

Joanna Kacała

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA – STAN I PERSPEKTYWY

1. Wstęp

Obecnie ze względu na wyniki ekonomiczno-finansowe osiąmane w służbie zdrowia największą uwagę koncentruje na sobie szpital. Znaczna i cyklicznie powtarzana strata w większości szpitali w Polsce skłania do rozważenia poważnych zmian w tym obszarze. Celem artykułu jest przedstawienie diagnozy organizacyjnej oraz zaproponowanie zmian w strukturze organizacyjnej szpitala, tak aby miały one znaczący wpływ na poprawę efektywności organizacyjnej i finansowej jednostek służby zdrowia.

2. Szpital a zmiana struktury

Do rozważenia poważnych zmian w szpitalnictwie skłaniają nie tylko złe wyniki finansowe działalności szpitala (co w wyjątkowych sytuacjach i w przejściowym okresie mogłoby być możliwe do zaakceptowania), lecz również i sama przyczyna tego stanu rzeczy, tkwiąca w braku wystarczająco silnej motywacji wyższej kadry kierowniczej do racjonalizowania jego działalności. Ten brak motywacji jest naturalny w ramach systemu biurokratycznego, który jest obecnie stosowany w większości szpitali. Objawia się on w formie działania na bazie przepisów, zarządzeń, subiektywnych ocen, gry interpersonalnej i organizacyjnej zamiast mierzenia wyników. Problem zniknie w momencie przejścia na system rynkowy, w którym wynagrodzenie wyższej kadry będzie uzależnione od osiągniętych wyników (tzw. organizacje oddziałowe, przedmiotowe czy oparte na ośrodkach zysku – ośrodkach odpowiedzialności za wyniki ekonomiczne) bądź też stworzy się sieć niezależnych podmiotów, w których wyższa kadra (zarządzająca dużymi jednostkami wewnętrznymi) będzie posiadała udziały. Dopiero wtedy pojawi się silny bodziec o charakterze finansowym do działania racjonalnego ekonomicznie.

Oczywiście w podejściu takim nie rezygnuje się z działań mających na celu dobro pacjenta. W innym przypadku działanie takie będzie skutkowało bowiem brakiem zaufania do jednostki, złą renomą, procesami sądowymi i problemami z ciągłością

funkcjonowania. Brak silnej motywacji finansowej wydaje się więc, z jednej strony, jednym z podstawowych problemów przemian organizacyjnych, z drugiej strony, może się stać motorem zmian. Rysują się tutaj dwa rozwiązania: organizacja oddziałowa oparta na ośrodku odpowiedzialności za zysk bądź też organizacja sieciowa składająca się z niezależnych ekonomiczno-prawnie podmiotów. Rozwiązania biurokratyczne, dzisiaj najczęściej stosowane, nie doprowadzą do zmiany zachowań oraz uzdrowienia sytuacji finansowej, ponieważ powodują wiele dysfunkcji, tj.:

1. Nielojalność kadry w stosunku do pracodawcy.
2. Wypaczanie zadań – są realizowane tak, by osiągnąć cele formalne, a nie rzeczywiste.
3. Próby racjonalizowania działalności organizacji przez funkcjonowanie zespołów ds. medycznych, złożonych głównie z lekarzy, które nie mogą spełnić swej funkcji, gdyż dochodzi tutaj do sprzeczności interesów: redukcja kosztów i zwiększanie przychodów nie leży w interesie samej kadry medycznej, działalność zespołów jest więc przynajmniej w sferze racjonalności ekonomicznej fikcyjna.
4. W dokumentacji organizacyjnej dotyczącej opisu pracy wyższego szczebla medycznego (kierowników oddziałów) brak jest w zasadzie wzmianki na temat osiągania celów ekonomicznych przedsiębiorstwa, a przecież działalność oddziałów jest działalnością podstawową organizacji i od niej w znacznej mierze zależy jej wynik. Zgodnie z dokumentacją kierownicy oddziałów są przede wszystkim lekarzami wyższej rangi, w mniejszym stopniu są administratorami majątku, ale już na pewno nie podmiotami zarządzającymi (brak specyfikacji uprawnień decyzyjnych – występuje jedynie specyfikacja obowiązków oraz odpowiedzialności, co jest wbrew klasycznej triadzie „obowiązki–uprawnienia–odpowiedzialność” i zasadzie pokrywania się ich obszarów); gdyby więc problem analizować z czysto formalnego punktu widzenia, to kierownikom oddziałów brakuje podstaw formalnych do podejmowania działań na rzecz racjonalizowania działalności.
5. Próby rozliczania kierowników oddziałów za wyniki ekonomiczne kończą się jedynie ich poinformowaniem o zaewidencjonowanym stanie rzeczy; argument kadry wyższego szczebla na rzecz stwierdzenia braku odpowiedzialności za zaistniałą sytuację jest bowiem taki, iż nie ma wpływu na zmienne, od których wynik zależy. W tej sytuacji należy jasno określić uprawnienia decyzyjne, będące podstawą kształtowania wyniku, oraz typy kosztów i przychodów, które bezdyskusyjnie zależą od kierownictwa oddziału, nawet gdyby na pierwszym etapie zmian wynik oddziału był zniekształcony nieuwzględnianiem pewnych zmiennych (zależnych od innych podmiotów, lecz związanych z działalnością oddziałów oraz tych rozliczanych kluczami).
6. Silna tzw. struktura nieformalna, czyli układy zależności oraz wpływu, które skutecznie krępują realne działania reorganizacyjne. Fakt ten należy wziąć pod uwagę jako potencjalne źródło problemów w procesie zmian.

