

**Karolina Wielicka**

---

## **SKUTKI PROCESU RESTRUKTURYZACJI NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

### **Wprowadzenie**

Celem opracowania jest przedstawienie zmian zachodzących w systemie służby zdrowia oraz przybliżenie złożoności procesu przekształceń poprzez scharakteryzowanie przebiegu restrukturyzacji na przykładzie wybranych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej. W opracowaniu opisano wybrane programy restrukturyzacyjne w obszarze zdrowia wraz z ich programami wpierającymi, poczynając od roku 1999.

Obecna sytuacja gospodarcza wymusza na przedsiębiorstwach konieczność nieustannego dostosowywania różnych obszarów funkcjonowania organizacji do ciągle zmieniającego się otoczenia. Mając na uwadze wymagania oraz oczekiwane efekty grupy interesariuszy wobec przedsiębiorstwa, każda organizacja, by sprostać wymogom zewnętrznym oraz wewnętrznym, zmuszona jest do wdrażania zmian. Również szpitale, zarówno te państwowe, a tym bardziej skomercjalizowane lub sprywatyzowane, odczuwają konieczność nieustannego przystosowywania się do zmian, które nie tylko wynikają z potrzebnych wewnętrznych, ale również stanowią konsekwencję wprowadzenia reform ochrony zdrowia czy nowych uregulowań prawnych. Konieczność przystosowania się do nowych wymogów wymusza na szpitalach zastosowanie wielu czynności, przez które zarząd szpitala (lub jednostka odpowiedzialna za zaplanowanie i wdrożenie przekształceń) w dużej mierze rozumie przeprowadzenie zabiegu mającego na celu redukcję personelu oraz łóżek szpitalnych, likwidację całej placówki lub jej części, co ma stanowić receptę na problemy

finansowe, z którymi borykają się zakłady opieki zdrowotnej. Dodatkowo szpitale zobligowane są do wprowadzania innowacji, chociażby w postaci wymiany starej, mało już wydajnej aparatury medycznej na nową lub zastosowania zintegrowanych systemów komputerowych wspomagających rejestrację i dalsze prowadzenie pacjenta w czasie hospitalizacji zamiast dokumentacji w formie papierowej. Innowacyjność wynika zarówno z potrzeb wewnętrznych, spowodowanych chęcią świadczenia usług o jak najlepszej jakości, jak również z uregulowań prawnych, na przykład konieczności wyposażenia specjalistycznej poradni w aparaturę medyczną odpowiednią dla danej specjalizacji. Placówki służby zdrowia, tak samo jak wszystkie inne przedsiębiorstwa, przez cały okres funkcjonowania zmuszone są do ciągłego dostosowywania się do zmian zachodzących w otoczeniu lub wprowadzania modyfikacji wynikających z wewnętrznych potrzeb. Odrębnym czynnikiem jest w tej sytuacji dostrzeżenie przez organ założycielski lub zarząd tej konieczności.

## 1. Restrukturyzacja szpitali na szczeblu krajowym

Pojęcie restrukturyzacji zazwyczaj kojarzone jest przez pracowników danego przedsiębiorstwa z wprowadzeniem negatywnych lub niekorzystnych dla nich zmian, mających w głównej mierze polegać na znacznej redukcji personelu. Również w szpitalach posłużenie się terminologią: zmiana, restrukturyzacja, przekształcenie budzi wśród pracowników nieprzychylnie odczucia. Należy jednak pamiętać, że restrukturyzacja to gruntowna przebudowa, która odnosi się do kluczowych, fundamentalnych obszarów działalności danego przedsiębiorstwa. Wprowadzenie zmiany obejmuje swoim zasięgiem procesy związane z modernizacją (unowocześnieniem) oraz dostosowaniem struktury organizacyjnej i reguł funkcjonowania organizacji do aktualnych warunków gospodarczych<sup>297</sup>. Analizując pojęcie restrukturyzacji można stwierdzić, że stanowi ono strategię wzrostu wartości przedsiębiorstwa, którą należy rozumieć jako wartość aktywów lub potencjał możliwości wykreowany przez te aktywa<sup>298</sup>. Powszechna staje się zatem opinia, iż zmiana ma przynieść pozytywny skutek. Wspólnymi cechami dla każdej definicji tego procesu są: jego długofalowość oraz fakt, że jest on nierozłącznie związany z ogółem przemian mogących mieć miejsce we wszystkich dziedzinach działania i funkcjonowania organizacji. Najważniejszym aspektem przeprowadzenia programu restrukturyzacyjnego jest zidentyfikowanie jego przyczyny, czyli powodu, dla którego

<sup>297</sup> R. Borowiecki: *Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych. Aspekt teoretyczno-praktyczny*. Difin, Warszawa 2003, s. 77.

<sup>298</sup> A. Bitkowska, G. Wójcik: *Procesy restrukturyzacji warunkiem poprawy konkurencyjności przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 2010, s. 41.



organizacja decyduje się na modyfikację swojego obecnego stanu. Zmiana zwyczaj bierze się z potrzeby dostosowania placówki do zmian zachodzących w otoczeniu lub stanowi odpowiedź na zaniechania występujące w przeszłości, może ona polegać na poprawie kondycji finansowej lub na podniesieniu wartości przedsiębiorstwa. W każdym przypadku ideą restrukturyzacji jest polepszenie dotychczasowych warunków funkcjonowania organizacji.

Przyczyny dzisiejszej niekorzystnej sytuacji w obszarze świadczenia usług medycznych należy w pewnej mierze upatrywać w ignorowaniu czynnika ekonomicznego w przeszłości. Sytuacja ta została dostrzeżona już w 1995 roku, gdy celem zaproponowanej przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia restrukturyzacji szpitali było stworzenie kryteriów zmierzających do przemyślanego i logicznego wydatkowania środków finansowych. W 1999 roku miała miejsce pierwsza poważna reforma ochrony zdrowia, która zmieniła sposób podejścia do organizacji oraz formę udzielania i rozliczania dotacji przeznaczonych na restrukturyzację szpitali. Dotacje finansowe były udzielane organom założycielskim Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej na pokrycie działalności bieżącej szpitali oraz na pokrycie kosztów wynikających z wdrażania reform w ochronie zdrowia<sup>299</sup>. Głównym zadaniem wśród proponowanych rozwiązań restrukturyzacyjnych była redukcja personelu, dopiero w kolejnym kroku zalecano tworzenie nowych zakładów medycznych, a w dalszej kolejności proponowano zadania połączone z finansowaniem in-vestycji związanych z pracami modernizacyjnymi (np. remonty placówek medycznych) i innowacyjnymi (np. zakup nowej aparatury i sprzętu medycznego). Przedstawione w takiej kolejności zadania świadczą o tym, że głównym pomysłem na polepszenie sytuacji szpitalnictwa w Polsce było obniżenie kosztów osobowych. O dotacje na przeprowadzenie restrukturyzacji mógł starać się SP ZOZ, jak również organ założycielski, jednakże o tym, której placówce medycznej zostaną przyznane środki finansowe, decydowała ocena wniosków, w której kluczową rolę odgrywał termin zakończenia procesu restrukturyzacyjnego. Zakłady, które w swoich wnioskach podały jak najszybszy termin zakończenia likwidacji placówki, miały największą szansę na pozyskanie wysokiego dofinansowania<sup>300</sup>.

