

Piotr Lenik

# Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych

Teoria i praktyka



Wolters Kluwer

Piotr Lenik

# Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych

Teoria i praktyka

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo.pl**  
księgarnia internetowa

Recenzent  
*Prof. dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka*

Wydawca  
*Izabella Małecka*

Redaktor prowadzący  
*Joanna Maź*

Opracowanie redakcyjne  
*Katarzyna Rojek*

Łamanie  
*Wolters Kluwer*

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.

prawolubni

**SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ**  
Więcej na [www.legalnakultura.pl](http://www.legalnakultura.pl)  
**POLSKA IZBA KSIĄŻKI**

© Copyright by  
Wolters Kluwer SA, 2017

978-83-8092-921-0

Dział Praw Autorskich  
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33  
tel. 22 535 82 19  
e-mail: [ksiazki@wolterskluwer.pl](mailto:ksiazki@wolterskluwer.pl)

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

# SPIS TREŚCI

<b>Wykaz skrótów</b> .....	7
<b>Wstęp</b> .....	9
<b>Rozdział 1</b>	
<b>Specyfika zarządzania zmianą w publicznych zakładach opieki zdrowotnej</b> ..	21
1.1. Teoria kostki lodu a przeprowadzanie zmian w organizacjach oziębłych .....	21
1.2. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako organizacje oziębłe .....	29
1.3. Bariery funkcjonowania szpitali publicznych w Polsce w kontekście uwarunkowań systemu opieki zdrowotnej .....	37
1.4. Istota zmian i oporu przed nimi w organizacjach oziębłych .....	48
1.5. Oddziaływanie otoczenia na zmiany organizacyjne .....	56
1.6. Specyfika interesariatu szpitali publicznych .....	62
1.7. Pracownicy szpitalnych wielospecjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej .....	71
<b>Rozdział 2</b>	
<b>Uwarunkowania zarządzania kapitałem ludzkim</b>	
<b>– wymiar teoretyczny</b> .....	80
2.1. Ludzie jako podstawowy składnik kapitału organizacyjnego .....	80
2.2. Ewolucja zarządzania kapitałem ludzkim – perspektywa historyczna .....	86
2.3. Ilościowa i jakościowa wartość kapitału ludzkiego .....	93
2.4. Metody wymiarowania kapitału ludzkiego .....	97
2.5. Inklinacje wynagradzania pracowników .....	105
2.6. Motywacyjne oddziaływania na kapitał ludzki .....	114
2.7. Determinanty zachowań pracowniczych – przegląd koncepcji teoretycznych .....	121

**Rozdział 3****Wybrane implementacje stymulujące kapitał ludzki w kontekście wdrażania**

<b>zmian w szpitalach publicznych</b> .....	136
3.1. Rozwój koncepcji Total Quality Management w ochronie zdrowia .....	136
3.2. Badanie poziomu zaangażowania pracowników szpitala .....	144
3.3. Możliwości zastosowania w szpitalnictwie elementów zarządzania przez cele .....	159
3.4. Karta kontrolna jako narzędzie wspomagające ograniczanie nadwykonań w działalności szpitalnej .....	172
3.5. Wartościowanie pracy i reorganizacja systemu wynagradzania w zakładach opieki zdrowotnej .....	184
3.6. Business Intelligence jako element wspomagający zarządzanie zmianami .....	192
3.7. Inne wybrane implementacje stymulujące zmiany w szpitalach publicznych .....	197

**Rozdział 4****Podsumowanie. Ocena efektywności wdrażanych zmian**

<b>(studium przypadku)</b> .....	207
----------------------------------	-----

<b>Załącznik</b> .....	219
------------------------	-----

<b>Bibliografia</b> .....	243
---------------------------	-----

# WYKAZ SKRÓTÓW

## **Akty prawne**

- u.d.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.)

## **Nazwy własne**

- BI – Business Intelligence  
JST – jednostki samorządu terytorialnego  
MBO – Management by Objectives  
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia  
SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy  
TQM – Total Quality Management  
ZOZ – zakład opieki zdrowotnej



## WSTĘP

Funkcjonujący w Polsce system ochrony zdrowia od lat wzbudza wiele dyskusji, zarówno na polu naukowym, jak i w debacie publicznej. Od początku transformacji gospodarczej (i ustrojowej) przechodził on różne modyfikacje. Powstawały w tym czasie mniej lub bardziej śmiałe koncepcje, a także podejmowane były reformy lub próby reform, które w perspektywie czasu i praktyki bieżącego funkcjonowania podmiotów świadczących usługi medyczne trudno uznać za kompleksowe, a przy tym w pełni efektywne. Wydaje się, że problematyka ta jest na tyle złożona, iż nie ma tutaj prostych i jednoznacznych rozstrzygnięć. Nachodzące na siebie interesy beneficjentów systemu – w obszarze ekonomicznym, społecznym czy politycznym – powodują, że w ochronie zdrowia trudno jest dokonywać zmian, które można by nazwać rewolucyjnymi. Oczekiwanie pacjentów, ale i pracowników zatrudnionych w podmiotach opieki zdrowotnej są w wielu obszarach rozbieżne z możliwościami finansowymi stwarzanymi przez państwo. Tymczasem sektor ten jest wyjątkowo wrażliwy, dotyczy bowiem sfery zdrowia i życia ludzkiego – dla dużej części społeczeństwa wartości najważniejszych.

Warunki finansowe, w których od lat funkcjonują podmioty ochrony zdrowia, a przede wszystkim największe z nich – szpitale publiczne, sprawiają, że wzrastające oczekiwania pacjentów (wynikające m.in. z porównań do standardów publicznej ochrony zdrowia w bogatszych państwach europejskich) oraz w wielu wypadkach brak możliwości ich zaspokojenia determinują negatywne opinie. Zwłaszcza wspomniane szpitale są szczególnie narażone na nieprzychylny odbiór. To tam bowiem występuje największa kumulacja różnorodnych przypadków, które niejednokrotnie nie sposób ująć w tzw. jednolite grupy pacjentów. To tam mogą występować wielomiesięczne czy nawet wieloletnie kolejki do zabiegów lub na wizyty w poradniach specjalistycznych, a warunki socjalne panujące w szpitalnictwie w wielu wypadkach pozostają na mało satysfakcjonującym poziomie. Jednocześnie to właśnie szpitale zatrudniają największą liczbę pracowników, w tym z grup tzw. deficytowych zawodów, funkcjonujących w realiach rynku pracy pracobiorcy. Z tego też względu wzrasta ryzyko niesatysfakcjonującej jakości obsługi pacjenta oraz negatywnych ocen *ex post*, a nawet *ex ante*.

