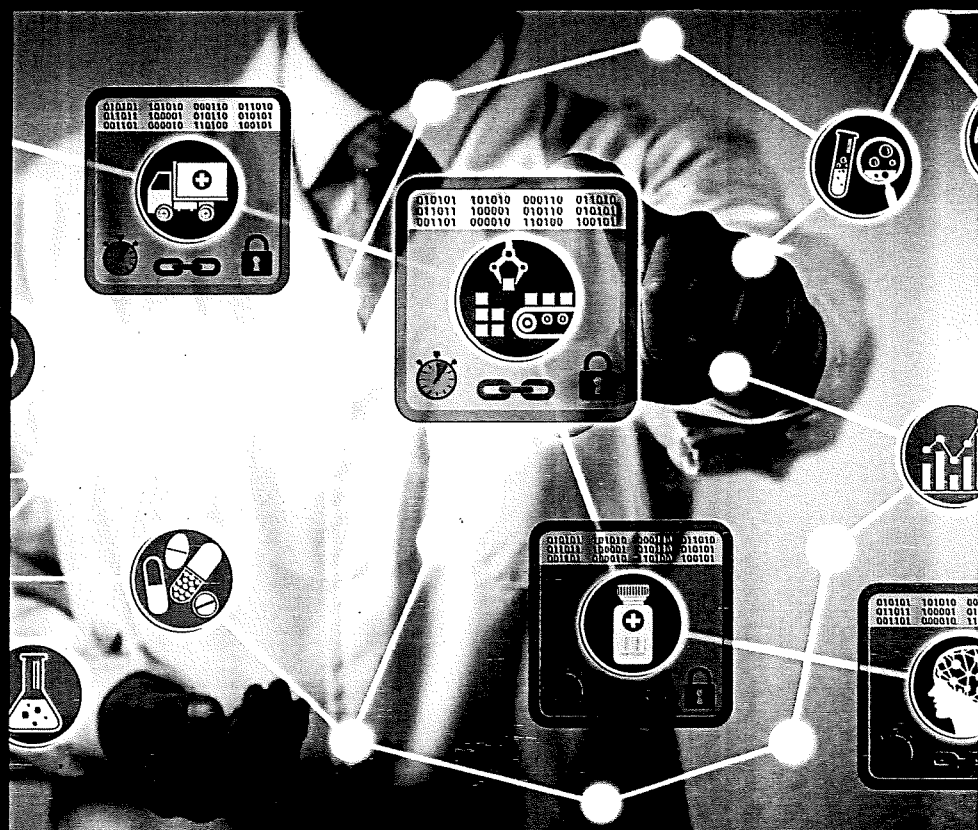




Monika Dobska Paweł Dobski

ROLA ZNORMALIZOWANYCH SYSTEMÓW

W ZARZĄDZANIU
PODMIOTAMI LECZNICZYMI

 **Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

 **Uniwersytet
Gdański**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Difin

Monika Dobska Paweł Dobski

ROLA ZNORMALIZOWANYCH SYSTEMÓW W ZARZĄDZANIU PODMIOTAMI LECZNICZYMI

Difin

ość to uporczywe dążenie do ciągłej doskonałości

ce Zofii

Podstawy zarządzania podmiotami świadczącymi usługi lecznicze

1.1. Podstawy prawne funkcjonowania podmiotów świadczących usługi lecznicze

Pojęcie prawa medycznego obejmuje zbiór norm regulujących prawa i obowiązki pacjenta oraz personelu medycznego i podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń. W swoim zakresie zawiera także zespół przepisów regulujących sposób działania podmiotów leczniczych. Ze względu na to, iż jest to nowa gałąź prawa – *in statu nascendi*², korzysta z dorobku doktryny i judykatury z zakresu innych gałęzi, szczególnie: prawa cywilnego, administracyjnego, karnego, prawa pracy oraz prawa konstytucyjnego. Do źródeł prawa medycznego należy zaliczyć akty prawa powszechnie obowiązującego oraz akty prawa międzynarodowego, funkcjonujące zarówno na poziomie europejskim, jak i uniwersalnym. Jak wskazuje M. Urbaniak (2017, s. 4), konstytucja w art. 87 (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) enumeratywnie wymienia źródła prawa o charakterze powszechnie obowiązującym, zaliczając do nich: konstytucję, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, a także akty prawa miejscowego działające na obszarze organów, które je ustanowiły. M. Górski (2019, s. 11), pisząc o prawie medycznym i pojęciach o proveniencji medycznej³ w systemie prawa, wskazuje na polimorficzność znaczeniową wielu pojęć i z zasady brak ich definicji czy określeń legalnych. Autor wyraźnie wskazuje, iż kompleks regulacyjny zwany prawem medycznym zbudowany jest w sensie technicznolegislacyjnym na niezupełnie racjonalnej strukturze normatywnej, co z punktu widzenia teoretycznego i technicznego utrudnia jego interpretację i argumentację, jednak nie uniemożliwia jego funkcjonowania i stosowania.

² (łac.) W trakcie powstawania.

