

PAULINA ILNICKA

Uniwersytet Wrocławski

ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI. OTOCZENIE I NOWE WYZWANIA

Abstrakt: Podmioty lecznicze pełnią istotną funkcję w systemie ochrony zdrowia, ponieważ są bezpośrednimi dostawcami usług zdrowotnych, organizacja oraz zarządzanie nimi zatem pozostaje nie bez znaczenia dla nabywców usług zdrowotnych, tj. pacjentów. Niniejsza publikacja podejmuje tematykę podmiotów leczniczych z punktu widzenia nauki organizacji i zarządzania. Analizie poddane zostaną strategie rozwoju podmiotów leczniczych, sposoby zarządzania podmiotami leczniczymi oraz zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, otoczenie podmiotów leczniczych, zarządzanie podmiotami leczniczymi, zarządzanie zasobami ludzkimi

POJĘCIE I KATEGORIE PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Podmioty lecznicze zostały wprowadzone ustawą o działalności leczniczej¹ i zastąpiły zakłady opieki zdrowotnej, zdefiniowane w ustawie z 1991 roku². Pod-

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm., dalej: u.d.l.).

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), uchylona z dniem wejścia w życie ustawy, o której mowa w przyp. 1, która definiowała zakłady opieki zdrowotne jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ze względu na sposób i zakres udzielania świadczeń zakłady opieki zdrowotnej podzielono na zakłady lecznictwa stacjonarnego oraz zakłady lecznictwa ambulatoryjnego. Do zakładów lecznictwa stacjonarnego (tzw. zamknięte) zaliczano: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne oraz inne zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymagał udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej stałym pomieszczeniu. W skład zakładów lecznictwa ambulatoryjnego (tzw. otwarte) wchodziły: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakłady rehabilitacji leczniczej, żłobki, ambulatoria lub ambulatoria z izbą chorych

mioty lecznicze oraz praktyki zawodowe indywidualne i grupowe lekarzy, pielęgniarek i położnych wykonują działalność leczniczą, która w myśl art. 3 u.d.l. polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, czyli na zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Działalność lecznicza może polegać również na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym na wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych odgrywają ważną rolę w systemie ochrony zdrowia, ponieważ są bezpośrednimi dostawcami świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 4 u.d.l. podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej³ we wszystkich formach przewidzianych do wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 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, mające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust 2a u.s.o.z., instytuty badawcze⁴, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz mające osobowość prawną ich jednostki organizacyjne, a także 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 gwarancji wolności sumienia i wyznania — w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Natomiast praktyki zawodowe indywidualne i grupowe lekarzy, pielęgniarek i położnych, na podstawie art. 5 ust. 2 u.d.l., mogą być wykonywane w formie jednoosobowej działalności gospodarczych jako indywidualna praktyka lub w formie spółki cywilnej, spółki jawnej oraz spółki partnerskiej jako praktyka grupowa.

Katalog podmiotów leczniczych jest zróżnicowany, pod względem zarówno prawnym, jak i organizacyjnym, i obejmuje podmioty publiczne oraz prywatne⁵.

jednostek wojskowych, policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej służby więziennej, stacja sanitarno-epidemiologiczna, wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej, jednostka organizacyjna publicznej służby krwi.

³ Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm., dalej: u.s.d.g.).

⁴ W rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (Dz.U. z 2016 r. poz. 371 z późn. zm.).

⁵ A. Rąbiega-Przyłęcka, *Działalność lecznicza. Podmioty wykonujące działalność leczniczą*, [w:] *Prawo administracyjne materialne. Pojęcie, instytucje, zasady*, red. Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, M. Stahl, Warszawa 2015, s. 251.

Jest katalogiem zamkniętym. Podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe indywidualne i grupowe lekarzy, pielęgniarek i położnych na gruncie art. 5 pkt. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ nazwane zostały świadczeniodawcami. Ze względu na ograniczone ramy niniejszej publikacji przedmiotem dalszej analizy będą jedynie podmioty lecznicze.

Podmioty lecznicze wymienione w art. 4 u.d.l. można podzielić na: podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, przedsiębiorców w rozumieniu art. 4 u.s.d.g. oraz pozostałe podmioty. Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) były podstawową formą prowadzenia działalności leczniczej pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ustawa o działalności leczniczej, która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, utrzymała istniejące SPZOZ, jednak wprowadziła zakaz tworzenia nowych. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe, jako jednostki sektora finansów publicznych, wykonujące działalność leczniczą są przedsiębiorcami w rozumieniu kodeksu cywilnego⁷, natomiast nie są przedsiębiorcami w świetle u.s.d.g. Ustrój wewnętrzny SPZOZ reguluje statut, nadany przez podmiot tworzący, który określa nazwę podmiotu odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych, siedzibę, cel i zadania, organy i strukturę organizacyjną, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji oraz formę gospodarki finansowej. Podmiotami tworzącymi SPZOZ są: Skarb Państwa (reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej lub wojewodę), jednostki samorządu terytorialnego oraz uczelnie medyczne. Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik, którym zgodnie z art. 46 u.d.l. może być osoba mająca: wyższe wykształcenie, wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków kierownika, co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy oraz nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie. W podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą działa rada społeczna, która jest organem opiniodawczym i doradczym.

Podstawą gospodarki finansowej SPZOZ jest plan finansowy ustalany przez kierownika. Jeżeli SPZOZ osiągnie ujemny wynik finansowy, podmiot tworzący podejmuje decyzję albo o sfinansowaniu ujemnego wyniku finansowego, albo o zmianie formy organizacyjno-prawnej. Jeżeli podmiot leczniczy podejmie decyzję o sfinansowaniu ujemnego wyniku finansowego, podmiot tworzący dokonuje tego w terminie trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 poz. 581, z późn. zm., dalej: u.s.o.z.).

