

# KONTROLA MENEDŻERSKA I JEJ WPŁYW NA WYNIKI SZPITALI PUBLICZNYCH

Roman Andrzej Lewandowski

---

---

---

# KONTROLA MENEDŻERSKA I JEJ WPŁYW NA WYNIKI SZPITALI PUBLICZNYCH

Ujęcie modelowe

Roman Andrzej Lewandowski

---

---

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo.pl**  
księgarnia internetowa

SERIA **MONOGRAFIE**

Monografia współfinansowana przez Narodowe Centrum Nauki  
w ramach projektu badawczego nr 2015/17/B/HS4/02747,  
pt. *Model, typologia i metody pomiaru systemów kontroli w publicznych szpitalach*

Stan prawny na 1 maja 2022 r.

Recenzent

Dr hab. Agata Austen, prof. UE

Prof. zw. dr hab. Elżbieta Skrzypek

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Ambroży

Opracowanie redakcyjne

Agnieszka Witczak

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

**prawolubni**

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

Szanujmy prawo i własność

Więcej na [www.legalnakultura.pl](http://www.legalnakultura.pl)

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2022

ISBN 978-83-8286-103-7

ISSN 1897-4392

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 728 313 462; e-mail: [PL-ksiazki@wolterskluwer.com](mailto:PL-ksiazki@wolterskluwer.com)

księgarnia internetowa [www.profinfo.pl](http://www.profinfo.pl)

Monografię tę dedykuję mojej żonie Danusi  
jako podziękowanie za jej miłość,  
cierpliwą i wytrwałą obecność przy mnie  
oraz nieustające wsparcie.

Jest Ona inspiracją mojego życia i mojej pracy.  
To dzięki mojej żonie mogę pracować długie godziny,  
nie tracąc domowego ogniska przez te wszystkie lata,  
które poświęciłem pracy w szpitalu,  
na uczelni oraz badaniom i publikacjom.

---

# SPIS TREŚCI

<b>Wykaz skrótów</b> .....	11
<b>Wprowadzenie</b> .....	13
<b>Rozdział 1</b>	
<b>Istota i natura szpitali publicznych i ich środowiska</b> .....	31
1.1. Charakterystyka szpitali publicznych .....	31
1.2. Profesja medyczna i biurokracja profesjonalna .....	44
1.3. Dotychczasowe działania na rzecz poprawy sprawności szpitali .....	56
<b>Rozdział 2</b>	
<b>Kontrola w naukach o zarządzaniu i jakości</b> .....	66
2.1. Geneza i definicje kontroli w literaturze przedmiotu .....	66
2.2. Kontrola menedżerska na poziomie operacyjnym i strategicznym .....	82
2.3. Koncepcja dźwigni kontroli .....	93
2.4. Dźwignie kontroli w szpitalach publicznych – ocena wyników dotychczasowych badań .....	103
2.5. Kontrola menedżerska z perspektywy instytucjonalnej .....	109
2.6. Definicja operacyjna kontroli menedżerskiej .....	117
<b>Rozdział 3</b>	
<b>Główne elementy modelu kontroli menedżerskiej</b> .....	119
3.1. System informacyjny w kontroli menedżerskiej .....	119
3.2. Wyniki funkcjonowania szpitali .....	135
3.3. Ocena i nagradzanie .....	141
3.4. Innowacje i innowacyjność w szpitalach .....	149
3.5. Zaufanie pomiędzy menedżerami a lekarzami .....	164
3.6. Niepewność środowiska .....	178

**Rozdział 4**

<b>Metodyka badań</b> .....	185
4.1. Metodyka badań mieszanych .....	185
4.2. Strategia badań jakościowych .....	188
4.3. Instrumenty pomiarowe zmiennych ukrytych .....	195
4.4. Dobór i charakterystyka próby w badaniach ilościowych .....	204
4.5. Uzasadnienie wyboru estymatora modelu ścieżkowego .....	214

