

# **Rola, miejsce i znaczenie zarządzania instytucjami publicznymi w kreowaniu jakości życia**

## **Aspekt instytucjonalny**



**Rola, miejsce i znaczenie  
zarządzania instytucjami  
publicznymi w kreowaniu  
jakości życia**

---

**Aspekt instytucjonalny**



# **Rola, miejsce i znaczenie zarządzania instytucjami publicznymi w kreowaniu jakości życia**

---

## **Aspekt instytucjonalny**

**redakcja naukowa  
Mirostław Czapiewski  
Jędrzej Strumiłło**

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego  
Gdańsk 2020

Recenzent  
dr hab. Grzegorz Krzos, prof. UE we Wrocławiu

Redaktor Wydawnictwa  
Katarzyna Ambroziak

Projekt okładki i stron tytułowych  
Jan Rutka

Skład i łamanie  
Maksymilian Biniakiewicz

Publikacja sfinansowana ze środków konferencji naukowej  
„Rola, miejsce i znaczenie zarządzania instytucjami publicznymi  
w kreowaniu jakości życia”,  
Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, wrzesień 2019

© Copyright by Uniwersytet Gdański  
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-067-6

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego  
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot  
tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206  
e-mail: [wydawnictwo@ug.edu.pl](mailto:wydawnictwo@ug.edu.pl)  
[www.wyd.ug.edu.pl](http://www.wyd.ug.edu.pl)

Księgarnia internetowa: [www.kiw.ug.edu.pl](http://www.kiw.ug.edu.pl)

Druk i oprawa  
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego  
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot  
tel. 58 523 14 49

## Spis treści

Robert Bęben Sebastian Susmarski Pomorski Model Restrukturyzacji Podmiotów Leczniczych – fakty i opinie . . .	7
Justyna Danielewicz Polityka senioralna w dokumentach strategicznych władz samorządowych na przykładzie miasta Łodzi . . . . .	23
Wioleta Dryl Medycyna luksusowa – spełnianie ludzkich pragnień . . . . .	37
Dmitry Kashparov Elena Kudryashova Maria Ulyanova Współdziałanie instytucji państwowych i edukacyjnych w celu poprawy poziomu wiedzy finansowej wśród ludności . . . . .	51
Magdalena Klimczuk-Kochańska Rola organizacji publicznych w zwiększaniu zaufania konsumentów do sektora rolno-spożywczego . . . . .	63
Violetta Korporowicz <i>New public governance</i> w zarządzaniu zdrowiem publicznym . . . . .	85
Anna Ludwiczak Kulturowe uwarunkowania ciągłego doskonalenia w administracji samorządowej . . . . .	97
Ewelina Nojszewska Agata Sielska Finansowanie szpitali powiatowych . . . . .	110
Jacek Sroka Joanna Podgórska-Rykała Panele obywatelskie jako deliberacyjna innowacja w jednostkach samorządu terytorialnego? . . . . .	121
Karolina Wielicka-Gańczarczyk Wizerunek śląskich szpitali położniczych w Internecie . . . . .	140
Beata Wierzbicka Zrównoważony rozwój a świadomość i odpowiedzialność społeczna. . . . .	153

Magdalena Wiśniewska	
Wartość publiczna gminnych programów rewitalizacji . . . . .	167
Anna Wojewnik-Filipkowska	
Koncepcja „wspólnego miasta” jako kontekst w analizie interesariuszy . . . . .	183
Małgorzata Żak-Skwierczyńska	
Wyzwania systemu gospodarki odpadami komunalnymi dla jednostek samorządu terytorialnego . . . . .	198

Robert Bęben\*  
Sebastian Susmarski\*\*

---

## Pomorski Model Restrukturyzacji Podmiotów Lecznicznych – fakty i opinie

### Wstęp

Stare powiedzenie głosi, że „fakty mówią same za siebie”, tylko że każdemu co innego. Z naukowego punktu widzenia jest to dosyć oczywiste, bowiem u podstaw naszych osądów leży percepcja, a więc proces poznawczy polegający na subiektywnym odzwierciedlaniu przez człowieka postrzeganych faktów i procesów<sup>1</sup>. Subiektywizm człowieka opisywał już trzysta lat temu szwajcarski matematyk i fizyk Daniel Bernoulli, twierdząc, że wygrana tysiąca dukatów ma różną wartość dla biedaka i bogacza, pomimo tego, że nominalnie obaj dostają tyle samo [Zalaśkiewicz, 2012].

