

Karolina WIELICKA
Henryk DŹWIGOŁ
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

Anna MĘCZYŃSKA
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Ekonomii i Informatyki

SKUTECZNOŚĆ PROCESU RESTRUKTURYZACJI SZPITALI ZLOKALIZOWANYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM – KONCEPCJA BADAŃ

Streszczenie. Celem artykułu było przedstawienie koncepcji badań zasadniczych z zakresu skuteczności procesu restrukturyzacji szpitali. W artykule opisano proces restrukturyzacji oraz scharakteryzowano akty prawne go regulujące, następnie uzasadniono prowadzenie badań zasadniczych na terenie województwa śląskiego. Przedstawiono wyniki badań pilotażowych oraz opisano dalszy kierunek prac.

EFFECTIVENESS OF HOSPITAL RESTRUCTURING IN THE SILESIA REGION – RESEARCH CONCEPT

Summary. The purpose of this article is to present the concept of basic research in the field of hospital restructuring process efficiency. The article describes the process of restructuring and characterized acts regulating it, then justified by fundamental research in Silesia. The results of pilot studies and describes the future direction of the work.

1. Wstęp

Wiele lat reform mających miejsce w różnych dziedzinach gospodarki wciąż nie było w stanie sprostać wymaganiom postawionym przed służbą zdrowia. Niekorzystna sytuacja

w obszarze świadczeń usług medycznych jest w dalszym ciągu aktualnym, ważnym społecznie i nierozwiązanym problemem, mimo że już od 1995 roku podejmowano próby jego rozwiązania. W 1995 roku Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia zaproponowało program restrukturyzacji, którego celem było stworzenie kryteriów zmierzających do przemyślanego i logicznego wydatkowania środków finansowych.¹ W późniejszym okresie pojawiły się kolejne próby, mające na celu przeprowadzenie reformy ochrony zdrowia.² Znane są również programy restrukturyzacji w innych obszarach – przykładowo w sektorze górnictwie węgla kamiennego.³ Poszczególne kroki procesu restrukturyzacji są zbliżone, jednakże sektor ochrony zdrowia ma szczególne uwarunkowania:

- proces restrukturyzacji przeprowadzany jest na organizacjach non profit,
- Narodowy Fundusz Zdrowia jest monopolistą na rynku usług medycznych, co ogranicza późniejszą swobodę sprzedaży świadczeń,
- w trakcie procesu restrukturyzacji szpital musi zapewnić ciągłość leczenia,
- sektor ochrony zdrowia nie ulegał wcześniej głębokim transformacjom (w okresie powojennym).

Zmiany wprowadzone od 1999 roku, mające na celu przekształcenia organizacyjno-finansowe, nie przyczyniły się do trwałego uzdrowienia sytuacji szpitalni.⁴ Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że „zmiana formy organizacyjno-prawnej (...) nie doprowadziła do zaprzestania generowania strat. Nie poprawiła również dostępności do świadczeń zdrowotnych”.⁵

2. Przebieg procesu restrukturyzacji szpitali

Celem działań restrukturyzacyjnych jest przede wszystkim podniesienie rentowności placówek medycznych oraz poprawa jakości świadczonych usług i standardów opieki

¹ Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania i sposobu rozliczania dotacji z rezerwy celowej budżetu państwa na 1999 rok dla organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zadania własne bieżące i inwestycyjne związane z dofinansowaniem kosztów wdrażania reform w ochronie zdrowia (Dz.U. nr 68, poz. 760).

