

Karolina WIELICKA-GAŃCZARCZYK

Politechnika Śląska

Wydział Organizacji i Zarządzania

Instytut Zarządzania, Administracji i Logistyki

karolina.wielicka-ganczarczyk@polsl.pl

PLANOWANIE RESTRUKTURYZACJI W SZPITALACH PUBLICZNYCH ZLOKALIZOWANYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Streszczenie. Szpitale publiczne funkcjonują w stanie ciągłej restrukturyzacji. Reformy państwa, niekorzystna sytuacja ekonomiczna itp. powodują konieczność wdrażania kolejnych działań restrukturyzacyjnych. Nieliczne szpitale mogą pozwolić sobie na realizację działań związanych z restrukturyzacją rozwojową. Wydaje się zatem, że najistotniejszym etapem restrukturyzacji (głęboko przemyślanym) powinno być jej odpowiednie zaplanowanie. W artykule opisano 25 lat reform sektora ochrony zdrowia, które wpłynęły na obecną sytuację publicznych szpitali. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących przygotowania szpitali do restrukturyzacji. Przedstawiono wybrane wyniki badań dotyczące sposobu i zakresu planowania działań restrukturyzacyjnych w szpitalach publicznych i zestawiono je z zasadami zarządzania projektami.

Słowa kluczowe: szpitale publiczne, restrukturyzacja, zarządzanie projektami

PREPARING TO RESTRUCTURING OF PUBLIC HOSPITALS IN THE SILESIAN VOIVODESHIP

Abstract. The public hospitals operate in a constant state of restructuring. Government reforms, the unfavorable economic situation of healthcare institutions, which results from unsuccessful restructuring make it necessary to implement further restructuring actions. Only a few hospitals can afford to activities connected with the development restructuring. It seems that the most important stage of restructuring (which are deep thought) should prepare the appropriate plan (project). The article describes twenty-five years of reforms in the health sector, which had an impact on restructuring and the current situation of public hospitals. Presents the results of planning restructuring actions in public hospitals and summarizes them with the principles of project management.

Keywords: public hospitals, restructuring, project management

1. Wprowadzenie

Szpital to stacjonarna, całodobowa jednostka realizująca świadczenia medyczne na rzecz mieszkańców regionu, którzy korzystając z jej usług, stają się jej pacjentami. Obecnie szpitale w Polsce funkcjonują przeważnie jako skomercjalizowane spółki kapitałowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), jednostki budżetowe oraz jednostki niepubliczne (prywatne), działające jako spółki prawa handlowego¹. W niniejszym artykule skoncentrowano się na działalności szpitali publicznych, które funkcjonują jako SPZOZ-y, a tym samym są samodzielne w zarządzaniu i odpowiedzialne ekonomicznie.

Transformacje systemu ochrony zdrowia (przekształcenia form organizacyjnych, zmiana sposobu finansowania, długofalowy program zmierzający do komercjalizacji szpitali publicznych) ponownie otworzyły dyskusję dotyczącą sposobu zarządzania jednostkami medycznymi. Przekształcone w spółki kapitałowe podmioty medyczne prowadzą swoją działalność na podstawie przepisów właściwych dla szpitali i dla podmiotów gospodarczych. Pierwszym tego wyrazem jest zarejestrowanie skomercjalizowanego szpitala publicznego w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS), nadanie mu osobowości prawnej, a w drugiej kolejności zarejestrowanie w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą².

Można zatem stwierdzić, że szpitale funkcjonują poniekąd w „szarej strefie”, w której nie wiadomo, czy traktować i rozliczać je jak podmioty z sektora prywatnego czy publicznego. Niewątpliwie pod pojęciem usług publicznych (realizowanych dla społeczeństwa) znajduje się zdrowie, jednakże takie rozumienie prowadzi do pytania, które już w 1973 roku postawił P.F. Drucker, tzn. czy zarządzanie publiczne dotyczy wszystkich jednostek świadczących usługi publiczne, jednostek, których właścicielem jest podmiot państwowy (np. jednostki samorządów terytorialnych – JST) czy organizacji prywatnych realizujących zadania jednostek publicznych³. Odpowiedź na to pytanie dodatkowo komplikują przepisy prawne zamieszczone w ustawach. Ostatnia z reform sektora ochrony zdrowia wprowadza na rynek świadczeń medycznych podmiot, który prowadzi swoją działalność w formie spółki kapitałowej (podlega uregulowaniom prawnym właściwym dla podmiotów prywatnych), świadczy usługi medyczne (podlega przepisom właściwym dla podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia), a jego większościowym właścicielem jest podmiot państwowy (przeważnie JST). Przekształcenie szpitala w spółkę sprawia, że przestaje on być podmiotem non-profit, a staje się przedsiębiorstwem nastawionym na wypracowanie zysku, a przynaj-

¹ Rabiej E.: *Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne*. „Przedsiębiorstwo i Region”, nr 5, 2013, s. 103-104.

