

# Agnieszka Kołodziej-Durnaś

---

## Idee New Public Management w instytucjach systemu ochrony zdrowia : obietnice, korzyści i zagrożenia

---

Miscellanea Anthropologica et Sociologica 14/2, 81-91

---

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Agnieszka Kołodziej-Durnaś<sup>1</sup>

## Idee New Public Management w instytucjach systemu ochrony zdrowia – obietnice, korzyści i zagrożenia

### Wprowadzenie

Alice Salomon (za Thomasem Carlyle – szkockim pisarzem społecznym) przywołuje opowieść o ubogiej kobiecie, której nie chciano pomóc w okolicy, w której osiadła, bo była obca; miejscowi tłumaczyli sobie, że nie jest z ich wspólnoty, ale gdy zachorowała, zarazili się od niej inni mieszkańcy, wtedy okazało się, że należała do tej wspólnoty... (por. Kołodziej-Durnaś 2010: 162). Zdrowie jest nie tylko cechą indywidualną, ale też zasobem, dobrem zbiorowości.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej (art. 68) każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają obywatelom bez względu na ich zamożność równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Zdrowie jest dobrem wspólnym, ale coraz częściej także okazuje się, że jest dobrem rzadkim, poszukiwanym, coraz częściej precyzyjnie wycenianym i komercjalizowanym.

W niniejszym opracowaniu podjęto zagadnienie nowych trendów w zarządzaniu instytucjami służby zdrowia, które są wynikiem innego spojrzenia na sektor usług publicznych we współczesnych społeczeństwach o tzw. gospodarkach wolnorynkowych. Ponieważ dobra i usługi, które są przedmiotem działania sektora publicznego, bywają coraz częściej traktowane jako podobne do tych komercyjnych oferowanych przez sektor prywatny, także zasady zarządzania instytucjami publicznymi upodabniają się do zasad prowadzenia prywatnego przedsiębiorstwa. Aby lepiej zrozumieć zachodzące przemiany, należy nakreślić kontekst – ekonomiczne, społeczne i kulturowe czynniki wywołujące zmiany oraz równie szerokie konsekwencje. Efektem tego studium będzie ostatecznie prezentacja korzyści

<sup>1</sup> e-mail: kolodziej.durnas@gmail.com, Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński.

i zagrożeń wynikających z upowszechnienia się zasad Nowego Zarządzania Publicznego w kierowaniu instytucjami służby zdrowia.

## New Public Management – geneza

W latach 30. ubiegłego wieku liberalizm rozwinął się jako doktryna, której przedstawiciele (chicagowska szkoła ekonomii, m.in. Milton Friedman) uważali, że „ryнки jako środki organizujące społeczeństwo działają lepiej niż ich alternatywy” (Landreth, Colander 2005: 460). Po II wojnie światowej upowszechniły się idee społeczeństwa dobrobytu (*welfare state*), czyli między innymi przekonania związane z liberalizmem gospodarczym, ale jednocześnie przeświadczenie, że państwo powinno pozostać inicjatorem i regulatorem. Jednak już od początku lat 70. krytykowano biurokrację, hierarchiczność i sztywność sfery publicznej, a przez to niską efektywność ekonomiczną (por. Rudawska 2010: 17). Ideologia neoliberalna głosiła, że rola państwa winna być ograniczona do minimum, a zasady rynkowe powinny przynajmniej częściowo objąć także sektor publiczny; była ona podstawą doktryn thacheryzmu i *reaganomics*, które doprowadziły do prywatyzacji dużych obszarów gospodarek krajów anglosaskich – branż, które tradycyjnie były kojarzone jako pozostające pod zarządem państwowym.

## Obietnice i instrumenty New Public Management

Neoliberalizm w kwestii zarządzania sferą publiczną obiecuje, że „niewidzialna ręka rynku” uporządkuje ją, dostosuje do szybko zmieniających się potrzeb, spowoduje, że rzadkie dobra, takie jak zdrowie zostaną właściwie zagospodarowane tak, by nie były marnotrawione. Jednak, nawet jeśli nie jest prawdą błyskotliwa uwaga Stiglitz’a, że niewidzialna ręka rynku jest dlatego niewidzialna, że jej nie ma, to warto wspomnieć, że nie ma rynków idealnie wolnych, a regulatorów kuszą niekoniecznie interesy publiczne.

