

Joanna Jończyk

Politechnika Białostocka

ISTOTA INNOWACJI

W PUBLICZNYCH SZPITALACH*

Wprowadzenie

Potrzeba innowacji w większości sektorów gospodarki, w tym w sektorze ochrony zdrowia, jest niezaprzeczalna. Nowoczesne technologie medyczne są stałym elementem współczesnej medycyny, a ich stosowanie jest kluczowe w modernizacji opieki zdrowotnej i poprawie zdrowia społeczeństw. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że innowacje w opiece zdrowotnej nie stanowią nowego zagadnienia, ale problematyka ta nie jest w wystarczającym stopniu obecna w prowadzonych dyskursach dotyczących zmian w ochronie zdrowia. Jednocześnie należy podkreślić, że zainteresowanie innowacjami w szpitalach często ograniczane jest do kwestii technologicznych, rzadziej obejmuje inne obszary, np. organizację i zarządzanie, a przecież w centrum systemów innowacji stoją ludzie, od których zdolności, umiejętności, wartości czy norm zależy skuteczna implementacja innowacji w każdej organizacji. W przypadku publicznych szpitali wdrażanie innowacji jest tym trudniejsze, że zdeterminowane publicznością tych organizacji wyrażającą się w specyficznych celach, strukturze, wartościach czy relacjach z otoczeniem.

Celem niniejszej publikacji jest dokonanie przeglądu założeń koncepcyjnych dotyczących istoty innowacji w szpitalach oraz sformułowanie wniosków w odniesieniu do publicznych placówek.

Pojęcie innowacji w opiece zdrowotnej

Dokonując przeglądu literatury dotyczącej innowacji w szpitalach można wskazać na cztery podstawowe grupy badań. Pierwsza grupa obejmuje głównie badania prowadzone przez ekonomistów, w którym szpitale traktowane są w ka-

* Praca finansowana ze środków statutowych Politechniki Białostockiej nr S/WZ/1/2010.

tegoriach funkcji produkcji i zasadniczo porównywane do przedsiębiorstw (nurt ten jest najbardziej popularny w Stanach Zjednoczonych). Przykładowo, Phelps nie widzi różnicy pomiędzy produkcją samochodów a produkcją usług zdrowotnych w szpitalu¹. W obu przypadkach podstawowym celem jest mobilizacja zasobów i połączenie ich w procesie produkcji w celu stworzenia określonego produktu. W przypadku samochodu, czynniki produkcji to np. stal, plastik, umiejętności manualne ludzi itp., zaś w przypadku opieki zdrowotnej będzie to zestaw działań mających na celu przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia pacjentów. Badania przeprowadzone w ramach tej grupy zwróciły szczególną uwagę badaczy na problematykę innowacji w kontekście ekonomiki zdrowia, biurokracji czy teorii agencji².

Druga grupa badań traktuje szpitale jako zbiory innowacji medycznych (technologicznych i farmakologicznych). Tematyka ta dotyczy głównie dyfuzji innowacji, ich cyklu życia oraz skutków (finansowych i społecznych). Przykładowo Evans wskazuje, że wprowadzanie i upowszechnianie innowacji w opiece zdrowotnej powinno być poprzedzane analizą kosztów i korzyści, zarówno w kontekście społeczno-demograficznym, jak i finansowo-organizacyjnym, co sprzyjałoby bardziej racjonalnemu wykorzystywaniu środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną³. Niektóre badania wykazują, że innowacje medyczne mają stosunkowo krótki cykl życia, innymi słowy, że są odnawiane lub wymieniane bardzo szybko. Przykładem mogą być pewne tendencje w kierunku zastąpienia inwazyjnych metod diagnozowania i leczenia nieinwazyjnymi czy zastosowanie nowych metod naświetlania zamiast standardowych procedur chirurgicznych. Jednocześnie wskazuje się, że niektóre innowacje medyczne są dodawane do wachlarza już istniejących metod diagnostycznych i terapeutycznych, nie zastępując wcześniej stosowanych. Takim przykładem jest endoskopia, która nie wyparła radiologicznej metody diagnozowania wśród gastroenterologów, pomimo swojej wysokiej skuteczności. Niezwykle istotną kwestią jest relacja kosztów do efektywności innowacji. Generalnie innowacje z perspektywy kosztów opieki zdrowotnej często uznaje się za główny czynnik wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną⁴. Dlatego w literaturze coraz dobitniej podkreśla się, że wprowadza-

¹ C. Phelps: *Health Economics*. Harper-Collins, New York 1992, s. 559.

