

ZASTOSOWANIE NARZĘDZI ICT W POMIARZE EFEKTYWNOŚCI PUBLICZNYCH JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA A KSZTAŁTOWANIE PRZYWÓDZTWA

Agata AUSTEN-TYNDA

Streszczenie: Rosnące wymagania w zakresie efektywności systemów ochrony zdrowia powodują zainteresowanie metodami i narzędziami zarządzania znanymi z sektora organizacji prywatnych. Stąd zainteresowanie takimi koncepcjami jak pomiar wyników organizacji, przywództwo czy też wykorzystanie narzędzi ICT. W artykule omówiono specyfikę pomiaru efektywności jednostek ochrony zdrowia. Zaprezentowano znaczenie przywództwa dla efektywnego działania jednostek ochrony zdrowia, a także wykorzystanie narzędzia ICT w procesie zarządzania informacją i wiedzą.

Słowa kluczowe: zarządzanie publiczne, sektor ochrony zdrowia, pomiar efektywności, przywództwo.

1. Wstęp

Rosnące oczekiwania obywateli związane z podnoszeniem jakości usług zdrowotnych świadczonych przez publiczny sektor ochrony zdrowia leżą u podstaw reformowania systemów ochrony zdrowia w wielu krajach, w tym także w Polsce. Poszukuje się sposobów zwiększania efektywności zarządzania jednostkami ochrony zdrowia i całym systemem, tak aby pieniądze publiczne były wydawane w sposób racjonalny a ponoszone nakłady zapewniały możliwie największe korzyści dla pacjentów [1]. Zgodnie z trendami zapoczątkowanymi w latach 90` znanymi pod nazwą Nowego Zarządzania Publicznego, w celu poprawy efektywności organizacji publicznych, proponuje się stosowanie nowoczesnych narzędzi zarządzania znanych z sektora prywatnego w organizacjach publicznych.

Z uwagi na fakt dualnego traktowania zdrowia - jako wartości indywidualnej i społecznej - państwo jako podmiot władzy ma obowiązek zaspokajać te potrzeby zdrowotne obywateli, które uznane za ważne dla kształtowania rozwoju społeczno-ekonomicznego i na takim poziomie finansowym na jaki pozwala obecna sytuacja gospodarcza. Znaczną większość obecnie funkcjonujących systemów ochrony zdrowia cechuje wielość źródeł zasilania, co oznacza, że organizacje w nich działające korzystają zarówno ze źródeł publicznych jak i prywatnych. Szczególnym problemem jest gospodarowanie pieniędzmi publicznymi w systemie ochrony zdrowia, albowiem obywatele oczekują, że za solidarnie i powszechnie ponoszony trud gromadzenia pieniędzy powinni uzyskać usługi zdrowotne na wysokim poziomie i w satysfakcjonującej ich ilości. Niestety na skutek ograniczoności zasobów te oczekiwania nie mogą być w pełni zaspokojone. W odpowiedzi na wskazane wyzwania poszukuje się nowego podejścia do zarządzania w sektorze opieki zdrowotnej [2]. Zapewnienie właściwej realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia obywateli wymaga współgrania wielu elementów. Jednym z nich jest tworzenie przesłanek dla podejmowania racjonalnych decyzji oraz właściwe

gospodarowanie zasobami informacji i wiedzą. Punktem wyjścia do rozważań podjętych w niniejszym opracowaniu jest założenie, że pomiar wyników jest jednym z warunków transformowania sektora ochrony zdrowia. W literaturze przedmiotu można znaleźć pewne dowody na to, że pomiar efektywności i systemy zarządzania mogą zwiększyć efektywność organizacji [3].

W erze gospodarki opartej na wiedzy nie budzi zdziwienia fakt, że podstawą osiągnięcia i utrzymania przewagi konkurencyjnej jest zdolność organizacji do zarządzania informacją i wiedzą. Dotyczy to także sektora ochrony zdrowia. Rosnąca liczba informacji, z którą należy sobie radzić, w tym informacji o wynikach osiągniętych przez organizację sprawia, że konieczne staje się korzystanie z najnowocześniejszych narzędzi pozwalających uporządkować masę informacji, które są niezbędne do przetrwania i rozwoju [4]. Wyciąganie właściwych wniosków z posiadanych danych prowadzi do wiedzy, dzięki której możliwe jest podejmowanie adekwatnych działań. Uważa się, że zarządzanie wiedzą jest niezbędne dla przetrwania i rozwoju organizacji [5]. Nasuwa się jednak pytanie, w jaki sposób wykorzystać informacje o wynikach osiągniętych przez poszczególne jednostki na poziomie zarządzania całym systemem ochrony zdrowia. Dodatkowo, interesujące jest, czy pomiar efektywności jednostek ochrony zdrowia jest powiązany ze stylem przywództwa, jaki w nich przeważa¹.

