołoporodowymi, bywa czasem ograniczona. Zdarza się też, że wcześniak musi być transportowany do innego, odległego szpitala i do czasu, kiedy może za nim dotrzeć matka, mija ten najważniejszy czas dla leczenia żywieniowego.

Potrzeba ta spowodowała reaktywację banków mleka na świecie, w Europie powstało Europejskie Stowarzyszenie Banków Mleka (ang. *European Milk Bank Association* – EMBA). W ostatnich kilkunastu latach w Europie i na świecie powstała sieć banków mleka i przodujące na świecie ośrodki leczące najmniejsze i najbardziej chore noworodki mają stały dostęp do mleka od dawczyń. Rozwój technik przetwarzania mleka kobiecego i standardów epidemiologicznych eliminuje ryzyko zakażenia poprzez pasteryzowane mleko kobiece oraz umożliwia stosowanie w profesjonalnych bankach systemu monitorowania bezpieczeństwa żywności (ang. *Hazard Analysis and Critical Control Points* – HACCP). We Francji funkcjonuje 19 laktariów spełniających zadania banków mleka kobiecego, w Niemczech jest dziesięć takich instytucji, we Włoszech 24, w Norwegii 13, w Szwecji 25, w Szwajcarii 6, w Grecji działają 2 banki, w Hiszpanii jest 1 taka placówka. Brakuje danych na temat licznych banków mleka istniejących w Finlandii i Danii. Banki mleka nie funkcjonują na Słowacji, w Portugalii i Holandii oraz najprawdopodobniej w Rosji. W Polsce ostatnie laktarium działające na użytek Centrum Matki Polki w Łodzi zostało zamknięte w latach 90. XX wieku³⁵.

Europejskie Stowarzyszenie Banków Mleka (EMBA) ma w swoim rejestrze ponad 200 placówek, z których kilka jest w fazie organizacji. Fundacja Bank Mleka Kobiecego jest członkiem EMBA i z jego ramienia koordynatorem standaryzacji tych placówek w Polsce.

Etyczne aspekty nawiązania współpracy z bankiem mleka kobiecego zarówno przez dawcę, jak i biorcę wydają się klarowne. Wolontariat jako forma

³⁵ *Materiały wewnętrzne szpitala przed otwarciem Regionalnego Banku Mleka Kobiecego, Warszawa, styczeń 2015, s. 2.*

współpracy ma gruntowne uzasadnienie społeczne i psychologiczne. Z wypowiedzi matek można wywnioskować, że odczuwały wdzięczność za pokarm innych kobiet ofiarowany ich dziecku i że miały potrzebę odwzajemnienia się poprzez oddanie własnego mleka innym dzieciom. Przynosiło im to radość i satysfakcję³⁶. Pomysł odtworzenia w Polsce dawnych laktariów był wspierany także oddolną inicjatywą karmiących matek przekonanych o wartości kobiecego mleka. Pomysłodawcą były matki karmiące – pani Magdalena Podczaska i Aleksandra Wesołowska, wtedy doktorantka studiów medycznych, dziś prezes Fundacji Bank Mleka Kobiecego. Wspólnie założyły Stowarzyszenie na Rzecz Banku Mleka Kobiecego, którego celem było umożliwienie bezpiecznego dzielenia się pokarmem³⁷.

Następny aspekt korzyści wynikających z działania BMK to współpraca naukowa z Warszawskim Uniwersytem Medycznym i możliwość dodatkowego finansowania badań nad mlekiem kobiecym poprzez pozyskiwane granty. Nowoczesne laboratorium Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny może stanowić także bazę dla prowadzenia pracy naukowo-badawczej, a więc popularyzacji również na polu naukowym tej ciągle niedocenianej w naszym kraju dziedziny, jaką jest badanie i prowadzenie leczenia żywieniowego mlekiem ludzkim. Współpraca zarówno z ośrodkami badawczymi, jak i przemysłowymi dotycząca wdrażania nowoczesnych technologii związanych z laktacją jest także jedną z możliwości pozyskiwania dodatkowych środków finansowych na funkcjonowanie banku mleka. W Szpitalu rozpoczęto działania w tym kierunku.

I wreszcie przewidywane korzyści biznesowe, omówione w dalszej części pracy, umożliwiające inwestycje w działania w atrakcyjnych, rentownych sektorach i wzmacniające pozytywny wizerunek szpitala, który zwiększa zainteresowanie pacjentów świadczonymi usługami medycznymi.

6.3.2. BMK – podsumowanie pierwszego roku działalności

Decyzję o stworzeniu wzorcowej regionalnej jednostki BMK w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie podjęto na początku 2013 r., podpisując umowę między Fundacją Bank Mleka Kobiecego a Szpitalem w czerwcu

³⁶ B. Pawlus, A. Studniczak, *Zasady funkcjonowania laktariów w podmiotach leczniczych w Polsce*, monografia GIS, rozdział 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, w druku.

³⁷ *Materiały wewnętrzne szpitala...*, op.cit., s. 1.

2013 r. Rozbudowująca się baza lokalowa umożliwiła pozyskanie *de novo* pomieszczeń i stworzenia optymalnie działającego banku. Procedura żywienia wcześniaka czy noworodka chorego ani pozyskiwania mleka bankowanego nie jest refundowana przez NFZ, więc należało zapewnić środki z innego źródła. Inwestycja została sfinansowana ze środków m.st. Warszawy.

Pozyskany budżet przeznaczono przede wszystkim na zakup niezbędnego sprzętu specjalistycznego, w tym nowoczesnego pasteryzatora, aparatu do badania składu pokarmu i urządzeń chłodniczych do bezpiecznego przechowywania mleka. Na potrzeby banku zostały też przygotowane pomieszczenia: pokój laktacyjny, gdzie mamy mogą odciążać pokarm i od razu pozostawić w banku, oraz nowoczesna pracownia laboratoryjna. W celu realizacji Programu Szpital zatrudnił pracownika o kwalifikacjach umożliwiających pracę laboratoryjną oraz rekrutację dawczyń i wsparcie laktacyjne matek po porodzie przedwczesnym. Ustalono, że w banku pracował będzie zespół doradców laktacyjnych, łącząc pracę z pacjentami na oddziale i w poradni laktacyjnej. Wymagało to ewentualnie rozszerzenia czasu pracy, na przykład do pełnego etatu u jednej osoby najbardziej zaangażowanej w pracę w banku i odpowiedzialnej za jego funkcjonowanie.

Szpital planował utworzyć bank służący całemu miastu, w przyszłości może regionowi całego Mazowsza. Mleko postanowiono odstępować innym szpitalom „po kosztach” (działalność niekomercyjna). Zbadano rynek i otrzymano wstępne deklaracje ze strony innych szpitali leczących noworodki w Warszawie co do korzystania z mleka z banku (na przykład Inflancka, Karowa, Instytut Matki i Dziecka).

Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny dysponował wysoko wykwalifikowanym personelem medycznym przeszkolonym do tworzenia i pracy w banku mleka. Wizerunkowo jako Szpital Przyjazny Dziecku, z opieką laktacyjną dopełnioną bankiem, Szpital im. Świętej Rodziny mógł zaoferować kompleksową i nowoczesną opiekę matce i noworodkowi.

Postanowiono, że dawczyniami będą mogły być zarówno pacjentki Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny, jak i dawczynie z miasta po pozytywnej rekrutacji. Istniały liczne sygnały od kobiet, które chciałyby się dzielić nadmiarem pokarmu.

W ramach wysokich standardów jakościowych Banku Mleka Kobięcego, które można porównać do tych obowiązujących w stacjach krwiodawstwa, wypracowano klarowne reguły postępowania z mlekiem kobiecym, obejmujące zasady pozyskiwania, transportu, badania, przechowywania i wydawania

mleka. Określone i opisane algorytmy skutkowały bardzo sprawnym działaniem banku już w pierwszych miesiącach po otwarciu.

Regionalny Bank Mleka Kobiecego otwarto 14 stycznia 2015 r. Pierwszy rok działalności banku pokazał pozytywną dynamikę rozwoju współpracy z dawczyniami i biorcami w każdym kolejnym miesiącu.

W pierwszych dwunastu miesiącach funkcjonowania placówki nawiązano współpracę z pięćdziesięcioma honorowymi dawczyniami mleka kobiecego, uzyskano 2000 butelek pasteryzowanego, przebadanego pokarmu z 206 litrów mleka, z czego 128 litrów przekazano na rzecz pacjentów leczonych w innych szpitalach w regionie. Z zasobów banku skorzystało prawie czterysta noworodków (150 własnych i 250 z innych szpitali). Stu pięćdziesięciu biorców z Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny to 140 wcześniaków i 10 ciężko chorych noworodków donoszonych. Czas dokarmiana mlekiem bankowanym wynosił od jednego do dwudziestu jeden dni (średnio 3 dni), z czego u 90% noworodków było to 1–4 dni. Sto dwadzieścia dziewięć noworodków, czyli ponad 92%, było w 100% karmionych mlekiem biologicznej matki w momencie zakończenia hospitalizacji. Na jednego dokarmianego noworodka przypadło średnio 513 ml mleka bankowanego³⁸.

Z bankiem na stałe współpracują, pobierając pokarm dla swoich najbardziej chorych i niedojrzałych pacjentów: Instytut Matki i Dziecka, Szpital Specjalistyczny Św. Zofii CM Żelazna Sp. z o.o., Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, Szpital Bielański im. Ks. J. Popiełuszki SPZOZ, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu i Szpital w Płocku.

6.3.3. Regionalny Bank Mleka Kobiecego – plany i perspektywy rozwoju

Stworzono placówkę na wzór regionalnych stacji krwiodawstwa, mającą obsługiwać region Warszawy i województwa mazowieckiego. Wypracowano autorski model rekrutacji, edukacji i przyjmowania dawczyń oraz dystrybucji i transportu mleka do innych placówek. Liczne artykuły prasowe oraz informacje na portalach społecznościowych po uroczystej rocznicy Banku Mleka, w której licznie uczestniczyły dawczynie, dzieci biorcy i matki biorców spowodowały kolejną falę wzrostu zainteresowania Bankiem i Szpitalem.

Obserwowano w tym okresie dynamiczny trend wzrostu zapotrzebowania na mleko z banku. W kolejnym roku następne szpitale dołączyły do współpracy

³⁸ B. Pawlus, A. Wesołowska, *Regionalny Bank...*, op.cit.

z Regionalnym Bankiem Mleka przy Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie. Podpisano umowy z kolejnymi szpitalami warszawskimi (Szpital Bielański, Szpital przy pl. Starynkiewicza), a także ze szpitalem w Płocku i ze szpitalem w Rzeszowie, oczekującym na planowane otwarcie banku mleka w bliższym regionie.

Rozwojowi działalności banku towarzyszy wzrastająca liczba dawczyń i obrotu mleka w miesiącu. Wymaga to coraz większej pracy i zaangażowania. W pionie laktacyjnym zatrudniono kolejną osobę. Jednocześnie dochodzi do racjonalizacji kosztów pracy banku. Regionalizacja i obsługa wielu szpitali obniża koszty. Zdobyte doświadczenie powoduje lepsze wykorzystanie zasobów. Ponieważ nadal brak jest w Polsce uregulowań prawnych dotyczących funkcjonowania banków mleka kobiecego, placówka ma być wzorcem służącym także stworzeniu tych dokumentów. Rozpoczęto pracę przy tworzeniu dokumentu *Zasady funkcjonowania laktariów w podmiotach leczniczych w Polsce*. Publikacja ma być efektem pracy zespołu ekspertów powołanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego celem uregulowania funkcjonowania laktariów w podmiotach leczniczych. Patronatem objęli ją: Główny Inspektor Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia i Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Znacząco rozwija się także działalność naukowa. Otwarcie Pracowni badań nad mlekiem kobiecym i laktacją w Regionalnym Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu im. Świętej Rodziny w Warszawie stało się dopełnieniem najwyższych standardów opieki okołoporodowej nad matką i dzieckiem, jaką oferuje szpital. Współpraca z WUM³⁹ w zakresie prowadzenia badań naukowych nad mlekiem kobiecym i laktacją jest kolejnym, niezwykle ambitnym przedsięwzięciem, w które angażuje się Szpital im. Świętej Rodziny. Otwarcie Pracowni w pełni wpisuje się w plan strategicznego rozwoju Szpitala, aspirującego do tego, żeby być szpitalem pierwszego wyboru dla najbardziej wymagających pacjentów. Pracownia badań nad mlekiem kobiecym i laktacją w latach 2015–2018 będzie realizować we współpracy ze Szpitalem im. Świętej Rodziny projekt pt. „Laktotechnologia jako odpowiedź na specjalne potrzeby żywieniowe dzieci urodzonych przedwcześnie”, dofinansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju z programu Innowacje Społeczne, oraz będzie ubiegać się o finansowanie przedmiotowych badań z innych źródeł. W ramach tego grantu zostaną między innym opracowane standardy bezpieczeństwa procedur banku mleka

³⁹ Podpisanie listu intencyjnego o utworzeniu uniwersyteckiej pracowni badań nad mlekiem kobiecym i laktacją, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” 2015, vol. XLVII, nr 10, s. 12–16.

i nastąpi adaptacja systemu bezpieczeństwa żywności HACCP do warunków szpitalnych. Projekt ma duże znaczenie praktyczne i dotyczy optymalizacji postępowania z mlekiem kobiecym w bankach mleka.

Realizowane są także projekty międzynarodowe: Projekt MAMAS – wielośrodkowy projekt mający na celu standaryzację procedur badania składu mleka kobiecego opartego na pomiarach spektrofotometrycznych w podczerwieni z użyciem analizatora MIRIS – i Projekt MUIMME – „Milk Banking and the Uncertain Interaction between Maternal Milk and Etanol” Horyzont 2020-EU.1.3.2.

Jednym z bardzo ważnych aspektów rozwoju banku mleka jest redefinicja koncepcji banku polegająca na rozszerzeniu wskazań do stosowania mleka od dawczyń u noworodków, dzieci, a nawet dorosłych. Rekomendacje ekspertów z Polskich Towarzystw Medycznych wskazują jednoznacznie kierunek rozwoju żywienia mlekiem z banku. Jeśli mleko matki jest niedostępne, należy rozważyć podanie mleka z banku mleka zamiast pokarmu sztucznego ze względu na prozdrowotne znaczenie gatunkowo specyficznego pokarmu kobiecego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku dzieci z wrodzoną złożoną wadą serca, z chorobą Hirschsprunga, zespołem jelita krótkiego, martwiczym zapaleniem jelit, złożonymi wadami wielonarządowymi⁴⁰.

W ramach rozwoju i nowych doświadczeń należałoby racjonalnie rozważyć rozszerzanie wskazań do zastosowania żywienia mlekiem od dawczyń i możliwość pozyskania mleka z banku na przykład na receptę. Mleko od dawczyń mogłoby być stosowane u dzieci po zabiegach chirurgicznych na przewodzie pokarmowym czy operacjach kardiochirurgicznych, u pacjentów po rozległych oparzeniach przewodu pokarmowego, chemioterapii czy w schyłkowej fazie chorób nowotworowych. Mleko od dawczyń mogłoby znaleźć także zastosowanie u dzieci oddanych do adopcji – w ramach wykorzystywania nadwyżek. To wymaga jednak uregulowań prawnych.

Kwestią przyszłości jest też forma refundacji procedury żywienia mlekiem z banku mleka. W większości krajów na świecie banki mleka kobiecego funkcjonują w strukturach organizacji ochrony zdrowia. W krajach Europy Zachodniej i w Kanadzie są dofinansowywane z budżetu państwa, a na przykład w Brazylii banki mleka kobiecego włączono całkowicie do systemu opieki zdrowotnej. Refundacja zastosowania mleka kobiecego do leczenia wcześniaka, noworodka

⁴⁰ H. Szajewska, A. Horwath, *Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, „Standardy Medyczne. Pediatria” 2016, nr 1, s. 4–8.

chorego czy poddanego operacji mogłaby być analogiczna jak przy przetoczeniu koncentratu krwinek czerwonych czy innych preparatów.

Bardzo ciekawym aspektem jest działanie promocyjne w zakresie karmienia piersią. Dla prawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka, rozwoju więzi z matką i szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej najlepsze dla dziecka jest karmienie pokarmem jego biologicznej matki. Światowe doświadczenia pokazują, że wszędzie tam, gdzie działają banki mleka kobiecego oparte na honorowym dawstwie, gdzie pokarm kobiecy traktowany jest jak lek, wzrasta odsetek dzieci karmionych piersią. A to już przynosi medyczne korzyści długoterminowe. W populacjach, gdzie dzieci karmione są piersią, obserwuje się mniejszą częstość występowania takich schorzeń cywilizacyjnych w dalszym okresie życia jak cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, alergia. Dostrzeżenie tych korzyści powoduje, że w Europie ciągle otwierane są nowe banki mleka kobiecego. Szczególnie dużo tego rodzaju inicjatyw podejmuje się w Europie Centralnej i Wschodniej, gdzie liderem w planowanych otwarciach banków jest Polska⁴¹.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy stwierdzić, że w bliskiej perspektywie sektor bankowości mleka kobiecego będzie rozwijał się bardzo dynamicznie, podnosząc jakość opieki neonatologicznej do oczekiwanych współczesnych standardów. Fakt nieposiadania dostępu do mleka kobiecego z banków mleka przez pewne placówki może stanowić dla tych ośrodków przyczynę do niższej oceny jakości i wyceny usług medycznych dokonywanych przez płatnika.

6.3.4. Wpływ BMK na strategię działania Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny

W przedsiębiorstwie tworzy się i realizuje strategię opartą w większym lub mniejszym stopniu na szczegółowych analizach strategicznych. Intuicyjnie postrzega się strategię jako element związany z przyszłością, planem i działaniem. Definicje strategii w rzeczy samej zawierają podobne składniki, ale w różnych proporcjach. Może z wyjątkiem strategii wizjonerskiej, która poza wizjonerem i jego wizją nie musi zawierać żadnych innych elementów.

Strategia to program działania określający główne cele przedsiębiorstwa i sposoby ich osiągnięcia⁴². Ta bardzo konkretna definicja strategii obejmuje istotę zagadnienia. Aby doprecyzować i nazwać dodatkowe elementy, które

⁴¹ B. Pawlus, A. Wesołowska, *Regionalny Bank...*, op.cit.

⁴² M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009, s. 16.

cechują obecne, bardzo burzliwe otoczenie biznesowe praktycznie każdego przedsiębiorstwa, można posłużyć się bardziej rozbudowaną definicją. „Strategia organizacji rozumiana jest jako plan, wzorzec, pozycja wobec konkurentów, najlepszy sposób wykorzystania zasobów i kompetencji organizacji oraz zdolność do szybkiego identyfikowania i wykorzystywania okazji (szans) pojawiających się w otoczeniu. To ciągły i dynamiczny proces podejmowania wyborów w warunkach niepewności zmierzający do długotrwałego rozwoju”⁴³.

Ze względu na poziom tworzenia strategii wyróżnia się trzy ich rodzaje⁴⁴:

- strategie korporacji, nazywane też strategiami rozwoju, podstawowymi lub ogólnymi,
- strategie jednostek biznesowych, nazywane strategiami sektorowymi lub strategiami konkurencji,
- strategie funkcjonalne.

Poziom tworzenia strategii zależy od wielkości przedsiębiorstwa i poziomu jego dywersyfikacji. Jeśli działa ono w różnych biznesach, na odmiennie zdefiniowanych rynkach, wymaga określenia strategii korporacyjnej, będącej zintegrowaną strategią wszystkich podmiotów wchodzących w skład przedsiębiorstwa – strategicznych jednostek biznesowych (SJB). Strategiczne jednostki biznesowe tworzą własne strategie konkurencji w sektorach, w których są obecne. Te z kolei zbudowane są ze strategii funkcjonalnych tworzonych dla poszczególnych działów w obrębie danej SJB. Metoda tworzenia strategii związana jest z kulturą organizacyjną przedsiębiorstwa, co pośrednio łączy się z obowiązującą strukturą zarządczą. Tworzenie strategii w przedsiębiorstwie silnie zdywersyfikowanym o macierzowej strukturze zarządczej, gdzie cele poszczególnych jednostek mogą być nie do końca spójne, powodujące wręcz konkurowanie o zasoby wewnętrzne, może być procesem bardzo skomplikowanym i długotrwałym. Klasyczne metody procesu planowania strategicznego, gdzie strategia ogólna firmy przenoszona jest na niższe szczeble organizacji (ang. *top-down*), ustępują rozwiązaniom kreowania strategii od najmniejszych integralnych jednostek do góry organizacji (ang. *bottom-up*) lub definiowania niezależnych strategii, których produkt końcowy (ang. *out put*) będzie wpisywał się w oczekiwania przedsiębiorstwa i stanie się składową ogólniej strategii.

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie jest dużym podmiotem leczniczym o szerokim wachlarzu usług medycznych. Jest on więc

⁴³ A. Zakrzewska-Bielawska, *Strategia przedsiębiorstwa*, w: *Podstawy zarządzania. Teoria i ćwiczenia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 190.

⁴⁴ A. Sopińska, *Strategie działania...*, op.cit., s. 63.

klasycznym przykładem przedsiębiorstwa o zdywersyfikowanym portfelu usług medycznych świadczonych swoim klientom – pacjentom szpitala. Z punktu widzenia struktury szpitala każda jednostka – oddział medyczny – to odrębna strategiczna jednostka biznesowa⁴⁵, dostarczająca odmiennych produktów końcowych (usług i świadczeń medycznych), wymagająca odmiennych kluczowych kompetencji, innych zasobów i konkurująca na innych rynkach.

Analizując motywy dywersyfikacji, należy stwierdzić, że nie wszystkie z nich wynikają z uzasadnień opartych na analizie strategicznej działania podmiotu. Fakt świadczenia określonych usług medycznych wynika z relacji z organem założycielskim i jest określony w statucie szpitala, a także przez jasno zdefiniowane cele i opis świadczeń medycznych. To oznacza, że trudno jest realizować w niektórych nieatrakcyjnych dochodowo sektorach strategię „żniw” i wycofywania się. Usługi muszą być świadczone i troską kadry zarządzającej staje się minimalizowanie strat przy zapewnieniu dostępności usług.

W przedsiębiorstwie zdywersyfikowanym pomiędzy strategicznymi jednostkami biznesowymi możemy określić większy lub mniejszy stopień synergii. Synergia jest efektem procesów intelektualnych i produkcyjnych osiągniętym przy wspólnym wykorzystaniu mniejszej liczby czynników produkcji oraz zastosowaniu specyficznych zdolności i umiejętności⁴⁶. Utworzony Regionalny Bank Mleka Kobiecego wpisuje się w realizowaną od lat strategię dywersyfikacji usług medycznych w szpitalu, jednocześnie pozytywnie wpływając na zwiększenie synergii pomiędzy kluczowymi jednostkami dla szpitala. Integrowanie wspólnych interesariuszy różnych jednostek szpitalnych (przyszłe matki, matki karmiące, dawczynie pokarmu, noworodki) zmniejsza koszty i zwiększa efekty hospitalizacji.

Istotnym elementem mającym wpływ na analizę finansową szpitala jest sposób finansowania procedur medycznych, gdzie *gros* pozyskiwanych przychodów wynika z kontraktu z NFZ całości przychodów. Sztywny sposób wyceny procedur medycznych, skutkujący *de facto* jednakową ceną rynkową danej procedury, wymusza realizację strategii niskich kosztów głównie w celu dążenia do uzyskania rentowności poszczególnych sektorów. Silnie regulowane otoczenie biznesowe wyrażone limitowaniem usług medycznych w znaczącym stopniu ogranicza wolny rynek.

⁴⁵ Strategiczna jednostka biznesowa (SJB) to część organizacji mająca zidentyfikowanych klientów, konkurentów i dostawców, działająca na odrębnym rynku i mająca własną strategię konkurencji. Za: A. Sopińska, *Strategie działania...*, op.cit., s. 63.

⁴⁶ M. Jarosiński, *Strategia działania...*, op.cit.

Zjawiska te determinują i umożliwiają poszukiwanie obszarów działalności, które będą w stanie przesunąć planowanie działań w kierunku strategii dyferencjacji. Przewaga jakościowa związana ze strategią dyferencjacji polega na takich działaniach, aby nadać oferowanemu produktowi/usłudze cechy i funkcje poszukiwane przez klientów, ale na wyższym poziomie niż konkurenci⁴⁷. Jest to strategia, w której uzyskanie przewagi konkurencyjnej wynika z percepcji wyższego poziomu wartości produktów i usług w porównaniu do konkurencji⁴⁸. Bank Mleka Kobiecego i produkt, który dostarcza, umożliwia podwyższenie jakości usługi (poród, noworodek w potrzebie) w porównaniu do innych szpitali i jest propozycją wartości, która może decydować o podjęciu wyboru szpitala przy porodzie.

Propozycja wartości to powód, dla którego klienci przedkładają ofertę danej firmy ponad oferty konkurencyjne. Rozwiązuje problemy klientów lub zaspokaja ich potrzeby. Na każdą propozycję wartości składa się określony zbiór produktów i (lub) usług, który umożliwia spełnienie oczekiwań danego segmentu klientów. W tym sensie propozycja wartości stanowi agregat czy też zbiór korzyści oferowanych przez firmę jej klientom⁴⁹.

Utworzenie BMK jest bez wątpienia również działaniem innowacyjnym połączonym w sposób nierozzerwalny z pożądanym efektem dyferencjacji. O tworzeniu efektu dyferencjacji decydują nie tylko innowacje technologiczne i produktowe, lecz także innowacje marketingowe i organizacyjne⁵⁰. W tym przypadku kluczowym obszarem innowacji jest zakres organizacyjny i uzyskana przewaga konkurencyjna związane z efektem synergii i wyróżnienia.

Bank mleka kobiecego jest również istotnym elementem wykorzystywanym w działaniach *public relations*, budującym wizerunek i tożsamość szpitala⁵¹. Wizerunek szpitala jest tym, co ludzie myślą o przedsiębiorstwie. Jest obrazem zakładu w świadomości osób, które się z nim stykają w sposób bezpośredni, na przykład pacjenci⁵².

⁴⁷ W. Jakubowska, *Strategie konkurencji...*, op.cit., s. 84.

⁴⁸ M. Jarosiński, *Strategia działania...*, op.cit.

⁴⁹ A. Osterwalder, Y. Pigneur, *Tworzenie modeli biznesowych. Podręcznik wizjonera*, OnePress, Gliwice 2012, s. 26.

⁵⁰ M. Romanowska, *Planowanie strategiczne...*, op.cit., s. 213.

⁵¹ A. Piestrzyńska-Bukowska, *Marketing usług zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2016, s. 39.

⁵² M. Dobska, P. Dobski, *Marketing usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XIX edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2016.

Informacje o banku mleka kobiecego będącego w strukturach szpitala pojawiają się na stronach internetowych szpitala, w mediach społecznościowych, audycjach radiowych, telewizyjnych, konferencjach naukowych, a wiedza (*know-how*) o sposobie funkcjonowania i metodach stosowanych w instytucji jest nieodpłatnie udostępniana szpitalom w innych regionach kraju, gdzie istnieje potrzeba otwarcia podobnych placówek.

Regionalny Bank Mleka Kobiecego w obecnym kształcie stał się dla szpitala strategiczną jednostką biznesową z dużą dozą autonomii, współpracującą z jednostkami wewnątrz i na zewnątrz organizacji. Ideą wyodrębnienia SJB jest połączenie w jednej strukturze tylu różnorodnych form działalności, ile jest niezbędne do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej⁵³, co też nastąpiło.

Dzięki zorganizowaniu i otwarciu Regionalnego Banku Mleka Kobiecego Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny wyróżnił się na rynku warszawskich neonatologicznych i położniczych usług medycznych, wyprzedzając w swoim działaniu potencjalną konkurencję. Zapraszając do współpracy inne ważne i znaczące placówki z tego sektora i udostępniając potrzebującym noworodkom mleko kobiece z banku mleka, Szpital zniwelował ewentualną lokalną potrzebę otwarcia mniejszych tego rodzaju placówek. Pozwala to sądzić, że uzyskana w ten sposób przewaga konkurencyjna będzie w średniookresowej perspektywie przewagą trwałą i pozwoli utrwalić pożądany trend wzrostu liczby porodów.

Podsumowanie

Analiza efektywności rozwiązań biznesowych będących elementem strategii rozwojowej Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny wskazuje na trafność podjętych działań i strategicznych decyzji. Zarówno Pododdział Patologii Noworodka, jak i Regionalny Bank Mleka Kobiecego budują przewagę konkurencyjną szpitala na rynku usług medycznych.

Stworzenie Pododdziału Patologii Noworodka w ramach dobrze funkcjonującego Oddziału Neonatologii należy uznać za dobrą decyzję, w pozytywny sposób wpisującą się w strategię rozwoju. Koncepcja stworzenia przewagi konkurencyjnej wobec innych szpitali warszawskich świadczących usługi w zakresie położnictwa i neonatologii sprawdza się. Noworodek może się w tym szpitalu

⁵³ G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna...*, op.cit., s. 176.

urodzić i uzyskać wysokospecjalistyczną pomoc. Jeśli we wczesnym okresie po urodzeniu zachoruje w domu, trafi w to samo miejsce dzięki istnieniu Pododdziałowi Patologii Noworodka. Może tu trafić i trafia coraz częściej noworodek urodzony w każdym innym oddziale noworodkowym Mazowsza, bo tam, gdzie się urodził, nie ma możliwości powrotu. Zarówno po urodzeniu i wypisie do domu, jak i po hospitalizacji na Pododdziale Patologii Noworodka istnieje możliwość opieki w specjalistycznej, przyszpitalnej Poradni Neonatologicznej. W późniejszym okresie życia dziecko może znaleźć opiekę na Oddziale Pediatrii Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, co wpisuje się zasadniczo w misję szpitala.

W prowadzonej strategii konkurencji ważne było zastosowanie wyprzedzenia czasowego. Pododdział Patologii Noworodka powstał jako pierwszy w Warszawie, wypełniając niszę rynkową (bardzo specyficzna, wąska i wymagająca grupa pacjentów oraz brak dobrej oferty na rynku dla tego pacjenta) i wpisując się w strategię dyferencjacji (dążenie do uzyskania przewagi konkurencyjnej poprzez zwiększenie postrzeganej wartości produktów i usług w odniesieniu do produktów i usług konkurentów). Usługa/produkt oferowane w Pododdziale Patologii Noworodka są niestandardowe, niesprzedawane masowo, pozwalają na osiągnięcie efektu wyróżnienia, a kultura organizacyjna jest nastawiona na osiąganie jakości. Przewaga konkurencyjna stworzona przez powstanie Pododdziału jest trwała, widoczna i trudna do skopiowania przez konkurentów, a więc spełnione są wymogi dla zachowania tej przewagi.

Dalsze plany rozwoju Oddziału Neonatologii z Pododdziałem Patologii Noworodka będą opierać się na strategii liderów rynkowych. Pozwoli to utrzymać dominującą pozycję, utrzymywać, a nawet zwiększać obecny udział w rynku.

Z kolei inicjatywa utworzenia Regionalnego Banku Mleka Kobiecego wynikała z bezdyskusyjnych zalet żywienia noworodków pokarmem kobiecym. Gdy matka nie może karmić własnego dziecka, jej pokarm może być w określonych sytuacjach klinicznych zastąpiony czasowo mlekiem z banku. Według najnowszych badań ma to korzystny wpływ nie tylko na fizjologiczny rozwój noworodka, lecz także stanowi duże wsparcie w leczeniu określonych zaburzeń okresu noworodkowego.

Wprowadzenie możliwości uzasadnionej substytucji mleka biologicznej matki przez mleko z banku mleka kobiecego podnosi standardy opieki perinatalnej nad matką i dzieckiem i przyczynia się do poprawienia wskaźników efektywności leczenia (czas hospitalizacji, czas antybiotykoterapii, występowanie lub nie określonych powikłań). Z kolei karmiące matki świadome możliwości pomocy

innym chętnie dzielą się nadmiarem mleka, co zaspokaja potrzebę przynależności do grupy społecznej i czynienia dobra.

Innowacja organizacyjna umożliwiająca posiadanie w strukturze szpitala tego rodzaju jednostki sprawia, że w sytuacji konieczności zastosowania mleka z banku pierwszeństwo mają dzieci hospitalizowane na oddziale neonatologicznym tego szpitala. Bank stanowi wartość dodaną hospitalizacji szczególnie w sytuacjach krytycznych, co wpływa pozytywnie na parametry hospitalizacji, społeczny odbiór i wizerunek szpitala na rynku usług medycznych. Ten element, będący propozycją wartości dla pacjentek, może mieć wpływ na decyzję przy wyborze placówki przez rodzące i w rezultacie zapewniać efektywne wykorzystanie zasobów szpitala. Niezwykle istotny w tej sytuacji jest fakt nie-limitowanego finansowania porodów przez NFZ i powiązanej z tym kontraktowanej opieki neonatologicznej.

Bank Mleka Kobiecego w Szpitalu św. Rodziny służy także tworzeniu polskich standardów organizowania banków mleka jako placówka wzorcowa dla Głównego Inspektora Sanitarnego. Szkoli również kadry dla placówek mających powstać w kolejnych miastach Polski i szerzy ideę mleka od dawczyń. W ramach umowy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, poprzez utworzenie uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją, Regionalny Bank Mleka Kobiecego bierze także udział w badaniach naukowych prowadzonych w oparciu o granty realizowane w WUM.

Otwarcie banku było bardzo trafną decyzją, której podjęcie zbudowało trwałą przewagę konkurencyjną szpitala na rynku usług medycznych związanych z położnictwem i neonatologią w regionie Mazowsza. Bank jako propozycja wartości daje szansę na wzrost udziału w rynku porodów przez pozyskanie dodatkowych pacjentek podejmujących decyzję o wyborze szpitala. To z kolei, pomimo stabilizacji liczby porodów w województwie mazowieckim, zwiększa szanse na pozytywny wynik finansowy szpitala związany z brakiem ograniczeń w finansowaniu tego rodzaju usług medycznych przez NFZ. Bank Mleka Kobiecego stał się spójnym i istotnym elementem wzmacniającym pozytywny wizerunek szpitala. Wydarzenie medyczne i medialne związane z życiem Banku zapewniają interesujące społecznie treści w obszarze działań *public relations* i marketingowych prowadzonych przez szpital. Bank Mleka Kobiecego, będąc ważnym elementem strategii działania szpitala, stanowi duży potencjał rozwojowy w kontekście dalszych działań medycznych, naukowych, społecznych i biznesowych.

Bibliografia

- Dobska M., Dobski P., *Marketing usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XIX edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2016.
- Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009.
- <https://szpitalmadalinskiego.pl>.
- Jarosiński M., *Analiza rynku usług medycznych*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
- Jarosiński M., *Strategia działania na rynku usług medycznych*, materiały do wykładu na Podyplomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, XIX edycja, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2016.
- Jarosiński M., *Wybrane koncepcje i metody zarządzania strategicznego*, w: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Jakubowska W., *Strategie konkurencji podmiotów leczniczych*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH Warszawa 2014.
- Kornacka K., *Podsumowanie roku 2013*, Raport Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neonatologii, marzec 2014.
- Leksykon zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2004.
- Łodygowska E., Bieńkowska S., *Poradnik Laktacyjny*, Szpital im. Świętej Rodziny w Warszawie, Warszawa 2015.
- Materiały wewnętrzne szpitala przed otwarciem Regionalnego Banku Mleka Kobiecego*, Warszawa, styczeń 2015.
- Osterwalder A., Pigneur Y., *Tworzenie modeli biznesowych*, Podręcznik wizjonera, OnePress, Gliwice 2012.
- Pawlus B., *Pododdział Patologii Noworodka 2013–2014*, prezentacja na Regionalne Zebranie Ordynatorów Oddziałów Neonatologicznych Mazowsza, marzec 2015.
- Pawlus B., *Regionalny Bank Mleka Kobiecego*, materiały z konferencji PTN, Warszawa 2015.
- Pawlus B., Studniczak A., *Zasady funkcjonowania laktariów w podmiotach leczniczych w Polsce*, monografia GIS, rozdział 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, w druku.
- Pawlus B., Wesołowska A., *Regionalny Bank Mleka Kobiecego*, materiały z prezentacji podczas rocznicy otwarcia banku, Warszawa 2016.

- Peńsko E., *Statystyki 2004–2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.
- Peńsko E., *Kontraktowanie NFZ*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.
- Pierwsza Rocznic Regionalnego Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu im. Św. Rodziny*, informacja prasowa, Warszawa 2016.
- Piestrzyńska-Bukowska A., *Marketing Usług Zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2016.
- Podpisanie listu intencyjnego o utworzeniu uniwersyteckiej pracowni badań nad mlekiem kobiecym i laktacją*, „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” 2015, vol. XLVII, no. 10.
- Regulamin Organizacyjny Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny SPZOZ*, Warszawa 2016.
- Romanowska M., *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009.
- Ryznar D. *Podsumowanie roku 2015*, dokument wewnętrzny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, Warszawa 2016.
- Sopińska A. *Strategie działania na rynku usług medycznych – strategia rozwoju organizacji*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, W. Winch, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
- Statut Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny SPZOZ*, Warszawa 2015.
- Szajewska H., Horwath A., *Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, „Standardy Medyczne. Pediatria” 2016, nr 1.
- Wykaz aktów prawnych obowiązujących Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ w zakresie podstawowej działalności leczniczej*, stan na dzień 1 marca 2015.
- Zakrzewska-Bielawska A., *Strategia przedsiębiorstwa*, w: *Podstawy zarządzania. Teoria i ćwiczenia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Rozdział 7

Marketing relacyjny jako podstawa kształtowania strategii projakościowej w usługach medycznych

Monika Dobska¹, Paweł Dobski²

Wprowadzenie

Specyfika usług medycznych polega na tym, że dotyka problematyki zdrowia, a więc podstawowego czynnika gwarantującego rozwój demograficzny, społeczny i gospodarczy kraju. Ważna więc staje się nie tylko ochrona zdrowia rozumiana jako działalność na rzecz zdrowia, ale przede wszystkim opieka zdrowotna sprowadzająca się w zasadzie wyłącznie do działalności usługowej, polegającej na świadczeniu usług medycznych zaspokajających określone potrzeby.

Dokonując wyboru formy zarządzania dla szpitala jako podmiotu rynku, należy wyjść od oczywistego założenia, jakim jest fakt, iż usługi medyczne są usługami osobistymi. Stwierdzenie to pociąga za sobą dalsze (logiczne) następstwa: organizacja usługowa powinna być zarządzana w sposób adekwatny z realizowanymi funkcjami i stawianymi zadaniami. Jednakże specyfika usługi, w sposób oczywisty odróżniająca od produktu materialnego (niematerialność, symultaniczność, nietrwałość, heterogeniczność, brak przewłaszczenia), przesądza o wyborze modelu zarządzania. Ze względu na odrębność sektora usług

¹ Dr hab. Monika Dobska, profesor nadzwyczajny w Katedrze Badań Rynku i Usług, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu. Wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

² Dr hab. Paweł Dobski, profesor nadzwyczajny w Katedrze Handlu i Marketingu, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu. Wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

w stosunku do sektorów produkcji materialnej niemożliwe jest adaptowanie modeli wypracowanych na gruncie przedsiębiorstw przemysłowych produkujących środki inwestycyjne czy też masowych dóbr konsumpcyjnych. Kluczową kwestią jest więc wybór odpowiedniej wersji marketingu. Jeżeli chodzi o marketing transakcyjny w usługach, to lista krytycznych uwag jest długa³:

- nastawienie na maksymalizację (liczby) transakcji,
- „polowanie” na nowych klientów, a mniej starań o utrzymanie dobrych kontaktów z klientami dotychczasowymi,
- przywiązywanie nadmiernej wagi do form (sposobów) masowej komunikacji przy jednoczesnym zaniedbaniu bardziej skutecznych sposobów porozumiewania się typu komunikacja bezpośrednia,
- „spalanie” energii na dostarczanie doraźnego nasycenia (zaspokojenia) zamiast realnej satysfakcji,
- o skuteczności działań marketingowych ma świadczyć liczba „zwabionych” klientów zamiast bardziej wiarygodnej liczby zadowolonych nabywców,
- dominacja ujęć retrospektywnych; marketing był i jest zwrócony przede wszystkim ku przeszłości, co czyni go „ekspertem” zdarzeń dokonanych,
- ciągłe hołubienie „czarnej skrzynki”; projektowanie czy technologia wytwarzania produktu usługowego znajdują się ciągle poza obszarem zainteresowania marketingu; fenomen „czarnej skrzynki” ujawnia się w całej swej negatywnej jaskrawości, zwłaszcza w kontekście zarządzania przez jakość.

Skoro nie marketing transakcji, to jawi się pytanie: jaka wersja marketingu będzie najbardziej odpowiednia do zastosowania? Jak pisze K. Rogoziński, jeśli chodzi o usługi, to nie ma wyboru, jest tylko marketing relacyjny, ponieważ właśnie on został wyprowadzony z usług. Marketing relacyjny pojawia się bowiem u podstaw usługowej aktywności i towarzyszy jej nierozzerwalnie przez cały cykl aktywności nabywcy. „Stan wzajemności”, na którym się opiera, ma świadomie wskazywać uzależnienie uczestników usługowej relacji, wspólnie kreujących produkt. Jak pisze W.J. Paluchowski⁴ relacja nawiązywana podczas świadczenia usługi oparta jest na zaangażowaniu, zaufaniu i akceptacji współzależności między usługodawcą i usługobiorcą. Rozwija się stopniowo – od świadomej identyfikacji relacji przez jej badanie i zgłębianie, narastające zaangażowanie

³ K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000, s. 30–31.

⁴ W.J. Paluchowski, *Czy marketingowi potrzebna jest psychologia?*, w: *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej*, red. K. Rogoziński, materiały z IV konferencji „Marketing usług profesjonalnych”, 20–21 maja 2002, Poznań 2002, s. 35.

i oddanie, aż do jej rozwiązania i rozpadu. Relacja usługodawcy i usługobiorcy jest relacją interpersonalną, w której ważną rolę odgrywają oczekiwania stron.

7.1. Argumenty za wprowadzeniem marketingu relacyjnego do usług medycznych

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się również sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje bowiem na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii pro jakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale wykorzystując marketing relacyjny, zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną⁵. Dodatkowymi argumentami przemawiającymi za wprowadzeniem marketingu relacyjnego są:

Argument 1. Dowartościowanie usługobiorcy

Istotną staje się relacja usługodawcy i usługobiorcy, w której te podmioty wzajemnie wpływają na siebie i, będąc od siebie uzależnione, powołują do istnienia usługę. W sytuacji spotkania pacjenta z personelem medycznym dochodzi do sytuacji bezpośredniości, dialogu, który warunkuje powstanie wzajemnych więzi i zależności. Spotkanie to konieczne jest nie tylko z medycznego punktu widzenia (na przykład w celu uzyskania istotnych informacji, aby postawić właściwą diagnozę i zastosować określoną ścieżkę leczenia), ale nabiera szczególnego charakteru w tworzeniu relacji rynkowych i pozarynkowych. Marketing relacyjny opisuje ten stosunek jako: zwycięzca-zwycięzca, a więc stosunek kończący się wynikiem o sumie dodatniej. Dzięki temu między stronami rodzi się współpraca, trwałą równowaga marketingowa, która skutkuje tym, iż pacjent, mając bezgraniczne zaufanie do wytwórcy, wspinając się po kolejnych szczeblach drabiny lojalności, staje się w końcu „advokatem” szpitala.

