

## Wprowadzenie

W ostatnich dziesięcioleciach szpitale bezsprzecznie stanowiły podstawę wszystkich rozwiniętych systemów opieki zdrowotnej. Szacuje się, że pod koniec XX wieku sektor szpitalnictwa w Europie pochłaniał średnio 50% całkowitych krajowych wydatków na ochronę zdrowia oraz stanowił dominujący ośrodek zatrudnienia kadry medycznej. Dostarczanie usług medycznych i opieka nad pacjentem to podstawowa rola realizowana przez każdy szpital, jednakże kompleksowy zakres funkcji pełnionych przez współczesne szpitale jest znacznie bardziej rozbudowany. Nadrzędną rolą szpitali jest dostarczanie usług w trybie stacjonarnym. Nie można jednak zapominać, iż w szpitalach udzielane są również świadczenia z zakresu opieki ambulatoryjnej, rehabilitacji, ratownictwa medycznego, jak również prowadzone mogą być programy z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Szpitale i kliniki stanowią podstawę systemu edukacji kadr medycznych oraz odgrywają znaczącą rolę w prowadzeniu badań naukowych. Zakres funkcji pełnionych przez współczesne szpitale odzwierciedla bogactwo wzajemnych zależności, w jakich pozostają one z różnymi elementami otaczającego je środowiska.

Sektor szpitalnictwa konsumuje znaczny odsetek całkowitych wydatków zdrowotnych, stąd też znajduje się w centrum zainteresowania polityków i decydentów podejmujących działania reformatorskie. Szpitale stanowią tym samym źródło profesjonalnego doradztwa, jak również punkt odniesienia wszelkich zmian i procesów zachodzących w ramach sektora zdrowotnego. W okresie ostatniego trzydziestolecia w wielu krajach europejskich były podejmowane próby ograniczania kosztów sektora szpitalnictwa (i/lub publicznych wydatków na opiekę szpitalną), m.in. poprzez redukcję liczby łóżek, wzrost udziału świadczeniodawców prywatnych, wdrożenie innowacyjnych mechanizmów finansowania oraz wprowadzenie różnego rodzaju metod koordynacji podaży usług szpitalnych. Działania reformatorskie mają również na

celu wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej, położenie nacisku na udzielanie jak największej liczby świadczeń w trybie ambulatoryjnym oraz wprowadzanie elementów opieki koordynowanej. Przekształceniu ulegają także formy organizacyjno-prawne, w jakich funkcjonują jednostki szpitalne (procesy komercjalizacji i prywatyzacji). Szpitale znajdują się pod ciągłą presją podejmowania działań dostosowawczych (do zmieniających się warunków otoczenia) oraz poprawy efektywności funkcjonowania.

Niniejsze wydanie „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” jest poświęcone różnym aspektom funkcjonowania sektora szpitalnictwa. Dwa pierwsze artykuły odnoszą się do tematyki metod koordynacji podaży usług szpitalnych – zagadnienia niezwykle ważnego i aktualnego w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej. Autorzy prezentują międzynarodowe doświadczenia w tym względzie oraz dokonują oceny krajowych inicjatyw. Kolejny tekst poddaje ocenie wdrożenie zasad nowego zarządzania publicznego jako wzorca transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa. Większość pozostałych artykułów odnosi się do wybranych zagadnień dotyczących polskiego sektora szpitalnictwa: od kształcenia menedżerów zarządzających podmiotami leczniczymi, poprzez ocenę funkcjonowania rad nadzorczych przy niepublicznych szpitalach samorządowych, rolę marketingu w zarządzaniu szpitalem publicznym, analizę skali zjawiska zakażeń szpitalnych na przykładzie wybranego województwa – po problematykę zarządzania listami oczekujących na świadczenia medyczne. Ostatni artykuł zawiera charakterystykę sektora szpitalnictwa w Stanach Zjednoczonych wraz z próbą diagnozy i oceny aktualnych uwarunkowań jego funkcjonowania oraz wyzwań, którym będzie musiał sprostać w najbliższej przyszłości.

*Katarzyna Dubas-Jakóbczyk*

# Koordinacja podaży usług szpitalnych – doświadczenia międzynarodowe a sytuacja w Polsce

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

## Abstract

### *Methods of hospital services' supply coordination – international experiences and situation in Poland*

The article provides a comparison of methods of hospital services' supply coordination in three European countries: the United Kingdom (on England example), Germany and France. The coordination methods are defined as both the processes of planning the current hospital services supply levels (e.g. number of hospitals' beds by speciality) and regulations regarding the investment projects within this sector. The results of the international comparison are then used in the context of analysis of the current situation in Polish hospital sector. Major (past and present) initiatives aimed at introduction of some form of hospital services supply coordination in Polish system are described. Shifting the emphasis from 'competition' to 'coordination' is presented as a basic recommendation for reforms.

**Key words:** coordination, hospitals, hospital beds supply, planning

**Słowa kluczowe:** koordynacja, planowanie, podaż łóżek szpitalnych, szpitale

## Wstęp

Ile powinno być łóżek szpitalnych i jakiego rodzaju? Te z pozoru proste pytania nastrożają wiele trudności decydom systemów ochrony zdrowia w większości krajów. Podaż (rodzaj, liczba i rozmieszczenie) łóżek szpitalnych determinuje stopień zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji i znacząco wpływa na koszty sektora zdrowia. Zmiany czynników epidemiologicznych oraz demograficznych, rozwój nowych technologii, wzrost oczekiwań społecznych czy postępująca internacjonalizacja systemów zdrowotnych to tylko niektóre czynniki determinujące funkcjonowanie szpitali. W okresie ostatniego trzydziestolecia w wielu krajach europejskich podejmowano próby ograniczania kosztów sektora szpitalnictwa (i/lub publicznych wydatków na opiekę szpitalną) m.in. poprzez redukcję liczby łóżek, wzrost udziału świadczeniodawców prywatnych oraz wprowadzenie różnego rodzaju metod koordynacji podaży usług szpitalnych. W ramach niniejszego artykułu do-

konano analizy metod regulacji podaży usług szpitalnych w trzech krajach: Wielkiej Brytanii (na przykładzie Anglii), Niemczech oraz we Francji. Pod pojęciem „metod regulacji podaży” należy tu rozumieć zarówno procesy planowania rozmieszczenia dostępnych zasobów sektora szpitalnictwa (liczby i rodzaju łóżek, poziomu dostępności), jak i koordynacji inwestycji w tym sektorze. Uzyskane wnioski posłużyły następnie do oceny aktualnej sytuacji polskiego sektora szpitalnictwa w kontekście potrzeby wprowadzenia narzędzi regulacji podaży usług szpitalnych w skali makro (kraju) i/lub mezo (regionu).

## 1. Metody regulacji podaży usług szpitalnych na przykładzie Anglii, Niemiec oraz Francji

### 1.1. Podstawowe cechy sektorów szpitalnictwa

Determinanty oraz metody koordynacji funkcjonowania szpitalnictwa w poszczególnych krajach są w znacznym stopniu wypadkową zasad konstrukcji państwowych

systemów ochrony zdrowia. Te z kolei nieustannie ewoluują i podlegają procesowi reform. Metody finansowania systemu ochrony zdrowia oraz stopień jego decentralizacji wywierają duży wpływ na sposób organizacji oraz funkcjonowania sektora szpitalnictwa. W **Tabeli I** przedstawiono podstawowe cechy systemów zdrowotnych trzech krajów europejskich: Wielkiej Brytanii, Niemiec oraz Francji. Wybór tych państw został podyktowany cechującą je różnorodnością tradycyjnych zasad funkcjonowania systemów ochrony zdrowia<sup>1</sup>. We wszystkich tych krajach w ostatnim dwudziestoleciu można było zaobserwować znaczny wzrost wydatków zdrowotnych ogółem, w strukturze wydatków na zdrowie przeważają wydatki publiczne, a ciężar decyzyjny w dużej mierze spoczywa na administracji regionalnej.

Cechy charakteryzujące sektory szpitalnictwa Wielkiej Brytanii (na przykładzie Anglii), Niemiec oraz Francji przedstawia **Tabela II**. Wszystkie trzy kraje znacznie ograniczyły w ostatnim dwudziestoleciu podaż łóżek szpitalnych. Jednocześnie poprawie uległy wskaźniki efektywności technicznej – m.in. nastąpiło skrócenie średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Zarówno w Niemczech, jak i we Francji, począwszy od 2000 r., oraz angielskiej NHS od 2004 r. wprowadzono systemy finansowania usług szpitalnych oparte na różnych modyfikacjach jednorodnych grup pacjentów (DRG – *Diagnosis Related Groups*). Niezależnie od specyfiki każdego z konstruowanych systemów i odmiennych uwarunkowań jego implementacji zawsze wśród przesłanek reform znajdował się postulat podniesienia efektywności funkcjonowania sektora szpitalnictwa [1].

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
% PKB na zdrowie (1990 → 2011 r.)	5,8% → 9,4%	8,3% → 11,3%	8,4% → 11,6%
Udział wydatków publicznych (2011 r.)	82,8%	76,5%	76,8%
Publiczne źródła finansowania	podatki	składka + podatki	składka + podatki
Ciężar decyzyjny	kraje członkowskie (Anglia, Walia, Szkocja i Irlandia Północna)	landy	centralno-regionalny

**Tabela I.** Systemy ochrony zdrowia Wielkiej Brytanii, Niemiec oraz Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2013, European Observatory on Health Systems and Policies – HiT Series.

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
Wskaźnik liczby łóżek ostrych na 1000 populacji (2000 → 2011 r.)	3,0 → 2,6	6,1 → 5,3	4,1 → 3,4
Średni czas pobytu (z powodu wszystkich przyczyn) w dniach (2000 → 2011 r.)	9,0 → 7,3	10,1 → 9,3	6,0 → 5,6
Wskaźnik wykorzystania łóżek w 2009 r.	84,2%	76,2%	74,4%
Forma własności szpitali	93% łóżek – publiczne trusty, z rosnącą liczbą fundacji i szpitali powstałych na zasadzie PPP	48% łóżek – publiczne, pozostałe prywatne zarówno <i>for-</i> , jak i <i>non-profit</i> (z przewagą <i>non-profit</i> )	66% łóżek – publiczne, pozostałe prywatne zarówno <i>for-</i> , jak i <i>non-profit</i> (z przewagą <i>for-profit</i> )
Płatnik usług szpitalnych	administracja lokalna (PCT do 2013 r., aktualnie CCG)	kasy chorych	kasy chorych
Metoda finansowania usług szpitalnych	PbR ( <i>Payment by Results</i> ) oparty na HRG ( <i>Health Resource Group</i> )	G-DRG ( <i>German-Diagnosis Related Groups</i> )	T2A ( <i>Tarification a l'Activite</i> ) oparty na GHM ( <i>Groupe Homogene des Malades</i> )
Współpłacenie do usług szpitalnych (2007 r.)	brak	10 euro dziennie, lecz nie dłużej niż za 28 dni pobytu w roku	16 euro za każdy dzień pobytu
Udział sektora szpitalnictwa w całkowitych wydatkach na zdrowie (2000 → 2008 r.)	42,8% → b.d.	35,8% → 29,4%	39,9% → 35,0%
Katalog cen usług szpitalnych	centralny	centralny	centralny

**Tabela II.** Cechy sektorów szpitalnictwa w Wielkiej Brytanii, Niemczech oraz we Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2013; European Observatory on Health Systems and Policies, *The Health Policy Bulletin*, J. Cylus, R. Irwin, *The challenges of hospital payment system*, Autumn 2010; 12(3); HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, France 2009.

## Anglia

W angielskim systemie Narodowej Służby Zdrowia (NHS – *National Health Service*), począwszy od lat 90. ubiegłego wieku, funkcjonowała hierarchiczna struktura: ministerstwo – poziom regionalny – poziom lokalny. Poziom regionalny był reprezentowany przez tzw. strategiczne oddziały ds. zdrowia (SHA – *strategic health authority*), które odpowiadały za ustalanie priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej (w 2010 r. funkcjonowało 10 SHA). Poziom lokalny natomiast tworzyły grupy opieki podstawowej (PCT – *primary care trusts*) – około 150 jednostek, z których każda sprawowała opiekę nad około 340 tys. populacji [2]. PCT odpowiadały za dostarczenie opieki zdrowotnej swojej populacji – mogły bezpośrednio wytwarzać usługi lub je kontraktować (wykorzystywały w ten sposób około 80% budżetu NHS). W 2013 r. zapoczątkowano głębokie przemiany struktury NHS (na podstawie ustawy *Health and Social Care Act 2012*), które doprowadziły m.in. do likwidacji PCT i SHA oraz przejęcia roli instytucji kontraktującej usługi zdrowotne przez konsorcja lekarzy rodzinnych (CCG – *clinical commissioning groups*). W nowym systemie znacznemu wzmocnieniu uległa także rola władz lokalnych [3].

Proces reform dotyczy również sektora szpitalnictwa. Pomimo iż zdecydowana większość opieki szpitalnej jest dostarczana przez szpitale publiczne, w ostatnich latach można zauważyć oznaki większego pluralizmu w tym obszarze. W ostatnim dwudziestoleciu szpitale publiczne funkcjonowały w formie trustów – grup stanowiących podmioty prawa o szczególnym charakterze, swobodnie dysponujących środkami finansowymi, których wielkość zależała od liczby świadczeń zakupionych przez PCT. Według danych za 2010 r. w ramach angielskiej NHS funkcjonowało 231 szpitali, z których część posiadała więcej niż jedną lokalizację, dając ogółem 332 jednostki [2]. Aktualna reforma zakłada przekształcenie większości szpitali publicznych w fundacje (FT – *foundation trust*) do końca 2014 r. Fundację można określić jako organizację pożytku publicznego zarządzaną na poziomie lokalnym przez przedstawicieli zarządu [3]. Aby publiczny trust mógł ulec przekształceniu, musi spełnić wiele warunków (m.in. pozytywna ocena 5-letniego biznesplanu, strategii kadrowej i zasad zarządzania) – status fundacji nadawany jest w formie 30-letniej licencji. Szpitalne fundacje cechują się zdecydowanie większym zakresem autonomii w porównaniu z trustami. Uzyskują m.in. niezależność w kwestii sprzedaży majątku trwałego uznanego za występujący w nadmiarze w stosunku do potrzeb oraz większą niezależność organizacyjno-zarządczą.

W 2004 r. angielska NHS<sup>2</sup> wprowadziła system finansowania usług szpitalnych określony mianem „opłaty za rezultaty” (PbR – *Payment by Results*). Nadrzędną przesłanką takiego rozwiązania było wprowadzenie bodźców finansowych motywujących dostawców usług do sprawniejszego funkcjonowania. Cena usługi, uzależniona od jej zaklasyfikowania do danej grupy, jest dostosowywana do lokalnych warunków poprzez wykorzystanie wskaźnika sił rynkowych (MFF – *Market Forces Factor*), którego konstrukcja uwzględnia wpływ

trzech składowych: kosztów wynagrodzeń pracowniczych, wykorzystania gruntu oraz budynków [4]. Władze lokalne odpowiadają za zakontraktowanie odpowiedniej liczby i jakości świadczeń szpitalnych (niezależnie czy u dostawcy publicznego, czy prywatnego), jednakże cena (z lokalnym dostosowaniem włącznie) jest ustalana ogólnie.

Wielka Brytania charakteryzuje się stosunkowo niskim, w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, wskaźnikiem liczby łóżek ostrych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – 2,6 w 2011 r. Cechą charakterystyczną jest również niski udział liczby łóżek prywatnych w liczbie łóżek szpitalnych. Ogółem w 2007 r. łóżka szpitali prywatnych stanowiły około 6% łóżek ogółem [2]. Ograniczenie zasobów skutkuje problemami związanymi z dostępnością do opieki specjalistycznej (w tym szpitalnej)<sup>3</sup>. Problem długich list oczekujących na przyjęcie do szpitala stanowi jeden z priorytetów podejmowanych działań reformatorskich<sup>4</sup>. NHS wspiera rozwój sektora prywatnych świadczeniodawców – począwszy od 2005 r. powstają tzw. niezależne centra opieki zdrowotnej (ISTC – *Independent Sector Treatment Centers*), które świadczą usługi kliniczne zgodnie z określonymi standardami i w określonym czasie. Umowa o świadczenie usług jest zawierana na okres 5 lat z możliwością przedłużenia za porozumieniem stron. Za pierwsze 5 lat dochód świadczeniodawcy jest określany na podstawie liczby skierowań do ISTC, przy czym świadczeniodawca nie ponosi ryzyka związanego z brakiem pacjentów, ponieważ przysługuje mu minimalny gwarantowany dochód. W przypadku przedłużenia umowy od świadczeniodawcy oczekuje się, że podejmie on ryzyko gospodarcze (tzn. NHS nie zapewnia minimalnego gwarantowanego dochodu). Ze względu na krótkotrwały charakter umowy, jakkolwiek wiąże się ona z gwarantowanym dochodem, niektórzy uważają, że ISTC to sponsorowana przez państwo szansa na uruchomienie przedsiębiorstwa, które w dłuższej perspektywie będzie mogło konkurować z innymi dostawcami usług medycznych [5]. Wszystkie szpitale publiczne natomiast, niezależnie od formy funkcjonowania, mogą świadczyć usługi na rzecz pacjentów prywatnych (tzw. *pay-beds*) oraz oferować usługi dla pacjentów opłacanych ze środków publicznych, lecz w wyższym standardzie – pacjent dopłaca jedynie do podwyższonego standardu pobytu w szpitalu, nie zaś do kosztów samej usługi medycznej (tzw. *amenity-beds*) [2].

NHS promuje rozwój partnerstwa publicznego-prywatnego (PPP). Utworzony w 1992 r. program inicjatywy prywatnego finansowania (PFI – *Private Finance Initiative*) ma na celu wspieranie prywatnych inicjatyw w zakresie finansowania inwestycji w sektorze publicznym. Przyjęty przez NHS w 2000 r. plan poprawy infrastruktury szpitalnej zakładał zastąpienie lub zmodernizowanie 100 szpitali do 2010 r. (założenie to udało się zrealizować już w 2008 r.). Do 2009 r. zastąpiono lub zmodernizowano 104 szpitale – zdecydowana większość, bo 77 spośród tych inwestycji, została zrealizowana z wykorzystaniem formuły PPP [2].

Problematyka efektywności funkcjonowania brytyjskich szpitali, zwłaszcza w wymiarze bezpośrednich

rezultatów zdrowotnych, jest przedmiotem licznych krajowych analiz i opracowań<sup>5</sup>. Korzystając z bazy danych NHS, każdy pacjent ma możliwość porównania wskaźników charakteryzujących poszczególne szpitale, odnoszących się m.in. do: jakości usług, czasu oczekiwania na określone zabiegi, występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych, jakości pożywienia czy dostosowania wyposażenia do potrzeb osób niepełnosprawnych<sup>6</sup>. Jednym z kluczowych problemów sektora szpitalnictwa są natomiast znaczne różnice regionalne w dostępie do świadczeń spowodowane nierównomiernym rozmieszczeniem zasobów opieki stacjonarnej. Najnowsze działania reformatorskie skupiają się więc zarówno na kwestiach zwiększenia efektywności alokacyjnej, jak i kosztowej, m.in. poprzez rozwój różnych form opieki domowej [2].

## Niemcy

Podstawy niemieckiego systemu opieki zdrowotnej są oparte na dwóch nadrzędnych zasadach: obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego uzależnionego od osiągniętych dochodów oraz autonomii i niezależności instytucji ubezpieczeniowych od organów administracji publicznej państwa. Władze publiczne – federalne i samorządowe – odpowiadają za zdrowie publiczne i finansują zadania w tym zakresie, jak również określają zasady wykonywania praktyki medycznej [6]. Na poziomie federalnym, począwszy od 2004 r., funkcjonuje tzw. Wspólny Komitet Federalny (*Federal Joint Committee*) odpowiedzialny za wydawanie ogólnych, krajowych regulacji dotyczących wszystkich podsektorów opieki zdrowotnej. W jego ramach funkcjonuje m.in. Komitet ds. Opieki Szpitalnej (*Committee for Hospital Care*) odpowiedzialny za kwestie oceny technologii medycznych stosowanych w szpitalnictwie oraz procesy zewnętrznej oceny jakości. Każdy land natomiast odpowiada za politykę szpitalną na własnym obszarze.

Landy (łącznie 16 jednostek regionalnych) są odpowiedzialne za opracowanie „planu opieki szpitalnej” na swoim obszarze (*Krankenhausplan*). Metodologia i zakres szczegółowości takiego planu mogą się znacznie różnić pomiędzy regionami, jednakże nadrzędną przesłanką jest zawsze uwzględnienie kryterium zapotrzebowania na usługi szpitalne [7]. Plan powinien zawierać oszacowanie potrzeb i możliwości dostarczenia opieki szpitalnej według rodzaju usług, w podziale na obszar gminy i/lub powiatu. Niektóre landy definiują poziom „dostarczenia opieki szpitalnej” jako zadowalający, jeśli wskaźnik wykorzystania łóżek w danej specjalności utrzymuje się na terenie danej gminy lub powiatu na poziomie poniżej 80%. Plan określa liczbę szpitali (oraz łóżek według specjalności) w danym landzie i jest opracowywany przez trójstronny komitet składający się z przedstawicieli administracji landów, szpitali i kas chorych. Każdy szpital ujęty w planie ma zagwarantowane otrzymanie kontraktu z kasami chorych. [7]

W 1972 r. wprowadzono w Niemczech swego rodzaju dualny system finansowania szpitali, który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora. Polega on na niezależnym finansowaniu kosztów bieżących usług

szpitalnych ze środków kas chorych, a kosztów inwestycyjnych ze środków poszczególnych landów. W 1996 r. wprowadzono prospektywne stawki finansowania działalności bieżącej: „za przypadek” i „za procedurę”, co było wstępem do rozpoczęcia implementacji od 2000 r. systemu jednorodnych grup pacjentów określonego mianem niemieckiego DRG (G-DRG). Odpowiedzialność za wdrożenie nowego systemu finansowania usług szpitalnych spoczęła na władzach poszczególnych landów, a podstawy jego konstrukcji zostały opracowane przez powołany w tym celu Instytut ds. Finansowania Szpitali (*Institute for Hospital Reimbursement*), który odpowiada także za analizę danych dostarczanych przez szpitale w celu dokonywania corocznej kalkulacji cen<sup>7</sup>. W przypadku części skomplikowanych i kosztochłonnych procedur medycznych instytut ustala osobny katalog cen, kontraktowanych poza systemem G-DRG [8].

Struktura właścicielska niemieckich szpitali jest dość zróżnicowana. Wyróżnia się tu trzy główne typy szpitali: publiczne, prywatne niedziałające dla zysku – prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje *non-profit*, oraz prywatne nastawione na zysk. W okresie ostatniego dwudziestolecia można zaobserwować spadek liczby szpitali publicznych oraz prywatnych typu *non-profit*, z jednoczesnym wzrostem liczby szpitali prywatnych *for-profit*. Według danych Niemieckiego Stowarzyszenia Szpitali (DKG – *Deutsche Krankenhausgesellschaft*) w 2011 r. funkcjonowało w Niemczech 2045 szpitali, w tym: 621 publicznych, 746 prywatnych *not-for-profit* i 678 prywatnych *for-profit*. Dla porównania w 1992 r. te same statystyki wynosiły odpowiednio: 2381 szpitali ogółem, w tym 1062 publicznych, 950 prywatnych *not-for-profit* i 369 prywatnych *for-profit* [9]. Pomimo iż liczba szpitali prywatnych zdecydowanie przeważa, to biorąc pod uwagę liczbę łóżek, sektor publiczny nadal odgrywa znaczącą rolę. W 2011 r. w strukturze łóżek ogółem udział łóżek szpitali poszczególnych kategorii wynosił odpowiednio: 48% szpitale publiczne, 36% prywatne *not-for-profit*, 17% prywatne *for-profit* [9]. Obserwowany w ostatnich latach trend spadku liczby szpitali publicznych jest związany ze zjawiskiem przejmowania szpitali publicznych przez inwestorów zarządzających sieciami jednostek prywatnych. Dotyczy to także dużych szpitali uniwersyteckich, w których przypadku państwo pozostaje właścicielem kilku procent udziałów, aby zabezpieczyć w ten sposób działalność w dziedzinie nauczania akademickiego [10]. Większość szpitali, niezależnie od formy własności, zajmuje się leczeniem osób ubezpieczonych, ustawowo podlegając takim samym regulacjom [11].

Do podstawowych problemów niemieckiego sektora zdrowotnego zalicza się przede wszystkim wysokie koszty opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym ograniczeniu wielkości wpływów z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, spowodowanym starzeniem się społeczeństwa oraz trudną sytuacją gospodarczą (rosnące bezrobocie). Szacuje się, iż w 2008 r. w Niemczech około 29,4% całkowitych wydatków zdrowotnych skonsumował sektor szpitalnictwa (widoczny jest trend ograniczania kosztów opieki szpitalnej, która jeszcze w 2000 r. pochłaniała około 36% całkowitych wydatków

zdrowotnych). Próba ograniczania kosztów jest widoczna m.in. w redukcji zasobów opieki stacjonarnej – wartość wskaźnika liczby łóżek ostrych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców spadła z 6,1 w 2000 do 5,3 w 2011 r.

### Francja

Cechą francuskiego systemu opieki zdrowotnej jest duża złożoność i sfragmentaryzowanie systemu (wielość instytucji ubezpieczeniowych, jak również podmiotów świadczących usługi, często na zróżnicowanych zasadach). W ostatnich latach podjęto próby wzmocnienia roli samorządu terytorialnego w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, jednakże to władza rządowa odgrywa znaczącą rolę w definiowaniu norm i standardów medycznych, w tym także liczby łóżek szpitalnych i wysokospecjalistycznej aparatury, jak również w ustalaniu cen świadczeń zdrowotnych [12].

Na poziomie centralnym ministra zdrowia wspiera wiele instytucji, z których główną rolę odgrywają tzw. wysoki urząd ds. zdrowia (HAS – *Haute Autorite de Sante*) oraz krajowa agencja wsparcia działalności placówek zdrowotnych i medyczno-społecznych (ANAP – *Agence Nationale d'Appui a la Performance des etablissements de sante et medico-sociaux*) [5]. Pierwsza z instytucji odpowiada za opracowanie i aktualizację koszyka świadczeń (ocenia skuteczność terapeutyczną produktów i świadczeń oraz konieczność ich refundacji). Druga z kolei ma za zadanie m.in. wspierać placówki medyczne w poprawie ich funkcjonowania – pełni funkcje doradcze w kwestiach reorganizacji wewnętrznej podmiotów, zarządzania majątkiem i wdrażania reform.

Na poziomie regionalnym kluczową rolę odgrywają regionalne agencje zdrowia (ARS – *Agence Regionales de Sante*), które nie są jednostkami administracji publicznej, lecz organizacjami powołanymi celowo na rzecz realizacji zadań publicznych (łącznie 26 jednostek na terenie kraju) [5]. W skład rady nadzorczej ARS wchodzi przedstawiciele administracji państwowej, instytucji ubezpieczeniowych oraz społeczności lokalnych. Regionalne agencje są odpowiedzialne za wdrażanie krajowej polityki zdrowotnej w regionach oraz przygotowanie i wdrożenie regionalnego programu organizacji polityki zdrowotnej. Program taki wyznacza priorytety zdrowotne dla danego regionu oraz określa zakres oferty świadczeniodawców usług szpitalnych i ambulatoryjnych na poziomie zaspokajającym potrzeby pacjentów. Planowanie zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne podmioty odnosi się zarówno do jednostek publicznych, jak i prywatnych.

W sektorze szpitalnictwa, pomimo licznej reprezentacji szpitali prywatnych zorientowanych na zysk, dominująca rola przypada sektorowi publicznemu. Według danych za 2007 r. we Francji funkcjonowało 2840 szpitali, z czego 1/3 stanowiły szpitale publiczne. Biorąc jednak pod uwagę liczbę łóżek, szacuje się że 66% łóżek przypada na jednostki publiczne, 14% na prywatne *non-profit*, a pozostałe 20% na szpitale *for-profit*. Te ostatnie, najczęściej działające jako tzw. *Cliniques* i będące własnością lekarzy, specjalizują się zwykle w za-

biegach planowych, głównie w ortopedii, chirurgii oraz ginekologii i położnictwa. Szacuje się, iż ponad 50% wszystkich zabiegów chirurgicznych oraz 75% przeprowadzanych w trybie chirurgii jednego dnia jest wykonywanych w prywatnych klinikach działających dla zysku [13]. W ostatnich latach natomiast można zauważyć trend łączenia się tego typu szpitali w sieci i podejmowanie także takich dziedzin, jak radioterapia czy kardiochirurgia. Na przykładzie francuskiego systemu ochrony zdrowia można dostrzec swoiste dopełnianie się sektora publicznego i prywatnego w zakresie szpitalnictwa. Ten pierwszy ze względu na szerszy zakres usług oraz przyjmowanie pacjentów w cięższym stanie i ze złożonymi schorzeniami uzyskuje wyższy budżet ze środków publicznych. Sektor prywatny zaś skupia się na powtarzalnych i stosunkowo prostych procedurach. Rzadko zdarza się, aby szpitale prywatne świadczyły usługi w pełnym zakresie, tak jak robią to podmioty publiczne (stąd trudno mówić o konkurencji pomiędzy podmiotami publicznymi i prywatnymi) [5]. Należy tym samym podkreślić, iż elementem krytyki sektora prywatnego jest problematyka tzw. spijania śmietanki (*cream skimming*), a więc selekcji pacjentów w kierunku wyboru relatywnie zdrowszych, dobrze rokujących i pociągających za sobą niższe koszty dla szpitala [14].

W 2004 r. wprowadzono francuską odmianę DRG, określoną mianem „opłaty opartej na aktywności” (T2A – *Tarifcation a l'Activite*). W nowym systemie dochód każdego szpitala został uzależniony od liczby i sklasyfikowania pacjentów w ramach tzw. homogenicznych grup pacjentów (GHM – *Groupe Homogene des Malades*). Wysokość cen poszczególnych usług jest kalkulowana corocznie na poziomie centralnym [15]. Występują jednak zasadnicze różnice w taryfach opłat stosowanych w odniesieniu do szpitali z sektora publicznego i prywatnego. Te pierwsze, do których zalicza się także szpitale niepubliczne *non-profit*, są finansowane za pomocą stawek uwzględniających wszystkie koszty związane z pobytem pacjenta (włączając wynagrodzenie personelu medycznego, koszty przeprowadzanych procedur i testów). W przypadku szpitali prywatnych stawka nie pokrywa kosztów wynagrodzenia personelu, które są opłacane na zasadzie „za usługę”, jak również osobno rozliczanych kosztów testów biochemicznych i obrazowych. Dodatkowo szpitale zarówno publiczne, jak i prywatne, spełniające tzw. publiczną misję, tj. prowadzące działalność edukacyjną, badawczą bądź realizujące różnego rodzaju zadania spójne z priorytetami krajowymi i/lub regionalnymi, mogą liczyć na dodatkowe źródła finansowania [15].

Należy podkreślić, że najnowsze propozycje reform francuskiego systemu ochrony zdrowia zakładają m.in. wprowadzenie jednolitych zasad finansowania dla szpitali publicznych i prywatnych, funkcjonujących zarówno *non-profit*, jak i *for-profit*. Początkowo nowe przepisy miały wejść w życie od 2012 r., jednakże znaczne różnice w strukturze i wielkości kosztów generowanych przez szpitale publiczne i prywatne wywołały szeroką debatę na temat zasadności jednolitych stawek finansowych, wskutek czego termin ich wprowadzenia przesunięto na 2018 r. [13]. Jako nadrzędną przesłankę tych działań

wymienia się wprowadzenie bodźców proefektywnościowych w odniesieniu do szpitali publicznych, jak również potrzebę stopniowej harmonizacji i ustrukturyzowania zasad współpracy pomiędzy obydwoma sektorami. Działania reformatorskie odnoszą się także do metod zarządzania szpitalami publicznymi, dążąc do wprowadzenia większej autonomii i organizacyjnej elastyczności tych jednostek. Nowe regulacje przyjęte w 2009 r. doprowadziły m.in. do znacznego wzmocnienia i uniezależnienia pozycji dyrektora szpitala publicznego, ograniczając jednocześnie rolę rady administracyjno-doradczej, w skład której wchodzi głównie przedstawiciele władz lokalnych i pracowników szpitala [13].

Francja od wielu już lat należy do krajów, w których notuje się najwyższe nakłady na ochronę zdrowia, i zajmuje w tym względzie jedno z czołowych miejsc na świecie (po Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, w Europie ma pozycję porównywalną jedynie ze Szwajcarią i Niemcami). Udział opieki szpitalnej w całkowitych wydatkach zdrowotnych uległ obniżeniu z 39,9% w 2000 do 35,0% w 2008 r. Próby ograniczenia kosztów opieki szpitalnej przekładają się we Francji m.in. na działania w kierunku rozwoju różnych form opieki domowej. Ośrodki zapewniające usługi z zakresu tzw. hospitalizacji w warunkach domowych (HAD – *hospitalisation à domicile*) to podmioty działające głównie jako jednostki przyszpitalne lub prywatne, stowarzyszenia *non-profit*. Świadczą one usługi o charakterze zarówno medycznym, jak i opiekuńczym, głównie w zakresie opieki paliatywnej, chorób nowotworowych oraz opieki perinatalnej. Zgodnie z definicją przyjętą przez francuskie ministerstwo ds. zdrowia „opieka szpitalna w warunkach domowych” dotyczy pacjentów z poważnymi, przewlekłymi lub niestabilnymi stadiami choroby, którzy wymagają zapewnienia technicznej opieki medycznej o określonym poziomie złożoności i intensywności. Celem tej opieki jest uniknięcie/opóźnienie przyjęcia lub skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu, jak również stworzenie warunków rozwoju kompleksowych planów opieki oraz współpracy sektora medycznego i społeczno-opiekuńczego [13].

## 1.2. Narzędzia koordynacji inwestycji

Szczególną rolę w procesie koordynacji podaży usług szpitalnych odgrywają narzędzia regulacji inwestycji, których główne cechy w odniesieniu do trzech omawianych krajów przedstawiono w **Tabeli III**. Zarówno w Wielkiej Brytanii, Niemczech, jak i we Francji funkcjonują krajowe i/lub regionalne programy/plany dotyczące inwestycji w sektorze szpitalnym. Mogą one przyjmować różne formy i zakres szczegółowości, niemniej jednak wspólną i nadrzędną przesłanką ich opracowywania jest koordynacja podaży łóżek szpitalnych.

### Anglia

W angielskiej NHS pomimo braku na poziomie centralnym programu dotyczącego rozmieszczenia jednostek szpitalnych rząd ma pośredni wpływ na decyzje inwestycyjne poprzez kontrolę rozmieszczenia funduszy NHS. Zdolność lokalnej społeczności do utrzymania i/lub budowy nowego szpitala zależy od kwoty środków finansowych otrzymanych od NHS. Władze regionalne (reprezentowane do 2013 r. przez SHA) ustalają priorytety polityki zdrowotnej, w tym także założenia dotyczące podaży usług szpitalnych – w postaci corocznie aktualizowanych planów inwestycyjnych. Władze lokalne (reprezentowane do 2013 r. przez PCT) zainteresowane podjęciem inwestycji w zakresie infrastruktury szpitalnej (np. zmiany zakresu świadczonych usług, zamknięcia/budowy szpitala) opracowują wspólnie z danym podmiotem biznesplan, który powinien m.in. uzasadniać potrzebę wprowadzenia zmian. Schemat i zawartość takiego biznesplanu jest z góry ustalona we właściwym przewodniku NHS (*NHS Capital Investment Manual*). Biznesplan musi następnie uzyskać akceptację władz regionalnych, a w niektórych przypadkach także centralnych – Departamentu Zdrowia (gdy oszacowana wartość inwestycji przekracza kwotę 35 mln GBP). Każdy szpital publiczny ma dodatkowo obowiązek raportowania informacji na temat stanu posiadanych urządzeń i infrastruktury tech-

Cecha	Wielka Brytania	Niemcy	Francja
Funkcjonowanie krajowego/regionalnego programu na rzecz inwestycji w sektorze szpitalnym	tak	tak	tak
Źródło finansowania inwestycji	– procent przychodów – pożyczki z sektora prywatnego – pożyczki od rządu	– administracja landów – pożyczki z sektora prywatnego	– budżet państwa – pożyczki z sektora prywatnego
Wymagana zgoda na poziomie centralnym w przypadku dużych inwestycji	tak	nie	nie

**Tabela III.** Narzędzia koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnictwa w Wielkiej Brytanii, Niemczech oraz we Francji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Thompson C.R., McKee M., *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, „Health Policy” 2004; 67: 281–291; Thompson C.R., McKee M., *An analysis of hospital capital planning and financing in three European countries: using the principal-agent approach to identify the potential for economic problems*, „Health Policy” 2011; 99: 158–166; *European Observatory on Health Systems, United Kingdom (England) – Health System Review 2011*, WHO, Copenhagen 2011.

nicznej. Dane te są zbierane przez wyspecjalizowaną jednostkę w ramach Departamentu Zdrowia, a następnie wykorzystywane do opracowywania raportów w sprawie stanu infrastruktury NHS [2]. Począwszy od lat 90. dominującym źródłem finansowania inwestycji w sektorze szpitalnym w Wielkiej Brytanii były fundusze NHS, wykorzystywane głównie z zastosowaniem formuły PPP. Po przekształceniu szpitali publicznych w fundacje nastąpiły zasadnicze zmiany. Szpitalne fundacje mogą finansować inwestycje z uzyskiwanych zysków oraz pożyczek zaciąganych w sektorze prywatnym – bankach komercyjnych – lub publicznym – specjalnym rządowym funduszu (*Foundation Trust Financing Facility*). W przypadku tego ostatniego niezależna agencja ocenia zdolność finansową danego szpitala i ustala zasady udzielenia pożyczki ze środków publicznych [2].

### Niemcy

W Niemczech landy są odpowiedzialne za planowanie i finansowanie inwestycji szpitalnych, tak w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Każdy szpital uwzględniony w planie regionalnym ma zagwarantowany kontrakt z kasą chorych na finansowanie działalności bieżącej. Kontrakt pokrywa także koszty utrzymania i wymiany sprzętu o okresie eksploatacji do 3 lat – kwota przyznaczonych na ten cel środków jest liczona jako procent całkowitego budżetu danego szpitala (w 2003 r. był 1,1%) [7]. Pozostałe inwestycje są finansowane bezpośrednio z budżetu danego landu. Zarówno publiczne, jak i prywatne szpitale (uwzględnione w planie) mogą aplikować o środki publiczne na inwestycje. Szpitale mogą również zaciągać pożyczki na cele inwestycyjne w sektorze prywatnym – wymagana jest tu jednak formalna zgoda ze strony administracji landu [16]. Jej wydanie jest uzależnione od oceny zapotrzebowania na usługi szpitalne (czy inwestycja jest niezbędna dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych) oraz oceny kosztochłonności finansowania prywatnego (czy wykorzystanie środków publicznych nie byłoby tańsze).

### Francja

W systemie francuskim inwestycje szpitalne realizowane są w ramach wieloletnich planów inwestycyjnych opracowywanych na poziomie centralnym. Dotychczas zrealizowano dwa takie plany: *Plan Hôpital 2007* i *Plan Hôpital 2012*, obejmujące odpowiednio lata: 2003–2007 oraz 2007–2012. O uzyskanie dotacji inwestycyjnej ze środków takiego planu mogły się ubiegać zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. Przy wyborze projektów oceniano m.in.: możliwości poprawy efektywności placówki (w tym możliwości optymalizacji struktur organizacyjnych, wielkość projektu, poprawność założeń finansowych), znaczenie strategiczne projektu, wymiar społeczny oraz stopień, w jakim inwestycja stanowi odpowiedź na potrzeby lokalne. Placówki realizujące projekty w ramach planu *Hôpital 2012* mogły liczyć na wsparcie odpowiednich instytucji doradczych w zakresie kwestii finansowych, organizacyjnych i technicz-

nych projektu. Środki na realizację planu *Hôpital 2012* wynosiły około 10 mld euro i pochodziły bezpośrednio z budżetu państwa, a instytucjami odpowiedzialnymi za ocenę projektów i przyznawanie dotacji były i pozostają w dalszym ciągu regionalne agencje zdrowia (ARS).

## 2. Funkcjonowanie sektora szpitalnictwa w Polsce – konkurencja *versus* koordynacja

### 2.1. Ogólna charakterystyka polskiego sektora szpitalnictwa

Sektor szpitalnictwa w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, musi sprostać obecnie wielu wyzwaniom. Do podstawowych kwestii należy zaliczyć m.in. problematykę poprawy efektywności kosztowej funkcjonowania oraz dostosowanie do potrzeb zdrowotnych populacji (wskaźniki epidemiologiczne i demograficzne). W przypadku polskiego sektora trudno jednak mówić o metodach koordynacji podaży usług szpitalnych. Występują oczywiście ogólne zapisy prawne mówiące o roli administracji rządowej i samorządowej w tworzeniu warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz ocenie potrzeb zdrowotnych populacji: zgodnie z art. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa [17]; z kolei ustawa o samorządzie województwa zobowiązuje władze tego poziomu samorządu terytorialnego do opracowania strategii rozwoju województwa (art. 11) oraz wykonywania zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia (art. 14) [18]. Brakuje natomiast uregulowań odnoszących się bezpośrednio do koordynacji podaży usług szpitalnych i/lub planowania inwestycji w tym sektorze.

W Polsce, podobnie jak w całej Europie, zauważalny jest wieloletni już trend spadku liczby łóżek szpitalnych z jednoczesną poprawą wskaźników efektywności technicznej (**Tabela IV**). W latach 1990–2012 całkowita liczba łóżek szpitalnych zmalała z 218 tys. do 185 tys., a wartość wskaźnika liczby łóżek w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców spadła z 5,72 do 4,80. Jednocześnie można zaobserwować wzrost liczby przyjmowanych pacjentów oraz skrócenie średniego czasu pobytu.

Sytuację odwrotną można natomiast zauważyć w przypadku długoterminowej opieki stacjonarnej. Liczba łóżek ogółem w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjach wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu ponadtrzykrotnie (z około 9 tys. łóżek w 1999 do ponad 29 tys. na koniec 2012 r.).

Podobnie jak w trzech omawianych w niniejszym artykule krajach w Polsce można zaobserwować w ostatnich latach trend stopniowego wzrostu udziału sektora prywatnego w podaży usług szpitalnych. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w grupie 830 szpitali ogólnych funkcjonujących w 2011 r.<sup>8</sup> – 517 stanowiły jednostki publiczne, a 313 niepubliczne. Wśród szpitali publicznych zdecydowaną większość (440 jednostek) stanowiły podmioty, dla których organem założycielskim były jed-



Rok	Liczba jednostek	Liczba łóżek		Liczba leczonych		Przeciętna długość pobytu pacjenta (w dniach)
		ogółem (w tys.)	na 1 tys. mieszkańców	ogółem (w tys.)	na 1 łóżko	
1990	677	218,6	5,72	4597	21,3	12,5
1991	686	217,5	5,68	4680	21,5	12,3
1992	684	214,2	5,58	4742	22,1	11,8
1993	698	214,8	5,58	4934	23,0	11,4
1994	701	215,1	5,58	5094	23,8	11,1
1995	705	214,0	5,54	5143	24,1	10,8
1996	710	211,9	5,49	5237	24,8	10,6
1997	717	210,0	5,43	5210	24,9	10,4
1998	715	205,2	5,31	5339	26,0	10,1
1999	715	198,7	5,14	5685	28,6	9,3
2000	752	191,3	4,95	6278	32,6	8,5
2001	774	188,8	4,89	6353	33,7	8,4
2002	777	190,5	4,98	6652	34,9	8,0
2003	767	187,5	4,91	6881	36,7	7,5
2004	790	183,3	4,80	7001	38,2	6,9
2005	781	179,5	4,70	6949	38,7	6,7
2006	742	176,7	4,63	7168	40,6	6,4
2007	748	175,0	4,59	7143	40,8	6,2
2008 <sup>2)</sup>	732	183,6	4,81	7957	43,3	5,9
2009	754	183,0	4,80	8031	43,9	5,8
2010	795	181,1	4,74	7912	43,7	5,7
2011	830	184,5	4,80	8054	43,7	5,6
2012	891	185,0	4,80	8157	44,1	5,5

<sup>1)</sup> Bez MON, MSWiA i MS.

<sup>2)</sup> Wzrost liczby łóżek wynika ze zmiany sposobu ich liczenia – począwszy od 2008 r. łącznie z łóżkami na oddziałach neonatologicznych.

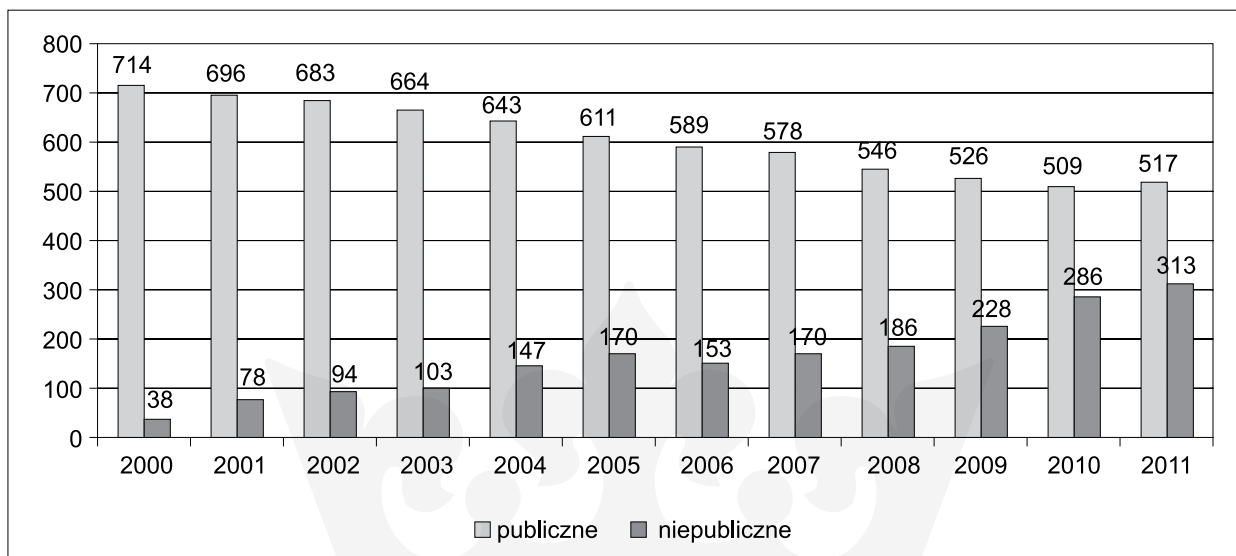
**Tabela IV.** Szpitale ogólne oraz wybrane wskaźniki ich funkcjonowania w latach 1990–2012<sup>1)</sup>.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie Małych Roczników Statystycznych GUS (dane za lata 1990–1999) oraz Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2013 (dane za lata 2000–2012).

nostki samorządu terytorialnego (JST). W grupie szpitali niepublicznych natomiast występują zarówno podmioty prywatne, jak i szpitale funkcjonujące w formie spółek kapitałowych, w których jednostki samorządu terytorialnego mają całościowy lub większościowy udział. Jednostki te często są określane mianem „niepublicznych samorządowych”, przez co już sama nazwa, poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć („niepubliczny” i „samorządowy” – a więc przynależy do administracji publicznej), wzbudza kontrowersje. Niestety nie ma kompleksowych danych statystycznych pokazujących udział podmiotów – spółek kapitałowych z całościowym lub większościowym udziałem JST w liczbie szpitali niepublicznych ogółem. W okresie ostatniego dziesięciolecia liczba szpitali publicznych systematycznie malała, natomiast niepublicznych rosła (**Wykres 1**). Trend ten wynikał zarówno z otwierania nowych szpitali prywatnych, jak i przekształcania szpitali publicznych, dla których organem założycielskim były JST, w spółki

(szpitale niepubliczne). Pomimo iż liczba szpitali niepublicznych wzrasta dynamicznie – powiększanie ich udziału w ogólnej podaży łóżek szpitalnych następuje stopniowo. Według danych za 2011 r. łóżka w ogólnych szpitalach niepublicznych stanowiły 15,8% całkowitej liczby łóżek.

Szpitale publiczne i niepubliczne podlegają takim samym wymogom sanitarno-klinicznym i mogą konkurować o środki publicznego płatnika. Zgodnie z raportem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 2009–2011 udział wartości kontraktów w rodzaju „leczenie szpitalne” zawartych z podmiotami niepublicznymi wzrósł z 7,38 do 9,15% całkowitej wartości zawartych w tym zakresie umów z publicznym płatnikiem [19]. Szacuje się również, iż w 2011 r. ponad 75% szpitali niepublicznych posiadało podpisany kontrakt z NFZ [20]. Dowodzi to, że w odniesieniu do sektora szpitalnictwa, charakteryzującego się wysokimi kosztami świadczonych usług, najważniejsze dla utrzymania się na rynku



\* bez szpitali podległych MON, MSWiA i MS.

**Wykres 1.** Liczba szpitali ogólnych – publicznych i niepublicznych w latach 2000–2011.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za lata 2001–2012.

pozostaje finansowanie publiczne, niezależnie od formy własności szpitala [21].

Aktualna struktura polskiego sektora szpitalnictwa została oparta na zasadzie konkurencji. Szpitale (zarówno publiczne, jak i niepubliczne) konkurując o kontrakt z NFZ, dokonują reorganizacji wewnętrznych, ponoszą znaczne nakłady inwestycyjne, realizują procesy na rzecz poprawy jakości oraz różnego rodzaju strategii marketingowe. Nie ma żadnej instytucji w skali kraju i/lub regionów, która koordynowałaby proces inwestycji szpitalnych. W konsekwencji mogą występować znaczne różnice regionalne m.in. w dostępie do nowoczesnych technologii. Jako przykład może tu posłużyć rozmieszczenie tomografów pozytronowych (PET-CT) w skali kraju. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w 2012 r. 19 występujących w kraju aparatów było rozmieszczonych w 9 województwach (w tym w 2 województwach znajdowały się po 4 aparaty). Na terenie 7 województw natomiast nie funkcjonował żaden szpital wyposażony w tomograf pozytronowy [22]. Brak koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnym sprawia, że znaczne środki finansowe wydatkują się bez długofalowej analizy zasadności poszczególnych inwestycji<sup>9</sup>.

W okresie 2007–2013 znaczące środki finansowe na inwestycje w ochronie zdrowia zostały pozyskane ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Szacuje się, iż w ramach krajowych oraz regionalnych programów operacyjnych na lata 2007–2013 zrealizowano ponad 1000 inwestycji infrastrukturalnych w zakresie ochrony zdrowia<sup>10</sup> o łącznej wartości przekraczającej 6 mld zł (w tym kwoty dofinansowania UE wyniosły ponad 4 mld zł) [23]. Inwestycje te bez wątpienia przy-

czyniły się do polepszenia stanu infrastruktury placówek opieki zdrowotnej, wspomogły proces dostosowania do najnowszych wymogów sanitarno-technicznych oraz wyposażenia w nowoczesną aparaturę. Niemniej jednak z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji nie udało się uniknąć przypadków nieefektywnego wykorzystania środków. Jako przykłady można tu podać: sfinansowanie utworzenia podmiotów leczniczych o analogicznym profilu działalności w sąsiadujących miejscowościach lub zakup wyspospecjalistycznej aparatury medycznej dla placówek konkurujących o środki tego samego oddziału NFZ, co w konsekwencji prowadziło do niskiego poziomu kontraktu na wykorzystanie nowej aparatury [24–26]. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (NIK) na temat zakupów i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych [27] poważnym problemem jest brak rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych danej populacji oraz czynników powodujących ich zmiany (która to analiza powinna być dokonywana przez JST) oraz brak kompletnych i aktualnych danych dotyczących rozmieszczenia aparatury medycznej na danym terenie [27].

## 2.2. Dotychczasowe inicjatywy z zakresu regulacji podaży usług szpitalnych

Najbardziej znamienne dotychczas próby wprowadzenia mechanizmów regulacji podaży usług szpitalnych w Polsce podjęto w 2006 r. Ministerstwo Zdrowia przedłożyło wówczas projekt stworzenia ogólnokrajowej **sieci szpitali**<sup>11</sup>. Projekt ten zakładał stworzenie ogólno-

krajowej sieci szpitali umożliwiającej dostosowanie ich struktury organizacyjnej oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do rzeczywistych potrzeb wynikających z warunków demograficznych i epidemiologicznych. Główne znaczenie miało tu określenie wartości wskaźnika optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych województw w podziale na poszczególne specjalności medyczne. Oddziały szpitalne miały być sklasyfikowane do jednego z trzech poziomów referencyjnych (podstawowego, rozszerzonego lub wysokospecjalistycznego). Projekt zakładał także opracowanie na poziomie województw tzw. regionalnych planów opieki – pięcioletnich strategii określających kierunki rozwoju opieki szpitalnej (planowana liczba łóżek, harmonogram działań dostosowanych wraz z szacunkowymi kosztami tych działań oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych). Wojewoda miał być odpowiedzialny za monitorowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci. Na podstawie dokonanej oceny szpitale miały być sklasyfikowane do jednej z pięciu „kategorii stabilności sytuacji ekonomiczno-finansowej”. Wojewódzki oddział NFZ miał być z kolei odpowiedzialny za monitorowanie jakości świadczeń szpitalnych z wykorzystaniem specjalnej ankiety, której wyniki miały służyć klasyfikacji szpitala do jednej z trzech „kategorii jakości”. Zgodnie z założeniami ocena uzyskana przez dany szpital miała się przekładać na przyznawaną mu kwotę kontraktu z NFZ.