² Hass-Symotiuk M.: *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*. *Zeszyty Naukowe*, nr 757, s. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 58. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2013, s. 60-62.

³ Fijałkowska B.: *Meandry restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej*. *Zeszyty Naukowe*, nr 1(167), WSOWL, 2013, s. 2011.

mniej bilansowanie swojej działalności. Ustawodawca dopuścił do sytuacji, w której podmioty niepubliczne założone przez osobę fizyczną lub prawną, działające w sektorze prywatnym bazując na Kodeksie spółek handlowych, realizują świadczenia medyczne na podstawie kontraktu. Czy ten przypadek również należy analizować opierając się na zarządzaniu publicznym?

Komercjalizacja SPZOZ-ów, otwarcie sektora ochrony zdrowia dla szpitali prywatnych, wzrost konkurencyjności, wprowadzenie kontraktowania oraz nacisk na bilansowanie jednostki spowodowały konieczność czerpania wzorców biznesowych z sektora prywatnego. Analiza literatury przedmiotu potwierdza, że coraz częstsze staje się implementowanie rozwiązań biznesowych do struktur organizacji publicznych. Nowe zarządzanie publiczne (inaczej zarządzanie rynkowe, New Public Management – NPM), jako nurt stanowiący odpowiedź dla „szarej strefy”, w której obecnie znalazły się szpitale, „propaguje” implementację koncepcji menedżerskich do zarządzania publicznego⁴. NPM charakteryzuje się przede wszystkim dążeniem do poprawy efektywności aparatu administracyjnego przez implementację rozwiązań zaczerpniętych z sektora prywatnego.

W niniejszym artykule szpital publiczny (SPZOZ) będzie rozumiany jako podmiot gospodarczy prowadzący swoją działalność w warunkach gospodarki rynkowej. Podlega on, normującym jego funkcjonowanie, uregulowaniom prawnym, które dały mu możliwość samodzielnego podejmowania decyzji w obszarze zarządzania i zasobów, ale również możliwość samodzielnego definiowania i realizacji celów. Jak każdy inny podmiot gospodarczy SPZOZ-y są odpowiedzialne (pod względem ekonomicznym) za podjęte przez siebie decyzje. Ze względu na powyższe, w niniejszym artykule szpital publiczny będzie traktowany jak organizacja, czyli podmiot wyodrębnionym z otoczenia, stanowiący wewnętrznie uporządkowaną całość, którą można podzielić na grupy elementów składające się na kompatybilny system organizacyjny⁵.

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących przygotowania szpitali do przeprowadzenia restrukturyzacji.

⁴ Sudół S.: Nauki o zarządzaniu a zarządzanie publiczne, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Zarządzanie publiczne: koncepcje, metody, techniki. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2013, s. 203.

⁵ Wyszowska Z.: Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. „Współczesne Zarządzanie”, nr 2, 2013, s. 91-92; Makowski D., Jemielniak D.: Organizacja i zarządzanie, [w:] Kautsch M. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 34-35.

2. Przyczyny restrukturyzacji szpitali publicznych

Niewątpliwie przyczyn restrukturyzacji szpitali należy upatrywać w zmianach systemowych oraz w wewnętrznych potrzebach jednostki. Zdaniem autora te ostatnie wynikają z tych pierwszych, dlatego niniejszy rozdział poświęcono jedynie przedstawieniu wpływu reformom państwowych na szpitale. W ciągu ostatnich 25 lat system ochrony zdrowia w Polsce uległ licznym transformacjom, które wymusiły konieczność przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych wewnątrz szpitali. Poniżej scharakteryzowano zmiany w systemie ochrony zdrowia, które (zdaniem autora) miały największy wpływ na restrukturyzację szpitali.

Minione ćwierć wieku rozpoczyna się od przyjęcia ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶, która stała się punktem zwrotnym w sposobie funkcjonowania szpitali. Zgodnie z nią szpital mógł rozpocząć swoją działalność jako publiczny (PZOZ) lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ). PZOZ-y mogły być prowadzone jako jednostki lub zakłady budżetowe oraz jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Forma prowadzenia działalności zależała od rodzaju podmiotu, który powoływał szpital. SPZOZ-y otrzymały osobowości prawną, możliwość pokrywania kosztów działalności z przychodów oraz zaciągania zobowiązań, jednakże nie uzyskały zdolności do upadłości⁷. Funkcjonowanie szpitala jako jednostki lub zakładu budżetowego było zasadne, tylko gdy zmiana formy na SPZOZ była niecelowa lub przedwczesna⁸. Ustawa miała spowodować masowe przekształcenia ówczesnych szpitali publicznych w SPZOZ-y⁹. Wbrew oczekiwaniom jedynie nieliczne szpitale zmieniły swoją formę prawną.

