

7 UWARUNKOWANIA KSZTAŁTOWANIA STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ UKIERUNKOWANEJ NA PROCESY W POLSKICH SZPITALACH

Roman Andrzej Lewandowski

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

1. Wstęp

Od lat 90. zarządzanie procesowe jest postrzegane jako obiecujące podejście do usprawniania firm i zwiększania ich orientacji na klienta. Podejście to przenika również do placówek ochrony zdrowia. Przed przystąpieniem do planowania zmian struktury organizacyjnej, związanej z wprowadzeniem zarządzania procesowego, w pierwszym rzędzie należy zidentyfikować uwarunkowania, które w najistotniejszy sposób wpływają na możliwość dokonania tych zmian. Uwarunkowania te są opisane w literaturze dotyczącej przedsiębiorstw, natomiast brakuje badań zajmujących się czynnikami strukturotwórczymi w organizacjach ochrony zdrowia.

Proste przenoszenie do jednostek medycznych wiedzy, doświadczeń i metod wykorzystywanych przy projektowaniu procesów i struktury w przedsiębiorstwach jest ryzykowne z uwagi na dużą specyfikę tego sektora. Dlatego też celem niniejszej pracy jest identyfikacja i hierarchizacja uwarunkowań wpływających na możliwość kształtowania struktury organizacyjnej w polskich szpitalach.

2. Charakterystyka czynników strukturotwórczych w kontekście zarządzania procesowego

Klasyczne rozwiązania organizacyjne są oparte na podziale systemu według kryterium tożsamości funkcji, zadań, umiejętności pracowników, lokalizacji geograficznej, itp. Od lat 90. ubiegłego wieku zaczęto uważać, że nowoczesne organizacje powinny być skonstruowane według kryterium tożsamości ciągów działań, prowadzących do zdefiniowanego, oczekiwanego i akceptowanego

przez odbiorców efektu końcowego [5, s. 46]. Tym efektem jest wyrób¹. Zarządzaniu powinny być poddane przepływy pracy od początku do końca, bez względu na podział i przyporządkowanie funkcji do obszarów działania, czy też struktur organizacyjnych przedsiębiorstwa [4, s. 68]. Taki sposób budowy organizacji traktuje proces jako dynamiczny obiekt, wokół którego konstruuje się system wewnętrznych relacji pomiędzy. W podejściu tym nie usprawnia się działania poszczególnych funkcji, lecz koncentruje się na optymalizacji procesów. Odpowiednie funkcjonowanie procesów wymaga przeobrażenia struktury organizacyjnej tak, aby minimalizować liczbę granic, przez które te procesy przechodzą [13, s. 259-260].

W literaturze przedmiotu trudno doszukać się opracowań jednoznacznie określających optymalny kształt struktury w kontekście zarządzania procesowego, ale badacze są zgodni co do faktu, że struktura organizacyjna powinna być dostosowana do funkcjonujących procesów [6, s. 95; 13, s. 259; 16, s. 334; 17, s. 6-12; 15, s. 181-183].

Modyfikacja struktury organizacyjnej jest skomplikowana i długo-trwała. Wymaga od kierownictwa nie tylko uprzedniej analizy formalnej struktury organizacyjnej, identyfikacji jej słabych i mocnych stron, ale również rozpoznania wpływu struktury nieformalnej [11, s. 322]. To, jaka struktura panuje w organizacji, zależy od wielu czynników. Do najczęściej wymienianych w literaturze należą: strategia [18, s. 218; 3, s. 133; 8, s. 82], kultura organizacji [18, s. 218; 10, s. 127; 19, s. 228; 1, s. 168; 8, s. 81], otoczenie [18, s. 218; 2, s. 133; 10, s. 127; 20, s. 49; 19, s. 229;], prawo [8, s. 81], technologia [18, s. 218; 2, s. 133; 10, s. 127; 20, s. 49; 19, s. 228; 1, s. 168; 8, s. 81], złożoność organizacji [19, s. 230; 9, s. 186, 8, s. 82], historia [8, s. 79], ludzie [2, s. 133; 20, s. 49].

Ponadto jednym z istotnych uwarunkowań kształtujących rozwiązania w sferze organizacji i zarządzania są poglądy wyższego kierownictwa, najczęściej twórców konkretnych rozwiązań [5, s. 18-19]. Na kształt wdrażanych struktur ma również wpływ wiedza i nastawienie pozostałych członków organizacji. Kierownictwo, planując strukturę organizacyjną, jest ograniczone nie tylko swoją wiedzą, doświadczeniami i poglądami, ale również możliwościami realizacyjnymi podległych mu pracowników.

3. Metoda badawcza

Badania przeprowadzono dwuetapowo. W pierwszym etapie zidentyfikowano czynniki wpływające na strukturę organizacyjną, w drugim przeprowadzono badania ankietowe, których celem było określenie siły wpływu tych czynników na możliwość zmiany struktury organizacyjnej w kierunku zarządzania procesowego.

¹ Norma PN EN ISO 9000:2006 wyróżnia cztery ogólne kategorie wyrobu: usługi (np. transport, świadczenie zdrowotne); wytwór intelektualny (np. program komputerowy, słownik); przedmiot materialny; materiały przetworzone (np. smar).

W pierwszym etapie przeprowadzono obszernie wywiady z czterema dyrektorami szpitali prosząc o określenie czynników, które ich zdaniem mają istotny wpływ na możliwość zmiany struktury organizacyjnej. Szpitale, w których przeprowadzono wywiady zostały dobrane celowo tak, aby obejmowały najczęściej występujące rodzaje jednostek w Polsce. Tak więc do badań wybrano dyrektorów następujących szpitali: dużego wielospecjalistycznego szpitala wojewódzkiego – powyżej 800 łóżek; dużego szpitala powiatowego – pow. 350 łóżek; małego szpitala powiatowego – 150-200 łóżek oraz szpitala monoprofilowego, zachowawczego.

Do drugiego, ilościowego etapu badań (do konstrukcji ankiety) wykorzystano 15 wskazanych przez dyrektorów czynników, z tym, że uwzględniono tylko te, które powtórzyły się przynajmniej w dwóch wywiadach. Dodatkowo w ankietach proszono o podanie następujących informacji: jaka jest forma prawna szpitala, jaki podmiot jest organem założycielskim, czy szpital certyfikował swój system zarządzania za zgodność z normą ISO serii 9000, czy brał udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości, czy wykonuje zabiegi operacyjne, ile posiada łóżek, ile jest w szpitalu oddziałów i poradni specjalistycznych.

