

**Akademia WSB**

Dąbrowa Górnicza, Cieszyn, Olkusz, Żywiec, Kraków

**Wydział Nauk Stosowanych**

**mgr inż. Piotr Rajfur**

**SKUTECZNOŚĆ PROCESU KOMERCJALIZACJI  
POLSKICH SZPITALI W LATACH 2011–2018**

**Autoreferat pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem:**

**dr hab. inż. Katarzyny Hys, Profesora Uczelni**

**Dąbrowa Górnicza 2024**

## **Spis treści**

<b>1. Przesłanki wyboru tematu pracy .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Cele pracy i hipotezy badawcze .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Przebieg badań i struktura pracy .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Wyniki badań w kontekście hipotez badawczych .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Wnioski z badań .....</b>	<b>22</b>
<b>6. Ograniczenia i kierunki przyszłych badań .....</b>	<b>24</b>
<b>7. Wartość dodana pracy .....</b>	<b>25</b>
<b>8. Plan pracy .....</b>	<b>27</b>

## 1. Przesłanki wyboru tematu pracy

Transformacja ustrojowa i gospodarcza zapoczątkowana w Polsce w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku nie ominęła zmian systemowych w sektorze ochrony zdrowia. Początek lat 90-tych kojarzy się z przemianami gospodarczymi, gdzie powszechnie zaczął się pojawiać termin **restrukturyzacja**. Określenie to zaczęto również wymieniać w kontekście globalnego kryzysu kojarząc je negatywnie. Przyczyną negatywnego postrzegania restrukturyzacji jest łączenie jej m.in. z takimi zjawiskami jak bezrobocie czy upadłość przedsiębiorstwa.

Restrukturyzacja jest złożonym postępowaniem związanym z systemowym przekształceniem przedsiębiorstwa, jego struktur, zasad funkcjonowania czy też przekształceń majątkowych mającym na celu poprawę funkcjonowania czy konkurencyjność. Jest szansą, która w efekcie ma przynieść korzyści przedsiębiorstwu. Często przesłankami podejmowania działań restrukturyzacyjnych są sytuacje zagrażające istnieniu przedsiębiorstwa. W Polsce w sektorze ochrony zdrowia restrukturyzację rozumianą jako radykalną zmianę w co najmniej jednym spośród trzech wymiarów organizacyjnych tj.: w zakresie działania, w zakresie struktury kapitałowej oraz w zakresie zmian organizacji wewnątrz<sup>1</sup>, w Polsce zapoczątkowały przyjęte przez ustawodawcę pakiety ustaw w obszarze systemu ubezpieczeń społecznych, administracyjnych kraju oraz zakładów leczniczych.

Autor swoją uwagę skoncentrował na jednym z elementów restrukturyzacji sektora ochrony zdrowia, a mianowicie na **komercjalizacji (restrukturyzacji podmiotowej)** realizowanej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w formie szpitali.

Przeprowadzona analiza problematyki dotyczącej zagadnienia komercjalizacji szpitali w Polsce w latach 2011–2018 pozwoliła na ustalenie następujących przesłanek podjęcia tematu badań:

1. Liczne przekształcenia o zróżnicowanym charakterze w polskim systemie służby zdrowia m.in. takie, jak:
  - W roku 1991 wprowadzono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej<sup>2</sup>, przekształcającą zakłady społecznej służby zdrowia w zakłady opieki zdrowotnej, która została uchylona i w 2011 r. zastąpiona ustawą o działalności leczniczej<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Z. Sapijaszka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Szanse i ograniczenia*, PWN, Warszawa 1996, s. 25–28.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotne. Dz. U. z 1991 r. nr 91 poz. 408, uchylona.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz. U. z 2011 r. poz. 654, tekst ujednolicony.

- W okresie od 1995 r. do 1998 r. przyjęto ustawy o samorządzie lokalnym<sup>4</sup>, o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych<sup>5</sup>, o samorządzie województwa<sup>6</sup> i ustawę o samorządzie powiatowym<sup>7</sup>, które to zmieniły obszary obowiązków jednostek samorządu terytorialnego i przenieśli obowiązki własnościowe.
- W roku 1996 wprowadzono ustawę o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych<sup>8</sup>, która regulowała zasady dokonywania przekształceń własnościowych przedsiębiorstw państwowych w spółki handlowe.
- W roku 1997 wprowadzono ustawę o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych<sup>9</sup>.
- W roku 1998 wprowadzono zasadniczy trójstopniowy podział terytorialny państwa<sup>10</sup>.
- W roku 2004 wprowadzono ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>11</sup>.

2. Analiza literatury przedmiotu wykazała koncentrację badań na wąskim obszarze komercjalizacji. Najczęściej w publikacjach naukowcy podejmują zagadnienia przekształceń w obszarze zmian prawnych, a zwłaszcza w zakresie przepisów kodeksu spółek handlowych<sup>12</sup> i wynikającego z tego tytułu zagrożeń dla funkcjonowania systemu i praw pacjenta lub też w obszarze aspektów finansowych.

3. Jednocześnie analiza literaturowa wykazała, że w publikowanych materiałach funkcjonuje wiele niespójności związanych z niewłaściwą identyfikacją i interpretacją procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia. W efekcie czego postępuje proces

---

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Dz. U. z 1990 r. nr 16 poz. 95.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych. Dz. U. z 1995 r. nr 141 poz. 692.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dz. U. z 1998 r. nr 91 poz. 576.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Dz. U. z 1998 r. nr 91 poz. 578.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych. Dz. U. z 1996 nr 118 poz. 561. Obecnie nazwa to Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i niektórych uprawnieniach pracowników. Zmiana weszła w życie 1 stycznia 2017 r.. Wprowadzono Ustawę z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym. Dz. U. z 2016 r. poz. 2260.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz. U. z 1997 r. nr 28 poz. 153 z późn. zm.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa. Dz. U. z 1998 r. nr 96 poz. 603 z późn. zm.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, tekst ujednolicony.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych. Dz. U. z 2000 r. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.

utrwalania nieprawidłowych zapisów dotyczących prywatyzacji i komercjalizacji szpitali, co w opinii autora również wymaga korekty.

4. Ostatnią, w opinii autora – fundamentalną przesłanką, jest brak oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie szpitali, przekształconych w latach 2011–2018 na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej<sup>13</sup> z perspektywy celów tego procesu.

Zidentyfikowane i wyżej wymienione procesy oraz zjawiska zainicjowały działania autora o charakterze badawczym.

Istotnym zagadnieniem ze względu na określony temat pracy doktorskiej jest pojęcie **skuteczności i skuteczności działań**. Zamiarem badań literaturowych jest uporządkowanie dorobku naukowego dotyczącego istoty zagadnienia skuteczności i skuteczności działań w prakseologii oraz nauce o zarządzaniu i jakości. Skuteczność działań znajduje swoje interpretacje w wielu pracach. Analiza literatury przedmiotu w zakresie skuteczności pozwoliła na wyróżnienie modeli skuteczności za pomocą, których podejmowane są przez naukowców badania tematyczne.

W wyniku teoretycznego rozpoznania terminu skuteczności, ze względu na cel pracy doktorskiej oraz zakres planowanych badań empirycznych autor przyjął interpretację terminu skuteczności wywodzącą się wprost z prakseologii, tj.:

**„Skuteczność to celowe działanie, które prowadzi do zamierzonego skutku rozumianego jako cel”<sup>14</sup>.**

Kolejnym zagadnieniem istotnym ze względu na określony temat pracy jest **komercjalizacja** wynikająca z procesów restrukturyzacyjnych.

Jednym z pierwszych tematów podjętych przez naukowców oraz praktyków była dyskusja dotycząca zdefiniowania właściwych pojęć związanych z restrukturyzacją podmiotową, tj. **prywatyzacji i komercjalizacji**.

**Prywatyzację** identyfikowano z transferem udziałów przedsiębiorstwa publicznego do prywatnego właściciela w wyniku komercjalizacji<sup>15</sup>. **Komercjalizację** natomiast odnoszono do procesu, w którym mechanizmy i praktyki rynkowe wprowadzono do operacyjnego procesu decyzyjnego usług publicznych (np. maksymalizację zysku, redukcji kosztów, podejmowania decyzji w procesie

---

<sup>13</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Tamże.

<sup>14</sup> W. Kiezuń, *Sprawne zarządzanie organizacją*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 1998, s. 18–19.