3. Zadania kadry kierowniczej

Podstawowy problem, który się pojawia w związku ze zmianą funkcjonowania struktur w szpitalu, dotyczy zakresu zadań kadry kierowniczej. Powstaje

organizacyjny problem obciążenia pracą i odpowiedzialnością pracowników mających wyższą rangę (ordynatorów oddziałów). Jednoczesna odpowiedzialność za leczenie i bieżący nadzór nad jego przebiegiem oraz podejmowanie licznych kluczowych dla życia i zdrowia ludzkiego decyzji mogą być niemożliwe do pogodzenia z kwestiami zarządzania ukierunkowanego na osiągnięcie jak najlepszych wyników finansowych. Oznacza to bowiem:

- monitorowanie rynku pod kątem racjonalnych ekonomicznie usług pomocniczych świadczonych dla oddziałów,
- wybór odpowiednich usług,
- ich nadzorowanie,
- bieżącą analizę wydatków i wpływów,
- poszukiwanie szczegółowych rozwiązań ukierunkowanych na redukcję kosztów,
- poszukiwanie docelowych grup odbiorców usług,
- docieranie do nich i akwizycja usług (marketing).

Jedną z propozycji organizacyjnych rozwiązujących przedstawione problemy mogłaby być możliwość przesunięcia z administracji po jednym stanowisku na oddziały medyczne, którego celem byłaby realizacja wymienionej grupy zadań zarządczych dotyczących konkretnego oddziału w ścisłej współpracy z ordynatorami. Pozwoliłoby to odciążyć stanowiska medyczne wyższej rangi od działań menedżerskich typowych dla ośrodka odpowiedzialności, jakim jest ośrodek zysku. Stanowiska te powinny mieć rangę kierowniczą, np. menedżer oddziału. Pozostawałyby one w służbowej zależności od kierownika oddziału i przejęłyby służbową zwierzchność nad innymi ewentualnymi stanowiskami administracyjnymi oddziałów. Sama idea przesunięcia osób z administracji również wydaje się słuszna ze względu na to, iż redukuje się zatrudnienie w sferze pomocniczej, gdzie trudno zmierzyć wydajność, a przesuwa się stanowiska do sfery podstawowej, która generuje przychody i gdzie działalność tych stanowisk przekłada się na konkretne uzyskiwane obniżki kosztów czy przyrost przychodów. Naturalnie nie może się to przerodzić w globalne zwiększanie zatrudnienia.

Gdyby przyjąć koncepcję oparcia struktury organizacyjnej na quasi-niezależnych centrach odpowiedzialności za wyniki (zysk), zmianie musiałaby ulec formuła wynagradzania premiowego kierowników oddziałów. Ich premie nie mogłyby być nadal uzależnione od niespełniających zresztą swej funkcji tzw. zadań premiowych lecz zależałyby od osiąganego wyniku finansowego. Potrzebna byłaby też realizacja wielu organizacyjnych działań restrukturyzacyjnych takich, jak:

- identyfikacja działań i związanych z nimi grup kosztów, na które ma wpływ kierownik oddziału,
- identyfikacja obszarów decyzyjnych, które są związane z generowaniem przychodu, na które ma wpływ kierownik oddziału,
- formalne wyposażenie kierowników oddziałów (ośrodków zysku) w uprawnienia decyzyjne – zmiana dokumentacji organizacyjnej,
- identyfikacja grup kosztów rozliczanych kluczami (redefiniowanie kluczy),
- zmiana struktury organizacyjnej połączona ze zmianą struktury przedmiotowej (powołanie menedżerów oddziałów, zmiana zadań dotychczasowej kadry),

- połączenie siecią komputerową oddziałów z administracją i opracowanie adekwatnego systemu rachunkowości zarządczej.