**Rozdział 5****Wyniki badań jakościowych kontroli menedżerskiej w szpitalach**

<b>publicznych</b> .....	224
5.1. System informacyjny .....	224
5.2. Wyniki szpitala z perspektywy jego dyrektora – pomiar dokonań .....	232
5.3. Diagnostyczne wykorzystanie systemu informacyjnego .....	238
5.4. Nagradzanie pracowników .....	245
5.5. Interaktywne wykorzystanie systemu informacyjnego .....	251
5.6. Rola innowacyjności w kontroli menedżerskiej .....	258
5.7. Niepewność środowiska .....	267
5.8. Zaufanie dyrektorów do lekarzy .....	271
5.9. Logiki instytucjonalne i oddzielenie formalnych struktur od rzeczywistych praktyk .....	274
5.10. Konceptyjny model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych .....	282

**Rozdział 6****Modelowanie strukturalne kontroli menedżerskiej w szpitalach**

<b>publicznych</b> .....	285
6.1. Operacjonalizacja zmiennych .....	285
6.2. Walidacja modelu pomiarowego .....	317
6.3. Ocena modelu strukturalnego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych .....	330
6.4. Ocena zmodyfikowanego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych .....	335
6.5. Nieliniowe relacje pomiędzy konstruktami oraz heterogeniczność danych .....	353

**Rozdział 7**

<b>Omówienie wyników badań</b> .....	360
7.1. Omówienie wyników badań ilościowych w kontekście badań jakościowych oraz implikacje dla teorii i praktyki .....	360
7.2. Wnioski .....	378
7.3. Ograniczenia modelu i kierunki dalszych badań .....	385

---

<b>Zakończenie</b> .....	389
<b>Bibliografia</b> .....	393
<b>Załączniki</b> .....	435
<b>Spis tabel</b> .....	499
<b>Spis rysunków</b> .....	502

## WPROWADZENIE

Od lat problemy związane ze efektywnością ochrony zdrowia znajdują się na szczycie priorytetów rządów wielu krajów<sup>1</sup>. Wzrastające potrzeby starzejących się społeczeństw, wymogi dotyczące dostępu do wysokiej jakości usług medycznych i rozwój technologii medycznych powodują wzrost wydatków na opiekę zdrowotną i tym samym są istotnym czynnikiem postępującej presji na zwiększenie sprawności organizacji dostarczających usług medycznych<sup>2</sup>. Problematyka ta dotyczy w szczególności szpitali. W Unii Europejskiej szpitale pochłaniają średnio 36,3% z 1,3 bln euro (UE-27 w 2017 r.) wszystkich środków na ochronę zdrowia<sup>3</sup>. W Polsce wydatki na lecnictwo szpitalne w tym samym roku wyniosły 30,2% wszystkich wydatków na zdrowie<sup>4</sup>, a w latach pandemicznych 2020 i 2021 było to odpowiednio 54,0% i 53,4%<sup>5</sup>.

W Polsce ponad 90% łóżek znajduje się w szpitalach publicznych. Pozostałe łóżka są w szpitalach prywatnych, które przeciętnie są znacznie mniejsze od publicznych<sup>6</sup>, oraz w szpitalach dziennych, nazywanych też jednodniowymi<sup>7</sup>. Takie zróżnicowanie potencjału sprawia, że prywatne szpitale mają relatywnie niewielkie znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Dodatkowo prywatne szpitale nie świadczą pełnego asortymentu procedur medycznych, koncentrując się na tych

---

<sup>1</sup> *Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań*, red. M. Hass-Symotiuk, Szczecin 2011, s. 9.

<sup>2</sup> E. Cardinaels, N. Soderstrom, *Managing in a Complex World: Accounting and Governance Choices in Hospitals*, „European Accounting Review” 2013/22(4), s. 648; C.M.P. de Campos, L.L. Rodrigues, S.M.F. Jorge, *The role of management accounting systems in public hospitals and the construction of budgets: A literature review* [w:] *Public Health and Welfare: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*, Hershey, PA 2017, s. 290; *Koncepcja sprawozdawczości szpitali...*, red. M. Hass-Symotiuk, s. 9; N. Stadhouders, F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen, *Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review*, „Health Policy” 2019/123(1), s. 71, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.015>.

<sup>3</sup> W 2017 36,3% UE-27, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics#Healthcare\\_expenditure\\_by\\_provider](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure_by_provider) (dostęp: 15.02.2022 r.).

<sup>4</sup> K. Miszczyńska, E. Antczak, *Uwarunkowania zadłużenia szpitali w Polsce*, Łódź 2020, s. 29.

<sup>5</sup> Plan finansowy NFZ na 2020 i 2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 17.03.2022 r.).

