

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 429

**Sukces w zarządzaniu kadrami.
Dylematy zarządzania kadrami
w organizacjach krajowych
i międzynarodowych.
Problemy zarządczo-ekonomiczne**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2016

Redakcja wydawnicza: Anna Grzybowska
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Barbara Cibis
Łamanie: Barbara Szłapka
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2016

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-584-1

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail:econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

Wstęp	9
Halina Czubasiewicz, Marek Kalinowski: Rola aspektu fabularnego i probabilistycznego w grach serio / Role of story and probabilistic aspects in serious games.....	13
Marzena Fryczyńska: Perspektywy i narzędzia oceny sieciowych właściwości pracowników / Perspectives and assessment instruments of networking characteristics of employees.....	21
Karolina Gonera: Szkolenia pracowników i ich wpływ na awanse i odejścia z organizacji / Employees training and its influence on promotion and leaving an organization.....	31
Piotr Górski: Kultura profesjonalizmu w zarządzaniu zasobami ludzkimi / Culture of professionalism in human resource management.....	40
Michał Igielski: Zarządzanie kapitałem intelektualnym jako nowe wyzwanie dla przedsiębiorstw funkcjonujących w warunkach gospodarki opartej na wiedzy / Management of intellectual capital as a new challenge for enterprises operating in the knowledge-based economy conditions.....	49
Zdzisława Janowska: Rola i kompetencje przywódcy w rozwiązywaniu konfliktów społecznych na przykładzie protestu pracowników socjalnych w gminie Łódź / The role and leadership competencies in resolving social conflicts exemplified by a protest of social workers of a municipality of Łódź area.....	60
Marta Juchnowicz: Kompleksowa elastyczność zarządzania kapitałem ludzkim w firmach polskich i litewskich / Comprehensive flexibility of human capital management in Polish and Lithuanian companies.....	70
Tomasz Kawka: Analiza zarządzania wynagrodzeniami w organizacjach nowej gospodarki w Polsce / Analysis of compensation management in new economy organizations in Poland.....	77
Marek Kunasz: Co determinuje szanse na szkolenie z wykorzystaniem intranetu bądź Internetu w organizacji? / What determines chances for training via Intranet or Internet in an organization?.....	91
Anna Lipka: Ryzyko personalne i realizacja strategii kadrowych w kontekście megatrendów / Personnel risk and the execution of personnel strategies in the context of megatrends.....	101
Gabriel Łasiński: Potencjał pracowników – istota, obszary i skale ujawniania / Potential of employees – essence, fields and scales of disclosure.....	112

Alicja Miś: Globalna kariera utalentowanych pracowników – teoretyczne ramy pojęcia / Talents’ global career – theoretical framework.....	122
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Ocena potencjału kompetencyjnego przedsiębiorstwa wytwórczego sektora maszyn rolniczych / Assessment of competence potential of manufacturing company of the agricultural machinery sector	133
Urban Pauli: Zarządzanie talentami w małych i średnich przedsiębiorstwach / Talent management in small and medium enterprises	151
Sylwia Przytuła: Bariery i dysfunkcje w transferze wiedzy pomiędzy centralą korporacji a filią zagraniczną / Obstacles and dysfunctions in knowledge transfer between corporation headquarter and foreign subsidiary	163
Anna Rakowska, Agnieszka Sitko-Lutek: Kluczowe kompetencje pracowników przyszłości w opinii ekspertów międzynarodowych – wyniki badań / Key competences of future employees in the opinion of international experts – study	173
Izabela Różańska-Bińczyk: Przykład dobrych praktyk oceniania pracowników w wybranych jednostkach samorządu terytorialnego / Good practices example of performance appraisal in local government units	186
Katarzyna Stankiewicz: Postawy specjalistów ZZL wobec wykorzystywania potencjału pracy zespołowej / Attitudes of HR specialists towards utilizing a potential of teamwork	197
Sylwia Stańczyk: Obiekt badań organizacji w ujęciu ewolucyjno-kulturowym / Organisational concern of research: evolutionary and cultural perspective	207
Ewa Stańczyk-Hugiet: Rutynizacja i współzależność. Perspektywa efektywności zespołu / Routineness and interdependence. Team performance perspective	219
Marzena Stor, Adam Suchodolski: Wartościowanie kompetencji kierowników personalnych z perspektywy wyników uzyskiwanych przez przedsiębiorstwa polskie i zagraniczne w Polsce / Valuing competencies of HR managers from the perspective of the performance results gained by Polish and foreign companies in Poland.....	229
Aneta Stosik: Kariery pracowników wiedzy na rynku usług medycznych / Knowledge workers careers on the medical services market	247
Janusz Strużyna, Izabela Marzec: Próba identyfikacji quasi-pełnej treści pojęcia „zatrudnialność” / The attempt of identification of the quasi-comprehensive content of employability notion	257
Łukasz Sułkowski: Zarządzanie kapitałem ludzkim w polskich uczelniach / Human capital management at Polish universities	269

Aneta Szymańska, Teresa Kupczyk, Joanna Kubicka: Definiowanie pojęcia <i>employer branding</i> przez pracowników przedsiębiorstw wyzwaniem dla <i>human resources management</i> / Employer branding term defining by companies employees as a challenge human resources management	280
Katarzyna Tracz-Krupa: Rozwój pracowników w jednostkach samorządu terytorialnego w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego – wyniki wstępnych badań empirycznych / Employee development in local government units within European Social Fund in Poland – pilot research findings	290
Monika Wawer, Piotr Muryjas: Analityka biznesowa w zarządzaniu kadrami w przedsiębiorstwie / Business analytics in human resources management in the enterprise.....	307
Agnieszka Wenerska: Wyzwania stojące przed menedżerem ochrony zdrowia w świetle zmian w systemie opieki zdrowotnej / Challenges faced by healthcare manager in the light of changes in healthcare system.....	317