Za podstawową wartość dodaną powyższego projektu należy uznać stworzenie rzeczywistych możliwości skoordynowania funkcji planistycznych oraz nadzorczych na poziomie regionalnych systemów leczenia stacjonarnego. Stanowił on tym samym odpowiedź na problem rozproszenia odpowiedzialności za organizację i poziom dostępności do leczenia zamkniętego, wynikający z wielości podmiotów stanowiących organy założycielskie i/lub właścicieli szpitali. Kluczowe znaczenie miała tu także modyfikacja roli NFZ, który z racji zarządzania środkami publicznymi, obok funkcji agencji refundacyjnej, zostałby wyposażony w narzędzia służące skutecznemu kształtowaniu strategicznego rozwoju systemu<sup>12</sup>. Niestety zmiany na poziomie ministerialno-politycznym<sup>13</sup>, pomimo wysokiego stopnia zaangażowania prac nad projektem, uniemożliwiły wprowadzenie ustawy. Oczywiście występowały tu także przesłanki o charakterze merytoryczno-funkcyjnym (m.in. brak precyzyjnych propozycji aktów wykonawczych, zarzuty co do niedoszacowania kosztów wdrożenia systemu), niemniej jednak ustawa stwarzała rzeczywistą możliwość wprowadzenia mechanizmu koordynacji podaży usług szpitalnych. Całkowite zarzucenie idei sieci szpitali należy więc ocenić negatywnie.

Najnowsze propozycje Ministerstwa Zdrowia, w postaci projektu ustawy o instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego<sup>14</sup>, zakładają m.in. wprowadzenie mechanizmów planowania podaży usług zdrowotnych. Zgodnie z założeniami projektu wojewodowie mają być odpowiedzialni za opracowywanie **map potrzeb zdrowotnych**, na których podstawie regionalni płatnicy (projekt zakłada także decentralizację NFZ) mają tworzyć plany zaku-

pów świadczeń zdrowotnych. Szpital, który nie zostanie uwzględniony na mapie potrzeb zdrowotnych, nie otrzyma kontraktu z publicznym płatnikiem. Zadaniem wojewody ma być także wydawanie opinii co do celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturze medycznej.

Plany wprowadzenia tego rodzaju regulacji należy ocenić pozytywnie, podstawowe znaczenie będzie miał jednak proces opracowania szczegółów wdrażania nowych regulacji. Niezwykle ważna jest rola Ministerstwa Zdrowia, które powinno przygotować wystandaryzowaną i szczegółową metodologię opracowywania map. Niezależnie od tego, kto zostanie finalnie zobowiązany do opracowania mapy potrzeb zdrowotnych dla danego regionu, priorytetowe znaczenie ma przygotowanie odpowiednich narzędzi. Chodzi tu o dostęp do odpowiednich danych epidemiologicznych, demograficznych, danych dotyczących potencjału infrastruktury placówek zdrowotnych, jak również (co najtrudniejsze) dostępu do odpowiednich wytycznych postępowania klinicznego. Niezbędne jest aktywne zaangażowanie ekspertów poszczególnych specjalności medycznych (np. konsultantów krajowych i wojewódzkich) w opracowanie wytycznych zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji. Chodzi tu o konkretne wskaźniki: wyposażenia szpitali, liczby łóżek poszczególnych specjalności czy liczby personelu medycznego, do których mogłyby się odnosić regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Bez przygotowania właściwych podstaw systemowych istnieje obawa, iż podobnie jak to miało miejsce w przypadku projektu sieci szpitali, dobra idea projektu zostanie zarzucona przez trudności związane z praktycznymi aspektami implementacji<sup>15</sup>.

## Podsumowanie

Koordynacja podaży usług szpitalnych to niewątpliwie trudny i wielostronnie uwarunkowany proces. Niemniej jednak, jak pokazują doświadczenia międzynarodowe – w świetle aktualnych wyzwań, przed jakimi stoją systemy zdrowotne, jest to także proces bezwzględnie potrzebny. We wszystkich trzech omawianych w ramach niniejszego artykułu krajach władze centralne i/lub regionalne odgrywają kluczową rolę w koordynacji podaży usług szpitalnych. Podstawowe znaczenie ma proces planowania – poziomu dostarczania usług oraz niezbędnych inwestycji w celu zabezpieczenia realizacji potrzeb zdrowotnych populacji. Proces planowania jest w niektórych przypadkach bardzo szczegółowy i zakłada m.in. liczbę łóżek poszczególnych specjalizacji we wszystkich szpitalach uwzględnionych w planie. Realizacja inwestycji w sektorze szpitalnym jest koordynowana na poziomie regionalnym, a proces podejmowania decyzji (np. odnośnie do przyznania dotacji publicznej na inwestycje) najczęściej uwzględnia element konsultacji z przedstawicielami władz lokalnych. Kluczowe znaczenie ma kwestia zagwarantowania kontraktu z publicznym płatnikiem (np. pięcioletnie kontrakty dla nowo powstałych prywatnych dostawców w angielskiej NHS czy gwarancja kontraktu dla każdego szpitala ujętego w tzw. planie opieki szpitalnej w Niemczech). Na uwagę zasługuje także funk-

cjonowanie różnego rodzaju instytucji doradczych (np. francuskie agencje oferujące szpitalom doradztwo techniczne i finansowe) i/lub ustrukturalizowanych wytycznych postępowania dla szpitali planujących realizację inwestycji (np. angielski *NHS Capital Investment Manual*).

W poszczególnych krajach odpowiedzialność za planowanie podaży usług szpitalnych może przypadać na władze regionalne i/lub rządowe współpracujące z różnego rodzaju agencjami i przedstawicielami władz lokalnych<sup>16</sup>. Proces planowania obejmuje zarówno infrastrukturę publiczną, jak i prywatną. Występujący w krajach europejskich w ostatnich latach trend zwiększenia liczby szpitali prywatnych doprowadził do wzrostu znaczenia złożonych publiczno-prywatnych struktur (*public-private mix*) [28]. Zjawisko to ma istotne znaczenie dla kompleksowości obowiązujących w danym kraju metod regulacji podaży usług szpitalnych.

Wprowadzenie mechanizmów koordynacji podaży usług szpitalnych w polskim systemie jest szczególnie istotne w świetle procesu dostosowania placówek do najnowszych wymogów sanitarno-technicznych [29], który pociąga za sobą potrzebę nowych nakładów inwestycyjnych. Niezwykle ważne jest, aby podejmowane inwestycje stanowiły odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zdrowotne i były ujęte w planie finansowym publicznego płatnika. Porównując doświadczenia międzynarodowe do warunków polskiego sektora, celowe wydaje się przejście od zasady „konkurencji” do „koordynacji”. Część ekspertów podważa zasadność wykorzystywania mechanizmu konkurencji w odniesieniu do sektora finansowanego głównie ze środków publicznych. Pojęcie tzw. zawodności rynku w ochronie zdrowia odnosi się do wielu zmiennych uniemożliwiających m.in. pełne wykorzystanie klasycznie rozumianej zasady swobodnej konkurencji w systemie zdrowotnym [28, 30]. Podkreśla się tu rolę państwa, które poprzez proces rządzenia (*governance*) powinno stwarzać warunki umożliwiające zapewnienie obywatelom dobrostanu zdrowotnego. Szczególna rola przypada Ministerstwu Zdrowia – w jednym z opracowań podjęto się oceny roli tej instytucji w sprawowaniu funkcji przywódczych (*stewardship*) w systemach zdrowotnych krajów europejskich. Autorzy wyróżnili sześć zakresów zadań, które powinny być realizowane przez instytucje ministerstw zdrowia, w obrębie **funkcji przywództwa**:

- opracowanie wizji, długookresowej strategii działań na rzecz poprawy zdrowia populacji;
- oddziaływanie na pozostałe sektory w celu promowania działań prozdrowotnych;
- opracowanie sprawnego systemu koordynacji działań na rzecz poprawy zdrowia;
- zapewnienie spójności struktury systemu zdrowotnego z wyznaczonymi celami;
- wykorzystywanie instrumentów prawnych, regulacyjnych i politycznych w celu sterowania działalnością systemu zdrowotnego;
- gromadzenie, upowszechnianie oraz wykorzystywanie właściwych informacji i dowodów naukowych w zakresie zdrowia [31].

Każdy z powyższych zakresów można odnieść do roli władz publicznych w procesie koordynacji podaży usług zdrowotnych. W warunkach polskiego sektora szpitalnictwa natomiast zakresy te można potraktować jako działania rekomendowane do realizacji na poziomie centralnym. Istotne znaczenie ma wprowadzenie (i egzekwowanie) obowiązku:

- diagnozy potrzeb zdrowotnych populacji łącznie z zagwarantowaniem odpowiednich narzędzi/instytucji wspierających podmioty odpowiedzialne za ten proces;
- opracowania regionalnych planów podaży usług szpitalnych uwzględniających liczbę, rodzaj oraz rozmieszczenie łóżek szpitalnych, które będą odpowiadać zdiagnozowanym potrzebom zdrowotnym;
- koordynacji inwestycji w sektorze szpitalnym, tak aby ponoszone nakłady inwestycyjne odpowiadały z jednej strony na potrzeby zdrowotne populacji, a z drugiej uwzględniały możliwości finansowania świadczonych usług przez publicznego płatnika.

Stworzenie odpowiednich podstaw systemowych w połączeniu z regionalnym planowaniem podaży usług szpitalnych mają znaczenie priorytetowe.

## Przypisy

<sup>1</sup> Wielka Brytania to kraj, w którym stworzono i rozwinięto klasyczny model narodowej służby zdrowia; Niemcy są przedstawicielem tradycyjnego systemu ubezpieczenia społecznego, Francja zaś, w której występuje dość specyficzny, silnie sfragmentaryzowany model ubezpieczeniowy stanowiący podstawę systemu opieki zdrowotnej, od wielu już lat pozostaje w czołówce światowych rankingów systemów zdrowotnych (według Raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 r. francuski raport opieki zdrowotnej zajął pierwsze miejsce w rankingu 191 krajów).

<sup>2</sup> Ale nie walijska, szkocka ani NHS Irlandii Północnej (należy jednak zaznaczyć, iż sama angielska NHS obejmuje swym zasięgiem ponad 80% populacji Wielkiej Brytanii i konsumuje ponad 80% budżetu całej NHS).

<sup>3</sup> Według danych Departamentu Zdrowia NHS (NHS Statistical Press Note – Inpatient and Outpatient waiting Times, 31 December 2009, [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)) na koniec 2009 r. tylko 9,2% pacjentów oczekiwało dłużej niż 13 tygodni na przyjęcie do szpitala, podczas gdy jeszcze trzy lata wcześniej było to 23,8%. Na uwagę zasługuje również fakt, iż brytyjskie szpitale charakteryzują się jednym z najwyższych w Europie poziomem wskaźnika wykorzystania łóżek – w 2007 r. ukształtował się on na poziomie 83,6%, przy średniej europejskiej na poziomie 75% (HOPE – European Hospital and Healthcare Federation, *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, France 2009, s. 102).

<sup>4</sup> Jest to kwestia stanowiąca priorytet działań reformatorskich, m.in. powołanej w celu nadzorowania wskaźników funkcjonowania NHS Komisji ds. Postępu Zdrowotnego – *Commission for Health Improvement*.

<sup>5</sup> Przykładem może tu być coroczny ranking funkcjonowania szpitali *Hospital Guide*, <http://drfosterintelligence.co.uk>, dostęp: 04.04.2014.

<sup>6</sup> Bazy danych dostępne on-line na stronie internetowej NHS ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)).

<sup>7</sup> Część badaczy jest zdania, iż wprowadzenie finansowania usług szpitalnych na podstawie opłaty „za przypadek” uderza przede wszystkim w mniejsze jednostki, które w przeciwieństwie do dużych, wieloprofilowych szpitali nie mogą korzystać z „efektu skali” i posiadają relatywnie wyższe koszty działalności operacyjnej (A. Tuffs, *One in three German hospitals faces bankruptcy*, „BMJ” 2006; 332(7550): 1114).

<sup>8</sup> Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za 2012 r. Począwszy od 2013 r., Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia nie podaje już informacji o liczbie szpitali w podziale na publiczne i niepubliczne.

<sup>9</sup> Wypowiedzi ekspertów dotyczące m.in. wydatkowania środków na inwestycje szpitalne pozyskanych z funduszy unijnych w okresie 2007–2013 (Portal Rynek Zdrowia, *Czas przerwać inwestycyjny wyścig zbrojeń: konieczna mapa potrzeb i konsolidacja*, 28.06.2013).

<sup>10</sup> Suma projektów zrealizowanych w ramach POiŚ oraz RPO w latach 2007–2013.

<sup>11</sup> Przekazany do uzgodnień zewnętrznych 10.11.2006 r., natomiast konferencja uzgodnieniowa miała miejsce 02.02.2007 r. ([www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)).

<sup>12</sup> Argumenty przywołane w uzasadnieniu do projektu ustawy o sieci szpitali – Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 2006 r.

<sup>13</sup> Po zmianie koalicji rządzącej projekt ustawy został odrzucony podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w styczniu 2009 r. – ustawę negatywnie zaopiniował rząd jako „niezgodną z założeniami i kierunkiem reformy systemu ochrony zdrowia przyjętym przez Radę Ministrów”. Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia z dnia 21.02.2009 r., Biuletyn nr 1778/VI, pos. nr 79 ([www.orka.sejm.gov.pl](http://www.orka.sejm.gov.pl)).

<sup>14</sup> Szczegóły projektu miały być wstępnie zaprezentowane w styczniu 2014 r., jednak prace w Ministerstwie Zdrowia uległy przedłużeniu. Według stanu na dzień pisania niniejszego artykułu znane są tylko ogólne założenia na podstawie wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (Portal Rynek Zdrowia, *Mapy potrzeb zdrowotnych – czy będą gotowe przed kolejnym kontraktowaniem?*, PAP 19.04.2014).

<sup>15</sup> Obawy co do trudności z wdrożeniem systemu map potrzeb zdrowotnych i ich roli w procesie koordynacji podaży usług szpitalnych zostały wyrażone m.in. przez ekspertów Banku Światowego w raporcie pt. *Improving financial sustainability of the hospital sector: towards systemic approach*, World Bank, April 2014.

<sup>16</sup> Analiza procesu planowania podaży usług szpitalnych w 9 krajach dokonana została w opracowaniu S. Ettelt et al., *Planning health care capacity: whose responsibility?*, w: B. Rechel et. al., *Investing in hospitals of the future*, European Observatory on Health System and Policies, WHO 2009.

## Piśmiennictwo

- European Observatory on Health Systems and Policies, The Health Policy Bulletin, Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R., *The ABC of DRGs*, Winter 2009, t. 11, nr 4.
- European Observatory on Health Systems, *United Kingdom (England) – Health System Review 2011*, WHO, Copenhagen 2011.
- NHS, The NHS structure explained, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>; dostęp: 30.01.2014.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer, Boyle S., *Payment by results in England*, Winter 2005, t. 7, nr 4.
- Kalecińska J., Herbst I., *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Warszawa 2011: 65.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne – zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 134.
- Busse R., Riesberg A., *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer, Schreyogg J., Tiemann O., Busse R., *The DRG reimbursement system in Germany*, Winter 2005, t. 7, nr 4.
- DKG, Key-data on German hospitals, January 2013, [http://www.dkgev.de/media/file/13675.Key-data\\_of\\_Germany%27s\\_hospitals.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/13675.Key-data_of_Germany%27s_hospitals.pdf); dostęp 02.02.2014.
- Tuffs A., *Germany privatizes university hospital*, „BMJ” 2006; 332(7532): 8.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Systems in Transition – France*, Denmark 2004.
- European Observatory on Health Systems and Policies, *France – health system review 2010*, WHO, Copenhagen 2010.
- Kozierkiewicz A. (red.), *Koło ratunkowe dla szpitali*, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2008.
- European Observatory on Health Systems and Policies, The Health Policy Bulletin, Or Z., *Activity based payment in France*, Winter 2009, t. 11, nr 4.
- Thompson C.R., McKee M., *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, „Health Policy” 2004; 67: 287.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. 1998, Nr 9, poz. 576 z późn. zm.
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia, *Kompleksowa analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009–2011 w rodzaju: lecznictwo szpitalne na terenie całej Polski*, Warszawa 2012, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).
- PMR, *Rynek szpitali niepublicznych w Polsce 2012, Analiza porównawcza województw i perspektywy rozwoju*, Warszawa 2012.
- Dubas K., *Szpitaly niepubliczne w województwie małopolskim – profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, VIII(1): 137–148.
- Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) za rok 2013.
- Dubas-Jakóbczyk K., *Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.

- Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, wydanie 2014 – tekst przyjęty do druku.
24. Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe Strategiczne Ramy*, skrót, Warszawa, marzec 2014: 71.
  25. Ministerstwo Zdrowia, *Badanie ewaluacyjne: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”*, Warszawa 2012: 38.
  26. CASE-Doradcy Sp. z o.o., *Raport do badania ewaluacyjnego: Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII POIŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia*, Warszawa 28.12.2011: 52–53.
  27. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), *Informacja o wynikach kontroli – zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych*, KZD-4101-03/2012, opublikowany w czerwcu 2013 r.
  28. Golinowska S., *Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia*, „Ekonomista”, 2013; 6: 771–794.
  29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739.
  30. Sowada Ch., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2013.
  31. Veillard J.H.M., Brown A.D., Baris E., Permanand G., Klazinga N.S., *Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concept, functions and assessment Framework*, „Health Policy” 2011; 103: 191–199.
  32. World Bank, *Improving financial sustainability of the hospital sector: towards systemic approach*, April 2014.
  33. Rechel B. et. al., *Investing in hospitals of the future*, European Observatory on Health System and Policies, WHO 2009.



# Planowanie sieci szpitali. Historia pewnej inicjatywy

Krzysztof Kuszewski, Magdalena Krysińska, Anna Różycka

Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Adres do korespondencji: Krzysztof Kuszewski, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, kkuszewski@pzh.gov.pl

## Abstract

### *Planning the hospitals network. The story of some initiative*

In 2006 National Institute of Hygiene<sup>1</sup>, prepared a study entitled “Indicators needed for the project to create a hospitals’ network with elements of demographic analysis and population health status”. The study determined the theoretical basis for forming a hospitals’ network and the basis of the law/the act about “the hospitals’ network”. Results of the study showed that between hospitals there were considerable differences in the distribution of hospital beds within a given specialty. The authors recognize that it is necessary to restore well-defined reference levels with regard to specialized ambulatory care.

**Key words:** hospital network, hospitalization, types of hospital wards

**Słowa kluczowe:** hospitalizacja, rodzaje oddziałów szpitalnych, sieć szpitali

## Wprowadzenie

W 2006 r. Państwowy Zakład Higieny (PZH)<sup>2</sup> na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przygotował opracowanie pt. *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności* [1] autorstwa B. Wojtyniaka, P. Goryńskiego i K. Kuszewskiego. Wyniki analizy stanowiły podstawę przedstawienia koncepcji tworzenia sieci szpitali w celu osiągnięcia trwałej poprawy w alokacji środków inwestycyjnych w sektorze zdrowotnym. Opracowanie uznano za niezbędne do przygotowywanego w tamtym okresie projektu ustawy „o sieci szpitali” [2], który jednak nie znalazł poparcia w komisji sejmowej.

Celem przygotowanego opracowania było przedstawienie prognozy w zakresie hospitalizacji w Polsce i wynikających z tej prognozy potrzeb w zakresie infrastruktury. Wskaźniki wykonanej prognozy podawały docelową optymalną liczbę łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach we wszystkich województwach.

W niniejszym artykule przedstawiono założenia oraz wyniki przygotowanej przez PZH analizy w nawiązaniu do tworzenia map potrzeb zdrowotnych, które zostały wpisane do nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych [3].

## Ustawa o „sieci szpitali”

Projekt ustawy o „sieci szpitali” zakładał, że placówki nierentowne będą zamykane lub łączone z innymi znajdującymi się w bliskiej odległości. Samorządy wojewódzkie miały być odpowiedzialne za przedstawienie Ministerstwu Zdrowia potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego województwa, co postulowano w opracowaniu autorstwa ekspertów PZH. Projekt omawianego wyżej przepisu zakładał wyłonienie szpitali, które należałyby do „sieci szpitali” na podstawie określonych kryteriów. Najważniejszy wydawał się aspekt wskazań medycznych, czyli określenie odpowiedniego profilu jednostki na danym obszarze geograficznym, tak aby gwarantował on zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Kolejno można wymienić: wielkość szpitala pod względem łóżek, zaopatrzenie w szeroko rozumianą diagnostykę oraz różnorodność oddziałów szpitalnych. Ważny aspekt, na który zwracano uwagę, dotyczył również powiązania z medycyną ratunkową. Miejsce takiej placówki zgodnie z przyjętymi założeniami powinno się znajdować w sąsiedztwie dróg szybkiego ruchu, autostrad, dużych zakładów przemysłowych w celu zapewnienia jak najlepszego zabezpieczenia obywateli [4].

Jako że temat sieci szpitali niejako powrócił na wokandę, przypominamy w niniejszym artykule historię sprzed 7 lat. Za uzasadnienie powrotu do tematu można uznać to, że podczas ostatniej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [3] przewidziano przygotowywanie map potrzeb zdrowotnych.

### Metodologia opracowania o sieci szpitali z 2007 r.

W opracowaniu PZH dokonano szczegółowej analizy sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej Polski za lata 2000–2005. W pracy wzięto też pod uwagę liczbę hospitalizowanych, długość pobytu w szpitalu, jak również wykorzystanie łóżek z podziałem na województwa i 23 rodzaje oddziałów szpitalnych. Źródło danych stanowiły informacje pochodzące ze sprawozdawczości MZ-29 oraz dane z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej gromadzone przez PZH, które wykorzystano w odniesieniu do lat 2003–2004. Prowadzone analizy uzupełniono ankietą skierowaną do wszystkich konsultantów wojewódzkich, których specjalizacje były związane z leczeniem szpitalnym. Podjęto również próbę poszerzenia analizy o porównanie danych zakontraktowanych i wykonanych procedur według oddziałów szpitalnych (lata 2004 i 2005) uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z danymi ze statystyki publicznej. Porównania dotyczyły głównie strategii finansowania leczenia stacjonarnego w planach krótko- i długoterminowych, które w dużym stopniu mogły modyfikować przygotowane według określonego algorytmu prognozy odnośnie do oczekiwanej liczby łóżek szpitalnych.

Z uwagi na fakt, że kilka procedur może zostać wykonywanych u jednej osoby, dokonanie takich porównań było niezwykle trudne w momencie przeprowadzania analizy.

W przebiegu prac nad analizą demograficzną oraz epidemiologiczną wykorzystano opracowania Zakładu Statystyki Medycznej PZH, które opierały się na podstawowych danych jednostkowych dotyczących zgonów z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz informacji z baz danych WHO. „W celu obliczenia optymalnej liczby łóżek w szpitalach posłużono się wzorem opracowanym przez Elżbietę Woźniewską.

$L_L$  – liczba łóżek danej specjalności na 10 tys. mieszkańców (liczba łóżek, która pozwala na hospitalizację prognozowanej liczby chorych, przy racjonalnym wykorzystaniu zasobów [współczynnik  $q$ ] oraz przy optymalnym czasie pobytu pacjenta).

$L_H$  – liczba hospitalizowanych na 10 tys. mieszkańców województwa.

Wartość ta była wypadkową m.in. następujących zmiennych:

- liczba hospitalizowanych w latach 2000–2005;
- prognoz epidemiologicznych;
- prognoz demograficznych;
- liczby hospitalizacji stacjonarnych zamienionych na świadczenia w trybie ambulatoryjnym oraz w trybie

jednego dnia (m.in. w oparciu o przeprowadzone badanie ankietowe konsultantów wojewódzkich).

$T$  – czas hospitalizacji (liczba dni pobytu w szpitalu).

$q$  – stopień wykorzystania łóżek.

W wartościach bezwzględnych wartość  $t$  oznacza liczbę dni w roku, w których łóżka są wykorzystywane dla hospitalizacji. Wartość otrzymuje się poprzez pomnożenie liczby hospitalizowanych przez czas hospitalizacji (tzw. liczba osobodni) i podzielenie przez liczbę łóżek. W odniesieniu do roku kalendarzowego można podzielić przez 365 i pomnożyć przez 100%, otrzymując w ten sposób procentowe wykorzystanie łóżek [1].

Analizę przeprowadzono w odniesieniu do wybranych oddziałów szpitalnych, które uszeregowano według liczby hospitalizowanych w latach 2003 i 2004. Spośród nich dokonano wyboru tych, których hospitalizacje stanowiły 80% wszystkich pacjentów. Dla przeprowadzenia prawidłowej analizy zespół uznał za niezbędne połączenia niektórych oddziałów w grupy. W Tabeli I zaprezentowano wybrany przykład łączenia oddziałów. Takie podejście umożliwiło włączenie do analizy oddziałów obejmujących ponad 90% wszystkich hospitalizowanych w Polsce.

Grupa oddziałów	Oddziały w grupie
Choroby wewnętrzne	choroby wewnętrzne
	geriatryczny
	choroby metaboliczne
	choroby metaboliczne

Tabela I. Agregacja wybranych oddziałów szpitalnych w uwzględnionych analizach.

Źródło: Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności, Państwowy Zakład Higieny [1].

### Metodologia szacowania optymalnej liczby łóżek szpitalnych i określenie oczekiwanej liczby hospitalizacji na analizowanych oddziałach w perspektywie 5 lat

W celu oszacowania optymalnej liczby łóżek posłużono się wskazanym powyżej wzorem (dane za 2005 r.), przyjmując wykorzystanie łóżek na poziomie 75 i 80%. Wyniki zestawiono z rzeczywistymi danymi z 2005 r. Do określenia oczekiwanej liczby hospitalizacji w odniesieniu do 2010 r. wyznaczono trendy prostoliniowe hospitalizacji z lat 2002–2005 i rozszerzono je do 2010 r.

### Wykresy Barbera-Johnsona

Zastosowana metoda pozwoliła ocenić działalność oddziałów szpitalnych i optymalizację prowadzoną przez jednostki polityki świadczenia usług. Należy zaznaczyć,



że mogła być ona różna w zależności od specjalności. Taka metoda umożliwiała porównanie jednoimiennych oddziałów w poszczególnych województwach. Porównano z sobą 4 cechy jednocześnie:

- wykorzystanie łóżek (%);
- liczbę pacjentów na łóżko;
- długość pobytu w szpitalu;
- średnią przerwę pomiędzy pacjentami.

## Ankieta

W celu uzyskania informacji o stanie faktycznym oraz o spodziewanej tendencji w zakresie wykorzystania liczby łóżek przeprowadzono ankietę wśród konsultantów wojewódzkich, których specjalności były ukierunkowane na leczenie szpitalne (48 specjalności). Ankieta została wypełniona przez 538 specjalistów i dostarczyła oprócz informacji liczbowych także ich uwagi i sugestie. Kwestionariusz obejmował zagadnienia związane z liczbą łóżek szpitalnych, możliwością rozszerzenia udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji jednego dnia oraz możliwości szerszego wykorzystania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w danej specjalności. W ankiecie wyznaczono miejsce na pozostawienie uwag i opinii respondentów.

## Wyniki – analiza ilościowa

### Analiza optymalnej i oczekiwanej w 2012 r. liczby łóżek szpitalnych w Polsce

Analizie poddano 23 rodzaje oddziałów szpitalnych, w których znajdowało się 165 230 łóżek. Przy założeniu wykorzystania łóżek na poziomie 80% wykazano, iż optymalna liczba powinna wynosić 146 790 łóżek szpitalnych, co stanowiło o 11% mniej niż w 2005 r.

W sytuacji braku istotnych zmian w zakresie infrastruktury szpitalnej oraz trendów epidemiologicznych w 2012 r. można by się spodziewać zmniejszenia nadmiaru liczby łóżek w stosunku do optymalnej liczby do 5%.

Autorzy wyszczególnili wartości procentowe specjalizacji, w których zgodnie z przyjętymi założeniami odnotowali nadwyżkę (**Tabela II**).

Wykazano również oddziały szpitalne, w których można było zaobserwować niedobory łóżek szpitalnych w chwili przeprowadzenia analizy (**Tabela III**).

Szczególnie istotne wydają się prognozowane dane dotyczące oddziałów szpitalnych na 2012 r., wśród których na oddziałach rehabilitacyjnych, hematologicznych oraz onkologicznych szacuje się niedobory na poziomie około 25% stanu z 2005 r.

Analizie poddano również nadwyżki w zakresie wykorzystania łóżek z podziałem na województwa (**Tabela IV**).

Zalecano podejmowanie działań zapobiegających tworzeniu się niedoborów łóżek szpitalnych, które np. w województwie mazowieckim oszacowano na poziomie 9%, a w województwie dolnośląskim na poziomie około 32%.

Autorzy opracowania zaznaczyli, iż wszelkie zmiany dotyczące liczby łóżek powinny się opierać na przewidzianych trendach.

Lp.	Nadmiar łóżek występujących na oddziałach
1.	okulistycznych 36%
2.	otolaryngologicznych 26%
3.	chirurgii dziecięcej 26%
4.	ginekologiczno-położniczych 25%
5.	dermatologicznych 21%
6.	pediatrycznych 19%

**Tabela II.** Nadmiar łóżek występujących na oddziałach (%) w 2005 r.

Źródło: Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności, Państwowy Zakład Higieny [1].

Lp.	Niedobory łóżek występujących na oddziałach
1.	rehabilitacyjnych 8%
2.	hematologicznych 7%
3.	onkologicznych 5%
4.	nefrologicznych 2%

**Tabela III.** Niedobory łóżek występujących na oddziałach (%) w 2005 r.

Źródło: Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności, Państwowy Zakład Higieny [1].

Lp.	Nadmiar łóżek w województwie
1.	kujawsko-pomorskim 19%
2.	zachodniopomorskim 19%
3.	dolnośląskim 18%
4.	wielkopolskim 17%
5.	podkarpackim 4%
6.	mazowieckim 6%
7.	świętokrzyskim 6%
8.	lubelskim 7%
9.	opolskim 7%

**Tabela IV.** Nadmiar łóżek według województw (%) w 2005 r.

Źródło: Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności, Państwowy Zakład Higieny [1].

## Wyniki – analiza jakościowa

Na podstawie opinii zgłoszonych przez konsultantów wojewódzkich w formie odpowiedzi na dostarczoną przez autorów ankietę uzyskano dane dotyczące pożądanego, ich zdaniem, rozwoju potrzeb w zakresie infrastruktury szpitalnej.

## Liczba łóżek szpitalnych

Analiza danych pozwoliła stwierdzić, że zaspokojenie potrzeb dotyczących liczby łóżek w stopniu wystarczającym zadeklarowało 49% konsultantów (262 osoby). Niedobór wskazało 39% (209 osób) i odnosił się on głównie do oddziałów hematologii, diabetologii, rehabilitacji medycznej oraz onkologii klinicznej. Nadmiar łóżek potwierdziło 6% specjalistów (33 osoby), głównie w okulistyce, urologii i otolaryngologii. Ankieta dostarczyła również danych na temat rozkładu geograficznego rozmieszczenia łóżek szpitalnych, który charakteryzował się znacznymi rozbieżnościami. Niedobór w tym zakresie zgłosili konsultanci z województwa dolnośląskiego, warmińsko-mazurskiego oraz pomorskiego, natomiast nadmiar występował w województwie śląskim, podlaskim i podkarpackim.

Najczęściej poruszonym problemem przez konsultantów był niedobór łóżek na oddziałach, a nawet konieczność otwarcia nowych. Zwracano również uwagę na złą alokację łóżek. Niejednokrotnie padała propozycja zamknięcia niektórych oddziałów.

Szczegółowo omówione zostały geriatryka, medycyna paliatywna oraz rehabilitacja medyczna z uwagi na ich specyfikę. W wymienionych dziedzinach występował przeważnie znaczący niedobór liczby łóżek w badanych województwach. Skutkowało to najczęściej wydłużonym czasem oczekiwania pacjentów na świadczenia (rehabilitacja od 6 miesięcy do 2 lat).

Wszyscy specjaliści podkreślali zasadność tworzenia oddziałów pobytu dziennego oraz rozwój bazy ambulatoryjnej. Wpłynęłoby to na znaczne ograniczenie leczenia stacjonarnego, co skutkowałoby obniżeniem kosztów i skróceniem czasu oczekiwania na wizytę pacjenta. Jedynie w geriatryce forma hospitalizacji jednodniowej nie sprawdza się ze względu na liczne schorzenia pacjentów i ryzyko powikłań.

## Hospitalizacja jednego dnia

Przeprowadzone badanie dostarczyło informacji na temat hospitalizacji jednego dnia. Analiza danych pozwoliła stwierdzić, że stanowią one około 15% wszystkich hospitalizacji. Konsultanci wojewódzcy określili, że za 5 lat średni odsetek hospitalizacji w tym trybie wzrośnie o 25% i będzie dotyczyć głównie oddziałów chemioterapii (79%), chirurgii ogólnej (35%) oraz otolaryngologii (25%).

Do podstawowych utrudnień w wykonywaniu tego typu świadczeń respondenci zaliczyli brak motywacji finansowej. Wskazywano również potrzebę podwyższenia ceny procedur, tak by pokrywały rzeczywiste koszty badań i zabiegów oraz zwiększenie limitów w tym zakresie.

## Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Zgłoszone przez konsultantów uwagi dotyczyły głównie sposobu finansowania świadczeń w przychodniach. Duży nacisk kładziono na konieczność takiego ustalania cen procedur, by pokrywały koszty zlecanych

badań wysokospecjalistycznych oraz zwiększenia limitów w celu przyjęcia większej liczby pacjentów. Podkreślano wagę zmiany katalogu procedur ambulatoryjnych, by obejmowały nowoczesną diagnostykę (wtedy możliwą tylko w szpitalach). Obok braku sprzętu diagnostyczno-leczniczego i konieczności kształcenia kadry specjalistycznej konsultanci wskazywali potrzebę utworzenia sieci poradni specjalistycznych z odpowiednio wyposażonymi salami zabiegowymi. Proponowano odtworzenie funkcjonujących w przeszłości poradni przyszpitalnych, korzystających z kadry i sprzętu szpitala.

## Dyskusja

Wyniki analizy ilościowej oraz jakościowej (zebranych opinii konsultantów wojewódzkich) w zakresie pożądanego rozwoju infrastruktury szpitalnej się różniły. Można było zauważyć, że w opiniach konsultantów potrzeby były większe. Może zaważyło na tym tradycyjne postrzeganie rodzaju i kierunków rozwoju infrastruktury szpitalnej (mniej innowacyjne organizacyjnie i technologicznie). Natomiast podnoszenie przez konsultantów kwestii zbyt niskiego finansowania procedur ambulatoryjnych i jednodniowych, co ma wpływ na nieuzasadnioną hospitalizację, było tym problemem, który do dzisiaj nie znalazł odpowiedniego rozwiązania.

## Wnioski

- Między szpitalami istniały znaczne różnice faktyczne i rozbieżności opinii o rozmieszczeniu łóżek szpitalnych w obrębie danej specjalności.
- Wyraźnie zarysowała się asymetria regionalna podyktowana zarówno niewystarczającą liczbą bazy łóżkowej, jak i jej przerostem.
- System kontraktowania świadczeń przez NFZ może i powinien być narzędziem ukierunkowującym racjonalizację rozwoju infrastruktury szpitalnej. Szczególnie zwrócono uwagę na to, że:
  - wartość kontraktu dla procedury medycznej w ramach hospitalizacji jednodniowej i w przypadku dłuższej powinna być ustalona na jednym poziomie;
  - niektóre specjalności wymagały wyższego finansowania procedur, dostosowanego do faktycznie poniesionych kosztów.
- Zasadne jest przywrócenie ściśle zdefiniowanych poziomów referencyjnych szpitali z uwzględnieniem specjalistyki ambulatoryjnej.
- Postulowano zmianę organizacji pracy oraz utworzenia możliwości placowych w celu utworzenia konsultacyjnych przychodni przyszpitalnych, opierających się na kadrze i specjalistycznym sprzęcie szpitala.

## Rekomendacje

Przygotowane w 2006 r. opracowanie z zastosowaną metodologią powinno stanowić podstawę dalszych studiów oraz propozycji regulacyjnych w zakresie planowania rozwoju infrastruktury szpitalnej. W celu ziden-

tyfikowania obszarów, w których właściwe jest podjęcie działań naprawczych, konieczne staje się systematyczne aktualizowanie danych na temat potrzeb zdrowotnych populacji. Głównym wskaźnikiem powinno być określenie struktury i liczby łóżek szpitalnych w odniesieniu do podaży świadczeń zdrowotnych oraz możliwości dostępności środków ochrony zdrowia. Stanowi to ważny aspekt optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów oraz motywacji do bardziej elastycznego i efektywnego zarządzania infrastrukturą szpitali na poziomie tak regionalnym, jak i krajowym. Podobne opracowania powinny być wykonywane na bieżąco, a dane przekazywane decydentom regionalnym. Analizy dostarczą niezbędnych informacji w zakresie racjonalnego planowania i koordynowania organizacji opieki szpitalnej z poziomu ministra zdrowia.

Raport *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności* nawiązuje do aktualnej propozycji Ministerstwa Zdrowia, a więc koncepcji „map potrzeb zdrowotnych” zapisanych w nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

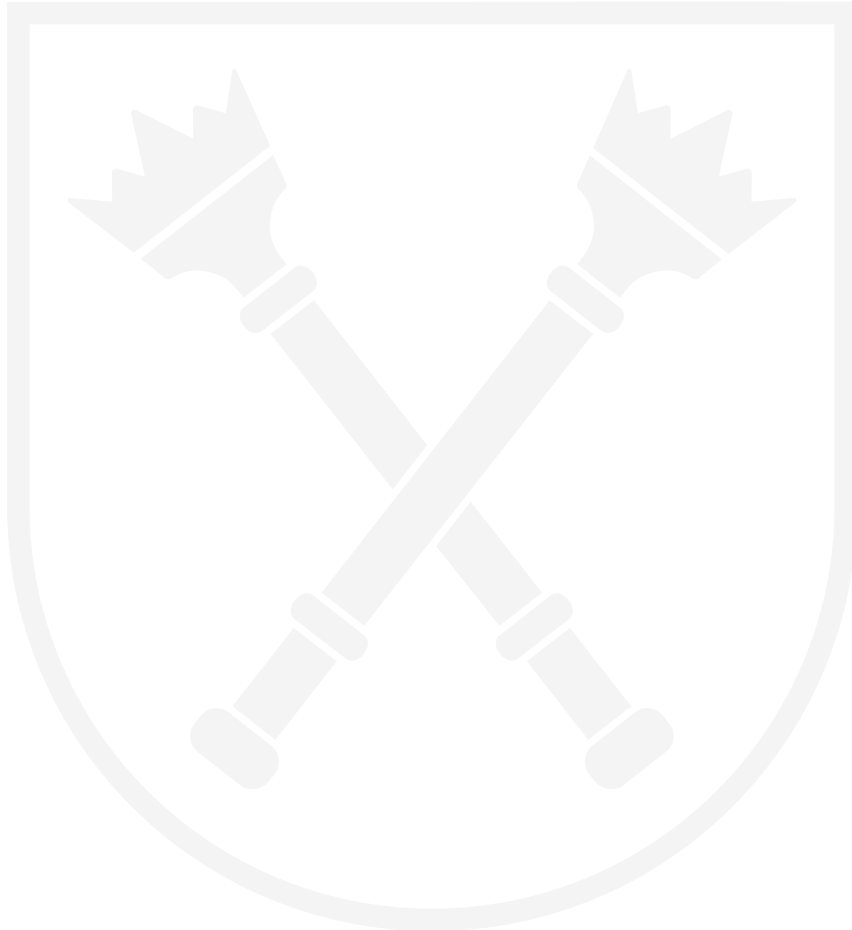
## Przypisy

<sup>1</sup> From 2007 year National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene.

<sup>2</sup> Od 2007 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH).

## Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Goryński P., Kuszewski K., *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006.
2. Ministerstwo Zdrowia, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/siecszpitali\\_rm\\_22062007.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/siecszpitali_rm_22062007.pdf); dostęp: 06.10.2014.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2014 r., poz. 1138.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Koncepcja utworzenia Sieci Szpitali w Polsce*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms&ml=pl&mi&mx=0&mt&my=0&ma=07233>; dostęp: 14.10.2014.



# Nowe zarządzanie publiczne jako wzorzec transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa

Dawid Sześciło

Zakład Nauki Administracji, Instytut Nauk Prawno-Administracyjnych, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski

Adres do korespondencji: Dawid Sześciło, Zakład Nauki Administracji, Instytut Nauk Prawno-Administracyjnych, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski, ul. Oboźna 6/8, 00-332 Warszawa, dawid.szescilo@uw.edu.pl

## ■ Abstract

*New public management as a dominant pattern for health care system evolution in Poland with particular focus on hospitals*

Since the demise of post-war welfare state, new public management (NPM) became the most influential global paradigm for public sector reform. This is a hybrid concept combining neoliberal pressure on marketization of public services with managerialism defined as incorporating business-like management style into the public sector organizations. This article aims at proving that the health care reforms in Poland were introduced in relatively consistent manner, that is highly compatible with the NPM agenda, particularly in terms of implementation of market-based mechanisms of health services delivery, decentralization and corporatization of public hospitals. This conclusion creates significant policy challenge as NPM agenda is under siege since its numerous adverse effects have been proven. In particular, comprehensive policy response is expected to address the risks associated with extensive marketization, decentralization and corporatization in health care system.

**Key words:** corporatization, decentralization, management, managerialism, marketization, new public privatization

**Słowa kluczowe:** decentralizacja, korporatyzacja, menedżeryzm, nowe zarządzanie publiczne, prywatyzacja, urynkowienie

## ■ Wprowadzenie

Upływ dwudziestu pięciu lat od rozpoczęcia transformacji ustrojowej, gospodarczej i politycznej prowokuje do refleksji nad trafnością obranej wówczas ścieżki reform oraz nad ich dostrzegalnymi dziś rezultatami. Taka refleksja w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia wydaje się szczególnie uzasadniona. Realizowane w cyklu dwuletnim badania CBOS niezmiennie dowodzą wysoce krytycznej opinii większości społeczeństwa o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Blisko 70% respondentów uczestniczących w badaniu z czerwca 2014 r. negatywnie oceniło dostępność do usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych. Tyle samo uczestników badania wyraziło ogólne niezadowolenie z funkcjonowa-

nia opieki zdrowotnej [1]. Pomijając wątpliwości, czy społeczne oceny są adekwatne do rzeczywistej jakości działania systemu, należy je przyjąć z należytą powagą i potraktować jako impuls do pogłębionej dyskusji na temat głównych założeń systemu, a nie tylko zagadnień o bardziej szczegółowym wymiarze.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę uchwycenia przeobrażeń w polskim systemie opieki zdrowotnej z perspektywy globalnych dążeń do wypracowania nowego paradygmatu zarządzania publicznego, a zwłaszcza nowego modelu funkcjonowania państwa dobrobytu i zapewnienia usług publicznych. Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest hipoteza, że ewolucja polskiego modelu ochrony zdrowia stanowi *exemplum* konsekwentnego, choć niewyraźnego wprost w aktach strategicz-

nych, wdrażania koncepcji nowego zarządzania publicznego (*new public management* – NPM), tj. paradygmatu zarządzania publicznego spajającego postulaty neoliberalne z promowaniem biznesowego stylu zarządzania w sektorze publicznym. Badanie tej hipotezy będzie polegać na rozpoznaniu zasadniczych elementów systemu ochrony zdrowia, a następnie ich skonfrontowaniu z zestawem wcześniej zaprezentowanych głównych założeń NPM. Dziedziną szczególnego zainteresowania będzie wpływ NPM na funkcjonowanie szpitalnictwa.

## Nowe zarządzanie publiczne jako hybryda neoliberalizmu i menedżeryzmu

Nowe zarządzanie publiczne trudno uznać za jednolity i spójny model funkcjonowania administracji publicznej. To raczej pewien parasol czy „skrzynka narzędziowa” [2], w której można pomieścić wiele różnorodnych pomysłów, dających się jednak sprowadzić do wspólnego mianownika. Przede wszystkim zaś stosunkowo łatwo wskazać ideowe i teoretyczne inspiracje, na których została ufundowana koncepcja NPM. Stanowi ona hybrydę neoliberalnej wizji państwa oraz menedżeryzmu [3]. Neoliberalizm, opierający się na Hayekowskiej krytyce państwowego planowania, w swojej najbardziej radykalnej odmianie zakłada pozbawienie państwa zdolności do interwencji publicznej i ograniczenie jego roli do skutecznego egzekwowania umów. Jednocześnie promuje prymat wartości indywidualnych i sektora prywatnego nad państwem i wartościami kolektywnymi. W dalszej kolejności oznacza to wyższość rynku nad państwem, wolności indywidualnej nad równością, konsumenta nad obywatelem czy interesu indywidualnego nad solidarnością społeczną [4]. Neoliberalizm pozostawał na marginesie debaty do lat siedemdziesiątych poprzedniego stulecia [5]. Ujawniające się wówczas pierwsze symptomy globalnego kryzysu gospodarczego zachwiały jednak mocno podstawami powojennego państwa dobrobytu [6]. Neoliberalizm, reanimując indywidualistyczny liberalizm i leseferyzm, stał się głównym przeciwnikiem rozbudowanego *welfare state* [7]. Realizacja postulatów neoliberalnych w polityce publicznej jest związana przede wszystkim z rządami Margaret Thatcher w Wielkiej Brytanii i Ronalda Reagana w Stanach Zjednoczonych, których utożsamia się z pierwszą falą neoliberalizmu [8]. Zapewnienie globalnego oddziaływania neoliberalizmu nie byłoby jednak możliwe bez włączenia tej doktryny do agendy organizacji międzynarodowych, takich jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy, Bank Światowy, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, a nawet Unia Europejska [9].

Menedżeryzm z kolei odzwierciedla postulat transferowania do sektora publicznego zasad zarządzania obowiązujących w sektorze prywatnym [10]. To podejście jest oparte na przekonaniu o wyższości zarządzania biznesowego nad klasyczną biurokracją [11]. Administracja oparta na Weberowskim paradygmacie biurokracji postrzegana jest jako z natury nieefektywna i niezdolna do reagowania na potrzeby obywateli. Czerpanie wzorców organizatorskich z biznesu ma przeobrazić niewydol-

ną maszyną biurokratyczną w sprawnie funkcjonujące przedsiębiorstwo. Jak to opisują Barzelay i Armajani: „Organizacja biurokratyczna jest skoncentrowana na własnych potrzebach i perspektywach. Organizacja zorientowana na klienta przyjmuje perspektywę klienta i skupia się na jego potrzebach. (...) Organizacja biurokratyczna definiuje się poprzez posiadane zasoby i wykonywane zadania. Organizacja zorientowana na klienta definiuje się poprzez rezultaty swojego działania odczuwalne dla jej klientów. (...) Organizacja biurokratyczna skupia się na prowadzeniu swoich działań w zgodzie ze standardowymi procedurami. Organizacja zorientowana na klienta korzysta z możliwości wyboru rozwiązań optymalnych w danej sytuacji dla realizacji założonych celów” [12]. Charakterystyczne dla tego podejścia było również zerwanie z samym pojęciem administracji publicznej czy administrowania na rzecz zarządzania [13]. Chodziło o zakwestionowanie poglądu, że administracja publiczna powinna działać według autonomicznych reguł, odrębnych od obowiązujących przedsiębiorstwa działające na rynku. Administracja publiczna to *business as usual* i nie ma żadnej *differentia specifica*, która uzasadniałaby odmienną filozofię zarządzania organizacjami prywatnymi i publicznymi – tak można by podsumować główny przekaz menedżeryzmu.

Zespolenie doktryny neoliberalnej i menedżeryzmu zdaje się oferować relatywnie spójną odpowiedź na dwa kluczowe państwa: Ile państwa? Jakie państwo? Neoliberalizm podpowiada, że należy zmierzać w stronę ograniczenia interwencji publicznej, być może nawet w stronę państwa minimalnego czy państwa stróża nocnego wyposażonego jedynie w narzędzia niezbędne do ochrony indywidualnej wolności [14]. Menedżeryzm nakazuje upodabniać państwo i jego agendy do przedsiębiorstw funkcjonujących na rynku, akcentując jednocześnie zwrot w stronę obywatela jako klienta, a nie petenta administracji publicznej.

## Kluczowe postulaty nowego zarządzania publicznego

Z obu nurtów NPM wyłania się szeroka paleta szczegółowych postulatów na rzecz transformacji sektora publicznego. Pierwsze próby zebrania postulatów NPM podejmowali w latach dziewięćdziesiątych – w dziś już klasycznych pracach – Hood [15], Osborne i Gaebler [16] czy Osborne i Plastrik [17]. Na podstawie tych i późniejszych opracowań można sformułować listę głównych postulatów NPM. Dają się one ująć w trzy główne kategorie:

### A. Urynkowanie usług publicznych

Kluczowym elementem programu NPM jest przeobrażenie systemu usług publicznych poprzez jego urynkowanie. Pod tym pojęciem kryje się „zastosowanie w organizowaniu i bezpośrednim świadczeniu usług publicznych mechanizmów opartych na konkurencji, prywatnoprawnych formach świadczenia usług, szerokim udziale podmiotów prywatnych w tym procesie oraz zapewnianiu obywatelom wyboru dostawców danej usługi”

[18, 19]. Według OECD urynkowanie w praktyce przybiera postać trzech podstawowych form prawnoinstytucjonalnych:

- **outsourcing** usług publicznych, tj. zlecenie świadczenia usług podmiotom wyłonionym w konkurencyjnych procedurach przetargowych;
- **partnerstwo publiczno-prywatne** jako bardziej złożona i długoterminowa formuła kontraktowania usług publicznych, głównie w sferze infrastrukturalnej, gdzie podmiot prywatny zazwyczaj przejmuje odpowiedzialność za zapewnienie finansowania przedsięwzięcia, otrzymując w zamian prawo do czerpania z niego pożytków (np. pobierania opłat od użytkowników);
- **vouchery (bony)** na usługi publiczne, tj. model, w którym obywatel uprawniony do określonych świadczeń czy usług publicznych uzyskuje uprawnienie do samodzielnego wyboru ich dostawcy przy zachowaniu odpowiedzialności państwa za sfinansowanie świadczenia usługi [20].

Urynkowanie prowadzi do zasadniczej zmiany roli administracji publicznej w zakresie usług publicznych. Odzwierciedla ją jeden z najpopularniejszych sloganów towarzyszących NPM, sformułowany przez E. Savasa: „Zadaniem rządu jest sterować łodzią, a nie wiosłować. Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz obywateli jest wiosłowaniem, a rząd nie jest zbyt dobry w wiosłowaniu” [16]. Metafora **sterowania i wiosłowania** ma odzwierciedlać konieczność skupienia się administracji wyłącznie na roli organizatora systemu usług publicznych i pozostawieniu podmiotom prywatnym (rynkowym) funkcji bezpośredniego dostawcy usług. Każdy z opisanych wyżej mechanizmów prowadzi wprost do takiego modelu – administracja zleca, koordynuje i kontroluje świadczenie usług przez podmioty wyłaniane w konkurencyjnych procedurach.

Urynkowanie z reguły idzie w parze z prywatyzacją świadczenia usług w znaczeniu funkcjonalnym, tj. szerokim włączeniem podmiotów prywatnych do procesu wykonywania zadań publicznych [21]. Podmioty prywatne, pozyskując zlecenia na świadczenie określonych usług publicznych, zdobywają coraz większy udział w rynku usług publicznych, ograniczając tym samym pole działalności publicznych zakładów czy przedsiębiorstw. Jednocześnie podmioty publiczne nie muszą być formalnie wyłączone z możliwości ubiegania się o kontrakty i mogą stawać do rywalizacji z konkurentami z sektora prywatnego [22]. Z kolei presja konkurencyjna ze strony prywatnych dostawców usług wymusza na podmiotach publicznych zmianę dotychczasowego modelu działania, a zwłaszcza większy nacisk na wydajność. Brak strategii adaptacji do wyzwań wynikających z otwarcia rynku usług publicznych na sektor prywatny musi prowadzić do porażki w staraniach o kontrakty i w ostatecznym rozrachunku do wypadnięcia z rynku.

## B. Decentralizacja

Postulat decentralizacji należy w kontekście NPM rozumieć szeroko. Obejmuje nie tylko dewolucję (**decentralizację zewnętrzną**), czyli tworzenie niezależnych od

władzy centralnej podmiotów administrujących cieszących się prawnie chronionym zakresem samodzielności [23]. Typowym przykładem dewolucji czy decentralizacji w znaczeniu politycznoprawnym jest funkcjonowanie samorządu terytorialnego. Doktryna NPM kładzie jednak nacisk również na **decentralizację wewnętrzną**, pojmowaną jako technika zarządzania organizacjami zakładająca zwiększenie samodzielności tzw. menedżerów liniowych. Inną formą decentralizacji, forsowaną w ramach tej koncepcji, jest dezagregacja organizacji publicznych, tj. rozbijanie administracyjnych molochów na małe, wyspecjalizowane i obciążone realizacją jasno zdefiniowanych celów agencje administracyjne [24]. W szerokim ujęciu jako forma decentralizacja jest również postrzegana jako angażowanie do realizacji zadań publicznych podmiotów niepublicznych, zarówno komercyjnych, jak i organizacji typu *not-for-profit*, przy czym tak szerokie rozumienie decentralizacji nie jest aprobowane w polskiej literaturze z zakresu nauki o administracji publicznej.