Założono, że podobnie jest z przekształceniami własnościowymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Społeczna percepcja zdarzeń oraz osiągnięte efekty ekonomiczne, które były celem transformacji, mogą być całkowicie różne. Aby dokonać kompleksowej oceny procesu komercjalizacji pomorskich szpitali, który przebiegał w latach 2012–2014, konieczne jest podejście holistyczne, obejmujące zarówno jego skutki ekonomiczne, jak i społeczną percepcję.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie dwóch perspektyw analizowanego procesu: finansowej i społecznej, po to, aby uwrażliwić czytelników na konieczność podejmowania działań komunikacyjnych, zapewniających spójność opinii i faktów. Analiza aspektów ekonomicznych została przeprowadzona na podstawie sprawozdań finansowych poszczególnych jednostek podlegających transformacji, natomiast odzwierciedleniem spo-

---

\* Dr hab., prof. UG, Katedra Marketingu, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, robert.beben@ug.edu.pl

\*\* Adiunkt, dr, Katedra Bankowości i Finansów, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, sebastian.susmarski@ug.edu.pl

<sup>1</sup> Szerzej na temat spostrzegania (percepcji) zob. [Kotler, Keller, 2012, s. 178 i nn.].



łecznej percepcji działań podjętych przez samorząd województwa pomorskiego były wyniki badania sondażowego przeprowadzonego przez Pomorski Instytut Naukowy im. Profesora Brunona Synaka. Konkluzje z tych analiz zawarto w dalszej części opracowania.

## 1. Cele i podstawy formalnoprawne przekształceń własnościowych w sektorze opieki zdrowotnej

Aby lepiej zrozumieć istotę analizowanych zagadnień, na wstępie warto wyjaśnić znaczenie pojęcia „komercjalizacja”. Tak się bowiem składa, że termin ten bywa różnie rozumiany i definiowany, choć jego istota i cele są tożsame. Według *Wielkiego słownika języka polskiego PWN* komercjalizacja to „proces nadawania czemuś komercyjnego charakteru”, a dokładniej podporządkowywania jakiejś części życia społecznego lub gospodarczego regułom komercyjnym, handlowym. Termin ten spotykamy w różnych dziedzinach naszego życia. Można nim określać np. procesy zmierzające do uzyskania korzyści ekonomicznych z działań, które ze swojej natury nie są zarobkowe (np. komercjalizacja wyników badań naukowych).

Pojęcie komercjalizacji zostało spopularyzowane na gruncie polskiego porządku prawnego dzięki zapisom ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji, gdzie oznaczało przekształcenie przedsiębiorstwa państwowego w spółkę prawa handlowego, wstępującą we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo państwowe, bez względu na charakter prawny tych stosunków. Później pojawiło się również w innych aktach prawnych, w tym dotyczących przekształceń własnościowych dokonywanych w ochronie zdrowia, gdzie oznacza ono przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach opisanych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w celu poprawy jego sytuacji ekonomicznej i zwiększenia efektywności działania.

Warto w tym miejscu podkreślić, że komercjalizacja przedsiębiorstwa nie jest tożsama z jego prywatyzacją<sup>2</sup>. Nie oznacza ona zmiany struktury właści-

---

<sup>2</sup> Prywatyzacja, w rozumieniu przywołanej ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji, polega na: 1) obejmowaniu akcji w podwyższonym kapitale zakładowym jednoosobowych spółek Skarbu Państwa powstałych w wyniku komercjalizacji przez podmioty inne niż Skarb Państwa lub inne niż państwowe osoby prawne w rozumieniu ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa; 1a) zbywaniu należących do Skarbu Państwa akcji w spółkach; 2) rozporządzaniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku

cielskiej, lecz jedynie zmianę formy organizacyjno-prawnej, w której funkcjonuje dany podmiot. W praktyce komercjalizacja może być przeprowadzona: 1) w celu prywatyzacji, jak również 2) w celu podniesienia efektywności gospodarczej określonego podmiotu. Komercjalizacja nie jest więc tylko etapem koniecznym do przeprowadzenia prywatyzacji, może być celem samym w sobie, który oczywiście nie wyklucza późniejszej prywatyzacji powstałej w wyniku przekształcenia spółki prawa handlowego.

