Jarosław Waśniewski
Jędrzej Strumiłło
Róża Szawłowska

Projektowanie działalności podmiotów leczniczych

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Gdańskiego

Projektowanie działalności podmiotów leczniczych

Jarosław Waśniewski
Jędrzej Strumiłło
Róża Szawłowska

Projektowanie działalności podmiotów leczniczych

W kierunku organizacji procesowej

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Gdańskiego

Gdańsk 2022

Recenzent
prof. dr hab. Marek Ćwiklicki

Redaktor Wydawnictwa
Krzysztof Lindstedt

Projekt okładki i stron tytułowych
Studio Spectro

Skład i łamanie
Maksymilian Biniakiewicz

Publikacja sfinansowana ze środków projektu PROgram Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego (ProUG) realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na podstawie umowy nr POWR.03.05.00-00-Z308/17-00 zawartej pomiędzy Narodowym Centrum Badań i Rozwoju a Uniwersytetem Gdańskim w dniu 11.12.2017 roku

© Copyright by Uniwersytet Gdański
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-340-0
ISBN 978-83-8206-420-9 (online)

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel. +48 58 523 11 37, tel. kom. +48 725 991 206
e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl
wydawnictwo.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: wydawnictwo.ug.edu.pl/sklep/

Druk i oprawa
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel. +48 58 523 14 49

Spis treści

Wstęp 7

Rozdział 1. Zarządzanie zmianą organizacyjną 10

1.1. Istota zmiany organizacyjnej 10
1.2. Proces zmian organizacyjnych 21
1.2.1. Zdolność organizacji do zmian (OCC) 21
1.2.2. Sekwencja działań w procesie zmian organizacyjnych 24
1.3. Człowiek w organizacji a zmiany organizacyjne 27
1.3.1. Reakcje pracowników na zmiany organizacyjne 27
1.3.2. Opór przeciwko zmianom 29

Rozdział 2. Czynniki kształtujące organizację i strukturę podmiotów leczniczych 37

2.1. Istota organizacji podmiotów leczniczych 37
2.2. Czynniki strukturotwórcze 38
2.3. Otoczenie jako czynnik strukturotwórczy 40
2.3.1. Istota, rola i definicja otoczenia organizacji 40
2.3.2. Otoczenie prawne podmiotów leczniczych 42
2.3.3. Pozostałe rodzaje otoczenia organizacji 53
2.3.4. Charakterystyka stanów otoczenia 59
2.3.5. Dopasowanie struktury organizacji do otoczenia 62
2.4. Organizacja a technologia 68
2.5. Cykl życia organizacji 70
2.6. Kultura a struktury organizacyjne 72
2.7. Strategia a struktura 74

Rozdział 3. Formy prawne prowadzenia działalności leczniczej przez podmioty lecznicze 79

3.1. Kategorie podmiotów leczniczych 79
3.2. Przedsiębiorcy 95
3.3. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej 104
3.4. Jednostki budżetowe 110

3.5. Jednostki wojskowe 112
3.6. Fundacje jako podmioty lecznicze 114
3.7. Stowarzyszenia 116

Rozdział 4. Struktury organizacyjne w podmiotach leczniczych 120

4.1. Istota, definicja oraz deskryptory struktur organizacyjnych 120
4.2. Typologia i ewolucja struktur organizacyjnych 123
4.3. Wybrane struktury organizacyjne podmiotów leczniczych 128
4.3.1. Struktury mechanistyczne 128
4.3.2. Struktury pośrednie (adaptacyjne/przejściowe) 138
4.3.3. Struktury pośrednie (elastyczne) 147
4.3.4. Struktury organiczne 153
4.4. Proces projektowania struktury organizacyjnej 155

Rozdział 5. Podejście procesowe w projektowaniu działalności podmiotów leczniczych 166

5.1. Istota podejścia procesowego w podmiotach leczniczych 166
5.2. Proces jako podstawa budowy podmiotów leczniczych 172
5.2.1. Istota i definicja procesu 172
5.2.2. Procesy w podmiotach leczniczych – klasyfikacja 176
5.2.3. Standaryzacja procesów w podmiotach leczniczych a procedura medyczna 181
5.3. Rekonfiguracja organizacji podmiotów leczniczych w kierunku procesowym 188
5.3.1. Ewolucja struktury organizacyjnej w kierunku organizacji procesowej 188
5.3.2. Proces projektowania organizacji procesowej 193
5.4. Projektowanie procesu i jego mapowanie 196
5.4.1. Sekwencja działań w projektowaniu procesów 196
5.4.2. Mapowanie procesu 208
5.5. Zespołowe formy opieki nad pacjentem – struktura procesowa w podmiotach leczniczych 211

Rozdział 6. Dokumentacja organizacyjna w podmiotach leczniczych 219

6.1. Regulamin organizacyjny 219
6.2. Regulamin wynagrodzeń 221
6.3. Umowy o pracę i umowy cywilnoprawne – dokumentacja 224
6.4. Dokumentacja medyczna 233

Zakończenie 241

Bibliografia 243

Załączniki (dokumentacja organizacyjna) 254

Wstęp

Autorzy publikacji z zakresu zarządzania organizacjami, w tym publicznymi i podmiotami leczniczymi, wskazują na ogrom wyzwań stojących przed menedżerami tych organizacji. Większość autorów opisuje źródła tych wyzwań i oczekiwania co do działań (i ich wyników) podejmowanych w organizacjach, aby im sprostać. Nie inaczej jest w ochronie zdrowia, gdzie poziom wyzwań w dzisiejszych czasach jest niebotyczny. Do „tradycyjnych" problemów związanych z finansowaniem całego systemu oraz poszczególnych podmiotów, a także z ich efektywnością, doszły problemy niespodziewane i o niespotykanej skali – dotyczące pandemii COVID-19. Na całym świecie możemy mówić o problemach z wydolnością systemu ochrony zdrowia związanych z nagłym wzrostem osób wymagających hospitalizacji i specjalistycznej aparatury medycznej. Z jednej strony rozwiązywanie problemów o takim natężeniu i zasięgu nie jest możliwe nawet w skali kraju – wymaga działań międzynarodowych, z drugiej jednak strony w Polsce (być może w innych krajach też) jest widoczny brak pomysłu na systemowe rozwiązania w tym zakresie. Autorzy tej publikacji wychodzą jednak z założenia, że system jest tak sprawny, jak sprawne okazuje się jego najsłabsze ogniwo. I tu dochodzimy do celu powstania niniejszej publikacji, tj. przedstawienia rozwiązań organizacyjnych podmiotów leczniczych ze szczególnym naciskiem na ich uprocesowienie. Autorzy niniejszej publikacji, na podstawie obserwacji, analizy literatury i własnego doświadczenia jako konsultantów i menedżerów podmiotów leczniczych, wskazują, iż najsłabszym ogniwem w systemie ochrony zdrowia w Polsce są samodzielne publiczne podmioty lecznicze. I to nie dlatego, że nie potrafią leczyć, ale ponieważ nie pozwala im się tego robić. Przy czym jest nieprawdą, że nie pozwala się, bo za mało jest pieniędzy w systemie. Pieniędzy zawsze będzie za mało. Hamulcem w skutecznym (poprawa stanu zdrowia) działaniu jest w dużej mierze dramatycznie niski poziom zarządzania podmiotami leczniczymi – od planowania działalności – w tym aspekty strategiczne, poprzez sposób jej organizacji, aż do kontroli tych podmiotów. Autorzy niniejszej publikacji skupiają się na obszarze organizowania tejże działalności

jako kluczowym aspekcie podnoszenia efektywności (skuteczność i ekonomiczność) podmiotów leczniczych (ostatecznie nie tylko publicznych – w końcu nie ma organizacji, której nie dałoby się usprawnić).

W tak turbulentnych czasach imperatywem funkcjonowania organizacji jest zdolność adaptacji do zmiennych warunków. Widać to szczególnie w okresie pandemii, kiedy adaptacja do nowych wyzwań odbija się na dotychczasowych obszarach leczenia, skutkując większą śmiertelnością wśród osób przewlekle chorych, którzy mają ogromne problemy z dostaniem się do lekarza i leczeniem szpitalnym. Jest to w dużej mierze wina zarządzających na poziomie centralnym – szpitale tymczasowe mogły być organizowane w okresie czerwiec–sierpień 2020, tak aby odciążyć placówki od problemów związanych z organizacją łóżek szpitalnych dla chorych na COVID-19 i, co gorsza, z procedurami bezpieczeństwa, które znacznie obniżają sprawność działań. Niemniej podmioty lecznicze nie były do tego przygotowane organizacyjnie – tzn. ich system organizacyjny oparty na tradycyjnym, funkcjonalnym podziale, nie był w stanie szybko i bez dużych nakładów (energii pracowników, środków na zmiany i adaptację pomieszczeń itp.) dostosować się do zmiany warunków. Naturalnie nie znaczy to, że działałyby w sposób perfekcyjny (nawet restauracja McDonald's nie jest w stanie wydawać szybko zamówień, jeżeli nagle wejdzie do niej pięćdziesięcioro dzieci ze szkolnej wycieczki).

Dotychczasowe restrukturyzacje publicznych podmiotów leczniczych nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest bardzo dużo. Do najważniejszych zaliczy można: nieumiejętność zaprojektowania nowych rozwiązań i ich wdrożenia, skupianie się na aspektach związanych ze wskaźnikami ekonomicznymi (co gorsza – w krótkim horyzoncie czasowym), co skutkuje zwykle redukcją łóżek szpitalnych i personelu (w tym wysokiej klasy specjalistów – patrz raport NIK [2016]). Taki stan rzeczy jest z kolei pochodną sposobu sprawowania kontroli nad publicznymi podmiotami leczniczymi przez właściciela. Wszystkie te słabości są znane od lat, a większość podmiotów leczniczych niestety przeżywa regres.

Agniesza Wenerska [2016, s. 323–324] wskazuje na kluczowe wyzwania stojące przed menedżerami podmiotów leczniczych: wprowadzenie strategii marketingowej do pozyskania klientów spoza NFZ, określenie rentowności procedur medycznych poszczególnych oddziałów, polityka zakupów, finanse, zapasy oraz doskonalenie organizacji.

Autorzy prezentowanej książki, zgadzając się co do zasady z powyższymi stwierdzeniami, pragną podkreślić, iż kolejność powinna być odwrotna. Tylko dobrze zorganizowany podmiot leczniczy (odpowiednia struktura organizacyjna z zespołowymi formami opieki nad pacjentem ukierunkowana na procesy leczenia) może podjąć wyzwania w postaci komercjalizacji usług,

pozyskania kontraktu z NFZ w oparciu o realne koszty procedur medycznych, które nie będą obarczone kosztami niegospodarności podmiotu, a wówczas ten element „układanki", jakim jest sama działalność takiego podmiotu, będzie łatwiej dopasować do pozostałych. Ostatecznie celem podmiotu leczniczego powinno być uzyskanie rentowności w długim okresie, pozwalające mu wejść na ścieżkę długotrwałego wzrostu – rozwój zakresu usług o najwyższej jakości, skuteczność leczenia, zadowolona i oddana pacjentom kadra.

Niniejsza publikacja jest skierowana do zarządzających podmiotami leczniczymi (nie tylko publicznymi) oraz przedstawicieli samorządów jako właścicieli sprawujących kontrolę nad działalnością podmiotów leczniczych oraz studentów kierunków zarządzania, zdrowia publicznego i innych.

Jej autorzy skupili się na kilku aspektach związanych z projektowaniem rozwiązań podsystemu organizacyjnego. Tematem pierwszego rozdziału jest zmiana organizacyjna wraz z jej implikacjami. W rozdziale drugim opisano determinanty, które osoby odpowiedzialne za reorganizację/projektowanie organizacji muszą brać pod uwagę. Rozszerzeniem rozdziału drugiego jest kolejna, trzecia część, w której szczegółowo omówiono aspekty prawne projektowania działalności podmiotów leczniczych. „Klasyczne" rozwiązania organizacyjne, dopasowane do oddziaływania (poziomu i struktury) opisanych w drugim i trzecim rozdziale determinant, zaprezentowano w rozdziale czwartym.

