

Karolina Wielicka
Politechnika Śląska

INTERESARIUSZE PROCESU RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

STAKEHOLDERS OF THE RESTRUCTURING PROCESS IN INDEPENDENT PUBLIC HEALTH CARE ESTABLISHMENTS

Słowa kluczowe: interesariusz, restrukturyzacja, zarządzanie
Key words: stakeholder, restructuring process, management

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie mapy interesariuszy jako działania istotnego z punktu widzenia skutecznego przeprowadzania procesu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W artykule przedstawiono orientacyjnie genezę powstania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przybliżono sposób prowadzenia przez nie działalności oraz wyszczególniono główne obszary, których dotyka proces restrukturyzacyjny.

Abstract

The main purpose of this article is to present the map of stakeholders as an important operation for effective restructuring processes of self-contained public healthcare centres. The paper shows the genesis of establishing the self-contained public healthcare centres and how they are managed, and specifies the main areas affected by the restructuring process.

Wprowadzenie

Chcąc przeprowadzić proces restrukturyzacji w pierwszej kolejności trzeba posiadać gruntowną wiedzę o swoim przedsiębiorstwie i zasadach jego funkcjonowania, następnie poddać analizie zmiany zachodzące na zewnątrz organizacji. Na tej podstawie możliwa jest identyfikacja przyczyn zaistnienia problemów przemawiających za rozpoczęciem działań restrukturyzacyjnych, jak również identyfikacja kluczowych działań restrukturyzacyjnych. Nie wystarczy jednak wiedzieć co trzeba zmienić, ważne jest również jak to zrobić. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) są specyficznymi organizacjami, których sposób funkcjonowania jest ściśle określony przepisami prawnymi i wynika w dużej mierze z ustaw. Sam przebieg procesu restrukturyzacyjnego obejmujące-

go swoim zakresem zmiany organizacyjno-prawne (przejście z formy SPZOZ do spółki prawa handlowego, czyli przejście z organizacji non profit do jednostki komercyjnej) jest również ściśle określony ustawowo.

Każdy proces restrukturyzacji SPZOZ w końcowym efekcie dąży do podniesienia jakości świadczonych usług medycznych i wzrostu jakości zarządzania. Czynniki, które wpływają na jego skuteczność są również Interesariusze, którzy mogą oddziaływać na proces restrukturyzacji w sposób pozytywny lub negatywny. Interesariusze mogą wywodzić się bezpośrednio z wnętrza organizacji, jak i pochodzić z zewnątrz. Rozpoznanie grup wpływu i ich stopnia oddziaływania na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które chcą podjąć działania restrukturyzacyjne pozwala na sformułowanie dodatkowych zadań restrukturyzacyjnych. Działanie te w głównej mierze wynikają z planu sterowania ryzykiem i służą do zapobiegania wystąpieniu działań niekorzystnych. Umiejętne zdefiniowanie oraz określenie stopnia wpływu interesariuszy na efektywność procesu restrukturyzacji przyczynia się w sposób bezpośredni do zmniejszenia ryzyka niepowodzenia tego procesu, a tym samym do osiągnięcia wyznaczonych dla jego potrzeb celów.

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

W polskim systemie ochrony zdrowia zakłady opieki zdrowotnej odgrywają kluczowe znaczenie. W celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania muszą one stosować się do przepisów prawnych, których zadaniem jest określenie roli i miejsca jednostek ochrony zdrowia w całym systemie. Rozwój oraz zakres funkcjonowania obecnych szpitali był i będzie regulowany przy pomocy przepisów prawnych.

W 1928 roku na mocy Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej po raz pierwszy uporządkowano w sposób całościowy większą część zagadnienia związanego z organizacją i sposobem działania szpitali. Mianem szpitala w okresie międzywojennym określono (zgodnie z Rozporządzeniem) zakład leczniczy dla osób wymagających stałego pomieszczenia celem udzielania im świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych (...). Przyjęte przepisy prawne odnosiły się już zarówno do szpitali publicznych (utrzymywanych przez Państwo oraz związki komunalne i przeznaczone dla ogółu ludności) jak i szpitali niepublicznych (pobierających opłaty za leczenie).¹ Po II wojnie światowej wprowadzono w Polsce model opieki zdrowotnej bazujący na modelu radzieckim, w którym to odpowie-

¹ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. 1928 nr 38 poz. 382).

działność za opiekę zdrowotną przejęło całkowicie państwo. Głównym elementem tego systemu był uniwersalny dostęp do usług medycznych dla całej ludności oraz finansowanie działalności leczniczej z podatków za pośrednictwem budżetu - zapewniając tym samym bezpłatny dostęp do świadczeń². Proces nacjonalizacji szpitali został zapoczątkowany w roku 1948 na skutek przyjęcia ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia. W praktyce na mocy ustawy przejęte zostały przez organy państwowe wszystkie zakłady opieki zdrowotnej – bez względu na to kto był ich właścicielem³. Władza państwowa decydowała niniejszym o wielkości przekazywanych środków finansowych, strukturze organizacyjnej danej jednostki, wyposażeniu w sprzęt medyczny i aparaturę diagnostyczną oraz o zatrudnieniach i szkoleniach⁴. Poszukiwania właściwej koncepcji reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej rozpoczęły się w 1988 roku w momencie przyjęcia ustawy o działalności gospodarczej, która w dużej mierze dotyczyła prywatyzacji rynku farmaceutycznego, jednakże miała również swój wpływ na prywatyzację świadczeń medycznych⁵. Ograniczenia wynikające z obowiązującej ustawy z 1950 roku o zawodzie lekarza zostały uregulowane ustawą z 1989 r. o izbach lekarskich, skutkiem której był wzrost uprawnień samorządów lekarskich co do możliwości oddziaływania i kształtowania funkcjonowania ochrony zdrowia⁶. W wyniku reformy administracyjnej, która miała miejsce w 1990 roku rozpoczął się proces decentralizacji. Zostały ściśle określone zadania gminy i organów administracji rządowej wobec placówek ochrony zdrowia⁷. Kluczowe znaczenie dla funkcjonowania szpitali miało przyjęcie w 1993 roku tzw. programu pilotażowego, którego celem było przejmowanie przez samorządy zakładów opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem szpitali specjalistycznych, których działalność była prowadzona przez wojewodę⁸. Podstawowym aktem prawnym odnoszącym się do sposobu funkcjonowania zakładów opieki

² Włodarczyk W.C., *Polityka Zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996 r., s.49.

³ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948 nr 55, poz.434).

⁴ Włodarczyk W.C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1998 r., s.50

⁵ Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej z udziałem podmiotów zagranicznych (Dz.U. 1988 nr 41, poz.325).

⁶ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 1989 Nr 30, poz. 158).

⁷ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz.U. 1990 Nr 16, poz. 95).

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1993 r. w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i specjalnej, które mogą być przekazywane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do ich wykonywania, a także zasady i tryb przekazania (Dz.U. 1993 Nr 65, poz. 309).

zdrowotnej stała się ustawa z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Definiuje ona zakłady opieki zdrowotnej jako utworzone i utrzymywane w celu świadczenia usług zdrowotnych wydzielone organizacje grupy osób i środków majątkowych (...). W artykule 8 niniejszej ustawy została unormowana kwestia podziału zakładów opieki zdrowotnej na publiczne i niepubliczne jednostki. Kluczem do tego podziału jest podmiot powołujący dany zakład⁹.

O statusie zakładu opieki zdrowotnej nie decyduje finansowanie jego działalności ze środków publicznych, lecz tylko i wyłącznie to jaki podmiot utworzył dany zakład. Zgodnie z ustawą z 1991 roku publiczny zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną (...). Wyżej wymienione przykładowe organy założycielskie posiadają jedną wspólną cechę, a mianowicie są organami władzy publicznej lub innymi podmiotami prawa publicznego¹⁰. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może zostać utworzony przez kościół, związek wyznaniowy, fundację, stowarzyszenie (...). Istotną jego cechą jest brak osobowości prawnej, co oznacza, że przyjmuje on formę prawną podmiotu, który go utworzył. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może z kolei prowadzić swoją działalność w trzech formach, jako jednostka budżetowa, zakład budżetowy lub samodzielny zakład opieki zdrowotnej. Dwie pierwsze wyszczególnione formy są stosowane, wtedy gdy funkcjonowanie danego zakładu usług medycznych jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie posiada żadnych przesłanek przemawiających za jego utworzeniem oraz jest przedwczesne. W tej kwestii decyzja podejmowana jest po przeprowadzeniu analiz z zakresy potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz możliwości pozyskania środków finansowych przez organ założycielski. Obecnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują jako samodzielne i niesamodzielne podmioty. Cechą różnicującą od siebie te dwa podmioty jest wspomniana wcześniej osobowość prawna – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) posiadają osobowość prawną, natomiast niepubliczne jej nie mają¹¹. Procedura powoływania samodzielnych i niesamodzielnych zakładów opieki zdrowotnej do pewnego momentu jest taka sama. Oba zakłady wymagają rejestracji w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Dodatkowo SPZOZ musi zostać zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – z chwilą wpisania uzyskuje on osobowość prawną¹². Główną

⁹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408)

¹⁰ Drozdowska U., Status prawny samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, *Prawo i Medycyna*, Nr 1/2002 (11 Vol. 4), s.113.

¹¹ Sieńko A, *Prawo ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2006, s.35-108

¹² Drozdowska U., Status prawny samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, *Prawo i Medycyna*, Nr 1/2002 (11 Vol. 4), s.113.

cechą wyróżniającą samodzielne zakłady opieki zdrowotnej poza posiadaniem przez nie osobowości prawnej jest możliwość samodzielnego utrzymywania się, co oznacza, że koszty prowadzenia działalności oraz wszelkie z tym związane zobowiązania są pokrywane z posiadanych środków i uzyskanych przychodów. Możliwości związane z utworzeniem podmiotu o takiej formie funkcjonowania wiążą się również z obowiązkiem pokrycia ujemnego wyniku finansowego (jeśli taki się pojawi) z posiadanych przez siebie funduszy. W sytuacji, gdy dany zakład nie jest w stanie samodzielnie pokryć wielkości zadłużenia, organ założycielski wydaje rozporządzenie, bądź też podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej lub likwidacji szpitala. W przypadku gdy dalsze prowadzenie działalności przez szpital wynika z braku możliwości przejęcia jego zadań przez inny podmiot organ założycielski powinien pokryć zadłużenie korzystając ze środków publicznych.

Istotną cechą wprowadzania reform w obszarze służby zdrowia jest możliwość komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej – w takim przypadku organem założycielskim zawsze będzie podmiot państwowy. Środki finansowe potrzebne na pokrycie działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może uzyskiwać od Ministra Zdrowia, organu założycielskiego, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów. W ustawie z 1991 roku dokładnie scharakteryzowano źródła pozyskiwania środków finansowych przez SPZOZ, mogą one być uzyskane z tytułu:

- odpłatnego świadczenia usług medycznych,
- wydzielonej działalności,
- pozyskania środków przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych,
- środków przekazanych na realizację innych zadań określonych w odrębnych przepisach, np.: zażegnanie epidemii chorób zakaźnych, przyjęcie osób dotkniętych klęskami żywiołowymi itp.