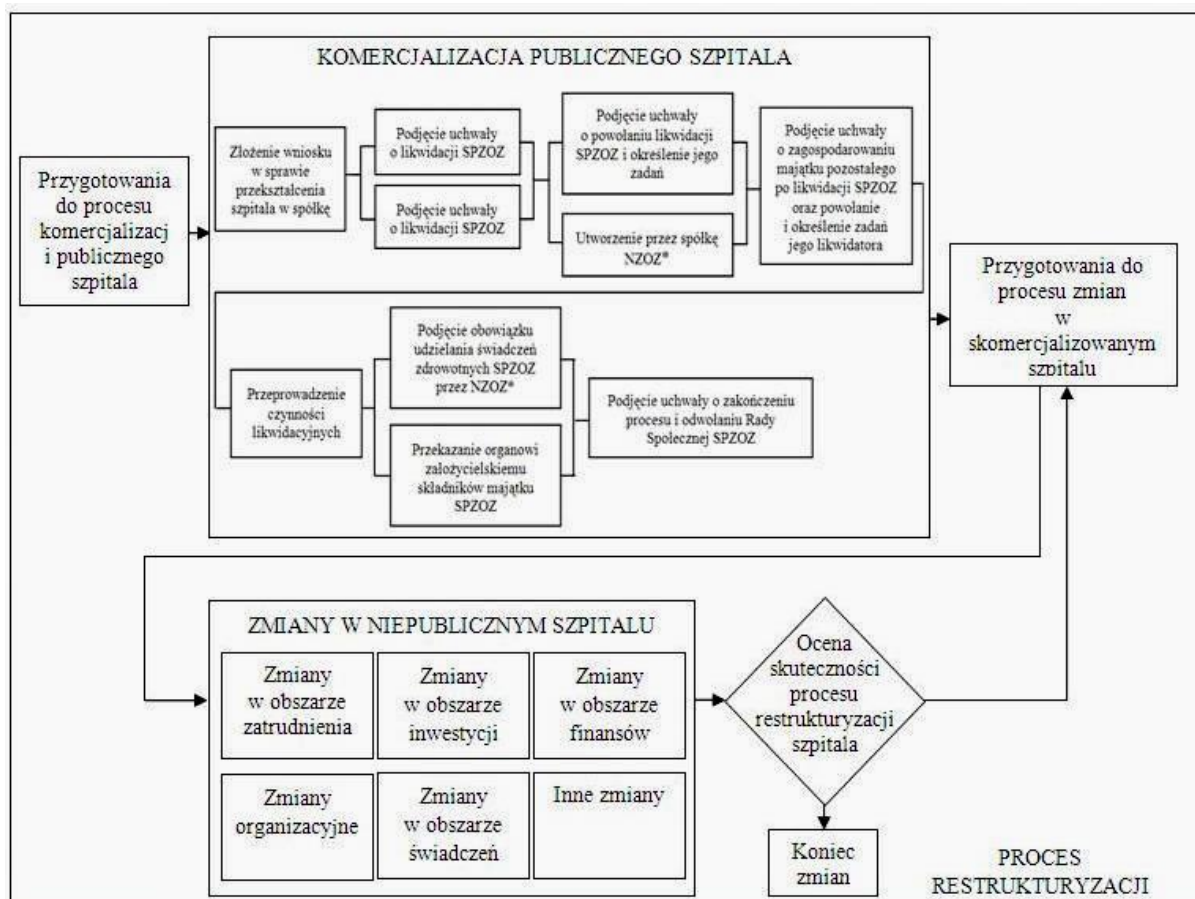
² Program Działań Wspierających dla Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej jako Element Restrukturyzacji Zatrudnienia związany z Reformą Ochrony Zdrowia, Program Restrukturyzacji w Obszarze Zdrowia, Program wsparcia na lata 2001-2002, Program Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia itp.

³ Karbownik A., Wodarski K.: Kierunki i zakres dalszej realizacji procesu dostosowawczego w górnictwie węgla kamiennego w Polsce do roku 2010. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2005, s. 46; Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o funkcjonowaniu górnictwa węgla kamiennego w latach 2008-2015 (Dz.U. 2007, nr 192, poz. 1379).

⁴ Ciura G.: Problemy restrukturyzacji szpitali publicznych w Polsce. INFOS Zagadnienia społeczno-gospodarcze, nr 5, Warszawa 2010, s. 2.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010. Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ, s. 6.

zdrowotnej. Wymaga to dużej innowacyjności, zaawansowanych sposobów diagnostyki i leczenia oraz nowoczesnego sprzętu.⁶ Obecnie szpitale stanęły przed zadaniem polegającym na dostosowaniu swoich struktur do funkcjonowania w wolnorynkowym otoczeniu gospodarczym zamiast w systemie finansowania budżetowego.⁷ Ogólny model procesu restrukturyzacji szpitali (samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – SPZOZ) przedstawiono na rysunku 1.



* NZOZ: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Rys. 1. Przebieg procesu restrukturyzacji szpitali

Fig. 1. The process of restructuring hospitals

Źródło: Opracowanie własne.

Przygotowania do procesu komercjalizacji szpitala, a także całego procesu restrukturyzacji wymagają szczególnej uwagi. Realizacja tego etapu (pierwszego) znacząco wpływa na

⁶ Karkowski T.: Restrukturyzacja szpitali. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 13-14.