W ostatnim okresie obserwuje się (kolejny raz) problem pogłębiających się trudności finansowych dużej części podmiotów ochrony zdrowia. Wynika to m.in. z nieefek-



tywnego w przeszłości systemu finansowania tych jednostek, postępującego przez lata procesu ich zadłużania, obecnego skomplikowanego, mało czytelnego i nie do końca spełniającego oczekiwania systemu finansowania przez NFZ, niedoszacowania wielu procedur medycznych, jak również mało efektywnego funkcjonowania samych podmiotów, w tym pod względem ekonomicznym i organizacyjnym.

Wśród wielu koncepcji w zakresie poprawy dotychczasowej sytuacji w ochronie zdrowia pojawiały się m.in. poglądy, że remedium może być szeroko przeprowadzona prywatyzacja. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że aktywność prywatnego kapitału wyłania się w obszarach rentownych procedur medycznych. Pozostałe, w tym wysoce nieopłacalne procedury (które dominują w wycenach NFZ), wykonywane są przez podmioty publiczne. Obserwuje się więc z jednej strony realizowanie przez podmioty niepubliczne dochodowych procedur medycznych, a jednocześnie pogłębiającą się „przewagę” obsługiwanych przez podmioty publiczne procedur nierentownych. Tym samym system ochrony zdrowia od lat ewoluuje w kierunku modelu dwóch biegunów – na jednym znajdują się dofinansowane, mogące sobie pozwolić na rozwój i inwestycje oraz wysokie standardy obsługi pacjenta podmioty prywatne, a na drugim niedofinansowane, mające problem z płynnością finansową, zadłużane przez lata podmioty publiczne.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że nowo powstające podmioty prywatne są ukierunkowane na rekrutację z rynku specjalistów, którzy nie tylko posiadają najwyższe kwalifikacje formalne, ale również wykazują się empatycznym podejściem do pacjenta i troską o jakość obsługi jako takiej. Tymczasem podmioty publiczne – które tkwią korzeniami w poprzednim systemie i w których przez długie lata wytwarzała się specyficzna kultura organizacyjna (ze wszystkimi jej konsekwencjami, m.in. w obszarze nieelastycznych systemów zarządzania kapitałem ludzkimi i niekiedy mało podmiotowego podejścia do pacjentów ze strony części pracowników) – dysponują co prawda możliwością dokonywania przebudowy, ale niejako na starych fundamentach. Z oczywistych względów, w tym społecznych, menedżerowie nie mają szans na przeprowadzanie w tego typu podmiotach rewolucyjnych zmian, w szczególności w obszarze kapitału ludzkiego. W konsekwencji nierzadko nie następują oczekiwane pozytywne zmiany lub przebiegają one za wolno (również na skutek częstej rotacji na stanowiskach kierowniczych w podmiotach leczniczych, presji pracowników na rzecz utrzymania status quo organizacji itd.). Dlatego też wydaje się, że skuteczną drogą może być tutaj ewolucyjne modelowanie zmian w kierunku zwiększania zaangażowania pracowników, pozytywnej motywacji, promowania pro-jakościowego podejścia do pacjenta i efektywniejszego gospodarowania dostępnymi środkami.

Oczywiste jest, że każda organizacja dysponuje określonymi zasobami: finansowymi, rzeczowymi, ludzkimi czy też informacyjnymi. I trudno dywagować nad tym, który z potencjałów jest istotniejszy, podobnie jak w przypadku problemu, który z ludzkich

zmysłów można by uznać za priorytetowy. Wszystkie zasoby są niezmiernie istotne w zarządzaniu i bez któregośkolwiek z nich funkcjonowanie organizacji byłoby albo bardzo utrudnione, rachityczne, albo wprost całkowicie niemożliwe. Niemniej zasoby ludzkie są tym kapitałem, który spaja pozostałe i decyduje o efektywności ich wykorzystywania, a w konsekwencji – działania organizacji jako całości. Ludzie bowiem to nie tylko jeden z zasobów organizacyjnych. Są oni niejako dysponentami wszystkich innych zasobów. Użytkują je, przekształcają, wzmacniają lub osłabiają ich potencjał. Umiejętności, zdolności i postawy ludzi decydują o tym, jak w efektywny sposób wykorzystywane są pozostałe kapitały. To ludzie (pracownicy) wpływają również na odbiór określonego podmiotu przez poszczególnych interesariuszy.

Z punktu widzenia konkretnego zakładu opieki zdrowotnej jego renoma nie zależy więc wyłącznie od realizowanych procedur medycznych, nowoczesnego sprzętu, wyposażenia, wielkości, dostępności, formy własności czy majątku, ale w głównej mierze od ludzi, tj. lekarzy, pielęgniarek i położnych, pozostałych pracowników medycznych oraz tzw. pracowników działalności pomocniczej. Na nic się zdadzą nawet najlepszy sprzęt i najbardziej komfortowe wnętrza bez właściwej wiedzy i umiejętności personelu, jego należytych postaw, motywacji, zaangażowania, empatii wobec pacjenta, podejścia do niego w relacjach klient–usługodawca czy wreszcie bez racjonalnego gospodarowania ograniczonymi środkami finansowymi.

Wydaje się, że postawa kadry może w wymierny sposób wpływać na sytuację ekonomiczną podmiotu (pomijając niezmiernie ważną kwestię reputacji), ale i odwrotnie – kondycja finansowa podmiotów ma niebagatelny wpływ na ludzkie zachowania. Te relacje, chociaż obecne, niezmiernie trudno jednak skwantyfikować.