2. Pomiar wyników jednostek ochrony zdrowia

Pomiar wyników organizacji publicznych stanowi ogromne wyzwanie i jest źródłem wielu debat i sporów. Konieczność prowadzenia dalszych badań w tym obszarze jest uzasadniona faktem, iż ocena wyników jest konieczna dla promowania efektywności organizacji sektora publicznego. Dodatkowo, pomiar wyników pozwala na osiągnięcie transparentności i wiarygodności wydatków publicznych, uzyskanie możliwej do porównania informacji, która służy jako podstawa wyborów konsumenta (pacjenta) oraz poprawy praktyk zarządzania [6].

Analizując dotychczas przeprowadzone badania w zakresie efektywności organizacji komercyjnych można stwierdzić, że w wielu przypadkach efektywność organizacji oceniana jest głównie przy użyciu wskaźników finansowych, takich jak zyskowność czy tempo wzrostu sprzedaży. Wskaźnik wzrostu sprzedaży, który obrazuje zmianę w wartości sprzedaży w porównaniu z rokiem poprzednim (bazowym) jest uważany za kluczowy wskaźnik efektywności traktowanej jako kategoria oceny działalności przedsiębiorstw [7]. Do oceny efektywności funkcjonowania organizacji stosuje się także często syntetyczny wskaźnik J. McKenzie, który jest obliczany jako iloraz zysku brutto oraz przychodów ze sprzedaży netto. Wskazuje się, że wskaźnik ten nadaje się do pomiaru poziomu efektywności organizacji dowolnej branży i dowolnych rozmiarów [8].

Także w przypadku organizacji non-profit w ocenie ich efektywności działania są stosowane miary finansowe, takie jak zysk netto, marża zysku, ROA, poziom zadłużenia [9]. W badaniach stosuje się także percepcyjne miary wyników [10]. Jednakże dla przetrwania i rozwoju organizacji, w tym szczególnie tych organizacji które działają w sektorze publicznym, niewystarczające dla jej sukcesu jest zapewnienie efektywności

¹ Część rozważań podjętych w niniejszym referacie została podjęta w wyniku realizacji badań statutowych Katedry Zarządzania Publicznego „Zarządzanie publiczne: przywództwo i jego wpływ na efektywność w organizacji publicznej (na przykładzie publicznego sektora ochrony zdrowia)”, kierownik projektu: prof. AE dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka.

wyłącznie w ujęciu finansowym. Organizacje funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia działają przede wszystkim w celu realizacji potrzeb społecznych i oceniane są nie tylko przez podmioty właścicielskie, lecz także społeczeństwo, które korzysta z ich usług. Dlatego też wydaje się być słusznym założenie, iż należy dążyć do zbudowania takiego systemu wskaźników, który pozwoliłby na ocenę stopnia realizacji różnorodnych celów jednostek ochrony zdrowia. Miary jakie mogą być stosowane w celu określenia efektywności mogą dotyczyć następujących obszarów:

1. konflikt – rozumiany jako napięcia występujące wewnątrz organizacji, które mogą być wykorzystane do osiągnięcia celów (zarządzanie przez konflikt),
2. kontrola – wykorzystanie kontroli menedżerskiej w organizacji w celu wpływania i kształtowania zachowań członków organizacji,
3. wydajność – wskaźnik odzwierciedlający pewne aspekty wyników jednostki do poniesionych kosztów,
4. ewaluacja przez zewnętrzne podmioty – ocena organizacji przez jednostki lub organizacje działające w otoczeniu organizacji, z którymi wchodzi ona w interakcje (np. ocena działalności szpitala przez NFZ, wojewodę, zdrowie publiczne),
5. elastyczność – zdolność organizacji do zmiany standardowych procedur działania w odpowiedzi na zmiany otoczenia,
6. rozwój – reprezentowany przez wzrost takich zmiennych jak: wielkość zatrudnienia i inwestycji, udział w rynku, wolumen świadczonych usług (ocena następuje przez porównanie obecnego stanu ze stanem z przeszłości),
7. zarządzanie informacją i komunikacja – kompletność, wydajność, dokładność w analizie i dystrybucji informacji krytycznych dla organizacji,
8. morale – zdolność grupy do podejmowania zwiększonego wysiłku na rzecz organizacji, akceptacja celów, zaangażowanie i poczucie przynależności przez członków grupy,
9. planowanie i ustalanie celów – systematyczne ustalanie celów i planowanie przyszłych działań,
10. produktywność - ilość wytwarzanych świadczeń (może być mierzona na poziomie indywidualnym, grupowym bądź organizacyjnym)
11. wynik finansowy – różnica między przychodami a kosztami,
12. jakość – jakość wytwarzanych przez organizację świadczeń,
13. gotowość – zdolność organizacji do zwiększenia ilości świadczeń i/lub ich zmiany bądź rozszerzenia,
14. stabilność – utrzymanie struktury, funkcji i zasobów w danym okresie, w szczególności w sytuacjach kryzysowych,
15. trening i uczenie się – działania podejmowane w zakresie rozwoju zasobów ludzkich
16. monitoring otoczenia – odnajdywanie zasobów koniecznych do efektywnego działania
17. wartość zasobów ludzkich – zbiorowe kryterium, które odnosi się do łącznej wartości członków organizacji do wartości organizacji w ujęciu księgowym [11].