Wprowadzenie quasi-konkurencji, rywalizacja podmiotów publicznych i prywatnych mają motywować te pierwsze do lepszych, efektywniejszych w sensie finansowym i jakościowo doskonalonych działań. Kontrakt na ściśle określony czas i usługę zarówno między pracodawcą i pracownikiem, jak i między świadczeniobiorcą i świadczeniodawcą, ma być umową stymulującą wytwarzanie się kultury kontraktu, charakterystycznej dla świata biznesu. Dodatkowo budżety zadaniowe, rachunkowość zarządcza, orientacja na wyniki (kontrola kosztów) mają zbliżyć działanie sfery publicznej do prywatnej. By urzeczywistnić te dążenia, władzę także w publicznych instytucjach ochrony zdrowia przejmują menadżerowie, którzy często wprowadzają „dyktaturę” standardów i mierników efektywności i jakości.

Jednym z pozytywnych dążeń nowego zarządzania publicznego jest to, by w sferze publicznej przywrócić przejrzystość, jednak mimo że władze centralne często mogą wycofać się z wpływania na nią, politycy lokalni chcą zachować swoje wpływy w kształtowaniu regionalnych quasi-rynków usług zdrowotnych.

Wprowadzenie zasad rynkowych do sfery publicznej powoduje, że dobra publiczne stają się przedmiotem konsumpcji ze wszystkimi negatywnymi zjawiskami związanymi z konsumeryzmem, urzeczowieniem, komercjalizacją wartości do niedawna niewyrażanych, niewycenianych w środkach płatniczych. Wskaźnikiem głębokości i znaczenia tych przemian może być pojawienie się nowych pojęć, mających opisywać mechanizmy działania sfery usług zdrowotnych, a jednocześnie stojących za nimi desygnatów, najczęściej dotyczących relacji pacjent-lekarz, personel medyczny-pracodawca oraz nowych „aktorów” tego świata społecznego. Pojęcia takie jak: kontrakt, limit, finansowanie, świadczenie, koszyk, marketing usług medycznych, zarządzanie jakością odzwierciedlają tendencje przemian i proces spełniania obietnicy urynkowania sektora publicznego. Pacjent powoli staje się klientem, a lekarz usługodawcą (por. Rudawska 2006); zamiast procesu leczenia (pełnego odpowiedzialności po jednej i cierpliwości po drugiej stronie) pojawia się kontrakt, którego przedmiotem jest usługa medyczna; kontrakt, którego zapisy należy wypełnić, bo w innym przypadku można oczekiwać roszczeń. Jednocześnie sektor usług zdrowotnych w coraz większym stopniu jest postrzegany jako działalność podobna do prywatnego biznesu, ponieważ otwiera się na całą jego otoczkę: consulting, lobbying, PR itd. Ważną postacią w tego rodzaju usługach staje się menedżer, choć zauważa się specyfikę zarządzania akurat tymi instytucjami, co owocuje tworzeniem wąskich specjalizacji menedżerskich studiów podyplomowych.

NPM jako rodzaj międzynarodowego megatrendu obejmuje 7 zasad (Wilkinson, za: Rudawska 2010: 20):

- 1) przekazanie władzy menedżerom przy ograniczeniu roli profesjonalistów (np. lekarzy, nauczycieli);
- 2) wprowadzanie standardów i mierników działalności;
- 3) orientacja na wyniki;
- 4) dezagregacja dużych organizacji publicznych i podział na jednostki/komórki mniejsze pogrupowane funkcyjnie;
- 5) uruchamianie mechanizmu konkurencji;
- 6) nacisk na styl zarządzania praktykowany w sektorze prywatnym;
- 7) orientacja na dyscyplinę i kontrolę kosztów.

Konkurencja, quasi-rynek składający się z instytucjonalnych aktorów publicznych i prywatnych, częściowa odpłatność za wybrane świadczenia, tworzenie instytucji nadzorujących działanie przekształconych (skomercjalizowanych lub sprywatyzowanych) podmiotów mają być instrumentami i mechanizmami, dzięki którym idee NPM zostaną zaimplementowane.