<sup>6</sup> M. Sidor-Rządkowska, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2018/167, s. 127.

<sup>7</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku*, 2020, s. 50.



bardziej zyskownych<sup>8</sup>. Wydaje się zatem słuszne stwierdzenie, że głównym gwarantem zabezpieczenia zdrowotnego Polaków są szpitale publiczne, wśród których szczególne znaczenie należy przypisać podmiotom większym, mającym możliwości leczenia bardziej złożonych stanów chorobowych. Konstatacja ta prowadzi do wniosku, że przedmiotem badań naukowych mających na celu wskazanie teoretycznych i praktycznych możliwości poprawy sprawności świadczenia usług medycznych wysokiej jakości powinny być szpitale publiczne. Ważność tego spostrzeżenia potęguje fakt, że szpitale publiczne generują największe straty i stanowią bardzo poważny problem w obszarze finansów publicznych<sup>9</sup>.

Szpitale, podobnie jak cała opieka zdrowotna, są uznawane za organizacje, w których relatywnie często identyfikuje się takie zjawiska, jak marnotrawstwo, zbędne obciążenia administracyjne, błędy w realizacji procesów leczenia, a nawet oszustwa i nadużycia<sup>10</sup>. Te dysfunkcje mogą prowadzić do znacznych nadmiarowych wydatków na ochronę zdrowia, co wydaje się potwierdzać sytuacja w USA, gdzie, jak oszacowano, jest to około 20% wszystkich wydatków na zdrowie<sup>11</sup>. Podobnie w Polsce funkcjonowanie ochrony zdrowia jest oceniane jako dalekie od zadowalającego<sup>12</sup>, chociaż dokładne dane na temat rozmiaru tych niepożądanych zjawisk nie są dostępne. Należy też zaznaczyć, że wiele państw od lat wprowadza reformy mające na celu poprawę sprawności ochrony zdrowia, jednakże do tej pory, pomimo znacznej wagi tego problemu, nie znaleziono przekonujących dowodów na to, aby zastosowane rozwiązania poprawiły sprawność opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie<sup>13</sup>.

W obliczu niskiej skuteczności dotychczasowych reform systemów ochrony zdrowia i działań służących likwidacji dysfunkcji obserwowanych w szpitalach jako kluczowy obszar wymagający poprawy sprawności świadczenia usług medycznych przez szpitale jawi się właściwe wykorzystanie kontroli menedżerskiej (*manage-*

---

<sup>8</sup> P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2017, s. 46.

<sup>9</sup> K. Miszczyńska, E. Antczak, *Uwarunkowania...*, s. 64; M. Sidor-Rządkowska, *Zarządzanie...*, s. 128.

<sup>10</sup> J. Moryś, *List otwarty Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego do Przewodniczącego Rady Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia*, Rynek Zdrowia, 2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Pliki/118594.html> (dostęp: 27.02.2022 r.); M.A. Covaleski, M.W. Dirsmith, J.E. Michelman, *An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations*, „Accounting, Organizations and Society” 1993/18(1), s. 74, [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)90025-2](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)90025-2); S. Samuel, M.W. Dirsmith, B. McElroy, *Monetized medicine: From the physical to the fiscal*, „Accounting, Organizations and Society” 2005/30(3), s. 250; C. Schwierz, *Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union*, European Commission, „Discussion Paper” 2016/037; N. Stadhouders, F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen, *Effective...*, s. 71.

<sup>11</sup> D.M. Berwick, A.D. Hackbarth, *Eliminating waste in US health care*, „Jama” 2012/307(14), s. 1513.

<sup>12</sup> K. Miszczyńska, E. Antczak, *Uwarunkowania...*, s. 50.

<sup>13</sup> C. Schwierz, *Cost-Containment...*; N. Stadhouders, F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen, *Effective...*, s. 71.