Kapitał majątkowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi z kolei przekazany mu w nieodpłatne użytkowanie majątek państwowy lub komunalny, którym zarządza on w sposób samodzielny. Ustawa jednocześnie narzuca ograniczenie i nie pozostawia pełnej dowolności szpitalowi na gospodarowanie swoim majątkiem. W przypadku sprzedaży, dzierżawy, najmu, użyczenia itp. proces ten może się odbyć zgodnie z zasadami ustalonymi przez organ założycielski, który posiada również uprawnienia do pozbawienia danego zakładu opieki medycznej całości lub części przekazanego mu mienia. Wyjątek ten może mieć zastosowanie w przypadku likwidacji, połączenia, podziału lub przekształcenia danej jednostki – tak więc w przypadku szeroko rozumianego pojęcia restrukturyzacji.

Na sposób w jaki obecnie funkcjonują samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej miało wpływ przyjęcie szeregu reform związanych z działalnością ochrony zdrowia. Fakt, że dzisiaj szpitale mają możliwość komercjalizacji swoich usług jest wynikiem działań podjętych od 1928 roku. Reformowanie szpitalnictwa, decentralizacja władzy oraz obwarowanie prowadzenia działalności przez zakłady opieki zdrowotnej szeregiem przepisów prawnych mają kluczowy wpływ na to, jak obecnie funkcjonują szpitale w Polsce, ale również na jakość przez nich świadczonych usług medycznych.

2. Obszary restrukturyzacji

Restrukturyzacja to fundamentalna przebudowa, która odnosi się do istotnych obszarów prowadzenia działalności przez dane przedsiębiorstwo. Zaimplementowane zmiany obejmuje swoim zakresem procesy związane z unowocześnieniem oraz przystosowaniem struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania organizacji do bieżących warunków gospodarczych¹³. Przeprowadzając analizę pojęć restrukturyzacji można stwierdzić, że stanowi ona dla przedsiębiorstwa pewnego rodzaju strategię wzrostu jego wartości, co oznacza, że na skutek wprowadzenia zmian wartość aktywów danej organizacji lub potencjał możliwości wykreowany przez jej aktywa powinien ulec zwiększeniu¹⁴. Proces restrukturyzacji zwłaszcza w sektorze ochrony zdrowia nie jest przedsięwzięciem jednorazowym, lecz działaniem długofalowym, rozłożonym w czasie. O powodzeniu tego procesu decydują przejrzyste określone cele, czynności, kierunek zmian oraz kompetencje wdrażających zmiany osób¹⁵. Wspólną cechą każdego procesu restrukturyzacji jest długofalowość oraz możliwość zachodzenia przemian we wszystkich obszarach funkcjonowania organizacji. Istotną przesłanką przemawiającą za realizacją programu restrukturyzacji jest jego przyczyna, ze względu na którą zdecydowano o podjęciu stosownych działań¹⁶. Wdrożenie procesu zmian w przedsiębiorstwie należy upatrywać w bezpośrednim zagrożeniu upadłości, likwidacji lub przejęciu przez inny podmiot danego przedsiębiorstwa.

¹³ Borowiecki R., Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych. Aspekt teoretyczno-praktyczny, Difin, Warszawa 2003, s. 77

¹⁴ Bitkowska A., Wójcik G., Procesy restrukturyzacji warunkiem poprawy konkurencyjności przedsiębiorstwa, Difin, Warszawa 2010, s. 41.

¹⁵ Dobska M., Rogoziński K. (red. nauk.), Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s.175.

¹⁶ Wielicka K., Skutki procesu restrukturyzacji na przykładzie wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W: Technologie Wiedzy w Zarządzaniu Publicznym: materiały z konferencji naukowej Jura Krakowsko-Częstochowska, 18-20 wrzesień 2011 r.

Bezpośrednim sygnałem do wszczęcia procesu restrukturyzacji jest przede wszystkim zła kondycja ekonomiczna przedsiębiorstwa, która najczęściej jest rezultatem mało efektywnego zarządzania w szczególności w obszarze zasobów finansowych¹⁷.

Przepisy prawne, a zwłaszcza ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, stworzyły fundament do wszczęcia gruntownych przemian w obszarze finansowym i organizacyjnym jednostek służby zdrowia. Zastosowanie nazwy samodzielnego zakładu odzwierciedla sposób gospodarowania finansami danego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Do momentu wejścia w życie ustawy z 1991 roku publiczne zakłady opierały się na przepisach prawa budżetowego w aspekcie gospodarowania swoimi finansami. Pierwszy program restrukturyzacyjny pojawił się w 1992 roku, projekt polegał na wyszczególnieniu szpitali ostrych oraz leczenia długoterminowego, jednakże reforma ta okazała się być martwą w skutkach. Cztery lata po ukazaniu się zapisu w ustawie dającego możliwość powstawania zakładów w formie samodzielnej zostało opracowane odpowiednie zarządzenie, które pozwalało na przekazanie samodzielnym zakładom środków publicznych. W późniejszym okresie wprowadzono również program pilotażowo-wdrożeniowy „Zakład samodzielny”, nowelizację ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁸ oraz wiele innych programów restrukturyzacyjnych. Głównym celem podjęcia działań reformacyjnych było usamodzielnienie jednostek leczniczych – obecnie wszystkie publiczne zakłady stały się samodzielnymi, jednakże taka zmiana organizacyjno-prawna funkcjonowania jednostek nie przyczyniła się do zmian w ich zarządzaniu.

Do kluczowych obszarów restrukturyzacji należy sfera finansowa, zasobów ludzkich, organizacyjna, prawna oraz własnościowa. Każda restrukturyzacja jest procesem kosztownym, w momencie podejmowania działań naprawczych aspekt finansowy nabiera jeszcze większego znaczenia. Dla podmiotów o trudnej sytuacji materialnej restrukturyzacja finansowa staje się kluczowym działaniem. Jej celem jest zażegnanie kryzysu finansowego, usunięcie przyczyn związanych z niegospodarnością oraz pozyskanie środków finansowych na dalsze działania restrukturyzacyjne. Jednym z ważniejszych czynników przeprowadzenia tego rodzaju restrukturyzacji jest odzyskanie przez przedsiębiorstwo utraconej płynności finansowej. W pierwszej kolejności działania obejmują odzyskanie w krótkim przedziale czasowym płynności finansowej (oddłużenie jednostki), dopiero potem

¹⁷ Stoner J., Wankel Ch., Kierowanie, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1994 r., s. 118.

