

Jan Skalik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

WYKORZYSTANIE WSPÓŁCZESNYCH METOD ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA W PROCESIE RESTRUKTURYZACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Sektor ochrony zdrowia jest ważną składową gospodarki i jego sprawne funkcjonowanie pozostaje w centrum uwagi zarówno rządzących, jak i tych, którzy korzystają z jego usług. Jest on również przestrzenią, w której dokonują się intensywne zmiany o transformacyjnym charakterze, wywołane wprowadzeniem mechanizmów rynkowych i elementów konkurencji oraz procesami zewnętrznymi, do których należy globalizacja oraz poszerzanie się udziału sektora prywatnego w sektorze ochrony zdrowia. Zwiększanie zakresu mechanizmów rynkowych w tej sferze usług społecznych spowodowało potrzebę przeprowadzenia zmian w zakładach opieki zdrowotnej, które zgodnie z postanowieniem Ustawy¹ są miejscem świadczeń zdrowotnych, czyli działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz spełniania innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia. Wzorując się na pozytywnych doświadczeniach restrukturyzacji organizacji gospodarczych, a zwłaszcza przedsiębiorstw produkcyjnych i usługowych, zainicjowano restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej, formułując jej cele i sposoby realizacji w ministerialnych i regionalnych programach przemian². Rezultaty wdrożenia tych programów mają pozytywny, jak i negatywny charakter tak w odniesieniu do zasobów, którymi dysponuje system ochrony zdrowia, jak i sposobu jego funkcjonowania. W obszarze zasobów zaobserwo-

¹ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, poz. 408.

² M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 175.

wano³ obok pozytywnych skutków, takich jak zmniejszenie liczby pracowników sektora ochrony zdrowia zatrudnionych na etatach czy też poszerzenia udziału sektora prywatnego, również następstwa negatywne, których potwierdzeniem jest brak głębszej restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej. W obszarze funkcjonowania systemu wymiar negatywnych następstw przeprowadzonych zmian jest jeszcze większy, czego wyrazem jest między innymi utrzymywanie się trwałej nierównowagi w finansowaniu ochrony zdrowia oraz brak wyraźnej poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych. Przyczyny tych niepowodzeń mają zróżnicowany charakter, a znaczna ich część wynika z braku konsekwencji w realizacji programów restrukturyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej. Przy ich tworzeniu i realizacji nie wykorzystuje się tych wszystkich możliwości, które daje stosowanie współczesnych koncepcji oraz metod organizacji i zarządzania. Kadra zarządzająca placówkami ochrony zdrowia nie zawsze posiada w tym zakresie niezbędną wiedzę, jak i przekonanie co do skuteczności ich stosowania. Stąd też głównym przesłaniem tej publikacji jest ujawnienie zakresu wykorzystania współczesnych metod organizacji i zarządzania w procesie restrukturyzacji wybranych zakładów opieki zdrowotnej.

Restrukturyzacja jako forma odnowy strategicznej zakładu opieki zdrowotnej

Restrukturyzacja organizacji polega na wprowadzaniu w niej szeregu zmian, które zapewnią zwiększenie jej potencjału strategicznego oraz zdolności do pełniejszego zaspokojenia oczekiwań otoczenia, a zwłaszcza nabywców produktów bądź świadczonych usług. Geneza restrukturyzacji i jej forma ma zróżnicowany i indywidualny charakter. Może być konsekwencją przyjętej strategii rozwoju organizacji bądź też formą reakcji na zjawiska zachodzące w jej otoczeniu. W ochronie zdrowia restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej jest następstwem makrorestrukturyzacji całego sektora tej sfery usług społecznych. Ma więc wymuszony charakter i powinna być postrzegana nie tylko jako proces usprawniający funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej i umożliwiający podniesienie ich efektywności ekonomicznej, ale również należy ją traktować jako formę strategicznej odnowy. W organizacjach medycznych nie wystarczą już proste usprawnienia. Konieczna jest radykalna zmiana filozofii i systemów zarządzania, wielkości i struktury posiadanych zasobów oraz stosunków własnościowych. W związku z tym stosowanie tak często praktykowanej w organizacjach gospodarczych restrukturyzacji naprawczej już nie wystarcza. Niezbędne staje się w związku z tym