² J.P. Newhouse: *Towards a Theory of Non Profit Institutions: An Economic Model of the Hospital*. „Am. Econ. Rev.” 1970, s. 60, 64-74; M. Ahern: *The Softness of Medical Production and Implications for Specifying Hospital Outputs*. „J. Econ. Behav. Organ.” 1993, s. 20, 281-294.

³ B. Weisbrod: *The Health Care Quadrilemma: An Essay On technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment*. „J. Econ. Lit.” 1991, s. 29, 523-552.

⁴ E. Ginzberg: *High Tech Medicine and Rising Health Care Costs*. „JAMA” 1990, Vol. 263(13), s. 1820-1822.

nie i upowszechnianie innowacji w opiece zdrowotnej powinno być poprzedzane analizą kosztów i korzyści, co sprzyjałoby bardziej racjonalnemu wykorzystywaniu środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną⁵. Jednocześnie należy podkreślić niepodważalne korzyści z wdrażania innowacji medycznych w kontekście jakości opieki zdrowotnej⁶.

Trzecia grupa badań dotyczy innowacji szpitalnych traktowanych w kategoriach systemów informacyjnych. W literaturze przedmiotu innowacje w sektorze usług bardzo często sprowadzają się do nowych systemów informacji i komunikacji (New Information and Communication Technologies – NICTs)⁷. Pierwotnie, w latach 70., technologia informacyjna dotyczyła administracji szpitalnej. Dopiero później zaczęto wprowadzać ją w służbach logistycznych, a jeszcze później w działach medyczno-technicznych⁸. Wśród innowacji technologicznych wykorzystywanych przez szpitale najczęściej wyróżnia się dwie grupy. Pierwsza grupa to hybrydowe technologie medyczne, które łączą NICTs z innymi elementami technologicznymi, np. w robotyce. Druga grupa to NICTs, które ułatwiają dostępność do opieki zdrowotnej na odległość (głównie telemedycyna). Najczęściej NICTs znajdują zastosowanie w wspomaganej diagnostyce, monitoringu medycznym, sprzęcie i chirurgii wideo, np. MRI, wideoendoskopii. Obecnie telemedycyna ma już swoje szczególne sfery aplikacji, takie jak położnictwo, służby ratunkowe, ambulatoryjne kliniki czy leczenie w więzieniach, domach opieki⁹. Najnowsze zastosowania telemedycyny związane jest z usługami opieki medycznej świadczonymi w domach pacjenta. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób zamieszkujących na terenach o niskiej dostępności do opieki zdrowotnej lub wśród niektórych grup społecznych, np. osób starszych czy niepełnosprawnych. Znaczna liczba badań podejmuje problematykę wpływu NICTs na zatrudnienie w szpitalach, zarówno w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym. Paradoksalnie okazuje się, że wprowadzenie NICTs ma stosunkowo niewielki wpływ na redukcję miejsc pracy w szpitalu. Wydaje się, że nowe technologie pełnią raczej funkcje uzupełniające w stosunku do istniejących metod czy

⁵ R. Evans: *Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons from Cost-containment in North America*. „J. Health Polit. Policy Law” 1986, Vol. 11, s. 585-616.

⁶ J.P. Newhouse: *Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?* „J. Econ. Perspect” 1992, Vol. 6(3), s. 3-23.

