

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

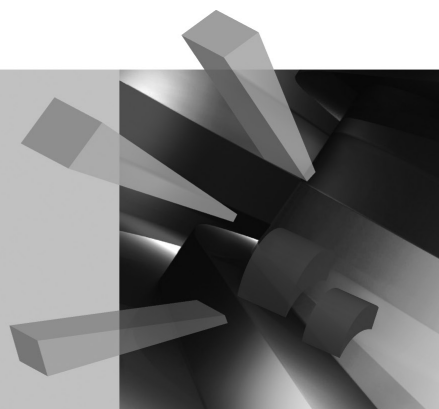
RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

277

Zmiana warunkiem sukcesu

Współczesne uwarunkowania
i metody wspomaganie procesu
zarządzania zmianami



Redaktorzy naukowci

Jan Skalik

Joanna Kacała



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktorzy Wydawnictwa: Elżbieta Kożuchowska, Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: K. Halina Kocur

Łamanie: Małgorzata Czupryńska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się

na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie

wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-313-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

Część I. Przemiany modelu organizacyjnego przedsiębiorstwa

Anna Dziadkiewicz, Piotr Juchniewicz: Koncepcja zarządzania zmianą w organizacji.....	15
Krzysztof Machaczka: Ewolucja paradygmatów organizacji jako element zmiany praktyki zarządzania w wymiarze strategii przedsiębiorstwa.....	24
Bartłomiej J. Gabryś: Wybrane metody badawcze w niereprezentacyjnych próbach z perspektywy rozwoju przedsiębiorczej organizacji	33
Janusz Marek Lichtarski: Strategiczne zarządzanie projektami	40
Marek Krasiński: Zmiana modelu interakcji kulturowych w przedsiębiorstwach japońskich w Polsce.....	52
Beata Skowron-Mielnik: Zarządzanie zasobami ludzkimi w kontekście wyzwań demograficznych	61
Piotr Głowicki, Gabriel Łasiński, Gabriel Pawlak: Realizacja strategii CRS wybranych przedsiębiorstw poprzez przedsięwzięcia sportowe.....	70
Iwona Markowska-Kabała: Identyfikacja interesariuszy mających wpływ na zakres i przebieg zmian w systemie ochrony zdrowia.....	79
Sabina Ostrowska: Strategiczne zarządzanie wynikami a modelowanie przyszłych decyzji organizacji publicznej	89

Część II. Metodyczne wspomaganie zarządzania zmianami w organizacji

Joanna Kulczycka: Ekoefektywność w rozwoju i doskonaleniu organizacji .	103
Magdalena Hopej-Kamińska, Marian Hopej, Robert Kamiński: Epoki strukturalne	113
Agnieszka Bieńkowska, Anna Zgrzywa-Ziemak: Rezultaty stosowania TQM wspólnie z innymi metodami zarządzania.....	120
Jarosław Ropęga: Zagrożenie niepowodzeniem w procesie wprowadzania zmian w małych firmach.....	134
Alina Kozarkiewicz: Wartość dla interesariuszy w ocenie projektów i portfeli projektów – przesłanki koncepcji a wyniki badań empirycznych.....	144
Dariusz Porębski: Wykorzystanie strategicznej karty wyników w polskim szpitalu.....	155

Aldona Frączkiewicz-Wronka: Partnerstwo publiczno-społeczne jako instrument wielosektorowej polityki społecznej – perspektywa zarządzania publicznego.....	165
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Implementacja wybranych metod szczupłego zarządzania produktem w elastycznym zakładzie wytwórczym	182
Anna Męczyńska, Anna Michna, Iwona Flajszok: Racjonalizacja podejmowania decyzji w sektorze publicznym na przykładzie jednostek oświatowych.....	195
Anna Kwiotkowska: Ewolucja przedsiębiorczych kompetencji w rozwoju przedsiębiorstw odpryskowych	207
Katarzyna Półtoraczyk: Motywowanie pracowników w klasycznych koncepcjach zarządzania a funkcjonowanie współczesnych organizacji.....	216
Marcin Klimek, Piotr Lebkowski: Nowoczesne metody harmonogramowania projektu w warunkach niepewności.....	224
Magdalena Dolata: Rola intuicji w zarządzaniu projektami.....	234

Część III. Społeczne i kulturowe uwarunkowania sukcesu organizacji

Maciej Malarski: Stymulacja zaangażowania pracowników szansą efektywnego przeprowadzenia zmiany organizacyjnej.....	245
Janina Stankiewicz, Marta Moczulska: Kształtowanie zaangażowania pracowników poprzez rywalizację i współpracę w świetle wyników badań...	254
Anna Wieczorek-Szymańska: Profile kompetencji menedżerów różnych szczebli zarządzania w sektorze krajowych, uniwersalnych banków komercyjnych	265
Piotr Głowicki, Gabriel Łasiński, Tomasz Olenderek: Audyt kompetencji menedżerskich na przykładzie wybranej organizacji	275
Anna Mazurkiewicz: Zarządzanie talentami w uzyskaniu przewagi strategicznej.....	285
Elżbieta Kowalczyk: Kompetencje negocjacyjne jako warunek skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi	295
Joanna Mróz: Osobowościowe i kompetencyjne uwarunkowania sprawności działania współczesnego menedżera	306
Aneta Stosik, Aleksandra Leśniewska: Problem dopasowania jako wyzwanie dla współczesnych organizacji.....	315
Łukasz Sulkowski: Kulturowe uwarunkowania zmian organizacyjnych – cztery paradygmaty.....	322