Przyjęcie ustawy z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie w 1999 r., spowodowała decentralizację systemu. W ustawie po raz pierwszy wskazano na świadczenia nieobjęte refundacją. Wprowadzenie 16 wojewódzkich kas chorych (zastąpienie systemu budżetowego ubezpieczeniowym) i jednej mundurowej, systemu kontraktowania oraz ustawowego przymusu przekształcenia publicznych szpitali w SPZOZ-y spowodowało lawinę transformacji, ale również masowe powoływanie niepublicznych zakładów. W wyniku reformy kasy chorych były odpowiedzialne za wycenę świadczeń oraz ustalanie warunków kontraktu i kontraktowanie szpitali. Zważywszy na to, że jedynie status samodzielności dawał możliwość zakontraktowania świadczeń, forma SPZOZ-u stała się najwłaściwszą¹⁰. JST przejęły rolę organu założycielskiego dla SPZOZ-ów, zyskując

⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

⁷ Zamke-Górecka A.: Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja. Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 105.

⁸ Głowacka D., Galicki J., Mojs E.: Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 30-31.

⁹ Zdanowska J.: Zakład opieki zdrowotnej jako organizacja w systemie ochrony zdrowia. Elementy prawne, [w:] Głowacka D.M. (red.): Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Konteksty i determinanty zmian. Polskie Towarzystwo Nauki o Zdrowiu, Poznań 2011, s. 28-29.

¹⁰ Zamke-Górecka A.: op.cit., s. 49.

współodpowiedzialność za zapewnienie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom oraz wypracowany przez szpital wynik finansowy (przeniesienie odpowiedzialności za kondycję finansową szpitali ze Skarbu Państwa na organ założycielski).

W latach 2001 i 2002 wprowadzono tzw. ustawę 203¹¹, która zapewniała pracownikom sektora ówczesnej służby zdrowia gwarantowaną podwyżkę wynagrodzenia. Szpitale zatrudniające powyżej pięćdziesięciu osób zostały zobligowane do podwyższenia płac, bez możliwości uzyskania finansowania lub dotacji z budżetu państwa¹². Przyjęta ustawa przyczyniła się do pogłębienia zadłużenia, zaciągania niekorzystnych kredytów/pożyczek, a w konsekwencji do komorniczych nakazów egzekucyjnych.

W 2003 r. przyjęto ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹³. Nowy podmiot zastąpił funkcjonujące zaledwie cztery lata kasy chorych. Ustawa spowodowała zmianę sposobu rozdysponowywania środków finansowych pomiędzy szpitale. System rozdzielczy zastąpiono centralnym, opierającym się na zasadach rynkowych. Niezależny Fundusz stał się odpowiedzialny za zdefiniowanie limitów udzielanych świadczeń medycznych na dany rok oraz zawieranie umów handlowych ze szpitalem. Brak gwarancji równego podziału środków między poszczególne regiony oraz możliwości przewidzenia przyszłych warunków kontraktowania wraz z ich dużą zmiennością, możliwość ubiegania się o kontrakt przez jednostki niepubliczne, jak również nieuwzględnienie w cenie świadczeń ponoszonych przez szpitale publiczne kosztów przyczyniło się do pogłębienia problemów finansowych SPZOZ-ów¹⁴. Liczne wady konstrukcyjne ustawy oraz jej niekonstytucyjny charakter doprowadziły do zastąpienia jej w 2004 r. ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Wprowadzone zmiany nie uwzględniały wszystkich rekomendacji Trybunału Konstytucyjnego. Nowa ustawa wprowadziła podział NFZ-u na oddziały wojewódzkie, które zostały odpowiedzialne za kontraktowanie i podział środków finansowych, wprowadzono większą kontrolę NFZ-u, opracowano algorytm podziału finansów na poszczególne regiony oraz unormowano kwestie związane z osobami ubezpieczonymi przez państwo i z realizacją świadczeń w Unii Europejskiej.

W późniejszych latach podjęto wiele działań mających na celu oddłużenie szpitali, m.in. 15 kwietnia 2005 r. przyjęto ustawę, która miała wesprzeć restrukturyzację zobowiązań publicznych ZOZ-ów ze środków publicznych¹⁶. Na spłatę zadłużenia szpitale otrzymywały

¹¹ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹² Kochniarz M.: Komerccjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 17-21.

