

Aldona Frączkiewicz-Wronka,
Agata Austen

Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych

Reorientacja systemu ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań stosowanych z powodzeniem w krajach, gdzie realizowana jest liberalna doktryna ekonomiczna, oznacza konieczność dokonania usprawnienia zasad organizacji systemu ochrony zdrowia jako całości oraz organizacji i funkcjonowania poszczególnych jego podmiotów. Osiągnięcie celów stawianych przed dokonywanymi w ramach reformy działaniami, których wspólny mianownik można określić jako uzyskanie pożądanej efektywności systemu ochrony zdrowia jako całości oraz poszczególnych jego podmiotów, wymaga implementacji innych niż dotychczas sposobów zarządzania jednostkami świadczącymi usługi zdrowotne, a to takich, które stosowane są z powodzeniem w sektorze organizacji komercyjnych. Mając na uwadze różnice, jakie występują między sektorem publicznym a prywatnym, uważamy, iż możliwe jest zastosowanie w organizacjach metod i narzędzi zarządzania, jednak z uwzględnieniem specyfiki sektora ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: nowe zarządzanie publiczne (*new public management*), efektywność organizacji (*organizational effectiveness*), zmiana (*change*), przywództwo (*leadership*)

Wstęp

Transformacja systemu ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań stosowanych z powodzeniem w krajach, w których realizowana jest liberalna doktryna ekonomiczna, oznacza konieczność dokonania usprawnienia zasad organizacji systemu ochrony zdrowia jako całości oraz organizacji i funkcjonowania poszczególnych jego podmiotów. Oczekiwania pacjentów w zakresie dostarczania usług zdrowotnych o większym niż obecny wolumenie i poziomie jakości z jednej strony, a wymagania stawiane przez dysponentów środków pieniężnych w zakresie racjonalności ekonomicznej podejmowanych działań z drugiej strony, powodują konieczność wprowadzenia innego niż dotychczasowy sposobu zarządzania ograniczonymi zasobami. Szczególnie dowartościowany może być zatem

kierunek zmian mających na celu zwiększenie efektywności jednostek ochrony zdrowia w konsekwencji wprowadzania innowacyjnych metod, narzędzi i instrumentów zarządzania organizacjami, tak aby czynnik ludzki był szczególnie dowartościowany. Oznacza to konieczność dokonania analizy, której celem jest zidentyfikowanie wyzwań stojących przed menedżerami jednostek ochrony zdrowia, a wtórnie zaproponowanie takich rozwiązań, które wprowadzone w system zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji podniosą efektywność tychże.

Analiza istniejących rozwiązań wyraźnie wskazuje na konieczność wdrażania do organizacji związanych z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych, a działających w sektorze publicznym, rozwiązań typowych dla nowego zarządzania publicznego (*New Public Management* – NPM). U podstaw reformowania sektora publicznego w duchu NPM leży wdrożenie mechanizmów rynkowych w praktykę działania sektora publicznego, co w zamyśle propagatorów tej koncepcji wymusi na podmiotach działających na rynku usług zdrowotnych kreowanie takich postaw i zachowań, które zbliżają ten obszar relacji ekonomicznych do innych dziedzin gospodarki¹.

Kierunek już przeprowadzanych, jak i proponowanych zmian w sektorze publicznym, jednoznacznie wskazuje na przyjęcie orientacji prorynkowej, której głównym założeniem jest funkcjonowanie wielu podmiotów (z punktu widzenia formy własności) na rynku usług zdrowotnych oraz ich równy dostęp do środków publicznych. Zaznaczyć należy, że o ile ten pierwszy warunek w Polsce jest w pełni osiągnięty, o tyle stan realizacji drugiego jest dyskusyjny. Wprowadzany od ponad 10 lat w sektorze ochrony zdrowia w Polsce wewnętrzny rynek usług zdrowotnych, którego istotą, zgodnie z definicją A.C. Enthovena [1991], jest ograniczona konkurencja między podmiotami, ma miejsce nie tylko pomiędzy podmiotami publicznymi, ale również między podmiotami publicznymi i społecznymi oraz publicznymi i biznesowymi [Włodarczyk, 2010, s. 45-76]. Te ostatnie z pewnością odgrywają strategiczną rolę agentów zmiany, a wypracowywanym w tych podmiotach regułem i rutynom zawdzięczamy powolne uzdrowienie sposobu funkcjonowania organizacji publicznych.

Osiągnięcie celów stawianych przed dokonywanymi w ramach reformy działaniami, których wspólnym mianownikiem jest uzyskanie pożądanej efektywności systemu ochrony zdrowia jako całości oraz poszczególnych jego podmiotów, wymaga implementacji innych niż dotychczasowy sposobów zarządzania jednostkami świadczącymi usługi zdrowotne. Mając na uwadze różnice, jakie występują między organizacjami operującymi

1 NFZ, jako płatnik, jest zobowiązany do przygotowywania planu finansowego tak, aby wydatki były bilansowane przez wpływy, co wymaga dobrej znajomości rynku usług zdrowotnych i wykorzystywania nowoczesnych metod gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących aspektów: demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych.

w sektorze publicznym i prywatnym [Frączkiewicz-Wronka, 2009, s. 35-36], uważamy, iż możliwe jest zastosowanie w organizacjach publicznych metod i narzędzi zarządzania, jednak z uwzględnieniem specyfiki sektora ochrony zdrowia.

W niniejszym artykule dokonujemy przeglądu najważniejszych wyzwań, jakie stoją przed menedżerami samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w zakresie zarządzania nimi i kierunków dokonywanych zmian, szczególnie w obszarze relacji pracowniczych. Dogłębne zrozumienie specyfiki organizacji sektora publicznego jest kluczowe dla rozwoju praktyki nowego zarządzania publicznego w jednostkach ochrony zdrowia i tworzenia spójnych ram teoretycznych tej koncepcji. W literaturze przedmiotu od dawna toczy się debata nad słusznością podejścia menedżerskiego w odniesieniu do organizacji publicznych, w tym działających w sektorze ochrony zdrowia. W naszej opinii wyróżniki organizacji publicznych uniemożliwiają traktowanie organizacji publicznych i prywatnych jako grupy homogenicznej. Nie oznacza to jednak, iż nie istnieją podstawy do transferu wiedzy między sektorami [Boyne, 2002, s. 97-122], stąd i nasze zainteresowania badawcze.