## Rozdział 1

# ISTOTA I NATURA SZPITALI PUBLICZNYCH I ICH ŚRODOWISKA

### 1.1. Charakterystyka szpitali publicznych

Dorobek naukowy w zakresie kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych jest relatywnie nieduży, zatem podstawową bazą rozważań teoretycznych, służących kreowaniu i adaptacji nowych rozwiązań w szpitalach, może być zasób wiedzy odnoszący się do innych organizacji. Jest to zgodne z podejściem, które mówi, że podstawowe procesy zarządzania organizacjami publicznymi nie odbiegają zasadniczo od logiki ogólnego zarządzania, szczególnie silnie rozpoznanego w sektorze komercyjnym, chociaż wymaga to krytycznego podejścia i uwzględnienia ich specyfiki<sup>1</sup>. Zarządzanie w sektorze publicznym, a w szczególności zarządzanie organizacjami opieki zdrowotnej, jest postrzegane jako bardziej skomplikowane niż zarządzanie w sektorze prywatnym i zdaniem wielu badaczy złożoność zarządzania w opiece zdrowotnej nieustannie się zwiększa<sup>2</sup>. Ponad dwie dekady temu H. Mintzberg stwierdził: „Od dawna podejrzewałem, że nawet najbardziej skomplikowana korporacja musi być niemal dziecinna w porównaniu z zarządzaniem prawie każdym szpitalem”<sup>3</sup>. Na tę wyjątkową złożoność zarządzania szpitalami wpływa połączenie szeregu już samych w sobie problematycznych elementów:

- przynależności szpitali do jednostek wyższej użyteczności publicznej;
- wielorakości i często występującej sprzeczności celów narzuconych szpitalom przez interesariuszy, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych;

---

<sup>1</sup> A. Frączkiewicz-Wronka, *Nowoczesna koncepcja świadczenia usług publicznych. Zmiana w kierunku nowego zarządzania publicznego* [w:] *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Katowice 2010, s. 42.

<sup>2</sup> J. Firth-Cozens, D. Mowbray, *Leadership and the quality of care*, „BMJ Quality & Safety” 2001/10(suppl 2), s. ii3–ii7; D.B. Nash, *Doctors and managers: Mind the gap*, „BMJ” 2003/326(7390), s. 652–653; R. Smith, *Why are doctors so unhappy?*, BMJ 2001/322(7294), s. 1073–1074; J.D. Waldman, K.H. Cohn, *Mending the gap between physicians and hospital executives* [w:] *Business of healthcare*, ed. by K.H. Cohn, D.E. Hough, Westport, Conn. 2008, s. 33.

<sup>3</sup> H. Mintzberg, *Toward Healthier Hospitals*, „Health Care Management Review” 1997/22(4), s. 14. Tłumaczenie własne.

- istotności upolitycznienia środowiska;
- unikalnego charakteru usług medycznych;
- specyfiki rynku ochrony zdrowia charakteryzującego się oddzieleniem konsumenta usług od płatnika;
- złożoności podstawowych procesów operacyjnych;
- zdominowania kontroli podstawowych procesów operacyjnych przez profesjonalistów medycznych.

Szpital publiczny jako jednostka wyższej użyteczności publicznej należąca do sektora finansów publicznych podlega innym oddziaływaniom niż organizacja komercyjna. Szpital bowiem nie ma możliwości decydowania o wszystkich celach, które musi realizować. Część z nich jest narzucana z zewnątrz i cele te wymagają odmiennego niż w przedsiębiorstwach zarządzania procesami<sup>4</sup>. Szpital nie podlega tylko uwarunkowaniom ekonomicznym, ale istotną rolę odgrywają także czynniki społeczne i polityczne, i w tym kontekście powinien być oceniany – raczej w wymiarze społecznym niż ekonomicznym<sup>5</sup>.

Czynnikami zwiększającymi złożoność i trudność zarządzania szpitalami są także mniej przejrzyste rezultaty transakcji, bardziej rozproszone kierowanie i kontrola oraz niejasne sygnały płynące z otoczenia<sup>6</sup>. Ponadto kierownictwo szpitali zazwyczaj ma mniejszą kontrolę nad podstawowymi funkcjami biznesowymi (np. ustalanie cen, kształtowanie oferty i sposobu dostarczania usług itp.) niż jego odpowiednicy w przedsiębiorstwach. Generuje to wiele problemów, w tym związanych z brakiem możliwości podjęcia odpowiednich działań (np. odesłanie chorych, podniesienie cen, zamknięcie nierentownej działalności itp.) służących zwiększeniu sprawności działania szpitala<sup>7</sup>. Jednocześnie ciągły rozwój wiedzy, innowacje technologiczne, w tym nowe leki dające ulepszone możliwości leczenia chorób, wymagają także bardziej rozbudowanych, multidyscyplinarnych zespołów medycznych i technicznego wsparcia, generując wciąż nowe koszty leczenia<sup>8</sup>. Ograniczenie dostępu do nowych metod

<sup>4</sup> B. Koźuch, *Zarządzanie publiczne w zarysie*, Białystok 2003, s. 53–54.