Na posiedzeniu Rady Ministrów 27 kwietnia 1999 roku został przyjęty „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdro-

<sup>299</sup> 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.

<sup>300</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia*. Warszawa 1999, s. 2-4.

wia”, na który przeznaczono z budżetu państwa 338,8 mln zł, w tym 161,1 mln zł na restrukturyzację jednostek ochrony zdrowia oraz 82 mln zł na dotacje<sup>301</sup>. Ze środków programu pokryto koszty likwidacji tylko 5 zakładów opieki zdrowotnej, których organ założycielski składał wniosek o dofinansowanie. Zmiany wprowadzone w 1999 roku, mające na celu przekształcenie organizacyjno-finansowe, nie przyczyniły się do trwałego uzdrowienia sytuacji szpitalnictwa<sup>302</sup>.

Kontynuacją programu z 1999 roku był „Program restrukturyzacji w obszarze zdrowia”, który został przyjęty w 2000 roku. Na jego realizację przeznaczono z budżetu państwa 354 mln zł<sup>303</sup>. Nowy program miał uwzględniać doświadczenie nabyte przy realizacji programu z 1999 roku, dlatego w głównym założeniu miał on przebiegać sprawniej i dostarczać większych możliwości. W konsekwencji program zawierał zmianę zasad podziału środków finansowych w porównaniu do rozwiązań przyjętych przy podziale dotacji celowych w latach 1998-1999. Procedury zastosowane w 2000 roku zwiększały rolę jednostek samorządu terytorialnego jako organów założycielskich. Środki finansowe przyznawane na restrukturyzację dla poszczególnych placówek nie trafiały jednakże bezpośrednio do zakładu, lecz były przekazywane za pośrednictwem organów założycielskich i wykazywane w ich planach finansowych. Wielkość przyznanej dla poszczególnego zakładu dotacji była określana przez Minister Zdrowia, co stanowiło ograniczenie i pogwałcenie praw przyznanych organom założycielskim, które zgodnie z ustawą o ZOZ (art. 55a ust. 2<sup>304</sup>) powinny we własnym zakresie przyznawać dotacje Samodzielnym Publicznym Zakładom Opieki Zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego mogły ubiegać się o dotacje celowe na dofinansowanie bieżących zadań wynikających z poniesienia kosztów wdrażania programów restrukturyzacyjnych i osłonowych w ochronie zdrowia. Organy założycielskie nie miały bezpośredniego wpływu na wybór zadania i wielkość przyznanego dofinansowania, ocena wniosków, pomimo analiz eksperckich, mogła w dalszym ciągu wpłynąć na przyznanie mniejszej kwoty niż ta, na którą opiewał wniosek. W programie założono, że 70% przydzielonych środków finansowych miało zależeć od liczby mieszkańców danego miasta, w którym znajdował się ośrodek ubiegający się o dofinansowanie, a pozostałe 30% od jakości przygotowanego programu restrukturyzacyjnego. Oznaczało to, że placówki z niewielkich miast, które pilnie potrzebowały wprowadzenia programu naprawczego i opracowały bar-

<sup>301</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Ocena realizacji programów działań osłonowych...*, op. cit.

<sup>302</sup> G. Ciura: *Problemy restrukturyzacji szpitali publicznych w Polsce*. INFOS, „Zagadnienia Społeczno-Gospodarcze” 2010, nr 5.

<sup>303</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Ocena realizacji programów działań osłonowych...*, op. cit.

<sup>304</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. 2010, nr 230, poz. 1507.



dzo dobry pod względem merytorycznym i jakościowym program naprawczy, mogły liczyć jedynie na zaspokojenie niewielkiej części swoich potrzeb finansowych. Opóźnienia w realizacji planów restrukturyzacyjnych poszczególnych ośrodków medycznych były spowodowane w dużej mierze zastosowaniem skomplikowanych procedur przyznawania dotacji. Ze względu na przymus przeprowadzenia powtórnego postępowania na zamówienie publiczne dotyczącego wyłonienia Regionalnych Grup Wsparcia (firmy konsultingowe) dla 7 województw, 82,8% środków finansowych przyznanych na przeprowadzenie procesu restrukturyzacyjnego uruchomiono dopiero w październiku 2000 roku, mimo iż planowo środki finansowe miały zostać uruchomione do lipca 2000 roku<sup>305</sup>. Zabieg ten niewątpliwie mógł pogorszyć sytuację finansową tych ośrodków, które już podpisały kontrakty wykonawcze lub przystąpiły do realizacji przedstawionego we wnioskach projektu restrukturyzacji. Zadaniem firm konsultingowych było opracowanie programu restrukturyzacji SP ZOZ dla danego województwa oraz monitorowanie procesu realizacji opracowanego programu przy zachowaniu dodatkowej funkcji – doradczej. Regionalne programy restrukturyzacyjne tworzone przez Regionalne Grupy Wsparcia miały brać pod uwagę priorytety lokalne oraz uwzględniać restrukturyzację placówek medycznych w całym województwie<sup>306</sup>. Rezultatem wprowadzenia „Programu restrukturyzacji w obszarze zdrowia” było obniżenie kosztów osobowych, poprawa wskaźnika wykorzystania łóżek, skrócenie średniego okresu hospitalizacji oraz wzrost liczby zakładów odnotowujących stratę finansową z 30 do 41, również kwota zobowiązań wymagalnych zwiększyła się o około 55%<sup>307</sup>.

W 2001 roku przyjęto w formie rozporządzenia Rady Ministrów kolejny program, będący kontynuacją działań przyjętych w 1999 i 2000 roku („Program wsparcia na lata 2001-2002”). Analizując przyjęty program wsparcia, można dostrzec zwiększenie uprawnień wojewodów, którzy wraz z Komitetem Sterującym odpowiadali za ostateczną wersję programu<sup>308</sup>. Najważniejszym zadaniem w przyjętym na 2001 rok programie była rozbudowa i modernizacja infrastruktury województwa w celu wzmocnienia przez konkurencyjność. Dopiero drugim priorytetem w przyjętej ustawie było przeprowadzenie procesu restrukturyzacji ekonomicznej województw poprzez dywersyfikację, pobudzenie rozwoju małych i średnich firm, wsparcie lokalnych inwestycji oraz rozwój

<sup>305</sup> Najwyższa Izba Kontroli: *Informacja o wynikach kontroli wykorzystania środków publicznych na restrukturyzację w służbie zdrowia*. Warszawa 2002, s. 5-7.

<sup>306</sup> *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Tom I: Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*. Red. T. Trocki. IPIS, Warszawa 2002, s. 38.

<sup>307</sup> Najwyższa Izba Kontroli: *Informacja o wynikach kontroli...*, op. cit., s. 7-10.

