

Krzysztof SKOWRON
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

ROLA WIEDZY W FUNKCJONOWANIU PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Streszczenie. Wiedza staje się obecnie jednym z najważniejszych zasobów każdej organizacji. Artykuł prezentuje determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych i rolę wiedzy, jaką pełni w ich rozwoju.

Słowa kluczowe: wiedza, podmioty lecznicze, reforma służby zdrowia

THE ROLE OF THE KNOWLEDGE IN FUNCTIONING OF HEALTH CARE UNITS

Summary. At present the knowledge is becoming one of the most important resources of every organization. The article presents the determinants of functioning of the health care units and the role of the knowledge which is performing in their development.

Keywords: knowledge, health care units, reforms of health system.

1. Wprowadzenie

Współczesne podmioty lecznicze funkcjonują w bardzo burzliwym otoczeniu, które ukształtowało się pod wpływem działania czynników w otoczeniu dalszym oraz bliższym (głównie z powodu niedofinansowania, braku możliwości likwidacji, maksymalnych efektów przy minimalnych nakładach, pełnieniem społecznej misji wynikającej z charakteru

publicznych organizacji itp.)¹. Czynniki te przyczyniły się do wzrostu wymagań stawianych podmiotom leczniczym. Obejmują one w szczególności: zorientowanie na pacjentów i ich potrzeby, wysoką jakość świadczonych usług oraz optymalizację ich funkcjonowania przy dysponowanym budżecie. Taka sytuacja wymusza na nich ukierunkowanie swoich działań na pacjentów i ich potrzeby. Jak każda organizacja funkcjonująca w sferze publicznej, podmioty lecznicze poprzez realizację tych celów mają nie tylko możliwość przetrwania, ale także rozwoju na rynku usług zdrowotnych. Zatem wiedza staje się dla nich coraz większym i coraz bardziej znaczącym zasobem, ponieważ i w tym sektorze identyfikuje się coraz większe potrzeby, mające ułatwić transfer rozwiązań badawczych do praktyki klinicznej i opracowywania polityki oraz rozwiązań prawnych w tym zakresie, co w efekcie powinno przełożyć się na lepsze zaspokajanie potrzeb pacjentów, a także wzrost konkurencyjności poszczególnych podmiotów leczniczych. W tym celu pracownicy naukowcy ochrony zdrowia, a także ośrodki i instytuty naukowo-badawcze zaczęły kłaść coraz większy nacisk na znaczenie komunikacji i promocji wiedzy pomiędzy jednostkami naukowymi a medycznymi. Takie rozwiązanie łączy teorię organizacji, poświęconą poprawianiu praktyk transferu wiedzy, z jednoczesną pomocą pracownikom naukowym w rozwijaniu strategii transferu wiedzy, które są nie tylko właściwe ich dziedzinie badań, ale i potrzebne docelowym odbiorcom.

W świetle powyższego, celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wiedzy i roli, jaką odgrywa ona we współczesnych podmiotach leczniczych. Dla jego realizacji postawiono następujące pytania badawcze: jak obecnie kształtuje się funkcjonowanie podmiotów leczniczych? Jakie są rodzaje wiedzy, jak jest ona rozwijana oraz w jaki sposób następuje jej transfer do podmiotów leczniczych? W tym zakresie należy podkreślić, że istnieje wiele metod, które są dostępne, by rozwijać i dzielić się wiedzą. Obejmują one od tradycyjnych podejść, takich jak rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych i prezentacji konferencyjnych, do coraz bardziej powszechnego ostatnio podejścia, jakim jest wykorzystanie wiedzy brokerskiej czy wspólnie wypracowanych praktyk przez różnego rodzaju instytuty².

¹ Więcej na ten temat: Kożuch B.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji. Placet. Warszawa 2004, s. 51 oraz Frączkiewicz-Wronka A.: Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2005, s. 11-15.

² Szerzej: Skowron K.: Rynkowe uwarunkowania transferu wiedzy w sektorze służby zdrowia, [w:] Brzóška J., Pyka J. (red.): Nowoczesność przemysłu i usług w warunkach kryzysu i nowych wyzwań. TNOiK O. Katowice, Katowice 2013, s. 629.

2. Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych

Podstawowym podmiotem działającym na rzecz ochrony zdrowia w skali międzynarodowej jest Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Powstała ona w 1946 roku w zamiarze koordynowania pracy służby zdrowia w poszczególnych państwach. Celem jej działania jest – jak się podkreśla w literaturze – udzielanie rządów pomocy w umacnianiu służby zdrowia na ich terytorium, dążenie do likwidacji chorób epidemicznych, endemicznych i innych, tworzenie projektów dotyczących międzynarodowych spraw zdrowia oraz rozwijanie i popieranie międzynarodowych norm związanych z ochroną zdrowia³.

Standardy dotyczące opieki zdrowotnej zajmują również znaczącą pozycję w polityce społecznej Unii Europejskiej. Do najważniejszych instytucji Unii Europejskiej, w ramach których powstają podwaliny europejskiej polityki zdrowotnej, należą: Rada UE, Parlament Europejski, Komitet Społeczno-Ekonomiczny, Komisja Europejska oraz Rzecznik Praw Obywatelskich⁴. Wyróżnione podmioty aktywnie uczestniczą w realizacji polityki zdrowotnej na rzecz ochrony zdrowia, mając wpływ na kształtowanie paradygmatu funkcjonowania, celów i zadań jednostek ochrony zdrowia.

Wśród krajowych podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia należy wymienić: państwo, ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwową Inspekcję Sanitarną, wojewodę, samorząd terytorialny, w tym: gminę, powiat i samorząd województwa oraz podmioty lecznicze.

Podstawowa rola państwa w zakresie ochrony zdrowia obejmuje: tworzenie ram organizacyjno-prawnych dla funkcjonowania podmiotów sektora usług zdrowotnych, zapewnienie środków niezbędnych do finansowania służby zdrowia, a także dalsze istnienie i rozwój poszczególnych jednostek. Wśród istotnych podmiotów związanych z funkcjonowaniem sektora usług zdrowotnych należy wskazać, oprócz administracji państwa, samorząd terytorialny, gminę, powiat i samorząd województwa. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ sformułowała cele oraz strukturę organizacyjną podmiotów tworzących system ochrony zdrowia. Przyczyniła się ona również do większego zaangażowania się jednostek samorządu terytorialnego na rzecz ochrony zdrowia. Wśród pozostałych podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia można wymienić ministra właściwego do spraw zdrowia, który aktywnie współuczestniczy w realizacji polityki zdrowotnej w sektorze usług zdrowotnych,

³ Zob. Głąbicka K.: Polityka społeczna. Pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością. Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2000, s. 312.

⁴ Szerzej Kurzynowski A.: Polityka społeczna. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2003, s. 220.

⁵ DzU Nr 210, poz. 2135 z późn. zm. Więcej na ten temat zob. Skowron K.: Rola sieci wsparcia w realizacji zadań publicznych jednostek służby zdrowia, [w:] Gągaacka M., Głąbicka K., (red.): Lokalne sieci wsparcia. PTPS i Politechnika Radomska, Radom 2010, s. 42, 48-49.

Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Podmiotem mającym bezpośredni kontakt z pacjentem jest zakład opieki zdrowotnej.

Nadrzędnym celem podmiotów leczniczych, zgodnie z założeniami polityki zdrowotnej państwa, jest zapewnienie pacjentom efektywnej i skutecznej opieki zdrowotnej, a także umożliwienie ogółowi społeczeństwa lepszego dostępu do świadczeń medycznych o charakterze diagnostycznym, leczniczym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym, przy jednoczesnym uwzględnieniu oczekiwań, wartości i doświadczeń pacjentów. Cel ten wymaga odpowiedniej wiedzy, która powinna zawrzeć w sobie liczne rozwiązania, umożliwiające stabilizowanie polityki zdrowotnej państwa, bazującej na następujących takich wartościach, jak: równość, solidarność i altruizm⁶.