⁷ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku — Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459, dalej: k.c.).

finansowego SPZOZ. W wypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie dwunastu miesięcy wydaje rozporządzenie, zarządzanie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SPZOZ. Przekształcenie SPZOZ odbywa się na zasadach określonych w u.d.l., w jego wyniku SPZOZ uzyskuje status spółki kapitałowej, czyli status podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą w rozumieniu u.s.d.g.

Podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami są też jednostki budżetowe. Zgodnie z art. 11 ustawy o finansach publicznych⁸ jednostki budżetowe są jednostkami sektora finansów publicznych, nie mają osobowości prawnej, pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka działa na podstawie statutu określającego w szczególności nazwę, siedzibę i przedmiot działalności. Podstawą gospodarki finansowej jednostki budżetowej jest plan finansowy jednostki budżetowej. Podmiot leczniczy działający w formie jednostki budżetowej może podlegać przekształceniom polegającym na zmianie rodzaju działalności lub zmianie zakresu udzielenia świadczeń⁹.

Kolejną kategorią podmiotów leczniczych są przedsiębiorcy w rozumieniu art. 4 u.s.d.g. Przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uznaje się również wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej. Działalność lecznicza może być prowadzona w formie spółek osobowych i kapitałowych. Do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami stosuje się przepisy u.d.l., a w sprawach nieuregulowanych u.s.d.g. oraz kodeks spółek handlowych¹⁰. Pozostałymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia, kościoły, kościelne osoby prawne i związki wyznaniowe w zakresie, w jakim prowadzą działalność leczniczą.

Działalność lecznicza w świetle art. 16 u.d.l. jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów o swobodzie gospodarczej¹¹ i w myśl art. 2 u.s.d.g. powinna być prowadzona w sposób zorganizowany, przy wykorzystaniu instytucji przedsiębiorstwa, czyli zorganizowanego zespołu składników niematerialnych

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 195 z późn. zm.).

⁹ A. Rabięga-Przyłęcka, *op. cit.*, s. 256.

¹⁰ Ustawa z dnia 15 września 2000 roku — Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1578).

¹¹ Na podstawie art. 16 ust. 1a u.d.l. nie stanowi działalności regulowanej w rozumieniu u.s.d.g., działalność lecznicza podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej wykonywana jako działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku, działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności, oraz działalność podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej, jednak do tych form działalności stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu u.s.d.g.

i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej, której celem jest udzielenie świadczeń zdrowotnych. Ze względu na to, że przedmiotem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, co jest nierozdzielnie związane z realizacją konstytucyjnego prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych¹², działalność ta wiąże się z koniecznością wypełnienia wielu obowiązków wynikających z funkcji, jaką w systemie ochrony zdrowia pełnią podmioty lecznicze¹³.

Obowiązki, które muszą spełniać podmioty lecznicze zamierzające wykonywać działalność leczniczą, zostały określone w u.d.l. Jednym z pierwszych obowiązków jest wymóg rejestracji w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dopiero po uzyskaniu wpisu, który ma charakter konstytutywny¹⁴, podmiot leczniczy może rozpocząć działalność leczniczą. Obowiązek wpisu do rejestru dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych i jest związany z obowiązkiem organów rejestrowych zweryfikowania spełniania wymaganych prawem wymogów formalnych. Organ prowadzący rejestr może kontrolować podmiot wykonujący działalność leczniczą i w razie stwierdzenia nieprawidłowości zdecydować o jego wykreśleniu z rejestru. Regulacja ta ma na celu zagwarantowanie pacjentom bezpieczeństwa i pewności, że podmiot leczniczy, z którego usług korzystają, spełnia standardy uznane przez ustawodawcę za niezbędne w tym rodzaju działalności¹⁵. Ustawodawca kształtuje też obowiązki w zakresie pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wymagania te dotyczą w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych i zostaną doprecyzowane rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia. Oprócz wymagań rejestrowych i przestrzennych podmiot leczniczy zobowiązany jest przede wszystkim do podjęcia działań mających zapewnić usługi profesjonalnego personelu medycznego, legitymującego się prawem do wykonywania zawodu oraz wiedzą i umiejętnościami, nadto dostarczyć produkty medyczne oraz podpisać stosowne umowy ubezpieczeniowe¹⁶. Na podmiotach leczniczych spoczywają też obowiązki podatkowe, statystyczne, pracodawcy, związane z gospodarką nieruchomościami, sanitarno-epidemiologiczne, w zakresie ochrony danych osobowych oraz obowiązki związane z gospodarką odpadami i ochroną środowiska.

¹² J. Oniszczyk, *Wolność i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 283; L. Bosek, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 54 n.

¹³ J. Pacian, A. Pacian, *Zmiany w prawie ochrony zdrowia na przykładzie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotów leczniczych*, [w:] *Prawo w ochronie zdrowia. Doświadczenia i perspektywy rozwoju*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Lublin 2013, s. 139.

¹⁴ M. Dercz, *Podmioty lecznicze*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013, s. 217.

¹⁵ *Ibidem*, s. 216.

¹⁶ *Ibidem*, s. 193.