Decentralizacja nie jest celem samym w sobie. Promotorzy NPM unikali też uzasadniania tego postulatu argumentami natury politycznej, czyli potrzebą upodmiotowienia lokalnych wspólnot i demokratyzacji zarządzania publicznego. W doktrynie NPM dominuje utylitarne podejście do decentralizacji jako sposobu na bardziej wydajne zarządzanie, większą elastyczność i stymulowanie innowacji w rządzeniu [16]. Zarazem decentralizacja jest ściśle powiązana z innym fundamentalnym postulatem tej doktryny, a mianowicie wprowadzeniem modelu zarządzania przez rezultaty (zorientowanego na wyniki) [25]. Oznacza to przeniesienie głównego zainteresowania w zarządzaniu publicznym z procesów wejścia (*inputs*) na rezultaty działania (*outputs and outcomes*). Mniej istotne stają się kontrolowanie procesów i procedur wykonywania zadań publicznych, kluczowym aspektem stają się szeroko rozumiane skutki działania, dostarczone usługi i ich jakość, jak również poziom satysfakcji obywatela [26]. Decentralizacja wpisuje się w ten model, ponieważ oznacza uwolnienie podmiotów administrujących od szczegółowych, odgórnie określonych procedur działania i zaszczepienie mechanizmu rozliczalności według rezultatów ich działania. Bez decentralizacji, gwarantującej podmiotom administrującym rozległy zakres operacyjnej autonomii, zarządzanie przez rezultaty miałoby charakter fikcyjny.

## C. Depublicyzacja

Klasyczny paradygmat administrowania, zwłaszcza w państwach Europy kontynentalnej, opiera się na prawie. Jak to ujął A. Błaś: „(...) administracja publiczna była i pozostaje do dziś określoną konstrukcją prawa powszechnie obowiązującego. Główne elementy konstrukcyjne administracji publicznej wyrastają z prawa i posiadają charakter prawny” [27]. Takie pojmowanie roli prawa w zarządzaniu publicznym znajduje swoje umocowanie zwłaszcza w konstytucyjnej zasadzie legalizmu (art. 7 Konstytucji RP), która obliuguje organy władzy publicznej do działania na podstawie i w granicach prawa. Nowe zarządzanie publiczne nie podważa reguł

porządku ustrojowego, ale prowadzi do zmiany modelu regulacji wykonywania zadań publicznych poprzez ograniczenie roli prawa administracyjnego (publicznego) na rzecz regulacji cywilnoprawnej (prywatnoprawnej). Obejmuje to zwłaszcza organizowanie świadczenia usług publicznych poprzez ich **kontraktowanie na podstawie umów cywilnoprawnych**, a także **wykonywanie zadań publicznych przez osoby prawne prawa prywatnego (korporatyzacja)** [28].

Innymi słowy, kierując się doktryną menedżeryzmu, ogranicza się pole regulacji adresowanych wyłącznie do organizacji publicznych. Proces wykonywania zadań publicznych powinien być w jak najszerszym zakresie poddany reżimowi prawa prywatnego, czyli regulowany umowami zawieranymi na zasadzie równorzędności stron i poddanych jurysdykcji sądów powszechnych. Organizacje publiczne powinny zaś działać w takich samych formach prawnych, jak podmioty prywatne, w szczególności w formie spółek prawa handlowego (korporatyzacja). Zwolennicy NPM, kwestionując odrębność sektora publicznego, akcentują brak przesłanek dla tworzenia specjalnych form organizacyjno-prawnych dla instytucji publicznych, a także wyposażanie ich w szczególne uprawnienia, czy przywileje, takie jak np. brak zdolności upadłościowej. Jeżeli organizacja publiczna nie jest zdolna do utrzymania się na rynku, prawo nie powinno jej chronić przed konsekwencjami tej porażki, w tym nie może gwarantować jej przetrwania bez względu na sytuację ekonomiczną.

Depublicyzacja dotyczy także stosunków prawnych między obywatelem a podmiotami świadczącymi usługi publiczne. Obywatel, traktowany teraz jako klient czy konsument usług publicznych, otrzymuje usługę w ramach stosunku cywilnoprawnego. Może zatem korzystać, co do zasady, z tych samych instrumentów ochrony swoich praw, jak wówczas gdy kupuje na rynku jakąkolwiek inną usługę (niepubliczną) czy towar. Przysługują mu zatem roszczenia cywilnoprawne, a także możliwość skorzystania ze specjalnych narzędzi ochrony prawa konsumenta.

## Wpływ nowego zarządzania publicznego na polski system ochrony zdrowia

Ramy obecnego systemu ochrony zdrowia ukształtowała reforma z 1999 r., kojarzona w pierwszej kolejności z przejściem od siemaszkowskiego do ubezpieczeniowego modelu zabezpieczenia zdrowotnego obywateli. Co jednak równie istotne, reforma ta położyła również kamień węgielny pod rynkowy model ochrony zdrowia poprzez rozdzielenie funkcji płatnika (zamawiającego) i świadczeniodawcy, formalne zrównanie statusu publicznych i prywatnych świadczeniodawców oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez płatników na rzecz świadczeniodawców. Rolę płatnika przejęły samodzielne, regionalne kasy chorych oraz branżowa kasa dla służb mundurowych. Jednocześnie wraz z reformą samorządową zdecentralizowano zarządzanie publicznymi placówkami ochrony zdrowia, obarczając odpowiedzialnością za ich prowadzenie zwłaszcza nowo

utworzone jednostki samorządu terytorialnego – województwo i powiat. Placówki publiczne uzyskały status samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ich samodzielność polega na finansowaniu działalności z własnych przychodów i innych posiadanych środków [29]. Status organizacyjno-prawny SPZOZ jest złożony. Można go określić jako twór publicznoprawny wyposażony w pewne przymioty prywatnoprawne, takich jak zdolność kontraktowa, a zarazem pozbawiony innych fundamentalnych cech podmiotu prawa prywatnego działającego na rynku, np. zdolności upadłościowej.

Reforma z 2003 r. zmieniła formułę płatnika. Zamiast terytorialnych kas chorych rolę scentralizowanej instytucji zamawiającej zaczął pełnić Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jednocześnie utworzono 16 wojewódzkich oddziałów funduszu wyposażonych w pewien zakres operacyjnej samodzielności. NFZ funkcjonuje zatem w warunkach terytorialnej dekoncentracji – oddziały wojewódzkie nie są samodzielnymi podmiotami administrującymi, ale wykonują zadania określone przez kompetencje powierzone przez centralę funduszu. Zachowano system kontraktowania świadczeń zdrowotnych i autonomię publicznych świadczeniodawców [30].

Jednym z ostatnich kamieni milowych w procesie transformacji instytucjonalnych ram systemu ochrony zdrowia w Polsce stała się ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Otworzyła ona drogę, a nawet wprowadziła istotne zachęty do przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (spółki akcyjne lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością) o statusie przedsiębiorcy. Wcześniej takie rozwiązanie nie było dopuszczone wprost, choć w praktyce stosowane na ograniczoną skalę. Wymagało bowiem utworzenia przez podmiot publiczny (np. samorząd) spółki, następnie przejęcia przez spółkę działalności SPZOZ, likwidacji SPZOZ przez organ założycielski oraz przeniesienia kapitału zlikwidowanego SPZOZ do wcześniej utworzonej spółki [31]. Nowa regulacja znacząco uprościła mechanizm korporatyzacji publicznych placówek ochrony zdrowia.

Przekształcenie jest fakultatywne i zależy od woli podmiotu tworzącego zakład, np. jednostki samorządu terytorialnego [32]. Wyjątkiem jest sytuacja, w której SPZOZ notuje ujemny wynik finansowy za rok obrotowy, a podmiot go tworzący nie jest w stanie go pokryć [33]. Takie rozwiązanie należy interpretować jako stymulant do przekształcenia, zważywszy na trudną sytuację finansową wielu SPZOZ i regularnie przez nie notowane ujemne wyniki finansowe. Zgodnie z nową regulacją nie jest dopuszczalne tworzenie nowych SPZOZ. Ponadto ustawa o działalności leczniczej nie wprowadza istotnych ograniczeń w zakresie zbywania przez jednostki samorządu terytorialnego udziałów albo akcji podmiotów leczniczych działających w formie spółek [34], co w praktyce otwiera drogę do przynajmniej częściowej prywatyzacji placówek. W odniesieniu do SPZOZ takie rozwiązanie nie jest możliwe.

Tak zarysowane kontury systemu ochrony zdrowia można teraz odnieść do programu NPM przedstawionego w punkcie poprzednim. **Tabela I** zawiera zestawienie

zasadniczych postulatów NPM oraz stopnia i form ich realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Przedstawione wnioski opierają się na analizie regulacji rządzących systemem opieki zdrowotnej i nie obejmują oceny praktyki. Należy również zastrzec, że zaprezentowane zestawienie obrazuje wyłącznie zagadnienia o znaczeniu systemowym, nie uwzględniając szczegółowych aspektów realizacji postulatów NPM.

W polskim systemie ochrony zdrowia obecne są wszystkie elementy programu NPM. W sposób najbardziej konsekwentny zrealizowano postulat urynkowania. Rozdzielono funkcję płatnika (zamawiającego) i dostawcy usług (*purchaser-provider split*). Zagwarantowano udział w rynku na równych zasadach prywatnych świadczenio-

dawców. Relacje między płatnikiem a świadczeniodawcami oparto na umowach cywilnoprawnych zawieranych na podstawie szczególnej procedury przetargowej. Relacja świadczeniodawcy i pacjenta zaś formalnie opiera się na modelu voucherowym usankcjonowanym swobodą wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Należy przy tym zastrzec, że swoboda ta jest w praktyce limitowana liczbą świadczeń kontraktowanych przez NFZ jako płatnika, co powoduje, że podstawowa zasada systemu voucherowego – prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy stymulujące rywalizację między nimi o klienta – może być realizowana w ograniczonym zakresie.

Korporatyzacja, choć jest rozwiązaniem formalnie wprowadzonym do systemu najpóźniej, miała miejsce

Postulat ogólny	Postulat szczegółowy	Stopień realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia	Forma realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia
URYNKOWIENIE	rozdzielenie funkcji zamawiającego i dostawcy usług	wysoki	Narodowy Fundusz Zdrowia spełnia rolę płatnika i zamawiającego usługi u świadczeniodawców. Świadczeniodawcy nie są hierarchicznie podporządkowani NFZ.
	outsourcing (kontraktowanie)	wysoki	NFZ kontraktuje udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie konkursów lub rokowań. Jest przy tym zobowiązany do równego traktowania świadczeniodawców publicznych i prywatnych.
	partnerstwo publiczno-prywatne	umiarkowany	Formalnie dopuszczalne jest wykorzystanie PPP do budowy i zarządzania placówkami ochrony zdrowia, ale zastosowanie tej formuły istotnie ogranicza brak możliwości zawierania dłuższych niż 3-letnie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
	vouchery	wysoki	Pacjent (świadczeniobiorca) ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń z NFZ („pieniądz podąża za pacjentem”).
DECENTRALIZACJA	zewnętrzna	umiarkowany	Rolą samorządu jest przede wszystkim zarządzanie podmiotami leczniczymi (głównie szpitalami), czyli wykonywanie funkcji dostawcy świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Samorządowe podmioty lecznicze funkcjonują w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek kapitałowych. W ograniczonym stopniu jednostki samorządu terytorialnego uczestniczą w tworzeniu polityki zdrowotnej (programy zdrowotne). Nie są również zobligowane do finansowania działalności podmiotów leczniczych ze środków własnych i nie dysponują szczególnymi źródłami finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia (np. udział w przychodach ze składki zdrowotnej).
	wewnętrzna (dekoncentracja)	umiarkowany/niski	Oddziały NFZ nie są samodzielnymi podmiotami prawa, ale wyłącznie jednostkami organizacyjnymi NFZ, choć dyrektorzy oddziałów mają określone kompetencje, np. zawierają umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
DEPUBLICYZACJA	kontraktowanie na podstawie umów cywilnoprawnych	wysoki	Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane przez NFZ są umowami cywilnoprawnymi. W zakresie nieuregulowanym ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do ich zawierania stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, a spory między stronami umowy rozstrzygają sądy powszechne.
	korporatyzacja	umiarkowany/wysoki	Publiczne podmioty lecznicze mogą funkcjonować w formie spółek kapitałowych, posiadających status przedsiębiorcy. Zachowano wprawdzie szczególną, publicznoprawną formułę placówek ochrony zdrowia – SPZOZ, ale ich przekształcenie w spółkę kapitałową jest obowiązkowe, jeśli podmiot tworzący SPZOZ (np. samorząd) nie jest w stanie pokryć jego ujemnego wyniku finansowego.

Tabela I. Realizacja głównych postulatów nowego zarządzania publicznego w polskim systemie ochrony zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.



już wcześniej, a reformą z 2011 r. została przez ustawodawcę jednoznacznie wsparta poprzez mechanizm stymulujący przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe. Łącznie w okresie od 1999 do września 2013 r. korporatyzacją (komercjalizacją) objęto 152 szpitale publiczne, tj. niespełna ¼ wszystkich placówek szpitalnych kontrolowanych przez podmioty publiczne<sup>1</sup>. Dla wszystkich placówek, z wyjątkiem jednej, organem założycielskim (podmiotem tworzącym) były jednostki samorządu terytorialnego, w większości przypadków powiaty. Spośród nich 138 placówek przekształcono w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, 11 w spółki akcyjne, jedną w spółkę cywilną i jedną w spółkę jawną [30, 35].

Wprowadzenie ustawowej regulacji procesu korporatyzacji nie spowodowało dotychczas radykalnego przyrostu liczby szpitali publicznych działających w formie prywatnoprawnej, pomimo wprowadzenia opisanego wyżej mechanizmu stymulacyjnego. Według danych Ministerstwa Zdrowia od 1 lipca 2011 do 31 października 2013 r. na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono 48 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 34 szpitale:

- w 2011 r. – jeden szpital;
- w 2012 r. – 13 szpitali;
- w 2013 r. – 20 szpitali<sup>2</sup>.

Według badania przeprowadzonego metodą CATI przez spółkę Magellan S.A. na losowej próbie 100 szpitali publicznych przekształcenie planuje zaledwie 11% placówek, z których większość przewidywała realizację tego procesu w 2014 r. Uwzględniając ograniczony charakter tego badania, można z niego jednak wysnuć wnioski o braku istotnych przesłanek wskazujących na wyraźne przyspieszenie procesów przekształceniowych. Przemawia za tym również wygaszenie z końcem 2013 r. możliwości ubiegania się przez jednostki samorządu terytorialnego o dotację z budżetu państwa w związku z przekształceniami. W rezultacie wydaje się, że pomimo wyraźnej manifestowanej przez ustawodawcę woli odejścia od SPZOZ jako formy instytucjonalnej placówek publicznej ochrony zdrowia proces zastępowania ich spółkami prawa handlowego nie zakończy się w najbliższych latach.

Należy podkreślić, że korporatyzacja w formule przyjętej przez ustawę o działalności leczniczej usuwa barierę prawną dla całkowitej lub częściowej prywatyzacji prawnej szpitali samorządowych, tj. zbywania udziałów/akcji spółek prowadzących szpital na rzecz podmiotów prywatnych. Prywatyzacja SPZOZ nie była możliwa ze względu na brak formuły udziałów, które mogłyby być przedmiotem zbycia oraz brak jakiegokolwiek mechanizmu zbycia SPZOZ jako swoistej odmiany przedsiębiorstwa. W przypadku szpitala przekształconego w spółkę kapitałową nie przewidziano jakichkolwiek istotnych ograniczeń ustawowych dla zbycia jego akcji czy udziałów przez samorząd. Takie ograniczenia można jedynie oprzeć na argumentach natury systemowej, tj. konieczności zapewnienia przez samorząd (zwłaszcza powiatowy) dostępu do świadczeń zdrowotnych swoim

mieszkańcom. Stąd należy przyjąć, że niedopuszczalne byłoby zbycie udziałów/akcji spółki prowadzącej szpital bez odpowiednich gwarancji ciągłości funkcjonowania szpitala.

Otwarte pozostaje przy tym pytanie, czy samorząd pozbawiony możliwości bezpośredniego kierowania placówką ochrony zdrowia zapewniającą świadczenia jego mieszkańcom może w pełni skutecznie realizować zadanie własne w postaci ochrony zdrowia, korzystając jedynie z instrumentów odpowiedzialności kontraktowej względem podmiotu prywatnego kontrolującego daną placówkę. Zobowiązanie takiego podmiotu do zapewnienia ciągłości świadczenia ma charakter wyłącznie cywilnoprawny. Nie chroni przed sytuacją, w której np. na skutek problemów finansowych podmiot taki jest zmuszony do zakończenia działalności. Samorząd może wówczas pociągnąć go do odpowiedzialności kontraktowej, ale będzie ona prawdopodobnie mało skuteczna (szczególnie w przypadku ogłoszenia upadłości przez dany podmiot), a ponadto nie zapewni mieszkańcom ciągłości świadczeń.

W tej kwestii należałoby oczekiwać zwłaszcza rewizji stanowiska wyrażonego przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r. (K 14/03). TK stwierdził wówczas m.in., że koniecznym składnikiem realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest funkcjonowanie tzw. pionu publicznej służby zdrowia. Można to traktować jako swoiste przyzwolenie na całkowitą prywatyzację placówek publicznej ochrony zdrowia. Trybunał nie wziął pod uwagę wpływu prywatyzacji placówek o kluczowym znaczeniu, takich jak szpitale publiczne, na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i z pewną dezynwolturą przyjął, że kwestia tego, czyją własnością jest szpital, jest indyferentna z punktu widzenia realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do ochrony zdrowia.

W relatywnie najwęższym zakresie, spośród postulatów NPM, zrealizowano w polskim systemie ochrony zdrowia program decentralizacji systemu. O ile odpowiedzialność za zarządzanie placówkami ochrony zdrowia przejęły w głównej mierze jednostki samorządu terytorialnego, to nie wykonano dotychczas istotnego ruchu w kierunku decentralizacji finansowania, poza epizodycznym okresem funkcjonowania kas chorych. Trudno również mówić o dekoncentracji zarządzania, zważywszy na niewielki zakres samodzielności wojewódzkich oddziałów NFZ.

Należy zauważyć, że teza o NPM jako najważniejszym wzorcu reformowania opieki zdrowotnej znajduje odzwierciedlenie także w innych państwach regionu. Jak podsumowali J. Nemeč i N. Kolisnichenko, urynkowanie, prywatyzacja i decentralizacja były głównym trendem reform systemów ochrony zdrowia w państwach byłego bloku wschodniego [36]. Nieco mniejszy odźwięk zyskał postulat korporatyzacji placówek ochrony zdrowia, choć warto wspomnieć w tym kontekście o Słowacji, w której już w 2004 r. doszło do obligatoryjnego przekształcenia wszystkich szpitali w spółki kapitałowe [37].

## Krytyka nowego zarządzania publicznego i co z niej wynika dla polityki zdrowotnej

*New public management* wywarł przemożny wpływ na krajobraz zarządzania publicznego w skali globalnej. Pomimo że kojarzy się on przede wszystkim ze światem anglosaskim, znalazł również oddźwięk w państwach Europy kontynentalnej, a za sprawą programów transferowania polityk prowadzonych przez organizacje międzynarodowe – także w państwach rozwijających się czy w bloku postsocjalistycznym. Na pewnym poziomie ogólności można wręcz mówić o globalnej konwergencji systemów administracyjnych [38].

Skoro koncepcja ta odegrała tak istotną rolę w przeobrażeniach systemów administracyjnych na całym świecie, pojawia się pytanie, dlaczego już kilka lat temu ogłoszono jej śmierć [39], a H. Izdebski stwierdził, że o koncepcji tej można dziś mówić już wyłącznie w czasie przeszłym [40]. Krytyka NPM stała się jednym z najważniejszych nurtów we współczesnej debacie wokół problemów zarządzania publicznego. Podąża ona w dwóch kierunkach – wykazywania nieadekwatności wzorców rynkowych do uwarunkowań systemu zarządzania publicznego i sektora publicznego oraz naświetlania ubocznych skutków reform wdrażanych wedle programu NPM. Zważywszy na obfitość opracowań krytycznie recenzujących praktykę NPM, skupmy się w tym miejscu wyłącznie na kwestiach relewantnych dla systemu ochrony zdrowia i odnoszących się bezpośrednio do głównych postulatów NPM.

Po pierwsze, na rynku ochrony zdrowia, jeszcze bardziej niż w innych sferach usług publicznych, ujawnia się zawodność rynku (*market failure*). J. Stiglitz wskazuje zwłaszcza na:

- niedoskonałość informacji – pacjenci nie posiadają kompetencji do merytorycznej oceny jakości oferowanych im świadczeń;
- ograniczoną konkurencję – usługi medyczne nie są na tyle wystandaryzowane, by można było porównywać ich ceny i jakość. Konkurencja między szpitalami również jest ograniczona [41].

Problemy te podważają zwłaszcza próbę zaszczepienia w systemie ochrony zdrowia modelu voucherowego, opartego na „racjonalnym wyborze” świadczeniodawcy przez samego pacjenta. W warunkach asymetrii informacyjnej oraz dalece niedoskonałej konkurencji pacjent jako konsument może dokonywać rzetelnej oceny co najwyżej jakości obsługi, a nie usługi. Swoboda wyboru świadczeniodawców pozostaje też iluzoryczna w sytuacji ściśle limitowanego dostępu do usług. Wówczas rywalizacja między dostawcami usługi o względy konsumenta przekształca się w rywalizację konsumentów o dostęp do usługi.

Należy również zwrócić uwagę na konsekwencje wprowadzenia otwartego, wielopodmiotowego rynku świadczeniodawców kontraktowanych ze środków publicznych. W dyskursie naukowym w zakresie zarządzania publicznego upowszechniło się hasło „wydrążania państwa” jako opis skutków rozbicia monopolu państwa na zaspokajanie potrzeb zbiorowych [42].

Państwo kontraktujące zachowuje formalną odpowiedzialność wobec obywateli za realizację ich potrzeb, ale stopniowo traci możliwości samodzielnego wpływu na rzeczywistość. Dekompozycja jednolitego, hierarchicznego aparatu usług publicznych poprzez dopuszczenie podmiotów od państwa niezależnych osłabia zdolność państwa do kierowania systemem i realizacji polityk publicznych. Nie tylko trudniej jest wpływać na zachowania aktorów w systemie, ale także zapewnić obywatelom jednolity standard usług. Kreuje także znaczące koszty transakcyjne, związane nie tylko z obsługą procesu kontraktowania czy kontrolą realizacji umów, ale także wynikające z niezrealizowania kontraktów [43].

Po drugie, decentralizacja, doświadczenia innych państw europejskich dowodzą, że rezultaty decentralizacji nie są jednoznacznie pozytywne. W kontekście systemu ochrony zdrowia okazuje się, że decentralizacja nie przekłada się bezpośrednio na jakość ochrony zdrowia (*health outcomes*) mierzoną wskaźnikiem śmiertelności noworodków. Na przykładzie wybranych państw europejskich wykazano, że decentralizacja przyczynia się do zwiększenia całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, co podważa tezę o bardziej efektywnej alokacji zasobów dzięki decentralizacji [44]. Głęboka decentralizacja, szczególnie w sferze finansowania opieki zdrowotnej, w niektórych państwach doprowadziła także do zróżnicowania jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych. To zjawisko należy potraktować w odniesieniu do Polski szczególnie poważnie, ponieważ zagraża ono realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dużo trudniejsza w warunkach decentralizacji jest również koordynacja i zachowanie spójnego zarządzania systemem ochrony zdrowia. Towarzyszy temu *blame game*, czyli przerzucanie się przez aktorów zdecentralizowanego systemu zarządzania publicznego (np. rząd i samorząd) odpowiedzialnością za nieprawidłowości czy błędy. W państwach postsocjalistycznych zwraca się także uwagę na brak utrwalonych mechanizmów przeciwdziałania negatywnym skutkom decentralizacji, które funkcjonują w państwach o ugruntowanej pozycji samorządu [45–47]. W rezultacie w Europie zaczyna narastać tendencja do centralizacji czy recentralizacji systemów ochrony zdrowia [48], a aprioryczne przekonanie o pozytywnym wpływie decentralizacji na efektywność systemu ochrony zdrowia zaczyna wzbudzać poważne zastrzeżenia.

Po trzecie, cywilnoprawny charakter relacji między podmiotami w systemie ochrony zdrowia utrudnia egzekwowanie odpowiedzialności za dostępność i jakość usług zdrowotnych. Od państwa w dalszym ciągu oczekujemy zapewnienia określonych świadczeń, ale wpływ państwa na działania świadczeniodawców jest osłabiony. Ogranicza się do instrumentów odpowiedzialności kontraktowej (cywilnoprawnej), których skuteczność zależy od zdolności administracji do formułowania treści umów oraz monitorowania ich realizacji. Niedostępne są mechanizmy klasycznej, hierarchicznej odpowiedzialności (np. natychmiastowe zwolnienie z pracy dyrektora szpi-

tala), ponieważ administracji w relacjach z innymi aktorami w systemie nie przysługuje pozycja nadrzędna [18].

Również korporatyzacja – jako drugi wymiar depublicyzacji – niesie z sobą istotne problemy. Przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową i nadanie jej statusu przedsiębiorcy nie jest operacją wyłącznie techniczną, ale wywołuje swoisty przewrót aksjologiczny. Podmiot, którego misją jest realizacja konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, ewoluuje w kierunku *business as usual*, czyli typowej działalności zarobkowej, której nadrzędnym celem jest wynik finansowy, a nie realizacja misji publicznej. Zmiana ta musi się przełożyć na codzienne funkcjonowanie placówki, w którym wartością priorytetową staje się wydajność, a nie rezultat zdrowotny. Korporatyzacja szpitala publicznego podważa także możliwości realizacji szerszej funkcji tej placówki, którą R. Holly definiuje nie tylko jako leczenie, ale także np. propagowanie zachowań prozdrowotnych, uczestnictwo w działaniach profilaktycznych i prewencyjnych czy identyfikowanie zagrożeń zdrowotnych. Szpital publiczny ma też być atrakcyjnym miejscem pracy i znaczącym pracodawcą [49]. Tego rodzaju aktywność, jakkolwiek społecznie pożądana, kłóci się jednak z komercyjnym celem działalności szpitala.

Wreszcie korporatyzacja utrudnia wprowadzanie partycypacyjnego modelu zarządzania systemem ochrony zdrowia. Symptomatyczne, że w placówkach publicznych funkcjonujących w formie spółek kapitałowych nie muszą już działać rady społeczne, stanowiące namiastkę uspołecznionego zarządzania. Ich funkcjonowanie było oceniane krytycznie, ale nie podważało samej idei wpływu szerokiego grona interesariuszy na zarządzanie placówkami ochrony zdrowia. W szpitalu funkcjonującym w formule prywatnoprawnej, dla którego priorytetowym kryterium rozliczalności jest wynik finansowy, istotnie kurczy się przestrzeń dla zarządzania partycypacyjnego. Wszak włączanie zewnętrznych interesariuszy kreuje koszty transakcyjne oddziałujące na efektywność ekonomiczną. Jednym z ważniejszych postulatów NPM jest również przyznanie menedżerom publicznym rozległej autonomii w zarządzaniu, z czym kłóci się idea kolaboratywnego decydowania zarówno o kwestiach strategicznych, jak i operacyjnych.

Powyższe uwagi nie dyskwalifikują prób zaszczepienia w systemie ochrony zdrowia mechanizmów zaczerpniętych z programu NPM. Stanowią raczej listę wyzwań, które domagają się reakcji w polityce publicznej. Rynkowy wzorzec zarządzania w systemie ochrony zdrowia, usiłując odpowiedzieć na niedoskonałości wcześniejszych modeli, kreuje własne problemy. Nieunikniony jest zwłaszcza konflikt aksjologiczny między podejściem rynkowym i ogólnymi celami polityki zdrowotnej, tj. powszechnym i sprawiedliwym dostępem do dobrej jakości świadczeń zdrowotnych. Dopuszczenie do sektora opieki zdrowotnej prywatnych podmiotów działających dla zysku, a poprzez komercjalizację i korporatyzację zaszczepienie tej samej filozofii publicznym świadczeniodawcom, prowadzi do paradygmatycznego zwrotu w systemie ochrony zdrowia. Przede wszystkim zaś

wymaga nowego modelu interwencji publicznej nakierowanego na aktywną ochronę wymienionych wartości interesu publicznego.

## Wnioski

Niczym Moliеровski pan Jourdain kolejni reformatorzy w sposób nieświadomiony, a przynajmniej bez otwartej deklaracji, prowadzili polski system ochrony zdrowia w kierunku odwzorowującym główne założenia NPM. Teza ta do pewnego stopnia przeczy obiegowej opinii o chaotycznym i niespójnym charakterze przeobrażeń, jakie dokonywały się w tej sferze w ciągu ostatniego 25-lecia. Pomimo rozbieżności konkretnych działań podejmowanych przez kolejne ekipy rządzące paradygmat NPM nie słabnie, a wręcz jest konsekwentnie wzmacniany. Wydaje się, że przekonania i działania decydentów odzwierciedlają charakterystyczny dla zwolenników NPM pogląd, że doktryna ta reprezentuje *one best way* – uniwersalną, aideologiczną receptę na skuteczne zarządzanie [50]. Charakterystyczne dla tego podejścia jest wprowadzenie do obiegu licznych aksjomatów, które nie podlegają dyskusji czy empirycznej weryfikacji.

Z perspektywy szpitalnictwa kluczowe znaczenie ma przekonanie o primacie prywatnoprawnych form organizacyjnych funkcjonowania publicznych placówek ochrony zdrowia. W dalszej kolejności oznacza to zakwestionowanie pozausługowej misji szpitala publicznego i nadanie efektywności ekonomicznej statusu głównego kryterium rozliczalności placówki. Korporatyzacja nie jest bowiem operacją o charakterze wyłącznie technicznym czy prawnym, ale prowadzi do zmiany paradygmatu funkcjonowania szpitala, a nawet zmiany aksjologicznej, tj. przyjęcia przez szpital publiczny misji i wartości charakterystycznych dla placówek prywatnych przy zachowaniu publicznej własności placówki.

Wpływ doktryny NPM na polski system ochrony zdrowia nie był dotychczas przedmiotem zainteresowania w literaturze adekwatnego do roli, jaką ów paradygmat odegrał w tworzeniu ram instytucjonalnych systemu<sup>3</sup>. Konkluzja o „duchu NPM” towarzyszącym transformacji polskiego systemu ochrony zdrowia nie ma jednak waloru wyłącznie poznawczego. Powinna skłaniać również do zasadniczej refleksji nad trafnością obranej drogi, zważywszy na powszechną dziś krytykę NPM i praktycznych konsekwencji jego wdrażania. Załamanie się NPM czy szerzej – neoliberalnego projektu społeczno-polityczno-gospodarczego wyzwała zapotrzebowanie na nowy paradygmat usług publicznych, a co najmniej pakiet rozwiązań korygujących model rynkowy. W tym kierunku zmierza zwłaszcza neoweberowski model zarządzania publicznego, którego istotą jest reafirmacja roli państwa i prawa publicznego przy jednoczesnym zachowaniu tych elementów NPM, które przeszły pozytywnie empiryczną weryfikację [51, 52]. Ten na wskroś pragmatyczny nurt reform administracyjnych może stanowić punkt wyjścia również do refleksji w zakresie polityki zdrowotnej. Wymaga jednak konkretyzacji i adaptacji do uwarunkowań tego sektora usług publicznych.

## Przypisy

<sup>1</sup> Należy mieć na względzie rozbieżności w kwestii liczby szpitali, w tym szpitali publicznych. Zaprezentowana liczba 615 szpitali publicznych pochodzi z: S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska: 2012* (dane z połowy 2011 r.), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012. Inne źródło podaje liczbę 897 szpitali publicznych, opartą na danych ze sprawozdań MZ-29 składanych przez szpitale (S.A. Magellan, *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, 2014, s. 17, dok. elektr. [www.magellan.pl](http://www.magellan.pl), dostęp: 20.08.2014).

<sup>2</sup> Online: <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>; dostęp: 1.10.2014.

<sup>3</sup> Jedną z najważniejszych prac podejmujących kwestię oddziaływania NPM na polski system ochrony zdrowia jest monografia A. Frąckiewicz-Wronki, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009. Zob. także: A. Frąckiewicz-Wronka, A. Austen, *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011; 2: 9–28.

## Piśmiennictwo

- Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014, Centrum Badania Opinii Społecznej, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, lipiec 2014.
- Overbrye E., *Disciplinary Perspectives*, w: Castles F.G., Leibfried S., Lewis J., Obinger H., Pierson C. (red.), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford 2010: 162.
- Bevir M., *Key Concepts in Governance*, SAGE, London 2009: 141.
- Barnett C., *Publics and Markets: What's Wrong with Neoliberalism?*, w: Smith S., Smith S.J., Pain R. (red.), *The SAGE handbook of social geographies*, SAGE, London 2009: 271.
- Bevir M., Hall I., *Global Governance*, w: Bevir M. (red.), *The SAGE Handbook of Governance*, SAGE, London 2011: 359.
- Hemerijck A., *Changing Welfare States*, Oxford University Press, Oxford 2013: 5.
- Glinavos I., *Redefining the Market-State Relationship: Responses to the Financial Crisis and the Future of Regulation*, Routledge, Abingdon 2013: 80.
- Steger M.B., Roy R.K., *Neoliberalism: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford 2010.
- Wacquant L., *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Duke University Press, Durham 2009: 306–307.
- Kjaer A.M., *Rządzenie*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009: 36.
- Lynn L.E., *Public Management: A Concise History of the Field*, w: Ferlie E., Lynn L.E., Pollitt C. (red.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford 2007: 43.
- Barzelay M., Armajani B., *Breaking Through Bureaucracy. A new vision for managing in government*, Oxford University Press, Oxford 1992: 8–9.
- Argyriades D., *Good governance, professionalism, ethics and responsibility*, „International Review of Administrative Sciences” 2006; 72(2): 155–170.
- Nozick R., *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, New York 2013.
- Hood C., *A public management for all seasons?*, „Public Administration” 1991; 1: 3–19.
- Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika administrację publiczną*, Media Rodzina, Poznań 2005.
- Osborne D., Plastrik P., *Banishing Bureaucracy: The Five Strategies for Reinventing Government*, Addison Wesley, Reading, MA 1997.
- Sześciło D., *Rynek – prywatyzacja – interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2014: 14.
- Hood C., *A public management for all seasons?*, „Public Administration” 1991; 69: 3–19.
- OECD, *Modernising Government. The Way Forward*, OECD Publishing, Paris 2005: 131.
- Fabian A., *New Public Management and What Comes After*, „Issues of Business and Law” 2010; 2: 36–45.
- Pallesen T., *Privatization*, w: Laegreid P., Christensen T. (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Ashgate Publishing, Farnham 2010: 252.
- Rondinelli D.A., Nellis J.R., *Assessing Decentralization Policies in Developing Countries: A Case for Cautious Optimism*, „Development Policy Review” 1986; 1: 5.
- Kulesza M., Sześciło D., *Polityka administracyjna i zarządzanie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013: 64.
- Schedler K., Proeller I., *Outcome-oriented Public Management: A Responsibility-based Approach to the New Public Management*, Information Age Publishing, Charlotte 2010: 72.
- Pollitt C., *The Essential Public Manager*, Open University Press, Philadelphia 2003: 27.
- Błaś A., *W sprawie jedności działań organów administracji publicznej*, w: *Jakość administracji publicznej*. Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Cedzyna koło Kielc, 24–26 września 2004 r., Towarzystwo Naukowe Organizacji i Zarządzania, Rzeszów 2004: 58.
- Lane J.-E., *Public administration and public management: the principal-agent perspective*, Routledge, Abingdon 2005: 8.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 175–181.
- Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012: 47–48.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, WSHE, Łódź 2003: 233.
- Brzezińska-Grabarczyk D., *Przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej*, w: Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M. (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012: 203.
- Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013: 246–247.
- Wójcik M., *Przekształcanie formy organizacyjnoprawnej szpitali na podstawie regulacji zawartych w ustawie o dzia-*

- łałości leczniczej. Nowe wyzwanie i odpowiedzialność samorządów terytorialnych, w: Nojszewska E. (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 606.
35. Wójcik M., *Przekształcenia publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego*, w: Jaroński M., Winch S. (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2014: 26.
  36. Nemeč J., Kolisnichenko N., *Market-based health care reforms in Central and Eastern Europe: lessons after ten years of change*, „International Review of Administrative Sciences” 2006; 1: 11–26.
  37. Nemeč J., Lawson C., *Health Care Reforms in CEE: Processes, Outcomes and Selected Explanations*, „NISPACEE Journal of Public Administration and Policy” 2008; 1: 31.
  38. Toonen T.A.J., *Administrative Reform: Analytics*, w: Peters B.B., Pierre J. (red.), *The Handbook of Public Administration*, SAGE, London 2007: 301.
  39. Dunleavy P., Margetts H., Bastow S., Tinkler J., *New Public Management Is Dead – Long Live Digital-Era Governance*, „Journal of Public Administration Research and Theory” 2005; 16: 467–494.
  40. Izdebski H., *Kierunki rozwoju zarządzania publicznego*, w: Izdebski H., Machińska H. (red.), *W poszukiwaniu dobrej administracji*, Liber, Warszawa 2007: 18.
  41. Stiglitz J., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2011: 369–372.
  42. Rhodes R.A.W., *The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of the Public Service in Britain*, „The Political Quarterly” 1994; 2: 138–151.
  43. Carrozza C., *Privatising Local Public Services: Between Industrial Legacy and Political Ambition*, „Local Government Studies” 2010; 5: 599–616.
  44. Mosca I., *Is decentralization the real solution? A three country study*, „Health Policy” 2006; 1: 113–120.
  45. Mosca I., *Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries*, „Applied Economics Letters” 2007; 14: 511–515.
  46. Kang Y., Cho W., Jung K., *Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD Unbalanced Panel. Data for 1995–2005*, „International Review of Public Administration” 2012; 1: 1–32.
  47. Kornai J., *Centralizacja i kapitalistyczna gospodarka rynkowa*, „Zarządzanie Publiczne” 2011; 2–3: 5–22.
  48. Saltman R.B., *Decentralization, re-centralization and future European health policy*, „European Journal of Public Health” 2008; 2: 104–106.
  49. Holly R., *Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia*, w: Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2009: 30.
  50. Izdebski H., *Nowe kierunki zarządzania publicznego a współczesne kierunki myśli polityczno-prawnej*, w: Bosiacki A., Izdebski H., Nelicki A., Zachariasz I. (red.), *Nowe zarządzanie publiczne i public governance w Polsce i w Europie*, Liber, Warszawa 2010: 26.
  51. Drechsler W., *The Re-Emergence of „Weberian” Public Administration after the Fall of New Public Management: The Central and Eastern European Perspective*, „Halduskultuur” 2005; 6: 94–108.
  52. Drechsler W., *Towards a Neo-Weberian European Union? Lisbon Agenda and Public Administration*, „Halduskultuur” 2009; 10: 6–21.

# Wykształcona kadra menedżerska jako warunek skutecznego zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej

Alicja Domagała

Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Alicja Domagała, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, alicja.domagala@uj.edu.pl

## Abstract

### *Highly qualified managers as a requirements for effective management of health care units*

The article is aimed at presenting the Polish health care managers' profile and describing postgraduate education offer available to this group. As a result of the changes in health care system the managers need to continuously gain new qualifications. They are expected not only to provide more effective management methods, but also to minimize the costs and achieve the health care units goals. It is obvious that only highly skilled managers with high level of qualification and broad knowledge concerning economics, finance, medical law, human resources management are able to meet the requirements of rapid changes in health care sector. Research showed that there are significant changes in the profile of health care managers. Currently among managers there are less persons with medical background and more women. Majority of managers continue their education during postgraduate study (mainly managerial and economy). There are very wide range of postgraduate studies for Polish health care managers offered by public and non-public universities.

**Key words:** health care manager, health care system, management, postgraduate education

**Słowa kluczowe:** kształcenie podyplomowe, menedżer zdrowia, system zdrowotny, zarządzanie

## Wprowadzenie

W polskim prawodawstwie wymogi dotyczące kwalifikacji osób zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej nie są precyzyjnie określone. Do czasu obowiązywania przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>1</sup> aktualne były zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju<sup>2</sup>. Zgodnie z pkt 1 § 1 tego rozporządzenia kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej mogła być „wyłączenie osoba mająca wyższe wykształcenie i co najmniej sześcioletni staż pracy w zawodzie lub posiadająca wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe o kierunku zarządzanie w służbie zdrowia i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie bądź posiadająca wyższe wykształcenie i szkolenie zagraniczne i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie”.

Obecnie kwestie wymagań dotyczących kierownika jednostki opieki zdrowotnej regulują zapisy art. 46 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>3</sup>. Zgodnie z tymi zapisami: „Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- 3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

Równie nieprecyzyjnie są zdefiniowane wymogi dotyczące menedżerów zarządzających jednostkami zdrowotnymi działającymi w formie spółek kapitałowych. Z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przed-

siębiorstwami podmiotów leczniczych (art. 205 ustawy), dotychczasowe stanowiska kierowników NZOZ-ów zostały więc zlikwidowane. W Rozporządzeniu Ministra Skarbu Państwa z 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową zasugerowano, że członek zarządu powinien posiadać wykształcenie wyższe i staż pracy określony przez podmiot [1].

Aktualnie kierownik jednostki opieki zdrowotnej (menedżer zdrowia) to osoba, której zakres zadań jest niezwykle złożony. Zarządzanie w systemie zdrowotnym charakteryzuje się pewną specyfiką, obligując zarządzającego zarówno do koncentracji na potrzebach wewnętrznych jednostki, jak również na otoczeniu zewnętrznym oraz relacjach pomiędzy otoczeniem a organizacją. Aby spełnić te obowiązki, rola menedżera zdrowia charakteryzowana jest jako triada cech projektanta, stratega i lidera [2]. Rola zarządzającego placówką zdrowotną jest więc z jednej strony złożona, wielowymiarowa i wymagająca, ale z drugiej interesująca i satysfakcjonująca, dająca wiele możliwości służenia zarówno interesom pacjentów, jak i samej organizacji w trakcie poszukiwania bilansu równowagi w orientacji na wartości oraz wynik finansowy. Należy zwrócić uwagę, że w dziedzinie zdrowia, bardziej niż w innych sferach, zarządzanie dotyczy także kwestii moralnych i decyzji etycznych. Menedżerowie muszą się uczyć usprawniać proces zmian, zachowując elastyczność w reagowaniu na wieloznaczne i niestabilne otoczenie oraz przystosowując się do niego. Aby móc skutecznie realizować te zadania, konieczne jest posiadanie interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności. Skuteczny menedżer zarządzający placówką zdrowotną musi mieć umiejętność budowania zespołów i zarządzania nimi, wykorzystywania procesów grupowych, podejmowania decyzji z udziałem innych stron, rozwiązywania konfliktów, negocjowania, komunikowania się i budowania koalicji. Ponadto musi rozumieć i angażować się w relacje i procesy międzyorganizacyjne, struktury i funkcje władzy oraz politykę i proces polityczny. Ważny jest także aspekt roli menedżera jako innowatora, będącego przywódcą w trakcie wprowadzanych zmian i tworzącego wspólną i powszechnie podzielaną wizję przyszłości, konieczną do rozwoju i pchnięcia organizacji w nowym kierunku [3].

Zakres kompetencji współczesnego menedżera zdrowia jest więc bardzo szeroki. Kompetencje zawodowe to „zespół cech danej osoby, na który składają się charakterystyczne dla tej osoby elementy, takie jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje” [4]. Zgodnie z definicją T. Oleksyna kompetencje definiujemy jako zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w określonych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą [5].

Menedżerowie systemu ochrony zdrowia w związku ze stale zachodzącymi zmianami w tym systemie, podobnie jak kadra medyczna, stoją przed koniecznością ciągłego podnoszenia swoich kompetencji i stałej aktualizacji wiedzy. Najczęstszą formą kształcenia ustawicznego dla menedżerów są studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Ponadto rynek usług szkoleniowych zapewnia także możliwość korzystania z wielu krótszych form doskonalenia zawodowego, organizowanych np. w formie jedno- lub dwudniowych konferencji, kongresów, seminariów, kursów, warsztatów praktycznych czy też cykli szkoleń poświęconych aktualnym problemom systemowym. Zakres tematyczny oferowanych szkoleń jest bardzo zróżnicowany, najczęściej dotyczy najbardziej aktualnych problemów systemu ochrony zdrowia. Badania prowadzone w zakresie skuteczności i efektywności zarządzania potwierdzają, że konieczność zmiany w dotychczasowym sposobie zarządzania jednostkami zdrowotnymi wymaga wykształconych menedżerów i przywódców uaktualniających swoją wiedzę i potrafiących zarówno projektować nowe rozwiązania, jak i motywować pracowników do ich wdrażania [6].

## Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest próba określenia aktualnego profilu menedżera zdrowia działającego w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz analiza podyplomowej oferty szkoleniowej kierowanej do kadry zarządzającej jednostkami opieki zdrowotnej.

## Kto zarządza polskimi jednostkami opieki zdrowotnej?

Konieczność doskonalenia zawodowego menedżerów systemu zdrowotnego jest uwarunkowana zmiennością funkcjonowania tego sektora, gdzie przy malejących nakładach finansowych wymaga się od menedżerów zwiększenia efektywności i zarządzania podległymi placówkami przy jednoczesnej minimalizacji ponoszonych kosztów. Można się więc spodziewać, że tylko ci menedżerowie zdrowia, którzy posiadają stosowne kompetencje z zakresu zarządzania, finansów, ekonomii oraz prawa są w stanie skutecznie reagować na szybkie zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej [7].

Profil kompetencji dyrektora szpitala w Polsce w ostatnich latach uległ wyraźnej zmianie. Statystyczny dyrektor szpitala w Polsce w latach 90. był to na ogół mężczyzna, lekarz medycyny, nieposiadający niezbędnej wiedzy i przygotowania do zarządzania i kierowania. Sytuacja taka była uwarunkowana zaszłością z lat 1945–1989 przejawiającą się m.in. brakiem zdefiniowania jasnych wymagań kwalifikacyjnych dotyczących stanowisk kierowniczych w systemie opieki zdrowotnej, stosunkowo dużą dowolnością w obsadzie tych stanowisk, państwowym charakterem opieki zdrowotnej, obsadzaniem kluczowych stanowisk kierowniczych wyłącznie przez lekarzy oraz łączenia stanowiska dyrektora szpitala z funkcją ordynatora oddziału szpitalnego [8].

Liczba dostępnych badań dotyczących profilu kompetencji menedżerów zdrowia w Polsce jest niewielka.

Publikowane badania mają charakter szacunkowy i wymagają podjęcia szerszych badań obejmujących większą grupę jednostek zdrowotnych. Analiza literatury wskazuje dwa ciekawe badania, które pokazują, że w ostatnich latach dokonała się wyraźna zmiana profilu menedżera zdrowia w Polsce.

Pierwsze badanie, autorstwa Marka Wójcika, miało charakter ankietowy, było prowadzone w listopadzie 2012 r. i dotyczyło profilu kompetencji prezesów podmiotów leczniczych powstałych na podstawie przekształconych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej [9]. Jest to badanie reprezentatywne, objęto nim 68 prezesów spółek szpitalnych (ze 138 spółek funkcjonujących według stanu na listopad 2012 r.).

Kobiety stanowiły 30,88% badanej grupy, mężczyźni – 69,12%. Średnia wieku menedżera w badanej grupie to **49 lat**. Wszystkie osoby ukończyły studia wyższe, w tym zaledwie 34% to absolwenci studiów wyższych medycznych. 28% respondentów miało ukończone studia wyższe ekonomiczne lub pokrewne, 22% wyższe techniczne, 10% ukończyło wyższe studia prawnicze lub pokrewne i 2% wyższe humanistyczne. Prawie 90% ankietowanych miało ukończone studia podyplomowe (szczegóły przedstawia **Tabela I**). O wysokich kwalifikacjach kadry zarządzającej świadczy także fakt, że 8 osób miało ukończone studia MBA, a 60% kurs Członka Rad

	Kierunek ukończonych studiów podyplomowych
48%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia</li> <li>• zarządzanie placówkami służby zdrowia</li> <li>• zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej</li> <li>• zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej</li> <li>• zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej</li> <li>• zarządzanie szpitalem i administracja ochroną zdrowia</li> <li>• zarządzanie w opiece zdrowotnej</li> <li>• zarządzanie w ochronie zdrowia</li> <li>• zarządzanie ochroną zdrowia</li> <li>• zarządzanie i organizacja zdrowia</li> <li>• zarządzanie firmą w opiece zdrowotnej</li> <li>• zarządzanie i marketing w służbie zdrowia</li> <li>• ekonomia zdrowia</li> </ul>
29%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zarządzanie przedsiębiorstwem</li> <li>• menedżerskie</li> <li>• zarządzanie</li> <li>• zarządzanie i marketing</li> <li>• zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie</li> <li>• zarządzanie zasobami ludzkimi</li> <li>• kontrola i audyt wewnętrzny w przedsiębiorstwie</li> <li>• ekonomia i zarządzanie w działalności gospodarczej</li> </ul>
23%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zarządzanie projektami</li> <li>• ekonomia i finanse</li> <li>• bankowość i finanse</li> <li>• inwestycje kapitałowe</li> <li>• prawo podatkowe i rachunkowość</li> <li>• ubezpieczenia gospodarcze oraz prawo</li> <li>• pedagogika</li> <li>• studium pedagogiczne</li> </ul>

**Tabela I.** Studia podyplomowe ukończone przez prezesów podmiotów leczniczych.

Źródło: M. Wójcik, *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą* [9].

Nadzorczych Spółek Skarbu Państwa. Wyniki badania wskazują, że prezesi podmiotów leczniczych posiadają wieloletnie doświadczenie zawodowe. Średnio doświadczenie zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej w badanej grupie wynosiło 13,4 roku. Pełnienie funkcji kierowniczej – średnio 13,2 roku, w tym funkcji kierowniczej w sektorze ochrony zdrowia – 9,2 roku. Prezesi znają specyfikę funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej, aż 74% spośród badanych osób bezpośrednio przed objęciem funkcji prezesa spółki pracowało wcześniej w szpitalu. Większość (tj. 64,52%) osób posiadała także doświadczenie w pracy w innych spółkach. Ponadto należy podkreślić znajomość specyfiki działania samorządu terytorialnego, 65% posiadało doświadczenie w pracy w organach samorządu terytorialnego, a co trzeci prezes pełnił funkcję radnego.

Z wyników powyższego badania można wnioskować, że obecny prezes podmiotu leczniczego to osoba wykształcona, o znacznym doświadczeniu zawodowym, wieloletnim stażu w pełnieniu funkcji zarządczych, posiadająca bardzo dobrą znajomość sektora ochrony zdrowia, stale podnosząca swoje kompetencje, aktywna w życiu społecznym [9].

Kolejne badanie dotyczące profilu kompetencji menedżera zdrowia w Polsce było badaniem ankietowym przeprowadzonym przez M. Kautscha i S. Sobieralską w okresie sierpień–październik 2012 r. [10]. Uzyskane wyniki w dużej mierze są zbliżone do wyników wcześniej przedstawionego badania. Na podstawie informacji uzyskanych ze 108 szpitali (tj. około 13% szpitali w Polsce) można wnioskować, że statystyczny dyrektor szpitala to osoba o dużym doświadczeniu zawodowym, stale podnosząca swoje kwalifikacje. Najważniejsze wyniki tego badania wskazują na zwiększający się udział kobiet wśród menedżerów (42%). Ponadto zmniejsza się udział osób z wykształceniem medycznym i choć nadal jest to najczęstsze wykształcenie kierunkowe wśród kadry zarządzającej (63% badanej grupy), to zwiększa się liczba osób z kierunkowym wykształceniem niemedycznym.

Średnia wieku menedżera w badanej grupie to **51 lat** (dla kobiet 45, dla mężczyzn 57). Są to osoby doświadczone, średni staż pracy w ochronie zdrowia wynosił aż **22,5 roku**, w tym średni staż pracy na stanowisku dyrektora w ankietowanej jednostce 7,5 roku. Zaskakujące jest to, że kobiety stanowiły aż 42% ogółu dyrektorów badanych podmiotów. Analiza wykształcenia osób badanej grupy wskazuje, że 63% osób posiadało wykształcenie wyższe o profilu medycznym. Kolejnymi najczęściej wskazywanymi kierunkami były studia ekonomiczne (10% badanych), inżynierskie i techniczne (razem 9%), prawnicze (6%).