¹³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

¹⁴ Klich J.: Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2007, s. 128-131.

¹⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

¹⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

pożyczki udzielane za pośrednictwem Banku Gospodarstwa Krajowego. Szpitalom, które przez ogłoszenie upadłości przekształciły się w spółki z większościovym pakietem udziałów po stronie JST ustawodawca umarzał części pożyczki. Było to możliwe po wykazaniu przez szpital, że otrzymaną pożyczką spłacił zobowiązania wymagalne. Dodatkowo szpital musiał opracować program restrukturyzacji (tzw. program naprawczy) zaopiniowany przez organ założycielski, w którym przedstawiał długoterminowy plan oddłużenia placówki. Ustawa nie przyniosła spodziewanych efektów, umorzono ok. 1 mld zł. Nowelizacja ustawy w 2007 r.¹⁷ zakładała umorzenie szpitalom pozostałej części zadłużenia w przypadku samodzielnej spłaty 30% należności w okresie do 5 lat.

Odrzucenie w 2008 r. projektu ustawy, który dawał możliwość obligatoryjnego przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego, spowodowało przyjęcie w 2009 r. przez Radę Ministrów tzw. planu B¹⁸ – programu wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w oddłużaniu szpitali¹⁹. Wsparcie przewidziane było dla tych samorządów, które zdecydowały się na likwidację SPZOZ-ów i powołanie w ich miejsce spółki kapitałowej do prowadzenia niepublicznych zakładów. Plan B nie przyniósł zakładanych korzyści, przekształcone spółki wykazały stratę, a część z nich była zagrożona upadłością.

W 2011 r. przyjęto ustawę o działalności leczniczej²⁰, która unieważniła ustawę z 1991 r. Nowo przyjęta ustawa przede wszystkim wymusza likwidację lub komercjalizację SPZOZ-ów, przy jednoczesnym zakazie powoływania nowych²¹. Do 2011 r. jedynym sposobem pozwalającym na przekształcenie SPZOZ-u było utworzenie NZOZ-u przez JST (ustawa z 1991 r.), nowa ustawa dała możliwość skomercjalizowania SPZOZ-u bez konieczności jego likwidacji. Ustawodawca narzucił konieczność przekształcenia szpitala w spółkę kapitałową (sp. z o.o. lub akcyjną), w przypadku gdy osiągnie on ujemny wynik finansowy, a podmiot tworzący²² nie jest w stanie pokryć jego zadłużenia. Komercjalizacja do końca 2013 r. dawała możliwość umorzenie zobowiązań publiczno-prawnych oraz pozyskania dotacji celowej na spłatę zobowiązań przejętych po SPZOZ-ie.

Ustawa z 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadziła pojęcie „Mapy

¹⁷ Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

¹⁸ Horosz P.: Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 33.

¹⁹ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

²⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

²¹ Hass-Symotiuk M.: op.cit., s. 58.

²² Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła nową nomenklaturę m.in. dla takich pojęć jak organ założycielski, służba zdrowia zamieniając je na podmiot tworzący, ochrona zdrowia. Wprowadzenie ustawy wyeliminowało pojęcia ZOZ-u i NZOZ-u.

Regionalnej²³. Mapa ma być ważna przez pięć lat i stanowić podstawę do kontraktowania szpitali. Jej zakres reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r.²⁴. Mapa powinna zawierać analizę demograficzną i epidemiologiczną regionu, analizę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę zapotrzebowań na świadczenia medyczne w regionie. Konsekwencją mapy potrzeb może być likwidacja części szpitali w regionie oraz przejęcie przez pozostałe obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom.

Od sierpnia 2017 r. zacznie obowiązywać nowa ustawa dotycząca systemu informacji w sektorze ochrony zdrowia. Jej głównym założeniem jest wyeliminowanie dokumentacji papierowej i wprowadzeniem w jej miejsce elektronicznego systemu. Początkowo termin wprowadzenia tej ustawy przypadął na sierpień 2014 r., jednak ze względu na problemy szpitali z wdrożeniem systemu został on przesunięty o 3 lata. Wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej zostało zapoczątkowane w 2011 r. ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁵.

W 2018 r. ma dojść do kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia. W ramach proponowanych działań zlikwidowany zostanie NFZ, a jego zadania przejmie Ministerstwo Zdrowia i agendy wojewódzkie. Inne zmiany to objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli, co spowoduje brak konieczności przedstawiania dowodu posiadania ubezpieczenia oraz zwiększy dostęp obywateli do darmowych świadczeń.

