

*Paul Campbell, Jacek Klich*

# Proces planowania w jednostkach sektora opieki zdrowotnej w Polsce

**Artykuł podejmuje zagadnienia planowania, a szczególnie planowania strategicznego w jednostkach opieki zdrowotnej w Polsce w warunkach dokonywanych prób reformowania tego sektora: oddzielenia finansowania opieki zdrowotnej od świadczenia usług, decentralizacji, tworzenia warunków do rozwoju konkurencji oraz nowego systemu wynagradzania.**

## Usprawnienia w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej

**C**hociaż przemiany w sferze funkcjonowania opieki zdrowotnej dokonują się w Polsce nadzwyczaj wolno, to trzeba odnotować, iż w ciągu ostatnich kilku lat pojawiły się w tym zakresie nowe inicjatywy.

Najważniejsze rozwiązania dotyczą:

- wydzielenie funkcji płatnika i funkcji podmiotu świadczącego usługę,
- decentralizacji,
- elementów konkurencji,
- systemu bodźców.

Wyodrębnienie funkcji płatnika i oddzielenie jej od funkcji świadczenia usług dokonuje się obecnie stopniowo z wykorzystaniem instytucji umów zawieranych przez dysponentów środków (województw, prezydentów/burmistrzów miast i wójtów) z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (np. ZOZ-y, szpitale) oraz prywatnymi kontraktorami (lekarze domowi, stomatolodzy). Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej to zakład, którego organem założycielskim jest organ administracji państwowej lub samorządu terytorialnego. Zakład taki posiada osobowość prawną i jest podmiotem gospodarczym prowadzącym swoją gospodarkę finansową według zasad określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Ma on prawo prowadzić własną politykę wynagrodzeń oraz zaciągać kredyty bankowe. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez samodzielną jednostkę osobom uprawnionym pokrywa dysponent środków na podstawie cen wynegocjowanych i zapisanych w umowie między samodzielnym zakładem a dysponentem środków. Płatnik i usługodawca stają się w ten sposób odrębnymi jednostkami, których współdziałanie regulują stosowne umowy.

Pomimo braku istnienia całościowego planu finansowania i organizacji opieki medycznej, w polityce resortu zdrowia i opieki społecznej dają się

zauważyć wyraźne trendy wskazujące na przesuwanie odpowiedzialności za planowanie, płatności i ocenę usług medycznych ze szczebla centralnego do lokalnych władz administracji państwowej i samorządów oraz do samodzielnych jednostek opieki zdrowotnej. Zmiany w zakresie zadań i kompetencji samorządów dały władzom miejskim możliwość przejęcia odpowiedzialności za podstawową opiekę zdrowotną (czasem również szpital) oraz inne usługi sektora ubezpieczeń od administracji rządowej.

Konkurencja wśród usługodawców z zakresu opieki zdrowotnej stanowi niezwykle silny mechanizm zaczerpnięty z doświadczeń wolnorynkowych, który wymusza zmiany w sposobie świadczenia usług, wywiera stałą presję na menedżerów w kierunku obniżania kosztów oraz uwzględniania potrzeb i preferencji pacjentów i płatników. Konkurencja wystąpi tak w ramach sektora publicznego (między samodzielnymi publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej) jak również w układzie: sektor publiczny – sektor prywatny. Wskutek liberalizacji regulacji prawnych nastąpił już bowiem rozwój sektora prywatnego w opiece podstawowej w takim zakresie, że staje się on poważnym konkurentem dla sektora publicznego. Planowane reformy prowadzić będą do dalszego wzmocnienia siły sektora prywatnego, który obejmie w przyszłości również lecnicstwo zamknięte. Podmioty świadczące usługi zdrowotne będą miały prawo do swobodnego decydowania o sposobie świadczenia usług, która to swoboda ograniczona będzie ogólnymi przepisami i koniecznością utrzymania płynności finansowej.

