

LEAN MANAGEMENT JAKO KONCEPCJA DOSKONALENIA POLSKICH SZPITALI

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska
Tomasz Adam Karkowski, Michał Banaś

LEAN MANAGEMENT JAKO KONCEPCJA DOSKONALENIA POLSKICH SZPITALI

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska
Tomasz Adam Karkowski, Michał Banaś



Stan prawny na 2 listopada 2021 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Katarzyna Sygit

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Ambroży

Opracowanie redakcyjne

Katarzyna Świerk-Bożek

Projekt okładek serii

Wojtek Kwiecień-Janikowski, Przemek Dębowski



Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2021

ISBN 978-83-8246-694-2

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Wstęp	9
Rozdział I	
Zmiana w organizacji opieki zdrowotnej	13
1. Podmiot leczniczy jako obiekt zmiany	13
2. Obszary zmian organizacyjnych	19
3. W dążeniu do jakości w podmiotach opieki zdrowotnej...	30
4. Bezpieczeństwo pacjenta a ryzyko	37
Rozdział II	
<i>Lean management</i>	56
1. Geneza i istota <i>lean management</i>	56
2. <i>Muda</i> – płaszczyzny i metody zapobiegania	63
2.1. Istota marnotrawstwa	63
2.2. Rodzaje marnotrawstwa i sposoby jego eliminacji	65
3. Wartość w opiece zdrowotnej	81
3.1. Wartość dla pacjenta	81
3.2. Opieka zdrowotna oparta na wartościach	89
4. <i>Lean healthcare</i>	96
Rozdział III	
Wybrane narzędzia <i>lean management</i>	106
1. <i>Kaizen</i>	106
2. <i>Kanban</i>	113

3. Metoda 6S	117
4. Zarządzanie wizualne	123
5. Mapowanie strumienia wartości	130
6. <i>Poka-yoke</i>	136

Rozdział IV

W drodze ku doskonaleniu podmiotu leczniczego	140
1. Podmiot leczniczy jako podmiot rynkowy	140
2. Analiza stanu istniejącego	144
3. Mapa stanu przyszłego	157
4. Plan doskonalenia – od przygotowania do wdrożenia	164

Rozdział V

Egzemplifikacja empiryczna zastosowania rozwiązań

<i>lean management</i> w podmiotach leczniczych	172
1. <i>Triage</i> – system „segregacji” medycznej pacjentów	172
2. <i>Just in time</i> w zarządzaniu produktami leczniczymi w szpitalu	183

Zakończenie	203
--------------------------	------------

Bibliografia	207
---------------------------	------------

Autorzy	219
----------------------	------------

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

pr. farm.	– ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.)
RODO	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1, ze sprost.)
r.s.o.r.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. poz. 1213 ze zm.)
u.d.l.	– ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
ustawa o PRM	– ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882 ze zm.)

Inne

PKB	– produkt krajowy brutto
SOR	– szpitalny oddział ratunkowy
SPZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TOPSOR	– tryby obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym

WSTĘP

*„Nie ma nic bardziej nieefektywnego,
jak efektywnie wykonywać to,
czego nie powinno się robić wcale”.*

P. Drucker

System ochrony zdrowia (wielu państw) staje przed różnymi wyzwaniami, które w istotny sposób wpływają na jego działanie. Starzejące się społeczeństwo, zmniejszająca się liczba pracowników ochrony zdrowia (głównie pielęgniarzek), ograniczone zasoby, które mogą zasilać funkcjonowanie systemu, coraz starsza infrastruktura szpitali, ryzyko pojawienia się nowych chorób, które mogą mieć charakter pandemii czy rozwój nowych technologii (będących następstwem Industry 4.0) to tylko niektóre z czynników kreujących warunki jego funkcjonowania. W Polsce, gdy mowa o ochronie zdrowia, dyskusja toczy się przede wszystkim o tym, że finansuje się ją w zbyt małym zakresie (w 2018 r. – 4,67% PKB; w 2019 r. – 4,86% PKB, a docelowo w 2024 r. – 6,0% PKB). Zredukowanie dyskusji o publicznej służbie zdrowia tylko do kwestii pieniędzy nie pokazuje problemu wykorzystywania (odpowiedniego lub nie) dostępnych środków i nie pozwala na wytyczenie kierunków zmian w ochronie zdrowia. Rząd (w skali makro) i pracownicy sektora ochrony zdrowia (w skali mikro) powinni zaś szukać sposobów na optymalizację działania systemu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Zmiany te powinny mieć zarówno charakter systemowy, związany ze zwiększaniem dostępności do opieki zdrowotnej¹ (w II kwartale 2019 r. 66% skarg kierowanych