Dokonując przeglądu literatury przedmiotu można zauważyć, że coraz częściej efektywność organizacji non profit mierzona jest w praktyce koncentrując się na działaniach i charakterystykach, takich jak: misja, dokumenty planistyczne, formularze służące do badania satysfakcji klientów, plany rozwoju, formularze oceny pracowników [12]. Inne miary efektywności organizacyjnej uwzględniają wyniki organizacyjne, osiągnięte jako rezultat stosowanych procesów. Takimi przykładowymi miarami mogą być: podstawowe cele służące powszechnemu dobrobytowi, decentralizacja władzy oraz niższy poziom konfliktów. Dlatego też w literaturze dotyczącej zarządzania organizacjami niedochodowymi, takimi jak samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej coraz

częściej spotyka się metody pomiaru efektywności organizacyjnej oparte o badanie umiejętności organizacji potrzebne do osiągnięcia misji, procesy w niej zachodzące oraz wyniki, jakie osiąga [13, 14]. Pierwsza z metod uwzględnia zdolności organizacji do: zdobywania zasobów, przyciągania wykwalifikowanej kadry, kreowania współpracy z otoczeniem, osiągania jakości, czy też zapewnienia satysfakcji pracownikom. W tym ujęciu wskaźniki efektywności organizacyjnej są mierzone jako zbiór umiejętności i zdolności, które pozwalają na gromadzenie zasobów oraz stworzenie kultury organizacyjnej wspierającej osiągnięcie celów. Diagnozując efektywność organizacji non-profit można także oprzeć się na modelu zaproponowanym przez Alison i Kaye, który wyodrębnia następujące obszary: przywództwo i zarządzanie, relacje, misja, planowanie, struktura, ludzie, systemy, rezultaty i jakość [15].

3. Przywództwo a wyniki organizacji sektora ochrony zdrowia

Nie wdając się w szczegółowe rozważania, można przyjąć iż przywództwo to proces wywierania wpływu przez przywódców i ich zwolenników w celu osiągnięcia celów organizacji poprzez zmianę [16]. Czy jest możliwe, aby przywódcy organizacji mieli znaczący wpływ na osiągnięte przez nie wyniki? Ostatnie lata badań nad wynikami organizacji pozwoliły na rozszerzenie wiedzy na temat determinant wyników o czynniki niematerialne. Wiadomo, iż niematerialne zasoby organizacji, takie jak zdolności menedżerów, kapitał ludzki, postrzegana reputacja organizacji, relacje pracowników, kultura organizacyjna, mają znaczący pozytywny wpływ na wyniki organizacji [17]. Odejście od zainteresowania twardymi elementami organizacji na rzecz miękkich przyczyniło się także do zwiększenia zainteresowania kwestiami przywództwa. Sprawne przeprowadzenie w ochronie zdrowia nie jest zdeterminowane jedynie przez finanse i środki trwałe. Umiejętność wykorzystania potencjału tkwiącego w zasobach ludzkich wyróżnia odnoszących sukcesy przywódców i organizacje. Szczególnie w czasie burzliwych zmian właściwy sposób przewodzenia ma decydujące znaczenie dla osiągnięcia sukcesu w każdej branży.

Chociaż wpływ przywództwa na wyniki organizacji jest przedmiotem zainteresowania badaczy od ponad czterech dekad, w literaturze tematu można natknąć się na zamęt definicyjny w tym zakresie. Niewiele badań dotyczy zależności między przywództwem a wynikami organizacji [18]. Przegląd literatury wskazuje na szereg niejasności w zakresie powiązania przywództwa z wynikami organizacji. Powiązanie jest raczej sugerowane niż wykazywane, np. wiele studiów, nie łączy praktyk przywództwa z obiektywnymi wynikami przywództwa. Poza tym związek przywództwa z wynikami nie jest rozważany w sposób, który pozwoliłby określić jego wpływ na indywidualne, grupowe i organizacyjne wskaźniki wyników, a także te związane z procesami – w tym samym czasie. Nie są też zidentyfikowane także zmienne zależne dla przywództwa [19].