⁵ Na podstawie K. Rogoziński, *Potrójny syndrom marketingowej ślepoty i jego przezwyciężanie (na przykładzie usług profesjonalnych)*, w: *Marketing usług...*, op.cit., s. 21.

Argument 2. Potrzeba wspólnego zaprojektowania i realizacji usługowego produktu przez usługodawcę i usługobiorcę

Rola klienta nabiera także szerszego znaczenia w kontekście doprecyzowania zlecenia. Okazuje się bowiem, że nawet typowa usługa powstaje w każdorazowo zmiennych warunkach. Kształtowanie usługowego produktu uzależnione jest więc od dwóch stron. Usługa dopiero po „obróbce marketingowej” staje się usługowym produktem. W przypadku usług medycznych rola pacjenta nie ogranicza się do przekazania informacji na temat dolegliwości i uczestniczenia w fazie przygotowania i wyboru oferty, ale we współprojektowaniu.

Argument 3. Nowa interpretacja jakości

Nie wystarczy posługiwać się modelami zarządzania opartymi na weryfikatorach wewnętrznych, ponieważ jakość wewnętrzna oparta na wypracowanych standardach postępowania medycznego nie uwzględnia kwestii najistotniejszych. Ostatecznym weryfikatorem prawidłowo wykonanej usługi medycznej (mimo zjawiska asymetrii informacji) jest zawsze pacjent. To właśnie on ocenia wynik końcowy leczenia przez pryzmat doskonalenia obsługi. Ta nowa sytuacja implikuje zastosowaniem nowych rozwiązań organizacyjnych, dzięki którym klient zostaje wpisany w schemat/strukturę szpitala. Taka interpretacja jakości polega na tym, iż staje się ona kategorią integrującą funkcje marketingowe z funkcjami zarządzania. Powstaje wartość, która oznacza nie tylko korzyść dla wytwórcy usług, lecz także dla klienta – pacjenta.

Źródeł koncepcji marketingu relacyjnego i jego zastosowania w usługach można doszukiwać się już w latach 60. XX wieku. Należy wyróżnić kilka ośrodków badawczych prowadzących badania z zakresu marketingu relacyjnego⁶:

1. **Anglo-Australian School of Relationship Marketing** – zespół naukowców, w skład którego wchodzi między innymi A. Payne z Cranfield School of Management w Wielkiej Brytanii i D. Ballantyne z Uniwersytetu Manash w Melbourne. Prace zespołu koncentrują się na problematyce zatrzymania klienta.
2. **Swedish School of Marketing** – zespół naukowców, w skład którego wchodzi Ch. Grönroos i E. Gummesson. Grupa ta określana jest mianem tzw. Szkoły Nordyckiej w rozwoju marketingu. Prace badawcze tego zespołu

⁶ A. Payne, *Advances in Relationship Marketing*, Kogan Page, London 1995, s. 19–20.

koncentrują się w szczególności na marketingu usług i jakości usług. Wyniki tych badań wniosły istotny wkład w budowę teorii marketingu relacyjnego.

3. **International Marketing and Purchasing Group (IMP Group)**. Grupa ta ukształtowała się na początku lat 80. Ma ona nieformalny charakter. Skupia badaczy ze Szwecji, Francji, Niemiec, Włoch, Anglii, Stanów Zjednoczonych i Australii. Badania tej grupy pozwoliły lepiej zrozumieć istotę powiązań i relacji między firmami i wynikające z tego implikacje marketingowe. Badacze preferują podejście sieciowe, w zgodzie z którym podkreślane jest znaczenie kontaktów firmy z otoczeniem, tworzącym niejednokrotnie rozbudowaną sieć powiązań, w ramach których powiązania dostawcy i odbiorcy odgrywają bardzo ważną rolę.
4. **Texas University** – zespół badaczy kierowany przez L. Berry'ego. Przedmiotem zainteresowań badawczych tego zespołu jest marketing usług.
5. **Center for Relationship Marketing** – centrum badawcze utworzone w 1994 r. przy Emory University w Atlancie. Założycielem i kierownikiem centrum jest J.N. Sheet. Prace zespołu koncentrują się głównie na badaniu sposobów kreowania wartości dla klienta.

Wielu autorów podjęło próbę zdefiniowania koncepcji marketingu relacyjnego (ang. *relationship marketing*):

- 1) **Ch. Grönroos** – marketing relacyjny to tworzenie, utrzymywanie i wzbogacenie więzi z klientami i ich partnerami w taki sposób, aby cele obu stron zostały osiągnięte poprzez obustronną wymianę i realizację poczynionych obietnic⁷.
- 2) **E. Gummesson** – marketing relacyjny jest konfiguracją marketingu, relacji i sieci powiązań⁸.
- 3) **J. Copulsky, M. Wolf** – marketing relacyjny to proces polegający na stworzeniu bazy danych o już posiadanych klientach i potencjalnych klientach oraz na zbliżaniu się do nich przy pomocy zróżnicowanych informacji charakterystycznych dla każdego z nabywców. Winna być prowadzona analiza kosztów zdobycia i utrzymania każdego klienta oraz długoterminowe oceny zbudowanych relacji⁹.

⁷ Ch. Grönroos, *Service Management and Marketing, Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Free Press Lexington, 1990, s. 138.

⁸ E. Gummesson, *Relationship Marketing: von 4P zu 30 R*, Verlag Moderne Industrie, Landsberg Lech 1997, s. 20.

⁹ J. Copulsky, M. Wolf, *Relationship Marketing. Positioning for the Future*, "Journal of Business Strategy" 1990, no. 7–8, za: J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 47.

- 4) **T. Cram** – marketing relacji to konsekwentne stosowanie uaktualnianej wiedzy o indywidualnych klientach dla zaprojektowania produktu/usługi, które są komunikowane interaktywnie celem rozwinięcia i kontynuowania wzajemnie korzystnych więzi¹⁰.
- 5) **M. Armstrong** – marketing relacji to koncepcja, zgodnie z którą do tradycyjnego marketingu mix dodaje się obsługę klienta i jakość¹¹.
- 6) **F.J. Rensmann** – marketing relacyjny (ang. *Customer Relationship Marketing*) to budowanie i pielęgnowanie indywidualnych relacji/stosunków pomiędzy klientem indywidualnym a przedsiębiorstwem przy wykorzystaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych. Realizacja tej koncepcji wymaga nie tylko gromadzenia danych o klientach, ich aktualizowania i przetwarzania, lecz także wypracowania sposobów ich pozyskiwania¹².

W Polsce autorem, który zajmuje się problematyką marketingu relacyjnego jest K. Rogoziński, który uważa, iż marketing relacyjny oznacza mobilizację personelu mającą na celu nie tylko uczynić z nabywcy współtwórcę wartości – produktu – ale związać go na trwałe z firmą¹³.

Marketing relacyjny nie jest koncepcją marketingową wyspekulowaną przy biurku, jego tworzenie przypomina raczej układanie wielkiej wielobarwnej mozaiki, w którym to przedsięwzięciu uczestniczyło kilku realizatorów¹⁴. Marketing relacyjny, będąc panaceum na „amerykański produkt eksportowy” wyprowadzony z odmiennych założeń, zmienia to, co tworzyło dotychczasową „mieszankę marketingową”. W polskiej literaturze przedmiotu, czytając o *relationship marketing*, dostrzec można duże zróżnicowanie terminologiczne i znaczeniowe tego pojęcia¹⁵.

Najtrafniejsza jest definicja K. Rogozińskiego, z definicji tej bowiem wynika istnienie ścisłej zależności między marketingiem wewnętrznym a skierowanym na zewnątrz oddziaływaniem na klienta¹⁶. Czyniąc personel kontaktowy personelem strategicznym, marketing relacyjny przyjmuje, że nabywców nie da się

¹⁰ T. Cram, *The Power of Relationship Marketing*, Pitman Publishing, London 1994, za: J. Otto, *Marketing relacji...*, op.cit., s. 47.

¹¹ M. Armstrong, *Handbook of Management Techniques*, Kogan Page, London 1993, s. 54.

¹² F.J. Rensmann, *Direct und Handbook of Management Techniques*, Kogan Page, London 1993, s. 54. F.J. Rensmann, *Direct und Relationship Marketing im Handel*, Kogan Page, London 1993, s. 14.

¹³ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, op.cit., s. 40.

¹⁴ K. Rogoziński, *Marketing relacyjny według Gummessona*, „Marketing i Rynek” 2000, nr 12, s. 12.

¹⁵ I tak *relationship marketing* tłumaczony jest jako: (1) marketing partnerski (M. Daszkowska, K. Fonfara, T. Sztucki), (2) marketing relacji (J. Otto, M. Dolińska), (3) marketing związków i wzajemnych relacji (J. Amber), (4) marketing związku/więzi (Ph. Kotler).

¹⁶ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, op.cit., s. 40.

utrzymać na stałe, jeśli wcześniej nie ułoży się należycie współpracy między pracownikami. Należy bowiem pamiętać, iż poszczególni pracownicy, komórki i struktury organizacyjne świadczą sobie usługi nawzajem. Ponadto w marketingu relacyjnym, interpretując relacje, jakie zachodzą między stronami procesu wymiany, nie można poprzestać na opisie poziomu zainteresowania. Należy zwrócić uwagę nie tylko na etapy przygotowania oferty, lecz także na wspólną z klientem współpracę przy realizacji zlecenia.

7.2. Reorientacja na jakość usług medycznych

Skoro bowiem marketing relacyjny kreuje wartość u swoich klientów, współpracowników i uczestników sieci, to przecież podobne zadania spełnia zarządzanie przez jakość – *Total Quality Management*. Już sformułowanie *total*¹⁷, czyli kompleksowe, całkowite, oznacza objęcie zasięgiem zarządzania wszystkie podmioty (wewnątrz i na zewnątrz) organizacji.

Ch. Grönroos, K. Storbacka, T. Strandwick¹⁸ wymieniają cztery najważniejsze relacje tworzące przejście od jakości usług do rentowności przedsięwzięcia, czyli między¹⁹:

- jakością usług a satysfakcją klienta,
- satysfakcją klienta a siłą relacji,
- siłą relacji a ich długowiecznością,
- długowiecznością relacji a ich rentownością.

Jak wynika z analiz prowadzonych przez E. Gummessona, relacje dają się nie tylko porządkować (w grupy i rodzaje), lecz także hierarchizować. I tak w pozycji

¹⁷ *Total – including everything or everyone, comprising the whole* (obejmujące wszystko i wszystkich, całość). Definicja według *The Oxford Reference Dictionary*, Oxford 1991.

¹⁸ Ch. Grönroos, K. Storbacka, T. Strandwick, *Managing Customer Relationships for Profit*, w: *Advances in Relationship Marketing*, red. A. Payne, Kogan Page, 1995, s. 148–159.

¹⁹ **Postrzegana jakość usług** (ang. *perceived service quality*) – ocena usług dokonana przez klienta, bazująca na jego własnym doświadczeniu, skonfrontowana z formalnymi i nieformalnymi standardami oceny; **satysfakcja klienta** (ang. *customer satisfaction*) – ocena klienta wynikająca z jego doświadczeń w trakcie realizacji procesu świadczenia usługi, na podstawie zaistniałych relacji; **siła relacji** (ang. *relationship strenght*) – mierzona zarówno zachowaniami nabywczymi, jak i komunikacyjnymi; w tym kontekście lojalność bazuje na pozytywnym zaangażowaniu, sugeruje silną więź między klientem a usługodawcą; **długowieczność relacji** (ang. *relationship longevity*) – czas trwania relacji; **zyskowność z relacji** (ang. *relationship profitability*) – dochód z relacji pomniejszony o poniesione koszty.

Total Relationship Marketing. Rethinking Marketing Management. From the 4Ps to 30Rs, autor wyodrębnia 30 typów relacji²⁰ uporządkowanych w 4 grupach²¹:

- relacje klasyczne (typowe relacje transakcyjne z udziałem bądź pominięciem pośredników – diada, triada, sieci dystrybucji),
- relacje rynkowe (najważniejsza dla marketingu relacyjnego grupa obejmująca oprócz klasycznej diady także relacje z ukrytymi, nierozpoznawalnymi klientami, relacje między klientami, relacje, w których nabywców traktuje się jak członków należących do organizacji),
- megarelace (wprawdzie nie można ich nazwać rynkowymi, ale warunkują one powstanie tych ostatnich, a tworzą je relacje z masmediami, megaalianse i tym podobne relacje wyodrębnione i badane przez megamarketing);
- relacje ułomne (nanorelace, czyli relacje karłowate, które wyróżniają się tym, że są zorientowane wewnętrznie, i które nie pojawiają się na zewnątrz przedsiębiorstwa, ale tworzą raczej wsparcie dla opisanych wcześniej relacji zewnętrznych).

Wdrożenie marketingu relacyjnego do szpitali owocuje implikacją wprowadzającą w sedno kategorii jakości. Jeśli bowiem wprowadzimy ten pierwszy, to należy brać pod uwagę automatyczne przeformułowanie pojęcia jakości, uzupełniające wewnętrzną (normatywną) o jakość zewnętrzną, tożsamą z jakością postrzeganą przez pacjenta. Należy więc rozpoznać i uszeregować kryteria, jakie wykorzystują pacjenci. Takie zmiany spowodowały sformułowanie nowej marketingowej definicji jakości usług.

²⁰ Relacje opisane przez E. Gummessona: (1) klasyczna relacja dwustronna między dostawcą a nabywcą, (2) klasyczna relacja trójstronna nabywca – dostawca – konkurent, (3) relacje zachodzące na styku produkcji i działań marketingowych, (4) relacje w obrębie kanału dystrybucji, (5) relacje wewnątrz przedsiębiorstwa, (6) relacje zachodzące pomiędzy klientami a tzw. personelem pierwszej linii, (7) relacje w ramach układów funkcjonalnych i hierarchicznych, (8) relacje w obrębie marketingu wewnętrznego, (9) relacje z zewnętrznymi dostawcami usług marketingowych, (10) relacje istniejące pomiędzy pośrednikami rynkowymi przedsiębiorstwa a ich klientami, (11) relacje przedsiębiorstwa z jego właścicielami, (12) relacje klient a wizerunek firmy, (13) relacje wynikające z traktowania klienta jako uczestnika programów marketingowych firmy, (14) relacje z niezadowolonymi nabywcami, (15) relacje między przedsiębiorstwami w ramach aliansów, (16) relacje w obrębie megaaliansów (megazrzeszeń), (17) relacje wymuszone trendami ekologicznymi („zielone” relacje), (18) relacje związane z pozyskaniem wiedzy, (19) relacje przedsiębiorstwa z mass mediami, (20) relacje nieformalne, (21) relacje elektroniczne, (22) relacje w ramach tak zwanego megamarketingu, (23) relacje pomiędzy pracownikami działu marketingu zatrudnionymi w pełnym i niepełnym wymiarze godzinowym, (24) relacje wynikające z macierzowej organizacji przedsiębiorstw, (25) relacje z klientem dotychczasowego klienta firmy, (26) relacje oparte na prawie, (27) relacje kryminalne, (28) relacje z klientami tworzone podczas przeprowadzania z nimi badań marketingowych, (29) relacje monopolistyczne – klient w sytuacji więźnia, (30) relacje niekomercyjne. Por. E. Gummesson, *Total Relationship Marketing. Rethinking Marketing Management. From the 4Ps to 30R*, Liber-Hermans, Malmö 1995, s. 99–167.

²¹ K. Rogoziński, *Dlaczego marketing relacyjny?*, „Marketing w Praktyce” 1996, nr 4, s. 23–24.

Specyfika procesu świadczenia usług medycznych sprawia, że wzrost wymagań jakościowych nie jest możliwy do osiągnięcia bez udoskonalania procesu obsługi pacjentów. Oznacza to, że rutynowe kontakty lekarza z pacjentami powinny zmienić swój charakter na relacje bardziej pogłębione i odpowiedzialne. Stworzy to warunki, żeby pacjenci stali się współodpowiedzialni za końcowy efekt jakościowy.

Marketing relacyjny stawiający na pierwszym miejscu relacje interpersonalne uzmysławia, iż konieczny jest układ partnerski, niemal symetryczny pomiędzy stronami (usługodawcą a usługobiorcą, pomiędzy pracownikami wewnątrz organizacji itp.). Jedynie taki układ rodzący współpracę może doprowadzić do trwałej równowagi marketingowej. Dla usługodawcy będzie to oznaczało wypracowanie własnej kultury organizacji, zaś dla usługobiorcy nie tyle świadomość uzależnienia, co poczucie partnerstwa i wspólne kreowanie (z usługodawcą) wartości końcowej. W usługach medycznych wypracowanie tego układu stało się możliwe dzięki upodmiotowieniu pacjenta tak, aby stał się pełnoprawnym podmiotem relacji usługowej. Warunkiem zmiany charakteru relacji stało się opracowanie praw pacjenta, nabierając bowiem praw, nie tylko stał się klientem w rozumieniu *stricte* marketingowym, lecz także ma możliwość nawiązania partnerskich układów z usługodawcą, wspólnie doprecyzowując zlecenie i angażując się w jego wykonanie.

Przyjęcie takiego toku myślenia sprowadza się do koncentracji na:

- zarządzaniu relacjami, którego rdzeniem będzie zarządzanie personelem kontaktowym; od intensywności, zaangażowania i osobowości pracowników zatrudnionych w świadczeniu usług zależy bowiem jakość wykonania i poziom obsługi,
- kształtowanie jakości: projektu (ang. *design quality*), wykonania (ang. *production*) i relacji (ang. *relational quality*).

W sferze usług medycznych koncepcja marketingu relacyjnego nabiera dużego znaczenia ze względu na:

- powstające relacje w sytuacjach bezpośredniego, koniecznego dialogu pomiędzy pacjentem a personelem medycznym, warunkujące powstanie trwałych więzi i zależności,
- znaczenie relacji we wprowadzaniu strategii zarządzania przez jakość,
- wagę relacji w organizacjach typu sieciowego, w których granica między tym, co wewnętrzne, a tym, co zewnętrzne, nie jest ostra.

7.3. Dehumanizacja usług medycznych, próba przywrócenia symetryczności relacji

Analizując w ujęciu historycznym stosunek lekarz – pacjent, można zauważyć, że ulega on ciągłym przeobrażeniom, co związane jest przede wszystkim z rozwojem współczesnej medycyny i zmianami, jakie zachodzą w relacjach: lekarz, pielęgniarka, pacjent. Marketing usług medycznych może zapewnić odtworzenie bardziej ludzkiego charakteru relacji lekarz – pacjent. Jeśli klient (pacjent) może dokonać właściwej oceny jakościowej nabytej usługi, to maksymalizowanie korzyści nabywcy można uzyskać poprzez połączenie: jakości usługi – obsługi pacjenta – marketingowego oddziaływania, a te trzy elementy wyprowadza i stosuje marketing relacyjny.

W takiej sytuacji obsługa pacjenta staje się zadaniem, którego spełnienie możliwe jest dzięki relacjom powstającym między usługobiorcami a personelem. Ten wzajemny stosunek personelu medycznego z pacjentem powinien doprowadzić do takiego stanu, który byłby zgodny z oczekiwaniami klienta. Ponadto prawidłowa obsługa powinna uwzględniać reakcję na błędy, nie tylko te natury medycznej, lecz także zaniedbania organizacyjne czy też niewłaściwe podejście do pacjenta.

Działanie profesjonalisty i jego odpowiedzialność za wykonywane świadczenia są podyktowane tym, że usługi medyczne są usługami wyróżnionymi. Historyczny kontekst usług profesjonalnych przedstawia K. Rogoziński, wyjaśniając, że *professio (-onis)* oznacza mistrzostwo, sztukę, głęboką wiedzę z danej dziedziny, ale także powołanie, któremu ktoś się oddaje, wykonując wyróżnioną społecznie profesję (od *professus sum*). Natomiast usługi profesjonalne są współczesnym odpowiednikiem wolnych zawodów, a atrybutami profesjonalizmu są: mistrzowskie opanowanie sztuk i postawa moralna (cnota) warunkująca dochodzenie do mistrzostwa. Atrybuty te powinny być wpisane w szerszy kontekst publiczny.

Zdaniem K. Rogozińskiego profesjonalistą staje się dopiero taki lekarz, dla którego naturalna podatność organizmu na zapadanie w chorobę nie jest jedynym i wystarczającym uzasadnieniem wykonywanej profesji. Warunkami, które muszą być spełnione, aby być profesjonalistą, są wysokie (najwyższe z możliwych) kwalifikacje zawodowe, których posiadanie potwierdzone zostało dyplomem akademickim. W odróżnieniu od innych zawodów usługowych wprowadzony zostaje obowiązek zrzeszania się, tzn. profesjonalista musi być

członkiem organizacji samorządu zawodowego (korporacji). Usługi profesjonalne są zorientowane przede wszystkim – co nie znaczy wyłącznie – na obsługę sfery biznesu, z czego wyciąga się błędny wniosek o braku ich związku z sektorem publicznym. Świadczenie usługi przez profesjonalistę oznacza rozwiązywanie bardzo ważnego dla usługobiorcy problemu, stąd ogromne znaczenie zaufania, jakim obdarza on wykonawcę. Dlatego zawód staje się swojego rodzaju powołaniem, czyli wykonywaniem szczególnie społecznie wyróżnionej funkcji, dlatego etos profesjonalisty nie może być zdominowany przez biznes. Uzasadnieniem dla wysokiego etosu jest odpowiedzialność za sferę publiczną, spełniana i gwarantowana przez korporacyjny nadzór²².

A. Szczeklik w swojej książce *Katharsis*, pisząc o tym, jak to w pierwszych tygodniach nowego tysiąclecia odczytano i ogłoszono kompletny zapis genetyczny człowieka, nukleotyd za nukleotydem, jak to medycyna stała się molekularna i weszła w fazę *post-genomic medicine*, jednocześnie zderza czytelnika z chorobą, cierpieniem i ułomnością ludzkiej natury, którą to na co dzień można zaobserwować na szpitalnych korytarzach. W szpitalach nie tylko można spotkać się z bezmiarem cierpień, lecz także z nadzieją – nadzieją samych chorych, ich krewnych, przyjaciół dzielających ich ufność w nadejście poprawy, zapowiadającej powrót do zdrowia. W odzyskaniu tej nadziei mają swój udział lekarze, pielęgniarki, którzy potrafią zespolić swoje umiejętności i talent z wytrwałością i życzliwością, żeby zbudować wspólnotę ludzi chorych i wspólnotę tych, którzy przychodzą, żeby ulżyć w cierpieniach. Oddział czy cały szpital powinien więc taką wspólnotę oznaczać²³.

Orientacja na dobro wspólne może się realizować dwojako. Lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym jako pracownik będzie spełniał jego statutowe cele, ale też będzie rozliczał się ze swoim sumieniem (klauzula sumienia) z zakresu powierzonych mu obowiązków²⁴. Postępowanie lekarza/pielęgniarki na oddziale nie sprowadza się więc jedynie do prawidłowego wykonania usługi (choć jest to warunek niezbędny, aby cel leczenia, którym jest poprawa stanu zdrowia, został uzyskany), ale do takiego podejścia i obsługi (marketingowej) pacjenta, aby relacje nawiązujące się między tymi dwoma stronami były wzajemnie satysfakcjonujące.

²² K. Rogoziński, *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 40–41.

²³ Więcej patrz: A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków 2009, s. 143.

²⁴ K. Rogoziński, *Zarządzanie profesjonalną...*, op.cit., s. 35.

Mocno podkreślił to Cz. Miłosz: „Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdanie będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników”²⁵. Chory ma więc prawo oczekiwać, że przedstawiona zostanie mu sytuacja, sposoby jej rozwiązania. Decyzja zostanie w rękach pacjenta²⁶. *Quo vadis medicina?* Znakomitą pozycją, w tym zakresie jest praca J.L. Kurkowskiego *Człowiek i medycyna*. Autor miał niewątpliwie rację, pisząc, że „wielka przepaść dzieli zwykłego pacjenta od lekarza. Ile pokory jest w tych zgiętych postaciach w piżamach przechadzających się po szpitalnym korytarzu, ile pychy w białym fartuchu. Jak daleko odeszli niektórzy lekarze od swojego powołania, które nakazało im służyć cierpiącym, jak daleko odeszli od zasady szacunku dla drugiego człowieka – chorego, zgnębnionego, zagubionego”²⁷. I dalej: „Pomimo starań, aby traktować pacjenta nie tylko fachowo pod względem medycznym, lecz również z uwagą, współczuciem i udzielać mu niezbędnego wsparcia, lekarze odrzucali uczestnictwo pacjenta w procesie podejmowania decyzji. Ten „łaskawy paternalizm” potwierdzony był roszczeniem i przekonaniem lekarza, że on sam potrafi lepiej niż ktokolwiek inny ocenić „interesy pacjenta”²⁸.

A lekarze leczą przecież nie tylko wprawną, uzbrojoną dłońią, lecz także sercem i miłosierdziem – *non solum manu armata – sed etiam conde et misericordia* – oraz przestrzegają zasady, że należy sprawować przede wszystkim troskę nad chorym – *infirmorum cura ante omnia adhibenda est*. M. Szymczak wskazuje, że patrząc na wielowiekowe tradycje i dzisiejszy stan sztuki lekarskiej, niemal za pewnik można przyjąć stwierdzenie, że odwiecznie istniejąca więź pomiędzy medycyną a filozofią i etyką uległa w minionym stuleciu rozluźnieniu. Być może jest to nieuniknione rozerwanie dyscyplin naukowych, być może jest to rozerwanie więzi skutkujące utratą przez medycynę małej, ale potrzebnej części człowieczeństwa. Wzajemne relacje między lekarzem a pacjentem dotyczyć powinny nie tylko somatycznego stanu chorego, lecz także jego godności.

²⁵ A. Szczeklik, *Katharsis...*, op.cit., s. 15.

²⁶ Ibidem, s. 141.

²⁷ J.L. Kurkowski, *Człowiek i medycyna. Pieniądze albo życie*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1997, s. 16.

²⁸ Ibidem, s. 17.

Godności, której poczucie jest zupełnie różne w każdym człowieku. Godności zachwianej w związku z chorobą, procesem diagnostycznym i terapeutycznym²⁹.

Humanistyczne podejście oznacza podejście ludzkie, człowiecze (od łacińskiego źródłosłowa: *homo, humanus* – człowiek, ludzki). Gdzie rozpoczęła się więc dehumanizacja? Zdaniem B. Korsch i C. Harding zaczyna się ona już od uczelni medycznej, gdzie pierwszym pacjentem na zajęciach z anatomii są zwłoki. Na tym etapie inicjacji studenci (mimo przerażenia i wstępu) dotykają, oglądają i kroją przy silnym zapachu formaliny i ciągłym polewaniu ciała płynami, aby nie wyschło. Na koniec semestru odsłaniają głowę – i to jest dla nich doznanie wstrząsające, gdyż zaczynają zdawać sobie sprawę, że zwłoki były kiedyś konkretną osobą. Dopiero pod koniec studiów, w trakcie staży, spotykają się z prawdziwymi pacjentami, ucząc się zarazem myślenia o pacjencie jako problemie do rozwiązania, a nie o człowieku. Przy takim toku edukacji i braku innej (np. zarządczej, poruszającej także tematykę kontaktów z pacjentami) spotykamy się z profesjonalistą, który zapomniał, że jest człowiekiem i z człowiekiem pracuje. Dlatego też często słyszy się opinie – trafić do szpitala, to jakby znaleźć się na pasie transmisyjnym, który przerzuca nas błyskawicznie do sterylnej krainy niepewności i lęku³⁰. Zjawiska dehumanizacji w dzisiejszym tego słowa znaczeniu nie były obce przedstawicielom polskiej szkoły rozumowania klinicznego. T. Chałubiński (1820–1889), W. Biegański (1857–1917), E.F. Biernecki (1866–1911), J. Korczak (właściwie H. Goldszmit – 1878–1942) i R.W. Gutt (1921–1988) zwracali szczególną uwagę na potrzebę porządkowania postępowania lekarskiego i dyscypliny intelektualnej, a oprócz pism swoim postępowaniem przepełnionym humanizmem na co dzień pozostawili godne przykłady³¹.

Dla pacjenta choroba jest zagrożeniem lub co najmniej zmianą sytuacji, w której się znajdował, i może to być zmiana istotna. **Układ lekarz – pacjent nie jest układem równym, chociaż brak równości nie wyklucza wzajemności w relacji.** To pacjent przychodzi z prośbą o pomoc, nawet jeśli mu się ona należy. Znajduje się więc w sytuacji zależności od lekarza i nie tylko od niego³². Układ braku równowagi wiedzy po stronie profesjonalisty (lekarza, pielęgniarki) i pacjenta nazywa się asymetrią informacji. Jak wskazuje J. Sobiech,

²⁹ A. Syroka, J. Rudnicki, A.K. Agraval, *Relacje lekarz...*, op.cit., s. 39.

³⁰ B.M. Korsch, C. Harding, *Świadomy pacjent*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999, s. 154–157.

³¹ M. Dobska, *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013, s. 302.

³² A. Syroka, J. Rudnicki, A.K. Agraval, *Relacje lekarz – pacjent w procesie medykacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2005, s. 127.

pacjent jako konsument opieki zdrowotnej nie wie, jaki rodzaj i ile oraz jaka struktura usług jest pacjentowi potrzebna, a dodatkowo tę niekompetencję często pogłębia stan emocjonalny (pacjent postępuje często emocjonalnie, a nawet irracjonalnie, gdy jego zdrowie lub życie jest zagrożone). Brak profesjonalnej wiedzy i niepewność odnoszą się do każdego potencjalnego pacjenta. Oznacza to, że w wyniku istniejącej pomiędzy pacjentem i lekarzem asymetrii informacji o stanie zdrowia pacjenta i niezbędnych usługach opieki zdrowotnej decyduje lekarz. Lekarz staje się obdarzonym specjalnym zaufaniem „agentem pacjenta” w takich kwestiach, jak diagnoza i metoda leczenia. Zachodząca relacja między tymi dwoma stronami w miarę narastania niepewności i złożoności przypadku chorobowego pacjenta będzie się stawała coraz silniejsza. W efekcie doprowadzi do coraz wszechstronniejszego uzależnienia pacjenta od decyzji i działań podejmowanych przez lekarza: od doradzania lub sugerowania, aż do całkowitego podejmowania decyzji w imieniu pacjenta³³.

Proces leczenia, w którym spotykają się więcej niż dwie osoby, jest wydarzeniem potencjalnie dialogicznym, czyli takim, które ma wielką szansę, aby być dialogiem prowadzącym do spotkania, angażującym pierwszoplanowo pacjenta i lekarza. Spotkanie w tym kontekście oznacza taką przestrzeń, takie zetknięcie dwóch osób, w których dokonuje się wymiana pomiędzy nimi, czyli coś więcej niż rozmowa, a więc wzajemność, uczestnictwo, przenikanie się nie tylko poglądów i zachowań. Dwie osoby – jedna w roli lekarza, druga w roli pacjenta – wchodzi w relację i może to być relacja wzajemności, dzięki której każda z nich może być bardziej tym, kim jest jako człowiek³⁴. Relacja lekarza i pacjenta jest uważana za spotkanie dwóch ekspertów – eksperta od wiedzy klinicznej i możliwych metod postępowania medycznego oraz eksperta od wiedzy na temat reakcji własnego ciała, potrzeb i wartości życiowych, które ostatecznie wpływają na postępowanie pacjentów po opuszczeniu gabinetu lekarskiego³⁵.

K. Rogoziński podkreśla, że **relacja usługowa, będąc relacją interpersonalną, jest wzajemnym oddziaływaniem (usługodawcy – usługobiorcy) i jednocześnie doświadczaniem tego oddziaływania**, w relacji zapośrednicza się

³³ Mimo zjawiska asymetrii informacji i przewagi pojawiającej się po stronie lekarzy K. Pietrzak, opisując zaburzenia relacji pomiędzy lekarzem a chorym i jego rodziną w pracy pogotowia ratunkowego, wymienia relację roszczeniową. Definiuje ją jako przewagę pacjenta nad lekarzem, który groźbą lub agresją usiłuje wymóc na medyku określone zachowania, niebędące podyktowane wskazaniami medycznymi bądź szeroko rozumianym dobrem pacjenta. Za: J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 15–16.

³⁴ A. Syroka, J. Rudnicki, A.K. Agraval, *Relacje lekarz...*, op.cit., s. 15.

³⁵ M. Kiljańska, *Kluczowe przesłania Międzynarodowego Forum Jakości i Bezpieczeństwa w Opiece Zdrowotnej*, Ogólnopolska konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, CMJ, Kraków 2009, s. 26.

usługą, dzięki relacji powstają i utrwalają się więzi między uczestnikami cyklu obsługi, przekształcając ich z klientów w interesariuszy. Na końcu tego procesu praktyka/organizacja usługowa także przekształca się z grupy interesu we wspólnotę interesariuszy **generujących wartość**³⁶. Wspólne tradycje medyczne i etyczne Hipokratesa³⁷, chrześcijaństwa i humanizmu są wyjątkowo niedowartościowane i nie nadążają za postępem technologicznym, ale są korzeniami, z których powinna wyrastać praktyka profesjonalistów.

„Dopóki cierpi jakaś istota, nie ma radości dla człowieka pełnego współczucia”³⁸. To zdanie jest spuścizną pozostawioną przez A. Schweitzera, wpływającą na poczynania współczesnych lekarzy – bycie dla człowieka człowiekiem, a nie tylko maszyną potrafiącą sprawnie osłuchiwać, opukiwać, dostrzegać zmiany skórne i przekrwione spojówki. A. Schweitzer jako jeden z pierwszych złamał „paradygmat maszyny” dominujący w szkolnej medycynie w czasach jego studiów lekarskich. Zgodnie z tym paradygmatem ciało człowieka rozpatrywane było w kategoriach wysoko skomplikowanej maszyny fizyczno-chemicznej. W związku z tym choroba była wyłącznie zaburzeniem, uszkodzeniem tej maszyny, a leczenie miało na celu naprawę uszkodzenia, a nie leczenie człowieka. Warunkami dobrej relacji jest zdanie sobie sprawy przez profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarki), że osoba chora, z którą mają do czynienia, funkcjonuje na wielu poziomach: fizycznym, umysłowym, emocjonalnym i duchowym. Proces leczenia dotyczy całej osoby, dlatego ważne jest w procesie diagnozy poznanie chorego, aby móc zrozumieć przyczyny choroby i sposoby jej leczenia. Jeśli potraktuje się pacjenta jako osobę i uzna jego autonomię, powinno się go potraktować jako partnera współodpowiedzialnego za przebieg leczenia. W liście otwartym prezes Towarzystwa Internistów Polskich (2006) pisze: „człowiek jest drogą i celem medycyny, niezależnie od tego, czy lekarz jako przedstawiciel specjalności szczegółowej zajmuje się określonym narządem, układem czy komórką, czy też przeciwnie, jako lekarz zajmujący się epidemiologią lub zdrowiem publicznym interesuje się populacjami ludzkimi. Indywidualny człowiek jest zawsze drogą i celem medycyny łączącej w sobie naukę i sztukę leczenia”³⁹.

³⁶ K. Rogoziński, *Profesjonalne zarządzanie...*, op.cit., s. 50.

³⁷ Hipokrates, jako twórca **medycyny systematycznej**, traktował zdrowie jako całość, uznając, że ciało i duszę trzeba badać równocześnie i że istnieją prawa duchowe, z których lekceważenia rodzi się dla człowieka niebezpieczeństwo. Dzięki woli człowiek może zawiązać i umocnić harmonię między ciałem, umysłem i duszą, pełnię zaś człowieczeństwa osiąga ten, kto pojmie sens owej harmonii i urzeczywistni ją we własnym życiu A. Syroka, J. Rudnicki, A.K. Agraval, *Relacje lekarz...*, op.cit., s. 15.

³⁸ Ibidem, s. 36.

³⁹ Ibidem, s. 15.

Medycyna poprzez rozwój naukowy i technologiczny jest coraz bardziej skuteczna. Personel medyczny koncentruje się na jak najlepszym wykonaniu swoich czynności – dążąc do wysokiej jakości. Pacjent także, oczekując dobrego wyniku kończącego leczenie, podkreśla znaczenie jakości, ale w zupełnie innym kontekście. Szuka takiej formy relacji z drugim człowiekiem, który widzi w nim nie tylko „problemowy” żołądek, wątrobę czy trzustkę, ale człowieka. Czy w obecnych czasach, przy anonimowym systemie, można dostrzec osobowość pacjenta? Jak piszą B.M. Korsch i C. Harding: „jednym z wielu upokarzających, odczłowieczających aspektów pobytu w szpitalu jest to, że pewne prywatne sprawy z naszego życia nagle stają się przedmiotem publicznego zainteresowania. Musimy prosić obcych ludzi o wprawiające w zakłopotanie przysługi – o pomoc w przypadku dokuczliwego swędzenia pod gipsem, o doprowadzenie do toalety lub, co jeszcze gorsze, o podanie basenu. Personel pyta o szczegóły, których pacjent wolałby nie omawiać”⁴⁰. Jak wskazuje K. Rogoziński⁴¹, wysiłek bezgranicznej komunikacji międzyludzkiej jest potwierdzeniem prawdziwości, a więc szczerości intencji. Dotychczasowe (Porterowskie) łańcuchy wartości przekształcają się w konstelację, w której uczestnicy stają wobec siebie twarzą w twarz, nie mając nic do ukrycia.

Marketing relacyjny pojawia się więc u podstaw usługowej aktywności i towarzyszy jej nierozdzielnie przez cały cykl aktywności nabywcy. „Stan wzajemności”, na którym się opiera, ma świadomie wskazywać uzależnienie uczestników usługowej relacji, wspólnie kreujących produkt. Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się również sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje bowiem na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii projakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale, wykorzystując marketing relacyjny, zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną.

Paradygmat marketingu relacyjnego zwraca uwagę na ścisłą zależność między marketingiem wewnętrznym a skierowanym na zewnątrz oddziaływaniem na klienta⁴². Takie założenia marketingu relacyjnego kierują zainteresowania na wartość poprzez doskonalenie obsługi klienta. Staje się ona kategorią integrującą marketing z funkcjami zarządzania. Niestety asymetria informacji

⁴⁰ B.M. Korsch, C. Harding, *Świadomy pacjent...*, op.cit., s. 154–157.

⁴¹ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, op.cit., s. 23.

⁴² Ibidem, s. 40.

i dotychczasowe działania lekarzy nie pozwalały na wypracowanie takich relacji, co gorsza, do niedawna nie wzbudzały kontrowersji w społeczeństwie, ponieważ wynikały z praw przynależnych lekarzowi z racji pełnionej przez niego roli⁴³. Tylko lekarz miał w społeczeństwie oficjalnie uznaną umiejętność leczenia choroby. Był i jest jedynym uznanym ekspertem uprawnionym do orzekania o zdrowiu i chorobie, przez co zajmował jedną z najwyższych pozycji w hierarchii społecznego uznania. Decyzje lekarza mogły zmienić także kwalifikacje różnych zachowań, na przykład w przypadku odpowiedzialności za dokonane przestępstwo. Również brak potwierdzenia od lekarza stanu chorobowego odbierał społeczną aprobatę i akceptację chorowania oraz mógł wpłynąć na zmianę statusu społecznego, na przykład w przypadku orzeczenia o chorobie psychicznej wymagającej odizolowania od reszty społeczeństwa. I w końcu orzeczenia lekarskie mogły zapewnić specjalne przywileje: rentę, zwolnienie z obowiązku pracy, odbywania służby wojskowej.

Jak wynika z powyższych rozważań, rola lekarza była dotychczas ogromna, a rola pacjenta – całkowicie bierna. To profesjonalista dokonywał wyboru, działał w imieniu i dla dobra pacjenta. Sytuacja daleko idącego podporządkowania pacjenta lekarzowi, ze względu na dobro tego pierwszego, jest określana przez socjologów jako relacja paternalistyczna, a przez ekonomistów – jako relacja „ustanowionego pełnomocnika”. W płaszczyźnie poglądów społecznych zapoczątkowany został proces przewartościowań, który oddała społeczeństwo od akceptacji dominacji profesjonalisty.

Relacje lekarz – pacjent są stosunkami społecznymi, które mogą się układać w sposób symetryczny lub asymetryczny. Te ostatnie występują wówczas, gdy partnerzy reprezentują zróżnicowane siły lub gdy jeden z partnerów dąży do dominacji nad drugim. Stosunki społeczne pomiędzy lekarzem a pacjentem określić można jako system unormowanych oddziaływań pomiędzy nimi, zachodzących na płaszczyźnie związanej z sytuacją zdrowotną pacjenta. Pacjenci wchodzi świadomie w określone stosunki i zależności społeczne, w trakcie których partnerzy starają się wzajemnie nakłonić do oczekiwanych zachowań⁴⁴. Mówiąc o relacji lekarz – pacjent, należy podkreślić, że te dwie strony mają wspólny cel, którym jest poprawa lub ochrona zdrowia pacjenta. Lekarz podchodzi do choroby w sposób obiektywny i naukowy, a pacjent – subiektywnie, z dużą dozą emocji. Celem działań lekarza jest rozpoznanie przyczyny, postawienie

⁴³ B. Tobiasz-Adamczyk, J. Bajka, G. Marman, *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych*, Collegium Medicum, Kraków 1996, s. 13 i 76.

⁴⁴ *Ibidem*, s. 39.

diagnozy i ustalenie przebiegu leczenia. Ze względu na to, że pacjent nie ma wiedzy medycznej, za prawidłowy przebieg leczenia (czy też interakcji) obarcza się profesjonalistę. Od niego bowiem zależy, czy współpraca między nim a chorym będzie się układać harmonijnie, z korzyścią dla obu stron, czy też będzie pełna napięć, stresów i nieporozumień. Ze względu na rozwój świadomości konsumenckiej pacjenci zaczynają domagać się innego traktowania, jednocząc się w federacjach czy innych organizacjach.

7.4. Strategia pro jakościowa podmiotów świadczących usługi lecznicze

Badanie nad jakością usług zaowocowały wieloma modelami, z których najważniejsze stały się: model Ch. Grönroosa i model E. Gummessaona. W swoim modelu Ch. Grönroos zauważa, że usługa jest postrzegana indywidualnie, a zatem subiektywnie. Do określenia globalnej jakości usługi dochodzi się poprzez porównanie jakości oczekiwanej z jakością doświadczoną w wykonaniu. Oczekiwania dotyczące jakości usług współkształtowane są przez⁴⁵:

- 1) komunikację rynkową, a więc: reklamę, *direct mail*, *public relations*; ze względu na ich charakter można powiedzieć, że są to formy komunikowania, na które podmiot leczniczy ma wpływ,
- 2) wizerunek i opinię klientów, na których treść i zawartość zakład ma już tylko pośredni wpływ; należy tu założyć wpływ sugestii i opinii osób trzecich, jednak to, co się myśli i mówi o firmie, w sposób zasadniczy zostało ukształtowane na podstawie wcześniejszych z nią relacji,
- 3) potrzeby nabywcy.

Przedstawiony przez Ch. Grönroosa model całkowitej uświadomionej jakości ma charakter bardzo ogólny, pozwala jednak na⁴⁶:

- 1) wyekspozowanie roli jakości usług jako kluczowej kategorii, która musi stanowić podstawę każdej strategii marketingowej w tym sektorze,
- 2) uwzględnienie mechanizmu kształtowania jakości usługi (w tym głównie czynników determinujących jakość postrzeganą), a w konsekwencji satysfakcji klienta,

⁴⁵ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, op.cit., s. 207; J. Otto, *Marketing relacji...*, op.cit., s. 139.