Realizacja konstytucyjnego prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zależy od wielu czynników, między innymi od prawidłowego i efektywnego gospodarowania środkami przeznaczonymi na opiekę zdrowotną, racjonalnego administrowania oraz poprawnej legislacji¹⁷. Nie bez znaczenia dla wysokiej jakości i wydajności systemu ochrony zdrowia pozostaje prawidłowe zarządzanie podmiotem leczniczym i otoczenie, w którym funkcjonuje. W celu prawidłowego zarządzania organizacją należy koncentrować się nie tylko na teraźniejszości, lecz także wybiegać w przyszłość, która jest pewną niewiadomą. Nie można jej przewidzieć, ale dążąc do poznania przyszłych zagrożeń i szans, mocnych i słabych stron organizacji oraz zmieniających się trendów — zidentyfikować. Podmioty chcące zidentyfikować przyszłość, wykorzystują w zarządzaniu analizę strategiczną. Prowadząc analizę strategiczną, przedsiębiorstwa koncentrują się na otoczeniu zewnętrznym i otoczeniu wewnętrznym¹⁸.

STRATEGIE ROZWOJU PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Otoczenie organizacji jest jednym z czynników najsilniej wpływających na organizację. Autorem tej koncepcji, rozwijanej później przez wielu teoretyków i praktyków zarządzania, był Edward S. Mason, profesor ekonomii na Uniwersytecie Harvarda po koniec lat 30. XX wieku¹⁹. Organizacje chcące działać efektywnie powinny stale dostosowywać swój sposób działania do zmieniającego się otoczenia²⁰. Otoczenie organizacji jest pojęciem z zakresu nauki organizacji i zarządzania i definiowane za pomocą jego elementów, tj. otoczenia ogólnego, zwanego bliższym lub wewnętrznym, otoczenia globalnego, zwanego dalszym oraz sieci międzyorganizacyjnej²¹. Otoczenie organizacji nazywane jest niekiedy jego środowiskiem biznesowym, na które składają się: preferencje klientów, wzorce i metody kupowania, dostępność zamienników, technologia, zasoby oraz struktura rynku. Literatura przedmiotu wymienia trzy warstwy środowiska: sektorową, krajową i globalną²².

W niniejszym podrozdziale przedmiotem analizy jest otoczenie podmiotów leczniczych. Analizie poddane zostanie sieć międzyorganizacyjna, otoczenie bliższe oraz dalsze, zmienność otoczenia oraz szanse i zagrożenia, a także planowanie

¹⁷ J. Pacian, A. Pacian, *op. cit.*, s. 133.

¹⁸ M. Jarosiński, *Analiza rynku usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, S. Winch, Warszawa 2014, s. 42.

¹⁹ H. Yamawaki, *Środowisko gospodarcze, innowacje i dynamika przemysłu*, [w:] *Dziedzictwo Druckera. Znaczenie dorobku najwybitniejszego przedstawiciela nauki o zarządzaniu dla współczesnych liderów biznesu*, red. C.L. Pearce, J.A. Maciariello, H. Yamawaki, Warszawa 2011, s. 98.

²⁰ B. Glinka, P. Hensel, *Projektowanie organizacji*, Warszawa 2006, s. 44.

²¹ M.J. Hatch, *Teoria organizacji*, Warszawa 2002, s. 78.

²² H. Yamawaki, *op. cit.*, s. 96.

strategiczne właśnie z punktu widzenia dostosowywania go do otoczenia. Elementem otoczenia jest sieć międzyorganizacyjna, czyli sieć wchodzących w interakcje i konkurujących wzajemnie komponentów otoczenia. Sieci w celu zdobywania surowców, zatrudniania pracowników, zapewniania kapitału oraz kupowania pomieszczeń i ich wyposażania kooperują z sobą.

Reformowanie sektora systemu ochrony zdrowia w kierunku zwiększania efektywności zaowocowało włączeniem podmiotów prywatnych w realizację zadań z dziedziny ochrony zdrowia. Podmioty publiczne wspólnie z podmiotami prywatnymi realizują zadania polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca, w myśl art. 32 Konstytucji RP²³, nie różnicuje sytuacji prawnej podmiotów publicznych i podmiotów prywatnych. Po spełnieniu przesłanek formalnych niezbędnych do prowadzenia działalności regulowanej w myśl przepisów ustawy o działalności gospodarczej mogą prowadzić działalność leczniczą, a ponadto po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w myśl art. 132 u.s.o.z., z publicznym płatnikiem, tj. Narodowym Funduszem Zdrowia, udzielać świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Współdziałanie podmiotów publicznych i niepublicznych ma przyczyniać się do efektywnego świadczenia usług medycznych²⁴. Działanie w ramach sieci ma przyczynić się też do rozwiązywania złożonych problemów związanych z zakupami albo działalnością grup interesów. Zintegrowane działanie pozostaje nie bez znaczenia dla odbiorców, czyli pacjentów. Pacjenci dzięki kooperacji dostają kompleksowe usługi, które są dobrze skoordynowane²⁵. W sieci będą funkcjonowały też podmioty kontrolne, związki zawodowe oraz organizacje społeczne²⁶.

Otoczenie bliższe podmiotów leczniczych tworzą podmioty, które w sposób bezpośredni wpływają na organizację. Będą to: pacjenci, inne podmioty lecznicze, dostawcy, władze lokalne, dystrybutorzy oraz media. Wśród komponentów otoczenia dalszego wymienia się: wymiar polityczny, wymiar prawny, technologię, środowisko, wymiar gospodarczy, czynniki międzynarodowe, instytucje finansowe oraz normy i wartości²⁷. W zależności od stopnia zmienności otoczenia mówi się o otoczeniu stabilnym, burzliwym oraz zmiennym. Podstawą w planowaniu strategii rozwoju podmiotu leczniczego jest odpowiednie zdefiniowanie celów strategicznych w długiej perspektywie czasowej oraz znajomość otoczenia organizacji. Podmioty lecznicze, tworząc strategię, powinny uwzględniać w szczegól-

²³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. z 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

²⁴ A. Austen, *Efektywność sieci publicznych. Podejście wielopoziomowe*, Warszawa 2014, s. 23.

²⁵ *Ibidem*, s. 24.