Analizując dotychczasowe badania nad przywództwem można także wskazać na problemy związane z konstruowaniem modeli badawczych. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że występują trudności związane z pomiarem wyników organizacji. Często badacze koncentrują się nad korelacją między miarami finansowymi, satysfakcją klientów i pracowników, stosując w pomiarze wyników wskaźniki finansowe bądź niefinansowe, zamiast stosować te miary łącznie. Można zaryzykować stwierdzenie, iż dotychczasowe badania nie pozwoliły na jednoznaczne określenie, jakie występują relacje między przywództwem a wynikami organizacji.

Mimo niewątpliwych niejasności, dotychczasowe badania empiryczne dotyczące przywództwa i wyników organizacji pozwalają na wnioskowanie, iż przywództwo wpływa na wyniki organizacji. Wielu badaczy sugeruje, że styl przywództwa jest szczególnie

ważny zarówno dla wyników przez podwładnych jak i celów organizacji. Zgodnie z teorią *leader-member exchange*, która odnosi się do jakości relacji między przywódcą a jego zwolennikami, przywódcy przekazują podwładnym czego od nich oczekują i w zamian za pozytywne zachowania wręczają im materialne i niematerialne nagrody. Zwolennicy nie muszą przyjąć proponowanej im roli, sami podejmują decyzję co do atrakcyjności nagród za swoje działania. Istnieje więc swoista wymiana między przywódcą a zwolennikami. Wymianę o wysokiej jakości charakteryzuje wzajemne zaufanie, szacunek i poczucie obowiązku. W zamian za przyczynianie się do osiągania wyższych wyników, zwolennicy otrzymują specjalne przywileje, w postaci np. dostępu do informacji, czy też możliwości rozwoju. Wysoka jakość relacji przejawia się z kolei w wyższych wynikach wykonywanych przez nich zadań [20]. Przywództwo tworzy więc pomost między wynikami osiąganymi przez pracowników, a wynikami na poziomie organizacji [18].

Przywódtwo jest szczególnie ważne w sytuacji zmiany. Jednostki ochrony zdrowia przechodzą obecnie szereg radykalnych zmian, jednak wiele z tych procesów kończy się niepowodzeniem. Jednym z powodów owych porażek jest często opór pracowników wobec zmian, powodowany przez negatywne emocje. Zaangażowanie w zmianę składa się z zaangażowania emocjonalnego (chęć wsparcia zmiany wynikająca z wiary w korzyści z niej wynikające), a także normatywnego zaangażowanie w zmianę (poczucie obowiązku lub zobowiązanie). Kiedy zaangażowanie pracowników w zmiany jest pozytywnie wzmacniane, występuje mniejsze prawdopodobieństwo, że będą oni zachowywać się w sposób utrudniający wprowadzenie zmiany. Działania przywódców zmierzające do zachęcenia pracowników do zaangażowania się w zmianę są zatem kluczowe dla jej powodzenia [21].

W badaniach nad relacjami między przywództwem a wynikami organizacji wykorzystywana jest często koncepcja przywództwa transakcyjnego i transformacyjnego. Jednak mimo dużego zainteresowania badaczy tą problematyką, niewiele ze studiów wyjaśnia w sposób wyczerpujący, w jaki sposób przywództwo transakcyjne i transformacyjne jest powiązane z wynikami. Wyniki badań z zakresu teorii przywództwa transakcyjnego i transformacyjnego wskazują, że istnieją relacje między przywództwem transakcyjnym, transformacyjnym a wynikami. Na przykład wskaźnik przywództwa transformacyjnego jest pozytywnie skorelowany z oceną wyników menedżerów, innowacyjnością zespołu oraz procentem celów finansowych osiągniętych w strategicznych jednostkach biznesu [22]. Przeprowadzony przez Dvira, Edena, Avolio i Shamira eksperyment wykazał, że istnieje pozytywny wpływ przywództwa transformacyjnego na wyniki zwolenników [23]. Wskazuje się na występowanie wpływu transformacyjnego stylu przywództwa na wyniki. Transformacyjne przywództwo wpływa na poprawę wyników grupy, a także na podejmowanie decyzji w grupie [24]. Howell i Avolio dowodzą, że przywództwo transformacyjne pozwoliło przewidzieć wyniki na poziomie poszczególnych oddziałów organizacji, podczas gdy transakcyjne nie [25]. Transakcyjne przywództwo pozwala osiągnąć cele organizacji w sposób bardziej efektywny dzięki łączeniu wyników pracy z nagrodami i przez zapewnienie pracownikom właściwych zasobów do wykonywania zadań. Przywódcy transformacyjni (zwani też często wizjonerskimi) tworzą strategiczną wizję możliwych stanów przyszłości, komunikują tę wizję przez spójne działania i zapewniają zaangażowanie pracowników w jej realizację. Dlatego też niektórzy badacze twierdzą, że pozwalają oni osiągnąć wyższy poziom spójności, zaangażowania, zaufania i motywacji, a tym samym wyższy poziom wyników w nowych warunkach działania organizacji. Przywódcy odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu norm zbiorowych, pomaganiu pracownikom w radzeniu sobie z otoczeniem, i koordynowaniu działań zbiorowych, pozwalając tym samym na osiąganie lepszych wyników przez organizację [21]. Wyniki badań przeprowadzonych przez F. F. Al-Mailam'a w kuwejckich