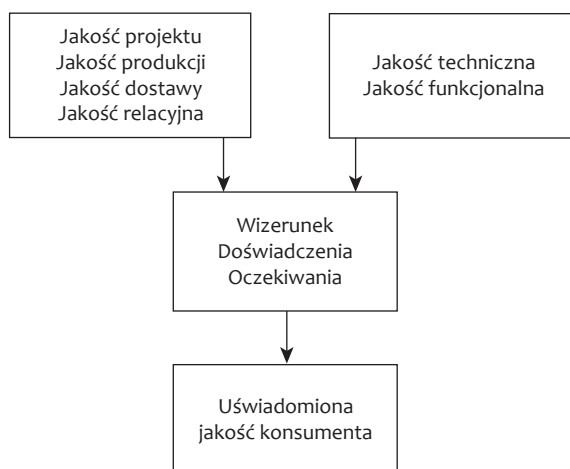
⁴⁶ A. Drapieńska, P. Dominiak, *Model marketingu usług*, „Marketing i Rynek” 1998, nr 11, s. 8.

- 3) podkreślenie znaczenia personelu w działalności usługowej i konieczności stałego doskonalenia go – także w zakresie komunikacji z klientami i komunikacji wewnątrz firmy.

Natomiast model E. Gummessona, który ma wyraźnie przemysłowy rodowód, wprowadza 4Q, które są traktowane jako przesłanki postrzeganej jakości i satysfakcji. Wyróżnia on więc jakość produktu, jakość wykonania, jakość dostaw i jakość relacji. Pierwsza z nich oznacza, że im projekt jest doskonalszy, tym produkt może spełniać funkcje, jakich oczekuje klient zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny. Jakość wykonania to najlepsze wykonanie zgodne z projektem, na co mają wpływ nie tylko świadczący usługę, lecz także wszyscy zaangażowani w ten proces. Jakość dostaw w odniesieniu do usługowego produktu oznacza terminowe dostarczanie usług, przekazanie właściwej dokumentacji lub też sprawny transport. Jakość relacji została wyodrębniona dla oznaczenia i oceny tego, jakie sukcesy odnosi firma w kreowaniu zewnętrznych relacji (i tworzeniu sieci) z klientami, partnerami, współpracownikami.

Porównując powyższe modele Ch. Grönroosa i E. Gummessona, należy zaznaczyć, że wspólnym elementem jest założenie, iż o jakości usługi w ostateczny sposób rozstrzyga percepcja nabywcy. Ta przesłanka doprowadziła do zbudowania jednego zintegrowanego modelu Ch. Grönroosa – E. Gummessona (rysunek 7.1).

Rysunek 7.1. Model jakości Ch. Grönroosa – E. Gummessona

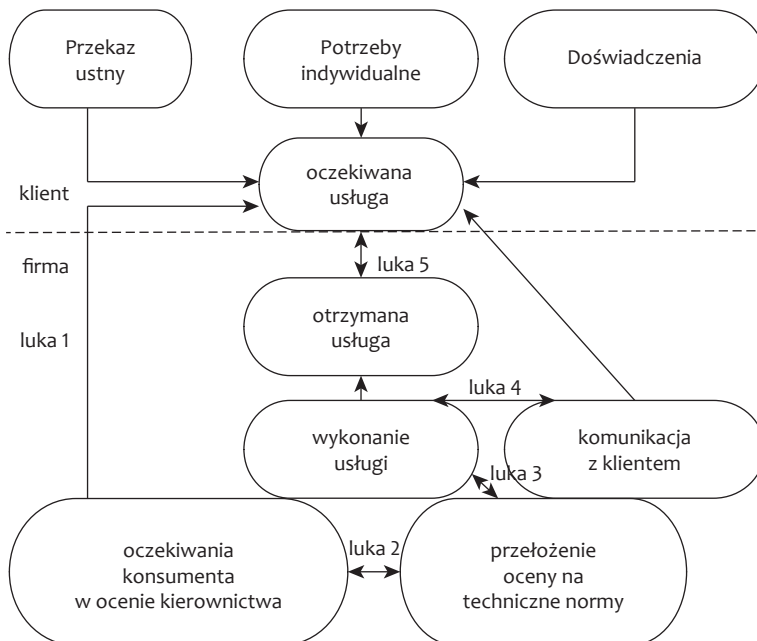


Źródło: E. Gummesson, *Quality Management in Service Organizations*, ISQA, za: K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000, s. 209.

Charakteryzując powyższy model należy zwrócić uwagę na następujące jego cechy⁴⁷:

- 1) Integruje dwa podejścia, z których jedno (Ch. Grönroosa) wykorzystywało dane empiryczne pochodzące z badań jakościowych w usługach, natomiast drugie (E. Gummessona) było adaptacją modelu jakościowego wypracowanego w przedsiębiorstwie produkcyjnym dla potrzeb usług.
- 2) Synkretyczna wersja modelu zarówno znajduje zastosowanie w firmach usługowych, jak i jest odwzorowaniem myślenia nabywcy, dla którego pomiar jakości jest sumą doświadczeń i spostrzeżeń wyniesionych ze świadczenia usługi.
- 3) W udoskonalonej wersji tego modelu autorzy przyjmują ponadto, że z punktu widzenia zawartości oferty dobra i usługi stanowią integralną/niepodzielną całość. Obie pary jakości cząstkowych tworzą wzajemnie się dopełniającą jakość wewnętrzną i zewnętrzną.

Rysunek 7.2. Model luki jakościowej



Źródło: V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L.L. Berry, *Delivering Quality Service*, The Free Press, New York 1990, s. 44.

⁴⁷ K. Rogoziński, *Nowy marketing...*, op.cit., s. 209.

Z kolei model opracowany przez A. Parasuramana i jego współpracowników⁴⁸ pozwala wskazać punkty, w których jakość usługi znacznie odbiega od jakości oczekiwanej przez klienta. Model wskazuje pięć sytuacji, w których między dwiema ocenami jakości powstają luki (rysunek 7.2):

- 1) luka między oczekiwaniami klienta a oceną tych oczekiwań przez kierownictwo firmy,
- 2) luka między oceną kierownictwa a normatywną jakością usługi,
- 3) luka między technicznymi normami jakości usługi a faktycznie wykonaną usługą,
- 4) luka między świadczeniem usługi a treścią komunikacji z konsumentami,
- 5) luka między oczekiwaną a otrzymaną usługą.

Skupienie uwagi na wielu aspektach działalności firmy jest niezbędne w celu pomyślnego wprowadzenia dobrego systemu jakości uwzględniającego tzw. efekt Haethorna⁴⁹, polegający na koncentrowaniu uwagi wszystkich pracowników na relacji klient – dostawca usługi. N. Kano z Uniwersytetu w Tokio przedstawił strukturę TQM jako budowę, która się zawali, jeśli zabraknie w niej choćby jednego elementu. Właściwe budowanie TQM w usługach powinno przybrać następującą postać zarządzania strategicznego: zarządzanie strategiczne jakością usług jest takim sposobem zarządzania organizacją usługową, który zmierza do maksymalnego zespolenia wymiaru strategicznego z praktycznym działaniem, czyli świadczeniem usługi. Konsekwencje wynikające z przyjętej definicji i określające jej kontekst interpretacyjny są następujące⁵⁰:

1. Zarządzanie jakością usług jest zarządzaniem marketingowym i musi mieć wymiar strategiczny. Strategia pro jakościowa jest strategią marketingową ze względu na to, że:
 - z istoty usługowego świadczenia wynika znacząca/współdecydująca rola usługobiorcy, już nie tylko nabywcy, ale weryfikatora jakości,
 - to marketing usług określa dziś standardy (wymagania) obsługi nabywcy,
 - nie chodzi o jednorazową akcję zapewnienia jakości, ale długookresowy, strategiczny cel osiągany dzięki doskonaleniu obsługi nabywcy,
 - warto starać się doskonalić obsługę tylko stałych klientów, jedynie oni bowiem będą w stanie to zauważyć i docenić,

⁴⁸ Por. V. A. Zeithaml, A. Parasuraman, L. L. Berry, *Delivering Quality Service*, The Free Press, New York 1990, za: A. Payne, *Marketing usług*, op.cit., s. 26.

⁴⁹ A. Muhlemann, J. Oakland, K. Lockyer, *Production and Operations Management*, University of Bradford 1998, s. 109.

⁵⁰ K. Rogoziński, *Nowy marketing usług...*, op.cit., s. 219–220.

- obsługę nabywcy można doskonalić tylko dzięki wykorzystaniu zarządzania marketingowego.
- Jeśli strategia marketingowa jest antycypacją przyszłej konkurencyjnej pozycji rynkowej, jaką firma zamierza osiągnąć z jednoczesnym wskazaniem warunków i sposobów jej osiągnięcia, to strategią projakościową będzie taka strategia marketingowa, która pozwala te cele osiągnąć poprzez postawienie na jakość usług.
2. Wprowadzenie rozważań dotyczących jakości w kontekst aksjologiczny. Jakości usług nie da się wyjaśnić bez odniesienia jej do wartości, stąd źródłem jej zrozumienia może być tylko kultura organizacji. Z niej wyprowadzone zostają podstawowe cele i style zarządzania. Dzięki temu:
 - można osiągnąć taki stan, w którym usługowy produkt staje się rzeczywistym dobrem,
 - strategia projakościowa dzięki dążeniu do poprawności i perfekcyjności wykonania staje się strategią długookresową i nakierunkowującą organizację na ścieżkę sukcesu,
 - można zintegrować marketing z pozostałymi funkcjami organizacji,
 - można uzgodnić status i znaczenie ocen jakościowych podejmowanych po obu stronach relacji usługowej.
 3. Z powyższych względów jakość nie może być utożsamiana z przyjętymi standardami technologicznymi ani procedurami. Tworzą one jedynie i określają płaszczyznę wyjściową i ramy, w jakie wpisuje się dwukategorialna jakość.
 - a) Odpowiedzialność za doskonalenie obsługi nabywcy spada na personel, widzący w jakości sposób realizacji obranych przez organizację wartości, ale i traktujący ją jako jednostkową szansę samodoskonalenia.
 - b) Zarządzanie przez jakość usługami wymaga zastosowania środków naprowadzania. Placówka realizująca strategię jakości jest organizacją „napędzaną kulturą” (ang. *culture driven*), tzw. kierowaną:
 - za pomocą atrakcyjności i dzięki sile przyciągania wartości sformułowanych w misji,
 - dzięki niewymuszonemu naśladownictwu najlepszych wzorów,
 - dzięki spontanicznemu podążaniu za liderami.
 - c) Stosownie do przyjętych wizji – misji – celów organizacja opracowuje najodpowiedniejszy dla niej sposób podejmowania ważnych decyzji (cele strategiczne, dobór personelu, systemy motywacyjne, procedury reklamacyjne itp.).

- d) Poszczególne jednostki organizacyjne tworzące strukturę pełnią wobec siebie funkcje pomocnicze i usługowe. Stąd administracja i związany z nią *management* spełnia funkcje służebne, ale nie władcze. Natomiast wynikający z marketingu relacyjnego postulat generowania wartości u wszystkich uczestników relacji, otwiera możliwości współpracy budowanej na innych, tzw. obopólnie korzystnych zasadach.
- e) Jednostka koordynująca jakość musi spełniać funkcje katalizatora (oczyszczającego z nieporozumień) i mobilizatora (zachęcającego tych, którzy nie starają się o to, żeby pracować lepiej).

Przy wdrażaniu faz TQM na rzecz poprawy jakości duże znaczenie ma zaangażowanie naczelnego kierownictwa poprzez funkcję inicjującą i koordynującą. Jest to szczególnie ważne ze względu na to, że:

- myślenie strategiczne powinno być mocną stroną wyższych szczebli zarządzania,
- dyrektor musi osobiście firmować i być zaangażowany w wybór i realizację strategii od początku i na stałe,
- zmiany dokonujące się w otoczeniu łatwiej jest obserwować z wyższych szczebli zarządzania niż na poziomie bezpośrednio wykonawczym,
- w przypadku strategii jakości w pełni potwierdza się prawdziwość sądu, iż „przykład idzie z góry”,
- dyrektorzy powinni być marketingowo wyedukowani.

Wdrażanie strategii projakościowej nie może się obyć ponadto bez aktywnego udziału osób bezpośrednio zaangażowanych w proces świadczenia usługi, a więc personelu kontaktowego. Personel powinien się w pełni ze strategią utożsamiać, uważając ją za swoją. Ponadto ostateczny kształt strategii może być skorygowany po uwzględnieniu opinii konsultantów i klientów, którzy chociażby podczas spotkań fokusowych mogą także wyrazić swoje opinie dotyczące niektórych istotnych kwestii obsługi.

Zainteresowanie podmiotów leczniczych nowymi metodami zarządzania znalazło swój wyraz w masowym wprowadzaniu strategii projakościowej pod postacią norm ISO lub też uzyskaniu statusu jednostki akredytowanej. Niestety mimo uzyskanych certyfikatów nie zawsze strategię te mają swój pozytywny wydźwięk wśród pracowników czy pośrednio wśród klientów zewnętrznych. Wadliwe wdrożenie ze względu na brak umiejętności pełnomocnika ds. zapewnienia jakości czy też brak entuzjazmu ze strony najwyższego kierownictwa bardzo szybko jest dostrzegane i wykorzystywane przez personel, zwłaszcza lekarzy, którzy, jak pokazują badania, nie są chętni do wprowadzania

jakichkolwiek zmian czy też wręcz są grupą zawodową, która stawia największy opór⁵¹. W takiej sytuacji certyfikat staje się tylko etykietą zewnętrzną, która w żaden sposób nie odzwierciedla faktycznej wizji zakładu. Ponadto badania ujawniły, iż system zarządzania jakością powoduje zaangażowanie pełnomocnika i niektórych grup zawodowych, a nie całego personelu, jak można by tego oczekiwać po strategii projakościowej.

Integracja systemów zarządzania jakością nabiera coraz większego znaczenia ze względu na:

- 1) Liczbę wdrożonych systemów. Normę PN-EN ISO 9001 można integrować z innymi: PN-EN ISO 14001 (system zarządzania środowiskowego), PN-N 18001 (system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy), PN-ISO/IEC 27001 (system zarządzania bezpieczeństwem informacji). W takim wypadku podmiot leczniczy posiada zintegrowany system zarządzania jakością. Systemy jakościowe można także wdrażać w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych na podstawie norm PN-EN ISO 17025 i PN-EN ISO 15189. Standardy jakości zostały opracowane na poziomie możliwym do wdrożenia w laboratorium diagnostycznym i mikrobiologicznym, które podejmują wysiłek wprowadzania działań na rzecz poprawy organizacji i zarządzania laboratorium i wiarygodności wyników badań⁵². Ta mnogość systemów stanowi konieczność połączenia nie tylko dokumentacji, lecz także działań osób zajmujących się poszczególnymi elementami całości.
- 2) Konieczność poddawania się audytom. Konieczność prowadzenia weryfikacji systemu zarówno ta wewnętrzna, jak i zewnętrzna zapisana jest w każdej normie. Przy założeniu, że system będzie weryfikowany tylko raz ze strony firmy certyfikującej i tylko dwa razy ze strony audytorów wewnętrznych (uwzględniając w tym przegląd zarządzania), mnożąc to razy liczbę systemów, powoduje ciągłą weryfikację, a tym samym ciągłe przygotowywanie się do kolejnych audytów. Dlatego też przy integracji systemów można

⁵¹ Na temat wprowadzania zmian i oporu wobec zmian patrz szerzej w rozdziale 9. Zarządzanie zmianą w organizacji ochrony zdrowia.

⁵² Określone standardy dotyczą wszystkich etapów procesu wykonania badania laboratoryjnego, przy uwzględnieniu: przepisów zawartych w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej; standardów jakości zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne; standardów jakości w zakresie czynności laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych, ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników, zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r.; standardów dotyczących warunków sanitarno-higienicznych laboratorium i bezpieczeństwa pacjentów.

przeprowadzać audyty połączone, w trakcie których równocześnie ocenie poddawane są poszczególne systemy.

- 3) Zaangażowanie ludzi. Integracja sprzyja scaleniu wszystkich elementów w taki sposób, aby zatrudnione osoby miały możliwość pogodzenia na swoich stanowiskach pracy wszystkich wymaganych elementów systemu. Traktuje się je wtedy jako jedną scaloną dokumentację, a nie części, z których każdy podaje inne wymagania. Korzyści z integracji odczuwa także kierownictwo, które także nie traktuje wymogów poszczególnych systemów jako odrębnych elementów, tylko posiada jeden centralny system, który poprzez swoje wytyczne zwraca uwagę na istotne obszary działalności przedsiębiorstwa. Nie ma wtedy ryzyka powielenia się dokumentacji, a występuje jedynie zjawisko uzupełnienia i scalenia w jedno. Ludzie to nie tylko osoby zatrudnione w przedsiębiorstwie, lecz także klienci zewnętrzni, którzy poprzez integrację działań wewnętrznych powinni stać się współkreatorami systemu. System zarządzania powstaje nie tylko dla potrzeb wewnętrznych w celu porządkowania i systematyzowania działania, ale szczególnie jest zaprojektowany dla klienta zewnętrznego, który jest ostatecznym weryfikatorem jakości. Jako klient/odbiorca decyduje o istnieniu firmy i w tym kontekście jego potrzeby stają się najistotniejsze.
- 4) Wdrożenie działań korygujących i zapobiegawczych. Jest to element, który sprzyja integracji systemu. Przyjrzenie się całościowo organizacji powoduje, iż w zakresie monitorowania, mierzenia, analizy i oceny można, a nawet należy weryfikować skuteczność poszczególnych elementów systemu, analizując dany proces w kontekście różnych wytycznych – ISO 9001, ISO 14001, ISO 18001, ISO 27001. W centrum zainteresowania znajduje się wtedy system, a poszczególne wytyczne są składowymi jednej całościowej i zespolonej oceny. Unikamy więc sytuacji, w której dany proces jest poddawany wielokrotnie w ciągu roku ocenie, za każdym razem będąc weryfikowany za pomocą innego kryterium. Doprowadziłibyśmy bowiem do absurdalnej sytuacji akceptacji procesu na zgodność z normą ISO 9001, aby w kolejnym audycie wykazać w tym samym procesie niezgodność na normę ISO 14001.
- 5) Szkolenia – integracja systemu sprzyja także integracji potrzeb szkoleniowych. Traktując systemy osobno, mielibyśmy do czynienia z sytuacją, kiedy pracownik kilkakrotnie przechodzi szkolenia, za każdym razem zapoznając się z wymogami innej normy. Brak integracji powodowałby ryzyko niezrozumienia całości lub też zrozumienia jedynie tych części, które inherentnie będą związane z danym stanowiskiem pracy. W celu przeciwdziałania temu

można prowadzić szkolenia zgodnie z kolejnością wdrożeń poszczególnych systemów, ale na końcu po przeprowadzeniu wspólnego podsumowania koncentrować się w przyszłości na szkoleniach, gdzie łącznie będą omawiane elementy związane z doskonaleniem czy też wprowadzeniem działań korygujących lub zapobiegawczych. Planowanie szkoleń uwzględnia przy integracji potrzeby wynikające ze wszystkich systemów, bez wyróżniania żadnego z nich jako priorytetowego.

- 6) Politykę jakości i cele jakościowe. Mimo że element ten jest omawiany na końcu, stanowi najważniejszą przesłankę tworzenia systemu. Poprzez te dokumenty znajdujemy odpowiedź na pytanie, do czego zmierza organizacja, jaki jest jej cel główny, w jaki sposób będzie realizowała swoje cele strategiczne. Skoro organizacja oznacza jedność, a zadaniem najwyższego kierownictwa jest kompleksowe zarządzanie, to także system powinien być jeden. Polityka jakości, uwzględniająca cele strategiczne organizacji, w tym te wynikające z poszczególnych systemów. Cele jakościowe opracowane dla poszczególnych procesów, z uwzględnieniem adekwatnie wszystkich wymogów. Jedna polityka, jedne cele szczegółowe do poszczególnych procesów (ta jedność celów nie oznacza, że należy przygotować jedno działanie, ale oznacza jedną dokumentację w odniesieniu do procesu).

Podsumowanie

Poruszane zagadnienia z zakresu możliwości implementacji marketingu relacyjnego do usług medycznych wskazują wyraźnie, iż ów paradygmat jest jedynie początkiem szerszej strategii zarządzania. Kolejnym krokiem, będącym niejako konsekwencją przyjętych założeń, jest koncentracja na strategii projakościowej z wyraźną dalszą reorientacją na wartość usług. Przedstawiona konstrukcja jest nie tylko zalecana, ale wręcz dedykowana usługom medycznym. Nie jest to jednak zadanie łatwe. Z jednej strony należy wziąć pod uwagę uwarunkowania makrootoczenia, takie jak zmienne w warunkach polskiej gospodarki, z drugiej – ogromną trudność, jaką szczególnie w tej branży stwarza ukształtowanie właściwej, usługowej kultury organizacji.

Prezentowane zagadnienia są jedynie wskazówką wytyczającą kierunki działania dla podmiotów. Warto jednak zwrócić uwagę na zagadnienie dopiero pojawiające się, a ściślej determinujące strategię zarządzania – konsumeryzm medyczny. To przecież pacjent jest ostatecznym weryfikatorem jakości świadczonych usług.

Bibliografia

- Armstrong M., *Handbook of Management Techniques*, Kogan Page, London 1993.
- Copulsky J., Wolf M., *Relationship Marketing. Positioning for the Future*, "Journal of Business Strategy" 1990, no. 7–8.
- Dobska M., Dobski P., *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 2000.
- Dobska M., Dobski P., *TQM – zarządzanie przez jakość w szpitalu*, Mars Graf, Poznań 2003.
- Dobska M., Dobski P., *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Dobska M., *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.
- Drapińska A., Dominiak P., *Model marketingu usług*, „Marketing i Rynek” 1998, nr 11.
- Grönroos Ch., *Service Management and Marketing, Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Free Press Lexington, 1990.
- Grönroos Ch., Storbacka K., Strandwick T., *Managing Customer Relationships for Profit*, w: *Advances in Relationship Marketing*, red. A. Payne, Kogan Page, 1995.
- Gummesson E., *Relationship Marketing: von 4P zu 30 R*, Verlag Moderne Industrie, Landsberg Lech 1997.
- Kiljańska M., *Kluczowe przesłania Międzynarodowego Forum Jakości i Bezpieczeństwa w Opiece Zdrowotnej*, Ogólnopolska konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, CMJ, Kraków 2009.
- Korsch B.M., Harding C., *Świadomy pacjent*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
- Kurkowski J.L., *Człowiek i medycyna. Pieniądże albo życie*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1997.
- Muhlemann A., Oakland J., Lockyer J., *Production and Operations Management*, University of Bradford 1998.
- Paluchowski W.J., *Czy marketingowi potrzebna jest psychologia?*, w: *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej*, red. K. Rogozińskiego, materiały z IV konferencji „Marketing usług profesjonalnych”, 20–21 maja 2002, Poznań 2002.
- Payne A., *Advances in Relationship Marketing*, Kogan Page, London 1995.
- Rensmann F.J., *A Handbook of Management Techniques*, Kogan Page, London 1993.
- Rogoziński K., *Dlaczego marketing relacyjny?*, „Marketing w Praktyce” 1996, nr 4.
- Rogoziński K., *Marketing relacyjny według Gummessona*, „Marketing i Rynek” 2000, nr 12.
- Rogoziński K., *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000.

- Rogoziński K., *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006.
- Syroka A., Rudnicki J., Agraval A.K., *Relacje lekarz – pacjent w procesie medykalizacji choroby*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2005.
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków 2009.
- Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marman G., *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych*, Collegium Medicum, Kraków 1996.

Rozdział 8

Sposoby rozwoju podmiotów leczniczych

Wioletta Mierzejewska¹

Wprowadzenie

Wybór strategii rozwoju pociąga za sobą konieczność odpowiedzi na pytanie o sposób jej realizacji. Jest to jeden z kluczowych wyborów w zarządzaniu strategicznym, niezmiernie ważny dla powodzenia obranej strategii działania. Sposób rozwoju można zdefiniować jako wybór źródła pozyskiwania zasobów przedsiębiorstwa potrzebnych do realizacji planu strategicznego². Podmiot leczniczy, realizując plan strategiczny, może zdecydować się na budowanie go, opierając się na zasobach wewnętrznych lub też bazując na zasobach spoza podmiotu. Ten pierwszy sposób rozwoju to rozwój wewnętrzny, a drugi to rozwój zewnętrzny.

Każda z wymienionych form rozwoju ma liczne zalety i wady. Można wskazać sytuacje, w których zaleca się stosowanie konkretnego sposobu rozwoju i czynniki sukcesu realizacji jednej z tych dwóch form rozwoju. W niniejszym rozdziale omówiony zostanie zarówno rozwój wewnętrzny, jak i zewnętrzny, ich typologia i przesłanki wyboru. Jednak ze względu na stale rosnące znaczenie rozwoju zewnętrznego, jego złożoną naturę i popularność, tej metodzie rozwoju zostanie poświęcona większa uwaga. Na koniec zostaną scharakteryzowane czynniki sukcesu w fuzjach i przejęciach oraz aliansach strategicznych.

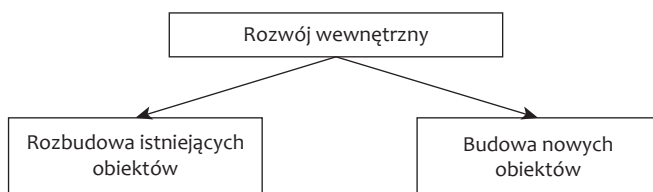
¹ Dr Wioletta Mierzejewska, adiunkt w Instytucie Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

² M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009, s. 153.

8.1. Rozwój wewnętrzny podmiotów leczniczych

Rozwój wewnętrzny nazywany jest rozwojem organicznym i dotyczy sytuacji, kiedy podmiot wdraża strategię, bazując na własnych zasobach i zdolnościach. Plan strategiczny może być realizowany drogą rozwoju wewnętrznego albo poprzez rozbudowę istniejących obiektów, albo poprzez budowę zupełnie nowych obiektów (rysunek 8.1).

Rysunek 8.1. Rodzaje rozwoju wewnętrznego



Źródło: opracowanie własne.

Rozbudowa istniejących obiektów to podstawowy rodzaj rozwoju wewnętrznego. Nie oznacza on tylko inwestycji w powiększanie powierzchni użytkowej, ale może dotyczyć także podnoszenia standardu pomieszczeń poprzez remonty czy też polegać na zwiększaniu zatrudnienia. Ten sposób rozwoju dotyczy również inwestycji w nowe technologie, które są wykorzystywane w różnych procedurach realizowanych przez podmiot leczniczy. Możliwość pozyskania finansowania z programów unijnych sprawiła, że wiele podmiotów rozwija się właśnie w ten sposób.

Drugi rodzaj rozwoju wewnętrznego to inwestowanie w zupełnie nowe obiekty. Mogą one być zlokalizowane w pobliżu dotychczasowych lub też w nowych rejonach, co wiąże się z realizacją na przykład strategii rozwoju rynkowego. Tworzenie nowych obiektów i, co za tym idzie, dynamiczny rozwój rynkowy jest bardziej charakterystyczny dla podmiotów niepublicznych. Podmioty publiczne, realizując tę strategię, zazwyczaj dokonują inwestycji w nowe obiekty w pobliżu swojej głównej lokalizacji, choć nie jest to regułą.

Przykładów na rozwój wewnętrzny podmiotów leczniczych można znaleźć wiele, bo ta forma dominuje na rynku medycznym. Analizując historię Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, można wskazać, że obecnie rozwija się on głównie poprzez rozwój wewnętrzny. Z jednej strony

prowadzone są prace, które pozwalają na remonty i rozbudowę istniejących obiektów, a z drugiej pojawiają się nowe oddziały, na przykład otwarty w 2013 r. Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny w Miechowie³. Podobny przykład to Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, który zarówno prowadzi intensywne prace modernizacyjne, jak i inwestuje w nowe budynki⁴. Liczne przykłady rozwoju wewnętrznego można odnaleźć także w grupie podmiotów prywatnych, choć często skala realizowanych inwestycji jest znacznie większa. Warto wskazać na inwestycje w budowę własnych szpitali dokonywane przez ENEL-MED, LUX MED czy Medicover. Ten ostatni podmiot wydał 40 mln EUR na budowę szpitala o powierzchni 16 tys. m², w skład którego wchodzi 8 klinik i 2 specjalistyczne centra⁵.

Popularność tego sposobu rozwoju wśród podmiotów publicznych z jednej strony wynika z obecnej sytuacji ekonomicznej i prawnej, ale z drugiej strony – z zalet tego sposobu realizacji strategii. Niewątpliwą zaletą rozwoju wewnętrznego jest mniejsze jego ryzyko, rozłożenie inwestycji w czasie, a dodatkowo fakt, że powolnie wprowadzane zmiany pozwalają na lepszą synchronizację z obecnymi dziedzinami działalności.

8.2. Rozwój zewnętrzny podmiotów leczniczych

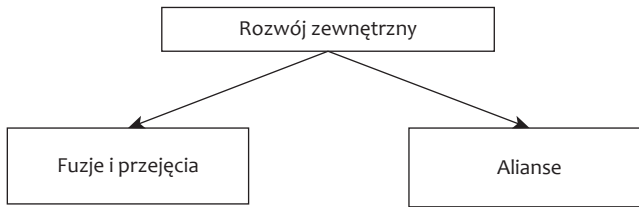
Alternatywą dla rozwoju wewnętrznego jest rozwój zewnętrzny, czyli poszukiwanie zasobów strategicznych poza podmiotem leczniczym. Od lat 80. XX wieku to właśnie rozwój zewnętrzny jest dominującą metodą realizacji strategii. Znacząca, nawet w kryzysie, liczba fuzji i przejęć w gospodarce wskazuje na popularność tej formy rozwoju. I chociaż pozwala na szybkie osiągnięcie efektów, jest to bardzo skomplikowana i ryzykowna forma rozwoju podmiotów. Rodzaje rozwoju zewnętrznego przedstawiono na rysunku 8.2.

Rozwój zewnętrzny może być realizowany poprzez fuzje, przejęcia i alianse strategiczne. Chociaż każda z tych trzech form ma różną specyfikę, to często fuzje i przejęcia omawia się łącznie, a oddzielnie charakteryzowane są alianse strategiczne. W takim też podziale zostaną poniżej omówione wspomniane formy rozwoju zewnętrznego.

³ <https://babinski.pl/historia-szpitala/>, 02.08.2016 r.

⁴ <http://szpitalpraski.pl/nasz-szpital/historia/>, 02.08.2016 r.

⁵ <https://www.medicover.pl/o-nas/szpital-medicover/historia-fakty-liczby/>, 06.03.2017 r.

Rysunek 8.2. Rodzaje rozwoju zewnętrznego

Źródło: opracowanie własne.

8.2.1. Fuzje i przejęcia

Jak już wspomniano, fuzje i przejęcia to dwa różne pojęcia, chociaż często są one analizowane razem. Warto jednak wskazać na różnice między nimi. **Fuzja** to inaczej połączenie podmiotów. W wyniku łączenia dwóch podmiotów jeden traci osobowość prawną i zostaje wcielony do drugiego. Taka fuzja to **inkorporacja**. Można spotkać także przypadki, w których wszystkie łączące się podmioty tracą osobowość prawną i zarejestrowany zostaje zupełnie nowy podmiot. Ta odmiana fuzji nosi nazwę **konsolidacji**. Natomiast **przejęcie** oznacza przyłączenie jednego przedsiębiorstwa do innego poprzez przejęcie pakietu kontrolnego udziałów. Podmiot przejmowany staje się własnością innego przedsiębiorstwa, ale nie traci osobowości prawnej⁶.

Tryb dokonywania fuzji i przejęć jest regulowany przez prawo. W przypadku podmiotów niepublicznych, a w szczególności spółek, połączenia podmiotów reguluje Kodeks spółek handlowych. Natomiast w przypadku SPZOZ regulacje dotyczące połączeń podmiotów zawiera art. 66 i 67 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W obu przypadkach wyróżniono dwa modele połączeń spółek/podmiotów leczniczych, których charakterystykę przedstawiono w tabeli 8.1.

W literaturze przedmiotu można spotkać różne klasyfikacje połączeń i przejęć przedsiębiorstw. Ze względu na rodzaj prowadzonej działalności można wyróżnić połączenia lub przejęcia⁷:

⁶ M. Romanowska, *Planowanie strategiczne...*, op.cit., s. 154–155.

⁷ *Fuzje, przejęcia. Wybrane aspekty integracji*, red. A. Herdan, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 19.

- poziome (horyzontalne) – dokonywane między podmiotami oferującymi podobne usługi i działającymi w jednej branży,
- pionowe (wertikalne) – dokonywane między podmiotami o pokrewnej działalności, znajdującymi się na różnych etapach ścieżki ekonomicznej, na przykład z dostawcami lub odbiorcami,
- konglomeratowe – dokonywane między podmiotami świadczącymi odmienne usługi, działającymi w różnych branżach.

Tabela 8.1. Modele połączeń spółek prawa handlowego i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

RODZAJE POŁĄCZEŃ	Charakterystyka modeli połączeń podmiotów według:	
	Kodeksu spółek handlowych*	Ustawy o działalności leczniczej**
Połączenie przez inkorporację (<i>per incorporationem</i>)	Przeniesienie całego majątku spółki (przejmowanej) na inną spółkę (przejmującą) za udziały lub akcje, które spółka przejmująca wydaje wspólnikom spółki przejmowanej.	Przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący).
Połączenie przez zjednoczenie (konsolidację) (<i>per unionem</i>)	Zawiązanie spółki kapitałowej, na którą przechodzi majątek wszystkich łączących się spółek za udziały lub akcje nowej spółki.	Utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego co najmniej z dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

* Art. 492.

** Art. 66.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kodeksu spółek handlowych, Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037, i Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Połączenia i przejęcia poziome dokonywane są najczęściej między konkurentami, a ich motywem może być zwiększenie skali działania w celu zdobycia dominującego udziału w rynku, wykorzystanie wspólnego *know-how*, zasobów czy też doskonalenie procesów i procedur w dążeniu do obniżki kosztów i racjonalizacji wydatków. Na rynku prywatnych usług medycznych można spotkać wiele egzemplifikacji tego typu przejęć i połączeń. W ten sposób rozwijają się wielkie sieci medyczne. Można chociażby podać jako przykład Grupę LUX MED, która konsekwentnie rozwija się poprzez przejęcia i połączenia poziome, rozszerzając geograficzny zasięg działania i zwiększając skalę świadczonych usług. Jednym z przykładów stosowania tej formy rozwoju może być wzmocnianie pozycji w obszarze diagnostyki obrazowej poprzez zakup przez

LUX MED Diagnostyka siedmiu placówek diagnostycznych ENEL-MED-u za kwotę 52,7 mln PLN⁸, a wcześniej przejęcie Scanlab sp. z o.o. – łódzkiej spółki świadczącej usługi z zakresu diagnostyki obrazowej⁹ – czy też Tomograf sp. z o.o. – toruńskiej spółki o podobnym profilu¹⁰.

Połączenia poziome są częściej spotykane na rynku usług medycznych niż połączenia pionowe. Połączenia pionowe mogą polegać na przykład na połączeniu z dostawcą usług diagnostyki laboratoryjnej, choć obecnie na rynku obserwuje się odwrotny trend polegający na wydzieleniu tych usług i zleceniu ich podmiotom zewnętrznym. Celem połączeń i przejęć o charakterze poziomym jest najczęściej dążenie do lepszej kontroli całego procesu obsługi pacjenta oraz czasami redukcja kosztów.

Połączenia i przejęcia konglomeratowe rzadko są spotykane na rynku usług medycznych. Najczęściej są wynikiem dążenia do dywersyfikacji ryzyka i/lub wykorzystania posiadanych zasobów finansowych poprzez inwestycje w odmienne działalności. Przykładem przejęcia konglomeratowego (choć dość pokrewnego) może być przejęcie przez Grupę Neuca, zajmującą się hurtową dystrybucją leków, spółki Elmed Szczytno sp. z o.o., która posiada przychodnie lekarskie w 11 lokalizacjach w województwie warmińsko-mazurskim i mazowieckim¹¹. Inny przykład to wejście Samsung Electronics na rynek sprzętu medycznego, które zrealizowano między innymi poprzez przejęcie pakietu kontrolnego w spółce Medison, zajmującej się produkcją diagnostycznych urządzeń ultradźwiękowych¹².

Inną klasyfikacją fuzji i przejęć jest klasyfikacja bazująca na celach, które chce osiągnąć podmiot inicjujący transakcję. Generalnie można wyróżnić w ten sposób fuzje i przejęcia oparte na logice konkurencyjnej i na logice transakcyjnej. Logika konkurencyjna oznacza poszukiwanie efektu skali. Łączące się podmioty najczęściej pochodzą z podobnej branży, a dzięki połączeniu umacniają swoją pozycję konkurencyjną. Często takie połączenie pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów, a poprzez to optymalizuje koszty. Natomiast logika transakcyjna to połączenia dla efektu synergii. Łączące się podmioty mają odmienne słabe

⁸ <https://www.pb.pl/lux-med-kupuje-enel-med-inwestuje-758523>, 06.03.2017 r.

⁹ <http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/informacje-prasowe.html,p,2>, 04.03.2017 r.

¹⁰ <http://cmt-advisory.pl/pl/lider-prywatnych-uslug-medycznych-w-polsce-stawia-na-przejecia>, 04.03.2017 r.

¹¹ <http://www.medycynaprywatna.pl/neuca-przejecie-sieci-przychodni-medycznych/>, 06.03.2017 r.

¹² <http://kontakt24.tvn24.pl/samsung-wkracza-na-europejski-rynek-medyczny,227739>, ugc, 06.03.2017 r.

i mocne strony. Może to być związane z obsługiwaniem odmiennych rynków geograficznych lub sektorów. Nabywca poprzez połączenie lub przejęcie bazujące na logice transakcyjnej uzupełnia brakujące zasoby¹³. Należy zauważyć, że z każdą z form rozwoju zewnętrznego łączą się różne efekty synergiczne¹⁴ i różne prawdopodobieństwo ich wystąpienia, co prezentuje tabela 8.2.

Tabela 8.2. Potencjalne typy synergii połączeń podmiotów

Typ synergii		Typ rozwoju zewnętrznego		
		konsolidacja	inkorporacja	przejęcie
Synergia zasobów i umiejętności:	badawczo-rozwojowych oraz projektowych i technologicznych	++	++	--
	zarządzania	++	++	-+
Synergia produkcyjna		++	-+	--
Synergia rynkowa		++	-+	-+
Synergia zasobów finansowych		++	-+	++

(+ +) wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia synergii

(--) niskie prawdopodobieństwo wystąpienia synergii

(- +) synergia występuje, ale działa z niewielką siłą

Źródło: Z. Pierścionek, *Zarządzanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 430–431.

Jak widać, tylko pełna konsolidacja wiąże się z największym prawdopodobieństwem wystąpienia wszystkich efektów synergicznych. Jednak jest to równocześnie najtrudniejsza forma rozwoju zewnętrznego.

Ciekawym wyróżnikiem rodzajów przejęć jest atmosfera, w jakiej przebiegają. Korzystając z tego kryterium, można wyróżnić przejęcia wrogie i przyjazne. Przejęcia przyjazne następują za zgodą obu stron. Takim przyjaznym przejęciem, mającym jednocześnie na celu restrukturyzację przejmowanego podmiotu, był zakup Polfy Warszawa przez Polpharmę. W wyniku transakcji Polpharma stała się właścicielem 85,14% akcji Polfy Warszawa, będących dotąd w posiadaniu

¹³ M. Romanowska, *Planowanie strategiczne...*, op.cit., s. 168–172.

¹⁴ Może to być: **synergia zasobów i umiejętności badawczo-rozwojowych oraz projektowych i technologicznych**, która wynika z połączenia wiedzy i umiejętności podmiotów, komplementarności wyników badań, ich połączenia i możliwości prowadzenia nowych badań; **synergia zasobów i umiejętności zarządzania**, oznaczająca często efekty związane z połączenia wiedzy i umiejętności marketingowych, operacyjnych czy strategicznych; **synergia rynkowa**, objawiająca się wzrostem udziału w rynku połączonych podmiotów i zwiększonym potencjałem do wzrostu w kolejnych okresach; **synergia produkcyjna**, która oznacza generowanie efektów skali, efektów specjalizacji i doświadczenia; **synergia zasobów finansowych**, czyli zwiększenie siły finansowej obu podmiotów, możliwości wewnętrznego finansowania.

Polskiego Holdingu Farmaceutycznego i Skarbu Państwa¹⁵. W odróżnieniu od przejęć przyjaznych w przejęciach o charakterze wrogim przeniesienie kontroli i własności następuje wbrew woli obecnego zarządu. Najczęściej spotykane są one w przypadku przejmowania spółek kapitałowych notowanych na giełdzie papierów wartościowych. Istnieje szereg metod obrony przed takimi wrogimi przejęciami. Polegają one na podejmowaniu działań mających nie dopuścić do zawarcia transakcji poprzez zagrożenie działaniami odwetowymi, obniżenie wartości spółki lub znalezienie innego kontrahenta.

Należy zauważyć, że rynek medyczny i farmaceutyczny jest obecnie uważany za jeden z „najgorętszych”, zaraz po bankowym, ze względu na dokonywane i planowane fuzje i przejęcia¹⁶. Podobne zjawiska obserwuje się na całym świecie. Według Raportu *M&A Trends in Life Sciences and Health Care*, przygotowanego przez firmę doradczą Deloitte wraz z The Economist Intelligence Unit, fuzje i przejęcia w branży medycznej i farmaceutycznej będą coraz częstsze. Raport prezentuje wyniki ankiety przeprowadzonej wśród 240 członków kierownictwa firm z sektora farmaceutycznego, biotechnologicznego i opieki zdrowotnej z całego świata. Wyniki ankiety pokazują, że 70% największych firm w sektorze farmaceutycznym i medycznym (o rocznych przychodach powyżej 10 mld USD) deklaruje chęć podjęcia działań w zakresie fuzji i przejęć w ciągu najbliższych trzech lat¹⁷.

8.2.2. Alianse strategiczne

Kolejną formą rozwoju zewnętrznego są alianse strategiczne. **Alians strategiczny** definiowany jest jako współpraca rywalizujących ze sobą podmiotów. Nie likwiduje on konkurencji, a jedynie w pewnym zakresie czasowo ją ogranicza. Zawierany jest między obecnymi i potencjalnymi konkurentami¹⁸. Niektórzy badacze szerzej definiują alianse strategiczne, wskazując, że polegają one na dzieleniu się przez uczestniczące w nim podmioty zasobami i działaniami w celu realizacji wspólnej strategii¹⁹.

¹⁵ <http://www.polpharma.pl/aktualnosci-firma/polpharma-sa-sfinalizowala-umowe-zakupu-pol-fy-warszawa/>, 07.03.2017 r.

¹⁶ <http://www.rynekapteku.pl/marketing-i-zarzadzanie/branza-medyczna-i-farmaceutyczna-aktywna-na-rynek-fuzji-i-przejec,9181.html>, 01.08.2016 r.

¹⁷ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-nastal-dobry-czas-na-fuzje-i-przejecia-w-branzy-medycznej,147357,1.html>, 01.08.2016 r.

¹⁸ Zob. M. Romanowska, *Planowanie strategiczne...*, op.cit., s. 155.