²⁶ M.J. Hatch, *op. cit.*, s. 78.

²⁷ B. Glinka, P. Hensel, *op. cit.*, s. 45; G. Morgan, *Obrazy organizacji*, Warszawa 1997, s. 126 n.; A.K. Koźmiński, *Zarządzanie w warunkach niepewności*, Warszawa 2004, s. 18; K. Konecki, *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania eksternalizacji funkcji organizacyjnych*, [w:] *Krytyczna teoria organizacji. Wybór zagadnień*, red. W. Kieżun, Warszawa 2004, s. 253.

ności możliwość wykonywania określonych świadczeń w kontekście zmian demograficznych, zadowolenie personelu, odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego oraz uwarunkowania prawne, organizacyjne oraz technologiczne.

Chcąc poznać otoczenie, należy przeprowadzić analizę strategiczną, której pełen zakres obejmuje otoczenie bliższe, otoczenie dalsze oraz samą organizację. Analizę otoczenia bliższego można przeprowadzić, wykorzystując model pięciu sił konkurencji M. Portera, koncentrując się na rywalizacji między uczestnikami sektora, tj. konkurencji, groźbie pojawienia się nowych konkurentów, groźbie pojawienia się substytutów, sile przetargowej nabywców oraz sile przetargowej dostawców²⁸. Podmioty lecznicze konkurujące z sobą to podmioty wytwarzające wyroby lub usługi o podobnym przeznaczeniu, tj. świadczące konkretny rodzaj świadczenia medycznego, działające na tym samym rynku. Niewystarczające jest zdefiniowanie ich ze względu na samo udzielanie świadczeń medycznych. Wyróżnienie konkurentów ze względu na rodzaj świadczonej usługi jest kluczowe, ponieważ podmioty lecznicze świadczące różne usługi, działające na tym samym rynku nie muszą wzajemnie konkurować, lecz wręcz przeciwnie — w celu zintegrowania działań medycznych — współpracować. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna nie będzie konkurencją laboratorium diagnostycznego. Mocą rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁹ — będącego aktem wykonawczym do art. 31d u.s.o.z. — podmiot udzielający świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia pacjentom między innymi bezpłatne badania diagnostyczne, zatem podmiot leczniczy niemający w swojej strukturze laboratorium nawiąże współpracę z podmiotem świadczącym usługi z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Niewątpliwie podmiotami konkurującymi z sobą będą podmioty lecznicze udzielające świadczeń tego samego rodzaju, między innymi: gabinety lekarzy rodzinnych, laboratoria diagnostyczne, ratownictwo medyczne oraz ośrodki rehabilitacji leczniczej. Podmioty te, chcąc osiągnąć na rynku przewagę konkurencyjną, korzystają ze strategii niskich cen oraz strategii wyróżniania się jakością. Strategia niskich cen jest najczęściej wynikiem świadczenia usług na dużą skalę, co pozwala obniżyć średnie koszty pojedynczego świadczenia. Wśród innych źródeł strategii niskich cen wymienia się: wprowadzanie kosztochłonnych technologii, automatyzację pracy ludzkiej, standaryzację usługi, świadczenie usług dużym segmentom klientów, współpracę z innymi ośrodkami, przerzucanie części kosztów

²⁸ O koncepcji sił konkurencyjnych M. Portera zob. A. Chrisidu-Budnik, *Organizacja i jej otoczenie*, [w:] A. Chrisidu-Budnik *et al.*, *Nauka organizacji i zarządzania*, Wrocław 2005, s. 193–213.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 poz. 1248).

na dostawców oraz wprowadzenie spójnych systemów motywacyjnych³⁰. Strategia wyróżniania się jakością związana jest z jakością usług świadczonych przez podmiot leczniczy, potwierdzonych zewnętrznymi certyfikatami (ISO)³¹. Może być też wynikiem innowacji, fachowej obsługi, inwestowania w technologię i wysoko wykwalifikowaną kadrę oraz dbałości o pacjenta³².

W literaturze podkreśla się, że przewagi te nie muszą występować rozłącznie. Są podmioty, które wykorzystują zarówno strategię niskich cen, jak i strategię wyróżniania się jakością. Należy wspomnieć o pewnych niezależnych czynnikach, które będą tworzyć przewagę konkurencyjną, jak lokalizacja czy dostęp do zasobów. Nie bez znaczenia jest czas trwania na rynku oraz kompleksowość, rozumiana jako zaoferowanie pacjentowi wszystkich dostępnych usług w jednym miejscu³³. Przeprowadzając analizę strategiczną, należy uwzględnić zagrożenie w wyniku pojawienia się nowych konkurentów, którymi mogą być podmioty lecznicze nowe na rynku oraz już istniejące, które poszerzyły swoją działalność. Wejście na rynek wiąże się z koniecznością pokonania pewnych trudności, czyli poniesieniem nakładów niezbędnych do uruchomienia podmiotu lub nowej usługi, pozyskanie wykwalifikowanej kadry medycznej, a w niektórych przypadkach kontraktu z NFZ. Kolejnym zagrożeniem jest groźba pojawienia się substytutów. W wypadku usług medycznych substytutami mogą być alternatywne sposoby leczenia, na przykład wykorzystanie akupunktury czy ziołolecznictwo. W mojej ocenie nie są to rozwiązania będące w stanie odebrać klientów analizowanym podmiotom³⁴.