¹⁸ Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661).

wysiłki zostają przekserowane na poprawę efektywności funkcjonowania organizacji, która w efekcie ma przyczynić się do samodzielnego wypracowania przez przedsiębiorstwo zysku, ostatni etap obejmuje działania mające na celu systematyczne podnoszenie wartości przedsiębiorstwa. Restrukturyzacja finansowa może obejmować swoim zakresem takie działania jak: transformacja zadłużenia, sprzedaż wierzytelności, windykacje należności, redukcję kosztów i wydatków, zdobycie nowych źródeł i form finansowania, polepszenie zarządzania finansami oraz samej struktury finansowej. Elementami procesu restrukturyzacji finansowej w przypadku zakładów opieki zdrowotnej może być budżetowanie oraz sekurytyzacja.

Kolejnym obszarem restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej jest restrukturyzacja zatrudnienia, której celem jest optymalizacja liczby pracowników do potrzeb jednostki medycznej. Restrukturyzacja ta może obejmować takie działania jak: redukcja personelu, łączenie i/lub zmniejszanie stanowisk pracy, rozszerzanie rozpiętości kierowania, redukcję stanowisk kierowniczych, wprowadzanie systemów motywacyjnych, wprowadzanie dodatkowych form zatrudnienia (umowa zlecenie, umowa o dzieło, kontrakt), tworzenie nowych stanowisk pracy¹⁹. Restrukturyzacja zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej może zostać realizowana poprzez zastosowanie: downsizing, outplacement, rekonwersję społeczną oraz przekwalifikowanie itp.

Restrukturyzacja organizacyjna stanowi następny obszar całościowego ujęcia restrukturyzacji podmiotów świadczących usługi medyczne. Zakres restrukturyzacji organizacyjnej może obejmować obszar wewnętrzny przedsiębiorstwa, ale również mieć na celu poprawę relacji ze środowiskiem zewnętrznym. Wśród działań we wnętrzu organizacji można wyszczególnić: likwidację oddziałów niezyskowych, scalanie niektórych działów ze sobą, utworzenie nowych oddziałów (np. dziennych, opieki długoterminowej itp.), przekształcenie niektórych oddziałów w hospicja itp., zmiany w aspekcie zarządzania łózkami (np. dostosowanie liczby łóżek do zapotrzebowania szpitala, wydzielenie łóżek opieki krótko i długoterminowej), zmianę metod leczenia, podnoszenie jakości świadczonych usług, unowocześnienie sprzętu i aparatury szpitalnej, dywersyfikacja portfela świadczeń, poprawę organizacji pracy²⁰. Powyżej zostały wymienione jedynie przykładowe czynności należące do zakresu restrukturyzacji organizacyjnej w ujęciu zakładów opieki zdrowotnej, można tu wyróżnić działania stricte organizacyjne, jak i dostosowawcze i modernizacyjne. Restrukturyzacja organiza-

¹⁹ Trocki M. (red.), Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 85-86, 91-95.

²⁰ Ibid. s. 92

cyjna posiada najszerszy zakres zmian, działania w niej ujęte dotyczą wszystkich aspektów funkcjonowania organizacji i mają wpływ na każdą komórkę organizacyjną. Przeprowadzając tego rodzaju program zmian można zastosować koncepcję Lean management, TQM, Just In Time, działania outsourcingowe, konsolidacyjne itp.

Ostatnim obszarem restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej jest sfera prawna, która nierozzerwalnie wiąże się z własnościową. Obecne przepisy prawne regulujące proces restrukturyzacji polegający na zmianie prawnej i własnościowej dają możliwość sprywatyzowania lub skomercjalizowania danej jednostki. Przez prywatyzację należy rozumieć wzrost roli sektora własności prywatnej w systemie opieki zdrowotnej, zarówno po stronie płatnika jak i usługodawcy²¹. Jej celem jest poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych, ich jakości oraz efektywności wydatkowanych środków finansowych. Komercjalizacja to przekształcenie przedsiębiorstwa państwowego w spółkę prawa handlowego, której częściowym (przeważnie z zachowaniem pakietu większościowego) lub całkowitym właścicielem jest podmiot publiczny. Obie formy zmiany prawnej funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej wiążą się ze zmianą właściciela oraz dostosowaniem do wymogów prawnych. W praktyce do zmiany formy organizacyjno-prawnej publicznego zakładu opieki zdrowotnej celem rozpoczęcia przez niego działalności jako spółka prawa handlowego jest likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz wszczęcie procedury utworzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (NZOZ), który powołuje spółkę prawa handlowego. Procedura powołania do życia NZOZ powoduje konieczność określenia podmiotu go tworzącego²². Zadaniem nowopowstałej spółki utworzonej przez NZOZ jest przejście wszystkich wcześniej realizowanych usług medycznych przez zlikwidowany SPZOZ przy zachowaniu ciągłości świadczeń, czyli bez szkody dla pacjenta.

Proces restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zazwyczaj jest wdrażany ze względu na niekorzystną sytuację w sferze finansów jednostki. Zadłużenie, brak płynności finansowej, czy niegospodarność stanowią główne przesłanki, ze względu na które zostaje podjęta decyzja o wdrożeniu programu zmian. Projekt restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zazwyczaj dotyczy wszystkich obszarów funkcjonowania organizacji, przez co jest działaniem długofalowym, wymagającym zastosowania synergii pomiędzy wyszczególnionymi działaniami (pamiętając o tym, że wdrożenie jednej zmiany w jednym obszarze wpłynie na możliwość

²¹ Tymowska K., Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, s. 15.