Sektor służby zdrowia charakteryzuje, niestety, niepewne otoczenie, które podlega licznym zmianom, co z kolei w istotny sposób wpływa na jego istnienie i rozwój. Identyfikując otoczenie, w jakim funkcjonują podmioty lecznicze, należy wskazać, że jest ono pewnym systemem, który składa się z różnych elementów wzajemnie powiązanych oraz relacji występujących pomiędzy nimi⁷. Na otoczenie to – tak jak w przypadku każdej organizacji – składa się otoczenie dalsze (makrootoczenie) oraz bliższe (mikrootoczenie). Makrootoczenie zawiera w sobie czynniki ekonomiczne, technologiczne, społeczne, demograficzne, polityczne, prawne oraz międzynarodowe. Natomiast w skład mikrootoczenia wchodzi: klienci, dostawcy i konkurencja⁸. W tabeli nr 1 zidentyfikowano obszary dalszego otoczenia oraz istotne czynniki wpływające na funkcjonowanie podmiotów leczniczych w Polsce. Czynniki te w szczególności są związane z niedofinansowaniem, niskim ryzykiem upadłości, niewielkimi nakładami na wynagrodzenia pracowników oraz dużą migracją personelu zatrudnionego w służbie zdrowia. Wszystko to warunkuje – w stosownym wymiarze i zakresie – niekorzystną sytuację i ułomności w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych.

⁶ Szerzej Włodarczyk C.: Niektóre bariery w reformowaniu opieki zdrowotnej. „Polityka Społeczna”, nr 4, 1996, s. 24 oraz Włodarczyk C.: Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa. „Polityka Społeczna”, nr 10, 1992, s. 34 i n.

⁷ Więcej na ten temat Krupski R.: Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu. PWE, Warszawa 2005, s. 15.

⁸ Kwestie te podejmują w szczególności Gierszewska G., Romanowska M., Analiza strategiczna przedsiębiorstwa. PWE, Warszawa 1998, s. 36 oraz Koźmiński K.: Zarządzanie w warunkach niepewności. Podręcznik dla zaawansowanych. PWN, Warszawa 2004, s. 13.

Tabela 1

Otoczenie oraz istotne czynniki determinujące funkcjonowanie podmiotów leczniczych

Otoczenie	Czynniki
Otoczenie ekonomiczne	<ul style="list-style-type: none"> – niskie i niewystarczające nakłady finansowe na personel medyczny i niemedyczny, – niewielkie ryzyko upadłości w następstwie złych wyników finansowych (dotyczy podmiotów publicznych), – trudne do oszacowania skutki kryzysu gospodarczego, – ubożące społeczeństwo.
Otoczenie technologiczne	<ul style="list-style-type: none"> – rozwój nowych usług specjalistycznych, np. kardiochirurgia, e-medycyna, – rozwój aparatury i sprzętu medycznego, – powstawanie technologii wydłużającej długość życia.
Otoczenie społeczne i demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> – odchodzenie od państwa opiekuńczego, – zmniejszenie liczby członków w rodzinie, – zmiana stylu życia, – wzrost roli związków zawodowych, – wzrost przeciętnego trwania życia, – wzrost populacji w wieku emerytalnym, – zmniejszony przyrost naturalny.
Otoczenie prawne i polityczne	<ul style="list-style-type: none"> – monopolistyczna pozycja NFZ oraz ograniczone zasoby finansowe w dyspozycji uniemożliwiają wykorzystanie potencjału usługowego zakładów opieki zdrowotnej, – brak możliwości sprzedaży usług zdrowotnych poza umową z NFZ, – brak możliwości funkcjonowania szpitali jako przedsiębiorstw rynkowych.
Otoczenie międzynarodowe	<ul style="list-style-type: none"> – wsparcie finansowe ze strony Unii Europejskiej, – poprawa edukacji i informacji zdrowotnej, – zwiększona migracja personelu medycznego.

Źródło: Opracowanie własne.

Odnosząc się z kolei do mikrootoczenia podmiotów tworzących system ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na elementy bezpośrednio związane z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych, a więc: administrację państwa (w sensie organu założycielskiego), NFZ, dostawców, firmy outsourcingowe, kadre kierowniczą, personel, pacjentów oraz konkurentów (tabela 2).

Tabela 2

Interesariusze związani bezpośrednio z podmiotami leczniczymi

Podmiot	Forma oddziaływania na podmiot leczniczy
Państwo	regulacje prawne.
Organ założycielski	dotacje na realizację zadań dotyczących różnego rodzaju programów zdrowotnych, promocji zdrowia, a także kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, wszelkiego rodzaju inwestycje, w tym również zakup aparatury specjalistycznej i sprzętu medycznego.
Płatnicy, w tym NFZ	umowy na wykonywanie, w tym kontraktowanie usług medycznych.
Dostawcy	umowy na zakup bądź dzierżawę sprzętu, a także na zakup leków i asortymentu medycznego.
Firmy outsourcingowe	świadczenie usług w zakresie, np. cateringu, sprzątanía pomieszczeń, prania etc.