4. Zadania i struktura administracji szpitala

Podobnie jak w sferze działalności medycznej, tak również w administracji zaobserwowano nieprawidłowe rozwiązania bądź tendencje. Najczęściej mamy do czynienia ze strukturą przedmiotową, której konstrukcja zdaje się obecnie mocno odbiegać od potrzeb w tym zakresie. Dało się zauważyć wiele nieracjonalnych rozwiązań, np.:

1. Przypisanie realizacji zadań z obszaru marketingu działowi gospodarczemu. Ta grupa problemów, istotnych z punktu widzenia uzyskiwanych przychodów, jest bardzo słabo realizowana w ramach struktury szpitala. Uwaga pracowników działu koncentruje się na prostych i powtarzalnych czynnościach gospodarczo-dokumentacyjnych, a zaniedbywana jest działalność istotna, choć mniej ustrukturalizowana o charakterze koncepcyjnym. Powodem tego są często zarówno słabości kadrowe, jak i dominacja zadań tej grupy nad marketingowymi (znane zjawisko dominacji działań operacyjnych nad koncepcyjnymi). Do tego mamy do czynienia z przerostami zatrudnienia w tym obszarze.
2. Słabością administracji jest również jej system motywowania: nie uwzględnia on ani wymiernych kryteriów oceny pracy, ani też wyników realizacji budżetowanych zadań. W efekcie administracja jest „ospała” i działa w starym stylu.
3. Realizowany przez administrację system sprawozdawczości jest bardziej ukierunkowany na sprostanie wymogom podmiotu kapitałowo zwierzchniego niż na potrzeby systemu wspomagającego zarządzanie szpitalem. Brakuje uwypuklenia potrzeb bieżącego i długofalowego zarządzania w systemie ewidencji i sprawozdawczości.

Do innych nieprawidłowości, z którymi możemy mieć do czynienia w obszarze administracyjnym, zaliczyć należy:

1. Działania marketingowe, które obecnie są szczątkowe. Z jednej strony istnieje pełna świadomość słabości ekonomicznej przedsięwzięcia, z drugiej natomiast nie próbuje się nawet wykorzystywać potencjalnych dodatkowych przychodów jako środka zaradczego w tym względzie. Działania marketingowe powinny być ukierunkowane przede wszystkim na pozyskanie klientów, którzy odpłatnie (poza systemem opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia) korzystaliby z usług szpitala oraz, co nie mniej ważne, na zbudowanie (wzmocnienie) jego wizerunku rynkowego.
2. Rachunkowość zarządcza jest nieuporządkowana organizacyjnie. Widoczny jest brak: przejrzystości organizacyjnej, wpływu na koszty ich przyporządkowania, ustalenia ośrodków odpowiedzialności itd. oraz funkcji analityka – kontrolera finansowego.
3. Informatyka i informatyzacja działalności. Szczególne zaległości w tym zakresie mają oddziały szpitalne.
4. Relacje (kontakty) z otoczeniem organizacji. Wydaje się, że temu obszarowi należy poświęcić więcej uwagi. Lobbowanie, nawiązywanie relacji z istotnymi

podmiotami wiąże się z pozyskiwaniem środków na działalność, zleceń i, co za tym idzie, finansami. Ogólnie można stwierdzić, iż obecnie administracja jest skonstruowana w sposób bardzo tradycyjny i zorientowana na administrowanie dotychczasowym majątkiem w starym stylu (orientacja na wnętrze organizacji).

Wiadomo, że sukces organizacji tkwi w jej relacjach z otoczeniem, ponieważ tam są dostępne zasoby, oraz w innowacyjności organizacyjnej, z czego wynika jasno, iż administracja powinna przeorganizować swoją działalność tak, aby dominowały w niej funkcje analityczno-koncepcyjne, a także funkcje odpowiedzialne za ścisły kontakt z otoczeniem, klientem i decydentami zewnętrznymi. Tradycyjne funkcje gospodarcze powinny zostać maksymalnie zautomatyzowane, a ich udział w ogólnej liczbie zatrudnionych w administracji powinien w najbliższych latach maleć.