²² Sieńko A., Prawo ochrony zdrowia, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 108

wdrożenia innej zmiany oraz na pozostałe komórki organizacyjne) i stałej kontroli. Ze względu na to, że restrukturyzacja to przemiany zachodzące wewnątrz organizacji często ich przyczyną są „problemy” zachodzące w środku przedsiębiorstwa, ale również potrzeba adaptacji organizacji do otoczenia zewnętrznego, dlatego niektóre jednostki realizują działania mające na celu tylko podniesienie jakości świadczeń lub usprawnienie niektórych aspektów funkcjonowania. Sam proces przekształceń chociażby ze względu na swoją złożoność i szeroki zakres dotyka wielu podmiotów oraz osób, których wpływu na sukces wdrożenia programu zmian może być znaczący.

3. Interesariusze restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Restrukturyzacja jest działaniem wymagającym delikatności i staranności, jej przebieg dotyka przeważnie wszystkich istotnych obszarów funkcjonowania działalności. Ze względu na przyczynę, dla której podejmowane są działania usprawniające powodzeniem, bądź też porażką tego procesu będą zainteresowane różne strony, dlatego przeprowadzając proces restrukturyzacji nie należy zapominać o wpływie interesariuszy na jego przebieg. Interesariusze to osoby lub przedsiębiorstwa angażujące się w sposób aktywny w działania organizacji lub, których profity uwarunkowane są od pozytywnego albo negatywnego rezultatu realizacji danego przedsięwzięcia – w tym przypadku programu restrukturyzacji²³. Interesariusze w znaczny sposób wpływają na realia funkcjonowania organizacji na przykład poprzez formułowanie jej wizerunku rynkowego na zewnątrz, czy wymuszając implementacje pewnych zmian lub zaniechanie wdrażania zaproponowanych rozwiązań. Biorąc pod uwagę powyższe istotne staje się z punktu widzenia zarządzających daną jednostką zwłaszcza opieki zdrowotnej zidentyfikowanie wpływu grup interesariuszy na przebieg całego procesu restrukturyzacji, bowiem mogą oni wpłynąć na jakość, czy skuteczność przeprowadzenia tego procesu.

Przystępując do definiowania programu restrukturyzacyjnego należy poddać analizie jednostki, które mogą oddziaływać na przebieg realizacji tego procesu w sposób korzystny lub niekorzystny dla organizacji. Jedną z metod definiowania interesariuszy jest mapa BCO, w której należy zidentyfikować grupy wpływu, a następnie określić ich typ i siłę oddziaływania na proces restrukturyzacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Analiza interesariuszy

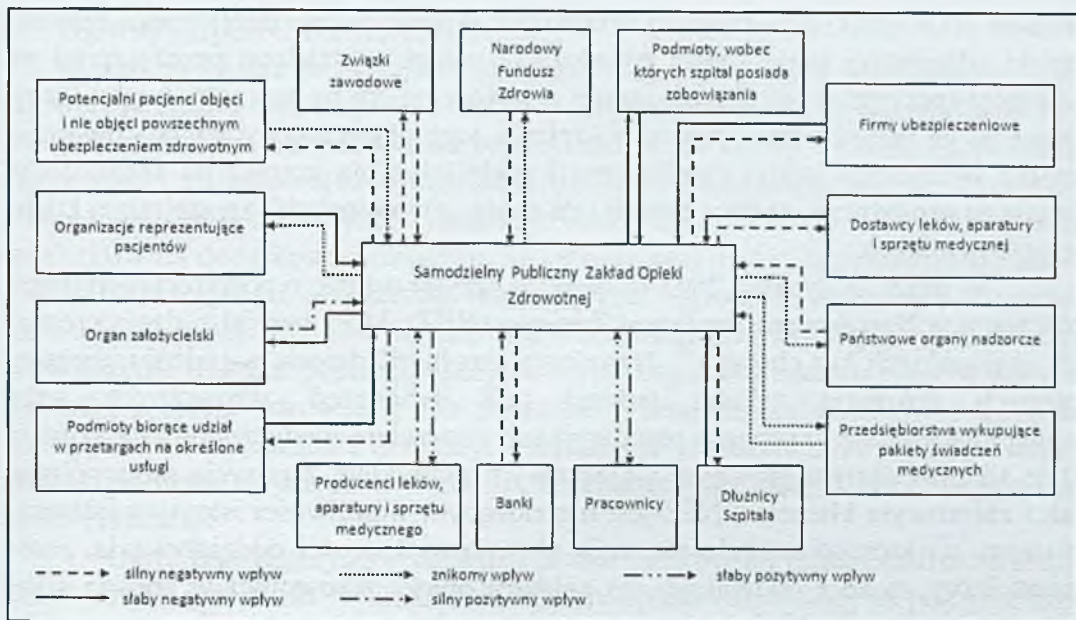
²³ Project Management Instytut, Project Management Body of Knowledge, Wydanie polskie, Management Training & Development Center, Warszawa 2009, s.25.

przedstawia w sposób hierarchiczny istotność poszczególnych interesariuszy dla realizacji przedsięwzięcia²⁴.