Zwieńczeniem rozważań dotyczących rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych jest rozdział piąty, w którym autorzy wskazują na potrzebę reorganizacji (rekonfiguracji) podsystemu organizacyjnego w kierunku organizacji procesowej, zdając sobie sprawę, iż obecny układ warunków nie pozwala na to (np. ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. – o zawodzie pielęgniarki i położnej). Przy czym nie oznacza to, że nie można wykorzystać do zwiększenia efektywności podmiotów leczniczych którejś z form pośrednich. Autorzy wysunęli również hipotezę (do zweryfikowania w badaniach), że nieskuteczność leczenia (niezadowalająca poprawa stanu zdrowia pacjentów) oraz trudności ekonomiczne są w dużej mierze konsekwencją niedostosowania struktury organizacyjnej do wymogów procesu leczenia.

Ponadto w publikacji zawarto treści związane z dokumentacją organizacyjną, tworzącą podstawę formalizowania i standaryzowania zachowań w organizacji (rozdział szósty).

Rozdział 1. Zarządzanie zmianą organizacyjną

1.1. Istota zmiany organizacyjnej

Zmiana organizacyjna jest naturalną sytuacją związaną z rozwojem każdej organizacji, również podmiotów leczniczych. Niestety otoczenie, w którym funkcjonują ZOZy i szpitale narzuca trudne warunki prowadzenia działalności i osiągania założonych celów. Zmiany prawne, hiperkonkurencja, wirtualizacja i rozwój technologii sprawiają, że wyzwaniem dla organizacji jest wprowadzanie zmian w taki sposób, aby organizacja w krótkim okresie zachowała sprawność organizacyjną, w długim zaś możliwości rozwoju [Czop, 2016, s. 69]. Jednym z paradoksów zarządzania jest to, że organizacja, aby osiągnąć swój naturalny cel związany z trwaniem, musi podejmować zmiany, które niejako stają się ceną, jaką firma płaci za możliwość kontynuowania swojej działalności w warunkach dynamicznego i trudno przewidywalnego otoczenia [Osbert-Pociecha, 2011, s. 7].

Istotą zmian w organizacji w ujęciu tradycyjnym jest przejście ze stanu dotychczasowego do stanu innego, jednoznacznie odmiennego [Nogalski, 2001, s. 144], a w ujęciu nowoczesnym (dynamicznym/zintegrowanym) zarządzanie nierównowagą, która cechuje organizacje organiczne lub do nich zbliżone (więcej w rozdziałach czwartym i piątym). W tabeli 1.1 przedstawiono wybrane definicje pojęcia zmiany organizacyjnej.

Przytoczone definicje wskazują na sytuację, w której obecny stan i parametry organizacji (lub jej części) zmieniamy na nowy (z założenia lepszy) stan przy nowych, zmienionych parametrach organizacji (niekoniecznie wszystkich). Takimi parametrami organizacji mogą być, opisane w dalszej części monografii, wymiary organizacji: konfiguracja, centralizacja, specjalizacja, standaryzacja oraz formalizacja. Autorzy przytoczyli również definicję Hammera i Champy'ego wskazującą od razu na charakter zmiany, przedmiot zmiany oraz efekt/cel zmiany. M. Beer i N. Noria [2003, s. 31–41] opisali dwa cele zmiany nazwane Teorią E i Teorią O. Teoria E uwzględnia wymiar ekonomiczny,

Tabela 1.1. Wybrane definicje zmiany organizacyjnej

Autor	Definicja
B. Nogalski	Zmiana organizacyjna to przejście ze stanu dotychczasowego do stanu innego, jednoznacznie odmiennego. Wyraża się ona w dokonywaniu trwałej korekty lub modyfikacji w stosunkach między celami, zadaniami, ludźmi, aparaturą w wymiarze czasu, przestrzeni, niezależnie od charakteru jej skutków. Inaczej mówiąc, zmiany organizacyjne to przekształcenia zachodzące pomiędzy określonymi w czasie punktami, zmieniające charakterystykę (właściwości) i sposób działania organizacji, bez względu na ich zakres, formę, przyczyny i skutki.
R. Borowiecki	Zmiany wyrażają się w przekształceniach składników (podsystemów) przedsiębiorstwa i powiązań między nimi oraz relacji zachodzących między przedsiębiorstwem a jego otoczeniem. Zmiana jest procesem ciągłym, a jej wprowadzenie winno się cechować celowością, czyli założeniem wystąpienia w konsekwencji jej wprowadzenia określonego skutku.
R.W. Griffin	Każda istotna modyfikacja jakiejś części organizacji.
M. Hammer, J. Champy	Fundamentalne przemyślenie od nowa i radykalne przeprojektowanie procesów w firmie, prowadzące do dramatycznej (przełomowej) poprawy […] osiąganych wyników (takich jak koszty, jakość, serwis i szybkość).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nogalski, 2001, s. 144; Borowiecki, 2003, s. 30; Griffin, 1996, s. 407; Hammer, Champy, 1996, s. 46.

jej celem jest wzrost wartości ekonomicznych przedsiębiorstwa (np. zysk lub zmniejszenie straty, zwiększenie wartości akcji). W ramach osiągania zamierzonych celów podejmuje się działania, takie jak: redukcja zatrudnienia, ograniczenie skali działalności oraz restrukturyzacja. Założeniem Teorii O jest natomiast tworzenie potencjału organizacyjnego przedsiębiorstwa poprzez zmiany w jego strukturze i kulturze organizacyjnej, pozwalające na ciągłe doskonalenie i długotrwały rozwój. Zmiany mogą wynikać z różnych przyczyn i mieć różny czas trwania. W tabeli 1.2 przedstawiono rodzaje zmian ze względu na różne kryteria klasyfikacyjne.

Przedstawione typy zmian wskazują na ogromną złożoność zagadnień związanych z reorganizacją podmiotów leczniczych. W praktyce w Polsce zmiany w szpitalach są realizowane w oparciu o teorię E, tzn. z powodów złych wskaźników ekonomicznych: generowanych strat i ogromnych długów. Zwykle zmiany te, nazywane restrukturyzacją (głęboką zmianą), sprowadzają się do redukcji personelu czy zamykania oddziałów, nie dotykając w zasadzie źródła problemu, jakim jest niedostosowanie organizacji podmiotów leczniczych do wymogów klienta i innych składowych otoczenia (rozdział trzeci). Na potwierdzenie warto wskazać na raport Naczelnej Izby Kontroli *Restrukturyzacja szpitali prowadzonych przez samorządy województw lubelskiego i śląskiego*

Tabela 1.2. Rodzaje zmian organizacyjnych

Kryterium klasyfikacji zmian	**Charakterystyka**
Zasięg zmian	zmiany niewielkie zmiany o szerokim zasięgu i intensywności zmiany powstałe w wyniku działań złożonych, kompleksowych całościowe fragmentaryczne
Zakres zmian	zmiany innowacyjne (twórcze) zmiany adaptacyjne (odtwórcze)
Czas zmian	zmiana planowana zmiana dostosowawcza zmiany reaktywne zmiany wyprzedzające
Przyczyna zmian	zmiana dobrowolna zmiana przymusowa
Faza ruchu organizacyjnego	zmiana związana z identyfikacją organizacji z otoczeniem zmiana w sposobach koordynacji działań zmiana w sposobach kontroli zachowań i sytuacji zmiana we właściwościach odzwierciedlających układy władzy i interesy dominującej koalicji
Czas trwania i głębokość zmian	zmiana ewolucyjna zmiana rewolucyjna
Skala zmian	zmiana odcinkowa zmiana kompleksowa
Rozmiar zmian	zmiana rozwojowa zmiana z przekształcenia zmiana o charakterze transformacji
Konfiguracja zmian	zmiana techniczno-ekonomiczna zmiana społeczna zmiana organizacyjna
Rzeczywisty uzyskany efekt	zmiany pozytywne zmiany negatywne zmiany obojętne

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bubel, 2016, s. 53–54; Czerska, 1996, s. 55–56; Zarębska, 2002, s. 51–58.

poprzez łączenie szpitali lub oddziałów szpitalnych w latach 2010–2014 – kontrola planowa, koordynowana [nr P/14/091] z 2015 r. wskazujący na podstawowe problemy związane ze stanem finansów szpitali. Według NIK: „w większości szpitali brakowało wiarygodnych analiz, dotyczących zarówno przyczyn coraz gorszych wyników finansowych, jak i możliwości podjęcia działań naprawczych. Jeśli zaś działania te wprowadzano, to w zbyt ograniczonym zakresie" [NIK, 2016]. Ponadto „tylko w pojedynczych przypadkach podejmowano działania restrukturyzacyjne wykraczające poza obligatoryjne programy naprawcze z 2005 r., poprzedzone rzetelnie udokumentowaną analizą" [NIK, 2016].

Na tym tle zasadne wydaje się wskazanie powodów wprowadzania zmian w organizacjach [Griffin, 1996, s. 408–409; Czerska, 1996, s. 13–14]:

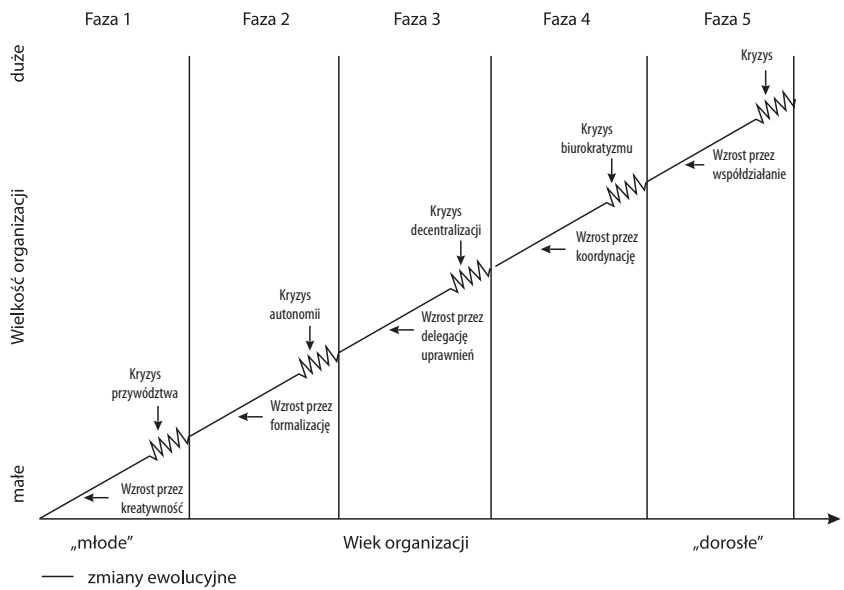
1. zewnętrzne, wynikające ze zmiany stanów czynników strukturotwórczych, takich jak: zmiana wskaźników makroekonomicznych, zmiany kursów walut, kryzysy gospodarcze, nowe trendy rynkowe, nowe i zmienione akty prawne, nowe reguły produkcji i konkurencji, sytuacje kryzysowe w otoczeniu firmy, rozwój technologiczny, pojawienie się nowych konkurentów;
2. wewnętrzne:
   a. tzw. wady nabyte modelu organizacji w wyniku zajścia zmian w:
      – strategii organizacji, w tym fuzje i przejęcia,
      – strukturze właścicielskiej lub w zarządzie,
      – systemach IT i procesach zarządczych, np. w obszarze zarządzania jakością, zarządzania środowiskowego lub zasad obiegu dokumentów
      – obszarze zasobów ludzkich (struktura kwalifikacji, motywacji, kultury organizacyjnej),
      – obszarze zasobów materialnych (techniczne warunki wykonywania zadań, tj. wyposażenie obiektów, urządzenia, materiały eksploatacyjne),
      – obszarze zasobów finansowych (wielkość, struktura i sposób dysponowania środków finansowych stojących do dyspozycji organizacji),
   b. tzw. wady wrodzone modelu organizacji:
      – wady konstrukcyjne modelu organizacji (model zawiera błędy merytoryczne i formalne już na etapie projektowania),
      – wady powstałe w czasie wdrożenia modelu (niewłaściwe przygotowanie i wprowadzenie wydłużają czas wdrożenia oraz skutkują korektami burzącymi istotę i cele zmiany).