<sup>308</sup> A. Domagała: *Restrukturyzacja zatrudnienia kadr medycznych w Polsce w latach 1999-2001*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ, Kraków 2003.

turystyki. Jednym z zadań wyszczególnionym w ustawie, które mogło liczyć na wsparcie, była restrukturyzacja wybranych usług publicznych<sup>309</sup>. Na realizację „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia” przyznano 393,5 mln zł, jednakże za sprawą Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001 roku w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001 faktycznie na realizację programu przyznano kwotę w wysokości 173,5 mln zł<sup>310</sup>. W efekcie środki finansowe były przyznawane według następującego udziału: 51,7% środków zostało przyznanych w ramach programu według kryterium liczby ludności w regionie, a pozostałe 48,3% zależało od spełnienia szeregu wymagań, takich jak na przykład: wielkość problemu występującego w danym regionie na tle innych regionów oraz jakość przygotowanego programu restrukturyzacyjnego<sup>311</sup>. Realizacja programu w 2001 roku przyniosła rezultat w postaci wykorzystania 45% przyznanych środków przez siedem województw – co oznaczało, że siedem województw, którym udało się w poprzedzającym roku (2001) wykorzystać powyżej 45% przyznanych środków, w roku 2002 nie otrzymało żadnych pieniędzy. Wśród województw, które nie mogły starać się o przyznanie dodatkowych środków na rozpoczęte działania restrukturyzacyjne były województwa: lubuskie (w 2001 otrzymało 100% środków), warmińsko-mazurskie (91,7%), podkarpackie (89,8%), zachodniopomorskie (89,4%), podlaskie (85,8%), kujawsko-pomorskie (80%), dolnośląskie (46,8%)<sup>312</sup>. W 2002 roku w „Programie działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia” wprowadzono zmiany mające na celu polepszenie kontroli realizacji programu, wprowadzono uwagi wniesione przez Najwyższą Izbę Kontroli oraz Komisję Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, jak również uwzględniono nierówne potraktowanie poszczególnych województw przy przekazywaniu środków finansowych w roku 2001. Z budżetu państwa na realizację przyjętego programu przyznano około 120 mln zł, z czego około 69% rezerwy przeznaczono na wydatki inwestycyjne, a pozostałe około 30% na wydatki bieżące. Ze względu na zablokowanie w 2001 roku przez Ministra Finansów 56% środków finansowych, w nowym programie wprowadzono nowy podział według innego systemu<sup>313</sup>. W efekcie tylko sześć województw otrzymało powyżej 80% przyznanych środków, a 10 – poniżej 40%. Najniższą kwotę w ramach programu otrzymało województwo łódzkie (1 mln 670 tys.),

<sup>309</sup> Ustawa z dnia 28 grudnia 2000 r. w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001-2002. Dz.U. nr 122, poz. 1326, s. 2-3.

<sup>310</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Ocena realizacji programów działań osłonowych...*, op. cit., s. 2-3.

<sup>311</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001. Kontynuacja programu z roku 1999 i 2000*. Warszawa 2001, s. 3.

<sup>312</sup> M. Przesmycka: *Program restrukturyzacji 2002. Dzielenie zapalki na czworo*. „Gazeta Lekarska” 2002.

<sup>313</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 2002*. Warszawa 2002, s. 1-2.



najwyższą śląskie (14 mln 291 tys.), co stanowi kroplę w morzu rzeczywistych potrzeb. Przykładowo w województwie lubelskim, które otrzymało około 4 mln zł dotacji budżetowych, na zadania priorytetowe potrzebnych było ponad 21 mln zł<sup>314</sup>.

W ramach kontynuacji procesu zmian w roku 2003 wprowadzono kolejny „Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia”. Celem programu była pomoc w realizacji systemowych działań restrukturyzacyjnych podejmowanych w ochronie zdrowia. Zgodnie z założeniami pierwszeństwo miały te publiczne jednostki ochrony zdrowia, które wyszczególniły w swoich programach działania prowadzące do ulepszenia procesów zarządzania, obniżenia kosztów obsługi systemu oraz zwiększenia jakości obsługi pacjenta. W porównaniu do innych zrealizowanych programów, w tym kładziono duży nacisk na zmianę systemu funkcjonowania – zarządzania daną placówką ochrony zdrowia<sup>315</sup>. Na realizację „Programu działań osłonowych w ochronie zdrowia” w ramach prowadzonej restrukturyzacji przyznano rezerwę celową w wysokości 170,0 mln zł<sup>316</sup>.

Patrząc na całość zrealizowanych reform w obszarze szpitalnictwa zamkniętego, widać konsekwencję w przyjętej długofalowej strategii dążącej do poprawy sytuacji sektora ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności skupiono się na sposobie wydatkowania środków finansowych oraz zwrócono uwagę na zasadność ponoszenia wysokich kosztów osobowych, następnie w kolejnych latach położono nacisk na zapewnienie ciągłości usług medycznych w wysoce zurbanizowanych obszarach, by w konsekwencji skoncentrować się na ulepszeniu procesów zarządzania oraz podniesieniu jakości udzielanych usług. By częściowo zmusić zamknięte zakłady opieki zdrowotnej do wzrostu aktywności w sferze realizacji przekształceń, Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej podpisał 10 maja 2011 roku ustawę wchodzącą w skład rządowego pakietu zdrowia, która mówi o tym, że samorzady, które jeszcze nie przekształciły swoich szpitali w spółki, będą zobowiązane do pokrycia ich ujemnego wyniku finansowego z własnych środków. W przypadku, gdy samorzady nie wywiążą się z narzuconego im obowiązku, zostaną zmuszone do zmiany formy organizacyjno-prawnej w ciągu 12 miesięcy<sup>317</sup>. Ustawa przyspiesza proces przekształceń w obszarze służby zdrowia w Polsce, nakładając obowiązek tworzenia nowych szpitali w formie spółek.

<sup>314</sup> Przesmycka M.: Op. cit.

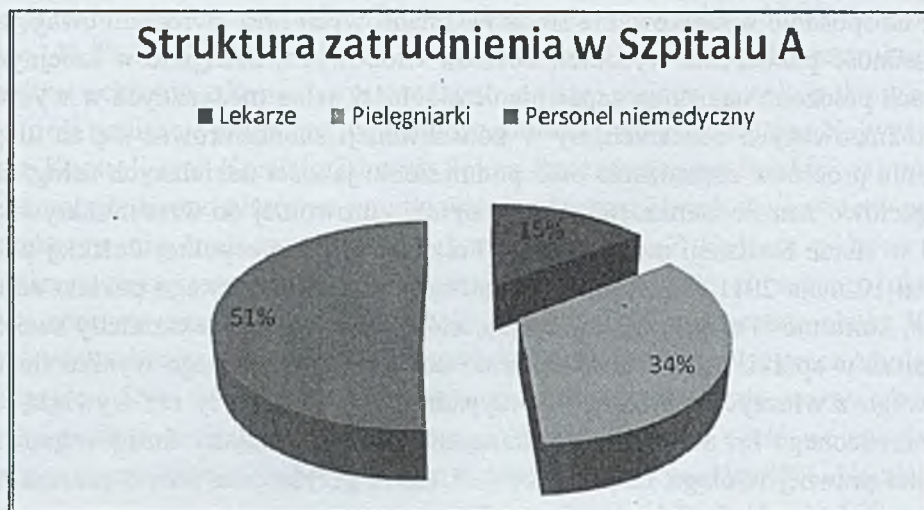
<sup>315</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Program działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 2003*. Warszawa 2003, s. 2.