¹⁹ Zob. G. Johnson, K. Scholes, R. Whittington, *Podstawy strategii*, PWE, Warszawa 2010, s. 284.

Można wymienić następujące cechy charakteryzujące alians strategiczny: oparty jest na zasadzie partnerstwa przy jednoczesnej swobodzie i niezależności podmiotów w nim uczestniczących; ma charakter długofalowy, choć ograniczony czasowo; zawierany jest dla realizacji określonych celów. Niewątpliwą zaletą aliansu strategicznego jest zachowanie autonomii podmiotów w nim uczestniczących oraz możliwość wyjścia z niego w przypadku zmiany strategii. Alianse strategiczne, obok realizacji celów, dla jakich zostały zawarte, pozwalają także na uczenie się podmiotów od siebie nawzajem. Wymiana wiedzy to bardzo istotna korzyść wynikająca z zawarcia aliansu strategicznego, wpływająca na wzrost satysfakcji klientów i na poprawę wizerunku współpracujących podmiotów. Alianse strategiczne pozwalają także na podział ryzyka i kosztów między partnerów, a przez to na obniżenie kosztów związanych na przykład z wejściem na nowe rynki lub do nowych sektorów. Motywem ich zawierania jest także przezwyciężenie barier rynkowych, minimalizacja nakładów inwestycyjnych czy też dążenie do zwiększenia przewagi konkurencyjnej. Jest to elastyczna i dynamiczna forma współpracy, która zmienia się wraz ze zmieniającym się otoczeniem i uwarunkowaniami wewnętrznymi podmiotów tworzących alians²⁰.

Jednak obok korzyści aliansów strategicznych trzeba zwrócić uwagę na zagrożenia, jakie niosą. Zagrożenia płynące z aliansu strategicznego można podzielić na te występujące w okresie tworzenia, działania i po rozwiązaniu aliansu. Pierwsze i chyba najbardziej istotne wiąże się z możliwością utraty informacji chronionych przez podmiot. Może ono wystąpić w każdej fazie aliansu strategicznego, ale jest dość charakterystyczne dla okresu tworzenia aliansu, w którym potencjalny aliant może tylko chcieć wyłudzić poufne informacje. Kolejne zagrożenia wynikają ze współzależności współpracujących podmiotów i mogą być związane z utratą wizerunku i reputacji jednego alianta, jeśli u drugiego alianta wystąpią niepowodzenia. Zagrożenia aliansów strategicznych związane mogą być też z możliwą dominacją jednego z aliantów lub też nierównym podziałem obowiązków i udziałów w aliansie między uczestników. W okresie trwania aliansu strategicznego znaczące jest zagrożenie wynikające z różnic kulturowych aliantów i trudności w porozumieniu się. Natomiast po zakończeniu aliansu największym zagrożeniem jest tzw. syndrom konia trojańskiego, który oznacza, że nasz dotychczasowy partner poznał nasze silne i słabe strony,

²⁰ Zob. J. Cygler, *Alianse strategiczne*, Difin, Warszawa 2002, s. 34–37; T. Gajewska, *Alianse strategiczne przedsiębiorstw*, „Przegląd Odlewnictwa” 2010, vol. 60 (3–4), s. 120–123.

które może w przyszłości wykorzystać w walce konkurencyjnej²¹. Można jednak przeciwdziałać zagrożeniom możliwym do wystąpienia w wyniku zawarcia aliansu strategicznego. Czynniki sukcesu aliansu zostaną omówione w dalszej części opracowania.

Należy zaznaczyć, że prawo nie reguluje form i trybów zawierania alian-sów strategicznych. Tym bardziej, że mogą one mieć zarówno formalny, jak i nieformalny charakter. Alianse formalne to porozumienia legalne, które mają często formę umowy. Regulują je przepisy dotyczące zawierania porozumień handlowych. Natomiast aliansy nieformalne zawierane są między właścicielami lub zarządzającymi rywalizującymi podmiotami, bez odpowiednich zapisów w postaci umów²².

W praktyce aliansy przybierają różne formy. Można je podzielić na aliansy kapitałowe i niekapitałowe (umowne) – rysunek 8.3.

Rysunek 8.3. Formy alian-sów strategicznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009, s. 184.

Aliansy kapitałowe wiążą się z wymianą udziałów, inwestycjami mniejszościowymi lub zakładaniem nowej spółki, w której partnerzy mają swoje udziały. Wymiana udziałów czy inwestycje mniejszościowe nie pozwalają na kontrolowanie alianta, ale skłaniają do traktowania go na innych zasadach niż pozostałych konkurentów. Zakładanie spółki *joint venture* wymaga większego zaangażowania obu partnerów, którzy wspólnie nią zarządzają.

²¹ D. Hajdukiewicz, *Mazowiecki Sojusz Partnerski – aliansy strategiczne zakładów opieki zdrowotnej*, „Menedżer Zdrowia”, nr 4, sierpień 2003, s. 14 i nast.; J. Cygler, *Aliansy strategiczne*, Difin, Warszawa 2002, s. 150.

²² M. Romanowska, *Planowanie strategiczne...*, op.cit., s. 183.

W przypadku aliansów niekapitałowych współpracujące podmioty wiąże umowa. Przy czym mogą to być umowy o różnym charakterze, od zwykłej umowy o współpracę w wybranym obszarze, po umowy licencyjne, franchisingowe czy dotyczące zawarcia konsorcjum. Alianse niekapitałowe są najprostszą formą aliansów, najmniej ograniczającą swobodę działania partnerów. Wraz z upływem ważności umowy i/lub osiągnięciem zakładanego celu alians ulega rozwiązaniu. Czasem jednak aliance podmiotów trwają bardzo długo, a w niektórych przypadkach są wstępem do przejęcia lub połączeniem podmiotów.

Należy zauważyć, że formy współpracy podmiotów na rynku usług medycznych są bardzo zróżnicowane: od zwykłych porozumień do zawierania konsorcjów. Warto tutaj przytoczyć chociażby przykład Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych, którego celem jest kształtowanie relacji między innymi z organami administracji rządowej i samorządowej, związkami zawodowymi, dostawcami materiałów, sprzętu i usług, ubezpieczycielami komercyjnymi oraz innymi instytucjami²³. Inną inicjatywą aliansu strategicznego w służbie zdrowia był Mazowiecki Sojusz Partnerski zawarty pomiędzy dyrekcją Szpitala Kolejowego w Pruszkowie i Szpitala Powiatowego w Makowie Mazowieckim. Powstał on jako odpowiedź na niebezpieczeństwo nieznalesienia się w strukturach krajowej sieci szpitali, a jego celem było obniżenie kosztów funkcjonowania obu placówek i polepszenie pozycji przetargowej wobec dostawców i NFZ. Niestety alians nie został zalegalizowany i dodatkowo również nieformalna współpraca nie była kontynuowana²⁴.

Podobnie jak w przypadku przejęć i połączeń przedsiębiorstw aliance zawierane są dla efektu skali lub efektu synergii. Pierwsze to aliance opierające się na logice konkurencyjnej, których celem jest umocnienie lub polepszenie pozycji konkurencyjnej. Natomiast drugi typ to aliance oparte na logice transakcyjnej, których celem jest uzupełnienie zasobów i umiejętności, a przez to dwustronne wzmocnienie mocnych stron. Przykładem może być wspólny program przychodni nOvum i ENEL-MED w zakresie leczenia niepłodności. Dzięki tej współpracy ENEL-MED zyskał dostęp do wiedzy i procedur wypracowanych w nOvum, natomiast drugi podmiot zyskał dostęp do większej grupy potencjalnych pacjentów, wymagających zastosowania bardziej zaawansowanych

²³ <http://www.szpitale-powiatowe.pl/okonsorcjum.html>, 13.08.2016 r.

²⁴ D. Hajdukiewicz, *Mazowiecki Sojusz...*, op.cit., s. 14 i nast.; K. Adamik, *Kooperencja w sektorze służby zdrowia w Polsce*, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 2011, tom 39, s. 6–15.

technik wspomagania rozrodu. Współpraca dla obu podmiotów jest korzystna, ponieważ połączenie ich doświadczenia i potencjału generuje efekt synergii²⁵.

Logika transakcyjna prowadzi do zawierania aliansów komplementarnych. Alianse tego typu zawierane są między partnerami produkującymi różne dobra, zajmującymi różne pozycje rynkowe. Natomiast logika konkurencyjna leży u podstaw zawierania aliansów typu ścisła integracja i aliansów addytywnych. Alians typu ścisła integracja angażuje podmioty wytwarzające substytucyjne produkty. Ich współpraca dotyczy pojedynczych działań w łańcuchu wartości i często związana jest ze wspólnym prowadzeniem prac badawczo-rozwojowych. W aliansie addytywnym uczestniczą podmioty produkujące podobne produkty, świadczące podobne usługi. Współpraca polega na podziale funkcji i wspólnym wytwarzaniu produktu finalnego²⁶. W przypadku rynku medycznego trudno jest znaleźć przykłady jednoznacznie pokazujące jeden z wymienionych typów aliansu strategicznego. Podmioty często zawierają skomplikowane i różnorodne umowy, które nie pozwalają na jednoznaczną ich klasyfikację.

W branży farmaceutycznej często spotyka się alianse oparte na logice transakcyjnej. Zawierane są między wielkimi koncernami a firmami biotechnologicznymi, które posiadają innowacyjne substancje pozwalające na uzupełnienia portfela dojrzałych firm farmaceutycznych. Przykładem tego typu aliansu może być współpraca między GlaxoSmithKline a firmą Amgen w celu wprowadzenia na rynek opracowanych przez Amgen leków na osteoporozę²⁷. Wiele tego typu aliansów zawiera inny koncern farmaceutyczny – Sanofi. Warto wskazać chociażby na współpracę z firmą biotechnologiczną Lead Pharma, dotyczącą odkrywania, rozwijania i komercjalizacji leków przeznaczonych do leczenia chorób autoimmunologicznych. Każda z firm wnosi inne zasoby, technologie, wiedzę czy umiejętności do aliansu. W tym przypadku za prace badawczo-rozwojowe ma odpowiadać Lead Pharma, a za badania kliniczne i wprowadzenie do obrotu leków – Sanofi. Alians generuje korzyści dla obu stron i jednocześnie pozwala na szybszy i bardziej systemowy rozwój produktu, niż gdyby działały osobno²⁸.

Należy także wyróżnić alianse ze względu na potencjał ekonomiczny podmiotów w nich uczestniczących. W przypadku porównywalnego potencjału

²⁵ https://cm.enel.pl/assets/PDF_informacje/nOvum_i_ENEL-MED.pdf, 13.08.2016 r.

²⁶ J. Rokita, *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005, s. 285–286.

²⁷ B. Jankowska, K. Mroczek, J. Polowczyk, P. Trapczyński, *Paradoks kooperacji – teoria czy praktyka?*, „Marketing i Rynek” 2016, vol. 2, s. 2–12.

²⁸ <http://www.sanofi.pl/pl/medias/9B66F59B-397F-402A-A1D3-6D76C0FA77D5.pdf>, 07.03.2017 r.

ekonomicznego można mówić o aliansie symetrycznym. Dotyczy to sytuacji współpracy na przykład dwóch szpitali powiatowych o podobnym zakresie usług i podobnej wielkości. W sytuacji, kiedy potencjały ekonomiczne podmiotów są różne, mamy do czynienia z aliansem niesymetrycznym.

Zawierane aliansy strategiczne z wieloma partnerami prowadzą do powstania sieci współpracujących przedsiębiorstw. Mogą to być sieci zdominowane przez jeden duży podmiot, który przewodzi pozostałym, albo sieci równorzędnych partnerów, w których nie ma dominującego podmiotu sprawującego kontrolę nad pozostałymi (choć brak podmiotu dominującego nie oznacza identycznej siły i uprawnień każdego z podmiotów w sieci)²⁹.

Sieci medyczne są obecnie najbardziej popularną formą współpracy w sektorze opieki zdrowotnej. Sieci, w których zachodzi integracja pozioma, pozwalają na lepsze wykorzystanie zasobów, zwiększenie liczby świadczonych usług, a także redukcję kosztów i wzrost marży. Zawieranie porozumień bazujących na logice transakcyjnej pozwala koncentrować się na własnej specjalizacji i jednocześnie kontraktować usługi komplementarne u partnerów sieciowych. W efekcie każdy z podmiotów będących w sieci zyskuje większe grono pacjentów przy jednoczesnej optymalizacji działań własnych³⁰.

W Polsce funkcjonuje wiele sieci medycznych, które co roku rozbudowują swój potencjał, zarówno poprzez wewnętrzne inwestycje, jak i rozszerzanie współpracy z nowymi podmiotami. Dobrym przykładem sieci medycznej jest ENEL-MED, w skład której obecnie wchodzi aż 1400 placówek partnerskich³¹. Konsekwentna realizacja strategii zarówno poprzez inwestycje wewnętrzne, jak i współpracę z zewnętrznymi podmiotami pozwoliła ENEL-MED przekształcić się z lokalnego operatora w krajową sieć placówek medycznych. Budowanie sieci partnerskich placówek pozwoliło na dynamiczny rozwój także sieci DIAGNOSTYKA, która powstała w 1998 r. w Krakowie, a obecnie jest to jedna z największych sieci laboratoriów w Polsce. Rozwój polegał na dołączaniu do Grupy DIAGNOSTYKA spółek zarówno na zasadach umowy partnerskiej, jak i poprzez wykup częściowych lub całościowych udziałów. Małe lokalne laboratoria, przyłączając się do grupy, zyskiwały na optymalizacji kosztów, uzupełnianiu oferty i wymianie doświadczenia³².

²⁹ W. Sroka, *Sieci aliansów. Poszukiwanie przewagi konkurencyjnej poprzez współpracę*, PWE, Warszawa 2012, s. 40.

³⁰ M. Sak-Skowron, *Sieci, sieci medyczne i efekty sieciowe w służbie zdrowia*, „MBA” 2009, nr 3.

³¹ Raport roczny 2015 ENEL-MED, www.cm.enel.pl, 13.08.2016 r.

³² Materiał na podstawie: www.diag.pl, www.grupadiagnostyka.pl, marzec 2014.

Podsumowując, należy zauważyć, że alianse strategiczne jako forma rozwoju na rynku medycznym są bardzo interesującą opcją strategiczną. Wielość form i liczne zalety sprawiają, że alianse mogą być coraz częstszym zjawiskiem na rynku medycznym i to zarówno w publicznej, jak i niepublicznej służbie zdrowia. Zmieniający się dynamicznie rynek, konieczność ciągłego inwestowania w nowe technologie, wzrastające koszty działania i wiele innych czynników będą skłaniały do zawierania sojuszy mających na celu zajmowanie lepszych pozycji konkurencyjnych.

8.3. Przesłanki wyboru sposobu rozwoju podmiotów leczniczych

Decyzja o wyborze sposobu rozwoju jest jedną z kluczowych decyzji w działalności wielu przedsiębiorstw. Konsekwencją złego wyboru może być nawet upadek przedsiębiorstwa. I mimo że decyzja o wyborze sposobu rozwoju zawsze jest uwarunkowana wieloma czynnikami, to można wskazać ogólne przesłanki/okoliczności, które powinny zachęcać do wyboru rozwoju zewnętrznego lub wewnętrznego. Najważniejsze grupy czynników wpływających na wybór między rozwojem zewnętrznym a wewnętrznym odnoszą się do³³:

- cech sektorowych, czyli specyfiki sektora, fazy cyklu życia i barier wejścia,
- cech osobowych decydentów,
- kultury i tożsamości organizacyjnej przedsiębiorstwa,
- innych względów, na przykład dotyczących posiadania zasobów finansowych niezbędnych do realizacji strategii i czasu, w jakim ma ona zostać zrealizowana.

Rozwój wewnętrzny zalecany jest w sektorach młodych, rozwijających się, w których nie odnotowuje się nadmiaru potencjału produkcyjnego. Rosnący popyt na określone usługi w danym regionie geograficznym może zachęcać podmioty do rozbudowy istniejących obiektów w celu obsłużenia większej liczby klientów. W warunkach stabilizacji popytu lub też wręcz jego spadku rozbudowa własnych obiektów nie jest wskazana, ponieważ może prowadzić do zaostrzenia konkurencji, spowodowanej niewykorzystanym i nadmiernym potencjałem wytwórczym istniejącym w sektorze. W sektorach dojrzałych zaleca

³³ Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995, s. 179.

się rozwój poprzez fuzje i przejęcia, gdyż nie ma tam czasu na powolny organiczny rozwój.

Specyfika sektora może być związana z istnieniem wysokich barier wejścia. Mogą one wynikać z regulacji prawnych lub działań konkurentów, utrudniających rozpoczęcie działalności w danym sektorze. Zarówno konieczność posiadania różnego typu zezwoleń, jak i marka, *know-how* czy też technologia są skutecznymi barierami chroniącymi sektor przed napływem nowych podmiotów. Wysokie koszty związane z pokonaniem barier wejścia do sektora mogą zniechęcać do rozwoju wewnętrznego. W sytuacji istnienia wielu trudnych do pokonania barier wejścia wskazany jest raczej rozwój zewnętrzny, polegający na kupnie istniejącego już podmiotu i dalszym inwestowaniu w niego.

Sposób rozwoju może także wynikać z charakteru rynku, na którym działa podmiot. Całkowity brak lub ograniczona liczba podmiotów do przejęcia może narzucać rozwój wewnętrzny. Taka sytuacja na rynkach komercyjnych zdarza się co prawda niezwykle rzadko, ale w sektorach o dużej ingerencji państwa występuje częściej³⁴. W takim przypadku dalszy rozwój podmiotu może następować tylko poprzez samodzielne inwestycje.

Wybierając rozwój wewnętrzny, podmiot powinien mieć także wiedzę o sektorze, w którym rozpoczyna działanie. Dotyczy to w szczególności realizacji strategii dywersyfikacji i wchodzenia w nowe, dotychczas nieobsługiwane sektory. Brak wiedzy o specyfice sektora, sposobach działania w nim jest argumentem przemawiającym za dokonaniem fuzji lub przejęcia, gdzie wraz z całą infrastrukturą przejmowanego podmiotu kupuje się też wiedzę ludzi w nim zatrudnionych.

Równie ważne przesłanki wyboru sposobu rozwoju związane są z cechami osobowymi decydentów i ich skłonnością do ryzyka. Rozwój zewnętrzny uważany jest za bardziej ryzykowny ze względu na mniejszą przewidywalność skutków integracji dwóch dotąd niezależnych podmiotów. Jednak jest to równocześnie szybsza forma rozwoju podmiotu, co zachęca do jej wyboru. Należy zauważyć, że często kolejne przejęcia są przejawem ambicji menedżerów, którym zależy na szybkim rozwoju firmy i zaspokojeniu oczekiwań udziałowców dotyczących ciągłego wzrostu wartości.

Bardzo istotnym czynnikiem w wyborze sposobu rozwoju powinna być identyfikacja własnej kultury organizacyjnej. Kultura organizacyjna bardzo silnie oddziałuje na sposób funkcjonowania przedsiębiorstwa. Trudno jest

³⁴ G. Johnson, K. Scholes, R. Whittington, *Podstawy strategii*, PWE, Warszawa 2010, s. 281.

zintegrować w jeden spójny organizm podmioty o odmiennych i silnych kulturach organizacyjnych. Niezrozumienie sposobów działania, wartości i norm obowiązujących u partnerów powinno zniechęcać do podejmowania ścieżki rozwoju zewnętrznego. Znanych jest wiele nieudanych fuzji i przejęć, których klęsk upatruje się w różnicach kulturowych łączonych podmiotów. Jedną z bardziej spektakularnych porażek był zakup przez niemieckiego Daimlera amerykańskiego Chryslera. W przeciwieństwie do rozwoju zewnętrznego rozwój organiczny pozwala na minimalizowanie zakłóceń, między innymi tych, które mogą wiązać się z integracją podmiotów o różnych kulturach organizacyjnych. Posiadanie silnej i zamkniętej kultury organizacyjnej powinno być zatem wskazaniem do rozwoju wewnętrznego.

Kwestie finansowe również są bardzo ważną przesłanką wyboru sposobu rozwoju. W przypadku rozwoju wewnętrznego jego niewątpliwą zaletą jest możliwość rozłożenia inwestycji w czasie, chociaż często koszty rozwinięcia działalności samodzielnie przewyższają koszty przejęcia innego podmiotu. Brak konieczności posiadania jednorazowo dużych środków inwestycyjnych jest ważnym argumentem przemawiającym za wyborem rozwoju wewnętrznego. Jednak istnienie rozwiniętych rynków finansowych może stwarzać warunki sprzyjające przejęciom. Możliwość dokonania wykupu lewarowanego, finansowanego długiem, niweluje konieczność posiadania własnych dużych środków inwestycyjnych.

Czas i rozłożenie inwestycji na dłuższy okres jest zaletą rozwoju wewnętrznego z perspektywy finansowania, ale w niektórych sytuacjach może być poważną wadą. Dotyczy to głównie dwóch kwestii: specyfiki oferowanych produktów/usług i działań konkurencji. W pierwszym przypadku, jeśli oferowane produkty/usługi charakteryzują się dużą zmiennością, to powolne wejście na rynek może się nie udać, a jedynym rozwiązaniem jest rozwój poprzez połączenia i przejęcia. Również działania konkurentów, którzy sami dążą do przejmowania innych podmiotów, a zatem zajmowania lepszej pozycji konkurencyjnej, powinno być wskazaniem do wyboru tego sposobu rozwoju. Przykładem połączenia, które pozwoliło na zajęcie lepszej pozycji na rynku, była dokonana w 1996 r. konsolidacja dwóch podmiotów z branży farmaceutyczno-chemicznej Ciba-Geigy i Sandoza. Powstały w wyniku połączenia Novartis stał się jednym z większych europejskich koncernów farmaceutycznych.

W tabeli 8.3 zestawiono najważniejsze szczegółowe przesłanki, zachęcające lub zniechęcające do wyboru określonej formy rozwoju.

Tabela 8.3. Szczegółowe przesłanki wyboru sposobu rozwoju

Rozwój wewnętrzny	Rozwój zewnętrzny
<ul style="list-style-type: none"> – młody sektor o rosnącym popycie, – silna i zamknięta kultura organizacyjna, – brak znacznych jednorazowych środków inwestycyjnych, – posiadanie wiedzy o sektorze, w który chce się wejść, – brak podmiotów do przejęcia, – brak doświadczenia w fuzjach i przejęciach. 	<ul style="list-style-type: none"> – sektor dojrzały z nadmiarem potencjału wytwórczego, – chęć szybkiego rozwoju, – działania konkurentów zmierzające do zajęcia dominującej pozycji konkurencyjnej, – wysokie bariery wejścia do sektora, w który chce się wejść, – pojawiające się okazje, – brak wiedzy o sektorze, w który chce się wejść.

Źródło: opracowanie własne.

Szczegółowe przesłanki przedstawione w tabeli 8.3 wskazują, że decyzja odnośnie do wyboru sposobu rozwoju podmiotu powinna zostać poprzedzona szczegółową analizą sytuacji w sektorze i analizą potencjału wewnętrznego podmiotu. Jest to szczególnie ważne w przypadku rozwoju zewnętrznego, ponieważ pochopna decyzja o fuzji lub przejęciu może zakończyć się negatywnie dla obu podmiotów.

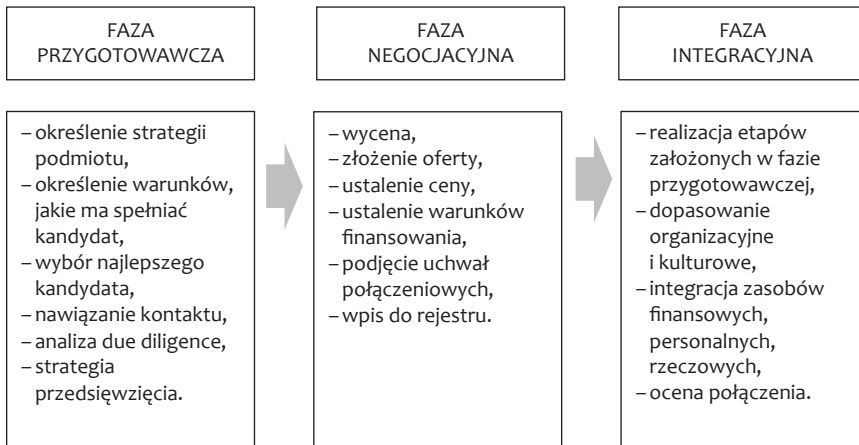
8.4. Czynniki sukcesu w rozwoju zewnętrznym

8.4.1. Czynniki sukcesu fuzji i przejęć

Niestety w przypadku rozwoju zewnętrznego poprzez fuzje i przejęcia wiele z nich kończy się niepowodzeniem. Prowadzone badania wskazują na różny odsetek nieudanych fuzji i przejęć, który waha się od 31% do nawet 70%³⁵. Fiasco fuzji lub przejęcia często jest konsekwencją źle przeprowadzonego procesu połączenia. Można jednak wskazać czynniki sukcesu i działania, które powinny być podjęte na każdym z etapów tego procesu, aby uniknąć niepowodzenia. Generalnie wyróżnia się trzy fazy procesu połączenia podmiotów: przygotowawczą, negocjacyjną i integracyjną (rysunek 8.4). Każda z nich niesie ze sobą odmienne zagrożenia i wymaga innego zestawu działań, aby połączenie zakończyło się sukcesem.

³⁵ Szersze omówienie badań można znaleźć m.in. w: D. Rankine, P. Howson, *Przejęcia. Strategie i procedury*, PWE, Warszawa 2008, s. 18.

Rysunek 8.4. Fazy w łączeniu się podmiotów



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Fuzje i przejęcia. Wybrane aspekty integracji*, red. A. Herdan, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 31 i nast.

Pierwsza faza w łączeniu się podmiotów gospodarczych powinna rozpocząć się od analizy strategii i upewnienia się, że rozwój zewnętrzny będzie najlepszym sposobem jej realizacji. Ważne jest także rozważenie konkretnej formy w ramach rozwoju zewnętrznego, ponieważ z każdą z nich łączą się różne efekty i trudności. W pierwszym kroku etapu przygotowawczego powinien zostać także stworzony profil idealnego kandydata do połączenia czy też przejęcia. Jest on podstawą do zbudowania listy potencjalnych kandydatów, którzy są analizowani na podstawie ogólnodostępnych informacji. Z listy wyłania się najlepszy kandydat, którego należy poddać bardziej dokładnej analizie *due diligence*. Do jej przeprowadzenia potrzebne są szczegółowe informacje, dlatego często poprzedza się ją podpisaniem przez strony listu intencyjnego i klauzuli o poufności danych.

Analiza *due diligence* polega na bardzo szczegółowym rozpoznaniu stanu przejmowanego podmiotu. Ma to zapobiec ewentualnemu niepowodzeniu po dokonaniu przejęcia. Niestety wielu menedżerów nie docenia znaczenia tej analizy i często nazbyt pochopnie przecenia potencjał przedsiębiorstwa, które jest celem przejęcia lub połączenia. Prawidłowo przeprowadzona analiza *due diligence* powinna składać się z trzech analiz³⁶:

³⁶ D. Rankine, P. Howson, *Przejęcia. Strategie i procedury*, PWE, Warszawa 2008, s. 93–131.

- handlowej analizy *due diligence* – pozwalającej ocenić, jaki jest potencjał handlowy przedsiębiorstwa poprzez badanie rynku firmy, jej pozycji konkurencyjnej, oferowanych produktów, związków z dostawcami i nabywcami,
- finansowej analizy *due diligence* – umożliwiającej określenie możliwego poziomu zysków do utrzymania i ryzyka z nim związanego poprzez badanie zysków, zobowiązań, przepływów pieniężnych, aktywów, procesów zarządzania finansami, zasad polityki rachunkowości, systemów informatycznych, struktury organizacyjnej,
- prawnej analizy *due diligence* – pozwalającej na ocenę, czy uwarunkowania prawne nie ograniczają działania „podmiotu celu”.

W ujęciu szczegółowym analiza *due diligence* powinna pokrywać wszystkie obszary działalności podmiotu i zawierać następujące elementy: zarys historyczny rozwoju przedsiębiorstwa, stan prawny, przedmiot działalności, rynek, klienci i produkty, surowce, aparatura produkcyjna i dostawcy, wyposażenie techniczne i metody produkcji, ochrona środowiska wewnętrznego, organizacja przedsiębiorstwa, zasoby majątkowe, źródła finansowania, zasoby personalne, system ewidencji, informacji zarządzania, proces zarządzania, kształtowanie się przychodów i kosztów, budżety³⁷.

Faza przygotowawcza i przeprowadzona na jej końcu analiza *due diligence* jest podstawą do przejścia do fazy negocjacji, która powinna rozpoczynać się od dokonania wyceny „podmiotu celu”. Wycena podmiotu jest niezwykle skomplikowanym procesem. Jednak istnieje szereg metod pozwalających na szacowanie przyszłych przepływów pieniężnych i zwrotów z inwestycji. Mogą one bazować na danych historycznych (np. wartość księgowa), na danych aktualnych (np. wartość aktywów netto, wartość z likwidacji, wartość rynkowa) i na prognozach rozwoju (np. skapitalizowane przyszłe zyski, skapitalizowana dywidenda, zdyskontowane przepływy gotówkowe)³⁸. W fazie negocjacji warto także zastanowić się nad sposobem finansowania. Przejęcie może być finansowane z wewnętrznych zasobów, ale zapłata może zostać dokonana także za pomocą akcji. Faza negocjacji kończy się podjęciem decyzji w formie prawnie wiążącej umowy. W fazie negocjacji warto także zadbać o odpowiedni przepływ informacji zarówno między stronami, jak i wewnątrz łączących się podmiotów. Chodzi tutaj o transparentną politykę informowania pracowników o zamierzeniach

³⁷ A. Helin, K. Zorde, *Fuzje i przejęcia przedsiębiorstw*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1998, s. 37–69.

³⁸ *Ibidem*, s. 70.

obu stron, na przykład planowanej restrukturyzacji po połączeniu i związanej z nią redukcji zatrudnienia. Jest to ważne, ponieważ usprawnia dalszą integrację podmiotów i jednocześnie zapobiega odpływowi najcenniejszych pracowników.

Po dopełnieniu procedur formalnych, podpisaniu dokumentów podmioty wchodzi w najważniejszą fazę w procesie ich łączenia – fazę integracji. Faza integracji często trwa wiele lat. Niektórzy badacze wskazują, że o pełnym połączeniu i integracji podmiotów można mówić po trzech latach od transakcji. Aby proces integracji zakończył się sukcesem, często firmy dość długo się do niego przygotowują i równie dużo czasu dają pracownikom i zarządzającym na wzajemne dopasowanie. Zazwyczaj proces łączenia jest podzielony na kilka etapów. Dobrym przykładem jest amerykański Walgreens (koncern drogerijno-apteczny), który w 2012 r. wykupił 45% udziałów w Alliance Boots, a dopiero w 2015 r. nastąpiła pełna integracja obu podmiotów³⁹.

Trudności w procesie integracji łączących się podmiotów zależą także od przyjętej strategii integracji. Wśród najczęściej stosowanych strategii integracji można wymienić takie, które polegają na utrzymaniu autonomii łączących się jednostek, i takie, które wymagają pełnej konsolidacji we wszystkich obszarach działania, a także strategie pośrednie⁴⁰. Oczywiście największe trudności w procesie integracji można napotkać w przypadku pełnej integracji łączących się jednostek. Wskazuje się na następujące kluczowe bariery⁴¹:

- prawno-organizacyjne – związane z różnymi mechanizmami dotychczasowego funkcjonowania podmiotów; koniecznością przebudowy i dopasowania struktury organizacyjnej,
- społeczne – wynikające z obaw i niezadowolenia pracowników łączących się podmiotów; różnej kultury organizacyjnej; możliwości zaistnienia dużej fluktuacji kadr,
- kapitałowo-finansowe – związane z aspektami finansowymi funkcjonowania połączonych podmiotów.

Ominięcie wyżej wymienionych barier wymaga podejmowania określonych krótko- i długookresowych działań. W zależności od celu, jaki towarzyszył łączeniu się podmiotów, można wymienić nieco odmienne działania, jakie powinny

³⁹ <http://news.walgreens.com/press-releases/general-news/walgreens-shareholders-approve-all-proposals-related-to-transaction-with-alliance-boots-and-holding-company-reorganization.htm>, 12.08.2016 r.

⁴⁰ *Fuzje i przejęcia. Wybrane aspekty...*, op.cit., s. 52.

⁴¹ P. Szczepankowski, *Fuzje i przejęcia. Techniki opłacalności i sposoby finansowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 140 i nast.

zostać podjęte w krótszej i dłuższej perspektywie po połączeniu się podmiotów. W tabeli 8.4 przedstawiono wybrane działania w procesie integracji podmiotów.

Tabela 8.4. Wybrane działania na etapie integracji podmiotów

Motyw połączenia	Działania krótkookresowe	Działania długookresowe
Czysta dywersyfikacja	<ul style="list-style-type: none"> – zatrzymać kluczowy personel potrzebny do kierowania nabytym podmiotem, – utrzymać orientację na klientów, aby uniknąć zmniejszenia rynku. 	<ul style="list-style-type: none"> – zintegrować kluczowe procesy biznesowe w obszarach wspomagających (np. obsługa klientów, logistyka itp.), – ustalić metody oceny efektywności nabycia.
Poprawa pozycji rynkowej	<ul style="list-style-type: none"> – zintegrować procesy sprzedaży i marketingu oraz powiązane procesy biznesowe, – utrzymać udział w rynku. 	<ul style="list-style-type: none"> – przenieść przemennie kluczowy personel pomiędzy podmiotami, – zintegrować procesy biznesowe dla wyeliminowania nadmiaru potencjału oraz standaryzacji operacji i produktów/usług.
Przejęcie bankrutującego podmiotu	<ul style="list-style-type: none"> – przeprowadzić natychmiastową redukcję kosztów, – skoncentrować się na programach szkoleniowych związanych z podstawami biznesu, – rozwinąć funkcję kontroli jakości. 	<ul style="list-style-type: none"> – wzmocnić kadnę kierowniczą, – ulepszyć i zrestrukturyzować procesy biznesowe nabytego podmiotu, – zintegrować procesy biznesowe, o ile jest to racjonalne.
Nabycie technologii/zdolności	<ul style="list-style-type: none"> – zatrzymać kluczowy personel potrzebny do ochrony nabytej technologii, – zmaksymalizować wykorzystanie nabytej technologii. 	<ul style="list-style-type: none"> – poszukiwać możliwości poszerzenia obszaru działania nabytego podmiotu przez zastosowanie nabytej technologii, – upewnić się, że zostały poczynione odpowiednie inwestycje, aby utrzymać oba podmioty na wysokim poziomie technologicznym.

Źródło: *Fuzje i przejęcia*, red. W. Frąckowiak, PWE, Warszawa 1998, s. 338.

Wymienione w tabeli działania w perspektywie krótko- i długookresowej są ogólnymi wskazaniem, na co zwrócić uwagę na etapie potransakcyjnym. Oczywiście często motywów połączenia jest wiele, co dodatkowo komplikuje proces integracji podmiotów i wymaga od zarządzających podjęcia wielu działań dostosowawczych we wszystkich obszarach funkcjonowania podmiotów. Jednak wśród najważniejszych działań, niezależnie od celu dokonywanego połączenia, na etapie integracji można wymienić: odpowiednią politykę informacyjną względem pracowników co do podejmowanych działań, zadbanie o utrzymanie kluczowych pracowników, integrację organizacyjną i wdrażanie dobrych praktyk zarządzania.

Jak widać, sukces fuzji lub przejęcia uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Omówione pokrótce etapy procesu łączenia się podmiotów powinny stanowić punkt wyjścia do pogłębionych analiz i projektowania działań w ramach tego procesu. Dobrze przygotowanie procesu łączenia podmiotów może w znacznym stopniu przyczynić się do generowania pożądaných pozytywných efektów tego sposobu rozwoju.

8.4.2. Czynniki sukcesu aliansów strategicznych

Alianse strategiczne szczególnie intensywnie zaczęły rozwijać się od lat 80. XX wieku. Zmieniły znacząco sposób funkcjonowania przedsiębiorstw i relacji między nimi. W niektórych branżach wydają się koniecznością, jeśli przedsiębiorstwo chce zająć dobrą pozycję konkurencyjną. Jednak wskaźniki sukcesu aliansów strategicznych są stosunkowo niskie, choć w różnych badaniach wahają się od 30% do ponad 50%. Sukces aliansu strategicznego zależy od wielu czynników. Do podstawowych czynników powodzenia aliansu strategicznego należy zaliczyć⁴²:

- dobór partnerów o zbliżonej sile konkurencyjnej, którzy będą mieli podobne wkłady i udziały w aliansie,
- posiadanie przez partnerów zasobów, które po połączeniu będą w stanie generować efekty skali i/lub synergii,
- jasno zdefiniowane, zbieżne i niekonfliktowe cele partnerów w aliansie,
- zaangażowanie partnerów w alians i lojalność wobec partnera,
- alians jest podejmowany etapowo oraz charakteryzuje się autonomicznością i elastycznością.

Efekty aliansu wynikają z jednej strony z łączenia zasobów różnych podmiotów, a z drugiej strony z ograniczania konkurencji. Dlatego kluczowym czynnikiem sukcesu aliansu strategicznego jest dobór partnerów i określenie zasad postępowania w aliansie. Staranny dobór partnera i poznanie go (jego kultury organizacyjnej, posiadanych zasobów, sposobów działania itp.) może w przyszłości ograniczyć koszty współpracy. Czynnikiem sukcesu aliansu jest dobór partnera, który charakteryzuje się podobną siłą konkurencyjną i nie jest w stanie zdominować zawartego aliansu. Przystępując do aliansu, warto także ustalić zakres współpracy, wielkość wkładów wnoszonych przez obie strony, podział

⁴² Z. Pierścioneł, *Zarządzanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 455–460.

obowiązków i korzyści z aliansu dla obu stron. Według badań firmy McKinsey aż 60% aliansów o podobnych udziałach aliantów kończy się sukcesem⁴³.

Kolejnym ważnym czynnikiem sukcesu aliansu strategicznego jest jasne określenie zamierzeń strategicznych przez każdy z podmiotów uczestniczących. Tylko w przypadku zgodności celów alians ma szansę na przetrwanie. Co prawda z upływem czasu cele aliantów zmieniają się i mogą stać się zupełnie rozbieżne, dlatego alians powinien charakteryzować się elastycznością i zmianami jego zakresu i intensywności współpracy wraz ze zmianą warunków zewnętrznych i oczekiwań jego uczestników. Początkowo zaleca się stosowanie mniej zaawansowanych i mniej ryzykownych form współpracy, pozwalających na łatwe wycofanie się w razie niepowodzenia. W miarę powodzenia współpracy alians może ewoluować w kierunku bardziej newralgicznych zakresów działań zaangażowanych podmiotów oraz przybierać bardziej zaawansowane formy organizacyjno-prawne. Wspomniane badania firmy McKinsey dowodzą tego, że aliansy, które ewoluują, odnoszą sukces, w przeciwieństwie do tych, których zakres się nie zmienia.

Należy jednak zauważyć, że ewolucja aliansu strategicznego jest możliwa tylko w warunkach wzajemnego zaufania aliantów i odpowiednio skonstruowanej polityki informacyjnej, której składową powinien być system nadzoru nad realizacją celów aliansu. Przepływ informacji w aliansie jest niezmiernie ważny także ze względu na wymiar uczenia się partnerów od siebie nawzajem. A to właśnie brak odpowiedniego przepływu informacji był jedną z przyczyn niepowodzenia Mazowieckiego Sojuszu Partnerskiego.

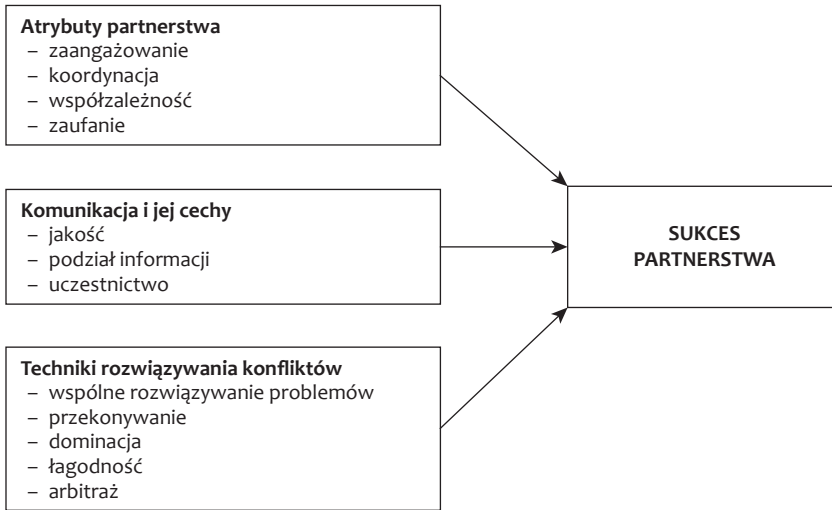
Ciekawe zestawienie czynników wpływających na sukces partnerstwa, co prawda w przypadku sieci aliansów, przedstawiają J. Mohr i R. Spekman⁴⁴ (rysunek 8.5).

Badacze wskazują na trzy grupy czynników, które mają znaczący wpływ na współpracę między podmiotami w sieci. O sukcesie współpracy w sieci decyduje nastawienie podmiotów, ich zaangażowanie i wzajemne zaufanie. Duże znaczenie przypisywane jest także komunikacji między uczestnikami sieci i sposobom rozwiązywania konfliktów, których nigdy nie można uniknąć.

⁴³ Zob. J. Cygler, *Alianse strategiczne*, op.cit., s. 158 i nast.; Z. PierścioneK, *Zarządzanie strategiczne...*, op.cit., s. 455–460.

⁴⁴ J. Mohr, R. Spekman, *Characteristic of Partnership Success: Partnership Attributes, Communication Behaviour and Conflict Resolution Techniques*, "Strategic Management Journal" 1994, vol. 15, no. 2, za: W. Sroka, *Sieci aliansów...*, op.cit., s. 120.

Rysunek 8.5. Czynniki sukcesu partnerstwa



Źródło: J. Mohr, R. Spekman, *Characteristic of Partnership Success: Partnership Attributes, Communication Behaviour and Conflict Resolution Techniques*, "Strategic Management Journal" 1994, vol. 15, no. 2, za: W. Sroka, *Sieci aliansów. Poszukiwanie przewagi konkurencyjnej poprzez współpracę*, PWE, Warszawa 2012, s. 120.

Przedstawione powyżej czynniki sukcesu nie wyczerpują listy uwarunkowań gwarantujących efektywność aliansu strategicznego. Każdy pojedynczy alians różni się w swojej specyfice i może generować odmienne zagrożenia wymagające podjęcia działań zaradczych. Liczba potencjalnych zagrożeń wzrasta wraz z rozrastaniem się aliansów w złożone sieci współpracujących ze sobą podmiotów. Jednak znajomość i wdrażanie podstawowych działań, wymienionych w tym podrozdziale, może zapobiec zagrożeniom wynikającym z zawarcia aliansu strategicznego, a przez to przyczynić się do jego sukcesu.