³ Inaczej o pochodzeniu zjawisk, terminów.

przyjmując orientację projekcyjną, mierza do wzbogacenia metod ciągłego doskonalenia obsługi pacjenta, głównym zadaniem menadżerów jest respektowanie przepisów prawa dotyczących ochrony życia człowieka, a w dalszej kolejności przepisów odnoszących się do samego podmiotu. Niniejsza pozycja odnosi się do znormalizowanych systemów zarządzania jakością, a w których, jak już wspomniano, bardzo ważnym warunkiem jest spełnienie wymagań prawa. Ze względu na ich liczną scharakteryzowane zostały najważniejsze akty, stanowiące źródło prawa medycznego w kontekście wdrożenia tych systemów.

Należy także dodać, iż podejmowanie decyzji przez kierowników zakładu, w odniesieniu do wyboru właściwej strategii zarządzania organizacją, związane jest z:

- rodzajem podmiotu mogącego wykonywać działalność leczniczą;
- rodzajem świadczeń zdrowotnych i ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych;
- możliwością finansowania przedsięwzięcia;
- zakresem uprawnień kierownika/właściciela zakładu;
- kulturą organizacji, zwłaszcza nastawieniem personelu do zmian;
- nadzorem/kontrolą instytucji zewnętrznych, np. przez NFZ, konsultantów wojewódzkich, Państwową Inspekcję Sanitarną.

Każde z tych uwarunkowań wymaga znajomości prawa. Na tym tle aktem prawnym, który wymaga komentarza, jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 295, 567). Stała się ona podstawą nowego prawodawstwa. Wprowadza nowe kategorie pojęciowe jako kategorie normatywne w sensie kształtowania rynku świadczeniodawców – podmiotów leczniczych. Zmiany skutkowały nie tylko zmianą stanu prawnego i faktycznego, ale również podejściem do zadań i funkcji tych podmiotów. W poprzednim stanie prawnym (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku⁴) świadczenia zdrowotne w Polsce, mogły być udzielane w zasadzie tylko przez podmioty wskazane w ustawie. Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła nowy katalog definicji, m.in.: podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przedsiębiorstwa, szpitala, osoby wykonującej zawód medyczny, podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiotu tworzącego, świadczenia zdrowotnego, świadczenia szpitalnego (art. 2 ustawy o działalności leczniczej). Istotny stał się podział działalności

⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. z 1991 r. nr 91 poz. 408, tekst jednolity Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89, uchylony akt w dniu 01 lipca 2011 roku.

(por. rysunek 1.1).

Zdaniem M. Narolskiego (2012, s. 17–18) ustawodawca posługuje się pojęciem podmiotu leczniczego w dwojakim znaczeniu. Po pierwsze, używa go do określenia *osoby* lub *podmiotu* odpowiedzialnego za wykreowanie i prowadzenie wydzielonej funkcjonalnie i organizacyjnie struktury, której zadaniem jest prowadzenie działalności leczniczej. Do tego ujęcia (w znaczeniu podmiotowym) sięga ustawodawca, wskazując art. 4 ustawy o działalności leczniczej na podmioty tam wymienione jako podmioty lecznicze. W drugim ujęciu, w rozumieniu *przedmiotowym*, pojęcie podmiotu leczniczego odpowiada znaczeniowo pojęciu przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy o działalności leczniczej. Chodzi o przedsiębiorstwo prowadzone przez podmiot, które powstało lub zostało wyodrębnione organizacyjnie i funkcjonalnie, dla celu polegającego na prowadzeniu zdrowotnych lub promocję zdrowia albo realizację zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii

⁵ Do grupy tej, zgodnie z art. 4 tej ustawy, należą:

- przedsiębiorcy – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- jednostki budżetowe – w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra sprawiedliwości lub szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

⁶ Działalność lecznicza może być wykonywana w formie: indywidualnej praktyki (lekarz, pielęgniarz), indywidualnej praktyki w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki (lekarz, pielęgniarz lub pielęgniarz), indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki prowadzonej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (indywidualna praktyka lekarska/pięgniarska) lub wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, jako grupowej praktyki lekarskiej/pięgniarskiej.

nie, jako prowadzenie działalności leczniczej w myśl art. 3, ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej⁷. Zgodnie z art. 8 ustawy o działalności leczniczej, świadczenia te mogą być udzielane stacjonarnie i całonocowo (szpitalne i inne niż szpitalne⁸) oraz ambulatoryjnie⁹.

⁷ Pamiętać należy, że z chwilą wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, podmioty lecznicze podlegają rygorom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie podejmowania, wykonywania i zakończenia działalności gospodarczej, wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej, wpisowi do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym.

8. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na:

- 1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin i przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