Aż 86% respondentów ukończyło studia podyplomowe, przy czym w grupie dyrektorów kobiet wszystkie osoby ukończyły co najmniej jedno studia podyplomowe, a w przypadku mężczyzn odsetek ten wynosił 76%. Jak wynika z przeprowadzonego badania, 35% ankietowanych ukończyło jeden kierunek studiów podyplomowych, aż 36% – dwa kierunki, 10% ukończyło aż trzy kierunki studiów podyplomowych. Najczęściej, bo



w 58%, wybierano studia podyplomowe z zakresu ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia. Inne popularne kierunki to: zdrowie publiczne, rachunkowość i finanse.

## Kształcenie menedżerów zdrowia w Polsce

Pierwsze inicjatywy w zakresie kształcenia kadr zarządczych dla systemu zdrowia w Polsce miały miejsce w 1991 r., wówczas ze względu na brak w systemie wykwalifikowanej kadry menedżerskiej z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej powstała Szkoła Zdrowia Publicznego jako międzywydziałowa jednostka Akademii Medycznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego. Była to pierwsza w Polsce i jedna z pierwszych w Europie Środkowo-Wschodniej szkoła nakierowana na przygotowanie profesjonalnych kadr zarządzających w sektorze zdrowia. Działania szkoły zmierzały do przygotowania nowoczesnej kadry menedżerskiej na potrzeby zmieniającego się polskiego systemu opieki zdrowotnej. W tym celu uruchomiono 2-letnie dzienne studia podyplomowe w zakresie zarządzania szpitalem i administracji zdrowiem publicznym, a następnie 3-letnie studia podyplomowe dla osób już zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w podmiotach systemu zdrowotnego. Od tamtego czasu systematycznie rozwija się rynek edukacyjny kształcący kadrę menedżerską systemu zdrowotnego. Podobne kierunki studiów podyplomowych uruchomiono na wielu polskich uczelniach. Obecnie kształcenie podyplomowe w zakresie zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej/organizacji ochrony zdrowia stało się kierunkiem bardzo popularnym i jest prowadzone już przez kilkadziesiąt uczelni publicznych i niepublicznych. **Według informacji publikowanych na portalu [www.uczelnie.pl](http://www.uczelnie.pl) studia podyplomowe dla kadry zarządzającej jednostkami zdrowotnymi są prowadzone obecnie w Polsce na 18 uniwersytetach, w 3 publicznych szkołach wyższych, 4 politechnikach i aż 40 niepublicznych uczelniach wyższych.**

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawnymi ustawy z 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz.U. 2011, Nr 84, poz. 455) studia podyplomowe trwają nie krócej niż dwa semestry. Program kształcenia powinien umożliwiać uzyskanie przez słuchacza co najmniej 60 punktów ECTS, przy czym uczelnia jest zobowiązana do określenia wyników kształcenia oraz sposobu ich weryfikowania i dokumentacji<sup>4</sup>. Szczegółowe rezultaty kształcenia zdefiniowane dla danego programu kształcenia na studiach podyplomowych powinny być skorelowane z celem ustawowym prowadzenia studiów podyplomowych, tzn. kształceniem nowych umiejętności niezbędnych na rynku pracy w systemie uczenia się przez całe życie oraz z celami szczegółowymi określonymi przez twórców danych studiów podyplomowych.

Jak wspomniano powyżej, oferta studiów podyplomowych w zakresie zarządzania placówkami zdrowotnymi jest bardzo zróżnicowana. Dotyczy to zarówno organizacji studiów, jak również zakresu programowego

i metod nauczania. Ze względu na brak standardów/wytucznych w zakresie programu studiów podyplomowych szczegółowy zakres treści programowych jest zróżnicowany i ustalany indywidualnie przez poszczególne uczelnie prowadzące kształcenie na tym kierunku. Zakres programowy obejmuje liczne zagadnienia związane z zarządzaniem jednostkami ochrony zdrowia, wśród których najczęściej można spotykać następujące moduły tematyczne:

- polityka zdrowotna a funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej;
  - zasady organizacji jednostek opieki zdrowotnej;
  - zasady funkcjonowania rynku usług zdrowotnych;
  - proces restrukturyzacji jednostek opieki zdrowotnej;
  - zagadnienia prawne dotyczące jednostek opieki zdrowotnej;
  - podstawowe analizy ekonomiczne i finansowe wykorzystywane w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej;
  - tworzenie systemów zarządzania jakością oferowanych świadczeń zdrowotnych;
  - systemy informatyczne w jednostkach opieki zdrowotnej;
  - zarządzanie operacyjne w jednostkach opieki zdrowotnej;
  - polityka personalna/restrukturyzacja zatrudnienia/formy i metody zatrudniania;
  - zarządzanie zespołem;
  - zarządzanie infrastrukturą techniczną i inwestycjami;
  - gospodarka lekiem;
  - kontraktowanie świadczeń zdrowotnych;
  - przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej;
  - negocjacje w systemie zdrowotnym;
  - wprowadzanie zmian w jednostkach opieki zdrowotnej;
  - elementy prawa inwestycyjnego;
  - zarządzanie infrastrukturą techniczną i inwestycjami;
  - rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza w jednostkach opieki zdrowotnej;
  - zarządzanie finansami w jednostkach opieki zdrowotnej;
  - ubieganie się o środki finansowe z programów unijnych;
  - marketing usług zdrowotnych;
  - *public relation* w ochronie zdrowia.
- Czasopismo „Menedżer Zdrowia” prowadzi okresowy *Ranking szkół podyplomowych – Najlepsze szkoły menedżerów zdrowia*, uwzględniając głównie takie aspekty studiów, jak [11]:
- organizacja studiów i dydaktyki (proporcja między wykładami a ćwiczeniami, liczba godzin przeznaczonych na indywidualne konsultacje i seminaria, praktyczne umiejętności, jakie mogą zdobyć studenci, oraz realizacja projektów zespołowych);
  - potencjał kadrowy (m.in. odsetek samodzielnych pracowników nauki, udział praktyków w dydaktyce, a także publikacje pracowników według wskaźnika IF);
  - zaplecze dydaktyczne i usługi dodatkowe;
  - opinia wzajemna.

Każdej kategorii przyznawana jest inna liczba punktów; najwięcej punktów można uzyskać za potencjał kadrowy oraz organizację studiów i dydaktyki<sup>5</sup>.

Głównym celem studiów podyplomowych kształcących menedżerów zdrowia jest nabycie przez słuchaczy nowoczesnej wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie zarządzania, tj. planowania, organizowania, koordynowania i monitorowania działalności podmiotów zdrowotnych. Program kształcenia jest nakierowany na wykształcenie u słuchaczy wielu umiejętności niezbędnych nie tylko do sprawnego podejmowania decyzji i bieżącego administrowania jednostką, ale także planowania strategii rozwojowej ukierunkowanej na dostosowywanie się do ciągle zmieniających się uwarunkowań zewnętrznych.

Z badań przeprowadzonych przez autora niniejszego artykułu<sup>6</sup> w grupie 42 słuchaczy studiów podyplomowych na kierunku zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej wynika, że do zagadnień, które są obecnie najbardziej przydatne w pracy zawodowej osób zajmujących się zarządzaniem w jednostkach ochrony zdrowia, należą:

- kontraktowanie świadczeń zdrowotnych;
- marketing usług zdrowotnych;
- regulacje prawne dotyczące jednostek opieki zdrowotnej;
- planowanie strategiczne w jednostkach opieki zdrowotnej,
- polityka personalna/restrukturyzacja zatrudnienia;
- zarządzanie czasem;
- występowanie o programy unijne i ich rozliczanie;
- regulacje prawne w zakresie zawierania umów przez jednostki opieki zdrowotnej;
- polityka w zakresie wynagradzania;
- odpowiedzialność prawna jednostki opieki zdrowotnej.

W 2011 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadzono diagnozę potrzeb szkoleniowych kadry zarządzającej systemu zdrowotnego (Raport MZ pt. *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 2011*)<sup>7</sup> [12]. Wyniki tego badania pozwoliły na zidentyfikowanie najistotniejszych potrzeb szkoleniowych w zakresie wiedzy i umiejętności związanych z zarządzaniem w podmiotach leczniczych. Autorzy badania rozpoznali potrzeby szkoleniowe u dyrektorów placówek medycznych głównie w takich dziedzinach wiedzy, jak:

- prawo z zakresu ochrony zdrowia (43% badanych);
- ekonomia menedżerska (40%);
- stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej (35%);
- organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (34%).

Wiele osób wskazywało także na konieczność doskonalenia umiejętności kierowania zespołem (51%), techniki negocjacji (47%) oraz zarządzania czasem i efektywnej komunikacji (36%).

Zbliżony zakres luk kompetencyjnych wskazali dyrektorzy ds. administracyjnych, którzy zwrócili głównie uwagę na następujące zakresy wiedzy:

- organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (43%);
- ekonomia menedżerska (39%);
- prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia (38%);
- stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej (33%);
- ekonomia ochrony zdrowia (28%);
- kontraktowanie świadczeń zdrowotnych (27%).

Ponadto wskazano takie sfery, jak: zarządzanie jakością, negocjacje, budżetowanie oraz zarządzanie finansami. Respondenci wskazywali również na brak umiejętności radzenia sobie z trudnym pacjentem, roszczeniowością pacjentów oraz z agresją ze strony pacjenta. Wyraźne braki wskazywano także w odniesieniu do znajomości aktualnych przepisów prawnych oraz umiejętności interpretacji aktów prawnych. Powyższe informacje są zgodne z obserwowanymi trendami zmian w sektorze ochrony zdrowia obejmującymi głębokie przeobrażenia w systemie prawnym i finansów publicznych, a także organizacji ochrony zdrowia.

Niejednokrotnie wskazywano także na brak wystarczającej wiedzy o procesach medycznych zależnych od decyzji menedżerów. Współczesna medycyna wymusza od kadry zarządzającej ścisłą współpracę w dziedzinie zarządzania, administracji, finansowania i wykonywania świadczeń zdrowotnych, dlatego silnie wskazane są wielodyscyplinarne szkolenia z powyższych dziedzin pozwalające na optymalizację decyzji zarządczych [12].

Z przeprowadzonego badania wynika, że zdecydowana większość dyrektorów (88%) korzysta z różnych form szkoleń. Najczęściej wskazywaną formą szkoleń są szkolenia organizowane w jeden weekend (46%) lub w dni powszednie (44%). Prawie połowa dyrektorów/kierowników zakładów doskonalili swoje umiejętności zawodowe od jednego do trzech razy w roku, w szkoleniach zaś odbywających się więcej niż cztery razy w roku bierze udział około 40% dyrektorów. Co drugi dyrektor uczestniczy w szkoleniach finansowanych w całości przez zakład, w którym pracuje, około 32% osób uzyskuje dofinansowanie szkolenia z zatrudniającej go placówki, a około 37% finansuje szkolenia we własnym zakresie. Dyrektorzy preferują szkolenia realizowane w dni powszednie w godzinach pracy (58%). Dla 42% badanych najlepszą formą są szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów, 37% wybrałoby najchętniej szkolenia w jeden weekend, a 34% osób wybrałoby e-learning. Najmniej osób zainteresowanych jest szkoleniami organizowanymi w dni powszednie w godzinach wieczornych (12%) [12].

### Kształcenie podyplomowe kadry zarządzającej – wsparcie ze środków unijnych

W odpowiedzi na przedstawioną powyżej diagnozę potrzeb szkoleniowych kadry zarządzającej Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia, pełniący funkcję Instytucji Wdrażającej dla Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w lutym 2011 r. ogłosił konkurs nr MZ\_2.3.4\_1\_2012 w ramach Poddziałania 2.3.4 – *Rozwój kwalifikacji kadr służący pod-*

niesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia. W ramach tego konkursu zaplanowano finansowanie studiów podyplomowych o profilu zarządzanie w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Zakładano, że 100% uczestników projektu (czyli słuchacze studiów podyplomowych) będą stanowić przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotów leczniczych (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy wewnętrznych jednostek organizacyjnych, w tym ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe itd.), którzy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę i z własnej inicjatywy wyrażą chęć udziału w projekcie.

W Tabeli II przedstawiono wykaz uczelni i kierunków studiów podyplomowych, które uzyskały dofinansowanie w ramach tego programu. Dla słuchaczy tych kierunków udział w studiach podyplomowych jest bezpłatny.

W ramach tego programu w okresie od lipca 2012 do czerwca 2014 r. ze studiów podyplomowych skorzystało około 5200 osób zajmujących się zarządzaniem jednostkami opieki zdrowotnej. Na dofinansowanie studiów podyplomowych dla kadry zarządzającej wydano łącznie aż ponad 29 mln zł. Informacje uzyskane z Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia<sup>8</sup> wskazują, że struktura uczestników studiów podyplomowych finansowanych w ramach omawianego programu przedstawia się następująco: 8,44% – dyrektorzy, 4,36% – zastępcy dyrektorów, 2,04% – ordynatorzy, 3,86% – naczelnice pielęgniarki, 22,08% – pielęgniarki oddziałowe, 4,19% – główni księgowi, 55,02% – średni personel zarządzający. Wynika z tego, że wśród osób, które rozpoczęły studia podyplomowe w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ponad połowa to osoby pełniące funkcje średniego personelu zarządczego, udział głównych menedżerów zdrowia jest stosunkowo niewielki. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że osoby pełniące kluczowe funkcje menedżerskie ukończyły już wcześniej studia podyplomowe o zbliżonym zakresie tematycznym lub forma ich zatrudnienia wykluczała możliwość udziału w programie<sup>9</sup>.

## Podsumowanie i wnioski

Rola skutecznych menedżerów zdrowia jest podkreślana w wielu dokumentach strategicznych organizacji międzynarodowych, m.in. WHO w strategii *The new European policy for health – Health 2020* zwraca uwagę na konieczność wzmocnienia przywództwa w systemie zdrowia, także na poziomie jednostek opieki zdrowotnej, co wpłynie na skuteczność i jakość oferowanych usług zdrowotnych [13]. Szczególne znaczenie ma umiejętna współpraca menedżera zdrowia z innymi podmiotami i instytucjami w celu poprawy skuteczności systemu zdrowia, na co zwraca uwagę WHO w dokumencie pt. *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action* [14].

Funkcja menedżera zdrowia w obecnych warunkach polskiego systemu jest niezwykle trudna i wymagająca. Skuteczny menedżer musi się wykazać nie tylko inter-

dyscyplinarną wiedzą (m.in. z zakresu zarządzania, ekonomii, prawa), ale także szerokim zakresem umiejętności i kompetencji społecznych. Warunkiem efektywnego funkcjonowania jednostki jest sprawne i skuteczne zarządzanie. Tylko dobrze wykształcona osoba z odpowiednimi predyspozycjami osobowościowymi jest w stanie skutecznie zarządzać jednostką zdrowotną działającą w ciągle zmieniających się uwarunkowaniach. Kierownicy publicznych jednostek opieki zdrowotnej z osób pełniących funkcję administratorów musieli stać się aktywnymi menedżerami, aby sprostać wymaganiom pacjentów i konkurencji. Spowodowało to konieczność nabywania przez nich nowych kompetencji oraz umiejętnego stosowania narzędzi wspomagających racjonalne podejmowanie decyzji [6]. Zmienił się więc wyraźnie w ostatnich latach profil menedżera zdrowia. Zarówno statystyczny dyrektor szpitala publicznego, jak i prezes podmiotu leczniczego to osoba wykształcona, o dużym doświadczeniu zawodowym, wieloletnim stażu na stanowisku kierowniczym, posiadająca bardzo dobrą znajomość sektora zdrowia, stale podnosząca swoje kompetencje, aktywna w życiu społecznym. Zmniejsza się wyraźnie udział osób z wykształceniem medycznym, i choć nadal jest to najczęstsze wykształcenie kierunkowe wśród kadry zarządzającej jednostkami zdrowotnymi, zwiększa się liczba osób z kierunkowym wykształceniem niemedycznym. Na podkreślenie zasługuje także zwiększający się udział kobiet w grupie menedżerów zdrowia [9, 10].

Ze względu na uwarunkowania systemowe i pełnioną rolę współczesny menedżer zdrowia zobligowany jest do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji i aktualizacji wiedzy. Najczęściej następuje to w ramach różnego rodzaju konferencji, warsztatów i studiów podyplomowych. Oferta w zakresie studiów podyplomowych jest bardzo szeroka. Prawie w każdym większym polskim mieście można obecnie podjąć studia podyplomowe na kierunku związanym z zarządzaniem placówkami zdrowotnymi. Propozycje w tym zakresie oferuje już 18 uniwersytetów, 3 publiczne szkoły wyższe, 4 politechniki i aż 40 niepublicznych uczelni wyższych. Istnieje także możliwość doksztalcenia w ramach bezpłatnych studiów podyplomowych dofinansowywanych z funduszy unijnych.

Ze względu na brak standardów w zakresie kształcenia na studiach podyplomowych zarówno zakres treści programowych, jak i listę zakładanych rezultatów kształcenia każda uczelnia przygotowuje indywidualnie. Wybór przez menedżera kierunku studiów podyplomowych spośród tak szerokiej oferty powinien być więc poprzedzony rzetelną analizą proponowanych warunków kształcenia i oferowanego szczegółowego programu nauczania.

## Przypisy

<sup>1</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 48 z późn. zm.)

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na sta-

Lp.	Uczelnia	Nazwa studiów / tytuł projektu	Czas trwania projektu	Wartość projektu w PLN	Liczba osób, które ukończą studia (według umowy o dofinansowanie)	Liczba osób, które już ukończyły studia (31.03.2014)*
1	Uniwersytet Warszawski (Wydział Nauk Ekonomicznych)	Studia podyplomowe „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej”	07.2012–30.06.2014	1 948 705,46	360	124
2	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia	07.2012–30.06.2014	1 304 554,70	240	117
3	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu	Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją menedżera	07.2012–30.06.2014	676 886,00	150	50
4	Uniwersytet Warszawski (Wydział Zarządzania)	Podyplomowe Studia Menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych	07.2012–30.06.2014	989 881,60	180	86
5	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	Nowoczesna kadra	07.2012–30.06.2014	1 918 599,60	324	120
6	Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania	Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych	08.2012–30.07.2014	1 461 114,96	243	112
7	Uniwersytet Techniczno-Humanistyczny w Radomiu	Zdrowe zarządzanie	07.2012–30.06.2014	525 938,40	100	49
8	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	Profesjonalna kadra	07.2012–30.06.2014	1 976 535,20	324	120
9	Szkoła Główna Handlowa	Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”	07.2012–30.06.2014	628 171,20	120	36
10	Stargardzka Szkoła Wyższa STARGARDINUM	Nowoczesne zarządzanie w podmiotach leczniczych	07.2012–30.06.2014	848 966,40	152	81
11	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi	07.2012–30.06.2014	1 996 321,47	363	187
12	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Legnicy	Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	328 344,95	54	30
13	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach	Profesjonalnie wykwalfikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	08.2012–31.12.2013	308 520,00	60	29
14	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej	07.2012–30.06.2014	1 979 876,64	360	198
15	Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy	Nowoczesny menedżer – efektywne zarządzanie	07.2012–30.06.2014	650 916,00	113	65
16	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	Kierownicy w podmiotach leczniczych menedżerami XXI wieku	09.2012–30.06.2014	953 724,24	170	60
17	Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach	Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	890 420,04	150	54
18	Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu	Skuteczny menedżer w służbie zdrowia	08.2012–30.09.2014	1 977 847,92	360	207

19	Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach	Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe	07.2012–30.06.2014	439 531,60	80	39
20	Wyższa Szkoła Bankowa w Krakowie	Studia podyplomowe – Zarządzanie w ochronie zdrowia	07.2012–30.06.2014	1 318 732,20	280	160
21	Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie	WySPA zarządzania – studia podyplomowe dla kadry zarządzających podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	820 956,60	135	51
22	Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Szczecinie	Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia – studia podyplomowe	07.2012–30.06.2014	1 141 508,10	210	159
23	Warszawska Wyższa Szkoła Ekonomiczna im. Wiszniewskiego	Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcanie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	08.2012–30.06.2014	329 964,80	48	30
24	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia	09.2012–30.06.2014	987 158,80	160	120
25	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie	Zarządzaj–Organizuj–Zmieniaj. Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia	01.01.2013–31.12.2014	492 538,30	90	0
26	Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego	Profesjonalny menadżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce	01.01.2013–31.12.2014	494 430,30	80	0
27	Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku	Zarządzanie podmiotami leczniczymi – studia podyplomowe	01.02.2013–31.01.2015	1 649 319,40	240	47
28	Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu	Profesjonalne zarządzanie w systemie ochrony zdrowia	01.02.2013–31.05.2014	131 414,76	24	0
29	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	01.01.2013–31.05.2014	308 520,00	60	0
				29 039 868,04	5230	2331

\* Liczba osób, które ukończyły studia została podana na podstawie zatwierdzonych do 31 marca 2014 r. wniosków o płatność i wprowadzonych do Krajowego Systemu Informatycznego SIMIK 07-13.

**Tabela II.** Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi dofinansowywane w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL.

Źródło: Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.

nowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U., Nr 44, poz. 520 z późn. zm.).

<sup>3</sup> Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654).

<sup>4</sup> W przypadku studiów podyplomowych nie przewidziano dodatkowych regulacji na drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego określających reguły kształcenia, uwzględniając wyniki kształcenia i warunki ich uzyskania. W programie kształcenia dla studiów podyplomowych należy określić szczegółowe rezultaty kształcenia – specyficzne dla danego programu studiów podyplomowych i jego konkretnej realizacji w danej uczelni.

<sup>5</sup> Według ostatniego rankingu przeprowadzonego w 2011 r. **najlepszymi podyplomowymi** szkołami menedżerów w Polsce były: (1) Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, (2) Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie, (3) Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, (4) Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, (5) Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego w Warszawie, (6) Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, (7) Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, (8) Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, (9) Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie.

<sup>6</sup> Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone w grudniu 2013 r. w trakcie ostatniego zjazdu słuchaczy rocznych studiów podyplomowych UJ CM na kierunku zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej.

<sup>7</sup> Badanie ewaluacyjne wykonane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”, wykonawca: IBC Group Central Europe Holding SA, październik 2011. W badaniu wzięło udział 7475 respondentów, w tym m.in. dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni, ordynatorzy/kierownicy oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe.

<sup>8</sup> Dane pozyskano na potrzeby niniejszego artykułu z Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (stan na marzec 2014 r.).

<sup>9</sup> Warunkiem uczestnictwa było zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, więc osoby zatrudnione na kontrakcie nie mogły uczestniczyć w programie.

## Piśmiennictwo

- Karkowski T., *Organy zarządzające podmiotami leczniczymi*, Prace Naukowe Akademii im. J. Długosza w Częstochowie 2012; VI: 30.
- Shortell S., Kałużny A., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Raport WHO, *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*, Zybala A. (red.), Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Wyd. KONTRAST, Warszawa 2009.
- Whiddett S., Hollyforde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003: 13.
- Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna, Warszawa 2010.
- Frączkiewicz-Wronka A., Austin A., *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych” 2011; 2: 26.
- Furtak M., Książek P., Rzemek C., Zdrojkowski J., *Kształcenie menedżerów jako kluczowy czynnik efektywnego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2010; 120: 213–217.
- Sitko S., Poździoch S., *Kształcenie dyrektorów szpitali i administratorów zdrowia publicznego w Polsce – stan dotychczasowy i perspektywy*, „Antidotum” 1996; 11–12: 29.
- Wójcik M., *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą*, <http://www.infozdrowie.org/attachments/swiadczeniodawca2013/pdf/4-wojcik.pdf>; dostęp: 11.03.2014.
- Kautsch M., Sobieralska S., *Kto zarządza polskim szpitalem?*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2103, XIV, z. 10, cz. I: 229–239.
- Leśniewski B., Staszewski R., *Ranking szkół kształcących menedżerów zdrowia. Najlepsza uczelnia w Krakowie*, „Menedżer Zdrowia” 2011; 6: 20–24.
- Ministerstwo Zdrowia, Badanie ewaluacyjne wykonane na zlecenie MZ, *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, wykonawca: IBC Group Central Europe Holding SA, październik 2011, [http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/6\\_125.pdf](http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/6_125.pdf); dostęp 13.03.2014.
- Health 2020. A European policy framework and strategy for 21<sup>st</sup> century*. WHO, Copenhagen 2013.
- World Health Organisation, *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action*. Regional Committee for Europe 61<sup>st</sup> session. Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011. EUR/RC61/10. 2011.

# Funkcjonowanie i znaczenie rad nadzorczych przy niepublicznych szpitalach samorządowych

Marcin Kautsch<sup>1</sup>, Mirosława Ster

<sup>1</sup> Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Marcin Kautsch, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, mxkautsc@wp.pl

## Abstract

### *The operation and significance of boards of trustees in non-public local-government-owned hospitals*

This article describes the results of research (conducted using a questionnaire) on the operation of boards of trustees in non-public local-government-owned hospitals. CEOs of the above-mentioned hospitals have positive opinions about the operation of the boards, recognizing them to be useful both for the owner authorities and the units themselves. Their supervisory function is particularly highly rated in economic and managerial areas. To a lesser extent this applies to the quality of services. No significant operational issues have been reported by respondents. The CEOs, however, stressed the fact that trustees are not always sufficiently prepared for meetings, moreover, when hospitals operated as independent public health care units, they did not have to finance the activities of such boards.

**Key words:** board of trustees, hospitals, non-public healthcare unit

**Słowa kluczowe:** niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, rada nadzorcza, szpitale

## Wprowadzenie

Zmiany w systemie ochrony zdrowia zmierzają do większego urynkowania sektora. Jednym z przejawów tych zmian jest przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) w jednostki niepubliczne. Dotyczyło to od dawna placówek ambulatoryjnych, a od kilku lat także stacjonarnych, w tym szpitali. Przekształcenia tych ostatnich były nawet procesem wspieranym wprost przez rząd [1]. Choć po przekształceniu pozostawały one w większości własnością samorządu, to w przypadku ambulatoriów można mówić o faktycznej prywatyzacji. Prywatyzacja ta i niemożność wyegzekwowania sprawozdań od prywatnych dostawców usług zdrowotnych doprowadziły do sytuacji, w której zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Główny Urząd Statystyczny przestały podawać liczbę porad w podziale na zakłady publiczne i niepubliczne<sup>1</sup>. Skalę prywatyzacji („unipublicznienia”) sektora można spróbować określić, analizując liczbę zakładów zarejestrowanych w Rejestrze

Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dawniej: Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej). Najważniejsze ich kategorie (poza sektorem stacjonarnym) w podziale na publiczne/niepubliczne pokazano w **Tabeli I**. Warto zaznaczyć, że są to zakłady mogące prowadzić nie tylko jedną z kategorii działalności opisaną w tabeli, co oznacza, że część z nich występuje w więcej niż jednej kategorii (np. jednostka prowadząca jednocześnie leczenie ambulatoryjne, usługi rehabilitacyjne itd.).

Określenie szpitali przekształconych w spółki mianem „niepublicznych” wydaje się mało adekwatne wobec jednostek, które pozostając w 100% własnością jednostek samorządu terytorialnego, są nadal publiczne. Takiej nazwy użył jednak ustawodawca. Nie wchodząc w szczegóły procesu przekształcenia i sensu nazywania niepublicznymi takich jednostek, należy stwierdzić, że obecnie jednostek samorządowych przekształconych w niepubliczne jest stosunkowo dużo. Do 19 sierpnia 2013 r. działało nawet Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Samorządowych, które w chwili rozwiązania

Rodzaj zakładu	Leczenie ambulatoryjne	Usługi rehabilitacyjne	Długoterminowa opieka pielęgnacyjna	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej
Ogółem	16517	4328	2317	9879
Niepubliczne	14755	3345	1924	8422
Publiczne	1762	983	393	1457
Odsetek niepublicznych	89%	77%	83%	85%

**Tabela I.** Liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej (stan na 02.01.2014) w podziale na publiczne i niepubliczne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze strony: <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>, dostęp: 02.01.2014.

liczyło 60 członków [2], choć nie zrzeszało wszystkich tego typu placówek. Ich liczebność w 2010 r. prezes owego stowarzyszenia oceniała na ponad 100 (wywiad z autorem). Warto też wspomnieć o Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Szpitali Niepublicznych, które zrzesza 103 jednostki<sup>2</sup>, choć wśród jego członków jest stosunkowo spora grupa jednostek nieszpitalnych, monospecjalistycznych czy też ogólnie rzecz ujmując – mniejszych. Pewne przybliżenie dotyczące liczby niepublicznych szpitali pokazują dane z rejestru podmiotów leczniczych. Wskazują one na to, że na początku 2014 r. było w Polsce 708 niepublicznych podmiotów stacjonarnych<sup>3</sup>. Nie jest to jednak liczba mówiąca o tym, jak wygląda niepubliczne szpitalnictwo, gdyż wśród tych jednostek najwięcej było tych niewielkich, a także sanatoria, ośrodki MONAR itp., a nie szpitali ogólnych. Rosnąca liczba szpitali niepublicznych oraz wspomniany status samorządowych jednostek niepublicznych sprawiły, że Ministerstwo Zdrowia przestało od 2013 r. podawać liczbę łóżek w jednostkach niepublicznych. Ostatnie tego typu dane są dostępne za 2011 r. w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia 2012 [3]. Źródło to podawało, że liczba szpitali publicznych wynosiła 517, miały one 156 001 łóżko. W przypadku jednostek niepublicznych było to odpowiednio 313 i 28 513. Oznacza to, że średni szpital publiczny liczy 302 łóżka, a niepubliczny – 91.

Warto także odnotować, że w świetle zapisów ustawy o działalności leczniczej [4] nowe samodzielne publiczne zakłady nie będą tworzone, a te SP ZOZ mające problemy finansowe, których nie pokryją ich podmioty tworzące, będą musiały być przekształcane w zakłady niepubliczne (art. 59, par. 4 przywoływanego aktu prawnego).

Przy tak licznych jednostkach szpitalnych funkcjonujących jako spółki pojawia się potrzeba zweryfikowania, na ile nadzór nad tymi jednostkami jest sprawowany w sposób prawidłowy, jak przedstawia się współpraca między jednostkami a ich radami nadzorczymi, czy w końcu – jak funkcjonują te ostatnie. Jest to o tyle istotne, że – jak wskazano – liczba jednostek niepublicznych rośnie, natomiast funkcjonowanie rad społecznych, działających przy samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, było krytykowane zarówno przez koła naukowe, jak i praktyków – zarządzających zakładami opieki zdrowotnej<sup>4-6</sup> [5, 6]. Dodatkowo warto mieć na względzie fakt, że spora część przekształconych jednostek nie radzi sobie i generuje ujemny wynik finansowy

[7], co może wynikać z niewłaściwego nadzoru nad nimi. Choć problemy finansowe mają także i zakłady publiczne<sup>7</sup>, to przekształcenie miało być wszakże sposobem na powstrzymanie zadłużania SP ZOZ [1, 8].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników badania dotyczącego funkcjonowania rad nadzorczych i pełnienia przez nie funkcji nadzoru i kontroli nad podmiotami leczniczymi – szpitalami.

Analiza funkcjonowania rad nadzorczych przy podmiotach leczniczych w Polsce jest o tyle potrzebna, że rola, jaką pełni rada nadzorcza w życiu spółki, nie została jak dotąd jednoznacznie opisana [9]. Tym bardziej warto więc zweryfikować, na ile podmioty te sprawdzają się w sektorze ochrony zdrowia. Rady nadzorcze funkcjonujące przy spółkach tworzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w swoich kompetencjach i umocowaniu znacząco różnią się od rad społecznych, jakie funkcjonują przy samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

## Funkcjonowanie rad nadzorczych – zarys problemu

Podstawą działania rad nadzorczych jest *Kodeks spółek handlowych* (KSH) [10]. Zgodnie z art. 219 par. 1 tego aktu prawnego „rada nadzorcza sprawuje stały nadzór nad działalnością spółki we wszystkich dziedzinach jej działalności”. Jest to więc organ upoważniony do dostępu do wszystkich dokumentów spółki, może szczegółowo badać sprawozdania, rewidować konta oraz majątek spółki. Umowa spółki (zgodnie z art. 220 KSH) [11] może jeszcze rozszerzyć uprawnienia rady nadzorczej, a w szczególności stanowić, że zarząd jest zobowiązany uzyskać zgodę rady nadzorczej przed dokonaniem czynności oznaczonych w umowie spółki oraz przekazać radzie nadzorczej prawo zawieszania w czynnościach, z ważnych powodów, poszczególnych lub wszystkich członków zarządu.

Przywoływany akt prawny nie precyzuje wymogów formalnych stawianych kandydatom na członka rady nadzorczej. Można je natomiast odnieść do wymogów, jakie są stawiane kandydatom na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem [12], a które to wymogi muszą być potwierdzone egzaminem państwowym oraz wcześniejszym szkoleniem. Z egzaminu zwolnione są osoby posiadające stopień naukowy doktora nauk prawnych



lub nauk ekonomicznych, lub wpis na listę radców prawnych, adwokatów, biegłych rewidentów albo doradców inwestycyjnych [13].

Zgodnie z paragrafem 1 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z 7 września 2004 r. program wspomnianego szkolenia na członka rady obejmuje wybrane zagadnienia w zakresie:

- 1) komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych;
- 2) tworzenia, funkcjonowania i likwidacji spółek handlowych;
- 3) zasad obrotu papierami wartościowymi, funkcjonowania instytucji rynku kapitałowego i narodowych funduszy inwestycyjnych;
- 4) prawa pracy;
- 5) stosunków cywilnoprawnych w obrocie gospodarczym;
- 6) prawa upadłościowego i naprawczego;
- 7) zasad działalności gospodarczej oraz pomocy publicznej dla przedsiębiorców;
- 8) zarządzania podmiotami gospodarczymi i analizy marketingowej przedsiębiorstwa;
- 9) restrukturyzacji podmiotów gospodarczych;
- 10) rachunkowości i finansów w spółkach handlowych;
- 11) metod wyceny wartości podmiotów gospodarczych;
- 12) kompetencji organów spółek handlowych;
- 13) zasad funkcjonowania rad nadzorczych w jednoosobowych spółkach Skarbu Państwa i w spółkach z udziałem Skarbu Państwa.

Przy wyborze członków rady nadzorczej istotne jest to, by nie zaistniała możliwość konfliktu interesów i/lub złamanie zasady *bezpośredniej podległości* (art. 214 par. 1 KSH), tzn. że członek rady nie powinien bezpośrednio podlegać zarządowi (np. przez stosunek zatrudnienia). Na niezależność (bezstronność i równe traktowanie wszystkich akcjonariuszy) wskazuje także poradnik *Dobre praktyki spółek notowanych na GPW* [10]. Chodzi o brak zależności od grup nacisku, kadry zarządzającej i dbałość o dobro spółki oraz interes akcjonariuszy.

Członkowie rady powinni być doświadczeni, mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności, a także być dostępni na tyle, by móc się w pełni zaangażować w sprawy spółki [10]. Sięgając po doświadczenia innych krajów, można stwierdzić, że najczęstszym kryterium doboru do rady w spółkach amerykańskich jest lojalność jej członka względem osób, które poparły jego kandydaturę, oraz zaufanie akcjonariuszy i zarządu wobec kandydata [14].

Artykuł 218 KSH w paragrafie 1 stwierdza, że „Jeżeli umowa spółki nie stanowi inaczej, mandaty członków rady nadzorczej (...) wygasają z dniem odbycia zgromadzenia wspólników zatwierdzającego sprawozdanie finansowe za pierwszy pełny rok obrotowy pełnienia funkcji członka”. W praktyce oznacza to roczną kadencję, choć – jak wynika z powyższych zapisów – taka długość jej trwania nie jest obligatoryjna. Może ona bowiem wynosić maksymalnie 5 lat, a osoba pełniąca funkcję członka rady może być także powołana na kolejne kadencje (art. 386 par. 1 i 2).

Rada nadzorcza powinna być zwoływana w miarę potrzeb spółki, jednak nie rzadziej niż trzy razy w roku

obrotowym (art. 389 par. 1 i 3). Podejmowane przez nią uchwały są ważne, jeżeli na posiedzeniu jest obecna co najmniej połowa członków rady, a wszyscy zostali zaproszeni (art. 388 par. 1).

Członkowie rad nadzorczych mogą otrzymywać wynagrodzenie za swoją pracę, co jest regulowane statutem lub uchwałą walnego zgromadzenia (art. 392 par. 1). Wysokość wynagrodzenia nie jest określona ustawowo, może zależeć od wyniku finansowego spółki czy też osiągnięcia przez nią określonych celów. Zapisy te odróżniają radę nadzorczą od społecznej, której członkom wynagrodzenie nie przysługiwało (art. 45 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [15], która powołała do życia rady społeczne) i nie przysługuje (art. 48 ustawy o działalności leczniczej, która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej).

Za istotne należy uznać także zapisy art. 293 par. 1 KSH, który przewiduje, że członek rady nadzorczej odpowiada wobec spółki za szkodę wyrządzoną działaniem lub zaniechaniem sprzecznym z prawem lub postanowieniami umowy spółki, chyba że nie ponosi winy. Zapis ten może silniej motywować członków rady do działania na rzecz spółki, niż to miało miejsce w przypadku rady społecznej, której taka odpowiedzialność nie dotyczyła.

## Metodologia

Celem badania opisanego w niniejszym artykule była odpowiedź na pytania, czy rada nadzorcza spełnia swoją funkcję (nadzoru i kontroli), czy zarząd spółki odnosi korzyści z posiadania wspomnianego organu doradczego oraz jak funkcjonuje ten organ.

Badanie zostało zrealizowane w okresie IV kwartał 2011 – II kwartał 2012 r. w jednostkach z terenu całego kraju.

Jak wspomniano, status NZOZ mają zarówno jednostki będące całkowicie w prywatnych rękach, te, które działają na podstawie partnerstwa publiczno-prywatnego, jak i te, których właścicielami są jednostki samorządu terytorialnego. Jeżeli chodzi o te pierwsze, to bardzo często są to jednostki małe, które są nazywane szpitalami, lecz w praktyce nie pełnią takiej roli z uwagi na wąski zakres działania i niewielką liczbę łóżek. Są one raczej lepszymi jednostkami opieki ambulatoryjnej, w których łóżko stanowi pewien dodatek do oferty, lecz hospitalizacja nie jest podstawą prowadzonej działalności. Dobrą ilustracją powyższego wyjaśnienia jest wspomniane Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, na którego liście członkowskiej widnieją jednostki mające charakter ambulatoryjny.

Warto odnotować, że w polskim systemie ochrony zdrowia pojęcie szpitala nie zostało precyzyjnie zdefiniowane. Można odwołać się do ustawy o działalności leczniczej (art. 2), która mówi, że jest to podmiot wykonujący świadczenia szpitalne (całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne). W związku z bardzo dużą liczbą nowych jednostek ochrony zdrowia, które nazywane są szpitalami, konieczne było przyjęcie założeń do badania dotyczących wielkości tychże jednostek. Pozwoliło to na przebadanie tych zakładów, które faktycznie wykonują działalność całodobową i komplekso-

wą. Zdecydowano się przebadać tylko te jednostki niepubliczne, które posiadały co najmniej 50 łóżek lub dwa oddziały opieki stacjonarnej, czyli faktycznie można było je nazwać szpitalami. W tym celu dokonano analizy zawartości internetowej bazy Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia<sup>8</sup>. Opierając się na danych zawartych w tej bazie, znaleziono 86 jednostek spełniających powyższe warunki. Z jednostkami tymi został nawiązany kontakt, w którego trakcie przedstawiono im wyjaśnienie dotyczące celu badania i zachęcono do odpowiedzi na specjalnie przygotowaną anonimową ankietę zamieszczoną w internecie (przy zastosowaniu techniki CAWI).

Uzyskano 40 odpowiedzi, z których jedną zdecydowano się odrzucić (identyczne odpowiedzi pojawiły się bowiem w innej ankiecie). Anonimowość badania sprawia, że nie sposób określić, które z jednostek, proszonych o udzielenie odpowiedzi, faktycznie ich udzieliły. Analiza uzyskanego materiału (por. **Tabela II**) wskazuje na to, że w badaniu wzięły udział wyłącznie podmioty, których organem właścicielskim była jednostka samorządu terytorialnego. Mając na uwadze fakt, że uzyskano odpowiedzi z 39 na 86 szpitali spełniających założone kryteria – w tym z 43 samorządowych spełniających podane wyżej kryteria – można przyjąć badanie za w pełni

reprezentatywne dla tej właśnie grupy (39 na 43 jednostki, tj. 90%). Choć początkowo chciano przeanalizować funkcjonowanie rad nadzorczych przy wszystkich szpitalach, bez względu na to, kto jest ich właścicielem, uzyskany materiał pozwala na zawężenie analiz do grupy jednostek, których właścicielem są jednostki samorządu terytorialnego.

Ankieta, za pomocą której przeprowadzono badanie, zawierała pytania zamknięte (część z nich była rozbudowana w kilka podpunktów). Została ona skierowana do prezesów zarządów szpitali. Zadaniem respondentów była ocena funkcjonowania rad nadzorczych kierowanych przez nich jednostek.

Charakterystyka szpitali biorących udział w badaniu została przedstawiona w **Tabelach II–IV**. Ilustrują one rozkład wymienionych szpitali w zależności od organu tworzącego oraz ich wielkości mierzonych liczbą łóżek oraz budżetem.

Zdecydowano się także przedstawić tu wyniki odpowiedzi na pytanie dotyczące doświadczenia prezesów zarządu spółek tworzących niepubliczne zakłady (**Tabela V**). Postąpiono tak, by pokazać, iż respondenci byli osobami doświadczonymi, co pozwala na stwierdzenie, że przywoływane w badaniu opinie odzwierciedlają rzeczywisty stan funkcjonowania rad nadzorczych.

Podmiot tworzący	Województwo	Powiat	Miasto	Inny
	8%	62%	31%	0%

**Tabela II.** Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od organu tworzącego<sup>9</sup>.

Źródło: Opracowanie własne.

Liczba łóżek	< 50	50–100	101–150	151–200	> 200
	18%	31%	23%	13%	15%

**Tabela III.** Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od liczby łóżek.

Źródło: Opracowanie własne.

Budżet roczny	< 20	21–35	36–50	51–80	81–120	> 120
	21%	26%	15%	23%	13%	3%

**Tabela IV.** Rozkład szpitali biorących udział w badaniu w zależności od wielkości rocznego budżetu (mln zł).

Źródło: Opracowanie własne.

	Minimum	Maksimum	Średnia
Liczba lat na obecnym stanowisku	1	13	3,6
Liczba lat pracy na stanowiskach kierowniczych w ochronie zdrowia	2	25	8,9

**Tabela V.** Doświadczenie prezesa zarządu na stanowiskach kierowniczych (lata).

Źródło: Opracowanie własne.

## Wyniki badania

Ankietowani uznali, że rady nadzorcze (poza podstawowym obowiązkiem nadzoru) w dużym lub bardzo dużym stopniu pełnią dla nich rolę opiniotwórczą. W nieco mniejszym stopniu pełnią tę rolę dla podmiotu tworzącego – właściciela. Odsetek osób, które uważają, że rola ta jest mała czy wręcz żadna, był niski. Wyniki dotyczące tego zagadnienia przedstawiono w **Tabeli VI**.

Respondenci stwierdzili, że dla zarządzania szpitalem istotne są opinie rady we wszystkich – poza jedną – kwestiach, o które pytano w ankiecie. Za najważniejsze uznano nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala (49% odpowiedzi – znaczenie bardzo duże, 26% – duże). Natomiast tą mniej istotną kwestią okazały się działania projakościowe w szpitalu. Szczegółowe wyniki przedstawiono w **Tabeli VII**.

Zdaniem zdecydowanej większości respondentów rada nadzorcza ma realny wpływ na zarządzanie jednostką (85%), przy czym ponownie zdecydowana większość uważa, że jest to wpływ pozytywny (82%) – **Tabela VIII**.

Zróznicowane były opinie respondentów dotyczące roli rady i jej członków w zarządzaniu szpitalem. Większość uważa, że rada spełnia rolę faktycznego nadzoru nad działalnością spółki we wszystkich jej dziedzinach (13% ankietowanych całkowicie zgadza się z tą opinią, 56% – zgadza się). Większość nie zgadza się z tezą, że stały nadzór nad działalnością spółki może utrudniać

proces zarządzania podmiotem medycznym (49% osób raczej się nie zgadza, a 8% – całkowicie się nie zgadza). Rozkład głosów jest natomiast niejednoznaczny w ocenie kwestii wydłużania procedur podejmowania decyzji czy posiadania przez członków odpowiednich kwalifikacji, pozwalających im pełnić swoją funkcję. Szczegółowe zestawienie ocen przedstawianych kwestii zawiera **Tabela IX**.

Spośród ankietowanych  $\frac{2}{3}$  uznało obecny zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu za odpowiedni. 15% uznaje ów zakres za zbyt duży, a 18% za zbyt mały (**Tabela X**).

Odpowiedzi na powyższe pytanie korelują z odpowiedziami na temat ewentualnych zmian dotyczących rady nadzorczej podmiotu leczniczego. 62% ankietowanych uznało, że nie należy nic zmieniać w kształcie uprawnień rady. 18% uważa, że należałoby wzmocnić rolę rady. Taki sam odsetek opowiedział się za zmniejszeniem jej roli. Miałoby to polegać na likwidacji rady i sądowym powoływaniu rewidenta na żądanie wspólnika lub wspólników reprezentujących udział kapitału określony ustawą (10%) bądź zezwoleniu na nadzór każdego wspólnika spółki (8%). Natomiast 3% respondentów chciałoby powrotu do rad społecznych, a żaden z ankietowanych nie zgodził się z opinią, że należy ograniczyć rolę rady nadzorczej do wydawania niewiążących opinii w sprawach funkcjonowania spółki. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia **Tabela XI**.

Rola opiniotwórcza rady	Bardzo duża	Duża	Przeciętna	Mała	Żadna
Dla podmiotu tworzącego	15%	41%	33%	8%	3%
Dla zarządu szpitala	26%	41%	28%	5%	0%

**Tabela VI.** Rola opiniotwórcza rad nadzorczych dla podmiotu tworzącego oraz zarządu szpitala.

Źródło: Opracowanie własne.

Obszar	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Żaden
Planowanie strategiczne	31%	41%	21%	8%	0%
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej	10%	51%	26%	13%	0%
Nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala	49%	26%	18%	8%	0%
Nadzór organizacyjny nad działalnością szpitala	15%	54%	21%	5%	5%
Działania projakościowe w szpitalu	5%	23%	36%	26%	10%

**Tabela VII.** Zakres, w jakim opinie rady są przydatne w zarządzaniu szpitalem.

Źródło: Opracowanie własne.

Rodzaj wpływu, jaki rada ma na zarządzanie szpitalem	Realny, pozytywny	Realny, negatywny	Brak realnego wpływu
	82%	3%	15%

**Tabela VIII.** Wpływ rady na zarządzanie szpitalem.

Źródło: Opracowanie własne.

Zagadnienie	Całkowicie się zgadzam	Zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
Rada spełnia rolę faktycznego nadzoru nad działalnością spółki we wszystkich jej dziedzinach	13%	56%	13%	15%	3%
Rada wydłuża procedury podejmowania decyzji	8%	18%	26%	38%	10%
Rada poprzez stały nadzór nad działalnością spółki może utrudniać proces zarządzania podmiotem medycznym	8%	18%	18%	49%	8%
Członkowie rady posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję	10%	36%	21%	31%	3%

**Tabela IX.** *Opinia prezesów zarządu na temat funkcjonowania rady nadzorczej.*

Źródło: Opracowanie własne.

Obecny zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu	Zbyt duży	Odpowiedni	Mały
	15%	67%	18%

**Tabela X.** *Zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu.*

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedź	Odsetek <sup>10</sup>
Nie należy nic zmieniać w kształcie i uprawnieniach rady nadzorczej.	62%
Należy wzmocnić prawnie rolę rady nadzorczej – powinna móc wydawać zarządowi wiążące polecenia dotyczące prowadzenia spraw spółki.	18%
Należy zlikwidować rady nadzorcze i sądownie powoływać jedynie nadzór rewidenta na żądanie wspólnika lub wspólników reprezentujących udział kapitału określony ustawą.	10%
Należy zlikwidować rady nadzorcze i zezwolić na nadzór każdego wspólnika spółki.	8%
Należy powrócić do formuły działania rad społecznych.	3%
Należy ograniczyć rolę rady nadzorczej do wydawania niewiążących opinii w sprawach funkcjonowania spółki.	0%

**Tabela XI.** *Możliwe zmiany w kompetencjach rady nadzorczej.*

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład głosów mówiących o wpływie prezesa zarządu na zakres działań rady nadzorczej jest zbliżony do normalnego. 41% ankietowanych uznaje go za przeciętny. Zbliżony do siebie odsetek wskazał na to, że jest on duży/bardzo duży oraz mały/bardzo mały – z przewagą tych drugich odpowiedzi. Szczegółowy rozkład głosów zamieszczono w **Tabeli XII**.

W opinii ankietowanych bieżąca działalność rady nie nastręcza specjalnych problemów. W skali od 0 (czynnik nieistotny) do 5 (czynnik o dużym znaczeniu) średnia ważona odpowiedzi wyniosła 2,51 (przy średniej dla ciągu liczb 0–5 – 2,5). Istotnie wyższa ponad tę średnią jest odpowiedź dotycząca niedostatecznego przygotowania członków rady do posiedzeń (3,03). Najmniejszy problem stanowi brak istotnej inicjatywy opiniodawczej wśród członków rady (2,18). Warto także odnotować, że drugim najistotniejszym problemem są koszty związane z funkcjonowaniem rady (jak wspomniano, jej członko-

wie są wynagradzani za pracę na rzecz jednostki), które nie występowały w przypadku rad społecznych. Dane dotyczące powyższej kwestii przedstawiono w **Tabeli XIII**.

Rada nadzorcza najczęściej (82%) liczyła 3 członków. W 13% przypadków – 4, natomiast w 5% – powyżej 4. Miesięcznie koszt jej utrzymania wynosił średnio 9653 zł (minimum 2500 zł, natomiast maksimum – 19 000 zł). 10% respondentów nie zdecydowało się na ujawnienie kwoty, tyle samo deklarowało, że nie wie. 74% respondentów wskazało, że kadencja członków rady trwa rok, 18% – 2–3 lata, a 8% – 3 lata. Rady najczęściej (64% przypadków) spotykają się 5–10 razy w roku, 31% respondentów wskazało na 3–4 spotkania, a 5% stwierdziło, że ich rady spotykają się powyżej 10 razy w roku. Żaden z prezesów zarządów nie wskazał na to, by w radzie nadzorczej szpitala kierowanej przez niego zasiadały osoby będące pracownikami konkurencyjnych zakładów.

Wpływ prezesa na zakres działań rady nadzorczej	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Bardzo mały
	5%	21%	41%	26%	8%

**Tabela XII.** Wpływ prezesa zarządu na zakres działań rady nadzorczej.

Źródło: Opracowanie własne.

	0	1	2	3	4	5	Średnia ważona
Niedostateczne przygotowanie członków rady do posiedzeń	8%	8%	18%	26%	23%	18%	3,03
Utrzymanie rady nadzorczej jest zbyt drogie w stosunku do jej wkładu w zarządzanie spółką	10%	15%	21%	15%	28%	10%	2,67
Problemy organizacyjne, np. zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał	8%	13%	33%	23%	18%	5%	2,46
Brak chęci pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów spółki	8%	23%	28%	18%	13%	10%	2,36
Reprezentowanie interesów politycznych poszczególnych członków rady	8%	23%	26%	18%	21%	5%	2,36
Brak istotnej inicjatywy opiniodawczej wśród członków rady	18%	21%	21%	18%	13%	10%	2,18

**Tabela XIII.** Trudności związane z bieżącą działalnością rady (0 – czynnik nieistotny, 5 – istotny).

Źródło: Opracowanie własne.

## Dyskusja i wnioski

W badaniu wzięły udział wyłącznie te zakłady, których organami właścicielskimi są jednostki samorządu terytorialnego. Szpitale przekształcone to przede wszystkim szpitale mniejsze (pod względem liczby łóżek i budżetu) i takie też znalazły się w badanej grupie. Prawie połowa badanych szpitali dysponowała mniej niż 100 łóżkami. 67% jednostek podlegało samorządowi stopnia powiatowego, można założyć, że wśród 26% zakładów podlegających samorządowi gminnemu większość stanowiły miasta na prawach powiatu, na co wskazuje analiza podmiotów właścicielskich zakładów, do jakich skierowano ankietę (jak wspomniano, anonimowość odpowiedzi uniemożliwia stwierdzenie, które szpitale ich udzieliły).

Osoby pełniące funkcję prezesów zarządów badanych placówek mają doświadczenie w kierowaniu w ochronie zdrowia (średnia okres przepracowany na stanowisku kierowniczym w tym sektorze to 8,9 roku). Wyniki te są bardzo zbliżone do tych, jakie w porównywalnym badaniu uzyskał Związek Powiatów Polskich (9,2) [16]. Pewne trudności następcza interpretacja odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby lat na obecnym stanowisku (średnio 3,6). Część osób mogła bowiem w odpowiedzi doliczyć pełnienie przez siebie funkcji dyrektora SPZOZ, formalnego poprzednika jednostki przekształconej. Może o tym świadczyć to, że jeden z respondentów podał okres 13 lat. Niektórzy mogli podawać wyłącznie czas pełnienia funkcji prezesa zarządu spółki. Wyniki te warto porównać z uzyskanymi w ogólnopolskim badaniu dotyczącym sylwetki dyrektora szpitala przeprowadzonego w 2012 r. W jego trakcie stwierdzono, że średni okres pełnienia funkcji dyrektora wyniósł 7,5 roku [17].