Podsumowanie

Omówione sposoby rozwoju dają podgląd odnośnie do możliwości stojących przed podmiotem realizującym określoną strategię rozwoju. Zarządzający nie są „skazani” na realizację strategii tylko poprzez inwestycje we własnym zakresie. Zmiany prawa, rozwój rynków finansowych oraz uwarunkowania gospodarcze umożliwiają, także podmiotom działającym na rynku usług medycznych, wdrażanie strategii za pomocą fuzji i przejęć bądź aliansów

strategicznych. Cele dokonywania fuzji i przejęć mogą być różne w przypadku podmiotów niepublicznych i publicznych. W przypadku tych ostatnich decyzja o połączeniu dwóch lub więcej podmiotów wynika często z dążenia właściciela do racjonalizacji kosztów działania obu podmiotów. Natomiast w przypadku podmiotów niepublicznych decyzje o fuzjach i przejęciach oraz aliansach strategicznych wynikają wprost z realizowanej strategii działania, często związanej z inwestowaniem w atrakcyjne rynkowo usługi.

Wybór sposobu rozwoju jest bardzo istotną decyzją dla sukcesu strategii w przedsiębiorstwie, dlatego warto rozpoznać sytuację i przewidzieć konsekwencje wyboru określonej metody rozwoju. Można zidentyfikować warunki, w których lepsze wydaje się bazowanie na rozwoju organicznym, i takie, w których zaleca się zastosowanie rozwoju zewnętrznego. W przypadku tej drugiej formy rozwoju można dodatkowo zidentyfikować szereg czynników sukcesu. Zarządzający powinni zwrócić uwagę na odpowiednie przygotowanie i realizację transakcji oraz umów w przypadku wyboru rozwoju zewnętrznego. To, czy efekty zostaną osiągnięte, zależy w dużej mierze od sposobu realizacji transakcji i jej przygotowania.

Bibliografia

- Adamik K., *Kooperencja w sektorze służby zdrowia w Polsce*, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 2011, tom 39.
- Cygler J., *Alianse strategiczne*, Difin, Warszawa 2002.
- Fuzje, przejęcia. Wybrane aspekty integracji*, red. A. Herdan, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Gajewska T., *Alianse strategiczne przedsiębiorstw*, „Przegląd Odlewnictwa” 2010, vol. 60 (3–4).
- Hajdukiewicz D., *Mazowiecki Sojusz Partnerski – aliance strategiczne zakładów opieki zdrowotnej*, „Menedżer Zdrowia”, nr 4, sierpień 2003.
- Helin A., Zorde K., *Fuzje i przejęcia przedsiębiorstw*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 1998.
- Jankowska B., Mroczek K., Polowczyk J., Trąpczyński P., *Paradoks koopetycji – teoria czy praktyka?*, „Marketing i Rynek” 2016, vol. 2.
- Johnson G., Scholes K., Whittington R., *Podstawy strategii*, PWE, Warszawa 2010.
- Kodeks spółek handlowych, Dz.U. 2000 nr 94 poz. 1037.

- Mohr J., Spekman R., *Characteristic of Partnership Success: Partnership Attributes, Communication Behaviour and Conflict Resolution Techniques*, "Strategic Management Journal" 1994, vol. 15, no. 2.
- Pierścionek Z., *Zarządzanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Rankine D., Howson P., *Przejęcia. Strategie i procedury*, PWE, Warszawa 2008.
- Rokita J., *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005.
- Romanowska M., *Planowanie strategiczne*, PWE, Warszawa 2009.
- Sak-Skowron M., *Sieci, sieci medyczne i efekty sieciowe w służbie zdrowia*, „MBA” 2009, nr 3.
- Sroka W., *Sieci aliansów. Poszukiwanie przewagi konkurencyjnej poprzez współpracę*, PWE, Warszawa 2012.
- Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995.
- Szczepankowski P., *Fuzje i przejęcia. Techniki opłacalności i sposoby finansowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Strony internetowe

- <http://cmt-advisory.pl/pl/lider-prywatnych-uslug-medycznych-w-polsce-stawia-na-przejecia>
- <http://kontakt24.tvn24.pl/samsung-wkracza-na-europejski-rynek-medyczny,227739>, ugc
- <http://news.walgreens.com/press-releases/general-news/walgreens-shareholders-improve-all-proposals-related-to-transaction-with-alliance-boots-and-holding-company-reorganization.htm>
- <http://szpitalpraski.pl/nasz-szpital/historia/>
- <http://www.luxmed.pl/grupa-lux-med/biuro-prasowe/informacje-prasowe.html,p,2>
- <http://www.medycynaprywatna.pl/neuca-przejecie-sieci-przychodni-medycznych/>
- <http://www.polpharma.pl/aktualnosci-firma/polpharma-sa-sfinalizowala-umowe-zakupu-polfy-warszawa/>
- <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/branza-medyczna-i-farmaceutyczna-aktywna-na-rynek-fuzji-i-przejec,9181.html>
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-nastal-dobry-czas-na-fuzje-i-przejecia-w-branzymedycznej,147357,1.html>
- <http://www.sanofi.pl/pl/medias/9B66F59B-397F-402A-A1D3-6D76C0FA77D5.pdf>
- <http://www.szpitale-powiatowe.pl/okonsorcjum.html>
- <http://www.tarnowskieinfo.pl/news/11972,wspolpraca-szpitali.html>
- <https://babinski.pl/historia-szpitala/>

https://cm.enel.pl/assets/PDF_informacje/nOvum_i_ENEL-MED.pdf

<https://www.medicover.pl/o-nas/szpital-medicover/historia-fakty-liczby/>

<https://www.pb.pl/lux-med-kupuje-enel-med-inwestuje-758523>

Raport roczny 2015 ENE-MED. www.cm.enel.pl

www.diag.pl, www.grupadiagnostyka.pl

Rozdział 9

Zarządzanie zmianą w organizacji ochrony zdrowia

Sylwester Gregorczyk¹, Krzysztof Ogonowski²

Wprowadzenie

Zmiana sposobu funkcjonowania podmiotów leczniczych jest naturalnym, ciągłym procesem dostosowania się organizacji do nowych wymagań otoczenia. Zmiany w przepisach, postawach pacjentów, zachowaniach konkurentów to tylko wybrane przykłady zjawisk zmuszających podmioty lecznicze do wprowadzania korekt w swoim działaniu. Niekiedy zmiany w otoczeniu są na tyle istotne, że konieczna jest znacząca albo nawet radykalna przebudowa organizacji, aby się do nich dostosować. Skutkiem tego proces wdrożenia zmiany organizacyjnej jest obarczony znacznym ryzykiem, które zmniejsza szansę na uzyskanie planowanych efektów. Przygotowanie podmiotu leczniczego do zmiany i umiejętne jej implementacja wymaga uporządkowanego procesu postępowania, który w literaturze przedmiotu nosi nazwę zarządzania zmianą i obejmuje dwa aspekty:

- zmianę organizacyjną – tzw. twardy aspekt zmiany, koncentrujący się na procesie przebudowy organizacji na nowy sposób działania (np. tworzenie nowych procedur, narzędzi pracy, jednostek organizacyjnych itp.),
- zmianę na poziomie indywidualnym – tzw. ludzki (albo „miękki”) aspekt zmiany, skupiony na procesie przeprowadzenia pracowników przez zmianę,

¹ Dr Sylwester Gregorczyk, adiunkt w Instytucie Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

² Mgr Krzysztof Ogonowski, Prezes Zarządu BPI Polska Sp. z o.o.

gwarantujący zaakceptowanie tej zmiany, przyswojenie nowych, oczekiwanych metod pracy, a w konsekwencji prowadzący do innego od dotychczasowego sposobu realizacji zadań.

Oba wymienione aspekty procesu zmiany są ze sobą ściśle powiązane i powinny być realizowane zgodnie z określonymi zasadami. Rozdział ma na celu opisanie mechanizmu procesu zarządzania zmianą w organizacjach ochrony zdrowia, ze szczególnym podkreśleniem roli menedżerów we właściwym przygotowaniu i przeprowadzeniu pracowników przez ten proces, aby pokonać bariery dla efektywnego wdrożenia zmiany.

Na początku rozdziału zostanie wyjaśniona istota zmiany organizacyjnej, jej główne formy oraz specyfika zachowań i stosunków społecznych panujących w organizacji poddawanej zmianie. W dalszej kolejności przedstawiony zostanie mechanizm procesu zarządzania zmianą, koncentrujący się na twardym i miękkim aspekcie zmiany i ich wzajemnym powiązaniu. Na koniec przedstawione zostaną wybrane narzędzia i techniki menedżerskie pomocne w procesie zarządzania zmianą organizacjami ochrony zdrowia.

9.1. Istota zmiany organizacyjnej

Zmiany stanowią nieodłączny element życia ludzi i organizacji. Niepodobna wyobrazić sobie człowieka lub podmiot gospodarczy, który nigdy nie doświadczył żadnej zmiany, a przez to konieczności pewnej modyfikacji swojego patrzenia na świat i sposobu funkcjonowania. Już starożytni filozofowie wskazywali na zmienność otaczającego nas świata (na przykład Heraklit z Efezu: „Wszystko płynie”), a współcześni nam przedstawiciele nauk o zarządzaniu przekuli to przeświadczenie na wskazówki efektywnego zarządzania (na przykład P. Drucker: „Jedyną stałą rzeczą w organizacji jest zmiana”). Zjawisko zmiany jest powszechne, złożone, dotyka wielu obszarów życia człowieka, a przez to jest trudne do opanowania i zrozumienia³.

³ Najczęściej pod pojęciem zmiany opisuje się sytuację, kiedy jej stan końcowy różny jest od stanu początkowego. Ale zmiana to także wszystko to, co wpływa na konieczność zmodyfikowania dotychczasowego stanu lub jego określonych aspektów. Wreszcie zmiana to celowe i świadome przejście od jednego stanu do innego, jednoznacznie odmiennego. Por. S. Zajac, *Teorie i problematyka zmian w zarządzaniu organizacją*, w: *Efektywność zarządzania zasobami organizacyjnymi*, red. P. Lenik, 68/2015, Krosno 2015.

W niniejszym opracowaniu w głównej mierze skoncentrowano się na zmianie organizacyjnej rozumianej jako każda istotna modyfikacja jakiejś części organizacji⁴, którą cechuje duży stopień złożoności społecznej. Pod pojęciem dużej złożoności społecznej rozumieć się będzie sytuację, w której wprowadzane zmiany w znacznym zakresie ingerują w dotychczasowe relacje społeczne, zmieniają istniejący podział władzy, wymuszają nowe wzorce zachowań, stawiają pracownikom nowe role i zadania. Powodzenie tak rozumianej zmiany organizacyjnej uzależnione jest w znacznym stopniu od zaangażowania w proces zmiany się wszystkich pracowników objętych zmianami, a następnie sprawienie, aby odeszli od starego sposobu pracy, przyjęli nowe zasady i wzorce zgodne z wymaganiami inicjujących proces zmian. Inaczej mówiąc: jeśli pracownicy organizacji nie zmieniają sposobu pracy, nieważne jakie zmiany będą wdrażane, rezultaty zmiany organizacyjnej nie zostaną osiągnięte.

Uzależnienie efektów procesu zmiany od postawy i zachowań pracowników nakłada na zarządzających konieczność prowadzenia uporządkowanego działania, które przeprowadzi ludzi przez trudny okres zmian i doprowadzi organizację do zamierzonego celu. W literaturze przedmiotu działanie to nosi nazwę zarządzania zmianą (ang. *change management*)⁵ i koncentruje się na wszelkich działaniach, które mają za zadanie umożliwić ludziom akceptację przedmiotu zmiany (przejście ze stanu obecnego do stanu zaplanowanego po zmianie) przy zastosowaniu odpowiedniego zestawu działań i technik⁶.

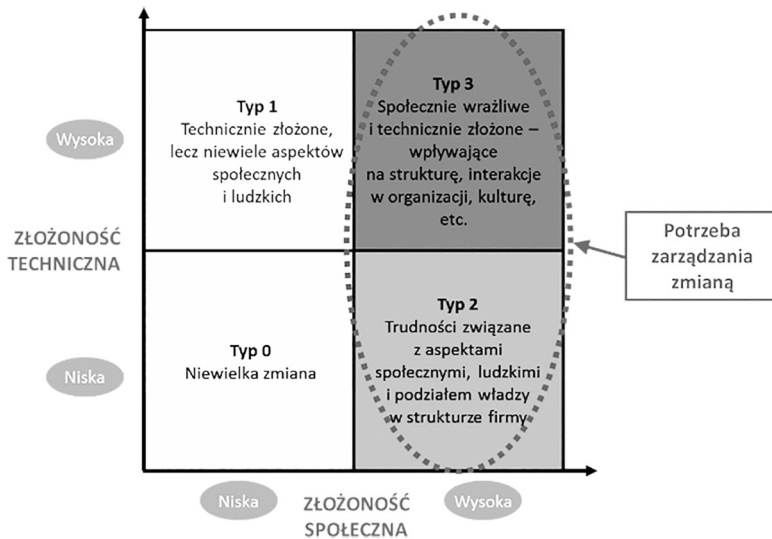
Zmiany, przed jakimi stoją polskie podmioty lecznicze (m.in. różne typy restrukturyzacji, fuzje i przejęcia, wdrożenia rozwiązań informatycznych), cechować się będą różną charakterystyką stopnia złożoności technicznej i społecznej. Wszystkie te, które będą dotyczyły w istotny sposób pracowników podmiotów leczniczych, powinny być prowadzone w myśl zasad zarządzania zmianami, bo tylko wtedy można będzie liczyć na wysoki odsetek sukcesu prowadzonych zmian (rysunek 9.1).

⁴ R. W. Woodman, *Organization Change and Development: New Arenas for Inquiry and Action*, "Journal of Management" 1989, vol. 6, s. 205.

⁵ W literaturze przedmiotu pojęcie „zarządzanie zmianą” jest także utożsamiane z podejmowaniem działań utrzymujących organizację w nurcie zmiany otoczenia i wykorzystywanie jej do osiągnięcia własnych korzyści poprzez cykliczny proces planowania, działań operacyjnych, monitorowania i kontroli. Inna definicja mówi, że zarządzanie zmianą jest procesem wykorzystywania strategii organizacji do zapewnienia harmonii w odniesieniu do zmieniającego się otoczenia przy silnym powiązaniu z dostępnymi zasobami. Por. A. Zarębska, *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2002.

⁶ R. Wendt, *Zarządzanie zmianą w polskiej firmie*, Dom Wydawniczy Zachorek, Warszawa 2010, s. 16.

Rysunek 9.1. Specyfika zmian w organizacji a potrzeba zarządzania zmianą



Źródło: materiały szkoleniowe BPI Polska.

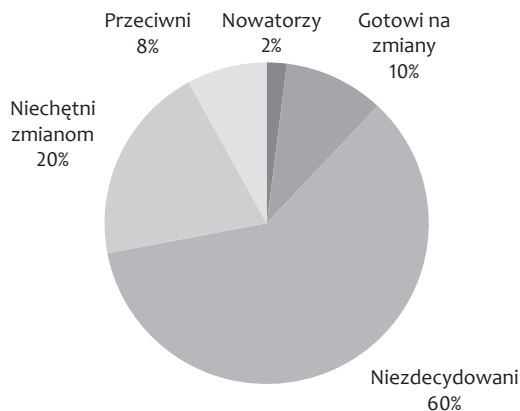
Okres zmiany to bardzo trudny czas dla organizacji z uwagi na silne napięcia społeczne spowodowane przez nieuniknione zmiany w relacjach społecznych (np. tworzenie się nowych zespołów, inny podział władzy itp.), niepewność co do przyszłości i stres wywołany presją ze strony przełożonych na należyte wykonywanie nowych zadań. Zmiana przez wielu ludzi odbierana jest jako zagrożenie dla obecnego stanu rzeczy, który jest dla nich znany, czują się w nim bezpiecznie, a sposób wykonywanej pracy nie wymaga szczególnego wysiłku (wiele lat pracy na danym stanowisku wykształca zdolność automatycznego, czasami niestety też rutynowego działania). Każda innowacja w sposobie wykonywanej pracy wymaga dodatkowego skupienia, wysiłku, a niekiedy przeorganizowania swojego życia osobistego. Dlatego też obserwowany opór pracowników wobec zmian jest zjawiskiem naturalnym, który wynika z ich sposobu postrzegania świata i typu osobowości.

Badania prowadzone przez J.C. Maxwella pokazują, że większość ludzi odnosi się negatywnie do zmian, które ich spotykają⁷ (rysunek 9.2). Aż 60% badanych to ludzie powściągliwi – najczęściej początkowo niezdecydowani,

⁷ J.C. Maxwell, *Być liderem, czyli jak przewodzić innym*, Medium, Warszawa 1994.

którzy potrzebują czasu na oswojenie się ze zmianą, aby po pewnym czasie ją zaakceptować i w końcu wdrożyć. Kolejne 20% to osoby ostrożne – jawnie niechętni zmianom, potrzebują znacznie dłuższego czasu na przyjęcie zmian, a przez to wymagają większej troski ze strony wdrażających zmiany. Ostatnia grupa negatywnie odnoszących się do zmian (8% badanych) to osoby zawsze przeciwne, niezależnie od kierunku i sposobu wprowadzanych zmian. Tylko 12% badanych to osoby akceptujące zmiany i ochoczo przyjmujące innowacje. Wśród nich 2% to wizjonerzy, którzy specyficznym patrzają na świat, wyszukując nowości, często niestety nie pełniąc funkcji zarządczych w organizacji. Pozostała część (10% badanych) jest gotowa na zmiany i przyjmuje je naturalnie natychmiast.

Rysunek 9.2. Typy reakcji ludzi na zmiany

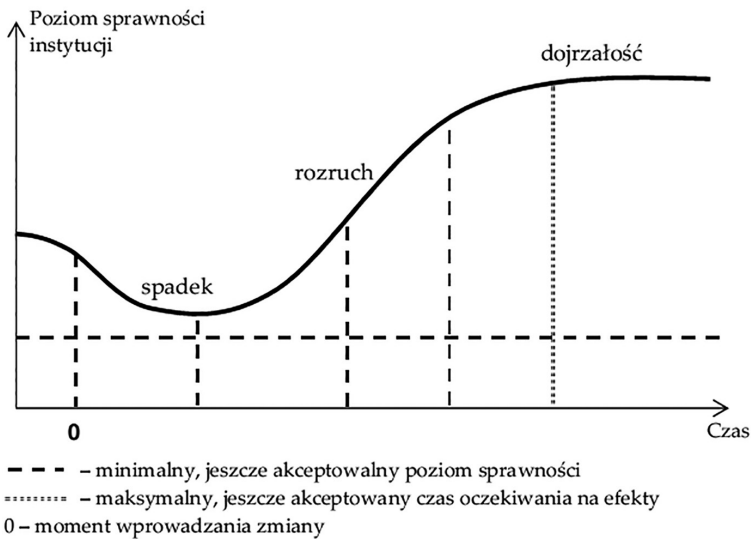


Źródło: opracowanie własne na podstawie J.C. Maxwell, *Być liderem, czyli jak przewodzić innym*, Medium, Warszawa 1994, s 84.

Należy jeszcze raz podkreślić, że opór wobec zmian jest naturalnym zjawiskiem i nie można go utożsamiać ze świadomym, złośliwym działaniem pracowników, którzy w ten sposób wyrażają niechęć do organizacji, menedżera czy świata. To jest normalna reakcja na zmiany i im wcześniej menedżerowie podejmą działania w kierunku przekonania niezdecydowanych, tym większa będzie grupa zwolenników zmiany i szybsze będą jej pozytywne efekty. Opór wobec zmian może być też informacją dla menedżerów o sposobie odbierania zmiany. Menedżerowie muszą analizować rodzaj oporu, aby móc nad nim pracować, zredukować go i zapewnić sobie zaangażowanie ze strony tych, którzy początkowo opierali się zmianom.

W okresie wprowadzania zmian obserwuje się również naturalny spadek sprawności organizacji⁸. Jest to z jednej strony skutek oporu wobec zmian, ale z drugiej strony jest to koszt, jaki ponosi organizacja, przestawienia się na nowe warunki funkcjonowania. Wszelkie nakłady poniesione na zaprojektowanie, przygotowanie i wdrożenie zmiany, ale także negatywne skutki obniżenia zdolności organizacji do generowania przychodów ze względu na konieczność pogodzenia dwóch aktywności, bieżącej i tej związanej z wdrażaniem, wpływają na spadek sprawności organizacji⁹. Nie bez znaczenia jest też spadek produktywności pracowników spowodowany wdrożeniem nowych metod pracy, których opanowanie zawsze wymaga określonego czasu. Graficzny obraz „dołka kosztów zmian” przedstawia rysunek 9.3.

Rysunek 9.3. Krzywa sprawności organizacji w okresie zmian



Źródło: M. Czerska, R. Rutka, *Wykorzystanie „prawa dołka” w kierowaniu zmianą*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 4/1, s. 47.

⁸ Syntetyczna miara łącząca w sobie: mierniki stopnia realizacji celu (ich konkretna forma zależy od stawianego celu), mierniki ilościowe (np. zysk, rentowność, płynność finansowa, udział w rynku, wydajność), pozostałe mierniki jakościowe (np. stosunki społeczne, poziom satysfakcji zatrudnionych, współpraca komórek, odejścia „pracowników wiedzy”). Por. M. Czerska, R. Rutka, *Wykorzystanie „prawa dołka” w kierowaniu zmianą*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 4/1.

⁹ M. Czerska, R. Rutka, *Czynniki wpływające na poziom i strukturę kosztów zmian w organizacji*, w: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – wiodące orientacje*, red. J. Lichtarski, S. Nowosielski, G. Osbert-Pociecha, E. Tabaszewska-Zajber, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 340, Wrocław 2014, s. 549.

Przebieg krzywej sprawności organizacji w okresie zmiany zależy od wielu czynników (zakresu i głębokości zmian, zgodności zmian z wymogami otoczenia, sposobu wprowadzania zmian, zakresu pozyskania wykonawców dla zmiany itp.). Wszystkie te czynniki powinny być uwzględnione w sprawnie realizowanym procesie zarządzania zmianą, dzięki czemu niekorzystne zjawiska okresu zmian będą stosunkowo sprawnie niwelowane, a organizacja szybko osiągnie założony poziom sprawności.

Niezwykle ważnym czynnikiem powodzenia zmian organizacyjnych jest poziom niezadowolenia pracowników z obecnego stanu rzeczy w organizacji. Im większa presja pracowników na utrzymanie *status quo*, im większe ich zadowolenie z obecnej sytuacji, tym trudniej organizacji wprowadzić zmiany, które mają zburzyć obecne porządki. Beckhard i Harris zaproponowali nawet wzór na zmianę, który w syntetyczny sposób ujmuje proces zmiany oraz identyfikuje czynniki, które muszą zaistnieć, aby doszło do realizacji zmiany¹⁰:

$$C = (A \times B \times D) > X$$

gdzie:

C – zmiana,

A – poziom niezadowolenia z istniejącego stanu,

B – jasno określony i dostatecznie atrakcyjny stan pożądany (cel, przewidywane efekty),

D – pierwsze praktyczne działania w kierunku stanu pożądanego,

X – koszty zmiany (w postaci energii, emocji, wysiłku, nakładów finansowych).

Jeżeli którykolwiek z czynników A, B lub C równa się zero lub jest bliski zero, to wynik także będzie równy lub bliski zero, a opór wobec zmiany nie zostanie przewyżniony (koszt zmian okaże się zbyt wysoki). Oznacza to, że jeśli wizja zmiany będzie niejasna, nie będzie odczuwalnego niezadowolenia z obecnego stanu rzeczy lub plan będzie niejasny, wówczas prawdopodobieństwo powodzenia zmian będzie znacząco zredukowane. Zadaniem menedżerów w okresie wprowadzania zmian organizacyjnych jest zadbanie o każdy z wyróżnionych czynników, ponieważ nie mogą się one wzajemnie kompensować, kiedy jeden z nich pozostaje na niskim poziomie.

¹⁰ J.A.F. Stoner, C. Wankler, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2004, s. 309.

Podsumowując dotychczasowe rozważania: zmiany organizacyjne są trudnym wyzwaniem dla menedżerów. Planując zmiany w podmiotach leczniczych należy mieć na uwadze, że zmiana powiedzie się dopiero wtedy, kiedy pracownicy podmiotu zmieniają swoje dotychczasowe sposoby pracy. Aby tak się stało, należy umiejętnie przeprowadzić ich przez trudny okres zmian (nacechowany silnymi napięciami społecznymi, oporem wobec zmian, spadkiem efektywności itp.), odpowiednio komunikując potrzebę zmiany (w celu wykształcenia wśród pracowników poczucia niezadowolenia ze stanu obecnego) i przygotowując jasny plan wdrożenia zmiany. Wszystkie te działania wchodzą w zakres procesu zarządzania zmianą.

9.2. Zarządzanie zmianą organizacyjną

Wcześniejsze rozważania pokazały złożoność zagadnień związanych z wdrażaniem zmian. Wielu badaczy próbowało opracować modelowe rozwiązania, pomagające menedżerom przeprowadzić organizację przez zmiany¹¹. Jednym z nich jest niezwykle popularna i chętnie wykorzystywana przez menedżerów propozycja K. Lewina, który opracował trój etapowy model procesu zmiany¹²:

- **Rozmrożenie** – polega na doprowadzeniu do tego, aby potrzeba zmiany stała się tak oczywista dla organizacji, że wszyscy jej członkowie dostrzegą ją i zaakceptują.
- **Zmiana** – wymaga wyszkolonego agenta zmiany, który będzie pielęgnować nowe wartości, postawy i zachowania za pomocą dedykowanych narzędzi i technik. Członkowie organizacji, identyfikując się z wartościami, postawami i zachowaniami agenta zmiany, przyswajają je z chwilą dostrzeżenia ich skuteczności w praktyce.
- **Zamrożenie** – oznacza utrwalenie nowego wzoru zachowań za pomocą mechanizmów wspierających lub wzmacniających, tak że staje się on nową normą.

W trakcie etapu rozmrażania Lewin proponuje przeprowadzenie analizy pola sił, która polega na identyfikacji sił napędzających i hamujących proces zmian oraz podejmowaniu stosownych działań sprzyjających zmianie. Podstawowa

¹¹ Bogaty zestaw modeli zmian organizacyjnych przedstawia: E. Cameron, M. Green, *Nadawanie sensu zarządzania zmianą*, Kogan Page, 2013.

¹² J.A.F. Stoner, C. Wankler, *Kierowanie*, op.cit., s. 309.

zasada sprowadza się do tego, że w każdej sytuacji, w której powinno dojść do zmiany, siły napędzające muszą przeważać nad siłami powstrzymującymi zmiany. Skuteczniejszym sposobem zachęcania pracowników do zmiany jest ograniczanie sił powstrzymujących zamiast zwiększania sił napędzających.

Model Lewina zakłada zaangażowanie do procesu wdrażania zmian wyspecjalizowanych menedżerów – agentów zmian – którzy ponoszą odpowiedzialność za pełnienie przywódczej roli w kierowaniu zmianą. Mogą oni wywodzić się z organizacji lub być zatrudnionymi doradcami z zewnątrz. Zaleca się, aby przy złożonych i długotrwałych programach zmian kierował nimi agent zmiany z zewnątrz organizacji ze względu na specjalistyczną wiedzę i umiejętności, brak obciążenia codziennymi obowiązkami operacyjnymi, a co najważniejsze brak powiązań z wewnętrznymi grupami interesu.

Model K. Lewina jest niezwykle użytecznym narzędziem pokazującym zmianę jako proces, który powinien być realizowany zgodnie z logicznie uporządkowanym schematem. Specyfika prowadzonych działań zarządczych w okresie zmiany wymaga, zdaniem Lewina specjalistycznej wiedzy i umiejętności, którą nie zawsze posiadają menedżerowie organizacji wdrażającej zmiany. Jednak brak w modelu Lewina bardziej szczegółowych wskazówek dla menedżerów, jak wdrażać złożone zmiany organizacyjne. Lukę tę w pewnym sensie zapełnia propozycja J. Kottera. Jego model, opracowany na podstawie analizy ponad 100 przypadków wdrożeń różnych zmian organizacyjnych, obejmuje 8 kroków do skutecznej transformacji organizacji¹³:

- 1) Wytworzenie poczucia pilności zmiany – realizowane najczęściej w formie dyskusji w gronie pracowników nad obecnymi, konkurencyjnymi realiami i możliwymi scenariuszami na przyszłość. Główny cel tych spotkań to zwiększenie „poczucia potrzeby” zmian – niezadowolenia z obecnego stanu.
- 2) Sformułowanie silnej koalicji przewodniej – poprzez powołanie zespołu odpowiedzialnego za wprowadzenie zmian, składającego się z osób popierających zmiany, ale też gotowych pociągnąć za sobą jak najszerszą grupę pracowników.
- 3) Stworzenie wizji – niezbędnego elementu procesu zmian, nadającego kierunek wkładanym wysiłkom, i sposobu (strategii) osiągnięcia celu zmian. Za stworzenie wizji odpowiedzialna jest koalicja przewodnia.
- 4) Komunikowanie wizji – na różne sposoby i do szeregu grup pracowniczych, wykorzystując jak największą gamę różnorodnych sposobów. Ważne jest,

¹³ Por. J. Kotter, *Jak przeprowadzić transformację firmy*, One Press, Warszawa 2007.

- aby przekazywana wizja i zachowanie się koalicji przewodniej było spójne, tak aby przekaz był jak najbardziej wiarygodny.
- 5) Delegowanie na innych działania zgodnego z wizją – chodzi o usunięcie wszystkich przeszkód stojących na drodze do zmian, głównie w postaci zbędnych struktur czy systemów i umożliwienie ludziom wykonywania zadań zgodnie ze sformułowaną wizją.
 - 6) Planowanie i kreowanie szybkich sukcesów – nawet drobne, ale szybkie udoskonalenia mają moc motywacyjną, zachęcają innych do podążania w kierunku wizji zmiany. Należy planować sukcesy i nagradzać ludzi za każde udoskonalenia.
 - 7) Konsolidowanie udoskonalień i realizacja kolejnych zmian – należy ciągle dodawać energii procesowi zmian poprzez tworzenie nowych projektów, dodawanie zasobów i powoływanie agentów zmian.
 - 8) Instytucjonalizacja nowych rozwiązań – stworzenie nowej kultury organizacyjnej, która zagwarantuje, że każdy pracownik będzie rozumiał, iż nowe zachowania prowadzą do sukcesu organizacji.

Model Kottera rozpisuje proces wdrażania zmian na kolejne fazy, podkreślając ogromne znaczenie początkowych zadań związanych z budowaniem poczucia pilności zmian, właściwym komunikowaniem i budowaniem koalicji na rzecz zmian. Dalsze etapy związane z delegowaniem i konsolidacją osiągnięć już są mniej precyzyjnie omówione, przez co stają się trudniejsze do zastosowania.

Metoda zaproponowana przez ekspertów PROSCI łączy podejścia Lewina i Kottera w jeden spójny model uwzględniający ograniczenia tych wcześniejszych, nakładając na cykl życia projektu wdrażającego zmianę procesy zmiany na poziomie indywidualnym i na poziomie organizacyjnym (rysunek 9.4).

W modelu PROSCI, podobnie jak w wielu innych, zakłada się, że warunkiem powodzenia zmiany organizacyjnej jest skuteczna indywidualna transformacja każdego pracownika, którego ta zmiana dotyczy. Dlatego też konieczne jest połączenie dwóch procesów zmiany – na poziomie indywidualnym i organizacyjnym – w jeden spójny ciąg działań, który sprawi, że pracownicy w momencie implementacji zmian będą przygotowani i zmotywowani do postępowania według nowych zasad. Proces zmian na poziomie indywidualnym opisuje model ADKAR, który jest akronimem od angielskich słów oznaczających kolejne etapy, przez które przechodzi każdy człowiek w czasie zmian¹⁴:

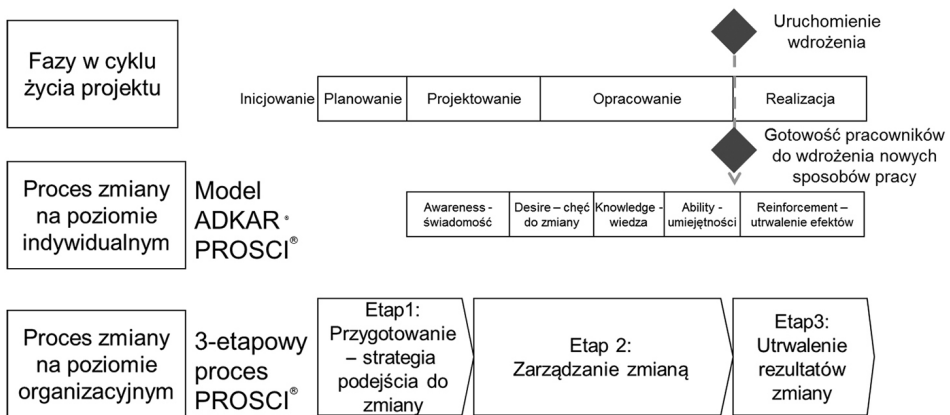
¹⁴ <https://www.prosci.com/adkar/adkar-model>, 07.10.2016 r.

- A** – *Awareness* – świadomość potrzeby zmian. Aby zmiana mogła być wprowadzona, ludzie muszą zdawać sobie sprawę z konieczności zmiany. Jeśli zmiana jest wprowadzana, a pracownicy nie są świadomi, że potrzebne są jakieś zmiany, to ich reakcja jest naturalnie negatywna. Świadomość potrzeb biznesowych lub organizacyjnych jest dla powodzenia zmiany krytyczna. Budowanie świadomości może być realizowane na różne sposoby, ale największą skutecznością cechują się komunikaty przekazywane przez najwyższych rangą menedżerów w organizacji. Skuteczne budowanie świadomości pracowników powinno wykształcić w nich poczucie, które może wyrazić pytanie: „Jak szybko to się stanie i jak to na mnie wpłynie?”.
- D** – *Desire* – chęć do zmiany i wzięcia osobistego udziału w zmianie oraz wspierania zmiany. Zrozumienie potrzeby wprowadzanych zmian powinno przełożyć się na wyrażenie chęci uczestniczenia w procesie zmiany. Jeśli pracownicy nie mają chęci do zmiany, to ich bezpośredni przełożeni są w najlepszej pozycji, aby pomóc rozwiązać ten problem. Są najbliższymi pracowników i najlepiej rozumieją codzienną pracę swoich ludzi. Poprzez indywidualne rozmowy menedżerowie mogą odkryć osobiste powody oporu swoich pracowników i przyczynić się do usunięcia wszelkich barier, które uniemożliwiają im zaakceptowanie zmiany. Przełożeni mogą również wyjaśnić swoim podwładnym zasady pracy w nowych warunkach i odpowiedzieć im na najważniejsze dla pracownika pytanie: „Co to oznacza dla mnie?”. Należy pamiętać, że wprawdzie bezpośredni kierownik odgrywa w budowaniu chęci pracowników kluczową rolę, to ostatecznie sami pracownicy, bazując na swojej wewnętrznej motywacji, muszą podjąć decyzję o wzięciu udziału w prowadzonej zmianie.
- K** – *Knowledge* – wiedza o tym, jak zmieniać swój sposób pracy i wspierać trwający proces zmian. Dopiero pracownik świadomy i chętny do zmiany może być przyuczony do funkcjonowania w nowej rzeczywistości organizacyjnej. Wcześniejsze szkolenia nie przynoszą rezultatów, ponieważ pracownicy nie łączą szkoleń ze zmianami i nie angażują się w budowanie potrzebnej im wiedzy. Aby w pełni wykorzystać szkolenia, należy zadbać o dopasowanie jego zakresu do faktycznej roli pracownika w realizowanej zmianie.
- A** – *Ability* – Umiejętność wykorzystania w praktyce wiedzy na temat tego, jak wdrażać w pracy nowe, pożądane zachowania i umiejętności. Zdobyć przez pracownika odpowiedniej wiedzy nie musi się od razu przekładać na umiejętność stosowania jej w praktyce. Nabywanie doświadczenia pracy w nowych warunkach wymaga czasu i zgody na popełnianie błędów.

Niekiedy potrzebne będzie zastosowanie szczególnych narzędzi (np. coaching, praktyki środowiskowe), które umożliwiają pracownikom doskonalenie umiejętności.

- R** – *Reinforcement* – Wspieranie i utrwalanie zmiany ze strony zarządzających. Utrzymanie nowego sposobu pracy wymaga „zamrożenia”, aby nie dopuścić do powrotu do starych nawyków. Dlatego stale należy monitorować, czy zmiana jest utrwalona, czy też nie, a jeżeli osiągane są sukcesy, należy je świętować i rozpowszechniać. Jeśli niektórzy pracownicy powracają do starych nawyków lub zasad, należy sprawdzić, czy potrzebują więcej szkoleń lub coachingu, przy czym jednoznacznie należy im dać do zrozumienia, że oczekuje się od nich, aby kontynuowali pracę w nowy sposób.

Rysunek 9.4. Powiązanie cyklu zarządzania zmianą z cyklem realizacji projektu z wykorzystaniem metodyki PROSCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów PROSCI.

Proces zmiany na poziomie indywidualnym jest sekwencją wyżej wymienionych kroków, przy czym na każdym z nich pracownik musi osiągnąć określony minimalny poziom, aby możliwe było rozpoczęcie kolejnego. Dodatkowa trudność zarządcza polega na tym, że każdy człowiek jest inny i wymaga indywidualnego podejścia, które może zapewnić tylko bezpośredni przełożony. Nie zawsze jednak wszyscy menedżerowie mają stosowną wiedzę i umiejętności, dlatego często potrzebują wsparcia od zespołu wdrażającego zmiany. Nie zawsze też identyfikują się ze zmianą, dlatego potrzebne są aktywne działania ze strony ich przełożonych – kierownictwa najwyższego szczebla (sponsorów zmian).

Dlatego też synchronizacja kroków ADKAR-u wpisana jest w działania realizowane na poziomie organizacyjnym obejmujących trzy etapy¹⁵:

Etap 1 – przygotowanie zmiany. Na tym etapie definiowana jest strategia zarządzania zmianą, powoływany jest zespół do zarządzania zmianą i analizowana jest koalicja sponsorów (menedżerów wyższego szczebla) odpowiedzialnych za wdrożenie zmiany. W fazie przygotowania przeprowadzana jest także ocena wpływu planowanych zmian na pracowników organizacji w celu identyfikacji skali i zakresu zmian ich dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Tym samym poznane będą podstawowe rodzaje ryzyka wdrażanej zmiany, w tym także przewidywany poziom oporu wobec zmian.

Etap 2 – zarządzanie zmianą. W tej fazie następuje doprecyzowanie planów zarządzania zmianą na każdym szczeblu zarządzania i podejmuje się pierwsze działania zarządzania zmianą: tworzy się plan komunikacji zmiany (szczególna jest tu rola sponsorów zmiany, którzy osobiście zaangażują się w budowanie świadomości i potrzeby zmian), przeciwdziała oporowi wobec zmian (zadanie to głównie spoczywa na bezpośrednich kierownikach pracowników objętych zmianą), tworzy się szczegółowe plany szkoleniowe i coachingowe dla osób potrzebujących wsparcia. W fazie 2 szczególnie istotne jest to, żeby zintegrować te działania zaplanowane w ramach *Change Management* z planem projektu (ang. *Project Management* – PM). Wówczas zadania związane z zarządzaniem „ludzką” stroną zmian będą z większym prawdopodobieństwem realizowane. W tym miejscu warto dodać, że metodyka PROSCI jest spójna ze wszystkimi metodykami zarządzania projektami, co znacznie ułatwia to zadanie.

Etap 3 – utrwalenie zmiany. Ostatni etap procesu zarządzania zmianą koncentruje się na monitoringu i utrwalaniu pożądanых zachowań zgodnie ze stawianymi wymaganiami. Za pomocą systematycznych pomiarów osiągnięć, identyfikuje się odchylenia, analizuje się je, a następnie, jeżeli to konieczne, podejmuje działania korygujące. Wszystkie pożądane postawy nagradza się, wykorzystując je do świętowania sukcesów.

Jak zaprezentowano na rysunku 9.4, proces zarządzania zmianą w modelu PROSCI łączy w sobie trzy obszary działań zarządczych, które dopiero wzajemnie skorelowane odpowiadają za pełne wdrożenie zmiany:

Zarządzanie projektem – koncentruje się na przygotowaniu „twardej” części zmiany przebudowy organizacji na nowy sposób działania. Zgodnie z cyklem

¹⁵ <https://www.prosci.com/change-management/thought-leadership-library/integrated-individual-and-organizational-cm-methodology>, 07.10.2016 r.

życia projektu prowadzone są prace inicjujące projekt (np. decyduje się o potrzebie wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej, powołuje zespół projektowy odpowiedzialny za realizację projektu), planujące (np. definiuje się zakres projektu, wyznacza kamienie milowe projektu i tworzy harmonogram projektu), projektujące sposób nowego funkcjonowania (np. ustala się rodzaj wykorzystywanego narzędzia IT, sposób gromadzenia i ochrony danych, tworzy się dokumentację systemu), organizujące warunki nowego funkcjonowania (np. zakup sprzętu i jego instalacja oraz szkolenia pracowników) i realizacyjne (np. zastępowanie papierowej dokumentacji medycznej elektroniczną). Za tę część zmiany najczęściej odpowiada zespół projektowy, na czele którego stoi kierownik projektu. Zazwyczaj jest to osoba posiadająca kompetencje dopasowane do specyfiki projektu (np. szef działu IT), który dobiera sobie do zespołu projektowego ludzi odpowiedzialnych za zadania zgodnie z zakresem projektu. Kierownik projektu raportuje do komitetu sterującego (kierownictwa wyższego szczebla – np. dyrektora szpitala) stan osiągnięcia kolejnych kamieni milowych. Komitet sterujący odpowiedzialny jest za wszystkie strategiczne decyzje związane z projektem¹⁶.

Zarządzanie zmianą na poziomie indywidualnym – skupione jest na procesie przeprowadzenia ludzi przez okres zmiany. Zgodnie z modelem ADKAR dąży się do zbudowania u każdego pracownika świadomości, chęci, wiedzy i umiejętności działania w nowej rzeczywistości (np. każdy pracownik szpitala odpowiedzialny za tworzenie dokumentacji medycznej rozumie potrzebę wdrożenia nowego systemu, chce prowadzić inny rodzaj dokumentacji, wie jak wykorzystać dostępne urządzenia IT i umie się nimi posługiwać). Za ten obszar zarządzania odpowiedzialni są bezpośredni przełożeni pracowników objętych zmianą. Należy przy tym zauważyć, że pełne wdrożenie projektu powinno być skoordynowane w czasie z osiągnięciem przez pracowników objętych zmianą etapu *Ability*, czyli zdobyciem przez nich praktycznych umiejętności pracy w nowy sposób. Oznacza to, że musi występować koordynacja prac projektowych i działań menedżerów średniego szczebla.

Zarządzanie zmianą na poziomie organizacyjnym – koncentruje się na synchronizacji wszystkich działań związanych z wdrażaniem i utrwaleniem zmiany poprzez stworzenie określonej strategii zmiany i jej konsekwentną realizację (np. zbudowanie koalicji dyrektorów i ordynatorów szpitala, popierającej elektroniczną dokumentację, wsparcie szkoleniowe dla kierowników z zakresu

¹⁶ Szczegółowe zasady zarządzania projektem przedstawia np.: *Nowoczesne zarządzanie projektami*, red. M. Trocki, PWE, Warszawa 2013.

przeciwdziałania oporowi wobec zmian, tworzenie wielokanałowej komunikacji zmiany itp.). Ze względu na specyfikę prowadzonych działań za ten obszar zarządzania powinien być odpowiedzialny specjalnie w tym celu powołany zespół zarządzania zmianą, który wdraża ustrukturyzowane podejście do zmiany i ułatwia pracę pozostałych.