³ J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 281.

stosowanie skojarzonych form restrukturyzacji, tj. połączenia restrukturyzacji dostosowawczej z restrukturyzacją rozwojową, z wyraźną preferencją tej ostatniej, która jest nie tylko bardziej kreatywna i twórcza, ale ma antycypacyjny charakter, umożliwiający wykorzystanie przyszłych szans i skuteczne przeciwstawienie się spodziewanym zagrożeniom. Restrukturyzacja rozwojowa zakładu opieki zdrowotnej polega na dokonywaniu na szeroką skalę zmian jakościowych i strukturalnych, związanych z wdrażaniem innowacyjnych rozwiązań w obszarze technologii medycznych, wzmacniających jego pozycję rynkową. Wychodzi ona naprzeciw zmianom otoczenia, umożliwia uzyskanie przewagi konkurencyjnej i zapewnia poprawę kondycji finansowej. Restrukturyzacja jest jednym z mechanizmów strategicznej odnowy organizacji⁴, w ramach której wprowadza się radykalne zmiany w sposób skokowy, wymagający wcześniejszego zaprojektowania i wdrożenia nowego modelu organizacji. Wiąże się to z dużym ryzykiem, ale również z większą szansą na osiągnięcie sukcesu. Badania empiryczne potwierdzają, że odnowa strategiczna zakładów opieki zdrowotnej jest prowadzona zwykle w sposób skojarzony potwierdzający w pierwszym etapie wprowadzanie zmian o charakterze restrukturyzacji naprawczej, a następnie realizowanie skokowych zmian realizowanych w ramach restrukturyzacji rozwojowej.

W szpitalu powiatowym „A”⁵ działającym w jednym z powiatów województwa mazowieckiego w pierwszej kolejności wprowadzono zmiany ukierunkowane na obniżenie kosztów świadczonych usług: wprowadzono budżetowanie zadań oraz zmiany w sposobie liczenia kosztów, zlikwidowano nierentowne jednostki organizacyjne (poradnię alergologiczną), na których usługi było niewielkie zapotrzebowanie, połączono niektóre jednostki (poradnie chirurgiczne i ginekologiczne przy oddziałach, oddział noworodków z oddziałem pediatrycznym), niektóre działalności pomocnicze przekazano firmom zewnętrznym (pranie bielizny, informatyzację szpitala). Osiągnięcie odczuwalnej poprawy w zakresie obniżki kosztów w tym szpitalu stało się impulsem do wprowadzenia dalszych zmian w ramach restrukturyzacji rozwojowej. Potwierdzeniem tego było między innymi poszerzenie zakresu świadczonych usług oraz zintensyfikowanie działań zapewniających zwiększenie poziomu ich jakości. Wprowadzono nowe wysokospecjalistyczne procedury medyczne w zakresie urologii i proktologii, badanie czynności serca tzw. systemem Holtera oraz gastroskopię. Otworzono Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Pododdział Opieki Paliatywnej na chirurgii oraz nowe poradnie (naczyniową, leczenia bólu, urologiczną i diabetologiczną). Restrukturyzacja rozwojowa w organizacjach medycznych wiąże się z koniecznością wprowadzania zmian umożliwiających poprawę jakości świadczonych usług i zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz zasobów wiedzy, umiejętności mery-

⁴ P. Banaszyk, S. Cyfert, *Strategiczna odnowa przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2007, s. 29.

⁵ K. Oblój, M. Ciszewska, A. Kuśmierz, *Strategie szpitali w warunkach reform*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2004, s. 72.

torycznych i technicznych personelu medycznego. Również w analizowanym szpitalu „A” jego kierownictwo zainicjowało szkolenia pracowników i ciągły proces doskonalenia ich kwalifikacji. Wprowadzono procedury standardy w zakresie epidemiologii zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz system kształtowania jakości na bazie norm ISO 9001.