Na podstawie przeprowadzonych analiz dla wybranych restrukturyzujących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej znajdujących się w województwie śląskim została sporządzona zbiorcza mapa BCO odzwierciedlająca stosunek szpitali do poszczególnych grup interesariuszy oraz stopień oddziaływania interesariuszy na szpital (rys.1). Analizowane samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej charakteryzowały się wielospecjalistycznymi oddziałami, przyszpitalnymi specjalistycznymi poradniami, zatrudnieniem powyżej 300 osób (personel medyczny, techniczny i administracyjny), dużym uzależnieniem od Narodowego Funduszu Zdrowia, wspólną przyczyną podjęcia procesu restrukturyzacji, która wynikała z problemów finansowych oraz likwidacją ówczesnego zakładu opieki zdrowotnej i utworzeniem na jego miejscu spółki prawa handlowego. Sporządzając mapę BCO wyszczególniono piętnaście mogących oddziaływać na proces restrukturyzacji grup interesariuszy, należą do nich:

- związki zawodowe,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- podmioty, wobec których szpital posiada zobowiązania,
- firmy ubezpieczeniowe,
- dostawcy leków, aparatury i sprzętu medycznego,
- państwowe organy nadzorcze,
- przedsiębiorstwa wykupujące pakiety świadczeń medycznych,
- dłużnicy szpitala,
- pracownicy,
- banki,
- producenci leków, sprzętu i aparatury medycznej,
- podmioty biorące udział w przetargach na określone usługi,
- organ założycielski,
- organizacje reprezentujące pacjentów,
- potencjalni pacjenci objęci i nie objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

²⁴ Oblój K., Strategia organizacji, PWE, Warszawa 1998, s.113.



Rys. 1. Mapa interesariuszów dla procesu restrukturyzacji wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne

Silny negatywny wpływ oddziaływania został zdefiniowany przy związkach zawodowych, których zadaniem zgodnie z ustawą z dnia 23 maja 1991 roku jest reprezentowanie i obrona praw pracowników, ich interesów zawodowych, jak i socjalnych²⁵. Proces restrukturyzacji zaplanowany w analizowanych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej wiązał się z wydzieleniem pewnej puli świadczonych usług na zewnątrz organizacji, co z kolei skutkowało zwolnieniem określonej grupy pracowników. W takim przypadku, gdy planowane zwolnienia nie dotyczą jednej bądź paru osób, ze strony związków zawodowych analizowane szpitale spodziewały się protestów i innych czynności mających na celu utrudnienie lub niedopuszczenie do podjęcia działań outsourcingowych i związanych z redukcją personelu. W celu nie dopuszczenia do opisanej powyżej sytuacji, która w sposób negatywny wpłynęłaby na proces restrukturyzacji zarządy szpitali opracowały indywidualnie dostosowane do swoich potrzeb i możliwości plany zapobiegawcze. Wśród zadań przeciwdziałających wyszczególniono: uświadamianie pracowników – czynny ich udział w procesie restrukturyzacji, współpraca z Urzędem Pracy, łączenie stanowisk, przekwalifikowanie oraz po-

²⁵ Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 1991 r. Nr 55, poz. 234)

wstanie obok spółki przejmującej działalność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej innej spółki świadczącej usługi wydzielone przez szpital na zewnątrz (przypadek ten jest związany z wydzieleniem na zewnątrz kuchni szpitalnej, w jej miejscu nowopowstały szpital - jego organ założycielski - utworzył spółkę świadcząca usługi cateringowe i podpisał z nią umowę na świadczenie cateringu szpitalnego, spółka zatrudniała część „zwolnionych” ze szpitalnej kuchni pracowników).

W dniu 23 stycznia 2003 roku Sejm przyjął ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), który przejął zadania szesnastu regionalnych kas chorych²⁶. Narodowy Fundusz Zdrowia w imieniu ubezpieczonych dokonuje zakupu pewnej puli świadczeń zdrowotnych wraz z znajdującymi się w szpitalu pracownikami i sprzętem medycznym. Dla szpitala staje się tym samym głównym i kluczowym płatnikiem z pozycją monopolisty, jak i zbiorowym klientem. NFZ jest niebudzącym wątpliwości istotnym interesariuszem, na którego szpitale nie mają zbyt możliwości oddziaływania, natomiast który może i oddziałuje na zakłady opieki zdrowotnej w sposób silny i często negatywny. Niejednokrotnie zawierane kontrakty nie podlegają negocjacji, a ich wartość uzależniona jest od przyjętych przez NFZ kryteriów. Warunki kontraktowania usług medycznych są bardzo rygorystyczne, często wymuszające na poszczególnych oddziałach lub całej placówce dodatkowe inwestycje, które dla szpitali w okresie restrukturyzacji, a zwłaszcza gdy jedną z przyczyn jej podjęcia jest oddłużenie, bywają dużym obciążeniem finansowym. Reasumując NFZ wpływa na szpitale w sposób negatywny ze względu na wysokie wymagania pozwalające na przystąpienie do kontraktowania usług, notoryczne niepłacenie należności w terminie oraz zakontraktowanie mniejszej puli świadczeń niż by to wynikało z realnych potrzeb szpitala. Z drugiej jednak strony NFZ daje możliwość dalszego prowadzenia działalności szpitalom ponieważ, jest on dla nich bardzo często jedynym, bądź głównym źródłem utrzymania.

Sposób funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów je tworzących podlega ścisłej kontroli przez orany administracji rządowej, czyli Ministra Zdrowia oraz wojewodę. Ministrowi Zdrowia lub wojewodzie przysługuje prawo do zlecenia czynności kontrolnych jednostkom im podległym lub przez nich nadzorowanym. Wśród państwowych organów nadzorujących działalność szpitali można przykładowo wyszczególnić:

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Główny Inspektor Sanitarny,

²⁶ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391)

– Główny Inspektor Farmaceutyczny.