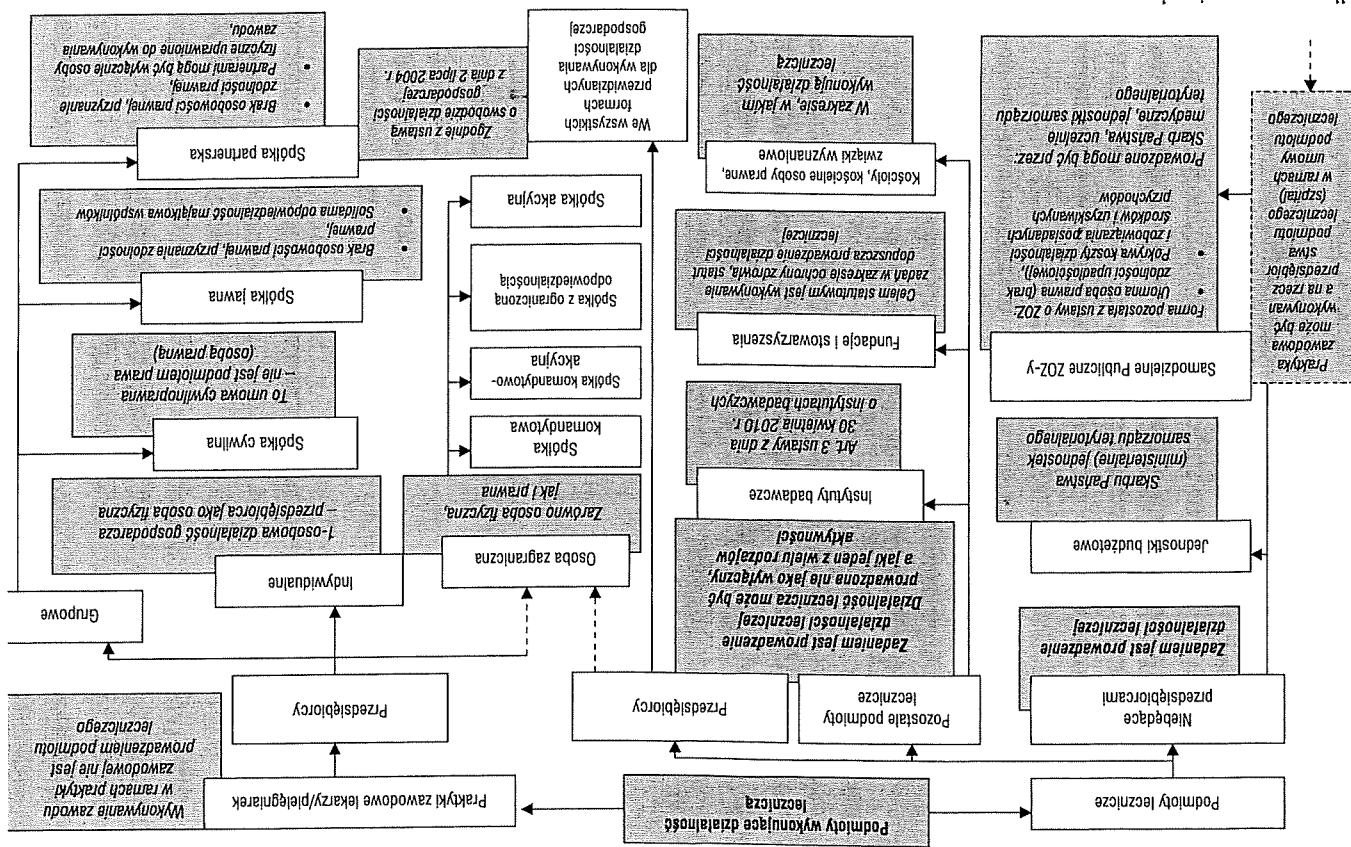
2) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

3) udzieleniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywróceniu i poprawie zdrowia;

4) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów. Świadczenia te oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane także wyłącznie w warunkach domowych.

⁹ Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego (art. 10 i 11 ustawy o działalności leczniczej) w miejscu pobytu pacjenta.

Rysunek. 1.1. Podmioty prowadzące działalność leczniczą wg Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, z 2011 roku



Zródło: opracowanie własne.

mienne, że ustawodawca używa w ustawie o działalności leczniczej (art. 46) określenia „zarządzanie”, a nie „kierowanie” czy „administrowanie”, choć pełnej swobody w swoich czynnościach kierownik nie otrzymuje. W zakresie wykonywanych czynności stosuje się do aktów regulujących sfery (akty prawne zostały przedstawione w załączniku nr 1 – stan prawny 30 września 2021 roku):

- prawa powszechnego,
- zdrowia publicznego,
- bezpieczeństwa danych osobowych i medycznych,
- bezpieczeństwa i higieny pracy w ochronie zdrowia,
- chorób zakaźnych,
- dokumentacji medycznej,
- działalności leczniczej,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- odpadów medycznych,
- personelu w podmiotach leczniczych,
- praw pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta,
- ratownictwa medycznego,
- refundacji leków,
- inspekcji sanitarnej,
- systemu informacji w ochronie zdrowia,
- ubezpieczeń,
- inwestycji.

Przedstawione akty prawne w sposób znaczący wpływają na decyzje menadżerskie i stanowią kanwę do budowania systemów zarządzania jakością. Zawzięłość i brak interpretacji wielu zapisów prawnych powodują, iż nie stają się pomocnym narzędziem dla osób kierujących zakładami. Co więcej, jak zauważa P. Grudowski (2018, s. 23), trudno kształtować jakość w organizacji i wdrażać podejście z tym związane bez wsparcia wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Wydaje się, że sfera nauki, wsparcie pracowników uczelni i instytucji naukowych ma nieodłączny związek z praktyką. Poprawa i doskonalenie jakości powinny być zatem budowane na mocnych fundamentach wiedzy i umiejętności menadżerów a wypracowana teoria usług będzie przesłanką do skutecznego zastosowania instrumentarium wypracowanego przez E. Gummesona czy Ch. Grönroosa.

Zarysowana typologia podmiotów i zakresów świadczeń jest próbą usystematyzowania terminów w odniesieniu do podmiotów, które stały się podstawą

i wykładnia prawna uwzględniająca specyfikę usług medycznych.

