

Joanna Jasińska

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim

SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA RESTRUKTURYZACJI SZPITALI

1. Wstęp

Rozwój technologii medycznych oraz starzenie się społeczeństwa sprawiają, że koszty opieki zdrowotnej rosną, a bez względu na wielkość wydatków na ochronę zdrowia będą pojawiać się potrzeby, których zaspokojenie nie będzie możliwe. Od systemu opieki zdrowotnej będzie się więc wymagać coraz większej efektywności w gospodarowaniu posiadanymi zasobami.

System opieki zdrowotnej w Polsce przechodził w ostatnich latach wiele przeobrażeń. Zmianom towarzyszyło wiele opinii i poglądów. Są przy tym zagadnienia, które wciąż nie tracą aktualności. Jednym z nich jest zadłużanie się szpitali. W toczących się dyskusjach sporo miejsca zajmuje kwestia społecznych uwarunkowań restrukturyzacji szpitali. Generalnie nie neguje się znaczenia reorganizacji w tych organizacjach dla uzyskiwania przez nie efektywności czy braku zadłużenia.

Mało analizowanym zagadnieniem są jednak społeczne uwarunkowania restrukturyzacji szpitali, będących podstawowym elementem systemu opieki zdrowotnej. Na tym poziomie bowiem dokonuje się rzeczywisty proces asymilacji zmian i tu pojawia się szereg zakłóceń utrudniających ich wdrożenie.

2. Kształtowanie klimatu społecznego sprzyjającego restrukturyzacji szpitali

Włączenie uczestnika zmian do procesu ich przygotowania i realizacji to kluczowa zasada określająca warunki sprawnego zarządzania zmianami. Do zasady tej należy się odwoływać we wszystkich sytuacjach zmiany, bez względu na rodzaj organizacji, w których ma ona miejsce. Istotne znaczenie dla zmian ma również wewnątrzorganizacyjna komunikacja. Komunikacja jest krwiobiegiem organizacji i zakłócenia w tym procesie mogą doprowadzić do stanu analogicznego do niewydolności krążenia [Stoner, Gilbert 1997, s. 507].

Kształtowanie klimatu społecznego sprzyjającego restrukturyzacji szpitali wiąże się m.in. z wykorzystaniem socjotechnicznych instrumentów wpływu, tzw. wewnętrznego marketingu personalnego. Zakłada on konieczność koncentrowania uwagi organizacji na interesach i oczekiwaniach pracowników. Jego charakterystyczną cechą jest doprowadzenie do takiej sytuacji w zachowaniach pracowników, aby zechcieli zerwać z rutyną, ponieść dodatkowy wysiłek na rzecz konkretnych problemów, ponieść pewien koszt natury psychicznej [Potocki, Winkler, Zbilewska 2003, s. 203]. W praktyce techniki marketingu wewnętrznego są ukierunkowane na partycypację pracowników w procesie zmian. Wymaga to odejścia od autokratycznego stylu kierowania i uruchomienia otwartego systemu komunikacji. Przyzwolenie na partycypację ze strony kadry kierowniczej jest swoistą gratyfikacją za ponoszone przez pracowników koszty restrukturyzacji.

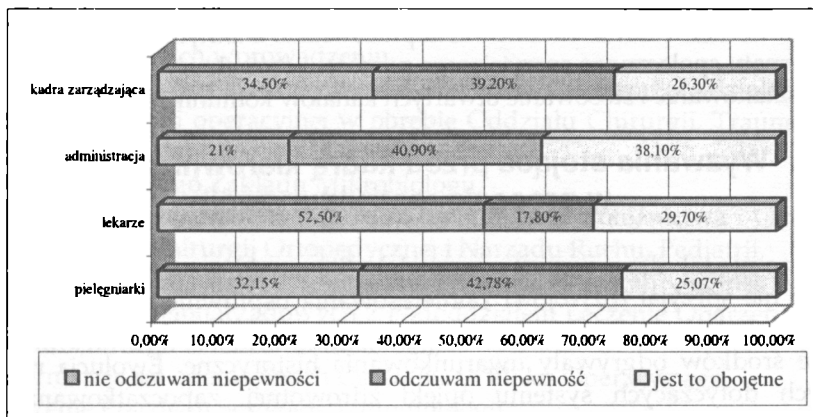
Otwarte kanały komunikacji i partycypacyjny styl zarządzania nie likwidują oporu uczestników zmian, mogą go jednak znacznie ograniczać. Te dwa instrumenty socjotechniczne bowiem sprzyjają ukształtowaniu się stanu określonego w teorii zmian gotowością do zmian bądź gotowością do akceptacji zmian. Oznacza on określony stan psychiczny gwarantujący sprawne wykonywanie określonego działania. Gotowość systemu społecznego organizacji do akceptacji zmian jest tym czynnikiem, który wplata się w sieć wszystkich czynników kształtujących klimat sprzyjający restrukturyzacji.