Ankieta była skierowana do dyrektorów szpitali i została rozesłana drogą mailową do wszystkich organizacji posiadających więcej niż 50 łóżek w Polsce (z wyłączeniem sanatoriów). Adresy mailowe zaczerpnięto z ogólnie dostępnego rejestru zakładów opieki zdrowotnej². Respondentów poproszono o określenie siły wpływu poszczególnych uwarunkowań na zmiany struktury organizacyjnej. Do badania intensywności wpływu wykorzystano 7-mio stopniową skalę, gdzie wartość 1 oznaczała brak wpływu, a wartość 7 bardzo silny wpływ. Ankieta była poprzedzona pismem przewodnim, w którym wyjaśniono cel badań oraz zamieszczono krótkie wprowadzenie teoretyczne dotyczące struktur organizacyjnych. Ankiety wysłano łącznie do 802 placówek, serwer pocztowy odrzucił 58 adresów, a otrzymano zwrot 36 prawidłowo wypełnionych ankiet, co stanowi 4,8% dostarczonych ankiet. Badania ankietowe przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2009 roku. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program STATISTICA 7.1.

4. Wyniki badania

W trakcie wywiadów dyrektorzy byli proszeni również o wyjaśnienie, jaka ich zdaniem, jest przyczyna wpływu poszczególnych uwarunkowań na możliwość zmiany struktury organizacyjnej. Poniżej przedstawiono usystematyzowane wyniki wywiadów:

1. Uwarunkowania historyczne wynikają z pozostałości struktury po systemie ochrony zdrowia funkcjonującym w poprzednim systemie

² Adresy mailowe zostały pobrane z ogólnodostępnego rejestru zakładów opieki zdrowotnej administrowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. <http://www.rejestrzoz.gov.pl>

politycznym³, kilkudziesięcioletniej tradycji szpitala oraz doświadczeń pracowników, w tym kadry zarządzającej i to zarówno na poziomie jednostki, jak i organu założycielskiego.

2. **Kultura organizacyjna** w polskich szpitalach, jak wskazali interlokutorzy, wynika m.in. z: (1) wieloletniego funkcjonowania systemu ordynatorskiego, w którym ordynator niepodzielnie kieruje personelem i zasobami fizycznymi organizacyjnie i architektonicznie wydzielonego oddziału. W wielu przypadkach ordynator praktycznie nie odpowiada za wyniki finansowe oddziału; (2) barier pomiędzy grupami zawodowymi (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, technicy); (3) wciąż wyznawanego przez część osób zajmujących się leczeniem i organizacją ochrony zdrowia biomedycznego modelu zdrowia i choroby, który rozpatruje zdrowie i chorobę tylko w kategoriach anatomii, fizjologii, biochemii, mikrobiologii i podkreśla interwencje czysto medyczne i inżynierskie, w którym znawcą wszystkiego w tym obszarze jest lekarz (inżynier od spraw organizmu i zdrowia)⁴.
3. **Stosowana w szpitalu technika i technologia** podlega szybkim przeobrażeniom. Nowoczesna aparatura medyczna, procedury lecznicze i techniki zabiegowe wymagają wprowadzania zmian w organizacji procesu terapii, co często wymusza również zmiany w strukturze organizacyjnej.
4. **Obowiązujące prawo** normuje wiele aspektów funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia. Regulacje, które były najczęściej wskazywane przez interlokutorów dotyczą:
 - a. Konieczności rejestrowania oddziałów ze ściśle określoną liczbą łóżek w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej⁵. Prawo wymaga, aby do wniosku rejestrowego dołączać szczegółowy projekt budowlany oddziału wraz z opinią służb sanitarnych. Jak wskazywali rozmówcy, ścisły podział przestrzeni łóżkowej utrudnia reagowanie na zmienne w czasie (np. sezonowo) potrzeby zdrowotne populacji obsługiwanej przez szpital.

³ Praktycznie do reformy systemu ochrony zdrowia przeprowadzonej w 1999 roku w Polsce funkcjonował system częściowo przeszczepiony ze Związku Radzieckiego, tzw. „system Siemaszki”.

⁴ Obecnie kategorie zdrowia i choroby rozumie się znacznie szerzej. Zdrowie jest rozpatrywane jako zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości oraz prowadzenia produktywnego i sensownego życia w sferze społecznej, jak i osobistej [14, s. 4]. Jest to socjoeologiczny model zdrowia, w którym istotną jest współpraca z pacjentem w trosce o jego zdrowie, a profesjonalisci medyczni nie są już tylko inżynierami leczącymi mechanizm ludzkiego organizmu, ale postrzegają człowieka w sposób całościowy, widząc również jego sferę emocjonalną, duchową i społeczną.

⁵ Rejestrację zakładów opieki zdrowotnej reguluje m. in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu rezerwowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U.04.170.1797).

- b. Warunków kontraktowania usług przez publicznego płatnika⁶. W tym zakresie zwracano uwagę na dwa zagadnienia: ich szczegółowości i braku uwzględniania lokalnych przesłanek i rozwiązań oraz częstej ich zmiany. Szczególnie duża zmienność warunków w czasie (najczęściej raz do roku) utrudnia projektowanie struktury organizacyjnej, gdyż w tym zakresie zmiany zachodzą powoli i mogą trwać lata.
- c. Konkursów na stanowiska kierownicze⁷. Komisje konkursowe w większości składają się z przedstawicieli zawodów medycznych, stąd weryfikacji podlega przeważnie wiedza medyczna, a nie wiedza i doświadczenie z zakresu organizacji i zarządzania.
5. **Przyjęta przez szpital strategia w zależności od stopnia jej modyfikacji może istotnie wpływać na strukturę organizacyjną.**
6. **Trudności (a nawet zupełny brak możliwości) wyznaczenia wskaźników jakościowych procesów medycznych.** Dla większości produktów i usług ich jakość jest blisko związana z satysfakcją, ponieważ można założyć, że klient jest w stanie ocenić tę jakość. Natomiast w przypadku usług medycznych, gdy rozpatruje się je z punktu widzenia skuteczności interwencji medycznej, ma ograniczone zastosowanie. Badania satysfakcji pacjentów umożliwiają ocenę w zasadzie tylko percepcji jakości usług, gdyż pacjent samodzielnie nie jest w stanie stwierdzić, czy uzyskano w jego przypadku najlepsze możliwe do osiągnięcia rezultaty, uwzględniając dostępną w danym czasie wiedzę i technologie medyczne [12, s. 253-266].
7. **Złożoność organizacji sprawia, że planowanie i wdrażanie zmian struktury jest bardziej skomplikowane i długotrwałe. Wymaga również zaangażowania**