Schemat postępowania w innych szpitalach objętych badaniami był podobny, w pierwszej kolejności realizowano zmiany umożliwiające eliminację wewnętrznych zagrożeń i wzmocnienie kluczowych kompetencji, a następnie wprowadzano radykalne zmiany w systemie zarządzania tymi organizacjami. Procesy radykalnych zmian były zwykle poprzedzane wymianą naczelnego kierownictwa, co powodowało zmianę dotychczas stosowanego stylu zarządzania i opracowanie nowej wizji rozwojowej placówki. Równocześnie zmiany personalne na szczeblu naczelnego kierownictwa stawały się impulsem do ruchu kadrowego na średnich poziomach zarządzania, przyczyniając się do odmłodzenia kadry kierowniczej i zmiany stylu funkcjonowania oddziałów. Proces wymiany kierowników średniego szczebla odbywał się najczęściej w sposób ewolucyjny i był związany z większym ich uprawomocnieniem. Ordynatorzy i kierownicy innych jednostek zostali wyposażeni w większy zakres uprawnień decyzyjnych, przejmując równocześnie większą odpowiedzialność za wyniki ich funkcjonowania. Uzyskali oni również możliwość wywierania większego wpływu na decyzje podejmowane na szczeblu naczelnego kierownictwa oraz samodzielność w kreowaniu nowych relacji z podmiotami najbliższego otoczenia szpitala (kontakty z mediami, poszukiwanie sponsorów), co przyczyniało się do wzmocnienia jego potencjału do świadczenia usług.

Oceniając strategiczne aspekty realizowanych zmian w badanych szpitalach, należy stwierdzić, że w centrum zainteresowania liderów wewnętrznego ruchu organizacyjnego w tych placówkach był ich potencjał społeczny. Wprowadzane zmiany były zwykle wspierane inicjatywami wzmocniającymi motywację personelu medycznego. Wzmocnienie to uzyskiwano przez doskonalenie procesów komunikacji wewnętrznej i dialogu z pracownikami, wprowadzenie wartościowania pracy i nowych form wynagradzania. Restrukturyzacja całego sektora usług zdrowotnych, jak i poszczególnych organizacji medycznych uruchomiła szereg pozytywnych zjawisk i procesów o strategicznym znaczeniu, do których należy zaliczyć proedukacyjny kierunek w zarządzaniu zasobami ludzkimi, ściśle związany z realizacją koncepcji organizacji uczącej się, wykorzystanie marketingu relacyjnego dla umocnienia usytuowania rynkowego placówek oraz uruchomienie trwałych mechanizmów ograniczania kosztów świadczenia usług medycznych. Realizacja głębokich przemian wewnętrznych w zakładach opieki zdrowotnej noszących wyraźne cechy restrukturyzacji rozwojowej wymaga wykorzystania dostępnych i radykalnych metod organizacji i zarządzania.

Narzędzia restrukturyzacji zakładu opieki zdrowotnej

Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej przebiega w warunkach niepełnego wykształcenia mechanizmu rynku usług zdrowotnych, co w sposób istotny wpływa na dobór narzędzi wspierających procesy głębokich przemian jakościowych. Stąd też w praktyce zarządzania preferuje się metody pozwalające na szybką poprawę efektywności funkcjonowania, a dopiero w dalszej kolejności wprowadza się zmiany kierunkowe zapewniające długofalowy rozwój i osiągnięcie mocnej pozycji strategicznej.

Najczęściej wykorzystywanymi narzędziami restrukturyzacji w organizacjach medycznych jest benchmarking, outsourcing, outplacement. W niektórych placówkach dla aktywizacji procesu koniecznych przemian wewnętrznych stosuje się marketing wewnętrzny. Najczęściej jednak w ramach restrukturyzacji rozwojowej zakładów opieki zdrowotnej stosuje się outsourcing, metodę zarządzania, której filozofię w 1923 roku określił Henry Ford, formułując zasadę: „Jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić wydajniej, taniej i lepiej niż nasi konkurenci, nie ma sensu, żebyśmy to robili; powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto robi to lepiej niż my”⁶. Polega ona na wydzieleniu ze struktury organizacji obszarów działalności mających najczęściej niekluczowy, a więc pomocniczy i wspierający charakter. Skutki takich zmian mają rozległy, nie tylko doraźny, ale również strategiczny charakter. Outsourcing umożliwia bowiem uzyskanie dostępu do nieosiągalnych wewnątrz organizacji zasobów, przyczynia się do redukcji kosztów i uwolnienia środków finansowych zamrożonych w działalności niemającej dla niej podstawowego charakteru. Dzięki temu środki te mogą być wykorzystane na inne cele. Strategiczne skutki tej metody zarządzania polegają na tym, że pozwala ona na zmniejszenie i podział ryzyka działalności oraz skupienie się na jej kluczowych obszarach. Daje ona również szanse nawiązania ścisłych kontaktów z liderami w poszczególnych segmentach rynku oraz dostępu do najlepszych rozwiązań technicznych i technologicznych w skali światowej.