1.2. Specyfika świadczeń zdrowotnych w świetle prawa

Istota świadczenia zdrowotnego jako działania wywodzi się z obszaru zdrowia. Powiązana jest swoim zakresem nie tylko z przepisami dotyczącymi prowadzenia działalności leczniczej, lecz także przepisami prawa cywilnego, karnego, pracy czy gospodarczego. Odnosi się do praw osób pobierających świadczenia zdrowotne, ale również odpowiedzialności cywilnej i karnej organizacji i personelu.

Prawo do ochrony zdrowia zostało zawarte w Konstytucji RP (tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 roku przez Zgromadzenie Narodowe). Zgodnie z art. 30 przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Artykuł 38 wskazuje dalej, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Te dwa artykuły wiążą się nierozdzielnie z art. 68.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Konstytucja gwarantująca prawo do ochrony zdrowia nie gwarantuje jednak prawa do nieodpłatnego pobierania świadczeń zdrowotnych, w każdym zakresie. Uzyskanie świadczenia zdrowotnego zostało doprecyzowane ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135), a art. 5 teże ustawy precyzuje podstawowe pojęcia (charakterystyka pojęć świadczeń zdrowotnych została przedstawiona w słowniczku pojęć na końcu publikacji).

Prawo do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych przysługujących osobom nieubezpieczonym lub nieposiadającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy odróżnić od prawa do świadczeń

porodu. Stany nagłe zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993) polegają na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zgodnie z art. 7 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Osoby nieposiadające statusu ubezpieczonego lub prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z innego tytułu mają zapewnione prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w trybie poszczególnych ustaw¹⁰. Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych i medycznych świadczeń nieterapeutycznych finansowanych ze środków publicznych mają również osoby nieubezpieczone.

Specyfika świadczeń zdrowotnych i ich charakter są szczególnie istotne w świetle wdrażanych systemów zarządzania jakością. Organizacja i udzielanie świadczenia podlega nie tylko kontroli i weryfikacji przez instytucje zewnętrzne (zagadnienie omówione szerzej w rozdziale 5), ale w sposób naturalny jest powiązana z personelem medycznym, jego odpowiedzialnością cywilną i karną za błędy popełnione w trakcie wykonywanych czynności. Wystąpienie zdarzeń niepożądanych jest istotnym aspektem oceny, zarówno w systemie akredytacji, jak i w odpowiedzialności przed korporacjami zawodowymi.

¹⁰ Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustaw o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych, a także na podstawie delegacji ustawowej zawartej w treści ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, do obowiązkowych szczepień ochronnych.

Zmiany zachodzące w otoczeniu w istotny sposób wpływają na podmioty rynku, w tym na podmioty lecznicze. Zarówno elementy mikro-, jak i makrootoczenia determinują ściśle kierunki i zakres działania, tym samym wpływając na pozycję konkurencyjną. Dostosowanie się do ciągłych zmian, turbulentnego otoczenia jest pochodną wielu przyczyn, które J. Penc (2003, s. 14–16) klasyfikuje następująco:

- rosnąca złożoność struktury otoczenia,
- wzrost złożoności produktów, wymagań związanych z ich jakością oraz terminowości obsługi sprzedażowej i posprzedażowej,
- nasilenie się procesów związanych z innowacyjnością,
- wzrost znaczenia informacji,
- zmiany w organizacji i technologii produkcji,
- wzrost znaczenia kapitału intelektualnego.

Duża dynamika otoczenia determinuje złożoność procesów, co oznacza, że zmiana występująca w jednej części systemu często wywołuje reakcję łańcuchową powodującą zmiany w innych, powiązanych z nią. Analiza potencjału wewnętrznego podmiotu powinna być zatem skorelowana ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu.

W dokumencie *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wynik ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia* (2019, s. 7) wskazano, iż zmiany epidemiologiczne i demograficzne pogłębiają złą sytuację sektora, budując nieefektywny system opieki. Następnym rodzajem się ograniczonej dostępności do świadczeń jest wydłużenie czasu oczekiwania na konsultację i interwencję, a w konsekwencji odraczanie pomocy osobom najbardziej potrzebującym. Wspomniane zjawiska są elementami makrootoczenia, które należałoby uzupełnić dodatkową charakterystyką.

Bardzo istotnym elementem otoczenia są *czynniki demograficzne*. To procesy demograficzne stanowią podstawę dla określenia i wyboru głównych kierunków działania w zakresie zapewnienia odpowiedniej dynamiki rozwoju gospodarczego, społecznego, a także polityki zdrowotnej. Wiek mieszkańców, ich płeć, miejsce zamieszkania czy wykształcenie są w dużej mierze wyznacznikami ich kondycji zdrowotnej. Są to więc czynniki, które predestynują służbę zdrowia do określonych zachowań: profilaktycznych (szczepienia, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia) lub do bezpośredniej opieki zdrowotnej (potrzeba tworzenia zakładów paliatywnych, hospicyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, czy

wymagają skutecznego wdrożenia. Profilaktyka zdrowotna ma istotne znaczenie dla populacji nie tylko ze względu na zdrowie fizyczne, ale także poprzez zwiększenie kapitału społecznego na wzmacnianie więzi rodzinnych.