<sup>15</sup> Ch. Hermann, *Die Privatisierung von Gesundheit in Europa*, FORBA–Schriftenreihe 2/2007, s 8, (<http://www.forba.at/data/downloads/file/212-SR%2002-07.pdf>, [dostęp: 2 marzec 2019]).

negocjacji, inwestowania przy uwzględnieniu popytu, itd.)<sup>16</sup>. Obecnie komercjalizacja w polskim prawodawstwie rozumiana jest odmiennie.

Z uwagi na temat pracy doktorskiej uwaga autora koncentruje się na komercjalizacji jako sposób restrukturyzacji jednostek państwowych.

Proces komercjalizacji można rozpatrywać w różnym ujęciu, niemniej jednak autor podjął próbę oceny skuteczności tego procesu w odniesieniu do szpitali w Polsce. W pracy doktorskiej komercjalizacja odniesiona została do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie szpitali przekształconych na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej<sup>17</sup>.

W wyniku teoretycznego rozpoznania terminu komercjalizacji, oraz ze względu na zakres planowanych badań empirycznych autor przyjął interpretację tego terminu wywodzącą się wprost z ustawy, tj.:

**„Komercjalizacja w rozumieniu tej ustawy polegała na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę, która wstępuje we wszystkie stosunki prawne, będące do tej pory podmiotem przedsiębiorstwa państwowego bez względu na charakter prawny tych stosunków”<sup>18</sup>.**

Zamiarem badań literaturowych jest uporządkowanie dorobku naukowego dotyczącego istoty zagadnienia komercjalizacji w naukach o zarządzaniu i jakości. Tematyczna analiza literatury przedmiotu pozwoliła na ustalenie celów restrukturyzacji sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Polemika na temat procesów restrukturyzacji tj. prywatyzacji i komercjalizacji ochrony zdrowia w kraju była prowadzona już wcześniej, jednak nabrała na sile po wprowadzeniu zmian systemowych, gdzie przewodnim tematem było określenie celów tych działań. Analiza procesów restrukturyzacji w sektorze ochrony zdrowia pozwoliła na nakreślenie problematyki badawczej wynikającej z zachodzących zjawisk takich, jak: wyodrębnienie finansowania opieki zdrowotnej z budżetu państwa, reforma administracyjna kraju oraz przekształcenia społecznych zakładów służby zdrowia, które dotychczas funkcjonowały w formie jednostek budżetowych w publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Natomiast obserwacja zjawisk zachodzących w sferze zmian organizacyjno-prawnych szpitali oraz świadomość ich znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania

---

<sup>16</sup> A. D. McDonald, G. Ruiters, *Rethinking Privatisation. Towards a Critical Theoretical Perspective*; w: *Public Service Yearbook 2005/6*, Amsterdam: Transnational Institute, s. 9–10.

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Tamże.

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i niektórych uprawnieniach pracowników. Tamże.

tych jednostek, doprowadziła autora do zainteresowania się tym obszarem działalności organizacji.

Przeprowadzona na potrzeby niniejszej pracy doktorskiej analiza tematyczna literatury przedmiotu wykazała, że badacze podejmując temat komercjalizacji sektora opieki zdrowotnej w Polsce koncentrują swoje dociekania głównie na wymiarze prawnym tego zagadnienia w związku z czym, autor pracy doktorskiej analizując zakres prac badawczych w obszarze procesów restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej wskazał na pewne problemy, które zidentyfikował, a które jednocześnie stanowiły przesłankę podjęcia tematu badań.

Kolejną równie istotną kwestią wynikającą z przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu jest ustalenie celów komercjalizacji szpitali w Polsce. Jak udało się ustalić autorowi nadrzędnym celem całościowych przemian w zakresie systemu ochrony zdrowia w Polsce było zreformowanie systemu i potrzeba ekonomizacji działań. Skuteczna restrukturyzacja miała wpłynąć na oszczędności i redukcję kosztów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W wielu publikacjach część badaczy przedmiotu wskazując cele prywatyzacji sektora opieki wymienia zmiany organizacyjno-prawne podmiotów leczniczych, które dążą do poprawy dostępności usług zdrowotnych, poprawy jakości świadczonych usług oraz poprawy efektywności działań poprzez odpowiednie finansowanie i wykorzystanie posiadanych zasobów, natomiast inni wskazują jako kluczowe ograniczenie generowania strat.

Stąd autor uznał, że przeprowadzeniu komercjalizacji jako jednego ze sposobów restrukturyzacji i przekształceń organizacyjno-prawnych podmiotów leczniczych przyświecają te same przesłanki. Przyjmując za punkt wyjścia trzy zdefiniowane **cele komercjalizacji** tj.:

- poprawa efektywności organizacyjnej jednostek służby ochrony zdrowia,
- poprawa dostępności usług zdrowotnych,
- poprawa jakości świadczących usługi zdrowotne,

autor podjął pracę badawczą w wymienionych wymiarach.

Uznając za podstawowy powód komercjalizacji szpitali dążenie do poprawy ich **efektywności organizacyjnej** pojmowaną jako (na poziomie całej organizacji) zdolność jednostki do generowania przychodów z posiadanych zasobów<sup>19</sup> można wnioskować, że

---

<sup>19</sup> K. Lisiecka K, *Kreowanie jakości*, Wydawnictwo AE w Katowicach, Katowice 2002, s.46.

cel ten sprowadza się do ograniczenia generowania straty finansowej przy wykorzystaniu zasobów szpitala, co w konsekwencji może prowadzić do lepszego wykorzystania środków publicznych. Stąd też autor niniejszej pracy doktorskiej dokonuje oceny efektywności organizacyjnej szpitali po ich komercjalizacji przy określonych zasobach, odnosząc się nie tylko do wymiaru ekonomicznego, lecz również dokonuje oceny wymiaru prakseologicznego, wymiaru behawioralnego, wymiaru instytucjonalnego, a także wymiaru systemowego.

Istotnym powodem podjęcia badań naukowych jest odpowiedź na pytanie dotyczące jakości oferowanych usług. **Jakość opieki zdrowotnej** zdeteminowana jest przez wiele czynników, wśród których można wymienić wymiar strukturalny, niezawodności, responsywności, empatii czy pewności. Tak więc na jakość usług zdrowotnych wpływa wiele aspektów, których charakter jest wielowymiarowy.

Poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych jest zawsze działaniem konkurencyjnym wobec dostępności, a jednocześnie jednym z priorytetowych celów polityki zdrowotnej. Zatem oceniając jakość świadczonych usług zdrowotnych dodatkowo do analizy należy uwzględnić wskaźniki wymienione przy ocenie dostępności do usług zdrowotnych.

Ostatnim lecz nie mniej ważnym powodem przeprowadzenia zmian organizacyjno-prawnych szpitali (komercjalizacji) jest poprawa dostępności społeczeństwa do świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na miejsce zamieszkania, zasobność czy pozycję społeczną pacjenta. Jednym z często dokonywanych pomiarów służących do wyciągania wniosków na temat potencjalnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie województw i powiatów jest liczba łóżek szpitalnych przypadających na daną społeczność czy też liczba hospitalizowanych przypadająca na jedno łóżko w województwie lub powiecie.

**Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej** jest kształtowana przez liczne czynniki leżące po stronie płatnika (m.in. poprzez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy, czyli pacjenta (m.in. poprzez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych)<sup>20</sup>. Wskazane grupy

---

<sup>20</sup> K. Krot, E. Glińska, *Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, Uniwersytet Rzeszowski 2003-2004, nr 3, s. 399–413.



istotnych elementów systemu mające wpływ na dostępność do świadczeń leczniczych, w zestawieniu z danymi z zasobów statystyki publicznej i wybranymi kwantyfikatorami, pozwalają na konstrukcję szeregu użytecznych wskaźników. Stąd autor w niniejszej pracy doktorskiej do oceny tego celu procesu komercjalizacji wykorzystuje proponowane przez badaczy wskaźniki<sup>21</sup>.

Identyfikacja interesujących naukowo problemów ilustrujących jednocześnie aktualny stan wiedzy pozwoliła dostrzec **lukę badawczą**, którą można wyrazić w postaci stwierdzenia, że w teorii nauk o zarządzaniu i jakości **brak jest oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali przeprowadzonego w latach 2011–2018**.