Problematyka kultury organizacyjnej w rodzimych szpitalach, barier związanych z pożądanymi zmianami oraz kulturowego oporu wobec nich staje się współcześnie coraz częściej przedmiotem dyskusji na wielu różnych płaszczyznach, jak również tematem badań naukowych. Świadczyć o tym mogą choćby prace polskich naukowców związanych z wydziałami i katedrami zarządzania, w tym m.in. Uniwersytetu Jagiellońskiego (np. realizowany w latach 2011–2012 w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki projekt *Barierzy zmian organizacyjnych w kulturze polskich szpitali*, prace prof. B. Kożuch czy prof. Ł. Sułkowskiego) albo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach (np. prace naukowe prof. A. Frączkiewicz-Wronki oraz jej zespołu). Problem wydaje się więc bardzo aktualny, a jednocześnie bardzo złożony, wymagający spojrzenia z wielu różnych perspektyw, w tym menedżerskiej.

Zasoby ludzkie, według teorii kapitału ludzkiego, stanowią najważniejszy zasób organizacyjny, ale jednocześnie najtrudniejszy w zarządzaniu, najmniej przewidywalny. Zdaniem P. Druckera, jednego z najwybitniejszych autorytetów współczesnego zarządzania, od menedżera wymaga się, aby był skuteczny. To od jego skuteczności zależy, czy wydobędzie on i uczyni efektywnymi potencjalne siły tkwiące

w zasobach organizacji (a przede wszystkim właśnie w zasobach ludzkich), a także czy zneutralizuje ewentualne ich słabości. Menedżer może tego dokonać poprzez uwzględnienie pięciu podstawowych operacji, do których zalicza się: wyznaczanie celów, organizowanie, motywowanie, komunikowanie się z pracownikami, ocenę efektywności wdrażanych rozwiązań oraz rozwój podległych mu kadr<sup>1</sup>. Według Druckera skuteczność jest nawykiem, układem praktyk i ćwiczeń, których można się nauczyć<sup>2</sup>. Dlatego umiejętność doskonalenia w obszarze efektywnego oddziaływania na zasoby ludzkie staje się jednym z kluczowych czynników sukcesu w szeroko rozumianym zarządzaniu, a zarazem niemałym wyzwaniem, w szczególności jeżeli chodzi o tzw. organizacje oziębłe, w których kulturach dominują elementy swoistej skostniałości. Chodzi tutaj m.in. o podmioty wyrastające ze specyficznych uwarunkowań, obciążone konotacjami czasów gospodarki centralnie planowanej, które do tychczas nie dostosowały się w pełni do współczesnych wymagań rynkowych, w tym w obszarze podmiotowego podejścia do klienta oraz efektywnego gospodarowania ograniczonymi zasobami. Do tego typu organizacji należy sporo podmiotów publicznej ochrony zdrowia.

W niniejszej monografii mianem oziębłych określono podmioty, których specyfika z wielu powodów nie pozwala na przeprowadzanie skutecznych zmian w sposób rewolucyjny. Są to organizacje opierające się zmianom, konserwatywne, nastawione na utrzymanie status quo, z negatywnie ukształtowaną i mało wrażliwą na otoczenie kulturą organizacyjną. Do tzw. podmiotów oziębłych zaliczono jednostki publicznej ochrony zdrowia, w tym największe z nich – szpitale. Zarządzanie ich kapitałem ludzkim uznaje się za jedno z najważniejszych, ale i najtrudniejszych wyzwań stojących przed menedżerami. Realia otoczenia, często mała otwartość kadry na innowacje organizacyjne, niekonsekwencja i zmienność zachowań poszczególnych interesariuszy, a także niedoskonałość systemu, w którym funkcjonują szpitale publiczne, nie pozwalają na zmiany zdecydowane i szybkie. Tego typu zamiary obciążone są dużym ryzykiem niepowodzenia czy wręcz porażki menedżera. Zarazem silny, w tym negatywny, wpływ interesariuszy na podmioty publiczne hamuje lub spowalnia proces zmian mogących poprawić sytuację finansową, ale także opinie na temat publicznej ochrony zdrowia. Co prawda ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia z 2011 r. uwypukliła konieczność poprawy wyników finansowych zadłużonych podmiotów pod rygorem komercjalizacji (zapisy nowelizacji z dnia 10 czerwca 2016 r. wyeliminowały taką możliwość, pozostawiając natomiast opcję likwidacji) lub pokrywania przez organy tworzące strat podległych jednostek. Obowiązkiem tym obciążono organy właścicielskie oraz menedżerów zarządzających podmiotami leczniczymi od nich zależnymi, co w teorii powinno dawać pozytywny bodziec do wymuszania zmian w organizacjach, w których nie przeprowadzono dotąd skutecznej restrukturyzacji. Praktyka dowodzi jednak, że

<sup>1</sup> P. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Kraków 1994, s. 365–370.

<sup>2</sup> P. Drucker, *Myśli przewodnie Petera Druckera*, Warszawa 2000, s. 308.

w wielu wypadkach organy prowadzące wybierają przeważnie opcję pokrywania ujemnych wyników finansowych w miejsce inicjowania, wspierania czy nawet wymuszania pożądaných zmian – w szczególności w sferze uelastycznienia systemów zarządzania kapitałem ludzkim, wdrażania proefektywnych systemów wynagradzania i motywowania kadry, efektywniejszego gospodarowania zasobami itd. Ujemne wyniki finansowe poszczególnych podmiotów, wbrew intencji aktualnie obowiązujących zapisów ustawy, nie stanowią więc w dalszym ciągu o przetrwaniu podmiotów wymagających pokrywania przez organy założycielskie poniesionych strat. Często w decyzjach tych organów – wobec ryzyka wystąpienia niepokojów społecznych zogniskowanych wokół restrukturyzowanego podmiotu oraz chęci zachowania szeroko rozumianego spokoju – zwyciężają chłodna kalkulacja polityczna i pragmatyzm. W związku z tym w praktyce dominują decyzje o pokrywaniu strat nierentownych podmiotów, a zdecydowanie rzadziej inne rozwiązania. Takie postępowanie w konsekwencji może być odbierane jako wyraz tolerancji dla status quo oziębłych organizacji, a poprzez to prowadzić do umacniania nierzadko występujących w publicznej ochronie zdrowia niesatysfakcjonujących postaw. Panuje tam bowiem przekonanie o braku celowości starania się o poprawę wyniku finansowego, skoro i tak „państwo” corocznie pokrywa generowane straty. Jest to z oczywistych względów niemotywuujące i ma niebagatelny wpływ na skuteczność zarządzania w publicznej ochronie zdrowia.