Istotną kwestią jest analiza strategiczna z punktu widzenia siły przetargowej dostawców i nabywców. Dostawcami dla podmiotów leczniczych będą: producenci sprzętu i aparatury medycznej, firmy farmaceutyczne, personel medyczny zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, a także firmy oferujące usługi gastronomiczne, informatyczne i porządkowe. Nabywcami będą pacjenci korzystający z usług placówki oraz inne podmioty lecznicze w zakresie, w jakim zlecają podmiotowi świadczenia do wykonania. Nabywcą będzie też Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Siła przetargowa nabywców jest związana z renomą placówki i zaufaniem pacjentów, dlatego podmioty lecznicze powinny dbać o dobrą opinię i wysoką jakość obsługi pacjenta. Mogą w tym celu wykorzystywać techniki *public relations*³⁵.

³⁰ W. Jakubowska, *Strategie konkurencji podmiotów leczniczych*, [w:] *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarośniński, S. Winch, Warszawa 2014, s. 83 n.

³¹ B. Kozuch, Ł. Sułkowski, *Instrumentarium zarządzania publicznego*, Warszawa 2015, s. 61 n.

³² W. Jakubowska, *op. cit.*, s. 84.

³³ *Ibidem*, s. 85.

³⁴ M. Jarośniński, *Analiza rynku usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarośniński, S. Winch, Warszawa 2014, s. 49.

³⁵ A. Davis, *Public relations*, Warszawa 2007, s. 45 n.

Analiza pięciu sił konkurencji Portera jest skutecznym narzędziem pozwalającym poznać otoczenie, krytycy tej metody wskazują na jej subiektywny charakter. Badając otoczenie dalsze wykorzystuje się metodę PEST, uwzględniającą analizę w czterech aspektach: politycznym, ekonomicznym, społeczno-kulturowym oraz technologicznym. Praktycy zarządzania dodają jeszcze aspekt prawny, środowiskowy oraz informacyjny, uzyskując metodę EPISTLE³⁶. Aspekt polityczno-prawny uwzględnia politykę państwa, prawo pracy, politykę socjalną oraz przepisy dotyczące prowadzenia działalności gospodarczej. Aspekt ekonomiczno-gospodarczy wskazuje na bezrobocie, konsumpcję, poziom nakładów na opiekę zdrowotną oraz dochody gospodarstw domowych. Czynniki społeczno-kulturowe to postęp cywilizacyjny, poziom wykształcenia, styl życia oraz świadomość i oczekiwania społeczne. Technologiczne aspekty oddziałujące na otoczenie związane są z poziomem technologicznym, innowacyjnością i nowoczesnością, nakładami państwa na badania i rozwój oraz funkcjonowaniem standardów jakościowych dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Analizując otoczenie metodą PEST, wykorzystuje się między innymi opinie ekspertów, scenariusze możliwych zdarzeń i scenariusze symulacyjne³⁷.

Analiza strategiczna obejmuje analizę samej organizacji, wykorzystując do tego metodę SWOT, umożliwiającą poznanie mocnych i słabych stron organizacji oraz istniejących w otoczeniu szans i zagrożeń. Niewątpliwie mocnymi stronami podmiotów leczniczych będą certyfikaty jakości, kompleksowe świadczenie usług, szeroki zakres świadczonych usług, wykorzystywanie ankiet satysfakcji pacjenta, wykwalifikowana kadra medyczna, nowoczesna aparatura medyczna, świadczenie usług dla innych podmiotów leczniczych, własna apteka oraz kontrakt z NFZ. Mankamentem zaś niemożność zwiększenia zakresu usług ze względu na ograniczoną liczbę gabinetów, niskie zarobki personelu, stały niedobór finansowy i brak alternatywnych metod finansowania świadczeń oraz zaleganie z płatnościami. Szans upatruje się w dogodnej lokalizacji, renomie i popularności, sprzęcie wysokiej jakości, udzielaniu specjalistycznych świadczeń, małej liczbie skarg pacjentów oraz w dodatkowym finansowaniu. Zagrożeniem może być liczna konkurencja, niewielkie możliwości rozbudowy bazy lokalowej, niedofinansowanie oraz niewystarczający parking dla pacjentów³⁸.

ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI

Zarządzanie podmiotami leczniczymi, znając ich rolę w systemie ochrony zdrowia, powinno odbywać się z poszanowaniem zasady sprawiedliwości oraz

³⁶ *Ibidem*, s. 46.

³⁷ J. Klich, *Zarządzanie strategiczne*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Kraków 2001, s. 108.

³⁸ Na temat podstaw analizy SWOT i jej zastosowania zob. A. Pakuła, *Planowanie i kontrolowanie w organizacji*, [w:] A. Chrisidu-Budnik *et al.*, *op. cit.*, s. 453–454.

równości, przy jak najefektywniejszym wykorzystaniu posiadanych zasobów. W kontekście tych postulatów w literaturze przedmiotu wskazuje się na koncepcję *stewardship*, która zakłada właściwe, sprawiedliwe, etyczne rządy³⁹. Odchodzi ona od tradycyjnego modelu uprawiania władzy, proponując w zamian zarządzanie partycypacyjne, czyli związane z samorealizacją, służbą publiczną, z mocnym zaangażowaniem, orientacją na zbiorowość oraz zmniejszeniem dystansu⁴⁰. Dlatego też w kontekście zarządzania podmiotami leczniczymi coraz częściej pojawia się termin *lean management*, czyli koncepcja polegająca na delegowaniu na niższe szczeble odpowiedzialności i kompetencji w związku z decentralizacją systemu informacji, samokontrolą oraz uelastycznieniem struktury organizacyjnej. Powoduje to spłaszczenie struktury, dzięki czemu organizacja może szybciej reagować na zmiany zachodzące w otoczeniu.