Wstęp

Człowiek od pierwszych dni swojego rozumnego działania musi dokonywać wyborów między różnymi racjami. Kiedy owe racje są równorzędne – bądź to w ich niedogodności, bądź to w ich atrakcyjności – stają się tym, co encyklopedycznie nazywane jest dylematem. Mając na względzie, że większość dorosłego życia ludzie czynni zawodowo spędzają w organizacjach, przewodnim tematem naszego XIII przedsięwzięcia z cyklu *Sukces w zarządzaniu kadrami* w edycji z 2016 roku (pierwsza publikacja z tego zakresu pojawiła się w 1993 roku) są ***Dylematy zarządzania kadrami w organizacjach krajowych i międzynarodowych***. Dylematy są przez nas traktowane zarówno jako stały element praktyki gospodarczej organizacji, jak i nieodłączny komponent metodycznych i konceptualnych rozważań podejmowanych w pracach badawczych. Tradycyjnie przyjęliśmy zatem, że głównym celem realizowanego projektu jest zaprezentowanie wyników badań teoretycznych i empirycznych, podzielenie się doświadczeniami badawczymi oraz wywodzącymi się z praktyki gospodarczej, podjęcie dyskusji i wymiana myśli oraz wskazanie nowych obszarów badań.

Rezultatem przyjętego przez nas przedsięwzięcia badawczego są dwa tomy artykułów. Pierwsza publikacja została poświęcona zagadnieniom zarządczo-ekonomicznym, a druga – zarządczo-psychologicznym. Podział ten odpowiada profilom naukowo-badawczym organizatorów projektu, tj. Katedry Zarządzania Kadrami Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, a ukształtował się też w wyniku wieloletniej współpracy.

W tym kontekście chyba zbędne staje się szczegółowe wyjaśnienie, dlaczego przyjmowana przez nas perspektywa dotycząca dylematów jest stosunkowo szeroka. Wystarczy powiedzieć, że dylematy mogą być źródłem różnych napięć w organizacji: na tle psychologicznym, interpersonalnym, społecznym, zarządczym czy ekonomicznym. Napięcia mogą działać destrukcyjnie, ale mogą też oddziaływać stymulująco na kreatywność i przedsiębiorczość. Dylematy mogą też generować konflikty. Z jednej strony mogą to być konflikty o charakterze dysfunkcyjnym, powodujące niekiedy nieodwracalne szkody w organizacji. Jednak z drugiej strony mogą to być też konflikty funkcjonalne, które przy właściwym podejściu kadry menedżerskiej do ich rozwiązywania mogą prowadzić do usprawnień organizacyjnych, podnoszenia jakości relacji interpersonalnych, kreowania innowacyjnych rozwiązań zarządczych, a tym samym przyczyniać się do powodzenia organizacji i jej pracowników. Z kolei dylematy w pracy naukowo-badawczej mogą przesądzić o stagnacji lub progresie tworzonych rozwiązań konceptualnych i metodycznych.

Artykuły w obu tomach zostały uporządkowane według kolejności alfabetycznej nazwisk ich autorów. W pracy można jednak wyróżnić kilka głównych obszarów

problemowych, którym poświęcone są poszczególne referaty. W niniejszym tomie, którego tytuł nawiązuje do dylematów **zarządczych i ekonomicznych zarządzania kadrami**, zidentyfikowano **sześć** takich **obszarów**.

Jednym z nich są wybrane narzędzia realizacji celów zarządzania zasobami ludzkimi. Przy okazji warto zauważyć, że w obu tomach termin zarządzanie zasobami ludzkimi jest często zamiennie stosowany z takimi pojęciami, jak zarządzanie kadrami czy zarządzanie kapitałem ludzkim. Wracając jednak do zawartości merytorycznej wyodrębnionej problematyki, należy stwierdzić, że prowadzone tutaj dyskusje obejmują perspektywy i narzędzia oceny sieciowych właściwości kadr, awanse i odejścia pracowników z przedsiębiorstwa ze względu na działalność szkoleniową organizacji, fabularyzm i probabilizm w grach serio, determinanty szans na szkolenia z wykorzystaniem intranetu i Internetu oraz rutynizację i współzależność w perspektywie zespołowej.

Kolejny obszar problemowy stanowią ewaluacja kompetencji i inwestycje w rozwój kapitału ludzkiego. Podejmowane zagadnienia dotyczą na przykład potencjału kompetencyjnego przedsiębiorstwa oraz potencjału pracowników. W pierwszym uwaga jest skupiona na ocenie potencjału kompetencyjnego wybranego typu przedsiębiorstwa wytwórczego, a w drugim na istocie, obszarach oraz skalach ujawniania potencjału zatrudnionych jako talentów. Wątek zarządzania talentami jest też omawiany w kontekście małych i średnich przedsiębiorstw. Ponadto znajdują się tutaj prace poświęcone karierze pracowników wiedzy na rynku usług medycznych czy też rozwojowi pracowników w ramach środków europejskiego funduszu społecznego.

Pewne zainteresowanie wzbudza też problematyka kapitału ludzkiego i kompetencji pracowniczych w perspektywie międzynarodowej. W tym zakresie pojawiają się prace, w których autorzy starają się wyjaśnić, na czym polega globalna kariera utalentowanych pracowników we współczesnych organizacjach, jakie będą kluczowe kompetencje pracowników przyszłości w opinii ekspertów międzynarodowych czy też czego dotyczą bariery i dysfunkcje w transferze wiedzy pomiędzy centralą korporacji a filią zagraniczną. Tutaj ulokowane są też artykuły, w których dokonywane są badania porównawcze i które dotyczą korelacji pojawiających się między wartościowaniem kompetencji kierowników personalnych a wynikami uzyskiwanymi przez przedsiębiorstwa polskie i zagraniczne w Polsce, a także kompleksowej elastyczności zarządzania kapitałem ludzkim w polskich i litewskich firmach.

W prezentowanym zbiorze artykułów można też wyodrębnić prace poświęcone przywództwu i rozwiązaniom kadrowo-zarządczym w sektorze publicznym. Podejmowane zagadnienia dotyczą roli i kompetencji przywódcy w rozwiązywaniu konfliktów społecznych na przykładzie protestu gminnych pracowników socjalnych, dobrych praktyk oceniania pracowników w wybranych jednostkach samorządu terytorialnego, wyzwań stojących przed menedżerami ochrony zdrowia ze względu na zmiany w systemie ochrony zdrowia oraz zarządzania kapitałem ludzkim w polskich uczelniach.