Specyfika obszaru sektora publicznego zasada się między innymi na następujących cechach (Frąckiewicz-Wronka 2009: 31):

- wielu interesariuszy o często niezbieżnych, a nawet konfliktowych interesach;
- duża siła oddziaływania interesariuszy;
- podejmowanie decyzji nie zawsze racjonalnych wskutek dużego upolitycznienia otoczenia;
- brak zysku jako miary efektywności (ocena z punktu widzenia preferencji obywatelskich, interesów politycznych);
- mniejsza podatność na bodźce monetarne, większa orientacja na realizację misji;
- relatywnie duża publiczna widoczność i przejrzystość wewnątrzorganizacyjnych aktywności.

Stan „zawieszenia” współczesnego sektora między historyczną istotą pomocy społecznej a nowoczesnymi dążeniami, by upodabniać kierowanie wszelką działalnością do zarządzania biznesem, wywołuje potrzebę przyjrzenia się jego kondycji *in statu nascendi* tej przemiany.

### Służba społeczna *versus* zarządzanie z partycypacją obywatelską

Sektor publiczny powinien zajmować się pożytecznym zagospodarowaniem dóbr wspólnych. Pożytecznym, czyli efektywnym w sensie społecznym, to znaczy takim, które będzie motywowało jednostki, grupy, zbiorowości do stabilnego i zrównoważonego rozwoju; bo gotowość do współpracy decyduje o ogólnym dobrostanie ludzi – na przykład badania nad zaufaniem społecznym pokazują, że w społecznościach, gdzie jest ono na wysokim poziomie, także stan zdrowia ludzi je tworzących jest lepszy niż tam, gdzie nie powstają sieci społeczne i brak kapitału społecznego. W minionych czasach publiczne branże pomocowe były kształtowane jako służba społeczna. Z jednej strony dawały wsparcie, ale z drugiej charakteryzowało je protekcyjne podejście do tych, ku którym jest ono kierowane. W nowej formule sektor publiczny ma być oparty na zasadach rynkowych, ale także ideach demokratyzacji życia społecznego – dążenia do aktywizowania obywateli, do partycypacji pacjentów w zarządzaniu, dzięki której instytucje ochrony zdrowia będą się zbliżać do ideału organizacji uczącej się.

Pobudzanie obywateli do współzarządzania może być przeciwwagą dla oporu pracowników, będzie wywoływało ograniczanie roli specjalistów na rzecz menedżerów w administracji medycznej. Udział obywateli w kształtowaniu nowoczesnej ochrony zdrowia jest tym ważniejszy, że współczesna medycyna ingeruje w coraz szersze obszary życia indywidualnego i zbiorowego (medykalizacja stanów wcześniej uznawanych za niechorobowe, terapie dolegliwości chronicznych itd.) – poszerza się więc pole zjawisk kojarzonych ze zdrowiem, leczeniem, opieką medyczną.

Zarządzanie publiczne odnosi się do różnych dóbr rzadkich i pożądaných dla właściwego rozwoju współczesnego społeczeństwa. Także zdrowie jest zasobem,

które składa się na rozwój, dlatego i ta sfera zostaje obecnie objęta zasadami nowego zarządzania publicznego. Owe idee są wyrazem nowego nurtu w ekonomii, ale jednocześnie zmieniają świat społeczny. Ponieważ trudno ocenić jednoznacznie ich oddziaływanie, poniżej zostaną przedstawione zarówno potencjalne korzyści, jak i potencjalne zagrożenia, wynikające z upowszechnienia się praktyk New Public Management.

## Potencjalne korzyści

Wśród korzyści wymienianych przez zwolenników objęcia zasadami New Public Management całego sektora publicznego na pierwszym miejscu znajdują się zyski ekonomiczne. Współcześnie przez tę część gospodarki „przelewają się” ogromne strumienie funduszy państwowych. Konieczne jest właściwe ich nadzorowanie, kontrolowanie, co utrudniała tradycyjna państwowa biurokracja. Zmniejszenie wpływu państwa spowoduje finansowe uszczelnienie systemu i polepszenie jakości usług przez wprowadzenie choćby quasi-konkurencji (lepiej za mniej).