Prezentowane rozważania są wynikiem badań prowadzonych przez zespół związany z Katedrą Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach od początku jej istnienia, a więc od roku 2006, oraz są kontynuacją ścieżki badawczej eksplorowanej we wcześniejszych pracach związanych z Katedrą Polityki Społecznej i Gospodarczej [Frączkiewicz-Wronka, 2010; Frączkiewicz-Wronka, Austen-Tynda, 2009; Frączkiewicz-Wronka, 2008, 2006; Frączkiewicz-Wronka i in., 2004]. Identyfikowanie wyzwań, na które muszą odpowiadać menedżerowie w sektorze ochrony zdrowia, a także kierunków dokonywanych zmian, jest kluczowe dla formułowania założeń w zakresie poprawy jakości i rezultatów zarządzania w organizacjach działających w sektorze publicznym i – co należy podkreślić – są one związane z ludzkim aspektem organizacji i wyznaczają ramy dokonywania reorientacji funkcji personalnej.

Działania doskonalące zarządzanie samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej

Transformacja każdej organizacji jest procesem złożonym o niepewnym wyniku. Można przytoczyć pogląd, że proces tworzenia strategii zmiany powinien przebiegać zgodnie z wytycznymi racjonalnego planowania, co oznacza ustalanie jawnych planów, weryfikowanie ich wspólnie z grupami interesariuszy oraz konieczność zewnętrznego audytu osiągniętych wyników. Podstawą projektowania strategii zmiany jest ustalanie celów, a następnie wyznaczanie sposobów ich osiągania. Analiza literatury przedmiotu, a szczególnie obserwowana praktyka działania, wskazuje, iż cele organizacji publicznych działających w obszarze ochrony zdrowia są w dużej mierze niejednoznaczne. Podsta-

wowym problemem jest możliwość różnej ich interpretacji przez zaangażowane strony. Na niejednoznaczność celów mają wpływ przede wszystkim zmiany polityczne. Jak podkreśla A. Wiatrak [2005, s. 7], „(...) cele organizacji publicznych nie są ujmowane w kategoriach finansowych, lecz w stopniu ich realizacji, co może oznaczać rezygnację z kryterium efektywności na rzecz względów społecznych”. Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że mnogość i często sprzeczność dążeń stawianych przed organizacjami publicznymi przez różnorodnych interesariuszy utrudniają ustalenie celów, ich hierarchizację i efektywną realizację. Niejednoznaczność celów powoduje zwiększenie niejednoznaczności roli menedżera publicznego, a także poprzez wzmacnianie biurokratycznej struktury organizacji wpływa na niejednoznaczność ról jej członków [Boyne, 2002, s. 101]. Decyzje menedżerów w sektorze publicznym podejmowane są nie tylko pod wpływem zewnętrznych uwarunkowań politycznych i administracyjnych, ale są również kształtowane przez motywy, którymi się indywidualnie kierują. A. Downs [1968] stawia tezę, że organizacja publiczna działa jako „maksymalizator” własnych korzyści, orientując się na cele własne, którymi mogą być: siła, dochód, prestiż, bezpieczeństwo, wygoda. Przykładowo menedżer kierujący się motywem utrzymania dotychczasowego *status quo* będzie wrogo nastawiony do innowacji i wszelkich zmian. Podobnie pracownik kierujący się motywem wygody będzie dostarczał tylko takich informacji, które nie generują nowych zadań. Ogólnie można powiedzieć, że w organizacjach publicznych powstaje ryzyko takiej selekcji informacji, która służy interesom zatrudnionych w niej osób, ale jest lub może być sprzeczna z interesem instytucji i interesem społecznym.

Zaprezentowane dywagacje znalazły potwierdzenie w wynikach badań empirycznych prowadzonych w ramach wskazanych powyżej katedr². Zmiany, jakie są wdrażane

2 Omawiane wyniki są rezultatem badań empirycznych prowadzonych w ramach następujących badań finansowanych ze środków publicznych oraz badań komercyjnych: 2007-2010 „Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia” – grant badawczy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego kierownik grantu: dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka, zespół: A. Austen, U. Urbanowicz, M. Kulikowska, M. Wronka, S. Ostrowska; 2009 „Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją publiczną” kierownik tematu: prof. AE dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka, zespół: Wojciech Czakon, A. Austen, M. Wronka, Katarzyna Burda-Świerz, Przemysław Kotowski, Sabina Ostrowska, Akademia Ekonomiczna, Katowice; 2007-2008 – „Zarządzanie publiczne: przywództwo i jego wpływ na efektywność w organizacji publicznej (na przykładzie publicznego sektora ochrony zdrowia – pomiar efektywności)” kierownik tematu: prof. AE dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka, zespół: R. Kozłowski, M. Kulikowska, A. Austen, M. Wronka, Katarzyna Burda-Świerz, Przemysław Kotowski, Akademia Ekonomiczna, Katowice; Studium „Analiza możliwości wdrożenia MSC w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jako narzędzia wspomagającego funkcje kontroli i nadzoru założycielskiego” w ramach projektu SNO-141369/1/04. „System wspomagania zarządzania w ochronie zdrowia w wymiarze terytorialnym w oparciu o narzędzia BI” (projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego) Sygnity SA Warszawa.

Tabela 1. Hierarchia celów działania menedżera jednostki ochrony zdrowia

Zaproponowane odpowiedzi	Ostateczna pozycja w rankingu
Satysfakcja pacjentów	1
Pozytywne postrzeganie opieki zdrowotnej przez pacjentów	2
Wzrost liczby oferowanych usług medycznych	3
Wysoka jakość wykonywanych usług medycznych	4
Polepszenie warunków i bezpieczeństwa pracy	5
Posiadanie nowoczesnej aparatury medycznej	6
Zmniejszenie zatrudnienia do poziomu efektywnego ekonomicznie	7
Utrzymanie miejsc pracy	8
Zadowolenie i zaangażowanie pracowników	9
Wzrost rentowności	10
Zmniejszenie absencji i fluktuacji personelu	11
Panowanie nad ewentualnymi niepokojami pracowników, zachodzącymi w procesie zmiany	12
Rozwój potencjału ludzkiego (podnoszenie kwalifikacji pracowników)	13

N=30

Źródło: badania własne

w konsekwencji wprowadzenia koncepcji NPM – przedstawiane w analitycznej literaturze przedmiotu – dotyczą przede wszystkim działań mających na celu doskonalenie zarządzania. W tym względzie do omawianych poniżej wyników badań własnych przyjęto typologię przedsięwzięć obrazujących zastosowanie wybranych klasycznych i współczesnych metod (a także wybranych koncepcji) zarządzania oraz zmian dotyczących zarządzania w sektorze prywatnym, zaproponowaną przez zespół badawczy pod kierunkiem prof. J. Lichtarskiego [2006], adaptując ją na potrzeby sektora publicznego. Analiza użytego materiału empirycznego została odniesiona do literatury z zakresu zarządzania organizacjami publicznymi.