¹ Przykładem może być telemedycyna, która zapewnia pacjentom łatwiejszy dostęp do opieki medycznej, pozwala zaoszczędzić czas na drogę do przychodni oraz

do Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczyło dostępności świadczeń²) i optymalizowaniem jej kosztów, jak i oddolny, bazujący między innymi na spersonalizowanej opiece medycznej³, która może przyczynić się nie tylko do wyleczenia pacjenta, ale również do wzrostu jego satysfakcji z przebiegu procesu leczenia (najogólniej rzecz ujmując, chodzi o to, aby funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej charakteryzowało takie korzystanie z jego zasobów, które jest cenione przez konsumentów – *putting customers first*), a także do optymalizacji procesów zachodzących w podmiotach leczniczych⁴.

Niniejsza monografia poświęcona jest idei doskonalenia podmiotów leczniczych w celu poprawy efektywności ich funkcjonowania przez „odchudzenie” procesów w nich realizowanych (co pozwoli nie tylko pozytywnie wpływać na wyniki finansowe szpitali, ale również na podniesienie jakości obsługi pacjentów). Dokonywanie zmian (w tym doskonalenie działań) powinno być poprzedzone refleksją, czy wszystkie działania, które są realizowane w podmiocie leczniczym, są konieczne, by zaspokoić potrzeby pacjenta-klienta.

Współczesną opiekę zdrowotną dobrze opisują hasła: „jakość”, „wyniki” i „wartość” (a w latach 2020–2021 dodatkowo „pandemia” i „sposoby ograniczania jej rozprzestrzeniania”). Wymuszają one poszukiwanie rozwiązań, które przyczynią się do lepszego funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej, a w konsekwencji systemu jako całości. Jednak zmiany zasad i procedur, zmieniające się otoczenie podmiotów leczniczych (w tym rozwój nowoczesnych technologii) sprawiają, że biały personel często boryka się z trudnościami,

może zmniejszyć liczbę wizyt u lekarza. Z kolei robotyzacja i sztuczna inteligencja pozwalają opiekunom osób starszych lub niepełnosprawnych spędzać więcej czasu z pacjentem zamiast dokumentować parametry ich stanu zdrowia.

² *Ageing Europe, Looking at the lives of older people in the EU*, Luxembourg 2020.

³ Będzie to wymagało zmian w systemie zarządzania podmiotem leczniczym i zaangażowania ze strony pacjentów, a także rozwiązań technologicznych, które będą gwarantować wielokanałowy dostęp do opieki (np. poprzez aplikacje mobilne, portale dla pacjentów, spersonalizowane cyfrowe pakiety informacji oraz samoobsługowe kioski).

⁴ Przed podmiotami leczniczymi staje wyzwanie zaadaptowania nowoczesnych technologii do codziennego funkcjonowania (na co niewątpliwie potrzebne są dodatkowe środki) oraz uproszczenia procedur administracyjnych i medycznych.

próbując wprowadzić porządek w obszarze wizyt i procedur, wymieniając się wynikami badań i angażując pacjentów w plan leczenia. Przyjmując, że zarządzanie jest działaniem polegającym na spowodowaniu funkcjonowania rzeczy, organizacji lub osób zgodnie z wytyczonym przez zarządzającego celem, warto się zastanowić, czy nie można uprościć pewnych działań w sferze obsługi pacjentów (jako klientów podmiotów leczniczych) czy działań *stricte* administracyjnych, by poprawić funkcjonowanie placówek medycznych. Jednym słowem chodzi o osiągnięcie więcej mniejszym nakładem (*doing more with less*)⁵.

Celem monografii jest przedstawienie idei *lean management* i narzędzi z nią związanych jako rozwiązania, które może przyczynić się do lepszego zarządzania podmiotami leczniczymi.