Następuje przekształcenie formy świadczenia usług z nieustającego procesu w kontraktowanie określonych usług w określonym czasie na ściśle zdefiniowanych warunkach. To powoduje, że świadczeniodawca lepiej organizuje i planuje pracę, a świadczeniobiorca wie dokładnie, czego może się spodziewać, a wręcz czego może żądać – transakcje są bardziej przejrzyste, zakres odpowiedzialności jest konkretny. Jednocześnie kładzie się nacisk na orientację na klienta (pacjenta), tak by był on zadowolony z jakości usług, które otrzymuje. Wcześniej cel ten był dość odległy w hierarchii zadań i wyzwań stawianych sobie przez kierownictwo instytucji ochrony zdrowia – dziś w środowisku przypominającym wolną konkurencję jest on naczelny: stąd popularność marketingu relacyjnego w usługach zdrowotnych (por. Krot 2008) czy programów kompleksowego zarządzania jakością (*total quality management*).

Zarządzanie personelem podobne do kierowania ludźmi w sektorze prywatnego biznesu polega między innymi na częstszej ocenie pracowników, stymulowaniu ich do rozwoju zawodowego i osobistego, które może skutkować podniesieniem jakości usług i poczucia samorealizacji pracowników, a co za tym idzie, lepszego ich funkcjonowania jako obywateli w społeczeństwie. Mniej hierarchiczne, elastyczne struktury uczą sprawniejszej współpracy, co także zwiększa poczucie sprawczości i możliwości rozwoju całych zbiorowości.

Frąckiewicz-Wronka (2009: 49–50) uważa, że istnieją dwa dominujące nurty realizowania idei NPM: menedżeryzm i pośrednia kontrola. Cechy tego pierwszego to: ciągle zwiększanie efektywności, stosowanie zaawansowanych technologii, podporządkowanie siły roboczej zasadzie produktywności, zarządzanie przez profesjonalistów, przyznanie przywódcom prawa do zarządzania. Drugi oparty na primacie koordynacji rynkowej to ciągle podnoszenie jakości, delegowanie

i decentralizacja, nacisk na kontrakt i rynki, audyty i inspekcje. Niezależnie od tego, który model jest stosowany, idee i praktyki nowego zarządzania publicznego poza korzyściami niosą ze sobą także zagrożenia.

## Potencjalne zagrożenia

Potrzebne jest monitorowanie przemian w sektorze usług medycznych także z perspektywy krytycznej socjologii organizacji, ponieważ przy wielu zaletach obecnych przekształceń pojawiają się zjawiska im towarzyszące, a zagrażające istocie branż pomocowych. Potrzeba zachowania etosu, powołania, etyki zawodów medycznych, bo tego nie da się dokładnie wycenić i kupić gotowego na rynku – trzeba nad tym pracować przez wiele lat i z dużą atencją hołubić, pielęgnować.

Zmiany w organizacji i finansowaniu sektora usług zdrowotnych będą sprzyjały przemianie profesji medycznych w „zwykłe” zajęcie. Upodabnianie zdrowia do innych dóbr materialnych (efektywność jako wartość mierzalna, np. w jednostkach monetarnych) powoduje, że zawody związane z ochroną zdrowia tracą nimb koniecznego powołania i zaufania społecznego jako zajęć szczególnych i darzonych wyjątkowym prestiżem.

Innym problemem wynikającym z obecnej transformacji jest (mówiąc w sposób przerysowany, przejaskrawiony) sprowadzenie roli pacjenta do roli klienta, a roli lekarza do roli specjalisty o określonych technicznych umiejętnościach (podobna sytuacja ma miejsce w sferze edukacji, szczególnie szkolnictwa wyższego i relacji student–wykładowca). Relacja ta zostaje przekształcona w ściśle ograniczoną i w sensie czasowym, i w sensie czynności sytuacją, w której pacjent otrzymuje w ramach potwierzonego ubezpieczenia usługę. Proces leczenia zostaje zastąpiony łańcuchem świadczeń, badań, konsultacji. Często brakuje holistycznego namysłu nad „przypadkiem” chorobowym. To oczywiście także skutek coraz większych możliwości medycyny, coraz dogłębszego badania chorób i dolegliwości, coraz większej specjalizacji lekarzy, jednak wydaje się, że przekształcenia w zarządzaniu ochroną zdrowia jeszcze pogłębiają odczucia osamotnienia pacjenta w jego zmaganiach z własnym niedomagającym organizmem. Dodatkowym utrudnieniem w tej kwestii może być dla niego ograniczenie dostępu do niektórych świadczeń – bariera finansowa uniemożliwiająca podjęcie zbyt kosztownego leczenia.