J. Majchrzak, analizując bezpieczeństwo w procesie wprowadzania zmian, podkreśla, że techniczne podejście do zmiany, uwzględniające tylko podstawowe elementy procesu zmiany (opracowanie projektu zmiany, harmonogramu jej wdrożenia oraz wdrożenie zmiany), nie wypełnia całego procesu [Majchrzak 2002, s. 312-313]. Zmiana bowiem jest także procesem społecznym, czyli zarówno racjonalnym, jak i emocjonalnym.

Analiza opinii uczestników badania pięciu szpitali z województwa lubuskiego pozwala stwierdzić, że 62,37% osób identyfikuje siebie jako osobę charakteryzującą się wysoką tolerancją do zmian. Pozostali respondenci swoją gotowość do zmian oceniają jako niską. Małą gotowość do zmian deklarują również osoby w wieku 45-64 lata. Duża gotowość do zmian natomiast jest deklarowana częściej przez osoby mające zaufanie do osób wprowadzających zmiany. Są to też osoby, które deklarują, że są dobrze poinformowane o treści i zakresie planowanych zmian. Nie uzyskano natomiast jednoznacznego ukierunkowania opinii na temat deklarowanej akceptacji zmian, deklaruje ją bowiem 60% osób badanych, a 40% potwierdza, że zmiany zaakceptuje z trudnością.

Wyniki badania pozwalają również stwierdzić, że istotnym czynnikiem w kształtowaniu klimatu społecznego dla zmian jest niepewność. Potwierdza to 80% badanych. Charakterystyczne jest także to, że tylko dla 15% osób zmiana nie oznacza zagrożenia dla ich sytuacji zawodowej. Brak poczucia zagrożenia jest charakterystyczny dla 62% kadry zarządzającej i dla 51,5% pielęgniarek. Ze względu na kategorie zawodowe osób badanych niepewność jako cechę zmian częściej identyfikują pielęgniarki (48,5%). Nie mniej liczne odpowiedzi potwierdzające tę cechę uzyskano od kadry zarządzającej (39%) oraz pracowników administracji (41%).

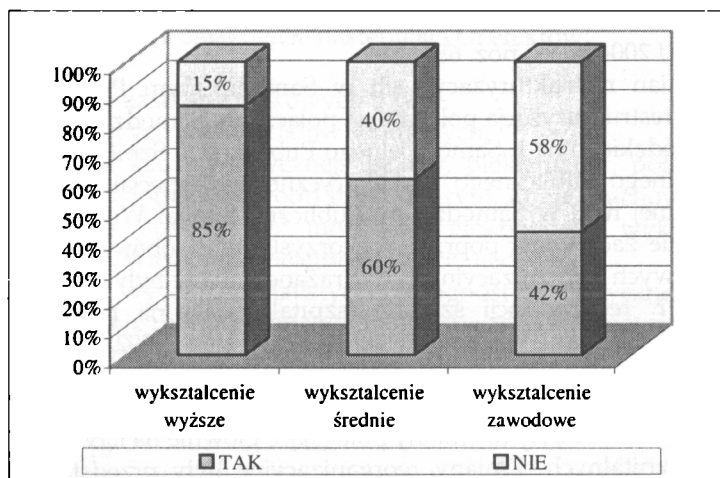
Również lekarze odczuwają niepewność w związku ze zmianami, aż 52,5% osób badanych z tej grupy nie jest spokojnych o swoją przyszłość (rys. 1).



Rys. 1. Poczucie niepewności w sytuacji zmiany

Źródło: opracowanie własne.