Do najczęściej wydzielanych na zewnątrz obszarów działalności placówek lecznictwa zamkniętego należą: zbiorowe żywienie, sprzątnięcie, obsługa pralni, utylizacja odpadów, dozór mienia⁷. Outsourcingiem może być również objęta działalność w zakresie diagnostyki medycznej, przetwarzania danych i oprogramowania. W przypadku diagnostyki współpraca firmy zewnętrznej może polegać na przejściu wszystkich zadań w tym zakresie, łącznie ze sprzętem i personelem, co pozwala uniknąć szeregu problemów związanych z redukcją zatrudnienia. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez E. Bukłacha na próbie 33 szpitali zali-

⁶ A. Książ, *Outsourcing w Polsce. Wschodzący rynek*, „PCkurier” 1999, nr 24, s. 38.

⁷ E. Bukłacha, *Zastosowanie outsourcingu w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*, rozprawa doktorska, SGH. Kolegium Zarządzania i Finansów, Warszawa 2008, s. 158.

czonych do pierwszego poziomu referencyjnego, 28 z nich dokonało wydzielenia w obszarze działalności pozamedycznej, a 22 w działalności medycznej. Wydzielenia te odbywały się głównie w ramach outsourcingu kontraktowego, a więc na podstawie umowy, której postanowienia skutkują eliminacją wybranych obszarów działalności zakładów opieki zdrowotnej. W szpitalach tych sporadycznie zdarzały się wydzielenia podstawowych, statutowych, działalności medycznych w zakresie anestezjologii, chirurgii ogólnej oraz intensywnej terapii. W szerszym zakresie dokonuje się wydzielenia w grupie pozostałych działalności medycznych obejmujących usługi laboratoryjne, analitykę medyczną, a także działalność zespołu lekarzy rodzinnych. W tej grupie placówek aż 24 różne działalności pozamedyczne objęto wydzieleniem. Głównym motywem wydzielenia w tych szpitalach była konieczność obniżenia kosztów wydzielonej działalności (100% badanych placówek), potrzeba ograniczenia bądź uniknięcia nakładów inwestycyjnych (83,3%), dążenie do skupienia się na kluczowej działalności (66,7%), potrzeba uproszczenia organizacji i zarządzania (63,3%), potrzeba redukcji personelu (63,3%), dążenie do zmniejszenia wydatków na cele socjalne (50%). W dalszej kolejności znalazły się: chęć uzyskania dostępu do nowoczesnego know-how (40%), potrzeba poprawy jakości wydzielonej działalności (13,3%) oraz naciski ze strony interesariuszy (10%).

Również rozkład przyczyn wydzielenia w szpitalach drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego był podobny. Zauważa się w nim wyraźną przewagę doraźnych oczekiwań poprawy usytuowania ekonomicznego badanych placówek nad długofalowymi korzyściami wynikającymi z uzyskania trwałej przewagi konkurencyjnej, możliwej do osiągnięcia przez wzmocnienie kluczowych czynników sukcesu. W szpitalach o niższym poziomie referencyjności, zlokalizowanych w znacznej odległości od dużych ośrodków miejskich, które równocześnie pełnią rolę głównego pracodawcy w danej miejscowości, do możliwości wydzielenia podchodzi się z większą rezerwą, akcentuje ich negatywne skutki w postaci większego uzależnienia od zewnętrznego dostawcy usług oraz podkreśla konieczność poszukiwania wewnętrznych źródeł obniżki kosztów tych obszarów działalności, które podlegałyby ewentualnym wydzieleniom. Wprowadzane zmiany w zakładach opieki zdrowotnej związane z outsourcingiem mają pozytywne następstwa w sensie strategicznym. Umożliwiają rozwijanie kluczowych kompetencji i koncentrację środków inwestycyjnych w obszarze tych usług, których świadczenie bazuje na mocnych stronach zakładu i stanowi podstawę strategicznego wyróżniania się na rynku. Ich realizacja uaktywnia procesy podejmowania decyzji strategicznych, których kreowanie na poziomie naczelnego kierownictwa jest ułatwione przez jego odciążenie koniecznością rozwiązywania problemów dotyczących obszarów wydzielonej działalności.