Po dokonaniu agregacji udzielonych odpowiedzi otrzymany obraz był wysoce nieklarowny. Zarządzający w organizacjach publicznych, hierarchizując cele jako najważniejsze, wskazywali te, które należy przypisać do obszaru politycznego (wpływające na odbiór menedżera w przestrzeni społecznej), a nie ekonomicznego (wyznaczające jego umiejętności efektywnego ekonomicznie działania). Większość wysoko lokujących się wskazań pozostawała poza typowymi wyróżnikami obrazującymi cele działania organizacji działających w sektorze prywatnym i w całkowitej sprzeczności z zasadami NPM.

Tabela 2. Działania usprawniające zarządzanie w jednostkach ochrony zdrowia w sektorze publicznym według hierarchii wskazań przez respondentów

Zaproponowane odpowiedzi	Ostateczna pozycja w rankingu	Średnia
Porządkowanie struktury, regulaminu i statutu w organizacji	1	4,70
Doskonalenie metod i technik zarządzania w zakresie zarządzania środkami trwałymi, rzeczowymi finansowymi środkami obrotowymi i personelem	2	4,35
Wdrażanie nowych struktur organizacyjnych	3	4,32
Doskonalenie zarządzania w obszarze zaopatrzenia, produkcji i sprzedaży oraz inwestycji	4	4,27
Doskonalenie wybranych elementów procesu zarządzania (planowania, motywowania, kontroli)	5	4,25
Wprowadzenie i/lub rozwój zarządzania strategicznego	6	4,16
Modyfikacja cech kultury organizacyjnej	7	3,96
Wprowadzenie i/lub rozwój orientacji projakościowej i właściwych jej metod	8	3,93
Wprowadzenie i/lub rozwój orientacji na człowieka (HRM)	9	3,93
Wprowadzenie i/lub rozwój orientacji na zarządzanie wiedzą i modelu organizacji uczącej się	10	3,86
Wprowadzenie i/lub rozwój zarządzania wartością	11	3,63
Wprowadzenie i/lub rozwój orientacji procesowej (w tym zarządzania projektami)	12	3,56
Wprowadzenie i/lub rozwój przekrojowych metod zarządzania organizacją, na przykład <i>controlling</i> , ZPC	13	3,56
Wprowadzenie i/lub rozwój orientacji marketingowej i właściwych jej metod	14	3,44
Wprowadzenie i/lub rozwój układów sieciowych	15	3,30

N=57

Źródło: badania własne

Analizując uzyskane odpowiedzi, należy stwierdzić, że poziom działań usprawniających we wszystkich wskazanych obszarach działań zarządczych ankietowani ocenili stosunkowo wysoko; wartość metazmiennej syntetycznej, będącej średnią wszystkich wskazanych obszarów, wyniosła 3,95 punktu. Wyraźnie wyższą wartość średnią osiągnęły obszary: porządkowanie struktury, regulaminu i statutu w organizacji – 4,70; wdrażanie nowych struktur organizacyjnych – 4,32; doskonalenie metod i technik zarządzania w zakresie zarządzania środkami trwałymi, rzeczowymi finansowymi środkami obrotowymi i personelem – 4,35; doskonalenie zarządzania w obszarze zaopatrzenia, produkcji i sprzedaży oraz inwestycji – 4,27, przy jednoczesnym stosunkowo niskim zróżnicowaniu

ocen. Najniższy średni poziom osiągnęły: wprowadzenie i/lub rozwój układów sieciowych – 3,30; wprowadzenie i/lub rozwój orientacji marketingowej i właściwych jej metod – 3,44; wprowadzenie i/lub rozwój przekrojowych metod zarządzania organizacją, np. controlling, ZPC – 3,56, oraz wprowadzenie i/lub rozwój orientacji procesowej (w tym zarządzania projektami) – 3,56 punktu. Należy podkreślić, że wymienione obszary cechuje wysoka wartość odchylenia standardowego, co wskazuje na znaczące zróżnicowanie odpowiedzi.

Doskonalenie zarządzania organizacją może mieć charakter proaktywny bądź reaktywny. Zmiany proaktywne są charakteryzowane przez aktywne nastawienie względem celów, poszukiwanie sposobów rozwiązywania problemów, zanim powstaną, podczas gdy reaktywne są podejmowane w odpowiedzi na wyłaniającą się konieczność [Larson, Bussom, Vicars Jauch, 1986, s. 385-400]. Proaktywność obok innowacyjności i podejmowania ryzyka stanowi wyróżnik przedsiębiorczości [Bratnicki 2001], a wprowadzenie zachowań przedsiębiorczych w sektor publiczny jest jednym z postulatów nowego zarządzania publicznego. W przypadku badanych organizacji zwykle kilka powodów decydowało o podjęciu działań doskonalących zarządzanie. Do najczęściej wskazywanych należy zaliczyć potrzebę rozwiązania konkretnych pojawiających się problemów (90,% wskazań), co może sugerować, że działania doskonalące mają charakter bardziej reaktywny niż proaktywny. Dla respondentów ważne znaczenie ma też poszukiwanie lepszej pozycji na konkurencyjnym rynku (60%) oraz działania marketingowe i promowanie wizerunku organizacji (50%). Badane organizacje w niewielkim stopniu sugerują się zaleceniami firm konsultingowych, prawdopodobnie ze względu na niewielki stopień korzystania z tego rodzaju usług, czy też modą na określone koncepcje zarządzania (łącznie 10% wskazań) (tab. 3).

Tabela 3. Przyczyny podejmowania działań doskonalących zarządzanie

Zaproponowane odpowiedzi:	Częstość*	Procent*
potrzeba rozwiązania konkretnych pojawiających się problemów	50	90,91
poszukiwanie lepszej pozycji na konkurencyjnym rynku	33	60,00
działania marketingowe i promowanie wizerunku organizacji	28	50,91
potrzeba własnego rozwoju zawodowego i awansu	13	23,64
wprowadzenie zaleceń sformułowanych przez firmę konsultingową	4	7,27
moda na określoną koncepcję zarządzania	2	3,64

*respondenci mogli wskazać więcej niż 1 odpowiedź (n=55).