⁶ Do 31 grudnia 2009 roku szczegółowe warunki kontraktowania usług medycznych określał swoim zarządzeniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Jesienią 2009 roku szczegółowe warunki kontraktowania zostały określone w aktach wyższego rzędu, a mianowicie w Rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach. Zmiana ta wywołuje daleko idące reperkusje: zarządzenia Prezesa NFZ dawały możliwość rezygnacji lub zmniejszenia niektórych warunków w zamian za obniżenie ceny, natomiast Rozporządzenia Ministra takich możliwości nie dają, co zmusza jednostki ochrony zdrowia, w przypadku niemożności spełnienia wszystkich wymogów, do przeprofilowania lub rezygnacji ze świadczenia danej usługi. Największe trudności szpitale mają ze sprostaniem wymogom kadrowym. Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że decyzja zwiększająca minimalną liczbę zatrudnianych lekarzy na oddziałach szpitalnych jest słuszną, gdyż podnosi jakość. Ale praktyka pokazuje, że w takich sytuacjach szpitale rezygnują z udzielania świadczeń ambulatoryjnych (poradni) przenosząc specjalistów do usług stacjonarnych, które są wyżej wycenione. Powoduje to dalsze pogorszenie dostępności do porad specjalistycznych i podnosi koszty, gdyż część pacjentów, która mogła być leczona ambulatoryjnie przechodzi do opieki stacjonarnej. Podnoszenie wymogów kadrowych nie zawsze jest korzystne, szczególnie, gdy intencją działania było ograniczanie podaży usług stacjonarnych.

⁷ Zgodnie z art. 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89) w publicznych szpitalach należy przeprowadzać konkursy na następujące stanowiska: kierownika zakładu, z wyjątkiem kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej; zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem; ordynatora; kierownika – kierownika kliniki; ordynatora – kierownika oddziału klinicznego; naczelną pielęgniarkę; przełożoną pielęgniarek zakładu; pielęgniarkę oddziałową.

zowania większej liczby osób w sam proces informowania i szkolenia personelu. Poprzez złożoność organizacji szpitala rozumie się liczbę oddziałów szpitalnych, poradni oraz rozpiętość specjalności medycznych. Szpital, który posiada wyłącznie oddziały psychiatryczne, czy rehabilitacyjne, jest traktowany jako mniej złożony niż szpital posiadający podobną liczbę oddziałów ale w wielu specjalnościach, np. pediatria, oddziały zabiegowe, oddziały położnicze, intensywne opiece i oddział ratunkowy.

8. **Wiedza kadry zarządzającej z zakresu organizacji i zarządzania** jest kluczowa w samym akcie inicjującym jakiegokolwiek przemyślane zmiany organizacyjne. Rozmówcy wskazywali na fakt, że co prawda można polegać na zarządzaniu intuicyjnym, ale trudno sobie wyobrazić, aby zmiany w kierunku dopasowania struktury do zarządzania procesowego prowadziły osoby niemające na ten temat żadnej wiedzy. Pytani dyrektorzy w większości stwierdzili, że na kształt struktury organizacyjnej w znacznym stopniu wpływają poglądy i doświadczenia najwyższego kierownictwa w sferze zarządzania.
9. **Wiedza pozostałych pracowników z zakresu organizacji i zarządzania** nie jest tak istotna w początkowej fazie planowania zmian struktury organizacyjnej, ale powinna być uzupełniona w trakcie wdrożenia, a co najważniejsze, w jednostce musi być zorganizowany efektywny system komunikacji, aby przeciwdziałać pojawiającemu się oporowi wobec zmian, wynikającemu ze strachu przed pogorszeniem własnej pozycji w organizacji lub nawet przed utratą pracy.
10. **Duża specjalizacja personelu medycznego i stosowany system licencjonowania⁸** utrudniają zastępowanie się pracowników. W wielu dziedzinach gospodarki występują stanowiska pracy, które mogą zajmować tylko osoby posiadające formalne uprawnienia (np. budowlane, architektoniczne, elektryczne), ale w niewielu występuje tak duże ich nasycenie. W szpitalach praktycznie cały personel medyczny może się zastępować jedynie w bardzo ograniczonym zakresie i to nie tylko z powodu braku wiedzy i umiejętności, ale również z powodu formalnych wymogów publicznego płatnika.
11. **Nastawienie i determinacja dyrektora naczelnego** charakteryzuje natężenie woli do wprowadzania zmian. Wdrażanie nowych rozwiązań, szczególnie w zakresie struktury, kiedy mamy do czynienia z przewartościowaniem pozycji poszczególnych osób w organizacji, prowadzi do wielu konfliktów i dużego oporu. W takiej sytuacji, jak wskazali interlokutorzy, nie wystarczy wiedza, nawet najbardziej gruntowna, gdyż jeśli zabraknie determinacji do podjęcia trudu i ryzyka do wcielenia opracowanych rozwiązań, to nie w organizacji się nie zmieni.

⁸ Na przykład, lekarze, a również częściowo i pielęgniarki oprócz prawa wykonywania zawodu muszą uzyskiwać stopnie specjalizacyjne uprawniające do leczenia określonej grupy osób lub schorzeń (pediatria, geriatryka, endokrynologia, itp.). Specjalizacja lekarska trwa średnio ok. 5 lat i kończy się egzaminem.

12. Niedohór personelu specjalistycznego występuje również z powodu jego dużej specjalizacji. Powoduje to znaczny wzrost siły negocjacyjnej personelu medycznego, szczególnie lekarzy. Dla przykładu: pomimo zatrudniania przez szpital 300 lekarzy i ich nadmiaru w niektórych obszarach, i tak występuje konieczność zatrudnienia konkretnego specjalisty, jeżeli go brakuje, chociażby z uwagi na wymogi publicznego płatnika. Taka sytuacja sprawia, że deficytowi pracownicy mogą się skutecznie przeciwstawiać zmianom, a co najmniej je istotnie modyfikować, gdy uznają, że naruszają one ich interesy.
13. Ogólne nastawienie pracowników do zmian ma wpływ na globalny poziom oporu wobec nowych rozwiązań oraz na czas i środki, jakie należy przeznaczyć na szkolenia i politykę informacyjną. Pytani dyrektorzy w większości przypadków stwierdzili, że nasilenie oporu wobec zmian jest odwrotnie proporcjonalne do natężenia zmian w przeszłości. Jeden z nich powiedział: *„Im więcej się dzieje w szpitalu, im więcej różnego rodzaju przeobrażeń, tym łatwiej wprowadzać kolejne. Pracownicy, którzy są nieformalnymi liderami, wiedzą z doświadczenia, że dla osób aktywnych i pozytywnie wyróżniających się zmiany są przeważnie szansą, a nie zagrożeniem”*. Aby zmiany powodowały zmniejszenie oporu pracowników w przyszłości, muszą być prowadzone w sposób uczciwy i transparentny oraz przynosić korzyści organizacji.