⁷ Horosz P.: Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 13.

skuteczność całego procesu. Drugi etap (przebieg procesu komercjalizacji) jest zawarty w aktach prawnych. Przepisy prawne regulujące proces restrukturyzacji szpitali pod względem ich likwidacji i komercjalizacji to między innymi:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654), która określa:
 - a) zasady wykonywania działalności leczniczej,
 - b) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami,
 - c) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - d) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych,
 - e) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.⁸
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, nr 78, poz. 684), która reguluje:
 - a) zasady i warunki restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) tryb postępowania w sprawie restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - c) zasady udzielania pomocy publicznej publicznym zakładom opieki zdrowotnej.⁹
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.), która:
 - a) systematyzuje pojęcia związane z zakładem opieki zdrowotnej,
 - b) określa zakres świadczeń zdrowotnych i kto może je udzielać,
 - c) określa kto może utworzyć zakład opieki zdrowotnej,
 - d) definiuje ustrój zakładu opieki zdrowotnej, prawa pacjenta oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania.¹⁰

Poszczególne etapy komercjalizacji szpitali, przedstawione na schemacie (rys. 1), mogą być i są wykonywane w różny sposób (dotyczy procedur towarzyszących powołaniu spółki, czynności likwidacyjnych, przejęcia obowiązków SPZOZ przez spółkę). Proces zmian w szpitalach rozpoczyna się z chwilą przekształceń w sferze własności, której często towarzyszy proces oddłużania, prowadzący do samodzielnego generowania przychodów. Zmiany w obszarze finansowym dotyczą podmiotów, które wypracowały wynik finansowy, wymagający podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. W innym przypadku

⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, nr 78, poz. 684).

¹⁰ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

przedsiębiorstwu (szpitalowi) grozi w niedalekiej przyszłości pogłębienie zadłużenia, niewypłacalność lub upadek.¹¹ Szpitale funkcjonujące jako publiczne, a więc organizacje non profit nie mają zdolności upadłościowej, przez co nie może być wobec nich prowadzone postępowanie upadłościowe.¹² Mogą natomiast pogłębiać zadłużenie i niewypłacalność, będąc tym samym coraz większym obciążeniem dla organu założycielskiego.

Przekształcenia w sferze własności pociągają za sobą inne gruntowne zmiany w sposobie funkcjonowania szpitali – zmiany w strategii, strukturze, technologii oraz dyscyplinie pracy.¹³ W poszczególnych szpitalach zmiany te będą różne, ponieważ szpitale mają indywidualne potrzeby, a przystępując do procesu komercjalizacji są w różnej kondycji. Po wdrożeniu zaplanowanych zmian następuje ocena skuteczności, która często jest niezadowolająca, w takim przypadku należy na nowo zweryfikować potrzeby zakładu i zaplanować kolejne zmiany.

3. Województwo śląskie na tle kraju

Województwo śląskie jest nie tylko jednym z najistotniejszych gospodarczo regionów Polski, ale również znaczącym ośrodkiem medycznym o wysokim stopniu koncentracji specjalistycznych jednostek ochrony zdrowia. W 2007 roku w Polsce istniało łącznie około 750 szpitali, najwięcej z nich zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego – 105 szpitali (85 publicznych oraz 20 niepublicznych). Dla 41% spośród 85 szpitali publicznych organem założycielskim jest Samorząd Województwa.¹⁴ W 2010 roku w województwie śląskim znajdowało się 115 szpitali (najwięcej w kraju), w tym 73 publiczne oraz już 42 niepubliczne po procesie restrukturyzacji. Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że od 2007 roku województwo śląskie ma największy odsetek szpitali w kraju – klasyfikujący się na poziomie 14%.¹⁵

Zakłady opieki zdrowotnej (w skład których wchodzi nie tylko szpitale) w Polsce, a także na terenie województwa śląskiego należą w większości do sektora prywatnego. Z 1902 zakładów opieki zdrowotnej, zlokalizowanych w regionie śląskim aż 1641 to zakłady

¹¹ Slatter S., Lovett D.: *Corporate Turnarounds Managing Companies In Distress*. WiG-Press, Warszawa 2001, s. 273.

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

¹³ Frączkiewicz-Wronka A.: *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2001, s. 125.

¹⁴ www.csioz.gov.pl/statystyka.php na dzień 31.12.2007 r., sprawozdanie MZ-29 (bez szpitali psychiatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, szpitali MON, MSWiA, Ministerstwa Sprawiedliwości i filii szpitali).