Źródło: badania własne

Proces dokonywania zmian strategicznych w organizacji wiąże się ze zmianą zarówno zamierzenia strategicznego, jak i infrastruktury menedżerskiej, co sprawia, iż jego przeprowadzenie jest skomplikowane. Ograniczenie przeobrażeń tylko do infrastruktury menedżerskiej tworzy proces strategicznej adaptacji dokonywanej poprzez transformację organizacyjną zainicjowaną w trakcie reorganizacji (gdy impulsem jest zmiana otoczenia, np. systemowego) lub przebudowy kluczowych procesów gospodarczych (gdy impulsem do adaptacji są niezadowolające osiągnięcia w wykorzystywaniu wyróżniającej kompetencji w kategoriach jakości, zadowolenia klientów itp.), adresowaną do czynników informacyjno-decyzyjnych i zasobów ludzkich. Adaptacja jest typowym podejściem od wewnątrz do zewnątrz, w którym kształtuje się strukturę organizacyjną, system działania, zasoby, potencjał ludzki dla urzeczywistnienia wyznaczonego zamierzenia strategicznego. Proces ten jest ukierunkowany wizją rozwojową, a kultura organizacyjna i otoczenie tworzą pole sił ułatwiających i utrudniających przemianę. Tak rozumianej adaptacji strategicznej najlepiej dokonuje się wtedy, gdy zapewni się szerokie uczestnictwo interesariuszy w czasie trwania tego procesu. Zgodnie z klasycznym ujęciem zaproponowanym przez Freemana [1986, s. 46], interesariuszem jest jednostka bądź grupa, która może wpływać na możliwość osiągnięcia celów przez organizację lub na którą organizacja może wpływać, osiągając swoje cele. Odnosząc się do kluczowych założeń teorii interesariuszy, można wskazać, że:

- organizacja wchodzi w relacje z wieloma grupami, czyli interesariuszami;
- teoria interesariuszy koncentruje się na naturze relacji, zarówno w obszarze procesu, jak i wyników dla organizacji;
- interesy wszystkich uprawnionych interesariuszy mają istotną wartość i żadne z nich nie powinny dominować nad innymi [Jones, Wick, 1999, s. 206-221].

Analiza wyników przeprowadzonych badań wskazuje, że zdecydowana większość ankietowanych wykorzystuje w swoich działaniach logikę analizy interesariuszy (ponad 9/10 wszystkich wskazań). Menedżerowie, podejmując decyzje, zastanawiają się, przede wszystkim, kogo mogą one dotyczyć, a zatem sporządzają listę interesariuszy (tab. 4).

Tabela 4. Identyfikowanie osób/organizacji, na które może mieć wpływ podejmowana decyzja

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Tak	58	96,7	96,7
	Nie	2	3,3	3,3
	Ogółem	60	100,0	100,0

N=60

Źródło: badania własne

Podobnie wysoki poziom odpowiedzi twierdzących uzyskano dla pytania o dokonywanie oceny wpływu interesariuszy na możliwość realizacji decyzji (tab. 5). Zdecydowana większość respondentów (57) deklaruje, że prowadzą taką ocenę, jednak odnosząc się do pytania dotyczącego stopnia sformalizowania oceny, należy zaznaczyć, iż w wielu przypadkach ocena ta ma charakter nieformalny.

Tabela 5. Dokonywanie oceny poziomu wpływu osób/organizacji na późniejszą możliwość realizacji podejmowanych decyzji

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Tak	57	95,0	96,6
	Nie	2	3,3	3,4
	Ogółem	59	98,3	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,7	
Ogółem		60	100,0	

N=60

Źródło: badania własne

Co istotne dla prowadzonych badań, niemal wszyscy respondenci widzą potrzebę zarządzania relacjami z interesariuszami. Świadczy to o wysokim stopniu zrozumienia konieczności komunikowania się z podmiotami, których dotyczą działania SPZOZ-ów.

Tabela 6. Identyfikowanie potrzeby zarządzania relacjami z osobami/organizacjami, które mają wpływ na podejmowanie decyzji

		Częstość	Procent	Procent ważnych
Ważne	Tak	56	93,3	96,6
	Nie	2	3,3	3,4
	Ogółem	58	96,7	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	2	3,3	
Ogółem		60	100,0	

N=60

Źródło: badania własne

Interesariusze mogą mieć pozytywny bądź negatywny wpływ na realizację celów organizacji, dlatego też ważny jest stopień ich akceptacji dla proponowanych zmian, a ten niewątpliwie jest wyższy, gdy sami są inicjatorami zmian. Warunkiem powodzenia procesu usprawniania sektora ochrony zdrowia jest dobre przygotowanie zmiany, czyli

uzyskanie współdziałania i uczestnictwa wszystkich partnerów tego procesu [Bridges, 2008, s. 3-11]. Dotychczasowe polskie doświadczenia jednoznacznie potwierdzają brak przygotowania do niego zarówno w wymiarze ekonomicznym, prawnym, jak i – co w zarządzaniu publicznym jest niezwykle ważne – politycznym [Włodarczyk, 1999, s. 79-89]. Uświadomienie faktu, że przedmiotem zmiany jest strategia przejścia od wspólnych – dla wszystkich partnerów tego procesu – problemów i zagrożeń do wspólnego ich rozwiązywania oraz sprecyzowania celu, roli, zadań i odpowiedzialności, jawi się tutaj jako strategiczny czynnik sukcesu. Zatem znaczenie pracowników dla powodzenia przedsięwzięcia jest nie do przecenienia.

Z punktu widzenia znaczenia interesariuszy ciekawe było poznanie opinii zarządzających o miejscu inicjowania zmiany i jej kierunku. Większość zmian w badanych jednostkach ochrony zdrowia jest inicjowana przez samych zarządzających lub przez organ założycielski, co w pełni pokrywa się z wynikami innych badań opisywanych w literaturze przedmiotu.

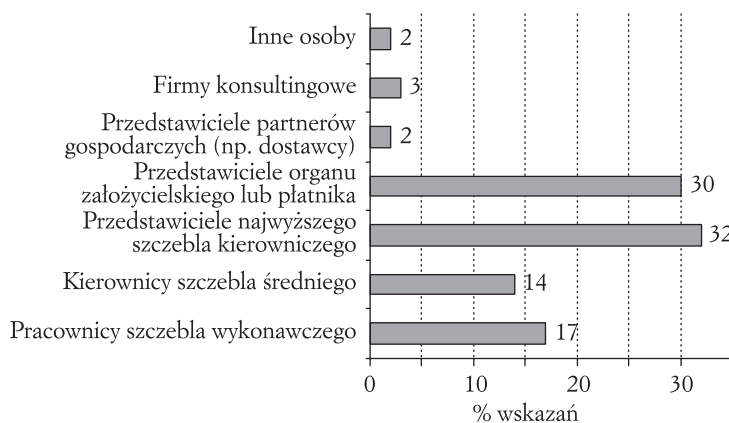
Chcąc określić skuteczność działań menedżerów w aspekcie transformacji SPZOZ-ów, poproszono menedżerów o dokonanie oceny przeprowadzanych zmian. Doświadczenia badanych respondentów w tym zakresie można określić jako wysoce pomyślne. Nieliczni stwierdzali, że zmiany kończyły się niepowodzeniem. W pozostałych przypadkach występowało przynajmniej częściowe powodzenie. Zdaniem 28% respondentów, powodzenie zmian można określić jako całkowite. Większość z nich (prawie 2/3) podkreśla jednak, że stopień powodzenia takiego przedsięwzięcia zależy od charakteru wprowadzanych zmian (tab. 7).