Kolejnym ważnym elementem makrootoczenia determinującym działalność zakładów opieki zdrowotnej są *zmiany struktury społecznej*. Należy tu wspomnieć przede wszystkim o zmianach w systemie funkcjonowania społeczności lokalnych i w samym systemie opieki społecznej. Na zmiany te wpływa zakres odpłatności za opiekę zdrowotną, zasobność funduszy społecznych, zamożność korzystających z opieki zdrowotnej, utrata lub zmniejszenie dochodów w czasie choroby, rosnąca sfera ubóstwa, pogłębiające się rozwarstwienie pomiędzy bogатыmi a biednymi. W komunikacie CBOS na temat *Postrzegania struktury społecznej* (2021, s. 3–4) wyraźnie wskazano, iż do opisu struktury społecznej wybierany jest model, w którym najliczniejsze są warstwy średnie (28%), a Polska postrzegana jest jako kraj, w którym większość ludzi sytuuje się w dolnej części hierarchii społecznej. Jak wskazuje H. Domański (2020, s. 297), struktura społeczna kieruje się własnymi prawidłowościami (ruchliwość międzypokoleniowa, wzory zawierania małżeństw i dziedziczenie pozycji rodziców), ale zależy także od procesów gospodarczych (korelacja wykształcenia z wysokością zarobków) i systemu politycznego.

Nie bez znaczenia jest również aspekt funkcjonowania podmiotów leczniczych w określonym kontekście **politycznym**. Zmiany, jakie zachodzą w opiece zdrowotnej, są ściśle związane z życiem politycznym, niekiedy nawet z kalendarium wyborczym. W toku prac reformatorskich można zaobserwować, że każda z partii politycznych po części wpływała na ostateczny kształt reformy. I tak, rynek i konkurencja wraz z wyborem płatnika były lansowane przez partie uchodzące za lewicowe, a regionalizacja i administracyjna kontrola wydatków były akceptowane przez ugrupowania prawicowe. Ponadto należy zwrócić uwagę, że celem reformy opieki zdrowotnej w Polsce było rozdzielenie sfery polityki od sfery finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej. W praktyce okazało się jednak, że NFZ oraz organy założycielskie są silnie upolitycznione, co powoduje duże rozbieżności w realizacji polityki zdrowotnej na danym terenie.

Następnym ważnym uwarunkowaniem są **czynniki prawne**. Ustawami, które wpływają na działalność podmiotów leczniczych, są min.: ustawa o działalności leczniczej, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawa o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich, o zawodach pielęgniarzy i położnej. Podjęte przez ustawodawcę działania w zakresie zmiany przepisów prawnych

przepisów do uwarunkowań otoczenia. Z jednej strony regulacje dostosowywały zakłady do stanu pandemii, z drugiej miały na uwadze reformę szpitalnictwa w Polsce. Wychodząc naprzeciw powyższym okolicznościom, Minister Zdrowia zarządził z dnia 23 grudnia 2020 r (Dz.Urz. Min Zdrow. poz. 120 z 2021 r. poz. 17) powołał Zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych, dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Zaprojektowane działania mają na celu (Założenia reformy, s. 3–4):

- optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta – wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja na leczeniu specjalistycznym) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń;
- prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych – optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji;
- utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali;
- wsparcie inwestycji – skoordynowanie działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, skierowanie dodatkowych środków z różnych źródeł: budżetu państwa, funduszy unijnych, funduszy celowych zarządzanych przez Ministerstwo Zdrowia;
- wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową;
- restrukturyzację zobowiązań szpitali;
- koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uprządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie, brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego;
- uniknięcie konkurencji pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- wykorzystanie efektu skali – interwencje obejmujące wszystkie podmioty, np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne; stworzenie Centrum Usług dla Szpitali;
- efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych i nowoczesnej infrastruktury medycznej;

narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, certyfikację umiejętności kadry zarządzającej.

Analizując wpływ aspektów prawnych na funkcjonowanie podmiotów, należy w sposób szczególny odnieść się do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Ustawodawca w zakresie proponowanego projektu wprowadza elementy, które będą składową systemu zarządzania jakością: autoryzacje, wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa, akredytację, system świadczeń kompensacyjnych i rejestry medyczne. Wprowadzenie w życie aktu prawnego o przedstawionym charakterze powoduje konieczność zmian i korekt w dotychczasowym prawodawstwie, zwłaszcza w aktach odnoszących się do: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o izbach lekarskich, ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawy o samorządzie pielęgniarów i położnych. Powyższy przykład pokazuje, w jaki sposób zmiana w obrębie przepisów skutkuje kolejnymi. Okres przystosowania dla podmiotów jest bardzo często krótki, natomiast koszty wdrożenia zmian nie do końca są szacowane przez projektodawców.

Analizując wpływ czynników ekonomicznych, należy zwrócić uwagę na takie wskaźniki, jak: poziom inflacji, poziom stóp redyskontowych czy też PKB. Według GUS (2021) wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2020 roku wyniosły 165,7 mld zł i były wyższe niż w 2019 roku o około 17,8 mld zł. W 2020 roku stanowiły 7,1% PKB. Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych, jak i prywatnych. W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA – HC) strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2019 roku obejmował m.in.: GUS (2021):

- usługi lecznicze – 58,9% (w roku 2018 – 57,4%), w tym: usługi szpitalne – 32,3% (w roku 2018 – 30,7%), leczenie ambulatoryjne – 24,7% (w roku 2018 – 26,2%);
- artykuły medyczne, m.in. leki – 21,8% (w roku 2018 – 22,9%);
- długoterminową opiekę zdrowotną – 6,7% (w roku 2018 – 6,2%);
- usługi rehabilitacyjne – 4,5% (w roku 2018 – 5,1%);
- placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 24,9% (w roku 2018 – 24,3%);
- sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 21,4% (w roku 2018 – 22,3%) – w tym w większości aptek, którym przekazano ponad 19,1% ogółu środków (w roku 2018 – 20,0%).