Przedmiotem innej, dającej się wyodrębnić grupy artykułów, są przykłady dylematów logicznych i analitycznych w teorii i praktyce zarządzania zasobami ludzkimi. W swoich dyskusjach autorzy podejmują próbę identyfikacji quasi-pełnej treści pojęcia zatrudnialność, wykorzystywania analityki biznesowej w zarządzaniu kadrami w przedsiębiorstwie, przetrwania organizacji w ujęciu ewolucyjno-kulturowym czy też postawy specjalistów od zarządzania zasobami ludzkimi wobec wykorzystania potencjału pracy zespołowej.

Ostatni obszar problemowy, jaki redaktorzy wyróżnili w niniejszym zbiorze artykułów, można zatytułować: nowa gospodarka i nowe trendy. Z jednej strony znajdują się tutaj bowiem prace poświęcone zarządzaniu kapitałem intelektualnym lub też analizie zarządzania wynagrodzeniami w organizacjach nowej gospodarki czy też szerzej – gospodarki opartej na wiedzy. Z drugiej są też referaty podejmujące próbę identyfikacji nowych trendów w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, a w tym kultury profesjonalizmu, budowania wizerunku pracodawcy czy ryzyka personalnego i realizacji strategii kadrowych w kontekście wybranych megatrendów.

Na zakończenie jeszcze kilka słów wyjaśnienia. Otóż w naszym przekonaniu tytułowych dylematów Czytelnik powinien poszukiwać nie tyle w treści poszczególnych artykułów, ile w wyborze dokonywanym z całej różnorodności prezentowanych koncepcji, podejść, rozwiązań, metod czy narzędzi na gruncie rozważań teoretycznych i analizowanych wyników badań empirycznych. Żywimy nadzieję, że zawarte w tym dziele treści będą stanowić inspirację zarówno dla teoretyków, jak i praktyków zarządzania. W tym miejscu pragniemy również złożyć wyrazy serdecznego podziękowania wszystkim, którzy wnieśli swój wkład w przygotowanie i wydanie niniejszej publikacji; Czytelnikom zaś dedykujemy taką oto sentencję, stanowiącą naszą własną refleksję sformułowaną po lekturze tego dzieła:

Im więcej wiem, tym więcej mam dylematów. Lepiej mieć dylematy czy nie mieć dylematów? – Oto jest dylemat.

dr hab. Marzena Stor, prof. UE
Katedra Zarządzania Kadrami
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

prof. zw. dr hab. Tadeusz Listwan
Katedra Zarządzania
Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Agnieszka Wenerska

Uniwersytet Łódzki

e-mail: awenerska@jonscher.pl

WYZWANIA STOJĄCE PRZED MENEDŻEREM OCHRONY ZDROWIA W ŚWIECIE ZMIAN W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

CHALLENGES FACED BY HEALTHCARE MANAGER IN THE LIGHT OF CHANGES IN HEALTHCARE SYSTEM

DOI: 10.15611/pn.2016.429.28

Streszczenie: Transformacja systemu ochrony zdrowia oznacza konieczność dokonania usprawnienia zasad organizacji systemu ochrony zdrowia jako całości oraz organizacji i funkcjonowania poszczególnych jego podmiotów. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie wyzwań, jakie stoją przed menedżerem ochrony zdrowia (dyrektorem, ordynatorem i pielęgniarką oddziałową) w świetle przemian z uwzględnieniem specyfiki sektora ochrony zdrowia. Analiza problemu jest szczególnie istotna, jeśli mieć na uwadze strategiczną istotność kwestii zarządzania oraz zagrożeń, jakie wynikają z kształtowania się trendów na rynku pracy, tj. przede wszystkim niedoboru personelu medycznego. Przeprowadzono badania empiryczne polegające na tematycznym badaniu literatury i obserwacji uczestniczącej otoczenia (autorka wykonuje obowiązki kierownika działu zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalu miejskim). Postawiono cele dotyczące określenia wyzwań stawianych menedżerom opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: nowe zarządzanie publiczne, efektywność organizacji, zarządzanie w ochronie zdrowia, menedżer ochrony zdrowia.

Summary: The transformation of the healthcare system means the need to improve its rules as a whole and the organization and functioning of its entities. The purpose of this paper is to present the challenges which the manager of healthcare (director, head of a ward and a ward nurse) faces in the light of changes, taking into account the specifics of the healthcare sector. The analysis of the problem is particularly important bearing in mind the strategic importance of management issues and risks arising from the formation of labor market trends, first of all, a shortage of medical staff. Empirical research was conducted involving thematic study of literature and participant observation of environment (the author performs the duties of the head of the Department of Human Resource Management in the city hospital). Goals were set which concerned the determination of challenges to health care managers.

Keywords: new public management, effectiveness of the organization, management in healthcare, healthcare manager.

1. Wstęp

Sektor ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych obszarów zainteresowania społecznego. Jego problemy wynikają z niskiego poziomu finansowania publicznego przy wzroście kosztów i potrzeb zdrowotnych oraz niskiej efektywności gospodarowania posiadanymi środkami. Funkcjonowanie sektora jest także ograniczone poprzez konieczność konsensusu politycznego. Istniejąca sytuacja generuje wzrost zainteresowania metodami i narzędziami zarządzania, które są w stanie dodatnio wpływać na efektywność organizacji ochrony zdrowia przy ich jednoczesnej niskiej kapitałochłonności.