9.3. Kluczowe role w procesie zarządzania zmianą

Wskutek analizy modelu zarządzania PROSCI wyłaniają się dwie kluczowe role procesu zmiany: sponsorzy i kadra kierownicza średniego szczebla. Między nimi przeplata się rola *Change Managera*, która jest wsparciem dla obu typów menedżerów.

Zgodnie z badaniami PROSCI niezwykle istotne znaczenie dla sukcesu wdrażanych zmian ma sponsor projektu¹⁷. Jest to osoba z grona najwyższej kadry zarządzającej odpowiedzialna za obszar, w którym zmiany są wdrażane. Na przykład w przypadku projektu polegającego na wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej sponsorem projektu powinien być dyrektor placówki. Sponsor to osoba, która z racji stanowiska w każdej organizacji posiada władzę i zasoby, z reguły również to ona inicjuje zmiany. Dlatego po jego postawie i zaangażowaniu pracownicy poznają, na ile projekt rzeczywiście jest ważny i pilny. We wszystkich wspomnianych badaniach PROSCI od ich pierwszej edycji w 1998 r. aktywny i widoczny sponsor wskazywany był jako czynnik sukcesu nr 1 dla zmian. Jednocześnie brak wystarczającego wsparcia sponsora był wymieniany jako główny czynnik porażki wdrożenia.

Główne elementy roli sponsora zmian można sprowadzić do trzech obszarów¹⁸:

- 1) stałe wsparcie dla zmian, widoczne dla wszystkich w organizacji,
- 2) zarządzanie oporem wobec zmian i budowanie poparcia dla zmian wśród kadry kierowniczej,
- 3) bezpośrednia komunikacja priorytetów dotyczących zmian na forum całej organizacji.

Liczne badania pokazują, że większość sponsorów zmian nie pełni swojej funkcji w stopniu wystarczającym, a także że nie zawsze ją rozumie. Niektórym wydaje się, że zaangażowanie pracowników do zmian, budowanie pozytywnej

¹⁷ *Best Practices in Change Management*, PROSCI 2016 edition.

¹⁸ *Ibidem*, s. 272.

motywacji i „sprzedawanie” nowego pomysłu nie jest potrzebne, a niektórzy po prostu nie znajdują na to czasu. Przyczyn jest wiele, pamiętać należy, że skuteczne odgrywanie takiej roli wymaga od sponsora zaangażowania i czasu, co sprowadza się do jak najlepszego wykorzystania jego dostępności.

W wielu organizacjach pojawia się rola specjalisty do zarządzania zmianą w organizacji (*Change Managera*), której zadaniem jest także wsparcie sponsora w realizacji jego zadań w zmianie. Jest to jeden ze sposobów na umożliwienie sponsorom skutecznego pełnienia ich funkcji.

Osoby, które bezpośrednio zarządzają pracownikami, również mają szczególnie istotne znaczenie dla powodzenia zmian. Można łatwo wyobrazić sobie sytuację, gdy niezaangażowany w zmianę lub nawet jej przeciwny przełożony zniechęca pracowników do tej zmiany swoją postawą i działaniami. Brak zaangażowania lub neutralna postawa szefa przekłada się na niewystarczające zainteresowanie pracowników nowym projektem, niezrozumienie przez nich przyczyn zmiany i może powodować jeszcze większy opór. W związku z tym można uznać, że dla skutecznego wdrożenia zmiany konieczne jest, aby menedżerowie średniego szczebla byli w nią zaangażowani i identyfikowali się z nią, traktowali rolę „agenta zmiany” jako stałą część swojej pracy. To oni są najbliższą pracownikom, mają z nimi codzienne relacje zawodowe, są dla pracowników autorytetem i mają władzę formalną. Ich rola sprowadza się do kilku kluczowych elementów:

- komunikowanie zmian w swoim zespole, przedstawianie pracownikom argumentów na rzecz zmiany,
- indywidualna praca z członkami zespołu, aby pomóc im przejść przez zmianę, na przykład wyjaśnianie osobistych wątpliwości, zapewnienie wsparcia w trudnych sytuacjach, działanie w przypadku występowania oporu danej osoby,
- zapewnienie pracownikom dostępu do wiedzy i umiejętności niezbędnych dla skutecznego opanowania nowych kompetencji, wymaganych po wdrożeniu zmiany.

Mając za sobą poparcie kadry średniego szczebla, sponsor zmiany może mieć większą pewność, że jego komunikaty skutecznie dotrą do pracowników i że cała organizacja będzie pracowała na rzecz wdrożenia.

Badania PROSCI pokazują, że kadra średniego szczebla z reguły wykazuje najsilniejszy opór wobec zmian. Przyczyny tego zjawiska są różne i w różnym stopniu można je uznać za mniej lub bardziej uzasadnione, potwierdza to jednak potrzebę uwzględnienia podczas wdrażania zmian takich działań, które

średnią kadre kierowniczą włączają w proces przygotowania i realizacji. Jedną z powszechnie stosowanych metod jest zaangażowanie przedstawicieli tej grupy do tworzenia szczegółów wdrażanych rozwiązań. Skutkuje to większym poziomem identyfikacji z tym, co będzie wdrażane, a także umożliwia sponsorowi zmiany dopracowanie rozwiązań docelowych, gdyż zazwyczaj menedżerowie średniego szczebla mają dobrą wiedzę o tym, jak organizacja funkcjonuje obecnie, i potrafią wskazać luki w rozwiązaniach proponowanych przez najwyższe kierownictwo.

I znów w tym miejscu pojawia się rola wspomnianego *Change Managera*, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiedniego przygotowania średniej kadry kierowniczej do pełnienia jej funkcji w zmianie, a także zapewnienie jej aktywnego uczestnictwa w trakcie wdrożenia.

Wydaje się, że powyższe spostrzeżenia na temat roli kadry kierowniczej w zmianie, zarówno najwyższej (Zarząd, Dyrekcja), jak i średniego szczebla, są jak najbardziej aktualne w realiach organizacji ochrony zdrowia. W hierarchicznych strukturach trudno wyobrazić sobie skuteczne wdrożenie zmian na poziomie szeregowych pracowników (lekarzy, pielęgniarek, personelu administracyjnego) w sytuacji, gdy przełożeni prezentują postawę niechętną albo „tylko” neutralną.

9.4. Wybrane narzędzia zarządzania zmianą

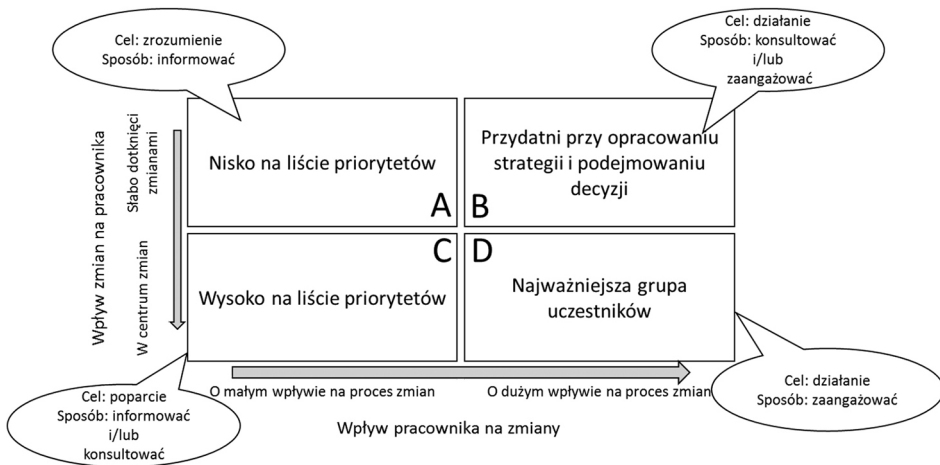
Opisywana powyżej metoda zarządzania zmianą w dużym stopniu koncentruje się na odpowiednim postępowaniu z pracownikami, od których wymaga się modyfikacji swojego sposobu pracy. Właściwe ich zidentyfikowanie, a następnie odpowiednie pokierowanie ułatwi przeprowadzenie pracowników przez okres zmian.

W pierwszej kolejności konieczna jest identyfikacja grup zawodowych, które poddawane będą procesowi zmian. W tym celu można wykorzystać narzędzie opracowane przez zespół pod kierownictwem G. T. Savage, za pomocą którego pozycjonuje się wszystkich objętych zmianą z punktu widzenia dwóch zmiennych: siły wpływu zmian na pracownika i siły wpływu pracownika na zmiany¹⁹ (rysunek 9.5). Analizując wspomniany wcześniej projekt wdrożenia elektronicznej

¹⁹ G. T. Savage, T. W. Nix, C. J. Whitehead, J. D. Blair, *Strategies for Assessing and Managing Organizational Stakeholders*, "Academy of Management Executive" 1991, vol. 5, no. 2, s. 61–75.

dokumentacji medycznej, możemy wyróżnić szereg grup zawodowych, które będą musiały w mniejszym lub większym stopniu zmienić swój dotychczasowy sposób pracy (oś pionowa – wpływ zmian na pracownika). Możemy też wskazać grupy zawodowe, które ze względu na swoją pozycję w szpitalu będą miały różną możliwość kształtowania sposobów wdrażania zmiany (oś pozioma – wpływ pracownika na zmiany).

Rysunek 9.5. Pozycjonowanie pracowników objętych zmianą organizacyjną



Źródło: opracowanie własne na podstawie G.T. Savage, T.W. Nix, C.J. Whitehead, J.D. Blair, *Strategies for Assessing and Managing Organizational Stakeholders*, "Academy of Management Executive" 1991, vol. 5, no. 2, s. 65–67.

Po przypisaniu pracowników do jednej z czterech grup podejmuje się stosowane kroki, które różnicują cel i rodzaj podejmowanych działań.

Grupa A – to słabo dotknięci zmianami, o małym wpływie na proces zmian (będą to na przykład szeregowi pracownicy administracji szpitala). Jest to grupa o najmniejszym priorytecie, w stosunku do której głównym celem działań jest zbudowanie zrozumienia dla podejmowanej inicjatywy. Można to zrobić za pomocą różnych kanałów komunikacji (np. cotygodniowy lub comiesięczny newsletter, specjalna strona internetowa, regularne informacje o postępach w projekcie (e-mail), plakaty i ulotki, artykuły w (lokalnej, firmowej, branżowej) gazecie lub magazynie).

Grupa B – to również słabo dotknięci zmianami, lecz o dużym wpływie na proces zmian (będą to na przykład kierownicy administracji szpitala). Jest

to grupa, która ze względu na swoją pozycję w organizacji (np. wysokie stanowiska zarządcze, autorytet) może być przydatna przy podejmowaniu decyzji o zakresie zmiany i opracowaniu strategii wdrażania zmiany. Oddziaływanie na tę grupę pracowników ma na celu głównie pozyskanie ich do działania na rzecz projektu zmiany. W tym celu można podjąć działania konsultacyjne (np. prosić o opinię za pomocą ankiet lub kwestionariuszy, zaprosić na spotkanie rozpoczynające projekt, pytać o ewentualne pomysły, opinie, ryzyko, zaprosić do rady doradczej w sprawie projektu, a nawet zaangażować do zespołu projektowego lub zespołu zarządzania zmianą).

Grupa C – to osoby w centrum zmian, ale o małym wpływie na proces zmian (to na przykład podstawowy personel medyczny – pielęgniarki i lekarze). Jest to grupa umiejscowiona wysoko na liście priorytetów, ponieważ realizowane zmiany w znacznym stopniu wpływają na ich sposób pracy i to od ich postawy w dużej mierze zależeć będzie powodzenie zmiany. Zazwyczaj są to pracownicy nisko usytuowani w strukturze zarządzania organizacją, mający niewielki wpływ na kształt procesu zmian. Dlatego też w stosunku do tej grupy pracowników zaleca się podjęcie działań, których celem jest uzyskanie poparcia dla realizowanych zmian. Można to osiągnąć poprzez informowanie o zmianie i konsultowanie proponowanych rozwiązań.

Grupa D – to osoby, których zmiana znacząco dotyka i które mają możliwość dużego wpływu na proces zmian (np. ordynatorzy szpitala). To jest najważniejsza grupa pracowników, którym należy poświęcić szczególną uwagę i zachęcić do działania na rzecz projektu zmiany. Osoby z tego kręgu powinny wchodzić w skład komitetu sterującego projektem, koalicji sponsorów lub grona ekspertów.

Proponowane powyżej działania nie zawsze będą spotykały się z pozytywnym przyjęciem ze strony pracowników, dlatego niezbędne będzie podejmowanie działań przeciwdziałania oporowi wobec zmian. W tabeli 9.1 przedstawiono wybrane metody postępowania przy oporze wobec zmian z opisem sytuacji, kiedy zaleca się je stosować, wraz ze wskazaniem ich wad i zalet.

Należy podkreślić, że podstawowym narzędziem przeciwdziałającym oporowi wobec zmian jest konstruktywna rozmowa z pracownikami, która pozwala zrozumieć ich wątpliwości i wypracować zadowalające rozwiązanie. Jasno zakomunikowane możliwości wyboru wraz z ich konsekwencjami stają się wielokrotnie wystarczającym bodźcem do podjęcia przez pracowników trudu wdrożenia się w nowe zasady pracy. Wykorzystując zasadę zaangażowania, należy jasno komunikować, jakie są oczekiwania organizacji, i pozostawić pracownikom prawo do wyboru sposobu realizacji tych oczekiwań. Należy

jednocześnie pamiętać, że w szczególnych przypadkach trzeba być gotowym do radykalnych działań, wykorzystujących władzę i motywację finansową.

Tabela 9.1. Metody postępowania przy oporze wobec zmian

Sposób postępowania	Zazwyczaj stosowany, gdy	Zalety	Wady
Szkolenie i informowanie	brakuje informacji albo informacja i analiza są niedokładne	Gdy się przekona ludzi, często pomagają wprowadzić zmianę	Może być bardzo czasochłonne, zwłaszcza gdy dotyczy to wielu ludzi
Uczestnictwo i wciąganie ludzi	inicjatorzy nie mają wszystkich informacji do zmian, a inni mają siłę, żeby się jej przeciwstawić	Uczestnicy angażują się we wdrożenie zmiany, a ich informacje są połączone do zmiany	Może być bardzo czasochłonne, jeśli uczestnicy zaprojektują niewłaściwą zmianę
Ułatwianie i poparcie	ludzie opierają się gdyż występują problemy z dostosowaniem	Żadne inne podejście nie jest równie skuteczne przy problemach dostosowania	Może być czasochłonne, kosztowne, a i tak nie przynieść powodzenia
Negocjacje i uzgodnienia	jedna z osób lub grup o znacznej sile oporu wyraźnie straci na zmianie	Czasem można łatwo uniknąć znacznego oporu	Może być zbyt kosztowne, jeśli pozostali zechcą negocjować
Manipulacja i kooptacja	inna taktyka jest nieskuteczna lub kosztowna	Może być to względnie szybkie i niedrogie rozwiązanie	Może stworzyć problemy w przyszłości, jeśli ludzie odczytają manipulację
Wyraźne lub ukryte wymuszenie	pośpiech ma zasadnicze znaczenie, a inicjatorzy mają znaczną władzę	Jest szybkie i może przewyciężyć opór wszelkiego rodzaju	Może być ryzykowne, jeśli ludzie będą w efekcie źli na inicjatorów

Źródło: J. A. F. Stoner, C. Wankler, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2004, s. 311.

9.5. Czynniki sukcesu zmian w organizacjach ochrony zdrowia

Biorąc pod uwagę różne badania (np. Kotter, McKinsey, PROSCI) dotyczące warunków powodzenia zmian organizacyjnych, można wskazać, że dla ich skutecznego wdrożenia w realiach organizacji ochrony zdrowia kluczowe znaczenie mają następujące czynniki:

- a) Jednoznaczna i spójna wizja zmian: co jest ich celem, jak po ich wdrożeniu powinna funkcjonować organizacja, a skutkiem tego, co zmiana oznacza dla pracowników, jakich nowych umiejętności, wiedzy i zachowań od nich wymaga.
- b) Zbudowanie poparcia dla projektu na wszystkich szczeblach kierowniczych, ale także przygotowanie menedżerów do skutecznego pełnienia ich

funkcji w zmianie. Uczynienie z nich współwłaścicieli wdrażanych rozwiązań i ambasadorów (lub liderów) zmiany.

- c) Zastosowanie ustrukturyzowanych metod i narzędzi do wdrażania zmian, zintegrowanie działań dotyczących wdrożenia „twardej” części projektu (systemy informatyczne, nowa struktura organizacyjna, nowe procesy etc.) ze zmianami, które powoduje ono w części „ludzkiej”. W tym zakresie w szczególności istotne jest, aby takie zintegrowane działania uwzględniały bezpośrednią i dwustronną komunikację z pracownikami, których zmiany dotyczą. Zanim zostaną wysłani na szkolenia dotyczące nowych narzędzi i wdrażanych rozwiązań, powinni zrozumieć najpierw przyczyny tych zmian, mieć poczucie ich nieuchronności i motywację do aktywnego zaangażowania się w ich realizację.

W przytoczonych źródłach tych czynników sukcesu jest znacznie więcej. Z praktycznych doświadczeń autorów, dotyczących wdrażania zmian także w jednostkach ochrony zdrowia wynika, że zastosowanie powyższych jest szczególnie adekwatne do tego środowiska, gdzie metody i narzędzia zarządcze nie zawsze jeszcze stosowane są w wystarczającym stopniu.

Parafrazując słowa Toma Landry’ego, jednego z najślynniejszych trenerów w historii futbolu amerykańskiego, można stwierdzić, że skuteczna zmiana to doprowadzenie ludzi do zrobienia tego, czego nie chcą, aby mogli osiągnąć to, czego potrzebują. Ponieważ zmiany z reguły nie są dla pracowników przyjemne, gdyż wymagają wyjścia z własnej strefy komfortu (ang. *comfort zone*), a co więcej, około 90% ludzi z natury reaguje na nie oporem, należy nimi zarządzać ze szczególną uwagą, stosując odpowiednie narzędzia i metody. Badania potwierdzają, że przekłada się to na sukces wdrożenia – w przypadku wysokiej efektywności zarządzania zmianą aż 6 razy więcej projektów kończy się sukcesem (94%) niż w przypadku nieskutecznych działań w tym zakresie (tylko 15% projektów zakończonych sukcesem)²⁰. Dodatkowo ważne jest, aby wdrażane zmiany nie powodowały pogorszenia efektywności organizacji, co w warunkach ochrony zdrowia oznacza na przykład poziom jakości świadczeń dla pacjentów. Tym bardziej istotne jest, aby stosować wszystkie sprawdzone metody podnoszące prawdopodobieństwo sukcesu.

²⁰ *Best Practices in Change Management*, PROSCI 2016 edition, s. 83.

Podsumowanie

Zarządzanie zmianą staje się w obecnych czasach bardzo ważną dziedziną zarządzania. Z uwagi na zmieniające się otoczenie i konieczność ciągłego dostosowywania organizacji do nowych warunków funkcjonowania umiejętność sprawnego wdrażania zmian staje się kluczową kompetencją menedżerów, będąc tym samym podstawowym źródłem sukcesu organizacji. Polskie jednostki ochrony zdrowia czeka szereg trudnych zmian, które cechować będzie zarówno duża złożoność techniczna (zmiany strukturalne), jak i społeczna (zmiany w postawach i zachowaniach ludzi). Opisane w rozdziale kompleksowe podejście do zarządzania zmianą jest prezentacją ustrukturalizowanego podejścia do zarządzania zmianą łączącego w sobie zarządzanie projektami oraz zarządzanie zmianą na poziomie indywidualnym i organizacyjnym. Proponowane rozwiązanie ma wielu zwolenników, a doświadczenia światowe pokazują, że wdrażanie zmian zgodnie z prezentowaną metodą znacznie podnosi skuteczność projektów zmiany.

Wyzwaniem dla kadry zarządzającej organizacjami ochrony zdrowia jest nie tylko wypracowanie właściwych rozwiązań strategicznych, lecz także zadbanie o kompetentnych menedżerów, którzy rozumiejąc istotę zmiany, odpowiednio przygotowują siebie i swoich podwładnych do działania w nowej rzeczywistości. Wprowadzenie wyzwań są duże, ale przecież nic tak skutecznie nie motywuje ludzi do wysiłku jak ambitne cele na granicy ich możliwości.

Bibliografia

- Cameron E., Green M., *Nadawanie sensu zarządzania zmianą*, Kogan Page, 2013.
- Czerska M., Rutka R., *Czynniki wpływające na poziom i strukturę kosztów zmian w organizacji*, w: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – wiodące orientacje*, red. J. Lichtarski, S. Nowosielski, G. Osbert-Pociecha, E. Tabaszewska-Zajber, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 340, Wrocław 2014.
- Czerska M., Rutka R., *Wykorzystanie „prawa dołka” w kierowaniu zmianą*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 4/1.
- Kotter J., *Jak przeprowadzić transformację firmy*, One Press, Warszawa 2007.
- Maxwell J.C., *Być liderem, czyli jak przewodzić innym*, Medium, Warszawa 1994.
- Nowoczesne zarządzanie projektami*, red. M. Trocki, PWE, Warszawa 2013.

- Savage G.T., Nix T.W., Whitehead C.J., Blair J.D., *Strategies for Assessing and Managing Organizational Stakeholders*, "Academy of Management Executive" 1991, vol. 5, no. 2.
- Stoner J.A.F., Wankler C., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2004.
- Wendt R., *Zarządzanie zmianą w polskiej firmie*, Dom Wydawniczy Zachorek, Warszawa 2010.
- Woodman R.W., *Organization Change and Development: New Arenas for Inquiry and Action*, "Journal of Management" 1989, vol. 6.
- Zajac S., *Teorie i problematyka zmian w zarządzaniu organizacją*, w: *Efektywność zarządzania zasobami organizacyjnymi*, red. P. Lenik, 68/2015, Krosno 2015.
- Zarebska A., *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2002.

Rozdział 10

Bankowa obsługa finansowa podmiotu leczniczego

Jacek Grzywacz¹

Wprowadzenie

Współpraca podmiotu leczniczego z bankiem ma różnorodny charakter i w żadnym razie nie może być kojarzona jedynie z faktem posiadania rachunku bankowego, wykorzystywanego głównie do bieżącej obsługi finansowej jednostki. Obsługa ta obejmuje bowiem szereg aspektów, wśród których należy zwrócić uwagę przede wszystkim na stymulowanie płynności finansowej przedsiębiorstw i pomoc w finansowaniu przedsięwzięć rozwojowych.

Opracowanie ma na celu wskazanie podstawowych i jednocześnie najważniejszych obszarów bankowej obsługi podmiotu leczniczego oraz określenie zasad korzystania z usług finansowych w sposób umożliwiający uzyskiwanie wymiernych korzyści. Dlatego też istotną uwagę zwrócono na rozwinięte formy bankowości elektronicznej (*cash management*) oraz warunki efektywnego korzystania z różnorodnych źródeł finansowania, w szczególności o charakterze obcym. Jest to syntetyczny, kompleksowy obraz zagadnień niezbędnych do wyjaśnienia podstawowych warunków racjonalnej obsługi finansowej świadczonej przez banki.

¹ Prof. dr hab. Jacek Grzywacz, profesor zwyczajny w Instytucie Finansów Korporacji i Inwestycji, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

10.1. Bank jako partner podmiotu leczniczego

W każdym przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, bez względu na jej charakter i specyfikę, nieodzownym i wręcz koniecznym warunkiem skutecznych działań jest aktywny kontakt z bankiem. Pomijając fakt, że prowadzenie rachunku bankowego wynika z obowiązujących przepisów prawa, nie ma praktycznie możliwości funkcjonowania jednostki bez udziału banku². Dotyczy to oczywiście wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, które z powodzeniem można potraktować w tym przypadku jak typowe przedsiębiorstwo korzystające z usług finansowych świadczonych przez bank. Rzeczą naturalną jest przy tym, że jednostki funkcjonujące w ochronie zdrowia charakteryzuje określona specyfika. Nie ma ona jednak znaczącego wpływu na same kontakty z bankiem i sposób przeprowadzania operacji finansowych. Jednocześnie warto pamiętać, że niektóre banki oferują usługi niejako przypisane do ochrony zdrowia, czego przykładem może być leasing sprzętu dla gabinetów lekarskich, w tym rehabilitacyjnych.

Potrzebę stałej współpracy podmiotu leczniczego z bankiem należy rozpatrywać z punktu widzenia podstawowych potrzeb związanych z prowadzeniem działalności. Należą do nich:

- bieżąca obsługa podmiotu w zakresie różnorodnych operacji finansowych,
- możliwość korzystania z różnego rodzaju form gromadzenia wolnych środków,
- pozyskiwanie źródeł finansowania zarówno dla działalności bieżącej, jak i inwestycyjnej.

Bieżąca obsługa jednostki realizowana jest głównie za pośrednictwem rachunku bieżącego. Wpływają tu należności od odbiorców za świadczone usługi i sprzedane towary, podejmowane są z nich środki na zapłatę wynagrodzeń, a także pokrywane wszelkie zobowiązania (np. wobec dostawców, skarbu państwa). Służą one również do rejestrowania innych operacji, na przykład kredytów udzielonych w rachunku bieżącym. Posiadanie tego rachunku jest zresztą jednym z istotnych warunków wsparcia finansowego ze strony banku, gdyż za jego pośrednictwem przekazywane są do dyspozycji klienta środki na działalność obrotową.

² Zgodnie z przepisania prawa od 1994 r. podmioty gospodarcze mają obowiązek prowadzenia rachunku bankowego. Dla osób zakładających przedsiębiorstwo istotne jest zapoznanie się z art. 22 Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. 2004 nr 173, poz. 1807 ze zm.

Ogólnie rzecz ujmując: posiadanie rachunku bieżącego związane jest z bezpieczeństwem obrotu pieniądza w formie bezgotówkowej, wygodą dokonywania wszelkiego rodzaju rozliczeń i finansowania bieżącej działalności. Sam fakt posiadania rachunku uwiarygodnia istnienie jednostki jako podmiotu gospodarczego. Warunkiem uruchomienia tego typu rachunku jest bowiem dostarczenie przez klienta i sprawdzenie przez bank dokumentów dotyczących jednostki, w tym o charakterze prawnym.

Warto zwrócić uwagę, że rachunek bieżący umożliwia lokowanie przejściowo wolnych środków pieniężnych i uzyskiwanie dochodów odsetkowych. Służą do tego elektroniczne systemy (np. Multicash) ułatwiające i zwiększające efektywność zarządzania środkami finansowymi jednostki gospodarczej. Środki pozostające na rachunku bieżącym (mogą one być podejmowane na każde żądanie) są oprocentowane znacznie niżej aniżeli w przypadku zablokowania ich na określony czas. W każdym bowiem przypadku decyzja o lokacie nawet na krótki termin związana jest z większymi korzyściami finansowymi w stosunku do odsetek uzyskiwanych od środków na rachunku bieżącym. Dziwić zatem może fakt, że wielu klientów banków przetrzymuje środki w formule „a vista”, ewidentnie na tym tracąc – biorąc pod uwagę podatek naliczany od dochodów odsetkowych i straty inflacyjne.

Istotne znaczenie ma również pośrednictwo banków przy przeprowadzaniu **rozliczeń z zagranicą**. Praktycznie nie jest dzisiaj możliwe, aby w rozliczeniach zagranicznych (np. przekazów pieniężnych, rozliczeń płatności w formie inkasa dokumentowego czy akredytywy, skupu i sprzedaży walut czy też przeprowadzania operacji dewizowych z innymi bankami) pominąć bank.

Korzystając z pośrednictwa banku, można również **lokować wolne środki na rynku pieniężnym**, na przykład w postaci krótkoterminowych papierów dłużnych. Charakter tych instrumentów i zalety w porównaniu z tradycyjnymi lokatami terminowymi (np. wysoka płynność, wyższe odsetki, duże bezpieczeństwo takiej lokaty) sprawiają, że możliwość nabycia za pośrednictwem banku tego typu walorów jest kolejnym argumentem stałej współpracy. Rynek pieniężny oznacza również dla większych podmiotów leczniczych możliwość pozyskiwania kapitałów poprzez emisję własnych papierów dłużnych dzięki pośredniczeniu banku pełniącego rolę organizatora emisji. Dotyczy to przede wszystkim zaciągania krótkoterminowej pożyczki bezpośrednio na rynku pieniężnym poprzez emisję obligacji, bonów komercyjnych itp. Nadal jednak dla wielu przedsiębiorców podstawą pozyskiwania pożyczkowego kapitału jest **kredyt**. Potrzeba uzyskiwania środków na finansowanie działalności powoduje,

że kontakty z bankiem mają strategiczne znaczenie dla wielu przedsiębiorstw gospodarczych. Ograniczony dostęp do kredytów utrudnia w praktyce funkcjonowanie jednostki, w niektórych sytuacjach może powodować zachwianie płynności finansowej, a niekiedy również doprowadzić do bankructwa. Funkcjonuje wprawdzie przekonanie, że można prowadzić firmę, utrzymując pewien symboliczny poziom kapitału własnego i wykorzystując kredyty handlowe. Występują jednak sytuacje, w których podpisanie z bankiem umowy kredytowej jest niezbędne dla istnienia jednostki. Dotyczy to zarówno kredytów na działalność bieżącą, jak i zamierzeń inwestycyjnych związanych z powiększeniem lub modernizacją majątku trwałego (finansowanie zakupu nieruchomości, maszyn, sprzętu medycznego itp.).

Należy również zwrócić uwagę, że poza tradycyjnym kredytem można (za pośrednictwem banku) skorzystać z innych form finansowania działalności. Dotyczy to usług **leasingowych i faktoringowych**. Praktyka gospodarcza dowodzi, że dla wielu podmiotów leczniczych są one obecnie atrakcyjnym sposobem pozyskiwania źródeł kapitału.

Warto wreszcie pamiętać, że banki pełnią także funkcję **doradców**. Dotyczy to nie tylko oceny zamierzeń gospodarczych prezentowanych do kredytowania, lecz także różnych dziedzin niezwiązanych bezpośrednio z bankowością, na przykład planowania finansowego, inwestycji kapitałowych, analizy rynku usług medycznych, strategii marketingowych, analiz opłacalności przedsięwzięć gospodarczych, lokalizacji działalności jednostki. Można wprawdzie zaobserwować pewną rezerwę firm wobec tego rodzaju usług, praktyka jednak potwierdza, że aktywne kontakty z doradcami bankowymi przynoszą dobre rezultaty.

Zakres oferty bankowej skierowanej do jednostki gospodarczej wydaje się wręcz imponujący. Jednak w wyniku obserwacji zachowania i oczekiwań firm wydaje się, że przede wszystkim należy zwrócić uwagę na dwa aspekty współpracy: bankowość elektroniczną i pozyskiwanie źródeł finansowania działalności.

10.2. Bankowość elektroniczna

10.2.1. Potrzeba korzystania z usług bankowości elektronicznej

Pomijając potrzebę przytaczania wielu różnorodnych definicji bankowości elektronicznej, można przyjąć, że wspólną ich cechą jest wykorzystywanie nowoczesnych technologii teleinformatycznych w świadczeniu usług przez

banki. Warto przy tym zwrócić uwagę na cechy tego rodzaju bankowości, różniące ją od tradycyjnych usług bankowych:

- brak potrzeby odwiedzenia placówki banku,
- brak udziału pracowników banku w realizowaniu zleceń,
- automatyczny charakter zleceń,
- możliwość korzystania z usług finansowych przez całą dobę.

Należy zauważyć, że wykorzystanie łączy telekomunikacyjnych i urządzeń teleinformatycznych dotyczy najczęściej typowych operacji rozliczeniowych, takich jak³:

- realizacja zlecenia płatniczego,
- przegląd dokonywanych operacji,
- kontrolowanie stanu rachunków,
- sterowanie płynnością finansową.

Bankowość elektroniczna umożliwia zatem przeprowadzanie różnorodnych zleceń płatniczych bez konieczności opuszczania domu czy biura. W przypadku podmiotu gospodarczego istotne jest, że tego rodzaju nowoczesne technologie pomagają w skutecznym sterowaniu płynnością finansową, przez na przykład uzyskiwanie aktualnych, pełnych informacji o stanie wszystkich posiadanych rachunków, analizę obrotów i przeprowadzonych transakcji, a także bezpośredni udział banku w zarządzaniu środkami pieniężnymi firmy (*cash-management*), realizowany za pośrednictwem systemu *officebanking*.

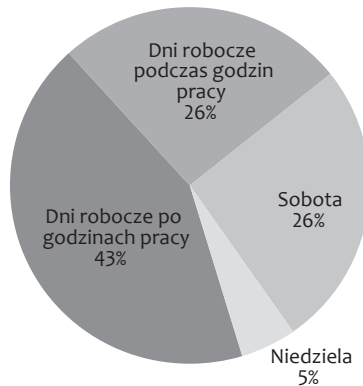
Warto wspomnieć, że bankowość elektroniczna jest ceniona przez klientów z uwagi na możliwość korzystania z obsługi konta przez całą dobę, bez względu na dzień tygodnia. Ponad 70% osób preferuje przy tym korzystanie z usług bankowych po godzinach pracy banków (rysunek 10.1).

Dzięki wprowadzeniu nowoczesnych systemów informatycznych istnieje możliwość tzw. **agregacji usług finansowych**, polegająca na konsolidacji tych usług w jednym miejscu, na przykład w witrynie internetowej. Poza typową obsługą bankową klient może korzystać na przykład z usług biura maklerskiego czy z usług ubezpieczeniowych. Agregacja umożliwia ciągłą analizę sytuacji na rynku finansowym, a to z kolei daje bankom szansę na efektywniejsze segmentowanie klientów i indywidualizację oferty. Zwraca się także uwagę na możliwość prowadzenia sprzedaży za sprawą agregacji usług innych instytucji (tzw. *cross-selling*), często nawet konkurencyjnych, przy wykorzystaniu

³ J. Grzywacz, *Bankowość elektroniczna w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016, s. 12.

własnych serwisów. Można dzięki temu porównywać usługi finansowe między sobą i dokonywać wyboru.

Rysunek 10.1. Preferowana forma korzystania z usług bankowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NBP.

Znamienne jest przy tym, że dla małych przedsiębiorstw, wśród których wiele funkcjonuje w szeroko pojętej ochronie zdrowia, dostęp do konta bankowego przez internet ma kluczowe znaczenie przy wyborze banku. Ilustruje to tabela 10.1.

Tabela 10.1. Główne kryteria wyboru banku przez małe firmy

Lp.	Kryteria wyboru	Kryterium ważności		
		Ważny	Przeciętny	Mały
1	Dostęp do usług bankowych przez internet	85%	10%	5%
2	Dostęp do placówki, w tym bankomatów	80%	12%	8%
3	Wysokość opłat za usługi finansowe	80%	15%	5%
4	Szybkość rozliczeń	78%	12%	10%
5	Bezpieczeństwo powierzonych środków	78%	20%	2%

Źródło: J. Grzywacz, *Bankowość elektroniczna w przedsiębiorstwie*, SGH, Warszawa 2016, s. 23.

Niezależnie od różnorodnych poglądów, wykorzystywanie przez bank nowoczesnej technologii jest konieczne. Technologia ta musi być jednak przyjazna klientowi, między innymi z punktu widzenia kosztów usług, łatwego dostępu do konta, zachowania międzybankowych standardów, a także aktywna przy oferowaniu pomocy w zakresie podejmowania decyzji finansowych. Ten

ostatni warunek jest zresztą przedmiotem wielu polemik i uwag prezentowanych przez przedsiębiorców. Dobrym przykładem potrzeby korzystania przez firmę z usług bankowości elektronicznej są korzyści stosowania systemu *office-banking* (tabela 10.2).

Tabela 10.2. Korzyści dla przedsiębiorstwa związane z wykorzystaniem systemu *office-banking*

Lp.	Korzyści dla przedsiębiorstwa związane z wykorzystaniem systemu <i>office-banking</i>
1	Możliwość korzystania z usług banku oddalonego od miejsca siedziby i funkcjonowania firmy.
2	Możliwość korzystania z zasobów systemu informatycznego banku przy wykorzystaniu systemu informatycznego posiadanego przez przedsiębiorstwo.
3	Natychmiastowy dostęp do licznych informacji, np. wysokość salda, historia rachunku, bieżące kursy walut, bieżące notowania giełdowe.
4	Możliwość dokonywania przelewów i przyjmowania płatności przez całą dobę.
5	Możliwość korzystania z wpływów bieżących na rachunek przedsiębiorstwa do regulowania pilnych zobowiązań.
6	Racjonalizacja gospodarki wolnymi środkami finansowymi (np. znajomość stanu konta na koniec dnia roboczego pozwala lokować środki w postaci krótkoterminowych lokat typu 1-dniowe, <i>overnight</i> czy weekendowe, a także składać dyspozycje kupna/sprzedaży bonów lub walut).
7	Możliwość zastrzeżenia czeku lub przesłania prośby wydrukowania książeczki czekowej bez pojawiania się w banku.
8	Możliwość bezpiecznego akceptowania bezgotówkowych form płatności kontrahentów, ponieważ bank na bieżąco weryfikuje pokrycie takiej operacji.
9	Zmniejszenie obciążenia własnego systemu finansowo-księgowego poprzez wyeliminowanie konieczności drukowania dokumentów papierowych.
10	Istotne skrócenie czasu kontaktowania się z bankiem i składania zleceń.
11	Wysoki stopień bezpieczeństwa systemów <i>office-banking</i> .
12	Możliwość ciągłej analizy płynności finansowej i efektywności stosowanych instrumentów finansowych.
13	Współpraca systemów <i>office-banking</i> z systemami finansowo-księgowymi, eliminująca konieczność ręcznego przenoszenia danych.
14	Wzrost prestiżu firmy na rynku z racji stosowania innowacyjnych rozwiązań.
15	Ułatwienie korespondencji z bankiem dzięki korzystaniu z poczty elektronicznej.
16	Racjonalizacja regulowania należności, dzięki czemu unika się wszelkich opóźnień i związanych z tym kar.
17	Brak konieczności prowadzenia punktu kasowego w przedsiębiorstwie.
18	Zwiększenie bezpieczeństwa dokonywanych przelewów, gdyż bank sam je weryfikuje.
19	Racjonalizacja zarządzania finansami w przedsiębiorstwie dzięki obustronnej transmisji danych i poleceń do systemów informatycznych.

Źródło: opracowanie własne.

10.2.2. Podstawowe formy usług bankowości elektronicznej

Rzadko kiedy zwraca się uwagę, że korzystanie z bankowości elektronicznej może mieć charakter:

- pasywny (bierny),
- półaktywny,
- aktywny.

Tymczasem okazuje się, że kojarzenie usług elektronicznych jedynie z aktywnym korzystaniem z nich nie jest słuszne. Część przedsiębiorców ogranicza się bowiem tylko do biernego, czasem półaktywnego wykorzystywania elektroniki w kontaktach z bankami.

Dostęp pasywny umożliwia jedynie przegląd danych dotyczących posiadanego rachunku bankowego (np. śledzenie sald, obrotów, historii operacji) i odczytywanie informacji od banku dotyczących jego oferty oraz sytuacji na rynku finansowym (np. kursy walut, sytuacja na giełdzie, wysokość stóp procentowych). W tym przypadku klient nie ma możliwości przeprowadzenia jakichkolwiek operacji.

Dostęp półaktywny polega na możliwości dokonywania operacji bankowych tylko między własnymi rachunkami prowadzonymi w tym samym banku. Oferta usług obejmuje dostęp bierny, wzbogacony jednak o dodatkowe opcje, dotyczące na przykład zakładania lokat pieniężnych. Istotnym argumentem wprowadzenia tego rodzaju rozwiązania jest zwiększenie bezpieczeństwa. Istnieje tu możliwość przekazywania środków na zewnątrz, musi być to jednak zdefiniowane inną, dostępną przez bank drogą. Taką operację można zatwierdzić do wykonania przy użyciu na przykład odpowiedniej aplikacji internetowej i dodanie do listy zdefiniowanych odbiorców kilku kontrahentów.

Systemy aktywne umożliwiają natomiast składanie różnorodnych zleceń płatniczych, w tym w obrocie zagranicznym. Można również korzystać ze zleceń stałych i okresowych, obracać papierami wartościowym, likwidować rachunki, składać zastrzeżenia związane z kartami płatniczymi itd. Funkcjonują tu też usługi w zakresie krótkoterminowego zarządzania finansowego i zarządzania walutami. Niektóre rozwiązania zawierają procedury umożliwiające wyszukiwanie informacji bankowych i porównywanie danych rzeczywistych z planowanymi oraz sporządzanie raportów o odchyleniach i skorygowanych planów płynności na udostępnione okresy. Z uwagi na największe zagrożenie działalnością przestępczą jest to system lepiej zabezpieczony, dzięki kilkupoziomym hasłom dostępu i często zmienianym kodem.

Ze względu na **tryb składania zleceń i proces ich realizacji** systemy bankowości elektronicznej dzieli się na *on-line* i *off-line*.

Tryb *on-line* zapewnia natychmiastowe wykonanie zlecenia i uzyskanie najbardziej aktualnych danych dotyczących rachunku bankowego. Można zatem na bieżąco mieć dostęp do konta, a wszystkie operacje wykonywane są w czasie rzeczywistym. Są to czynności dosyć kosztowne, gdyż wiążą się z koniecznością stałego połączenia z bankiem w trakcie korzystania z usług elektronicznych. Poza tym, jeśli system bankowy ulega awarii lub jest w trakcie konserwacji, użytkownicy nie mają dostępu ani do systemu internetowego, ani nawet do bankomatu działającego *on-line*.

W trybie *off-line* zlecenia mogą być przygotowywane wtedy, gdy system klienta nie jest bezpośrednio połączony z bankiem. Połączenia są inicjowane tylko w celu przekazywania zleceń i trwają dokładnie tyle, ile trwa wymiana danych, dzięki czemu znacznie ogranicza się koszty obsługi. Chociaż tryb ten nie podaje aktualnych danych, jego podstawową zaletą jest możliwość dokładniejszego sprawdzenia składanych zleceń i mniejsze prawdopodobieństwo użycia systemu przez osoby niepowołane.

Ta forma połączenia jest wykorzystywana głównie przez przedsiębiorstwa, ponieważ wygodniejsze jest uprzednie przygotowanie wszystkich zleceń we własnym programie księgowym, a następnie hurtowe przekazanie ich do programu bankowego i przesłanie gotowego pliku do banku.

Ze względu na **sposób współpracy procesu zleceń banku z systemem informatycznym u klienta** wyróżnia się:

- systemy oparte na obsłudze ręcznej, gdzie każde polecenie skierowane do banku musi być wprowadzone ręcznie przez pracownika banku do systemu bankowego obsługującego proces zleceń,
- obsługę zautomatyzowaną, w której zlecenia powstają w systemie informatycznym klienta, a następnie kierowane są automatycznie, bezpośrednio do systemu informatycznego banku, gdzie są realizowane.

Sposób wykorzystania **procesu zleceń medium transakcyjnego** dla bankowości elektronicznej w różnych bankach może być podstawą do wyodrębnienia systemów **dedykowanych** (indywidualnych) i **uniwersalnych**. Polecenia składane za pośrednictwem systemu dedykowanego muszą wykorzystywać dedykowany proces zleceń i dedykowane medium, czyli oprogramowanie i sprzęt dostosowany przez bank. Także rozwiązanie umożliwi kontakt tylko z jednym bankiem.