U podstaw komercjalizacji podmiotów leczniczych leżało założenie, że w wyniku likwidacji SPZOZ i utworzenia w jego miejsce spółki handlowej powstanie sprawna i efektywna ekonomicznie placówka ochrony zdrowia, która powinna zapewniać świadczenia zdrowotne, jednocześnie gwarantując zbilansowanie kosztów działalności z osiąganymi przychodami. Należy jednak zauważyć, że podmioty prowadzące szpitale nie są typowymi spółkami handlowymi, bowiem w toku ich działalności leczniczej realizowane są „wyższe” cele społeczne. W związku z tym funkcjonowanie tych podmiotów podlega ciągłej ocenie etycznej oraz presji ze strony otoczenia. Powoduje to konieczność odpowiedniej edukacji społeczeństwa, nie tylko środowiska medycznego, ale także pacjentów i innych interesariuszy w zakresie celów i rzeczywistych kierunków przekształceń.

Na początku drugiej dekady XXI w. przekształcenia własnościowe placówek szpitalnych były przedmiotem ożywionej dyskusji prowadzonej na łamach prasy i innych mediów<sup>3</sup>. Wówczas komercjalizacja szpitali była często utożsamiana z ich prywatyzacją i wywoływała opór społeczny. Mógł on wynikać z rozpowszechnianej w tamtym okresie opinii, że komercjalizacja pociągnie za sobą wydłużenie kolejek do bezpłatnych wizyt u specjalistów i konieczność korzystania z odpłatnych świadczeń, a także różną jakość usług dla pacjentów [Fiedorowicz, Rab-Przybyłowicz, 2009].

Analizując doniesienia medialne, można było dostrzec wiele negatywnych emocji wokół pojęcia „komercjalizacja szpitali”. Z jednej strony pojawiały się obawy, że skomercjalizowane szpitale będą kierowały się wyłącznie rachunkiem ekonomicznym, a nie dobrem pacjenta, co może doprowadzić do rezygnowania przez nie z fragmentów działalności leczniczej uznawanych za „nierentowne” i koncentrowania się na zabiegach „opłacalnych” – wycenianych wysoko przez Narodowy Fundusz Zdrowia – lub też na „dobieraniu” pacjentów zależnie od opłacalności ich leczenia – np. korzystających z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych [Cichocka, 2010; Żakowski, 2010]. Z dru-

---

komercjalizacji na zasadach określonych ustawą przez: sprzedaż przedsiębiorstwa, wniesienie przedsiębiorstwa do spółki albo oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania; zob. także [Sobczak, 2004, s. 260 i nn.; Horosz, 2011, s. 19 i nn.].

<sup>3</sup> Mowa tu o latach 2010–2012, poprzedzających okres, w którym prowadzono opisaną w opracowaniu badania empiryczne.

giej strony przekształcone podmioty lecznicze miały być przedsiębiorstwami prowadzącymi działalność zapewniającą odpowiednią efektywność ekonomiczną, co komplikował fakt, że w większości przypadków ich głównym źródłem przychodów były kontrakty z NFZ, co znacznie utrudniało możliwość kształtowania ceny świadczeń na podstawie typowych mechanizmów rynkowych [Nogalski, Waśniewski, Wojnarowska, 2012].