Reorientacja systemu ochrony zdrowia oznacza konieczność dokonania usprawnienia zasad organizacji systemu ochrony zdrowia jako całości oraz organizacji i funkcjonowania poszczególnych jego podmiotów. Zmiany sprawiły, że podmioty świadczące usługi medyczne, zwłaszcza te publiczne, zaczęły adaptować do swojej bieżącej działalności nowoczesne metody i narzędzia zarządzania. Mając na uwadze strategiczną istotność kwestii zarządzania w organizacjach działających w sektorze ochrony zdrowia oraz istnienia zagrożeń, jakie wynikają z kształtowania się trendów na rynku pracy, tj. przede wszystkim niedoboru personelu medycznego, celem niniejszego artykułu uczyniono ukazanie wyzwań, jakie stają przed menedżerem w dobie zmian z uwzględnieniem specyfiki sektora ochrony zdrowia oraz konieczności uaktualniania kompetencji menedżerskich osób zarządzających placówkami ochrony zdrowia.

Dokonano wstępnej tematycznej analizy literaturowej oraz poznawczej polegającej na obserwacji otoczenia wewnętrznego szpitala miejskiego.

Zgodnie ze słabiej rozpowszechnioną metodą jakościową [Czakoń 2009, s. 1], badania własne oparto na obserwacji uczestniczącej, które zostały przeprowadzone podczas piastowania funkcji kierownika działu zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalu miejskim. W tym czasie autorka artykułu ugruntowała wiedzę z zakresu funkcjonowania szpitala, ponadto uczestniczyła w 2013 roku za pośrednictwem Polskiej Federacji Szpitali jako akredytowanego w Polsce przedstawiciela Europejskiej Federacji Szpitali, po raz pierwszy w historii, w najbardziej prestiżowym w Europie programie wymiany szkoleniowej menedżerów ochrony zdrowia o nazwie HOPE Exchange Programme.

Ostatnie lata w sposób fundamentalny zmieniły rzeczywistość, w jakiej funkcjonowały jednostki świadczące usługi medyczne w Polsce. Ich otoczenie stało się nader turbulentne, bowiem reformy zaplanowane wobec tego sektora, a ukierunkowane na jego komercjalizację, zaczęły powoli dobiegać końca. W związku z zaistniałymi zmianami kadra menedżerska organizacji świadczących usługi medyczne coraz częściej dostrzega potrzebę implementowania nowoczesnych metod i narzędzi zarządzania [Buchelt 2008a, s. 28].

Najważniejszą przesłanką do napisania artykułu jest zwrócenie uwagi na skutki reform, rolę menedżera ochrony zdrowia i stojące przed nim wyzwania. Bieżącym

efektem wprowadzonych zmian jest niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego, na który to problem zwraca się uwagę w literaturze przedmiotu już od kilku lat [Jończyk 2011, s. 6; Kunecka 2012a, s. 96]. Niedobór personelu medycznego dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek oraz położnych. Przy tym niedobór wykwalifikowanego personelu lekarskiego wydaje się doskwierać kadrze zarządzającej placówkami medycznymi (zarówno otwartymi, jak i zamkniętymi) bardziej niż niedobór personelu pielęgniarskiego, chociaż wydaje się oczywiste z punktu widzenia trendów społeczno-demograficznych, iż to tylko kwestia czasu, gdy i tutaj kadra menedżerska zidentyfikuje lukę w stanie i strukturze zatrudnienia.

2. Zmiany w ochronie zdrowia w Polsce

Transformacja każdej organizacji jest procesem złożonym, o niepewnym wyniku. Restrukturyzacja jednostek ochrony zdrowia wzmacnia zjawisko odejścia od kumulowania środków i zastąpienia tego działania racjonalnym podejściem do zasobów w celu polepszenia jakości opieki medycznej. Szpitale zmieniają się w przedsiębiorstwa, których przeobrażenia są przedmiotem zmasowanej krytyki personelu medycznego, szczególnie z powodu osłabienia „władzy medycznej” na korzyść władzy dyrektorów szpitala [Kunecka 2012a, s. 96].

Jedną z najistotniejszych zmian ostatnich lat jest niewątpliwie odejście od modelu finansowania budżetowego, powołanie Kas Chorych, a po kilku latach przekształcenie ich w Narodowy Fundusz Zdrowia. Do chwili obecnej nie rozstrzygnięto jednak np. kwestii wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, konkurencji dla NFZ i decentralizacji Funduszu czy ewentualnego współpłacenia pacjentów. Obecnie pacjenci nadal (i coraz bardziej) narzekają na trudny dostęp do leczenia w ramach NFZ, m.in. na limitowanie świadczeń, długie kolejki do specjalistów oraz do większości zabiegów. W 1989 roku w systemie opieki zdrowotnej funkcjonował scentralizowany model budżetowy – pieniądze podatników, na podstawie decyzji organów państwowych, były dzielone m.in. na ochronę zdrowia. W 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która miała zreformować system ochrony zdrowia zarówno pod względem finansowania, jak i zarządzania. Reforma weszła w życie 1 stycznia 1999 roku. Dotychczasowy system budżetowy zastąpiono systemem ubezpieczeniowo-budżetowym, natomiast system opieki zdrowotnej oparto na zasadzie solidaryzmu społecznego i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Oprócz zmian w finansowaniu istotne było ponadto przejęcie przez struktury samorządu terytorialnego funkcji organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej oraz ich obligatoryjne przekształcenie z jednostek budżetowych w samodzielne. W rezultacie placówki ochrony zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ).

Lata dziewięćdziesiąte ubiegłego wieku były także czasem protestów pracowników ochrony zdrowia, którzy domagali się głównie podwyżek wynagro-

dzeń. Rozpoczęły się również zmiany dotyczące funkcjonowania szpitali, ponieważ coraz więcej placówek popadało w zadłużenie. Jedną z propozycji rządu w 2008 roku dotyczyła obowiązkowego przekształcenia wszystkich SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne). Decyzję co do przekształcenia szpitali pozostawiono w gestii samorządów terytorialnych. W 2011 roku uchwalono ustawę o refundacji leków, która weszła w życie od 2012 roku. Wprowadziła ona stałe urzędowe ceny leków refundowanych.