Szczególnie źródła wewnętrzne nabyte w trakcie funkcjonowania podmiotu leczniczego mogą mieć swoje źródło w cyklu życia organizacji [podrozdział

3.2.4] i jako takie stanowią integralną część procesu rozwoju organizacji. Cykl życia organizacji składa się z trzech zasadniczych etapów:

1. urodziny i młodość (tworzenie organizacji i początkowy rozwój);
2. dojrzałość (ugruntowanie pozycji rynkowej i okrzepnięcie organizacji);
3. schyłek (kryzys i/lub rozpad).

W organizacji schyłek nie musi oznaczać końca istnienia firmy. Na tym etapie zarządzający mogą podjąć działania, które wyniosą organizację na nowy poziom, poprzez uwolnienie inicjatywy i kreatywności. Działania te przejawiają się m.in. w zaprojektowaniu i implementacji zmian organizacyjnych mających na celu dopasowanie do zmienionych stanów czynników strukturotwórczych. Podstawą rozpoczęcia nowego cyklu życia organizacji jest umiejętność wczesnego dostrzeżenia potrzeby zmian – schyłku organizacji i związanego z nim kryzysu w jej obrębie. Istotne są przyczyny kryzysu, jego zakres i przejawy. Antycypowanie kryzysu organizacji daje zarządzającym możliwość zaplanowania zmian uwzględniających długi horyzont czasowy i dotyczących strategicznych problemów. Potem pozostaje już „tylko" dokonać odpowiednich zmian w strategii, strukturze, zasobach czy procesach. Ostatecznie organizacja powinna wejść w tzw. cykl wzrostu. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych modeli cyklu wzrostu jest model Greinera [1998, s. 55–68], przedstawiony na rysunku 1.1.



Rysunek 1.1. Cykl wzrostu organizacji według L. Greinera

Źródło: Greiner, 1998, s. 55–68.

U podstaw tego modelu tkwi założenie, zgodnie z którym organizacja może przejść przez pięć faz rozwoju. W ramach każdej fazy mamy okres charakteryzujący się stabilnością i spokojnym tempem wzrostu oraz okresy problemów organizacyjnych wymuszające podjęcie działań, niejednokrotnie radykalnych, zmierzających do utrzymania organizacji na ścieżce wzrostu. Kryzysy w każdej z faz zwykle wymuszają rewolucyjne zmiany, są momentem krytycznym dla przejścia organizacji do następnej fazy ewolucyjnego wzrostu. Sytuacje kryzysowe w poszczególnych fazach wymuszają dużą intensywność i radykalność zmian. Natomiast okresy spokojnego wzrostu charakteryzują się tylko niewielkimi zmianami modelu zarządzania w organizacji, wystarczającymi do utrzymania się na ścieżce wzrostu. Czas trwania fazy spokojnego wzrostu może wynosić od czterech do ośmiu lat (warunkiem jest stabilność otoczenia oraz brak istotnych problemów wewnętrznych). Wraz z upływem czasu i rozwojem organizacji (jej zwiększeniem, wejściem na nowe rynki, opracowaniem nowych produktów/usług) sprawdzające się wzorce i metody przestają być adekwatne. W życiu organizacji pojawiają się turbulencje w działaniu, spadek efektywności oraz poszukiwanie nowych metod zarządzania. Dobrze przygotowana organizacja może wykorzystać ten kryzys do przeprowadzenia zmian pozwalających na „nowe otwarcie", oznaczające przejście do kolejnej fazy wzrostu. Może się jednak zdarzyć, że źle zdyskontowana zmiana będzie oznaczać upadek lub utratę zdolności do dalszego rozwoju przedsiębiorstwa. Rewolucja w organizacji przynosi zmiany w praktykach zarządzania nią, które powodują dalszy jej wzrost. Zaletą modelu Greinera jest opis wzrostu przedsiębiorstw od samego początku ich funkcjonowania, czyli od momentu ich założenia przez właścicieli, aż do fazy, gdy przedsiębiorstwo jest bardzo duże [Wierzbic, 2011, s. 404]. Poniżej skrótowo scharakteryzowano poszczególne fazy wzrostu przedsiębiorstwa:

- faza 1: twórczość (tworzenie zarówno produktu, jak i rynku). Zwykle nieformalna struktura organizacyjna w układzie liniowym. Właściciel jest i kierownikiem, i kluczowym pracownikiem
  - kryzys: przywództwa. Kiedy organizacja rozwija się poprzez kreatywność, dochodzi do tarć o przywództwo. Przedsiębiorcy ustępują pola menadżerom. W tym czasie musi pojawić się lider, który przejmie stery w organizacji i przeprowadzi ją do etapu wzrostu przez wytyczne. Pojawiają się procedury i stała struktura organizacji;
- faza 2: zarządzanie (formalizacja, budżety, komunikacja formalna), zwykle już sformalizowana struktura sztabowo-liniowa lub pionów funkcjonalnych z jasno sprecyzowanym podziałem zadań, uprawnień i odpowiedzialności. Kierownictwo, wydając polecenia, koncentruje się na

skuteczności działania podległych pracowników; poprowadzi firmę do stadium, w którym konieczne będzie podzielenie się władzą
  - kryzys: autonomii. Po czasie rozwój przez kierowanie doprowadza do tarć o kompetencje w pionach. Menadżerowie niższego szczebla muszą dostać większe swobody, a wyższego pozwolić na delegacje uprawnień;
- faza 3: delegowanie (m.in. zdecentralizowana struktura organizacyjna – więcej w podrozdziale 4.3.2). Etap ten wiąże się z odciążeniem od bieżącej pracy kierowników wyższego szczebla, którzy jednak zaczynają zauważać niedobór informacji związany ze zbyt autonomicznym postępowaniem kierowników niższych szczebli
  - kryzys: kontroli. Po okresie delegowania niektórzy pracownicy cieszą się większą swobodą, niż chce tego kierownictwo. Menadżerowie wprowadzają większą kontrolę nad działaniami pracowników. Podejmuje się działania, których wynikiem jest implementacja do organizacji mechanizmów koordynujących działania poszczególnych jej części. Nie jest to jednak powrót do ręcznego sterowania przez szefa firmy w fazie wzrostu przez wytyczne;
- faza 4: koordynacja (formalne procedury planistyczne, rozbudowany sztab). Mechanizmy koordynacyjne, które stały się sposobem w drodze do pokonania kryzysu kontroli, w miarę wzrostu organizacji i stopnia skomplikowania działań stają się biurokratycznym ciężarem dla firmy, nieuchronnie prowadząc do kolejnego kryzysu
  - kryzys: biurokratyczny. Rozwój poprzez koordynację doprowadza po czasie do niezliczonej ilości procedur, dokumentacji, procesów i paraliżu biurokratycznego zmniejszającego elastyczność i innowacyjność przedsiębiorstwa;
- faza 5: współpraca (praca zespołowa, nieformalne drogi komunikacji). Etap wzrostu przez współpracę oznacza wykorzystanie metod pracy zespołowej, dzięki którym koordynacja nie jest tak zbiurokratyzowana i wzmacnia morale pracowników. Rozwój poprzez współpracę prowadzi zazwyczaj do struktur macierzowych, które oferując dużą swobodę pracownikom, powodują dodanie dużej ilości pracy. Ilość zadań do wykonania i presja na innowacje powodują wypalenie zawodowe
  - kryzys: nieunikniony, ale Greiner nie podaje, co to może być. Autorzy niniejszej książki stawiają tezę, że kryzys może się objawiać poprzez wypalenie zawodowe związane z ilością i złożonością (interdyscyplinarność realizatorów) obowiązków, brakiem przynależności do stałego zespołu, wielopodporządkowaniem.

Oczywiście model rozwoju Greinera nie jest jedynym. W tabeli 1.3 skrótowo przedstawiono założenia innych autorów dotyczące rozwoju organizacji.

Tabela 1.3. Charakterystyka wybranych modeli rozwoju organizacji

Downs: Motywacja wzrostu (1967 r.)
Model został opracowany w oparciu o obserwacje instytucji rządowych. Składa się z trzech faz: pierwsza (walka o autonomię), druga (wzrost), trzecia (zwolnienie). Pierwsza faza wiąże się z legalizacją działań organizacji oraz pozyskaniem zasobów niezbędnych do jej funkcjonowania (głównie zasoby finansowe i ludzkie). Przejście do drugiej fazy jest związane z przekroczeniem tzw. progu przetrwania. Organizacja, będąc w fazie wzrostu, kładzie największy nacisk na innowacje i kreatywność. Trzecia faza (zwolnienie) charakteryzuje się tworzeniem szczegółowych opisów i regulaminów, działania mają więc bardziej przewidywalny charakter.
Lippitt i Schmidt: Rozwój jako zmiana krytycznych działań menedżerskich (1967 r.)
Pierwszy model opracowany w odniesieniu do przedsiębiorstw sektora prywatnego. Składa się z trzech faz rozwoju: narodziny, młodość i dojrzałość. Faza narodzin jest związana ze zdobywaniem wiedzy koniecznej do prawidłowego funkcjonowania organizacji; tworzy się system produkcji lub oferowanych usług. W fazie młodości nacisk jest położony na budowanie stabilnych fundamentów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizacji, dążenie do utrzymania stabilności działalności oraz zdobywanie reputacji. Faza dojrzałości to tworzenie unikalnego wizerunku marki oraz oferowanych produktów, osiągnięcie zdolności do zmian i wspierania społeczeństwa.
Scott: Rozwój jako integracja strategii i struktury (1971 r.)
Model wyróżnia trzy fazy rozwoju, w czasie których organizacja przechodzi od nieformalnej do zbiurokratyzowanej struktury. W fazie pierwszej organizacje charakteryzują się brakiem lub bardzo niskim stopniem sformalizowania, niewielką liczbą oferowanych produktów/usług, a kierownictwo firmy osobiście sprawuje kontrolę nad organizacją (nagrody mają paternalistyczny charakter). W fazie drugiej organizacja charakteryzuje się funkcjonalną specjalizacją, większą instytucjonalizacją oraz bezosobowym systemem nagradzania pracowników. W fazie trzeciej organizacja posiada zdywersyfikowaną linię oferowanych na rynku produktów oraz jest zorientowana na rozwój i badania.
Lyden: Rozwój jako ewolucja funkcji organizacji (1975 r.)
Organizacja kładzie głównie nacisk na problemy funkcjonalne występujące na poszczególnych etapach jej rozwoju. Na początku drogi rozwoju organizacja skupia się na adaptacji i generowaniu niszy w otoczeniu zewnętrznym, co jest związane z innowacyjnym podejściem. W drugim etapie organizacja skupia się na pozyskiwaniu zasobów oraz przepływie niezbędnych w jej funkcjonowaniu procedur. Etap trzeci to skierowanie uwagi na osiągnięcie założonych celów oraz efektywności i wydajności produkcji. Etap czwarty, ostatni, obejmuje procesy nastawione na stabilizację funkcjonowania oraz instytucjonalizację.
Katz i Kahn: Model rozwoju struktury organizacyjnej (1978 r.)
Katz i Kahn wyróżniają trzy etapy rozwoju struktury organizacyjnej. Etap pierwszy (początkowy) – członkowie organizacji współpracują w oparciu o ich wspólne potrzeby i oczekiwania. Etap drugi (stabilizacja struktury) – następuje formalizacja i koordynacja działań, formowanie się systemu władzy, powstaje nieformalna struktura, role w firmie się formalizują. Etap trzeci (dopracowywania wspierającej struktury) – formują się systemy adaptacyjne, np. kierowania czy zaopatrzenia; następuje również instytucjonalizacja więzi organizacyjnych.