szpitalach publicznych i niepublicznych wskazują, że przywódca transformacyjny jest postrzegany przez podwładnych jako efektywniejszy od przywódcy transakcyjnego [26]. W szczególności, wykazano iż przywództwo transformacyjne ma pozytywny wpływ na proces zarządzania zmianą. Wskazuje się, że przywództwo transformacyjne jest lepsze w nierutynowych sytuacjach, a także że organizacje są bardziej otwarte na przywództwo transformacyjne, kiedy celem jest adaptacja. Przywództwo, w szczególności transformacyjne, wizjonerskie i charyzmatyczne, może pomyślnie zmienić status quo organizacji przez rozpowszechnienie odpowiednich zachowań na odpowiednim etapie procesu transformacji. Przywódcy kreują zmianę raczej przez prezentowanie atrakcyjnej wizji, a nie krytykowanie istniejącego status quo [27].

3. Narzędzia ICT w poprawie efektywności zarządzania sektorem ochrony zdrowia

Zastosowanie ICT odgrywa znaczącą rolę szczególnie w organizacjach odpowiedzialnych za zarządzanie wielką ilością informacji elektronicznych, tak jak ma to miejsce w systemie ochrony zdrowia. Problemem staje się coraz większa ilość informacji, którą trzeba zarządzać. Jednostki służby zdrowia muszą w efektywny sposób gromadzić i przetwarzać dane medyczne i rynkowe, a następnie agregować je w informacje niezbędne dla decydentów [28]. Biorąc pod uwagę mnogość interesariuszy, którzy są zainteresowani wynikami osiąganymi przez poszczególne jednostki ochrony zdrowia, a także wynikami całego systemu, problem gromadzenia, przetwarzania i prezentowania danych staje się jeszcze bardziej złożony. Analiza literatury przedmiotu pozwoliła na możliwość zastosowania ICT w analizie interesariuszy realizowanej na potrzeby jednostki ochrony zdrowia [29], co daje podstawy dla dalszych analiz, dokonywanych na szczeblu regionu czy też całego systemu.

Prowadzenie dokumentacji w tradycyjnej wersji papierowej nasyca wiele trudności i uniemożliwia tworzenie aktualnych rejestrów. Powoduje to także występowanie szeregu błędów z powodu niewłaściwego przetwarzania krytycznej wiedzy. Raportowanie w wersji papierowej do jednostek zarządzających informacją, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia czy wojewódzkie centra zdrowia publicznego, nie daje możliwości uzyskania natychmiastowego obrazu sytuacji.

Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia koncentrują się gromadzeniu tych informacji, które ukazują ekonomiczną sytuację systemu ochrony zdrowia na poziomie regionu, wskazując między innymi na: wykorzystanie potencjału jednostek organizacyjnych, standardy świadczeń medycznych, koszty prowadzonej działalności, stopień realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast wojewódzkie centra zdrowia publicznego są zobowiązane do gromadzenia na poziomie regionu tych informacji, które dotyczą między innymi:

- stanu zdrowia obywateli,
- wybranych elementów infrastruktury,
- zatrudnionej kadry specjalistów medycznych,
- koordynacji działania na rzecz promocji zdrowia.

Wojewódzkie centra zdrowia publicznego gromadząc informacje o zjawiskach zachodzących na przestrzeni wielu lat w ochronie zdrowia, jak również wskazując na kierunki zmian przewidywanych w najbliższych latach, stanowią bogate źródło wiedzy. Poprzez gromadzenie i agregowanie informacji, w perspektywie umiejętnego zarządzania nią w ochronie zdrowia, umożliwiają prowadzenie analiz porównawczych na poziomie regionu, a w konsekwencji także na poziomie centralnym, czy nawet na poziomie międzynarodowym. Przetwarzane przez nie informacje mogą być podstawą dla kreowania polityki w ochronie zdrowia na wszystkich możliwych poziomach [30].