W rozdziale I przedstawiono rodzaje podmiotów leczniczych i zachodzące w nich zmiany organizacyjne. Opisano również koncepcję TQM oraz podejście procesowe stosowane w normie ISO 9001 i 15224, omówiono także zagadnienia związane z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentowi i ryzykiem. Rozdział II zapoznaje czytelników z podstawowymi pojęciami *lean management*, rodzajami marnotrawstwa i sposobami ich eliminacji. Zdefiniowano w nim również, co jest wartością dla pacjenta oraz zagadnienia z zakresu *lean healthcare*. W rozdziale III zostały omówione wybrane narzędzia z zakresu *lean management*, które są stosowane w szpitalach. Rozdział IV pokazuje drogi doskonalenia podmiotów leczniczych. Rozdział V zaś to egemplifikacja empiryczna zastosowania rozwiązań *lean management* w podmiotach leczniczych, a jako przykład użyto system „segregacji” medycznej pacjentów w SOR i wykorzystanie metody *just in time* w zarządzaniu produktami leczniczymi.

Wyrażamy nadzieję, że lektura niniejszego opracowania pozwoli na bardziej nowoczesne – związane ze skupieniem uwagi na procesach przynoszących wartość pacjentom – spojrzenie na zarządzanie pod-

⁵ Ch.C. Hood, *Contemporary Public Management. A New Global Paradigm*, „Public Policy and Administration” 1995/2, s. 104 i n.

miotami leczniczymi. Kierujemy je nie tylko do osób aktualnie zarządzających podmiotami opieki zdrowotnej, ale również do przyszłych zarządzających – dzisiejszych studentów kierunków medycznych.

Autorzy

Rozdział I

ZMIANA W ORGANIZACJI OPIEKI ZDROWOTNEJ

*„Wyprowadzajcie swoje czasy
poprzez niekończącą się kreatywność,
dociekliwość i dążenie do usprawnień”.*

Zasada Toyoty

1. Podmiot leczniczy jako obiekt zmiany

Z dniem 1.07.2011 r. zaczęły obowiązywać przepisy ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, która zastąpiła ustawę z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶.

W ustawie o działalności leczniczej zastosowano podział na podmioty lecznicze niebędące i będące przedsiębiorcami. Do pierwszych z nich należą (art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l.):

- 1) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 2) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną

⁶ Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁷;

3) jednostki wojskowe

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami ustawodawca zalicza:

1) przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców⁸ we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;

2) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych⁹;

3) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

4) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa wyżej;

5) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania

– również w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Powyższe wyliczenie ma charakter katalogu zamkniętego, co jest jednoznaczne z tym, że inne podmioty nie mogą być podmiotami leczniczymi. Ponadto, zgodnie z art. 5 ust. 3 u.d.l., wykonywanie zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Najczęściej występującą formą działalności szpitali są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które powstały z obligatoryjnego przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez

⁷ Dz.U. z 2021 r. poz. 1050.

⁸ Dz.U. z 2021 r. poz. 162.

⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1383 ze zm.

wprowadzenie do ustawy z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁰ przepisu mówiącego właśnie o takiej formie działalności, a zarazem był to warunek konieczny do zawarcia przez szpital umowy z kasą chorych od 1.01.1999 r.

Szpital jest to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, które z kolei są definiowane jako wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 u.d.l.).

Ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹¹ uchyliła art. 2 ust. 1 pkt 8 u.d.l., czyli definicję przedsiębiorstwa, i zmieniła zapis art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l. Ponadto w art. 2 ust. 1 pkt 14 u.d.l. wprowadziła definicję zakładu leczniczego jako zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Ustawa o działalności leczniczej w art. 204 ust. 1 wskazywała, że od dnia jej wejścia w życie nie mogły być tworzone SPZOZ, z wyjątkiem SPZOZ powstałych w wyniku łączenia na zasadach określonych w ustawie. Jednak ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw uchyliła powyższy przepis i odstąpiła od powyższego zakazu, przewidując możliwość tworzenia SPZOZ bez żadnych ograniczeń. Ponadto w dodanym art. 50a ust. 2 u.d.l. ustawodawca jednoznacznie rozwiązał wątpliwości odnośnie do posiadania czy nieposiadania przez SPZOZ osobowości prawnej, wprowadzając zapis, zgodnie z którym SPZOZ podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego i z chwilą wpisu do niego uzyskuje osobowość prawną. Ponadto utworzenie ta-

¹⁰ Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

¹¹ Dz.U. poz. 960.

kiego zakładu następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc SPZOZ, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej (art. 50a ust. 1 u.d.l.).