Wyniki uzyskane w badaniu omawianym w niniejszym artykule wskazują na to, że respondenci wysoko oceniają funkcjonowanie rad i rolę, jaką pełnią one w zarządzaniu zakładem. Nie wskazują też na istotne problemy, jakie wiążą się z funkcjonowaniem rad. Za największy – choć nie bardzo duży – problem należy uznać nieprzygotowanie członków rad do posiedzeń.

Ankietowani wskazali, że rada nadzorcza jest pomocna zarówno samemu szpitalowi, jak i jego właścicielowi (organowi tworzącemu), przy czym oceniano, że większą wartość owa pomoc ma dla szpitala, a mniejszą – dla właściciela. Odsetek osób twierdzących, że opinie rady nie są przydatne, jest wyjątkowo niski. Za najbardziej istotne ankietowani uznali nadzór ekonomiczny, jaki rada sprawuje nad szpitalem. Wiązać to można ze wspomnianymi przepisami, które wskazują na odpowiedzialność członków rady za sytuację nadzorowanej organizacji. Najwyraźniej członkowie rady, mając świadomość tej odpowiedzialności, rzetelnie podchodzą do swoich obowiązków i sprawują wspomniany nadzór. Wysoko też został oceniony wkład rady w inne działania o charakterze ekonomiczno-zarządczym, natomiast stosunkowo nisko – o charakterze projałosciowym. Może to oznaczać, że członkowie rad w mniejszym stopniu doceniają kwestie jakości usług oferowanych przez nadzorowane przez nich szpitale lub nie rozumieją problematyki jakości w ochronie zdrowia. Koncentrują się oni natomiast na wspomnianych powyżej zagadnieniach finansowo-zarządczych. Sytuacja ta o tyle dziwi, że może świadczyć o niezrozumieniu przez członków rady znaczenia jakości produktów wytwarzanych przez organizację dla jej sytuacji finansowej. Ocenia się, że koszty związane z niską jakością stanowią od 10 do 30% całkowitej wartości

sprzedaży wielu przedsiębiorstw [18]. Oznacza to więc, że są one kilkukrotnie wyższe niż zyski – o ile przedsiębiorstwo w ogóle je generuje. Można przyjąć, że rosące oczekiwania i roszczenia pacjentów<sup>11</sup> mogą w przyszłości w znacznym stopniu przyczynić się do złego wyniku finansowego zakładów opieki zdrowotnej. Powyższe powinno skłonić tak radę, jak i zarząd do większego zaangażowania w poprawę jakości usług oferowanych przez nadzorowane/kierowane przez nich jednostki.

Mimo tego niezrozumienia znaczenia jakości według ankietowanych rada spełnia rolę faktycznego nadzoru, nie utrudniając jednocześnie procesu zarządzania zakładem. Nie wydłuża też raczej procesu podejmowania decyzji, na co wskazywali dyrektorzy SPZOZ w odniesieniu do rady społecznej [6]. Ankietowani nie zgadzają się z sobą co do oceny kwalifikacji członków rady. Przy stosunkowo wysokim odsetku osób, które nie mają zdania na ten temat (21%), 46% uważa, że członkowie rady takie kwalifikacje mają, a 34%, że nie. Warto połączyć jednak te odpowiedzi z tymi dotyczącymi nieprzygotowania członków rady do posiedzeń, co według ankietowanych stanowi najistotniejszy problem w funkcjonowaniu rady.

Widoczna wysoka ocena i brak znaczących problemów w funkcjonowaniu rady sprawiają, że najliczniejszy odsetek ankietowanych (choć nie większość) uważa zakres uprawnień rady w stosunku do zarządu za odpowiedni. Mniej liczne grupy (zbliżone do siebie wielkością) uważają, że jest on zbyt duży/zbyt mały. Wysoki odsetek odpowiedzi mówiących o odpowiednim zakresie uprawnień, jakie rady mają w stosunku do zarządu, przekłada się na to, że ankietowani nie byli skłonni do zmian w uprawnieniach rady. Odsetek głosów mówiących o zbyt małych/zbyt dużych uprawnieniach jest zbliżony, lecz zbyt mały w stosunku do tych stwierdzających, że nie należy dążyć do zmiany uprawnień rady. Wydaje się, że inne propozycje zmian w umocowaniu i kompetencjach rad są mało zrozumiałe (likwidacja rad i sądowe powoływanie nadzoru rewidenta na żądanie współnika czy zezwolenie na nadzór każdego współnika), jeżeli weźmie się pod uwagę, że ankietowani kierowali zakładami, których wyłącznym właścicielem były jednostki samorządu terytorialnego. Podobnie należałoby określić propozycję przywrócenia rad społecznych i „wmontowania” ich w działalność organizacji, które funkcjonują w oparciu o kodeks prawa handlowego, podlegając z tego tytułu istotnym obostrzeniom dotyczącym wyników finansowych.

W świetle przepisów KSH prezes zarządu nie powinien mieć wpływu na zakres działań rady nadzorczej. Największy odsetek (41%) odpowiedzi na pytanie dotyczące tego wpływu to: „przeciętny”, co wpisywałoby się w ducha przywoływanej ustawy, jeżeli weźmie się pod uwagę, że zarząd i rada mają z sobą współpracować. Zarząd powinien więc mieć wpływ na radę w takim zakresie, by ich relacje można nazwać współpracą, a nie czymś, co sprowadza się do bezwarunkowego wykonywania przez zarząd poleceń rady. Interpretując odpowiedzi mówiące o dużym i bardzo dużym (odpowiednio 21% i 5%) wpływie prezesa zarządu, można stwierdzić, iż osoby będące członkami rady niekoniecznie posiadają

kompetencje w zarządzaniu ochroną zdrowia. Stąd pojawia się konieczność wpływania na zakres działań przez osobę, która jest wieloletnim pracownikiem tego sektora. Z kolei odpowiedzi mówiące o małym (26%) i bardzo małym wpływie (8%) są być może odzwierciedleniem niskiej oceny kompetencji członków rady przez prezesa zarządu (co mogłoby wynikać z jego niezgody z propozycjami/działaniami rady) bądź nieznamościami przez respondentów prawa, na którego podstawie spółka działa.

Odpowiedzi na pytania dotyczące liczby członków rady wskazują, że zdecydowana większość rad ma 3 członków. Wydaje się to zasadne, mając na uwadze, że większość szpitali niepublicznych jest stosunkowo małymi jednostkami. Rady spotykają się stosunkowo często (5–10 razy w roku), co sprawia, że koszt ich utrzymania należy uznać za istotny dla finansów szpitala. Średnio wyniósł on rocznie prawie 116 tysięcy złotych, co może się wydawać bardzo niską kwotą (mniej niż 0,33% wielkości przychodów dla większości badanych jednostek). Są to jednak koszty, których wcześniej nie musiały one ponosić jako SP ZOZ, a znaczenie tych pieniędzy rośnie, jeżeli weźmie się pod uwagę zadłużenie dużej części zakładów opieki zdrowotnej<sup>12</sup>. Kwota utrzymania rady nadzorczej staje się jeszcze bardziej istotna dla szpitala w przypadku częstych spotkań i dużej liczby członków, o ile ich wynagrodzenie zostało uzależnione właśnie do liczby spotkań (w badaniu maksymalna kwota utrzymania rady wyniosła 228 tysięcy złotych rocznie).

Odpowiedzi 74% respondentów stwierdzających, że kadencja członka rady wynosi zaledwie rok, można uznać za odpowiadające zapisom KSH. Jednocześnie należałoby uznać taką decyzję o długości kadencji za bardzo zachowawczą. W przypadku spółek komercyjnych, mających różne możliwości działania, funkcjonujących w szybko zmieniającej się rzeczywistości, mogących dokonywać różnorodnych wyborów dotyczących celów i strategii, okres roku wydaje się uzasadniony. Natomiast w sektorze ochrony zdrowia, przy stosunkowo stabilnych warunkach funkcjonowania, niezmiennym akcjonariacie i przy ograniczonych możliwościach wyboru strategii [19], ustanawianie kadencji rady na tak krótki okres wydaje się mało zasadne. Tym bardziej że odmiennosc sektora i warunków jego funkcjonowania sprawiają, że nowi członkowie rady często muszą się od podstaw uczyć tego, jaką organizację nadzorują. Tak krótki okres może więc mieć wpływ na to, czy członkowie rad nabywają stosownych kompetencji w nadzorze nad spółką prowadzącą działalność leczniczą, a na to zwracali uwagę ankietowani. Może też tak krótka kadencja wraz ze wspomnianymi kompetencjami, które są stosunkowo nisko oceniane przez respondentów, sprawiają, że spotkania rady są tak częste (o wiele częstsze niż w przypadku rad społecznych).

## ■ Podsumowanie

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego nie zawsze daje zakładane rezultaty. Wyniki uzyskane w badaniu opisywanym w niniejszym artykule wska-

zują jednak na to, że współpraca zarządu z radą układa się pomyślnie, a rady sprawdzają się jako organy nadzoru. Rozwiązanie stosowane od lat w innych sektorach ma więc także zastosowanie w ochronie zdrowia. Choć ankietowani w większości nie chcą zmian w kompetencjach i umocowaniu rad, wskazują na konieczność podniesienia kwalifikacji ich członków. Analiza wyników wskazuje także, że rady mogłyby poświęcać więcej uwagi kwestiom jakości, które wpływają na koszty i wyniki każdej organizacji.

Mimo pewnych problemów, opisanych w niniejszym artykule, mając na uwadze przywołane powyżej argumenty, można postawić tezę, że zastosowanie narzędzi sprawdzonych w „świecie biznesu” w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnym – i to, *de facto*, publicznym – było uzasadnione.

## Przypisy

<sup>1</sup> Zgodnie z zapisami art. 205 ustawy o działalności leczniczej (Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654) „Z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych”. Ponieważ jednak samo Ministerstwo Zdrowia we własnych publikacjach używa określenia „niepubliczny zakład opieki zdrowotnej”, a nie „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”, w niniejszym artykule stosowane jest także to pierwsze określenie.

<sup>2</sup> Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, <http://www.szpitale.org/czlonkowie/lista-czlonkowska>; dostęp: 30.12.2013.

<sup>3</sup> Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>; dostęp: 02.01.2013.

<sup>4</sup> M. Kautsch, *Ani rady ani społeczne*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Ani-rady-ani-spoeczne,50795,2.html>; dostęp: 13.06.2012.

<sup>5</sup> D. Stec-Fus, *Jaka rada na rady?*, „Dziennik Polski”, 06.04.2006.

<sup>6</sup> A. Głuch, *Kwiatek do kozucha?*, „Polska Gazeta Krakowska”, 31.03.2006.

<sup>7</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2013*, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/dynamika2\\_budz20131119.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf); dostęp: 02.01.2014.

<sup>8</sup> Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ/>; dostęp: 11.10.2011.

<sup>9</sup> Suma wyników w Tabeli II wynosi w rzeczywistości 100%, wartość 101% wynika z zaokrąglenia.

<sup>10</sup> Fakt, że wynik nie sumuje się do 100% wynika z zaokrąglenia podanych wartości. Przy rozszerzeniu liczby miejsc po przecinku wartości te wynoszą odpowiednio: 61,54%, 17,59%, 17,95%, 2,56%, co daje łącznie 100%.

<sup>11</sup> A. Treptow, *Pacjenci coraz częściej skarżą szpitale*, „Puls Biznesu”, 21.04.2013, <http://www.pb.pl/3093888,60622,pacjenci-coraz-czesciej-skarza-szpitala>; dostęp: 02.01.2014.

<sup>12</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 – III kw. 2013*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwfi>

[les/ma\\_struktura/docs/dynamika2\\_budz20131119.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dynamika2_budz20131119.pdf); dostęp: 02.01.2014.

## Piśmiennictwo

1. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/uchwala\\_wsparcie\\_07052009.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf); dostęp: 30.12.2013.
2. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Samorządowych, <http://www.szpitalesamorzadowe.pl/index.html>; dostęp: 17.06.2013.
3. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654.
5. Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2007.
6. Staszewski R., Kautsch M., Woderska E., *Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, XIII, z. 5, R. Lewandowski, M. Kautsch, (red.), *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, Łódź 2012.
7. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010, Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ*, 6–8, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>; dostęp: 25.04.2012.
8. Szparkowska S., *Szukamy oferty dla placówek bez długów* (wywiad z Minister Zdrowia Ewą Kopacz), <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m99&ms=916&ml=pl&mi=916&mx=0&mt=&my=654&ma=012347>; dostęp: 26.01.2014.
9. Dobija D., Koładkiewicz I., *Ład korporacyjny: podręcznik akademicki*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
10. Giełda Papierów Wartościowych w Warszawie, *Dobre Praktyki Spółek Notowanych na GPW*, <http://www.corp.gov.gpw.pl/publications.asp>; dostęp: 14.09.2012, dokument uchwalony w lipcu 2007 r., z późniejszymi zmianami i uzupełnieniami dokonanymi w latach 2010 i 2011.
11. Ustawa z 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. 2000, Nr 94, poz. 1037.
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z 7 września 2004 r. w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem, Dz.U. 2004, Nr 198, poz. 2038.
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 marca 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem, Dz.U. 2006, Nr 61, poz. 432.
14. Demb A.F., Neubauer F.F., *Rada nadzorcza: czym jest i jaka jest jej odpowiedzialność*, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, Warszawa 2001.
15. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 (tekst jednolity).

16. Wójcik M., Rudka R., *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą*, Związek Powiatów Polskich, dokument elektroniczny, [http://wartowiedziec.org/attachments/article/13539/ZPP\\_Profil%20zawodowy\\_prezesa%20spolki\\_prowadzacej\\_dzia%C5%82alnosc\\_lecznicza.pdf](http://wartowiedziec.org/attachments/article/13539/ZPP_Profil%20zawodowy_prezesa%20spolki_prowadzacej_dzia%C5%82alnosc_lecznicza.pdf); dostęp: 04.02.2014.
17. Kautsch M., Sobieralska S., *Kto zarządza polskimi szpitalami?*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, XIV, z. 10, cz. I.
18. Gryna F.M., *Quality and Costs*, w: J.M. Juran, A.B. Godfrey (red.), *Juran's Quality Handbook*, fifth edition, McGraw-Hill, New York 1999: 251.
19. Klich J., *Zarządzanie strategiczne*, w: M. Kautsch, M. Whiffield, J. Klich (red.) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 128.





# Rola działań marketingowych w zarządzaniu podmiotem leczniczym na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Maciej Rogala, Katarzyna Badora-Musiał, Iwona Kowalska,  
Anna Mokrzycka

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Maciej Rogala, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, maciej.rogala@uj.edu.pl

## ■ Abstract

### *Role of marketing activities in the process of management in the Children's University Hospital of Kraków – case study*

Contemporarily the increasing role of marketing in the process of hospital management may be observed due to the lastly undertaken processes of systemic changes. The paper describes this phenomena on the basis of the Children's University Hospital of Kraków, one of the leading polish centers in pediatrics. Authors analyze the case of a public clinical hospital asking if marketing activities should be used in such case. The issues focused on public relations and relations with the most important stakeholders are taken into account with a specific regard to the process of the hospital development, potential support for the hospital's budget and for the future perspectives of such important provider. The case study explicitly illustrates the importance of different marketing techniques and actions for the process of effective management. The final conclusion underlined hereby, is the existing necessity of making publicly visible the vital role of such hospitals as well as building the positive and publicly accepted image of relationship and cooperation amongst stakeholders. This may be obtained with a great help and contribution of marketing knowledge and practices, specifically public relations and relationship marketing,

**Key words:** marketing, public relations, relationship marketing, stakeholders

**Słowa kluczowe:** interesariusze, marketing, marketing relacji, public relations

## ■ Wstęp

Debata publiczna w Polsce od dziesięcioleci koncentruje się na zmianach dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia. Pomimo nieustających reform systemowych w wielu krajach oraz szybkiego rozwoju technologii medycznych społeczeństwa na świecie zmagają się z niedostateczną jakością i rosnącymi kosztami usług zdrowotnych [1]. Wielu autorów uważa, że odpowiedzialność za tę sytuację ponosi przede wszystkim nieefektywny sposób zarządzania i organizacji zarówno w systemie zdrowotnym, jak i w samych podmiotach leczniczych, szczególnie publicznych [2].

Transformacja systemu politycznego oraz społeczno-gospodarczego, akcesja Polski do Unii Europejskiej, postępujące procesy globalizacji i inne wymuszają na decydentach zarządzających sprawami publicznymi, w tym ochroną zdrowia, zmiany w zarządzaniu jednostkami publicznymi.

Rosnące wciąż zainteresowanie ukierunkowaniem działań na spełnianie potrzeb i wymagań klientów, przy wykorzystaniu strategii i kultury marketingowej, potwierdza dążenia administracji do poprawy funkcjonowania i doskonalenia organizacji [3].

Celem artykułu jest wskazanie roli marketingu w zarządzaniu podmiotem leczniczym, na przykładzie dużego

publicznego szpitala. Istotna dla pracy jest próba odpowiedzi na pytanie o zasadność działań marketingowych w dużych jednostkach publicznych, w których główne przychody pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a szpital wykazuje nadmierny popyt na usługi, czyli boryka się z nadmiarem pacjentów generujących nadwykonania, za które NFZ nie chce regulować płatności. W takiej sytuacji znajduje się wiele polskich szpitali specjalistycznych i klinicznych. Czy są to zatem okoliczności pozwalające na stwierdzenie, że rola marketingu w tego typu szpitalu jest (nie)zbędna? Aby odpowiedzieć na to pytanie, wykorzystano *case study*, a także poddano analizie działania marketingowe – w tym w szczególności działania *public relations* – stosowane w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (USD) w kontekście ich roli, jaką pełnią w procesie zarządzania i rozwoju strategicznego tego szpitala.

## 1. Polityka zdrowotna państwa i jej wpływ na placówki ochrony zdrowia. Rola marketingu

Okres transformacji ustrojowej w Polsce oznaczał nasilenie aktywności reformatorskich także w systemie ochrony zdrowia. Pierwszą ważną regulacją systemową była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. Wprowadzenie w 1995 r. możliwości kontraktowania usług zdrowotnych pozwoliło na utworzenie samodzielnych jednostek. Lata 1996–1997, a następnie 2005–2006 to okres nasilonych protestów lekarzy oraz pielęgniarek i próby wymuszenia na władzach lepszych warunków finansowania ich pracy.

W 1999 r. oddzielono od siebie funkcje świadczeniodawcy i płatnika, tworząc autonomiczne instytucje odpowiedzialne za finansowanie świadczeń zdrowotnych – Kasy Chorych, które zostały zamienione w 2003 r. na NFZ. Ważne zmiany przygotowywane były w Ministerstwie Zdrowia w 2009 r. (ustawa o Rzeczniku Praw Pacjenta, nowa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, tzw. ustawa koszykowa i wiele innych). Tylko niektóre z nich weszły w życie w związku z okresem nasilonych sporów merytoryczno-politycznych. Za przedwczesne i ogólnie nieakceptowane na ten czas uznane zostały pomysły na komercjalizację samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ta koncepcja została wdrożona w życie po uchwaleniu ustawy o działalności leczniczej w 2011 r.

Ostatnie zmiany legislacyjne (2014 r.) w polskim systemie ochrony zdrowia idą w kierunku ograniczenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne (głównie onkologiczne), doposażenia w kompetencje podstawowej opieki zdrowotnej oraz centralizacji systemu.

Tak szerokie spektrum zmian oraz stałe przenoszenie kompetencji warunkuje powstawanie wielu problemów, z którymi boryka się państwo, instytucje finansujące świadczenia zdrowotne oraz podmioty lecznicze [4].

Zmiany reformatorskie w ochronie zdrowia w Polsce często kończą się niepowodzeniem głównie z powodu dysproporcji między ilością środków przeznaczonych na ochronę zdrowia a zakresem świadczeń gwarantowanych przez NFZ. Odpowiedzialność za to, aby kwota ta oka-

zała się wystarczająca, spada na NFZ i świadczeniodawców. Należy podkreślić w tym miejscu także fikcję tzw. konkursu ofert, który stał się koncesjonowaniem usług medycznych, a nie narzędziem rynkowej konkurencji.

Innym powodem są utrudnienia w procesach komercjalizacji oraz prywatyzacji, zwłaszcza przy udziale bezpośrednich wykonawców usług – lekarzy, pielęgniarek, techników medycznych i diagnostyków. Procesy te uległy znacznemu spowolnieniu również w związku z interesem samorządu terytorialnego, polegającym na utrzymaniu publicznych placówek opieki zdrowotnej, których są właścicielami i nad którymi pełnią bezpośrednią kontrolę.

W ostatnich latach można odnotować znaczący rozwój konkurencji nie tylko między sektorem publicznym a prywatnym, ale także wewnątrz publicznego czy wewnątrz prywatnego sektora szpitalnictwa. Presja konkurencyjna nasila się na skutek ograniczenia finansowego, które ciąży w znacznym stopniu na szpitalach, a także poprzez narodziny wielkich sieci prywatnych, kuszonych przez rynek oferujących dobre perspektywy w przyszłości [5].

Coraz większe znaczenie ma efektywność prowadzonej działalności, która jest mierzona nie tylko poprzez wynik finansowy, ale także osiągnięty efekt zdrowotny. Efektywność usług zdrowotnych jest uzależniona od licznych czynników, wśród których najważniejsze znaczenie ma zarówno kształt systemu ochrony zdrowia, jak i sposób organizacji i zarządzania poszczególnymi placówkami.

Zdecydowanie najwięcej pieniędzy pochodzących ze środków publicznych przeznaczanych jest na leczenie szpitalne (razem ze stacjonarnym – rehabilitacja i psychiatria). Szacuje się, że w Polsce jest to prawie 50% wszystkich środków, którymi dysponuje NFZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych [4].

Z tego powodu zwrócić szczególnej uwagi na sposób zarządzania jednostką, jej organizację jest niezwykle ważne. Na tle tych rozważań porusza się kwestie prowadzenia działań marketingowych w placówce, które ze względu na uzależnienie jednostki od finansowania publicznego nie uzyskują pierwszoplanowego znaczenia.

Za główne bariery negatywnie wpływające na efektywność podmiotów leczniczych można uznać:

- niską produktywność oddziałów szpitalnych implikowaną zmiennymi niemożliwymi do zaplanowania zapotrzebowania na usługi medyczne;
- fragmentaryczność leczenia w przypadku schorzeń wielonarządowych;
- rozproszenie świadczeń medycznych jednego rodzaju na tym samym obszarze;
- brak kadry medycznej, głównie lekarzy i pielęgniarek.

Z prowadzonych badań wynika, że jakość leczenia oraz uzyskiwane wyniki kliniczne są determinowane przede wszystkim doświadczeniem w leczeniu danego schorzenia i skalą działalności [2]. Na te problemy nakładają się wspomniane powyżej trudności z brakiem wykwalifikowanej kadry medycznej, co prowadzi do sytuacji, w której szpitale chcąc pozyskać specjalistów,

są zmuszone do zabezpieczania większych środków finansowych. Lekarze natomiast podejmując zatrudnienie na kilku etatach, są przemęczeni i nie mają czasu na podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych.

Zarządzający podmiotami leczniczymi zaczynają dostrzegać konieczność unowocześniania placówek, dostosowywania oferty usługowej do wymagań pacjentów, potrzebę podnoszenia jakości świadczonych usług zdrowotnych i rolę tworzenia wizerunku placówki. Przy tym wszystkim należy pamiętać o bardzo ważnym aspekcie występującym w sektorze ochrony zdrowia: „strefa zdrowia należy do obszarów o większej regulacji prawnoadministracyjnej, co w pewnym zakresie ogranicza zakres działań marketingowych. Również przekonania lekarzy i pracowników sektora zdrowotnego, a także zasady etyczne, mogą być czynnikami ograniczającymi stosowanie reguł marketingowego zarządzania szpitalami czy gabinetami lekarskimi” [6].

Rozwiązanie przedstawionych problemów jest możliwe poprzez zmianę systemu zarządzania w szpitalach, głównie przez identyfikację i reorganizację procesów oraz struktury organizacyjnej, a także wdrożenie nowoczesnych metod marketingowych pozwalających na wybór efektywniejszych metod organizacji pracy, autoprezentacji. W świetle tych problemów i założeń znajomość i stosowanie zasad marketingu wydają się pożądane, ale niepozbawione zidentyfikowanych w pracy ograniczeń.

## 2. Pojęcie marketingu i komunikacji marketingowej w działalności leczniczej

W ciągu ostatnich lat charakter zarówno zarządzania, jak i marketingu w branży medycznej ulegał zmianie. Na rynku ochrony zdrowia marketing postrzega się już nie tylko jako promocję usług medycznych, ale jako szersze zagadnienie wchodzące w zakres marketingu partnerskiego, marketingu relacji czy marketingu społecznego (wspomagającego promocję i edukację zdrowotną) [7]. Mówiąc o marketingu usług zdrowotnych, należy pamiętać, że jego rola nie ogranicza się do przystosowania działalności leczniczej zgodnie z wymaganiami rynku, ale także jego aktywnego kształtowania. Istotą działań marketingowych placówki medycznej jest oddziaływanie na jej otoczenie bliższe i dalsze, w którym ona funkcjonuje [8].

Wśród narzędzi komunikacji marketingowej służącej kształtowaniu wizerunku na rynku usług medycznych za najważniejsze uznaje się działania *public relations* i *publicity*, wśród których wyróżnia się tworzenie obiektywnych informacji o placówce i jej usługach, działalność publiczną, organizację imprez oraz publikacje [9].

Odpowiedni wizerunek szpitala przekłada się na uzyskanie wielu korzyści, z których najważniejsze to:

- pozytywne wyróżnienie placówki na tle konkurencji;
- stworzenie spójnego i jednorodnego obrazu całego szpitala;
- utrwalenie wizerunku szpitala wśród pacjentów i podmiotów otoczenia;
- ograniczenie kosztów dzięki standaryzacji działań;
- ułatwienie przy wprowadzaniu nowych usług;

- akcentowanie zmian zachodzących w działalności szpitala;
- wyższy poziom zadowolenia pracowników;
- większa łatwość obrony pozycji placówki w sytuacjach kryzysowych [10].

Wizerunek ma znaczenie dla szerokiej grupy interesariuszy. Interesariuszami nazywane są osoby lub przedsiębiorstwa (instytucje) angażujące się w sposób dynamiczny w działania przedsiębiorstwa lub których profity uwarunkowane są pozytywnym lub negatywnym wynikiem realizacji danego przedsięwzięcia. Interesariusze szpitala w znaczny sposób wpływają na realia jego funkcjonowania przez kształtowanie wizerunku rynkowego danego podmiotu usług medycznych, dlatego tak istotne z punktu widzenia zarządzających staje się zdefiniowanie wpływu grup interesariuszy zarówno przy określaniu misji, jak i projektowaniu strategii [11]. Można w tym przypadku wskazać celowość komunikowania wizerunku podmiotom takim jak:

- instytucje samorządowe, partie polityczne, instytucje nadzoru;
- podmioty zapewniające środki finansowe (NFZ, banki);
- przedsiębiorstwa świadczące usługi outsourcingowe (ochrona, sprząatanie);
- dostawcy sprzętu, leków, środków medycznych;
- placówki edukacyjne oraz inne podmioty rynku pracy;
- konkurencji;
- instytucje i organizacje opiniotwórcze (związki, zrzeszenia);
- instytucje współpracujące w procesie leczenia pacjenta (sanatoria, rehabilitanci) [12].

W procesie budowania wizerunku można wykorzystywać wiele różnych instrumentów należących do pięciu podstawowych grup: reklamy, promocji osobistej, promocji sprzedaży, *public relations* oraz promocji bezpośredniej. Publiczne podmioty lecznicze, jakimi są m.in. szpitale kliniczne, nie mają możliwości, z uwagi na uwarunkowania formalnoprawne, korzystania z reklamy, a ze względu na swoją specyfikę mają raczej ograniczoną możliwość korzystania z promocji osobistej (charakterystycznej dla firm farmaceutycznych) oraz promocji sprzedaży (związanej z zarządzaniem asortymentem na półce, merchandisingiem). Biorąc pod uwagę charakterystykę działalności szpitali, najbardziej przydatnymi wydają się więc narzędzia *public relations* oraz promocji bezpośredniej. Działania *public relations* dotyczą następujących dziedzin:

- budowania relacji z mediami;
- zarządzania sytuacjami kryzysowymi;
- lobbingu;
- *public relations* wewnętrznego;
- sponsoringu i mecenatu [12].

Szczególnie przydatne może być budowanie relacji z mediami, związane z przygotowaniem informacji dla mediów oraz organizowaniem konferencji prasowych mających na celu nagłaśnianie różnych wydarzeń [12]. Działania *public relations* wchodzą w zakres promocji, która z kolei jest jednym z instrumentów marketingu-mix odpowiedzialnego za sposoby komunikowania się placówki z otoczeniem. Zadaniem programów promocyj-

nych podmiotów leczniczych jest wyróżnienie placówki na tle konkurencji, prezentacja korzyści dla pacjentów z oferty usługowej placówki oraz budowanie reputacji placówki [13].

Efektywnie prowadzony szpitalny *public relations*:

- zwiększa „widzialność” szpitala, jego pracowników, programów i usług;
- pozycjonuje szpital jako lidera i autorytet w dziedzinie ochrony zdrowia w społeczności lokalnej;
- zwiększa świadomość rangi świadczonych usług medycznych;
- buduje pożądaną wizerunek szpitala;
- wspiera proces rekrutacji pracowników;
- wspiera pozyskiwanie środków na rozwój nowych usług;
- gra rolę w reakcji na negatywne doniesienia medialne dotyczące szpitala;
- wzmacnia morale pracowników [14].

Przekaz marketingowy tworzony za pomocą narzędzi promocyjnych, głównie *public relations*, jest nakierowany na interesariuszy danej instytucji i ma na celu ugruntowanie pozycji rynkowej organizacji opartej na jej wartości rynkowej lub tzw. kapitale wizerunku. Częściami składowymi kapitału wizerunku są: rozpoznawalność marki, korzyści kojarzone z instytucją, jakość marki związana z korzyściami dla klientów oraz lojalność klientów. Odpowiednie zarządzanie wymienionymi elementami kapitału wizerunku może prowadzić do wzrostu przychodów, rentowności oraz wartości marki [15, 16]. Innym narzędziem wykorzystywanym przez podmioty lecznicze są instrumenty promocji bezpośredniej, czyli: przesyłki imienne (zaproszenia na badania profilaktyczne), spotkania bezpośrednie (prelekcje w szkołach), telemarketing, infolinia, e-mailing, targi, SMS, MMS, wydarzenia marketingowe, interaktywne strony internetowe, promocja wirusowa (fama, przekaz bezpośredni) [12].

W nowoczesnym marketingu placówek medycznych szczególnie istotną rolę pełni tzw. marketing relacji (*relationship marketing*) oparty na długotrwałej współpracy przynoszącej zadowolenie każdej ze stron biorących udział w budowaniu tych relacji poprzez dostarczenie im zindywidualizowanej oferty, gdzie ważnym elementem jest poznanie potrzeb partnerów (klientów) i prowadzony z nimi dialog [17]. W szerszym ujęciu marketing relacji odnosi się nie tylko do wypracowania więzi z pacjentem, ale również z innymi grupami interesariuszy, z którymi wchodzenie we wzajemne relacje może skutkować „wspólnymi zyskami” (*shared benefits*) i „wspólnym dobrem” (*shared good*), promieniującym na wszystkie grupy zaangażowane w relacje. W związku z tym tak ważne są w istocie strategiczne wybory w zakresie wchodzenia w relacje z takimi a nie innymi interesariuszami [18]. W ramach koncepcji marketingu partnerskiego przyjmuje się, iż osiągnięcie celów firmy wymaga aktywności na sześciu różnych rynkach: (1) rynku nabywców, klientów, (2) rynku podmiotów opiniotwórczych (rynek wynikający z procesu polecenia jeden drugiemu), (3) rynku dostawców, (4) rynku potencjalnych pracowników firmy (zainteresowanych pracą w tej jednostce z uwagi na jej markę, wizerunek), (5) rynku wpływowych podmiotów

(takich jak instytucje rządowe, finansowe, dziennikarze, instytucje normalizacji i standaryzacji, stowarzyszenia konsumentów, instytucje ochrony środowiska itp.) oraz (6) rynku wewnętrznym (pracownicy) [19].

Wszystkie wyżej opisane działania są wdrażane w odniesieniu do interesariuszy placówek medycznych. Każdy szpital w Polsce posiada własną mapę interesariuszy, jednak można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że wspólną grupę interesariuszy o różnym stopniu oddziaływania dla większości szpitali stanowi: zarząd i dyrekcja szpitala, rady nadzorcze i społeczne oraz kierownictwo niższych szczebli zarządzania (np. ordynatorzy oddziałów szpitalnych, kierownicy pracowni czy zakładów diagnostycznych), a także pracownicy (kadra medyczna i niemedyczna). Jest to grupa interesariuszy wewnętrznych, którzy są zainteresowani utrzymaniem pozycji szpitala w konkurencyjnym otoczeniu, jej umacnianiem, dalszym rozwojem, jak również tworzeniem warunków pozwalających na wywiązywanie się z realizacji zawartych kontraktów na świadczenia zdrowotne, z zaciągniętych zobowiązań w stosunku do innych kontrahentów, pracowników, banków oraz zapewnienia samofinansowania prowadzonej działalności [10]. Natomiast wspólni dla większości szpitali w Polsce interesariusze zewnętrzni to m.in. ustawowe podmioty tworzące dla szpitali, Ministerstwo Zdrowia, płatnik (NFZ), pacjenci, konkurenci (inne podmioty lecznicze), dostawcy (np. leków i sprzętu medycznego), banki, media, a także społeczność lokalna. Są oni zainteresowani głównie sytuacją majątkową i finansową szpitala, jego płynnością finansową, zdolnością do pokrycia kosztów z uzyskanych przychodów, dostępnością do świadczeń zdrowotnych o odpowiedniej jakości, kompleksowością świadczeń oraz bezpieczeństwem zdrowotnym [10].

### 3. Historia i struktura organizacyjna Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

W Polsce na koniec 2012 r. odnotowano łącznie 913 szpitali ogólnych dysponujących 188,8 tys. łóżek [20], wśród których szczególną rolę odgrywają 42 szpitale kliniczne [21]. Organami tworzącymi szpitale kliniczne są publiczne uczelnie medyczne (państwowe akademie i uniwersytety medyczne). Szpitale kliniczne różnią się od innych publicznych jednostek leczniczych nie tylko podmiotem tworzącym, lecz także pełnionymi przez nie zadaniami. Oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych prowadzą bowiem działalność badawczą, dydaktyczną i rozwojową [22].

Jednym z takich szpitali jest prezentowany w artykule USD w Krakowie jako podmiot wykonujący działalność leczniczą niebędący przedsiębiorcą, działający w formie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Na mocy statutu Uniwersytetu Jagiellońskiego USD jest jednym z czterech uniwersyteckich podmiotów leczniczych, dla których Uniwersytet Jagielloński jest podmiotem tworzącym [23].

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie został otwarty w 1965 r., dzięki Polonii amerykańskiej i wsparciu finansowemu rządu USA. Znany przez lata jako

Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii, stanowił bazę szpitalną w strukturach akademickich najpierw Akademii Medycznej w Krakowie, a obecnie Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Od początku był ważnym ośrodkiem edukacyjnym i badawczym, współpracującym z najważniejszymi szpitalami dziecięcymi na świecie. W 1974 r. rząd amerykański powołał fundację Project HOPE, która zarządzała funduszami przyznanymi na powiększenie szpitala i finansowanie wymiany zagranicznej wielu specjalistów, a także zaopatrywała szpital w sprzęt, części zamienne, czasopisma i podręczniki medyczne oraz organizowała kursy i konferencje dyplomowe dla lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia z całej Polski. W szpitalu prowadzona jest działalność lecznicza, a w ramach Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Wydziału Lekarskiego UJ CM działalność naukowo-badawcza i edukacyjna. W ramach USD działa obecnie 10 Klinik: Chorób Dzieci, Chirurgii Dziecięcej, Endokrynologii Dzieci i Młodzieży, Kardiologii Dziecięcej, Kardiologii Dziecięcej, Nefrologii Dziecięcej, Neurologii Dziecięcej, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia oraz Urologii Dziecięcej. Szpital, korzystając z 522 łóżek, hospitalizuje rocznie około 34 tys. dzieci, wykonywanych jest w nim ponad 6 tys. zabiegów operacyjnych, w tym blisko 400 kardiologicznych. W Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci działa 40 poradni specjalistycznych, w których lekarze z zakresu wszystkich specjalności pediatrycznych i chirurgicznych udzielają około 160 tys. porad rocznie [24]. Działalność dydaktyczna szpitala obejmuje nauczanie pediatrii prawie 1400 studentów III, IV, V i VI roku medycyny, łącznie z IV rokiem stomatologii [25].

Odnosząc się do struktury szpitala i realizowanych zadań w zakresie marketingu, należy podkreślić, że szpital nie posiada wyodrębnionego działu marketingu. Za komunikację marketingową w obszarze *public relations* odpowiada Rzecznik Prasowy, a pozyskiwaniem środków, czyli działaniami fundraisingowymi, zajmuje się Biuro Akcji Odnowy Szpitala.

Do głównych zadań Rzecznika Prasowego USD należy [26]:

a) prowadzenie polityki informacyjnej USD:

- monitoring mediów;
- pośredniczenie w kontakcie mediów z pacjentami – uzyskiwanie zgody na wykorzystanie wizerunku w mediach;
- pośredniczenie w kontakcie mediów ze specjalistami w celu udzielania informacji eksperckich z zakresu medycyny;
- koordynowanie udziału USD w kampaniach społecznych;
- przygotowywanie tekstów dla redakcji związanych z USD (np. „Alma Mater”, „Galicyska Gazeta Lekarska”);

b) komunikacja zewnętrzna:

- udzielanie informacji mediom o bieżącej działalności USD;
- organizacja konferencji i briefingów prasowych;

- formułowanie sprostowań i odpowiedzi dla mediów;
  - aktualizowanie informacji na stronie internetowej USD;
  - redagowanie biuletynu „Szpital Zdrowia”;
  - wydawanie w uzgodnieniu z dyrekcją zgody na fotografowanie/filmowanie na terenie USD;
  - kontakt z fundacjami, artystami i organizacjami, które organizują eventy na rzecz USD.
- c) komunikacja wewnętrzna:
- zamieszczanie informacji o istotnych wydarzeniach na tablicach informacyjnych, w biuletynie „Szpital Zdrowia” oraz na stronie internetowej USD;
  - ścisła współpraca z Biurem Akcji Odnowy — przygotowywanie kampanii medialnych w projektach o charakterze fundraisingowym;
  - współpraca ze szpitalną szkołą w tworzeniu projektów edukacyjnych i rozrywkowych dla pacjentów USD;
  - współpraca z innymi jednostkami USD w organizacji eventów na terenie USD.

Przykład ten wskazuje na bardzo szeroki zakres działań wchodzących w skład typowych programów *public relations*.

Z kolei do zadań Biura Akcji Odnowy Szpitala należy [27]:

- opracowywanie, nadzór i koordynacja działań związanych z pozyskiwaniem środków finansowych związanych z realizowaną „Akcją Odnowy” USD w Krakowie;
- pozyskiwanie i współpraca ze sponsorami i darczyńcami „Akcji Odnowy”;
- informowanie o zrealizowanych projektach i zakupach w ramach „Akcji Odnowy”;
- realizacja i nadzór nad kampanią reklamową podmiotów zewnętrznych na terenie szpitala oraz na stronie internetowej szpitala;
- administrowanie i redakcja strony internetowej: [www.odnowaszpitala.pl](http://www.odnowaszpitala.pl);
- administrowanie i redakcja strony internetowej szpitala: [www.szpitalzdrowia.pl](http://www.szpitalzdrowia.pl);
- realizacja zadań informacyjnych i marketingowych związanych z „Akcją Odnowy”;
- ścisła współpraca z Fundacją Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O zdrowie dziecka”;
- współpraca z innymi jednostkami/komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie „Akcji Odnowy”;
- koordynacja i organizacja imprez okolicznościowych dla pacjentów szpitala, m.in.: przedstawienia, koncerty, dzień św. Mikołaja, Dzień Dziecka, wizyty grup teatralnych;
- koordynacja działań związanych z przekazywaniem darów dla pacjentów szpitala (prezenty, upominki itp.);
- współpraca z Zespołem Szkół Specjalnych nr 3 w zakresie organizacji imprez okolicznościowych dla pacjentów szpitala;
- współpraca w redakcji biuletynu szpitala „Szpital Zdrowia”.

Większość działań Biura Akcji Odnowy Szpitala skierowana jest na uzyskanie dodatkowych pieniędzy od podmiotów prawnych (głównie firm, ale także instytucji, organizacji pozarządowych) i osób prywatnych. Inne struktury, które zajmują się pozyskiwaniem funduszy dla szpitala, to Dział Usług Medycznych, który pozyskuje środki z NFZ, a także Dział Usług Odpłatnych, utworzony w celu obsługi pacjentów komercyjnych, realizowany w ramach konsultacji specjalistycznych, rehabilitacyjnych, badań laboratoryjnych i diagnostycznych. Dodatkowo w USD funkcjonuje stanowisko Specjalisty ds. Programów Inwestycyjnych, który pozyskuje środki pochodzące z Unii Europejskiej.

Przy szpitalu działają także trzy fundacje: Fundacja Wspierania Kardiochirurgii Dziecięcej „Schola Cordis”, Fundacja na rzecz Dzieci z Chorobą Nowotworową „Wyspy szczęśliwe” oraz Fundacja Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O zdrowie dziecka”. Szczególną rolę spełnia zwłaszcza ta ostatnia, która ponad 20 lat (od 1992 r.) wspiera działalność leczniczą, diagnostyczną oraz naukową szpitala. Fundacja ta nie zajmuje się zbiórką pieniędzy i pomocą dla konkretnego dziecka, lecz aktywnie i finansowo wspiera szpital i jego pacjentów poprzez:

- finansowanie wydatków na zakup i modernizację sprzętu medycznego (m.in. akceleratora dla pracowni radioterapii czy wyposażenia sali hybrydowej);
- finansowanie wydatków na modernizację pomieszczeń szpitala (oddziałów, pracowni diagnostycznych i poradni);
- finansowanie wydatków związanych z leczeniem pacjentów i wprowadzeniem w szpitalu nowych metod leczenia;
- organizowanie i finansowanie imprez okolicznościowych dla dzieci leczonych w szpitalu (m.in. wizyty św. Mikołaja, Dzień Dziecka, wizyty grup teatralnych);
- organizowanie zbiórek publicznych, pozyskiwanie sponsorów i darczyńców, organizowanie imprez charytatywnych;
- dofinansowanie uczestnictwa personelu szpitala w zjazdach, konferencjach i sympozjach naukowych;
- organizowanie i finansowanie zjazdów, konferencji, sympozjów naukowych i szkoleniowych (np. Spotkania Kliniczne Chirurgów Dziecięcych z Pediatrami, Małopolskie Warsztaty Gastrologii Dziecięcej, Kursy USG dla neonatologów i anestezjologów) [28].

Fundacja wspiera szpital również poprzez różne działania promujące, m.in.: artykuły prasowe, wywiady telewizyjne i radiowe, opracowanie, druk i dystrybucję plakatów reklamowych, ulotek i folderów informacyjnych związanych z działalnością statutową szpitala i fundacji, w tym promującą przekazywanie fundacji 1% podatku. Fundacja wydaje również bezpłatny biuletyn „Szpital Zdrowia”. Dodatkową działalność informacyjną realizuje poprzez administrowanie, prowadzenie oraz utrzymywanie następujących stron internetowych [www.odnowaszpitala.pl](http://www.odnowaszpitala.pl), [www.ozdrowiedziecka.pl](http://www.ozdrowiedziecka.pl), [www.podzielsieswoimszczesciem.pl](http://www.podzielsieswoimszczesciem.pl), [www.prawnicydzieciom.pl](http://www.prawnicydzieciom.pl), [www.gwiazdydzieciom.pl](http://www.gwiazdydzieciom.pl), [www.szpitalnekino.pl](http://www.szpitalnekino.pl) [29–31].

#### 4. Budowanie i umacnianie relacji z interesariuszami przez Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Analizie poddano zarówno akcje i działania, jak i materiały informacyjne związane z ważnymi wydarzeniami z życia szpitala o charakterze marketingowym, których organizatorem bądź autorem był USD. Pod uwagę wzięto te, które przyniosły szpitalowi wymierne korzyści w postaci środków finansowych lub środków rzeczowych sprzyjających rozwojowi szpitala w zakresie medycznym oraz infrastrukturalnym. Materiałem do badań były informacje uzyskane z USD w trakcie wywiadu bezpośredniego i telefonicznego z pracownikami odpowiedzialnymi za działania marketingowe i fundraisingowe w USD, sprawozdania i dokumenty finansowe o środkach wpływających na rzecz szpitala, informacje promujące szpital oraz relacje i artykuły zamieszczane w środkach masowego przekazu, jak również sam przebieg wydarzeń i uroczystości związanych z rozpoczynającymi się bądź zakończonymi zadaniami inwestycyjnymi.

W analizie uwzględniono najważniejsze zadania inwestycyjne realizowane między 2011 a 2014 r., wśród których znalazł się Program Przebudowy Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie na lata 2011–2016, budowa centralnego bloku operacyjnego, rozbudowa Zakładu Radioterapii, koncerty wiedeńskie na rzecz Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej oraz budowa i wyposażenie sali hybrydowej.

Program przebudowy Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego rozpisany na lata 2011–2016 jest obecnie największym realizowanym zadaniem inwestycyjnym w placówce. Sięgając do korzeni tej inwestycji, należy zwrócić uwagę na rolę budowania relacji ze strony władz szpitala z różnymi grupami interesariuszy i lobbowaniem na rzecz koncepcji rozbudowy szpitala ze środków centralnych budżetu państwa z uwagi na unikalną funkcję, jaką szpital pełni nie tylko w Krakowie, ale w całej Polsce południowej. Działaniom tym towarzyszyło lobbowanie w mediach oraz aktywność Biura Akcji Odnowy. W rezultacie działań szpitala polegających na naświetleniu konieczności kompleksowej modernizacji placówki w projekt zaangażowali się i poparli go posłowie i senatorzy RP z okręgu Krakowa i Małopolski (głównie ówczesny senator Paweł Klimowicz), Metropolita Krakowski Stanisław Dziwisz, a także ówczesna Minister Zdrowia Ewa Kopacz. Na komisji zdrowia Senatu RP opiniującej projekt, gdzie dyrekcja USD przedstawiała konieczność modernizacji szpitala, wsparcia udzielili przedstawiciele władz UJ CM, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Miasta Krakowa i Izby Lekarskiej w Krakowie. Ogół tych działań doprowadził do podpisania Uchwały Nr 72/2011 Rady Ministrów z 24 maja 2011 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na łączną kwotę ponad 201 mln zł [32].

Zwieńczeniem tych działań i kulminacyjnym momentem całej akcji była konferencja prasowa na terenie USD 2 czerwca 2011 r., na której minister zdrowia oficjalnie ogłosiła decyzję premiera w sprawie przyznania decyzji rządowej na restrukturyzację infrastruktury szpitala. Konferencji towarzyszyły rozesłane do mediów komu-

nikaty informujące o przyznaniu środków budżetowych na całkowitą przebudowę USD. Na spotkanie z udziałem mediów zostali zaproszeni interesariusze szpitala.

Kolejnym dużym przedsięwzięciem ze strony USD były działania zmierzające do pozyskania środków finansowych na rzecz Kliniki Kardiologii Dziecięcej. Motywem przewodnim, któremu towarzyszyła realizowana na szeroką skalę akcja marketingowa, było pięć edycji „Koncertów Wiedeńskich dla Małych Serc” odbywających się od 2009 do 2014 r., na które charytatywnie przyjeżdżali do Krakowa muzycy wiedeńscy, wykonując koncerty muzyki klastycznej, którym towarzyszyły występy wybitnych solistów operowych z różnych krajów Europy. Organizatorem akcji charytatywnej była działająca przy USD Fundacja Wspierania Kardiologii Dziecięcej „Schola Cordis”, a jej celem było zwiększenie liczby stanowisk intensywnego nadzoru dla dzieci po operacjach serca. Dzięki koncertom wiedeńskim znacząco wzrosło publiczne zainteresowanie problemami organizacyjnymi kliniki, z którymi borykały się również inne ośrodki kardiologii dziecięcej w Polsce. W rezultacie tych działań oraz dotacji z Ministerstwa Zdrowia udało się zwiększyć liczbę stanowisk w USD o 8 nowych – z 10 do 18. Koncertom towarzyszyły szeroko propagowane informacje o charakterze marketingowym promujące każdy z 5 koncertów, w których trakcie zbierano fundusze na rzecz Kliniki Kardiologii Dziecięcej. Na piąty finałowy koncert w Teatrze im. Juliusza Słowackiego zaproszono dotychczasowych darczyńców, firmy sponsorujące szpital i pozostałe grupy interesariuszy szpitala. Darczyńcy i sponsorzy zostali odznaczeni pamiątkowymi medalami w uznaniu za ich zasługi dla kliniki.

Równie ważnym wydarzeniem w życiu szpitala było przekazanie przez Fundację Radia ZET 5 mln zł na zakup wyposażenia sali hybrydowej przeznaczonej do diagnozowania i przeprowadzania operacji najbardziej złożonych i najtrudniejszych wad serca. Uroczystości nadano odpowiednią oprawę o charakterze wizerunkowym, zapraszając najważniejszych dla szpitala interesariuszy, Zarząd Fundacji Radia ZET, mass media – w tym największe stacje telewizyjne, radiowe i dzienniki. Wydarzeniu towarzyszyła konferencja prasowa, w której trakcie zaprezentował się szpital, fundacja oraz firma, która wyposażyła salę w sprzęt do zabiegów hybrydowych. W zakresie realizacji tej inwestycji pojawiły się problemy techniczne uniemożliwiające oddanie sali hybrydowej bezpośrednio po jej otwarciu, co miało niekorzystne konsekwencje wizerunkowe dla szpitala<sup>1</sup>. Negatywny skutek wizerunkowy został naprawiony poprzez szeroko zakrojoną kampanię informacyjną na temat przeprowadzenia na sali hybrydowej w USD pionierskiej operacji wszczepienia zastawki płucnej u najmniejszego dziecka na świecie (listopad 2014 r.). Informacja ta była emitowana w ogólnopolskich i regionalnych mass mediach, w których podkreślano znaczenie sali hybrydowej<sup>2</sup>.

We wrześniu 2011 r. otwarto Centralny Blok Operacyjny z Centralną Sterylizatorem i Oddziałem Intensywnej Terapii. Inwestycja, o którą szpital zabiegał od lat, została zrealizowana w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013. Łączna

powierzchnia użytkowa budynku wynosi 3 tys. m<sup>2</sup>, na której znalazł się m.in. 30-lóżkowy oddział intensywnej terapii, 6 sal operacyjnych, sala wybudzeń, poczekalnia dla rodziców i dzieci z zapleczem sanitarnym, pomieszczenia administracyjne oraz centralna sterylizatornia. Inwestycję na kwotę prawie 47 mln zł zrealizowano z funduszy Unii Europejskiej, budżetu państwa i zebranych na ten cel środków przez USD. Uroczystemu otwarciu bloku operacyjnego towarzyszyła konferencja prasowa, na którą zaproszono licznych interesariuszy szpitala, a każdy z obecnych mógł osobiście zobaczyć w pełni wyposażony, nowoczesny blok operacyjny wraz z zapleczem infrastrukturalnym.

W marcu 2014 r. oficjalnie zaprezentowano akcelerator najnowszej generacji, służący do naświetlania pacjentów z nowotworami w zmodernizowanym Zakładzie Radioterapii Dzieci i Dorosłych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Akcelerator zakupiono z funduszy „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Ministerstwo Zdrowia przekazało na ten cel 7,9 mln zł, wkład własny USD wynosił 1,5 mln zł, z których 1 mln zł pokryła Fundacja TVN „Nie jesteś sam”, a 250 tys. zł Fundacja Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie „O zdrowie dziecka”. Nowy akcelerator jest drugim aparatem do radioterapii funkcjonującym na terenie USD (pierwszy zamontowano w 2010 r.). Zakład Radioterapii Dzieci i Dorosłych USD jest przeznaczony do diagnozowania dzieci i młodzieży oraz pacjentów dorosłych ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II i innych szpitali z obszaru Krakowa i województwa małopolskiego. Na uroczystości znaleźli się najważniejsi interesariusze szpitala, a otwarcie poprzedził briefing prasowy.