Część IV. Sieci we współczesnych organizacjach

Arkadiusz Kawa: Sieci pionowe i poziome w gospodarce.....	333
------------------------------------------------------------------	-----

Magdalena Zalewska-Turzyńska: Granice organizacji sieciowej – z perspektywy komunikacyjnej	341
Wiesław Danielak: Normy relacyjne w procesie współdziałania małych i średnich przedsiębiorstw	350
Agata Austen: Koncepcja sieci w zarządzaniu publicznym: pomiar efektywności partnerstw lokalnych	360
Justyna Światowicz-Szczepańska: Architektura współpracy przedsiębiorstw	367

Summaries

Part. I. Transformations of enterprise's organizational model

Anna Dziadkiewicz, Piotr Juchniewicz: Idea of change management in business environment	23
Krzysztof Machaczka: Evolution of organization paradigms as an element of changes in the practices management in business strategy dimension.....	32
Bartłomiej J. Gabryś: Specific research methods for non-representative research: challenge from entrepreneurial growth perspective	39
Janusz Marek Lichtarski: Strategic project management	51
Marek Krasiński: The change of the cultural interactions model in Japanese companies operating in Poland	60
Beata Skowron-Mielnik: Human resource management in the context of demographic challenges	69
Piotr Głowicki, Gabriel Łasiński, Gabriel Pawlak: CSR strategy implementation of chosen enterprises through sports projects	78
Iwona Markowska-Kabała: Identification of stakeholders influencing the scope and course of changes in the healthcare	88
Sabina Ostrowska: Strategic performance management and modeling future decision in public organization	100

Part. II. Methodological support of management of changes in an organization

Joanna Kulczycka: Eco-efficiency in development and advancement of organization.....	112
Magdalena Hopej-Kamińska, Marian Hopej, Robert Kamiński: Structural epochs	119
Agnieszka Bieńkowska, Anna Zgrzywa-Ziemak: The effects of TQM in conjunction with other management methods	130
Jarosław Ropęga: Danger of failure in the process of changes implementation in small companies	143

Alina Kozarkiewicz: Value for stakeholders in project and project portfolio assessment – basic assumptions and results of empirical research.....	154
Dariusz Porębski: The use of Balanced Scorecard in Polish hospital	164
Aldona Frączkiewicz-Wronka: Public-private partnerships as an instrument of multi-sectoral public policy – public management perspective.....	181
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Implementation of selected methods of lean management with a product at a flexible production plant	194
Anna Męczyńska, Anna Michna, Iwona Flajsok: Decision-making rationalization in public sector in case of educational institutions	206
Anna Kwiotkowska: The evolution of entrepreneurial competencies in spin-off venture's development	215
Katarzyna Półtoraczyk: Employees' motivating in classical management concepts vs. functioning of contemporary organizations	223
Marcin Klimek, Łebkowski Piotr: Modern methods of project's scheduling in uncertainty conditions.....	233
Magdalena Dolata: Role of intuition in projects management	242

Part. III. Social and cultural determinants of success of organization

Maciej Malarski: Stimulation of employees' engagement as a chance for effective change introduction.....	253
Janina Stankiewicz, Marta Moczulska: Development of employees' engagement through competition and cooperation – research results.....	264
Anna Wieczorek-Szymańska: The profiles of competencies of managers on different levels of management in national universal commercial banks...	274
Piotr Głowicki, Gabriel Łasiński, Tomasz Olenderek: Competence management audit on the example of chosen organization	284
Anna Mazurkiewicz: Talent management in the achievement of strategic advantage.....	294
Elżbieta Kowalczyk: Competence in negotiating as a condition of effective human resource management	305
Joanna Mróz: Personal and competence determinants of efficiency of the modern manager	314
Aneta Stosik, Aleksandra Leśniewska: Problem of adjustment as a challenge for a contemporary organization	321
Łukasz Sułkowski: Cultural conditions of organizational changes – four paradigms.....	330

Part. IV. Network of contemporary organizations

Arkadiusz Kawa: Vertical and horizontal business networks in economy	340
-----------------------------------------------------------------------------------	-----

Magdalena Zalewska-Turzyńska: The boundaries of network organization – the communication perspective	349
Wiesław Danielak: Relational norms in the process of cooperation between small and medium enterprises	359
Agata Austen: Network theory in public management: effectiveness mea- surement of local partnership.....	366
Justyna Światowiec-Szczepańska: Architecture of firms' cooperation	375