⁷ F. Gallouj: *Innovation in the Service Economy: The New Wealth of Nations*. Edward Elgar Publisher Limited, Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA 2002, s. 226.

⁸ I. England, D. Stewart, S. Walker: *Information Technology Adoption in Health Care: When Organizations and Technology Collide*. „Aust. Health Rev.” 2000, Vol. 23(3), s. 176-185.

⁹ F. Djellal, F. Gallouj: *Innovation in Care Services for the Elderly*. „Serv. Ind. J.” 2006, Vol. 26(3), s. 303-327.

procedur. Niektórzy autorzy w swoich badaniach wskazali, że NICTs ogólnie nie miały negatywnego wpływu na kwalifikacje, kompetencje i status zawodowy pracowników szpitali¹⁰.

Czwarta grupa badań dotyczy koncepcji szpitala jako dostawcy kompleksowych usług opieki zdrowotnej. Koncepcja ta odzwierciedla zmianę podejścia w zarządzaniu szpitalami w kierunku większego nacisku na powiązanie usług medycznych z interesariuszmi tych usług. Badania zwracają szczególną uwagę na pacjenta, który jest konsumentem całościowego zestawu usług medycznych, przy czym wysiłki świadczeniodawcy powinny być skierowane na spełnienie nie tylko potrzeb pacjenta, ale i jego rodziny. Konsekwencją tego jest traktowanie szpitala jako zbioru różnych innowacji, nie tylko technologicznych (biotechnologie, IT, nowy sprzęt itd.), ale również innowacji dotyczących usług związanych ze zmianami w strukturze świadczonych usług (wprowadzenie nowych usług medycznych, rozwój sieci prywatnych praktyk lekarskich itd.), innowacji organizacyjnych (reorganizacje administracyjne, logistyczne, zmiany w strukturze organizacyjnej, wprowadzenie systemów oceny jakości opieki zdrowotnej, zmiany metod diagnozowania, leczenia, wdrożenia nowej organizacji czasu pracy itp.) czy innowacji społecznych i kulturowych (rozwój pracowników nowe umiejętności, nowa wiedza, programy poprawy warunków pracy i płacy itd.)¹¹. Przeciwnicy tej koncepcji krytykują ją za brak wyraźnego zdefiniowania każdej z kategorii innowacji, a co za tym idzie pokrywania się w pewnym stopniu poszczególnych pojęć. Z kolei zwolennicy uważają, że daje ona szerokie pole rozumienia innowacyjności szpitali, nie odgraniczając się do pojedynczych kategorii rodzajowych innowacji oraz podkreślają znaczenie, często pomijanych w badaniach, innowacji społecznych czy kulturowych.

Specyfika innowacji w publicznych szpitalach

W kontekście powyższego, istotną kwestią wydaje się sklasyfikowanie innowacji w szpitalach oraz wskazanie na ich specyfikę w publicznych placówkach. Jak wynika z wcześniejszych rozważań, zakres innowacji występujących w szpitalach jest obszerny i obejmuje wiele obszarów oraz specjalności. Ogólnie można uznać istnienie pięciu podstawowych rodzajów innowacji w szpitalach:

¹⁰ M. Dent: *Professions, Information Technology and Management in Hospitals*. Avebury, London 1996, s. 212.

¹¹ F. Djellal, F. Gallouj: *Mapping Innovation Dynamics in Hospitals*. „Res. Policy” 2005, Vol. 34, s. 817-835.