5. Propozycje przekształceń

W tabeli 1 zaprezentowano dwie podstawowe opcje przekształceń organizacyjnych, które mają na celu racjonalizację ekonomiczną i funkcjonalną podmiotu. Są nimi opcje wewnętrzna oraz zewnętrzna. Opcja wewnętrzna zakłada utrzymanie spójności organizacyjnej szpitala, zewnętrzna zaś – podział na niezależne organizacyjno-prawne podmioty. Scharakteryzowano również punkt wyjścia oraz docelowe rozwiązania w perspektywie rynkowej.

Tabela 1. Opcje przekształceń organizacyjnych

Opcja biurokratyczna (obecnie realizowana)	Opcja rynkowa (planowana)
Utrzymanie spójności organizacyjnej jednostki (opcja wewnętrzna)	
Struktura funkcjonalna; typowo biurokratyczne, oparte na przepisach wewnętrznych i formalizacji systemy motywacyjne kadry; sztaprowe rozwiązania w sferze administracji z niewielkim udziałem funkcji typowo koncepcyjnych i analitycznych (akwizycja usług, rachunkowość zarządcza, kontakty z otoczeniem)	Struktura oddziałowa z centrami odpowiedzialności za wyniki (zysk), w większym stopniu zdecentralizowana, z systemem motywacyjnym opartym o pomiar efektu ekonomicznego, w której rola kadry medycznej wyższego szczebla wspierana jest przez menedżerów oddziałów; administracja z rosnącą liczbą funkcji koncepcyjno-analitycznych
Dekompozycja jednostki (opcja zewnętrzna)	
Charakterystyka organizacji stanowiącej punkt wyjścia j.w.	Struktura funkcjonalno-holdingowa (z centralnym podmiotem MCZ realizującym niektóre funkcje na rzecz spółek zależnych) bądź sieciowa oparta na niezależnych podmiotach (organizacyjno-prawnie i kapitałowo) z udziałem wyższej kadry medycznej i ewentualnie podmiotów zewnętrznych

Źródło: opracowanie własne.

Oczywiście takie podejście pociąga za sobą określone działania restrukturyzacyjne związane z realizacją każdej z opcji. Na syntetyczną procedurę działania składają się:

- zaprojektowanie nowej struktury przedmiotowej dla obszaru lecznictwa zamkniętego oraz administracji,
- uporządkowanie kwestii wpływu na koszty oraz uprawnień odnośnie do decyzji wpływających na generowanie przychodów,
- przeprojektowanie dokumentacji organizacyjnej na uwzględniającą problem uprawnień decyzyjnych,
- określenie systemu odpowiedzialności za poszczególne parametry ekonomiczne (ośrodki odpowiedzialności),
- związanie systemu premiowania z systemem odpowiedzialności za uzyskiwane wyniki,
- dostosowanie systemu informatycznego do potrzeb placówek szpitalnych,
- zaprojektowanie nowej struktury podmiotowej dla obszaru lecznictwa zamkniętego oraz administracji,
- przesunięcia pracownicze, wymiana niektórych stanowisk.

W przypadku próby dekompozycji jednostki na niezależne ekonomiczno-prawnie podmioty działania będą musiały polegać na negocjacjach z potencjalnymi uczestnikami procesu prywatyzacji, wycenie składowych majątku, ustaleniu wariantów przekształceń własnościowych, ustaleniu warunków przyszłego współdziałania oraz dostosowaniu struktury administracji i pozostałych służb do nowej sytuacji organizacyjnej.

Literatura

- Łobos K. (2003), *Teoria struktur organizacyjnych. Stan i perspektywy*, AE, Wrocław.
- Kacala J., Łobos K. (2004), *Diagnoza i kierunki zmian systemu zarządzania przedsiębiorstwem medycznym*, [w:] *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – między teorią a praktyką*, red. J. Lichtarski, H. Jagoda, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 1014, AE, Wrocław.

ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF HOSPITAL – STATES AND PERSPECTIVES

Summary

This article represents diagnosis organization of hospital. The introduced proposals of changes in structure of organizational unit concern the change of tasks and way of thinking the management and improvement of organizational efficiency of whole hospital.