Z uwagi na fakt, że istotą realizowanych na Pomorzu przekształceń własnościowych była poprawa sytuacji ekonomicznej szpitali, przed przystąpieniem do sporządzenia aktu przekształcenia samorząd musiał ustalić wskaźnik zadłużenia szpitala i ewentualnie przejąć część tego zadłużenia, by uniknąć sytuacji, w której przekształcony podmiot (spółka) będzie od razu narażony na ryzyko upadłości. Aby maksymalnie oddłużyć nowo powstające podmioty, ustawodawca nie określił maksymalnej wielkości przejmowanych zobowiązań, dopuszczając, aby samorząd przejął większą część (a nawet całość) zobowiązań szpitala. Jednakże gdy wskaźnik zadłużenia nie przekraczał ustalonej wartości (0,5), samorząd mógł przejąć część lub nawet całość zobowiązań szpitala, jednak nie był do tego zobowiązany. Z dniem przekształcenia spółka kapitałowa wstępowała we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był przekształcony szpital, w szczególności prawa i obowiązki wynikające z kontraktu z NFZ. Nie było zatem wymagane ponowne podpisywanie przez spółkę kontraktu lub renegowanie jego warunków. W rezultacie powstał komercyjny podmiot wyposażony w aktywa konieczne do prowadzenia działalności gospodarczej, z zadłużeniem, które nie generowało ryzyka niewypłacalności. Należy jednak podkreślić, że zmiana formy organizacyjno-prawnej placówki leczniczej nie gwarantowała tego, iż jej działalność nie będzie generowała strat w przyszłości, a pacjenci uzyskają istotną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Przekształcenie w spółkę prawa handlowego miało poprawić mechanizmy zarządzania placówką, przyczyniając się w ten sposób do restrukturyzacji jednostki. Efekty takiego procesu przeprowadzonego w pomorskich szpitalach w latach 2012–2014 oraz ich społeczną percepcję przedstawiono w dalszej części opracowania.

## **2. Analiza społecznej percepcji procesu oraz efektów komercjalizacji pomorskich szpitali**

### **2.1. Cele i założenia badania empirycznego**

U podstaw badania empirycznego opisanego w dalszej części opracowania leżał proces poznawczy określany w literaturze jako „percepcja” albo „postrzeganie”. Jest on jednym z ważniejszych obszarów badań marketingowych,

których celem jest wyjaśnienie i opisanie zachowań konsumentów, a także dostarczenie menedżerom wiedzy umożliwiającej kształtowanie pożądanych postaw i reakcji ze strony nabywców towarów i usług. Wiadomo bowiem nie od dziś, że ludzie różnie widzą rzeczywistość, czego dowodem jest m.in. przywołany we wstępie przykład biedaka i bogacza, którzy wygrywając tę samą kwotę, różnie postrzegają jej wartość.

Badania dotyczące postrzegania procesów i zdarzeń przez ludzi pozwoliły na sformułowanie twierdzenia mówiącego, że percepcja jest procesem twórczym, którego istota polega na organizowaniu materiału dostarczonego przez zmysły (wzrok, słuch, dotyk itd.) w sensową całość. Wiadomo również, że w toku tego procesu ludzki mózg weryfikuje i porządkuje napływające informacje, wykorzystując do tego wewnętrzne wzorce (reprezentacje, schematy poznawcze) rzeczywistości, stworzone na podstawie wcześniejszych doświadczeń i posiadanej wiedzy.

Biorąc pod uwagę, że wiedza umożliwiająca merytoryczną ocenę istoty, celów i finansowych konsekwencji komercjalizacji pomorskich szpitali jest wiedzą specjalistyczną, którą posiada niewielka część społeczeństwa, założono, że percepcja badanego procesu przez pracowników szpitali i pacjentów będzie powierzchowna, a osądy będą kształtowane przez informacje dostępne w mediach lub będą powielały opinie współpracowników i znajomych.