Tabela 7. Ocena dotychczasowych prób wprowadzenia zmian w zarządzaniu

Zaproponowane odpowiedzi:	Częstość*	Procent*
kończyły się niepowodzeniem (nieskuteczne wdrożenie, brak efektów)	2	3,51
na ogół kończą się częściowym sukcesem i przejściowym powodzeniem (po pewnym czasie wraca się do stanu sprzed zmiany)	1	1,75
na ogół kończą się częściowym i trwałym powodzeniem	23	40,35
tylko w niewielkiej części kończą się pełnym powodzeniem	5	8,77
na ogół kończą się pełnym, trwałym powodzeniem	16	28,07
stopień powodzenia jest zróżnicowany i zależy od złożoności i trudności przedsięwzięcia	34	59,65

*Respondenci mogli wskazać na więcej niż 1 odpowiedź (n=57)

Źródło: badania własne

Wykres 1. Grupy lub pracownicy wytyczający kierunek zmian w jednostce ochrony zdrowia

*Respondenci mogli wskazać na więcej niż 1 odpowiedź (n=57)

Źródło: badania własne

Skuteczność procesu zmiany może być warunkowana przez kulturę organizacji. W literaturze przedmiotu powszechne jest założenie, że kultura organizacji publicznych różni się znacznie od kultury organizacji komercyjnych. Uczestnikom organizacji publicznych przypisuje się bardziej prospołeczne wartości niż członkom organizacji prywatnych. Zapytano grupę menedżerów o najważniejsze cechy kultury organizacyjnej w jednostce świadczącej usługi zdrowotne i poziom ich wpływu na możliwość realizacji założonych celów. Największe znaczenie przypisali oni inicjatywnej postawie pracowników (tab. 8), stąd i potrzeba wzmacniania funkcji personalnej w jednostkach ochrony zdrowia.

Tabela 8. Cechy kultury organizacyjnej wpływające na realizację założonych celów

Zaproponowane odpowiedzi	Ostateczna pozycja w rankingu
Inicjatywna postawa pracowników: wizja rozwoju, wzorowość, wytrwałość i entuzjazm	1
Zdolność do dostrzegania zmian w otoczeniu jako skutek systematycznego obserwowania jego ewolucji	2
System wartości przedsiębiorstwa wyraźnie sformułowany, zrozumiały i wiarygodny	3
Dążenie do perfekcyjności, permanentny krytycyzm w stosunku do osiągniętych wyników (nastawienie na klienta, jakość)	4
Pogłębianie profesjonalizmu w działaniach jest wspólną troską, a zwłaszcza odnosi się do podstawowych funkcji zakładu, to znaczy świadczenia usług zdrowotnych	5

Zaproponowane odpowiedzi	Ostateczna pozycja w rankingu
Wysoka sprawność w rozwiązywaniu problemów	6
Organizacja stanowi zespół uczący się	7
Wysoka zdolność reagowania i priorytetowe znaczenie przyznawane działaniu: zbiorowa presja na osiągnięcie pomyślnych wyników ze wszystkich dziedzin objętych programami	8

N=30

Źródło: badania własne

Pomiar efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Kwestie pomiaru efektywności jednostek ochrony zdrowia budzą coraz większą ciekawość ze względu na ich znaczenie dla procesu zarządzania. Stosowanie systemu pomiaru efektywności wpływa na funkcjonowanie i rozwój organizacji [Davis, Albright, 2004, s. 135-153; Evans, 2004, s. 219-232; Ferlie, Hartley Martin, 2003, s. 1-14.]. Mimo rosnącego zainteresowania problemem efektywności organizacji badania empiryczne w tym zakresie w sektorze ochrony zdrowia można określić jako rozproszone i fragmentaryczne. Ze względu na fundamentalne różnice i specyfikę funkcjonowania, właściwe wszystkim organizacjom publicznym, pomiar efektywności nastręcza wiele trudności, co więcej, niektórzy uważają wręcz, że jest niemożliwy [Boland, Fowler, 2000, s. 417-446].

Organizacje funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia działają przede wszystkim w celu realizacji potrzeb społecznych i oceniane są nie tylko przez podmioty właścicielskie, lecz także społeczeństwo, które korzysta z ich usług. Dlatego też wydaje się słuszne założenie, iż należy dążyć do zbudowania takiego systemu miar, który pozwoliłby na ocenę stopnia realizacji różnorodnych celów jednostek ochrony zdrowia, uwzględniających różne perspektywy. W ocenie przydatności rozmaitych kryteriów efektywności posłużono się klasyfikacją zaproponowaną przez Quinna i Rohrbaugha [1983, s. 1463-1476].

Wyniki analizy zaprezentowanych statystyk opisowych wskazują na niewielką rozbieżność w średniej ocenie przydatności takich kryteriów, jak: jakość, wynik finansowy, wydajność, rozwój, zarządzanie informacją i komunikacja oraz planowanie i ustalanie celów. Badani respondenci najwyżej ocenili przydatność jakości jako miary efektywności zakładu opieki zdrowotnej (średnia ocena 4,75) oraz wyniku finansowego (4,63). Pozostałe z wymienionych kryteriów uzyskały średnią ocenę w wysokości 4,60. Niewielkie rozbieżności w średniej ocenie mogą wskazywać na poparcie dla idei stosowania rozmaitych wskaźników prezentujących różne obszary działania organizacji. Najniżej została oceniona przydatność kryterium, jakim jest konflikt (średnia wyniosła jedynie 2,68).

Tabela 9. Hierarchia wskazanych kryteriów przydatnych w ocenie efektywności zarządzania w jednostce ochrony zdrowia