Analizując poszczególne działania USD w zakresie marketingu, należy zwrócić uwagę na kilka prawidłowości, powtarzających się w związku z każdym wyżej opisanym wydarzeniem, dotyczących poszczególnych inwestycji:

1. Każdej z realizowanych inwestycji towarzyszyło różnego typu wsparcie marketingowe, które miało miejsce na różnych etapach całego procesu inwestycyjnego bądź jeszcze przed jego rozpoczęciem – po identyfikacji potrzeb szpitala, które nagłaśniano poprzez media<sup>3</sup>, szukano wsparcia dla realizacji pomysłów wśród konkretnych osób lub instytucji. Wśród metod i technik komunikacji marketingowej stosowano m.in.: informacje rozsyłane/przekazywane mediom drogą e-mailową lub telefoniczną, plakaty rozwieszane na terenie miasta, konferencje i briefingi prasowe, ogłoszenia/zapowiedzi publikowane w środkach masowego przekazu, wywiady udzielane mediom za pośrednictwem internetu, radia, prasy, telewizji, teksty publikowane w gazecie dystrybuowanej przez szpital „Szpital Zdrowia”.
2. W szpitalu organizowane są także różnego typu akcje, które są autorskimi projektami Fundacji „O zdrowie dziecka”, m.in.:
  - Podziel się Swoim Szczęściem – akcja charytatywna wśród par młodych, które proszą swoich gości, aby

zamiast kwiatów na ślub przynieśli dobrowolne datki na potrzeby szpitala. W akcji wzięło już udział prawie 300 par, dzięki którym szpital otrzymał wsparcie w wysokości 400 tys. złotych.

- Prawnicy Chorym Dzieciom – akcja charytatywna środowiska prawniczego, podczas której odbywa się zbiórka pieniędzy na zakup aparatury medycznej dla USD (w ciągu sześciu edycji tej akcji zebrano 185 tys. złotych).
- Gwiazdy Dzieciom – inicjatywa, dzięki której znane osoby mogą odwiedzić wybrany oddział, przekazać pacjentom symboliczne podarunki lub poczytać bajki czy zaśpiewać. Dodatkowo każda gwiazda proszona jest o przekazanie dowolnego przedmiotu (pamiątki), który jest licytowany na internetowych portalach aukcyjnych lub licytacjach organizowanych na szpitalnych imprezach charytatywnych. Dochód z licytacji wszystkich przekazanych przedmiotów jest przeznaczony na Akcję Odnowy Szpitala.
- Szpitalne Kino – Festiwal Filmów Dziecięcych „Galicja” jest wydarzeniem kulturalnym dla dzieci, które co roku odbywa się jednocześnie w kilku miastach Małopolski oraz gościnnie w USD. Wydarzenie to ma na celu promocję sztuki filmowej wśród dzieci i młodzieży oraz stworzenie warunków do aktywnego uczestnictwa w życiu kulturalnym i twórczego spędzania czasu.

Dodatkowo, przy współdziałaniu innych organizacji i instytucji, organizowane są m.in.:

- wizyta św. Mikołaja, zrealizowana z pracownikami Wydziału Ruchu Drogowego Komendy Miejskiej Policji w Krakowie;
- trzydniowy pokaz filmowy dla pacjentów szpitala w ramach 6. Międzynarodowego Festiwalu Filmów dla Dzieci zorganizowany wspólnie z Kinem Kijów Centrum oraz Fundacją Rozwoju Kina.

Celem tych działań było promowanie wśród różnych grup interesariuszy, w otoczeniu bliższym i dalszym placówki, idei pomocy najbardziej potrzebującym dzieciom ze strony szpitala, pokazywanie skali potrzeb i skutecznych środków na rozwiązanie problemu. W wyniku podejmowanych działań, w tym poprzez akcje promocyjne, Fundacja „O zdrowie dziecka” przekazała w analizowanym okresie (lata 2011–2013) środki i sfinansowała zakupy w USD w kwocie: 375 064,13 zł – w 2011 r. [29], 663 737,46 zł – w 2012 r. [30], 818 172,21 zł – w 2013 r. [31]. Szpital dbał o kształtowanie wzajemnych i przyjaznych relacji z wyżej wymienionymi interesariuszami placówki w celu poparcia i wieloaspektowego wsparcia z ich strony na etapie planowania i realizacji opisywanych rozwojowych przedsięwzięć szpitala.

3. Każda z realizowanych przez USD inwestycji miała punkt kulminacyjny, na który składała się uroczystość z udziałem zaproszonych gości oraz środków masowego przekazu, w której trakcie oficjalnie zakończano jej etap bądź cały proces inwestycyjny i otwierano nowe zaplecze infrastrukturalne służące diagnozowaniu i leczeniu dzieci. Na każde z wyżej

wymienionych wydarzeń zapraszano poszczególne grupy interesariuszy zewnętrznych i wewnętrznych placówki, wśród których znajdowali się: Dyrekcja Małopolskiego Oddziału NFZ, władze UJ CM, firmy realizujące poszczególne inwestycje i dostarczające do nich sprzęt, posłowie i senatorowie z Krakowa i Małopolski, dyrektorzy szpitali współpracujących z USD, osoby reprezentujące darczyńców, przedstawiciele fundacji, władze samorządowe miasta i województwa małopolskiego, kierownicy katedr i klinik oraz ordynatorzy poszczególnych oddziałów klinicznych. Tradycją stało się również zapraszanie małych pacjentów hospitalizowanych w szpitalu, przewidzianych do leczenia przy wykorzystaniu oddawanej do użytku aparatury medycznej i towarzyszącej jej infrastruktury.

4. Przebieg uroczystości był ułożony według jednego planu i składał się z powitania przez dyrektora USD najważniejszych interesariuszy szpitala w obecności mass mediów: telewizji, radia i prasy oraz przedstawicieli portali internetowych, przedstawienia roli danej inwestycji dla rozwoju szpitala, a przede wszystkim dla pacjentów, wymienienia zasług poszczególnych interesariuszy i darczyńców na rzecz szpitala, przeprowadzenia konferencji prasowej z udziałem najważniejszych gości, oficjalnego przecięcia wstęgi oraz oprowadzenia zaproszonych osób po nowo otwartych pomieszczeniach służących do diagnozowania i leczenia w trybie ambulatoryjnym bądź hospitalizacji.
5. Organizowane konferencje prasowe w trakcie uroczystości były poprzedzane informacjami opisującymi poszczególne etapy danej inwestycji, źródła jej finansowania, akcentując w tym względzie zarówno zaangażowanie poszczególnych instytucji i darczyńców, osoby, które pełniły patronaty honorowe, jak również działalność szpitala w liczbach, które były wysyłane e-mailem do mediów. Dodatkowo rzecznik prasowy kontaktował się z każdym z zapraszanych dziennikarzy telefonicznie, zachęcając do przybycia na konferencje (**Tabela I**).

## Podsumowanie i wnioski

Analizując wcześniej przedstawione modele teoretyczne w kontekście praktyk stosowanych przez USD, można zauważyć, iż szpital przyjął strategię polegającą na szeroko zakrojonych działaniach w zakresie *public relations* i marketingu relacji, które skutkują dla tej instytucji wymiernymi korzyściami.

Odnosząc się do założeń teoretycznych na temat *public relations* i zestawiając je z działaniami podejmowanymi przez szpital, dostrzegamy zależności pomiędzy utrwalaniem pozytywnego wizerunku placówki, rozpoznawalnością marki placówki w otoczeniu bliższym i dalszym a realizowaną polityką *public relations*. Podejmowane w tej sferze działania skutkują bowiem pozycjonowaniem szpitala jako lidera i autorytetu w dziedzinie ochrony zdrowia w społeczności lokalnej, umacnianiem statusu placówki eksperckiej, a w rezultacie m.in. uła-



Zadania	Przebudowa USD	Działania na rzecz Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej	Zakup wyposażenia sali hybrydowej	Rozbudowa Zakładu Radioterapii	Zakupy rzeczowe na rzecz USD
Rodzaj działania	Lobbing wobec interesariuszy, działania <i>public relations</i> (m.in. teksty i wywiady w mediach, konferencja prasowa), aktywność Biura Akcji Odnowy Szpitala.	Działania Fundacji Wspierania Kardiochirurgii Dziecięcej „Schola Cordis”, 5 edycji „Koncertów Wiedeńskich dla Małych Serc” na rzecz USD, działania promujące akcję w mediach, wręczenie pamiątkowych medali dla darczyńców i sponsorów szpitala.	Współpraca z Fundacją Radia ZET, działania wizerunkowe, współpraca z mediami, organizacja konferencji prasowej.	Udział w programie ministerialnym „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, współpraca z Fundacją TVN „Nie jesteś sam”, organizacja konferencji prasowej z udziałem interesariuszy.	Działania fundraisingowe i promocyjne Biura Akcji Odnowy Szpitala i Fundacji „O Zdrowie Dziecka” (m.in. Prawnicy Chorym Dzieciom, Gwiazdy Dzieciom, Podziel się Swoim Szczęściem).
Cel	Pozyskanie środków finansowych na kompleksową przebudowę USD.	Pozyskanie środków finansowych na nowe stanowiska intensywnego nadzoru dla dzieci w Klinice Kardiochirurgii Dziecięcej UJ CM.	Pozyskanie środków finansowych na salę hybrydową – infrastrukturę, sprzęt i aparaturę medyczną.	Pozyskanie środków na nowy akcelerator do radioterapii.	Pozyskanie środków m.in. na zakup i modernizację sprzętu medycznego oraz infrastruktury, na wydatki związane z leczeniem pacjentów, a także na organizowanie imprez okolicznościowych dla dzieci leczonych w szpitalu.
Interesariusze	Rząd i Ministerstwo Zdrowia, posłowie i senatorowie, władze uczelni, władze miasta i regionu.	Ministerstwo Zdrowia, Fundacja „Schola Cordis”, Fundacja im. Martusi Korzeniowskiej, indywidualni darczyńcy i sponsorzy.	Fundacja Radia ZET, Ministerstwo Zdrowia, Fundacja „O Zdrowie Dziecka”, Fundacja „Schola Cordis”.	Ministerstwo Zdrowia, Fundacja TVN, Fundacja „O Zdrowie Dziecka”.	Stworzona wokół Fundacji „O Zdrowie Dziecka” siatka darczyńców i przyjaciół złożona z rodziców pacjentów i pracowników szpitala (1% podatku), różnych środowisk, w tym prawnych, artystycznych i sportowych.
Czas trwania	2011–2016	2009–2014	2012–2013	2013	od 1992
Rezultaty	Decyzja rządu o przyznaniu środków na program wieloletni modernizacji USD.	Zakup 8 stanowisk intensywnego nadzoru dla dzieci po operacjach serca.	Budowa sali hybrydowej z pełnym wyposażeniem do operacji kardiochirurgicznych i kardiologicznych.	Rozbudowa istniejącego Zakładu Radioterapii Dzieci i Dorosłych w USD.	Zakupy sprzętowe, infrastruktury i leków na rzecz USD, organizacja imprez okolicznościowych dla dzieci leczących się w szpitalu.

**Tabela I.** Przegląd wybranych akcji i działań w ramach tzw. marketingu relacji w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z USD w trakcie wywiadu bezpośredniego i telefonicznego z pracownikami odpowiedzialnymi za działania marketingowe i fundraisingowe w USD, sprawozdań i dokumentów finansowych przyszpitalnych fundacji.

twiają obronę interesów lub pozycji placówki w sytuacjach kryzysowych oraz wspomagają proces pozyskiwania środków finansowych na działalność statutową i jego dalszy rozwój. Dzieje się tak, ponieważ szpital w sposób bardzo otwarty komunikuje się z otoczeniem bliższym i dalszym, mocno akcentując swoje potrzeby i wyrażając je za pomocą wszystkich dostępnych środków masowego przekazu.

Odnosząc się do twierdzeń teoretycznych charakteryzujących marketing relacji, wyraźnie widać przemysłany dobór interesariuszy szpitala, a także pozytywne i wymierne skutki tych relacji. Szpital bowiem aktywnie stara

się budować i umacniać relacje z głównymi grupami interesariuszy, określonymi w modelu sześciu rynków jako: klienci, podmioty opiniotwórcze, dostawcy, potencjalni pracownicy firmy, wpływowe osoby i instytucje oraz pracownicy aktualnie zatrudnieni. O każdą z tych grup szpital stara się zabiegać, dobrze rozumiejąc, że pozytywne i długofalowe relacje z najważniejszymi dla szpitala interesariuszami mogą być pomocnym orężem na coraz bardziej konkurencyjnym i wymagającym rynku usług medycznych. Nie do przecenienia jest również wsparcie głównych interesariuszy na różnych etapach inicjowania, a następnie realizacji projektów inwestycyjnych, dzięki

którym placówka stale umacnia swoją pozycję rynkową, w tym w zakresie starań mających na celu pozyskiwanie środków na następne projekty. Każdy zakończony sukcesem projekt zachęca kolejnych inwestorów do podjęcia współpracy ze szpitalem. Najlepszym tego dowodem jest rozpoczynająca się kolejna inwestycja Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego związana z budową pierwszego w Polsce Domu Ronalda McDonalda – bezpłatnego hotelu przeznaczonego dla rodziców lub opiekunów pacjentów przebywających w trakcie hospitalizacji w tym szpitalu. Projekt jest prowadzony przez Fundację Ronalda McDonalda, która zbiera fundusze na budowę i wyposażenie domu, przy partnerstwie i wsparciu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum [33]. Podobnie jak przy poprzednich inwestycjach realizacji tego projektu towarzyszy już sprawdzony schemat działań w zakresie komunikacji marketingowej. Jej pierwszym elementem było wmurowanie aktu erekcyjnego 25 września 2014 r. połączone z briefingiem prasowym z udziałem przedstawicieli mediów i zaproszeniem na tę uroczystość głównych interesariuszy szpitala po to, aby zarówno przekazać im informację o znaczeniu tego unikatowego i pionierskiego w skali kraju przedsięwzięcia, jak i budować dla niego ich przychyłność.

Na podstawie analizy zebranego materiału wyciągnięto następujące wnioski:

1. Problem zastosowania marketingu w sektorze ochrony zdrowia wymaga głębszych analiz i uwagi ze strony zarówno decydentów, jak i zarządzających placówkami ochrony zdrowia oraz badaczy. Ciągłe reformowanie systemu ochrony zdrowia i towarzyszące temu konflikty polityczne i merytoryczne, brak odpowiedniego finansowania, ciągła niepewność, zmieniająca się legislacja oraz opór wobec zmian samego środowiska wpływają negatywnie na ten proces. W publicznych szpitalach często brakuje w strukturze organizacyjnej komórki odpowiedzialnej za marketing, co rzutuje na rozproszenie kompetencji z tego zakresu. Ponadto placówki lecznicze napotykać coraz silniejszą presję ze strony konkurencyjnego otoczenia oraz wymagających pacjentów, odnoszącą się w szczególności do samej obsługi. Optymizmem napawa fakt, że coraz więcej pracowników ochrony zdrowia widzi jednak konieczność pogłębiania wiedzy z tego zakresu. Pewne działania wymusza również na nas członkostwo w Unii Europejskiej (pozyskiwanie funduszy unijnych czy wymagania jakościowe) oraz korzystanie z dobrych praktyk – przyjętych i efektywnych rozwiązań zachodnich. Do pełnego zrozumienia potrzeby zasad marketingowych jest jeszcze daleko, jednak stają się one coraz bardziej doceniane w sektorze ochrony zdrowia.
2. Marketing, którego stosowanie zazwyczaj jest kojarzone z organizacjami działającymi głównie dla zysku, może być również wykorzystywany z powodzeniem przez instytucje non-profit, takie jak szpital.
3. Działania o charakterze marketingowym, w tym w szczególności *public relations* i marketing relacji, mogą przynieść skutki w postaci zwiększenia świadomości marki, a także pozwalają oddziaływać na

bliższe i dalsze otoczenie rynkowe placówki, budując i podtrzymując pozytywny wizerunek placówki w oczach jej interesariuszy. Działania te mogą być wsparciem w pozyskiwaniu środków na realizację zaplanowanych przedsięwzięć inwestycyjnych służących rozwojowi szpitala, również także na różnych etapach przebiegu procesu inwestycyjnego.

4. Komunikacja marketingowa specjalistycznej placówki medycznej o profilu dziecięcym z otoczeniem bliższym i dalszym ma wpływ na wsparcie i zwiększenie efektywności działań o charakterze fundraisingowym, realizowanych w ramach zadań statutowych fundacji, działających na rzecz wsparcia działalności tych szpitali.

## Przypisy

<sup>1</sup> W mediach pojawiły się informacje na ten temat: I. Hajnosz, *Na hybrydę dzieci jeszcze muszą poczekać*, „Gazeta Wyborcza”, 4.07.2014; M. Banasik, *Otworzyli nowoczesną salę, ale nie operują*, „Dziennik Polski”, 17.04.2014; I. Hajnosz, J. Sidorowicz, *Supersala, ale bez prądu*, „Gazeta Wyborcza”, 16.07.2014.

<sup>2</sup> Na temat operacji w nowej sali hybrydowej pojawiły się następujące informacje: P. Kudroń, *Przełomowa operacja zastawki u 5-letniej dziewczynki*, Telewizja Kraków, 18.11.2014; M. Grzyb, *Kraków: Pionierska operacja wszczepienia zastawki serca u pięcioletki*, Radio RMF FM, 18.11.2014; *Nowatorska operacja w Szpitalu Dziecięcym w Krakowie*, Onet.pl, 18.11.2014; A. Maciejowski, *Krakowscy lekarze uratowali Wiktoryę nowatorską metodą*, „Dziennik Polski”, 19.11.2014; K. Gawlik, *Pionierski zabieg u 5-latki*, „Gazeta Krakowska”, 19.11.2014; I. Hajnosz, *Lekarze z całej Polski pomogli w Prokocimiu*, „Gazeta Wyborcza”, 19.11.2014.

<sup>3</sup> W mediach ukazały się liczne artykuły, promujące działania USD. Głównie miały one charakter informujący o wydarzeniu (np. *Koncert dla serc*, „Dziennik Polski”, 22–23.10.2011; *Pomóż chorym dzieciom z Prokocimia*, „Fakt”, 19.10.2011; *Wielcy zagrają dla małych*, „Dziennik Polski”, 20.10.2011; *Wielcy artyści zagrają dla małych serc*, TVP Kraków, 18.10.2011; „*Wielcy artyści dla małych serc*” wystąpią w niedzielę w Krakowie, RMF FM, 19.10.2011; *Koncert „Wielcy artyści dla małych serc” w Operze Krakowskiej*, Onet.pl; *Artyści zagrają dla małych serc*, „Gazeta Krakowska”, 13.10.2011; *Dziś zagrają specjalnie dla małych serc*, „Dziennik Polski”, 22.01.2011; A. Górska, *Koncert dla małych serc*, „Gazeta Krakowska”, 20.01.2011; P. Polak, *Zagrają dla małych serc*, „Dziennik Polski”, 17.01.2011; Kraków: wiedeńscy muzycy zagrają na rzecz chorych dzieci, rynek.zdrowia.pl, 11.01.2011; M. Satała, *Wiedeńscy muzycy zagrają w Krakowie*, „Gazeta Krakowska”, 20.01.2012; A. Malatyńska-Stankiewicz, *Wiedeńczycy dla serc*, „Dziennik Polski”, 20.01.2012; *Charytatywny Koncert Wiedeński dla Małych Serc. Ostatni?*, gazeta.pl, 08.01.2013; E. Borek, *Ratunek dla małych serc*, „Dziennik Polski”, 20.01.2013; *To już ostatni Koncert Wiedeński dla Małych Serc. Tak szpital dziękuje swoim darczyńcom*, „Dziennik Polski”, 9.01.2014) lub podsumowujący wydarzenie (np. *Koncert charytatywny dla małych pacjentów*, „Gazeta Wyborcza”, 24.01.2011; *Wiedeńczycy grali, słuchacze licytowali*, „Dziennik Polski”, 24.01.2011; *Trzeci koncert dla małych serc*,

„Dziennik Polski”, 21.01.2011; B. Gancarz, *Szczodre centusie*, „Gość Krakowski”, 30.01.2011; A. Górską, *Uratują więcej serc*, „Gazeta Krakowska”, 31.07.2012; *Trzy godziny wiedeńscy grali „Dla małych serc”*, „Dziennik Polski”, 24.01.2012; A. Malatyńska-Stankiewicz, *Koncertowo na hybrydową salę*, „Dziennik Polski”, 24.01.2012; J. Michalczak, *Zbierali pieniądze na nową salę operacyjną*, „Dziennik Polski”, 23.01.2012; *Camerata Salzburg grała dla małych serc*, „Dziennik Polski”, 14.01.2014; *Małe serca dziękują*, „Gość Krakowski”, 14.01.2014).

Pojawiły się także artykuły pokazujące konkretne rezultaty działań promocyjnych, np. zakup sprzętu czy modernizacja szpitala (m.in. *Nowe zarządzanie do walki z nowotworem*, „Dziennik Polski”, 29.03.2014; *Nowy sprzęt do walki z rakiem w Prokocimiu*, Radio KRK, 28.03.2014; E. Ostapowicz, *Kraków: nowy akcelerator w prokocimskim szpitalu*, radiokraków.pl, 28.03.2014; *Radioterapia bez kolejek*, „Gość Niedzielny”, 28.03.2013; *Nowoczesna radioterapia w Prokocimiu*, „Fakt”, 3.04.2014; M. Łącka, *Hybryda będzie służyć dzieciom*, „Gość Niedzielny”, 19.12.2013; *Zoperują dzieci w nowoczesnej Sali hybrydowej*, „Gazeta Krakowska”, 20.12.2013; D. Stec-Fus, *Szpital w krakowskim Prokocimiu wzbogacił się o hybrydową salę dla dzieci z chorobami serca*, „Dziennik Polski”, 20.12.2013; E. Borek, *Nie trzeba czekać na radioterapię*, „Dziennik Polski”, 20.02.2013; *Nowy robot w szpitalu*, „Gazeta Krakowska”, 1.02.2013; *Nowy blok operacyjny w szpitalu dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu*, RMF, 30.09.2011; *Krakowski szpital dziecięcy ma nowy oddział*, Radio Zet, 30.09.2011; *Kraków – USD ma nowy oddział i blok operacyjny*, „Medycyna Praktyczna”, 30.09.2011; D. Stec-Fus, *Szpital ma być jak nowy*, „Dziennik Polski”, 04.06.2011; A. Górską, *Prokocim ma miliony*, „Gazeta Krakowska”, 4–5.06.2011; A. Górską, *Szpital w Prokocimiu do generalnego remontu*, „Gazeta Krakowska”, 4–5.06.2011; *Modernizacyjna rewolucja w Szpitalu Dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu*, RMF FM, 3.06.2011; *Prokocim: rozbudowa*, „Gazeta Wyborcza”, 4–5.06.2011).

## Piśmiennictwo

- Lewandowski R.A., *Rozwój zarządzania procesowego w polskich szpitalach*, w: Wawak T. (red. nauk.), *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010: 159–169.
- Porter M.E., Olmsted Teisberg E., *Redefining Health Care: Creating Value – Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston 2006.
- Bobińska B., *Marketing i zarządzanie jakością w administracji publicznej jako procesy identyfikowania potrzeb klienta i doskonalenia organizacji*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie”, 2012; 21(2): 39–55.
- Frączkiewicz-Wronka A., Koczur W., *Reforma systemu ochrony zdrowia – szanse i bariery*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 1999.
- Stępniewski J., *Innowacje w produkcji usług szpitalnych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Mruk H., *Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Syrkiewicz-Światała M., Holecki T., Kotowski P., *Konceptcja marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne*, „Zarządzanie i Edukacja”, 2012; 81 marzec–kwiecień: 43–56.
- Nowotarska-Romaniuk B., *Marketing usług zdrowotnych*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2002.
- Hołub J., *Aplikacja strategii marketingowych w placówkach służby zdrowia w Polsce*, w: Nogalski B., Rybicki J.M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Towarzystwo Naukowe i Kierownictwa – Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2002: 139–168.
- Hass-Symotiuk M., *Szpital jako podmiot oceny przez różnych interesariuszy*, w: Hass-Symotiuk M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonana szpitala*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011: 11–62.
- Wielicka L., *Analiza strategiczna Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej dla potrzeb jego restrukturyzacji – studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2012; 60: 377–396.
- Mruk H., *Zarządzanie wizerunkiem zakładu opieki zdrowotnej*, w: Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009: 121–133.
- Bukowska-Pietryńska A., *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2011.
- Public Relations Handbook, Association of Washington Public Hospital District*, <http://www.awphd.org/prhandbook/prhandbook.pdf>; dostęp: 16.09.2014.
- Chłodnicki M., *Budowanie wizerunku zakładu opieki zdrowotnej. Komunikacja jako podstawa kształtowania relacji*, [http://www.uslugi.ue.poznan.pl/file/131\\_726121961.pdf](http://www.uslugi.ue.poznan.pl/file/131_726121961.pdf); dostęp: 16.09.2014.
- Polański P., *Budowa i pomiar kapitału marki*, Niezależna Grupa Konsultingowa Sp. z o.o., Warszawa 2008.
- Dworzański W., Dworzańska A., Niezabitowska E., Czerwonka M., Madej B., Burdan F., *Marketing w służbie zdrowia – konieczność czy chwilowa zachcianka?*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2012; XXXII(187): 46–49.
- Payne A., Ballantyne D., Christopher M., *A stakeholder approach to relationship marketing strategy: The development and use of the ‘six markets’ model*, „European Journal of Marketing” 2005; 39: 855–871.
- Fonfara K., *Marketing partnerski na rynku przedsiębiorstw*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.
- Szpital kliniczny*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0821&ms=82&ml=pl&mi=651&mx=0&ma=451>; dostęp: 16.09.2014.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111120654>; dostęp: 16.09.2014.
- Statut Uniwersytetu Jagiellońskiego, <http://www.uj.edu.pl/documents/10172/cfed7edd-574b-458f-b64a-b851a47d-45fc>; dostęp: 16.09.2014.
- Program wieloletni na lata 2011–2016 „Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie”*, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/program\\_przeb\\_uni\\_09022011.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_przeb_uni_09022011.pdf); dostęp: 16.09.2014.
- Szpital uniwersytecki*, [http://www.cm-uj.krakow.pl/uj\\_2010/collegium\\_medicum/szpital.php#sz3](http://www.cm-uj.krakow.pl/uj_2010/collegium_medicum/szpital.php#sz3); dostęp: 16.09.2014.

26. *Regulamin organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie*, [http://bip.usdk.pl/userfiles/file/Bart%C5%82omiej%20Pawlak/2013\\_02/regulamin\\_organizacyjny\\_szpitala.pdf](http://bip.usdk.pl/userfiles/file/Bart%C5%82omiej%20Pawlak/2013_02/regulamin_organizacyjny_szpitala.pdf); dostęp: 16.09.2014.
27. *Biuro Akcji Odnowy Szpitala*, <http://www.szpitalzdrowia.pl/o-szpitalu/dyrekcja-szpitala/biuro-akcji-odnowy-szpitala>; dostęp: 16.09.2014.
28. *Przyszpitalne fundacje*, <http://www.szpitalzdrowia.pl/o-szpitalu/przyszpitalne-fundacje/fundacja-o-zdrowie-dziecka>; dostęp: 16.09.2014.
29. *Sprawozdanie Fundacji „O zdrowie dziecka” za rok 2011*, [http://www.szpitalzdrowia.pl/wp-content/uploads/2013/09/sprawozdanie.za\\_.2011.pdf](http://www.szpitalzdrowia.pl/wp-content/uploads/2013/09/sprawozdanie.za_.2011.pdf); dostęp: 16.09.2014.
30. *Sprawozdanie Fundacji „O zdrowie dziecka” za rok 2012*, [http://www.szpitalzdrowia.pl/wp-content/uploads/2013/09/sprawozdanie.za\\_.2012.pdf](http://www.szpitalzdrowia.pl/wp-content/uploads/2013/09/sprawozdanie.za_.2012.pdf); dostęp: 16.09.2014.
31. *Sprawozdanie Fundacji „O zdrowie dziecka” za rok 2013*, <http://www.szpitalzdrowia.pl/wp-content/uploads/2013/09/Sprawozdanie-merytoryczne-za-2013.pdf>; dostęp: 16.09.2014.
32. *Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie*, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/inwestycje/przebudowa-universyteckiego-szpitala-dzieciecego-w-krakowie>; dostęp: 16.09.2014.
33. *Dom poza domem – aby chore dzieci i rodzice byli razem!*, <http://www.frm.org.pl/a/dom-ronalda-mcdonald>; dostęp: 16.09.2014.

# Ogniska zakażeń szpitalnych w województwie małopolskim w latach 2011–2013

Katarzyna Bandoła<sup>1</sup>, Michał Seweryn<sup>1,2</sup>, Magdalena Koperny<sup>1</sup>,  
Małgorzata M. Bała<sup>1,3</sup>, Marcin Mikos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Krakowie

<sup>2</sup> Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup> II Katedra Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>4</sup> Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego

Adres do korespondencji: Magdalena Koperny, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków, tel. 12 25 49 501, 506 712 283, m.koperny@wsse.krakow.pl

## Abstract

### *Hospital infection outbreaks in the Malopolska province in 2011–2013*

Despite the continuous advances of medicine and higher safety standards for patients, nosocomial infections are a major problem accompanying of treatment process. Infected patients are exposed to prolonged hospital stay, require additional medical procedures, therefore their treatment and care are associated with additional costs for health facility. In the present study the number of outbreaks of nosocomial infections, which occurred in hospitals in the Malopolska province and in Poland, as well as etiological factors of the infections in the years 2011–2013 were analyzed. In the analyzed period we observed increase in the number of outbreaks of infections in Poland and in Malopolska (from 339 to 394 and from 19 to 26 in Poland and Malopolska respectively). The most frequently identified factor is *C. difficile* and *Rotavirus*, followed by *K. pneumoniae ESBL*, and *Norovirus*. There was a decrease in the number of outbreaks of unknown etiology, both in Poland and in Malopolska. The analysis identified an increase in the number of outbreaks caused by *C. difficile*, *Noroviruses* and *Rotaviruses*, as the main problem in the recent years. This trend occurs in the Malopolska region and in the country. However, the analysis of the reports shows improved reportability of outbreaks in Malopolska and in Poland which will allow for better control of nosocomial infections.

**Key words:** endemic outbreaks, healthcare associated infections, hospital units

**Słowa kluczowe:** oddziały szpitalne, ogniska epidemiczne, zakażenia szpitalne

## Wstęp

Zakażenia szpitalne i związana z nimi antybiotykoterapia są ściśle powiązane z procesem leczenia realizowanego w warunkach szpitalnych, dlatego niemożliwe jest ich całkowite wyeliminowanie. Zatem celem prowadzenia nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest ograniczenie częstości ich występowania poprzez monitorowanie i wprowadzenie odpowiednich procedur prewencyjnych. Taki nadzór powinien być prowadzony stale i w sposób uporządkowany, przy wykorzystaniu ujednoczonych de-

finicji zakażeń. Dzięki prawidłowo prowadzonemu nadzorowi i rejestracji zakażeń możliwe jest wczesne wykrycie epidemii i przypadków zakażeń u osób w grupie wysokiego ryzyka, a także zidentyfikowanie czynników etiologicznych zakażeń [1, 2]. Zakażenie szpitalne zdefiniowano zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 r. [3], która jest zbieżna z definicją zakażenia szpitalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jako „zakażenie, które pojawiło się w wyniku leczenia w szpitalu lub w związku z pobytem w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta przed hospitalizacją. Dotyczy zarówno pacjenta, jak i persone-

lu. Zdarzenie, które rozwinęło się po upływie 48 godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala, do 10 dni od jego wypisu, do 30 dni od zabiegu operacyjnego i do roku po wykonaniu transplantacji” [3, 4].

Ognisko epidemiczne zakażeń szpitalnych zdefiniowano jako: stwierdzenie co najmniej dwóch powiązanych z sobą przypadków zachorowań (z objawami klinicznymi) na zakażenie, w których czynnikiem etiologicznym jest drobnoustroj alarmowy (zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia) [5].

W Polsce zasady kontroli zakażeń szpitalnych są uregulowane w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [3] oraz obowiązujących aktach wykonawczych [5–8]. Te akty prawne określają zasady działania podstawowych elementów systemu kontroli zakażeń szpitalnych, takich jak zespół kontroli zakażeń szpitalnych, kontrola wewnętrzna nad realizacją wytyczonych działań oraz sposób jej dokumentowania i raportowanie w przypadku podejrzenia lub pojawienia się zakażenia. Nałożyły one obowiązek prowadzenia kompleksowego nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi obejmującego zarówno monitorowanie zakażeń szpitalnych, jak i zapobieganie ich wystąpieniu.

Dotychczas z terenu województwa małopolskiego opublikowano wyniki zbiorczej analizy występowania drobnoustrojów alarmowych wykrytych u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych z uwzględnieniem czynników etiologicznych w latach 2010–2012 [9] oraz analizę ognisk zakażeń szpitalnych raportowanych w latach 2006–2010 [10].

## ■ Cel

Celem niniejszej pracy była analiza występowania ognisk zakażeń szpitalnych w szpitalach na terenie województwa małopolskiego w latach 2011–2013.

## ■ Materiał i metody

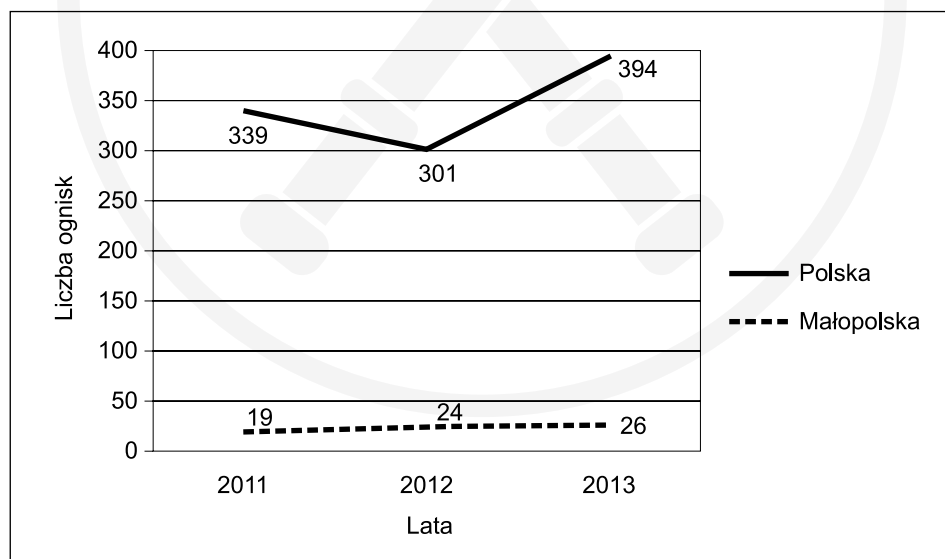
Analizę ognisk zakażeń szpitalnych oparto na danych przekazanych Małopolskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu przez 19 Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych. Były to raporty wstępne o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego, raporty końcowe o wygaszeniu ogniska epidemicznego oraz analizy roczne o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych, przygotowane na podstawie wzorów tych dokumentów określonych w załączniku nr 2, 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala [5]. Dane te, obejmujące liczbę ognisk i rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego, będącego czynnikiem etiologicznym w ognisku zakażenia, pochodziły ze szpitali nadzorowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną województwa małopolskiego w latach 2011–2013. Zgodnie z rejestrem podmiotów leczniczych wojewody małopolskiego w 2011 r. nadzorowano 70 szpitali, w 2012 – 72, a w 2013 – 68.

Dane dla Małopolski porównano z danymi dla Polski uzyskanymi z Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Ponadto analizie poddano częstość wykonywania badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na łóżko na rok.

## ■ Wyniki

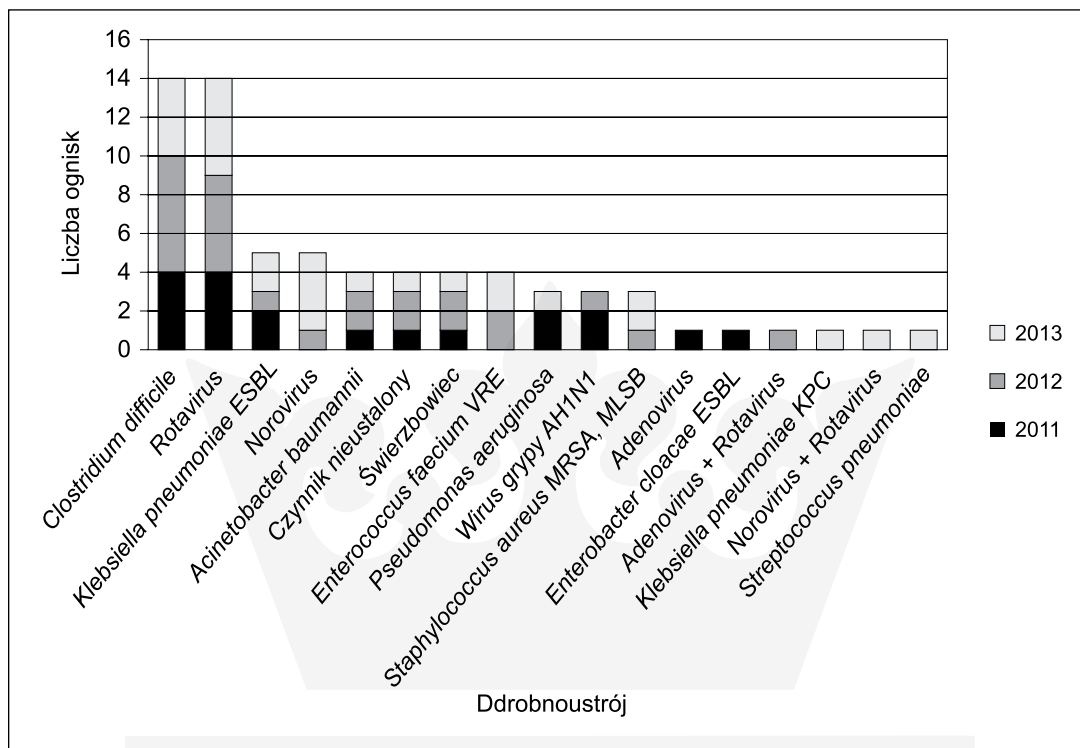
W latach 2011–2013 w Małopolsce liczba ognisk epidemicznych zwiększyła się z 19 do 26 (**Rysunek 1**), zwiększenie liczby ognisk odnotowano też w skali całej Polski.

W analizowanym okresie w Małopolsce najczęściej zgłaszane ogniska epidemiczne (kolejność według czę-



**Rysunek 1.** Liczba ognisk zakażeń szpitalnych/zakładowych zgłoszonych w Małopolsce i w Polsce w latach 2011–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie oraz danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.



**Rysunek 2.** Liczba ognisk zakażeń szpitalnych/zakładowych zgłoszonych w województwie małopolskim w latach 2011–2013 z uwzględnieniem drobnoustroju.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie.

stości zgłaszania) spowodowane były zakażeniem (**Rysunek 2**):

- *Clostridium difficile* (*C. difficile*) i *Rotavirus*;
- *Klebsiella pneumoniae ESBL* – beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum działania;
- *Norovirus*;
- *Acinetobacter baumannii*;
- świerzbowcem;
- *Enterococcus faecium VRE* – z wykształconym mechanizmem oporności na glikopeptydy – wankomycynę lub teikoplaninę.

Natomiast sporadycznie, tj. trzy lub mniej ognisk zakażeń zostało wywołanych drobnoustrojami: *Pseudomonas aeruginosa*, wirusem grypy AH1N1, *Staphylococcus aureus MRSA* – oporny na metycylinę i *MLSB* – oporny na makrolidy, linkozamidy, streptograminy B, *Adenovirus*, *Enterobacter cloacae ESBL*, *Adenovirus + Rotavirus*, *Klebsiella pneumoniae KPC* – wytwarzająca karbapenemazy, *Norovirus + Rotavirus*, *Streptococcus pneumoniae*.

W analizowanych latach stwierdzono taką samą liczbę ognisk epidemicznych, w których czynnikiem etiologicznym były *C. difficile* i *Rotavirus* (po 14 ognisk wywołanych przez każdy z czynników). *Klebsiella pneumoniae ESBL* i *Norovirus* były czynnikiem etiologicznym w pięciu ogniskach każdy, z kolei *Acinetobacter baumannii*, świerzbowiec i *Enterococcus faecium VRE* były przyczyną zakażeń pacjentów w czterech ogniskach

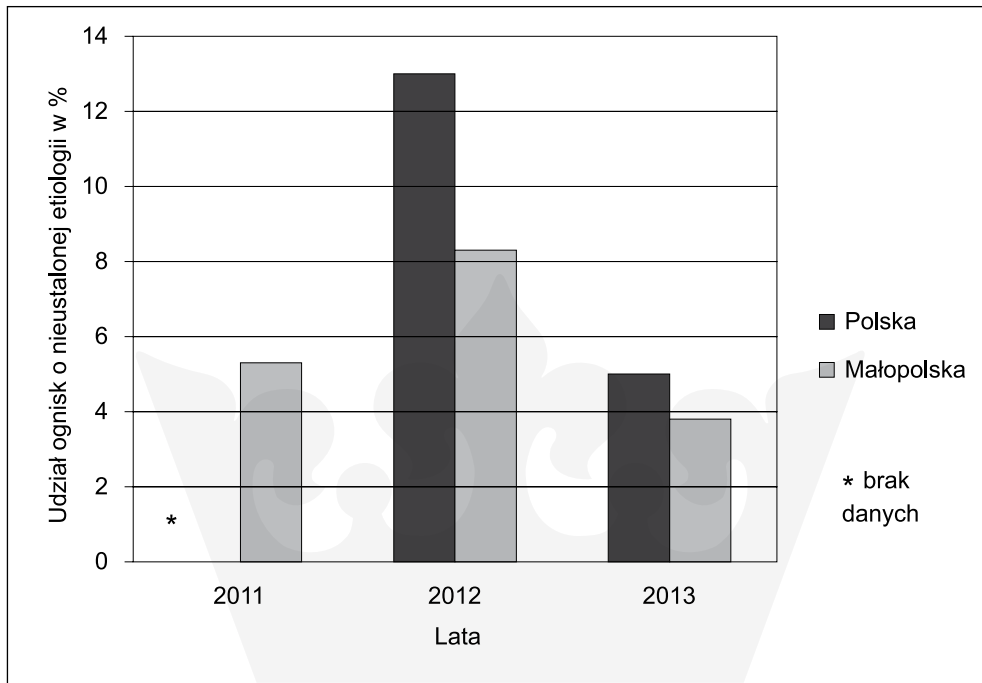
epidemicznych. Natomiast w czterech ogniskach nie ustalono czynnika etiologicznego.

W 2011 i 2013 r. w Małopolsce nie określono czynnika etiologicznego w jednym ognisku, w 2012 r. w dwóch, natomiast w Polsce w 2012 było ich 39, a w 2013 r. – 20. W Małopolsce udział ognisk o nieokreślonej etiologii był mniejszy niż średni wskaźnik dla Polski (**Rysunek 3**).

Od 2011 do 2013 r. największy udział w ogniskach zakażeń szpitalnych/zakładowych w województwie małopolskim stanowiły ogniska, w których czynnikiem etiologicznym były *C. difficile* i *Rotavirus* (**Tabela I; Rysunki 4–5**). Podobnie udział tych dwóch czynników etiologicznych był największy w całej Polsce. W latach 2011–2013 nastąpiło zwiększenie liczby ognisk wywołanych przez norowirusy w Małopolsce, nie obserwowano takiego wzrostu dla Polski (Tabela I; Rysunki 4–5).

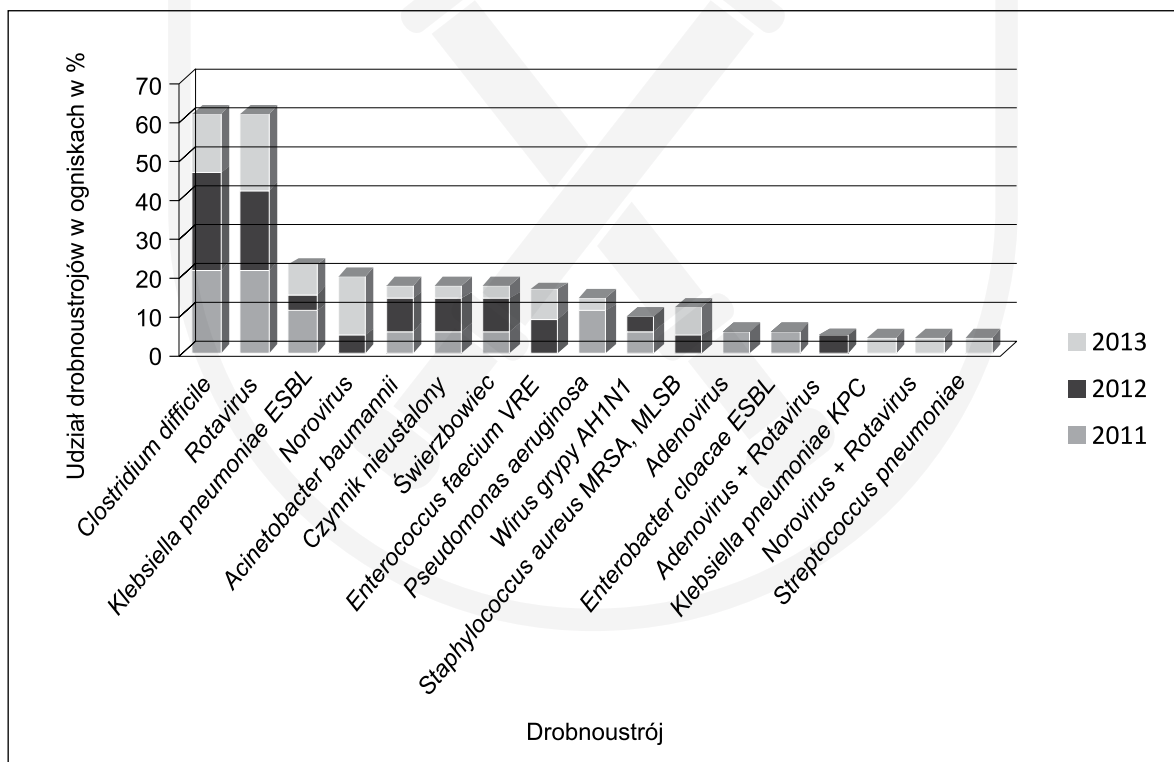
Zakażenia rotawirusami były najczęstszą przyczyną ognisk epidemicznych na oddziałach dziecięcych, ale w analizowanym okresie raportowane były również z oddziału wewnętrznego, alergologii i pneumologii, neurologii, chorób płuc, psychiatrii oraz rehabilitacji.

Z kolei zakażenia *C. difficile* były najczęstszą przyczyną ognisk epidemicznych na oddziałach chirurgicznych i chorób wewnętrznych. Drobnoustroj ten spowodował ponadto zakażenia pacjentów oddziału urologicznego, anestezjologii i intensywnej terapii, pulmonologii oraz internistyczno-kardiologicznego.



**Rysunek 3.** Procentowy udział ognisk o nieokreślonej etiologii w Małopolsce i w Polsce w stosunku do wszystkich zgłoszonych ognisk w Małopolsce i w Polsce w latach 2011–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie oraz danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.



**Rysunek 4.** Udział procentowy drobnoustrojów w ogniskach zakażeń szpitalnych/zakładowych w Małopolsce w latach 2011–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie.

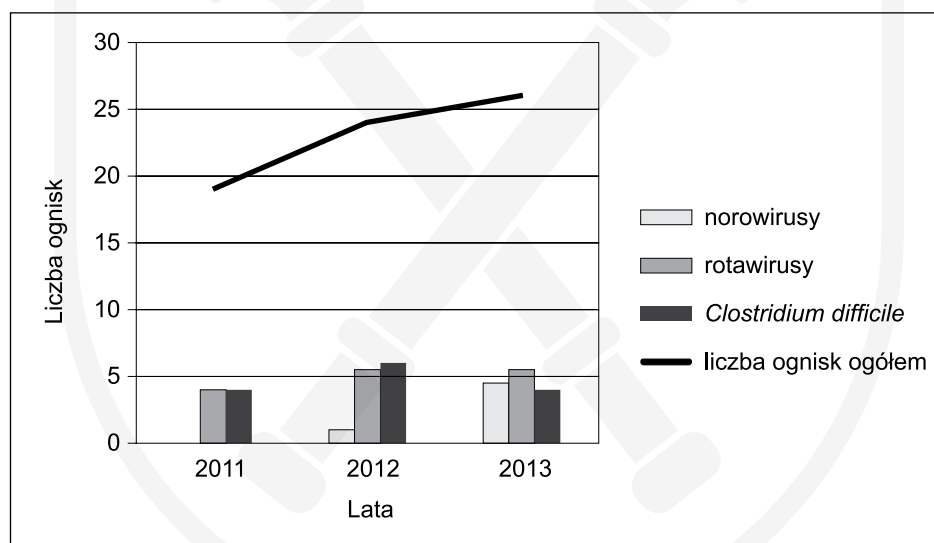


	2011		2012		2013	
	Małopolska	Polska	Małopolska	Polska	Małopolska	Polska
<i>Clostridium difficile</i>	21,1	11	25	27	15,4	28
Rotavirus	21,1	22	20,8	18	19,2	18
<i>Klebsiella pneumoniae</i> ESBL	10,5	5,6	4,2	4,7	7,7	9,6
Norovirus	0	10	4,2	7	15,4	5,8
<i>Acinetobacter baumannii</i>	5,3	7,7	8,3	9	3,8	7,1
Czynnik nieustalony	5,3	11	8,3	12	3,8	5
Świerzbowiec	5,3	6,2	8,3	3,7	3,8	2,5
<i>Enterococcus faecium</i> VRE	0	0,9	8,3	1,3	7,7	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10,5	4,4	0	1	3,8	1,8
Wirus grypy AH1N1	5,3	3,2	4,2	0,7	0	4,6
<i>Staphylococcus aureus</i> *	0	7,4	4,2	6,7	7,7	2,5
Adenovirus	5,3	bd	0	bd	0	bd
<i>Enterobacter cloacae</i> ESBL	5,3	1,8	0	0,7	0	0,5
Adenovirus + Rotavirus	0	d	4,2	bd	0	bd
<i>Klebsiella pneumoniae</i> KPC	0	1,5	0	1,3	3,8	1,7
Norovirus + Rotavirus	0	bd	0	bd	3,8	bd
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	bd	0	bd	3,8	bd

\* O mechanizmie oporności określonym zgodnie z Załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. (poz. 1741).

**Tabela I.** Udział procentowy drobnoustrojów w ogniskach szpitalnych/zakładowych w województwie małopolskim i w Polsce w latach 2011–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie oraz danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Stan sanitarny kraju w 2013 r.



**Rysunek 5.** Liczba ognisk szpitalnych/zakładowych w Małopolsce z uwzględnieniem ognisk wywołanych norowirusami, rotawirusami oraz *C. difficile* w latach 2011–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie.

Zakażenia norowirusami dominowały na oddziałach internistyczno-kardiologicznych, rehabilitacji, psychiatrii, a także leczenia uzdrowskiego, a zakażenia *Klebsiella pneumoniae* ESBL na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Zakażenia *Acinetobacter baumannii*

były przyczyną wystąpienia czterech ognisk zakażenia pacjentów oddziałów chirurgicznych i jednego na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Zakażenia świerzbowcem były przyczyną ognisk epidemicznych na oddziale reumatologii, rehabilitacji, neurologii i derma-

tologii. Z kolei *Enterococcus faecium* VRE spowodował zakażenia szpitalne pacjentów hospitalizowanych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, na oddziale chirurgicznym i chorób wewnętrznych.

Analizując w małopolskich szpitalach wskaźnik liczby badań mikrobiologicznych, przypadających na jedno łóżko na rok, obserwuje się jego zmniejszenie w latach 2011–2013. W 2011 r. wykonano ich 33, w 2012 – 24, a w 2013 r. – 23,3.

## Dyskusja

Zakażenia szpitalne stanowią niebagatelny problem w placówkach ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście wzrastającej oporności bakterii na antybiotyki. Ich liczba zależy m.in. od rodzaju świadczeń specjalistycznych oraz profilu hospitalizowanych pacjentów. Występowanie ognisk zakażeń istotnie wpływa na proces leczenia pacjentów, wydłużając czas hospitalizacji, zwiększając zachorowalność i śmiertelność oraz powodując wzrost kosztów leczenia [11].

W Małopolsce w latach 2011–2013 najczęstszą przyczyną występowania ognisk zakażeń szpitalnych było *C. difficile* oraz *Rotavirus*. W latach 2012–2013 w województwie mazowieckim i wielkopolskim podobnie jak w małopolskim najpowszechniejszym czynnikiem wywołującym ogniska zakażeń był *C. difficile*, a w 2013 r. drobnoustroj ten dominował również w województwie lubuskim [12–14]. *C. difficile* jest obecnie najczęstszym czynnikiem alarmowym zgłaszanym w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych ogółem w całej Polsce, co wskazuje na istotny problem zapobiegania szerzeniu się tego drobnoustroju. Przyczynami takiej sytuacji mogą być nieracjonalna antybiotykoterapia, nieprzestrzeganie zasad higieny oraz nieodpowiedni nadzór epidemiologiczny [10, 15]. Problem wzrostu zakażeń *C. difficile* występuje również w innych krajach, m.in. w USA, co więcej – narasta problem zakażeń pozaszpitalnych, w których czynnikiem etiologicznym jest ta bakteria [16]. W niektórych krajach istnieją systemy nadzoru nad ogniskami zakażeń, jako pierwszy kraj taki system wprowadziły Niemcy, co pozwala na bieżącą analizę poszczególnych patogenów [17, 18]. W Niemczech spośród ognisk zakażeń wywołanych czynnikami bakteryjnymi w okresie 2011–2012 również najczęściej raportowano *C. difficile* [17]. W 2013 r. w Małopolsce wystąpiło ponadto zwiększenie liczby ognisk spowodowanych zakażeniem norowirusami. Wirus ten w Niemczech w okresie 2011–2012 był najczęstszą przyczyną ognisk zakażeń, wywołując 414 ognisk spośród 578 raportowanych.