W **systemie uniwersalnym** polecenia są przekazywane przy wykorzystywaniu uniwersalnego procesu zleceń do uniwersalnego medium transakcyjnego. To medium decyduje o tym, z jakim bankiem się połączyć, pozwala zatem korzystać z kilku systemów bankowości elektronicznej jednocześnie. Tego typu system jest konieczny dla firm, które posiadają rachunki w kilku bankach, muszą zatem korzystać z systemów funkcjonujących w tych instytucjach.

Dosyć dużym zainteresowaniem cieszy się **wielokanałowy (multikanałowy)** model obsługi klienta, charakteryzujący się połączeniem tradycyjnych oddziałów stacjonarnych i kanałów elektronicznych, czyli bankowości internetowej, dedykowanej bankowości komputerowej, bankowości telefonicznej, przenośnej, terminalowej i telewizyjnej. Daje to możliwość korzystania z usług bankowych w najbardziej dogodnej formie, w dowolnym miejscu i czasie, za pomocą wielu powiązanych informacyjnie i technicznie kanałów dystrybucji.

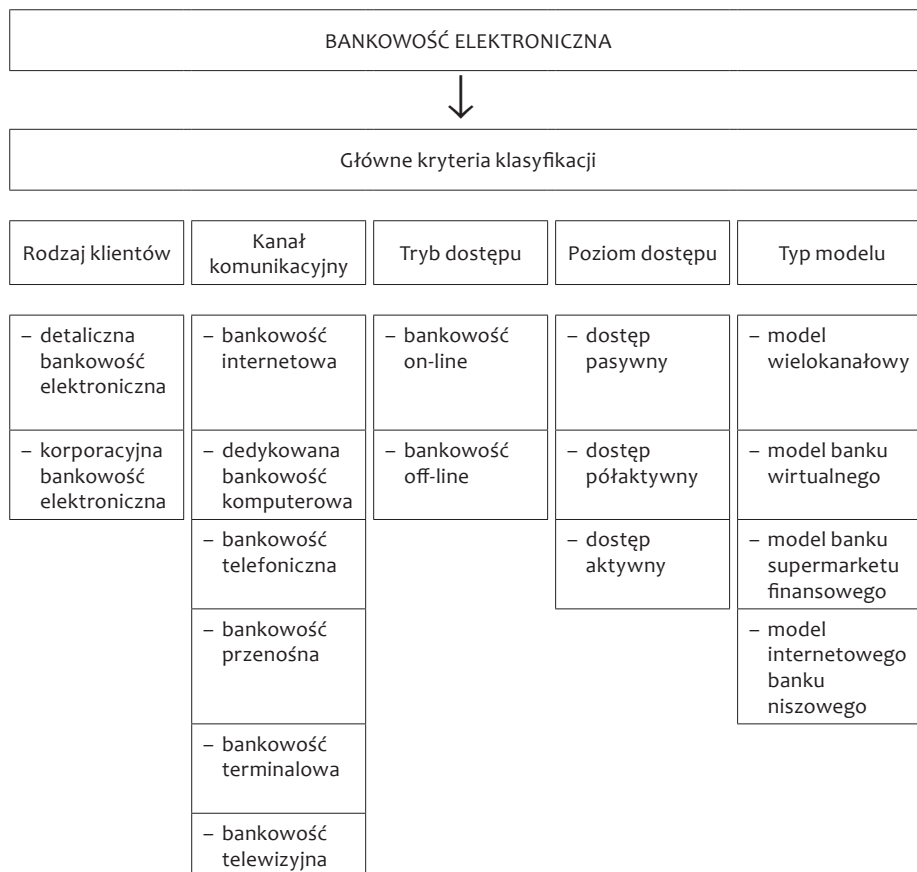
Dystrybucja wielokanałowa oznacza zatem:

- wykorzystanie wielu kanałów do komunikowania się z bankiem,
- integrację elektronicznych i tradycyjnych kanałów dystrybucji usług bankowych,
- możliwość dostosowania się sposobu komunikowania się banku do preferencji klienta,
- możliwość oddziaływania banku na promowanie określonych zachowań klientów w zakresie sposobu wykorzystywania określonych kanałów.

Warto wreszcie wspomnieć o modelu tzw. banku-**supermarketu finansowego**. Chodzi tu o agregację usług finansowych w internecie, czyli szerokie wykorzystanie przez bank outsourcingu (korzystania z usług zewnętrznych). W tym przypadku do oferty banku dodaje się różne inne usługi, na przykład ubezpieczenia, usługi maklerskie czy też doładowywanie telefonów komórkowych. Można przyjąć, że w modelu tym bank staje się przy użyciu internetu doradcą i pośrednikiem finansowym.

Podsumowując: bankowość elektroniczna ma wiele odmian, dosyć często zresztą różnie nazywanych przez same banki. Interesującym przykładem tej klasyfikacji jest propozycja M. Polasika, będąca dobrym odzwierciedleniem rozwiązań stosowanych w praktyce (rysunek 10.2).

Należy podkreślić, że przedstawiona propozycja nie może mieć ostatecznego charakteru. Bank bowiem systematycznie unowocześnia swoje usługi w zakresie bankowości elektronicznej. Wprowadzane są zupełnie nowe rozwiązania, dotychczasowe zaś ulegają modyfikacji bądź są wycofywane.

Rysunek 10.2. Klasyfikacja bankowości elektronicznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Polasik, *Bankowość elektroniczna. Istota – stan – perspektywy*, CeDeWu, Warszawa 2009, s. 32.

10.2.3. Cash pooling

Cash pooling jest usługą umożliwiającą efektywne zarządzanie środkami pieniężnymi zgromadzonymi na rachunku bankowym w sytuacji, gdy działalność gospodarcza prowadzona jest za pośrednictwem kilku podmiotów posiadających odrębną osobowość prawną. Zarządzanie finansami tych podmiotów jest koordynowane na poziomie globalnym w sposób zautomatyzowany. Jest to zatem wspólny rachunek grupy kapitałowej, umożliwiający kompensowanie niedoborów finansowych jednej spółki nadwyżkami finansowymi innej spółki tej samej grupy kapitałowej.

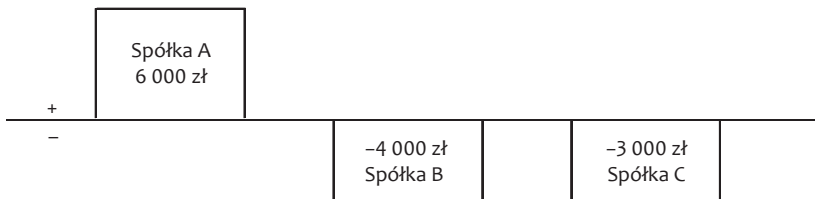
Cash pooling jest zatem systemem sformalizowanej koncentracji sald środków pieniężnych z jednostkowych rachunków bankowych spółek uczestniczących w tym systemie i łącznego zarządzania zgromadzoną w ten sposób kwotą.

Wykorzystanie przez przedsiębiorstwo tego systemu umożliwia zatem:

- ograniczenie kosztów finansowych,
- optymalne zaangażowanie środków finansowych,
- poprawienie płynności finansowej przedsiębiorstwa.

Tęgo rodzaju rozwiązanie może być z powodzeniem wykorzystywane w placówkach ochrony zdrowia, wiele z nich bowiem posiada rozbudowaną strukturę organizacyjną. Zasady funkcjonowania *cash pooling*u ilustruje przykład 1.

Przykład 1. Korzyści związane z wykorzystywaniem *cash pooling*u



- oprocentowanie środków na rachunku bieżącym 1%
- oprocentowanie kredytu w rachunku bieżącym 7%

Sytuacja w grupie kapitałowej bez *cash pooling*u

Spółka/Rachunek	Saldo	Oprocentowanie	Odsetki
Rachunek A	6000	1%	60
Rachunek B	-4000	7%	-280
Rachunek C	-3000	7%	-210
Razem (cała grupa)			-430

Sytuacja w grupie kapitałowej z wykorzystaniem *cash pooling*u

Spółka/Rachunek	Saldo	Oprocentowanie	Odsetki
Rachunek A	6000	1%	
Rachunek B	-4000	7%	
Rachunek C	-3000	7%	
Razem (cała grupa)	-1000	7%	-70

Źródło: opracowanie własne.

Widać zatem, że dzięki wykorzystaniu *cash pooling*u całkowity koszt z tytułu odsetek dla grupy kapitałowej wyniesie tylko 70 PLN, ponieważ będą one

naliczone od salda skonsolidowanego-równego, podczas gdy dla rachunków nieobjętych konsolidacją koszt ten byłby znacznie wyższy i wynosiłby 430 PLN.

W klasycznej wersji działanie *cash pooling* opiera się na stworzonym dla grupy przedsiębiorstw rachunku głównym, na który każdego dnia przelewane są nadwyżki środków z wszystkich kont bankowych poszczególnych spółek należących do holdingu, czyli tzw. kont technicznych (subkont) w celu rozdysponowania ich przez podmiot zarządzający zgromadzonymi środkami, określony jako *pool leader*, w roli którego najczęściej występuje bank lub też spółka dominująca grupy kapitałowej.

Nie ulega wątpliwości, że wykorzystanie systemu *cash pooling* może przynieść wymierne efekty:

- 1) Przy wykorzystaniu *cash pooling* pokrywanie deficytów jest związane ze stosunkowo niskimi kosztami, natomiast korzyści z lokat są większe. Dzięki koncentracji środków możliwe jest bowiem dysponowanie większymi sumami i lokowanie ich na korzystniejszych warunkach.
- 2) Nie ma potrzeby utrzymywania nieoprocentowanych nadwyżek ani korzystania z kosztownych źródeł finansowania – nieoczekiwane wpłaty lub wypłaty można wyrównać, przez co eliminuje się wszelkie odchylenia od planów.
- 3) *Cash pooling* wspomaga ograniczenie ryzyka walutowego – istotą działania tego systemu jest bowiem zestawienie wszystkich pozycji płynnych przedsiębiorstwa w jednej walucie, co daje lepsze informacje o pozycjach walutowych i możliwości efektywnego sterowania nimi w skali całego podmiotu.
- 4) Poszczególne filie (jednostki) nie muszą codziennie podejmować decyzji dotyczących pożyczania lub lokowania środków płynnych – działania w tym zakresie podejmuje jednostka centralna odpowiedzialna za *cash pooling*. W pojedynczych przedsiębiorstwach nie jest zatem konieczna bardzo dobra znajomość rynku pieniężnego i zaawansowana wiedza z zakresu zarządzania finansami.
- 5) System *cash pooling* daje szerokie możliwości dostarczania i prezentacji informacji o rachunkach bankowych danej jednostki. Obejmują one wgląd w stan rachunku i operacji na nim, ich historię, jak również przygotowanie danych w takiej formie, aby możliwe było ich automatyczne transferowanie do systemu finansowo-księgowego przedsiębiorstwa. Tworzenie przez system raportów umożliwia kontrolę wszelkich operacji, danych, uprawnień, podejmowanych przez filię decyzji finansowych itp.

Podsumowując: *cash pooling* jest zatem wykorzystywany przez spółki należące do jednej grupy kapitałowej, podmioty powiązane ekonomicznie w inny

sposób lub posiadające wielooddziałową strukturę organizacyjną i prowadzące wiele rachunków bankowych. Mechanizm ten z powodzeniem mogą wykorzystywać placówki ochrony zdrowia, które często posiadają swoje podporządkowane jednostki. Funkcjonowanie opisanego systemu opiera się praktycznie na tych samych zasadach jak w innych przedsiębiorstwach, na przykład koncernach produkcyjnych.

Biorąc dodatkowo pod uwagę fakt, że nagminnym zjawiskiem jest pozostawianie środków na rachunku bieżącym, zwłaszcza w przypadkach placówek, które mają duże obroty, warto pamiętać, że system *cash management* umożliwia zagospodarowanie przejściowo wolnych nadwyżek środków pieniężnych (lokaty typu *overnight*). W praktyce bowiem środki finansowe utrzymywane na rachunku bieżącym ulegają deprecjacji pod wpływem inflacji. Jeśli na przykład przeciętnie inflacja wyniosła 2%, zaś oprocentowanie środków na rachunku bieżącym nie przekraczało 1% w skali roku (w praktyce jest to znacznie niższa stawka), przychód odsetkowy w rentownych firmach zwiększa dochód, od którego podatek stanowi 19%. Wobec tego efektywne oprocentowanie wynosi:

$$\frac{1(1-0,19)-2}{100+2} * 100\% = \text{minus } 1,16\%.$$

Aby zatem ograniczyć straty warto rozważyć możliwość korzystania z automatycznej lokaty typu *overnight*.

Jeśli przyjmujemy na przykład stopę procentową takiej lokaty na poziomie 1,5%, to przy wcześniejszych założeniach jej efektywna stopa wyniesie:

$$\frac{1,5(1-0,19)-2}{100+2} = \text{minus } 0,76\%.$$

Straty jednostki spowodowane deprecjacją środków pieniężnych będą, jak widać, znacznie niższe dzięki zablokowaniu tych środków i uzyskaniu wyższej stopy procentowej.

Opisany problem jest istotny zważywszy na fakt, że w wielu przypadkach pozostawianie środków na koncie jest najczęściej stosowaną formą lokaty. Przykładem mogą być chociażby duże firmy, co ilustruje tabela 10.3.

Należy również zauważyć, że mimo różnorodnych opinii dotyczących lokat *overnight*, w tym negatywnych (podkreśla się, że wzrost stopy procentowej ma tu jedynie symboliczny charakter), umożliwiają one zachowanie płynności finansowej i mimo wszystko poprawiają dochodowość.

Tabela 10.3. Kierunki lokowania nadwyżek pieniężnych przez duże przedsiębiorstwa w Polsce

Lp.	Formy lokat pieniężnych
1	Pozostawianie środków na rachunku bieżącym
2	Lokaty bankowe (typu <i>overnight</i> , 48 godzin)
3	Lokaty bankowe do 30 dni
4	Lokaty bankowe średnioterminowe (1–6 miesięcy)
5	Lokaty bankowe długoterminowe
6	Lokaty bankowe walutowe do 30 dni
7	Lokaty bankowe średnioterminowe walutowe (1–6 miesięcy)
8	Lokaty bankowe długoterminowe walutowe (powyżej 6 miesięcy)
9	Papiery skarbowe (bony i obligacje)
10	Fundusze powiernicze
11	Akcje spółek giełdowych
12	Papiery dłużne przedsiębiorstw

Źródło: J. Grzywacz, *Bankowość elektroniczna w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016, s. 61.

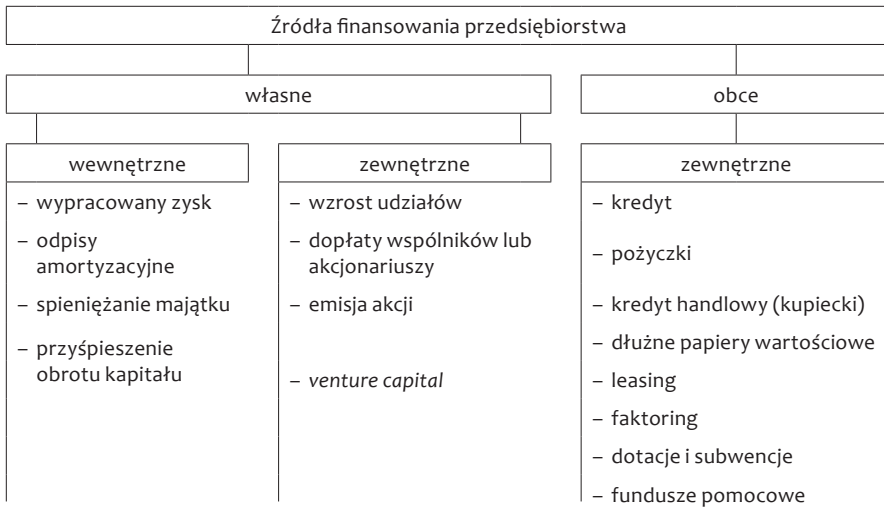
10.3. Podstawowe źródła finansowania działalności

Problem finansowania towarzyszy przedsiębiorcy już na etapie organizowania działalności. Automatycznie pojawia się zatem kwestia wyboru i dostępu do źródeł finansowych. Charakterystyczne jest przy tym, że literatura ekonomiczna podaje wiele możliwości pozyskiwania kapitałów przez jednostkę gospodarczą, kreowanych w głównym stopniu przez bogatą ofertę banków. Przykładowy podział źródeł finansowania działalności gospodarczej ilustruje rysunek 10.3.

Kapitał w przedsiębiorstwie może być klasyfikowany według różnorodnych kryteriów. Szeroko zresztą opisuje to literatura, gdzie bez trudu znaleźć można wiele propozycji dotyczących klasyfikowania kapitału, często zresztą daleko odstających od polskiej rzeczywistości gospodarczej. Tu bowiem nadal obowiązuje standardowe podejście do źródeł finansowania, wśród których dominuje kredyt i usługi leasingowe. Dotyczy to oczywiście także podmiotów leczniczych, wśród których dosyć liczną grupę stanowią placówki finansujące się kapitałem własnym, głównie wygospodarowanym zyskiem. Przeważającą część stanowią w tym wypadku placówki prywatne. Z drugiej strony należy zauważyć, że często także jednostki te korzystają z usług kredytowych świadczonych

przez banki. Nie ulega wątpliwości, że również leasing stanowi dosyć mocną pozycję w finansowaniu podmiotu leczniczego i nie dotyczy to jedynie leasingowanych samochodów. Powszechne są tu bowiem inne umowy leasingowe, wśród których warto wyróżnić chociażby wyposażenie gabinetów lekarskich, na przykład stomatologicznych.

Rysunek 10.3. Źródła pozyskiwania kapitału przez przedsiębiorstwo



Źródło: opracowanie własne.

Kapitał własny jest zaangażowany w funkcjonowanie podmiotu długoterminowo, słusznie zatem uznawany jest za najbardziej stabilne źródło finansowania. Ryzyko związane z jego wykorzystaniem jest oczywiście mniejsze niż w przypadku kapitału obcego, natomiast podmiot wnoszący kapitał własny nie ma zazwyczaj prawa do jego zwrotu czy otrzymania odsetek. Jego wynagrodzenie za zaangażowanie środków przybiera formę uczestnictwa w wypracowanym zysku. Należy jednak mieć na uwadze, że pewną właściwością kapitału własnego jest jego ograniczony zasób, co zmusza przedsiębiorców do poszukiwania innych źródeł finansowania w postaci kapitału obcego.

Kapitał obcy jest z kolei przekazywany firmie odpłatnie na ograniczony czas przez zewnętrzne podmioty w postaci kredytu, pożyczek lub innego rodzaju zobowiązań. Pożyczkodawca nie ma przy tym wpływu na decyzje dotyczące funkcjonowania przedsiębiorstwa, zaś jego roszczenia są uprzywilejowane względem roszczeń właścicieli, co daje mu pewność odzyskania powierzonych

środków. Dawcy kapitału (w tym wypadku głównie banki) nie mają wprawdzie prawa głosu w zakresie funkcjonowania przedsiębiorstwa, jednak w większości przypadków mogą wpływać na sposób, w jaki wykorzystywany jest dostarczany przez nich kapitał.

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, który model finansowania (kapitał własny czy obcy) jest lepszy. Rosnące zadłużenie daje realne szanse na wyższą stopę zwrotu z kapitału własnego (efekt tzw. dźwigni finansowej), oznacza jednak wzrost ryzyka w postaci niebezpieczeństwa straty płynności finansowej, uzależnienia od wierzycieli czy rosnący koszt krańcowy kapitału obcego. Konieczny jest więc kompromis pomiędzy zyskownością kapitałów własnych a ryzykiem zwiększania finansowania zewnętrznego. Osiągnięcie takiego kompromisu w praktyce jest trudne i określane jest głównie na płaszczyźnie teoretycznej.

Każda decyzja dotycząca wyboru rodzaju finansowania powinna być poprzedzona staranną analizą tych cech kapitału, które w danej sytuacji mogą się wydawać istotne. Przykład takiej analizy ilustruje tabela 10.4.

Tabela 10.4. Wybrane pozytywne i negatywne cechy kapitału własnego i obcego

Rodzaj kapitału	Zalety	Wady
Własny	<ul style="list-style-type: none"> – najbardziej stabilne źródło finansowania przedsiębiorstwa, – pozytywnie wpływa na płynność finansową, – jest mocną gwarancją dla wierzycieli. 	<ul style="list-style-type: none"> – zostaje uszczuplony w sytuacji, gdy przedsiębiorstwo przynosi straty, – w sytuacji likwidacji przedsiębiorstwa roszczenia właścicieli są zaspokajane jako ostatnie, – jest stosunkowo drogi.
Obcy	<ul style="list-style-type: none"> – jest elastycznym źródłem finansowania, – stwarza możliwość wzrostu rentowności kapitału własnego poprzez obniżenie obciążeń podatkowych, – daje realną szansę finansowania inwestycji w sytuacji, gdy przekracza to możliwości finansowe przedsiębiorstwa, – decyzje podejmowane w przedsiębiorstwie są w dużym stopniu niezależne od wierzyciela, – umożliwia w sposób racjonalny kształtowanie w przedsiębiorstwie struktury kapitału. 	<ul style="list-style-type: none"> – okres korzystania jest ograniczony i kapitał ten podlega zwrotowi, – jest stosunkowo trudno dostępny i jest to często uzależnione od koniunktury gospodarczej, – jest stosunkowo drogi, z czym wiąże się między innymi konieczność płacenia wierzycielom odsetek, – jego uzyskanie wymaga zabezpieczeń, często kosztownych, – wzrost zadłużenia pociąga za sobą wzrost kosztu kapitału obcego, – w przypadku likwidacji przedsiębiorstwa roszczenia wierzycieli mają pierwszeństwo przed roszczeniami właścicieli.

Źródło: J. Grzywacz, *Kapitał w przedsiębiorstwie i jego struktura*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015, s. 19.

Podsumowując: w każdym niemalże przypadku dobór źródeł kapitału wymaga pewnego kompromisu. Należy jednak zauważyć, że niekiedy trudno jest o nim mówić, jeśli jedynym potencjalnie dostępnym źródłem obcym jest kredyt, zaś bank odmówi tego rodzaju wsparcia finansowego. Często dotyczy to małych przedsiębiorców, nieposiadających długiej historii gospodarczej, która z kolei jest istotnym elementem oceny ich zdolności kredytowej ze strony banku.

Zważywszy wreszcie na fakt, że kredyt jest nadal podstawowym źródłem finansowania obcego, należy stale brać pod uwagę, że wysokość stopy procentowej nie może być dla przedsiębiorcy jedynym argumentem w procesie podejmowania decyzji o złożeniu w banku wniosku kredytowego. Występuje tu bowiem wiele dodatkowych aspektów składających się na szeroko pojęty koszt takiego sposobu finansowania jednostki. Warto chociażby wziąć pod uwagę sposób i częstotliwość naliczania przez bank odsetek czy koszty ustawienia zabezpieczeń. Przykładem może być sytuacja, kiedy bank oferuje dwa różne poziomy oprocentowania dla tego samego kredytu:

- 12% w skali roku przy założeniu, że odsetki bank naliczy „z góry”, czyli w momencie uruchomienia kredytu, oraz
- 13% w skali roku, kiedy odsetki będą naliczane po 12 miesiącach.

W pierwszym przypadku stopa procentowa wyniesie:

$$\frac{12 * 100}{100 - 12} = 13,64\%.$$

Oczywiste jest, że w przypadku niższych stóp procentowych podane różnice będą również niższe, nie zmienia to jednak faktu, że bierne przyjmowanie propozycji składanych przez bank wiąże się z niewłaściwą oceną kosztów obciążających kredytobiorcę.

Podsumowanie

W każdym przypadku aktywna współpraca podmiotu leczniczego z bankiem jest warunkiem uzyskiwania wymiernych efektów dotyczących zarówno bieżącego funkcjonowania jednostki, jak i jej rozwoju. Zakres bieżącej obsługi finansowej może być oczywiście zróżnicowany i zależy w istotnym stopniu od wielkości podmiotu, jego specyfiki, a także oczekiwań samego klienta. Dużą rolę odgrywa rachunek bieżący, który poza możliwością przeprowadzania różnorodnych, codziennych rozliczeń znakomicie nadaje się do krótkoterminowych

lokata przejściowo wolnych nadwyżek pieniężnych. Pozostawienie takich środków na rachunku wprost oznacza utratę dodatkowego dochodu odsetkowego, uzyskiwanego w przypadku ich blokady. Wiele oczywiście zależy od treści umowy zawartej między przedsiębiorcą i bankiem oraz skali obrotów przeprowadzanych za pośrednictwem tego konta.

Nader istotna jest również możliwość korzystania z usług bankowości elektronicznej, wśród których szczególną pozycję zajmuje *cash management*, w tym *cash pooling*, dzięki któremu uzyskuje się zdecydowanie lepsze rezultaty finansowe związane z zagospodarowaniem nadwyżek finansowych przenoszonych na rachunki wykazujące niedobór środków. Korzysta z tego zresztą coraz więcej placówek ochrony zdrowia o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, w ramach których funkcjonują oddzielnie jednostki.

Pomoc ze strony banku często wreszcie związana jest z finansowaniem działalności podmiotu. Dotyczy to zarówno bieżącego funkcjonowania i wsparcia finansowego stymulującego utrzymanie płynności, jak też realizowania celów rozwojowych. Warto jednak pamiętać, aby w każdym przypadku korzystania z kredytu starannie analizować jego koszt, który niestety zbyt często utożsamiany jest przez przedsiębiorców jedynie z wysokością stopy procentowej. Problem dotyczy również innych sposobów finansowania działalności, wśród których popularną formą jest *leasing*. Nie należy przy tym w żadnym przypadku ogólnie zakładać, że jest on korzystniejszy od kredytu (bądź na odwrót), wymaga to bowiem za każdym razem dokładnej analizy.

Bibliografia

- Grzywacz J., *Bankowość elektroniczna w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016.
- Grzywacz J., *Kapitał w przedsiębiorstwie i jego struktura*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2015.
- Polasik M., *Bankowość elektroniczna. Istota – stan – perspektywy*, CeDeWu, Warszawa 2009.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. 2004 nr 173 poz. 1807 ze zm.
- www.nbp.pl

Rozdział 11

Zarządzanie prywatną placówką medyczną

Jacek Sawicki¹

Wprowadzenie

Ostatnie 20 lat dla systemu ochrony zdrowia w Polsce to nieustanne zmiany i poważne przeobrażenia. Początek zmian sięga lat transformacji ustrojowej, która jednocześnie oznaczała transformację w systemie ochrony zdrowia. Funkcjonujące jednostki budżetowe w formie ZOZ zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Obok publicznych jednostek pojawiły się prywatne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ostatnie zmiany ujednoliciły status świadczeniodawców poprzez wprowadzenie jednolitego określenia „podmioty lecznicze” bez względu na formę własności.

W 1997 r. przystąpiono w Polsce do wdrażania tzw. programu czterech reform: obok reformy administracji, edukacji i systemu emerytalnego wprowadzono również reformę funkcjonowania i finansowania opieki medycznej. Zakładała ona odejście od całościowego finansowania służby zdrowia z budżetu państwa, przejście na system mieszany – ubezpieczeniowo-budżetowy – oraz całkowitą reorganizację struktur własnościowych i funkcyjnych w publicznym lecznictwie. Wprowadzono pojęcie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ), instytucję lekarza rodzinnego i liberalizację przepisów będących podstawą do zakładania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli NZOZ. To właśnie ta reforma jest początkiem prywatnego rynku ochrony zdrowia w Polsce. Rozwój prywatnych placówek medycznych spowodował

¹ Dr Jacek Sawicki, Dyrektor Zarządzający Centrum Rehabilitacji Nasza Klinika. Absolwent, a następnie wykładowca Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

przez blisko dwa dziesięciolecia utworzenie ogromnego dziś sektora prywatnych usług medycznych, odgrywającego istotną rolę w polskiej gospodarce ostatnich lat. W przypadku wybranych świadczeń dominacja prywatnego rynku doprowadziła do niemal całkowitej prywatyzacji chociażby w zakresie stomatologii czy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

11.1. Podstawowe definicje

Prawidłowe i skuteczne działanie podmiotu leczniczego odnosi się do podstawowych pojęć będących podstawą tworzenia i udzielania świadczeń przez placówki medyczne. Ich głównym celem jest zapewnienie ochrony zdrowotnej pacjenta. Pojęcie zdrowia ma jednak szerszy wymiar wynikający z definicji, gdzie zdrowie to stan zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej (według WHO)². Zatem zapewnienie ochrony zdrowotnej to nie tylko leczenie, lecz także profilaktyka i edukacja czy aktywizacja fizyczna pacjentów. Ze względu na art. 68 pkt. 1 Konstytucji RP mówiący o tym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, podejście do ochrony zdrowia wiąże się z obowiązkiem państwa wobec obywatela w tym zakresie. Punkt 2 art. 68 Konstytucji potwierdza równy dostęp dla wszystkich do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z tego zapisu przez lata interpretacji powstało twierdzenie, że opieka zdrowotna w Polsce jest bezpłatna. Jednak ustawodawca zastrzega konstytucyjnie, że warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. To skutkuje szeregiem regulacji prawnych w praktyce ograniczających dostęp do świadczeń i uzależniających go od wielu czynników.

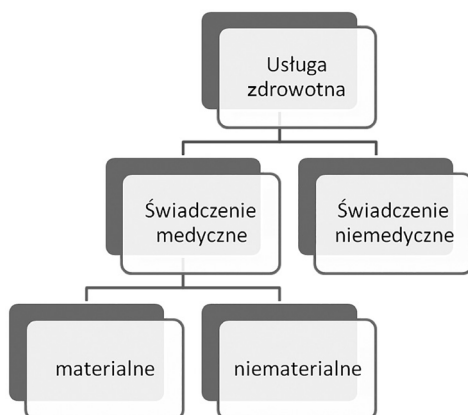
W celu umożliwienia korzystania z leczenia bez żadnych ograniczeń, niezależnie od systemu publicznego, stworzono system prywatnych usług medycznych, gdzie pacjent za odpowiednią opłatą może skorzystać z usługi w dowolnym zakresie. Zdefiniowanie, czym jest usługa zdrowotna, wymaga odniesienia się do pojęcia usługi jako takiej. Usługa składa się z wiązki materialnych i niematerialnych atrybutów, które zaspokajają potrzeby konsumenta i są wymieniane na pieniądze lub inne jednostki wartości³. Usługa zdrowotna zaś składa się ze świadczeń medycznych i niemedycznych zaspokajających potrzeby pacjenta

² K. Topczewska-Tylińska, *Charakterystyka usług zdrowotnych*, w: A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michalak, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Alfa Medica Press, Bielsko Biała 2007, s. 49.

³ *Leksykon zarządzania*, Difin, Warszawa 2004.

(klienta podmiotu leczniczego) w zakresie przywrócenia, zachowania, poprawy i profilaktyki stanu jego zdrowia⁴ (rysunek 11.1).

Rysunek 11.1. Usługa zdrowotna



Źródło: opracowanie własne za K. Topczewska-Tylińska, *Charakterystyka usług zdrowotnych*, w: A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michalak, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Alfa Medica Press, Bielsko Biala 2007, s. 46.

Różnice w definicjach występują tylko w zakresie określenia wartości samej usługi. Z racji konstytucjonalnego podejścia obywateli do bezpłatnej opieki zdrowotnej już przy definicjach dotyczących zdrowia brak jest odniesienia do wartości materialnych, bez których rozwój medycyny bez względu na status właściciela podmiotu nie byłby możliwy.

Dostarczenie usługi zdrowotnej pacjentowi składającej się ze świadczeń materialnych i niematerialnych odbywa się za pomocą procesów zdrowotnych, które dzielą się na procesy medyczne i niemedyczne⁵ (rysunek 11.2).

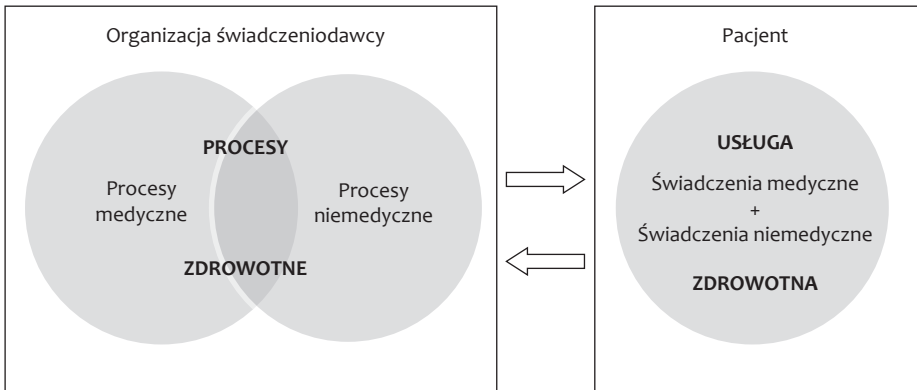
W przypadku prywatnego rynku usług zdrowotnych to świadczenia niemedyczne odgrywają istotną rolę, gdyż są źródłem przewagi konkurencyjnej i polem działania dla marketingu. Całe otoczenie związane z udzielaniem świadczenia, takie jak wystrój wnętrza i gabinetu, materiały informacyjne, wygląd i zachowanie personelu, decyduje o wyborze określonego świadczeniodawcy przez pacjenta. Procesy medyczne dostarczające świadczeń medycznych bez

⁴ K. Topczewska-Tylińska, *Charakterystyka usług...*, op.cit., s. 45; L. Wasilewski, *Podstawy zarządzania jakością*, WSiPZ, Warszawa 1998, s. 6.

⁵ M. Durlik, *Zarządzanie w służbie zdrowia. Organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą*, Placet, Warszawa, 2008.

względu na właściciela podmiotu są w określony sposób wystandaryzowane, a udzielanie ich na odpowiednim poziomie obowiązuje w każdym podmiocie leczniczym. Jest to uregulowane odpowiednimi przepisami warunkującymi działanie podmiotu leczniczego.

Rysunek 11.2. Procesy medyczne



Źródło: opracowanie własne za: K. Topczewska-Tylińska, *Charakterystyka usług zdrowotnych*, w: A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michałak, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Alfa Medica Press, Bielsko Biala 2007, s. 44–47.

Standaryzacja procesów medycznych jest warunkiem koniecznym dla świadczeniodawców ze względu na bezpieczeństwo leczonych pacjentów. Standard to ujednocnione działania mające zapewnić organizacji wypełnianie zadań na określonym poziomie umożliwiającym realizację jej strategii. W procesach medycznych standard definiuje się jako wskazany zestaw wytycznych procedur postępowania diagnostycznego i terapeutycznego tworzącego jego optymalną strategię, zaś w świadczeniu usług zdrowotnych są to ustalone warunki struktury i infrastruktury świadczeniodawcy w celu przeprowadzenia procesu zdrowotnego.

11.2. Podmioty lecznicze

Do 30 czerwca 2011 r. podstawowym aktem prawnym odnoszącym się do działalności zakładów opieki zdrowotnej była Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89 z późn. zm.). Została

ona zastąpiona Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 217). Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 1 zawierała definicję zakładu opieki zdrowotnej jako wyodrębnionego organizacyjnie zespołu osób i środków majątkowych utworzonego i utrzymywanego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ponadto zakład opieki zdrowotnej mógł być również utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia oraz w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁶.

Na mocy art. 8 ustawy podmiotami, które miały kompetencje do utworzenia zakładu opieki zdrowotnej, były: minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inna krajowa albo zagraniczna osoba prawna lub osoba fizyczna oraz spółka niemająca osobowości prawnej.

Dnia 15 kwietnia 2011 r. uchwalono ustawę o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.), która zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2011 r., czyli z dniem uchylenia dotychczasowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wejście w życie ustawy o działalności leczniczej to prawdziwa rewolucja w organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia. Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi stanęła przed niełatwym zadaniem wprowadzenia zmian wymaganych przez nowe przepisy i dostosowania prowadzonej działalności do nowej rzeczywistości prawnej. Ustawa o działalności leczniczej określa zasady:

- 1) wykonywania działalności leczniczej,
- 2) funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami,
- 3) prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 4) czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych,
- 5) sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

⁶ S. Poździej, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004, s. 271.

Ustawa w sposób całościowy uregulowała wszelkie formy wykonywania działalności leczniczej, tj. objęła swoim zakresem wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym (również praktyki zawodowe), nazywając je podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Na rynku zdrowotnym przestało funkcjonować pojęcie zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ, NZOZ) – ustawa w to miejsce wprowadziła następujące definicje⁷:

„Podmiot wykonujący działalność leczniczą – Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy.

Podmiotem leczniczym są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010 nr 220 poz. 1447 z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.),
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 6) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,
- 7) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych Kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą”.

⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Jak widać powyżej, katalog świadczeniodawców medycznych został poszerzony o przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

W ustawie przyjęto następujące zasady działania przedsiębiorstwa⁸:

- „w jednym przedsiębiorstwie może być prowadzony tylko jeden z rodzajów działalności leczniczej. Nie ogranicza to przy tym możliwości prowadzenia przez podmiot leczniczy więcej niż jednego rodzaju działalności leczniczej, wymaga jednak wyodrębnienia w tym celu więcej niż jednego przedsiębiorstwa;
- każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania;
- nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, którego działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego;
- ustawa o działalności leczniczej nie nakłada na podmioty lecznicze obowiązku prowadzenia dla każdego z przedsiębiorstw odrębnej rachunkowości, samodzielnego sporządzania bilansu, wyodrębnienia majątkowego i osobowego”.

Rodzajami działalności leczniczej są:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne (udzielane w szpitalu),
 - b) inne niż szpitalne (udzielane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (udzielane w przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych, a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym).

Ze względu na kod działalności resortowej obowiązują trzy rodzaje działalności leczniczej. Każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod rodzaju działalności leczniczej:

⁸ Ibidem.

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne (udzielane w szpitalu),
- 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne (udzielane w zakładzie opiekuńczo-lecznicy, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńcy, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
- 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (udzielane w przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych, a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym).

Zarówno szpital, jak i przychodnia nie muszą prowadzić odrębnej rachunkowości, chyba że podmiot leczniczy postanowi, że każde przedsiębiorstwo ma prowadzić rachunkowość oddzielnie.

Wprowadzone przez nową ustawę zmiany spowodowały konieczność wprowadzenia szeregu zmian w działalności podmiotów, zwłaszcza u przedsiębiorców:

- dotychczasowe niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych (art. 205 ustawy o działalności leczniczej); NZOZ przestał istnieć jako forma organizacyjno-prawna;
- podmiotem leczniczym dla dotychczasowego NZOZ stał się podmiot, który utworzył NZOZ (czyli w zależności od formy prawnej organu założycielskiego NZOZ będzie to osoba fizyczna, spółka osobowa, spółka kapitałowa, fundacja, stowarzyszenie, związek wyznaniowy); dotychczasowe organy założycielskie NZOZ (np. spółki) stały się bezpośrednio świadczeniodawcami medycznymi (to one udzielają świadczeń jako podmiot leczniczy);
- organem zarządzającym – kierownikiem podmiotu leczniczego w przypadku na przykład przedsiębiorców – jest obecnie zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku na przykład SPZOZ – osoby uprawnione do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz; poprzednio był to zazwyczaj kierownik, który musiał spełniać określone w ustawie o ZOZ wymogi formalne (często występował dualizm w zarządzaniu: organ założycielski, kierownik); obecnie organ (osoba) zarządzający podmiotem leczniczym zależy od formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego (np. w przypadku podmiotu leczniczego prowadzonego przez fundację zarządzanie podmiotem leczniczym należeć będzie do zarządu fundacji);
- pozostali świadczeniodawcy (np. SPZOZ) stali się podmiotami leczniczymi, w których pojawiła się konieczność utworzenia przedsiębiorstw.

Powyższe zmiany pociągnęły za sobą konieczność dokonania zmian w rejestrze wojewody (nowe księgi rejestrowe). Obecnie do rejestru wpisany zostaje podmiot leczniczy, który może prowadzić jedno lub kilka przedsiębiorstw, wpisanych do tej samej księgi rejestrowej, nawet jeśli znajdują się na terenie różnych

województw (dawniej dla każdego zakładu opieki zdrowotnej prowadzona była odrębna księga rejestrowa). Pojawił się obowiązek wpisania do rejestru REGON (Krajowy Rejestr Urzędowy Podmiotów Gospodarki Narodowej) utworzonych przedsiębiorstw – nadanie odrębnego 14-znakowego numeru dla przedsiębiorstwa, podlegającego wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Nowe zapisy ustawy wymogły zmianę w oficjalnych dokumentach podmiotu, utworzenie nowych statutów (podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami), regulaminów organizacyjnych (wszystkie podmioty lecznicze) czy innych dokumentów związanych ze zmianą nazwy podmiotu leczniczego⁹.

Oprócz szeregu zmian formalno-prawnych nowa ustawa dla prywatnego rynku jest dokumentem mającym duże znaczenie dla pozycji prywatnej placówki czy firmy medycznej w staraniu się o finansowanie usług medycznych ze środków publicznych. Stroną umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia jest podmiot leczniczy, a jego organ zarządzający (prywatny czy publiczny) nie ma wpływu na uzyskanie finansowania z NFZ. Z biznesowego punktu widzenia posiadanie pakietu usług finansowanych ze środków publicznych jest bardzo korzystne dla właściciela. Działanie prywatnego podmiotu bez umów z NFZ, czyli udzielanie tylko świadczeń odpłatnych, może zagrażać utrzymaniu się prywatnego podmiotu na rynku usług medycznych w Polsce ze względu na ciągle zbyt niską zasobność portfela pacjentów i wzrost poziomu świadczeń w publicznych podmiotach leczniczych.

11.3. Zarządzanie personelem

Zarządzanie głównym zasobem organizacji usługowej, czyli personelem, to nie tylko kwestia organizacji pracy, realizacji zadań, lecz także budowanie środowiska relacji międzyludzkich, opartego na wysokich kompetencjach zawodowych i naukowych w połączeniu z odpowiedzialnością za drugiego człowieka, bezpieczeństwem prowadzonej działalności i wysokimi normami etycznymi.