cd. tab. 1.3

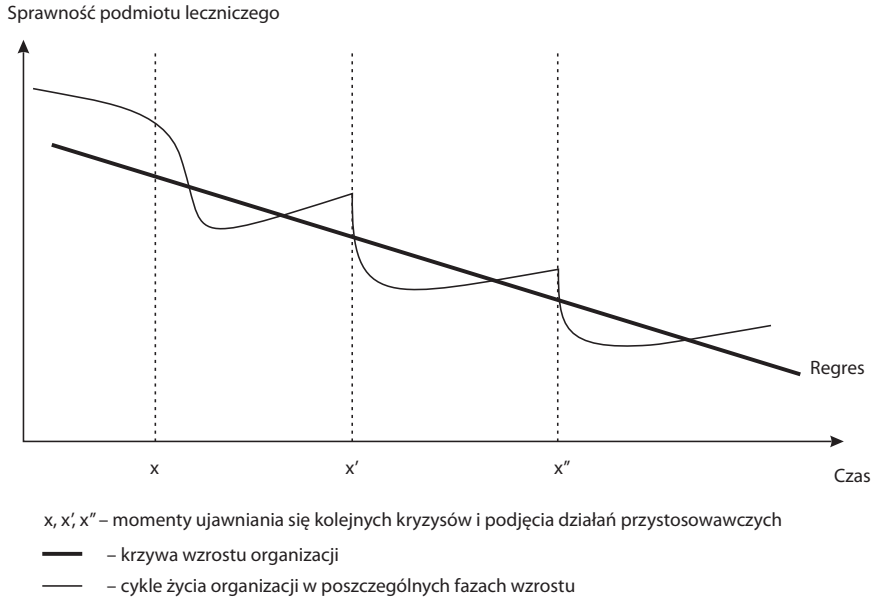
Kimberly: Rozwój jako sterowanie wewnętrznymi procesami społecznymi oraz ewolucja struktury i relacji z otoczeniem (1979 r.)
Kimberly argumentował, że pierwszy etap rozwoju organizacji pojawia się, zanim organizacja jest faktycznie utworzona i obejmuje organizowanie zasobów oraz formułowanie ideologii. Drugi etap obejmuje selekcję tzw. osoby stanowiącej główny napęd w trakcie rozwoju, zatrudnienie pracowników oraz uzyskanie wsparcia od partnerów strategicznych. Etap trzeci to formowanie się tożsamości organizacyjnej, duże zaangażowanie emocjonalne i fizyczne członków organizacji, a także głębokie przywiązanie i oddanie podstawowej misji oraz ideologii organizacji. Etap czwarty obejmuje instytucjonalizację, a więc pojawienie się bardziej sztywnych reguł; struktura jest bardziej sformalizowana, a organizacja może lepiej przewidywać zmiany zachodzące w otoczeniu zewnętrznym.
Churchill i Lewis: Model rozwoju małych i średnich firm (1983 r.)
Zaproponowany model wyróżnia pięć faz rozwoju małej i średniej firmy. W fazie pierwszej (powstanie) ma miejsce rejestracja firmy, system jest prosty, a cele są formułowane przez właściciela, który osobiście kontroluje i ocenia pracowników; głównym celem jest zaistnienie na rynku oraz pozyskanie klientów. Faza druga (przetrwanie) jest związana m.in. z dbaniem o płynność finansową, wykorzystywaniem pojawiających się szans. Trzecia faza (sukces) składa się z dwóch elementów. Pierwszy to sukces jako nieangażowanie się, kiedy firma posiada stabilną kondycję finansową, właściwie rozpoznaje rynek, a odpowiedzialność jest delegowana. Drugi, czyli sukces definiowany jako wzrost; kiedy nadwyżki finansowe są reinwestowane, pojawia się planowanie strategiczne, tworzy się stanowiska kierowników funkcjonalnych. W fazie czwartej (oderwanie się) system organizacyjny jest coraz bardziej skomplikowany, następuje rozbudowa systemu planowania i kontroli, struktura powiązań wewnątrz organizacji zostaje rozbudowana i mamy do czynienia z decentralizacją. W fazie piątej (dojrzałość) zwraca się szczególną uwagę na wskaźniki finansowe, struktury są sformalizowane, następuje zróżnicowanie portfela produkcji i wchodzi się na nowe rynki.
Quinn i Cameron: Zintegrowany model rozwoju organizacji (1983 r.)
Zintegrowany model rozwoju organizacji został opracowany w oparciu o dziewięć modeli cyklu jej życia [Downs, 1967; Lippitt, Schmidt, 1967; Scott, 1971; Greiner, 1972; Torbert, 1974; Lyden, 1975; Katz, Kahn, 1978; Adizes, 1979; Kimberly, 1979]. Quinn i Cameron wyróżnili cztery wspólne fazy występujące we wskazanych dziewięciu modelach. Etap pierwszy (przedsiębiorczości) charakteryzuje się wczesnym stadium innowacyjności oraz stworzeniem niszy i kreatywnością. Etap drugi (kolektywności) charakteryzuje się wysoką spójnością i zaangażowaniem. Etap trzeci (formalizacja i kontrola) skupia uwagę na uzyskaniu i utrzymaniu stabilności oraz instytucjonalizacji. Etap czwarty (tworzenie oraz dostosowywanie struktury) charakteryzuje się ekspansją i decentralizacją.

Bleicher: Rozwój jako wzrost wewnętrzny i zewnętrzny (1991 r.)
Autor wyróżnia sześć faz. W fazie pierwszej (pionierskiej) następuje opanowanie technologii, kształtowanie się produkcji oraz poszukuje się nisz rynkowych. Faza druga (zdobywanie rynku) to dążenie do zwiększania grona klientów; rozwija się struktura funkcjonalna, planowanie i kontrola, dokonuje się zmiana formy organizacyjno-prawnej. Faza trzecia (dywersyfikacja) to poszukiwanie nowych dziedzin wzrostu i ekspansji, dywizjonalizacja struktury oraz planowanie strategiczne. Faza czwarta (fuzje i akwizycje) charakteryzuje się m.in. zakupem nowych firm i przejęciem innych; następuje tu integracja i koncentracja, pojawia się także zjawisko synergii. Faza piąta (kooperacja) to współpraca, licencja i joint-ventures oraz alianse strategiczne. W fazie szóstej (restrukturyzacja) następuje przebudowa i odnowa, obserwuje się zmianę obszarów działalności, integrację i kooperację.

Źródło: Orkisz, 2018, s. 60–62.

Szybkość rozwoju organizacji, czyli przechodzenia przez poszczególne fazy, jest uwarunkowana szybkością rozwoju branży, w jakiej działa dane przedsiębiorstwo. Im szybciej rozwija się branża, tym mniej czasu na stabilny rozwój i tym szybciej pojawia się kolejny kryzys. Przedsiębiorstwo może przedłużyć okres stabilnego wzrostu, jeśli działa w bardzo sprzyjającym otoczeniu rynkowym. Jest to związane z wypracowanym tzw. buforem finansowym, pozwalającym nawet na poważne błędy w zarządzaniu. Podmioty lecznicze, działając w dynamicznie rozwijającej się gałęzi gospodarki, są „narażone" na coraz szybsze pojawianie się kolejnych faz ewolucyjnego rozwoju i następnych kryzysów. Rynek medyczny w Polsce charakteryzuje się bardzo dużą dynamiką, co wiąże się z koniecznością ciągłego dostosowywania się podmiotów leczniczych do nowych wymogów. Okresy stabilnego wzrostu są krótkie, a kryzysy krytyczne. Tym, co jest szczególne w rozwoju (raczej trwaniu) publicznych podmiotów leczniczych, jest to, że ani kryzysy, ani fazy wzrostu nie dotykają istoty ich struktury (a przynajmniej nie w wystarczającym stopniu). Objawami kryzysów są kolejne zapaści finansów, np. szpitali, a podejmowane działania nie identyfikują źródeł problemów i ograniczają się do aspektów mających szybkie przełożenie na finanse podmiotu leczniczego. Walka z objawami, a nie z przyczynami jest podstawową bolączką publicznych podmiotów leczniczych (przytoczony już raport NIK, 2016). W konsekwencji podmioty te dawno już utraciły potencjał wzrostu i prezentują ścieżkę podobną do tej na rysunku 1.2.

Obserwacje dotychczas przeprowadzanych restrukturyzacji szpitali pokazują małą skuteczność tych działań. Opisane przez NIK i obserwowane w innych regionach Polski restrukturyzacje powodują błędne koło narastania



Rysunek 1.2. Regres sprawności działania podmiotów leczniczych

Źródło: opracowanie własne.

długu (zmniejszanie kontraktu z NFZ ze względu na ograniczenie działalności oddziałów poprzez np. zmniejszenie liczby łóżek)[1].

[1] Informacje płynące również od pracowników szpitali nie napawają optymizmem. Opisują oni np. redukcje specjalistycznego personelu w celach oszczędności, ale za to kosztem zdrowia i życia pacjentów, np. „…brak stacjonarnych dyżurów lekarza specjalisty dla pacjenta przyjętego do szpitala z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej – sytuacji, gdy liczy się każda minuta to wyrok śmierci. Czas, który upłynie zanim lekarz mający dyżur «pod telefonem» dojedzie do szpitala może spowodować, że pacjent może nie dożyć jego przyjazdu. Ale dyrekcje szpitali są sprytne i przecież wiedzą, że w razie czego prokurator nie będzie się doszukiwał błędów organizacyjnych szpitali, tylko błędów lekarzy" [Porozumienie Chirurgów Skalpel, 2019].

W związku ze złą sytuacją służby zdrowia w Polsce minister zdrowia powołał zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne [Dz. Urz. Min. Zdr. 2020. 120, ogłoszony 23.12.2020]. Co ciekawe, trudno w tym zespole doszukać się specjalistów z zakresu zarządzania.

1.2. Proces zmian organizacyjnych

1.2.1. Zdolność organizacji do zmian (OCC)

W warunkach turbulentnego otoczenia i gwałtownych zmian strukturalnych szanse na przetrwanie mają jedynie tzw. liderzy zmian, którzy nie traktują zmian jako zagrożenia, ale jako szansę – są zorientowani na nowości i potrafią umiejętnie je wykorzystać. Związane jest to z koniecznością [Drucker, 2000, s. 73]:

- stworzenia polityki kreowania przyszłości;
- systematycznego wykorzystania metod szukania oraz możliwości przewidywania zmian;
- właściwego sposobu wprowadzania zmian zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz organizacji;
- stworzenia polityki równoważenia zmian i ich kontynuacji.

Organizacje muszą rozwijać swoją zdolność do szybkiej adaptacji, innowacyjność oraz elastyczność [Heckmann, Steger, Dowling, 2016, s. 778]. Coraz szerzej dyskutowanym obszarem jest tzw. zdolność organizacji do zmian, która jest zaliczana do dynamicznych zasobów niematerialnych organizacji. Ich posiadanie pozwala jej na integrowanie, budowanie i rekonfigurowanie wewnętrznych i zewnętrznych zasobów kompetencji [Teece, 2017, s. 1395]. Wielu autorów twierdzi, że zdolność do zmian jest podstawowym zasobem dynamicznym [Osbert-Pociecha, 2011, s. 73]. W tabeli 1.4 zaprezentowano wybrane definicje OCC (*organizational capacity for change* – ang. zdolność organizacji do zmian).