Większość podmiotów leczniczych prowadzi kilka rodzajów działalności leczniczej. Artykuł 8 u.d.l. wskazuje na trzy rodzaje takiej działalności:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
- 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
- 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Określenie zakładu leczniczego powinno odpowiadać rodzajowi działalności leczniczej i zakresowi udzielanych świadczeń. Ustawa o działalności leczniczej przyporządkowuje poszczególne rodzaje działalności następującym jednostkom:

- 1) szpitalowi – świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l.);
- 2) zakładowi opiekuńczo-leczniczemu, zakładowi pielęgnacyjno-opiekuńczemu, zakładowi rehabilitacji leczniczej i hospicjum – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (art. 12 ust. 1 u.d.l.);
- 3) ambulatorium, którym może być przychodnia, poradnia, ośrodek zdrowia, lecznica lub ambulatorium z izbą chorych – świadczenia ambulatoryjne (art. 12 ust. 3 u.d.l.);
- 4) zakładowi badań diagnostycznych i medycznemu laboratorium diagnostycznemu – badania diagnostyczne zaliczane do świadczeń ambulatoryjnych (art. 12 ust. 3 w zw. z art. 11 u.d.l.).

Określenia te mogą być stosowane w odniesieniu do całych zakładów leczniczych, ale także w stosunku do ich jednostek organizacyjnych. Komórki organizacyjne mogą być natomiast określone jako gabinety, pracownie, izby, oddziały itp. Jeden podmiot leczniczy może prowadzić więcej niż jeden zakład leczniczy (art. 109 ust. 2 u.d.l.).

W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się między innymi strukturę organizacyjną

zakładu leczniczego, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym, sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego (art. 24 ust. 1 pkt 3, 6–7, 13 u.d.l.).

Struktura organizacyjna to schemat wewnętrznego zorganizowania podmiotu. Elementarną częścią struktury organizacyjnej jest stanowisko organizacyjne. Można wyróżnić stanowiska kierownicze i stanowiska wykonawcze (pracowników). Stanowiska łączone są w komórki organizacyjne – kierownika i jego bezpośrednich podwładnych, na przykład oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Na kolejnym, wyższym poziomie można wyróżnić jednostkę organizacyjną, która składa się z kierownika wyższego szczebla oraz podległych mu kierowników wraz z komórkami organizacyjnymi. Szczególną jednostką organizacyjną jest pion organizacyjny, w którego skład wchodzi realizujące tę samą funkcję komórki podporządkowane dyrektorowi naczelnemu lub jego zastępcy, na przykład pion zastępcy dyrektora do spraw medycznych.

Struktura organizacyjna zapewnia ciągłość realizacji zadań, umożliwiając organizacji przetrwanie, mimo przychodzenia i odchodzenia poszczególnych osób, oraz koordynację jej stosunków z otoczeniem. Struktura organizacyjna pełni rolę regulacyjną, polegającą na kształtowaniu ładu i porządku w systemie organizacyjnym.

Wynikiem procesu specjalizacji pracy w podmiocie leczniczym jest utworzenie jednostek organizacyjnych (stanowisk pracy, oddziałów, służb itp.), charakteryzujących się specyficznym profilem zadań i strukturą wewnętrzną.

W organizacji możemy wyróżnić następujące szczeble organizacyjne: kierownictwo naczelne, kierownictwo średniego szczebla, kierownictwo niższego szczebla i pracowników wykonawczych.

Kierownictwo naczelne ustala strategię i misję organizacji oraz ponosi odpowiedzialność za funkcjonowanie i rezultaty, jakie osiąga organizacja. Do kierownictwa naczelnego będzie zaliczany kierownik zakładu (dyrektor) wraz ze swoimi zastępcami (np. zastępca dyrektora do spraw medycznych, zastępca dyrektora do spraw administracyjnych i organizacji zarządzania).

Kierownictwo średniego szczebla to ta część kadry kierowniczej, która kieruje działaniami realizującymi politykę organizacji, stara się doprowadzić do zrównoważenia wymagań położonych z możliwościami podwładnych, nadzoruje pracę innych kierowników w organizacji, ale również pracę pracowników wykonawczych. Do kierownictwa średniego szczebla w szpitalach będziemy zaliczać: kierowników poradni, kierowników zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych, ordynatorów (kierowników) oddziałów lub klinik (np. ordynator oddziału chorób wewnętrznych i kardiologii, ordynator kliniki neurologii), kierowników działów administracyjnych (np. kierownik działu kadr, działu kontrolingu, działu zamówień publicznych, działu marketingu, działu zamówień publicznych), a w systemie pielęgniarstwa – przełożone pielęgniarek.