<sup>316</sup> Ministerstwo Zdrowia: *Ocena realizacji programów działań osłonowych...*, op. cit., s. 3.

<sup>317</sup> <http://www.gazetaprawna.pl/>, 11.05.2011.

## 2. Proces restrukturyzacji Szpitala A

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, który został powołany przez Radę Miejską, rozpoczął swoją działalność w 2005 roku. Jego powstanie było wynikiem przeprowadzonego w Mieście programu restrukturyzacji lecznictwa zamkniętego, w następstwie którego z dwóch zlikwidowanych szpitali utworzono jeden – Szpital A. Zabieg ten pozwolił na oddłużenie nowo powstałego zakładu oraz przeobrażenie go w wielodziałową placówkę medyczną. W strukturze Szpitala znajdowały się oddziały zabiegowe oraz oddział neurologiczny, dermatologiczny i neonatologiczny, dodatkowo Szpital posiadał szeroko rozwiniętą diagnostykę oraz rehabilitację. W omawianym SP ZOZ wykonywano również usługi z zakresu świadczeń ambulatoryjnych w specjalistycznych poradniach tożsamych ze specjalnościami posiadanych oddziałów. Rocznie w placówce izba przyjęć przyjmuje około 10 tys. pacjentów, natomiast 18 tys. osób udzielane są porady w ambulatorium. Ogółem Szpital A posiadał około 350 łóżek oraz 29 miejsc dla noworodków. W placówce medycznej na dzień 30 września 2008 roku zatrudnionych było w przybliżeniu 650 osób, w tym około 100 lekarzy i około 220 pielęgniarek (rys. 2.11).



Rys. 2.11. Struktura zatrudnienia w Szpitalu A

Pierwsze problemy finansowe Szpital zanotował w 2006 roku, w momencie zaistnienia ogólnopolskich protestów o charakterze płacowym. SP ZOZ został zmuszony do sfinansowania 30% podwyżki wynagrodzeń za jeden kwartał. W kolejnych latach funkcjonowania wypłacalność pensji dla pracow-



ników była zagwarantowana ustawowo<sup>318</sup>, jednakże kosztu podwyżek za pierwszy kwartał Szpital nie był w stanie pokryć z działalności bieżącej, co zmusiło go do zaciągnięcia kredytu. Wprowadzenie w życie w 2008 roku ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – prawo o szkolnictwie wyższym<sup>319</sup>, której następstwem było ograniczenie czasu pracy lekarzy do 48 godzin tygodniowo i zmiana sposobu naliczania pensji, spowodowało wzrost kosztów funkcjonowania Szpitala. Szpital A odnotował wzrost kosztów wynagrodzeń lekarzy, ale również wzrost kosztów osobowych w pozostałych grupach zawodowych, których nie był w stanie pokryć z przychodów ze sprzedaży usług. Od roku 2006 omawiany SP ZOZ odnotowywał ujemną rentowność aktywów i kapitałów własnych. W placówce uwidocznił się problem zaburzonej struktury kapitałowej, zobowiązania krótkoterminowe nie znajdowały pokrycia w kapitałach obrotowych, co doprowadziło do obniżenia wskaźnika płynności bieżącej. Kolejną nieprzychylną tendencję dostrzeżono w obszarze zarządzania kapitałem obrotowym, gdzie odnotowano wzrost długości okresu regulowania zobowiązań, co z kolei było efektem braku umiejętności utrzymania płynności finansowej. Podstawowym źródłem finansowania działalności Szpitala był kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie jego analizy można stwierdzić, że dominujące znaczenie w osiąganych przychodach miały oddziały zabiegowe. Z roku na rok można było zauważyć tendencję wzrostową wartości kontraktów podpisanych z NFZ. Przeprowadzone analizy finansowe dotyczące dalszego prowadzenia działalności bez działań naprawczych wykazały proces prowadzący do pogłębienia zadłużenia zakładu. Przedłożony w 2008 roku plan finansowy wykazał ujemny wynik finansowy oraz około 11-procentową ujemną rentowność na działalności gospodarczej. Należy zaznaczyć, że Szpital, kierując się potrzebą wprowadzenia programu naprawczego, nie wykazał konieczności poprawy jakości udzielania świadczeń ze względu na wysokie wskaźniki odnotowane w tym obszarze. Główną przyczyną podjęcia decyzji o przeprowadzeniu procesu restrukturyzacji było dostrzeżenie nawarstwiających się problemów finansowych i organizacyjnych w placówce.

Właściciel Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (Urząd Miasta) na wniosek pracowników Szpitala podjął decyzję o przeprowadzeniu procesu restrukturyzacyjnego w celu poprawy kondycji organizacyjno-finansowej placówki. Kluczowym punktem programu zmian było utwo-

<sup>318</sup> Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Dz.U. nr 149, poz. 1076.

<sup>319</sup> Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – prawo o szkolnictwie wyższym. Dz.U. nr 176, poz. 1240.

rzenie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej powołanego przez spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, przy założeniu, że nowo powstały NZOZ będzie kontynuował działalność Szpitala A oraz równocześnie pozyskiwał nowe przychody związane z rozszerzeniem działalności i udzielaniem świadczeń na zasadach komercyjnych. Przeprowadzenie wyżej wymienionych działań wymusiło na organie założycielskim postawienie funkcjonującego Szpitala A w stan likwidacji.

Na koszt procesu restrukturyzacyjnego złożyły się koszty kredytu bankowego, odpraw pracowniczych, pokrycie zadłużenia i koszty administracyjne. Przyjęty program zmian zakładał znaczny wzrost przychodów z kontraktu podpisanego z NFZ. Ze względu na konieczność dostosowania infrastruktury Szpitala do wymogów, jakie powinny spełniać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej<sup>320</sup>, organ założycielski podjął decyzję o przyznaniu środków finansowych w wysokości około 50 mln zł na realizację programu inwestycyjnego. Dodatkowo Szpital pozyskał środki finansowe w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”.

Restrukturyzacja Szpitala A jest procesem długookresowym, obejmującym gruntowne zmiany w obszarze funkcjonowania placówki i trwa do chwili obecnej. Planowane działania w pierwszej fazie opierały się głównie na zmianie formy organizacyjno-prawnej, natomiast w drugim etapie przedsięwzięcia miały miejsce prace modernizacyjne (rys. 2.12). W 2008 roku na mocy uchwały Rady Miasta została podjęta decyzja o utworzeniu przez gminę X spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i wniesieniu do niej wkładu pieniężnego z przeznaczeniem na kapitał zakładowy. Początkowo zakładano utworzenie spółki pracowniczej o charakterze operacyjnym, do której 80% załogi zadeklarowało chęć przystąpienia i kupienia jej udziału, jednakże ostatecznie zdecydowano się na spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. Przyjęta uchwała zakładała – oprócz powołania spółki i wniesienia kapitału zakładowego – również przekazanie majątku ruchomego w postaci urządzeń, środków transportu, sprzętu i aparatury medycznej aportem do spółki. Nieruchomości zostały przekazane aktem notarialnym nowej placówce w nieodpłatne użytkowanie, co jest procesem typowym dla Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej i wynika z art. 53 ustawy z dnia 30 sierpnia 1999 roku<sup>321</sup>. Zadaniem nowo powstałego podmiotu było powołanie i prowadzenie Niepublicznego Zakładu

<sup>320</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Dz.U. nr 213, poz. 1566 z późn. zm.