Iwona Markowska-Kabała

Politechnika Częstochowska

IDENTYFIKACJA INTERESARIUSZY MAJĄCYCH WPŁYW NA ZAKRES I PRZEBIEG ZMIAN W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie: Zmiany zachodzące w ochronie zdrowia wymagają zaangażowania wszystkich podmiotów funkcjonujących w systemie. Nie wszyscy interesariuszy mają jednak takie same możliwości wpływu na reformowanie systemu. Zależy to od wielu czynników, takich jak: posiadanie władzy, wiedza czy odpowiednie narzędzia. Najbardziej zainteresowaną zmianami grupą są pacjenci, jednak ich siła oddziaływania jest stosunkowo niewielka. Całkiem inaczej sytuacja wygląda, jeśli przyjrzymy się koncernom farmaceutycznym: zdecydowanie mniej interesują ich zmiany, a ich możliwości oddziaływania są znacznie większe. Artykuł prezentuje, jakie podmioty uczestniczą we wprowadzaniu zmian w ochronie zdrowia i jakie mają realne możliwości oddziaływania na system oraz z czego te możliwości (lub ich brak) wynikają.

Słowa kluczowe: interesariusze, zmiana, ochrona zdrowia, system ochrony zdrowia.

1. Wstęp

Konieczność wprowadzania zmian w ochronie zdrowia nie budzi wątpliwości. Nie jest to jednak zadanie ani łatwe, ani tanie. Od ponad dwudziestu lat kolejne ekipy rządzące borykają się z niewydolnym systemem i mimo dobrych pomysłów – zdecydowanych reform brak. Z jednej strony jest to nawet jasne, gdyż ochrona zdrowia jest bardzo mocno związana z polityką i wszelkie decyzje szkodzące wizerunkowi ugrupowania mającego możliwości wprowadzania zmian są blokowane. Z drugiej strony, dla finansów państwa i pacjentów, dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa taka sytuacja jest bardzo szkodliwa. Eksperci (zob. [Golinowska 2004; 2006]) od kilkunastu lat pokazują, jakie zmiany byłyby korzystne, w jakim kierunku powinno się reformować ochronę zdrowia, jakie rozwiązania przyniosłyby największe korzyści wszystkim uczestnikom systemu. Obserwując zmiany zachodzące w ochronie zdrowia, można uznać, że wśród wielu interesariuszy funkcjonujących w systemie tylko niektórzy mają realny wpływ na ich wprowadzenie, rodzaj i przebieg. Nierównowaga ta wynika z wielu czynników związanych ze specyfiką systemu i jego uczestników, charakteru zmian i sytuacji politycznej.

Celem pracy jest identyfikacja interesariuszy, którzy potencjalnie mają największe możliwości oddziaływania na zakres i przebieg zmian w systemie ochrony zdrowia, oraz źródeł tych możliwości.

2. Interesariusze

Jedną z trudności reformowania sektora zdrowotnego jest duża liczba podmiotów, które funkcjonują w ramach systemu ochrony zdrowia. Możemy je nazwać interesariuszami ochrony zdrowia.

Teoria interesariuszy została zapoczątkowana przez Stanford Research Institut w 1963 roku, dotyczyła organizacji i głosiła, że interesariusze to grupy, bez których wsparcia organizacja nie mogłaby funkcjonować. W 1984 roku Freeman uznał, że interesariuszami są wszystkie jednostki i grupy w organizacji i w jej otoczeniu, mające wpływ na osiągnięcie przez organizację zamierzonych celów lub na które organizacja może wpływać, osiągając swoje cele [Friedman, Miles 2006]. Uznać zatem należy, że interesariuszami nie będą te jednostki lub grupy, które nie mogą wpływać na organizację.

Interesariuszy można podzielić także na wewnętrznych i zewnętrznych. Wewnętrzni to najczęściej pracownicy, kadra zarządzająca, akcjonariusze i rada nadzorcza. Zewnętrzni to klienci, konkurenci, dostawcy, związki zawodowe i władze państwowe [Stoner, Freeman, Gilbert 1998].

Uważa się [Frączkiewicz-Wronka, Dyaczyńska, Szymaniec 2010], że teoria interesariuszy może być stosowana w odniesieniu do organizacji publicznych. Zasadnicza różnica polega na tym, że organizacje publiczne działają w wysoce upolitycznionym środowisku i wybór konkretnych racji strategicznych podyktowany jest nie ich faktyczną oceną, ale siłą przetargową najbardziej wpływowych interesariuszy. Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że interesariusze w organizacjach publicznych mają bardzo nierówny dostęp do władzy, to może się okazać, że wybrane grupy nie tylko wpływają na realizację celów organizacji, ale przede wszystkim realizują swoje własne cele.