cd. tabeli 2

Kadra kierownicza/personel	wykorzystanie: wiedzy, umiejętności oraz doświadczenia.
Pacjenci	odbiorca świadczonych usług.
Konkurencja	niepubliczne placówki służby zdrowia, inne jednostki służby zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższe czynniki przyczyniają się do wzrostu wymagań stawianych podmiotom leczniczym, do których zaliczyć można w szczególności: zorientowanie na pacjentów i ich potrzeby, wysoką jakość świadczonych usług oraz optymalizację ich funkcjonowania przy ograniczonym budżecie. Wszystko to wymusza ukierunkowanie działań na pacjentów i ich potrzeby. Oznacza to konieczność świadczenia wysokiej jakości usług przy jednoczesnym racjonalnym gospodarowaniu posiadanym budżetem. Jak każda organizacja funkcjonująca w sferze publicznej, jednostki służby zdrowia, poprzez realizację powyższych celów, muszą jednak nie tylko przetrwać, ale także rozwijać się na rynku usług zdrowotnych. W kontekście zarysowanych zagadnień warto podkreślić istotę realizacji celów, w szczególności w publicznych podmiotach leczniczych. Jest ona ukierunkowana przede wszystkim na pełnienie funkcji społecznej przez świadczenie wysokiej jakości usług dla pacjentów, przy racjonalnym gospodarowaniu budżetem oraz konieczności posiadania odpowiedniej wiedzy.

3. Wiedza jako zasób podmiotu leczniczego

Jeszcze do niedawna w ekonomii i naukach o zarządzaniu uważano, że źródłem bogactwa i pomyślności są zasoby finansowe oraz zasoby pracy ludzkiej. W tej chwili jednak niedobór kapitału finansowego nie stanowi już takiej bariery, ponieważ przedsiębiorstwa mogą korzystać z szerokiego wachlarza funduszy zarówno publicznych, jak i prywatnych. Jeśli doda się do tego relatywnie niski poziom inflacji – a zatem i niski koszt kredytu, to okaże się, że zasoby materialne w wielu branżach odgrywają coraz mniejszą rolę. Coraz większego znaczenia nabiera natomiast wiedza i budowane na niej innowacyjne podejście do funkcjonowania podmiotów rynku⁹.

Wiedza odnosi się do znajomości – świadomości lub rozumienia uzyskanego przez doświadczenie lub naukę¹⁰. Nowa Encyklopedia Powszechna definiuje pojęcie „wiedza” jako ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnością ich wykorzystywania¹¹. Warto nadmienić, iż klasyczną definicję wiedzy podał Platon w dialogu *Teajtet*, gdzie

⁹ Zob. Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN. Warszawa 2008, s. 297.

¹⁰ Więcej na ten temat: Strojny M.: Knowledge Management, czyli o potrzebie „nowego zarządzania” w warunkach gospodarki opartej na wiedzy. „Knowledge Management”, nr 1, 2001.

¹¹ Nowa Encyklopedia Powszechna. PWN, Warszawa 2004.

Sokrates w rozmowie z Teajtetem dochodzi do wniosku, że wiedza to prawdziwe, uzasadnione przekonanie. Na tej podstawie wyróżnić można trzy elementy wiedzy – przekonanie, uzasadnienie oraz prawdziwość. Oczywiście, pojęcie „wiedzy” rozpatrywać można na wielu różnych obszarach – filozoficznym, psychologicznym, ekonomicznym itd. Z punktu widzenia niniejszego artykułu należy jednak uwagę skoncentrować na definicji, która będzie traktowała wiedzę jako główny zasób procesów „produkowania”, a więc będzie rozpatrywana w aspekcie ilościowym – mierzalnym. Warto o tym wspomnieć, ponieważ w niedalekiej przyszłości „produktywność wiedzy”, wynikająca właśnie z jej transferu do szeroko rozumianego przemysłu, będzie decydować o efektach ekonomicznych i rozwoju społecznym¹².