Na początku 2013 roku przedstawiono założenia do planowanej reformy NFZ, która przewidywała likwidację centrali funduszu, przekazanie większych kompetencji oddziałom wojewódzkim i powołanie urzędu, który zajmowałby się wyceną świadczeń. Zamierzeniem było też budowanie spójnego systemu planowania inwestycji medycznych w regionie na bazie „map zapotrzebowania” zdrowotnego, które zostały do tego celu stworzone. Zapowiadane zmiany wciąż czekają na realizację. Warto zwrócić uwagę, iż procesowi przekształcania systemu ochrony zdrowia w Polsce towarzyszył olbrzymi postęp medycyny i technologii, który zmienił możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Niestety, rozwój nauki pociąga za sobą coraz wyższe koszty, a system, mimo wielu zmian obserwowanych na przestrzeni ostatnich 25 lat, wciąż nie jest w tej kwestii tak wydolny, jak byśmy sobie tego życzyli. Ograniczenia finansowe zbyt często blokują pacjentom dostęp do leczenia w ramach NFZ poprzez limitowanie świadczeń, kolejki do specjalistów i zabiegów. Profesjonalizacja wiedzy ekonomicznej w połączeniu z wiedzą medyczną i rolą społeczną menedżera ochrony zdrowia jest niezbędna i wymuszona przez obecny stan systemu opieki zdrowotnej.

Sfera usług publicznych, do której zaliczana jest ochrona zdrowia, podlega głębokim i dynamicznym przeobrażeniom zgodnym z trendem zachodzącym w całej gospodarce: system nakazowo-rozdzielczy jest zastępowany systemem rynkowym [Frączkiewicz-Wronka 2007, s. 68] Zmiany powinny zakładać wyznaczenie nowych celów, kierunków i metod działania w poszczególnych sferach funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia oraz w jednostce jako całości. Zmiany powinny być odpowiedzią na sygnały płynące z otoczenia, ale także reakcją na sytuacje krytyczne dla rozwoju zakładów opieki zdrowotnej. Zmiany ustrojowe, które dokonały się w Polsce po 1989 roku, stworzyły możliwość gruntownej przebudowy systemu opieki zdrowotnej. Do jego głównych problemów należały: niezadowalająca jakość świadczeń zdrowotnych, niedorozwój funkcji profilaktycznych, centralizacja uprawnień decyzyjnych, przerosty zatrudnienia, niewłaściwa alokacja zasobów i niepełne ich wykorzystanie oraz wadliwość systemu finansowania zakładów opieki zdrowotnej [Ryć, Skrzypczak 2008, s. 76].

W trakcie wprowadzanych zmian w systemie ochrony zdrowia rząd ogłosił program „Ratujemy polskie szpitale”, którego celem było przekształcenie szpitali w spółki. Miało to spowodować przejrzystość i łatwiejsze ich funkcjonowanie na rynku usług medycznych. Analizując po latach działanie programu, można dojść do

wniosku, że liczba biorących udział w programie była zaskakująco niska i nie spełniła oczekiwań Ministerstwa Zdrowia [*Tak ratujemy...* 2026]. Przekształcenie w spółkę musi jednak służyć wszystkim, w tym zwłaszcza pacjentom.

W ciągu najbliższych kilku lat miałyby zostać wdrożony, zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej, zintegrowany system informatyzacji ochrony zdrowia. Pełna informatyzacja placówek medycznych usprawni proces zarządzania na poziomie zarówno lokalnym, jak i krajowym. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia z późniejszymi zmianami określa organizację i zasady działania systemu informatyzacji w ochronie zdrowia. Prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej będzie obowiązywało podmioty ochrony zdrowia od dnia 1 sierpnia 2017 roku.

Rozporządzenie wprowadziło również duże ułatwienie zasad prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Najważniejsze z nich to zniesienie warunku stosowania podpisu elektronicznego oraz znakowania czasem. Rozpoczął się tym samym proces wdrożeń elektronicznej dokumentacji w każdej placówce medycznej. Powinien on umożliwić błyskawiczny dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, zabezpieczenie przed zaginięciem całości czy fragmentów dokumentacji papierowej, łatwe i szybkie udostępnianie dokumentacji na zewnątrz, a co za tym idzie, dużą oszczędność czasu i kosztów kopiowania dokumentów oraz miejsca na przechowywanie kolejnych tomów kartotek. W opinii osób zarządzających przepisy prawne w ochronie zdrowia są niejasne, niespójne, posiadają duży margines swobodnej interpretacji, ograniczają swobodę działalności i możliwości wyjścia z sytuacji kryzysowej [Sieńko 2006, s. 82].

Od 2008 roku NFZ wprowadził do finansowania wykonywanych w szpitalach usług medycznych jedną z odmian systemu JGP (jednorodnych grup pacjentów), opartą na brytyjskim HRG (Health Resource Groups). Finansowanie jednorodnych grup pacjentów – JGP oznacza system zwrotu kosztów leczenia pacjenta, w którym stawki za leczenie przypisane są nie konkretnym procedurom medycznym czy też określonym pobytom w szpitalu, lecz jednorodnym – z uwagi na postawione rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne – przypadkom chorobowym. Zastosowanie systemu JGP jako mechanizmu finansowania szpitala ma wiele zalet. Przede wszystkim umożliwia dysponentom funduszy publicznych uzależnienie finansowania szpitali od osiąganego przez nie poziomu efektywności, a tym samym może być zobiektywizowanym kryterium alokacji środków budżetowych pomiędzy poszczególne szpitale. Mechanizm ten jest bez wątplenia skoncentrowany na nagradzaniu dyrektorów jednostek leczących skutecznie przy niższych kosztach i na motywowaniu dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej generujących wysokie koszty do ich obniżenia [Piątkowski 2006, s. 98]. Stosowanie systemu JGP staje się więc zobiektywizowanym kryterium oceny zakładów opieki zdrowotnej, ponieważ pozwala na identyfikację obszarów wymagających lepszego wykorzystywania zasobów i poprawy jakości świadczeń, na tworzenie standardów, wprowadzenie benchmarkingu, a także na osiąganie przychodów za wykonane usługi z uwzględnieniem struktury

leczonych przypadków. Wprowadzenie systemu JPG jako mechanizmu finansowania wymaga wdrożenia i stosowania przez wszystkie podmioty jednolitej metodyki liczenia kosztów w celu uzyskania pełnej informacji o przeciętnych kosztach leczenia poszczególnych przypadków diagnostycznych oraz prowadzenia jednolitych systemów informacji klinicznej. Spełnienie tych warunków zwiększyło precyzję liczenia przez zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) kosztów, a w większości wręcz zmusiło jednostki ochrony zdrowia do ich liczenia.