W konsekwencji powyższych praktyk menedżer często jest osamotniony w swoich poczynaniach. Z jednej strony bowiem ciąży na nim obowiązek poprawy sytuacji finansowej zarządzanego podmiotu pod rygorem negatywnej oceny jego pracy. Z drugiej natomiast nie może przeprowadzać zbyt głębokich, choć często celowych zmian ze względu na brak konsekwencji lub autentycznego wsparcia organu prowadzącego. Należy tutaj mieć na uwadze ryzyko negatywnego lobby ze strony poszczególnych interesariuszy, w tym rozmaitych środowisk, polityków, a także pracowników i organizacji związkowych, właśnie na rzecz utrzymania status quo. Prowadzi to niejednokrotnie do sytuacji bez wyjścia, stąd też często obserwowane lawirowanie menedżerów zarządzających publicznymi jednostkami między przeciwstawnymi oczekiwaniami otoczenia – między pragnieniem utrzymywania status quo w organizacji a zmianami, które zwiększyłyby szanse na poprawę bieżącej sytuacji finansowej. Wzajemne przenikanie się aspektów ekonomicznych, społecznych, organizacyjnych, decyzyjnych, relacyjnych oraz innych dodatkowo komplikuje zarówno praktykę zarządzania, jak i prowadzenie badań w przedmiotowym obszarze. Tymczasem w polskich szpitalach publicznych wciąż w dużej mierze występuje konserwatywna kultura organizacyjna, która ogranicza się do realizacji misji społecznej przy jednoczesnej negacji potrzeby ekonomizacji działalności oraz wprowadzania innowacji<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Por. Ł. Sułkowski, *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, *Polityka Zdrowotna* 2012, nr 11, s. 86.

Krytyczna ocena uwarunkowań, w których przychodzi pracować menedżerom, nie oznacza jednak, że wprowadzenie pożądaných zmian w tego typu organizacjach jest niemożliwe. Wymaga to jednak od kierownika dużego wycucia, intuicji, determinacji, konsekwencji, wiedzy, doświadczenia oraz szczęścia, ale także czasu, którego często mu się nie daje. Nie sposób osiągnąć w dużym podmiocie widocznych efektów ekonomicznych (i organizacyjnych) w przeciągu choćby roku bez zmian dokonywanych rewolucyjnie, np. w myśl teorii E autorstwa M. Beera i N. Nohrii. W szczególności bez ingerowania w nieelastyczne systemy zarządzania oraz wysokie koszty pracy stanowiące w tego typu podmiotach co najmniej 60–70% kosztów ogółem (nie wspominając o udziale kosztów pracy w przychodach uzyskiwanych z NFZ). Niestety, często od kierownika obejmującego nierentowną jednostkę oczekuje się takiego „cudu” pod groźbą odwołania z zajmowanego stanowiska. Jeżeli jednak pozostawi się menedżerowi dość czasu na przeprowadzenie możliwych do wdrożenia oraz kontynuowania ewolucyjnych zmian, których efekty dadzą się obiektywnie ocenić dopiero z perspektywy kilku lat, szansa na sukces wyraźnie się zwiększa. W takim przypadku bowiem pojawia się przestrzeń dla doskonalenia stosowanego instrumentarium, a postawy, zachowania, motywacja i zaangażowanie kadry mogą pozytywnie ewoluować, nawet w warunkach skostniałych systemów i oziębłych organizacji.

W związku z powyższym za główny cel pracy przyjęto próbę zweryfikowania tezy, że w organizacjach określanych mianem oziębłych, do których zaliczyć można m.in. szpitale publiczne, możliwe jest – mimo występowania różnorodnych barier – przeprowadzanie pozytywnych zmian połączone z wypracowywaniem i modyfikowaniem odpowiedniego instrumentarium zarządczego. Zakłada się, że zmiany te jednak powinny następować ewolucyjnie, w tempie dostosowanym do zdolności adaptacyjnych pracującej tam kadry. Rewolucyjne rozwiązania są oczywiście możliwe, ale pozostają obciążone wysokim ryzykiem niepewności czy wręcz niepowodzenia m.in. ze względu na specyficzne otoczenie. Zmiany określane mianem rewolucyjnych nie gwarantują też trwałości, która – jak się przyjmuje – pewniej kształtuje się na drodze ewolucyjnej. Przyjęto przy tym założenie, że w publicznych podmiotach leczniczych takie podejście jest możliwe i celowe.

Z powyższą tezą powiązано następujące hipotezy:

- w szpitalach publicznych, jako reprezentatywnych i największych spośród wszystkich podmiotów publicznej ochrony zdrowia, wyłoniła się na przestrzeni lat kultura organizacyjna determinująca niską wrażliwość na zmiany;
- szpitale publiczne różnią się uwarunkowaniami od podmiotów prywatnych mimo funkcjonowania w tych samych realiach rynkowych i realizowania podobnych zadań w systemie ochrony zdrowia;
- pracownicy mogą mieć istotny wpływ (pozytywny lub negatywny) na odbiór przez ogół społeczeństwa poszczególnych podmiotów ochrony zdrowia, jak również całego sektora;
- zmiany w obszarze kultury organizacyjnej i kapitału ludzkiego mogą w pozytywny sposób wpływać na efektywność ekonomiczną, z uwzględnieniem obu-

stronnych pozytywnych współzależności pomiędzy zmianami w postawach pracowników a efektywnością ekonomiczną;

- celowe wydaje się wdrażanie w szpitalach publicznych innowacyjnych rozwiązań zarządczych stymulujących przeprowadzanie zmian pomimo spodziewanego przed nimi oporu;
- w organizacjach oziębłych warto uwzględnić przeprowadzanie zmian w sposób ewolucyjny, pozwalający na zachowanie równowagi pomiędzy modelowaniem zastanej sytuacji (organizacyjnej i ekonomicznej) a oporem przed zmianami – z zachowaniem równowagi elementów pozytywnych i negatywnych; w przeciwnym wypadku istnieje ryzyko „osiągnięcia masy krytycznej”, co w konsekwencji może prowadzić do negatywnych następstw (np. trudnego do opanowania konfliktu na styku załoga–kierownictwo).