Wprowadzenie zasadniczych zmian w ochronie zdrowia wymaga zidentyfikowania wszystkich interesariuszy oraz zastanowienia się, jaki mają oni wpływ na wprowadzenie i przebieg zmian w systemie.

Do najważniejszych interesariuszy, którzy mają możliwość wpływu na ochronę zdrowia, należy zaliczyć:

1. Polityków (Rada Ministrów z premierem, minister zdrowia, komisja zdrowia, parlament);
2. Narodowy Fundusz Zdrowia;
3. Organy założycielskie publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
4. Kadre zarządzającą zakładami opieki zdrowotnej;
5. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
6. Personel medyczny i administracyjny;
7. Pacjentów.

Nie są to wszystkie podmioty, gdyż w systemie i w jego otoczeniu jest ich znacznie więcej (np. firmy farmaceutyczne, organizacje związkowe i wyznaniowe, dostawcy, stowarzyszenia), jednak można je uznać za najbardziej znaczące.

3. Zmiany w systemie ochrony zdrowia

We współczesnych organizacjach zmiany nabrały zupełnie nowego charakteru, przestały być konkretnym wydarzeniem w określonym czasie, a stały się permanentnym procesem. Taka sama sytuacja występuje w polskiej ochronie zdrowia. Od pewnego czasu wszyscy uczestnicy wciąż doświadczają nowych zmian, które dotyczą bardzo różnych aspektów funkcjonowania systemu. Nie jest to jedna duża zmiana całego systemu, tylko ciąg drobnych napraw, wprowadzania nowych rozwiązań i innowacji. Dla wszystkich zainteresowanych stron nie jest to sytuacja łatwa. Przy wprowadzaniu zmian najważniejsze jest wiedzieć, co się chce zmienić, zaplanować zmianę, przygotować ludzi, wprowadzić zmianę i następnie kontrolować, jak przebiega adaptacja. W praktyce jest to skomplikowany proces obarczony wieloma problemami. Po pierwsze, z reguły nie ma jednego pomysłu na zmianę, możliwych jest kilka wariantów metod wprowadzenia innowacji. Po drugie, zmiany zawsze dotyczą ludzi, a jest to najbardziej nieprzewidywalny czynnik w całym procesie. Zmiany zaburzają istniejący porządek, budzą obawę przed nieznanym, zagrażają sytuacji ekonomicznej i poczuciu bezpieczeństwa i przez to wywołują opór ludzi przed akceptacją takich rozwiązań [Robbins 1998]. Najczęściej inicjatorami zmian są jednostki i małe grupy, a dotyczą one dużych zbiorowości, czasem całych społeczeństw.

Zdrowie jest wartością naczelną i ma dla ludzi ogromne znaczenie. Funkcjonowanie w polskiej rzeczywistości minionego systemu nauczyło ludzi, że państwo zabezpiecza wszystkie potrzeby zdrowotne, bo taki ma obowiązek. Nieważny jest fakt, że nie wszystkie potrzeby były zaspokajane, usługi były reglamentowane, obowiązywał określony klucz dostępu do ochrony zdrowia. Po dwudziestu latach nowej rzeczywistości zmieniło się wiele w świadomości Polaków, z wyjątkiem przekonania, że służba zdrowia jest bezpłatna, powszechnie dostępna i wszystko się wszystkim należy za opłacaną składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Z tego wynika tak duży opór pacjentów przed wprowadzaniem nowych rozwiązań. Postrzegają oni wszelkie zmiany jako zamach na ich prawa do kompleksowych, „darmowych” usług zdrowotnych.

Zmiany budzą także obawy personelu medycznego i administracyjnego, szczególnie że nieugruntowane rozwiązania w krótkim czasie zostają zastąpione innymi, całkiem odmiennymi, których trzeba się nauczyć w trakcie pracy, czyli eksperymentując np. na pacjentach. Często są to także zmiany, które są obciążone ryzykiem finansowym, ponoszonym przez lekarza czy farmaceutę, i w takiej sytuacji ten ciężar przerzuca się na pacjenta, który *de facto* nie ma żadnego wyboru.

Z całą pewnością opór uczestników można by zmniejszyć, poprawiając komunikację między decydentami a podmiotami, których ta zmiana dotyczy, co obecnie

jest trudne ze względu na niechęć władz do konsultacji społecznych i inne bariery występujące w otoczeniu.

S. Golinowska uważa, że bariery, jakie stoją na drodze do zmian w ochronie zdrowia, są natury świadomościowej i faktycznej – realnej. W sferze świadomości występuje:

- Brak kompleksowości spojrzenia na system ochrony zdrowia.
- Uproszczone diagnozowanie oraz liczne luki w wiedzy o stanie zasobów w systemie oraz jakości zarządzania nimi.
- Selektywna wiedza na temat procesów zmian systemu ochrony zdrowia w innych krajach, prowadząca do nierzetelnego posługiwania się porównaniami międzynarodowymi.
- Kształtowanie obrazu sytuacji w ochronie zdrowia głównie przez media, posługujące się informacją wybiórczą, z dominacją doniesień sensacyjnych, nieradko nierzetelną oraz często kształtowaną przez wielkie grupy interesów.