O ile w praktyce powyższe rozwiązania są już w pewnym zakresie stosowane, o tyle model kształtowania odpowiednich systemów motywacyjnych w samodzielnych jednostkach ciągle znajduje się w stanie projektowania. Podkreślając obiektywną wagę zagadnień właściwego motywowania dla skutecznego wprowadzania zmian do modelu świadczeń usług zdrowotnych, należy w tym miejscu wyrazić zaniepokojenie niedostatecznym postępowaniem

w budowaniu systemu bodźców w samodzielnych jednostkach. Różne jednostki administracji państwowej i samorządów zawierają kontrakty z lekarzami opieki podstawowej i dentystami, którzy wynagradzani są na zasadzie negocjowanych porozumień. Porozumienia te odzwierciedlają ich zdolności do przyciągania pacjentów (tam, gdzie pacjenci mają możliwość wyboru lekarza) lub ich relatywne możliwości świadczenia usług (w porównaniu z innymi lekarzami).

### Wyzwania stojące przed menedżerami opieki zdrowotnej

**W**szystkie te zjawiska rozwijane i umacniane w przyszłości doprowadzą do zasadniczych zmian w pozycji osób kierujących jednostkami opieki zdrowotnej. Staną się oni w większym stopniu menedżerami, a nie administratorami opieki zdrowotnej.

Zarówno decentralizacja, jak i wprowadzanie zachęt związanych z urynkowaniem usług zdrowotnych, niosą ze sobą presje polepszenia zdolności zarządzania służbą zdrowia na wszystkich poziomach. Dotyczy to tak dysponentów środków, jak i osób czy instytucji świadczących usługi i występujących w roli kontraktorów. Samorządy lokalne będą zmuszone uczyć się planowania, podejmowania decyzji, aby jak najlepiej sprostać takim problemom, jak wybór usług świadczonych dla ludności (lista usług świadczonych w ramach kompetencji i zadań samorządów), wybór usługodawcy, tworzenie sieci powiązań między różnymi kontraktorami, sposoby oceny działania systemu świadczenia usług, czy organizowanie systemów informatycznych, na podstawie których tworzone będą bazy danych niezbędne do podejmowania decyzji w wyżej opisanych zakresach.

Nowe zadania staną również przed menedżerami w jednostkach opieki zdrowotnej. Wprowadzanie na coraz większą skalę systemu kontraktowania usług medycznych, za którym idą zmiany w sposobie finansowania jednostek opieki zdrowotnej (jednostki otrzymywać będą środki już nie na podstawie wskaźników historycznych czy liczby posiadanych łóżek, ale na podstawie liczby zakontraktowanych usług), zerwanie z rejonizacją w przyjmowaniu pacjentów, w sposób istotny dynamizuje całe otoczenie, w jakim działają jednostki opieki zdrowotnej. Zwiększa się tym samym stopień ryzyka i niepewności w działaniach jednostek, a więc i ich dyrektorów. Wprowadzanie w coraz to większym zakresie regulowanego rynku usług medycznych doprowadzi do erozji do niedawna monopolistycznych pozycji większości jednostek. Duże szpitale z nadmiernie rozbudowaną infrastrukturą (efekt podejmowanych w przeszłości decyzji bazujących nie na badaniach i studiach, lecz na politycznej pozycji lokalnych decydentów) zaczynają coraz dotkliwiej odczuwać negatywne efekty skali, szczególnie w kontekście szybko rosnących kosztów energii, opału i wody.

Dyrektorzy jednostek będą zatem zmuszeni do monitorowania i analizowania zmian dokonujących się w otoczeniu. Dyrektorzy ZOZ-ów i szpitali muszą zacząć analizować a następnie adaptować i wprowadzać do praktyki zarządczej procedury i narzędzia stosowane w jednostkach opieki zdrowotnej działających w warunkach ograniczonej konkurencji w państwach wysoko rozwiniętych.

W odniesieniu do planowania oznacza to m.in.:

- konieczność stosowania analizy strategicznej i planowania strategicznego,
- wiązania planów operacyjnych z planami strategicznymi,
- uwzględniania w szerszym, aniżeli do tej pory, zakresie zagadnień jakości usług w działaniach planistycznych.