¹⁵ Uchwała zarządu nr 3231/330/III/2009 z dnia 8 grudnia 2009 roku w sprawie przyjęcia „Kierunków Restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których Organem Założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013”.

niepubliczne, stanowiące ok. 86% ogółu (w kraju 76%). Oznacza to, że na jeden zakład opieki zdrowotnej przypada (w województwie śląskim) 2451 mieszkańców (przeciętnie w Polsce 2755 mieszkańców). Na 100 km² przypada średnio w województwie śląskim 15 zakładów opieki zdrowotnej wobec średniej w Polsce wynoszącej 4,4 ZOZ na 100 km².¹⁶

Obecnie wiele szpitali, nie tylko w województwie śląskim, jest po, w trakcie lub przed kolejnym procesem restrukturyzacji. Województwo śląskie ma największą liczbę szpitali poddanych restrukturyzacji, w ramach której przeprowadzona została komercjalizacja placówki¹⁷, przez co jest regionem, który ma wysoki potencjał dla dalszych badań.

4. Badania pilotażowe

Biorąc pod uwagę znaczenie problemu oraz jego aktualność podjęto badania skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali działających najpierw jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a w późniejszym okresie (po procesie komercjalizacji) jako spółki prawa handlowego. Badania pilotażowe przeprowadzono w formie wywiadów oraz ankiety, w której łącznie postawiono 30 pytań. Badano trzy wielospecjalistyczne szpitale zlokalizowane na terenie województwa śląskiego, które są po procesie komercjalizacji i funkcjonują jako spółki prawa handlowego.

Z przeprowadzonych badań pilotażowych wynika, że pracownicy są niezadowoleni z efektów działań podjętych w ramach procesów restrukturyzacji, zwłaszcza w odniesieniu do obszarów: zasobów ludzkich, finansowego, infrastruktury technicznej, przepływu informacji oraz organizacji pracy.

Spośród 164 respondentów większość (96%) nie zauważyła żadnych korzyści wynikających ze zmiany formy prawnej szpitala, jedynie 4% stwierdziło, że obecnie bardziej rozumie mechanizmy funkcjonowania placówki. 77% ankietowanych uważa, że wdrożone w szpitalu zmiany nie wpłynęły na poprawę relacji w pracy; 23% badanych uważa jednak, że obecnie relacje (część kultury organizacyjnej) uległy zdecydowanej poprawie.

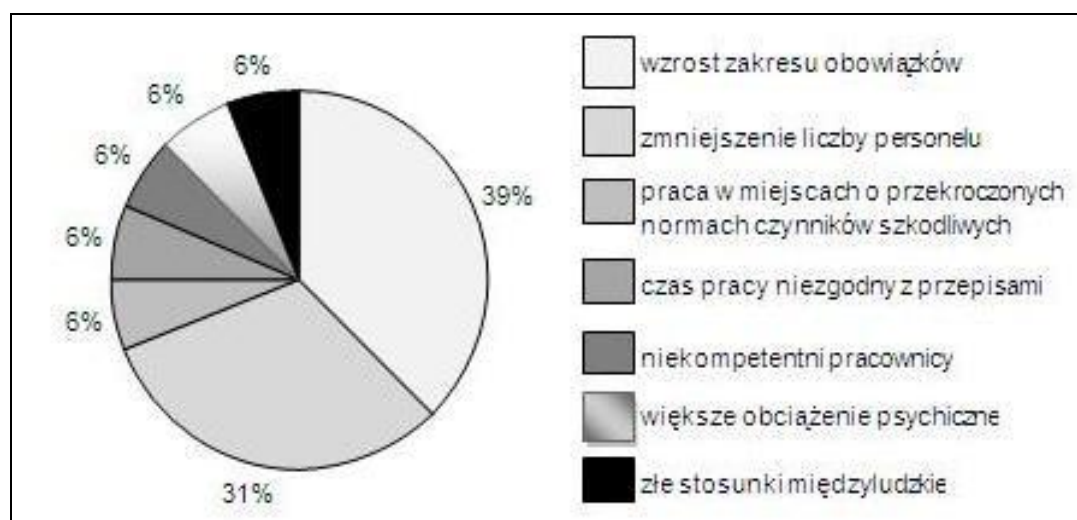
W jednym z pytań ankiety badani zostali poproszeni o wyszczególnienie obszarów, w których (według nich) warunki pracy uległy pogorszeniu. W odpowiedzi na pytanie ankietowani wyszczególnili cztery główne obszary: finansów, obszar związany z pracownikami, organizacją pracy i infrastrukturą techniczną.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2010 r. Warszawa 2012, s. 216.