Drobnoustroje typu rotawirusy oraz norowirusy z łatwością rozprzestrzeniają się, a infekcja rozwija się szybko, szczególnie w skupiskach ludzi, stąd mogą stać się źródłem ogniska zakażenia szpitalnego. Dużą częstość zakażeń szpitalnych wywołanych rotawirusami stwierdza się szczególnie w populacji hospitalizowanych dzieci, gdyż dróg szerzenia się tego zakażenia jest wiele i wirusy z łatwością przenoszą się m.in. z matki na dziecko czy z zakażonego na innych hospitalizowanych [19, 20]. Tę tendencję dużej częstości zakażeń szpitalnych

wywołanych rotawirusami obserwuje się również m.in. w Niemczech, Francji, Włoszech i Wielkiej Brytanii [21].

Obserwuje się znaczne wahania w odniesieniu do liczby ognisk wywołanych przez *Klebsiella pneumoniae* ESBL. Zakażenia tym drobnoustrojem wciąż stanowią jedną z najczęstszych przyczyn ognisk zakażeń w Małopolsce, m.in. ze względu na łatwość przenoszenia z osoby na osobę [9]. W analizowanym okresie zarówno w województwie małopolskim, jak i w innych województwach, m.in. zachodniopomorskim, oraz w Polsce ogółem raportowano wzrost liczby ognisk wywołanych przez *K. pneumoniae* ESBL [22–24]. Nieco odmiennie prezentują się wyniki dla *K. pneumoniae* KPC, którego wzrost występowania zaobserwowano dopiero w 2013 r. zarówno w Polsce, jak i w Małopolsce. Szczepy te pierwszy raz zostały zidentyfikowane w województwie mazowieckim w 2008 r. i początkowo zakażenia występowały na tym obszarze. Niepokojącą tendencją jest pojawianie się nie tylko pojedynczych zakażeń, ale również ognisk epidemicznych wywołanych tym drobnoustrojem. Dostępne dane wskazują, iż *K. pneumoniae* KPC rozprzestrzenia się i pojawia w innych województwach [25]. Sumarycznie można stwierdzić, iż w ciągu lat 2011–2013 wystąpił wzrost liczby zarejestrowanych ognisk (odpowiednio 19, 24, 26). Jednocześnie w analizowanym okresie zmniejszyła się liczba szpitali w województwie małopolskim z 70 do 68.

Według obowiązującej europejskiej normy liczba badań na jedno łóżko na rok powinna wynosić 50. W Małopolsce utrzymuje się niekorzystny wskaźnik, poniżej przyjętej normy. Jednakże porównując lata poprzednie, tj. 2006–2010, od 2006 r. blisko dwukrotnie wzrosła liczba wykonywanych badań [9]. Choć w 2011 r. wskaźnik ten był zbliżony do przyjętego optymalnego progu, obserwuje się znaczne zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi oddziałami szpitalnymi w liczbie wykonywanych badań. W miejscach, gdzie wymagany jest szczególnie reżim sanitarny, tj. na oddziałach intensywnej terapii dla dorosłych, oddziałach intensywnej terapii dla dzieci i noworodków, oddziałach oparzeniowych i transplantologii, jest wielokrotnie powyżej normy [9]. Zarówno w 2012, jak i w 2013 r. raportowano spadek liczby wykonanych badań (z 33 w 2011 do 24 w 2012 i 23,3 w 2013 r.), co może wynikać ze zmian w raportowaniu rocznym. W 2011 r. w raporcie wyszczególniano badania: bakteriologiczne, mykologiczne, serologiczne i wirusologiczne, a w 2012 r. raport zawierał informację o liczbie badań mikrobiologicznych na łóżko. Zmiana ta mogła spowodować niedoszacowanie 2012 r. o badania serologiczne. Kolejnym elementem świadczącym o niedoszacowaniu liczby badań wykonanych na łóżko jest liczba wyhodowanych drobnoustrojów alarmowych, która jest analogiczna do lat wcześniejszych [9].

Wykonywanie odpowiedniej liczby badań jest niezbędnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa w szpitalach, pozwalając na identyfikację rodzaju zakażenia oraz szybkie i odpowiednie wdrożenie leczenia ukierunkowanego na dany drobnoustroj, co przekłada się na efektywną kontrolę zakażeń w placówce [26]. Niniejsza analiza wskazuje na niekorzystne zjawisko wzrastają-

cej liczby ognisk zakażeń szpitalnych oraz niezadowolającej liczby badań wykonywanych na jedno łóżko na rok. Jak wskazuje przegląd literatury fachowej, wiele drobnoustrojów, które najczęściej wywołują zakażenia szpitalne, posiada zdolność przetrwania na powierzchniach nieożywionych, m.in. dotyczy to *C. difficile*, których spory mogą przetrwać w takich miejscach nawet do kilku miesięcy [27]. Tym samym niezbędne są monitorowanie i kontrola środowiska szpitalnego w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń oraz sprawnego wykrywania źródła ognisk zakażeń szpitalnych [26].

Zbierane przez podmioty działalności leczniczej, a następnie przez stacje sanitarno-epidemiologiczne dane dotyczące występowania ognisk zakażeń szpitalnych nie są powszechnie publikowane lub też dane z fachowej literatury zarówno polskiej, jak i światowej pochodzą sprzed kilku lat. Dlatego też podczas analizy spotkano się z ograniczeniem możliwości porównywania liczby ognisk i ich zróżnicowania pomiędzy województwami oraz dostępności do najaktualniejszych danych.

Jakość w opiece zdrowotnej jest jednym z podstawowych elementów zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Kontrola i zapobieganie występowaniu ognisk zakażeń szpitalnych oraz odpowiednie, skuteczne reagowanie na nie stanowi wyzwanie dla placówek szpitalnych w kontekście należytego zarządzania ryzykiem. Kierownik oraz personel medyczny podmiotu działalności leczniczej zobowiązani są podejmować odpowiednie działania zapobiegające występowaniu zakażeń zgodnie z ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi (Dz.U. z 2013 r., poz. 947 z późn. zm.) [3]. Jednym z ważnych elementów walki z zakażeniami szpitalnymi było powołanie Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, następnie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, ponadto powołano zespół do spraw opracowania Programu Zwalczania Zakażeń Szpitalnych, a także wprowadzono w szpitalach zespoły kontroli zakażeń szpitalnych. Są to niezbędne elementy w systemie kontroli zakażeń szpitalnych w naszym kraju.

Niezaprzeczalnie zarządzanie i zmniejszanie ryzyka zakażeń nabytych w okresie hospitalizacji jest jednym z podstawowych aspektów zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń medycznych i efektywnego procesu terapeutycznego. Rozwój nadzoru nad ogniskami zakażeń szpitalnych w ostatnich latach ulega poprawie, jednakże pojawiające się nowe rodzaje drobnoustrojów wywołujących zakażenia szpitalne oraz wzrost oporności na antybiotyki powodują konieczność ciągłego monitorowania w celu zapewnienia większej kontroli i odpowiedniego reżimu sanitarno-higienicznego [28].

## Wnioski

Niebezpiecznym zjawiskiem obserwowanym w ostatnich latach jest wzrost liczby ognisk wywołanych przez *C. difficile* zarówno w województwie małopolskim, jak i w Polsce. Problem stanowią również ogniska wywołane przez norowirusy i rotawirusy, zjawisko to obserwuje się już od 2006 r. i jest ono również problemem w wielu kra-

jach europejskich. Dlatego też tak istotne jest wykonywanie badań laboratoryjnych w celu szybkiego wykrycia czynnika wywołującego ognisko epidemiczne. Analiza raportów wskazuje, iż poprawia się zgłaszalność ognisk epidemicznych, system rejestracji jednak wciąż wymaga większego nadzoru i usprawnienia w celu poprawy odsetka sprawozdawczości ognisk zakażeń szpitalnych.

## Piśmiennictwo

1. Heczko P.B., Wójkowska-Mach J., *Zakażenia szpitalne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 61.
2. System czynnego nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi – wersja 2.1. Opracowano na podstawie „National Health care-associated Infection Surveillance System” Projekt, 18.05.2011.
3. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2013 r., poz. 947 z późn. zm.).
4. World Health Organization, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Alliance for Patient Safety*. World Health Organization Press, Geneva.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. 2011 r., Nr 294, poz. 1741).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz.U. 2010 r., Nr 108, poz. 706).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. 2010 r., Nr 100, poz. 646).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. 2010 r., Nr 100, poz. 645).
9. Seweryn M., Bandała K., Bała M.M. et al., *Alert microorganisms isolated from patients hospitalized in Małopolskie province in 2010–2012*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2014; 68(3): 443–450.
10. Bandała K., Seweryn M., Pokrzywa P., *Ogniska zakażeń szpitalnych w województwie małopolskim w latach 2006–2010*, „Zakażenia” 2012; 4: 81–86.
11. Wakefield D.S., *Understanding the costs of nosocomial infection*, w: Wenzel R.P. (red.), *Prevention and control of nosocomial infections*, wyd. 2, Williams and Wilkins, Baltimore 1993: 21–41.
12. *Raport o stanie bezpieczeństwa sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej w województwie lubuskim w roku 2013*, Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, [http://www.wsse.gorzow.pl/dane/WSSE/Stan\\_Sanitarny\\_2013.pdf](http://www.wsse.gorzow.pl/dane/WSSE/Stan_Sanitarny_2013.pdf), ss. 21–23; dostęp: 16.11.2014.
13. *Ocena stanu sanitarnego woj. mazowieckiego za 2012 rok*. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie, Warszawa 2012, <http://www.wsse.waw.pl/UserFi>

- les/wsse/File/Stan%20Sanitarny/Stan\_sanitarny\_2012.pdf, ss. 13, dostęp: 17.11.2014.
14. *Stan Sanitarny województwa mazowieckiego za 2013 rok*, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie. Warszawa 2013: 30, <http://www.wsse.waw.pl/User-Files/wsse/File/Stan%20Sanitarny/Stan%20Sanitarny%20Wojewodztwa%20Mazowieckiego%20za%202013%20r%20pdf.pdf>; dostęp: 17.11.2014.
  15. Joško-Ochojska J., Spandel L., *Zakażenia Clostridium difficile jako problem zdrowia publicznego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014; 95(3): 568–573.
  16. Gupta A., Khanna S., *Community-acquired Clostridium difficile infection: an increasing public health threat*, „Infection and Drug Resistance” 2014; 7: 63–72.
  17. Haller S., Eckmanns T., Benzler J. et al., *Results from the first 12 months of the national surveillance of healthcare associated outbreaks in Germany, 2011/2012*, „PLoS One” 2014; 9(5): e98100.
  18. Hauri A.M., Westbrook H.J., Claus H. et al., *Electronic outbreak surveillance in Germany: a first evaluation for nosocomial norovirus outbreaks*, „PLoS One” 2011; 6(3): e17341.
  19. Hermanowska-Szpakowicz T., Zajkowska J.M., Pancewicz S.A. et al., *Wirusowe zakażenia szpitalne – problem współczesnego szpitalnictwa*, „Epidemiological Review” 2003; 57(2): 321–327.
  20. Korycka M., *Rotawirusowe zakażenia szpitalne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2004; 58: 467–473.
  21. Gleizes O., Desselberger U., Tatochenko V. et al., *Nosocomial rotavirus infection in European countries: a review of the epidemiology, severity and economic burden of hospital-acquired rotavirus disease*, „Pediatric Infections Diseases Journal” 2006; (1 Suppl.): S12–21.
  22. Główny Inspektorat Sanitarny, *Stan sanitarny kraju w roku 2013*.
  23. *Czynniki alarmowe oraz analiza sytuacji epidemiologicznej zakażeń szpitalnych w woj. zachodniopomorskim za 2013 r.*, <http://wsse.szczecin.pl/artukul/pokaz/740/czynniki-alar-mowe-oraz-analiza-sytuacji-epidemiologicznej-zakazen-szpitalnych-w-woj-zachodniopomorskim-za-2013r#pokaz>; dostęp: 16.11.2014.
  24. *Czynniki alarmowe oraz analiza sytuacji epidemiologicznej zakażeń szpitalnych w woj. zachodniopomorskim za 2012 r.*, <http://wsse.szczecin.pl/artukul/pokaz/518/czynniki-alar-mowe-oraz-analiza-sytuacji-epidemiologicznej-zakazen-szpitalnych-w-woj-zachodniopomorskim-za-2012r#pokaz>; dostęp: 16.11.2014.
  25. Hryniewicz H., *Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae. Zalecenie rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia*, Narodowy program Ochrony Antybiotyków, Warszawa 2012, <http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/kpc-20120713.pdf#page=1&zoom=auto,-107,839>, s. 2–4; dostęp: 16.11.2014.
  26. Kalenić S., Budimir A., *The role of the microbiology laboratory in healthcare-associated infection prevention*, „International Journal of Infection Control” 2009; v5, i2: 2–6.
  27. Kramer A., Schwebke I., Kampf G., *Jak długo patogeny szpitalne mogą przetrwać na powierzchniach nieożywionych? Przegląd systematyczny*, „Biomem Central: Choroby Zakaźne” 2006, dostęp: 16.11.2014.
  28. *Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych*. Narodowy Program Antybiotyków, Moduł I, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2009.

# Rekomendacje dotyczące zarządzania listami oczekujących w Polsce – wyniki projektu badawczego

Adam Koziarkiewicz<sup>1</sup>, Krzysztof Gajda<sup>2</sup>, Dariusz Gilewski<sup>3</sup>  
Wojciech Trąbka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> JASPERS, European Investment Bank

<sup>2</sup> Zakład Medycznych Systemów Informatycznych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup> Dane-i-Analizy.pl

Adres do korespondencji: Krzysztof Gajda, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, krzysztof.gajda@uj.edu.pl

## Abstract

### *The recommendation concerning the waiting lists system – the results of the research project*

An access to health care remains an important social issue for many years. In practice, the access is identified with waiting time and waiting lists for health services. The system working at present, which was introduced by virtue of a set of regulatory documents from years 2004–2005, is contested, mainly as concerns availability to valid and trustworthy information about waiting time to services provided by different providers. In the current paper, based on results of a research project entitled “Analysis of the current waiting lists management system (...)”, commissioned by the Ministry of Health, we present an attempt of systematic assessment and recommendation concerning rules and ways of organisation of the waiting lists system.

**Key words:** health care access, health services, waiting lists, waiting time

**Słowa kluczowe:** dostęp do świadczeń medycznych, kolejki, listy oczekujących

## Wstęp

Problem dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce pozostaje nierozwiązany od wielu lat. W różnym czasie problem ten był inaczej nasilony i w rozmaity sposób traktowany. W latach 90. XX wieku kolejkom często towarzyszyły różne formy opłat nieformalnych [1]. Tuż przed oraz tuż po wprowadzeniu kas chorych pojawiły się rozwiązania w postaci tzw. GP fundholdingu (lekarzy POZ z budżetem na nabywanie innych świadczeń) czy zakupów endoprotez i ich dystrybucji do ośrodków ortopedycznych, które okresowo i wrywkowo poprawiały sytuację. W 2002 r., przed zamianą kas chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia, powstała inicjatywa formalizacji i kodyfikacji systemu list oczekujących [2], która doprowadziła do wprowadzenia regulacji prawnych w tym zakresie. Inicjatywa ta zbiegła się w czasie z akcesją Polski do Unii Europejskiej i wprowadzeniem koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego, co z kolei

wymagało rozwiązania zagadnienia tzw. nadmiernego opóźnienia (*undue delay*) [3–5]. Znowelizowana ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wprowadzała już cały pakiet regulacji kolejkowych [6–8]. Wspomniana formalizacja prowadzenia list oczekujących nie poprawiła jednak dostępu do świadczeń, a jedynie spowodowała przeniesienie dyskusji o tym problemie na inny, bardziej systematyczny poziom [9–12]. Warto zaznaczyć, że w 2013 r. średni czas oczekiwania na takie świadczenia, jak przeszczep soczewki, wynosił nawet osiem miesięcy. Zwykle dyskusji o kolejkach i dostępie towarzyszyły dyskusje o zjawiskach korupcyjnych w ochronie zdrowia [13–15]. Dyskusje te stały się przyczyną zlecenia w 2006 r. zespołowi Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ zadania badawczego związanego z zagadnieniem kolejek i zapobiegania korupcji w ochronie zdrowia. Projekt, trwający ponad rok, został podsumowany obszernym raportem oraz cyklem szkoleń skierowanych do zarządzających ochroną zdrowia [16].

Po zmianie rządu, która nastąpiła kilka miesięcy później, projekt nie znalazł jednak kontynuacji ani wykorzystania.

W ostatnich miesiącach 2013 r. zagadnienie kolejek wróciło do debaty publicznej z nową siłą. Przy tej okazji okazało się, że sytuacja prawna i faktyczna związana z listami oczekujących nie zmieniła się zasadniczo przez poprzednie sześć lat. Prawdopodobną przyczyną powrotu zainteresowania publicznego listami oczekujących był brak wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, jaki zanotowano w 2013 r., i tym samym większe niż poprzednio nasilenie problemu deficytu świadczeń. W wyniku powyższego minister zdrowia został zobligowany do podjęcia szybkich działań mających zmienić tę sytuację. Warto tu przypomnieć obserwacje i wnioski sformułowane w ramach wymienionego projektu badawczego, które ani w kontekście prawnym, ani faktycznym nie straciły na aktualności, co jest celem artykułu. Występujący jednocześnie postęp technologiczny i powszechność wykorzystania technologii informatycznych w placówkach ochrony zdrowia mogą spowodować, że proponowane rozwiązania będą tym łatwiejsze do realizacji.

## Metoda

Analiza systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce, w zakresie istniejących struktur i rozwiązań organizacyjnych, w tym przyjętych procedur informatycznych, umożliwiających realizację wymogów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), została przeprowadzona w dwóch etapach: analiza dokumentów, które są używane przez świadczeniodawców do rejestracji kolejek, np. terminarze (*desk analysis*), na podstawie przeglądu literatury przedmiotu [17–25], oraz badanie opinii uczestników systemu (wywiad pogłębiony).

Badaniem opinii objęto wybrane podmioty ochrony zdrowia w Polsce, które dzielą odpowiedzialność za sprawne funkcjonowanie systemu list oczekujących, w tym pracowników merytorycznych Ministerstwa Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, oddziałów wojewódzkiej NFZ: sześć oddziałów wojewódzkich (dolnośląski, mazowiecki, podkarpacki, podlaski, śląski i wielkopolski), pięć delegatur oddziałów (dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego i wielkopolskiego), trzydziestu sześciu świadczeniodawców zobowiązanych do prowadzenia list oczekujących, w tym świadczeniodawcę świadczeń wysokospecjalistycznych, świadczeniodawców świadczeń specjalistycznych w opiece szpitalnej/lecznictwie zamkniętym (szpitale powyżej 200 łóżek), trzech świadczeniodawców świadczeń specjalistycznych w opiece ambulatoryjnej. Ogółem lista zawiera 49 podmiotów i tyle samo wywiadów.

Przedmiotem analizy było 18 zagadnień, do których przypisano 109 pytań kierowanych do dyrekcji zakładów opieki zdrowotnej oraz 83 pytania zadawane przedstawicielom urzędów państwowych – Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wywiady przeprowadzono osobiście, z osobami wskazanymi przez kierownictwo wytypowanych instytucji. Wywiady trwały

zwykle około 3–4 godzin. Wyniki wywiadów zestawiono w odpowiednio przygotowanych tabelach oraz dokonano ich syntezy do postaci wniosków odnoszących się do poszczególnych pytań.

## Wyniki etapu analitycznego

Podsumowując wyniki analizy oraz raportu rozwiązań organizacyjnych, związanych z funkcjonowaniem systemu list oczekujących na świadczenia zdrowotne, można stwierdzić, co następuje:

- Listy oczekujących nie stanowiły dotychczas priorytetu ani dla instytucji zarządzających systemem ochrony zdrowia, ani dla samych placówek opieki zdrowotnej.
- Po okresie wzmożonej aktywności związanej z problemem list oczekujących, jakie miało miejsce po wprowadzeniu przepisów Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) [6], zainteresowanie listami oczekujących spadło, co się objawiło zanikiem takich działań, jak spotkania i tworzenie raportów zespołów ds. oceny list oczekujących.
- Zapisy ustawy dotyczące sposobu prezentowania danych na temat list i czasu oczekiwania były dość szczegółowe, ale, jak wykazało doświadczenie, niejasne, szczególnie w kwestii podstawowych definicji. Dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U., Nr 114, poz. 780) ułatwiło zrozumienie podstawowych pojęć [6], jak np. czas oczekiwania.
- Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia doświadczały nagłych zmian sposobu gromadzenia danych, polegających m.in. na zmianie formatu przekazywania danych do płatnika na temat czasu oczekiwania, co powoduje, że ciągłość obserwacji jest poważnie zaburzona, a dotychczasowa kompletność i wiarygodność danych jest dalece niewystarczająca.
- Wiarygodność danych odnośnie do czasu oczekiwania i liczby oczekujących jest tym niższa, im wyższy jest poziom agregacji tych danych. W największym stopniu dane te są wiarygodne na poziomie komórki organizacyjnej, prowadzącej listy oczekujących. Jednak stopniowe próby agregowania i uogólniania obserwacji na poziomie komórki organizacyjnej napotyka poważne problemy, co skutkuje utratą jakości i wiarygodności.
- Poważne zaburzenie w komunikacji między placówkami a instytucjami gromadzącymi dane spowodowane jest brakiem jednoznaczności przepisów i pojęć stosowanych w systemie list oczekujących, w którym obserwuje się zasadnicze różnice w interpretacji przepisów między poszczególnymi instytucjami. Dotychczasowy proces wprowadzania list oczekujących nie był wsparty odpowiednim wysiłkiem szkoleniowo-informacyjnym.

- Jak wskazują badania, stosowanie kategorii „przypadku stabilnego”, „przypadku pilnego” oraz „stanu nagłego” utrwaliło się i taki podział wydaje się odpowiedni. Niestosowane są natomiast rekomendacje i zalecenia dotyczące nadawania poszczególnych kategorii, opublikowane przez ministra zdrowia na swoich stronach.
  - W związku z brakiem wiarygodności zainteresowanie danymi z list oczekujących jest niewielkie, co objawia się niską liczbą kontaktów telefonicznych pacjentów starających się znaleźć placówkę opieki zdrowotnej wykazującą krótszy czas oczekiwania. Z kolei brak zainteresowania tego rodzaju zmniejsza dodatkowo zainteresowanie przekazywaniem wiarygodnych danych. W ten sposób powstaje sprzężenie zwrotne dodatnie, prowadzące do pogarszania jakości danych.
  - Określone uwarunkowania organizacyjne powodują, że pacjenci często zapisują się na listy oczekujących w wielu miejscach jednocześnie, blokując dostęp i sztucznie wydłużając kolejki. Obecnie nie funkcjonują narzędzia elektroniczne, które mogłyby to zmienić.
  - Długie oczekiwanie na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczególnie na tanie świadczenia np. ambulatoryjne, powoduje, że pacjenci często nie pojawiają się w ustalonym terminie. Taka sytuacja powoduje, że czas zarezerwowany na wykonanie danego świadczenia jest marnowany, ponieważ z reguły niemożliwe jest powiadomienie innego pacjenta o możliwości wcześniejszego przyjęcia.
  - Większość pacjentów nie dopełnia obowiązku powiadomienia świadczeniodawcy o rezygnacji z usługi, a zakłady opieki zdrowotnej, szczególnie publiczne, nie wkładają wysiłku, aby uzyskać potwierdzenie skorzystania ze świadczenia przez pacjenta przed zbliżającym się terminem przyjęcia do placówki. Tylko wprowadzenie e-narzędzia mogłoby temu zaradzić.
  - Pacjenci, wbrew prezentowanym w mediach danym pochodzącym z badań opinii publicznej, niezwykle rzadko podejmują starania o dochodzenie swoich praw do wcześniejszego przyjęcia. Rzadko obserwuje się skargi pacjentów kierowane do właściwych instytucji w kraju, a jeszcze rzadziej wykorzystywane są przez nich przepisy prawa Unii Europejskiej. W związku z niską jakością danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej listy oczekujących pełnią niewielką rolę w tzw. społecznej kontroli nad systemem ochrony zdrowia.
  - W sytuacji gdy gromadzenie danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej nie uzyskuje właściwego priorytetu, a ich jakość jest niska, możliwości wykorzystywania systemu list oczekujących do wykrywania i zwalczania korupcji są bardzo ograniczone.
1. Prowadzenie list oczekujących powinno być włączone w działalność placówek opieki zdrowotnej, w szczególności w proces planowania przyjęć i nie powinno stanowić odrębnego, izolowanego systemu.
  2. Prowadzenie list oczekujących powinno być zaprojektowane w sposób niepowodujący znacznego zwiększenia obowiązków i kosztów administracyjnych.
  3. Prowadzenie list oczekujących musi zapewniać poczucie *pewności* i budować *zaufanie* do instytucji ochrony zdrowia, działających w publicznym systemie ochrony zdrowia.
  4. Listy oczekujących powinny podlegać społecznemu nadzorowi prowadzonemu w różnoraki sposób, np. poprzez rady społeczne, z zachowaniem zasady ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej.
  5. Uwaga systemu powinna być skierowana na zagwarantowanie odpowiedniego terminu przyjęcia, a niekoniecznie ścisłej kolejności przyjęć.
  6. Kolejność przyjęć powinna odzwierciedlać kolejność zgłoszeń, z zastrzeżeniem indywidualnej oceny stanu zdrowia oraz preferencji pacjenta.
  7. Informacja o terminach przyjęcia i czasie oczekiwania powinna być łatwo i w zrozumiały sposób dostępna dla pacjenta.

Ważnym elementem rekomendacji było zdefiniowanie najważniejszych pojęć związanych z działaniem systemu list oczekujących. Te pojęcia to:

- *Terminarz* – dokument, prowadzony w postaci papierowej lub elektronicznej, stanowiący element dokumentacji medycznej, służący do odnotowywania planowanych przyjęć, niezależnie od ich charakteru. W terminarzu wpisywani są pacjenci zakwalifikowani do wszystkich kategorii, z wyjątkiem „przypadków nagłych”.
- *Lista oczekujących* – podzbiór wpisów w terminarzu, złożony z wpisów pacjentów oczekujących na *najbliższy możliwy termin przyjęcia pacjenta* oraz na *przyjęcie przyspieszone*. W skład listy oczekujących **nie wchodzi** wpisy pacjentów „z rezerwacji”, o ile taka kategoria ma zastosowanie, a także pacjenci w *planie leczenia*. Tym samym listy oczekujących złożone są z *pacjentów oczekujących* (zob. niżej), *pierwszorazowych* (zob. niżej), w stanie stabilnym i/lub pilnym, którzy zgodzili się na *najbliższy dostępny termin przyjęcia*, lub w wypadku pacjentów pilnych na terminy wcześniejsze.
- *Pacjenci oczekujący* to pacjenci zapisani w terminarzu, którzy wyrażali chęć przyjęcia wcześniejszego, lecz z powodu braku możliwości po stronie świadczeniodawcy zostali zapisani na termin późniejszy. Pacjenci tacy mogą należeć do kategorii pacjentów stabilnych lub pilnych.
- *Pacjenci w planie leczenia* to pacjenci zapisani w terminarzu na określony termin przyjęcia wynikający z trybu leczenia lub nadzoru (*follow-up*).
- *Pacjenci z rezerwacji* to pacjenci zapisani z własnego wyboru na określony termin (umownie), o co najmniej 2 tygodnie późniejszy niż proponowany przez placówkę *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Pacjenci „z rezerwacji” stanowią trzecią, obok *pa-*

## Wnioski i rekomendacje

Podstawowe rekomendacje dla systemu list oczekujących, który byłby m.in. w stanie przeciwdziałać zjawisku korupcji w relacji pacjent–lekarz, na najwyższym poziomie ogólności można sformułować następująco:

cjentów oczekujących i pacjentów w planie leczenia, kategorię pacjentów wyróżnianą w terminarzu.

- *Najbliższy dostępny termin przyjęcia* (NDTP) oznacza najbliższą datę lub przedział czasu, kiedy pacjent może zostać przyjęty do placówki (do danej komórki organizacyjnej lub na dane świadczenie lub procedurę). Nie uznaje się za NDTP terminu zarezerwowanego dla potencjalnych przypadków nagłych i pilnych (w przypadku kiedy placówka takie terminy rezerwuje) oraz terminów zwolnionych nagle w wyniku rezygnacji pacjenta, niezgłoszenia się pacjenta lub zdyskwalifikowania z przyjęcia z powodów zdrowotnych i innych. Pojęcie NDTP jest zatem pojęciem umownym niekoniecznie zgodnym z dosłownym rozumieniem tego terminu.
- *Przyjęcie przyspieszone* to przyjęcie w terminie wcześniejszym niż *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. *Przyjęcie przyspieszone* jest zapewniane pacjentom zakwalifikowanym do kategorii przypadków pilnych i/lub nagłych. W wypadku stanów nagłych przyjęcie następuje w chwili zgłoszenia się pacjenta.
- *Planowany czas oczekiwania* to odległość w czasie między datą zgłoszenia się pacjenta w celu rezerwacji terminu a datą planowanego przyjęcia. Pojęcie *planowany czas oczekiwania* ma zastosowanie do przypadków pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „stabilnych” oraz „pilnych”.
- *Rzeczywisty czas oczekiwania* to odległość w czasie między datą wpisania do terminarza a datą przyjęcia związanego z wykonaniem oczekiwanego świadczenia. Pojęcie *rzeczywisty czas oczekiwania* stosuje się do pacjentów zakwalifikowanych do kategorii pacjentów „oczekujących”, a nie stosuje się do kategorii pacjentów „w cyklu leczenia” oraz, w przypadku jej stosowania, kategorii pacjentów „z rezerwacji”.
- *Przypadki nagłe* – stany pacjentów, które powodują konieczność natychmiastowego przyjęcia, ponieważ każde opóźnienie może spowodować zgon lub poważne pogorszenie stanu zdrowia. Pacjenci zakwalifikowani jako *przypadki nagłe* nie są zapisywani w terminarzach i podlegają natychmiastowemu przyjęciu.
- *Pacjenci uprzywilejowani* – kategoria pacjentów wynikająca z przepisów art. 47c ustawy, zrównująca ich dostęp do świadczeń z pacjentami w kategorii *przypadki nagłe*.
- *Przypadki pilne* – stany pacjentów, które powodują konieczność szybkiego, w określonym czasie, przyjęcia, ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Pacjenci zakwalifikowani do *przypadków pilnych* są przyjmowani w terminach wcześniejszych od *najbliższego dostępnego terminu przyjęcia* w trybie tzw. *przyjęć przyspieszonych*. Pojęcie *przypadków pilnych* odzwierciedla względny stan pacjenta na tle stanu innych pacjentów w danej placówce i komórce organizacyjnej.
- *Przypadki stabilne* – stan pacjentów, których dynamika procesu chorobowego jest powolna, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia mała, a możliwość znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia

ograniczona. Pojęcie *przypadków stabilnych* odzwierciedla względny stan pacjenta na tle stanów innych pacjentów w danej placówce i komórce organizacyjnej.

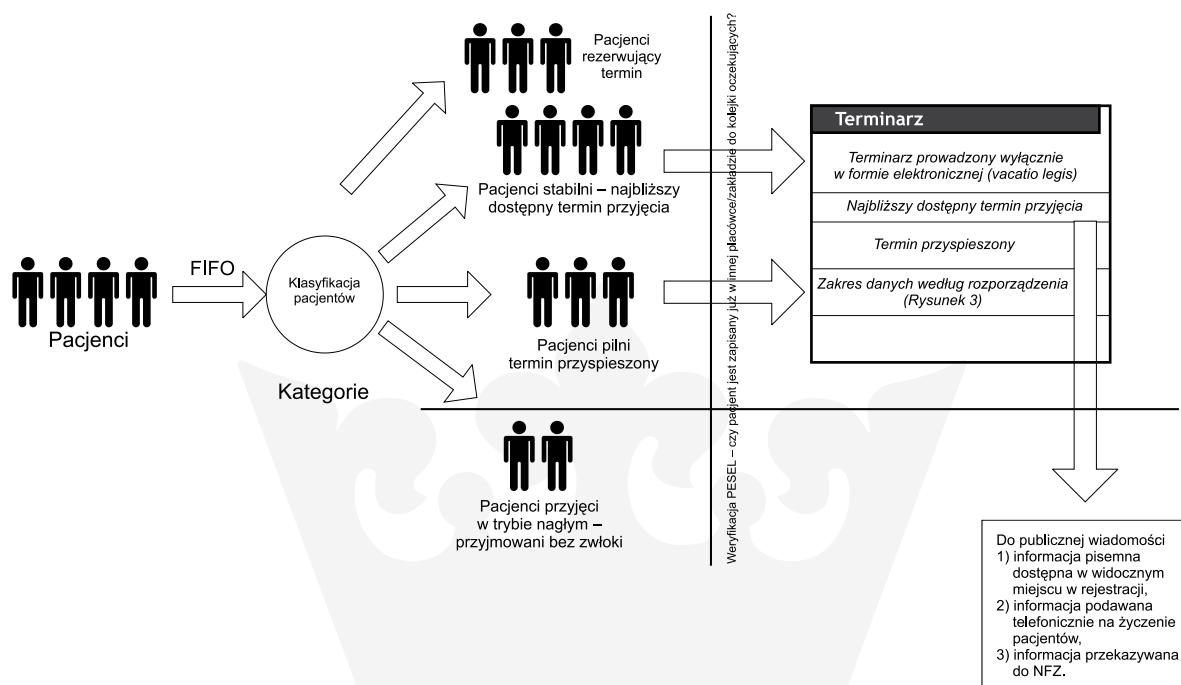
- *Pacjent pierwszorazowy* – pacjent, który po raz pierwszy stawia się w placówce w związku z danym schorzeniem lub kategorią schorzeń, określoną przez zajęty organ i charakter dolegliwości. Tym samym nie jest pacjentem pierwszorazowym pacjent, stawiający się w związku z nadciśnieniem, w placówce, w której leczył dotąd inną chorobę z zakresu układu krążenia.

Zgodnie z zaproponowanymi rekomendacjami placówki posiadające umowę na świadczenie usług zdrowotnych ze środków publicznych zobowiązane są do prowadzenia zapisów pacjentów w terminarzach, w których umieszczane są planowane przyjęcia pacjentów. Podzbiorem wpisów w terminarzach są listy oczekujących, złożone z pacjentów oczekujących na *najbliższy dostępny termin przyjęcia*<sup>1</sup> (NDTP), oraz na *przyjęcie przyspieszone*.

W prowadzonym na bieżąco terminarzu identyfikowany jest NDTP do poszczególnych komórek organizacyjnych oraz dla wyszczególnionych świadczeń, o ile termin ten jest różny dla świadczeń od terminu do komórki organizacyjnej. NDTP nie zawsze jest rzeczywiście najbliższym wolnym terminem w terminarzu; możliwe bowiem, że placówka rezerwuje pewną pulę miejsc (ilość mocy przerobowych) na wypadek przyjęcia pacjentów kwalifikowanych do przypadków *pilnych* lub *nagłych*. Taka sytuacja może mieć miejsce na oddziale chirurgicznym, w szpitalu prowadzącym ostre dyżury. Na takim oddziale rozsądne i uzasadnione jest zarezerwowanie pewnej puli wolnych łóżek na przyjęcia następujące w dniu takiego dyżuru. Jako NDTP nie jest także uznawany termin, który nagle się zwolnił w wyniku rezygnacji pacjenta lub dyskwalifikacji pacjenta z przyjęcia. Pojęcie NDTP jest pojęciem „systemowym” oznaczającym, że ten termin wyznacza dolną granicę czasu oczekiwania dla pacjenta w stanie stabilnym.

Pacjenci zgłaszający się w celu zarejestrowania na planowe przyjęcie mają otrzymywać propozycję wpisania się w terminarzu na *najbliższy dostępny termin przyjęcia* (**Rysunek 1**), w kolejności, jaka wynika z kolejności zgłoszeń. W wypadku gdy pacjent spełnia kryteria przyjęcia *pilnego*, otrzymuje ofertę *przyjęcia przyspieszonego*. Kolejność przyjmowania pacjentów na przyjęcie w *terminie przyspieszonym* zależy od stanu zdrowia pacjenta oraz kolejności dokonania zgłoszenia w danej kategorii pacjentów. W praktyce placówka, o ile zna z doświadczenia częstość pojawiania się przypadków, które są kwalifikowane jako pilne, może *zablokować* pewną pulę wolnych terminów w terminarzu, które nie będą obsadzone przez *przypadki stabilne*. Jeśli placówka nie przewidziała takiego terminu w terminarzu, jej strategia może polegać na *wepchnięciu* pacjenta pomimo braku miejsca w terminarzu, co może oznaczać dostawienie dodatkowego łóżka lub wydłużenie pracy personelu w taki sposób, by świadczenie pilnie potrzebne w danym czasie mogło być wykonane. Alternatywnym rozwiązaniem jest przesunięcie kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcia w NDTP, co powoduje jednak kaskadę zmian i znaczne perturbacje organizacyjne.





**Rysunek 1.** Schemat kwalifikacji pacjenta do odpowiedniej kategorii i wpisywania do terminarza.

Źródło: Opracowanie własne.

Pacjenci wpisywani do terminarza kwalifikowani są do określonych kategorii: *rezerwujący termin*, w planie leczenia oraz *oczekujący* na NDTP lub *przyjęcie przyspieszone*. Taki podział powoduje, że rzeczywisty czas oczekiwania, wynikający z odejmowania daty przyjęcia od daty wpisania do terminarza, wyliczany jest tylko w odniesieniu do pacjentów zaliczonych do kategorii *oczekujący*.

Podawany publicznie (**Rysunek 2**) *najbliższy dostępny termin przyjęcia* powinien mieć charakter informacyjny i ulegać zmianie w miarę upływu czasu i wpisywania kolejnych pacjentów w danym dniu. Jest on tym samym obowiązujący w stosunku do pierwszego pacjenta, który zgłosił chęć wpisania się na ten termin w danym dniu. W miarę przesuwania się tego terminu pacjenci mają dostęp do bieżącej informacji przekazywanej w formie słownej: osobiście lub telefonicznie. Aktualizowanie danych przekazywanych płatnikowi powinno się dokonywać na koniec dnia lub innego wyróżnionego cyklu raportowania (np. tygodnia, miesiąca). Zakłada się, że placówka przekazuje NFZ dane o *najbliższym dostępnym terminie przyjęcia* w cyklu charakterystycznym dla danego rodzaju placówek. Docelowo jest to początek dnia, w którym na dany termin dokonywane są wpisy, lecz w okresie przejściowym może to być pierwszy dzień miesiąca lub tygodnia.

W sumie zatem świadczeniodawca planuje przyjęcia pacjentów w zależności od terminu ich zgłoszenia oraz stanu zdrowia (z wyjątkiem pacjentów zakwalifikowanych do kategorii uprzywilejowanych na podstawie art. 47c ustawy [6]), który decyduje o kwalifikacji pacjenta do odpowiedniej kategorii. Następnie wpisuje pacjenta do terminarza na planowany termin, uwzględniając kate-

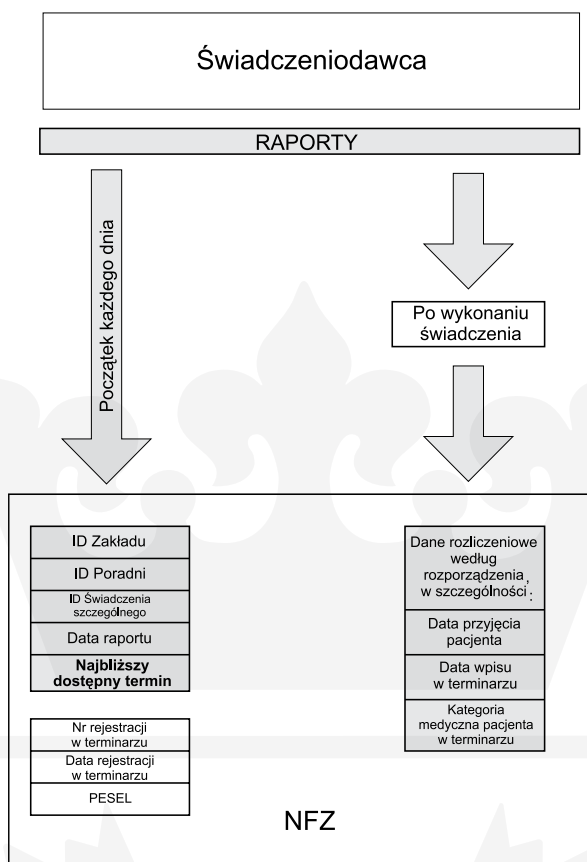
gorię pacjenta oraz dostępne terminy, a także preferencje pacjenta co do terminu. Świadczeniodawca daje pacjentowi pisemną informację o planowanej dacie przyjęcia, która w szczególności może mieć charakter adnotacji na skierowaniu. Adnotacja na skierowaniu jest wykonywana niezależnie od ewentualnego wręczenia pisemnej informacji o dokonanej rezerwacji w innej formie. W wypadku gdy w trakcie oczekiwania pacjent zrezygnuje z oczekiwania lub zgłosi się do innego świadczeniodawcy w celu zapisania na dane świadczenie, zostaje on wykreślony z terminarza, w którym występował pierwotnie.

Docelowo placówki powinny dostarczać automatycznie (lub półautomatycznie) dane na temat *najbliższego dostępnego terminu przyjęcia* do właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przekazywane dane obejmują tylko kilka parametrów:

- ID zakładu – kod identyfikujący placówkę;
- ID poradni – kod identyfikujący komórkę organizacyjną w danej placówce;
- ewentualnie kod identyfikujący (ID) świadczenia szczególnego – w wypadku gdy na określone świadczenia lista jest inna niż do samej komórki organizacyjnej (np. z powodu nieregularnej lub limitowanej dostępności danego specjalisty albo składowej świadczenia – protezy stawu biodrowego itp.);
- data raportu – dzień, w którym raport został wysłany;
- *najbliższy dostępny termin przyjęcia* (dzień, tydzień lub miesiąc).

Ten zakres danych wysyłany jest w trybie codziennym, najlepiej w nocy i nad ranem, w dniu, w którym obowiązuje podany *najbliższy dostępny termin przyjęcia*.



**Rysunek 2.** Schemat raportów placówek do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Wysyłanie jest procesem automatycznym, obsługiwany przez aplikację elektronicznego terminarza.

W niektórych wypadkach, w odpowiedzi na uzasadnione zastrzeżenie co do poprawności prowadzenia terminarza i list oczekujących, NFZ nakłada na placówkę dodatkowo okresowo (np. na 3–6 miesięcy) obowiązek przekazywania następujących danych:

- numer wpisu w terminarzu;
- data wpisu w terminarzu;
- PESEL pacjenta.

W ten sposób może być wykonywany poszerzony nadzór nad listami oczekujących, pozwalający na odpowiednie zmotywowanie świadczeniodawcy (dodatkowe obciążenie, „patrzcie na ręce”). Jednocześnie – ponieważ jest to czynione w stosunku do wybranej, z założenia niewielkiej liczby świadczeniodawców – istnieje fizyczna możliwość monitorowania tych wpisów i konfrontowania ich z przekazanymi przez świadczeniodawców raportami o wykonaniu świadczeń.

W rezultacie Narodowy Fundusz Zdrowia staje się dysponentem najważniejszej informacji z punktu widzenia pacjenta: w której placówce, w jakim najbliższym terminie można uzyskać dane świadczenia (Rysunek 3). Dane zebrane w zaproponowany sposób są najbardziej aktualne i użyteczne. Najbliższy dostępny termin przyjęcia jest datą, która fizycznie występuje w terminarzu danego świadczeniodawcy. Informacje o kolejkach przedstawiane

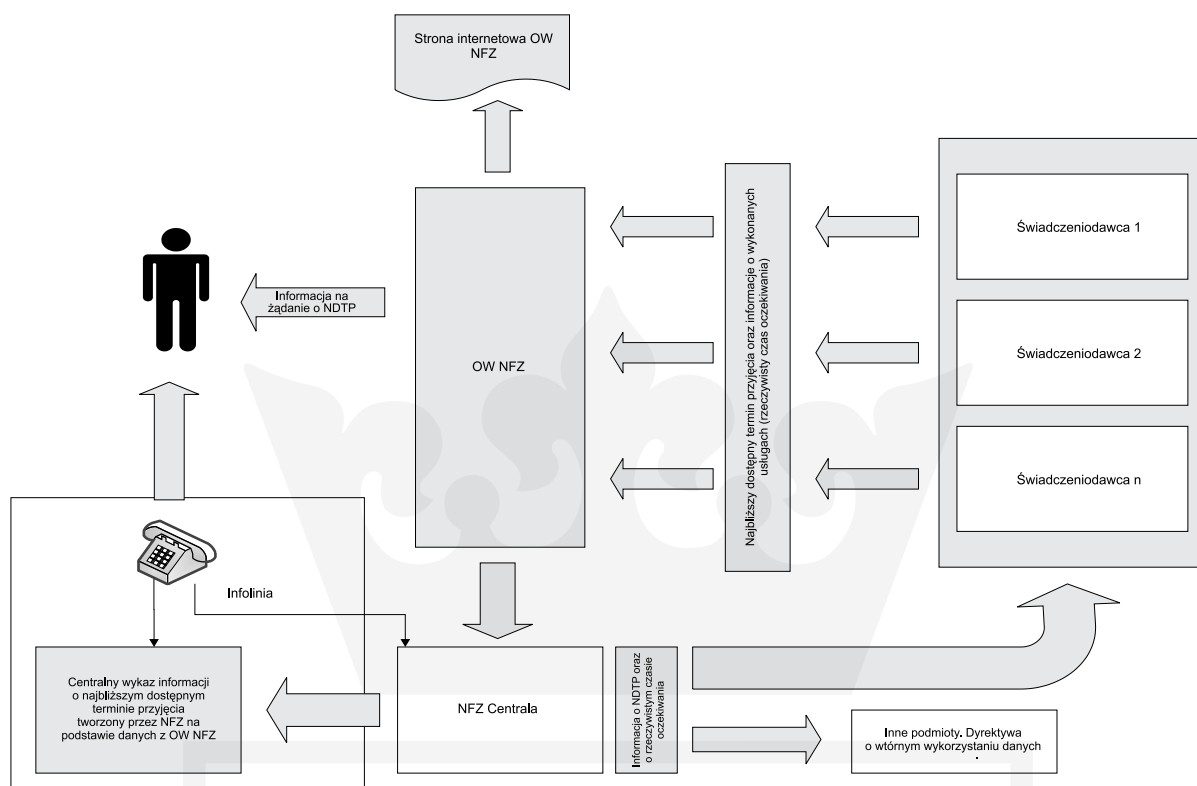
przez NFZ są na tyle rzetelne, na ile rzetelnie wysyłają je świadczeniodawcy. Jest to także data, którą poda świadczeniodawca, jeśli pacjent zwróci się do niego bezpośrednio. W ten sposób NFZ będzie w stanie zapewnić pewną i aktualną informację o terminach i „kolejkach” swoim ubezpieczonym. Rozwój informacji konsumenckiej i wsparcia pacjentów pozwoli na poprawę wizerunku NFZ i w rezultacie ustabilizuje jego sytuację, która przestanie być tak silnie kontestowana. Stąd też silna rekomendacja, aby NFZ zaczął rozwijać ten zakres działalności.

Jednocześnie NFZ będzie mógł wykonywać wiele analiz, w szczególności:

- porównywać bieżące terminy przyjęcia do danych komórek (lub dane świadczenia) pomiędzy różnymi świadczeniodawcami;
- porównywać deklarowane przyszłe czasy oczekiwania (różnica między dniem dzisiejszym a najbliższym dostępnym terminem przyjęcia) z rzeczywistymi czasami oczekiwania pacjentów, którzy już opuścili daną placówkę.

NFZ będzie także mógł udostępniać dane o najbliższym dostępnym terminie przyjęcia, czyli dane o charakterze konsumenckim, innym podmiotom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa europejskiego (Dyrektywa transgraniczna).

Przepisy zaproponowane w niniejszym opracowaniu są uniwersalne i odnoszą się do wszystkich rodzajów



**Rysunek 3.** Schemat obiegu informacji o najbliższym dostępnym terminie przyjęcia.

Źródło: Opracowanie własne.

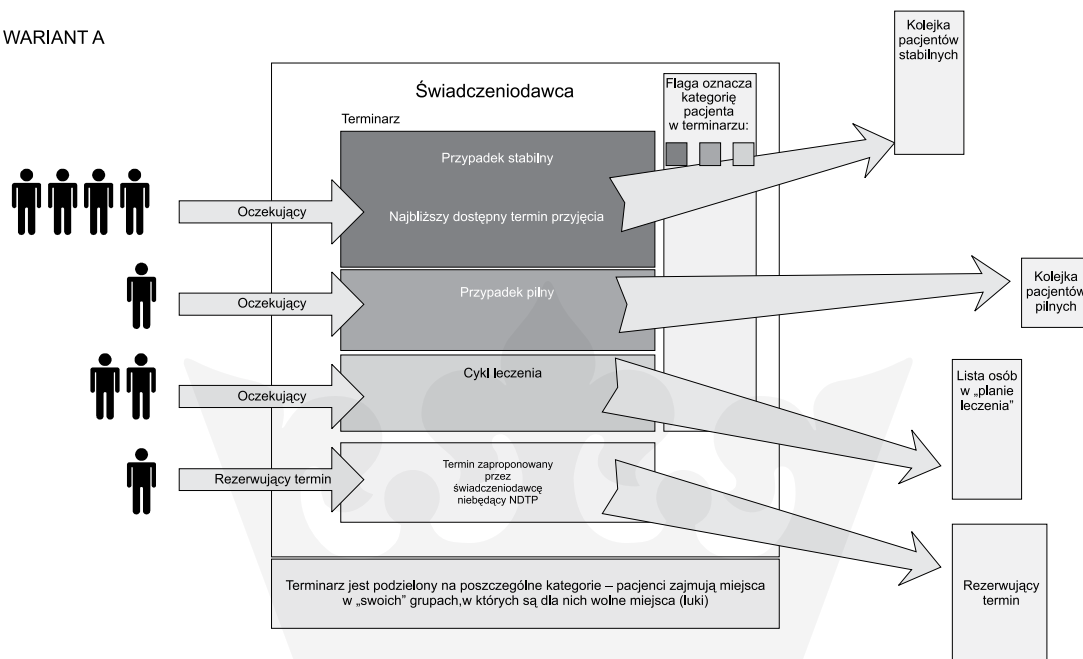
i typów placówek. Oczywiście jest jednak, że sytuacja w poszczególnych placówkach jest różna i zastosowanie ogólnych przepisów musi być adekwatne do wymienionych różnic. W szczególności różnice dotyczą rodzaju pacjentów przyjmowanych do poszczególnych placówek. W dużej części placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej większość pacjentów stanowią pacjenci w stanie *stabilnym*, zgłaszający się ze skierowaniem, czy to telefonicznie, czy też osobiście. W takim wypadku terminarz może być stopniowo i miarowo wypełniany, większość będą stanowić pacjenci *rezerwujący termin*, w *planie leczenia* oraz *oczekujący na najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Rzadkie przypadki pacjentów pilnych mogą zostać wstawione między pacjentów stabilnych, w najgorszym wypadku wydłużając czas pracy personelu. Najbardziej prawdopodobnym rozwiązaniem jest jednak pewne skrócenie przyjęć/procedur wykonywanych dla pacjentów stabilnych i w ten sposób przeznaczanie zaoszczędzonego czasu na *pacjenta pilnego*. W innym razie, gdy placówka (np. oddział kardiologii inwazyjnej) przyjmuje w różnych proporcjach *pacjentów stabilnych i pilnych*, konieczne jest dokonanie wstępnego podziału dostępnego czasu i w praktyce wydzielenie dwóch list oczekujących: dla *pacjentów stabilnych* oraz dla *pacjentów pilnych* (Rysunek 4).

W tym wypadku operując się na doświadczeniach z przeszłości, kierownictwo zakładu rezerwuje odpowiednią liczbę miejsc w terminarzu przyjęć na *przyjęcia przyspieszone*, poza już objętymi terminami na przyję-

cia w *planie leczenia* czy dla pacjentów *rezerwujących termin*. W sytuacji gdy liczba przypadków pilnych wypełnia kalendarz, przyjmowanie przypadków stabilnych jest wstrzymane, ponieważ przyjęcia pacjentów pilnych stanowią priorytet. Pacjenci w *planie leczenia* nie powinni tracić możliwości leczenia w wyniku opisanej sytuacji.