Zaproponowane odpowiedzi	Ostateczna pozycja w rankingu
Wynik finansowy – różnica między przychodami a kosztami	1
Planowanie i ustalanie celów – systematyczne ustalanie celów i planowanie przyszłych działań	2
Jakość – jakość wytwarzanych przez organizację świadczeń	3
Wydajność – wskaźnik odzwierciedlający pewne aspekty wyników jednostki do poniesionych kosztów	4
Produktywność – liczba wytwarzanych świadczeń (może być mierzona na poziomie indywidualnym, grupowym bądź organizacyjnym)	5
Gotowość – zdolność organizacji do zwiększenia liczby świadczeń i/lub ich zmiany bądź rozszerzenia	6
Rozwój – reprezentowany przez wzrost takich zmiennych, jak: wielkość zatrudnienia i inwestycji, udział w rynku, wolumen świadczonych usług (ocena następuje przez porównanie obecnego stanu ze stanem z przeszłości)	7
Elastyczność – zdolność organizacji do zmiany standardowych procedur działania w odpowiedzi na zmiany otoczenia	8
Zarządzanie informacją i komunikacja – kompletność, wydajność, dokładność w analizie i dystrybucji informacji krytycznych dla organizacji	9
Trening i uczenie się – działania podejmowane w zakresie rozwoju zasobów ludzkich	10
Monitoring otoczenia – odnajdowanie zasobów koniecznych do efektywnego działania	11
Kontrola – wykorzystanie kontroli menedżerskiej w organizacji w celu kształtowania zachowań członków organizacji	12
Stabilność – utrzymanie struktury, funkcji i zasobów w danym okresie, w szczególności w sytuacjach kryzysowych	13
Wartość zasobów ludzkich – zbiorowe kryterium, które odnosi się do łącznej wartości członków organizacji i do wartości organizacji w ujęciu księgowym	14
Morale – zdolność grupy do podejmowania zwiększonego wysiłku na rzecz organizacji, akceptacja celów, zaangażowanie i poczucie przynależności członków grupy	15
Ewaluacja przez zewnętrzne podmioty – ocena organizacji przez jednostki lub organizacje działające w otoczeniu organizacji, z którymi wchodzi ona w interakcje (np. ocena działalności szpitala przez NFZ, wojewodę, zdrowie publiczne)	16
Konflikt – rozumiany jako napięcia występujące wewnątrz organizacji, które mogą być wykorzystane do osiągnięcia celów (zarządzanie przez konflikt)	17

N=57

Źródło: badania własne

Tabela 10. Determinanty efektywności w ocenie respondentów

Efektywność zależy od:	Zdecydowanie nie zgadzam się		Raczej się nie zgadzam		Nie mam zdania		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam		N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
podmiotów zewnętrznych, takich jak jednostka samorządu terytorialnego	4	7,1	5	8,9	1	1,8	20	35,7	26	46,4	56	1,00	5,00	4,05	1,23
zasobów ludzkich organizacji	–	–	–	–	1	1,8	25	43,9	31	54,4	57	3,00	5,00	4,53	0,54
zasobów rzeczowych organizacji	–	–	8	14,5	2	3,6	30	54,5	15	27,3	55	2,00	5,00	3,95	0,95
działań podejmowanych przez kadrę zarządzającą	–	–	–	–	2	3,5	20	35,1	35	61,4	57	3,00	5,00	4,58	0,57

N=57

Źródło: badania własne

Dokonując analizy danych dotyczących stosowania kryteriów, można zauważyć większą skłonność do stosowania kryteriów „twardych”, takich jak wynik finansowy, rozliczanie na podstawie osiągniętych celów, wydajność. Najsłabiej stosowane są kryteria związane z zarządzaniem przez konflikt, wartością zasobów ludzkich i kontrolą menedżerską.

Odnosząc poziom faktycznego stosowania poszczególnych kryteriów do postrzeganej możliwości ich stosowania, należy zauważyć, że poziom stosowania poszczególnych kryteriów jest niższy niż postrzegana przydatność (średnie wynoszą odpowiednio 4,06 i 4,32). W szczególności duża rozbieżność między deklarowanym zainteresowaniem a faktycznym stosowaniem występuje w przypadku kryteriów innowacyjnych, aczkolwiek mniej rozpoznanych w praktyce zarządzania w sektorze publicznym.

Na poziom efektywności wpływają różne czynniki otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego organizacji. Zdaniem respondentów, efektywność zarządzanych przez nich organizacji w największym stopniu zależy od działań podejmowanych przez kadrę zarządzającą (średnia odpowiedzi 4,58), gdzie 61,4% respondentów ocenia wagę tego czynnika jako bardzo istotny. Podobnie została oceniona waga zasobów ludzkich (średnia 4,53). Na kolejnym miejscu wskazano podmioty zewnętrzne (średnia odpowiedzi 4,05), a na ostatnim – zasoby rzeczowe organizacji (3,94). Należy jednak podkreślić, że odpowiedzi respondentów na temat znaczenia podmiotów zewnętrznych były mocno zróżnicowane (odchylenie standardowe wyniosło 1,23, a rozpiętość – 4) (tab. 10).

Znaczna część badań poświęconych problemom efektywności i jej pomiaru w jednostkach ochrony zdrowia koncentruje się na dychotomii między jednostkami publicznymi (niedochodowymi) a nastawionymi na zysk [Frączkiewicz-Wronka, 2010, s. 399-404]

Reasumując, można wskazać na co najmniej dwie różnice między niepublicznymi i publicznymi: ekonomiczne kryteria są ważniejsze w szpitalach niepublicznych, a kryteria pozaekonomiczne mają znaczący wpływ na podejmowanie decyzji w szpitalach publicznych [Rushing, 1974, s. 474-484]. Powyższa konstatacja prowadzi do sformułowania wniosku, że w przypadku organizacji publicznych nacisk nie powinien być położony na kryteria ekonomiczne ale na pozaekonomiczne.

Podsumowanie

Zaprezentowane w niniejszym artykule wyniki przeprowadzonych badań są zaledwie fragmentem prac prowadzonych przez nas zespół. W szerszych analizach wykorzystujących metody korelacji i regresji udało się potwierdzić przypuszczenie, iż stosowanie przez SPZOZ zarówno nowoczesnych metod i narzędzi zarządzania, jak i pomiaru efektywności, może przyczynić się do poprawy skuteczności ich działania. Proponuje się w tym zakresie wprowadzenie czterech procesów, które mogą spowodować osiągnięcie lepszych wyników przez organizacje:

- procesy nastawione na jakość,
- rozwój produktu lub usługi,
- *benchmarking*,
- zarządzanie zasobami ludzkimi [Letts, Ryan, Grossman, 1999].

Wskazane wyzwania dla menedżerów zarządzających publicznymi zakładami opieki zdrowotnej mogą stanowić wkład w rozwój dyscypliny zarządzania zasobami ludzkimi, nakreślając tło dla procesów personalnych, jakie mają miejsce w tych organizacjach. Można je traktować jako ramę zarządzania zasobami ludzkimi, którą powinno wypełniać się treścią konkretnych praktyk i decyzji.

Transformacja organizacji wymaga rozwoju zarówno materialnych, jak i niematerialnych zasobów organizacji [Sveiby, 1997, s. 11-12]. Kluczowe w tym procesie jest uwzględnienie roli czynnika ludzkiego i wykorzystywanie wiedzy organizacji [Bratnicki, 1998, s. 165]. Organizacje świadczące usługi zdrowotne posiadają niewiele zasobów materialnych, ich zasoby niematerialne przedstawiają jednak znacznie większą wartość od zasobów materialnych. Funkcjonowanie i rozwój organizacji są silnie uzależnione od klientów i dostawców, którzy wspomagają posiadaną przez organizację wiedzę. Więzi zewnętrzne mają podłoże nie tyle w strumieniach finansowych, ile w strumieniach wiedzy tworzonych przy wykorzystaniu zasobów niematerialnych [Frączkiewicz-Wronka, Bratnicki Austen, 2007, s. 27-38]. Jak podkreśla K. Perechuda [2008, s. 162-175], myślenie o zarządzaniu w reformowanym systemie ochrony zdrowia powinno znacząco wykorzystywać kategorię wiedzy, jako że ekonomia wiedzy oferuje obfite zasoby, a ludzka zdolność do jej tworzenia jest nieograniczona. Przyjęcie takiego założenia wiąże się z koniecznością zaakceptowania przez kadrę zarządzającą perspektywy odmiennej od tej, która dominowała w erze industrializacji [Naisbitt, 1997, s. 62], czyli wytworzenia świadomości, czym jest wiedza i jak realnie wykorzystać ją w procesie sanacji, biorąc pod uwagę jej atrybuty³.