Podmioty lecznicze, które chcą się utrzymać na rynku i rozwijać, muszą w chwili obecnej skoncentrować się na rozwijaniu zasobów przede wszystkim niematerialnych. To właśnie wiedza stanie się ich zasobem organizacyjnym, który będzie decydował o ich przetrwaniu – podobnie jak kapitał finansowy czy praca ludzka¹³. Wraz ze wzrostem „produkcji” ich wiedzy będzie też wzrastało zainteresowanie tym, w jakich warunkach ona powstaje, jak jest rozpowszechniana i wykorzystywana. Tym samym wzrośnie konkurencyjność danego podmiotu leczniczego. Dodać należy, że wiedza – w przeciwieństwie do zasobów materialnych – nie „zużywa się”, gdy jest wykorzystywana. Co więcej, im bardziej jest eksploatowana – tym jej wartość staje się większa, ponieważ cały czas jest wzbogacana czy „odsprzedawana” na zewnątrz¹⁴.

W podmiotach leczniczych – podobnie jak w innych organizacjach – wiedza jest ściśle związana z osobą posiadacza – i tym różni się od informacji, która może mieć postać, przykładowo, dokumentu. Wiedza jest przechowywana pod takimi postaciami, jak opisy stanowisk pracy, kultura, strategia, procedury czy historia, która jest uważana za jedno z najbardziej cennych i efektywnych narzędzi przekazywania wiedzy. Zasadniczo, można wyróżnić cztery kategorie wiedzy¹⁵:

- wiedza typu *know-what*, która ma znaczenie informacji,
- wiedza typu *know-why*, która wyjaśnia rzeczywistość,
- wiedza typu *know-how*, która odnosi się do umiejętności ludzi i zespołów,
- wiedza typu *know-who*, która określa posiadaczy wiedzy.

Nie ulega wątpliwości, że podmiot leczniczy to szczególna organizacja, która ma za zadanie dbać o zdrowie i życie ludzkie. Z założenia wybór terapii leczenia powinien być

¹² Wiaterek K.: Istota zarządzania wiedzą w organizacji samouczącej się. „Organizacja i Zarządzanie”, nr 36, 2006.

¹³ Więcej na ten temat: Truch E.: Knowledge Orientation In Organizations. Aldershot 2005, p. 31.

¹⁴ Zob.: Dobska M., Rogoziński K.: op.cit., s. 298.

¹⁵ Ibidem, s. 300.

dokonywany wspólnie z pacjentem, a zatem opierać się na aktualnej wiedzy medycznej, do której zaliczyć można zarówno własną wiedzę lekarza, standardy i wytyczne towarzystw lekarskich, jak i charakterystyki produktów leczniczych, a także pewną wiedzę pacjenta. Lekarz bowiem ma obowiązek leczyć zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, a pacjent ma prawo do świadczeń odpowiadających wymaganiom tejże wiedzy. W świetle tych ustawowych zasad kluczowego znaczenia nabiera to, co jest rozumiane przez pojęcie „wiedzy medycznej”. Nie jest ono bynajmniej jednoznaczne i nie należy zawężać go do wiedzy opartej wyłącznie na twardych dowodach naukowych, do czego starają się przekonać radykalni zwolennicy kierunku medycyny opartej na faktach (*evidence-based medicine, EBM*). Obok wyników badań eksperymentalnych i obserwacyjnych analizowanych przez biostatystykę, medycyna, jako nauka, powinna uwzględniać całość wiedzy o zdrowiu i chorobach człowieka, a jako sztuka – indywidualne umiejętności lekarza. Przeciwno zawężaniu pojęcia wiedzy medycznej przemawia więc wykładnia językowa przepisów. Gdyby ustawodawca chciał zawęzić to pojęcie, posłużyłby się sformułowaniem „wiedza medyczna oparta na dowodach naukowych”, tak jak uczynił to w uchylonym już art. 49 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁶.

Podkreślić należy, że przymiotnikiem „aktualna” ustawodawca zaznaczył, że wiedza medyczna podlega rozwojowi. Wskazaniom aktualnej wiedzy nie odpowiada zatem zastosowanie przestarzałej terapii wyłącznie z braku wiadomości o tym, że została powszechnie uznana za szkodliwą lub zastąpiona dużo skuteczniejszą. Stwierdzenie takiej okoliczności uprawnia okręgową radę lekarską do skierowania lekarza na przeszkolenie uzupełniające. Natomiast wymóg udzielania świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy daje pacjentowi prawo do świadczeń odpowiedniej jakości, tzn. udzielanych na poziomie współczesnej medycyny, z zastosowaniem nowoczesnego sprzętu i nowych produktów¹⁷.