Funduszu Zdrowia zaplanowano na rok 2021 środki w wysokości 107,8 mld zł, które w ciągu roku zwiększone zostały do wysokości 123,6 mld zł, a ich wykonanie wyniosło 116,3 mld zł (w tym 6,8 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przekazanych NFZ), co stanowi 5,5% PKB. Środki w roku 2020 były o blisko 13,7 mld zł wyższe (13,3%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2019 roku. Dane za rok 2020 wskazały na osiągnięcie poziomu 5%. PKB nakładów publicznych i 7% bieżących wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia GUS (2021).

Raport OECD/*European Observatory on Health. Systems and Policies* wskazuje, że udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce wyrażonych zarówno jako odsetek PKB, jak i poziom wydatków na mieszkańca jest jednym z najniższych z Europy. Poziom finansowania okazuje się niewystarczający do zagwarantowania terminowego dostępu do wysokiej jakości opieki, zwłaszcza w warunkach rosnących potrzeb zdrowotnych związanych z intensywnością procesu starzenia się ludności. I. Kotowska (2021, s. 30) omawiając zagadnienie korelacji czynników ekonomicznych z zasobami dostępnymi w ochronie zdrowia, stwierdza, iż organizacja, sposoby zarządzania, poziom i struktura finansowania oraz motywacja pracowników systemu nie są w stanie zapewnić wystarczającego poziomu spełnienia nie tylko obecnych, ale co gorsza – narastających potrzeb zdrowotnych społeczeństwa naszego kraju.

Z analizy przeprowadzonej przez B. Skróbel, E. Kocemba, R. Rudka (2021, s. 3) wśród 27 państw europejskich będących członkami OECD, wynika, iż średnia dla analizowanych państw w 2019 roku wyniosła 6,53% PKB, a mediana – 6,42%. Polska zajęła w tej grupie trzecie miejsce od końca, a wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce w stosunku do PKB były niższe niż we wszystkich państwach sąsiadujących z Polską, będących członkami OECD. Analiza bieżących publicznych nakładów na ochronę zdrowia per capita z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza wskazała, że nakłady w Polsce znacząco odbiegają od średniej europejskiej. W 2019 roku w Polsce wyniosły on 1568,1 \$, gdzie średnia dla analizowanej grupy państw wyniosła 3270,4 \$, a mediana – 3536,5 \$.

W zakresie aspektów finansowania ochrony zdrowia w dokumencie *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce* (2019, s. 20) wskazano konieczność wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia w celu zwiększenia dostępności do profilaktyki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej i nowoczesnych technologii medycznych. Dokument porusza niezwykle istotne zagadnienie z punktu widzenia racjonalności prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce. Autorzy *Strategii* proponują rozważenie (2019, s. 16):

zdrowotne o udowodnionej skuteczności;

- wprowadzenia możliwości pobierania dopłaty do świadczeń o wyższym niż gwarantowany standardzie. Umożliwienie dopłat z dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego, co pozwoli zwiększyć dostęp do nowocześniejszego leczenia;
- wprowadzenia możliwości uzyskania ulgi podatkowej dla pracowników od ich wydatków na opiekę zdrowotną nad pracownikami;
- opracowania nowego algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, uwzględniający zarówno dane z map potrzeb zdrowotnych, prognozy demograficznej, jak i nowego modelu organizacji lecznictwa szpitalnego;
- zdefiniowania uzupełniającej roli sektora prywatnego w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz ustalenie warunków współpracy obu sektorów;
- rozszerzenia obowiązku sprawozdawczego w zakresie kluczowych problemów zdrowotnych, jak np. nowotwory, choroby zakaźne i szczypienia na świadczeniodawców działających w sektorze prywatnym.

Szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia, zwłaszcza w informatyce, elektronice, telekomunikacji itd., wpływa na postęp w medycynie, a więc wskazuje na nowe możliwości leczenia. Rozwiązania technologiczne, w tym analiza danych, sztuczna inteligencja – pomagają nie tylko podmiotom w odpowiadaniu na wyzwania przyszłości, ale stają się obszarem nowej obsługi pacjentów. Pandemia stała się katalizatorem zmian – część specjalistów i lekarzy rodzinnych, zdecydowała się na szybkie wdrożenie teleporad jako bezpiecznej możliwości leczenia. Ta relatywnie nowa, samodzielna technologia, efektywnie wykorzystuje istniejące rozwiązania telekomunikacyjne i teleinformatyczne. Obszar zastosowań obejmuje: telekonferencje medyczne, telekonsultacje specjalistyczne, zdalne sterowanie zabiegów operacyjnych, zdalne monitorowanie krzywych życiowych (np. EKG) pacjenta oraz zarządzanie systemami baz danych. Istotną rolę odgrywa także przesyłanie obrazów uzyskiwanych w czasie badań diagnostycznych do ośrodków konsultacyjnych, gdzie specjaliści dokonują ich oceny. Głównym założeniem systemu telemedycznego jest stworzenie sieci opartej na zaawansowanej łączności pomiędzy placówkami medycznymi. Służy do wymiany informacji o charakterze medycznym pomiędzy ośrodkami medycznymi (stacje pogotowia ratunkowego, szpitale powiatowe itp.) a jednostkami specjalistycznymi. Stwarza to możliwość konsultacji na odległość, dzięki czemu ośrodki niedysponujące specjalistami w danych obszarach medycyny, po wykonaniu badań podstawowych,

sultantów, jak również uzyskać dostęp do aktualnych informacji medycznych i katalogów zbiorów bibliotecznych. Z raportu Deloitte (2021) wynika, iż technologia cyfrowe pozwalają zrewolucjonizować system opieki zdrowotnej poprzez:

- dostęp do współczesnych danych w czasie realnym, co pozwala na eliminację powielania procedur oraz uniknięcie błędów;
- cyfryzację, która umożliwia świadczenie zintegrowanej opieki zdrowotnej;
- analizę danych, która poprawia jakość diagnostyki i leczenia, a technologia umożliwia rewolucyjne zmiany w obsłudze pacjenta poprzez przygotowanie systemu ukierunkowanego na pacjenta.

Ostatnimi, które zasługują na uwagę, nie zamykając katalogu uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych, są *czynniki ekologiczno-geograficzne*. W dokumencie pt. *Polityka ekologiczna państwa 2030* (2019, s. 48) wskazano, iż środowisko przyrodnicze ma znaczący wpływ na polepszenie kondycji fizycznej i psychicznej człowieka oraz dobrobyt społeczny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że czynniki stresogenne związane ze środowiskiem odpowiadają za 15–20% wszystkich zgonów w 53 państwach. Do czynników mających wpływ na zdrowie należą: zanieczyszczenie powietrza, niska jakość wody, niedostateczne warunki sanitarne. Relatywnie nowym problemem z zakresu ochrony środowiska i zdrowia jest hałas, oddziaływanie pól elektromagnetycznych oraz zagrożenia chemiczne. Zmiany klimatu, zmniejszenie się stratosferycznej powłoki ozonowej oraz degradacja gleb mogą mieć wpływ na zdrowie człowieka. Występowanie powyższych oddziaływań związane jest z długoterminowymi trendami środowiskowymi i społeczno-gospodarczymi. Wpływ środowiska na zdrowie i jakość życia człowieka jest szczególnie istotny w profilowaniu podmiotów leczniczych oraz wprowadzaniu nowych usług, które mają wspomóc leczenie pacjentów. Zanieczyszczenie powietrza wyrządza bowiem szkody w kontekście społecznych kosztów związanych z umieralnością i zachorowalnością.

C. Gilligan i R. Lowe (1995, s. 72) dokonując analizy otoczenia, zwracają z kolei uwagę na cztery istotne obszary. Udzielenie odpowiedzi na zadane pytania w ich ramach może stać się punktem wyjścia do dalszych diagnoz.

1. Polityka:

- a. Jakie zmiany w ustawodawstwie wprowadza lub zamierza wprowadzić rząd?
- b. Co zmiany te mogą oznaczać dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych?
- c. Z jakich środków finansowana powinna być działalność służby zdrowia?

- poziomach: profesjonalno-medycznym, zarządzania, szpitala lub innej jednostki?
2. Ekonomia/konkurencja:
 - a. Jak zmiany ekonomiczne widoczne są na poziomie lokalnym/krajowym?
 - b. Jaki jest poziom bezrobocia i jaki to ma wpływ na popyt na usługi prywatne?
 - c. Jak kształtuje się konkurencja w sektorze?
 - d. W jaki sposób na zmiany o charakterze ekonomicznym reagują placówki konkurencyjne?
 - e. Czego można nauczyć się od innych podmiotów?
 3. Czynniki socjo-kulturowe:
 - a. Jakie zmiany socjologiczne można było zaobserwować w ciągu ostatnich lat?
 - b. W jaki sposób oczekiwania pacjentów spowodowały zmiany w podmiotach?
 - c. Jakie nowe trendy dotyczące zachowań pacjentów można zaobserwować w społeczeństwie?
 4. Czynniki techniczne:
 - a. W jakim stopniu rozwój technologii wpłynął na zmiany wewnętrzne podmiotu?
 - b. Czy dana jednostka na bieżąco śledzi zmiany technologii?
 - c. W jaki stopniu nowa technologia może wpłynąć na poziom świadczonych usług?
 - d. Czy jest wyodrębniona komórka/powołana osoba, odpowiedzialna za koordynowanie działań związanych z jakością?
- Pytania zadane przez C. Gilligan i R. Lowe (1995, s. 115) predestynują do przeprowadzenia audytu w zakresie sześciu obszarów i pogłębienia pytań badawczych.

1. Audyt otoczenia:
 - a. W jaki sposób przewidywania dotyczące czynników demograficznych mogą wpłynąć na podmiot?
 - b. Jakie zmiany (i czy w ogóle) zachodzące w podmiocie mogą wpłynąć na społeczność?
 - c. Jakie zmiany zaszły w stylu życia pacjentów?
 - d. Jak każda z grup pacjentów ocenia daną placówkę?
 - e. W jaki sposób zmieniają się oczekiwania pacjentów?
 - f. Jakich nowych usług spodziewają się pacjenci w ciągu następnych lat?