Koncepcja *lean management* cechuje się też uznaniem pracowników za najważniejszy element organizacji oraz ich stałym szkoleniem i doskonaleniem, bezpośrednim kontaktem i partnerską współpracą z dostawcami⁴¹. Ulokowanie czynnika ludzkiego w centralnym miejscu zwraca uwagę na istotną rolę zmiany sposobu myślenia i działania pracowników oraz kadry zarządzającej, pracę zespołową, a także współdecydowanie⁴². Opierając się na *lean management*, organizacja w pełni wykorzystuje własne zasoby, ogranicza czynności wykonywane przez pracowników, likwiduje zbędne przestoje, rozpoznaje ryzyko oraz trafnie identyfikuje potrzeby klienta. Wprowadzenie koncepcji *lean management* w podmiotach leczniczych pozwala udoskonalić jakość opieki nad pacjentami, minimalizując liczbę błędów oraz skracając czas oczekiwania na świadczenie medyczne, na przykład przez właściwy układ placówek czy uniknięcie zbędnych procedur⁴³.

W celu zoptymalizowania zużycia zasobów należy dokonywać zakupów według potrzeb, aby uniknąć sytuacji, w której nabywa się materiały, produkty lecznicze oraz sprzęt „na zapas”, zamrażając środki pieniężne szpitala lub co gorsza narażając się na ich utratę w wyniku przeterminowania. Dlatego w *lean management* pojawia się odniesienie do koncepcji *just in time*, która steruje procesem zamówień. Jest to trudna technika zarządzania, wymagająca dużego zaangażowania i synchronizacji. Z tego powodu szpitale coraz częściej sięgają po narzędzie tak zwanego magazynu wirtualnego, które umożliwi dostawcy dostarczenie określo-

³⁹ W.C. Włodarczyk, M. Zadybar-Jamróż, *O sprawiedliwym systemie zdrowotnym*, [w:] *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013, s. 32.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 34.

⁴¹ R. Kozłowski, A. Zakrzewska-Bielawska, *Obszary i metody restrukturyzacji wewnątrzorganizacyjnej*, [w:] *Restrukturyzacja organizacji i zasobów kadrowych przedsiębiorstwa*, red. S. Lachiewicz, A. Zakrzewska-Bielawska, Kraków 2005, s. 119.

⁴² J. Lipecki, *Lean management jako metoda restrukturyzacji zarządzania*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*” 1998, nr 8, s. 12.

⁴³ M. Graban, *Lean Hospitals — doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*, Wrocław 2011, s. 2.

nych preparatów w krótkim czasie⁴⁴. Koncepcja *lean management* zwraca uwagę również na poprawną komunikację, co pozwoli uniknąć nieporozumień między pracownikami i oddziałami.

W kontekście zarządzania podmiotami leczniczymi pojawia się zjawisko benchmarkingu. *Benchmarking* to metoda zarządzania polegająca na identyfikacji najlepszych sposobów realizacji procesów występujących wewnątrz organizacji i poza nią w celu usprawnienia jej działalności. Ważnym jego elementem jest korelowanie własnych praktyk z praktykami tych organizacji, których działania uważa się za najbardziej efektywne. Dlatego też *benchmarking* uważany jest za skuteczne narzędzie zarządzania jakością, redukcji kosztów, osiągnięcia przewagi konkurencyjnej, zwiększania udziału pracowników w podejmowaniu decyzji oraz wpływania na kulturę organizacyjną⁴⁵.

Wykorzystanie benchmarkingu w zarządzaniu podmiotami leczniczymi może odbywać się albo na poziomie poszczególnych oddziałów w ramach jednego podmiotu leczniczego, albo na poziomie wielu podmiotów leczniczych prowadzonych w formie szpitali. W pierwszym wypadku analiza skupiać się będzie na udziale kosztów usług pomocniczych w kosztach całkowitych oddziału, liczbie lekarzy i pielęgniarek na oddziale przypadających na pacjenta oraz obłożeniu łóżek na poszczególnych oddziałach. Zastosowanie tej metody na poziomie podmiotów leczniczych prowadzonych w formie szpitali o podobnym profilu umożliwi porównanie działalności aptek przyszpitalnych, laboratoriów diagnostycznych, systemów informatycznych oraz pionów technicznych. Analizie można poddać też zasady magazynowania materiałów, dokonywania zakupów, zapewnienia bezpieczeństwa, utrzymania czystości, a także współpracy szpitala z organizacjami opieki socjalnej. *Benchmarking* może być skuteczną metodą zarządzania podmiotami leczniczymi. Wiąże się niestety ze znacznym sformalizowaniem, co bardzo utrudnia jego skuteczne zastosowanie w podmiotach leczniczych. W krajach, w których jest stosowany, przynosi duże korzyści, nie tylko finansowane, lecz także organizacyjne i motywacyjne.

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI W PODMIOTACH LECNICZYCH

Istotnym czynnikiem usprawniającym proces udzielania świadczeń medycznych jest czynnik ludzki. Będzie on miał istotne znaczenie zarówno z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i z punktu widzenia funkcjonowania podmiotów leczniczych. Co prawda jest pewnym truizmem stwierdzenie,

⁴⁴ P. Karniej, *Logistyka i zarządzanie zapasami w organizacji opieki zdrowotnej*, Warszawa 2013.

⁴⁵ E. Poulin, *Benchmarking hospital logistics process*, CMA Management, March 2003, s. 21–23.