Biorąc pod uwagę powyższe istotne jest, by etap planowania restrukturyzacji w szpitalach był procesem przemyślanym i wykorzystywał rozwiązania właściwe dla prowadzenia przedsięwzięć.

3. Restrukturyzacja szpitali publicznych w województwie śląskim

3.1. Opis badań

Badania przeprowadzono wśród członków dyrekcji szpitali za pomocą kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz obejmował 50 pytań i składał się z czterech części: metryczka, etap planowania, etap realizacji i podsumowanie. Przedstawione w niniejszym artykule wyniki badań stanowią fragment badań, prowadzonych przy wykorzystaniu triangulacji metod badawczych, na temat skuteczności procesu restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Celem głównym badań była diagnoza przyczyn niezadowolającej skuteczności restrukturyzacji szpitali w województwie śląskim. Badania

²³ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.

²⁵ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

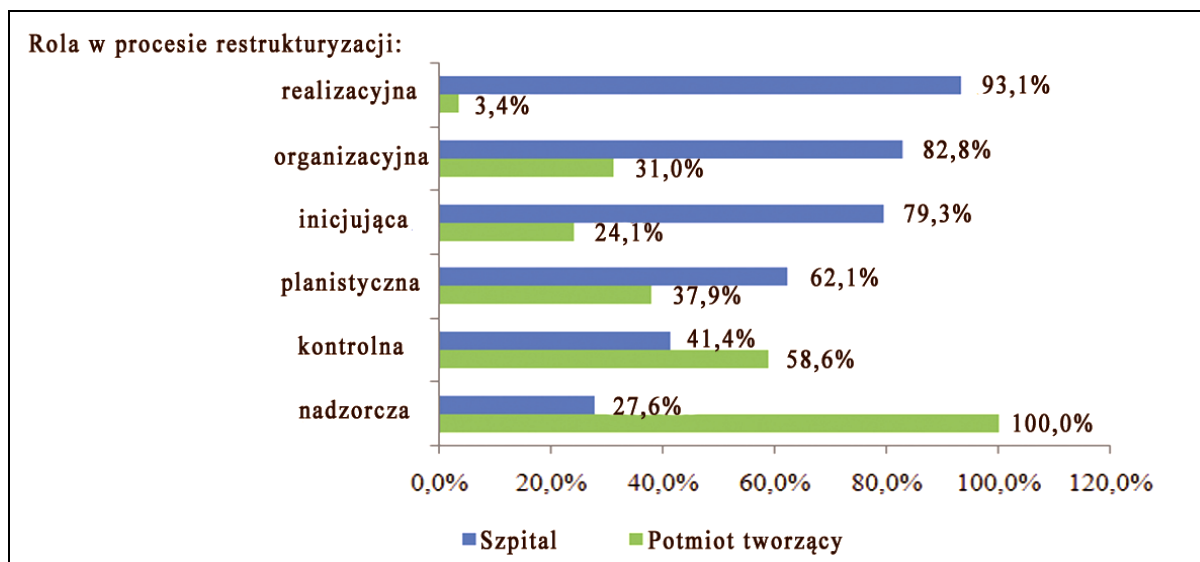
składały się z pięciu etapów, w których analizowano proces restrukturyzacji publicznych szpitali, ich komercjalizację oraz dalszą restrukturyzację skomercjalizowanych szpitali.

W badaniach udział wzięły 22 SPZOZ-y (przy niezbędnej wielkości próby badawczej wynoszącej 17 podmiotów). Szpitale te spełniały kryteria uczestnictwa w badaniach, m.in.: prowadziły działalność leczniczą w formie stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych, miały powyżej jednego oddziału wielospecjalistycznego, nie były bazą naukowo-dydaktyczną dla uczelni medycznej oraz ich organem rejestrowym nie był podmiot resortowy lub państwowa uczelnia medyczna.