Wyartykułowane wcześniej problemy badawcze, a także postawione hipotezy korespondują z przyjętymi celami cząstkowymi, do których należą:

- opracowanie koncepcji teoretycznej, ułatwiającej zrozumienie celowości niejednorodnego podejścia do zmian – z punktu widzenia tzw. wrażliwości organizacyjnej i występującej (dominującej) w konkretnym podmiocie kultury organizacyjnej oraz optymalnego tempa wprowadzania tych zmian w różnych organizacjach;
- dokonanie wielowątkowej analizy uwarunkowań funkcjonowania szpitali publicznych, zwłaszcza pod kątem kapitału ludzkiego, w tym m.in. w kontekście relacji między poszczególnymi interesariuszami, czynników, które wpływają na kulturę organizacyjną w tego typu podmiotach, bądź też czynników wpływających na występowanie konkretnych postaw;
- zidentyfikowanie głównych barier w funkcjonowaniu szpitali publicznych w wymiarze organizacyjnym, ekonomicznym i społecznym;
- zidentyfikowanie głównych problemów związanych z przeprowadzaniem zmian w szpitalach publicznych oraz ryzyk występujących w trakcie wdrażania zmian w tych podmiotach;
- dokonanie analizy uwarunkowań zarządzania kapitałem ludzkim w kontekście zarządzania zmianą – z uwzględnieniem specyfiki publicznych podmiotów ochrony zdrowia oraz z wykorzystaniem literatury przedmiotu;
- zaproponowanie instrumentarium mogącego pozytywnie wpływać na kapitał ludzki oraz na sytuację finansową szpitali publicznych;
- zweryfikowanie skuteczności implementacyjnych rozwiązań (w wybranej organizacji) w kontekście uwarunkowań publicznych podmiotów ochrony zdrowia.

Podstawowym celem poznawczym pracy jest zidentyfikowanie – na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz własnych badań i obserwacji – barier ograniczających wprowadzanie zmian w szpitalach publicznych w obszarze organizacyjnym i ekonomicznym, jak również poznanie możliwości zastosowania rozwiązań wpływających na skuteczniejsze ich wdrażanie. Celem użytkowym jest znalezienie rozwiązań



w obszarze poprawy efektywności funkcjonowania publicznych podmiotów ochrony zdrowia, a także proefektywnościowego modelowania postaw, zachowań, motywacji, zaangażowania itd. pracowników szpitali publicznych, w tym kadr medycznych. Jest to więc próba wypracowywania skutecznych rozwiązań w zakresie poprawy efektywności zarządczej i ekonomicznej szpitali publicznych oraz doskonalenia zarządzania kapitałem ludzkim w tym niezmiernie trudnym sektorze gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia.

Wśród celów teoretycznych, poza pogłębieniem wiedzy, jak również wyjaśnieniem oraz usystematyzowaniem podstawowych kategorii i pojęć związanych z tematem pracy, bardzo ważne wydaje się wywołanie szerszej dyskusji w przedmiotowym obszarze badawczym, w tym debaty, która mogłaby doprowadzić do wypracowania rozwiązań korzystnie wpływających na funkcjonowanie szpitali publicznych oraz pozostałych podmiotów ochrony zdrowia w przyszłości.

Niniejsza monografia jest owocem kilkunastoletnich zainteresowań badawczych autora w zakresie doskonalenia zarządzania kapitałem ludzkim oraz organizacyjnych rozwiązań systemowych w podmiotach publicznych, w tym z wykorzystaniem instrumentarium TQM. Ostatnie cztery lata badań skoncentrowały się przede wszystkim na podmiotach publicznej ochrony zdrowia, których specyfika funkcjonowania w niedoskonałym systemie dostarcza niezmiernie interesujących obserwacji. Aktywność badawcza w tym obszarze wynika nie tylko z zainteresowań naukowych związanych z adaptacją efektywnych rozwiązań, niejako wywodzących się z sektora przedsiębiorstw, do warunków sektora publicznego, ale również z osobistego doświadczenia w zarządzaniu dużym wielospecjalistycznym szpitalem publicznym. Opracowanie obejmuje więc przegląd tematycznego dorobku naukowego dostępnego w literaturze i analizę poszczególnych obszarów badawczych zarządzania kapitałem ludzkim w kontekście uwarunkowań szpitalnictwa publicznego, a zarazem stanowi pewne podsumowanie praktycznych rozwiązań adaptowanych i wdrażanych w konkretnym podmiocie z uwzględnieniem czteroletniej perspektywy pracy menedżera.

Główne badania skoncentrowano na jednym dużym podmiocie publicznym, w którym cztery lata wcześniej zainicjowano proces zmian, niezbędnych z uwagi na zastaną sytuację finansową jednostki (w tym wobec nowej wówczas ustawy i związanego z tym poważnego zagrożenia komercjalizacją), jak również ze względu na niestabilność organizacyjną, wynikającą m.in. z dużej rotacji na stanowisku kierownika, a także ze względu na nieprzychylną zmianom (i zarządzającym) kulturę organizacyjną. Ewolucyjnie wdrażane zmiany, po dogłębnej analizie poszczególnych procesów i poznaniu (poznawaniu) organizacji oraz jej uwarunkowań kulturowych, oparły się na adaptacji wybranych doświadczeń, niejako wywodzących się z sektora przedsiębiorstw, na szerokich konsultacjach z ekspertami oraz kierownikami innych podobnych podmiotów w kraju, a także na implementowaniu dobrych praktyk bran-

zowych, wdrażaniu autorskich rozwiązań, inicjowaniu oraz okresowym modyfikowaniu funkcjonujących narzędzi i metod.

Należy przy tym oddać należny szacunek słowom S. Sudoła uznającym zarządzanie za dziedzinę, w której teoria jest nierozdzielnie związana z praktyką, ponieważ praktyka zarządzania bezwzględnie weryfikuje teorię nauk o zarządzaniu<sup>4</sup>. W istocie, wdrażane rozwiązania oparte na teoretycznych założeniach powinny w praktyce być poddawane krytycznej analizie, modyfikowane do konkretnych warunkowań, analizowane pod względem skuteczności oraz stale doskonalone. Muszą też one ewoluować w dłuższym czasie aż do osiągnięcia formy, którą można uznać za satysfakcjonującą, optymalną, wystarczającą w warunkach konkretnego podmiotu.