technologiczne, organizacyjne, kierownicze (zarządcze), usługowe, społeczne oraz w kontaktach zewnętrznych. O ile innowacje technologiczne w szpitalach szeroko zostały opisane w literaturze, o tyle znacznie mniej uwagi poświęcono innym rodzajom innowacji z grupy nietechnologicznych. Innowacje organizacyjne oznaczają wszelkie próby modernizacji w organizacji i zarządzaniu szpitalem, spłaszczanie struktury organizacyjnej, tworzenie nowych jednostek, np. w związku z nowymi funkcjami, zadaniami. Przykładami mogą być: ustanowienie nowych oddziałów, poradni, klinik w szpitalu, wprowadzenie monitorowanej opieki w domu pacjenta, wprowadzenie procedur jednodniowych¹². Organizacyjne innowacje mogą być wtórne w stosunku do technologicznych albo mogą istnieć samodzielnie. Kolejną kategorią są innowacje kierownicze (zarządcze). Obejmują one nowe techniki i metody zarządzania, np. nowy system rachunkowości, nowe lub istotnie zmienione procedury czy metody zarządzania, np. nowe strategie podejścia do pacjentów, kompleksowe zarządzanie jakością¹³. Następnym rodzajem są innowacje usługowe. Kategoria ta obejmuje wszystkie nowości dotyczące relacji pomiędzy dostawcami usług a użytkownikami usług i ich rodzinami, skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na usługi, poprawę jakości warunków oczekiwania na usługi czy zakwaterowania dla rodzin pacjentów itd.¹⁴. Kolejną kategorią są innowacje społeczne, które generalnie obejmują formalne i nieformalne rokowania oraz kompromisy prowadzące do zmian w zasadach regulujących stosunki służbowe. Można uznać, że innowacje społeczne dotyczą rozwoju nowych postaw dotyczących organizacji pracy, wykonywania władzy, podejmowania decyzji itd. Ostatnią grupą są innowacje w stosunkach zewnętrznych, które dotyczą nowych lub udoskonalonych relacji z klientami, dostawcami, władzami publicznymi, innymi organizacjami itp. Od kilku lat szpitale wykazują coraz większe otwarcie na otoczenie. Innowacje w stosunkach zewnętrznych mogą przyjąć bardziej lub mniej złożone formy w zależności od liczby podmiotów zaangażowanych w nowe związki. Przykładowo, można tu wymienić: umowy o wspólne nabycie, korzystanie z aparatury czy sprzętu (medycznego, logistycznego), fuzje szpitali, sprzedaż usług do innych szpitali lub organizacji w innych sektorach. Przykładami takich innowacji mogą być: cater-

¹² F. Lega, C. DePietro: *Converging Patterns in Hospital Organization; Beyond the Professional Bureaucracy*. „Health Policy” 2001, Vol. 74(3), s. 261-281; G. Young, M.P. Charns, S.M. Shortell: *Top Manager and Network Effects on the Adoption of Innovative Management Practices: A Study of TQM in a Public Hospital System*. „Strateg. Manag. J.” 2001, Vol. 22, s. 935-951.

¹³ C. Madorran Garcia, I. de Val Pardo: *Strategies and Performance in Hospitals*. „Health Policy” 2004, Vol. 67(1), s. 1-13.

¹⁴ L. Midttun, P.E. Martinussen: *Hospital Waiting Time in Norway: What is the Role of Organizational Change?* „Scand. J. Public Health” 2005, Vol. 33(6), s. 439-446.