Najwięcej niekorzystnych zjawisk ankietowani dostrzegli w obszarze finansów. Sytuacja ta wynika bezpośrednio z procesu restrukturyzacji i trudnej sytuacji szpitali przed komercjalizacją. W tym obszarze badani wyszczególnili brak sformułowanego programu motywacyjnego z przewidzianymi premiami (40%). Pracownicy poddani ankiecie wyszczególnili brak podwyżek płac (30%); 17% badanych wskazało na brak dodatku/funduszu socjalnego. Pozostałe 13% podało w odpowiedzi obniżone zarobki.

W drugim obszarze (zasobów ludzkich) ankietowani za najbardziej niekorzystne zjawisko uznali wzrost zakresu obowiązków (39%), który bezpośrednio powiązany jest z kolejnym, zdefiniowanym przez pracowników, zjawiskiem – zmniejszeniem liczby pracowników (31%).¹⁸ Opinię tę w pierwszym przypadku (wzrost obowiązków) potwierdza 22% lekarzy biorących udział w badaniu oraz 6% pielęgniarek objętych ankietą. Należy zwrócić uwagę na kolejne niekorzystne zjawiska, takie jak: niezgodny z przepisami czas pracy (zdanie to podziela 6% wszystkich lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu), niekompetentni współpracownicy (zdanie to podziela 6% wszystkich lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu), większe obciążenie psychiczne (czynnik ten został wyszczególniony przez 3% pielęgniarek), złe stosunki międzyludzkie (czynnik ten został wyszczególniony przez 3% pielęgniarek).



Rys. 2. Niekorzystne zjawiska w obszarze zasobów ludzkich

Fig. 2. Adverse effects in the area of human resources

Źródło: Opracowanie własne.

¹⁸ Jednym ze skutków ciągłych zmian w szpitalu było zwolnienie części pracowników, w celu optymalizacji zatrudnienia oraz wzrostu rentowności spółki, tym samym zakres obowiązków poszczególnych pracowników uległ zwiększeniu.

W trzecim obszarze pracownicy wyszczególnili następujące, niekorzystne zjawiska związane z organizacją pracy: problem z nadmierną biurokracją (44%), zmniejszenie czasu personelu białego dla poszczególnych pacjentów (8%), zmniejszenie liczby łóżek na oddziałach (8%).

Ostatnim obszarem wskazanym przez pracowników jest infrastruktura techniczna (11%), w którym pracownicy narzekają na brak odpowiedniego sprzętu do pracy, a zwłaszcza komputerów z Internetem. Zdanie to podziela 33% lekarzy, 17% pracowników administracyjnych oraz 9% pielęgniarek.

Niepokojący jest rozkład odpowiedzi udzielonych na pytania związane z celem procesu restrukturyzacji: 73% pracowników stwierdziło, że nie znało i w dalszym ciągu nie zna celu realizacji procesów restrukturyzacyjnych, 27% ankietowanych przyznało, że znany im był cel przekształceń.

Pracownicy poproszeni o podanie celu restrukturyzacji szpitala w pierwszej kolejności wyszczególnili oddłużenie i dalsze funkcjonowanie placówki (28%), następnie prywatyzację¹⁹ szpitala (28%), zmianę właściciela (11%), wzrost ekonomiczności placówki (11%) oraz zwolnienie miasta z odpowiedzialności za kondycję finansową szpitala (11%).

Ankietowani stwierdzili, że w trakcie przeprowadzania procesów restrukturyzacyjnych nie byli na bieżąco informowani o podejmowanych przez szpital działaniach (61%), 79% badanych przyznało, że nie znało uzasadnienia celowości podejmowanych działań, a 77% ankietowanych podało, że zasadność podejmowanych działań nie była dla nich jasna.

Wywiady z zarządami oraz kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych badanych szpitali potwierdzają celowość prowadzenia dalszych badań. Zarządy szpitali wykazują duże zainteresowanie problematyką podjętych badań oraz deklarują uczestnictwo w ich realizacji.