Osoby wypełniające kwestionariusz miały (w większości) wyższe medyczne wykształcenie (60%). Średnia liczba oddziałów w badanych szpitalach wynosiła ok. 14, przy czym połowa z nich nie miała więcej niż 12 oddziałów (mediana). Szpitale najczęściej miały czteroosobową dyrekcję (42,9%). Dla większości badanych jednostek podmiotem tworzącym był urząd marszałkowski (88,6%), z kolei dla pozostałych powiat. Najczęstszym wskazywanym przez dyrekcję powodem podjęcia działań restrukturyzacyjnych była potrzeba naprawy (86,2%), następnie dostosowania placówki do zmian zachodzących w otoczeniu (69%) oraz potrzeba rozwoju (51,7%). W chwili przeprowadzania badania 62,1% badanych przyznało, że ich szpital jest zadłużony. Najczęściej wskazywanym powodem zadłużenia było niedostosowanie wartości kontraktu z NFZ-u do potrzeb szpitala (38,9%) oraz straty z lat ubiegłych (27,8%). Wprowadzenie działań restrukturyzacyjnych, zdaniem większości respondentów (96,6%), było inicjatywą szpitala. Blisko połowa respondentów (48%) wskazała na podmiot tworzący. Zdaniem ok. 24% o wprowadzenie restrukturyzacji postulowali kierownicy komórek medycznych, z kolei ok. 20% wskazało na kierowników komórek niemedycznych.

3.2. Wybrane wyniki badań dla etapu planowania restrukturyzacji

Na potrzebę badania zidentyfikowano role w procesie restrukturyzacji, tzn. rolę inicjującą proces, planistyczną, organizacyjną, realizacyjną, kontrolną i nadzorczą. Badani stwierdzili, że szpital najczęściej przyjmuje na siebie rolę realizacyjną, następnie organizacyjną, inicjującą i planistyczną, natomiast podmiot tworzący nadzorczą i kontrolną (rys. 1).



Rys. 1. Role szpitala i podmiotu tworzącego w procesie restrukturyzacji

Źródło: Opracowanie własne.

62,1% respondentów przyznała, że na potrzebę planowania i realizacji działań restrukturyzacyjnych powołano zespół projektowy, o składzie którego zdecydowała dyrekcja szpitala. Jako członków zespołu projektowego wyszczególniono: dyrekcję szpitala (100% odpowiedzi), kierowników komórek administracyjnych (70%) i ordynatorów (50%).

Zdaniem 40% członków dyrekcji szpitali osoby powołane do zespołu projektowego uczestniczyły w dodatkowych szkoleniach, zorganizowanych na potrzebę przeprowadzenia restrukturyzacji w szpitalu. Szkolenia te dotyczyły: zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, zarządzania zmianami, zarządzania finansami szpitala, zarządzania jakością, poprawy wyniku finansowego i utrzymania płynności, budowy strategii, zarządzania ryzykiem oraz norm ISO.

Cel główny dla procesu restrukturyzacji zdefiniowało 89,7% badanych, spośród nich jeden cel przyjęło 55,2%, a dwa cele – 34,5%. Najczęściej definiowanym celem głównym było podniesienie jakości świadczonych usług (23,1%). Pozostałe to m.in.: zmniejszenie zadłużenia, zbilansowanie działalności, zwiększenie przychodów, zmniejszenie kosztów funkcjonowania szpitala (po 11,5%). Ankietowani wyznaczyli również cele strategiczne, taktyczne i operacyjne. Cele strategiczne identyfikowało 76% respondentów, spośród nich jeden cel zdefiniowało 17,2%, dwa – 13,8%, trzy – 31,0%, cztery – 6,9%, jedenaście – 6,9%. Najczęściej wskazywanym celem strategicznym było obniżenie kosztów działalności bieżącej (27,3%) oraz dostosowanie szpitala do przepisów prawa i wymagań płatnika (22,7%). Ze względu na niski procent wskazań, nie ujęto celów taktycznych i operacyjnych.

Plan działań restrukturyzacyjnych obejmował przede wszystkim zmiany w obszarach zatrudnienia i organizacyjnym (po 75,9% wskazań). Kolejnym, najczęściej podawanym przez respondentów, zakresem był obszar techniczny i struktury długu (po 72,4%). Ponad połowa badanych wskazała także na obszar usług (69%). W ramach obszaru zatrudnienia

zaplanowano działania koncentrujące się głównie na zmniejszeniu liczby pracowników. W obszarze organizacyjnym przede wszystkim zidentyfikowano działania zmierzające do zmiany struktury organizacyjnej (regulacja podległości służbowej) oraz odejścia od działalności niemedycejszej. Głównym zadaniem w obszarze technicznym był zakup nowych sprzętów diagnostycznych, z kolei w strukturze długu skoncentrowano się na obniżeniu kosztów prowadzenia działalności przez szpital. W obszarze usług wyszczególniono działania prowadzące do zwiększenia oferty realizowanych świadczeń medycznych.

Zdaniem respondentów wdrożenie restrukturyzacji było poprzedzone identyfikacją działań i zasobów niezbędnych do realizacji oraz analizą przedwdrożeniową, oszacowaniem budżetu i ryzyka dla przedsięwzięcia. Działania te realizował przede wszystkim szpital (tab. 1).