46% respondentów uważa, że wprowadzone zmiany być może pozwolą na podniesienie sprawności funkcjonowania organizacji i są oni gotowi podjąć działania zmierzające do jej udoskonalenia. Przy czym częściej, według 61% osób badanych, tego zadania podejmą się kadra zarządzająca, następnie lekarze – 51% osób badanych i pielęgniarki – 49% osób badanych. Gotowość do zmian stanu organizacji deklarują też częściej osoby z wykształceniem wyższym – 85% i z wykształceniem średnim – 60%. Spośród osób z wykształceniem zawodowym 42% wyraża gotowość do zmian (rys. 2).



Rys. 2. Społeczna akceptacja zmian – opinie w zależności od wykształcenia respondentów

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań w szpitalach nie wskazują na zdecydowaną przewagę deklarowanej gotowości do akceptacji zmian. Poszukując poprawy takiego stanu rzeczy we wspomnianym wewnętrznym marketingu personalnym, należy pamiętać, że koncepcja ta stawia w centrum zainteresowania pracownika. Istotnym czynnikiem kształtowania klimatu społecznego sprzyjającego procesom restrukturyzacji w szpitalach jest także ukształtowanie i stosowanie otwartych kanałów komunikacyjnych.

3. Wyzwania stojące przed kadrą kierowniczą szpitala w procesie restrukturyzacji

Jeszcze nie tak dawno oparty na modelu Siemaszki system opieki zdrowotnej w Polsce nie sprzyjał rozwojowi zainteresowania usprawnieniem procesu zarządzania. Szpitale były finansowane z budżetu państwa, a decydującą rolę przy podziale środków odgrywały uwarunkowania historyczne. Ewolucja rozwiązań prawnych dotyczących systemu opieki zdrowotnej, zapoczątkowana została Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej [DzU 1991 nr 91, poz. 408]. Była ona wyrazem m.in. zwiększenia autonomii w procesie zarządzania. Przełomem w procesie zmian miało być zarządzanie w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (MP nr 29/95, poz. 341). Akt ten spowodował oddzielenie płatnika od świadczeniodawcy. Wciąż jednak głównym problemem w systemie opieki zdrowotnej jest brak precyzyjnie wyznaczonych celów [Kautch 2004, s. 64-65]. Chociaż istnieją dokumenty, jak np. Narodowy Program Zdrowia, ich treść jednak koncentruje się wokół pożądanych wyników, a nie opisuje w szczególności przebiegu procesu restrukturyzacji. Uwarunkowania te sprawiły, że szpitale znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji finansowej. Część z nich, broniąc się przed likwidacją, podejmie działania restrukturyzacyjne, skorzysta z szansy zmniejszenia zadłużenia, jaką niesie rządowy program pomocy publicznej dla szpitali [DzU 2004 nr 97, poz. 684].

Intencją zmian restrukturyzacyjnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim (restrukturyzacja polegała na połączeniu Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1, Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2, Samodzielnego Publicznego Psychiatryczno-Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nr 3 w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzki (SPSzW)) było zmniejszenie zadłużenia poprzez wykorzystanie zasobów kadrowych, sprzętowych, finansowych i organizacyjnych. Wdrażane zmiany były kontynuacją rozpoczętej w 2002 r. reorganizacji szpitala (szpital działa na podstawie uchwały nr XXX/219/2002 Sejmiku Województwa z dnia 18 lutego 2002 r. w sprawie utworzenia Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego i składa się z trzech Zespołów Szpitalnych: Zespół Szpitalny nr 1, Zespół Szpitalny nr 2, Zespół Szpitalny nr 3). W latach 2003-2004 były to zmiany polegające głównie na łączeniu dublujących się oddziałów szpitalnych. Zmiany reorganizacyjne były przedstawiane, wraz z harmonogramem ich wdrożenia i nakładami finansowymi oraz efektami, na posiedzeniach Rady Społecznej Szpitala. W spotkaniach uczestniczyli przedstawiciele

wszystkich związków zawodowych i samorządów medycznych działających w szpitalu. Równocześnie na licznych spotkaniach z kadrą kierowniczą oraz ordynatorami omawiano zakres zmian organizacyjnych i funkcjonowania szpitala we wprowadzaniu zmian i po ich wprowadzeniu.