<sup>5</sup> K. Miszczyńska, E. Antczak, *Uwarunkowania...*, s. 36; A.P. Wiatrak, *Sektor publiczny – istota, zakres i zarządzanie*, „Problemy Zarządzania” 2005/4(10), s. 7–8.

<sup>6</sup> A. Durán, H.F. Dubois, R.B. Saltman, *The evolving role of hospitals and recent concepts of public sector governance* [w:] *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, ed. by R.B. Saltman, A. Durán, H.F. Dubois, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 27; R. Hodges, M. Wright, K. Keasey, *Corporate governance in the public services: Concepts and issues*, „Public Money & Management” 1996/16(2), s. 7–13; L.E. Lynn Jr, C.J. Heinrich, C.J. Hill, *Studying governance and public management: Challenges and prospects*, „Journal of Public Administration Research and Theory” 2000/10(2), s. 233–262.

<sup>7</sup> Por. M.J. Pizzini, *The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: An empirical study of US hospitals*, „Accounting, Organizations and Society” 2006/31(2), s. 184, <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.11.001>.

<sup>8</sup> T. Bodenheimer, *High and Rising Health Care Costs, Part 2, Technologic Innovation*, „Annals of Internal Medicine” 2005/142(11), s. 932, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-11-200506070-00012>;

leczenia w celu zatrzymania wzrostu kosztów jest w praktyce niemożliwe, co wynika między innymi z tego, że wiedza o postępie w medycynie jest powszechnie osiągalna i społeczeństwa domagają się dostępu do leczenia opartego na najnowszej wiedzy medycznej. Z drugiej strony te same społeczeństwa protestują przeciwko wzrostowi składki na ochronę zdrowia. Ponadto decyzję o stosowaniu określonych technologii medycznych podejmują autonomicznie profesjonaliści medyczni<sup>9</sup> – głównie lekarze, którzy mają obowiązek stosować aktualne technologie medyczne.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa za dostępność do usług medycznych odpowiada państwo, wykorzystując do tego odpowiednio zorganizowaną sieć świadczeniodawców umiejscowionych na różnych poziomach opieki zdrowotnej: podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie stacjonarne w szpitalach. W tym systemie dostępna jest również prywatna ochrona zdrowia, ale jak pokazuje praktyka, gdy zawodzi dostęp do POZ, AOS i prywatnej medycyny, pacjenci poszukują pomocy w szpitalnych izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych publicznych placówek, ponieważ szpital publiczny posiadający kontrakt z NFZ nie ma prawa odmówić pacjentowi świadczeń, bez względu na wysokość tego kontraktu oraz na swoją sytuację finansową.

Kolejnym elementem wpływającym na funkcjonowanie szpitali jest unikalny charakter usług świadczonych przez te organizacje. Usługi medyczne – w odróżnieniu od innych rodzajów usług publicznych i prywatnych – mają swoją specyfikę polegającą na tym, że:

- normowanie i pomiar wyników pracy jest trudniejszy;
- praca jest bardziej zróżnicowana i kompleksowa;
- większość prac ma charakter natychmiastowy i nie daje się odłożyć na później;
- praca pozwala na niewielką niejednoznaczność lub błąd;
- czynności w pracy są wysoce niezależne od siebie i wymagają dużego stopnia koordynacji między różnymi grupami specjalistów;
- praca wymaga niezwykle wysokiego stopnia specjalizacji;
- członkowie organizacji są wysoce wyspecjalizowani i są bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji;
- lekarze, tj. grupa najbardziej odpowiedzialna za generowanie usług i wydatków, są mało skutecznie kontrolowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym;

---

H. Mintzberg, *Managing the myths of health care*, „World Hospitals and Health Services” 2012/48(3), s. 4; C.B. Rye, J.R. Kimberly, *The Adoption of Innovations by Provider Organizations in Health Care*, „Medical Care Research and Review” 2007/64(3), s. 236, <https://doi.org/10.1177/1077558707299865>.