W zakładach opieki zdrowotnej wydzieleniu niektórych obszarów działalności medycznej, a zwłaszcza pozamedycznej, towarzyszy proces rozszerzania dzia-

łałności podstawowej. Odbywa się on pod presją zewnętrzną, jak to ma miejsce w przypadku szpitali powiatowych, na które wywierają nacisk organy samorządu lokalnego, oczekujące w imieniu mieszkańców wzbogacenia struktury świadczonych usług medycznych. Wzrost dywersyfikacji usług napotyka tu również na podatny grunt oczekiwań kierownictwa zakładów, które widzą w niej źródło zwiększenia przychodów ze sprzedaży świadczeń, jak i okazję do uzyskania dodatkowego zasilenia finansowego z budżetu gminy.

Restrukturyzacja placówek medycznych wymaga wykorzystania również innych metod i koncepcji zarządzania. Do najczęściej stosowanych należy zaliczyć: metody analizy strategicznej, benchmarking, marketing wewnętrzny oraz outplacement. W szpitalach, które wyróżniają się wyższym stopniem profesjonalizacji zarządzania i chcą skutecznie dostosować się do wymogów otoczenia lub realizować swoje plany rozwojowe, dość często wykorzystuje się metody analizy strategicznej: analizę PEST, analizę pięciu sił Portera, mapę grup strategicznych, analizę łańcucha wartości i macierz McKinseya. Oddziały szpitalne dla potrzeb tworzenia planu strategicznego wykorzystują analizę SWOT. Coraz częściej w państwowych placówkach medycznych procesy kreowania zmian są wspierane przez benchmarking, metodę polegającą na porównywaniu się organizacji z najlepszymi i wskazywanie na tej podstawie zmian umożliwiających wzrost operacyjnej i strategicznej efektywności. Wymusza ona procesy uczenia się organizacji i w pewnym stopniu można ją traktować jako substytut działania sił rynkowych pobudzających wzrost efektywności w organizacjach medycznych, które w pełnym zakresie nie podlegają oddziaływaniu mechanizmu rynku. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej porównują profile i sposoby swojej działalności do placówek prywatnych lub ich sieci. Dzięki temu coraz więcej szpitali publicznych zdobywa certyfikaty jakości ISO, przebudowuje profile swojej działalności i zmienia standardy obsługi pacjentów, od izby przyjęć aż do końcowego wypisu. Pochodną działań restrukturyzacyjnych prowadzonych w zakładach opieki zdrowotnej jest stosowanie outplacementu, metody, która polega na przenoszeniu poza organizację jej pracowników.

Proces transformacji sektora usług zdrowotnych w początkowym okresie jej trwania wymagał redukcji zatrudnienia, która umożliwiła ukształtowanie pożądanej struktury zasobów. Był to proces trudny do przeprowadzenia i często wspomagany przez monitorowane zwolnienia pracowników medycznych i pozamedycznych, przewidziane działaniami restrukturyzacyjnymi. Trudne położenie finansowe publicznych zakładów opieki zdrowotnej spowodowało, że działania związane z przyjaznym rozstaniem się z pracownikami tych zakładów odbywały się w sposób mało angażujący środki finansowe placówek medycznych. Ograniczały się one do wykorzystania kapitału relacyjnego i osobistych kontaktów kierownictwa zakładów do poszukiwania zwalnianym pracownikom nowych miejsc pracy. W niektórych placówkach outplacement wykorzystywany jest również jako