<sup>321</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.

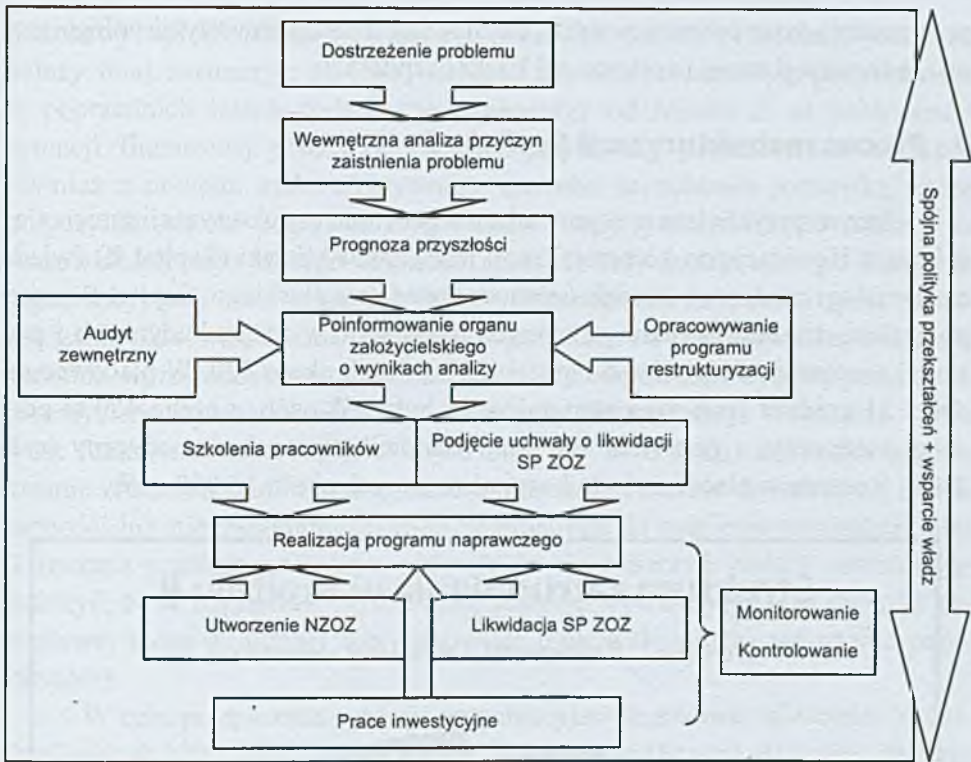


Opieki Zdrowotnej. Sam proces likwidacji oraz utworzenie nowego podmiotu przebiegały równolegle, co zapewniło bezkolizyjne przejęcie zadań likwidowanej placówki. Projekt obejmował w pierwszym etapie przejęcie zadań likwidowanego Szpitala przede wszystkim w zakresie zapewnienia stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki medycznej, udzielania całodobowych świadczeń szpitalnych oraz wywiązanie się z pozostałych świadczeń zgodnych z kontraktem podpisanym z NFZ. Wyżej przedstawione zadania wymagały podpisania z Narodowym Funduszem Zdrowia cesji kontraktu, który został zawarty na koniec roku 2008, z chwilą podpisywania nowej umowy z NFZ. W trakcie realizacji procesu likwidacji zakładu przeprowadzono wycenę majątku likwidowanej placówki, ustalono jej zobowiązania wobec wierzycieli oraz sporządzono sprawozdanie finansowe na dzień otwarcia i zamknięcie procesu likwidacji. Zgodnie z przyjętą uchwałą wszyscy pracownicy likwidowanego zakładu zostali przejęci na mocy art. 23<sup>2</sup> przez nowy zakład opieki zdrowotnej wraz z całą dokumentacją pracowniczą i medyczną<sup>322</sup>. Nowy podmiot nie przejął natomiast zobowiązań i należności Szpitala A, które po zakończeniu procesu likwidacyjnego stały się zobowiązaniami i należnościami gminy X. Łączny czas realizacji pierwszego etapu wynosił w przybliżeniu rok i rozpoczął się na początku 2009 roku. Koszt przeprowadzenia procesu likwidacji nie przekroczył kwoty 5 mln zł, a termin jego zakończenia nie przekroczył 2010 roku, co oznacza, że przyjęte na etapie planowania założenia dotyczące przyszłych kosztów oraz terminu zakończenia pierwszego etapu prac miały zaplanowaną wystarczająco dużą rezerwę, która pozwoliła na spełnienie przewidzianej koncepcji. W koszcie działań likwidacyjnych został również zawarty koszt związany z koniecznością uregulowania zaciągniętego kredytu obrotowego, którego termin zapadalności przypadał na pierwszą połowę 2009 roku. Drugi etap procesu restrukturyzacji obejmował prace inwestycyjne, które były pokrywane ze źródeł zewnętrznych, pochodzących w przeważającej części z dotacji udzielonych przez gminę X oraz z dotacji Ministerstwa Zdrowia. Ogromny poziom inwestycji budowlanych i modernizacyjnych był wynikiem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku i powinien trwać do 2016 roku. Rozporządzenie w bardzo szczegółowy sposób precyzuje wymagania przestrzenne, ogólnobudowlane i instalacyjne odnoszące się do konkretnych pomieszczeń szpitala. Najistotniejszymi zadaniami wyszczególnionymi na tym etapie prac były: przebudowa i modernizacja bloków operacyjnych z centralną sterylizacją i pomieszczeniami towarzyszącymi oraz nadbudowa kondygnacji nad pawilonami z przeznaczeniem na dwa oddziały. Najdroższym zadaniem

<sup>322</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz.U. 1998, nr 21, poz. 94.