W pracy przyjęto menedżerską perspektywę zarządzania w publicznych podmiotach ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali publicznych. Zamiarem autora nie było ocenianie systemu ochrony zdrowia i warunkowań, w których funkcjonują m.in. publiczne szpitale, ale próba analizy problematycznych mechanizmów w różnych obszarach zarządzania kapitałem ludzkim wymagających usprawnienia. Istotnym celem monografii jest także prezentacja oraz analiza implementowanych rozwiązań praktycznych, które sprzyjają efektywniejszemu funkcjonowaniu tego typu podmiotów. Wypracowane wnioski i rekomendacje w poszczególnych zakresach zagadnień oparto na badaniach literatury przedmiotu, dostępnych źródłach zwartych, czasopiśmienniczych i elektronicznych oraz dokumentacji niepublikowanej, jak również na własnych obserwacjach i doświadczeniach. Uwzględniono aktualny stan wiedzy naukowej w przedmiotowym obszarze, ocenę stanu faktycznego, a także kilkuletnie obserwacje dużego wielospecjalistycznego szpitala publicznego z perspektywy menedżera. Bardzo istotny aspekt pracy stanowią implikacje poszczególnych wdrożeń w wybranym podmiocie poparte badaniem kwantytatywnych danych na tle innych porównywalnych podmiotów, w których nie zastosowano podobnych rozwiązań.

Osiągnięciu tak sformułowanych celów badawczych oraz skonfrontowaniu przyjętych hipotez podporządkowano strukturę pracy. Dysertacja składa się z trzech zasadniczych rozdziałów. W pierwszym sformułowano teoretyczną koncepcję, nazwaną teorią kostki lodu, którą można wykorzystywać w zarządzaniu zmianą w organizacjach wymagających ewolucyjnych, powolnych, ale konsekwentnych działań transformacyjnych. Jednocześnie przeprowadzono wywód, w ramach którego zidentyfikowano publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako organizacje ozięble, nieotwarte na zewnątrz, konserwatywne, odporne na zmiany, dążące do zachowania status quo, wymagające podejścia zgodnego z teorią kostki lodu. Dlatego też koncepcję tę zarekomendowano jako propozycję celową w zarządzaniu zmianami w szpitalach pu-

---

<sup>4</sup> Por. S. Sudół, *Zarządzanie jako dyscyplina naukowa. Charakterystyczne cechy nauk o zarządzaniu* (w: W. Kieżun (red.), *Krytycznie i twórczo o zarządzaniu. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2011, s. 111–122.



blicznych. W dalszej części wyводу dokonano analizy uwarunkowań systemowych, które w okresie transformacji gospodarczej w naszym kraju (i wcześniej) determinowały – ale obecnie również wpływają na – skostniałość kultury organizacyjnej w tego typu podmiotach. Przeprowadzono też analizę relacji między poszczególnymi interesariuszami publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, w tym pod kątem możliwych postaw i oczekiwań interesariatu względem szpitali publicznych. Ostatni punkt wyводу w tym rozdziale koncentruje się na kadrze szpitali oraz wewnętrznych relacjach między poszczególnymi grupami zawodowymi.

Drugi rozdział pracy poświęcono problematyce kapitału ludzkiego jako najważniejszego zasobu organizacyjnego. Wywód rozpoczęto od analizy priorytetowości znaczenia pracowników w organizacji, a także zarysu ewolucji podejścia do kapitału ludzkiego, zarówno przez pryzmat teorii kapitału ludzkiego, jak i zmian w podejściu do człowieka, jako kapitału organizacyjnego w ujęciu historycznym. Następnie dokonano analizy takich zagadnień jak: metodyka szacowania wartości kapitału ludzkiego, wymiarowanie pracy, w tym pod kątem wartościowania pracy, normowania ilości oraz czasu pracy, pomiaru efektywności pracy, wyliczania kosztów pracy czy też oceniania pracy, jak również zagadnień związanych z wynagradzaniem, motywowaniem, motywacją i zaangażowaniem.

Trzeci rozdział monografii poświęcony został prezentacji rozwiązań implementowanych w konkretnym podmiocie, a także analizie spodziewanych efektów i uzyskiwanych rezultatów *ex post* w kontekście zarządzania zmianą w sposób ewolucyjny. Przeanalizowano m.in. wdrożenia wywodzące się z TQM – zwłaszcza elementy koncepcyjne zarządzania przez cele, w tym zaadaptowane na potrzeby szpitalnictwa karty celów oraz karty kontrolne monitorowania poziomu wykonania kontraktów medycznych. Poddano również inferencji rozwiązania systemowe w zakresie skutecznego wartościowania pracy i budowania proefektywnościowego systemu wynagradzania pracowników. Uwypuklono także implementacyjne znaczenie instrumentarium BI, skupiając się na wdrożeniach znajdujących zastosowanie w szpitalnictwie. W ostatniej części wyводу zwrócono również uwagę na inne zastosowania, w tym w obszarze organizacyjnym, mogące pozytywnie stymulować zarządzanie zmianami w szpitalach publicznych.

Całość wyvodu spaja próba oceny efektywności rozwiązań wprowadzonych w latach 2012–2015 w konkretnym szpitalu – m.in. poprzez porównanie wybranych wskaźników liczbowych na tle innych działających w zbliżonych warunkach podmiotów, w których przedmiotowe implementacje nie zostały zastosowane.

W tym miejscu niezbędne jest wyjaśnienie, że chociaż wiele wniosków sformułowanych przez badacza w zakresie specyficznych uwarunkowań rzutujących na publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jak również na pracujących w nich przedstawicieli różnych zawodów może wydawać się krytycznych, to jednak celem pracy w żadnym

wypadku nie jest identyfikowanie i piętnowanie negatywnej strony ludzkich postaw i zachowań. Istotna natomiast pozostaje próba wypracowywania skutecznych rozwiązań w zakresie poprawy efektywności zarządczej i ekonomicznej szpitali publicznych oraz doskonalenia zarządzania kapitałem ludzkim w publicznych podmiotach świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia. Należy więc przy tej okazji jednoznacznie podkreślić, że w polskich szpitalach publicznych pracuje wielu wspaniałych, kompetentnych i nastawionych na rozwój oraz doskonalenie ludzi, a wszystkie grupy zawodowe, w tym medyczne, w pozytywny sposób stanowią o zdrowiu całego społeczeństwa. Zdecydowana większość pracowników ochrony zdrowia prezentuje postawy, zachowania, motywacje, które należy uznać za przykład rzetelności wykonywania zawodu.