że im bardziej wykształcona i doświadczona kadra medyczna, tym powodzenie świadczeń zdrowotnych, udzielanych w podmiotach leczniczych wzrasta, a sposób kształcenia i doskonalenia kadr medycznych istotnie wpływa na leczenie pacjenta. Rzadziej natomiast uświadamiamy sobie, że powodzenie świadczeń zdrowotnych udzielanych w podmiotach leczniczych zależy też od innych czynników, w tym decyzji z zakresu organizacji i zarządzania, związanych ze zwiększeniem dostępności usług medycznych oraz z poprawą gospodarowania środkami finansowymi. Dlatego dla podmiotów leczniczych istotny będzie zarówno wysoko wykwalifikowany personel medyczny, jak i wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca, wyposażona w niezbędną wiedzę i kompetencję z zakresu organizacji i zarządzania.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że ludzie są najważniejszym zasobem organizacji, bo dają jej swoją pracę, uzdolnienia, twórczość i energię, a do najistotniejszych zadań kierownika należy dobór, szkolenie i doskonalenie kadr⁴⁶. Niezaprzeczalnie, także w podmiotach leczniczych, istotną rolą kierownika będzie stworzenie podwalin pracy zespołowej i sprawienie, żeby wszyscy ludzie w organizacji podążali zgodnie w jednym kierunku⁴⁷. Z perspektywy prawnej na kierownika spoczywać będzie obowiązek prowadzenia spraw pracowniczych. W zależności od wielkości podmiotu leczniczego oraz wewnętrznej polityki pracodawca, organizując obsługę kadrową, zleca ją albo zewnętrznej firmie na zasadzie outsourcingu, albo wyodrębnia w strukturach organizacji osobny dział, którego zadaniem będzie planowanie potrzeb kadrowych, rekrutacja, selekcja oraz zatrudnianie i awansowanie pracowników.

Proces pozyskiwania pracowników przez podmioty lecznicze jest jednym z głównych elementów zarządzania zasobami ludzkimi, który ma zapewnić ciągłość działania organizacji przez zbudowanie komplementarnego zespołu gotowego świadczyć określone usługi⁴⁸. Zatrudnianie nowego pracownika w placówce medycznej zaczyna się na długo przed jego przyjęciem do pracy. Najpierw następuje sformułowanie opisu stanowiska, określenie cech osobowych kandydata, wskazanie źródeł poszukiwania kandydata, sprecyzowanie kryteriów decyzji oraz zaplanowanie jego wdrożenia do pracy w placówce. Następnie konstruowana jest informacja związana z warunkami zatrudniania, które pozwolą potencjalnym kandydatom na zajęcie stanowiska. Rekrutacja może składać się z kilku etapów, dlatego po przeanalizowaniu wszystkich zgłoszonych aplikacji kadry, samodzielnie lub we współpracy z kierownikiem podmiotu leczniczego, podejmują decyzję o dalszej selekcji za pomocą dostępnych metod rekrutacji, czyli rozmowy kwalifi-

⁴⁶ J.A.F. Stoner, C. Wankel, *Kierowanie*, Warszawa 1992, s. 277; J. Jończyk, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 71 n.; P.F. Drucker, *Zawód menedżer*, Warszawa 2004, s. 201.

⁴⁷ P. Lencioni, *Pięć dysfunkcji pracy zespołowej. Opowieść o przywództwie*, Warszawa 2005, s. 11.

⁴⁸ M.D. Głowacka, P. Czajka, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 155.

kacyjnej, testów, analizy dokumentów oraz referencji, rzadziej *assessment centre*. Po dokonaniu wyboru nowy pracownik powinien zostać umiejętnie wprowadzony do pracy. Wprowadzenie do pracy jest działaniem wielopłaszczyznowym, z jednej strony obejmuje pewne aspekty formalne, na przykład badania lekarskie, szkolenie BHP, a z drugiej działania umożliwiające poznanie struktury organizacji, współpracowników, węzłów komunikacyjnych, schematu obiegu dokumentów oraz systemów informatycznych.

Zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych, podobnie zresztą jak w innych organizacjach, nie powinno kończyć się na etapie zatrudniania pracowników. Aby podmiot leczniczy mógł osiągać trwałą przewagę konkurencyjną, którą również determinują zatrudnieni w nim ludzie, dział kadr powinien podejmować działania mające za przedmiot planowanie, organizowanie, motywowanie oraz ocenianie pracowników. Planowanie jest złożoną czynnością i swoim zakresem obejmuje obszar planowania potrzeb personalnych, związany z pożądaną liczbą pracowników o określonych kwalifikacjach, obszar planowania wyposażenia personalnego, związany z przewidywaniem przyszłych zmian w strukturze zatrudnienia oraz obszar planowania obsad personalnych, polegający na przyporządkowaniu pracowników do określonych stanowisk pracy⁴⁹. W praktyce proces planowania zasobów ludzkich w podmiotach leczniczych, biorąc pod uwagę ich dynamiczne otoczenie, jest niezwykle trudny. Częstym problemem są niedobory personelu na rynku pracy. Z racji konieczności określonego wykształcenia, umiejętności oraz spełniania pewnych wymogów formalnych (prawo wykonywania zawodu) podmioty lecznicze nie są w stanie przewidzieć przyszłych zmian w strukturze zatrudnienia. Pewne ograniczenia wprowadza również art. 93 u.d.l., zgodnie z którym czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać tygodniowo 37 godzin i 55 minut. Ograniczenie to dotyczy pracowników etatowych, nie ma zastosowania w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie form cywilnoprawnych. Dlatego też częstą praktyką na uzupełnienie niedoboru lekarzy jest zmiana formy zatrudnienia, co pozostanie nie bez znaczenia dla bezpieczeństwa pacjentów oraz samych lekarzy⁵⁰.

Motywowanie w podmiotach leczniczych będzie przybierało formę gratyfikacji finansowych, jasnej ścieżki awansu oraz szkoleń. Pracodawca, rozpoczynając konstruowanie strategii szkoleń, powinien przede wszystkim określić potrzeby szkoleniowe pracowników. Ocenianie pracowników podmiotów leczniczych na ogół nie występuje. Pojawia się sporadycznie, zazwyczaj w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcą i to w odniesieniu do personelu niemedycznego. Ocena okresowa jest niezwykle ważnym elementem zarządzania zespołem. Kierownik ma okazję poznać pracownika, jego nastawienie do pracy oraz nastroj

⁴⁹ M.D. Głowacka, M. Sobkowski, T. Opala, *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, *op. cit.*, s. 162 n.