Zjawiska w sferze świadomości wpływają na kształtowanie się procesów realnych i w konsekwencji prowadzą do pogłębiania się kryzysu systemu, który przejawia się:

- Nierównowagą finansową między środkami wpływającymi do systemu a kosztami jego funkcjonowania, prowadząc do systematycznego zadłużania się placówek zdrowotnych.
- Nierównowagą rozwoju między podstawowymi częściami systemu ochrony zdrowia: zdrowiem publicznym, opieką zdrowotną, rehabilitacją oraz opieką długoterminową.
- Zaniedbaniami podstawowej infrastruktury technicznej i dekapitalizacją sprzętu medycznego.
- Nierównościami płacowymi, zjawiskami korupcyjnymi i odpływem kadry medycznej za granicę.
- Brakiem zdolności instytucjonalnych oraz sił politycznych do podejmowania decyzji korzystnych z perspektywy interesu państwa i sektora: utworzenie krajowej sieci szpitali, informatyzacja, prowadzenie racjonalnej polityki lekowej, uporządkowanie podziału kompetencji między samorządami terytorialnymi a agendami rządowymi, a jednocześnie podejmowanie organizacyjnie uzasadnionych decyzji jako działań reformatorskich; likwidacja lub łączenie jednych instytucji, a tworzenie innych, politycznie uwarunkowane roszady kadrowe, niedostatecznie uzasadnione i wprowadzone z odpowiednim wyprzedzeniem zmiany kryteriów kontraktowania świadczeń i w konsekwencji – wprowadzanie chaosu i niepokoju wśród pacjentów [Golinowska, Boni 2006].

W sytuacji tak wielu negatywnych zjawisk występujących w systemie konieczne jest wprowadzenie nowych rozwiązań, które zlikwidowałyby albo choć ograniczyły pogłębiający się kryzys. W literaturze przedmiotu najczęściej zwraca się uwagę na konieczność zmian w finansowaniu ochrony zdrowia, poprawy zarządzania i rozwiązań organizacyjno-kompetencyjnych.

W sferze zarządzania i rozwiązań organizacyjno-kompetencyjnych istotne są:

- wprowadzenie nowoczesnego zarządzania personelem, odpowiedni dobór ilościowy i kompetencyjny, szkolenie i rozwój kadry,
- stworzenie podstaw do analizy oceny jakości świadczeń medycznych,
- stworzenie zabezpieczenia informacyjnego o zasobach, świadczeniach, pacjentach,
- wprowadzenie zasad racjonalnego rozmieszczenia placówek oraz standardów ich wyposażenia.

Jeśli chodzi o sferę finansową, pierwszym i zasadniczym krokiem do pożądanых zmian było stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, który byłby finansowany ze składki na ubezpieczenie zdrowotne. Stworzenie takiego koszyka nastręczało jednak pewnych trudności, które polegały na tym, że zastosowane kryteria wyboru świadczeń musiały mieć charakter interdyscyplinarny: medyczno-ekonomiczno-społeczny, oraz że wdrożenie tych kryteriów wymagało licznych i stale prowadzonych analiz skuteczności medycznej i efektywności kosztowej. Od 2009 roku na mocy rozporządzeń Ministra Zdrowia obowiązuje zestaw procedur gwarantowanych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Z punktu widzenia pacjenta utworzenie takiego koszyka wiąże się z koniecznością różnorodnych dopłat w razie korzystania z procedur „pozakoszykowych”. W sytuacjach, kiedy skuteczne leczenie jest warunkowane zastosowaniem leczenia ponadstandardowego, nieobjętego przez podstawowe ubezpieczenie zdrowotne, może się okazać, że takie koszty przekraczają indywidualne możliwości finansowe chorego. Aby takich sytuacji unikać, w wielu krajach rozwiniętych dodatkowo wspomaga się system ochrony zdrowia poprzez organizację całego systemu dopłat (współpłacenia). System współpłacenia przybiera rozmaite formy – niewielkie opłaty, które pobierane są przy korzystaniu ze świadczeń, opłaty pośrednie, czyli dopłaty do wyrobów tytoniowych czy alkoholu, aż po zwiększenie składki za niektóre ubezpieczenia obowiązkowe, np. OC użytkowników pojazdów. Zasadniczym jednak trzonem są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, których w Polsce nie ma.

Obecnie w Polsce nie planuje się dużej reformy, która zmieniłaby cały system, i wydaje się to w pełni uzasadnione. Koszt takiej zmiany byłby ogromny, na co nie pozwalają finanse państwa i trwający kryzys ekonomiczny. Zdaniem autorki nie ma też potrzeby likwidacji rozwiązań, które się sprawdzają i dobrze funkcjonują, jak np. prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej czy zmiany organizacyjne ratownictwa medycznego. Są jednak i takie obszary, które wymagają zdecydowanych zmian, jak choćby funkcjonowanie publicznych szpitali (ograniczenie zadłużania), wycena świadczeń, zarządzanie placówkami ochrony zdrowia, informatyzacja (wiedza o zasobach), jakość i dostępność usług zdrowotnych.