ing, usługi pralnicze, logistyczne, a także szkolenia, doradztwo, wynajem pomieszczeń itp. Wyrazem innowacji w stosunkach zewnętrznych jest również udział szpitali w różnych sieciach czy związkach organizacji opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy podkreślić specyfikę innowacji w publicznych szpitalach, która związana jest zarówno z osobliwością rynku zdrowia, jaki i publicznością szpitali. Poznanie i uwzględnienie tej specyfiki wydaje się istotne przy podejmowaniu decyzji o zmianach i innowacjach w tych organizacjach. Na wstępie warto podkreślić osobliwość rynku ochrony zdrowia¹⁵, wynikającą z różnic pomiędzy tym rynkiem a rynkami innych dóbr. Generalnie zdrowie jest swoistą wartością o szczególnym wymiarze etycznym, nie jest towarem, nie ma także ceny – jest bezcenne. Usługę zdrowotną charakteryzuje szczególnego rodzaju profesjonalizm, co wiąże się z wysokim ryzykiem i niepewnością pacjenta. Praktycznie niemożliwa jest szybka ocena jej jakości, a przede wszystkim skuteczności. Profesjonalista udzielający świadczeń zdrowotnych dysponuje (na ogół) nieporównywalną wiedzą medyczną w stosunku do wiedzy medycznej pacjenta (asymetria informacji). Usługi opieki medycznej są z reguły niepodzielne, co oznacza, że są jednocześnie „wytwarzane” (udzielane) i „konsumowane” (otrzymywane), a lekarz oraz pozostały personel medyczny stanowią „część” usługi, przy której pacjent musi być zawsze obecny (zasada nierozłączności sprzedaży i konsumpcji). Ponadto, dostęp do usługi zdrowotnej regulowany jest nie przez mechanizmy rynkowe, jak przy zakupie standardowych usług, ale na podstawie gwarancji Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Art. 68 Ustawy zasadniczej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹⁶. W polskim systemie ochrony zdrowia strategiczną rolę wśród podmiotów udzielających usług medycznych odgrywają publiczne szpitale. Organizacje te cechują właściwości odmienne od organizacji biznesowych, określane w literaturze publicznością organizacji¹⁷. Nośnikami publiczności szpitala są cztery zasadnicze

¹⁵ K.J. Arrow: *Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care*. „The American Economic Review” 1963, Vol. 53, No. 5, s. 941-973; A.J. Culyer: *The Nature of Commodity “Health Care” and its Efficient Allocation*. „Oxford Economic Papers” 1971, Vol. 23, s. 189; M. Pauly: *Is Medical Care Different? Old Question, New Answer*. „Journal of health Politics, Policy and Law” 1988, Vol. 13, s. 227-237.

¹⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polski z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U., nr 78, poz. 483.

¹⁷ B. Koźuch: *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*. Wydawnictwo Placet, Warszawa 2004; G.A. Boyne: *Public and Private Management: What’s The Difference?* „Journal of Management Studies” 2002; A. Frączkiewicz-Wronka: *Poszukiwanie istoty zarządzania publicznego*. W: *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. AE, Katowice 2009, s. 37-38.

wymiary: specyficzne cele, struktura i wartości oraz relacje z otoczeniem. Cele publicznych szpitali, takie jak np. sprawiedliwość i odpowiedzialność społeczna, odróżniają je zdecydowanie od organizacji biznesowych. Menedżerowie w publicznych szpitalach zarządzają większą liczbą różnorodnych celów niż w organizacjach biznesowych. Jednocześnie muszą godzić oczekiwania licznych interesariuszy. Cele tych organizacji często cechuje niejednoznaczność, gdyż są poddawane nadmiernym wpływom grup interesu, a także środkom masowego przekazu. W publicznych szpitalach struktury organizacyjne charakteryzują się wysokim sformalizowaniem, są mało elastyczne, a procedury podejmowania decyzji są dokładnie określone w dokumentacji organizacyjnej i aktach prawnych¹⁸. Z jednej strony powoduje to możliwość większego kontrolowania tych organizacji, z drugiej ujemnie wpływa na zdolność do podejmowania ryzyka i innowacyjność. Następstwem tego jest większa biurokracja, przywiązywanie przesadnej wagi do zasad i procedur, zamiast koncentrowania się na rozwiązywaniu problemów dotyczących świadczenia opieki potrzebującym. Kolejną cechą publicznych szpitali jest specyficzny system wartości menedżerów, w którym mniejsze znaczenie ma motywacja materialna z uwagi na istnienie etosu służby medycznej, co z kolei wyraża się mniejszym zaangażowaniem w działania organizacyjne, gdyż związek pomiędzy wynikami ich pracy a wynagrodzeniem jest nieznaczny¹⁹. Istotnym wymiarem publiczności są także relacje szpitala ze środowiskiem zewnętrznym. Cechuje je większa złożoność, gdyż usługi zdrowotne są adresowane do różnorodnych grup społecznych, a rezultatami działalności szpitala interesują się także osoby i instytucje, które nie korzystają z tych usług. Oczekiwania interesariuszy wobec publicznych szpitali także są wielce zróżnicowane, a czasami nawet ze sobą sprzeczne. Organizacje te są zobowiązane do uwzględniania opinii środowiska zewnętrznego, między innymi w celu coraz lepszego zaspokajania rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Z uwagi na niezaprzeczalny związek szpitali publicznych ze sferą polityki, otoczenie zewnętrzne tych organizacji jest narażone na częste zmiany wywoływane zmianami sytuacji politycznej, co z kolei wpływa na większe zorientowanie na działania krótkookresowe mogące poprawić wizerunek ekipy rządzącej niż długookresowe. Równocześnie publiczne szpitale odczuwają mniejszą presję ze strony konkurentów, gdyż na rynku z reguły zajmują dominującą pozycję, a z organizacjami zewnętrznymi częściej nawiązują stosunki współpracy, aniżeli podejmują rywalizację.