Obecny zakład opieki zdrowotnej, zarówno samodzielny zakład opieki zdrowotnej, jak i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, to przedsiębiorstwo i jak przedsiębiorstwem trzeba nim zarządzać, pamiętając (o) i osiągając jednocześnie cele społeczne, polegające na zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

W procesach transformacji zakładów opieki zdrowotnej szczególna rola przypada zarządzającym tymi placówkami. Analiza literatury przedmiotu potwierdza aprioryczne założenie, że zarządzający w organizacji ochrony zdrowia w sektorze publicznym, działający w rzeczywistości, której jedyną stałą cechą są głębokie, permanentne i wielokierunkowe zmiany, musi być człowiekiem o szerokich horyzontach intelektualnych, kreatywnym i odważnym w działaniu, otwartym na innowacje organizacyjno-techniczne i wciąż modernizującym swoje kwalifikacje. Jego naczelną ideą działania jest efektywność i skuteczność, warunkujące rozwój i ekspansywność w turbulentnych realiach gospodarki wolnorynkowej [Osmelak 1995, s. 4], a także kreowanie kompetentnego przywództwa w organizacjach,

3. Zadania menedżerów w procesie zmian w ochronie zdrowia

Umiejętności, kompetencje i doświadczenie zarządzającego zdecydują o tym, czy szpital będzie z roku na rok walczył o przetrwanie, czy też będzie się rozwijał. Należy zauważyć, iż konieczne jest uświadamianie potrzeby, rozwijanie i posiadanie przez menedżerów ochrony zdrowia kompetencji zawodowych oraz menedżerskich na możliwie najwyższym poziomie.

Każdy menedżer opieki zdrowotnej powinien zdobyć wiedzę menedżerską, aby wiedział, jak planować, organizować, motywować i kontrolować na różnych płaszczyznach działalności organizacji szpitalnej z efektywnym wykorzystaniem zasobu ludzkiego i materialnego (sprzętu medycznego oraz budynków).

Efektywność funkcjonowania szpitali jest kwestią najważniejszą dla ich dyrektorów, ponieważ mimo rosnących nakładów na ochronę zdrowia w Polsce sytuacja ekonomiczna większości jednostek udzielających świadczenia zdrowotne jest bardzo trudna. Wśród wielu istotnych zadań naczelnej kadry menedżerskiej jest 10 najważniejszych, które można wykorzystać do poprawy sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej. Aby te zadania wprowadzić z sukcesem, należy je po pierwsze znać, a po drugie wiedzieć, jak zaadoptować je do konkretnych warunków.

Do zadań zarządczo-organizacyjnych, które powinny być wprowadzane i monitorowane przez każdego menedżera jednostki ochrony zdrowia, należy:

1. Opracowanie i wprowadzenie strategii marketingowej dla klientów spoza NFZ. Im bardziej jesteśmy uzależnieni od jednego klienta, tym bardziej wzrasta ryzyko występowania różnych turbulencji w zakładzie opieki zdrowotnej. W polskim systemie ochrony zdrowia rolę klienta-płatnika odgrywa NFZ. Metodą poprawy tej sytuacji jest dywersyfikacja źródeł przychodów. Zwraca się tu uwagę na opracowanie i wdrożenie planu marketingowego pozyskiwania klientów spoza NFZ.

2. Określenie rentowności procedur medycznych. Ustalenie właściwej rentowności procedur medycznych jest podstawowym elementem trafnych decyzji ekonomicznych. Ustalenie tych informacji jest potrzebne do przeprowadzenia skutecznej restrukturyzacji, ponieważ będzie wiadomo, na których procedurach medycznych zakład opieki zdrowotnej traci, a na których zarabia.

3. Określenie rentowności poszczególnych oddziałów. Trudnym elementem w tym procesie będzie alokacja kosztów pośrednich, czyli np. sprzątanania czy administracji.

4. Polityka zakupów. Należy tu zwrócić uwagę na całą politykę zakupową zakładu opieki zdrowotnej, poprzez liczenie wszystkich kosztów związanych z zakupem, przeprowadzanie audytów u dostawców czy zakupy wspólnie z innymi jednostkami ochrony zdrowia oraz wdrożenie nowoczesnych praktyk zakupowych.

5. Zarządzanie przez budżetowanie. Najważniejsza korzyść z zarządzania przez budżetowanie to wzrost wartości jednostki. W przypadku budżetowania wzrost osiąga się poprzez uzyskanie większej ilości informacji niezbędnych do podejmowania strategicznych decyzji. Proces ten musi angażować wszystkie działy jednostki ochrony zdrowia. Budżetowanie – w pozytywnym aspekcie – prowadzi także do wprowadzenia narzędzi motywujących.

6. *Outsourcing versus insourcing*. W funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej trzeba się przyjrzeć każdej działalności, zarówno medycznej, jak i niemedycznej, i rozważyć, czy lepiej ją zachować we własnych strukturach, czy wydzielić. Głównym kryterium dla menedżera powinien być rachunek ekonomiczny. Jeśli jest na rynku organizacja, która potrafi robić to samo, ale taniej, lub za tę samą kwotę oferuje usługi jakościowo lepsze od naszych, należy się zastanowić, czy nie zacząć danej usługi kupować. Trzeba jednak być ostrożnym – liczyć koszty oraz sprawdzać dokładnie jakość usług zewnętrznych.

7. Polityka zarządzania zapasami. Należy wprowadzić rozsądną politykę gospodarowania zapasami, jednocześnie pamiętając, że utrzymywanie zapasów to koszty dla szpitala. Obecnie gospodarka zapasami skupia się na maksymalnej redukcji zapasów i optymalizacji przepływów materiałowych. Celem zarządzania zapasami jest zapewnienie ich wielkości niezbędnej do prowadzenia działalności przy najmniejszych możliwych kosztach.