4. Wpływ poszczególnych interesariuszy na wprowadzenie i przebieg zmian w ochronie zdrowia

Wszystkie potrzebne innowacje w ochronie zdrowia mają jeden zasadniczy cel: poprawę funkcjonowania systemu przy jednoczesnym niepodrażaniu jego funkcjonowania, co pozwoli zabezpieczyć potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Niebagatelną rolę w tym procesie odgrywają interesariusze, gdyż od nich zależą rodzaj, kierunek i powodzenie wprowadzanych zmian.

4.1. Politycy (Rada Ministrów z premierem, minister zdrowia, komisja zdrowia, parlament)

Politycy są grupą interesariuszy, która ma największy wpływ na inicjowanie zmian w ochronie zdrowia, ich rodzaj i przebieg. System ochrony zdrowia należy do sfery publicznej, za którą odpowiadają parlament i rząd, wybrane w demokratycznych wyborach jako przedstawiciele społeczeństwa. System oparty jest na ustawach, rozporządzeniach i innych dokumentach przyjętych przez większość parlamentarną. Nowe rozwiązania najczęściej proponowane są przez rząd, kluby poselskie, posłów bądź senatorów, rzadziej przez samych obywateli. To, jakie rozwiązania zostaną przyjęte, często nie ma związku z ich rodzajem czy jakością, tylko z tym, kto dany pomysł forsuje. Większość parlamentarna jest w stanie przegłosować każdą, nawet najbardziej absurdalną ustawę. Nieraz zdarzało się już głosowanie nad ustawą w ostatnich dniach prac parlamentu, przed nowymi wyborami, gdzie wiadomo było, że nim wejdzie ona w życie, będzie musiała zostać znowelizowana. Siła parlamentu jest olbrzymia, gdyż ustanawia on prawo, które jest potem realizowane na wszystkich szczeblach w systemie. Zdarza się niestety i tak, że pomysł na zmianę jest nietrafiony, utrudnia funkcjonowanie i rodzi potrzebę kolejnej zmiany. Taka sytuacja zaistniała, gdy okazało się, że weryfikacja uprawnień do leczenia i ulg na leki nastręcza wielu problemów lekarzom, farmaceutom i samym pacjentom. Obecnie w parlamencie trwają prace nad zmianą tych rozwiązań, gdyż wzbudziły one silny protest lekarzy i środowiska farmaceutycznego [Projekt ustawy z dnia 22.05.2012].

W parlamencie zapadają kluczowe decyzje mające znaczenie dla wszystkich interesariuszy ochrony zdrowia, gdyż dotyczą kształtu i zasad funkcjonowania całego systemu.

4.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia jest jedynym płatnikiem w systemie. Do niego wpływają pieniądze ze składek na ubezpieczenie zdrowotne płaconych przez pacjentów. Zawiera on kontrakty na świadczenie usług zdrowotnych z podmiotami je świadczącymi, wycenia poszczególne procedury [Ustawa o ubezpieczeniu w NFZ]. Przez pozycję finansowego monopolisty zyskuje ogromne możliwości oddziaływania na

funkcjonowanie systemu. Podmioty świadczące usługi nie mają żadnego wpływu na wysokość zakontraktowanych świadczeń ani na ich cenę. Taka sytuacja rodzi wiele niebezpiecznych zjawisk, np. szpitalowi opłaca się leczyć pacjenta, który przebywa na oddziale powyżej określonej liczby dni, albo przyjmuje się pacjentów z konkretnymi schorzeniami, których leczenie jest wysoko wycenione. Narodowy Fundusz przez swoje działania nie promuje szpitali dobrze zarządzanych, z racjonalną gospodarką zasobami, z wysoką jakością świadczonych usług, przez co słabe jednostki mają czasem takie same kontrakty, jak nowoczesne, specjalistyczne ośrodki.

Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot centralny podlegający władzy państwa nie ma możliwości samodzielnego funkcjonowania. To uzależnienie od rządu, a zarazem rola, jaką pełni, powoduje, że można go zaliczyć do organów o dużej możliwości wpływu na zmiany w systemie ochrony zdrowia.