wyszczególnionym w tej fazie projektu była nadbudowa kondygnacji nad pawilonami oraz przebudowa, modernizacja i dobudowa zespołu wejścia z komunikacją pionową i poziomą nad pawilonami. Drugim poważnym zadaniem pod względem kosztochłonności była przebudowa i modernizacja bloków operacyjnych z centralną sterylizacją i pomieszczeniami towarzyszącymi. Na trzecim miejscu uplasował się zakup aparatury i sprzętu medycznego. Łącznie wyżej wyszczególnione zadania pochłonęły około 73% przeznaczonych na ten etap środków. Kluczową rolę w powodzeniu całego przedsięwzięcia odegrała restrukturyzacja zatrudnienia, której pomyślny przebieg warunkował efektywne przeprowadzenie zmian we wszystkich obszarach działania placówki. Restrukturyzacja zatrudnienia była procesem nieuniknionym, biorąc pod uwagę sytuację, w jakiej znalazł się Szpital A. Duży wzrost kosztów osobowych w ciągu dwóch lat funkcjonowania zakładu doprowadził Szpital do głębokiej zapaści finansowej. 30-procentowa podwyżka wynagrodzeń w 2006 roku, wynikająca z uregulowań prawnych, zmiana sposobu naliczania wynagrodzeń za całodobową pracę lekarzy oraz pozostałe wzrosty płac wymuszone groźbą strajków spowodowały zaistnienie 80% udziału kosztów osobowych w przychodach. Zaproponowana restrukturyzacja zatrudnienia nie była procesem zmierzającym do redukcji personelu, ale do jego reorganizacji i przelicowania kosztów wynagrodzenia. Wyżej wyszczególniony cel został osiągnięty dzięki czasowym przemieszczeniom pracowników wewnątrz organizacji oraz stworzeniu planów etatów wynikających z reorganizacji przedsiębiorstwa. Zmniejszenie zatrudnienia było możliwe dzięki wstrzymaniu przyjęć z zewnątrz, naturalnemu i przyspieszonemu odpływowi pracowników oraz nieprzedłużaniu umów czasowych. Wprowadzenie wszystkich wyżej omówionych zmian było w znacznej mierze uzależnione od akceptacji załogi, a w szczególności kadry kierowniczej, dlatego też jednym z zadań restrukturyzacyjnych było podjęcie akcji szkoleniowej. Szpital A przeprowadził szkolenia informacyjne z zakresu zasad funkcjonowania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz szkolenia dla kadry kierowniczej z obszaru doskonalenia umiejętności zarządzania i kierowania. Równocześnie przeprowadzone zostały szkolenia dla personelu średniego związane z alokacją zatrudniania oraz z zakresu umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie z sytuacjami stresowymi itp.





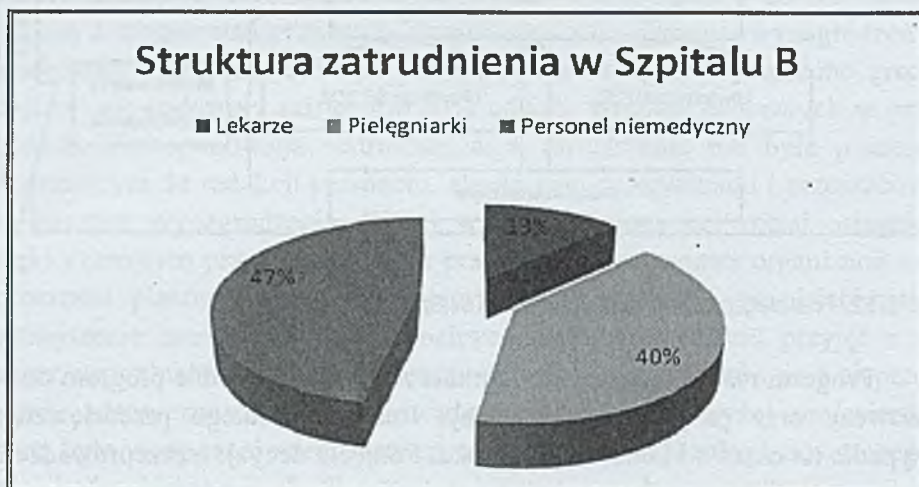
Rys. 2.12. Przebieg procesu restrukturyzacji w Szpitalu A

Program restrukturyzacyjny Szpitala A zawierał w sobie program dostosowawczy oraz program inwestycyjny. Realizacja całego przedsięwzięcia przypadła na okres od 2009 do 2016 roku. Podjęcie decyzji o przeprowadzeniu procesu restrukturyzacyjnego obejmującego likwidację starego szpitala i utworzenie na jego miejscu nowej jednostki było również spowodowane chęcią świadczenia usług komercyjnych. Największymi zagrożeniami zdefiniowanymi dla tego przedsięwzięcia były: niski kontrakt z NFZ, który nie byłby w stanie zagwarantować zakładanej w analizie finansowej kwoty przychodów oraz niewielki obszar oddziaływania usług komercyjnych na mieszkańców regionu. Na chwilę obecną szpital powstały na miejscu Szpitala A odnotował spadek przychodów o około 10% w porównaniu do zakładanego. Sytuacja ta jest spowodowana zaistnieniem jednego z wyszczególnionych zagrożeń – drastycznego obniżenia kontraktu z NFZ, co powoduje wydłużenie okresu zbilansowania szpitala do 3 lat. Placówka odnotowuje tendencję wzrostową przychodu na skutek świadczenia usług komercyjnych. Szpital nie zastosował żadnych głębokich działań outsourcingowych poza skorzystaniem z kuchni zewnętrznej. Decyzja ta nie była spowodowana przyjęciem przez Szpital polityki

przerzucania kosztów na zewnątrz, ale nieopłacalnością inwestycji polegającej na modernizacji starej i zniszczonej kuchni szpitalnej.

### 3. Proces restrukturyzacji Szpitala B

Innym przykładem przeprowadzenia procesu restrukturyzacji zmierzającej przez likwidację do komercjalizacji jest Szpital Miejski (Szpital B) świadczący usługi medyczne mieszkańcom województwa śląskiego. Szpital B przed podjęciem działań restrukturyzacyjnych mieścił się w trzech budynkach i posiadał szesnaście oddziałów o łącznej liczbie łóżek około 520. W placówce na dzień 31 grudnia 2008 roku zatrudnionych było 858 osób, z czego 450 to personel medyczny, a pozostałe 408 osób stanowił personel niemedyczny (rys. 2.13). Rocznie w placówce było hospitalizowanych około 15 000 osób.



Rys. 2.13. Struktura zatrudnienia w Szpitalu B

Główną przyczyną podjęcia przez organ założycielski decyzji o przeprowadzeniu gruntownej restrukturyzacji Szpitala B było ciągle rosnące zadłużenie placówki, które ostatecznie doprowadziło do odnotowania wielomilionowej straty. Przed rokiem 2009 wielkość zadłużenia sięgała już ponad 10 mln zł. Roczne dochody Szpitala B nie przekroczyły w 2008 roku kwoty 55 mln zł, co przy kontrakcie zawartym z Narodowym Funduszem Zdrowia na kwotę około 54 mln zł może świadczyć o jego jeszcze nie najgorszej sytuacji finansowej, jednakże na koniec roku placówka wykazała ujemny wynik finansowy – około 5 mln zł. Porównując sytuację finansową tego szpitala z sytuacją innych szpitali państwowych można stwierdzić, że uzyskany ujemny wynik



finansowy był niewielki i świadczył o nie tak dużym problemie, jednakże należy tutaj zaznaczyć, że jego wielkość zdeterminowana była pozyskaniem w poprzednich latach dodatkowych pieniędzy od Miasta Z na polepszenie sytuacji finansowej placówki. Program naprawczy postanowiono wdrożyć również z powodu mało efektywnego sposobu zarządzania jednostką, które przyczyniło się do pogłębienia jej niekorzystnej sytuacji. Częste zmiany na stanowiskach najwyższego szczebla spowodowały zanik synergii komórek organizacyjnych oraz doprowadziły do niejasnego zdefiniowania sposobu zarządzania placówką. Każda osoba nowo powołana na stanowisko najwyższego szczebla wprowadzała swoje zmiany, niestety, nie zawsze były to posunięcia przemyślane i jasno określone przez odpowiednie analizy. W okresie około 8 lat funkcjonowania Szpitala B (od 2001 do 2009 roku) dokonano pięciokrotnie zmian na stanowisku dyrektora placówki, co może świadczyć o niezaradności lub niegospodarności osób powołanych do pełnienia tej funkcji albo o ogromie problemu, z którym przyszło im się zmierzyć. Należy również zaznaczyć, że w Szpitalu B bardzo silną pozycję wywalczyły sobie związki zawodowe, które utrudniały lub całkowicie blokowały proces wdrożenia przekształceń.