Restrukturyzacja szpitala w tym okresie zawierała następujące działania:

- uruchomienie sali operacyjnej w obrębie Oddziału Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej,
- utworzenie jednego Zakładu Mikrobiologii,
- połączenie dublujących się oddziałów szpitalnych: Położnictwa i Ginekologii, Noworodków, Chirurgii Ortopedycznej i Narządu Ruchu, Pediatrii,
- zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Leczenia Oparzeń i Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii,
- modernizacja sal operacyjnych Centralnego Bloku Operacyjnego,
- połączenie Pracowni Serologii i Immunologii,
- uruchomienie Pracowni Hemodynamicznej,
- modernizacja Oddziału Kardiologii, a szczególnie sal intensywnego nadzoru kardiologicznego, oraz utworzenie dodatkowych łóżek dla pacjentów po zabiegach koronaroplastyki i koronarografii,
- montaż systemu nadzorującego i monitorującego czynności życiowe chorych w salach intensywnego nadzoru kardiologicznego Oddziału Kardiologii,
- montaż systemu monitorującego czynności życiowe chorych w Pododdziale Udarów Mózgu,
- zakończenie adaptacji bazy łóżkowej w Zespole Szpitalnym nr 3 na potrzeby Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Mężczyzn i Kobiet; dotyczy to powiększenia bazy łóżkowej oddziału dla mężczyzn o 28 łóżek i utworzenia 30 łóżek dla kobiet.

Zmiany pozwoliły na osiągnięcie następujących efektów:

b) organizacyjnych:

- ograniczenie zasobów łóżkowych o 100,
- brak dublujących się oddziałów szpitalnych,
- koncentracja kadry medycznej: lekarzy, pielęgniarek, położnych (jest to szczególnie istotne z powodu braku na rynku pracy fachowego personelu medycznego, stwarza też możliwość efektywnego wykorzystania doświadczenia, wiedzy i umiejętności kadry medycznej),
- koncentracja wysoko specjalistycznej diagnostyki medycznej,
- zlokalizowanie pionu lecznictwa internistyczno-onkologicznego w jednym zespole szpitalnym,
- stworzenie kompleksowego lecznictwa specjalistycznego oraz usprawnienia jego funkcjonowania;

b) ekonomicznych:

- obniżenie kosztów działalności szpitala (prognoza wyniku finansowego szpitala – działalność podstawowa, wersja uproszczona) w tys. zł.

Tabela 1. Koszty operacyjne działalności podstawowej szpitala – lata 2003-2004 i prognoza na 2005 r.

	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005 (prognoza)
Koszty operacyjne działalności podstawowej, w tym:	125 108	122 464	123 483
wynagrodzenia i świadczenia	73 612	71 081	71 978
materiały	13 846	13 774	13 687
leki	15 124	15 124	13 792
koszty pozostałe	22 526	22 485	24 026
Przychody operacyjne	96 660	100 065	108 586
Prognoza wyniku finansowego	-25 421	-22 399	-14 897

Źródło: opracowanie własne.

W roku 2005 przewidziano rozpoczęcie działań zmierzających do całościowego przeniesienia działalności medycznej z Zespołu Szpitalnego nr 2 do dwóch pozostałych zespołów szpitalnych. Zmiany te pozwolą na dalsze zracjonalizowanie kosztów działalności szpitala, w tym również wysokości zatrudnienia. Pierwsze kroki podjęte w celu realizacji zmian, polegające na prezentacji projektu związkom zawodowym i samorządom zawodowym, nie nastrajały optymistycznie. Szczególną aktywność w negocjowaniu planu restrukturyzacji wykazały związki zawodowe niemedyczne. W I kwartale 2005 r. rozpoczęły się protesty pracowników. Sytuacja niepokoju społecznego wstrzymała proces zmian i zapoczątkowała kilkutygodniowe rozmowy ze strajkującą załogą, która żądała wycofania się z realizacji programu restrukturyzacji. Komitet protestacyjny przedstawił swój projekt zmian organizacyjnych w szpitalu. W trakcie negocjacji poddano szczegółowej analizie projekt protestujących związków zawodowych. Analiza wykazała, że projekt związkowy nie gwarantuje osiągnięcia założonych celów zmierzających do optymalnego wykorzystania infrastruktury, bazy sprzętowej, zasobów finansowych i osobowych szpitala. Dyrekcja podjęła więc decyzję o wdrażaniu programu restrukturyzacji polegającego m.in. na zawieszeniu działalności jednego z trzech zespołów szpitalnych.