Bezpośrednie przełożenie stosowania narzędzi ICT na szybkość dostępu do danych nie budzi w obecnych czasach najmniejszych nawet zastrzeżeń. Zaspokajanie potrzeb informacyjnych wiąże się z ilościowym i jakościowym popytem na informacje. Ilościowy popyt wyraża zapotrzebowanie na określoną informację podaną na przykład w postaci pewnych wskaźników. Jakościowy popyt uwzględnia żądane cechy określonej treści informacji, którymi są: dokładność, kompletność, forma prezentacji, szczegółowość, terminowość. Decyzje są podejmowane w oparciu o szybko dostarczane i przetwarzane informacje [31]. Potrzeby informacyjne organizacji publicznych zależą zarówno od zadań, jakie są na nie nałożone przez władze polityczne oraz od szczebla organizacyjnego. W odniesieniu do szczebla organizacyjnego istotna jest przede wszystkim jakość informacji. Im wyższy szczebel w hierarchii, tym większa złożoność decyzji oraz ryzyko, iż podejmowana decyzja okaże się błędna. Jeśli zaś chodzi o wyznaczone zadania, można zaobserwować wprost proporcjonalną zależność – im więcej zadań, tym większa ilość informacji jest potrzebna [33].

Narzędzia ICT wspomagające zarządzanie informacją i wiedzą można sklasyfikować w następujący sposób:

- narzędzia w zakresie wsparcia konsumenta (systemy pomagające pacjentom radzenie sobie z danymi medycznymi),
- narzędzia wspomagające interakcje (rozumiemy przez nie zwykle skomputeryzowane systemy rezerwacji konsultacji),
- narzędzia konsultacyjne (mają na celu pomoc personelowi w sytuacjach kontaktów z pacjentem, dostarczają podstawowych danych o pacjencie),
- narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji (systemy informatyczne dostarczające ogólnej informacji, jakie muszą być ocenione w specyficznych sytuacjach konsultowania stanu pacjenta),
- narzędzia wspomagające procesy (pozwalają na kierowanie pacjenta przez różne procesy opieki; ich główną korzyścią jest skierowanie klienta na odpowiedni poziom konsultacji, we właściwym czasie i miejscu),
- narzędzia wspomagania przepływu pieniądza (pozwalają na śledzenie przepływów pieniężnych; służą do budżetowania i są wykorzystywane przede wszystkim przez płatnika),
- narzędzia przygotowawcze (pozwalają personelowi medycznemu na przygotowanie się do kontaktu z pacjentem, ale nie służą bezpośrednio w czasie konsultacji, np. systemy obsługujące laboratoria),
- narzędzia zarządzania (wspomagają zarządzanie; pozwalają na gromadzenie danych statystycznych dla celów zarządczych z wszystkich innych systemów informatycznych; mogą to być systemy na poziomie operacyjnym, taktycznym, i strategicznym, wykorzystywane przez decydentów na wszystkich szczeblach) [34].

4. Wnioski

W systemie ochrony zdrowia zaczyna występować coraz większa liczba zdarzeń, a wielość miar jakie należy rejestrować i analizować w krótkim czasie, powoduje konieczność stosowania narzędzi ICT wspomagających zarówno zarządzanie danymi na poziomie jednostki, jak i regionu. Istotą właściwego przywództwa jest między innymi umiejętność wynajdywania szans w otoczeniu i tworzenia projektu zmiany, która pozwoli na osiągnięcie przewagi konkurencyjnej. Technologie informatyczne niewątpliwie ułatwiają ten proces. Potwierdzeniem mogą być problemy w zarządzaniu 8 oddziałami NFZ, w których nie stosuje się w wystarczającym zakresie technologii ICT.

Mimo braku dowodów badań empirycznych można pokusić się o przypuszczenie, że zakłady opieki zdrowotnej działające w polskim sektorze ochrony zdrowia w większości przypadków nie dokonują pomiaru osiągniętych wyników w sposób inny, niż obligują ich do tego przepisy, a zatem składając sprawozdanie finansowe, sprawozdania o stanie zobowiązań wymagane przez jednostkę samorządu terytorialnego, sprawozdanie do organu założycielskiego z realizacji planu finansowego oraz sprawozdanie do Ministerstwa Zdrowia. Wszystkie ze wskazanych sprawozdań mają charakter finansowy, nie uwzględniając tych miar, które były dyskutowane wcześniej. Co więcej, podstawą do przyznania kontraktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest nie tyle sytuacja finansowa jednostki, co jej potencjał do świadczenia usług medycznych. Do jakiego więc stopnia umiejętność właściwego zarządzania i prowadzenia gwarantuje sukces jednostek ochrony zdrowia rozumiany wieloaspektowo, przy uwzględnieniu mnogości celów, jakie są przed nimi stawiane? Relacje między efektywnością, przywództwem a ICT można rozpatrywać w układzie liniowym: przywódcy przy wykorzystaniu technologii ICT są w stanie lepiej zarządzać podległymi im jednostkami. Można także przejść na inny poziom rozważań, w którym dzięki zebranych różnorodnym informacjom na temat sytuacji jednostek dokonywana jest ocena efektywności przywódców. Monitorowanie wskaźników obejmujących nie tylko kwestie finansowe i monitorowanie przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi informatycznych mogłoby pozwolić na ukazanie wielu problemów w czasie, gdy dopiero się wyłaniają.