5. Kierunki dalszych badań

Biorąc pod uwagę znaczenie problemu oraz jego aktualność podjęto badania skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali działających najpierw jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a w późniejszym okresie (po procesie komercjalizacji) jako spółki prawa handlowego. Badania zasadnicze zostaną przeprowadzone na terenie województwa śląskiego wśród wielospecjalistycznych szpitali, będących po procesie restrukturyzacji. Przedmiotem badań będzie proces restrukturyzacji szpitali, w tym ich komercjalizacja. Badaniem objęci zostaną pracownicy organu założycielskiego, odpowie-

¹⁹ Użycie przez pracowników w ankiecie terminu „prywatyzacja” w stosunku do podjętych działań restrukturyzacyjnych oznacza, że pracownicy utożsamiają pojęcie „komercjalizacji” z pojęciem „prywatyzacji”.

działni za przygotowanie planu komercjalizacji szpitala oraz kadra zarządzająca i osoby zatrudnione w szpitalu, czynnie lub biernie uczestniczące w procesie restrukturyzacji.

Celem głównym procesu badawczego jest diagnoza przyczyn niezadowolającej skuteczności (czynników niepowodzeń) procesów restrukturyzacji szpitali w województwie śląskim. Cel główny zostanie osiągnięty poprzez zrealizowanie następujących celów badawczych:

1. Empiryczna identyfikacja przyczyn niezadowolającej skuteczności (czynników niepowodzeń) w procesie restrukturyzacji szpitali.

Przeprowadzone badania pilotażowe pozwalają na wstępną identyfikację obszarów procesów restrukturyzacyjnych oraz identyfikację czynników niepowodzeń w procesie restrukturyzacji, jednakże dopiero przeprowadzenie badań zasadniczych pozwoli w pełni na zidentyfikowanie tych czynników.

2. Uporządkowanie przyczyn niezadowolającej skuteczności (czynników niepowodzeń) w procesie restrukturyzacji szpitali ze względu na ich wagę w tym procesie.

Zakłada się, że osiągnięte zostaną następujące cele użytkowe:

1. Opracowanie narzędzia do oceny skuteczności procesu restrukturyzacji szpitali.
2. Opracowanie rekomendacji dla zarządzających w zakresie ograniczenia wpływu niekorzystnych czynników na proces restrukturyzacji szpitali.

Aby osiągnąć określone cele, należy odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Co wpływa na skuteczność procesu restrukturyzacji szpitali?
2. Jak dotychczas przebiegały procesy restrukturyzacji szpitali?
3. Czy dotychczasowe procesy restrukturyzacji szpitali kończyły się sukcesem? Jeśli nie, to dlaczego?
4. Jakie były przyczyny niezadowolającej skuteczności (czynników niepowodzeń) procesu restrukturyzacji szpitali?
5. Jak można ograniczyć wpływ czynników, które niekorzystnie oddziałują na proces restrukturyzacji szpitali?

Do realizacji postawionych celów oraz uzasadnienia przyjętej tezy (istnieje możliwość poprawy skuteczności procesu restrukturyzacji szpitali poprzez ograniczenie niekorzystnego wpływu czynników niepowodzeń na ten proces) wykorzystane zostaną:

- analiza literatury,
- badania pilotażowe,
- badania zasadnicze.

Analiza literatury prowadzona będzie na każdym etapie badań, między innymi na jej podstawie zostały opracowane badania pilotażowe. W ramach badań zasadniczych wykorzystane zostaną metody jakościowe oraz ilościowe. Badania jakościowe obejmą:

obserwacje, ankiety, wywiady, analizy dokumentacji oraz metody heurystyczne. Badania ilościowe zostaną zrealizowane za pomocą analiz statystycznych oraz analiz ekonomicznych. Do badania każdej zidentyfikowanej przyczyny niezadowolającej skuteczności (czynnika niepowodzenia) procesu restrukturyzacji szpitali zostaną dobrane, na podstawie literatury, odpowiednie metody (techniki, narzędzia).

6. Podsumowanie

Wyniki badań pilotażowych pokazują nieodpowiednie podejście do procesu restrukturyzacji w szpitalu. Na podstawie badań zidentyfikowano wstępne obszary, w których znajdować się będą czynniki niepowodzeń procesu restrukturyzacji, należą do nich: przepływ informacji, kultura organizacyjna oraz luka kompetencji.