¹⁸ *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*. Red. Ł. Sułkowski, R. Seliga. Difin, Warszawa 2012.

¹⁹ B. Koźuch: *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*. Wydawnictwo Placet, Warszawa 2004.

Analizując powyższe można stwierdzić, że niektóre z cech charakteryzujących publiczne szpitale mogą jednocześnie stanowić istotne bariery we wdrażaniu zmian i innowacji. Konstatację tę potwierdzają wstępne wyniki badań pilotażowych przeprowadzonych w październiku 2012 roku w kilku podlaskich szpitalach. O ile menedżerowie badanych szpitali mają świadomość korzyści z wdrażania innowacji, o tyle nie podejmują działań w tym zakresie argumentując to istnieniem zbyt wielu barier. Najczęściej zarządzający wskazują na: ograniczenia prawno-polityczne, ograniczenia finansowe, brak aktualnej i systematycznej informacji o nowościach na rynku usług medycznych, znacznie sformalizowany i zbyt długi proces podejmowania decyzji, brak otwartej komunikacji czy efektywnej współpracy z interesariuszami. Jednocześnie z badań pilotażowych można wnioskować, że w niektórych publicznych szpitalach podejmowane są już działania mające na celu zminimalizowanie istniejących barier w celu podniesienia poziomu innowacyjności. Wyrazem takich zachowań jest szeroki udział publicznych szpitali w projektach innowacyjnych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych czy Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Interesujące jest, że działania te obejmują nie tylko wdrażanie innowacji technologicznych, ale również nowoczesnych metod organizacji i zarządzania (np. outsourcingu) czy innowacji w kontaktach zewnętrznych dotyczących np. budowania sieci, klastrów czy innych związków międzyorganizacyjnych. Takie podejście wydaje się najlepsze w dalszej modernizacji publicznych szpitali.

Podsumowanie

W obliczu wielu niekorzystnych globalnych trendów demograficznych, rosnącego zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia, ograniczonych zasobów w tym obszarze i rosnącej świadomości społeczeństw, ochrona zdrowia jest jednym z kluczowych priorytetów i największym wyzwaniem, z którym zmagają się większość państw na świecie. Jednocześnie w światowych programach ochrona zdrowia jest jednym ze strategicznych obszarów innowacyjności. Szybki rozwój wiedzy medycznej w II połowie ubiegłego stulecia oraz zmiany w technologiach medycznych spowodowały szybki wzrost popytu na usługi zdrowotne. Sytuacja ta jest wyjątkowo trudna dla publicznych szpitali, gdzie nieustannie ścierają się dostępność i jakość leczenia z mizérią finansową. Jednocześnie ważne jest, aby publiczny szpital miał możliwość tworzenia lub adoptowania innowacji zgodnie z określonymi potrzebami społecznymi, aby zaistniały warunki do szybkiej dyfuzji innowacji w skali placówki. Rozważając znaczenie innowacji w rozwoju publicznych szpitali, należy brać pod uwagę nie tylko rozwój technologiczny, ale