Badania ilościowe przeprowadzono w oparciu o zidentyfikowane uwarunkowania, pozwalające na ustalenie hierarchii postrzegania przez dyrektorów szpitali w Polsce siły wpływu poszczególnych czynników na możliwość zmiany struktury organizacyjnej.

Otrzymane ankiety pochodziły z 36 szpitali z całej Polski, w tabeli 1 przedstawiono liczbę badanych szpitali z podziałem na liczbę zarejestrowanych łóżek. W badaniach dodatkowo postanowiono uwzględnić wpływ wybranych cech szpitali i ich otoczenia na dokonaną przez dyrektorów ocenę siły wpływu zidentyfikowanych uwarunkowań.

Tabela 1. Analizowane szpitale (szpitale, które odesłały wypełnione ankiety)

Wielkość szpitala (liczba łóżek)	Liczba szpitali niezabiegowych	Srednia liczba oddziałów	Srednia liczba poradni	Liczba szpitali zabiegowych	Srednia liczba oddziałów	Srednia liczba poradni
>501				5	25,2	33,4
301-500				1	16,0	22,0
151-300	5	4,6	2,6	16	7,8	10,6
51-150	4	1,5	0,8	5	4,2	9,4
Razem	9	3,2	1,8	27	10,6	15,0

Źródło: Opracowanie własne.

W Polsce występują dwie formy funkcjonowania szpitali: Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) i Niepubliczne Zakłady Opieki

Zdrowotnej (NZOZ). Samodzielne Publiczne ZOZ-y mogą utworzyć tylko podmioty publiczne, tj.: minister lub centralny organ administracji rządowej; wojewoda; jednostka samorządu terytorialnego; publiczna uczelnia medyczna oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Natomiast Niepubliczny ZOZ mogą utworzyć: kościół lub związek wyznaniowy; pracodawca; fundacja; stowarzyszenie; związek lub samorząd zawodowy; inna krajowa i zagraniczna osoba prawna oraz spółka niemająca osobowości prawnej. Rodzaj organu założycielskiego ma istotny wpływ na sposób funkcjonowania ZOZ-u i tym samym na siłę poszczególnych uwarunkowań strukturotwórczych. Jest to związane m.in. z: celami politycznymi i podatnością organu założycielskiego na oddziaływanie polityczne środowiska lokalnego, opinii społecznej, celów politycznych rządu, itp. oraz koniecznością generowania zysku (np. NZOZ, którego organem założycielskim jest prywatna spółka).

Tabela 2. Badane szpitale wg formy prawnej i organu założycielskiego

Nazwa organu założycielskiego	Liczba NZOZ-ów	Liczba SPZOZ-ów
Minister Obrony Narodowej		3
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji		3
Osoba fizyczna lub prawna	3	
Rada Miasta		6
Samorząd Gminy		2
Samorząd Powiatu	1	5
Samorząd Województwa		13
Razem	4	32

Źródło: Opracowanie własne.

Jednym z impulsów do modyfikacji struktury organizacyjnej w jednostkach ochrony zdrowia jest przygotowywanie systemu zarządzania jakością do certyfikacji za zgodność z normą ISO 9001. Często kolejnym krokiem w usprawnianiu szpitali są przygotowania do udziału w regionalnej a następnie polskiej nagrodzie jakości. Wymagana w tym konkursie obszerna i szczegółowa samocena pomaga często diagnozować problemy, których likwidacja niejednokrotnie przyczynia się do dalszej modyfikacji struktury.

Tabela 3. Liczba szpitali posiadających certyfikaty ISO 9001 i/lub biorących udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości

Certyfikacja systemu za zgodność z normą ISO 9001	Udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości	Szpitale niezabiegowe	Szpitale zabiegowe	Razem
Nie	Nie	1	8	9
	Tak	1	2	3
	Razem	2	10	12
Tak	Nie	4	12	16
	Tak	3	5	8
	Razem	7	17	24
Ogółem		9	27	36

Źródło: Opracowanie własne.

Na wykresie 1 przedstawiono wyniki uzyskane z ankiet w kolejności rosnącej dla średniej arytmetycznej wystawionej przez dyrektorów szpitali noty określającej sile wpływu poszczególnych czynników na możliwość zmiany struktury organizacyjnej. W tabeli 4 zaprezentowano wartość tej średniej arytmetycznej, odchylenie standardowe not i najczęściej wystawiane noty dla poszczególnych uwarunkowań.

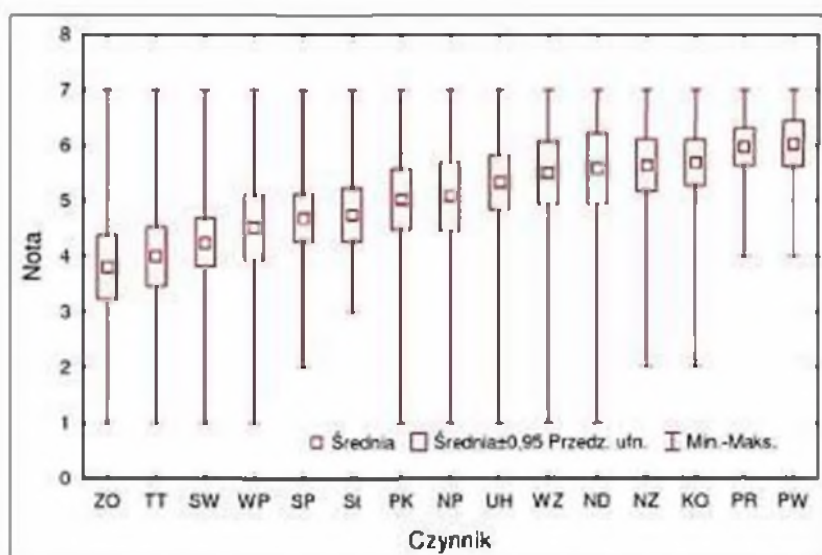
Tabela 4. Obliczenia statystyczne wyników badania ilościowego czynników strukturotwórczych wskazanych przez dyrektorów szpitali