Pracownicy stanowiący odbiorców podjętych działań często są zdezorientowani i traktowani marginalnie w trakcie trwania procesu restrukturyzacji. W naukach o zarządzaniu zwraca się baczną uwagę na człowieka, który jest jednym z najistotniejszych czynników warunkujących sukces przedsięwzięcia, organizacji i samego procesu. Obecnie lub w niedalekiej przyszłości możliwość konkurencyjności podmiotów czy zdolność do adaptacji w dużo mniejszym stopniu zależeć będzie od nowych technologii, metod zarządczych czy innowacji, a w większym od zaangażowania pracowników. Pracownik stanie się najważniejszym zasobem przedsiębiorstwa.²⁰

Na tle obecnych przemian zachodzących w sektorze służby zdrowia konieczne staje się zbadanie skuteczności procesu restrukturyzacji szpitali. Zidentyfikowanie czynników niepowodzeń, wpływające na ten proces stanowi pierwszy krok do poprawy przebiegu procesu restrukturyzacji. Na podstawie przeprowadzonych badań będzie opracowane narzędzie umożliwiające ocenę skuteczności procesu restrukturyzacji. W wyniku badań powstanie diagnoza przyczyn niezadowolającej skuteczności tego procesu oraz opracowane zostaną rekomendacje w zakresie ograniczenia niekorzystnego wpływu czynników oddziałujących na ten proces.

²⁰ Grudzewski W.M., Hejduk I.K. (red.): Przedsiębiorstwo przyszłości. Difin, Warszawa 2000, s. 74.

Bibliografia

1. Ciura G.: Problemy restrukturyzacji szpitali publicznych w Polsce. INFOS Zagadnienia społeczno-gospodarcze, nr 5, Warszawa 2010.
2. www.csioz.gov.pl/statystyka.php na dzień 31.12.2007 r., sprawozdanie MZ-29 (bez szpitali psychiatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, szpitali MON, MSWiA, Ministerstwa Sprawiedliwości i filii szpitali).
3. Frączkiewicz-Wronka A.: Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2001.
4. Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2010 r. Warszawa 2012.
5. Grudzewski W. M., Hejduk I.K. (red.): Przedsiębiorstwo przyszłości. Difin, Warszawa 2000.
6. Horosz P.: Komerccjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.
7. Karbownik A., Wodarski K.: Kierunki i zakres dalszej realizacji procesu dostosowawczego w górnictwie węgla kamiennego w Polsce do roku 2010. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2005.
8. Karkowski T.: Restrukturyzacja szpitali. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
9. Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010. Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ.
10. Program Działań Wspierających dla Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej jako Element Restrukturyzacji Zatrudnienia Związany z Reformą Ochrony Zdrowia, Program Restrukturyzacji w Obszarze Zdrowia, Program wsparcia na lata 2001-2002. Program Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia itp.
11. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania i sposobu rozliczania dotacji z rezerwy celowej budżetu państwa na rok 1999 dla organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zadania własne bieżące i inwestycyjne związane z dofinansowaniem kosztów wdrażania reform w ochronie zdrowia (Dz.U. nr 68, poz. 760).
12. Slatter S., Lovett D.: Corporate Turnarounds Managing Companies In Distress. WiG-Press, Warszawa 2001.
13. Uchwała zarządu nr 3231/330/III/2009 z dnia 8 grudnia 2009 roku w sprawie przyjęcia „Kierunków Restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których Organem Założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013”.

14. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, Nr 78, poz. 684).
15. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).
16. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o funkcjonowaniu górnictwa węgla kamiennego w latach 2008-2015 (Dz.U. 2007, nr 192, poz. 1379).

Abstract

The results of pilot studies show the inappropriate approach to the restructuring process in the hospital. On the basis of pre-identified areas in which there will be failure of the restructuring process factors, among them: the flow of information, culture and competence gap.

Representing public employees are often the actions taken are confused and treated marginally during the restructuring process. The management sciences invites close attention to the man who is one of the most important factors for success. Now or in the near future, the possibility of competing entities, and the ability to adapt to a much lesser extent, will depend on new technologies and innovation management methods, and the commitment of the employees. The employee will be the company's most important asset.

Against the background of the current changes taking place in the healthcare sector it is necessary to examine the effectiveness of the restructuring of hospitals. Failure to identify factors influencing this process is the first step to improve the process of restructuring. Based on the survey will be developed tools to assess the effectiveness of the restructuring process. The results showed that the creation of the causes of unsatisfactory performance diagnosis of the process and recommendations will be developed to reduce the adverse impact of the factors affecting this process.