Przytoczone definicje wskazują na imperatyw działania współczesnych organizacji: konieczność ciągłego dostosowywania się do zmiennych uwarunkowań ich funkcjonowania. Jednocześnie konieczna do przetrwania organizacji jest umiejętność szybkiego(!) dostosowania się do tych warunków – czyli wprowadzania i dyskontowania zmian organizacyjnych. Jak się okazuje, zdolność organizacji do zmian może przyjmować różne formy na wielu poziomach funkcjonowania organizacji. OCC to m.in. [Osbert-Pociecha, 2011, s. 71]:

- utrzymywanie ciągłej gotowości do wprowadzania zmian w ramach szerokiego wyboru, obejmującego zmiany będące odpowiedzią na określone impulsy z otoczenia i z wnętrza organizacji;
- umiejętność przeprowadzania różnorodnych zmian w sposób skoordynowany (bez kolizji, zakłóceń), pozwalających na osiągnięcie pożądanych rezultatów;

Tabela 1.4. Wybrane definicje OCC

Autor	Definicja
Auster	umiejętność przystosowania się i wprowadzania kolejnych inicjatyw zmian z sukcesem, inicjatyw, które mogą różnić się pod względem zakresu, głębokości i złożoności
Judge, Elenkov	szeroka i dynamiczna zdolność organizacyjna, która pozwala na dostosowanie posiadanych zdolności przedsiębiorstwa do nowych szans i zagrożeń, a także umożliwia tworzenie nowych zdolności
McGuiness, Morgan	zdolność do prowadzenia i zarządzania szeregiem powiązanych ze sobą inicjatyw zmian
Klarner	zdolność organizacji do opracowania i wdrożenia odpowiednich zmian organizacyjnych, które nieustannie dostosowują się do zmian w środowisku zewnętrznym i wewnętrznym poprzez adaptację i poprzez działania proaktywne
Judge, Douglas	połączenie funkcji kierowniczych i organizacyjnych, które pozwalają przedsiębiorstwu szybciej i skuteczniej niż jego konkurencja dostosowywać się do zmieniającej się sytuacji (warunków funkcjonowania)
Buono, Kerber	zdolność organizacji do wprowadzania zmian, która nie dotyczy tylko pojedynczego przedsięwzięcia; zmiana jest rozumiana jako normalna odpowiedź przedsiębiorstwa na przemiany zachodzące w otoczeniu

Źródło: Czop, 2016, s. 71.

- umiejętność alokowania zmian, czyli rozstrzygania o ich istocie, zakresie, kierunku, obszarze, w jakim zostaną ulokowane, a także o powiązaniach z już dokonanymi zmianami bądź zaplanowanymi do wprowadzenia w odpowiednio długiej perspektywie czasowej;
- budowanie równowagi pomiędzy potrzebą wprowadzania zmian i utrzymywania bieżącej działalności;
- predyspozycje organizacji wynikające z określonej konfiguracji zasobów, rodzajów działania, które pozwalają organizacji na sporządzanie projektów i implementację ciągłych zmian;
- zdolność zarządzania strumieniem zmian współzależnych, powiązanych ze sobą, warunkujących się wzajemnie bądź też przebiegających niezależnie od siebie.

Skrótowe ujęcie OCC prezentuje K. Czop [2016, s. 73], wskazując na trzy składowe zdolności organizacji do zmian, w ramach faz ich wprowadzenia (więcej w podrozdziale 1.2.2):

- umiejętność rozpoznawania potrzeby zmian;
- umiejętność budowania procesu zmian;
- umiejętność wdrażania zmian.

Umiejętność identyfikacji potrzeby zmian stanowi fundament funkcjonowania w organizacji systemu wczesnego ostrzegania, wykrywającego bodźce płynące z otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego oraz – co niezwykle istotne – proponującego ich właściwą interpretację w kontekście potencjalnych kierunków zmian. Na umiejętność rozpoznawania potrzeby zmian składają się m.in.: sposoby działania organizacji w zakresie analizy otoczenia konkurencyjnego, monitorowanie poziomu realizacji założonych celów, znajomość przez kadrę menedżerską silnych i słabych stron organizacji, znajomość celów przedsiębiorstwa i ich akceptacja przez pracowników, jak również tworzenie warunków do oddolnej inicjatywy pracowników w obszarze usprawniania i doskonalenia realizowanych procesów oraz zadań. Autorzy niniejszej publikacji wskazują, iż immanentnym elementem składowym umiejętności rozpoznawania potrzeby zmian jest aspekt związany z czasem – czy organizacja antycypuje potrzebę zmian, czy działa reaktywnie.

Umiejętność budowania procesu zmian, oznacza, że organizacja posiada wewnętrzny potencjał do planowania zmian [Judge, Elenkov, 2005, s. 895], na który składa się:

- kultura innowacyjna;
- utalentowani mistrzowie – zdolność organizacji do przyciągania, utrzymania oraz upełnomocnienia liderów zmian;
- zaangażowanie menedżerów średniego szczebla – zdolność kierowników średniego do tworzenia pomostu między naczelnym kierownictwem a pozostałymi pracownikami;
- stosowanie narzędzi, metod i koncepcji zarządzania w zakresie planowania, realizacji i kontroli efektów zmiany (formy pracy zespołowej, wizja zmian i organizacji po zmianach, benchmarking, w tym strategiczny, efektywna komunikacja, umiejętność skupienia się na przyczynach i efektach, a nie na procesie zmian).

Zdolność organizacji do szybkiego przejścia z obecnego stanu do nowego, zaplanowanego, zależy od dobrego projektu (bez tzw. wad wrodzonych) zmiany oraz przygotowania organizacji do jej wdrożenia. Umiejętność ta wyraża się m.in. w [Czop, 2016, s. 74]:

- dostosowaniu form i metod szkoleniowych do potrzeb pracowników;
- rozwijaniu i wykorzystywaniu wiedzy oraz doświadczenia pracowników w procesie wdrażania zmian;
- dostosowaniu systemu motywacyjnego do potrzeb wynikających z procesu zmian;
- utrwalaniu zmian w postaci zasad, systemów, struktur;
- monitorowaniu działań wdrożeniowych i podejmowaniu działań korygujących oraz doskonalących.

Ostatecznie na zdolność organizacji do zmian wpływ mają dwie grupy czynników: kontekstowe (traktowane jak infrastruktura organizacji) i procesowe [Klarner, Probst, Soparnot, 2007, za: Czop, 2016, s. 78]. W ramach czynników kontekstowych wyróżnia się: zmianę jako wartość, elastyczną strukturę organizacyjną, spójność kulturową, zaufanie, możliwość uczenia się i wspólnego rozwiązywania problemów. Do czynników procesowych zalicza się: przejrzystość procesu zmian, podejście ewolucyjne, współdziałania w procesie planowania i wdrażania zmian, wsparcie zmiany przez kierownictwo. Poziom tych czynników (np. elastyczności struktury organizacyjnej czy zaangażowania pracowników w realizacje zmiany) jest pochodną wcześniejszych doświadczeń i ich dostępności dla obecnych uczestników organizacji w ramach procesów uczenia się i transferu wiedzy.

1.2.2. Sekwencja działań w procesie zmian organizacyjnych

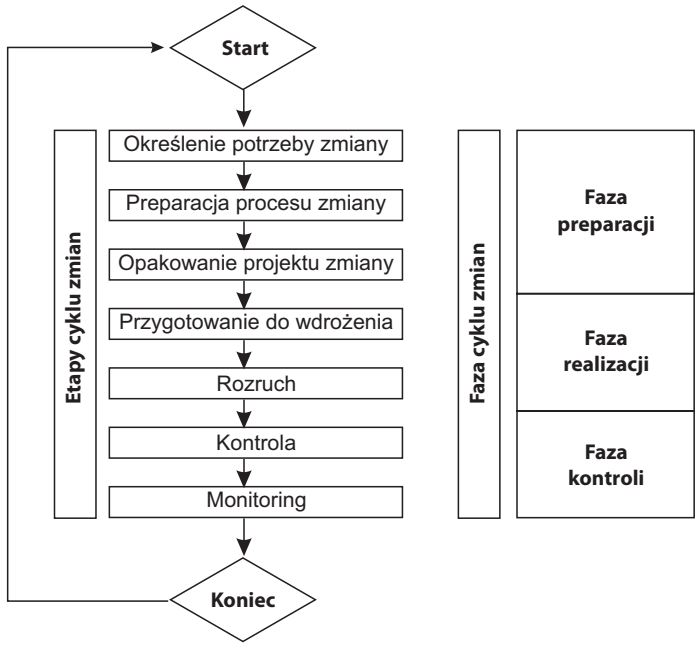
W dalszej części niniejszego opracowania zostaną szczegółowo przedstawione sekwencje działań w ramach jednego z etapów procesu zmian – projektowania struktury organizacyjnej i procesów. W tej części autorzy książki zaprezentują ogólny cykl procesu zmian organizacyjnych oparty na cyklu działania zorganizowanego[2].

Warto zwrócić uwagę, iż fazy cyklu procesu zmiany odzwierciedlają wymiary zdolności organizacji do zmian przedstawione w poprzednim podpunkcie. W ramach tego procesu wyróżniamy trzy fazy: preparacji, realizacji i kontroli.

W fazie preparacji (I) zawierają się następujące etapy:

1. określenie potrzeby i zakresu zmiany. Aby ustalić, czy zmiana jest rzeczywiście potrzebna, możemy posłużyć się listą pytań kontrolnych, m.in.:
   - czy występują jakieś nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizacji (np. spadek rentowności, sprzedaży, udziału w rynku, jakości, wykorzystania zasobów, wzrostu zapasów, kosztów, wierzytelności, długów, utrata płynności finansowej)?
   - czy zidentyfikowane nieprawidłowości są incydentalne, czy stałe? jaka jest skala zjawiska i czy ma tendencję wzrostową?
   - czy nieprawidłowości wynikają z wad wrodzonych struktury organizacyjnej, czy raczej z wad nabytych i zmian warunków funkcjonowania?
   - czy nieprawidłowości są efektem nieprzestrzegania dotychczasowej struktury formalnej?

[2] Np. cykl działania zorganizowanego H. Le Chateliera. Więcej o cyklu działania zorganizowanego w Waśniewski, Strumiłło, 2020, s. 33–35.



Rysunek 1.3. Cykl procesu zmian organizacyjnych

Źródło: Czerska, 1996, s. 33.

– jaki zakres zmian wystarczy, aby rozwiązać problemy? czy wystarczą zmiany kadrowe, czy należy ingerować w strukturę organizacyjną?
– czy niepowodzenia nie wynikają z faktu, że organizacja jest dopiero w fazie „rozruchu" po poprzedniej zmianie?

Zakładając, że odpowiedzi na powyższe pytania wskazują potrzebę i zakres zmian, pozostaje jeszcze kwestia ekonomicznego sensu zmian oraz potencjału organizacji do zmian w danym momencie (możliwości czasowe, kadrowe, techniczne, finansowe i prawne przeprowadzenia zmiany oraz to, czy organizacja nie jest zaangażowana w inne ważne przedsięwzięcia);

2. preparacja prac projektowych – w ramach tego etapu należy „wyposażyć" organizację w narzędzia i zasoby do zaprojektowania zmiany, tzn.: powołać zespół projektowy, wybrać metodę projektowania, określić niezbędne zadania projektowe i harmonogram, rozdzielić zadania i określić oraz pozyskać niezbędne zasoby techniczne do projektowania;
3. opracowanie projektu zmian. Ten etap został szczegółowo opisany w rozdziale czwartym (dla struktur opartych o funkcje) i w rozdziale piątym (dla struktur procesowych). Uogólniając, na tym etapie należy: skonkretyzować cel i zakres projektowania, zebrać informacje, opracować projekt

(ewentualnie warianty projektu), ocenić projekt (warianty), przeanalizować realność i ekonomiczność projektu i w razie potrzeby dokonać modyfikacji.