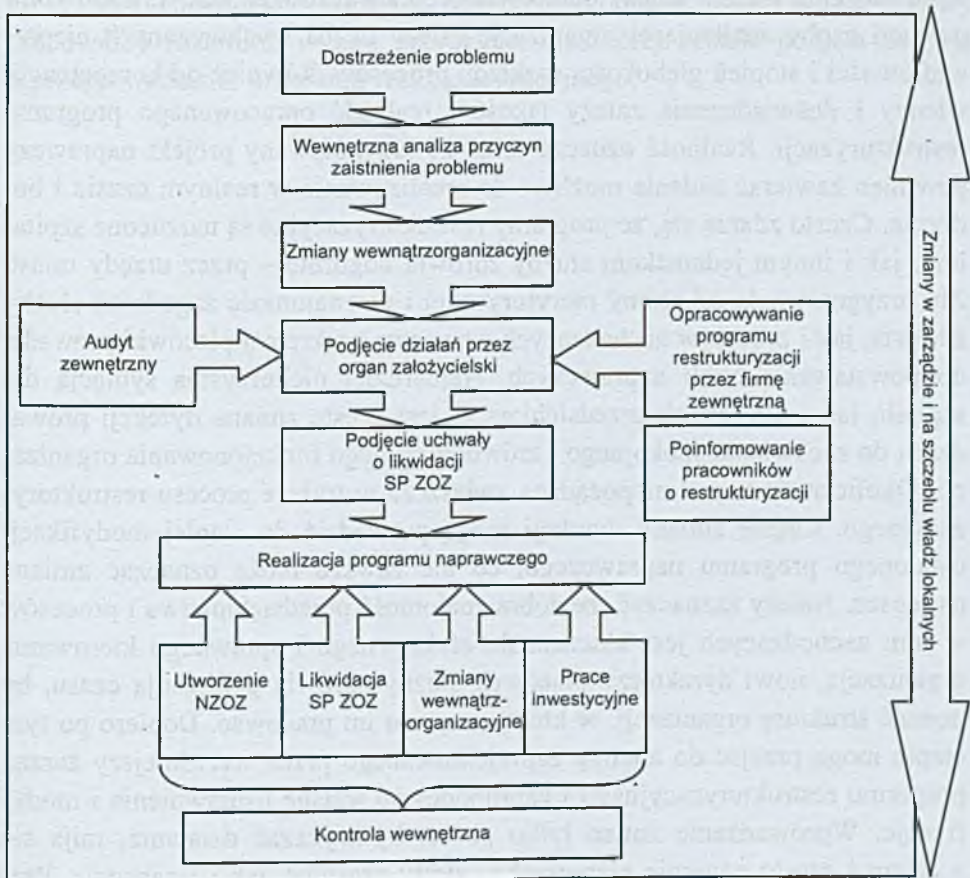
W celu polepszenia sytuacji organizacyjno-finansowej właściciel Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (Szpital B) podjął decyzję o przeprowadzeniu procesu restrukturyzacji (rys. 2.14). W roku 2008 Rada Miasta przyjęła uchwałę o likwidacji starej placówki i powołaniu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, która na miejscu Szpitala B utworzy NZOZ. Przewidziany program restrukturyzacyjny obejmował zmiany w obszarze organizacyjnym oraz modernizację nowo powstałej placówki, jak również czynności związane z procesem likwidacyjnym SP ZOZ. Jako czynności likwidacyjne wyszczególniono przeprowadzenie inwentaryzacji, windykację należności, sporządzenie bilansu na dzień otwarcia i zamknięcia likwidacji oraz kasację zużytego wyposażenia i sprzętu. Na realizację wyżej wyszczególnionych czynności przewidziano okres około 1 roku. Budynki pozostały własnością Miasta Z, jednakże zostały one oddane nowo powołanej jednostce do nieodpłatnego użytkowania. W 2010 roku powołano do życia spółkę, która na mocy art. 23<sup>1</sup> przejęła wszystkich pracowników i całą dokumentację medyczną należącą do postawionego w stan likwidacji Szpitala B. Również od tego roku nowo utworzony podmiot przejął cały zakres świadczeń należących do starego zakładu. Równoległe z pierwszym etapem programu restrukturyzacji, który obejmował zmiany organizacyjno-prawne, przeprowadzono fazę inwestycyjną, polegającą na pracach dostosowawczych do wymogów Ministerstwa Zdrowia. Przed przyjęciem uchwały rozpoczynającej proces zmian w Szpitalu B zostały przeprowadzone działania mające na celu połączenie dwóch oddziałów chirur-

gicznych w jedną jednostkę, co wiązało się z likwidacją jednego z oddziałów oraz przeprowadzeniem prac nie tylko organizacyjnych, ale i modernizacyjnych. Oddziały laryngologiczny i okulistyczny zostały przeniesione do innego budynku, procesowi likwidacji poddano oddział dermatologiczny, który nie przynosił spodziewanych dochodów, a wręcz generował niepotrzebne koszty. W ramach drugiego etapu restrukturyzacji (po zmianach organizacyjno-prawnych) zlikwidowano oddział reumatologii, który dla Szpitala był nierentowny, oraz zaprzestano prowadzenia działalności medycznej w budynku znajdującym się w innej części miasta celem przeniesienia usług do wspólnego budynku, tym samym zlikwidowano oddział chorób płuc i utworzono go na nowo w innej lokalizacji. Oddział neurologiczny został przeniesiony do innego budynku ze względu na lepsze zaplecze techniczne. Zabiegi likwidacji oddziałów oraz ich przenoszenie do części wspólnej były spowodowane koniecznością redukcji nadmiernych kosztów związanych z ciągłym transportem chorych pomiędzy pracowniami diagnostycznymi znajdującymi się w różnych częściach miasta. Niedublowanie tych samych pracowni (częściowa likwidacja) wymusiło na kadrze kierowniczej zastosowanie procesu restrukturyzacji zatrudnienia, tym samym obniżone zostały koszty osobowe. Dodatkowa korzyść z przenoszenia bądź łączenia oddziałów przejawiała się w ograniczeniu kolejnych kosztów inwestycyjnych związanych z przeprowadzeniem dodatkowych remontów, nie tyle samych oddziałów, ale całych budynków. Centralizacja świadczenia usług medycznych w jednej lokalizacji spowodowała wyeliminowanie zadań, które z góry skazane były na kosztochłonność i nierentowność. W ramach programu zmian zastosowano również procesy outsourcingowe – skorzystanie z usług zewnętrznych. Zlikwidowano wewnątrzszpitalną pralnię oraz kuchnię, zlecając świadczenie usług firmom zewnętrznym, dodatkowo przeniesiono na zewnątrz cały transport szpitalny.