Dążąc do potwierdzenia tych tez, w toku prac analitycznych postawiono m.in. następujące cząstkowe cele badawcze:

- ocena poziomu rozumienia pojęć, którymi opisywane są przekształcenia własnościowe w lecznictwie zamkniętym przez poszczególne grupy interesariuszy: pacjentów, lekarzy, personel pielęgniarstwa oraz pozostały personel szpitali;
- zidentyfikowanie sposobu postrzegania istoty i celów przekształceń własnościowych przez poszczególne grupy interesariuszy;
- ocena postrzegania wprowadzonych zmian w kontekście: dostępności do świadczeń medycznych, jakości opieki medycznej, ekonomiki procesu leczenia oraz struktury kosztów funkcjonowania placówek lecznictwa zamkniętego;
- zidentyfikowanie uproszczeń myślowych, które mogą wypaczać ocenę istoty i następstw przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia;
- identyfikacja źródeł informacji, z których badani czerpią wiedzę na temat analizowanych procesów transformacji własnościowej.

Badania przeprowadzono na próbie 532 respondentów, przy czym do analizy dopuszczono 526 kwestionariuszy. Aby uchwycić opinie różnych interesariuszy, badaniem zostali objęci zarówno pracownicy, jak i pacjenci 9 pomor-

skich szpitali<sup>4</sup>, które uległy komercjalizacji. Opracowując schemat losowania próby, szczególną uwagę zwrócono na zróżnicowany poziom zatrudnienia oraz istotnie różną liczbę pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych szpitalach. Ponieważ założono, że cechy te mogą spowodować, iż przy prostym losowym doborze próby wystąpi nadmiar lub niedomiar liczby pomiarów w poszczególnych podmiotach i grupach respondentów, co z kolei może wpłynąć na wyniki badania, zdecydowano o zastosowaniu schematu losowania warstwowego.

Liczbę wywiadów wyznaczano proporcjonalnie do liczby zatrudnionych w poszczególnych placówkach oraz liczby pacjentów, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku pacjentów za ich liczbę przyjęto liczbę procedur zabiegowych wykonanych w danym szpitalu w I półroczu 2014 r. Badanych pracowników podzielono na trzy grupy: 1) personel pielęgniarstwa (pielęgniarki, pielęgniarze i położne), 2) lekarze oraz 3) zarządzający i personel administracyjny. Strukturę badanej populacji, a także wyniki analiz zebranego materiału zaprezentowano w dalszej części opracowania.

## 2.2. Charakterystyka respondentów

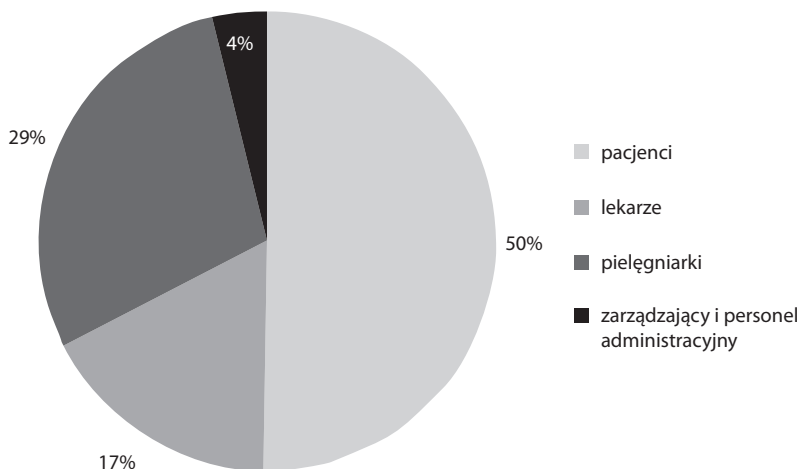
Na próbę liczącą 526 osób złożyło się 65% kobiet i 35% mężczyzn. Należy przy tym zaznaczyć, że w grupie personelu pielęgniarstwa znalazło się 96% kobiet i zaledwie 4% mężczyzn. Wśród badanych pacjentów 42% stanowili mężczyźni i 58% kobiety, z kolei w grupie lekarzy było 69% mężczyzn i 31% kobiet. Stosownie do założeń dotyczących doboru próby 50% badanych stanowili pacjenci, 29% personel pielęgniarstwa, 17% lekarze, a pozostałe 4% personel zarządzający i administracyjny. Struktura populacji badania zaprezentowana została na rysunku 1.