Wydaje się przy tym, że wyzwanie stanowi nie tyle dysponowanie odpowiednimi technologiami informatycznymi i stworzenie systemu informatycznego, który podobałby wyzwaniom w sensie technicznym, co stworzenie całego szeroko rozumianego kontekstu dla tych działań. Zarządzanie informacją i wiedzą nie ogranicza się tylko do pozyskiwania zasobów informacyjnych i ich przetwarzania przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi, ale dotyczy także tworzenia środowiska informacyjnego, które będzie sprzyjało osiągnięciu celów organizacji, formułowania strategii odnoszącej się do procesów informacyjnych oraz zapewnienia jej spójności ze strategią firmy oraz strategiami informatyzacji. Kolejnymi kluczowymi kwestiami są: zapewnienie skutecznej kontroli środowiska informacyjnego firmy z wykorzystaniem w tym celu specyficznych metod audytu wewnętrznego, zapewnienie optymalnej jakości informacji w procesach decyzyjnych; budowanie systemu pomiaru i oceny efektywności w środowisku informacyjnym; wkomponowania praktyki zarządzania informacją w procesy generowania, przetwarzania i wykorzystania zasobów wiedzy w organizacji [30].

Jednym z największych wyzwań w zakresie wsparcia podejmowania decyzji z wykorzystaniem kryteriów efektywności, a także oceny skuteczności prowadzenia jednostkom sektora ochrony zdrowia, byłoby niewątpliwie stworzenie systemu wskaźników uwzględniającego nie tylko sytuację finansową, ale także takie kwestie jak stabilność, elastyczność, morale, które powinny charakteryzować organizacje świadczące usługi użyteczności publicznej. W tym celu należałoby określić, które z grup wskaźników znalazłyby zastosowanie w systemie ochrony zdrowia. Kolejnym z problemów jest chęć i umiejętność korzystania z takiego systemu zarówno po stronie osób zarządzających jak i podmiotów z ich otoczenia, którym przekazują informacje. W końcu powstaje pytanie, jak na podstawie uzyskanych w ten sposób danych można ocenić efektywność przywódców jednostek ochrony zdrowia. Te i inne pytania wymagają podejmowania kolejnych badań empirycznych w obszarze systemu ochrony zdrowia.

Literatura

1. Oxley H., MacFarlan M.: General distribution OCDE/GD(94)101 Economic Department, Working Papers no 149, Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency.
2. Boyne G.A.: What is Public Service Improvement? *Public Administration*, nr 2, 2003, s. 211-228.
3. Martinez V., Kennerley, M.: Performance measurement systems: Mix effects. In EURAM 2005. Responsible management in an uncertain world. 5th Annual International Conference Proceedings. TUM Business School, Munich, 2005.
4. Dudek M., Mazur Z., Waszkielewicz W.: System informacyjny jako podstawa sprawnego zarządzania marketingowo-logistycznego. [w] R. Borowiecki, M. Kwieciński (red.) *Informacja w zarządzaniu procesem zmian. ZAKAMYCZE*, Kraków 2003, str. 79.
5. Beckman T.J.: The current state of knowledge management. [w] J. Liebowitz (red.) *Knowledge Management Handbook*. CRC Press, Boca Raton, FL, 1999, s. 1-22.
6. Courty P., C. Heinrich, G. Marsche: Setting the standard in performance measurement systems. *Public Management Review*, nr 8, 2006, s.321-347.
7. Bloodgood J.M., Sapienza H.J., Almeida J.G.: The internationalization of new high-potential U.S. Ventures: Antecedents and outcomes. *Entrepreneurship Theory and Practice*, nr 20, 1996, s.34-51.
8. McKenzie J.: *Paradox- The Next Strategic Dimension. Using Conflict to Reenergize Your Business*. New York: McGraw-Hill, 1996.
9. Kaissi A.A., Begun J.W.: Strategic planning processes and hospital financial performance. *Journal of Healthcare Management*, nr 53(3), 2008, s. 197-209.
10. Pillai R., Williams E.A.: Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. *Journal of Organizational Change Management*, nr 17(2), 2004, s. 144-159.
11. Quinn R. E., Rohrbaugh J.: A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, nr 50(11), 1983, s. 1463 - 1476.
12. Herman R D., Renz D.O.: Nonprofit Organizational Effectiveness: Contrasts Between Especially Effective and Less Effective Organizations. *Nonprofit Management and Leadership*, nr 9(1), 1998, s. 23-38.
13. Kaissi A.A., Begun J.W.: Strategic planning processes and hospital financial performance [w] "Journal of Healthcare Management" nr 53(3), 2008, s. 197-209.
14. Rondeau K. V., Wagar T. H.: Downsizing and Organizational Restructuring: What Is the Impact on Hospital Performance? *International Journal of Public Administration*, nr 26(14), 2003, s. 1647 – 1668.
15. Allison M., Kaye J.: *Strategic Planning for Nonprofit Organizations: A Practical Guide and Workbook*, New York: John Wiley and Sons, Inc, 1999.
16. Lussier, R.N. Achua, Ch.F.: *Leadership: Theory, Application, Skill Development* Achua; South-Western Publishing, 2004.
17. Carmeli A., Tishler A.: The relationships between intangible organizational elements and organizational performance. *Strategic Management Journal*, nr25(13), 2004, s.1257-78.
18. Jing F.F., Avery G.C.: Missing Links In Understanding The Relationship Between Leadership And Organizational Performance, *International Business & Economics Research Journal*, nr7(5), 2008, s.67-78.
19. Lynham S. A., Chermack T.J.: Responsible Leadership for Performance: A Theoretical