## Rozdział 1

# SPECYFIKA ZARZĄDZANIA ZMIANĄ W PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

### 1.1. Teoria kostki lodu a przeprowadzanie zmian w organizacjach oziębłych

Efektywne zarządzanie organizacją – biorąc pod uwagę specyfikę zasobów organizacyjnych i relacje między nimi, a także nieustannie zmieniające się uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne – nie jest zadaniem prostym. Poszczególne jego elementy wpływają w jakiś sposób na organizację, albo pozytywnie stymulując proces zarządzania, albo wprost przeciwnie. Pomijając czynniki zewnętrzne, zmiany dokonujące się wewnątrz każdej organizacji mogą następować w sposób bardziej rewolucyjny lub bardziej ewolucyjny. Oczywiście, obiektywnie rzecz ujmując, niezmiernie trudno jest wytyczyć jednoznacznie granicę liniową między swoistą rewolucyjnością i ewolucyjnością takiego procesu. Niemniej, podobnie jak w przypadku kontinuum produktu w ujęciu G.L. Shostack<sup>5</sup> czy też materialności–niematerialności produktu w ujęciu P. Kotlera<sup>6</sup>, określając granice brzegowe, wytwarza się przestrzeń, a wraz z nią mnóstwo odcieni szarości i mnogość możliwości. Decyzje zarządcze, a także zmiany w organizacji stają się więc wypadkową ewolucji (zmiany płynne, powolne, ale sukcesywne) i rewolucji (zmiany „ostre”, zdecydowane, szybkie).

W literaturze przedmiotu teorie i wyjaśnienia dotyczące organizacji często opierają się na metaforach, które co prawda upraszczają badaną problematykę, równocześnie jednak w obrazowy sposób wskazują na mechanizm lub specyfikę funkcjonowania badanego podmiotu na zasadzie podobieństw lub odniesień do innego. Taki zabieg ułatwia zrozumienie doświadczenia czy problemu za pomocą opisu przedmiotów, organizmów, procesów lub idei – co prawda niezwiązanych z organizacją, lecz mogą-

---

<sup>5</sup> G.L. Shostack, *How to Design a Service*, European Journal of Marketing 1982, no. 1, s. 49–64.

<sup>6</sup> P. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Warszawa 1994, s. 426–428.

cych nasuwać na myśl celowe analogie, ułatwiając tym samym właściwą interpretację pewnych zjawisk. „Użycie metafory jest bowiem konsekwencją sposobu myślenia i sposobu widzenia, które przenikają nasze rozumienie świata w ogóle. (...) Łatwo dostrzec, jakie znaczenie ma tego rodzaju myślenie dla pojmowania organizacji i zarządzania. Organizacje są bowiem złożonymi i pełnymi paradoksów zjawiskami, które można rozumieć na wiele równych sposobów. Wiele naszych, przyjmowanych za oczywiste, koncepcji dotyczących organizacji ma charakter metaforyczny, nawet gdybyśmy ich za takie nie uznawali”<sup>7</sup>. Znane są przykłady porównywania organizacji m.in. do maszyny, żywego organizmu, kultury społecznej, mózgu itd.<sup>8</sup> Można przypuszczać, że bez używania metafor i analogii często wręcz nie sposób przedstawić w sposób zwięzły i zrozumiały sensu konkretnego wywodu.

Dlatego również i w niniejszym opracowaniu uzasadnione wydaje się na wstępie skorzystanie z pewnych analogii obrazujących możliwości i konsekwencje przeprowadzania zmian w różnych organizacjach, w tym poprzez odwołanie się do skojarzeń z języka potocznego – z pełną świadomością użycia takiego zabiegu. Gdyby organizację porównać do kostki lodu (posiadającej wszakże dla wielu bardzo ujmującą konstrukcję), a zarządzanie organizacją – do próby uzyskiwania z lodowej bryły zamierzonego efektu końcowego w postaci maksymalnie gładkiej, płynnej konsystencji, wówczas można by w niniejszych rozważaniach dojść do dwóch skrajnych modeli. Może też oczywiście pojawić się pytanie o przyczynę porównywania organizacji do czegoś takiego jak bryła lodu. Otóż każdy menedżer obejmujący funkcję zarządczą w dowolnej organizacji, a w szczególności wymagającej działań restrukturyzacyjnych, przeżywał z pewnością dylematy co do tego, jak podchodzić do zmian wobec zastałej sytuacji ekonomicznej i organizacyjnej, ale także ugruntowanych, wytworzonych przez lata standardów zachowań pracowników – ich postaw, motywacji, zaangażowania itd. W tzw. organizacjach trudnych („skostniałych”), w których np. przez wiele lat brakowało trwałości zarządczej i ciągłości decyzyjnej czy szeroko rozumianego zarządzania strategicznego, menedżerowie wprowadzając niezbędne zmiany, niejednokrotnie spotykają się z oporem, który odbierają jako zetknięcie z betonową czy lodową ścianą. Takie słowa jak „beton” bądź „lód” oznaczają tutaj coś, co jest trudne lub wręcz niemożliwe do zmiany – do przemieszczenia, rozbicia. Używane w potocznym języku określenie „skostniała organizacja” budzi jednoznacznie negatywne skojarzenia. Skostniałość oznacza bowiem m.in. postawę utrwalaną w tradycyjnej postaci, obstawanie przy tych samych poglądach. Oczywiście jest więc, że z punktu widzenia niezbędnych zmian organizacyjnych skostniałość okazuje się zjawiskiem niepożądanym, a nawet szkodliwym, ponieważ ogranicza lub nawet uniemożliwia zmianę, a w konsekwencji rozwój. Dlatego zmiana wewnętrznej konstrukcji organizacyjnej – a tego często wymaga efektywny proces zarządczy – staje się niejednokrotnie spo-

<sup>7</sup> G. Morgan, *Obrazy organizacji*, Warszawa 2005, s. 10–11.