Kierownictwo niższego szczebla (tzw. pierwszej linii) kieruje i nadzoruje pracę pracowników wykonawczych i ponosi odpowiedzialność za efekty tej pracy. Do tej grupy można zaliczyć: kierowników pracowników (RTG, rezonansu magnetycznego), pielęgniarki oddziałowe, kierowników oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, przełożone przychodni¹².

¹² T.A. Karkowski, *Zarządzanie i przywództwo w pionie pielęgniarstwa w szpitalu* [w:] *Zarządzanie personelem pielęgniarstwa w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, red. T.A. Karkowski, B. Pietrzak, Warszawa 2013, s. 25–28.

Przykład: Zatrudnianie pracowników na podstawie umów cywilnoprawnych

W niepewnym, bardzo burzliwym otoczeniu ochrony zdrowia można zaobserwować również ewolucję struktur organizacyjnych, czego przykładem może być zawieranie kontraktów z personelem medycznym zamiast zatrudnienia etatowego, co niewątpliwie jest istotną zmianą. Przekształcenie umowy o pracę w tzw. kontrakt, czyli umowę cywilnoprawną, daje z jednej strony więcej swobody i autonomii, a także lepsze wynagrodzenie, ale z drugiej strony nie gwarantuje zabezpieczeń „socjalnych” typowych dla umowy o pracę. Do zawarcia umowy cywilnoprawnej regulowanej przepisami ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny¹³ potrzebna jest zgoda i wola obu stron, tj. dyrektora podmiotu leczniczego oraz lekarza lub pielęgniarki. Nie można zmusić do przejścia z umowy o pracę na tzw. kontrakt. Niezgodne z prawem i wręcz niedopuszczalne jest wypowiedzianie pracownikom jednego z uniwersytetów medycznych umów o pracę i proponowanie im w zamian umowy o wolontariat, co jest sprzeczne z definicją wolontariatu (ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹⁴). Ponadto proces zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach komplikuje fakt, że w coraz większej liczbie przypadków podstawą zatrudnienia personelu medycznego przez podmioty lecznicze są umowy cywilnoprawne, a nie umowy o pracę, co przyczynia się do ograniczania władzy sprawowanej w tradycyjnym, hierarchicznym układzie stanowisk.

2. Obszary zmian organizacyjnych

Według P. Lenika podmioty lecznicze zaliczane do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, i to w największym stopniu szpitale, określane są mianem „oziębłych” z powodu swojej specyfiki i niemożności przeprowadzenia w nich skutecznych rewolucyjnych zmian. Są to organizacje, które opierają się zmianom, są konserwatywne, nastawione na utrzymanie *status quo*, z nieprzychylnie ukształtowaną i mało wrażliwą na otoczenie kulturą organizacyjną. Ponadto zarządzanie zatrudnionym w nich kapitałem ludzkim uzna-

¹³ Dz.U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.

¹⁴ Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 ze zm.

je się za jedno z najważniejszych, ale i najtrudniejszych wyzwań, jakie stoi przed menedżerami¹⁵.

Aby jakieś zjawisko mogło być uznane za zmianę, konieczne jest spełnienie trzech warunków. Zgodnie z pierwszym warunkiem zmiany organizacyjne muszą być postrzeżone (percypowane) – wyodrębnione z ogólnego potencjału organizacji. Drugim z warunków jest ich empiryczność, która polega na możliwości ich zbadania. Ważne zmiany dotyczą charakteru organizacji i wymagają modyfikacji wzorów zachowań jej interesariuszy, czego przejawem jest powstawanie nowych relacji między strukturą a kulturą firmy. Ostatnim warunkiem jest w pewnym sensie planowość zmian, polegająca na tym, że jeżeli zaistnieje taka potrzeba, projekty zmian powinny być monitorowane i w odpowiedni sposób korygowane¹⁶.

Ze względu na kryterium zasięgu zmian w organizacji można wyróżnić: zmiany niewielkie o płytkim charakterze, których wprowadzenie nie wywiera trwałych efektów, ale odnoszone jest do codziennego i bieżącego działania organizacji i dotyczy jakiegoś jej wycinka; zmiany o szerokim obrębie i sile, gdzie skutki zmian są trwałe dla tych obszarów organizacji, w jakim zaszły; zmiany, które powstały w efekcie działań całościowych, powstałe w wyniku złożonych działań, przewidzianych jako długookresowe, zazwyczaj stanowiące przedmiot strategii organizacji. Ze względu na kryteria charakteru zmiany, jaka jest dokonywana w organizacji można wymienić zmiany adaptacyjne oraz zmiany innowacyjne, powodujące wprowadzenie innowacji w różnych obszarach działalności organizacji w reakcji na wyzwania jej otoczenia¹⁷.