4.3. Organy założycielskie publicznych zakładów opieki zdrowotnej

W rozważaniach nad wpływem poszczególnych interesariuszy na zmiany w ochronie zdrowia trzeba wziąć pod uwagę jedną bardzo ważną rzecz, a mianowicie formę własności podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Politycy i NFZ mają wpływ na zmiany zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej, natomiast organy samorządowe mogą oddziaływać jedynie na podmioty publiczne. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że większość szpitali w Polsce to placówki należące do sfery publicznej, widać wyraźnie, jaką władzę mają organy założycielskie. Likwidacja, przekształcenie, sprzedaż czy też zamknięcie placówki leży w gestii organu założycielskiego [Ustawa o działalności leczniczej]. Oczywiście organy samorządowe (odpowiednie w zależności od poziomu referencyjnego podmiotu) mają obowiązek zabezpieczyć potrzeby zdrowotne mieszkańców na danym terenie, jednak przy wciąż zmniejszających się wpływach do budżetu coraz mniej pieniędzy przeznacza się na zdrowie i coraz chętniej samorządy pozbywają się szczególnie zadłużonych placówek (przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego, łączenie szpitali w zespoły).

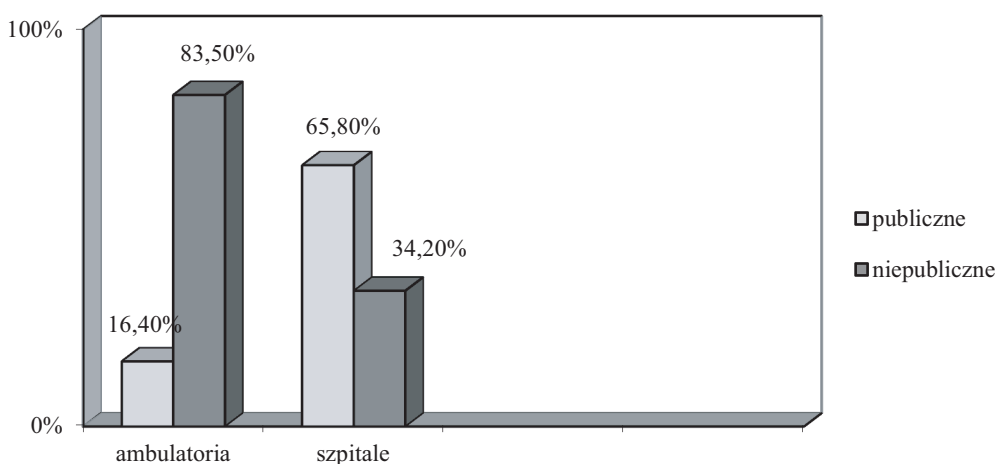
4.4. Kadra zarządzająca zakładami opieki zdrowotnej

Kadra zarządzająca zakładami opieki zdrowotnej zdecydowanie większą rolę odgrywa przy wprowadzaniu i monitorowaniu przebiegu zmian. Menedżerowie odpowiedzialni za wdrażanie nowych rozwiązań mają obowiązek przygotowania gruntu pod zmiany. Wiąże się to przede wszystkim z przygotowaniem pracowników: naświetleniem im konieczności wprowadzenia zmian, zaprezentowaniem korzyści i zagrożeń, pozyskaniem akceptacji dla zmiany. Jak już wspomniano, jest to kluczowy moment dla powodzenia wprowadzenia innowacji. Oczywiście, w małych jednostkach zadanie kierownika jest łatwiejsze. Pracownicy bardziej utożsamiają się z miejscem pracy, relacje z kierownikiem są często bezpośrednie, pracownicy są włączani w proces decyzyjny. W dużych podmiotach, szczególnie gdzie interesów pracowniczych bronią związki zawodowe, menedżerowie mają utrudnione zadanie.

Różnice wynikają także z formy własności poszczególnych podmiotów. W zakładach publicznych menedżerowie podlegają organowi założycielskiemu i działają zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi organizacji publicznych. W zakładach prywatnych wiele zmian nie wynika z konieczności stosowania prawa, ale z pomysłów właścicieli na unowocześnienie placówki, wprowadzenie nowych usług, podniesienie jakości czy zastosowanie nowych technologii. Menedżerowie muszą sprostać oczekiwaniom właścicieli i umiejętnie zarządzać zmianami.

4.5. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią konkurencję na rynku usług zdrowotnych dla podmiotów publicznych. Są to zakłady, które najczęściej mają prywatnych właścicieli i prywatne mienie, pracują jednak, realizując publiczny kontrakt zawarty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rosnący udział tego typu podmiotów w ogólnej liczbie wszystkich zakładów opieki zdrowotnej (zob. rys. 1) może wskazywać, że większość zmian będzie przygotowywana dla tego typu placówek. Nowe rozwiązania będą musiały zostać dopasowane do oczekiwań i specyfiki działania niepublicznych zakładów.



Rys. 1. Procentowy udział podmiotów publicznych i niepublicznych na rynku usług zdrowotnych z podziałem na zakłady stacjonarne i opiekę ambulatoryjną

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012.

W sytuacji wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy rozdzielania funkcji płatnika można także spodziewać się dalszego wzrostu liczby podmiotów niepublicznych w innych obszarach systemu ochrony zdrowia.