<sup>8</sup> Por. m.in. *ibidem*; M.J. Hatch, *Teoria organizacji*, Warszawa 2002, s. 66–71; J. Niemczyk, *Analogie w naukach o zarządzaniu*, Organizacja i Kierowanie 2002, nr 3, s. 103 i n.

tkaniem ze skostniałością organizacyjną, ze swoistą bryłą lodową, której postać trzeba zmienić na gładszą, płynniejszą, elastyczniejszą.

Przedmiotową kostkę można potraktować specjalnym rozdrabniaczem (szpikulcem), dzięki czemu szybko uzyska się konsystencję pokruszonego lodu. W trakcie takiego zabiegu jednak można doznać kontuzji, skaleczyć się lub rozbić szklane naczynie, w którym znajduje się kruszony lód. Bryłki lodu mogą również w przypadkowy, niekontrolowany sposób rozsypywać się poza naczynie, na blat, a nawet na podłogę. Trudno w pełni kontrolować taki proces; prawie zawsze występują pewne straty. Niemniej praca zostanie wykonana w krótkim czasie, a jej wizualny rezultat – w pewien sposób uzyskany. Po bliższym przyjrzeniu się efektom okazuje się jednak, że brzegi poszczególnych bryłek są nierówne, często ostre, a całość stwarza wrażenie nieporządku, nieładu. Osiągnięty w ten sposób skutek bywa pozorny i nietrwały.

Kostkę lodu można także podgrzewać suszarką lub wrzucić ją do ciepłego płynu. W takim przypadku bryłka będzie zmieniała swoją postać co prawda dużo wolniej, ale za to jej stale gładkie krawędzie będą sprawiały wrażenie spokoju, nie będzie też niepożądanych strat, ubytków ani ewentualnych kontuzji. Efekt zostanie osiągnięty wolniej, za to może się okazać trwalszy, a ostatecznie uzyskana konsystencja będzie naprawdę gładka i całkowicie płynna.

W związku z powyższym warto zwrócić uwagę na fakt, że to, którą marszrutę powinien wybrać menedżer, zależy nie tylko od jego predyspozycji, charakteru czy stylu pracy, ale również od wielu innych czynników, zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, w tym specyfiki konkretnej organizacji czy danej branży.

Szybka restrukturyzacja, przebudowa organizacji, poprawa jej funkcjonowania często jest tym, czego się oczekuje od zarządzających. Należy jednak liczyć się wówczas m.in. ze skumulowanym oporem materii wewnątrz organizacji, niekorzystnie hamującym oddziaływaniem części interesariuszy, z konfrontacją zogniskowaną w krótkim czasie, być może na kilku polach równocześnie. W taki scenariusz muszą więc być w kalkulowane poniesione, przez co najmniej jedną ze stron, mniejsze lub większe straty; nie obędzie się bez konfliktów, bez swoistych kontuzji. Niebezpieczeństwem rozwiązań rewolucyjnych może być zdezorientowana lub uszczuplona w toku takiego procesu kadra pracownicza, ponieważ każda naprawa, restrukturyzacja, reorganizacja dotyczy bardzo często zasobów ludzkich. Rewolucyjna zmiana wpływa (a przynajmniej powinna wpływać) na zaangażowanie pracowników, ich rzeczywiste postawy, motywację, ale czy pozytywnie – nie sposób przewidzieć. Często bowiem, nawet jeżeli zmiany w danym zakresie wydają się pozytywne, okazują się później wymuszone, nienaturalne, a więc nietrwałe.

Ewolucyjne zmiany organizacyjne przynoszą wolniejsze efekty, na które menedżerom często po prostu nie daje się czasu. Z jednej strony oczekiwania i cele stawiane przez właścicieli, różnego rodzaju rady lub inne organy nadzorcze wiążą się zazwyczaj z presją szybkiego podejmowania działań naprawczych i osiągnięcia natychmiasto-

# Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych

**Piotr Lenik** – doktor nauk ekonomicznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu; kierownik Zakładu Zarządzania w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pignonia w Krośnie; dyrektor dużego szpitala publicznego; doradca w zakresie organizacji i zarządzania oraz marketingu; członek Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Kadrami oraz Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej i Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali; autor kilkudziesięciu publikacji.

W książce ukazano menedżerską perspektywę zarządzania zmianami w publicznych podmiotach ochrony zdrowia, głównie szpitalach publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem wdrażania zmian w szpitalach publicznych oraz zarządzania kapitałem ludzkim w tzw. organizacjach oziębłych. Zaprezentowane w opracowaniu rozwiązania praktyczne stwarzają lepszą perspektywę dla efektywniejszego funkcjonowania tego typu podmiotów. Przedstawione wnioski i rekomendacje w poszczególnych zakresach zagadnień opierają się na badaniach literatury przedmiotu, dokumentacji niepublikowanej oraz na własnych obserwacjach i doświadczeniach autora.

Publikacja przeznaczona jest dla kadry kierowniczej sektora ochrony zdrowia, pracowników organów państwowych odpowiedzialnych za poprawę efektywności ekonomicznej oraz organizacyjnej w sektorze ochrony zdrowia. Zainteresuje przedstawicieli nauki specjalizujących się w zarządzaniu publicznym i zarządzaniu kapitałem ludzkim oraz studentów zarządzania.

„Źródła poszukiwania metod nakierowanych na zwiększanie efektywności organizacji publicznych spowodowały wyraźny wzrost zainteresowania zarządzających w organizacjach publicznych instrumentarium kierowania wykorzystywanego dotychczas w organizacjach funkcjonujących w sektorze biznesowym (...). Temat rozważań uznaję za istotny i ważny, a także mający duże znaczenie dla praktyki działania w organizacjach publicznych, a szczególnie w szpitalach publicznych. Dodatkowo wskazuję, iż zarządzanie w podmiotach ochrony zdrowia, a zwłaszcza problemy związane z poszukiwaniem metod, narzędzi i instrumentów zwiększających ich efektywność, jest od wielu lat jednym z najważniejszych obszarów dociekań badawczych w subdyscyplinie zarządzania publicznego”.

*Prof. dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka*



9 788380 929210 W01P01

## ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01  
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL  
WWW.PROFINFO.PL

CENA 129 ZŁ (W TYM 5% VAT)

ISBN 978-83-8092-921-0



Wolters Kluwer