Zagrożeniem dla dalszego rozwoju instytucji zdrowia może być paradoksalnie także wprowadzanie instrumentów znanych z globalnego zarządzania korporacyjnego (ponadnarodowego), ponieważ rynek (czy quasi-rynek) ochrony zdrowia będzie nadal ściśle powiązany z lokalną polityką o silnym kontekście narodowym (kultura organizacji może być zbyt odległa od narodowej specyfiki kulturowej) (por. Frąckiewicz-Wronka 2009). Nawet działania i mechanizmy, mające zmierzać do większej efektywności, mogą być sabotowane z powodu partykularnych celów lokalnych notabli.

Wreszcie zasady wielkiego biznesu, dotyczące zatrudniania personelu i wprowadzane obecnie do sektora publicznego, powodują, że często pracownicy składani są do zatrudniania się na innych (gorszych w sensie zabezpieczeń społecznych) warunkach. Nawet większe wynagrodzenie proponowane na podstawie samozatrudnienia czy kontraktu może w efekcie zwiększać niepokój o stabilność dochodów przyszłości.

Paradoksalnie, nowe zasady zarządzania mogą też nie skutkować oszczędnościami z tytułu ograniczenia biurokracji. Komercjalizacja, prywatyzacja wielu instytucji służby zdrowia (por. Wrześniewska-Wal 2010) otwiera je na całą otoczkę biznesu związaną z koniecznością zatrudniania dodatkowych osób do administrowania i dokładania obowiązków wszelkiego raportowania personelowi białemu. Audyty, procesy prowadzące do uzyskania certyfikatów, przygotowywanie dokumentacji na potrzeby konsultingu czy wdrożenia programu np. kompleksowego zarządzania jakością powodują, że obieg „papierów” i wiadomości elektronicznych w tych instytucjach wciąż jest intensywny.

Jak wynika z powyższych rozważań, często nawet to samo zjawisko towarzyszące współczesnym przemianom sektora publicznego, w szczególności instytucjom ochrony zdrowia, może być postrzegane jednocześnie jako pozytywne lub negatywne albo też, co jeszcze bardziej komplikuje to zagadnienie, ich oddziaływanie jest niejednoznaczne. Poniżej w tabeli 1 przedstawiono niektóre zagadnienia (sformułowane na podstawie obserwacji i literatury przedmiotu) do dalszej dyskusji.

Tabela. 1. Potencjalne korzyści i zagrożenia stosowania zasad New Public Management w sektorze zarządzania zdrowiem publicznym

Potencjalne korzyści NPM	Potencjalne zagrożenia NPM
Zwiększenie efektywności systemu przez jego uszczelnienie (skrupulatna rejestracja usług, wykorzystania sprzętu diagnostycznego itd.)	Upodobnienie świadczenia usług zdrowotnych do świadczenia wszelkich innych usług komercyjnych (urzeczowienie zdrowia)
Polepszenie jakości usług i infrastruktury wymuszone konkurencją	Sprowadzenie roli pacjenta do roli klienta, a roli lekarza do roli specjalisty o określonych, przede wszystkim technicznych umiejętnościach (osłabienie etosu zawodów medycznych)
Odciążenie budżetu państwa poprzez zmuszenie nadmiernie zadłużonych zakładów opieki zdrowotnej do przekształcania się w spółki prawa handlowego odpowiadające za swoje finansowanie	Paradoksalnie zwiększenie biurokracji (np. przy programach TQM – liczne raportowanie)
Zwiększenie oferty dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i obniżenie ich cen przez zwiększenie konkurencyjności	Ograniczenie dostępu do specjalistycznych usług (określenie koszyka należnych świadczeń w ramach podstawowego ubezpieczenia)



Potencjalne korzyści NPM	Potencjalne zagrożenia NPM
Częstsze, bardziej kompleksowe systemy oceny pracowników	Skłanianie pracowników do zatrudniania się na gorszych (szczególnie w dłuższej perspektywie) warunkach (samozatrudnienie, kontrakty)
Mniej hierarchiczne, bardziej elastyczne struktury	Nieformalny wpływ (często presja) polityków lokalnych na kreowanie rynków usług medycznych w regionie
Usprawniające organizację przekazanie części władzy menedżerom	Konflikty między menedżerami a kadrą profesjonalistów (cięcie kosztów w imię interesu instytucji vs dobro pacjentów jako wartość bezcenna)
Monitoring zachowań pracowników i pacjentów jako broń przeciwko bezpodstawnym pozwom	Monitoring zachowań pracowników i pacjentów jako niepopularny niewidoczny superszef (Wielki Brat)

Źródło: Opracowanie własne.