W kontekście wiedzy jako zasobu podmiotu leczniczego należy podkreślić, że wiedza ta to przede wszystkim wiedza medyczna poszczególnych pracowników – lekarzy, pielęgniarek, położnych i personelu okołomedycznego. Dlatego też, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁸, lekarz „ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością”. Podobny obowiązek formułują także art. 4 i 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej, które nakazują działać lekarzowi zgodnie ze „współczesną wiedzą medyczną” lub „aktualnym stanem wiedzy medycznej”. Jakkolwiek wszystkie przywołane

¹⁶ DzU nr 45, poz. 391 z późn. zm.

¹⁷ Mołęda S.: Aktualna wiedza medyczna równa się medycyna oparta na faktach?, <http://portalemedyczne.pl/310/3285/aktualna-wiedza-medyczna-rowna-sie-medycyna-oparta>, dostęp 15.12.2013.

¹⁸ DzU z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.

przepisy posługują się różną terminologią, to jednak wynika z nich ten sam obowiązek lekarza: działania w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy w medycynie. Żadne przepisy nie wskazują jednak, co należy uznać za wyznacznik aktualności wiedzy medycznej w danej dziedzinie (dodatkowo problem komplikuje także wydawanie przez różne organy państwowe, instytucje publiczne i prywatne, a także towarzystwa naukowe standardów, zaleceń, wytycznych, rekomendacji, różniących się statusem prawnym i mocą wiążącą – odnośnie do tego zagadnienia). Omawiając obowiązek działania zgodnego ze „wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej”, należy zauważyć, że przywołane wcześniej przepisy wyznaczają lekarzowi obowiązki minimalne. Lekarz może działać ponad poziom wyznaczony przez ten przepis – tym samym należy rozróżnić, np. należytą staranność i najwyższą staranność oraz aktualną wiedzę i najnowszą wiedzę. Co więcej, lekarz może się posługiwać tylko metodami opartymi na wiedzy medycznej, co oznacza obowiązek stosowania metod zweryfikowanych naukowo o potwierdzonej skuteczności – wyklucza to zatem dopuszczalność stosowania np. bioenergoterapii. Należy też podkreślić, że stosowana przez lekarza metoda musi być aktualna w tym sensie, że mieści się ona nadal w kanonie metod medycznych – nie oznacza to wszakże, iż musi to być metoda najnowocześniejsza. W tym sensie można uznać, że lekarz działa zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, jeżeli stosowane przez niego metody (lecnicze, diagnostyczne, terapeutyczne) znajdują odzwierciedlenie w najnowszych wydaniach podręczników dla studentów medycyny (kierunku lekarskiego) w danej dziedzinie. Należy bowiem przyjąć, że na studiach medycznych naucza się aktualnej wiedzy medycznej. Tym samym można uznać, że lekarz, który zastosował podręcznikową procedurę rozpoznawania lub leczenia danej choroby, nie narazi się na zarzut działania niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną nawet w przypadku, gdy będą istniały nowsze wytyczne w tej dziedzinie (o ile oczywiście procedura ta będzie zgodna z najnowszym na rynku wydaniem danego podręcznika)¹⁹.

4. Podsumowanie

Przyszłość sektora ochrony zdrowia w dużej mierze zależy nie tylko od sposobów jego reformowania, ale od umiejętnego rozwijania i transferu wiedzy z wielu dziedzin gospodarki i zarządzania, ekonomii, finansów i prawa oraz przede wszystkim – środowiska lekarskiego. Wiedza jest bowiem zasobem zarówno indywidualnym, jak i zbiorowym, z którym związane są pojęcia kultury organizacyjnej czy pamięci zbiorowej.

¹⁹ Por. Tymiński R.: Kiedy można uznać, że wiedza medyczna jest aktualna?, <http://prawalekarzy.pl/artykuly/kiedy-mozna-uznac-ze-wiedza-medyczna-jest-aktualna-30>, dostęp 24.11.2013.