Konieczność posiadania planu strategicznego nie wynika z czysto pragmatycznego podejścia, lecz stanowi już obecnie konieczność określoną przez prawo<sup>1)</sup>. Jednym z warunków podpisania umowy między organem założycielskim a dążącą do usamodzielnienia się jednostką opieki zdrowotnej jest bowiem przedstawienie przez nią strategicznego planu rozwoju zakładu na podstawie wytycznych zawartych w załączniku nr 2 do zarządzenia MZiOS z 18 maja 1995 roku. Załącznik ten określa dziesięć punktów, które tworzą szkielet planu strategicznego. Zbudowanie metodologicznie poprawnego planu strategicznego dla jednostki opieki zdrowotnej oznacza m.in. uprzednie przeprowadzenie analizy otoczenia zewnętrznego oraz rozpoznania rynku (badań rynkowych). Do tego zaś wymagana jest znajomość określonych procedur i metod, nie mówiąc o adekwatnych środkach tak ludzkich, jak i finansowych.

Badana w ramach projektu *Strengthening Local Government in Health*<sup>2)</sup> praktyka tworzenia planów w jednostkach opieki zdrowotnej przygotowujących się do samodzielności ukazała, że nie tworzy się w nich planów strategicznych, a w odniesieniu do planów operacyjnych notuje się liczne nieprawidłowości i słabości – tak w zakresie wykorzystywanych procedur, jak i metod. Oznacza to, że trzeba wprowadzać do praktyki zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej procedury planowania strategicznego i wiązać zapisy planów operacyjnych z celami ujętymi w planach strategicznych. Pozycja konkurencyjna na rynku usług zdrowotnych, jak uczą przykłady z innych krajów, jest mierzona ceną usługi i w równym co najmniej stopniu jej jakością. Stąd konieczność nadania w procesie planowania kwestiom jakości usług znaczenia priorytetowego.

### Ograniczenia i bariery

**N**ie dokonując wyczerpującej klasyfikacji i enumeracji czynników hamujących czy przeciwdziałających zarysowanym powyżej działaniom reformatorskim, wskazać należy na kilka najbardziej znaczących. Można je w sposób

umowny uporządkować, dzieląc je na rzeczowe i osobowe.

### Ograniczenia rzeczowe

Listę ograniczeń rzeczowych można rozpocząć od słabej bazy informacyjnej o jednostkach opieki zdrowotnej. Słabość bazy informacyjnej nie wynika w pierwszym rzędzie z samej liczby (w sensie czysto fizycznym) informacji ekonomiczno-finansowych i medycznych gromadzonych przez państwowe służby statystyczne i wyspecjalizowane jednostki, lecz z niskiej jakości tej informacji i małej drożności jej przepływu. To zaś decyduje o relatywnie niskiej jej wartości na potrzeby planowania, w tym planowania strategicznego.

Dane na temat działalności jednostek opieki zdrowotnej i wyników tej działalności, choć ilościowo bogate, nie dają odpowiedzi na wiele istotnych pytań dotyczących np. pogłębionej charakterystyki struktury pacjentów, którym świadczone są w danej jednostce usługi medyczne, czy rzeczywistych kosztów ponoszonych przez jednostki (w tym kosztu poszczególnych procedur medycznych). Podjęte w ostatnich latach próby wdrożenia systemu rejestracji kosztów, choć stanowią krok we właściwym kierunku, nie doprowadziły jednak do uzyskania metodologicznie poprawnie liczonej kosztów. Logiczną konsekwencją tej ograniczonej „samowiedzy” poszczególnych jednostek jest również słaba orientacja co do rzeczywistej pozycji innych jednostek działających w otoczeniu.

Oprócz tego rodzaju danych, które po zapewnieniu odpowiednich środków finansowych, jednostki mogłyby gromadzić i analizować we własnym zakresie, występują również braki w zakresie danych ogólnych, dotyczących np. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na danym terenie, oczekiwań i preferencji pacjentów czy nawet sytuacji epidemiologicznej na obszarze działania ZOZ-ów.

W ostatnim okresie wiele jednostek próbowało wdrażać własne programy pozyskiwania pogłębionych i weryfikowanych informacji na temat kosztów. Niestety, nawet jeżeli takie informacje i towarzyszące im analizy istnieją, dostęp do nich dla osób z zewnątrz jest utrudniony, a często wręcz niemożliwy. Nawet przy założeniu dobrej woli jednostek udostępniających swoje dane (czy umieszczających je w sprawozdaniach kierowanych do centrów informacji medycznych bądź organów kontrolnych), do pokonania pozostaje następna przeszkoda, jaką jest wciąż słaba informatyzacja całego systemu pozyskiwania danych ekonomiczno-medycznych.