## Zakończenie

Jacek Żakowski (2012) zarysował ostatnie zmiany w zarządzaniu zdrowiem publicznym. Po okresie ekonomizacji tej sfery usług w drugiej połowie XX wieku, polegającej na cięciu kosztów (ograniczaniu świadczeń) w momencie drastycznego zwiększenia się nakładów na służbę zdrowia (starzejące się społeczeństwo, drogie zdobycze medycyny włączane w standardowe procedury leczenia), nastąpiła zmiana myślenia w kierunku podnoszenia jakości – pozorne podrażnienie usług przynosi w dłuższej perspektywie większe oszczędności, bo są one ujęte w przewidywalne, szczelne systemy, a przede wszystkim są świadczone wcześniej, kiedy koszty leczenia są najmniejsze, bo mały jest problem. Stąd w pewnych miejscach w Stanach Zjednoczonych pacjenci są dowożeni taksówkami do ośrodka zdrowia (by nie zapomnieli o wizycie ani nie zmarnował się czas lekarza) i jak najszybciej kierowani do specjalisty – by na wczesnym etapie wyleczył dolegliwość (ponieważ to najtańszy sposób leczenia).

Właściwie wydaje się, że to bez wątplenia zmiany na lepsze. System finansowania służby zdrowia jest zoptymalizowany tak, by był jak najefektywniejszy – tanie i wysokiej jakości usługi. Państwo, a także inwestorzy (np. udziałowcy klinik czy funduszy powierniczych, obracających papierami związanymi z sektorem ochrony zdrowia) są zadowoleni, bo oszczędności dla budżetu są duże, a zyski dla graczy giełdowych powiększają się. Poza tym pacjenci czują, że dba się o nich, polepsza się ich jakość życia (chorują krócej lub w ogóle mniej). Jednak zauważmy, że to reformy „wewnątrz” rozwiązań, które niekoniecznie niosą ze sobą same

korzyści. Są to tylko korekty w obrębie wizji, która zawładnęła jakiś czas temu wyobraźnią polityków amerykańskich i europejskich, wizji komercjalizacji sfer wcześniej związanych z wartościami niemierzalnymi w kategoriach pieniędzy, ale dobra społecznego. Ponadto realne zyski przy takich posunięciach pojawiają się tylko przez chwilę, bo na giełdzie liczy się jedynie ciągły wzrost. Rynek więc będzie domagał się dalszego poszukiwania takich rozwiązań, które maksymalizują zysk. Dodatkowo w czasie kryzysu stało się jasne, że zyski się prywatyzuje, a straty nacjonalizuje, upaństwowia. To dotyka także sektora usług społecznych.

Nowo powstające zakłady opieki zdrowotnej są uprzywilejowane w stosunku do tych, które już od lat istnieją, ponieważ są zakładane z pełną, aktualną wiedzą o warunkach (quasi-rynkowych) ich funkcjonowania. Występują więc takie sytuacje, w których mamy do czynienia z przewagą konkurencyjną nowych ośrodków, co jeszcze pogarsza kondycję dotychczas istniejących – np. tuż obok szpitala z wieloma oddziałami powstaje NZOZ, specjalizujący się w dializach i przyciąga do siebie pacjentów lepszą infrastrukturą, sprzętem i wystrojem wnętrza, a świadczy tylko te usługi, ponieważ są one szczególnie korzystnie finansowane przez NFZ. Szpital traci tych pacjentów, a tym samym możliwość zarabiania na dializach, za które refundacja mogła pokrywać część strat wynikających ze świadczenia usług mniej korzystnie finansowanych. Innym symptomem zmieniającego się podejścia do kwestii zdrowia jako dobra rzadkiego, na którym można zarobić, jest fakt, że od niedawna w dokumentach, które podpisują honorowi krwiodawcy przy oddawaniu krwi, znajduje się między innymi zapis o zgodzie na sprzedaż (sic!) krwi lub jej produktów pochodnych koncernom farmaceutycznym.