- Model and Hypotheses. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, nr12(4), 2006, s. 73-88.
20. Wang H., Law K. S., Hackett R. D., Wang D., Chen Z. X.: Leader-member exchange as a mediator of the relationship between transformational leadership and followers' performance and organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*, 48 (3)/2005, 420–432.
 21. Seo M., Taylor M. S., Tesluk P. E., Hill N.S.: The role of affect and leadership during radical organizational change, [w] G. T. Solomon (red.) *Best Paper Proceedings of the Sixty-Sixth Meeting of the Academy of Management (CD)*, ISSN 1543-8643, 2007.
 22. Bass B.M., Avolio B. J., Jung D. I., Berson Y.: Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership. *Journal of Applied Psychology*, nr 88(2), s. 2003, s. 207-218.
 23. Dvir T., Eden D., Avolio B.J., Shamir B.: Impact of transformational leadership on follower development and performance: a field experiment. *Academy of Management Journal*, nr 45(4), 2002, s.735-44.
 24. Dionne S.D., Yammarino F.J., Atwater L.E, Spangler W.D.: Transformational leadership and team performance, *Journal of Organizational Change Management*, nr 17(2), 2004, s. 177-193.
 25. Howell J. M., Avolio B. J.: Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidated business unit performance, *Journal of Applied Psychology*, nr7, 1993, 891–902.
 26. Al-Mailam F. F.: Transactional Versus Transformational Style of Leadership – Employee Perception of Leadership Efficacy in Public and Private Hospitals in Kuwait. *Quality Management in Health Care*, nr13(4), 2004, s. 278-284.
 27. Eisenbach R., Watson K., Pillai R.: Transformational leadership in the context of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, nr12(2), 1999, s.80-88.
 28. Pavia L.: The era of knowledge in health care. *Health Care Strategic Management*, nr 19(2), 2001, s.12-13.
 29. Juciute R.: ICT implementation in the health-care sector: effective stakeholders' engagement as the main precondition of change sustainability. *AI & Society*, nr23(1), s. 131-137
 30. Furtak M.: Zarządzanie informacją przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego. [w] J. Gołuchowski, A.Frączkiewicz-Wronka (red.) *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym. Konwersja wiedzy*. Wydawnictwo AE Katowice, s. 265-274.
 31. Olszak C.: Współczesne komputerowe systemy wspomaganie decyzji, *Informatyka*, nr 1, 1999, s. 18-23.
 32. Pawłowska A.: *Zasoby informacyjne w administracji publicznej w Polsce. Problemy zarządzania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
 33. Suomi, R.: Leapfrogging for modern ICT usage in the health care sector. [w] H.-R. Hansen, M. Bichler, H. Mahrer (red), *ECIS 2000 A Cyberspace Odyssey*. Proceedings of the 8th ECIS conference, Wien 3-5.7. 2000, s. 1269-1275.

Dr Agata AUSTEN-TYND
 Katedra Zarządzania Publicznego
 Akademia Ekonomiczna Katowice
 40-287 Katowice, ul. 1 Maja 50
 e-mail: aausten@ekonom.ae.katowice.pl