Biorąc pod uwagę przedstawione w niniejszym opracowaniu zagadnienia oraz determinanty funkcjonowania sektora służby zdrowia, można stwierdzić, że wiedza powinna służyć poprawie skuteczności działania, a zatem i zarządzania, poszczególnych podmiotów leczniczych. Powinno to nastąpić przez stworzenie swoistej strategii zarządzania wiedzą w podmiotach leczniczych. Jej celem powinna być przede wszystkim poprawa jakości usług medycznych, polegająca na dostarczeniu właściwej wiedzy właściwym osobom we właściwym czasie i pomaganiu im w dzieleniu się wiedzą oraz wykorzystywaniu informacji w taki sposób, aby poprawić działanie danego podmiotu. Strategia taka powinna być wprowadzana w takich podmiotach leczniczych, w których występują specyficzne problemy związane z tworzeniem, przesyłaniem i wykorzystywaniem wiedzy i koncentrować się na takich zadaniach, jak²⁰:

- rozwój i transfer najlepszych praktyk w zarządzaniu i leczeniu,
- tworzenie nowych metod zarządzania i leczenia,
- kształtowanie kultury organizacyjnej,
- obniżanie kosztów z zachowaniem dotychczasowej jakości leczenia.

Warto dodać, że przystępując do tworzenia, a następnie realizacji, strategii zarządzania wiedzą w podmiocie leczniczym, należy skoncentrować się na faktycznych problemach występujących w codziennej działalności danego podmiotu leczniczego – przykładowo: trudnościach z odnajdywaniem istotnych informacji przez pracowników, niewłaściwą polityką informacyjną kadry kierowniczej, błędach komunikacyjnych lub niewłaściwym przepływie informacji, barierach kulturowych, dublowaniu działań w poszczególnych komórkach organizacyjnych czy zatorach w realizacji planów.

Bibliografia

1. Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2008.
2. Fraczkiewicz-Wronka A.: Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia, [w:] Fraczkiewicz-Wronka A. (red.): Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2005.
3. Gierszewska G., Romanowska M.: Analiza strategiczna przedsiębiorstwa. PWE, Warszawa 1998.
4. Głąbicka K.: Polityka społeczna. Pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością. Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2000.

²⁰ Zob.: Dobska M., Rogoziński K.: op.cit., s. 301. Zob. także: Grudzewski W., Hajduk I.K.: Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwach. Difin, Warszawa 2004, s. 43.

5. Koźmiński K.: Zarządzanie w warunkach niepewności. Podręcznik dla zaawansowanych. PWN, Warszawa 2004.
6. Kożuch B.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji. Placet, Warszawa 2004.
7. Krupski R.: Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu. PWE, Warszawa 2005.
8. Kurzynowski A.: Polityka społeczna. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2003.
9. Molęda S.: Aktualna wiedza medyczna równa się medycyna oparta na faktach? <http://portalemedyczne.pl/310/3285/aktualna-wiedza-medyczna-rowna-sie-medycyna-oparta> (dostęp 15.12.2013).
10. Nowa Encyklopedia Powszechna. PWN, Warszawa 2004.
11. Skowron K.: Rola sieci wsparcia w realizacji zadań publicznych jednostek służby zdrowia, [w:] Gagacka M., Głębicka K., (red.), Lokalne sieci wsparcia. PTPS i Politechnika Radomska, Radom 2010.
12. Skowron K.: Rynkowe uwarunkowania transferu wiedzy w sektorze służby zdrowia, [w:] Brzóska J., Pyka J. (red.): Nowoczesność przemysłu i usług w warunkach kryzysu i nowych wyzwań. TNOiK O. Katowice, Katowice 2013.
13. Strojny M.: Knowledge Management, czyli o potrzebie „nowego zarządzania” w warunkach gospodarki opartej na wiedzy. „Knowledge Management” nr 1, 2001.
14. Truch E.: Knowledge Orientation In Organizations. Aldershot 2005.
15. Tymiński R.: Kiedy można uznać, że wiedza medyczna jest aktualna? <http://prawalekarzy.pl/artykuly/kiedy-mozna-uznac-ze-wiedza-medyczna-jest-aktualna-30> (dostęp 24.11.2013).
16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU Nr 45, poz. 391 z późn. zm.
17. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
18. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, DzU z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.
19. Wiaterek K.: Istota zarządzania wiedzą w organizacji samouczącej się. „Organizacja i Zarządzanie”, nr 36, 2006.
20. Włodarczyk C.: Niektóre bariery w reformowaniu opieki zdrowotnej. „Polityka Społeczna”, nr 4, 1996.
21. Włodarczyk C.: Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa, „Polityka Społeczna”, nr 10, 1992.