Faza realizacji (II) składa się z dwóch etapów:

1. przygotowanie do wdrożenia – kluczowym aspektem powodzenia zmiany jest przygotowanie pracowników do nadchodzących zmian. Bez względu na to, na ile są oni już przyzwyczajeni do tego, że organizacja się zmienia, aby wprowadzić zmianę efektywnie, trzeba być świadomym mechanizmów psychologicznych związanych z podejściem każdego z pracowników do nowych rozwiązań. Kolejnym ważnym aspektem jest przygotowanie nowych narzędzi, zasad czy procedur oraz „sprzedanie" produktu, jakim jest zmiana, klientowi – czyli pracownikom. Wdrażając zmianę, trzeba być świadomym, że nawet najlepsze nowe rozwiązanie, poprzedzone testami lub próbami, a także przygotowanie ludzi (np. poprzez szkolenia) to dopiero początek drogi. Nie wszystko będzie od razu działało perfekcyjnie, a chęć, by korzyści z nowego rozwiązania zaistniały od razu, może spowodować frustrację, gdy to nie nastąpi [Uliasz, 2019];
2. rozruch. Możliwe są cztery metody wprowadzenia zmian w organizacji [Mreła, 1975, s. 321–322]:
   – odcinkowo-stopniowa – etapami w komórkach organizacyjnych;
   – odcinkowo-uderzeniowa – jednorazowo w komórkach organizacyjnych;
   – kompleksowo-stopniowa – etapami w całej organizacji jednocześnie;
   – kompleksowo-uderzeniowa – jednorazowo w całej organizacji.

Wybór metody wdrożenia zmiany w organizacji zależy od wielu czynników, takich jak: wielkość i rodzaj firmy, zasięg i głębokość zmiany, wielkość zasobów, charakter struktury, czas na przeprowadzenie zmiany oraz kultura organizacyjna (podatność na zmiany).

Faza kontroli (III) obejmuje dwa etapy:

1. etap kontroli i
2. etap monitoringu.

W ramach etapu kontroli sprawdza się:

- poprawność wdrażania projektu;
- uzyskane efekty i ich poziom w stosunku do celu oraz aktualność projektu.

Oczywiście z kontrolą efektów musimy poczekać do pełnego wdrożenia zmiany. Raz przeprowadzona zmiana nie jest rozwiązaniem na zawsze.

Monitoring czynników strukturotwórczych jest narzędziem, które należy wykorzystywać w celu bieżących korekt układu organizacyjnego i dopasowania go do aktualnych stanów czynników determinujących układ organizacyjny.

1.3. Człowiek w organizacji a zmiany organizacyjne

1.3.1. Reakcje pracowników na zmiany organizacyjne

Przedmiotem zmiany jest układ organizacyjny (struktura organizacyjna, podział zadań, strategia), podmiotem zaś jest człowiek w organizacji, zarówno w płaszczyźnie procesu zmian, jak i jej efektów. Stąd też ważna jest znajomość i umiejętność kształtowania reakcji pracowników na zmiany. Znajomość determinantów postaw wobec zmian pozwala we właściwy sposób wdrażać zmiany w organizacji, tak aby były akceptowane.

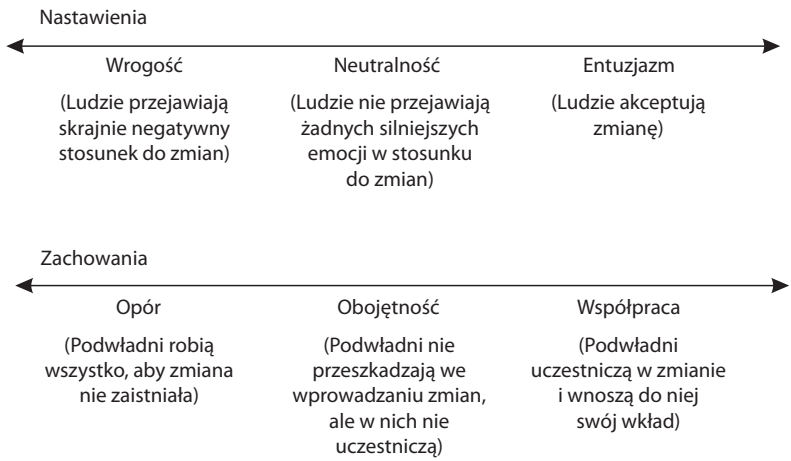
Temat postaw i roli pracowników w procesie zmian jest przedmiotem zainteresowania nauki o zarządzaniu, ale jego fundamentem są aspekty psychologiczne. Zmiany oddziałujące na pracowników wywołują określone emocje, które rzutują na percepcję (czyli odbieranie zmiany w charakterze korzyści bądź zagrożenia). Emocje i percepcja zmiany wywołują z kolei określone postawy [Wybrańczyk, Szromek, 2018, s. 614]. Kluczowe dla powodzenia procesu zmian jest właściwe przeprowadzenie pracowników przez ten proces oraz kształtowanie postaw poprzez wytworzenie u nich motywacji i gotowości do zmiany. Istotną rolę odgrywają tu osoby zarządzające organizacją i odpowiedzialne za przeprowadzenie zmian.

Według F. Herzberga [1968, s. 82–83] ludzie chcą funkcjonować w organizacji i realizować jej cele w zamian za możliwość realizacji własnych. Badacz ten wskazał pięć płaszczyzn tworzenia relacji pracownika z organizacją, tzw. kontraktów:

1. kontrakt wiedzy – pracownicy za użyczenie swojej wiedzy spodziewają się adekwatnego wynagrodzenia, warunków pracy i możliwości podnoszenia kwalifikacji;
2. kontrakt motywacyjny – organizacja wymaga, aby w razie potrzeby pracownicy stawiali interesy organizacji nad własnymi. W zamian oferuje: uznanie, decyzyjność, zadowolenie z pracy;
3. kontrakt działania – wymagania organizacji co do postępowania zgodnie ze standardami i procedurami. W zamian pracownicy oczekują pewnego poziomu swobody działania w organizacji;
4. kontrakt etyczny – zgodność norm etycznych organizacji z normami pracowników;
5. kontrakt celów – organizacja wymaga pracy w warunkach wynikających z technologii i struktury celów, a pracownicy wymagają odpowiedniej różnorodności prac i pewnej swobody wyboru.

Założenia i zaakceptowany układ kontraktów (poziom równowagi pomiędzy oczekiwaniami a świadczeniami) stanowią podstawę określonych postaw pracowników w organizacji. W związku z tym, że ze zmianą organizacyjną wiąże się zmiana warunków któregoś lub kilku z kontraktów, nowe warunki mogą być postrzegane jako niekorzystne bądź mniej korzystne. Stąd też reakcją może być pragnienie przynajmniej utrzymania dotychczasowego poziomu kontraktu lub jego poprawa, co przejawia się niechęcią i oporem wobec zmian.

Reakcja na zmiany może być różnoraka, w zależności od oceny korzystności wprowadzanej zmiany, i może zachodzić na dwóch płaszczyznach – nastawienia do zmiany i zachowania (określonych działań) wobec niej. Rysunek 1.4 przedstawia kontinua reakcji.



Rysunek 1.4. Reakcja ludzi na zmiany

Źródło: Czerska, 2003, s. 515.

Ani zachowania, ani postawy ludzi wobec zmian nie są zdefiniowane na zawsze. Organizacja ma możliwość wpływania na ocenę korzystności zmiany na wiele sposobów (o czym za chwilę). Oczywiście źle przeprowadzony proces zmian może utwierdzić pracowników w swych opiniach i postawach. Ogólnie rzecz ujmując, adaptowanie się do zmian organizacyjnych to proces, który składa się z następujących etapów [Wybrańczyk, Szromek, 2018, s. 615]:

1. odmowa – negacja potrzeby zmiany. Pojawia się w chwili, gdy jednostka staje w obliczu zmiany. Pracownicy twierdzą, że zmiana jest niepotrzebna, a ich aktywność jest nakierowana głównie na uzasadnianie dotychczasowego rozwiązania i odsuwanie zmiany w czasie;

2. obrona – pracownicy, oceniając sytuację w kategoriach przymusu, starają się aktywnie utrudniać wprowadzenie zmian. Bronią swoich stanowisk i sposobu wykonywania pracy. Ich energia zostaje skierowana na działania defensywne. Na tym etapie pojawiają się negatywne konsekwencje – spadek motywacji, obniżenie aktywności pracy. Następuje dalszy spadek zaangażowania w odgrywanie ról organizacyjnych;
3. odrzucenie – kiedy ludzie uświadamiają sobie potrzebę zmiany, inaczej ją spostrzegają. Poziom pracy nadal pozostaje niski, ale pojawiają się symptomy, że wraz z poważnym traktowaniem nowej sytuacji podnosi się poczucie własnej godności;
4. adaptacja – pracownicy zaczynają godzić się z nowymi technikami i procesami, przystosowując swoje potrzeby i kwalifikacje do sprawnej realizacji zmiany. Powoli oswajają się z nową sytuacją. Zaczynają interesować się rzeczywistością i znowu ją akceptują, chociaż zachowują do niej jeszcze bezpieczny dystans;
5. internalizacja – następuje uwewnętrznienie nowej wizji sytuacji, nowych zasad organizacji. Pracownicy uniezależniają się od zewnętrznych nakazów poprzez pełną zgodę i zrozumienie potrzeby zmian oraz włączenie nowych wartości we własną hierarchię wartości.

Przedstawiony proces akceptowania przez pracowników zmian jest pewnym uogólnieniem. Każdy z nich może w różnym czasie i zakresie przechodzić przez poszczególne fazy. Jeżeli kultura organizacyjna od dawna była nastawiona na współpracę, rozwój i procesy uczenia się, może się zdarzyć, że pracownicy od razu zaakceptują zmianę. W innych przypadkach możliwym scenariuszem jest zakończenie procesu na którejś z pośrednich faz – brak akceptacji i przyswojenia zmiany.

1.3.2. Opór przeciwko zmianom

Ludzie w organizacji zmianę postrzegają w bardzo indywidualny sposób. Dla jednych może to być np. szansa na awans, a dla innych zagrożenie związane z utratą prestiżu czy władzy. Co nie oznacza, że ci, którzy dostrzegają szansę, nie będą oponować przeciwko zmianom – możliwe, że będą chcieli ugrać więcej i protest stanie się sposobem negocjacji. Opór przeciwko zmianom jest sposobem radzenia sobie z niepewnością, jaką ta zmiana niesie [Grabus, 2013, s. 42].

Zwykle pracownicy w obliczu zmian przyjmują jedną z poniższych ról/postaw [Merton, 2002, s. 195–233], w zależności od indywidualnej sytuacji, kultury organizacyjnej i wcześniejszych doświadczeń:

- konformizm – reakcja najbardziej typowa w społeczeństwach ustabilizowanych – zgoda na pewne rozwiązania bez utożsamiania się ze zmianą, „dla świętego spokoju";
- innowacja – stosowanie metod zakazanych, niezgodnych z uznanym kanonem – objawia się twórczym myśleniem i potrzebą działania;
- rytualizm – odrzucenie lub znaczne zredukowanie celu kulturowego, przy jednoczesnym przestrzeganiu norm instytucjonalnych. Częsty w społeczeństwach indywidualistycznych, gdzie status zależy od osiągnięć („lęk o status" można zmniejszyć przez obniżenie poziomu aspiracji i zrutynizowanie zachowania). Pozorne wprowadzanie zmian, a w gruncie rzeczy ignorowanie ich, bierny opór;
- wycofanie – postawa najrzadziej spotykana. Odrzucenie zarówno celów oferowanych przez kulturę, jak i instytucjonalnych środków służących do ich realizacji. Osoby wybierające tę reakcję pozostają jedynie formalnie członkami danego społeczeństwa, ale faktycznie do niego nie należą. Odmawiają przyznania, że zmiana wywrze na nie wpływ, bronią się przed zmianą;
- bunt – wychodzenie poza dotychczasową strukturę, tworzenie nowych struktur, traktowanie dotychczasowych środków i celów jako ustalonych arbitralnie. Pojawia się, gdy system instytucjonalny jest postrzegany jako przeszkoda w realizowaniu uznawanych społecznie celów. Otwarty opór przeciwko zmianie, rebelia.