Biorąc pod uwagę powyższą sytuację, należy stwierdzić, że nie motywowała ona kadry zarządzającej do zmian restrukturyzacyjnych szpitala. Mimo to rozpoczęty dialog z pracownikami pozwolił na osiągnięcie porozumienia i kontynuację procesu zmian. Niekorzystny klimat społeczny nie sprzyjał również racjonalności podejmowanych decyzji i jakości udzielanych świadczeń medycznych. Choć, bez wątpienia, protesty pracowników wstrzymały reorganizację w szpitalu, nie wycofano się jednak z jej realizacji. Sytuacja protestu pracowniczego uświadomiła dobitniej kadrze zarządzającej szpitalem, że jest to specyficzna organizacja. Shortell i Kaluzny uważają organizację opieki zdrowotnej za złożone systemy społeczne. Wskazują oni, że organizacje opieki zdrowotnej są określane mianem niepowtarzalnych i odmiennych, szczególnie w stosunku do organizacji przemysłowych. Wśród różnic dotyczących zarządzania takimi organizacjami przywołani autorzy wymieniają następujące [Shortell, Kaluzny 2001, s. 32]:

- normowanie i pomiar wskaźników pracy jest trudny,
- praca jest bardzo zróżnicowana i kompleksowa,

- większość prac ma charakter natychmiastowy,
- praca pozwala na niewielką tolerancję niejednoznaczności czy błędu,
- czynności w pracy są w wysokim stopniu niezależne od siebie i wymagają koordynacji pomiędzy różnymi grupami zawodowymi,
- członkowie organizacji są wysoko wyspecjalizowani i bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji,
- lekarze, tj. grupa zawodowa najbardziej odpowiedzialna za generowanie usług i wydatków, są mało skutecznie kontrolowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym,
- w organizacjach opieki zdrowotnej istnieje podwójne podporządkowanie służbowe (kliniczne i organizacyjne), szczególnie w szpitalach, co stwarza problemy dotyczące koordynacji i odpowiedzialności oraz zdarzające się często pomieszanie kompetencji.

4. Zakończenie

Procesy restrukturyzacji w szpitalach nie są czymś wyjątkowym. Stan gospodarki państwa, stan zamożności społeczeństwa, nastroje społeczne, system prawny, odbiorcy świadczeń medycznych – to tylko niektóre uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne ze złożonego zbioru czynników mających wpływ na proces zarządzania zmianami w organizacjach opieki zdrowotnej.

Na zarządzanie zmianami ma wpływ zarówno środowisko wewnętrzne organizacji, jak i warunki zewnętrzne, bezpośrednio oddziałujące na zmiany. Tak powinna być postrzegana sytuacja zarządzania zmianami w szpitalach. Konieczna jest zwłaszcza społeczna akceptacja. Jest to ważne w praktyce, zmiany w szpitalach bowiem mają bezpośredni związek ze zdrowiem i życiem człowieka.

Literatura

- Kautch M. (2004), *Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. II, nr 2.
- Majchrzak J. (2002), *Niebezpieczeństwa w procesie przeprowadzania zmian organizacyjnych*, [w:] *Zmiana warunkiem sukcesu. Integracja, globalizacja, regionalizacja – wyzwania dla przedsiębiorstw*, red. J. Skalik, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 963, AE, Wrocław.
- Potocki A., Winkler R., Zbilewska A. (2003), *Techniki komunikacji w organizacjach gospodarczych*, Difin, Warszawa.
- Shortell S.M., Kaluzny A.D. (2001), *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków.
- Stoner J.A.F., Gilbert D.R. (1997), *Kierowanie*, PWE, Warszawa.

THE EFFECTS OF SOCIAL CONDITIONS ON THE RESTRUCTURISATION OF HOSPITALS

Summary

In this article we have indicated the problems of social conditions and their effects on hospital restructuring. Hospitals are in effect a basic element in the health care system. At this level takes place the actual process of assimilating changes in the system and here arises a series of complications that causes difficulties in their institution.