<sup>9</sup> Zgodnie z art. 4 ustawy 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.): „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Natomiast art. 6 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.) brzmi: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”.

- występuje duża swoboda w doborze metod i środków leczenia;
- nie zawsze dochodzi to pełnego wyleczenia pacjenta i wtedy nie ma możliwości określenia, czy uzyskany rezultat był optymalny, mając na uwadze aktualny poziom wiedzy medycznej, stopień zaawansowania choroby oraz stan fizyczny i psychiczny pacjenta;
- gdy dojdzie do pełnego wyleczenia, nie jest też możliwe określenie poziomu efektywności ekonomicznej zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i świadczeniodawcy;
- występuje duża dysproporcja wiedzy pomiędzy profesjonalistami medycznymi a pacjentami;
- kontakt lekarza, psychologa i innych profesjonalistów medycznych z pacjentem jest w dużym stopniu okryty tajemnicą zawodową, co ogranicza możliwości bieżącej weryfikacji jakości tych świadczeń<sup>10</sup>.

Należy przy tym zaznaczyć, że każda pojedynczo rozpatrywana cecha może charakteryzować również inną organizację niż szpital. Bez wątpliwości natychmiastowością działań charakteryzuje się straż pożarna i policja. Wysoka specjalizacja występuje w firmach świadczących usługi z zakresu zaawansowanych technologii. Mały margines błędu występuje w usługach lotniczych. Jednakże tylko w usługach medycznych wszystkie wymienione czynniki oddziałują jednocześnie, co znacząco utrudnia świadczenie usług przez szpitale.

Specyfika procesów podejmowanych w szpitalach jest warunkowana również następującymi charakterystykami:

- obowiązkiem utrzymania stałej gotowości do udzielania pomocy pacjentom przez 7 dni w tygodniu i 24 godziny na dobę, pomimo że w wielu sytuacjach koszty tej gotowości nie są finansowane (państwowa straż pożarna nie jest finansowana na podstawie liczby pożarów w danym miesiącu, a szpital jest opłacany za liczbę porodów, na które nie ma wpływu);
- brakiem możliwości kształtowania przez szpitale publiczne polityki cenowej i uzależnienia ceny od jakości usługi, a także niemożnością wyboru docelowego rynku – szpital musi leczyć wszystkich pacjentów, których schorzenia odpowiadają jego profilowi medycznemu;
- tym, że większość personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych stanowią profesjonaliści medyczni (m.in.: lekarze, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni), którzy posiadają specjalny status prawny chroniący ich na rynku pracy poprzez system licencji, nazywanych prawem wykonywania zawodu, nadawanym przez korporację zawodową;

---

<sup>10</sup> S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Teoria organizacji i zarządzanie usługami zdrowotnymi* [w:] *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, ed. by S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, przeł. B. Matuszyńska, W. Warmiński, H. Zwolski, Kraków 2001, s. 26; J. Stępniewski, *Funkcja produkcji usług w szpitalu* [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 2, red. T. Wawak, Kraków 2010, s. 383–387.

- ograniczeniem dostępu do informacji dotyczącej przebiegu procesu pracy (tajemnica lekarska) dla menedżerów i innych osób spoza profesji medycznej;
- potrzebą godzenia wyższych, abstrakcyjnych celów społecznych (np. „bezpieczeństwo życia”) i celów indywidualnych (np. „zdrowie bez względu na koszty”) z realnymi ograniczeniami ekonomicznymi<sup>11</sup>.

Wskazane charakterystyki są przyczyną relatywnie istotnego ograniczenia możliwości kontroli podległego personelu, w warunkach, gdy nawet do 80% zasobów szpitala jest pod kontrolą lekarzy mających szeroką autonomię w zakresie decyzji diagnostycznych i terapeutycznych<sup>12</sup>. Innymi słowy, menedżerowie nie mają wpływu na to, jaką diagnostykę i terapię zlecają pacjentom lekarze, a właśnie te zlecenia tworzą koszty usług medycznych.