narzędzie „odmłodzenia” kadry kierowniczej oddziałów szpitalnych. Przykładów wykorzystania w związku z tym dość oryginalnych, a zarazem mało kosztownych rozwiązań, dostarczają wyniki badań dotyczących wspomnianego wcześniej w tej publikacji szpitala powiatowego „A”. W szpitalu tym, chcąc przyspieszyć wdrożenie systemu ISO 9001 i zneutralizować sceptyczny stosunek ordynatorów starszego pokolenia do tej koncepcji, odchodzącym na emeryturę ordynatorom, którzy przepracowali 40 lat w tej placówce, przyznawano „honorowy dyplom zasłużonego dla ZOZ-u”. Dzięki temu zwolnione stanowiska objęli młodszy lekarze, mający inne wizje funkcjonowania oddziałów, mający nie tylko pomysły na zmiany, ale również bardziej przychylne stanowisko wobec nowych rozwiązań, w tym również dotyczących problematyki zapewnienia wysokiego poziomu jakości. Aktualnie znaczenie outplacementu w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej wyraźnie zmalało. Emigracja zarobkowa lekarzy i pielęgniarek w ostatnich latach spowodowała, że wiele z tych placówek zrewidowało swoje plany strategiczne i w związku z tym nie zachodzi potrzeba stosowania radykalnych zmian w zakresie redukcji zatrudnienia, a tym samym outplacement stracił na znaczeniu.

W niektórych organizacjach medycznych w dążeniu do uaktywnienia personelu w realizacji procesów innowacyjnych stosuje się marketing wewnętrzny. Metoda ta pozwala postrzegać personel zakładów opieki zdrowotnej jako klientów wewnętrznych, którzy zatrudniając się w nich, uzyskują dla siebie dobre warunki pracy i możliwości samorealizacji, dają w zamian swoje zaangażowanie, twórczą osobowość, zdolności, kwalifikacje i umiejętności. Rynkiem w tym przypadku jest wnętrze organizacji medycznej, produktem są propozycje zmian wynikające z programów restrukturyzacyjnych, producentami – zarządzający bądź właściciele tych organizacji, a klientami – zatrudniony personel. W praktyce przedmiotem takich transakcji mogą być: nowe procesy i procedury medyczne, zmiany struktur, wprowadzenie nowego wyposażenia i technologii medycznych, system kształtowania jakości czy też nowe warunki pracy i wynagradzania. Powodzenie idei marketingu wewnętrznego jest uwarunkowane zapewnieniem osobistej satysfakcji pracowników, którzy będą skłonni zaangażować się i poświęcić swój czas na rzecz przeprowadzanych zmian w organizacjach medycznych, oraz pozytywnymi doświadczeniami w tym zakresie z przeszłości.

W szpitalu powiatowym „B” wcześniejsze zmiany zainicjowane przez dyrekcję, zmierzające do ekonomizacji procedur medycznych i lepszego przygotowania kontraktów przyniosły poprawę położenia finansowego placówki. Ordynatorzy zachęteni pozytywnymi rezultatami tych inicjatyw zgłosili własne inicjatywy dotyczące procesu akredytacyjnego oraz udzielenia pomocy lekarzom w szkoleniach na II stopień specjalizacji. Zostały one uwzględnione przez dyrekcję szpitala, przyczyniając się do uzyskania lepszych kontraktów i zwiększenia liczby zatrudnionych lekarzy z drugim stopniem specjalizacji.

Podsumowanie

Przedstawiona analiza przypadków wykorzystania współczesnych metod organizacji zarządzania w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej nie wyczerpuje wszystkich możliwości w tym zakresie. Ogromne bogactwo tych metod pozwala na ich wykorzystanie nie tylko przy rozwiązywaniu bieżących problemów i wdrażaniu zmian adaptacyjnych wynikających z systemowych przeobrażeń sektora ochrony zdrowia, powinny one również stać się inspiracją do kreowania nowych, przyszłościowych rozwiązań i wzorców funkcjonowania. Należy w związku z tym postulować rozszerzenie zakresu stosowanych dotychczas metod organizacji i zarządzania. Zmiany powinny iść w kierunku większego wykorzystania metod zarządzania strategicznego, metod zarządzania informacją i procesami biznesowymi oraz koncepcji organizacyjnego uczenia się. Spełnienie tych postulatów wymaga jednak uzupełnienia wiedzy z tego zakresu przez menedżerów ochrony zdrowia i zmiany podejścia do aplikacji współczesnych metod organizacji i zarządzania, która nie zawsze uwzględnia specyfikę funkcjonowania sektora usług zdrowotnych.