- h. Jak wygląda sposób zarządzania w innych zakładach?
 - i. Jak poszczególne segmenty pacjentów uzasadniają wybór danego podmiotu?
 - j. Jakie są oczekiwania innych uczestników rynku, w stosunku do danej jednostki w ciągu najbliższych lat?
2. Audyt dotyczący strategii:
 - a. Czy cele szpitala (krótko- i długookresowe) zostały wystarczająco dokładnie sformułowane?
 - b. Czy cele są zrozumiałe przez cały personel?
 - c. Czy wszyscy są przekonani o ich słuszności?
 - d. Czy cele są adekwatne w stosunku do wymagań i popytu każdej z grup pacjentów?
 - e. Czy została poprawnie sformułowana ogólna strategia jednostki?
 - f. Jeśli tak, to czy personel został o niej poinformowany i czy zdaje sobie sprawę z implikacji z tego wynikających?
 - g. Czy wystarczająca liczba środków została przeznaczona na wykonanie zaplanowanych działań?
 - h. Czy zasoby zostały równomiernie (lub wg potrzeb) rozlokowane w każdej grupie?
 - i. Czy zostaną wprowadzone nowe usługi?
 - j. Czy dla istniejących usług poszukiwane są nowe rynki zbytu?
 - k. Czy obecnie oferowane są „nierentowne usługi”, z których jednostka powinna zrezygnować?
 1. Czy w placówce oceniana jest jakość oferowanych usług?
 3. Audyt organizacji:
 - a. Czy w placówce zatrudniona jest osoba bezpośrednio odpowiedzialna za planowanie i monitoring? Jeśli tak, to czy posiada odpowiednie kwalifikacje?
 - b. Czy zadania (np. w administracji) są podzielone i czy wiadomo, kto jest odpowiedzialny za dane czynności?
 - c. Czy hierarchia wewnątrz jednostki jest właściwa: podejmowanie decyzji i delegowanie uprawnień?
 - d. Czy i jaką metodę stosuje się do oceny pracowników?
 - e. Czy w organizacji zatrudnieni są pracownicy, którzy wymagają dodatkowego szkolenia, motywacji i oceny?
 - f. Czy ocena pracowników przeprowadzona jest na bieżąco?
 - g. Czy zespoły pracowników pracują wydajnie?

dowych, oraz między oddziałami?

- i. Jakie narzędzia są wykorzystywane w celu poprawy jakości usług?

4. Audyt systemu:

- a. Czy kierownictwo rozważyło wprowadzenie nowego systemu zarządzania, np. zarządzanie przez jakość?
 - b. Czy system informowania o zmianach zachodzących w otoczeniu jest systemem wydajnym?
 - c. Czy system planowania został dobrze zaprojektowany?
 - d. Czy plany przedstawione personelowi są realistyczne?
 - e. Czy został stworzony adekwatny do planów system monitorowania?
 - f. Czy wprowadzono procedury kontrolne (miesięczne, kwartalne) do sprawienia zgodności z planem rocznym?
 - g. Czy analizowane są koszty wprowadzenia poszczególnych usług?
 - h. Czy istnieją mechanizmy sprawdzające, czy dokonywany jest (i w jaki sposób) pomiar zadowolenia pacjentów?
 - i. Czy analizowane są skargi pacjentów, a jeśli tak, to czy analiza przekłada się na rzeczywiste działania naprawcze i zapobiegawcze?
5. Audyt produktywności:
- a. Jakie mechanizmy służą do weryfikacji rozpoznania kosztów?
 - b. Czy ujawnione są grupy niepotrzebnych/nadmiernych kosztów?
 - c. Czy zostały wykryte i usunięte niepotrzebne procedury w szpitalu?
 - d. Czy niektóre z procedur nie wymagały modyfikacji?
6. Audyt zdolności i źródeł:
- a. Jak każda z grup pacjentów postrzega lokal, budynek, posesję danej jednostki?
 - b. Jakie obszary potrzebowałyby doinwestowania?

Jak wykazano, aby móc stworzyć właściwą strategię zarządzania w podmiocie leczniczym, istnieje potrzeba bieżącego śledzenia i poruszania się w gąszczu przepisów prawnych i konieczność znajomości tła funkcjonowania zakładu. Naświetlenie różnorodności i zawiłości aspektów prawnych zwraca uwagę na to, iż na dojrzałość organizacji będzie z jednej strony wpływać wybór właściwej strategii jakościowej, z drugiej przepisy prawne, nakładające na świadczących określone zadania i obowiązki. To oznacza, że te dwa aspekty są jednoczesnym stymulatorem zmian.

Ponadto stabilność prawa to nie tyle problem jego adaptacyjności, ponieważ legislacja powinna dostosowywać się do zmieniających się warunków

nastąpić na skutek: uchylenia danego przepisu prawa lub całego aktu normatywnego przez przepisy derogacyjne zawarte w innym akcie normatywnym, wyroku Trybunału Konstytucyjnego lub upływu czasu (dotyczy to głównie aktów normatywnych okresowych). Kształtowanie świadomości menedżerów powinno się opierać nie tylko na znajomości prawa, ale także na zrozumieniu konieczności wprowadzania działań przewidujących dalekosiężne skutki regulacji. Obecna wiedza z zakresu zarządzania, zwłaszcza w publicznych podmiotach, wymaga zatem wsparcia politycznego, socjologicznego oraz dobrej znajomości zmian zachodzących w makrootoczeniu.