Pojęcie zmiany określane jako fundamentalna koncepcja modyfikacji pracy, struktury lub dążeń organizacji różni się od pojęcia innowacji, obejmującej jakąś ideę, metodę lub przedmiot postrzegany jako rzecz

¹⁵ P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 13.

¹⁶ E. Masłyk-Musiał, *Organizacje w ruchu. Strategie zarządzania zmianami*, Kraków 2003, s. 29–30.

¹⁷ Z. Mikołajczyk, *Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania*, Warszawa 1995, s. 18–20.

nowa. Można z tego wyprowadzić wniosek, że każda innowacja jest zmianą, natomiast nie każda zmiana jest innowacją. Zarówno zmiana, jak i innowacja odbywa się w kilku odrębnych fazach. Pierwsza to uświadomienie potrzeby zmian jako pierwszy etap procesu, druga to identyfikacja zakresu zmian jako etap obejmujący dysonans między tym, co jednostka robi, a tym, co powinna robić. Kolejna faza to wdrażanie, które obejmuje wcielenie i funkcjonowanie dokonanych zmian w organizacji. Ostatnią fazą jest stabilizacja, która oznacza integrację zmiany z aktualnymi czynnościami prowadzonymi w organizacji¹⁸.

Zmiany mogą dotyczyć zarówno procesów, jak i struktur całej organizacji lub poszczególnych jej części. Można wyróżnić wówczas zmiany funkcjonalne, dotyczące procesów (np. zastosowanie nowej metody leczenia) i zmiany strukturalne, które skupiają się na formalnej strukturze organizacji (np. utworzenie lub likwidacja określonego działu czy oddziału).

Z kolei z uwagi na charakter przeprowadzanych udoskonaleń organizacyjnych można wyszczególnić zmiany ewolucyjne i zmiany rewolucyjne. Pierwsze z nich zachodzą w ramach przyjętej strategii działania organizacji, nie powodując konieczności jej gruntownej reorganizacji. Zmiany rewolucyjne występują wtedy, gdy procesy przystosowawcze organizacji do otoczenia wymagają opracowania nowej strategii, a w konsekwencji pojawia się konieczność zasadniczej ingerencji w jej cele, struktury, procedury, a niekiedy postawy pracowników.

Zmiany organiczne i wymuszone wyróżniane są ze względu na sposób przeprowadzania usprawnień. Zmiany organiczne to takie, które są rezultatem dostrzeganych przez pracowników potrzeb usprawnień i podejmowania działań w tym zakresie. Kierunek zmian wymuszonych zostaje natomiast narzucony z zewnątrz w wyniku ingerencji elementów otoczenia w sposób funkcjonowania organizacji¹⁹.

¹⁸ S.R. Hernandez, A.D. Kaluzny, *Innowacje i zmiany organizacyjne* [w:] S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, tłum. B. Matużyńska, W. Warmiński, H. Zwolski, Kraków 2001, s. 378.

¹⁹ B. Wawrzyniak, *Zarządzanie zmianami w organizacji* [w:] *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, Warszawa 2004, s. 498–500.

Zmiany mogą mieć charakter dobrowolny lub przymusowy. W przypadku gdy organizacje zmieniają formy, dostrzegły bowiem nowe okazje w swoim otoczeniu, wówczas można takie zmiany określić jako dobrowolne. Gdy zaś zmiany są następstwem trudności, często kryzysów, wówczas określamy je mianem przymusowych.

Przykład: Tworzenie szpitali tymczasowych

Zdecydowanie do tych ostatnich zmian można zaliczyć wszystkie zmiany na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.03.2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii²⁰ w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²¹. Przykładem takich zmian może być tworzenie szpitali tymczasowych, które były odpowiedzią na ogromne potrzeby pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 oraz systemu ochrony zdrowia. Szpitale te były powoływane na mocy art. 10d ustawy z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²². Minister właściwy do spraw zdrowia w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie trzech miesięcy po ich odwołaniu może nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową (w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna), samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową, alternatywnie instytutem badawczym, dotyczącego w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zmiany w strukturze organizacyj-

²⁰ Dz.U. poz. 491 ze zm.

²¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.

²² Dz.U. poz. 1842 ze zm.