8. Wąskie gardła. W każdej placówce istnieją wąskie gardła, ograniczające jej zdolności ekonomiczne. Przykładem może być np. liczba łóżek specjalistycznej

opieki medycznej czy brak procesu informatyzacji w danej jednostce ochrony zdrowia. Zadaniem menedżera jest identyfikacja i likwidacja wąskich gardeł zarówno w danym zakładzie opieki zdrowotnej, jak i poza nim.

9. Przepływ pieniędzy w szpitalu. Dobrze prosperujące jednostki muszą korzystać z efektów swoich oszczędności, czyli mieć dostęp do wypracowanych przez siebie funduszy. To zmotywuje pracowników i przyczyni się do samodzielnego poszukiwania metod optymalizacji kosztów. Dobre praktyki stosowane w jednej organizacji będą kopiowane przez inne.

10. Doskonalenie organizacji. Tylko ciągłe doskonalenie procesów biznesowych w organizacji przyczynia się do tego, że odnosi ona sukces. Nawet wdrożenie najlepszych rozwiązań w danym czasie nie gwarantuje, że sprawdzą się one w przyszłości.

Głównym zadaniem kierownictwa, zarówno naczelnego, jak i funkcjonalnego ZOZ, jest dbanie o wynik ekonomiczny, nie zapominając przy tym, by dbać o dobro pacjenta.

Kadra menedżerska we wdrażaniu zmian restrukturyzacyjnych powinna zwrócić uwagę na analizę konkurencyjności swojej placówki, diagnozować oddziaływania otoczenia na sposoby funkcjonowania placówki, a także budować potencjał strategiczny z myślą o przyszłości i pracować nad cechami wyróżniającymi szpital od innych placówek [Golinowska i in. 2002, s. 64]. Pełnienie funkcji menedżerskich na różnych szczeblach w strukturze organizacyjnej jednostek ochrony zdrowia wymaga wielu umiejętności, specyficznej wiedzy oraz swoistych kompetencji. Menedżer zakładu opieki zdrowotnej jest nieustannie poddawany presji różnych grup interesów, których nie sposób pogodzić. Musi wybierać między racjami samorządu, własnego środowiska i pacjentów.

Do głównych problemów, z którymi musi zmierzyć się dyrektor zakładu opieki zdrowotnej, zaliczyć m.in. można:

- brak systemu informatycznego umożliwiającego pełną identyfikację i kontrolę faktycznie wykonywanych świadczeń zdrowotnych, nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych: zbyt niskie finansowanie profilaktyki i diagnostyki (pacjent trafia do lekarza specjalisty zbyt późno, co znacznie podraża koszt leczenia), nieprzystosowane do realiów funkcjonowania placówek;
- zasady kontraktowania, które wymuszają ich nieracjonalne zachowania; system doskonalenia kadr medycznych oderwany od aktualnych potrzeb sektora ochrony zdrowia. Zadaniem dyrektorów, jak i kierowników poszczególnych oddziałów jest również pozyskiwanie pracowników i inwestowanie w rozwój potencjału pracowniczego. Jest to szczególnie ważne w zakładach ochrony zdrowia, gdzie od pracowników medycznych oczekuje się ciągłej edukacji, wzbogacania wiedzy oraz doskonalenia kompetencji zawodowych, tak aby mogły one skutecznie pomagać pacjentom i realizować zadania związane z leczeniem i ratowaniem życia.

4. Zakończenie

W procesie transformacji jednostek ochrony zdrowia bardzo ważne i konieczne jest zdobywanie przez dyrektorów-menedżerów wiadomości z zakresu ekonomii czy zarządzania. Przyczyną złej kondycji ekonomiczno-finansowej szpitali jest przede wszystkim nie brak pieniędzy, lecz brak wizji dyrektorów w rozwoju placówek. Środków finansowych w ochronie zdrowia zawsze będzie brakowało, dlatego dyrektorzy muszą szukać swojego miejsca na rynku usług medycznych, mimo że działają w niestabilnym i zmiennym otoczeniu. W realizacji zadań każdego menedżera istotne jest, aby miał on wizję zarządzania procesami ekonomicznymi, medycznymi, i społecznymi. Osiąganie wyznaczonych celów powinno doprowadzać do optymalizacji procesów, które składają się na zarządzanie [Bratnicki, Frączkiewicz-Wronka, Austen 2007, s. 164]. Bardzo ważne jest zmotywowanie podwładnych do pracy i stworzenie nowatorskiego systemu organizacji jednostki w procesach zmian zakładów opieki zdrowotnej. Motywacja do zachodzących zmian musi mieć jednak charakter nie tylko finansowy. Dlatego też menedżerowie pracujący na różnych szczeblach w strukturze organizacyjnej placówek ochrony zdrowia muszą zwiększać efektywność zarządzania, poszukiwać nowych sposobów finansowania oraz zmniejszać koszty, pamiętając wciąż o jakości leczenia pacjentów. Dotyczy to głównie placówek publicznych, dla których odpowiednie metody zarządzania to „być albo nie być” na rynku. Przeprowadzenie trwałej zmiany w przedsiębiorstwie przy aktywnym współdziałaniu jej pracowników wymaga z jednej strony dużego zaangażowania i wiary samych kierowników w potrzebę tego procesu, a z drugiej dokładnego i możliwie szczegółowego planu jego przeprowadzenia. Oczywiście każdorazowo przeobrażenie struktur i postaw menedżerów oraz ich pracowników w procesach transformacji przebiega inaczej – ważne jest jednak, by było ono skuteczne i nieodwracalne [Bratnicki 1998, s. 89]. Przy rozwiązywaniu problemów organizacji w systemie ochrony zdrowia warto zauważyć następujące kwestie: organizacja może – i powinna – sama mierzyć się z problemami; ochrona zdrowia nie jest jedyną branżą, w której pojawiają się trudności; podstawowe zasady zarządzania są uniwersalne i nie zależą od specyfiki sektora. Zmiany w ochronie zdrowia należy wprowadzać rewolucyjnie, tylko wtedy system ochrony zdrowia będzie w stanie sprostać szybko zmianom zachodzącym w otoczeniu prawnym, społecznym i ekonomicznym. Obecnie menedżerowie nie posiadają żadnej partytury, czyli gotowych formuł i schematów działania. Wyzwania otoczenia i zmian w nim zachodzących powodują, iż nie może on zajmować uprzywilejowanej pozycji tego, który wie – powinien raczej przyjąć postawę tego, który chce się dowiedzieć. Tym samym działanie menedżera nie może ograniczać się jedynie do wpasowania się w zmieniającą się rzeczywistość, w której organizacja funkcjonuje, lecz również do kreowania tejże rzeczywistości. Od menedżerów teraz i w przyszłości oczekuje się dużo więcej – powinna to być rola, w której wyeksponowane będzie przewodzenie zmianom, projektowanie rozwiązań, motywowanie innych, mobilizowanie przez własny przykład oraz monitorowanie procesu zmian