Na rynku usług szpitalnych koszty udzielania świadczeń medycznych nie są finansowane bezpośrednio przez samych pacjentów, a przez zewnętrzną instytucję finansującą, tak zwaną „trzecią stronę”. O ile bowiem w opiece ambulatoryjnej, szczególnie specjalistycznej, część pacjentów płaci z własnej kieszeni za otrzymywane świadczenia zdrowotne, o tyle w przypadku szpitali, z uwagi na dużo wyższe koszty jednostkowe usług, jest to rzadko spotykane. Przyjęte w Polsce rozwiązanie ustanowiło instytucją finansującą Narodowy Fundusz Zdrowia, przy czym należy zwrócić uwagę na fakt, że taki system finansowania przeobraża naturę wymiany ekonomicznej, zmieniając drogi przepływu pieniądza oraz utrudniając możliwość zdefiniowania klienta placówek medycznych. Trudność wynika z pytania: czy jest nim ten, który płaci, czy ten, kto z tych usług korzysta? Takie oddzielenie funkcji płatnika od konsumenta należy również uznać za jedną z głównych specyficznych cech rynku usług medycznych, w standardowym bowiem modelu rynku grupa konsumentów decyduje o popycie na usługi o określonych cechach, a grupa firm jest mobilizowana tym popytem do inwestowania i kreowania podaży. Na rynku usług szpitalnych natomiast pacjenci korzystają z opieki, ale bezpośrednio za nią nie płacą, a firmy ubezpieczeniowe i instytucje rządowe, które ani nie konsumują usług, ani ich nie świadczą, finansują działanie szpitali, rozkładając ryzyko pomiędzy obywateli. Zatem to właśnie płatnicy za usługi medyczne (w Polsce NFZ) oraz parlament, rząd i instytucje rządowe kształtują warunki brzegowe wejścia do systemu dla prywatnych i publicznych świadczeniodawców. Innymi słowy, to nie pacjenci, a instytucje publiczne, decydują o tym, który świadczeniodawca otrzyma pieniądze za (raczej „na”, biorąc pod uwagę uprzednie kontraktowanie usług) ich leczenie. W tym układzie świadczeniobiorcy nie mają również tak dużego wpływu na działanie szpitali w zakresie jakości opieki, jak klienci

<sup>11</sup> *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, red. M. Hass-Symotiuik, Warszawa 2011, s. 15.

<sup>12</sup> B. Doolin, *Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians*, „Organization Studies” 2002/23(3), s. 370, <https://doi.org/10.1177/0170840602233003>; J.B. Goes, C. Zhan, *The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance*, „Health Services Research” 1995/30(4), s. 508.

Książka kompleksowo prezentuje zagadnienia związane z kontrolą menedżerską w szpitalach publicznych. Wdrożenie wskazanych w opracowaniu rozwiązań pomoże szpitalom poprawić uzyskiwane wyniki, w tym jakość i efektywność dostarczanych usług medycznych, a co za tym idzie – zapewnić lepszą opiekę zdrowotną pacjentom.

Publikacja jest rezultatem wieloletnich badań w polskich i zagranicznych szpitalach. Autor przyjął założenie, że powodzenie całego procesu kontroli opiera się w znacznym zakresie na dyrektorze i jego prawidłowej interakcji z menedżerami średniego szczebla, czyli kierownikami (ordynatorami) oddziałów szpitalnych i innych działów medycznych oraz profesjonalistami medycznymi.

Szczegółowo omówiono koncepcję kontroli i związane z nią teorie, uwzględniając cechy rynku ochrony zdrowia, usług medycznych i szpitali jako organizacji publicznych. Przeanalizowano również główne elementy kontroli menedżerskiej i ich wzajemne relacje oraz ich związki z wynikami – w tym finansowymi – szpitali publicznych.

Publikacja jest przeznaczona zarówno dla menedżerów ochrony zdrowia, jak i dla pracowników naukowych oraz studentów kierunków związanych z zarządzaniem w placówkach medycznych.

**Roman Andrzej Lewandowski** – doktor nauk technicznych; dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce; adiunkt w Instytucie Nauk o Zarządzaniu i Jakości na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; autor ponad 60 publikacji z zakresu zarządzania organizacjami ochrony zdrowia, w szczególności systemów kontroli zarządczej i menedżerskiej, a także opracowań związanych z jakością i kosztami w ochronie zdrowia.



9 788382 861037 W01P01

ISSN 1897-4392  
ISBN 978-83-8286-103-7



9 788382 861037

**ZAMÓWIENIA:**

INFOLINIA: 801 04 45 45

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL

Kup e-book i czytaj  
w aplikacji Smarteca