Usprawnianie organizacji przywódców, którzy potrafią przekazać tę wiedzę innym członkom organizacji i doprowadzić do jej implementacji do praktyki działania. Reformowanie sektora publicznego i jego organizacji wymaga silnych i efektywnych przywódców, którzy będą potrafili zaprojektować i wdrożyć niezbędne zmiany. Uważa się, że sukces organizacji zależy od stylu przywództwa, w szczególności podkreśla się rolę naczelnego kierownictwa [Spinelli, 2006, s. 11-18; Pawar, Eastman, 1997, s. 80-109]. Należy przy tym wskazać na silną zależność między przywództwem transformacyjnym a efektami pracy zespołu (tab. 11). W przeprowadzonych badaniach wartości współczynnika korelacji Pearsona wyniosły dla poszczególnych wymiarów przywództwa transformacyjnego: 0,672 dla dodatkowego wysiłku, 0,693 dla satysfakcji oraz 0,702 dla efektywności, co wskazuje na silną dodatnią zależność. Oznacza to, że im silniejsze zachowania przywódcy właściwe dla stylu transformacyjnego, tym wyższa postrzegana efektywność. Niższa

3 Wiedza jest ukryta, to znaczy, że jest zakorzeniona w praktyce. Wprawdzie jest ona osobista, ale powstaje w społecznym procesie jej konstruowania. Wiedza ukryta jest wiedzą wykorzystywaną jako narzędzie radzenia sobie z obiektem albo zjawiskiem będącym w centrum uwagi, wspomaga ona realizację danego zadania (działania lub tworzenia nowej wiedzy). Wiedza jest ukierunkowana na działanie. W tym sensie jest działalnością, którą można opisywać jako proces poznawania. Jest wspomagana przez reguły postępowania. Takie proceduralne reguły pozwalają zaoszczędzić energię oraz umożliwiają szybkie i efektywne działanie wraz z równoczesnym myśleniem o tym, co się robi. Stanowią one zarazem pewne ograniczenie, ponieważ filtrują nową wiedzę. Wiedza podlega ustawicznej zmianie, może być rozpowszechniana, kwestionowana i w ślad za tym powiększana.

zależność, jednak także klasyfikowana jako silna, występuje między stylem transakcyjnym a efektywnością. Uzyskane wartości korelacji wynosiły odpowiednio 0,238; 0,370; 0,338.

Tabela 11. Wyniki analizy korelacji Pearsona pomiędzy stylami przywództwa a efektywnością organizacji

		Dodatkowy wysiłek	Satysfakcja	Efektywność
Transformacyjny	korelacja Pearsona	0,627(**)	0,693(**)	0,702(**)
	istotność (dwustronna)	0,000	0,000	0,000
Transakcyjny	korelacja Pearsona	0,238	0,370(**)	0,338(**)
	istotność (dwustronna)	0,052	0,002	0,005
Leseferystyczny	korelacja Pearsona	-0,506(**)	-0,743(**)	-0,621(**)
	istotność (dwustronna)	0,000	0,000	0,000

N=64

Źródło: badania własne

Transformacja organizacji publicznej wymaga, aby zarządzający posiadali umiejętności przywódcze manifestujące się między innymi w inicjowaniu autentycznej rewolucji, ale również w kreowaniu wizji przyszłości i woli jej realizowania. Powodzenie procesu transformacji jest efektem utrzymywania względnego balansu między tworzeniem wizji przyszłości, przebudowywaniem kompetencji i utrzymaniem bieżącej działalności na zadowalającym poziomie. Oznacza to istnienie różnorodnych sprzeczności, które są koniecznym czynnikiem transformacji, przy czym jej siłą napędową jest napięcie pomiędzy aspiracjami dotyczącymi przyszłości a aktualnymi kompetencjami umożliwiającymi ich zaspokojenie. Istnieje więc głęboka potrzeba spojrzenia strategicznego, umożliwiającego sformułowanie różnych punktów widzenia, na drogi rozwoju organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia, biorącego pod uwagę główne obszary odniesienia wykorzystywane przez teoretyków organizacji [Boyne, 2002, s. 100]: otoczenie, cele (strategię), strukturę oraz kulturę organizacyjną (wartości).

Zastanawiając się nad istotą zarządzania zasobami ludzkimi w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w kontekście tezy, że najważniejsze w przeprowadzanej zmianie jest tworzenie silnej i świadomej kadry zarządzającej po to, aby osiągnąć efektywność ekonomiczną i zadowolenie interesariuszy, trudno jest uciec od dwóch zasadniczych pytań: jak dowartościować prowadzone w jednostce procesy zarządzania zasobami ludzkimi, aby wspierały przewagę konkurencyjną, oraz jakimi narzędziami ten cel uzyskać. Poszukując odpowiedzi na te pytania, należy relatywizować je w odniesie-

niu do czterech obszarów: przyszłości organizacji, zespolenia z otoczeniem, kompetencji oraz etyki działalności gospodarczej [Bratnicki, 2001, s. 7-16].

Reasumując, przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie stwierdzenia, że konieczność zmiany w dotychczasowym sposobie zarządzania SPZOZ wymaga wykształconych menedżerów i przywódców uaktualniających swoją wiedzę i potrafiących zarówno projektować nowe rozwiązania, jak i motywować pracowników do ich wdrażania. Dla pracowników oznacza to zarówno pokonywanie oporu wobec zmian, jak i rozwój dotychczasowych kompetencji. Zaangażowanie pracowników w proces usprawniania organizacji wymaga zatem stworzenia adekwatnych systemów oceny efektów ich pracy, jak i wynagradzania. Nasuwa się zatem szereg pytań, czy obecne polityki rekrutowania, oceny, motywowania i wynagradzania, rozwoju pracowników i kadry zarządzającej pozwalają na skuteczne wprowadzanie zmian. Wskazane wyzwania mogą stanowić obszary dla przyszłych badań empirycznych.