Czynnik	Skrót	Średnia aryt.	Wartość najcz.	Odchylenie standardowe
Złożoność organizacji	ZO	3,81	3	1,70
Technika i technologia	TI	4,00	3	1,55
Słabość wskaźników procesów	SW	4,25	4	1,30
Wiedza pracowników nt. zarządzania	WP	4,53	6	1,73
Duża specjalizacja personelu	SP	4,69	4	1,28
Strategia	St	4,74	3	1,46
Obowiązujące prawo - konkursy	PK	5,03	5	1,61
Niedobór personelu specjalistycznego	NP	5,08	6	1,83
Uwarunkowania historyczne	UH	5,33	6	1,45
Wiedza kadry menedżerskiej nt. zarządzania	WZ	5,55	7	1,72
Nastawienie i determinacja dyrektora naczelnego	ND	5,58	7	1,87
Nastawienie pracowników do zmian	NZ	5,64	7	1,40
Kultura organizacyjna	KO	5,69	7	1,21
Obowiązujące prawo - rejestr	PR	5,97	7	1,00
Obowiązujące prawo - warunki kontraktowania z NFZ	PW	6,03	7	1,23
Średnia dla wszystkich czynników		5,32	5	1,58

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki wskazują, że wszystkie zidentyfikowane w pierwszym etapie czynniki wywierają istotny wpływ na struktury organizacyjne, gdyż najniższa średnia wartość noty w całym badaniu wynosi prawie 4. Uwarunkowania o najwyższym wpływie to: wiedza kadry menedżerskiej nt. zarządzania, nastawienie i determinacja dyrektora naczelnego, nastawienie pracowników do zmian, kultura organizacyjna, obowiązujące prawo – rejestr, obowiązujące prawo – warunki kontraktowania z NFZ. Czynniki te otrzymały noty średnio od 5,55 do 6,03, a najczęściej wystawianą notą w tej grupie była wartość maksymalna, czyli 7. W badaniach występował stosunkowo duży rozrzut not, poszczególne uwarunkowania w większości otrzymały również wartości skrajne, chociaż przedział ufności (0,95) w większości przypadków nie przekracza znacznie rozpiętości 1.

Zdaniem autora stosunkowo niewysoką notę przypisano słabości wskaźników procesów. Wiązać się to może z jeszcze niewieloma próbami wprowadzania zarządzania procesowego w zakresie kompleksowego leczenia schorzeń wymagających multidyscyplinarnej interwencji i brakiem doświadczenia w rozwiązywaniu problemu dotyczącego wyznaczenia wskaźników tych procesów z punktu widzenia obiektywnego interesu pacjenta. W przeważającej części wytwarzanych przez przedsiębiorstwa wyrobów klient jest w stanie ocenić ich jakość, albo samodzielnie albo korzystając z profesjonalnie opracowanych testów, porównań i rankingów.



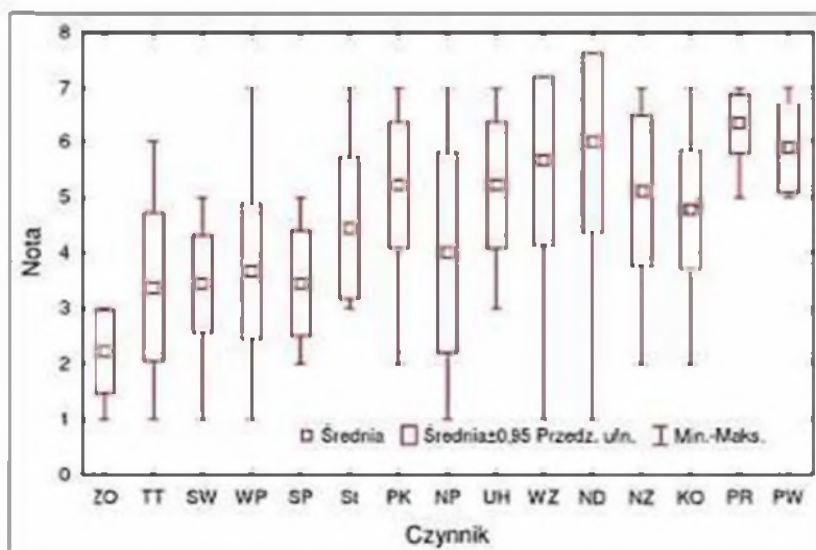
Rys. 1. Skategoryzowany wykres ramka-wąsy dla czynników determinujących zmiany struktury organizacyjnej (rosnaco wg średniej arytm.)

Źródło: Opracowanie własne.

Inaczej rzecz się ma z usługami zdrowotnymi. Występuje tu duża dysproporcja wiedzy pomiędzy pacjentem a profesjonalistami medycznymi oraz niemożność porównywania usług udzielanych przez różnych świadczeniodawców. Spowodowane jest to wieloma przyczynami, m.in. tym, że:

- każdy pacjent ma inne cechy genetyczne, inną odporność systemu immunologicznego, wiek, płęć, choroby współistniejące i jest w odmiennym stadium choroby. Cechy te w istotny sposób wpływają na przebieg procesu leczenia, jego koszt oraz uzyskany wynik i ryzyko niepowodzenia;
- nie można zabiegu (procesu leczenia) powtórzyć w takich samych warunkach, gdyż nie ma dwóch identycznych pacjentów, a stan tego samego pacjenta zmienia się w czasie;
- nie istnieje w Polsce platforma obiektywnego porównywania świadczeniodawców pod względem uzyskiwanych przez nich wyników klinicznych.

Dla większości produktów i usług satysfakcja klienta jest blisko związana z ich jakością, ponieważ to klient decyduje o tym, co mu odpowiada. Natomiast w przypadku usług zdrowotnych, gdy rozpattuje się je z punktu widzenia skuteczności interwencji medycznej, satysfakcja pacjenta ma ograniczone zastosowanie. Badania satysfakcji pacjentów umożliwiają, w zasadzie, ocenie tylko percepcji jakości, gdyż pacjent samodzielnie nie jest w stanie stwierdzić, czy uzyskano w jego przypadku najlepsze możliwe do osiągnięcia rezultaty uwzględniając dostępną w danym czasie wiedzę i technologie medyczne [12, s. 253-266]. Małą przydatność badania satysfakcji pacjentów do oceny rzeczywistej jakości usług medycznych potwierdziły badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych. Pokazały one silną współzależność relacji personel-pacjent z poziomem satysfakcji pacjentów. Pacjenci wartościują jakość całej usługi medycznej przede wszystkim w oparciu o jakość kontaktów z personelem pielęgniarskim. Najistotniejszy wpływ na ocenę tej jakości mają następujące zachowania: okazywanie przez personel pielęgniarski wrażliwości, delikatności i szacunku; aktywne słuchanie pacjentów i uwzględnianie ich zdania w trakcie podejmowania decyzji, ponadto prezentowanie aktualnej wiedzy medycznej, szybkie reagowanie na prośby pacjenta, wysiłki podejmowane na rzecz redukcji poczucia zależności od otoczenia i bezsilności u pacjentów [21, s. 5-8]. Żadna z wymienionych cech nie odpowiada bezpośrednio jakości klinicznego wyniku leczenia.