Tabela 1

Działania realizowane w ramach planowania restrukturyzacji

Zdefiniowano przeprowadzono	Udział [%]	Podmiot odpowiedzialny		
		podmiot tworzący	szpital	firma konsultingowa
		Udział [%]		
analizę przedwdrożeniową	72,4%	4,8%	95,2%	4,8%
wyklady dla pracowników	34,5%	0,0%	100,0%	0,0%
działania do realizacji	89,7%	19,2%	88,5%	3,8%
zasoby potrzebne do realizacji działań	79,3%	13,0%	100,0%	0,0%
budżet przedsięwzięcia	65,5%	52,6%	84,2%	0,0%
ryzyko przedsięwzięcia	65,5%	26,3%	78,9%	5,3%
interesariuszy przedsięwzięcia	48,3%	35,7%	100,0%	0,0%

Źródło: Opracowanie własne.

W co drugim szpitalu (48,3%) zidentyfikowano interesariuszy i ich stopień wpływu na przebieg restrukturyzacji. W kolejnym pytaniu ankiety przeprowadzenie analizy potwierdziło 51,7% respondentów. Najczęstszym podawanym interesariuszem był podmiot tworzący (60,0%), którego wpływ na restrukturyzację określono jako kluczowy (100%). Pozostali interesariusze to m.in.: związki zawodowe, wierzyciele i pracownicy.

3.3. Ocena wybranych wyników badań etapu planowania restrukturyzacji

Oceny działań planistycznych dla restrukturyzacji szpitali dokonano przez odniesienie się do zarządzania projektami. Projekt to zaplanowane przedsięwzięcie dążące do osiągnięcia, zdefiniowanego na jego potrzeby celu w określonym czasie i w ramach określonego budżetu, przeznaczonego na jego realizację²⁶. Podziału przedsięwzięć można dokonać zważywszy na wiele kryteriów, bez względu na to, które z nich zostanie wybrane, w każdym można umieścić

²⁶ Starecki T.: Zarządzanie projektami dla inżynierów. Wydawnictwo Btc, Legionowo 2011, s. 8.

restrukturyzację. Przykładowo, w podziela projektów, ze względu na znaczenie dla organizacji, wyróżnić można projekty strategiczne (dotyczące całej organizacji), taktyczne (dotyczące większości komórek organizacyjnych) i operacyjne (dotyczące wybranych działów)²⁷. W takim ujęciu restrukturyzacja jest projektem strategicznym.

Do działań realizowanych na etapie inicjacji projektu należy m.in.: identyfikacja udziałowców, określenie ich wpływu na przedsięwzięcie oraz zdefiniowanie celów projektu, powołanie zespołu, sporządzenie analizy wykonalności oraz ogólnego zarysu projektu, uwzględniającego zakres, zapotrzebowanie na zasoby i budżet²⁸. Wytyczne te nie są ogólnie przyjęte przez szpitale. Co drugi badany przyznał, że przeprowadził analizę interesariuszy, a ok. 70% respondentów przeprowadziło analizę przedwdrożeniową. Nie wszystkie szpitale na tym etapie identyfikowały strukturę podziału pracy (na potrzebę badań nazwaną działaniami do realizacji) oraz nie przeprowadziły „identyfikacji budżetu” czy analizy ryzyka.

Zespół projektowy jest powoływany na etapie inicjowania i definiowania projektu, w jego skład wchodzi specjaliści z różnych dziedzin, dobrani w zależności od specyfiki projektu²⁹. Zespół projektowy powołało trzech na pięciu respondentów. W zespole projektowym uczestniczyli członkowie dyrekcji (najczęściej 4 osoby), ordynatorzy (średnia liczba oddziałów w badanych szpitalach wynosiła ok. 14) oraz kierownicy komórek administracyjnych. Nie biorąc pod uwagę liczby komórek administracyjnych (brak danych) zespół musiał składać się przynajmniej z 18 osób. Można zatem stwierdzić, że zespół projektowy był nadmiernie rozbudowany, co mogło wynikać z braku utworzenia komitetu sterującego, w którym wyszczególnia się osobno funkcję dla głównego użytkownika, przewodniczącego i głównego dostawcę. Komitet sterujący jest nadrzędnym organem w stosunku do zespołu projektowego. Wątpliwości budzi umieszczenie dyrekcji szpitala w zespole projektowym, powinna ona pełnić funkcję zwierzchnią w stosunku do komitetu. 40% respondentów, którzy powołali zespół projektowy skierowało jego członków na dodatkowe szkolenia, jednakże żadne z nich nie dotyczyło zarządzania przedsięwzięciami.