Powyższe postawy wobec zmian w większości oznaczają mniej lub bardziej widoczny opór wobec zmian. Warto pamiętać, że „opór nie jest ani kaprysem, ani przejawem potajemnego sprzeciwu. Prawie zawsze wynika on z zagrożeń tradycyjnych norm i sprawdzonych metod wykonywania poszczególnych zadań" [Senge, 1998, s. 88]. Przyczyn powstawania oporu wobec zmian może być tyle, ilu pracowników liczy organizacja, niemniej można je podzielić na trzy rodzaje: ekonomiczne, socjologiczne i psychologiczne [Oldroyd, Tiller, 1987, s. 13–27]. W tabeli 1.5 przedstawiono wybrane koncepcje przyczyn oporu wobec zmian.

Tabela 1.5. Wybrane koncepcje przyczyn oporu wobec zmian

Autor	Przyczyny oporu
J.P. Kotter, L.A. Schlesinger (1979)	Zaściankowa dbałość o własny interes Niezrozumienie i brak zainteresowania Różnice w ocenie pracowników i menadżerów oraz patrzenie przez pryzmat kosztów, a nie korzyści Niska tolerancja zmian – oczekiwana zmiana może wymagać od ludzi zbyt rozległych i nagłych zmian
D. Oldroyd, T. Tiller (lata osiemdziesiąte)	Sfera materialna (wyposażenie, fundusze): nie wprowadza się zmian, bo nie ma pieniędzy Sfera wartości (przyczyny socjologiczno-psychologiczne): mentalność ludzi w danym zawodzie; czasem głęboko zakorzenione zasady tkwią w systemie, np. w edukacji Sfera władzy (styl kierowania, zasady postępowania): rutyna w sprawowaniu władzy
E.Mc. Kenna, N. Beech (1997)	Ludzie postrzegają proponowane zmiany jako zagrożenie dla swoich umiejętności, osłabienie wpływów i środków Brak zaufania między kierownictwem a pracownikami, nie wyjaśniono w sposób wystarczający tego, co ma nastąpić Istnieją różne opinie na temat potrzeby zmian i korzyści z nich wynikających Niski próg tolerancji zmian; są ludzie, którzy źle znoszą zmiany (mimo że rozumieją ich konieczność, sprzeciwiają się) Przywiązanie do tradycji powoduje postrzeganie zmiany jako zjawiska niewygodnego Ludzie mają wątpliwości co do umiejętności radzenia sobie ze zmianą Obawa przed utratą gwarancji pracy, redukcją dochodu, lęk przed przyszłością
J. Bright (1998)	Dążenie do zachowania posiadanego statusu społecznego oraz przywilejów Chęć zachowania obecnego sposobu życia Przeciwdziałanie deprecjacji kapitału zainwestowanego w urządzenia Przeciwdziałanie obniżeniu poziomu życia, a w rezultacie obniżenie poziomu wiedzy Przeciwdziałanie redukcji miejsc pracy Unikanie wydatków na zakup nowoczesnych urządzeń Niezgodność innowacji z istniejącymi trendami Niezgodność innowacji z istniejącym prawem Brak elastyczności charakterystyczny dla dużych organizacji Cechy osobowości, lęk, konieczność utrzymania bezkonfliktowych stosunków Tendencja zachowań grupowych narzucających jednostkom zachowania konformistyczne Niechęć jednostek i grup do naruszania harmonijnych stosunków społecznych

cd. tab. 1.5

S.P. Robbins (1998)	Przyzwyczajenie – jako ludzie przyzwyczajamy się i reagujemy zgodnie z naszymi przyzwyczajeniami, co może być źródłem oporu Bezpieczeństwo – ludzie odczuwają silną potrzebę bezpieczeństwa, a w zmianach widzą zagrożenie, np. utraty pracy Czynniki ekonomiczne – obawa o zmniejszenie zarobków Lęk przed nieznanym – zmiana wywołuje uczucie niepewności i wieloznaczności, a poprzez to uczucie niechęci Selektywne przetwarzanie informacji – postrzeganie świata przez pryzmat własnej percepcji, słuchanie i rozumienie tego, co chce się usłyszeć, nie dopuszczając do swojej świadomości argumentów przełożonych
M. Armstrong (2004)	Szok spowodowany nowością – ludzie są podejrzliwi do wszystkiego, co naruszy dotychczasowa rutynę, metody czy warunki zatrudnienia Obawy ekonomiczne Niewygoda – zmiany utrudnią życie Niepewność co do skutków Lęki symboliczne – mała zmiana cenionych wartości, jak np. osobne biuro czy miejsce na parkingu Zagrożenie dla relacji interpersonalnych Zagrożenie dla statusu albo umiejętności – postrzeganie zmiany jako pogorszenia Obawy związane z kompetencjami – czy poradzę sobie z nowymi wymaganiami
E. Masłyk-Musiał (2011)	Poczucie utraty kontroli Zbyt wiele niepewności Ciągłe zaskakiwanie Zbyt duże koszty zmiany, zbyt wiele zmienia się jednocześnie, trudno zachować ciągłość pracy Obawa utraty twarzy – obawa, że to, co robili w przeszłości, było błędne Troska o własne kompetencje – obawa o efektywność po zmianie Więcej pracy – zmiana wymaga więcej energii i czasu, szkoleń, uczenia się Powiązane efekty zmian – jedna zmiana może przeszkadzać innej i wymagać korekt Wcześniejsze negatywne doświadczenia Realne zagrożenia – zmiana przynosi stratę i ból

Źródło: Sobka, 2014, s. 56–60.

W większości przypadków opór traktuje się jako zjawisko negatywne. Ale gdyby przyjąć, że zmiana jest produktem, a pracownicy klientami, to opór wyraża niechęć do kupna tego produktu. W układzie komercyjnym oznaczałoby to, że produkt należy modyfikować lub wycofać ze sprzedaży. Podobnego zdania są L. Clarke [1997, s. 137] i J.D. Ford [2010, s. 132], którzy twierdzą, że opór nie musi być zagrożeniem dla organizacji i w rzeczywistości jest specyficzną informacją zwrotną od rzeczywistych beneficjentów procesu zmian.

Dzięki oporowi można uniknąć wprowadzania nieprzygotowanych i niekontrolowanych zmian, daje on możliwość przemyślenia zmiany oraz może generować innowacyjne rozwiązania.

Opór wobec zmian może przybierać różne formy, wynikające m.in. ze źródeł jego pochodzenia. W literaturze przedmiotu pisze się m.in. o oporze [Zając, 2006, s. 40–41; Zarębska, 2002, s. 165]:

- czynnym i biernym;
- jawnym i ukrytym;
- natychmiastowym i odroczonym;
- emocjonalnym, racjonalnym i politycznym.

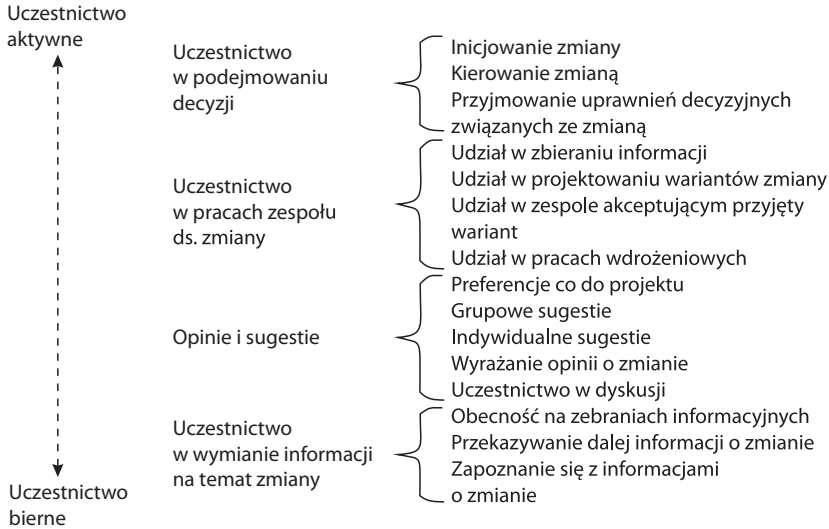
Nieco inną klasyfikację prezentuje M. Lenartowicz, opisując opór czynny, bierny, emocjonalny i racjonalny [Lenartowicz, 2009, s. 29]. Czynny (zazwyczaj jawny) objawia się odmową podjęcia działań lub działaniami pozornymi, a także celowo popełnianymi błędami czy blokowaniem przepływu informacji dotyczących zmiany. Opór bierny przejawia się zaś wzmożoną absencją, spadkiem wydajności, apatią oraz powstrzymywaniem się od wykonywania działań wspierających zmianę.

Opór racjonalny wyraża się w konkretnych argumentach przeciwko zmianie. Zwykle może być wówczas łatwo przezwyciężony jasną i klarowną komunikacją oraz logicznymi argumentami. Opór emocjonalny wynika najczęściej z obaw i jest słabo artykułowany (ze względu na wstyd albo niemożność zwerbalizowania odczuć). Wymaga tłumaczenia i poruszania konkretnych tematów.

Chęć utrzymania dotychczasowego prestiżu i wpływów lub niezwerbalizowane oczekiwania poprawy statusu w wyniku zmiany prowadzą do oporu politycznego. Zwykle prowadzi on do najbardziej nieprzewidywalnych zachowań. Czasami jedynym wyjściem jest zwolnienie pracownika/ów. Każdy z wymienionych powyżej rodzajów oporu wymaga zastosowania innych technik identyfikacji, minimalizowania lub eliminacji. Tylko właściwe zdiagnozowanie oporu i analiza przyczyn umożliwi jego przełamanie [Sobka, 2014, s. 64].

Jednym z najskuteczniejszych sposobów radzenia sobie z oporem jest zaangażowanie pracowników w proces zmian. Oczywiście nie wszyscy będą w równym stopniu uczestniczyć w procesie zmian (szczególnie w fazie preparacji zmiany), niemniej zasięg włączania załogi w proces zmian powinien być jak najszerszy. Rysunek 1.5 przedstawia formy uczestnicwa pracowników w procesie zmian.

Partycypacja w procesie zmian niesie szereg korzyści nie tylko dla organizacji, lecz także dla pracowników. Pozwala ona na [Judson, 1991, s. 128]:



Rysunek 1.5. Zakres partycypacji pracowników w procesie zmian

Źródło: Czerska, 1996, s. 149.

- pełniejsze zrozumienie zmiany, jej istoty, przyczyn i przewidywanych skutków;
- wyzbycie się utartych przekonań, stereotypów, norm kulturowych utrudniających zmianę;
- wzrost wzajemnego zaufania pomiędzy pracownikami a kierownictwem;
- racjonalizację procesu zmian;
- zaangażowanie ludzi w realizację decyzji, które sami podejmowali;
- rozwijanie możliwości pracowników, otwieranie nowych perspektyw;
- szybszą akceptację zmiany;
- zwiększenie kontroli społecznej nad zmianą.

Ogólnie rzecz biorąc, metody radzenia sobie z oporem można podzielić na cztery grupy [Sobczak, 1991, s. 71–72]:

1. metody manipulacyjne – związane z polityką personalną (odpowiedni dobór ludzi, system ich awansowania, przenoszenia i zwolnień;
2. metody realizacji zmiany (szybkość jej wprowadzania, stopień informowania itp.;
3. metody partycypacyjne (zbieranie opinii, dyskusje, współuczestnictwo pracowników w podejmowaniu decyzji o zmianach itp.);
4. metody celowego, długotrwałego oddziaływania na ludzi, zmieniające ich postawy i poglądy (przekonywanie, odwoływanie się do wspólnych celów

i wartości, trening grupowy, metody zmiany postaw i zachowań organizacyjnych).