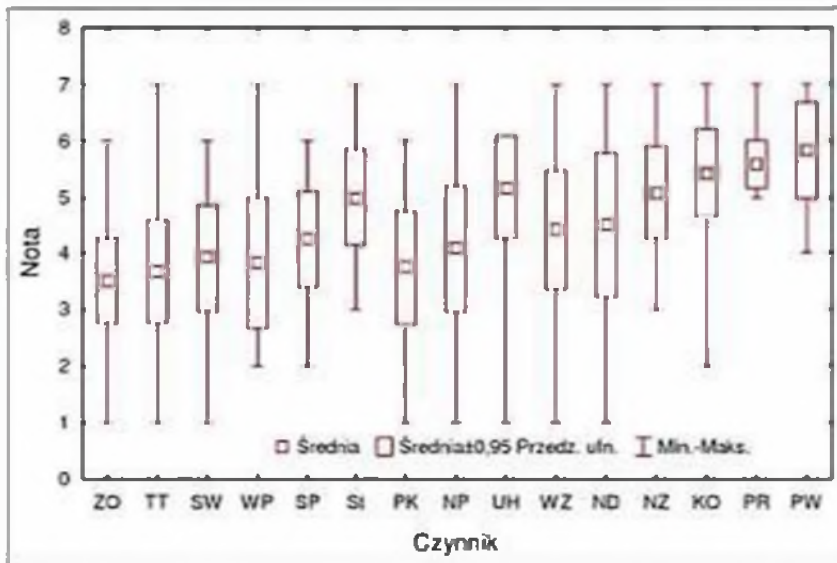
Rys. 2. Skategoryzowany wykres ramka-wąsy dla czynników determinujących zmiany struktury organizacyjnej w szpitalach niezabiegowych (9 przypadków)

Zródło: Opracowanie własne.

W celu pogłębienia analizy wydzielono szpitale niezabiegowe (wykres 3). Z tej grupy odesłało ankiety 9 szpitali, 7 z nich posiada ISO i tyleż samo brało udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości. Wyraźnie widać, że jednostki te w mniejszym stopniu odczuwają niedobór personelu specjalistycznego i dużą jego specjalizację niż szpitale prowadzące działalność zabiegową. Z kolei nastawienie dyrektora naczelnego uważają za bardziej istotny czynnik niż średnio badane szpitale. Średnia nota dla wszystkich uwarunkowań w tej grupie wynosi 4,59.

Z 36 szpitali, które odesłały ankiety, aż 2/3 może się poszczycić certyfikatem ISO 9001, a z badań przeprowadzonych w 2008 roku wynika, że w Polsce ok. 28% szpitali w grupie pow. 50 łóżek ma ISO 9001 [7, s. 11-16]. Może to oznaczać, że te szpitale, które odesłały ankiety, bardziej zwracają uwagę na wiedzę związaną z zarządzaniem i są bardziej świadome potrzeby jej rozwoju. Na wykresie 4 przedstawiono wyniki szpitali nieposiadających ISO. Do tej grupy należy 12 szpitali, 1 z nich ma akredytację CMJ, a 3 brały udział w regionalnej nagrodzie jakości⁹.

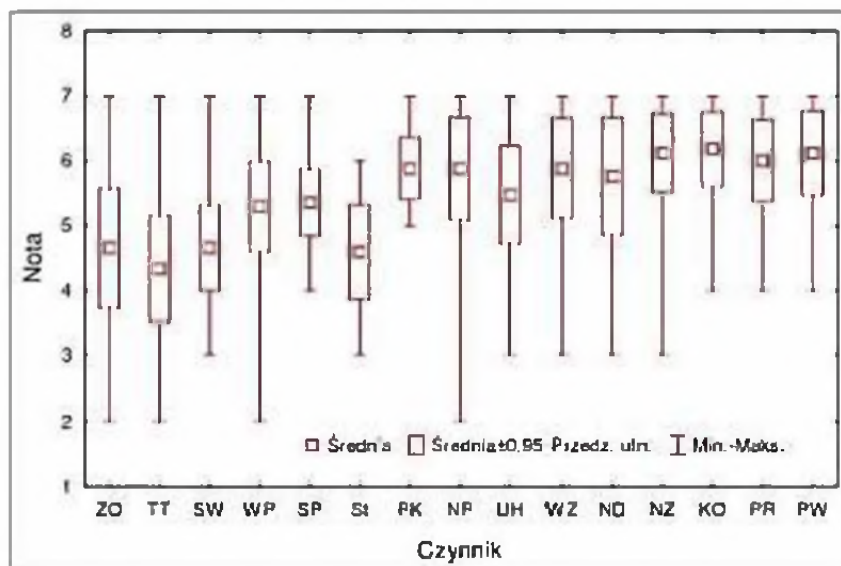
⁹ Warunkiem przystąpienia do Polskiej Nagrody Jakości jest certyfikacja systemu zarządzania za zgodność z normami ISO serii 9000.



Rys. 3. Skategoryzowany wykres ramki-wąsy dla czynników determinujących zmiany struktury organizacyjnej w szpitalach, które nie posiadają ISO 9001 (12 przypadków)
Zródło: Opracowanie własne.

Szpitaly te w mniejszym stopniu postrzegają konieczność przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze, jako czynnik istotny dla zmiany struktury organizacyjnej. Również znacznie niżej dyrektorzy tych szpitali ocenili siłę wpływu wiedzy kadry menedżerskiej nt. zarządzania oraz nastawienie i determinację dyrektora naczelnego. Może to mieć związek z faktem, że do tej pory nie zetknęli się z problemem zmiany struktury, który często występuje przy wdrażaniu ISO i w związku z tym w mniejszym stopniu zwracają uwagę na dobór kierowników pod względem wiedzy i doświadczenia w zarządzaniu polegając głównie na ich wiedzy medycznej. Nie prowadząc istotnych zmian, nie wartościują również wysoko wymaganej wiedzy i determinacji dyrektora. Generalnie ta grupa szpitali oceniła niżej średnią siłę wpływu wszystkich czynników na zmianę struktury, tj. – 4,53 od średniej ogólnej – 5.