Dodatkowo kontrole w zakładzie opieki zdrowotnej może przykładowo przeprowadzić Państwowa Inspekcja Pracy, straż pożarna itp. Na skutek sprawowanej kontroli nad szpitalem państwowe organy nadzorcze często wymuszają na zakładach opieki zdrowotnej uwzględnienie działań dostosowujących do wymogów danej jednostki kontrolującej – nierzadko działania te związane są z poniesieniem wydatków na dodatkowe inwestycje nie wzięte pod uwagę przy tworzeniu planu restrukturyzacyjnego. Działaniem niwelującym zagrożenie polegające na poniesieniu kar czy też kosztów związanych z dodatkowymi inwestycjami może być prowadzenie dialogu pomiędzy państwowymi organami nadzorczymi, a danymi zakładami opieki zdrowotnej lub dokładne przeanalizowanie aktów prawnych, które pozwoli na poznanie aktualnych wymogów w stosunku do szpitala. Należy jednak pamiętać o tym, że kryteria np. kontraktowania usług z NFZ ulegają ciągłym zmianom.

Określono negatywny stopień wpływu banków na proces restrukturyzacji omawianych jednostek. Analizowane zakłady opieki zdrowotnej na pokrycie części działań związanych z procesem restrukturyzacji planowały zaciągnąć kredyt bankowy. W przypadku gdy działania restrukturyzacyjne podejmowane są w pierwszej kolejności ze względu na problemy finansowe można liczyć się z brakiem zgody banku na udzielenie kredytu, z niewystarczającą zdolnością kredytową na zaciągnięcie kredytu na kwotę wynikającą z potrzeb szpitala – uzyskanie kredytu na mniejszą wartość lub obwarowanie kredytu rygorystycznymi warunkami. W każdym z tych przypadków bank wpłynie na proces restrukturyzacji szpitala w sposób negatywny. Analizowane zakłady opieki zdrowotnej wyszczególniły jako jedno z zadań w swoim projekcie restrukturyzacji bezwzględne ściągnięcie przynajmniej 70% zobowiązań od swoich dłużników, jak również pozyskanie dodatkowych środków finansowych z innych źródeł (np. środków unijnych, darowizny, środki pozyskane od organu założycielskiego). Szpital dodatkowo chcąc pozyskać kredyt może próbować negocjacji warunków jego udzielenia, jednakże tylko i wyłącznie jeśli będzie posiadał solidne zabezpieczenie kredytu.

Dłużnikiem szpitala może być sam Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez niewypłacenie w określonym terminie wartości kontraktu, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS), który powinien pokryć należność za pacjentów nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a korzystających za usługi medycznych danego zakładu opieki zdrowotnej, przedsiębiorstwo wykupujące pakiety świadczeń medycznych (np. w poradni), zagraniczna firma ubezpieczeniowa, która nie pokryła kosztów leczenia swojego klienta w Polsce. Dłużnicy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na prowadzenie przez niego działalności

wpływają w sposób słaby negatywny, ze względu na małą możliwość ściągnięcia należności (w ostateczności na drodze sądowej). NFZ może zapłacić za usługi z opóźnieniem, jednakże zawsze ureguluje swoje zobowiązanie. Stosunkowo niewielki jest odsetek pacjentów zagranicznych podejmujących leczenie w Polsce, stąd kwota należności dla szpitala nie stanowi dużego zastrzyku finansowego, czy recepty na jego problemy. MOPS z natury prowadzonej działalności może nie posiadać wolnych środków na uregulowanie zobowiązań. Tak jak wspomniano wcześniej głównym źródłem utrzymania dla szpitala jest kontrakt z NFZ, inne pozyskiwane kwoty są marginalne, jednakże z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej borykającego się z problemem utrzymania płynności finansowej powinny być równie istotne co kontrakt z NFZ i ściągane na bieżąco w trybie natychmiastowym.

Podmioty biorące udział w przetargach na określone usługi mogą wpłynąć na proces restrukturyzacji w sposób słaby negatywny, na przykład poprzez opóźnienia w realizacji poszczególnych działań tego procesu. Analizowane zakłady opieki zdrowotnej w swoim programie restrukturyzacyjnym wyszczególniły przetargi na następujące usługi zewnętrzne: transport, badania laboratoryjne, catering oraz usługi informatyczne.

W celu obrony interesów pacjenta powstało wiele organizacji i instytucji. Przykładowo można wyszczególnić Rzecznika Praw Pacjenta oraz Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”. Organizacje reprezentujące pacjentów na funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej wpływają w sposób słaby negatywny. Mogą przyczynić się do zniesławienia szpitala, czy poinformować o nieprawidłowościach w nim zachodzących stosowne państwowe organy nadzorcze. W dużym jednak stopniu działania organizacji reprezentujących pacjentów nie dotyczą bezpośrednio całego szpitala, lecz jego pracowników. Szpital nie posiada praktycznie żadnej możliwości wpływania na te organizacje.

Zobowiązania szpitala wynikają z braku lub nieterminowego regulowania przez niego zobowiązań, przykładowo mogą to być zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, Urzędu Miejskiego – Wydziału Podatkowego oraz pracowników, czy dostawców leków, aparatury i sprzętu medycznego. Z punktu widzenia analizowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wpływ podmiotów, wobec których szpital posiada zobowiązanie został określony jako słaby negatywny. Powyżej wymienione organizacje, urzędy i instytucje chcąc ściągnąć swoje należności w ostateczności wystąpią na drogę sądową, nakładając wcześniej na szpital stosowne kary i odsetki z tytułu braku uregulowania należności w terminie. W przypadku pracowników ich interesy mogą być reprezentowane przez stosowne związki zawodowe, z drugiej strony pracownicy mogą wystąpić z pozwem zbiorowym skierowanym przeciwko pra-

codawcy. Sytuacje te nie zdarzają się jednak często, przeważnie poprzedzone są ugodą i spłatą zobowiązań na zaakceptowanych przez obie strony warunkach.