Dla 50% ankietowanych pacjentów pobyt w danej placówce był ich pierwszą wizytą w danej jednostce, dla 33% była to kolejna wizyta, nie więcej jednak niż czwarta, natomiast 10% badanych zadeklarowało, że było już w danej placówce więcej niż cztery razy. Z kolei 7% pacjentów odmówiło odpowiedzi na pytanie o częstotliwość pobytu w miejscu badania.

Przeciętny staż pracy w zawodzie u badanego personelu medycznego i pracowników administracyjnych wyniósł 20 lat. Wskazały na to zarówno średnia, jak i mediana. Badani pracownicy mieli również długi okres zatrud-

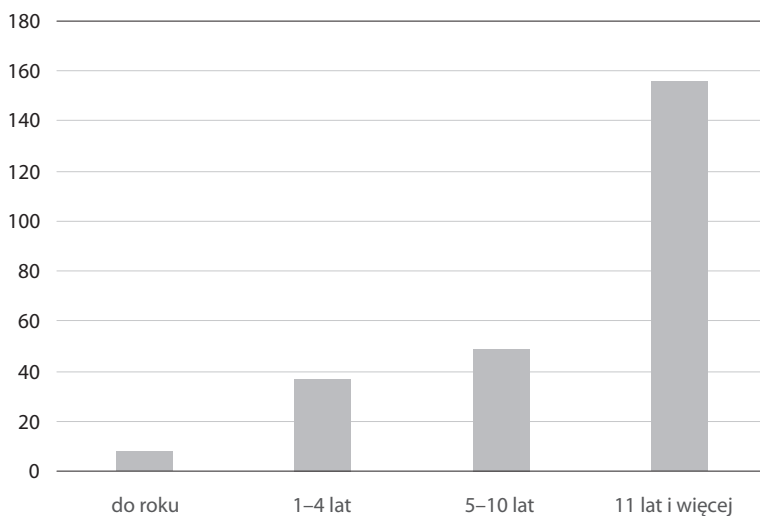
---

<sup>4</sup> Badaniem objęto następujące placówki: Szpital św. Wincentego a Paulo w Gdyni, Szpital Specjalistyczny w Prabutach, Szpital Dziecięcy „Polanki” im. Macieja Płazyńskiego w Gdańsku, Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Copernicus Podmiot Leczniczy, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w Gdańsku.



Rysunek 1. Liczba i odsetek badanych w poszczególnych warstwach

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.



Rysunek 2. Liczba pracowników deklarujących poszczególne okresy zatrudnienia w jednostkach, w których prowadzono badanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

nienia w jednostce, w której zbierano dane. Średnia wynosiła ponad 10 lat. Można więc stwierdzić, że większość badanych pracowników uczestniczyła czynnie lub biernie w procesie przekształceń własnościowych, którego dotyczy analiza. Okresy zatrudnienia pracowników wchodzących do próby przedstawiono na rysunku 2.

Warto również zauważyć, że próba badawcza obejmowała pacjentów i personel wszystkich pomorskich szpitali podległych samorządowi województwa, które przekształcono w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, a więc obejmowała szerokie spektrum kluczowych interesariuszy.

### **2.3. Percepcja zmian własnościowych w pomorskich szpitalach w opinii badanych**

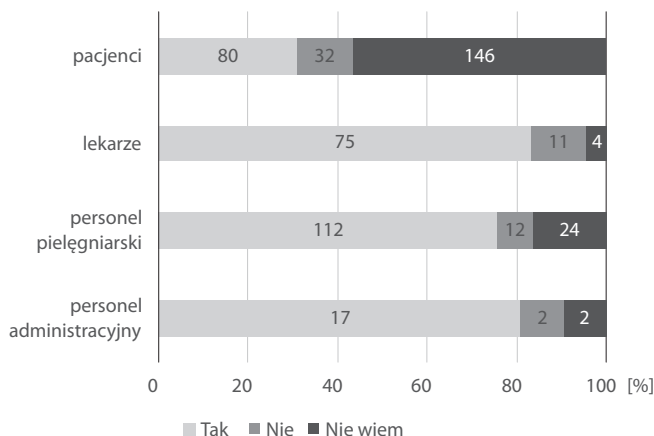
W świetle zebranych i przeanalizowanych wyników badania należy stwierdzić, że ogólna ocena procesu komercjalizacji szpitali wypadła pozytywnie. Respondenci, którzy wyrażali subiektywną opinię na temat postrzeganych skutków przekształceń własnościowych w szpitalach w całej Polsce (z usług których w zdecydowanej większości prawdopodobnie nie korzystali) oraz w badanej placówce, zdecydowanie lepiej postrzegali zmiany w jednostce, w której prowadzono badanie. Co ciekawe, konsekwencje zmian „dla pacjenta” zdecydowanie lepiej oceniali sami zainteresowani niż cała próba złożona również z lekarzy, personelu medycznego i innych pracowników badanych placówek. Należy w tym miejscu zauważyć, że w toku publicznej debaty obie grupy badanych, zarówno pacjenci, jak i personel, wypowiadają swoje opinie o skutkach zmian dla pacjentów, tak więc warto zwrócić uwagę na ujawnione w toku badania rozbieżności i subiektywne opinie.

Spośród pacjentów, którzy wyrazili swoją opinię na temat zmian zaobserwowanych w badanej placówce, 44% oceniło je jako „dobre”, a 33% jako „bardzo dobre”. Najlepiej oceniali szpital ci pacjenci, którzy w ostatnich 24 miesiącach byli hospitalizowani więcej niż raz – 48% wybrało odpowiedź „dobrze”, a 34% „bardzo dobrze”. Może to sugerować, że ich własne doświadczenia jako pacjenta wpłynęły na lepszą ocenę rzeczywistości. Nie można więc wykluczyć, że najbardziej krytyczne oceny kształtujące tzw. świadomość społeczną formułują ci, którzy z usług poszczególnych placówek nie korzystają. Niestety zgromadzone wyniki nie pozwoliły na jednoznaczne potwierdzenie tej tezy.

Uwagę zwraca fakt, że większość badanych pacjentów i niemała grupa pracowników badanych szpitali zadeklarowała, że nie wie, czy jednostka, w której było prowadzone badanie, podlegała procesowi komercjalizacji (zob. rys. 3).

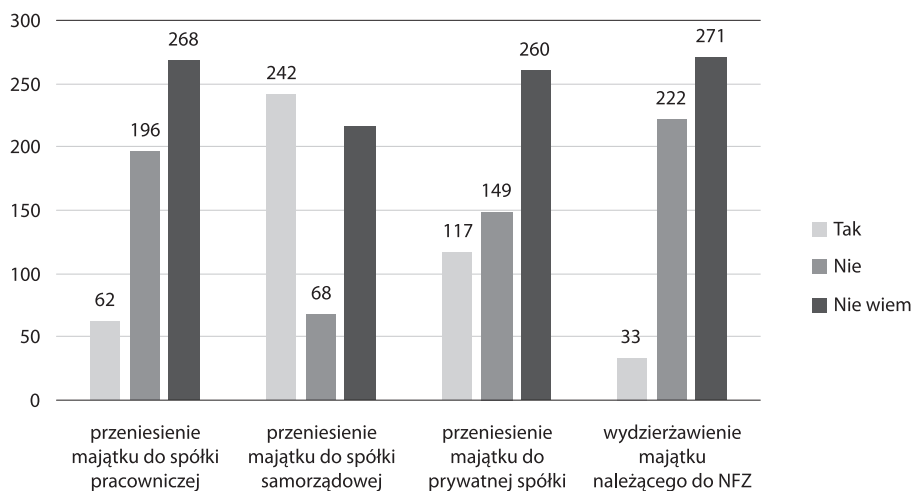
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Na czym polega komercjalizacja pomorskich szpitali?” wskazuje na to, że większość badanych nie rozumie istoty komercjalizacji (zob. rys. 4).

Wszyscy mają poglądy na temat celów i spodziewanych efektów komercjalizacji. Są one jednak nieco różne w poszczególnych grupach respondentów. Zdaniem pacjentów, chodzi przede wszystkim o poprawę jakości opieki, na co wskazało 52% badanych pacjentów, lepsze zarządzanie majątkiem szpitala (50%) i poprawę wyników finansowych szpitali (49%). Z kolei dla leka-



Rysunek 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy szpital, w którym się znajdujemy, podlegał w ostatnich 24 miesiącach przekształceniom własnościowym?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.



Rysunek 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Na czym polega komercjalizacja pomorskich szpitali?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

rzy celem reformy jest obniżenie kosztów leczenia (63%) i są w tym zakresie zgodni z personelem pielęgniarskim (63%). Zarówno lekarze, jak i personel pielęgniarski, a także pracownicy administracji i zarządzający uważają, że celem komercjalizacji szpitali jest stworzenie możliwości pobierania opłat od pacjentów (odpowiednio: 62%, 63% i 57%). Natomiast za takim celem opo-



wiedziało się tylko 31% pacjentów. Personel pielęgniarski i administracyjny wskazał również, że chodzi o „anulowanie długów szpitali” (odpowiednio: 61% i 62%). Z tym argumentem zgadzało się jedynie 32% lekarzy. Poprawa jakości leczenia, będąca głównym celem reformy, jako jedna z opcji możliwych do wskazania, została wybrana jedynie przez 29% lekarzy, 27% personelu pielęgniarskiego i 19% pracowników administracji i zarządzających. Wynik ten ilustruje, jak różne aspekty procesu przekształceń są dostrzegane (lub nie) przez poszczególne grupy interesariuszy. Pacjenci patrzą na problem głównie przez pryzmat aspektów jakościowych (lepszą opieką i zarządzanie), natomiast personel szpitali dostrzega przede wszystkim kwestie finansowe (stworzenie możliwości pobierania opłat, ograniczenie kosztów).

Na zakończenie warto jeszcze zwrócić uwagę na źródła, z których badani czerpią informacje na temat przekształceń ustrojowych w szpitalach. Otóż 27% pacjentów stwierdziło, że nie interesuje się tematem (pierwsze wskazanie z trzech możliwych), pozostali wskazali na rozmowy ze znajomymi (17%), rozmowy w pracy (15%), Internet (13%) i gazety (10%). Z kolei lekarze wskazywali (pierwsze wskazanie z trzech możliwych) na rozmowy w pracy (59%) oraz Internet (12%). Aż 11% pracowników tej grupy zawodowej stwierdziło, że nie interesuje się tematem. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku personelu pielęgniarskiego, przy czym aż 63% badanych spośród tych osób czerpie swą wiedzę z rozmów w pracy, 15% z Internetu, a 6% nie interesuje się tematem. W przypadku personelu administracyjnego i zarządzających (liczonych łącznie) sytuacja wygląda podobnie (57% – rozmowy w pracy, 10% – Internet, 10% – brak zainteresowania tematem). Wewnętrzne biuletyny informacyjne znalazły się w kręgu zainteresowania zaledwie 5% pracowników administracji i zarządzających, natomiast nie były wskazywane przez lekarzy i personel pielęgniarski. Z kolei pacjenci wybierali prasę (10%) lub telewizję (9%), zaś w przypadku pracowników szpitali żadne z tych źródeł nie otrzymało więcej niż 5% wskazań. Wobec powyższego trudno oczekiwać, że kluczowi interesariusze będą mieli jednoznaczne i merytoryczne informacje na temat dokonywanych zmian.

### **3. Ekonomiczne skutki komercjalizacji pomorskich szpitali**

#### **3.1. Założenia leżące u podstaw funkcjonowania Pomorskiego Modelu Restrukturyzacji Podmiotów Leczniczych**

Akcentując ujęcie teoretyczne pojęcia restrukturyzacji, warto zwrócić uwagę na podejście Ryszarda Borowieckiego, zgodnie z którym restrukturyzacja to gruntowna przebudowa, odnosząca się do kluczowych, fundamentalnych obszarów działalności danego przedsiębiorstwa. Wprowadzenie zmiany



Wydawnictwo  
Uniwersytetu Gdańskiego

**ISBN 978-83-8206-067-6**