i korygowanie tego procesu [Frączkiewicz-Wronka 2007, s. 189]. Organizacje potrzebują kreatywnych kierowników, którzy nie tylko będą potrafili właściwie zrozumieć zachodzące w firmie procesy, lecz także skutecznie im przewodzić, traktując ludzi jako najważniejszy intelektualny majątek i główną siłę napędową rozwoju. Kreatywny menedżer stwarza swojemu zespołowi możliwości uwolnienia kompetencji i zaangażowania każdego zatrudnionego pracownika. Coraz bardziej przydatna staje się też inicjatywa, inwencja, pomysłowość (rozumiana jako przedsiębiorczość) menedżerów wprowadzających zmiany oraz rozwiązujących problemy zakładów opieki zdrowotnej. Rola menedżera ewoluuje: od partnera do pracownika – co oznacza, że społeczne aspekty funkcji menedżerskich stają się coraz istotniejsze [Nalepka 1999, s. 46]. Wymagania współczesnego rynku, który przeszedł głęboką transformację, stawiają przed menedżerem zupełnie nowe wyzwania. Istotna jest wiedza i inteligencja menedżera oraz komunikacja jako podstawowy warunek nawiązania właściwych relacji w organizacji, który gwarantuje przepływ informacji i stanowi punkt wyjścia do wszystkiego, co się w niej dzieje. Ważna jest również kreatywność jako odpowiedź na współczesne wyzwania sektora ochrony zdrowia, a także umiejętność zastosowania wiedzy do rozwiązania nowych problemów, twórcze i innowacyjne podejście do pojawiających się zadań.

Literatura

- Borowiecki R., 2003, *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w obliczu procesów transformacji, integracji i globalizacji*, [w:] *Globalizacja i integracja gospodarcza a procesy restrukturyzacji i rozwoju przedsiębiorstw*, oprac. i red. nauk. R. Borowiecki, A. Jaki, AE w Krakowie, Europejskie Stowarzyszenie Zarządzania – Cecios, Warszawa-Kraków.
- Boyne G.A., 2002, *Public and private management: What's the difference?*, *Journal of Management Studies*, no. 39(1).
- Bratnicki M., 1998, *Transformacja przedsiębiorstwa*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice.
- Bratnicki M., Frączkiewicz-Wronka A., 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.
- Bridges W., 2008, *Zarządzanie zmianami. Jak maksymalnie skorzystać na procesach przejściowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Buchelt B., 2008a, *Rosnące znaczenie talentów w gospodarce*, [w:] Poczrowski A. (red.), *Zarządzanie talentami w organizacji*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków.
- Buchelt B., 2008b, *Strategiczne aspekty zarządzania talentami*, [w:] Poczrowski A. (red.), *Metody i narzędzia zarządzania strategicznego, zarządzania jakością czy ryzykiem*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Czakov W., 2009, *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, *Przegląd Organizacji*, nr 9.
- Frączkiewicz-Wronka A., 2007, *Organizacja publiczna jako środowisko pracy menedżera*, [w:] Łaszczuk M. (red.), *Przedsiębiorczy menedżer w przedsiębiorczej organizacji*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A. i in., 2007, *Raport z badań statutowych: Przywództwo w organizacji publicznej (na przykładzie publicznego sektora ochrony zdrowia)*, cz. I, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.

- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk W.C., 2002, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa.
- Jończyk J., 2011, *Rozwój polskiej opieki zdrowotnej w kontekście potrzeb zdrowotnych społeczeństwa*, Optimum. Studia Ekonomiczne, 6.
- Krasucki P., 2005, *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, CeDeWu, Warszawa.
- Kunecka D., 2012a, *Aktualne problemy zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze usług medycznych w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Ekonomiczne Usług, 96, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin.
- Kunecka D., 2012b, *Konsekwencje stosowania elastycznych form zatrudniania w sektorze usług*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Ekonomiczne Usług, 229, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin.
- Nalepka A., 1999, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, PWN, Warszawa-Kraków.
- Osmelak J., 1995, *Organizacja pracy własnej menedżera*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz.
- Piątkowski B., 2006, *Finansowanie ochrony zdrowia. Usługa zdrowotna – dobro publiczne czy towar?*, [w:] Kopycińska D. (red.), *Regulacyjna rola państwa we współczesnej gospodarce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, DzU 2010, nr 252 poz.1697.
- Ryć K., Skrzypczak Z., 2008, *Finansowanie publiczne i prywatne w ochronie zdrowia – Analiza porównawcza krajów europejskich*, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym 08. Konwersje wiedzy*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Katowice.
- Sieńko A., 2006, *Prawo ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Tak ratujemy polskie szpitale – rządowy sukces czy porażka?*, www.millercanfield.com/publications-articles-191.html (data dostępu: 15.03. 2016).
- Tymowska K., 2000, *Przekształcenia własnościowe w opiece zdrowotnej – aspekty teoretyczne i praktyczne*, Zdrowie i Zarządzanie, nr 2.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, DzU 2011, nr 113, poz. 657.
- Włodarczyk W.C., 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*, Drukarnia Open Eyes, Warszawa.