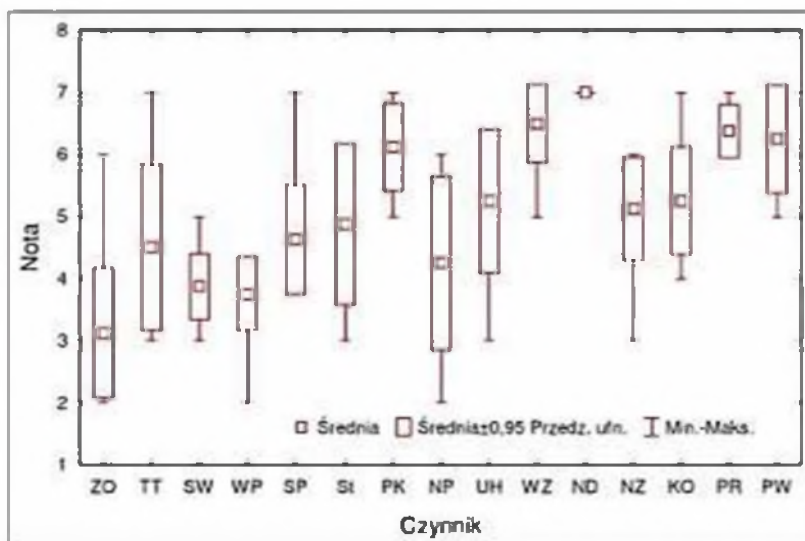
Można założyć, że grupą mającą pewne doświadczenie we wdrażaniu zmian i stykającą się z większymi wyzwaniami są szpitale, które certyfikowały system zarządzania za zgodność z ISO 9001 i posiadają część zabiegową (można przyjąć, że są bardziej złożone). Takich szpitali w badanej grupie jest 17. 5 z nich brało udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości, a tylko 1 posiada akredytację CMJ. Przedstawione na wykresie 5 wyniki wskazują, że ta grupa średnio najwyżżej oceniła wpływ badanych uwarunkowań (średnia noty wynosi 5,47). Jedynie wpływ przyjętej przez organizację strategii na możliwość zmiany struktury został oceniony niżej niż we wszystkich badanych szpitalach.



Rys. 4. Skategoryzowany wykres ramka-wąsy dla czynników determinujących zmiany struktury organizacyjnej w szpitalach zabiegowych, z certyfikowanymi systemami zarządzania jakością za zgodność z ISO 9001 (17 przypadków)

Źródło: Opracowanie własne.

Wydaje się, że najbardziej doświadczonymi we wdrażaniu zmian i posługiwaniu się narzędziami z zakresu organizacji i zarządzania, ze wszystkich badanych szpitali są te, które posiadają certyfikat ISO i brały udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości. Przedstawione na wykresie 5 wyniki wydają się potwierdzać tę tezę. Uwagę zwraca jednomyślność w zakresie kluczowej roli nastawienia i determinacji dyrektora naczelnego i przyporządkowanie temu czynnikowi maksymalnej noty. Wysoko oceniono również uwarunkowanie „Wiedza kadry menedżerskiej nt. zarządzania” i powiązany z tym czynnik „Obowiązujące prawo – konkursy” na stanowiska kierownicze w ZOZ-ach. W konkursach tych dyrektor naczelnny ma zazwyczaj jeden głos na kilka lub kilkanaście, co daje mu bardzo ograniczony wpływ na dobór kadry menedżerskiej. Zazwyczaj większość w komisji konkursowej stanowią przedstawiciele samorządów zawodów medycznych, związki zawodowe, konsultanci wojewódzcy z danej dziedziny medycyny. Taka komisja nie jest w stanie zweryfikować wiedzy i doświadczenia kandydata z zakresu organizacji i zarządzania, mogąc jedynie zweryfikować wiedzę z obszaru, na którym się zna, czyli z medycyny. Im wyższe stanowisko w hierarchii szpitala, tym wiedza medyczna jest mniej przydatna.



Rys. 5. Skategoryzowany wykres ramka-wąsy dla czynników determinujących zmiany struktury organizacyjnej w szpitalach posiadających ISO 9001 oraz biorących udział w regionalnej lub polskiej nagrodzie jakości (8 przypadków)

Źródło: Opracowanie własne.

Z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę uzyskanych w tym badaniu danych ilościowych, prowadzenie dalszej szczegółowej analizy oddziaływania poszczególnych parametrów na postrzeganie przez dyrektorów siły wpływu poszczególnych czynników w oparciu o uzyskane w tym badaniu dane jest obciążone olbrzymim błędem a w związku z tym bezcelowe.

5. Podsumowanie

Uzyskane wyniki wskazują, że uwarunkowania wpływające na zmianę struktury organizacyjnej w szpitalach częściowo pokrywają się z czynnikami wymienianymi przez innych autorów, jak np.: technologia, kultura organizacyjna, strategia, ludzie (wiedza, determinacja i nastawienie pracowników oraz menedżerów), otoczenie (w tym prawne). Jednakże niniejsze badania pozwalają na szczegółową identyfikację uwarunkowań oraz określenie percepcji ich wpływu przez dyrektorów szpitali. Czynniki dotyczące prawodawstwa odnoszą się głównie do jakości zasobów materialnych (wymogi rejestrowe) i ludzkich (w zakresie uprawnień do wykonywania zawodu). Tak silny wpływ legislacji na strukturę organizacyjną szpitali wynika głównie z braku możliwości obiektywnej oceny klinicznej jakości usług medycznych i tym samym monitorowania wyniku procesów medycznych. Słabość instrumentów

pomiarowych jakości wyników klinicznych wymusza silną ingerencję państwa w określanie warunków udzielania świadczeń.