4.6. Personel medyczny i administracyjny

Personel medyczny jest tą grupą interesariuszy, bez której system nie mógłby po prostu istnieć. Nie ma ochrony zdrowia bez lekarzy i pielęgniarek, analityków medycznych czy techników różnych specjalności. Oczywiście, jeśli chodzi o możliwości wprowadzania zmian, forsowania pomysłów na nowe rozwiązania, ale też oprotostowywania niekorzystnych dla środowiska przepisów, to przede wszystkim lekarze odgrywają tu główną rolę. Było to widoczne np. podczas strajku zielonogórskiego, albo nawet ostatnio, kiedy lekarze nie godzili się na obarczenie ich odpowiedzialnością za określanie przysługującej pacjentom zniżki na leki. Siła tej grupy zawodowej wynika z roli, jaką pełnią lekarze. Zdecydowanie słabszy wpływ ma średni personel medyczny, co widoczne było podczas strajków z odejściem od łóżek pacjentów czy próby okupacji kancelarii premiera i walki o podwyżki. Problem został zauważony, ale zmiana nie dała satysfakcji. Środowisko medyczne, a szczególnie jego władze, uczestniczy w tworzeniu nowych przepisów i ma wpływ, choć nie zawsze satysfakcjonujący, na zmiany zachodzące w systemie.

4.7. Pacjenci

Pacjenci, czyli faktycznie całe społeczeństwo, są najbardziej zainteresowani tym, co dzieje się w systemie ochrony zdrowia. Jeśli przyjmiemy, że każdy był, jest obecnie lub będzie w przyszłości pacjentem, to zainteresowanie jest zrozumiałe. Jednak mimo znaczenia, jakie ochrona zdrowia ma dla obywateli, nie idzie to w parze z możliwościami oddziaływania na zmiany. Po pierwsze, wielu pacjentów biernie obserwuje to, co dzieje się w ochronie zdrowia, i nie wykazuje chęci uczestniczenia w procesie zmian. Po drugie, opinia publiczna najczęściej jest informowana dopiero po fakcie, gdy nowe rozwiązanie zostaje wprowadzone w życie i za późno jest na reakcję. Po trzecie, chorzy narzekają, ale nie podejmują żadnej aktywności, która prowadziłaby do zmian. Tak naprawdę walczą najczęściej tylko przedstawiciele stowarzyszeń chorych – o dostęp do leków czy nowych terapii. Decydenci, jeśli robią coś dla pacjentów, to pod wpływem mediów, które nagłaśniają występujące nieprawidłowości, piętnując odpowiedzialne za to osoby. Pacjenci, dla których *de facto* ten system istnieje, mają stosunkowo niewielkie możliwości oddziaływania na niego.

5. Zakończenie

Interesariuszy w systemie ochrony zdrowia jest bardzo wielu. Ich znaczenie zależy od wielu czynników: władzy, zasobów ekonomicznych, ról, jakie pełnią, czy też wpływu, jaki wywierają na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Wszyscy mają jednak do zrealizowania bardzo ważny cel – zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu. Niezależnie od tego, czy ich wpływ na zmiany jest duży czy też nie, ważne jest, aby wszyscy podejmowali wysiłki w tworzeniu coraz lepiej funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, systemu, na który będzie stać wszystkich.

Literatura

- Frączkiewicz-Wronka A., Dyaczyńska K., Szymaniec K., *Wpływ i znaczenie interesariuszy jednostki ochrony zdrowia na proces podejmowania decyzji menedżerskich*, [w:] *Nowoczesność przemysłu i usług. Współczesne wyzwania i uwarunkowania rozwoju przemysłu i usług*, red. J. Pyka, TNOiK, Katowice 2010.
- Friedman A.L., Miles S., *Stakeholders Theory and Practice*, University Press Oxford, New York 2006.
- Golinowska S., *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2004.
- Golinowska S., Boni M., *Nowe dylematy polityki społecznej*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE nr 65/2006, Warszawa 2006.
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 22.05.2012.
- Robbins S., *Zachowania w organizacjach*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1998.
- Stoner J., Freeman R., Gilbert D., *Kierowanie*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1998.
- Ustawa z dnia 23.01.2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 391, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012.

IDENTIFICATION OF STAKEHOLDERS INFLUENCING THE SCOPE AND COURSE OF CHANGES IN THE HEALTHCARE

Summary: Changes taking place in healthcare require involvement of all entities functioning within the system. However, not all stakeholders have the same opportunities to influence the system reform. The ability to exercise such influence depends on many factors, including: possession of power, knowledge and suitable tools. Patients are a group which is most interested in the introduction of changes, however, the impact they can make is comparatively low. The situation is totally different with pharmaceutical corporations, which are much less interested in introducing changes, but at the same time have a much broader capacity to act. The paper specifies what entities participate in the process of introducing changes to healthcare system and attempts to explain the genesis of their capacities to act (or the absence thereof).

Keywords: stakeholders, change, health care, healthcare system.