Szczegółowe kryteria medyczne, którymi posługują się lekarze, określając kategorie pacjentów, powinny zostać opracowane na rzecz poszczególnych placówek. Placówki ochrony zdrowia zatem określają i ogłaszają kryteria medyczne, charakterystyczne dla profilu pacjentów leczonych w danej placówce, które stanowią podstawę kwalifikowania pacjentów do kategorii stanów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy. Dodatkowo jednak kryteria medyczne, opracowane przez placówki, mogłyby wykorzystywać zalecenia publikowane przez ministra zdrowia w postaci obwieszczeń, a stanowiące zalecenia konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny, opracowane we współpracy z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. Publikowane byłyby wytyczne kliniczne do kwalifikowania pacjentów do kategorii pilnych i stabilnych, określone wytyczne dotyczące dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia w poszczególnych stanach klinicznych, natomiast kierownicy i personel medyczny placówek interpretują te wytyczne i opracowują szczegółowe kryteria medyczne dla pacjentów, którzy najczęściej pojawiają się w danej placówce. Opracowane w ten sposób kryteria byłyby publikowane w szczególności na stronach inter-

WARIANT A



Rysunek 4. Model działania terminarza w placówce z różnymi kategoriami pacjentów (wariant A).

Źródło: Opracowanie własne.

netowych placówki oraz w inny sposób udostępniane pacjentom, powodując, że proces decyzyjny, jaki następuje po takiej publikacji, staje się bardziej kontrolowany, a tym samym po pewnym czasie bardziej transparentny.

Sposób prowadzenia list oczekujących podlega nadzorowi zespołu ds. list oczekujących (lub zespołu ds. monitorowania jakości) lub, po ostatniej zmianie ustawy, kierownikowi zakładu lub świadczeniodawcy jako takiemu. Raporty z działalności zespołu byłyby przedstawiane kierownikowi zakładu oraz Radzie Społecznej w wypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W szpitalach oraz większych przychodniach kierownik zakładu tworzyłby regulamin prowadzenia list oczekujących.

Szczegółowy sposób prowadzenia terminarzy oraz sposób i tryb przekazywania informacji o czasie oczekiwania powinno określać rozporządzenie wydane do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup>, tak jak jest to obecnie w odniesieniu do list oczekujących. Terminarze będą wtedy stanowić element dokumentacji medycznej i będą prowadzone w formie elektronicznej, z wyznaczeniem *vacatio legis* dla tego przepisu, różnie odległego dla różnych typów placówek. W ten sposób zostałby rozstrzygnięty dylemat rozważany na etapie analizy, w jakim akcie prawnym ustanowić zakres danych gromadzonych w terminarzu. Uznano bowiem, że podobnie jak inne rodzaje regulowanych prawem dokumentów terminarz także powinien doczekać się regulacji co do zakresu danych, które są w nim gromadzone, choć nie powinna to być regulacja na poziomie ustawy, lecz rozporządzenia. Obecnie w rozporządzeniu wydanym do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>3</sup> występuje dokument pod nazwą lista oczekujących.

## Wnioski

Przedstawiona koncepcja realizacji list oczekujących nie została dotychczas wdrożona, choć w propozycji zmian prawnych sformułowanych przez ministra zdrowia w kwietniu 2014 r. pojawiły się jej elementy, np. *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Oprócz tego elementu jednak nie zaproponowano pozostałych, wprowadzono natomiast bardzo wiele obowiązków gromadzenia i przekazywania danych do NFZ. Przede wszystkim jednak proponowanie zmian rozpoczęto i zakończono na zaproponowaniu zapisów prawnych, pomijając etap analityczny oraz etap projektowania systemu organizacyjnego i informacyjnego, którego przykład zaprezentowano w niniejszej publikacji. Za kilka lat będzie zapewne można ocenić, z jakim skutkiem wprowadzono wymienione zmiany.

## Przypisy

<sup>1</sup> Do kategorii pacjentów oczekujących zostaną zaliczeni pacjenci, którzy skorzystali z możliwości zapisania na *najbliższy możliwy termin przyjęcia* lub inny dogodny termin, lecz nie późniejszy niż dwa tygodnie po *najbliższym możliwym terminie przyjęcia*. Do kategorii pacjentów oczekujących zaliczają się także pacjenci z kategorii pilnych, oczekujący na *przyjęcie przyspieszone*.

<sup>2</sup> Rozporządzenie wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

<sup>3</sup> Rozporządzenie wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r., Nr 96, poz. 620).

## Piśmiennictwo

- Halik J., Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych*, Biuletyn Informacyjny, Nr 31, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
- Kozierkiewicz A., Grabowski J., *Obywatelska inicjatywa dotycząca organizacji list oczekujących*, Grupa Lekarska, Program Przeciw Korupcji Fundacji Batorego, www.batory.org.pl/doc/lista-pacjentow.pdf; dostęp: 15.09.2014.
- VITAPOL, Dokumenty dotyczące list oczekujących opracowane w ramach Projektu programu Środki Przejściowe nr 2004/016-829.01.06 pn. *Przygotowanie wewnętrznych procedur i instrumentów polskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego do zastosowania regulacji wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego*, w: Jasudowicz T., Czepek J., Kapelańska-Pręgowska J., *Międzynarodowe Standardy Bioetyczne. Dokumenty i Orzecznictwo*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014: 123–127.
- Zalecenie nr R (99) 21 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich z dnia 30 września 1999 r. w sprawie kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w ochronie zdrowia.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. WE L 149 z 05.07.1971 r., z późn. zm.), zastąpione przez Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. WE L, Nr 166 z 30.04.2004 r.).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 200, poz. 1661).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 206, poz. 1724).
- Pączkowska M., *Dostępność do świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
- Biniak Z., *System Monitorowania List Oczekujących Na Wysokospecjalistyczne Świadczenia Medyczne*, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy, 2005.
- Gray B., *Międzynarodowe rozwiązania stosowane obecnie w zarządzaniu i monitorowaniu list oczekujących na wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne*, raport końcowy, przygotowany przez: Haro Consulting Group Ltd, Victoria, B.C., Canada, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy.
- Informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku oraz sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok*, druk sejmowy nr 789.
- Kubiak A., *Pacjenci i lekarze o korupcji w ochronie zdrowia*, Program Przeciw Korupcji, Fundacja Batorego, Warszawa 2001.
- Kopińska G., *Korupcja, jej zakres i metody ograniczania*, Ośrodek Myśli Politycznej, Warszawa 2003.
- Dokument Rady Ministrów, Program zwalczania korupcji – Strategia Antykorupcyjna – II etap wdrażania 2005–2009.
- Kozierkiewicz A., Gilewski D., Gajda K., Trąbka W., Jańczak E., Luboiński G., Romaszewski A., Klich J., *Analiza istniejącego systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowanie raportu zawierającego wnioski z analizy i zalecenia usprawnień tego systemu celem zapewnienia jego skuteczności w zapobieganiu i zwalczaniu zjawisk korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport z prac analitycznych wykonanych w ramach realizacji umowy nr CRU 8020/JFK/PPt-DI/2006-TF2004/016-829.05.02.04 na rzecz Ministerstwa Zdrowia*, dokument wewnętrzny.
- Appleby J., Boyle S., Devlin N., Harley M., Harrison A., Locock L., Thorlby R., *Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying Successful Strategies*, Final Report to the Department of Health, King's Fund, London 2005.
- Egli H., *Grundformen der Wirtschaftskriminalität. Fallanalyse aus der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland*, Heidelberg 1985.
- Hargreaves J., Moon L., Penm R., *Waiting Times For Elective Surgery In Australia 1997–98*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra 2000.
- Lewis R., Appleby J., *Can the English NHS Meet the 18-week Waiting List Target?*, „Journal of the Royal Society of Medicine” 2006; 99(1): 10–13.
- Łuków P., *Racjonowanie świadczeń a troska o dobro pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II(1): 35–41.
- Siciliani L., Hurst J., *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 7, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 2003.
- It's About Time! Achieving Benchmarks and Best Practices in Wait Time Management*, Final Report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care, Canadian Medical Association – Wait Time Alliance, Ottawa 2005.
- Kontrakty 1–3 w ramach projektu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nr 2004/016-829.05.02 pn. *Intensyfikacja procesu wdrażania działań antykorupcyjnych w Polsce*, finansowanego ze Środków Przejściowych 2004.
- Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku*, Warszawa 2006, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\_struktura/docs/zalacznik\_r\_09.pdf; dostęp: 15.09.2014.

# Hospital sector in the United States – basic characteristics and current financial challenges

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk<sup>1</sup>, Pavlo Kovtonyuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Health Economics and Social Security Department, Institute of Public Health, Jagiellonian University Medical College, Kraków

<sup>2</sup> School of Public Health of National University of Kyiv-Mohyla Academy

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

## Abstract

### *Hospital sector in the United States – basic characteristics and current financial challenges*

The aim of this article is to present the basic characteristics of the U.S. hospital sector (with an emphasis on structure, utilization level and the system of financing) as well as its current challenges and reform trends. Hospitals in the U.S. constitute a complicated and heterogeneous subsystem. There are diverse types of hospitals, functioning independently or in networks, developing innovative care models and using a multiple payer structure. The recent health care reform has created new organizational and financial challenges on both the macro and micro levels. The major ones are: the extension of the insured population; Medicare Hospital Readmissions Reduction Program; new requirements for non-profit hospitals regarding charity services; the role of accountable care organizations (ACOs). Additional challenge results from a strong public pressure for hospital's price transparency.

**Key words:** cost containment, hospitals, Obama care, United States

**Słowa kluczowe:** ograniczanie kosztów, reforma Obamy, Stany Zjednoczone, szpitale

## Introduction

The United States operates a health care system that is unique among nations. It is the most expensive of systems (measured by the GDP percentage spent on health care) and reaches high technical standards [1] yet population health indicators are not satisfactory when compared with other countries nor is the level of financial protection (against catastrophic healthcare costs to be paid by the patients). Nearly one-third of all health care spending in the United States is attributed to inpatient hospital services [2]. Hospitals in the U.S. constitute a complicated and heterogeneous subsystem. There are diverse types of hospitals, functioning independently or in networks, developing innovative care models and using a multiple payer structure. The aim of this article is to present the basic characteristics of the U.S. hospital sector (with an emphasis on structure, utilization level and the system of financing) as well as its current financial challenges and reform trends.

## The hospital sector in the United States

### *Historical development*

At the beginning of the 19<sup>th</sup> century only a few hospitals existed in the United States<sup>1</sup> and the main health care institutions were the almshouses (also called poorhouses) run by the local governments. Services in the almshouses were more akin to social welfare than to medicine (providing food, shelter and some basic nursing care for the sick) [3]. During the following decades almshouses were gradually transformed into community-owned hospitals supported mainly by private charitable donors. Influential donors, being members of the boards exercised control over hospitals (or opened new ones) leading to private non-for-profit hospitals domination in the American hospital landscape. Medical discoveries at the turn of the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries lead to further development of the hospitals which started to be regarded as places of superior

medical services and surgical procedures. Additionally, the first profit-making hospitals operated by physicians or corporations were opened. By the end of the 19<sup>th</sup> century there were 149 hospitals with a bed capacity of more than 35,000 (less than 10% of these were under any kind of government control) [3, 4].

During the 20<sup>th</sup> century the U.S. hospital sector experienced both a long phase of stable development as well as the first downsizing initiatives in the 1990s. From the beginning of the century further development of the hospitals was influenced by three main factors. The first was the wider availability of private health insurance after 1930 (early insurance plans provided generous coverage for inpatient care which resulted in increasing demand). The second factor was the introduction of the Hospital Survey and Construction Act of 1946, which provided federal grants to the states for increasing hospitals' bed capacity (the objective of this legislation, known as Hill-Burton program, was to increase the U.S. community hospitals capacity to 4.5 beds per 1000 in the civilian population, which was achieved in 1980) [3]. Finally, the creation of two public insurance programs: Medicaid and Medicare in 1965 additionally enhanced the demand growth of inpatient care. Between 1965 and 1980 the number of beds in community hospitals increased from 741,000 to 988,000.

Beginning in the 1980s, the introduction of the first cost-containment policies started to heavily influence the hospital sector. Two major factors contributing to the downsizing of hospitals were: changing the reimbursement method from a retrospective to a prospective payment system and the growth of managed care institutions. In 1983 the diagnosed related groups (DRG) method of reimbursement was introduced under which hospitals received a pre-established fixed rate per admission. The method provided strong incentives to cut the operating costs and discharge patients more quickly. The managed care institutions on the other hand, started to promote using outpatient services (ambulatory care, home health agencies, skilled-care nursing homes) instead of admitting patients to hospitals. Many hospitals were forced to close when they had difficulty coping with these new determinants. Both factors contributed to reducing the growth of national spending on hospital inpatient care to 5% in the 1990s in comparison to 14% in the 1970s. [3]. The trend of the gradual reduction of the hospital sector's capacity (closing hospitals and/or reducing the number of beds) continued through the first decade of the 21<sup>st</sup> century.

### ***Structure and utilization level***

The current structure and capacity of the U.S. hospital sector as well as its changes in the period of 1990–2012 are presented in **Tables I** and **II**. The data presentation includes the most common hospital classification – according to the ownership and services profile. In general, hospitals can be divided into federal (maintained by the federal government) and non-federal (owned by state or local governments, private or social institutions).

Federal hospitals are maintained primarily for special groups of federal beneficiaries such as Native Americans, military personnel, and veterans [3]. In 2012, there were 211 federal hospitals down from 337 in 1990. The significant decrease in the number of hospitals correlates with the reduction of the number of beds from 98,000 in 1990 to 45,000 in 2009 (no open access data for 2012). Veteran Health's Administration hospitals constitute the largest group among federal hospitals – according to the data for 2014, there are 141 veteran medical centers [5]. They are governed centrally by the Department of Veteran Affairs.

Non-federal hospitals include three categories: community hospitals, psychiatric and other units (mainly: long term general and special hospitals, tuberculosis clinics and hospital units of institutions – e.g. prison hospitals, college infirmaries). The largest category, in terms of the number of hospitals and beds capacity, is that of community hospitals. By definition, a community hospital is a non-federal, short stay (up to 25 days) hospital whose services are available to the general public [3]. Included here are both general and specialty units, academic medical centers or other teaching hospitals – if open to the general public. According to the ownership structure, community hospitals can be divided into three subcategories:

- nongovernmental non-for-profit (called private non-profit or voluntary hospitals);
- investor owned for-profit (called private for profit);
- state and local government (called state or local public hospitals).

The first subcategory of community hospitals – private nonprofit hospitals are operated by community associations, philanthropic foundations and church organizations<sup>2</sup>. Their primary mission is to benefit the communities in which they are located. Their operating expenses are covered from patient fees, third-party reimbursement, donations and endowments. The tax-exempted status of private nonprofit hospitals (they are exempted from federal, state and local taxes in exchange for providing charity services) is one of the highly debated issues by the current health sector policy makers and will be discussed in further sections of this article. The second subcategory, private for-profit hospitals (called also proprietary hospitals) are owned by individuals, partnerships or corporations. They are operated for the financial benefit of their stockholders. A significant trend over the past years has been the building or acquisition of a substantial number of hospitals by investor owned corporations, which has resulted in the constitution of large multihospital chains owned by for-profit corporations [3]. Examples include the Hospital Corporation of America (owning 165 hospitals and 115 freestanding surgery centers) or the Community Health System (operating 208 hospitals) [6, 7]. The third subcategory of community hospitals are those owned by state and local governments. They are often located in large urban areas where they serve mainly inner-city indigent and disadvantaged populations. Due to the generally poor health status of these populations and inner-city violence, these hospitals incur higher utilization than hospitals located in suburban areas [3]. Some large public community hospitals are af-

Type of hospital	1990		1995		2000		2005		2009		2012	
	Number	Structure	Number	Structure	Number	Structure	Number	Structure	Number	Structure	Number	Structure
Federal government	337	5.07%	299	4.75%	245	4.22%	226	3.93%	211	3.64%	211	3.69%
Community hospitals:	5,384	80.97%	5,194	82.56%	4,915	84.60%	4,936	85.75%	5,008	86.42%	4,999	87.35%
Nongovernmental non-for-profit	3,191	47.99%	3,092	49.15%	3,003	51.69%	2,958	51.39%	2,918	50.35%	2,894	50.57%
Investor owned for-profit	749	11.26%	752	11.95%	749	12.89%	868	15.08%	998	17.22%	1,068	18.66%
State and local government	1,444	21.72%	1,350	21.46%	1,163	20.02%	1,110	19.28%	1,092	18.84%	1,037	18.12%
Psychiatric	757	11.39%	657	10.44%	496	8.54%	456	7.92%	444	7.66%	413	7.22%
Other (long term general and special, tuberculosis, hospital units of institutions)	171	2.57%	141	2.24%	154	2.65%	138	2.40%	132	2.28%	100	1.75%
<b>All hospitals</b>	<b>6,649</b>	<b>100.00%</b>	<b>6,291</b>	<b>100.00%</b>	<b>5,810</b>	<b>100.00%</b>	<b>5,756</b>	<b>100.00%</b>	<b>5,795</b>	<b>100.00%</b>	<b>5,723</b>	<b>100.00%</b>

**Table I.** Number of hospitals in the United States (selected years 1990–2012).  
Source: Authors own work based on the U.S. Census Bureau, Statistical Abstracts of the United States: 2012 and American Hospital Association 2014 data.

Type of hospital	1990		1995		2000		2005		2009		2012*	
	Beds (in thsd)	Structure	Beds (in thsd)	Structure	Beds (in thsd)	Structure	Beds (in thsd)	Structure	Beds (in thsd)	Structure	Beds (in thsd)	Structure
Federal government	98	8.06%	78	7.22%	53	5.40%	46	4.86%	45	4.77%	n/d	n/d
Community hospitals:	927	76.42%	873	80.76%	824	83.73%	802	84.69%	806	85.31%	801	86.97%
Nongovernmental non-for-profit	657	54.17%	610	56.43%	583	59.27%	561	59.24%	556	58.88%	n/d	n/d
Investor owned for-profit	102	8.39%	106	9.81%	110	11.17%	114	12.04%	122	12.92%	n/d	n/d
State and local government	169	13.95%	157	14.52%	131	13.29%	128	13.52%	127	13.45%	n/d	n/d
Psychiatric	158	12.99%	110	10.18%	87	8.80%	82	8.66%	76	8.05%	n/d	n/d
Other (long term general and special, tuberculosis, hospital units of institutions)	31	2.53%	20	1.85%	20	2.07%	17	1.80%	18	1.87%	n/d	n/d
<b>All hospitals</b>	<b>1,213</b>	<b>100.00%</b>	<b>1,081</b>	<b>100.00%</b>	<b>984</b>	<b>100.00%</b>	<b>947</b>	<b>100.00%</b>	<b>944</b>	<b>100.00%</b>	<b>921</b>	<b>100.00%</b>

\* no data for specific types of hospitals (n/d)

**Table II.** Number of hospital beds in the United States (selected years 1990–2012, in thousands).  
Source: Authors own work based on the U.S. Census Bureau, Statistical Abstracts of the United States: 2012 and American Hospital Association 2014 data.



filiated with medical schools and play a significant role in medical staff training processes.

Community units constitute the basis of the U.S. hospital sector. Within the period of 1990–2012 the total number of community hospitals fell from 5,384 units in 1990 to 4,999 in 2012, with a respective decrease in the number of beds from 927,000 to 801,000. However, the share of community units in the total number of hospitals beds increased from 76.42% in 1990 to 86.97% in 2012 (Tables I and II). Within the group of community hospitals, private nonprofit units dominate – in 2012 there were 2,894 of this type of hospitals which constituted 50.57% of all hospital units and 57.89% of community units. In the years 2000, 2005 and 2009 private nonprofit hospitals beds constituted about 59% of all hospitals' bed capacity. As for the two remaining community hospital categories (investor owned for profit and state/local government owned), in the period 2009–2012 the trends of decreasing the number of public community hospitals (from 1,444 units to 1,037) and increasing the number of private for profit ones (from 749 to 1,068) are visible.

Psychiatric hospitals as well as those included in the 'other' category (Tables I and II) are also owned by state or local governments (they are however not open to the general public as community hospitals are). The number of psychiatric hospitals fell from 757 in 1990 to 413 in 2012 (within the two decades of 1990–2009 the total number of psychiatric hospitals beds fell from 158,000 to 76,000). Within the 'other' hospital category the largest group consists of long term care hospitals – their number fell from 131 units in 1990 to 89 in 2012.

In general, within the period of 1990–2012 the total number of hospital beds decreased by 292,000 (including a reduction of community hospital beds by 126,000). The trend of hospital bed reduction is visible when comparing

the indicator of the hospital bed number per 1000 people which for all hospitals fell from 4.9 in 1990 to 2.9 in 2012 (Table III). In the same period the number of community hospital beds per 1000 people decreased from 3.7 to 2.5. Within two decades (1990–2009) the U.S. hospital sector was characterized by a lower value of hospital beds per 1000 people indicator than the OECD country average [8].

The utilization indicators for community hospitals are presented in Table IV. In the period of 1990–2011 a trend of technical efficiency improvement can be observed. The average length of stay shortened and the number of patients admitted per bed increased. The trend of outpatient care promotion (at the expense of inpatient services) is also visible – the indicator of the number of hospital admissions per 1000 people decreased from 125 in 1990 to 112 in 2011, whilst the number of outpatient visits per 1,000 people increased from 1,207 to 2,106. The influence of managed care organizations is perceived as the major driving force of this changes.

### Financing

U.S. hospitals generate revenue in diverse ways. It is crucial to distinguish between different types of revenue. The basic and most important is operating revenue – that is income generated by delivering medical services. However, other types of revenue (e.g. income for providing nonmedical services, money for investments, donations and grants from individuals, foundations and the government) can strongly influence a hospital's financial situation [9]. Operating revenue is generated via reimbursement for medical services provided. There are a multitude of payers for hospital services which can use different payment methods. In general, the payers can be categorized into three main groups: public insurance

Type of hospital	1990	1995	2000	2005	2009	2012
Community hospitals	3.7	3.3	2.9	2.7	2.6	2.5
All hospitals	4.9	4.1	3.5	3.2	3.1	2.9

**Table III.** Hospital beds number per 1000 population.

Source: Authors own work based on the U.S. Census Bureau, Statistical Abstracts of the United States: 2012 and American Hospital Association 2014 data.

Community hospitals	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2011
Admissions per 1000 people	125	116	117	119	118	117	118	116	112
Admissions per bed	34	35	40	44	44	43	44	44	n/d
Average length of stay (in days)	7.2	6.5	5.8	5.6	5.5	5.5	5.5	5.4	5.4
Outpatient visits per 1000 people	1,207	1,556	1,852	1,976	2,002	2,000	2,053	2,091	2,106

**Table IV.** Community hospitals utilization rates (selected years 1990–2011).

Source: Authors own work based on the U.S. Census Bureau, Statistical Abstracts of the United States: 2012 (data for 1990–2009) and National Center for Health Statistic, Health, United States, 2013 (data for 2011).

Type of payer	Main programs/elements	Reimbursement methods
Public insurance	<b>Medicare</b> – federal health program designated for seniors (above 65 years old) and some disabled people (Medicare part A program covers mostly hospital services and is financed from payroll taxes).	Diagnosis related groups (DRG)
	<b>Medicaid</b> – joint federal and state funded insurance mainly for low-income families (Disproportionate Share Hospitals – DSH Medicaid provides additional payments for hospitals serving a large number of patients).	Vary between the states – most often: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosis related groups (DRG)</li> <li>• Per diem</li> <li>• Capitation</li> </ul>
Private insurance	<b>Health Maintenance Organizations (HMOs)</b> – managed care organizations that provide members with a comprehensive set of services through their provider network	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosis related groups (DRG)</li> <li>• Per diem</li> <li>• Discounted charges</li> <li>• Negotiated capitation rates</li> </ul>
	<b>Preferred Provider Organization (PPOs)</b> – managed care plans that contract with networks of providers to guarantee services availability based on a negotiated fees schedule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negotiated charges</li> </ul>
	<b>Point of Service (POS)</b> – managed care plans that combine features of both pre-paid and fee for service insurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discounted fee-for-service</li> <li>• Capitation</li> </ul>
	<b>Indemnity Insurance</b> – traditional health insurance plans in which members pay a premium and must first meet a deductible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charges</li> </ul>
Out-of-pocket	<b>Self-Pay</b> – concerns the population that is not covered by health insurance and pays directly for the medical services provided	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charges</li> </ul>

**Table V.** Paying for hospital services in United States – payers and methods.

Source: Authors own work based on: *A Community Leaders Guide to Hospital Finance, The Access Project, Harvard School of Public Health 2001: 3–15 and Reinhardt U.E., The pricing of U.S. hospital services – chaos behind a veil of secrecy, Health Affairs (2006); 25(1): 59–69.*

Type of payer	1980	2000	2012
Medicare	34.6%	38.3%	39.7%
Medicaid	9.6%	12.8%	16.3%
Other Government	6.1%	1.4%	1.8%
Private Payer	41.8%	38.7%	3.40%
Uncompensated Care ( <i>bad debt and charity care expressed in costs – lost revenues</i> )	5.1%	6.0%	6.1%
Non-patient ( <i>non medical services: cafeterias, parking lots, gift shops</i> )	2.7%	2.8%	2.2%

**Table VI.** Distribution of community hospitals costs by payer type (1980, 1990, 2012).

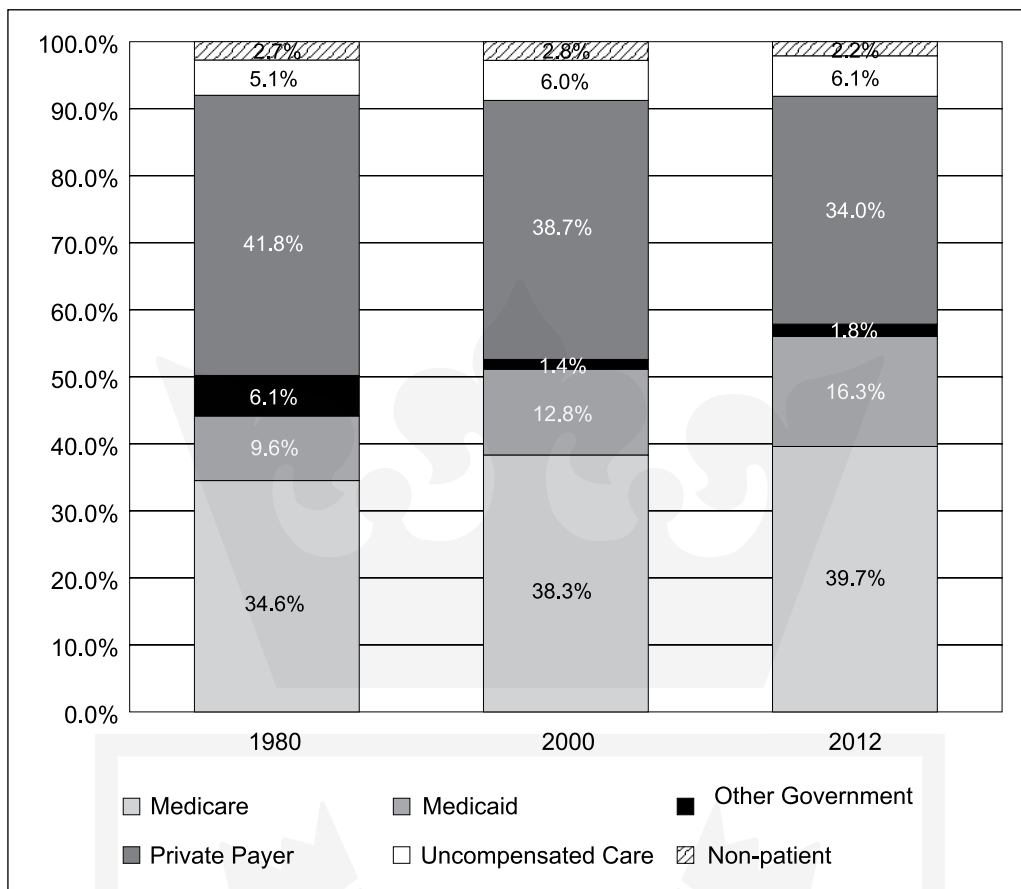
Source: American Hospital Association, *Trends in Hospital Financing, Trendwatch chartbook 2014* (<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch4.shtml>; accessed: 29.07.2014).

(Medicare and Medicaid programs), private insurance (managed care plans and private insurance policies) and out-of-pocket patients' payments. The payers main features as well as the payment methods used are presented in **Table V**.

The 'payer-mix' structure (the single payers share in the hospitals revenue) can be analyzed using data on community hospital costs by payer type (**Table VI** and **Figure 1**). According to data for 1980, 1990 and 2012 public programs (Medicare, Medicaid and other smaller government programs) jointly covered the majority of community hospitals costs: from 50.3% in 1980 to 52.5% in 2000 and 57.8% in 2012. The dominant payer was the Medicare program which covered from 34.6% of hospital costs in 1980 to 39.9% in 2012. The share of private insurance payers decreased from 41.8% in 1980 to 34.0%

in 2012. Uncompensated care constituted from 5.1% of hospital costs in 1980 to 6.1% in 2012, whilst the non-patient services cost share decreased from 2.7% to 2.2%. The trend of public payers share in hospital financing growing is expected to continue due to implementation of the Affordable Care Act of 2010 (ACA)<sup>3</sup>. The reform commonly known as 'Obamacare' aims at reducing the number of uninsured Americans i.e. by extending the scope of public insurance programs.

As shown in Table V specific payers can use diverse payment methods. Detailed characteristic of the hospital services payment methods is described in the literature [10, 11] and goes far beyond the scope of this article. Nevertheless it is crucial to emphasize that the diversity of payment methods provides a complicated array of financial incentives. Medicare uses the diagnosis re-



**Figure 1.** Distribution of community hospitals costs per payer type (1980, 1990, 2012).

Source: American Hospital Association, Trends in Hospital Financing, Trendwatch chartbook 2014 (<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch4.shtml>; accessed: 29.07.2014).

lated groups (DRG) method according to which hospital receives a lump sum per case/group type. For a given DRG, Medicare makes the same level of payment for all hospitals in the country, except for an adjustment for geographic variations [9]. In general, if a hospital has low costs and/or is able to reduce the length of patient’s stay at the hospital it can make a profit from the case type (if not – the payment will not cover the hospital costs). In case of the second public program – Medicaid – payment methodologies vary by state. The most typical are DRGs and an all-inclusive per diem. In some states Medicaid uses managed care plans to provide hospitals services (the public insurer pays a fixed monthly amount per each enrolled recipient – the method known as capitation). Private insurers use a vast array of payment methods including DRGs, per diems, discounted/negotiated charges, negotiated capitation rates and a discounted fee for service. The distinguishing feature of managed care plans which represent the majority of private insurance programs is the negotiation process between the payer and the provider at the level of the actual payment (so called negotiated or discounted payments). As a result a hospital can receive a different level of payments for provision of the same service – depending on the payer. Additionally,

there are a number of uninsured patients who pay the cost of medical services provided out of pocket. If an individual does not have the adequate resources to pay the bill, hospitals can secure payment in a number of ways, including extended payment plans and liens on property. Hospitals may also have policies regarding charity care for those of limited means [9].

### Current challenges and reform trends

Health systems around the world, including the U.S.’s share many common challenges. Examples include: rising costs, pressure to improve efficiency, introduction of quality assurance procedures, an aging population, medical staff deficits. Hospitals, being the central part of health systems, are under the strong influence of all these processes. Currently in the United States several factors can be indicated, which determine the functioning of the hospital sector and/or constitute its reforms main drivers. Some challenges result from new legal regulations whilst others can stem from rising patient’s expectation or public scrutiny. Numerous challenges are interrelated or hinged into each other. In the opinion of the authors of this article, currently there are two major challenges

influencing the functioning of hospitals: the implementation the Affordable Care Act of 2010 (ACA) and strong public pressure for hospital's price transparency. Within the first, several factors can be distinguished: the extension of the insured population; Medicare Hospital Readmissions Reduction Program; new requirements for non-profit hospitals regarding charity services; the role of accountable care organizations (ACOs).

The **Affordable Care Act (ACA)**, signed into law in March 2010, constitutes the most significant health system reform within the last several decades. The law is aimed at increasing the quality and affordability of health insurance, lowering the uninsured rate by expanding insurance coverage (both public and private), and reducing the costs of healthcare for individuals and the government. In the context of the hospital sector, several issues are crucial. Extended coverage might result in higher utilization and changes is the 'payers mix' structure. One of the ACA provisions is that Medicaid will be extended to uninsured adults with incomes of up to 138% of the Federal Poverty level (FPL). Till 2016 the federal government is going to cover 100% of the costs; afterward – the states will have to participate in financing. The Supreme Court decision of 2012 made it optional for states to participate in the Medicaid expansion program [12].

From the hospital sector's point of view, the **Medicaid expansion** might result firstly in a reduction of costs for uncompensated care (due to a decrease in the number of uninsured patients) and secondly in Medicaid's growing share in the inpatient care 'payers mix' structure. The second process might be difficult for hospitals to deal with due to Medicaid's low compensation rates [13]. According to the American Hospital Association (AHA) analysis both public insurance programs (Medicare and Medicaid) pay for the hospital services at a level below the costs of providing them [14]. Payment rates for Medicare and Medicaid, with the exemption of managed care plans, are set by law rather than through the negotiation process as with private insurers. This results in underpayment for the hospital services provided for those programs. According to the AHA in the period of 2009–2011 the 'payment – to – costs ratio' for Medicare was at the level of 90%–92%, for Medicaid 89%–94% and for private insurers at the level of about 134% [15]. Extension of the population covered by public insurance programs might lead to difficulties in hospitals financial situation as well as stronger cost-shifting between the payers (the situation in which the payers with stronger market power force 'weaker payers' to cover a disproportionate share of providers' fixed costs and/or when providers simply succeed in charging higher prices when they can) [16].

The Affordable Care Act introduced also the **Medicare Hospital Readmissions Reduction Program** which imposes a financial penalty (beginning on October 2012) on hospitals with excess readmissions [17]. Within the program the term readmission refers to a situation in which a patient is readmitted to the same or another acute care hospital within 30 days of discharge. Excess readmissions are defined as those that exceed a hospital's 'expected readmission rate' which is the national mean

readmission rate, risk-adjusted for the demographic characteristics and severity of illness of the hospital's patients. The penalty is calculated using a complex formula based on the amount of Medicare payments received by the hospital for the excess readmissions. The penalties are collected from the hospitals through a percentage reduction in their base Medicare inpatient claims payments, up to a cap [18]. According to the Medicare Payment Advisory Commission – 13% of all 2009 hospitals admissions were followed by a readmission that could possibly have been prevented [19]. The program has two parallel goals: to reduce Medicaid expenses and to push hospitals to look beyond their walls and improve care coordination across providers (in order to reduce readmissions).

The ACA introduced also new requirements regarding **non-for-profit hospitals**. In 2009 there were 2,918 nonprofit hospitals which constituted 59% of total hospital bed capacity. Almost all such hospitals are tax-exempt (from income, property, and sales taxes) on the basis that they qualify as charitable organizations. Although federal, state, and local standards for defining a charitable organization may differ, there is a general expectation that tax-exempt hospitals will benefit their communities by charitable activities. However, the question of whether tax-exempt hospitals provide appropriate levels of community benefits has generated considerable controversy [20]. Beginning in 2009, nonprofit hospitals are obliged to report their expenditures on activities classified as community benefits. Special form (990 – Schedule H) is used which distinguishes eight categories of community benefits: charity care at cost, unreimbursed Medicaid, unreimbursed other means-tested government programs, community health improvement services and community benefit operations, health professions education and training, subsidized health services, research, and cash and in kind contributions to community groups [21]. The first national level analysis of the Schedule H data showed that in 2009 nonprofit hospitals spent on average 7.5% of their operating expenses on community benefit activities (with considerable variations between hospitals – from 20.1% to 1.1%) [20]. The majority of spending was devoted to direct patient care (charity care and unreimbursed costs for public programs, mainly Medicaid). The ACA main objective – broad extension of insured population may strongly influence the nonprofit hospitals' ability to provide charity care (for the uninsured).

The issue of the community benefits provision (its principles and value) constitutes the basis of nonprofit hospitals functioning. There are however two major controversies debated by the experts. Firstly in some hospitals' cases – the value of the community benefit provided might be lower than the 'tax revenue lost' and secondly – there can be lack of any correspondence between the actual community needs and charity care provided [20, 22, 23]. As for the first issue, some states introduced the minimum threshold of community benefit spending which hospitals need to meet in order to keep the tax-exempt status. Regarding the second issue, according to the ACA regulations, beginning from 2013, non-profit hospitals are obliged to conduct a community health

needs assessment every three years. The analysis has to be based on sound methodology, include community representatives' opinions and a description of existing health care resources. It should contain a prioritized description of the community's health needs and provide a strategy to meet these needs. The ACA also introduced the obligation for hospitals to provide written financial assistance policy including e.g. patients' eligibility criteria.

**Accountable care organizations (ACO)** are another proposal promoted by ACA which can strongly influence the hospital sector's functioning. According to the Centers for Medicare and Medicaid Services, the ACOs are groups of doctors, hospitals, and other health care providers, who come together voluntarily to give coordinated high quality care to their Medicare patients [24]. The goal of coordinated care is to ensure that patients, especially the chronically ill, get the right care at the right time, while avoiding unnecessary duplication of services and preventing medical errors (under the ACA each ACO has to manage the health care needs of a minimum of 5,000 Medicare beneficiaries for at least three years) [25]. When an ACO succeeds in both delivering high-quality care and spending health care dollars more wisely, it will have its share in the savings achieved for the Medicare program [24]. For a hospital, participation in ACO means intense cooperation with other providers – especially primary health care doctors. Hospitals cannot function as stand-alone facilities focused on inpatient services, but have to provide also extensive outpatient care (via large networks of medical professional reaching into the community) [26]. Within the ACO the hospital has the financial incentive to keep the patients' population healthy (not only to treat them as under the fee for service payment method).

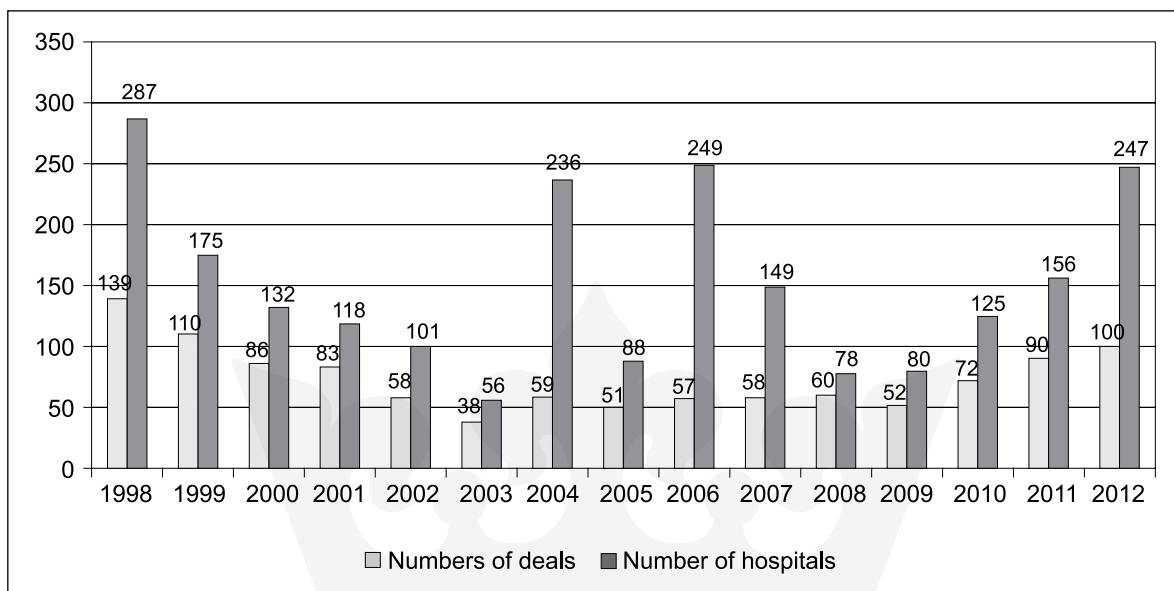
In parallel with pressures regarding the ACA's implementation there is a vital debate regarding the lack of **hospitals' price transparency**. As mentioned in the previous section of this article, in the U.S. there are no uniform rates or payment systems for the hospitals<sup>4</sup>. Each hospital develops its 'chargemaster', that is the list of prices of every procedures and supply items provided in the hospital. The chargemasters are updated at least annually but often more frequently (there is not any common practice and/or rule on 'how', 'when' and 'on what basis' the prices are changed). In some experts' opinion, hospital prices are set according to the hospital's financial manager's opinion concerning the level of expected payment "not in any relationship to the cost of goods sold or the combination of wages and materials, or anything else that would go into a genuine cost measurement" [27]. In addition in the majority of states – hospitals are not required to post their chargemasters for public view [28]. Typically, a hospital will submit for all its patients, detailed bills after the services are provided. The prices are then negotiated between the individual payers and providers. Depending on the payer negotiating and/or market power – the hospital can accept different payments for the same service provision (the situation described as 'price discrimination'). The actual payment received from the specific payer might be far below the prices listed in the chargemaster. According to the American Hospital As-

sociation data on 'payment-to-cost ratio' for three main inpatient services payers (Medicare, Medicaid and private insurers) – the prices paid by the public insurers do not cover the actual cost of their provision [15], thus hospitals shift this cost into payment received from private insurers. This cost shifting is seen as one of the major reasons for the higher medical cost trends for private insurers [16]. The issue of hospital prices prompted vital public debate in 2013 when Time magazine published the now famous Peter Brill report titled: "Bitter Pill: Why Medical Bills Are Killing Us" [29] and the Centers for Medicare and Medicaid Services released (for public view) the Medicare Provider Utilization and Payment Data [30] which include e.g. data on inpatient services prices. Despite differences in scope, and methodology both sources showed enormous differences in hospital prices which shocked public opinion [31]. Health policy makers emphasized the need for transparency in hospital pricing process as well as introduction of new payment methods. As Peter Brill concluded: "Put simply, with Obamacare we've changed the rules related to who pays for what, but we haven't done much to change the prices we pay" [29].

Presented above, the description of the U.S. hospital sector's current challenges provides only a superficial picture of the legal and organizational factors. Comprehensive analysis should also refer to the epidemiological and demographic data. Nevertheless the challenges described are the main drivers of some hospital sector changes observed within the last decade. Examples of such changes are: the trend of the growing number of hospitals' mergers and acquisitions and a stronger reliance on outpatient services as a source of revenue (including the incorporation of primary care units).

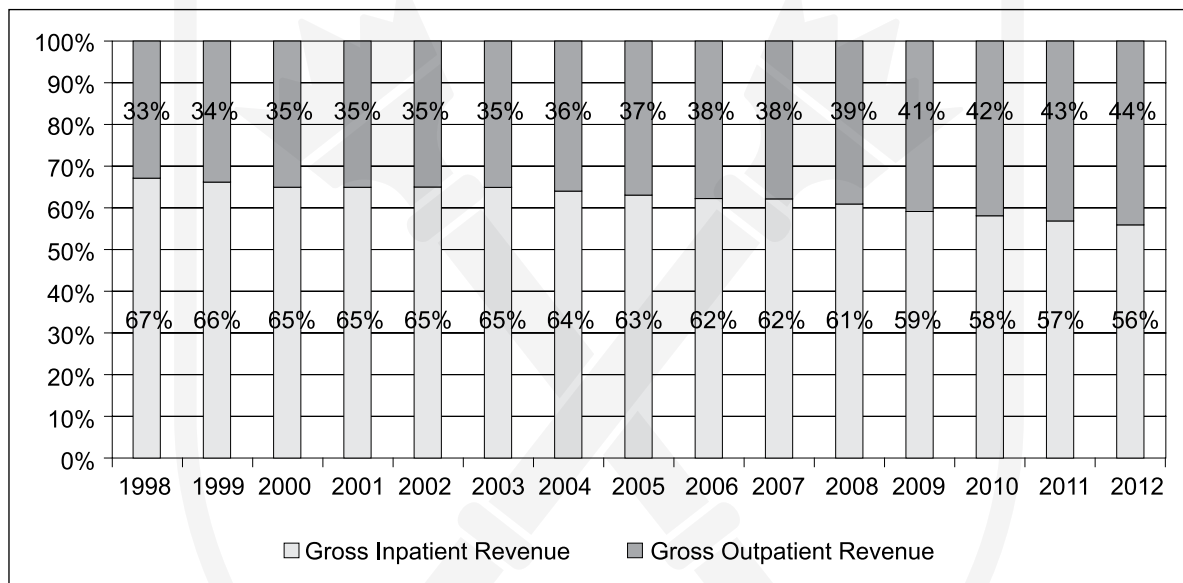
**Figure 2** presents a number of announced **hospital mergers and acquisitions** in the period of 1998–2012. There have been 50 or more deals in every year but one (2003) within the whole period. The number of hospitals involved in transactions has increased in the last 3 years (2010–2012) relative to the preceding years.

Data on individual transactions reveals that more than half of the acquired hospitals in that period had fewer than 150 beds, which may suggest the influence of financial and economic pressures and/or healthcare reform determinants [32]. The decision on merging and/or joining the hospitals' networks may result from the need to increase the size and thus the negotiating clout with payers and/or reducing the costs. Merger activity is characterized largely by single firm acquisition rather than "mega-mergers" – the majority of hospitals involved in transactions since 2007 were stand-alone hospitals and many of these combined via mergers or acquisitions with just one or two other hospitals [32]. This trend lead to a further decrease in the number of independent hospitals in favor of those functioning in diverse systems or networks. **Figure 3** present the hospitals revenues structure in the period of 1998–2011. The share of outpatient services in the hospitals' gross revenue increased in that period from 33% to 44%. Hospitals are not only networking with each other but are also shifting to a more **outpatient-focused care model**. The cost-containment



**Figure 2.** Announced hospital mergers and acquisitions in the period 1998–2012.

Source: Guerin-Calvert M.E., Maki J.A., *Hospital Realignment: Mergers Offer Significant Patient and Community Benefits*, Center for Healthcare Economics and Policy, January 2014: 7.



**Figure 3.** Hospitals' gross revenue structure in the period 1998–2011.

Source: American Hospital Association, *Trends in Hospital Financing*, Trendwatch chartbook 2013 (<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch4.shtml>; accessed: 30.07.2014).

pressures of the Affordable Care Act and regulations on coordinated care constitute major determinants.

## Conclusions

The hospital sector in the United States has a very complicated structure and is unique in many aspects. No other country has such a heterogeneous collections of

hospitals, payers and payments methods for hospitals services [33]. This diversity is strengthened by the lack of uniformity in states' legal regulations regarding the health sector. Yet, as in many other countries around the world, hospitals in the U.S. are under the strong pressure of cost containment policies and face challenges of epidemiological and demographic changes. The recent health care reform has created new organizational and financial

challenges on both the macro and micro levels. The hospital sector's ability to adapt to new circumstances and its reaction to external changes is therefore crucial and will determine the sector's future. Analysis of the U.S. hospital sector's reform experiences may help in developing recommendations for European health systems where in many cases hospital commercialization and market orientation are being introduced and promoted.

## Notes

<sup>1</sup> The first hospital was established in 1663 on Manhattan Island – and was dedicated to soldiers, whilst one of the first almshouses was established by William Penn in Philadelphia in 1713 [4].

<sup>2</sup> In 2009 the Catholic Church operated 620 hospitals across the U.S. and delivered care to one-sixth of all hospital patients each year. There were also hospitals run by Jewish and Protestants organizations [3].

<sup>3</sup> The law was enacted in two parts: The Patient Protection and Affordable Care Act was signed into law on March 23, 2010 and was amended by the Health Care and Education Reconciliation Act on March 30, 2010. The name “Affordable Care Act” is used to refer to the final, amended version of the law (Source: [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov); accessed: 30.07.2014).

<sup>4</sup> Only the state of Maryland has retained an all-payer prospective rate-setting system for a hospital care, under which services are paid for by multiple third party payers but all partners must adopt the same methods and hospital-specific rates (Source: Wiley M., Laschober M.A., Gelband H. (ed.), *Hospital financing in seven countries*, Washington DC 1995: 138).

## References

1. Inglehart J.K., *The American Health Care System – expenditures*, Health Policy Report, “The New England Journal of Medicine” 1999; 340: 70–76.
2. Gonzalez J.M., *National health care expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population*, 2011. MEPS Statistical Brief #425. November 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, [http://meps.ahrq.gov/data\\_files/publications/st425/stat425.pdf](http://meps.ahrq.gov/data_files/publications/st425/stat425.pdf); accessed: 30.07.2014.
3. Shi L., Singh D.A., *Essentials of the U.S. Health Care System*, 3rd ed., Jones and Barlett Learning 2013.
4. Griffin D.J., *Hospitals – what they are and how they work*, 4th ed., Jones and Barlett Learning 2012.
5. US Department of Veteran Affairs website, <http://www.va.gov/health/vamc/>; accessed: 24.07.2014.
6. Hospital Corporation of America website, <http://hcahealthcare.com/about/>; accessed: 25.07.2014.
7. Community Health System website, <http://www.chs.net/>; accessed: 25.07.2014.
8. OECD Health Statistic Data 2014.
9. *A Community Leaders Guide to Hospital Finance*, The Access Project, Harvard School of Public Health 2001.
10. Langenbrunner J.C., Wiley M.M., *Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries*, in: Mc Kee M., Healy J. (eds.), *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press, Buckingham 2002: 150–176.
11. Schneider P., *Provider payment reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe*. HNP Discussion Paper. The World Bank, 2007.
12. The Kaiser Family Foundation, *A Guide to the Supreme Court Decision on the ACA's Medicaid expansion*, August 2012, <http://kff.org/health-reform/issue-brief/a-guide-to-the-supreme-courts-decision/>; assessed: 30.07.2014.
13. Rand Health, *Special Feature: Special Feature: Should States Expand Medicaid Under the ACA?*, <http://www.rand.org/health/feature/medicaid-expansion.html>; accessed: 30.07.2014.
14. American Hospital Association, *Underpayment by Medicare and Medicaid – fact sheets*, November 2009.
15. American Hospital Association, *Trends in Hospital Financing, Trendwatch chartbook 2014*, <http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch4.shtml>; accessed: 29.07.2014.
16. Reinhardt U.E., *The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shirting: Is it a time for a more national all payer system?*, “Health Affairs” 2011; 30, 11: 2125–2133.
17. Centers for Medicare and Medicaid Services, *Readmissions Reduction Program*, <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>; accessed: 30.07.2014.
18. Health Policy Brief, *Medicare Hospital Readmissions Reduction Program*, Health Affairs, November 2013, [http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief\\_id=102](http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=102); accessed: 30.07.2014.
19. Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the Congress: Medicare and Healthcare Delivery System*, June 2013, [http://www.medpac.gov/chapters/Jun13\\_Ch04.pdf](http://www.medpac.gov/chapters/Jun13_Ch04.pdf); accessed: 30.07.2014.
20. Young G.J., Chou Ch.H., Alexander J.h.D., Lee S.Y.D., Raver E., *Provision of Community Benefits by Tax-Exempt U.S. Hospitals*, “The New England Journal of Medicine” 2013; 368: 1519–1527.
21. Internal Revenue Service, *From 990 – Schedule H, Hospitals*, [http://www.irs.gov/pub/irs-tege/scheduleh\\_hosproprept.pdf](http://www.irs.gov/pub/irs-tege/scheduleh_hosproprept.pdf); accessed: 30.07.2014.
22. Rubin D., Rauscher Singh S., Jacobson P., *Evaluating hospitals' provision of community benefit: an argument for an outcome based approach to non profit hospital tax exemption*, “American Journal of Public Health”, 2013; 103, 4: 612–616.
23. Bazzoli G.J., Clement J.P., Hsieh H.M., *Community benefit activities of private non profit hospitals*, “Journal of Health Policy and Law” 2010; 35: 999–1026.
24. Centers for Medicare and Medicaid Services, *Accountable care organizations*, <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/>; accessed: 30.07.2014.
25. Kaiser Health News, *FAQ On ACOs: Accountable Care Organizations, Explained*, <http://www.kaiserhealthnews.org/stories/2011/january/13/aco-accountable-care-organization-faq.aspx>; accessed: 30.07.2014.

26. Lenzer R., *The hospitals of tomorrow: redefining hospitals under the affordable care act*, "Forbes" 21.05.2014; <http://www.forbes.com/sites/robertlenzner/2014/05/21/the-hospital-of-tomorrow-redefining-hospitals-under-the-affordable-care-act/>; accessed: 31.07.2014.
27. Kaiser Health News, *New York Data Show Hospital Charges All Over The Map*, <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2013/December/12/NY-state-hospital-charges-vary-wildly.aspx>; accessed: 30.07.2014.
28. Reinhardt U.E., *The pricing of U.S. hospital services – chaos behind a veil of secrecy*, "Health Affairs" 2006; 25, 1: 59–69.
29. Brill P., Bitter P., *Why Medical Bills Are Killing Us*, "The Time Magazine", 4.04.2013.
30. Centers for Medicare and Medicaid Services, *Medicare Provider Utilization and Payment Data*, <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Medicare-Provider-Charge-Data/index.html>; accessed: 31.07.2014.
31. Munro D., *Healthcare's Story Of The Year For 2013 – Pricing Transparency*, "Forbes" 15.12.2013, <http://www.forbes.com/sites/danmunro/2013/12/15/healthcares-story-of-the-year-for-2013-pricing-transparency/>; accessed: 31.07.2014.
32. Guerin-Calvert M.E., Maki J.A., *Hospital Realignment: Mergers Offer Significant Patient and Community Benefits*, Center for Healthcare Economics and Policy, January 2014.
33. Wiley M., Laschober M.A., Gelband H. (ed.), *Hospital financing in seven countries*, Washington DC 1995: 135.