Działania podjęte w ramach projektu restrukturyzacji zostały sfinansowane przez Miasto oraz pokryte z bieżącej działalności Szpitala B. Realizacja programu likwidacyjnego nie przekroczyła jak dotąd kwoty około 3 mln zł, należy jednak zaznaczyć, że do chwili obecnej (mimo podjętych w 2010 roku działań restrukturyzacyjnych i zmian administracyjno-prawnych) Szpital B w dalszym ciągu podlega procesowi likwidacji. Przedłużający się stan likwidacji jest wynikiem niemożności wyegzekwowania od wierzycieli spłaty zobowiązań. Obecnie szacuje się, że całość realizacji procesu restrukturyzacji SP ZOZ pochłoneła środki finansowe w wysokości około 90 mln zł. Kwota ta jest usprawiedliwiana ponoszeniem wydatków na wdrażanie zmian (modernizacja, reorganizacja itp.) jeszcze na długo przed podjęciem decyzji o komercjalizacji placówki, a co za tym idzie, przed wydaniem postanowienia o likwidacji Szpitala B. Można zatem stwierdzić, że jeszcze na długo przed reorganizacją całej



placówki była ona już postawiona w stan ciągłej restrukturyzacji. W dalszym ciągu w Szpitalu zachodzą zmiany na stanowiskach kierowniczych, które nie sprzyjają szybkiemu zakończeniu procesu. Aktualnie Szpital nadal nie jest w stanie się zbilansować i generuje coraz większe zadłużenie. Koszty działania Szpitala wciąż przewyższają jego przychody, sytuacja ta poniekąd wynika z zawarcia niekorzystnego (zbyt małego jak na potrzeby Szpitala) kontraktu z NFZ. Nowo powstała placówka leczy o 15% więcej pacjentów niż wynika to z zawartego kontraktu. Wycofano się z zatrudnienia zewnętrznej firmy cateringowej, która w efekcie została przejęta przez Spółkę, tym samym można ją zaliczyć do zasobów wewnętrznych Szpitala. Zabieg ten wiązał się z poniesieniem nieuzasadnionych kosztów likwidacji „starej” kuchni szpitalnej oraz przysporzył nowych kosztów związanych z zapewnieniem efektywnego funkcjonowania odrębnej działalności.



Rys. 2.14. Proces restrukturyzacji w Szpitalu B

## Podsumowanie

Niestabilność w obszarze publicznej służby zdrowia stała się nieodzownym elementem funkcjonowania placówek medycznych. Każdy podmiot świadczący usługi w zakresie ochrony zdrowia musi podejmować odpowiednie działania mające na celu dostosowanie struktury wewnętrznej do ciągle zmieniającego się otoczenia. Pierwszym elementem przeprowadzenia procesu restrukturyzacyjnego jest dostrzeżenie konieczności nieustannego przystosowywania się do procesów zachodzących na zewnątrz, jak i wewnątrz organizacji. W drugiej kolejności należy zadać sobie pytanie: „co można zrobić, by poprawić sytuację, w której obecnie znajduje się nasze przedsiębiorstwo?”. By udzielić tutaj odpowiedzi, trzeba w pierwszej kolejności poddać analizie całą organizację i dostrzec obszary, w których zaistniał problem. Po identyfikacji czynników niekorzystnej sytuacji przedsiębiorstwa lub wymagających wprowadzenia zmiany należy opracować program restrukturyzacyjny. Od kompetencji osoby analizującej organizację zależy liczba wychwyconych nieprawidłowości i stopień głębokości rozkładu procesów. Również od kompetencji, wiedzy i doświadczenia zależy jakość i realność opracowanego programu restrukturyzacji. Realność oznacza tutaj, że przygotowany projekt naprawczy powinien zawierać zadania możliwe do zrealizowania w realnym czasie i budżecie. Często zdarza się, że programy restrukturyzacyjne są narzucone szpitalom, jak i innym jednostkom służby zdrowia odgórnie – przez urzędy miast. Złe przygotowanie od strony merytorycznej i nieznanostwo zagadnień służby zdrowia, jak i procesów zachodzących wewnątrz konkretnej placówki prowadzi do powstawania buble naprawczych. Najbardziej niekorzystną sytuacją dla szpitali, jak i dla innych przedsiębiorstw, jest częsta zmiana dyrekcji prowadząca do zachwiania spokojnego i zrównoważonego funkcjonowania organizacji. Okoliczność ta jest niepożądana zwłaszcza w trakcie procesu restrukturyzacyjnego. Częste zmiany dyrekcji mogą prowadzić do ciągłej modyfikacji ustalonego programu naprawczego, co nie zawsze może oznaczać zmianę na lepsze. Należy zaznaczyć, że dobra znajomość przedsiębiorstwa i procesów w nim zachodzących jest kluczem do efektywnego i sprawnego kierowania organizacją, nowi dyrektorzy placówek służby zdrowia potrzebują czasu, by poznać strukturę organizacji, w której przyszło im pracować. Dopiero po tym etapie mogą przejść do analizy zaprojektowanego przez wcześniejszy zarząd programu restrukturyzacyjnego i zaproponować własne usprawnienia i modyfikacje. Wprowadzanie zmian tylko po to, by wykazać działanie, mija się z celem i często generuje niepotrzebne straty czasowe, jak i finansowe. Program zmian powinien wynikać z głębokiej analizy, być przemyślanym i długofalowym działaniem, a zadania w nim wyszczególnione powinny tworzyć jedną



spójną całość. Notoryczne zmiany dyrekcji mogą również wpłynąć w sposób negatywny na pracowników danej organizacji i prowadzić do wzrostu poziomu nieufności wobec nowego zarządu. Zdezorientowana załoga może nie dostrzegać konieczności wprowadzania zmian na stanowiskach najwyższego szczebla, co z kolei może wywołać panikę – syndrom tonącego okrętu. Dezorientacja, zmniejszenie zaangażowania, powątpiewanie w słuszność decyzji przełożonych oraz dostrzeganie problemów na zewnątrz organizacji wpływają na zanik akceptacji zmian zachodzących w przedsiębiorstwie. Bez poparcia pracowników nie ma możliwości wprowadzenia jakichkolwiek usprawnień czy modyfikacji. Ciągłe przekształcenia, wprowadzanie coraz to nowych rozporządzeń i „ulepszeń” powoduje powstawanie działań dysfunkcyjnych wśród załogi, która, jak wszyscy pracownicy niezależnie od rodzaju przedsiębiorstwa, nie lubi (boi się) zmian. W dużym stopniu to właśnie akceptacja przez personel zaproponowanych zmian wpływa w sposób korzystny na efektywność realizacji działań naprawczych, jednakże, nim do tego dojdzie, trzeba zadbać o to, by pracownicy rozumieli i znali przyczynę, dla której została podjęta decyzja o przeprowadzeniu programu restrukturyzacyjnego.

ZASTOSOWANIE KONCEPCJI  
ZARZĄDZANIA WTECZĄ  
W INNYCH JEDNOSTKACH  
SEKTORA PUBLICZNEGO  
– TEORIA I PRAKTYKA