również organizacyjny, ekonomiczny, a także społeczny. Innowacje w szpitalach, jak wskazano w publikacji, mogą obejmować różne sfery szpitala dotyczące nowych metod leczenia, nowych technologii, nowych usług dla pacjentów czy nowych metody zarządzania, przy czym wdrażanie tych innowacji nie jest możliwe bez uwzględnienia cech rynku ochrony zdrowia oraz publiczności szpitali. Wysiłki mające na celu lepsze zrozumienie i wdrażanie innowacji w publicznych szpitalach są znacznie utrudnione przez brak solidnych dowodów naukowych. Dlatego stworzono ramy do dalszych badań, których celem jest potwierdzenie pilnej potrzeby innowacji w publicznych szpitalach. Zadanie to zostało zaplanowane w ramach projektu badawczego nt. Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej publicznych szpitali (nr rej. 2011/03/B/HS4/04544).

Bibliografia

- Ahern M.: *The Softness of Medical Production and Implications for Specifying Hospital Outputs*. „European Journal of Health Economics” 1993.
- Dent M.: *Professions, Information Technology and Management in Hospitals*. Avebury, London 1996.
- Djellal F., Gallouj F.: *Innovation in Care Services for the Elderly*. „Service Industries Journal” 2006, Vol. 26(3).
- Djellal F., Gallouj F.: *Mapping Innovation Dynamics in Hospitals*. „Research Policy” 2005, Vol. 34.
- Evans R.: *Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons from Cost-containment in North America*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 1986, Vol. 11(4).
- England I., Stewart D., Walker S.: *Information Technology Adoption in Health Care: When Organisations and Technology Collide*. „Australian Health Review” 2000, Vol. 23(3).
- Frączkiewicz-Wronka A.: *Poszukiwanie istoty zarządzania publicznego*. W: *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. AE, Katowice 2009.
- Gallouj F.: *Innovation in the Service Economy: The New Wealth of Nations*. Edwar Elgar Publishing, Cheltenham, Northampton 2002.
- Ginzberg E.: *High Tech Medicine and Rising Health Care Costs*. „JAMA” 1990, Vol. 263(13).
- Kożuch B.: *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*. Wydawnictwo Placet, Warszawa 2004.
- Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*. Red. Ł. Sułkowski, R. Seliga. Difin, Warszawa 2012.
- Lega F., DePietro C.: *Converging Patterns in Hospital Organization; Beyond the Professional Bureaucracy*. „Health Policy” 2001, Vol. 74(3).

- Madorran Garcia C., de Val Pardo I.: *Strategies and Performance in Hospitals*. „Health Policy” 2004, Vol. 67(1).
- Middtun L., Martinussen P.E.: *Hospital Waiting Time in Norway: What is the Role of Organizational Change?* „Scandinavian Journal of Public Health” 2005, Vol. 33(6).
- Newhouse J.P.: *Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?* „The Journal of Economic Perspectives” 1992, Vol. 6(3).
- Phelps C.: *Health Economics*. Harper-Collins, New York 1992.
- Weisbrod B.: *The Health Care Quadrilemma: An Essay On technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment*. „Journal of Economic Literature” 1991.
- Young G., Charns M.P., Shortell S.M.: *Top Manager and Network Effects on the Adoption of Innovative Management Practices: A Study of TQM in a Public Hospital System*. „Strategic Management Journal” 2001, Vol. 22.

THE NATURE OF INNOVATION IN THE PUBLIC HOSPITALS

Summary

In this publication the review of the literature points to the four main directions of research relating to innovation in their organizations. They are mainly of interest in the economic and technological aspect, treating hospitals as providers of information systems and comprehensive medical services. At the same time the importance of non-technological innovation category was pointed out, such as organizational, social, management, and services and relational. It was emphasized that in today's world you cannot make the proper development of the health sector, one of the most modern in medical technology, but also should take into account other types of innovation. Such an approach seems to be best to continue the modernization of the current state of health care, improve the quality of life and increase the availability of new treatments to patients that respond to their needs.