Cel projektu powinien być uzgodniony przez sponsora/klienta, kierownika i zespół projektowy. Do jego sformułowania należy wykorzystać jedno z narzędzi pozwalających na jego precyzyjne zdefiniowanie, np. SMART, wg którego cel powinien być mierzalny, osiągalny, realny i skończony w czasie³⁰. Zarówno cel główny, jak i strategiczny były sformułowane w sposób ogólny, nieodzwierciedlający końcowego efektu, który ma zostać osiągnięty w ramach działań restrukturyzacyjnych. Podane przez respondentów cele nie zawierały w sobie elementów, które pozwoliłyby na zweryfikowanie osiągniętych rezultatów, a tym samym podjęcie decyzji o osiągnięciu zakładanego celu i zakończeniu projektu.

²⁷ Janasz K., Wiśniewska J.: Zarządzanie projektami w organizacji. Difin, Warszawa 2014, s. 63.

²⁸ Starecki T.: op.cit., s. 22.

²⁹ Trocki M.: Nowoczesne zarządzanie projektami. PWE, Warszawa 2012, s. 120.

³⁰ Kopczewski M.: Alfabet zarządzania projektami. Helion, Gliwice 2015, s. 28.

4. Podsumowanie

Niejednokrotnie przyczyną ciągłej restrukturyzacji szpitali publicznych jest potrzeba dostosowania ich do wizji, koncepcji czy nowej strategii państwa w stosunku do sektora ochrony zdrowia. Konieczność dostosowania się do ogólnie przyjętych przez Unię Europejską przepisów, lata zaniedbań, nieudane reformy, przyzwyczajenie do braku konsekwencji za błędnie wydane pieniądze publiczne oraz opiekuńcza postawa państwa względem szpitali spotęgowały potrzebę wprowadzenia stopniowych, ale radykalnych zmian (powolne odejście od formy samodzielnych publicznych szpitali na rzecz spółek kapitałowych, zmiana sposobu finansowania sektora, pełna informatyzacja dokumentacji medycznej itp.). Z całą pewnością można zatem stwierdzić, że nie istnieje taki szpital publiczny, który nie był, nie jest lub nie będzie restrukturyzowany. Ze względu na powyższe, istotne wydaje się, by etap planowania działań restrukturyzacyjnych był przeprowadzony starannie i wg należytych standardów.

Zarządzanie projektami jest udoskonalane od lat 40. XX wieku i często utożsamiane z przedsiębiorstwami z branży IT lub projektami unijnymi. Mnogość metodyk oraz ich elastyczność pozwala na wybór odpowiedniej z nich do specyfiki niemal każdego przedsięwzięcia. Restrukturyzacja szpitali jest projektem lub składa się z poszczególnych projektów i dlatego powinna być planowana, realizowana i monitorowana zgodnie z zasadami właściwymi dla zarządzania projektami.

Bibliografia

1. Fijałkowska B.: Meandry restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej. *Zeszyty Naukowe*, nr 1(167), WSOWL, 2013.
2. Głowacka D., Galicki J., Mojs E.: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
3. Hass-Symotiuł M.: Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej. *Zeszyty Naukowe*, nr 757, s. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 58. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2013.
4. Horosz P.: *Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
5. Janasz K., Wiśniewska J.: *Zarządzanie projektami w organizacji*. Difin, Warszawa 2014.
6. Klich J.: *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2007.
7. Kochniarz M.: *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

8. Kopczewski M.: Alfabet zarządzania projektami. Helion, Gliwice 2015.
9. Makowski D., Jemielniak D.: Organizacja i zarządzanie, [w:] Kautsch M. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.
10. Rabiej E.: Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne. „Przedsiębiorstwo i Region”, nr 5, 2013.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.
12. Starecki T.: Zarządzanie projektami dla inżynierów. Wydawnictwo Btc, Legionowo 2011.
13. Sudół S.: Nauki o zarządzaniu a zarządzanie publiczne, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Zarządzanie publiczne: koncepcje, metody, techniki. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2013.
14. Trocki M.: Nowoczesne zarządzanie projektami. PWE, Warszawa 2012.
15. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
16. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
17. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
18. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
19. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.
20. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.
21. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
22. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
23. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
24. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
25. Wyszowska Z.: Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. „Współczesne Zarządzanie”, nr 2, 2013.
26. Zamke-Górecka A.: Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja. Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
27. Zdanowska J.: Zakład opieki zdrowotnej jako organizacja w systemie ochrony zdrowia. Elementy prawne, [w:] Głowacka D.M. (red.): Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Konteksty i determinanty zmian. Polskie Towarzystwo Nauki o Zdrowiu, Poznań 2011.