Innym problemem, który korzeniami swymi tkwi w niedoskonałej bazie informacyjnej, a w części wynikać może z błędów w procesie komunikacji, jest słaba znajomość przez dyrektorów jednostek opieki zdrowotnej priorytetów zdrowotnych i założeń polityki zdrowotnej w regionie. Chociaż nie ma systematycznych, naukowo opracowanych dowodów

uzasadniających ten sąd, to bazując na doświadczeniach pracowników Szkoły Zdrowia Publicznego CM UJ w zakresie konsultingu oraz prowadzonych z dyrektorami placówek rozmowach i wywiadach można w sposób odpowiedzialny takie stwierdzenie wysuwać.

Wśród ograniczeń rzeczowych wymienić należy również brak odpowiednich regulacji prawnych rozstrzygających tak fundamentalne z punktu widzenia praktyki menedżerskiej kwestie, jak status i zakres rzeczywistych kompetencji dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, relacje między samodzielnymi zakładami i pozostałymi jednostkami opieki zdrowotnej nie posiadającymi statusu jednostek samodzielnych, mechanizmy i zakres kontroli ze strony płatnika (tj. wojewody), czy wreszcie zarządzanie kontraktami z lekarzami rodzinnymi i stomatologami.

### Ograniczenia po stronie zasobów ludzkich

O ile ograniczenia rzeczowe można sprowadzić do jednego czynnika, którym są finanse i za ich pomocą próbować eliminować większość tego typu barier, o tyle ograniczenia po stronie zasobów ludzkich nie zawsze mogą być równie łatwo wyeliminowane. Ograniczenia osobowe występują przede wszystkim pod postacią braków odpowiednio przygotowanych kadr.

Z potencjałem ludzkim łączy się następny czynnik warunkujący w sposób niekorzystny proces planowania strategicznego, którym są słabości metodologii. Wyjąwszy jednostkowe próby i nieliczne lokalne inicjatywy<sup>3)</sup>, brak jest w Polsce nie tylko doświadczeń, ale przede wszystkim rozwiniętej metodologii tworzenia strategicznych planów rozwoju jednostek opieki zdrowotnej. Nie jest to – dodajmy – tylko polska specyfika. Na podobne problemy napotykać teoretycy i praktycy z państw wysoko rozwiniętych. Oferowane przez nauki o zarządzaniu sposoby analizy – tak otoczenia (porterowski, punktowa ocena atrakcyjności sektora, mapa grup strategicznych, krzywa doświadczeń), jak i analizy potencjału strategicznego przedsiębiorstwa (metody portfelowe, np. macierz Boston Consulting Group, macierz Mc Kinseya, czy macierz ADL<sup>4)</sup> wydają się mieć ograniczone zastosowanie dla szpitali i innych jednostek opieki zdrowotnej działających w odmiennym otoczeniu.

Niemożliwe jest również np. przeprowadzenie poprawnej analizy kosztów czy wyliczanie przepływów gotówkowych bez uwzględnienia amortyzacji. Istniejące regulacje prawne w zakresie naliczania odpisów amortyzacyjnych oraz finansów jednostek opieki zdrowotnej nie dają możliwości do stosowania rozwiniętych analiz, a zatem pośrednio podważają sens finansowych projekcji, będących podstawą planów strategicznych. Jeszcze innym czynnikiem wpływającym na jakość planów strategicznych jest relatywnie krótki rzeczywisty czas, jaki

został przewidziany na ich wypracowanie i wdrożenie. Dająca się odczuć presja na szybkie przekształcanie jednostek opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i deklaracje przedstawicieli resortu zdrowia o determinacji ministerstwa w przeprowadzaniu tego typu zmian, tworzą w kontekście obiektywnych trudności w konstruowaniu dojrzałych i metodologicznie poprawnych planów strategicznych niebezpieczny melanz. Powstaje sprzeczność między potrzebą przeprowadzenia szybkich zmian, a racjonalnością tych zmian (przy założeniu, że powierzchowny, źle przygotowany plan strategiczny nie prowadzi do osiągnięcia przez jednostkę pozytywnych rezultatów w przyszłości).