Kolejnymi czynnikami o dużym wpływie są: „wiedza menedżerów z zakresu zarządzania” oraz „nastawienie i determinacja dyrektora”. W warunkach międzynarodowych koncernów zarządzanych przez wysoko wykwalifikowanych menedżerów badanie tych uwarunkowań można by uznać za zbędne. Natomiast w polskich szpitalach, (i nie tylko polskich), gdzie praktycznie cały średni szczebel zarządzania, a często też zarząd, składa się z profesjonalistów medycznych nieposiadających wiedzy z zakresu organizacji i zarządzania, czynniki te mogą determinować możliwości zmian struktury. Również nastawienie do zmian i determinacja do ich wdrażania w przypadków szefów szpitali nie jest oczywista. Nie mówimy tu o problemie zadłużenia szpitali i konieczności ich restrukturyzacji umożliwiającej jakiegokolwiek funkcjonowanie, ale omawiamy zmiany, prowadzące do ciągłego doskonalenia. Podejmowane w szpitalach działania nie powinny dotyczyć walki o przetrwanie, ale poprawy ich efektywności i jakości świadczonych usług. Wysoko wśród czynników determinujących zmiany struktury znalazły się: „kultura organizacyjna” i „nastawienie pracowników do zmian”, nie jest to wynik zaskakujący, ale potwierdza kluczową rolę polityki informacyjnej, szkoleń i właściwego przywództwa w przypadku wprowadzania jakiegokolwiek zmian struktury szpitala.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki badań można dojść do wniosku, że eliminacji barier utrudniających modyfikację struktur organizacyjnych można dokonać poprzez następujące działania:

- Zmodyfikowanie programu kształcenia profesjonalistów medycznych, gdyż kluczowymi uwarunkowaniami determinującymi zmiany struktury organizacyjnej, a tym samym umożliwiającymi poprawę jakości usług i efektywność działania szpitali, jest poziom wiedzy medyków nt. zarządzania i organizacji. W pewnym stopniu zmniejsza on również poziom strachu przed zmianami wśród pracowników, a menedżerom-medykom umożliwia wprowadzanie zmian z większą pewnością i determinacją.
- Opracowanie metod i narzędzi obiektywnej oceny jakości usług medycznych. Wiarygodne wskaźniki umożliwiłyby kontrolowanie jakości uzyskanych wyników klinicznych, a nie tylko, jak dotychczas, jakości zasobów technicznych i ludzkich oraz przestrzegania reżimów proceduralnych poprzez porównywanie ich ze szczegółowymi regulacjami prawnymi. Drobiazgowo przepisy uniemożliwiają stosowanie nowatorskich rozwiązań i tym samym ograniczają innowacyjność w zakresie zarządzania.
- Kreowanie kultury organizacyjnej nastawionej na innowacje, otwartą komunikację, minimalizację wszelkich barier i zmiany.
- Zmianę formuły lub likwidację konkursów na stanowiska kierownicze w organizacjach ochrony zdrowia.

Przeprowadzone powyżej analizy i wyciągnięte na tej podstawie wnioski z powodu niewielkiej liczby przypadków badawczych należy traktować jako wstępne, ale pomocne w projektowaniu i prowadzeniu dalszych badań z tego zakresu.

Przyczyną tak słabego zaangażowania szpitali w badanie mógł być niekorzystny okres ich prowadzenia (przełom listopada i grudnia 2009), gdyż w tym czasie dyrektorzy zajęci są kontraktowaniem usług medycznych na następny rok. Jednym z pomysłów zwiększenia zwrotu ankiet w przyszłości może być zaangażowanie w badania podległych wojewodom, regionalnych organów rejestrowych dla jednostek ochrony zdrowia lub zmniejszenie badanej grupy np. do większych szpitali pow. 150 łóżek i tylko tych, które poddawały swój system zarządzania jakością certyfikacji, gdyż mają pewne doświadczenia na polu prowadzenia zmian struktury i ich odpowiedzi mogą być bardziej zbliżone do rzeczywistości. Ograniczenie liczby badanych szpitali pozwoliłoby na prowadzenie dodatkowo rozmów telefonicznych i tym sposobem zwiększenie jakości i liczby uzyskanych przypadków badawczych (szpitali, które spełniają powyższe kryteria w III kw. 2008 było 228 [7, s. 13]). W kolejnym badaniu być może należy też brać pod uwagę wykształcenie dyrektora naczelnego z zakresu organizacji i zarządzania, jako czynnik mający istotny wpływ na postrzeganie zidentyfikowanych uwarunkowań.

Literatura

- [1] Bednarski A.: *Zarys teorii organizacji i zarządzania*. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 1998.
- [2] Bielski M.: *Organizacje: istota, struktury, procesy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001.
- [3] Bitkowska A.: *Zarządzanie procesami biznesowymi w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo: VIZJA PRESS & IT, Warszawa 2009.
- [4] Dziekoński K., Jureczuk A.: *Rola Narzędzi Informatycznych w zarządzaniu procesowym*. [w:] *Instrumenty zarządzania współczesnym przedsiębiorstwem*, pod red. W. Kowalczewski, J. Nazarko, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2006.
- [5] Grajewski P.: *Organizacja procesowa*. PWE, Warszawa 2007.
- [6] Hammer M.: *Reinżynieria i jej następstwa*. PWN, Warszawa 1999.
- [7] Kautsch M., Lewandowski R.: *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*. Polityka Społeczna 3/2009.
- [8] Koźmiński A.K., Jemielniak D.: *Zarządzanie od podstaw*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- [9] Koźuch B.: *Nauka o organizacji*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
- [10] Kuc R.B.: *Zarządzanie doskonale*. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2000.
- [11] Leath P., Shortell S.M., Kimberly J.R.: *Struktura organizacyjna*. [w:] *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, pod. red. S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- [12] Lewandowski R., Kowalski I.: *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych*. [w:] *„Współczesne wyzwania strukturalne*

- Menedżerskie w ochronie zdrowia*", pod. red. R. Lewandowski, Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińskiego Mazurskiego, Olsztyn 2008.
- [13] Mangarilli R.L., Klein M.M.: *Reengineering – Metoda usprawniania organizacji*. PWE, Warszawa 2008.
- [14] Michałowska D.: *Koncepcje zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejść do edukacji zdrowotnej*. Przegląd Terapeutyczny Nr 4/2008. Polskie Towarzystwo Terapeutyczne [www.pt-terapia.pl/przeglad/04/Michalowska_02.pdf, odczyt 04.12.2009].
- [15] Mürl P.: *Ukierunkowanie na procesy – klucz do nowego zarządzania*. [w:] „*Process Reengineering*”, pod. red. R. Müller, P. Rupper, Wydawnictwo Astram, Wrocław 2000.
- [16] Obłój K.: *Strategia organizacji*. PWE, Warszawa 1999.
- [17] Pietrowicz A.: *Procesowa struktura organizacyjna*, Przegląd Organizacji, nr 6, 2001.
- [18] Steinmann H., Schreyögg G.: *Zarządzanie: podstawy kierowania przedsiębiorstwem: koncepcje, funkcje, przykłady*. Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2001.
- [19] *Strategor: Zarządzanie firmą: strategię, struktury, decyzje, oszczędność*. PWE, Warszawa 1995.
- [20] Szczupaczyński J.: *Anatomia zarządzania organizacją*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002.
- [21] Tasso K., Hehar-Horenstein L.S., Aumiller A. (i in.): *Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview*, Hospital Topics, Vol. 80, No. 3, Summer 2002.