Aktualny stan wiedzy w obszarze oceny komercjalizacji polskich szpitali pozwolił na zidentyfikowanie pewnych stanów niewiedzy w tym obszarze, co wpłynęło na wyznaczenie kierunku badań. Z jednej strony autor zauważył pewne nieścisłości interpretacyjne natury formalnej na co wskazuje na wstępie i co naturalnie rodzi konsekwencje natury badawczej i praktycznej, ponieważ utrwalane są nieadekwatne treści dotyczące tej problematyki. Z drugiej strony, autor dostrzegł pewne braki dotyczące obszaru tematycznego dostępnych opracowań, które jak dotąd skupiają się na dość wąskim zakresie analizy komercjalizacji (aspekty prawne, czy aspekty finansowe) nie dokonując oceny całościowej przeprowadzonego procesu komercjalizacji.

Analiza literatury jednocześnie potwierdziła, że istnieje realna potrzeba przeprowadzenia oceny w zakresie skuteczności procesu komercjalizacji szpitali w Polsce w przyjętym okresie. Rodzi to praktyczną potrzebę oceny instytucjonalnej szpitali po zmianach organizacyjno-prawnych zwłaszcza, że nieustannie poszukuje się metody oceny funkcjonowania szpitali celem poprawy ich funkcjonowania.

### **Problem naukowy**

W świetle przeprowadzonej analizy tematycznej wymienione i scharakteryzowane uwarunkowania stały się podstawą wyznaczenia **luki badawczej**, za którą autor uznał brak usystematyzowanej wiedzy na temat oceny skuteczności przeprowadzonych procesów restrukturyzacji ze szczególnym uwzględnieniem komercjalizacji szpitali. Autor wskazał zakres tematycznych rozważań i badań empirycznych dla podmiotu badania zdefiniowanego jako komercjalizacja polskich szpitali.

---

<sup>21</sup> E. Malesa, Praca badawcza, *Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych*, Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS, Jachranka 2015.

W ramach rozprawy doktorskiej autor zidentyfikował problem naukowy, który można wyrazić pytaniem:

***Czy przeprowadzony proces komercjalizacji polskich szpitali w odniesieniu do zdefiniowanych celów jest skuteczny?***

Tym samym autor wskazał zakres tematycznych rozważań i badań empirycznych dla podmiotu badania zdefiniowanego jako komercjalizacja polskich szpitali. Podjęta problematyka oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali pod kątem wyznaczonych celów tj.: poprawy efektywności szpitali, poprawy jakości świadczonych przez nich usług zdrowotnych oraz dostępności tych usług, pozwala na jej umiejscowienie w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości, w nurcie praktycznym na poziomie zarządzania strategicznego, w subdyscyplinie zarządzanie strategiczne, natomiast na poziomie typu organizacji umiejscowionej w subdyscyplinie zarządzanie publiczne i organizacjami pozarządowymi .

## **2. Cele pracy i hipotezy badawcze**

Wyniki pogłębionych badań literatury przedmiotu w wyznaczonym obszarze stały się podstawą sformułowania celu głównego, celów szczegółowych oraz postawienia hipotez badawczych.

### **Cel pracy**

**Głównym celem pracy doktorskiej jest ocena skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018.**

Ocena uwzględnia uzyskane rezultaty szpitali w obszarach wyznaczonych przez cele komercjalizacji tj.: w obszarze efektywności organizacyjnej, jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Realizacji celu głównego podporządkowano następujące cele szczegółowe.

### **Cele teoretyczno-poznawcze:**

- C1:** Przegląd i uporządkowanie dorobku naukowego dotyczącego skuteczności oraz procesu komercjalizacji poprzez przeprowadzenie studiów literaturowych.
- C2:** Rozważania teoretyczne dotyczące problematyki zarządzania w służbie zdrowia.

### **Cele metodyczne**

- C3:** Opracowanie profilu semantycznego dla skomercjalizowanych szpitali w obszarze oceny realizacji celów komercjalizacji.
- C4:** Opracowanie procedury oceny skuteczności procesu komercjalizacji szpitali.

### **Cele praktyczne**

- C5:** Sformułowanie rekomendacji dla przekształceń organizacyjno-prawnych szpitali.
- C6:** Identyfikacja korzyści i potencjalnych ograniczeń dla przekształceń organizacyjno-prawnych szpitali.

### **Hipotezy**

Wyniki przeglądu literatury przedmiotu, źródeł wtórnych oraz wyodrębnione szczegółowe cele badań w odniesieniu do problemu badawczego stały się podstawą do sformułowania hipotezy głównej oraz hipotez szczegółowych korespondujących z celami badawczymi niniejszej dysertacji.

#### **Hipoteza główna:**

**H0: Komercjalizacja polskich szpitali poprawiła ich skuteczność działania w zakresie wyznaczonych celów (tj. poprawiła efektywność organizacyjną, jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępność pacjentów do usług zdrowotnych).**

#### **Hipotezy szczegółowe:**

- H1:** Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się efektywność organizacyjna tych podmiotów medycznych.
- H2:** Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się jakość świadczonych usług zdrowotnych w tych podmiotach medycznych.
- H3:** Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tych podmiotach medycznych.
- H4:** Jeśli dokonana zostanie ocena skuteczności procesu komercjalizacji w zakresie wyznaczonych celów (tj. poprawy efektywności organizacyjnej, jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej) to możliwe będzie zidentyfikowanie (nie)korzyści rozwoju komercjalizowanych szpitali.

### **3. Przebieg badań i struktura pracy**

Hipotezy szczegółowe H1 i H2 autor pracy doktorskiej weryfikuje w oparciu o wyniki badań ilościowych realizowanych przy użyciu kwestionariuszy ankiet. Uzupełnieniem badań ankietowych jest sporządzona analiza wskaźnikowa uzyskiwanych efektów finansowych przez skomercjalizowane szpitale, którą to autor uwzględnił przy weryfikacji hipotezy szczegółowej H1. Hipotezę szczegółową H3 autor pracy doktorskiej

weryfikuje w oparciu o wyniki badań ilościowych wybranych wskaźników dostępności świadczonych przez szpitale usług zdrowotnych, wymienianych w polskiej literaturze. Wyniki wspomnianych badań posłużyły również do weryfikacji hipotezy szczegółowej H4.

Weryfikacja hipotezy głównej stanowi wypadkową ocen hipotez szczegółowych (H1, H2, H3, H4) będących jej determinantami.

Realizując badania efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali w Polsce zastosowano analizę wskaźnikową oraz kwestionariusz ankiety będący narzędziem metody ilościowej, pozwalający na wieloaspektową ocenę działalności szpitali po ich komercjalizacji, jako jedną z przesłanek wpływających na ocenę procesu komercjalizacji szpitali w Polsce. Autor oceniając efektywność organizacyjną szpitali po ich komercjalizacji uwzględnił wymiar:

- Ekonomiczny (analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych szpitala).
- Prakseologiczny (realizacja stopnia wykonania zakładanych celów szpitala).
- Behawioralny (zaspakajanie potrzeb pracowników szpitala).
- Instytucjonalny (odbiór szpitala przez społeczeństwo).
- Systemowy (rozwój i przetrwanie szpitala).

Ocenę jakości usług zdrowotnych skomercjalizowanych polskich szpitali autor przeprowadza z zastosowaniem metody ilościowej przy wykorzystaniu kwestionariuszy ankiet zaprojektowanych przy wykorzystaniu założeń modelu SERVQUAL<sup>22</sup>.

Ocenę dostępności usług zdrowotnych skomercjalizowanych polskich szpitali przeprowadzono w oparciu o obiektywną ocenę, niezależną od osobistych przekonań pacjentów, uwzględniając narzędzia służące takiej ocenie. Przy określaniu dostępności usług zdrowotnych przez skomercjalizowane szpitale posłużono się wskaźnikami określonymi w odniesieniu do ilości udzielanych świadczeń, elementów strukturalnych ochrony zasobów ochrony zdrowia (łóżka, personel), funkcjonalnych (świadczenia zdrowotne), uwzględniając również aspekt płatnika. Lista wskaźników obejmuje wskaźniki charakteryzujące obszary dostępności szczególnie istotne dla prawidłowej działalności szpitala. W ramach badania zastosowano metodę ilościową przy wykorzystaniu narzędzia badawczego jakim jest analiza wskaźnikowa danych pochodzących z dokumentów źródłowych wytwarzanych przez te szpitale.