Literatura

- Boland T., Fowler A. (2000), *A systems perspective of performance management in public sector organizations*, „International Journal of Public Sector Management”, nr 13(5).
- Boyne G. (2002) *Public and Private Management: What's the Difference?*, „Journal of Management Studies”, nr 39.
- Bratnicki M. (2001) *Dylematy i pułapki współczesnego zarządzania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice.
- Bratnicki M. (1998), *Transformacja przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice.
- Bratnicki M. (2001) *Wiedza jako kluczowy element zarządzania w reformowanym systemie ochrony zdrowia*, [w:] Frączkiewicz-Wronka A., Koczur W. (red.) *Reforma systemu ochrony zdrowia – szanse i bariery*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice.
- Bridges W. (2008) *Zarządzanie zmianami. Jak maksymalnie skorzystać na procesach przejściowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Davis S., Albright T. (2004) *An investigation of the effect of balanced scorecard implementation on financial performance*, „Management Accounting Research”, nr 15.
- Downs A. (1968), *Ökonomische Theorie der Demokratie*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, cytat za: Peters H-R., *Wirtschaftspolitik*, R. Oldenboug Verlag, Munchen 1995.
- Enthoven A.C. (1991), *Internal market reform of the British Health Service*, „Health Affairs”, nr 30(1-2).
- Evans J.R. (2004), *An exploratory study of performance measurement systems and relationships with performance result.*, „Journal of Operations Management”, nr 22.
- Ferlie E., Hartley J., Martin S. (2003), *Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects*, „British Journal of Management”, nr 14.
- Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owczor-Cydzik B., Sobusik B. (2004), *Samorządowa polityka zdrowotna*, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka A., red. (2006), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej Katowice.

- Frączkiewicz-Wronka A., Bratnicki M., Austen A. (2007), *Procesy uczenia się w organizacjach sektora publicznego*, [w:] Białas T. (red.), *Dylematy i wyzwania współczesnego zarządzania organizacjami publicznymi*, Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu im. E. Kwiatkowskiego, Gdynia.
- Frączkiewicz-Wronka A. red. (2008), *Performance measurement in public organization. The theory and the practice of the health care sector*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A., red. (2009), *Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A., red. (2010), *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, Akademia Ekonomiczna, Katowice.
- Freeman R.E. (1984), *Strategic Management: A stakeholder approach*, Pitman, Boston.
- Jones T., Wicks A. (1999), *Convergent Stakeholder Theory*, „Academy of Management Review” 24/2, s. 206-221.
- Larson L.L., Bussom R.S., Vicars W., Jauch L (1986), *Proactive Versus Reactive Manager: Is The Dichotomy Realistic?*, „Journal of Management Studies”, nr 23:4.
- Letts C.W., Ryan W., Grossman A. (1999), *Performance Nonprofit Organizations. Materials from Kennedy School of Government*, Harvard University distance learning meeting November 10.
- Lichtarski J. (2006), *Rzeczywiste i preferowane kierunki zmian w zarządzaniu przedsiębiorstwami w opiniach ich głównych aktorów*, „Przegląd Organizacji”, nr 11.
- Naisbitt J. (1997), *Megatrendy. Dziesięć nowych kierunków zmieniających nasze życie*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Pawar, B. S., Eastman, K.K. (1997), *The nature and implications of contextual influences on transformational leadership: A conceptual examination*, „Academy of Management Review”, nr 22.
- Perechuda K. (2008), *Coaching wiedzy medycznej jako instrument przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznychI*, [w:] Kowalewski M., Perechuda K. (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Quinn R.E., Rohrbaugh J. (1983), *A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis*, „Management Science”, nr 50(11), s. 1463-1476.
- Rushing, W. (1974), *Differences in profit and nonprofit organizations: a study for effectiveness and efficiency in general short – stay hospitals*, „Administrative Science Quarterly”, vol. 19, nr 4.
- Spinelli R. (2006), *The applicability of Bass’s model of transformational, transactional and laissez-faire leadership in the hospital administrative environment*, „Hospital Topics”, 84(2),1, s.1-18.
- Sveiby K.E.(1997), *The New Organizational Wealth. Managing and Measuring Knowledge-based Assets*, Berret-Koehler Publishers, San Francisco.
- Wiatrak A.P., 2005, *Sektor publiczny – istota, zakres i zarządzanie*, „Problemy Zarządzania”, nr 10(4), s. 7-21.
- Włodarczyk C.W. (1999), *Instytucje opieki zdrowotnej, funkcje zadane a funkcje realizowane*, [w:] Golinowska S. (red.), *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, IPiSS, IPS, Warszawa.

Public Management Concepts as a Challenge for Healthcare Management Practice

Summary

Reorientation of the healthcare systems towards solutions successfully implemented in countries following liberal economic doctrines means a need for greater efficiency in the organizational principles behind the healthcare system as a whole and in the organizing and functioning of its individual entities. The achievement of objectives facing such reform, whose common denominator may be defined as the attainment of a desired efficiency in healthcare as a whole and in its individual units, requires the implementation of healthcare provider management different than that applied to date—i.e. methods used successfully in the commercial organization sector. Bearing in mind differences found between the public and private sector, it is possible to apply such management tools in the organizations, but taking into account the specifics of the healthcare sector.

Aldona Frączkiewicz-Wronka – profesor Akademii Ekonomicznej w Katowicach, kierownik Katedry Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych UE Katowice. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół zagadnień związanych z zarządzaniem w sektorze publicznym, polityką społeczną oraz ochroną zdrowia. Kierownik i wykonawca wielu projektów badawczych oraz autorka licznych publikacji z zakresu wymienionych dziedzin. Uczestniczka wielu zagranicznych staży, stypendiów i międzynarodowych konferencji naukowych. Jest uznanym doradcą w Ministerstwie Zdrowia, Instytucie Pracy i Polityki Społecznej, Państwowym Zakładzie Higieny. Pełni również szereg funkcji społecznych, m.in. przewodniczącej Konsultacyjnej Rady Społeczno-Gospodarczej przy Prezydencie Miasta Zawiercie. Jest także członkiem w radach redakcyjnych czasopism naukowych poświęconych tematyce zarządzania w ochronie zdrowia. Zajmuje się szkoleniem kadry zarządzającej jednostek służby zdrowia oraz administracji publicznej.

Agata Austen – doktor nauk ekonomicznych w zakresie zarządzania, adiunkt w Katedrze Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych w UE Katowice. Autorka wielu prac naukowych oraz wykonawca projektów badawczych poświęconych zarządzaniu organizacjami, w tym pomiarowi efektywności i przywództwa w kontekście sektora publicznego. Uczestniczka licznych międzynarodowych konferencji, m.in. British Academy of Management, International Research Society for Public Management. Pracuje również nad zastosowaniem wyników badań do praktyki zarządzania w sektorze publicznym, prowadząc projekty doradcze i szkolenia ze wskazanych obszarów.