⁵⁰ NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Zatrudnianie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2015, www.nik.gov.pl (dostęp: 3.04.2017).

panujący w firmie. Wprowadzeniu systemu ocen pracowniczych zazwyczaj towarzyszy zwiększenie efektywności, poprawa jakości pracy, budowanie systemu motywacji i wynagrodzeń, określenie mocnych i słabych stron, planowanie awansów oraz określenie potrzeb szkoleniowych. Podmioty lecznicze powinny dążyć do pozyskiwania ludzi właściwych do zarządzania placówkami medycznymi, czyli mających wykształcenie, umiejętności, doświadczenie, lecz także predyspozycje do kierowania podległym im zespołem zarówno medycznym, administracyjnym, jak i gospodarczym. Niewątpliwie pracownicy podmiotów leczniczych stanowią najważniejszy zasób organizacji. Dobrze zmotywowany oraz zadowolony z warunków pracy pracownik będzie sumiennie wykonywał swoje obowiązki, co w konsekwencji przyczyni się do wysokiej jakości świadczonych usług, a finalnie do satysfakcji pacjenta. Zadowolony i zmotywowany pracownik nie działa rutynowo, popełnia mniej błędów. W placówkach medycznych dbałość o wykształconych i kompetentnych pracowników ma wpływ nie tylko na zdrowie i życie ludzkie, lecz także na jakość obsługi, co pozwala budować przewagę konkurencyjną.

ORGANISATION AND MANAGEMENT OF ENTITIES. ENVIRONMENT AND NEW CHALLENGES

Summary

Medical entities play important role in health care system as they are direct providers of health services, so organization and management of these entities won't be of less importance for health care customers — patients. This publication deals with subject of medical entities from organization and management study point of view. The analysis will be subjected to medical entities development policies, methods of medical entities management and Human Resources management in medical entities.

Keywords: medical entities; environment of medical entities; management of medical entities; HR management

BIBLIOGRAFIA

- Austen A., *Efektywność sieci publicznych*, Warszawa 2014.
- Bosek L., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011.
- Chrisidu-Budnik A., *Organizacja i jej otoczenie*, [w:] A. Chrisidu-Budnik, J. Korczak, A. Pakuła, J. Supernat, *Nauka organizacji i zarządzania*, Wrocław 2005.
- Davis A., *Public relations*, Warszawa 2007.
- Drucker P.F., *Zawód menedżer*, Warszawa 2004.
- Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013.
- Glinka B., Hensel P., *Projektowanie organizacji*, Warszawa 2006.
- Głowacka M.D., Czajka P., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.

- Głowacka M.D., Sobkowski M., Opala T., *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Graban M., *Lean Hospitals — doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*, Wrocław 2011.
- Hatch M.J., *Teoria organizacji*, Warszawa 2002.
- Jarosiński M., *Analiza rynku usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, red. M. Jarosiński, S. Winch, Warszawa 2014.
- Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008.
- Karniej P., *Logistyka i zarządzanie zapasami w organizacji opieki zdrowotnej*, Warszawa 2013.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Kraków 2001.
- Konecki K., *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania eksternalizacji funkcji organizacyjnych*, [w:] *Krytyczna teoria organizacji. Wybór zagadnień*, red. W. Kieżun, Warszawa 2004.
- Koźmiński A.K., *Zarządzanie w warunkach niepewności*, Warszawa 2004.
- Koźuch B., Sułkowski Ł., *Instrumentarium zarządzania publicznego*, Warszawa 2015.
- Lencioni P., *Pięć dysfunkcji pracy zespołowej. Opowieść o przywództwie*, Warszawa 2005.
- Lipecki J., *Lean management jako metoda restrukturyzacji zarządzania*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*” 1998, nr 8.
- Morgan G., *Obrazy organizacji*, Warszawa 1997.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnianie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej”*, Warszawa 2015.
- Oniszczuk J., *Wolność i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005.
- Pacian J., Pacian A., *Zmiany w prawie ochrony zdrowia na przykładzie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotów leczniczych*, [w:] *Prawo w ochronie zdrowia. Doświadczenia i perspektywy rozwoju*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Lublin 2013.
- Pakuła A., *Planowanie i kontrolowanie w organizacji*, [w:] A. Chrusiud-Budnik, J. Korczak, A. Pakuła, J. Supernat, *Nauka organizacji i zarządzania*, Wrocław 2005.
- Poulin E., *Benchmarking hospital logistics process*, CMA Management, March 2003.
- Prawo administracyjne materialne. Pojęcie, instytucje, zasady*, red. Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, M. Stahl, Warszawa 2015.
- Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013.
- Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011.
- Rabiega-Przyłęcka A., *Działalność lecznicza. Podmioty wykonujące działalność leczniczą*, [w:] *Prawo administracyjne materialne. Pojęcie, instytucje, zasady*, red. Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, M. Stahl, Warszawa 2015.
- Restrukturyzacja organizacji i zasobów kadrowych przedsiębiorstwa*, red. S. Lachiewicz, A. Zakrzewska-Bielawska, Kraków 2005.
- Stoner J.A.F., Wankel C., *Kierowanie*, Warszawa 1992.
- Yamawaki H., *Środowisko gospodarcze, innowacje i dynamika przemysłu*, [w:] *Dziedzictwo Drukerera. Znaczenie dorobku najwybitniejszego przedstawiciela nauki o zarządzaniu dla współczesnych liderów biznesu*, red. C.L. Pearce, J.A. Maciariello, H. Yamawaki, Warszawa 2011.