Rynek w ujęciu neoliberalnym orientuje się na korzyści indywidualne, na pierwszym miejscu stawia jednostkę (motywuje to ludzi do pracy, do osiągnięć, do dbania o siebie – w idealnej sytuacji wszyscy mogliby zadbać o siebie), ale zawsze będą tacy, którzy nie dadzą sobie rady, zresztą z samej idei wyścigu wynika, że są zarówno wygrani, jak i przegrani. Zdrowie to dobro indywidualne, ale też wspólne. Przykładem niech będzie nadużywanie antybiotyków w polskim społeczeństwie, które powoduje, że bakterie wytwarzają oporność w odniesieniu do coraz to nowych typów leków i niedługo jako populacja będziemy zagrożeni niemożnością leczenia pewnych chorób antybiotykami (suma działań jednostkowych sprawia, że potencjalnie obniża się zdrowie populacji; odporne bakterie mogą zaatakować każdego).

Zarządzanie publiczne czerpie swoje podstawy koncepcyjne i aplikacyjne nie tylko z nauk ekonomicznych, ale także humanistycznych. Naszkicowane powyżej tło przemian we współczesnych instytucjach służby zdrowia dowodzi, że medycyna jako instytucja jest dziś na wskroś socjologicznym tematem. Interesować się tymi przekształceniami powinni socjologowie organizacji i zarządzania (np. zagadnienie proefektywnościowej kultury organizacji, por. Kołodziej-Durnaś 2012), socjologowie zawodu (zmiana statusu zawodów medycznych od etosu i powołania ku kontraktom i technicznemu profesjonalizmowi), socjologowie moralności czy socjologowie konsumpcji (komercjalizacja usług zdrowotnych).

**Słowa kluczowe:** nowe zarządzanie publiczne, instytucje ochrony zdrowia, liberalizm, neoliberalizm, sektor publiczny.

**Key words:** new public management, health care institutions, liberalism, neoliberalism, public sector.

### Streszczenie

Idee nowego zarządzania wprowadzane w sektorze publicznym są implementowane także w instytucjach systemu ochrony zdrowia w Polsce. W artykule autorka przedstawia zarys genezy nowego zarządzania publicznego, odwołując się do chicagowskiej szkoły liberalizmu, doktryny Margaret Thatcher i tzw. *reaganomics*. Następnie prezentuje obietnice, korzyści i zagrożenia, jakie niosą ze sobą nowe zasady zarządzania dla pacjentów i całego społeczeństwa. Na koniec przedstawione zostają pytania i kwestie do dalszej dyskusji.

### Ideas on New Public Management in Health Care Institutions – Promises, Benefits and Threats

Ideas regarding new methods of management introduced into the public sector are also being implemented in the health service institutions in Poland. In this article the author begins with a discussion on the genesis of New Public Management going back to the Chicago School of liberalism, the Thatcher doctrine and so-called reaganomics. She further elaborates on the promises, benefits and threats of these new rules for patients and society as a whole. At the end, some questions for further discussions are put forward.

### Literatura

- Frąckiewicz-Wronka A., 2009, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kołodziej-Durnaś A., 2010, *Alice Salomon. Szkic o życiu i dziełach z wyborem pism*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Kołodziej-Durnaś A., 2012, *Kultura organizacji – idea i instrumentalizacja. Socjologiczne studium krytyczne*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997, Warszawa: Wydawnictwa Sejmowe.
- Krot K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Landreth H., Colander D.C., 2005, *Historia myśli ekonomicznej*, przeł. A. Szeworski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rudawska I., 2006, *Ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca w opiece zdrowotnej*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.



- Rudawska I., 2010, *Neoliberalne podejście do funkcjonowania sektora publicznego – próby adaptacji w opiece zdrowotnej*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Konsepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Warszawa: Oficyna, s. 17-30.
- Wrześniewska-Wal I., 2010, *Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako podmioty gospodarcze na rynku świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Konsepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Warszawa: Oficyna, s. 61-76.
- Żakowski J., 2012, *Achilles przegonił żółwia*, „Polityka”, nr 8.

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