Firmy ubezpieczeniowe oraz dostawcy leków, aparatury i sprzętu medycznego również wpływają na funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej w sposób słaby negatywny. Firmy ubezpieczeniowe dla szpitala stanowią spore wyzwanie finansowe. Często narzucają szpitalowi określone wymogi do spełnienia w celu zawiązania z nim umowy ubezpieczeniowej. Biorąc pod uwagę ubezpieczenie również na czas restrukturyzacji, dla firmy ubezpieczeniowej szpital stanowi duże ryzyko, chociaż by ze względu na przykładowy wzrost błędów w sztuce lekarskiej spowodowany stresem wynikającym z niepewności co do dalszego funkcjonowania szpitala. Dostawcy z kolei mogą narazić szpital na nieterminowe, czy nieregularne dostawy (jest to istotne zwłaszcza z punktu widzenia dostaw leków), które mogą być wynikiem strachu przed brakiem zapłaty.

Pozostali wyszczególnieni na mapie BCO interesariusze wpływają na działalność szpitala w sposób silny bądź słaby pozytywny lub znikomy (określenie wprowadzone w celu zobrazowania niewielkiego, niezauważalnego wpływu). Do interesariuszy posiadających znikomy wpływ na funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej należą pacjenci posiadający i nieposiadający powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (obecnie popyt nadal przewyższa podaż) oraz przedsiębiorstwa wykupujące pakiety świadczeń medycznych (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ma możliwości odpłatnego świadczenia usług). Do interesariuszy posiadających pozytywny wpływ na działalność szpitala, czy podjęty przez niego proces restrukturyzacyjny należą pracownicy, którzy niejednokrotnie sami odczuwają potrzebę restrukturyzacji swojego miejsca pracy, producenci leków, aparatury i sprzętu medycznego, którzy w procesie restrukturyzacji widzą przyszły potencjalny zysk przez co są skłonni do ustępstw z tytułu uregulowania wobec nich zobowiązań oraz organ założycielski, na wniosek którego możliwe jest rozpoczęcie zmiany formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania danego zakładu opieki zdrowotnej oraz który przejmuje całość bądź część zadłużenia szpitala.

Podsumowanie

Na skuteczność procesu restrukturyzacji wpływa wiele czynników, jednym z nich jest umiejętne zarządzanie grupami interesariuszy biorących udział w tym procesie w sposób świadomy bądź też nie. Interesariusze mogą zaważyć o efektywności restrukturyzacji, która w głównej mierze zmierza do podniesienia jakości świadczonych usług i jakości zarządzania danym zakładem opieki zdrowotnej. Tworząc plan restrukturyzacji obejmujący swoim zasięgiem zmiany organizacyjno-prawne oraz modernizacyjne samodzielne publiczne zakłady opieki

zdrowotnej powinny w pierwszej kolejności zdefiniować interesariuszy tego procesu. Umiejętne rozpoznanie grup wpływu pozwoli na określenie ich stopnia oddziaływania na przebieg zmian. Jedną z metod służących do identyfikacji interesariuszy oraz stopnia ich wpływu na szpital i poziomu wpływu szpitala na nich jest mapa BCO. Posługując się mapą interesariuszy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jak i inne przedsiębiorstwa mogą odpowiednio dostosować swój plan restrukturyzacyjny, tak by zapobiec negatywnym oddziaływaniom poszczególnych grup wpływów. Jest to działanie zmierzające do umiejętnego zarządzenia sytuacjom, które dla pomyślnego przebiegu procesu zmian mogą stanowić zagrożenie. Mapa interesariuszy jedynie identyfikuje członków wpływających na działalność danej organizacji lub przebieg przedsięwzięcia zmuszając przy tym do określenia ich stopnia wpływu. W przypadku restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powinna stanowić punkt wyjścia do określenia zagrożeń dla danego przedsięwzięcia. Na jej podstawie możliwe jest sporządzenie planu sterowania ryzykiem projektu i ujęcie odpowiednich działań w programie zmian. W tym przypadku podjęcie dodatkowych zadań w procesie restrukturyzacji może przyczynić się do zwiększenia efektywności tego procesu, a nawet wpłynąć na wzrost jego wartości dodanej, przez którą rozumie się nie ujęte w celach przedsięwzięcia dodatkowe korzyści.

Literatura

- [1] Bitkowska A., Wójcik G., *Procesy restrukturyzacji warunkiem poprawy konkurencyjności przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2010
- [2] Borowiecki R., *Zarządzanie restrukturyzacją procesów gospodarczych. Aspekt teoretyczno-praktyczny*, Difin, Warszawa 2003
- [3] Dobska M., Rogoziński K. (red. nauk.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
- [4] Drozdowska U., *Status prawny samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna, Nr 1/2002 (11 Vol. 4)
- [5] Obłój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 1998
- [6] Project Management Instytut, *Project Management Body of Knowledge*, Wydanie polskie, Management Training & Development Center, Warszawa 2009
- [7] Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. 1928 nr 38 poz. 382)
- [8] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1993 r. w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i specjalnej, które mogą być przekazywane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do ich wykonywania, a także zasady i tryb przekazania (Dz.U. 1993 Nr 65, poz. 309).
- [9] Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2006
- [10] Stoner J., Wankel Ch., *Kierowanie*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1994

- [11] Trocki M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002
- [12] Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999
- [13] Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 1989 Nr 30, poz. 158).
- [14] Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661)
- [15] Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej z udziałem podmiotów zagranicznych (Dz.U. 1988 nr 41, poz.325)
- [16] Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 1991 r. Nr 55, poz. 234)
- [17] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391)
- [18] Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948 nr 55, poz.434)
- [19] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408)
- [20] Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz.U. 1990 Nr 16, poz. 95)
- [21] Wielicka K., *Skutki procesu restrukturyzacji na przykładzie wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. W: *Technologie Wiedzy w Zarządzaniu Publicznym: materiały z konferencji naukowej Jura Krakowsko-Częstochowska, 18-20 wrzesień 2011*
- [22] Włodarczyk W.C., *Polityka Zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996
- [23] Włodarczyk W.C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1998