## Podsumowanie

**A** analizując proces planowania w jednostkach opieki zdrowotnej w warunkach podejmowanych w Polsce prób zmiany zasad organizacji i finansowania usług zdrowotnych można sformułować następujące oceny:

- Planowanie strategiczne w sformalizowanej postaci, choć nieobecne jeszcze w praktyce zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej, w coraz większym zakresie staje się niezbędną składową działań menedżera w tym sektorze (przy założeniu, że utrzymane zostaną aktualne tendencje w reformowaniu sfery usług zdrowotnych).

- Istniejące regulacje prawne nie tworzą jeszcze kompleksowego i koherentnego układu odniesienia do budowania tak planów strategicznych, jak i operacyjnych w jednostkach opieki zdrowotnej.

- Nie została, jak dotychczas, stworzona dojrzała metodologia opracowywania planów strategicznych dla jednostek opieki zdrowotnej.

- Ograniczone zasoby materialne i ludzkie, jakimi dysponują jednostki opieki zdrowotnej, stanowią

istotną przeszkodę do wypracowywania i wdrażania procedur związanych z tworzeniem planów strategicznych.

- Nie został stworzony mechanizm właściwego motywowania menedżerów do przechodzenia na samodzielność i prowadzenia polityki proefektywnościowej w przekształconych jednostkach.

- Przeprowadzonym zmianom musi towarzyszyć zakrojona na szeroką skalę akcja szkoleń dla personelu przekształcanych jednostek.

*Paul Campbell, Jacek Klich*

## PRZYPISY

<sup>1)</sup> Zarządzenie MZiOS z 18 maja 1995 roku w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania, **Monitor Polski**, 1995, nr 29, poz. 341 oraz Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, **Dziennik Ustaw**, 1991, nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami.

<sup>2)</sup> Projekt: *Wzmacnianie władz lokalnych w zarządzaniu służbą zdrowia* realizowany jest od 1996 roku wspólnie przez Harvard School of Public Health i Szkołę Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

<sup>3)</sup> por. np. TYMOWSKA K., *Strategiczny plan rozwoju opieki zdrowotnej w regionie*, „Antidotum”, 1994, Nr 6; KORNATOWSKI M.A., *Planowanie strategiczne w opiece zdrowotnej – doświadczenia Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia*, „Antidotum”, 1994, Nr 2; GRZESIEK K., *Zarządzanie strategiczne instytucjami opieki zdrowotnej*, „Ad vocem”, 1995, Nr 2 i 3; WÓJTOWICZ M., *Wykorzystanie analizy SWOT dla oceny szpitala rejonowego planującego przekształcenie w jednostkę samodzielną*, „Antidotum”, 1995, Nr 1.

<sup>4)</sup> GIERSZEWSKA G., ROMANOWSKA M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 1995.

Paul Campbell, M.P.A., Sc.D. jest pracownikiem Harvard School of Public Health i dyrektorem Harvard Health Management Group, a dr Jacek Klich adiunktem w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Obaj specjalizują się w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej.

*Paul Birch, Brian Clegg*

# Techniki twórczego myślenia w biznesie

**Przewodnik dla menedżerów**

Kompletny system działania, który pokaże ci, jak stosować techniki twórczego myślenia na każdym szczeblu w przedsiębiorstwie.

Nowatorstwo w myśleniu to jeden z filarów powodzenia w biznesie. Liderzy myślą perspektywicznie i dzięki temu zdobywają przewagę nad konkurencją. Poradnik ten wyjaśnia od podstaw, na czym polega twórcze podejście do rozwiązywania

problemów w biznesie. Przedstawia prosty system działania, który pozwoli czytelnikowi zastosować techniki twórczego myślenia w swoim miejscu pracy. Rozwiązywanie problemów i kreowanie pomysłów wkomponowano tu w wygodny i łatwy do zapamiętania schemat.

Książkę napisano specjalnie dla zapracowanych menedżerów. Opisuje ona techniki rozwijania

twórczego myślenia na wszystkich szczeblach w firmie, koncentrując się w równym stopniu na nowatorskim podejściu do problemu, jak i na wprowadzaniu pomysłów w życie. To kolejna, siedemnasta już pozycja wśród książek **Pomóż • Sam • Sobie** – wydana w serii BIZNES przez wydawnictwo M & A Communications Polska Sp. z o.o. z Lublina.