Dobór personelu w podmiocie leczniczym jest uzależniony od jego struktury. W podmiotach małych, działających jako firmy rodzinne, formalizacja struktury ma charakter marginalny. Jednak wraz ze wzrostem skali funkcjonowania podmiotu pojawiają się potrzeby porządkowania wnętrza organizacji

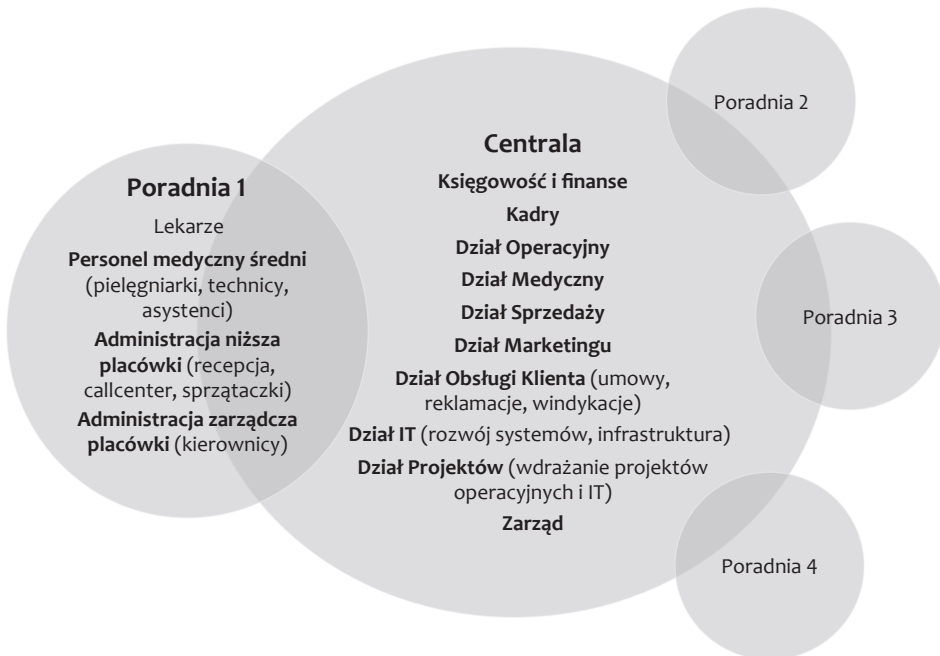
⁹ D. Węglowska, M. Pasowicz, *Organizacja pracy podmiotu leczniczego i jego przedsiębiorstw*, w: W. Pasowicz, *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2012, s. 24.

i relacji z otoczeniem zewnętrznym. Podział pracy w celu osiągnięcia optymalizacji wykorzystania zasobów, ułatwienie kierowania pracą przedsiębiorstwa i ustalenia poziomów odpowiedzialności wymaga formalizacji.

Struktury organizacyjne są też niezmiernie ważnym elementem zarządzania personelem. Pozwalają bowiem na budowanie lokalnego środowiska pracy w ramach zespołów, promowanie osób budujących wartości organizacji czy realizację szczegółowych celów lub zadań. Prywatny rynek usług zdrowotnych nie przyjął modelowej, idealnej struktury. Dodatkowo rozwój organizacji wymusza cykliczne zmiany w strukturach, związane najczęściej ze zwiększeniem skali działania, złożoności procesów, ale również decyzjami o zmianie strategii rozwoju. Struktura podmiotów leczniczych jest uwarunkowana wieloma czynnikami i stale zmieniającym się rynkiem usług medycznych. To strategia i wizja firmy oraz podstawowe cele kształtują ostateczną strukturę podmiotu.

Podstawowe wymagania dotyczące struktury podmiotu leczniczego jednak są stałe i narzucają istnienie odpowiednich grup personelu ze względu na specyfikę działania placówki medycznej (rysunek 11.3).

Rysunek 11.3. Grupy personelu w strukturze prywatnego podmiotu leczniczego



Źródło: opracowanie własne.

Zatrudnienie pracownika wiąże się z okresowym budowaniem relacji pracownik – pracodawca. Relacja ta jest różna dla podmiotów publicznych i prywatnych. Wiele czynników różnicujących podejście pracodawcy do pracownika i odwrotnie sprawia, że podmiot prywatny jest lepiej zorganizowany. Wymagania wobec zatrudnianego pracownika w podmiocie prywatnym są wyższe, ale ma to odpowiednie odzwierciedlenie w zarobkach. Zaangażowanie, zakres zadań i efekty są wprost proporcjonalne do wysokości zarobków, gdzie w publicznym podmiocie nie ma to często znaczenia. To pracownik decyduje o swoim miejscu zatrudnienia, czy będzie to dobrze płatna, lecz wymagająca praca w prywatnej placówce, czy mniej wymagająca o niskich zarobkach w podmiocie publicznym (tabela 11.1).

Tabela 11.1. Relacja pracownik – pracodawca w publicznym i prywatnym podmiocie leczniczym – porównanie najważniejszych czynników

Relacja pracownik – pracodawca	Podmiot publiczny	Podmiot prywatny
Rodzaj umowy o pracę	Umowa o pracę, umowa kontraktowa – w większości są to umowy na czas nieokreślony	Umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa o pracę, kontrakt – w większości są to umowy okresowe ze względu na rotację pracowników
Tryb zwolnienia	Zwolnienie z zachowaniem wypowiedzenia lub odprawy, zwolnienie dyscyplinarne – często zwolnienia mają charakter konfliktowy lub procedowane są sądownie	Zwolnienie za porozumieniem stron, zwolnienie bez wypowiedzenia – bez względu na rodzaj przyczyny zwolnienia pracodawca stara się porozumieć z pracownikiem
Charakter pracy	Etatowy – brak motywacji, stałe wynagrodzenie bez względu na zaangażowanie pracownika, bezpieczeństwo zatrudnienia, niskie wymagania	Zadaniowy – wymagana realizacja wyznaczonych celów i duże zaangażowanie mające odzwierciedlenie w zarobkach, wysokie kwalifikacje i wymagania
Szkolenia, kształcenie	Finansowanie szkoleń i kształcenia uzupełniającego w sporadycznych przypadkach, tylko szkolenia stanowiskowe wynikające z przepisów	Obowiązkowe stałe podnoszenie kwalifikacji finansowane przez pracodawcę
Opieka socjalna	Fundusz socjalny ustalony ustawowo, zapomogi, dodatkowe należności za urlop, świadczenia świąteczne również dla emerytów	Brak lub sporadyczne świadczenia w postaci nisko płatnych karnetów na zajęcia w czasie wolnym (basen, fitness, kino)
Pracownicze związki zawodowe	Liczne związki zawodowe praktycznie dla każdej oddzielnej grupy pracowniczej, nastawienie roszczeniowe pracowników często destabilizujące działalność i finanse pracodawcy	Brak, praktycznie nie występuje zjawisko roszczeniowości wobec pracodawcy

Relacja pracownik – pracodawca	Podmiot publiczny	Podmiot prywatny
Nagrody, premie	Stałe, niezależnione często od efektów pracy	Okresowe przy realizacji określonych zadań
Urlopy, zwolnienia	Absencja urlopową pracownika niezwiązana z organizacją pracy przez pracodawcę, planowanie urlopów ma charakter formalny bezprzyczynowy	Absencja urlopową planowana w zależności od okresu i zadań postawionych przez pracodawcę, planowanie urlopów często wymuszone przez pracodawcę

Źródło: opracowanie własne.

Najważniejszą cechą pracy u prywatnego pracodawcy jest jasność zasad, którymi na co dzień posługują się pracownicy i kierownictwo. Taką jasność ułatwia samodzielne podejmowanie decyzji, buduje pozytywne relacje wewnątrz – pracownicy wiedzą, czego od nich się oczekuje – buduje zaufanie i pozytywne relacje zewnętrzne. Pacjenci wiedzą, jakimi zasadami kieruje się organizacja, co upraszcza komunikację.

Zarządzanie personelem w podmiocie leczniczym to temat niezwykle złożony i kompleksowy. Aby proces był skuteczny, nie może być oderwany od strategicznych obszarów działania przedsiębiorstwa ani ograniczany do funkcji kadrowo-płacowych. Przygotowanie właściwego otoczenia dla pracowników, zaangażowanie ich w podejmowanie decyzji, a przede wszystkim uzyskanie wysokiego poziomu odpowiedzialności za pacjentów i współpracowników to sukces, który można mierzyć ostatecznie wzrostem wartości firmy.

11.4. Pacjent jako klient placówki medycznej

11.4.1. Pacjent klient

Postrzeganie pacjenta jako klienta, jest zjawiskiem charakterystycznym dla prywatnego rynku usług medycznych. Takie podejście niesie za sobą wiele czynników wynikających chociażby z definicji klienta. **Klient** to osoba lub instytucja, której potrzeby i wymagania ma zaspokoić produkt o określonej jakości. Najważniejszym celem działalności na prywatnym rynku usług medycznych jest zaspokajanie potrzeb i wymagań pacjenta w zakresie ochrony zdrowia. Definicja klienta wg normy ISO 9000:2000 jest nieco inna i mówi, że klient to ten,

któremu organizacja sprzedaje¹⁰. Ta definicja kieruje nas na sprzedażowy charakter usług zdrowotnych, co może potwierdzać rolę pacjenta na prywatnym rynku jako klienta kupującego usługi zdrowotne. **Klient podmiotu leczniczego** zatem to osoba lub instytucja, której potrzeby w zakresie przywrócenia, zachowania, poprawy i profilaktyki stanu jej zdrowia lub jej pracowników ma zaspokoić produkt o określonej jakości dostarczony (sprzedany) przez podmiot leczniczy.

Pozyskanie odpowiedniej liczby pacjentów (klientów) jest warunkiem działania podmiotu na rynku. Każdy pacjent stanowi źródło finansowania świadczeń dla podmiotu leczniczego. Finansowanie leczenia odbywa się w różnych formach uzależnionych od uprawnień pacjenta. Główne źródła to:

- podstawowa opieka zdrowotna (POZ) – wykorzystując obowiązek deklaracji każdego obywatela do podstawowej opieki medycznej, podmiot pozyskuje jak najwięcej deklaracji, żeby oferować usługi spoza zakresu POZ,
- specjalistyczna opieka zdrowotna – finansowanie świadczeń przez płatnika publicznego powoduje pozyskanie pacjentów w zakresach, na które obowiązuje umowa z płatnikiem,
- abonamenty – ustala się opłatę miesięczną za konkretne pakiety świadczeń medycznych, wysokość abonamentu jest uzależniona od zakresu i liczby świadczeń,
- ubezpieczenia medyczne – forma ubezpieczeń z opieką zdrowotną jest dostępna dla pacjentów na podobnych zasadach jak abonamenty,
- opłata bezpośrednia za świadczenie.

W przeciwieństwie do podmiotów publicznych podmioty prywatne mogą korzystać ze wszystkich dostępnych źródeł finansowania.

11.4.2. Obsługa pacjenta

Utrzymanie jak najdłuższej relacji z pacjentem jest jednym z podstawowych zadań prywatnej placówki medycznej. Relację tę buduje się podczas różnych procesów w trakcie obsługi pacjenta. Na jakość i trwałość relacji wpływa przede wszystkim komunikacja z pacjentem na każdym etapie obsługi.

Obsługa pacjenta w podmiocie leczniczym składa się z kilku etapów:

- rejestracja (uprawnienia pacjenta do świadczeń),
- umawianie wizyt:
 - bezpośrednio (recepcja),

¹⁰ *Leksykon zarządzania*, op.cit., s. 200.

- pośrednie (*callcenter*, internet).
- Realizacja wizyt:
 - procesy usługowe funkcjonowania poradni (wizyty lekarskie, diagnostyka, zabiegi, rehabilitacja),
- realizacje zewnętrzne:
 - poddostawcy,
 - podwykonawcy.

Pierwsza decyzja skorzystania z porady lekarza w danej poradni stanowi dla pacjenta nie tylko pierwszy etap leczenia i pierwsze zetknięcie się z personelem medycznym pracującym w rejestracji, lecz także początek najczęściej długotrwałej relacji ze świadczeniodawcą. Często to pierwsze doświadczenie, dobre bądź złe, powoduje nastawienie pacjenta do personelu medycznego i warunkuje jego zachowania na dalszym etapie korzystania z usług.

Komunikacja między pacjentem a personelem medycznym jest relacją, którą można określić jako trudną. Wpływa na nią bardzo wiele czynników: osobowość uczestników, umiejętności komunikacyjne (mówienie, słuchanie, mowa ciała), otoczenie i nastrój w danej chwili. Wszystkie te czynniki w różnym układzie będą tworzyły niepowtarzalną sytuację komunikacyjną. Umiejętności interpersonalne obsługi są często decydującym czynnikiem wyboru świadczeniodawcy. Prywatni przedsiębiorcy muszą zatem inwestować w szkolenia personelu bądź zatrudniać coraz lepszych pracowników za wyższe wynagrodzenia.

Kontakt z lekarzem, w zależności od cech indywidualnych, może wywoływać niepokój, strach, zdenerwowanie. Oprócz pacjentów, którzy są całkiem spokojni, wchodząc do gabinetu lekarza, nie odczuwają tzw. syndromu białego fartucha, stosunkowo liczną grupę stanowią pacjenci obawiający się zachowania lekarza w trakcie wizyty. Prawdopodobnie pacjenci korzystający z usług tego samego lekarza kilka razy wiedzą, czego się mogą spodziewać w trakcie wizyty, natomiast pacjenci trafiający do lekarza „z przypadku” nie mają takiej wiedzy i z tego może wynikać ich obawa.

W trakcie wizyty w gabinecie lekarskim skuteczność całego procesu diagnostyki i leczenia zależy w dużej mierze od tego, jaką relację uda się zbudować lekarzowi z pacjentem. To lekarz jest osobą przewodzącą, choćby ze względu na autorytet formalny czy też autorytet osobisty. Dobry lekarz pracujący w prywatnym gabinecie najczęściej dopytuje szczegółowo o dolegliwości, z jakimi przyszedł pacjent, co dla chorego oznacza zainteresowanie nim i jego chorobą. To zainteresowanie i możliwość dialogu ma decydujący wpływ na wybór lekarza w dłuższej perspektywie, co prowadzi do decyzji pozostania pacjentem tego

podmiotu leczniczego, w którym taki lekarz pracuje. Niestety spora grupa lekarzy nie interesuje się stylem życia swoich pacjentów. Często lekarze nie pytają także pacjentów o przebyte i aktualne choroby, uczulenia, zażywane leki i korzystanie z usług specjalistów. Nie wglębiają się w historię chorego, nie dopasowują odpowiedniej terapii, nie uwzględniają innych schorzeń. Taka postawa lekarza nie dziwi w publicznej służbie zdrowia, jednak na prywatnym rynku jest niedopuszczalna. Do prawidłowego funkcjonowania placówki na rynku prywatnym efekty komunikacji interpersonalnej między pacjentem a personelem medycznym muszą być pozytywne. Zawsze będą istnieć obszary, które wymagają doskonalenia, są także osoby, którym komunikacja nadal sprawia trudności. Prywatny właściciel rozwiązuje to przez skierowanie osoby z problemem na odpowiednie szkolenie.

W dużych firmach medycznych mamy do czynienia z siecią placówek świadczącą pełny zakres usług zdrowotnych. W małych miejscowościach firma korzysta z usług podwykonawców. Ich zachowanie podczas obsługi pacjenta ma również wpływ na postrzeganie całej firmy, dlatego właściwy dobór podwykonawców jest częścią budowania jej wizerunku. Wymogi stawiane podwykonawcom najczęściej sięgają standardów obowiązujących w poradniach firmowych.

11.4.3. Marketing usług zdrowotnych

Marketing to zestaw narzędzi, który pomaga podmiotom pozyskiwać wiedzę o rynku i o potrzebach klientów (w tym pacjentów). Wspiera on również dystrybucję produktów i usług zdrowotnych oraz dostarcza o nich informacje. Wraz z wprowadzeniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w 1991 r. zaistniała możliwość zastosowania koncepcji marketingowych w działalności podmiotów leczniczych.

Definicje podstawowe

Istnieje wiele definicji marketingu w zależności od punktu widzenia i potrzeb korzystającego z narzędzi marketingowych. Definicja społeczna marketingu obejmuje proces społeczny, dzięki któremu jednostki lub grupy otrzymują to, czego potrzebują i chcą, poprzez kreowanie, oferowanie i swobodną wymianę produktów i usług. W definicji tej ważnym określeniem oprócz oferowania jest pojęcie kreowania. We współczesnym świecie każdego człowieka otacza wiele źródeł informacji i dzięki temu możliwości kreowania odpowiedniej postawy

są ogromne. Decydującym czynnikiem powodzenia strategii marketingowych jest umiejętność korzystania z wielu źródeł informacji w celu zbudowania długotrwałej relacji z klientem. Z punktu widzenia menedżerskiego marketing jest sztuką sprzedawania produktów. W odniesieniu do rynku usług medycznych ta definicja ma na celu jedynie zwrócenie uwagi na aspekt sprzedażowy działań marketingowych ze względu na trudności ze zdefiniowaniem produktu¹¹.

Definicja marketingu dla rynku usług zdrowotnych zawiera w sobie pojęcie usługi zdrowotnej jako produktu dostarczanego w celu zaspokojenia potrzeb pacjenta. Marketing usług zdrowotnych zatem to proces postrzegania, rozumienia, stymulowania i zaspokajania potrzeb pacjentów w zakresie przywrócenia, zachowania, poprawy i profilaktyki stanu jego zdrowia za pomocą określonych środków i działań skierowanych na zaspokojenie tych potrzeb.

Współczesna definicja marketingu (Marketing 3.0)

Współczesny marketing (nazwany Marketingiem 3.0) definiujemy jako dostarczanie produktów i usług człowiekowi mające na celu zmianę świata na lepszy. Definicja ta zwraca uwagę na aspekt rozwojowy i duchowy oraz wartości, a nie tylko działania mające na celu zaspokajanie potrzeb. Już nie ma po prostu konsumenta czy klienta – jest człowiek. Ma on rozum, serce i duszę. Coraz większa grupa owych klientów stara się znaleźć rozwiązanie dla swoich trosk – coś, dzięki czemu świat stałby się lepszy. W świecie, gdzie nic nie jest pewne, klienci szukają firm, które w swojej misji, wizji i zbiorze wartości wyrażają cele spełniające ich najgłębsze pragnienie sprawiedliwości społecznej, ekonomicznej i środowiskowej. Nie oczekują jedynie tego, że produkt lub usługa spełni ich potrzeby pod względem funkcjonalnym i emocjonalnym. Teraz, kiedy robią zakupy, spodziewają się również spełnienia duchowego. Podobnie jak jego poprzednik Marketing 3.0 także stara się zaspokoić życzenia konsumenta. Niemniej jednak misje, wizje i wartości wyznawane przez firmy, które zdecydowały się działać zgodnie z wersją 3.0, w znacznie większym stopniu przyczyniają się do udoskonalenia świata, w którym żyjemy. Ich celem jest zapewnienie rozwiązań problemów społecznych. Wersja 3.0 wynosi koncepcję na poziom ludzkich aspiracji, wartości i ducha. Zgodnie z Marketingiem 3.0 konsument to człowiek w pełnym tego słowa znaczeniu. To istota ludzka, której

¹¹ Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002, s. 23.

žadnych potrzeb i nadziei nie należy nigdy zaniedbywać. W taki oto sposób Marketing 3.0 uzupełnia marketing emocjonalny elementem ludzkiego ducha¹².

Specyfika rynku usług zdrowotnych

Żeby zagwarantować skuteczność i efektywność działań marketingowych, istotne jest poznanie specyfiki rynku usług zdrowotnych. Na specyfikę rynku usług zdrowotnych wpływają także cechy typowe dla wszystkich rodzajów usług. W literaturze podaje się pewien zestaw standardowych cech, które dotyczą również usług zdrowotnych, a odróżniają je od dóbr materialnych. Należą do nich: niematerialność, niejednorodność, nierozdzielność i nietrwałość¹³.

Usługi zdrowotne nie są związane z wytwarzaniem dóbr materialnych. W przeciwieństwie do produktów nie można ich dotknąć, posmakować, poczuć, zanim się z nich nie skorzysta. Aby ograniczyć niepewność, wynikającą z ich nieuchwytności, pacjenci szukają dowodów materialnych świadczenia usług. O jakości usługi medycznej wnioskuje na podstawie obserwacji miejsca, personelu, wyposażenia poradni itp. Podmioty lecznicze mogą prezentować swoją ofertę poprzez fizyczne dowody i prezentacje. Konsekwencją niematerialnego charakteru usług jest trudność ich wyceny. Ceny produktów oparte są przede wszystkim na kosztach produkcji plus zysk. Głównym kosztem usług zdrowotnych jest praca, a dla usług specjalistycznych dodatkowo zużywane są środki trwałe w postaci drogiego wyposażenia, specjalistycznej aparatury itp.

Usługi zdrowotne są niejednorodne, czyli charakteryzują się dużą różnorodnością, ponieważ zależą od dostawcy oraz miejsca i czasu ich świadczenia. Aby zapewnić odpowiedni poziom jakości, dostawcy usług starają się wprowadzić standaryzację usług. Jednak z uwagi na pewne niepowtarzalne okoliczności każdego świadczenia nigdy nie jest ono takie same¹⁴. Należy zauważyć, że niejednorodność usług może doprowadzić do błędów medycznych. W celu podnoszenia poziomu jakości usług podmioty inwestują w odpowiednie procedury naboru i szkolenia pracowników, którzy powinni być kompetentni, powinno im zależeć na dobru pacjenta, wykazywać inicjatywę i rozwiązywać problemy. Świadczeniodawcy wdrażają też standaryzację jakości usług w całej organizacji, na przykład opracowują instrukcje postępowania, aby łatwo zidentyfikować

¹² Ph. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan, *Marketing 3.0*, MT Biznes, Warszawa, 2016, s. 18–19.

¹³ Ph. Kotler, *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2005, s. 448.

¹⁴ Ph. Kotler, J. Shalowitz, R.J. Stevens, *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 372.

potencjalne błędy proceduralne. Ważnym aspektem podnoszącym jakość usług jest monitorowanie poziomu satysfakcji klientów, na przykład przez systemy skarg i zażaleń, wywiady z pacjentami itp. Działania te są niezmiernie ważne z uwagi na szeroki zakres świadczonych przez podmioty lecznicze usług zdrowotnych. Usługi te mogą się różnić w zależności od tego, kto je wykonuje, kiedy i gdzie. Pacjenci są świadomi tej różnorodności, stąd często korzystają z opinii innych osób w poszukiwaniu najlepszych specjalistów, zanim zgłoszą się po usługę zdrowotną. Zmniejszenie stopnia oddziaływania tej cechy na jakość usług zdrowotnych może nastąpić w wyniku standaryzacji procesu świadczenia usług zdrowotnych.

Nierozdzielność usług zdrowotnych polega na tym, że są one jednocześnie świadczone przez podmioty lecznicze i „konsumowane” przez pacjenta. Jeśli usługa jest wykonywana przez lekarza czy pielęgniarkę, to pacjent staje się częścią tej usługi. W przypadku usług zdrowotnych pacjenci są zainteresowani konkretnymi usługodawcami. Każdy pacjent ma określone preferencje odnośnie do konkretnego usługodawcy. W przychodniach wysoko oceniani przez pacjentów lekarze rodzinni mają z reguły większą liczbę pacjentów niż lekarze mający opinie negatywne.

Konsekwencją niematerialnego charakteru usług zdrowotnych jest brak możliwości ich magazynowania. Oznacza to, że nie jest możliwe wytwarzanie ich na zapas i sprzedawanie w sytuacji zwiększonego popytu na określone świadczenia. Brak możliwości magazynowania nie jest problemem, gdy popyt na usługi jest stały. Łatwo jest wtedy obliczyć niezbędną liczbę personelu do obsługi pacjentów. Niestety zapewnienie stałego dostępu do wszystkich usług jest drogie. Gdy popyt ulega wahaniom, podmioty świadczące usługi zdrowotne mają duże trudności w dostosowaniu liczby pracowników do zwiększonego popytu. Dzieje się tak na przykład w sezonie jesiennym, gdy wzrasta liczba zachorowań na grype, co powoduje kolejki chorych do lekarzy w przychodniach.

Istnieje wiele strategii umożliwiających dostosowywanie podaży do popytu. Na przykład badania operacyjne dowodzą, że największa efektywność pochodzi z wybierania najkrótszych, najprostszych spraw jako pierwszych (podobnie jak w przypadku kas ekspresowych w supermarkecie). Na ostrym dyżurze zasada ta wykorzystywana jest poprzez wprowadzanie równoległych szybkich programów, które zajmują się najprostszymi problemami zdrowotnymi, wymagającymi najmniejszych nakładów czasu¹⁵. Dzielenie się z innymi dostawcami

¹⁵ Ibidem, s. 373.

usług, na przykład w przypadku korzystania ze skomplikowanego sprzętu medycznego, może pomóc obniżyć obciążenie popularnych usług. Kolejny problem związany z nietrwałością usług zdrowotnych to wykorzystanie małej liczby personelu, zwłaszcza w przypadku opieki szpitalnej. Wykwalifikowanych pielęgniarek jest mało ze względu na wysokie wymagania, ciężką pracę i niskie wynagrodzenie. Zastosowanie wytycznych dotyczących liczby personelu może pomóc szpitalom w odpowiednie obsadzie na różnych oddziałach.

Opisane specyficzne cechy usług mają ogromny wpływ na działania marketingowe zarówno podmiotów prywatnych, jak i publicznych działających na rynku usług zdrowotnych. Cechy te wymuszają indywidualne podejście do pacjenta i konieczność zbudowania relacji zaufania i zrozumienia pomiędzy pacjentami a personelem medycznym. Stąd tak ważnym zagadnieniem w usługach jest ustalenie wysokich standardów jakości usług zdrowotnych.

Należy zauważyć, że część z tych cech, jak nieuchwytność, to wcześniej opisana niematerialność usług. Stała interakcja pacjenta z personelem to konsekwencja nierozdzielności usług od wykonawcy. Natomiast ważnymi cechami usług zdrowotnych jest na pewno brak możliwości udzielenia gwarancji na część usług zdrowotnych przez personel, na przykład żaden lekarz nie zagwarantuje, że pacjent chory na raka zostanie wyleczony, gdyż jakość usługi zależy nie tylko od lekarza, lecz także od wyjściowego stanu zdrowia pacjenta i rodzaju nowotworu. Ważną specyficzną cechą usług zdrowotnych jest też występowanie zjawiska asymetrii informacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. Oznacza to występowanie nierównowagi na niekorzyść pacjentów w dostępie do informacji i wiedzy o procesie leczenia. Stąd tak ważna na rynku usług zdrowotnych jest umiejętność komunikowania się lekarzy z pacjentami. W wielu przypadkach kontakt z placówką medyczną w istocie może oznaczać „zakup” zaufania, a nie precyzyjnie określonego efektu¹⁶. Specyfika usług zdrowotnych wymusza indywidualne podejście do pacjenta i konieczność zbudowania relacji zaufania i zrozumienia pomiędzy pacjentami a personelem medycznym. Dlatego tak ważnym zagadnieniem w usługach zdrowotnych jest ustalenie wysokich standardów jakości tych usług.

Marketing mix w usługach zdrowotnych

Marketing mix to jedna z dominujących idei nowoczesnego marketingu. Definiuje się ją jako zbiór poddających się sterowaniu taktycznych instrumentów

¹⁶ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 13–22.

marketingowych, których kompozycję firma przygotowuje w celu uzyskania zamierzonej reakcji na rynku docelowym¹⁷. Marketing mix składa się ze wszystkiego, czym firma może wpływać na popyt na swoje produkty czy usługi. Na liczne występujące tu możliwości składają się cztery grupy zmiennych, znanych jako „cztery P” (4P): *product, price, place, promotion* (pol. produkt, cena, dystrybucja i promocja).

Produkt oznacza całość dóbr i usług, które firma oferuje na rynek docelowy. W przypadku rynku medycznego mamy do czynienia z usługą medyczną i wszystkimi jej charakterystycznymi cechami.

Cena jest sumą pieniędzy, jaką płaci klient, aby uzyskać produkt. Jest ona bardzo elastycznym instrumentem strategii; można ją zmieniać w zależności od przyjętej polityki cenowej i od możliwości rynku, na którym dana firma działa. Świadczeniodawcy korzystają z dwóch metod wyznaczenia ceny usługi zdrowotnej, kosztowej i rynkowej. Metoda kosztowa określa cenę na podstawie kosztu wykonania i narzutu zysku. Metoda rynkowa określa cenę, uwzględniając poziom cen konkurentów i zachowania nabywców tych usług.

Dystrybucja obejmuje te działania firmy, które sprawiają, że produkt jest dostępny dla docelowego konsumenta. W przypadku usług medycznych w niektórych przypadkach lokalizacja nie ma znaczenia (np. domowe wizyty lekarskie, zastrzyki w domu pacjenta). Gdy zachodzi potrzeba udania się po poradę do przychodni lub szpitala, element lokalizacji nabiera ogromnego znaczenia. Łatwość dojazdu, zaparkowania, wszystko to jest brane pod uwagę przez pacjenta przy wyborze danej placówki. W przypadku świadczeń zdrowotnych konieczny jest kontakt bezpośredni, co sprawia, że dostępność jest w wielu przypadkach czynnikiem decydującym o wyborze pacjenta.

Promocja oznacza działania, które mają na celu informowanie o zaletach produktu i namawianie docelowych klientów do dokonania zakupu. Jest najbardziej niewymiernym i nieprzewidywalnym działaniem marketingowym. Szczególnie trudno przewidzieć efekty działań promocyjnych w usługach medycznych, gdzie znacznie ważniejsza od materiałów reklamowych jest rekomendacja innych pacjentów korzystających z usług tej samej placówki. Im więcej zadowolonych pacjentów, tym mniejsze wydatki na cele promocyjne, a zaoszczędzoną kwotę można przeznaczyć na rozwój firmy lub na nagrody dla pracowników.

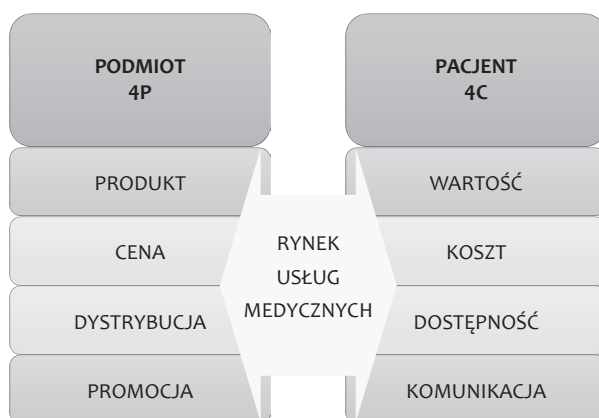
W działalności przedsiębiorstwa usługowego do składowych elementów marketingu mix dodaje się obowiązkowo piąte „P”, którym jest personel,

¹⁷ Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong, *Marketing. Podręcznik europejski*, op.cit., s. 85.

odgrywający pierwszoplanową rolę w świadczeniu usług. Personel oznacza pracowników, od których zaangażowania zależy powodzenie całego przedsięwzięcia, a to uzależnione jest od doboru, przeszkolenia, motywacji i kierowania pracownikami. Specyfika usług medycznych narzuca wysoki profesjonalizm zatrudnionych osób. Dotyczy to nie tylko lekarzy, lecz także całego personelu pomocniczego. Wszyscy powinni zgodnie działać w celu zaspokojenia oczekiwań i potrzeb pacjentów, mając na uwadze fakt, że bez pacjentów nie byłoby miejsc pracy.

Skuteczny program marketingowy ma tak dobrane elementy marketingu mix, aby cele marketingowe firmy zostały osiągnięte. Marketing mix stanowi zestaw instrumentów taktycznych służących silnemu pozycjonowaniu na rynkach docelowych. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że 4P odpowiadają punktowi widzenia sprzedawcy na instrumenty marketingowe, którymi można wpływać na nabywców. Z punktu widzenia konsumenta każdy z instrumentów marketingowych musi dostarczać klientowi korzyści. We współczesnych koncepcjach 4P zastępuje się formułą 4C, która akcentuje wartości marketingu istotne dla nabywcy. Produkt jest więc oceniany przez niego jako zespół korzyści, cena staje się kosztem i tak jest rozważana w decyzjach zakupowych, w dystrybucji istotne są warunki składające się na wygodę nabycia, zaś promocja coraz częściej zastępowana jest przez dwustronną komunikację przedsiębiorstwa z klientem. Współczesne koncepcje marketingu mix zilustrowano na rysunku 11.4.

Rysunek 11.4. Marketing mix na rynku usług medycznych



Źródło: opracowanie własne.

11.5. Prywatny rynek usług medycznych w Polsce

Prywatny rynek usług medycznych w Polsce, mimo niekorzystnych regulacji prawnych, rozwija się dynamicznie, inwestując w najnowsze technologie, najwyższy standard i najwyższą jakość. Strategią większości podmiotów jest model oparty na współpracy z publicznym płatnikiem, przy równoczesnym udzielaniu świadczeń komercyjnym pacjentom. To pozwala na dywersyfikację źródeł przychodów, a jednocześnie umożliwia publicznym pacjentom na korzystanie z najwyższej jakości świadczeń. Pewną barierą w rozwoju są ograniczone możliwości pozyskania finansowania. Ważnymi zmianami, które mogą się stać impulsem dla prywatnego sektora, mogą być wprowadzenie wyceny świadczeń medycznych (to potencjalnie rozszerzy inwestycję na dotychczas nieopłacalne finansowo zakresy świadczeń medycznych) oraz prace nad projektem ustawy, który otworzy możliwość udzielania świadczeń medycznych w formie telemedycyny.

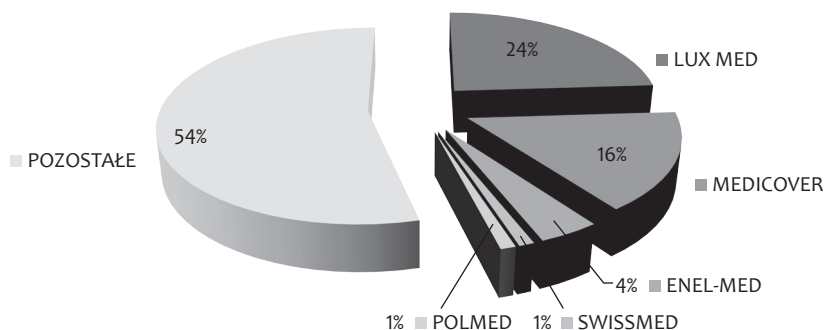
Zagrożeniem są przygotowywane mapy potrzeb zdrowotnych i zmienione zapisy dotyczące kontraktowania świadczeń medycznych, które nakazują określenie maksymalnej liczby zawartych umów – to ma ograniczać rozdrabnianie kontraktów, ale może potencjalnie wyeliminować prywatne podmioty. Wszyscy inwestorzy zastanawiają się także, jak będzie wyglądało kolejne kontraktowanie, bo ono scementuje rynek świadczeniodawców na długi okres – czy liczba punktów osiągnięta w konkursie będzie odzwierciedlała późniejszą wartość kontraktów czy, jak było dotychczas, ilość przydzielonych pieniędzy będzie niezależna i uznaniowa. Przez najbliższe lata, w zależności od wyboru sposobu reformy systemu ochrony zdrowia, albo będzie on wspierał rozwój prywatnych podmiotów leczniczych, albo ograniczy skalę inwestycji i doprowadzi sektor do zdecydowanie wolniejszego rozwoju opartego na finansowaniu prywatnym obywateli¹⁸.

Liderzy rynku usług medycznych w Polsce

Rynek prywatnej opieki zdrowotnej zdominowany jest przez pięć przedsiębiorstw: LUX MED, Medicover, ENEL-MED, Swissmed i POLMED (rysunek 11.5).

¹⁸ G. Byszewski, *Rozwój mimo niekorzystnych regulacji prawnych*, w: *Prywatna służba zdrowia*, „Gazeta Finansowa”, Warszawa 2015, s. 58.

Rysunek 11.5. Szacunkowy udział prywatnych firm medycznych na rynku abonamentów medycznych w Polsce



Źródło: Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce, PMR Publications, 2011.

Każda z czołowych firm rynku usług medycznych w Polsce ma w swoim portfelu po kilka – kilkanaście marek (tabela 11.2).

Tabela 11.2. Czołowe marki na rynku prywatnych usług medycznych

Firma	Liczba placówek medycznych	Posiadane marki
LUX MED	200	CM LIM, Medycyna Rodzinna, Promedis, Endoterapia, Tabita, AVI, FADO, Medsport, Konsylium
Medicover	44	Medicover Ubezpieczenia, Medicover Szpital, Medicopharma, Centrum Medyczne Damiana, Synevo
ENEL-MED	20	Marka własna
POLMED	16	Marka własna
Scanmed	14	Scanmed Multimedix, Scanmed (Szpital św. Rafała w Krakowie), Medrun, Akademik Services, Scanrent, Scan Diagnostic

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych firm.

Zdecydowanym liderem na polskim rynku prywatnych usług zdrowotnych jest firma LUX MED. Od wielu lat buduje swoją pozycję poprzez przejmowanie mniejszych podmiotów i cykliczną zmianę inwestora strategicznego. Podobnym torem rozwoju podążają firmy Medicover i Scanmed. Firmy ENEL-MED i POLMED posiadają tylko markę własną, budując pozycję na rynku poprzez uruchamianie kolejnych placówek pod firmową nazwą.

Podsumowanie

Rynek prywatnych usług zdrowotnych istnieje w Polsce od ponad 20 lat. Dynamika rozwoju prywatnych firm medycznych pomimo licznych trudności (zmiany podstaw prawnych, przemiany społeczno-polityczne) nieustannie się rozwija i prezentuje tendencję wzrostową. Stale wzrastająca liczba pacjentów korzystających z odpłatnej opieki medycznej sprawia, że powstają nowe podmioty, a istniejące rozwijają swoje sieci placówek przez inwestycje. W odróżnieniu od publicznej służby zdrowia rynek prywatny oferuje bardzo wysoki poziom usług obejmujących praktycznie wszystkie możliwe świadczenia medyczne. Poziom ten firmy uzyskują poprzez stosowanie korporacyjnych modeli zarządzania firmą, stałą i zdefiniowaną ścieżkę rozwoju czy cykliczne pozyskiwanie nowych inwestorów. Bez względu na rodzaj zmian wprowadzanych w systemie opieki zdrowotnej tak działające i świetnie zorganizowane firmy prywatne są w stanie bardzo szybko dostosować swoją działalność do zmieniającego się rynku usług medycznych w Polsce.

Bibliografia

- Byszewski G., *Rozwój mimo niekorzystnych regulacji prawnych*, w: *Prywatna służba zdrowia*, „Gazeta Finansowa”, Warszawa 2015.
- Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V., *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002.
- Kotler Ph., Kartajaya H., Setiawan I., *Marketing 3.0*, MT Biznes, Warszawa 2016.
- Kotler Ph., *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2005.
- Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J., *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Leksykon zarządzania*, Difin, Warszawa 2004.
- Póździej S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004.
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006.
- Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce*, PMR Publications, 2011.
- Topczewska-Tylińska K., *Charakterystyka usług zdrowotnych*, w: A. Maciąg, K. Kuszewski, K. Topczewska-Tylińska, J. Michalak, *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*, Alfa Medica Press, Bielsko Biala 2007.

Wasilewski L., *Podstawy zarządzania jakością*, WSiPZ, Warszawa 1998.

Węglowska D., Pasowicz M., *Organizacja pracy podmiotu leczniczego i jego przedsiębiorstw*, w: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, red. W. Pasowicz, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2012.

Podypłomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia

Podypłomowe Studia Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia istnieją od 1999 r. Studia zostały uruchomione wkrótce po ukazaniu się ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a więc wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia w Polsce. Bazując na doświadczeniu Katedry Zarządzania w Gospodarce (obecnie Zakładu Zarządzania w Gospodarce Instytutu Zarządzania SGH) w zakresie szkoleń i studiów podypłomowych dla innych sektorów gospodarki, a zwłaszcza doświadczeniach Rocznych Podypłomowych Studiów Menedżerskich (niebawem odbędzie się 100. edycja tych studiów), opracowano program studiów podypłomowych nakierowany na kształcenie menedżerów ochrony zdrowia. Program z założenia miał dawać wiedzę menedżerską, a nie medyczną, a jednocześnie być silnie wyprofilowany branżowo.

Na program studiów niezmiennie składają się cztery bloki tematyczne: 1) prawne problemy funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia, 2) rynek usług medycznych, 3) organizacja i zarządzanie podmiotem leczniczym, 4) zarządzanie finansami w podmiocie leczniczym, jednak ich zawartość ewoluuje wraz ze zmieniającymi się potrzebami edukacyjnymi kadry menedżerskiej. Zmieniają się zarówno treść wykładanych przedmiotów, jak i same przedmioty albo ich wykładowcy, tak aby wiedza pozyskiwana przez słuchaczy odpowiadała aktualnemu zapotrzebowaniu, a zajęcia były jak najwyższej jakości. W momencie wydawania tej monografii rusza już 23. edycja PSZOOZ. Do tego momentu wypromowano niemal 1000 zadowolonych absolwentów, którzy niezmiennie rekomendują nasze studia w swoim środowisku.

Celem studiów jest przekazanie słuchaczom obszernej wiedzy z zakresu zarządzania organizacjami zajmującymi się ochroną zdrowia. Absolwenci są dobrze przygotowani do kierowania organizacjami związanymi z ochroną zdrowia w warunkach szybko zachodzących zmian na rynku usług medycznych.

W trakcie zajęć słuchacze mają okazję zarówno wysłuchać wykładów, jak i wziąć udział w zajęciach warsztatowych, które pozwolą im na kształtowanie umiejętności niezbędnych w codziennym zarządzaniu organizacją. Mają też kontakt z najlepszymi specjalistami w dziedzinie zarządzania i praktykami ochrony zdrowia z dużym doświadczeniem. W trakcie zajęć i przerw mogą się wymieniać swoimi doświadczeniami i poznawać dobre praktyki stosowane w innych podmiotach leczniczych. Na studiach słuchacze pozyskują kompleksową i nowoczesną wiedzę z zakresu zarządzania do wykorzystania wprost w codziennej pracy, a także otrzymują obszernie materiały dydaktyczne i książki pozwalające ją poszerzać.

Organizatorem Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia jest Instytut Zarządzania SGH, wykładowcami natomiast są nie tylko pracownicy Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, lecz także pracownicy innych uczelni i praktycy z zakresu ochrony zdrowia. W rezultacie każdy przedmiot prowadzony jest przez najwyższej klasy specjalistów z danej dziedziny.

Pomysłodawcą i kierownikiem Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia jest dr hab. Mirosław Jarosiński, prof. SGH.

Informacji na temat studiów udziela mgr Beata Chelstowska

tel.: 22 564 85 00

tel./fax: 22 564 86 10

beata.chelstowska@sgh.waw.pl

<http://oferta.sgh.waw.pl/pl/studiapodyplomowe/zarzadzanie-organizacjami-ochrony-zdrowia/Strony/default.aspx>

Zarządzający organizacjami ochrony zdrowia muszą stale borykać się z wieloma wyzwaniami dotyczącymi bieżącego funkcjonowania ich organizacji, wynikającymi z rosnących potrzeb i wymagań pacjentów, wymagań Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i wielu innych instytucji przy istniejących jednocześnie poważnych ograniczeniach zasobowych i często zbyt niskim finansowaniu udzielanych świadczeń. Na to wszystko nakładają się zmiany systemowe w ochronie zdrowia, które wciąż niosą wiele niewiadomych dla podmiotów leczniczych.

Niniejsza monografia została przygotowana w większości przez wykładowców i absolwentów Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia organizowanych przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie. Zawiera szereg propozycji, które mogą pomóc menedżerom ochrony zdrowia zmierzyć się przynajmniej z niektórymi z obecnych uwarunkowań ochrony zdrowia w Polsce. Wyzwania, o których mowa w monografii, zostały zidentyfikowane w trakcie zajęć i rozmów kularowych na studiach podyplomowych. Poszczególne rozdziały są więc niejako odpowiedzią na zapotrzebowanie kadry menedżerskiej na wiedzę w danym zakresie.

Niniejsza monografia nie obejmuje absolutnie wszystkich wyzwań, przed którymi współcześnie stoją menedżerowie ochrony zdrowia. Mam jednak nadzieję, że jej zawartość będzie choć trochę pomocna czytelnikom w zmaganiu się z trudną rzeczywistością i przygotowaniu na niepewną przyszłość.

Mirosław Jarosiński

OFICyna WYDAWNICZA SGH
SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl