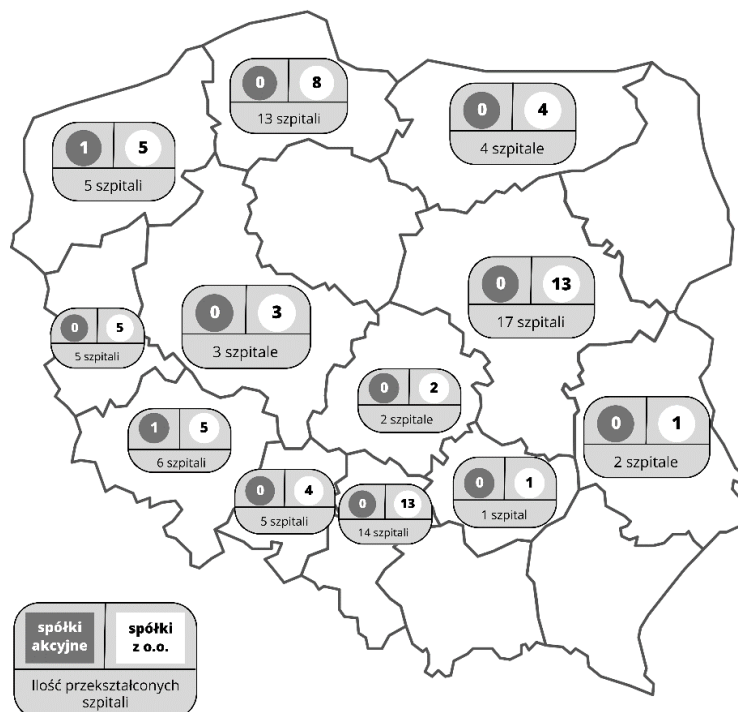
---

<sup>22</sup> A.A. Parasuraman, V.A. Zeithaml, L.L. Berry, *A conceptual model of service quality and its implications for future research*, „Journal of Marketing” 1985, vol. 49, s. 41–50.

Przekształcone szpitale, które zostały poddane komercjalizacji w latach 2011–2018 stanowiły ok. 8% funkcjonujących szpitali w 2018 r. w Polsce.

Dążąc do ustalenia ilości przekształconych szpitali decyzją samorządu terytorialnego, właściwego ministra lub uczelni medycznej autor zwrócił się drogą elektroniczną do Ministerstwa Zdrowia otrzymując w odpowiedzi listę 195 szpitali przekształconych w latach 1999–2018 w spółki prawa handlowego. Z otrzymanej listy przekształconych jednostek autor wyodrębnił szpitale, które zostały przekształcone na podstawie ustawy o działalności leczniczej z roku 2011. W ten sposób autor wyodrębnił 77 zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) przekształconych od chwili wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej<sup>23</sup> czyli od 2011 r. do 2018 r., kiedy to wprowadzono przepis mówiące o wielkości nominalnej udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, które nie mogą stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego utworzonej spółki, a także o ilości głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu i nie wypłacaniu dywidendy.

Ilość przekształconych szpitali w latach 2011–2018 w spółki prawa handlowego (skomercjalizowanych) w podziale na województwa (uwzględniając siedzibę szpitala) i ich rozmieszczenie na mapie Polski pokazano na rysunku 1.



Rys. 1. Rozmieszczenie skomercjalizowanych w latach 2011–2018 szpitali w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych od Ministerstwa Zdrowia, pismo z Ministerstwa Zdrowia z dn. 29 listopada 2018 r. oraz przeprowadzonych badań własnych

<sup>23</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Tamże.

Kolejna weryfikacja liczebności próby badawczej nastąpiła w trakcie bezpośredniego kontaktu z utworzonymi Spółkami. W trakcie prowadzenia badań okazało się, że ARION Szpitale Sp. z o.o. powstała w wyniku komercjalizacji Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju (województwo Lubelskie) obecnie postawiono w stan upadłości. Stąd nie została uwzględniona w badaniu bowiem jednoznacznie można stwierdzić, że w tym przypadku proces komercjalizacji nie był skuteczny. Stąd w dalszych badaniach uwzględniono 65 Spółek, które obecnie zarządzają 76 szpitalami. Badania empiryczne przeprowadzono na próbie **65 Spółek**, które obecnie zarządzają **76 polskimi szpitalami**, które w latach 2011–2018 były poddane procesowi komercjalizacji. Efektem pracy doktorskiej jest oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018 zważając na przesłanki tego procesu.

Autor pracy doktorskiej ilustrując podjęte aktywności badawcze dla skutecznego i zrozumiałego przekazu zawartych w nich treści przedstawił je za pomocą uporządkowanych pod względem działań przyczynowo-skutkowych. Aktywność badawczą przedstawia rysunek 2.

### **Program badań**

Podstawę przyjętego w pracy doktorskiej procesu badawczego stanowiło określenie problemu badawczego, wyrażonego w temacie rozprawy oraz uszczegółowionego w systemie celów oraz hipotezach badawczych. Kolejnym etapem była kwerenda literatury, której wyniki przedstawiono w rozdziałach teoretycznych dotyczących krytycznego przeglądu literatury przedmiotu, gdzie autor postawił sobie za cel poznanie stanu wiedzy poprzez analizę obszarów badawczych bezpośrednio korespondujących z celem głównym pracy doktorskiej, a dotyczących zróżnicowania pojęć skuteczności i skuteczności działań, restrukturyzacji, kameralizacji i prywatyzacji, a także efektywności organizacyjnej, jakości i dostępności usług zdrowotnych.

Badania zostały przygotowane zgodnie z ideą paradygmatu metodologicznego nauki o zarządzaniu i jakości. W ramach rozprawy doktorskiej zrealizowano program badawczy w oparciu o metodę indukcji niezupełnej. Na podstawie przyjętych w literaturze przedmiotu standardów, program badawczy podzielono na trzy podstawowe etapy tj.: analizę wyników obserwacji, formułowanie teorii oraz ocenę wartości teorii i weryfikacji hipotez. Poszczególne etapy badań były realizowane w kolejności i w korelacji ze sobą, co zostało przedstawione na rysunku 2.

ETAP	CELE	ZADANIA	METODY	OPIS
ETAP I analiza wyników obserwacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analiza przesłanek wskazujących na luki w teorii nauk o zarządzaniu i jakości.</li> <li>– Przegląd i uporządkowanie dorobku naukowego dotyczącego pojęć skuteczności oraz procesu komercjalizacji ze szczególnym uwzględnieniem polskich szpitali poprzez przeprowadzenie studiów literaturowych.</li> <li>– Rozważania teoretyczne dotyczące problematyki zarządzania w służbie zdrowia i metod oceny realizacji celów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Przedstawienie podstawowych zagadnienia dotyczących teorii skuteczności w zakresie oceny pomiotów leczniczych prowadzących działalność w formie szpitali.</li> <li>– Przedstawienie istoty procesu komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowego w tym podmiotów leczniczych prowadzących działalność w formie szpitali z perspektywy w krytycznej analizie literatury.</li> </ul>	Przegląd i krytyczna analiza literatury	Rozdział I i II
ETAP II formułowanie teorii	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identyfikacja dyferencjału (profil) semantycznego skomercjalizowanych szpitali w obszarze oceny realizacji celów komercjalizacji.</li> <li>– Opracowanie procedury oceny skuteczności procesu komercjalizacji szpitali w Polsce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identyfikacja kryteriów (wskaźników i zmiennych) oceny skuteczności szpitali.</li> <li>– Dobór technik badawczych i wybór bazy źródłowej, charakterystyka grupy badawczej.</li> <li>– Decyzja co do zasady analizy uzyskanego materiału empirycznego.</li> </ul>	Analiza literatury	Rozdział III
ETAP III ocena wartości teorii, weryfikacja hipotez	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analiza wyników badań i weryfikacja hipotez.</li> <li>– Wnioskowanie w zakresie komercjalizacji szpitali w Polsce.</li> <li>– Formułowanie rekomendacji dla przekształceń organizacyjno-prawnych szpitali.</li> <li>– Identyfikacja korzyści i potencjalnych ograniczeń dla przekształceń organizacyjno-prawnych szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Przeprowadzenie badań w zakresie skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali.</li> <li>– Zbieranie danych i ich kodowanie.</li> <li>– Analiza wyników i wnioskowanie, weryfikacja hipotez.</li> <li>– Implikacje dla teorii i praktyki zarządzania oraz rekomendacje dot. (potencjalnie) dalszej eksploracji naukowej.</li> </ul>	Badania empiryczne ilościowe i jakościowe, elementy statystyki opisowej, test psot-hoc NIR Fishera	Rozdział IV i V

Rys. 2. Etapy procedury badawczej w ramach rozprawy doktorskiej wraz z ich korelacją

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Lisiński, *Procedury naukowe indukcji zupełnej i niezupełnej w metodologii nauk o zarządzaniu*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2016, nr 6(954), s. 23–46 oraz W. Czakon [i.in.], *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2015., s. 177–18

Pierwszy etap to analiza wyników z obserwacji teorii (przegląd, analizy i krytyka piśmiennictwa). W drugim etapie (formułowanie teorii) zrealizowano działania polegające na uogólnieniu faktów, wnioskowaniu na podstawie przeprowadzonych badań literaturowych oraz konstruowaniu badań własnych. W etapie trzecim przeprowadzono badania oraz wnioskowanie (krytyczna analiza wraz z dyskusją) zmierzającą do uzyskania rozstrzygających osądów dotyczących wartości sformułowanej teorii oraz weryfikacja hipotez. W etapie trzecim przeprowadzono badania oraz wnioskowanie (krytyczna analiza wraz z dyskusją) zmierzającą do uzyskania rozstrzygających osądów dotyczących wartości sformułowanej teorii oraz weryfikacja hipotez.

Podsumowując dla uzyskanych rezultatów badań przygotowano końcowe wnioski zawierające uogólnienia, a także wskazano korzyści i potencjalne ograniczenia wynikające z przeprowadzenia oceny funkcjonowania skomercjalizowanych szpitali w Polsce. W podsumowaniu dodatkowo zaproponowano rekomendacje dla dalszych dociekań.

### **Struktura pracy**

Wymienione cele i tezy badawcze miały wpływ na określony koncept postępowania. Struktura rozprawy doktorskiej podporządkowana została przedstawionemu programowi badań, czego konsekwencją jest podział rozprawy doktorskiej na trzy części tj. część teoretyczną, metodyczną i empiryczną, którym przypisano odpowiednio cele i hipotezy. Części teoretyczna obejmuje dwa pierwsze rozdziały, część metodyczna zawiera jeden rozdział, a część empiryczna obejmuje dwa ostatnie rozdziały.

Pierwsza część pracy doktorskiej (rozdział 1 i 2) zawiera analizę literatury zmierzającą do zidentyfikowania zasadniczych elementów skutecznego funkcjonowania organizacji i prowadzi do zdefiniowania istoty procesu komercjalizacji szpitali w Polsce.

W pierwszym rozdziale części teoretycznej dokonano przeglądu literatury celem uporządkowania i usystematyzowania dorobku naukowego dotyczącego pojęć skuteczności i skuteczności działań organizacji. Zidentyfikowano i scharakteryzowano pojęcia „skuteczność” i „skuteczność działań” w prakseologii oraz nauce o zarządzaniu i jakości oraz przedstawiono zasadnicze przesłanki skutecznego funkcjonowania jednostek służby ochrony zdrowia w Polsce. Analizie poddano kluczowe akty prawne oraz przedstawiono analizę transformacji sektora ochrony zdrowia identyfikując determinant skuteczności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce.



Rozdział drugi poświęcono tematyce komercjalizacji, gdzie przeprowadzono konceptualizację terminu „komercjalizacji” i pojęć z nią związanych w celu uporządkowania dorobku naukowego dotyczącego tego pojęcia i samego procesu komercjalizacji poprzez przeprowadzenie studiów literaturowych. Przedstawiono również szpital, jako podmiot procesu komercjalizacji charakteryzując pojęcie szpitali, podstawy działalności szpitala oraz jego zadania, a także formalne przesłanki komercjalizacji szpitali w Polsce. Zidentyfikowano cele komercjalizacji szpitali (poprawa efektywności organizacyjnej, jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej) w Polsce, co pozwoliło na nakreślenie problematyki badań w zakresie oceny efektywności organizacyjnej, jakości usług zdrowotnych i dostępności do usług świadczonych przez skomercjalizowane szpitale.

Przeprowadzone w rozdziale 1 i 2 studia literaturowe przedstawiają rozważania teoretyczne dotyczące problematyki zarządzania w służbie zdrowia w Polsce. W tej części zostały zrealizowane cele cząstkowe (C1) i (C2).

Druga część pracy doktorskiej (rozdział 3) zawiera opis założeń oraz przyjętej metodologii badań własnych. Szczegółowo zaprezentowano i opisano przyjęte metody oraz narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach empirycznych służących ocenie efektywności organizacyjnej, jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępności pacjentów do opieki zdrowotnej świadczonej przez skomercjalizowane szpitale w Polsce. Kryteria przyjęte do weryfikacji z obszaru oceny realizacji celów komercjalizacji mają charakter wielowymiarowej skali profilu semantycznego skomercjalizowanych szpitali. Równocześnie określono czasookres komercjalizacji poddany analizie badań własnych oraz przedstawiono i scharakteryzowano próbę badawczą. W tej części zostały zrealizowane cele cząstkowe (C3) i (C4).

Trzecia część pracy doktorskiej (rozdział 4 i 5) zawiera charakterystykę ilościowych, jak i jakościowych badań własnych służących ocenie procesu komercjalizacji szpitali w Polsce przez pryzmat trzech zdefiniowanych przesłanek tego procesu. Uwzględniając problematykę badań przedstawioną w rozdziale 2 przedstawiono interpretację uzyskanych rezultatów tych badań oraz wnioski.

Rozdział czwarty zawiera omówienie otrzymanych wyników badań empirycznych podzielonych na trzy elementy. Pierwszy element to prezentacja wyników badań efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali w Polsce. Dwie kolejne części przedstawiają odpowiednio efekty badań nad dostępnością oraz jakością świadczonych usług przez skomercjalizowane szpitale w Polsce.

W piątym rozdziale przedstawiono wnioskowanie dotyczące uzyskanych wyników badań i weryfikację hipotez. Opisano implikacje dla teorii nauki oraz opisano rekomendacje dla praktyki wskazując ograniczenia przeprowadzonych badań empirycznych oraz kierunki do dalszej eksploracji naukowej.

W tej części zostały zrealizowane cele cząstkowe (C5) i (C6), a także dokonano weryfikacji hipotez (H0 do H4).

Na zakończenie pracy doktorskiej przedstawiono obserwacje wynikające z realizacji pełnego procesu badawczego.

Każdy rozdział rozpoczyna się tematycznym wprowadzaniem i zakończony jest wnioskami.

Rozprawa doktorska uzupełniona jest o spis treści, spisy tabel, wykresów, rysunków, równań oraz biografię i złączniki.

#### **4. Wyniki badań w kontekście hipotez badawczych**

Do weryfikacji postawionych hipotez badawczych wykorzystano metody statystyczne bazujące na analizie częstości, analizie dynamiki oraz na analizie porównawczej badanych zjawisk w czasie. Analiza częstości pozwoliła rozpoznać strukturę odpowiedzi respondentów na stwierdzenia związane z oceną efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali (wymiar prakseologiczny, behawioralny, instytucjonalny, systemowy). Z kolei analizę dynamiki oraz analizę porównawczą wykorzystano do oceny efektywności ekonomicznej skomercjalizowanych szpitali, oceny jakości usług zdrowotnych skomercjalizowanych szpitali oraz oceny dostępności usług zdrowotnych skomercjalizowanych szpitali. Badaniu poddano średnie wartości analizowanych wskaźników w czasie wyznaczając ogólną tendencję rozwojową oraz porównując statystyczną istotność różnic średnich wartości wyników pomiędzy poszczególnymi parami lat objętych badaniem. W tym celu zastosowano test porównań wielokrotnych NIR Fishera. Otrzymane wyniki pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz wyciągnięcie ostatecznych wniosków odnośnie skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018.

Otrzymane wyniki w analizie grupowania zmiennych niezależnych z wykorzystaniem testów nieparametrycznych podsumowują część eksploracyjną pracy doktorskiej i stanowią podstawę do oceny celów procesu komercjalizacji szpitali

w Polsce służąc weryfikacji hipotez, tym samym do oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018.

Wykorzystanie do oceny celów procesu komercjalizacji polskich szpitali zarówno metod wskaźnikowych jak i nieparametrycznych i kolejno wnioskowanie, pozwoliło na wartościowanie procesu komercjalizacji polskich szpitali jednocześnie wskazując przydatność opisaną metody, co stanowi wkład teoretyczny do nauki o zarządzaniu i jakości.

Oceniając efektywności organizacyjną polskich szpitali uwzględniono zarówno analizę wskaźnikową oraz ocenę jakościową. Oceniając jakość świadczonych usług zdrowotnych wykorzystano metody ilościowe z wykorzystaniem założeń modelu SERVQUAL<sup>24</sup>. Natomiast dostępności usług zdrowotnych oceniono wykorzystując wskaźniki, które umożliwiają monitorowanie dostępności usług publicznych w ochronie zdrowia. Co jest istotnym, autor w badaniu wykorzystał dane i informacje pochodzące i obecnie wytwarzane przez Spółki, powszechnie ujawniane w sprawozdaniach, tym samym pokazując możliwość ich pozyskania. Tak pozyskane dane otwierają perspektywy ich adaptacji, analizy i eksploracji dla celów, którym mają posłużyć.

Ocena efektywności organizacyjnej w wymiarze ekonomicznym skomercjalizowanych szpitali została przeprowadzona w oparciu o wskaźniki finansowe, jak również w oparciu o oceny punktowe przypisane danym wskaźnikom zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>25</sup>. W grupie wskaźników zyskowności autor zaobserwował, że dane pochodzące ze Spółek (wartości „surowe”) są ujemne, natomiast oceny punktowe są dodatnie, jednakże oscylują przy dolnej granicy, co nie jest postrzegane jako pozytywny rezultat. Wskaźniki płynności oceniono punktowo na pośrednim poziomie gdzie zaobserwowano dwa trendy spadkowe. Wskaźniki efektywności przyjmowały wartości nieznacznie niższe od maksymalnych, co także jest niekorzystne. Z kolei wskaźniki zadłużenia przyjmowały wartości wysokie ale nie najwyższe, co może świadczyć o problemach z utratą zdolności do regulowania zobowiązań. Wynik finansowy analizowanych szpitali wykazywał ogólną tendencję malejącą (przyjmował średnio ujemne wartości) stąd autor stwierdza, że proces

---

<sup>24</sup> A. A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, L. L. Berry, *A conceptual...* Tamże.

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2017 r. poz. 832.

komercjalizacji szpitali nie wpłynął pozytywnie na ich efektywność organizacyjną w wymiarze ekonomiczno-finansowym tych jednostek po ich komercjalizacji.

Ocena wymiarów efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali wykazała w wymiarach prakseologicznym, behawioralnym, instytucjonalnym i systemowym, że respondenci w zbliżonym odsetku zgadzają się i nie zgadzają się z treścią zaproponowanych stwierdzeń. Przewagę zgodności zaobserwowano dla wymiarów prakseologicznego oraz systemowego efektywności organizacyjnej. Dla wymiarów behawioralnego i instytucjonalnego nieznacznie przeważały odpowiedzi sugerujące brak zgodności. Z kolei ocena ważności czynników determinujących każdy wymiar wskazuje, że każdy z nich częściej uważany jest za co najmniej ważny.

Ocena wymiarów efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali wykazała, że:

- W przypadku wymiaru prakseologicznego proces komercjalizacji nie miał wpływu na stopień realizacji ich celów.
- W przypadku wymiaru behawioralnego proces komercjalizacji nie miał wpływu na zaspokajanie potrzeb pracowników i ich satysfakcję.
- W przypadku wymiaru instytucjonalnego proces komercjalizacji nie miał wpływu na odbiór przez społeczeństwo szpitali.
- W przypadku wymiaru systemowego proces komercjalizacji nie miał wpływu na rozwój i przetrwanie.

Ocena jakości świadczonych usług zdrowotnych wykazała, że w przypadku każdego z kryteriów oceny punktowe zarówno odnośnie do oczekiwań jak i rzeczywistości były wysokie, powyżej 5 punktów. We wszystkich przypadkach zaobserwowano jednak wyższą ocenę oczekiwań w porównaniu do rzeczywistości mimo, że wszystkie szpitale uwzględnione w ocenie posiadają akredytację Ministerstwa Zdrowia lub/i certyfikat jakości ISO.

Analiza dostępności usług zdrowotnych wykazała, że część wskaźników wykazuje pozytywne trendy, natomiast część na negatywne w aspekcie dostępności usług zdrowotnych. Wskaźniki ilości udzielonych usług zdrowotnych w badanym okresie maleją, podobnie wskaźnik dostępnych miejsc. Jest to zjawisko niepożądane. Wskaźnik ilości pracowników pokazuje trend rosnący, jednak rozpatrując wskaźnik liczony jako ilość łóżek przypadających na jednego pracownika maleje. Również maleje wskaźnik

intensywności pracy pracowników (poza grupą lekarzy). Z kolei dostępność finansowa była zazwyczaj na stałym poziomie.

Zobowiązanie weryfikacji hipotez autor przedstawia w tabeli 1

Tab. 1. Weryfikacja hipotez

Hipoteza badawcza	Weryfikacja	Uzasadnienie
<b>Hipoteza główna</b>		
<b>H0:</b> Komerccjalizacja polskich szpitali poprawiła ich skuteczność działania w zakresie wyznaczonych celów (tj. poprawiła efektywność organizacyjną, jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępność pacjentów do usług zdrowotnych).	Negatywna	Wykonano przegląd literatury przedmiotu w zakresie identyfikacji pojęć kluczowych dla celu pracy i zidentyfikowanego problemu badawczego (rozdział 1 i 2), analizując rezultaty przeprowadzonych badań (rozdział 4) oraz weryfikację hipotez szczegółowych autor stwierdza, że nie została potwierdzona skuteczność działań w zakresie wyznaczonych celów.
<b>Hipotezy szczegółowe</b>		
<b>H1:</b> Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się efektywność organizacyjna tych podmiotów medycznych.	Negatywna	Przeprowadzono badania empiryczne. Hipoteza potwierdzona częściowo w badaniach, głównie w kontekście wymiaru efektywności organizacyjnej (rozdział 4.1).
<b>H2:</b> Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się jakość świadczonych usług zdrowotnych w tych podmiotach medycznych.	Negatywna	Przeprowadzono badania empiryczne. Hipotezy nie potwierdziły w badaniach poprawę jakości usług zdrowotnych (rozdział 4.2).
<b>H3:</b> Jeżeli w szpitalach został przeprowadzony proces komercjalizacji, to poprawiła się dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tych podmiotach medycznych.	Negatywna	Przeprowadzono badania empiryczne. Hipoteza potwierdzona częściowo w badaniach (głównie w kontekście wskaźników ilości personelu), tym samym zweryfikowana negatywnie (rozdział 4.3).
<b>H4:</b> Jeśli dokonana zostanie ocena skuteczności procesu komercjalizacji w zakresie wyznaczonych celów (tj. poprawy efektywności organizacyjnej, jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej) to możliwe będzie zidentyfikowanie (nie)korzyści rozwoju komercjalizowanych szpitali.	Pozytywna	Na podstawie przeprowadzonych badań dokonano oceny skuteczności procesu komercjalizacji w zakresie wyznaczonych celów zidentyfikowano (nie)korzyści rozwoju komercjalizowanych szpitali (rozdział 5.2).

Źródło: opracowanie własne

Ocenie poddano zidentyfikowane przesłanki procesu komercjalizacji polskich szpitali (efektywność organizacyjna, jakość i dostępność świadczonych usług), gdzie w rezultacie przeprowadzonego procesu miała nastąpić poprawa w tych obszarach działalności jednostki jaką jest szpital. W wyniku konceptualizacji terminu skuteczności autor przyjął interpretację terminu skuteczności wywodzącą się wprost z prakseologii, gdzie skuteczność mierzona jest poprzez pryzmat osiągnięcia celów na skutek podejmowanych zamierzonych działań. Zamierzeniem procesu komercjalizacji polskich

szpitali w latach 2011–2018 było osiągnięcie poprawy (miara skuteczności) celów komercjalizacji będących jednocześnie przesłanką do pojęcia działań komercjalizacji.

Wyniki badań wskazują, że w okresie czasowym uwzględnionym w badaniu żaden z zidentyfikowanych celów procesu komercjalizacji nie uzyskał w pełni poprawy.

W odniesieniu do zdefiniowanych celów procesu komercjalizacji i stopią ich realizacji autor na podstawie analizy otrzymanych wyników badań oraz wniosku stwierdza, że proces komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018 nie był skuteczny.

## **5. Wnioski z badań**

Zastosowany sposób oceny skomercjalizowanych szpitali wykazał brak skuteczności procesu komercjalizacji jako sposobu poprawy efektywności organizacyjnej, jakości i dostępności pacjentów do usług zdrowotnych przekształcanych szpitali publicznych. Z przeprowadzonego badania wynika, że komercjalizacja polskich szpitali sama w sobie niewiele wnosi lub ma małe oddziaływanie na funkcjonowanie podmiotu leczniczego jakim jest szpital. Cele procesu komercjalizacji, tj.: polepszenie efektywności organizacyjnej jednostki, jakości świadczonych usług czy dostępności do tych usług można osiągnąć bez konieczności zmiany formy organizacyjno-prawnej, stąd proces komercjalizacji nie jest czynnikiem determinującym poprawę funkcjonowania polskich szpitali w tych obszarach. Poprawę funkcjonowania szpitali można dokonać poprzez sprawne zarządzanie odpowiednio wyszkolonym i sprawnym zespołem ludzi, poprzez dobrze funkcjonujący controlling oraz finansowanie (odpowiednio wycenione i opłacalne procedury medyczne). Zatem sam proces komercjalizacji szpitala nie oddziałuje wprost na jego kondycję finansową, jakość świadczonych usług zdrowotnych czy dostępność do tych usług. Proces komercjalizacji polskich szpitali nie ma też bezpośredniego przełożenia na warunki pracownicze czy rozwój szpitala. Przeprowadzenie procesu komercjalizacji nie gwarantuje sukcesu dla szpitali i nie jest również wystarczającym impulsem dla organu założycielskiego i/lub osób zarządzających szpitalem do wprowadzania działań efektywnego gospodarowania.

Proces komercjalizacji polegający na zmianie formy organizacyjno-prawnej publicznych szpitali bez zmiany pochodzenia kapitału, nie stanowi antidotum na problemy tych szpitali. Stąd nasuwa się kolejny wniosek, że poprawę efektywności

organizacyjnej, jakości świadczonych usług i dostępności do tych usług można uzyskać nie zmieniając formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali.

Podobne wnioski są formułowane w nielicznych badaniach dotyczących przekształceń własnościowych polskich szpitali m.in. raport NIK<sup>26</sup> z 2011 r. wskazał, *„iż sama zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładu opieki zdrowotnej nie daje jeszcze gwarancji, że jego działalność nie będzie generowała strat, a pacjenci uzyskają istotną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej”*.

Na podstawie własnych doświadczeń i wniosków płynących z przeprowadzonych badań, mimo negatywnej oceny procesu komercjalizacji polskich szpitali wynika, że proces komercjalizacji szpitali pozytywnie wpływa na niektóre aspekty ich funkcjonowania m.in. szybkość działania i reagowania na zmiany rynkowe czy podejmowanie strategicznych decyzji. Za przykład mogą posłużyć zmiany dotyczące gospodarowania majątkiem Spółki powstałej w wyniku kameralizacji. Spółka posiada swój majątek (często też nieruchomości) i wszelkie decyzje z nim związane nie wymagają biurokratycznej i długiej procedury (np. zgoda podmiotu tworzącego na najem). W tej materii decyzje scedowane są na Zarząd Spółki.

W zakresie finansowym komercjalizacja otwiera nowe możliwości m.in. w obszarze udzielania odpłatnych (komercyjnych) świadczeń zdrowotnych, czego wcześniej szpital działając jako SPZOZ nie mógł wprost realizować. To dodatkowe i ważne źródło przychodów stanowi uzupełnienie publicznej oferty świadczeń zdrowotnych, poprawiające dostępność usług zdrowotnych i bez wątpienia wpływa na jakość świadczonych usług.

Decydenci krajowi podejmując decyzję o ustawowym wprowadzeniu komercjalizacji szpitali skupili się szczególnie na zasadach i strategiach zarządzania sektora prywatnego i ich przydatności w poprawie efektywności, jakości i dostępności usług zdrowotnych (publicznych), co jak wykazał autor można osiągnąć bez konieczności zmian organizacyjno-prawnych tych jednostek.

Tematyka pracy doktorskiej skupia się na procesie komercjalizacji. Doświadczenia związane z restrukturyzacją organizacyjno-prawną szpitali pokazują, że przekształcenie tych jednostek w spółki prawa handlowego bez zmian właścicielskich (komercjalizacja), a następnie ich prywatyzacja musi przebiegać przy jednoczesnym wdrażaniu innych mechanizmów zmierzających do redukcji (względnie ograniczenia) niedoskonałości

---

<sup>26</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006 – 2010*, Nr ewid.104/2011/P/10/097/KPZ, Warszawa, 2011, s.9.

ryнку, na przykład mechanizmów powodujących zwiększenie transparentności usług zdrowotnych, czy też pobudzenia konkurencji pomiędzy szpitalami. Wszystko po to, aby poprawa jednego z celów systemu ochrony zdrowia, to jest ograniczenia generowania straty finansowej nie nastąpiła kosztem realizacji innych celów, na przykład jakości usług świadczonych usług zdrowotnych przez szpitale czy też dostępności pacjentów do tych usług w wyniku np. likwidacji nierentownych oddziałów szpitalnych.

Rezultaty uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań pozwalają na pogłębioną analizę ilościową procesu komercjalizacji polskich szpitali, a zwłaszcza jego skuteczności uwzględniając cele tego procesu.

## **6. Ograniczenia i kierunki przyszłych badań**

Realizując część empiryczną pracy doktorskiej autor zauważył pewne ograniczenia, do których zalicza przede wszystkim liczebność szpitali biorących udział w ocenach poszczególnych wymiarów, stanowiących przesłanki procesu ich komercjalizacji. W przyszłości, badania w obszarze procesu komercjalizacji przy wykorzystaniu zmiennych (efektywności organizacyjną, jakości świadczonych usług zdrowotnych, dostępności do usług zdrowotnych) należałoby zrealizować przy założeniu takiej samej liczebności uczestników badania poszczególnych zmiennych. Takie podejście pozwoli dokonać analizy porównawczej w zakresie samych zmiennych i ich rozkładu.

Autor pracy doktorskiej wskazuje także ograniczenie jakim jest klasyfikacja szpitali np. z uwagi na ich wielkość, specjalizację czy pozycję w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Autor realizując badania empiryczne nie uwzględnił klasyfikacji szpitali i jest to obszar do dalszych badań teoretycznych i empirycznych.

Wskazane ramy czasowe 2011–2018 przeprowadzenia procesu komercjalizacji, to kolejne ograniczenie. Jest to fakultatywne założenie autora pracy doktorskiej. W przyszłości takie badania należałoby powtórzyć rozszerzając okres przeprowadzania prywatyzacji od momentu pierwszych przekształceń do czasu obecnego celem bardziej szczegółowej weryfikacji i odpowiadając na pytanie czy sposób prywatyzacji (prywatyzacja pośrednia i bezpośrednia) wpłynęła na dalsze funkcjonowanie przekształconych szpitali w spółki prawa handlowego i samych szpitali. Realizując badania autor uwzględnił tylko Spółki powstałe w wyniku tzw. prywatyzacji pośredniej – komercjalizacji. Rozszerzenie ograniczenia czasowego pozwoliłoby na



przeprowadzenie bardziej szczegółowej analizy statystycznej i zaobserwowanie istotnych różnic w poszczególnych wymiarach zmiennych, co autor wskazuje do dalszych badań teoretycznych i empirycznych.

Kolejne ograniczenie związane jest z powstałą sytuacją pandemii COVID-19. Badania wskazały istotne różnice wyników dla okresu, kiedy nastąpił czas pandemii (2020–2021), a czasem z przed pandemią (2017–2019) i po pandemii (2022). Uzyskane wartości efektywności organizacyjnej w wymiarze ekonomicznym wskazały istotne różnice, gdzie szpitale biorące udział w badaniu uzyskiwały (co zaskakująco) lepsze wyniki niż w okresie przed i po pandemią, co autor wskazuje do dalszych badań teoretycznych i empirycznych.

Wskazane ograniczenia mogą być przedmiotem dalszych prac w tym obszarze, traktując za punkt wyjścia uzyskane wyniki.

## **7. Wartość dodana pracy**

Tematyka pracy doktorskiej skupia się na procesie komercjalizacji i jego ocenie. Zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali oraz praktyczna potrzeba oceny instytucjonalnej tego typu jednostek spowodowały podjęcie problematyki oceny skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali zwarzywszy na wyznaczone cele tego procesu.

Wartość dodaną pracy należy rozpatrywać w następujących obszarach:

- Wartości teoretyczno-poznawcze:
  - Usystematyzowanie i uporządkowanie dorobku naukowego dotyczącego skuteczności i skuteczności działań oraz wskazanie koncepcji badawczych w naukach o zarządzaniu i jakości w tym obszarze.
  - Aktualizacja wiedzy i terminologii komercjalizacji i pojęć z nią związanych, a także dorobku naukowego dotyczącego restrukturyzacji, prywatyzacji i komercjalizacji oraz identyfikacja różnic pomiędzy restrukturyzacją, komercjalizacją i prywatyzacją.
  - Identyfikacja przesłanek procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018, tj.: poprawa efektywności organizacyjnej, poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych, poprawa dostępności do usług zdrowotnych.
  - Zaprezentowane koncepcji przeprowadzenia procesu komercjalizacji ze szczególnym uwzględnieniem szpitali jako podmiot procesu komercjalizacji

oraz omówienie dorobku naukowego tego istotnego zagadnienia w naukach o zarządzaniu i jakości.

- Konceptualizacji pojęć takich jak efektywność organizacyjna, jakość świadczonych usług zdrowotnych i ich dostępność, a także wskazanie koncepcji badawczych i aktualnej wiedzy w aspekcie oceny wymienionych wymiarów.

Wartością dodaną pracy doktorskiej w teorii nauk zarządzania i jakości podjętego zamierzenia naukowego w zakresie teoretyczno-poznawczym tworzy rozbudowę teorii subdyscypliny – zarządzanie publiczne w odniesieniu do zarządzania podmiotami leczniczymi działającymi w formie szpitali.

– Wartości metodyczne:

- Przedstawiono procedurę postępowania dla oceny efektywności organizacyjnej szpitali jako kategorię wielowymiarową uwzględniającą wymiar ekonomiczny, prakseologiczny, behawioralny, instytucjonalny oraz systemowy.
- Przedstawiono procedurę postępowania dla oceny jakości świadczonych usług zdrowotnych jako wieloaspektowego uwzględniając wymiar materialny, niezawodności, responsywności, empatii i pewności.
- Przedstawiono procedurę postępowania dla oceny dostępności usług zdrowotnych jako wieloaspektowego wymiaru, na który składa się grupa wskaźników.

W warstwie metodycznej ocena skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w badanym okresie przedstawia profil semantyczny służący do pomiaru i oceny podmiotów leczniczych, a przedstawiona metoda weryfikacji uzyskanych rezultatów zawierająca również propozycję skal oceny poszczególnych kategorii oraz wymiarów i wskaźników, a także sposób pozyskiwania danych do ich oceny, niewątpliwie jest wartością dodaną.

– Wartości utylitarne:

- Wskazanie obszarów w funkcjonowaniu skomercjalizowanych szpitali, które są istotne z perspektywy zarządzania tego typu organizacjami.
- Zidentyfikowano pozytywne i negatywne aspekty procesu komercjalizacji polskich szpitalach pokazując mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia przedstawiając rekomendacje dla Spółek zarządzających szpitalami.

- Przedstawiono tok postępowania, który może potencjalnie stanowić schemat oceny procesu komercjalizacji polskich szpitali (profil semantyczny procesu komercjalizacji) w praktyce.
- Przedstawiono tok postępowania może być wykorzystywany w praktyce jako schemat oceny instytucjonalnej samego szpitala umożliwiając szybkie pozyskanie informacji celem np. oceny zmiany wynikających z różnych zdarzeń w czasie.

Przeprowadzona ocena skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018 oraz sformułowanie listy rekomendacji dotyczącej tego procesu może również posłużyć innym jednostkom sektora publicznego stojącymi przed wyborem kierunku zmian organizacyjno-prawnych, co stanowi wartość pragmatyczną pracy.

## **8. Plan pracy**

### **SPIS TREŚCI**

#### **WSTĘP**

#### **ROZDZIAŁ 1. ZAGADNIENIA SKUTECZNOŚCI FUNKCJONOWANIA JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA**

- 1.1. Istota zagadnienia skuteczności i skuteczności działań w prakseologii oraz naukach o zarządzaniu i jakości
- 1.2. Zasadnicze przesłanki skutecznego funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce
- 1.3. Transformacja sektora ochrony zdrowia jako determinant skuteczności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce
- 1.4. Kryteria skuteczności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia
  - 1.4.1. Efektywności organizacyjna jednostek świadczących usługi zdrowotne
  - 1.4.2. Jakość usług zdrowotnych
  - 1.4.3. Dostępność usług zdrowotnych
- 1.5. Podsumowanie

#### **ROZDZIAŁ 2. ISTOTA PROCESU KOMERCJALIZACJI SZPITALI W KRYTYCZNEJ ANALIZIE LITERATURY**

- 2.1. Przegląd terminologii komercjalizacji i pojęć z nią związanych
  - 2.1.1. Cele procesu komercjalizacji

- 2.1.2. Przebieg procesu komercjalizacji
- 2.1.3. Prywatyzacja, a komercjalizacja
- 2.2. Szpital jako podmiot procesu komercjalizacji
  - 2.2.1. Podstawa działalności szpitala i jego zadania
  - 2.2.2. Formy prawne działalności szpitali
  - 2.2.3. Formalne przesłanki komercjalizacji szpitali
- 2.3. Problematyka badań w zakresie oceny efektywności organizacyjnej, jakości i dostępności usług zdrowotnych skomercjalizowanych szpitali
  - 2.3.1. Pomiar efektywności organizacyjnej szpitali
  - 2.3.2. Pomiar jakości usług zdrowotnych
  - 2.3.3. Pomiar dostępności usług zdrowotnych
- 2.4. Podsumowanie

### **ROZDZIAŁ 3. METODYCZNE ASPEKTY BADAŃ**

- 3.1. Problematyka zadania badawczego
- 3.2. Charakterystyka próby badawczej
- 3.3. Metody i narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach
  - 3.3.1. Narzędzia badawcze oceny efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali
  - 3.3.2. Narzędzia badawcze oceny jakości usług zdrowotnych świadczonych przez skomercjalizowane szpitale
  - 3.3.3. Narzędzia badawcze oceny dostępności usług zdrowotnych świadczonych przez skomercjalizowane szpitale
- 3.4. Metody analizy statystycznej
- 3.5. Podsumowanie

### **ROZDZIAŁ 4. WYNIKI BADAŃ**

- 4.1. Analiza efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali
  - 4.1.1. Analiza efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali w wymiarze ekonomicznym
  - 4.1.2. Analiza efektywności organizacyjnej skomercjalizowanych szpitali w wymiarze prakseologicznym, behawioralnym, instytucjonalnym, systemowym
- 4.2. Analiza jakości usług zdrowotnych świadczonych przez skomercjalizowane szpitale

4.3. Analiza dostępności usług zdrowotnych świadczonych przez skomercjalizowane szpitale

4.4. Podsumowanie

## **ROZDZIAŁ 5. OCENA SKUTECZNOŚCI PROCESU KOMERCJALIZACJI POLSKICH SZPITALI**

5.1. Weryfikacja hipotez i ocena skuteczności procesu komercjalizacji polskich szpitali w latach 2011–2018

5.2. Pozytywne i negatywne aspekty procesu komercjalizacji polskich szpitali

5.3. Implikacje dla teorii i praktyki zarządzania oraz rekomendacje dotyczące dalszej eksploracji naukowej

### **ZAKOŃCZENIE**

### **BIBLIOGRAFIA**

### **SPIS TABEL**

### **SPIS WYKRESÓW**

### **SPIS RYSUNKÓW**

### **SPIS RÓWNAŃ**

### **SPIS ZAŁĄCZNIKÓW**

### **STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU POLSKIM**

### **STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU ANGIELSKIM**