Inne metody podaje J.P. Kotter. Wskazuje on, że pomocne mogą być: edukacja, uczestnictwo, pomoc i wsparcie, metody zmiany postaw, manipulacja i w końcu jawny przymus. Charakterystykę wymienionych metod zaprezentowano w tabeli 1.6.

Tabela 1.6. Metody radzenia sobie z oporem wobec zmian

Podejście	**Sytuacje, w których się je zazwyczaj stosuje**	**Zalety**	**Wady**
Edukacja i komunikacja	Gdy brakuje danych lub posiadane informacje i analizy są niedokładne	Osoby raz przekonane będą pomagać we wdrażaniu zmian	Może być czasochłonna, gdy działania dotyczą dużej liczby osób
Uczestnictwo i zaangażowanie	Gdy inicjatorzy zmian nie posiadają wszystkich informacji niezbędnych do zaprojektowania zmian, a inni dysponują dużą siłą oporu	Wniesione przez zaangażowanych pracowników pomysły są włączane w program zmiany	Czasochłonne, gdy zaangażowani uczestnicy zaplanują niewłaściwie proces
Pomoc i wsparcie	Gdy opór wynika z problemów adaptacyjnych	Inne metody są wykluczone w przypadku tego rodzaju problemów	Może być czasochłonne i kosztochłonne, bez gwarancji powodzenia
Negocjacje i umowa	Gdy jednostka lub grupa ewidentnie straci na zmianie oraz jeśli grupa dysponuje dużą siłą oporu	W określonych sytuacjach jest to prosty sposób na uniknięcie oporu	W wielu przypadkach wysoki koszt, jeśli inni też zechcą negocjować
Manipulacja i dokooptowanie	Gdy pozostałe taktyki się nie sprawdzą lub są zbyt kosztowne	Dość szybki i tani sposób	Jeśli ludzie poczują, że zostali zmanipulowani, skutki będą negatywne
Jawny i ukryty przymus	Gdy kluczowe znaczenie ma szybkość działania, a inicjatorzy zmian dysponują dużą władzą	Szybki sposób pokonania oporu	Ryzyko, że ludzie będą wściekli na inicjatorów zmian

Źródło: Kotter, Leonard, Schlesinger, 2008.

W wyniku analizy literatury przedmiotu można wskazać techniki i metody, które pozwalają się zaliczyć do kanonu stosowanego w praktyce [Sobka, 2014, s. 68]. Należą do nich:

- wyczerpujące informowanie z wyprzedzeniem oraz konsultacje z pracownikami;
- szkolenia pozwalające poznać istotę i potrzebę zmian;
- wspieranie i nagradzanie postaw sprzyjających zmianom;
- tworzenie atmosfery i kultury organizacyjnej przyjaznej zmianom;
- stosowanie metod perswazji i partycypacji;
- tworzenie systemów motywacji i ścieżek kariery sprzyjających kreatywności pracowników;
- wsparcie dla kadry kierowniczej, stosowanie coachingu i mentoringu;
- monitoring postępu prac projektowych;
- dokładne przygotowanie budżetu i harmonogramu zmiany.

W praktyce zastosowanie któregokolwiek z rozwiązań musi być poprzedzone analizą źródeł oporu wobec zmiany oraz adaptacją do konkretnej sytuacji.

Reasumując, podmioty lecznicze (publiczne), przechodząc wiele zmian (zwykle) wymuszonych sytuacją ekonomiczną, zmagają się również z sytuacją pojawiającego się oporu wobec nich. Biorąc pod uwagę przytoczony raport NIK, opór wydaje się uzasadniony. Ze względu na to, iż zmiany są często obiektywnie źle przygotowane (m.in. niepoparte analizami ekonomicznymi), ograniczają się do aspektów ekonomicznych i dostosowania do tej perspektywy działań „naprawczych", takich jak zwolnienia, zmiany umów o pracę, zmiany w wynagrodzeniach itp., personel podmiotów, które je wprowadzają, ma mnóstwo powodów do niepokoju, a co za tym idzie, stawiania oporu. Jednocześnie doświadczenia wcześniejszych zmian nie poprawiają sytuacji. Wobec tego przyszli menedżerowie (ci z prawdziwego zdarzenia) szpitali i innych publicznych podmiotów leczniczych będą stawać przed nie lada wyzwaniem – z jednej strony problemem może się okazać zakres i kierunek zmian (co dość mocno ograniczają przepisy, np. o zawodzie pielęgniarek i położnych [Dz.U. z 2011 Nr 174, poz. 1039], determinując ich zależność służbową), z drugiej strony duży opór środowiska medycznego. Wskazane w rozdziale piątym zmiany idące w kierunku procesowym będą w dużym stopniu ingerowały w układy władzy (ordynatorzy, zasłużeni profesorowie), co nie spotka się zapewne z aprobatą środowisk medycznych. Może to oczywiście generować opór przeciwko zmianom, który swe źródła będzie mieć przede wszystkim w poczuciu utraty władzy i przywilejów oraz, niestety, we wcześniejszych negatywnych doświadczeniach związanych z przeprowadzanymi restrukturyzacjami. Wydaje się, że najlepszym sposobem radzenia sobie z nim będzie włączenie interesariuszy w proces diagnozy i reorganizacji danego podmiotu leczniczego.

Rozdział 2. Czynniki kształtujące organizację i strukturę podmiotów leczniczych

2.1. Istota organizacji podmiotów leczniczych

Podmioty lecznicze, podobnie jak inne przedsiębiorstwa, chcąc działać efektywnie, powinny z jednej strony mieć na względzie uwarunkowania zewnętrzne, w tym m.in. otoczenie rynkowe, prawne, a z drugiej strony stale dostosowywać swoją organizację (typ struktury organizacyjnej, poziom centralizacji/decentralizacji, poziom formalizacji) do wielu czynników. Stąd też problem sposobu organizacji i ukształtowania struktury organizacyjnej jest fundamentalnym zagadnieniem, wpływającym na procesy zarządzania. Odpowiednio zaprojektowany układ organizacyjny podmiotu leczniczego z jednej strony jest narzędziem operacjonalizacji celów organizacji, z drugiej wpływa na kluczowy aspekt ich funkcjonowania – zapewnienie odpowiednich warunków personelowi medycznemu dla opieki i ratowania życia ludzkiego.

Na potrzeby niniejszego opracowania przez organizację, jaką jest podmiot leczniczy, będziemy rozumieli „…otwarty system społeczno-techniczny zorientowany celowo i mający określoną strukturę (sposób uporządkowania)" [Bielski, 1996, s. 78]. Organizacje posiadają następujące cechy, które pozwalają je odróżnić od innych systemów [Bielski, 1996, s. 78]:

- są tworami człowieka (artefaktami), stworzonymi dla wykonania określonego celu/ów;
- w ich skład wchodzą ludzie (np. personel medyczny), jako niezbędny element organizacji, oraz rzeczowe środki (np. aparatura medyczna), którymi posługuje się personel w swoich działaniach;
- są systemami zachowującymi się rozmyślnie, zdolnymi do korygowania, a nawet zmiany pierwotnie wyznaczonych celów;
- są wyodrębnione, a równocześnie otwarte – czerpią z otoczenia: ludzi, energię, surowce/produkty, informacje i wartości, a dostarczają dobra i usługi, wartości i informacje;

- są ustrukturalizowane, czyli uporządkowane wewnętrznie i zhierarchizowane;
- są złożone w sposób szczególny, co nie pozwala do końca odwzorować ich struktury;
- mają wyodrębniony człon kierowniczy;
- są stabilne, zdolne do utrzymywania równowagi wewnętrznej mimo zmian w otoczeniu;
- są ekwifinalne – nie istnieje jeden najlepszy sposób ich uporządkowania – podobne rezultaty mogą być osiągane inaczej;
- są systemami samoorganizującymi się, zdolnymi do zmiany stopnia swojego wewnętrznego uporządkowania;
- utrwalają sposoby zachowania ludzi i funkcjonowania organizacji w drodze instytucjonalizacji i formalizacji.

Powyższe rozważania prowadzą do definicji w ujęciu systemowym, która opisuje organizację jako system zachowujący się rozmyślnie, posiadający co najmniej dwa podsystemy zachowujące się także rozmyślnie i mające wspólne cele, które zmuszają do wprowadzenia podziału pracy, a system informacyjny i komunikacyjny umożliwia interakcje między względnie autonomicznymi podsystemami, przy czym przynajmniej jeden z podsystemów pełni funkcje regulacyjno-sterujące w systemie [Ackoff, 1973, s. 158]. Warto w tym miejscu przytoczyć inną definicję organizacji mówiącą, że „…jest to celowo obmyślany układ organów i metod postępowania porządkujący typowe czynności i przebiegi w obrębie zakładu w jednolicie i wydajnie działającą całość podobnie jak to się dzieje w organizmach przyrody" [Hauswald, 1935, s. 15]. Ta przedwojenna definicja przyrównuje organizację do żywego organizmu. Warto jednak wskazać na fakt, że ludzie (rozumiani jako części składowe – podsystemy) w organizacjach również zachowują się rozmyślnie, czego nie da się powiedzieć o elementach składowych organizmów żywych.

2.2. Czynniki strukturotwórcze

Jak wspomniano we wstępie do niniejszego opracowania, organizacja jako otwarty system społeczno-techniczny wchodzi w interakcje z otoczeniem. Interakcje te mogą przyjąć różny charakter – od prostej wymiany po ścisłe powiązania i zależności. Jednocześnie organizacje pod wpływem tych interakcji transformują swoje wnętrze – sposób uporządkowania. Podmioty lecznicze również wchodzą w interakcje z otoczeniem i też podlegają procesom transformacji (reorganizacji), chociażby akumulując i wykorzystując nową wiedzę

z otoczenia. Może to znaleźć odzwierciedlenie w nowym podziale zadań i/lub sposobie i czasie badań oraz leczenia pacjentów.

Czynników determinujących sposób uporządkowania wewnętrznego danego podmiotu leczniczego jest bardzo dużo. Wspomniana nowa wiedza, nowe technologie, nowy personel to tylko kilka przykładów. Mnogość i złożoność interakcji z różnymi determinantami wpływającymi na kształt organizacji powoduje, że tak naprawdę nie ma dwóch takich samych szpitali, ZOZów czy przychodni specjalistycznych – w zakresie rozwiązań organizacyjnych czy sposobu działania. Oczywiście w układzie organizacji sieciowej daleko posunięta standaryzacja zmniejsza te różnice. Literatura przedmiotu wskazuje na kilka grup czynników determinujących sposób organizacji podmiotów leczniczych. Ich przegląd zawiera tabela 2.1.

Tabela 2.1 Czynniki strukturotwórcze według różnych autorów

Autor/autorzy	**Czynniki strukturotwórcze**
A. Kieser, H. Kubicek	Program produkcji, wielkość organizacji, technologia wytwarzania, technologia informacyjna, forma własności i stosunki własnościowe, otoczenie
D.S. Pugh, D.J. Hickson, C.R. Hinnings, C. Turner	Powstanie i historia organizacji, własność i kontrola, wielkość, statut, technologia, umiejscowienie (lokalizacja), zależność (związki z innymi organizacjami)
H. Steinmann G. Schreyoegg	Otoczenie, technologia, cykl życia, ludzie
Strategor	Wielkość organizacji, technologia, otoczenie
R.A. Webber	Zadania, technologia, otoczenie
M. Hopej-Kamińska	Myślenie systemowe + wymienione przez innych autorów
A. Lotko, Ł. Wójtowicz	Funkcja genotypowa (usługi *vs* produkcja)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Hopej-Kamińska, 2014, s. 208; Lotko, Wójtowicz, 2018, s. 36–43.

Uwzględnienie powyższych czynników skłania do stosowania tzw. podejścia sytuacyjnego (*contingency approach*) do zagadnienia budowy organizacji i zasad jej funkcjonowania. Podejście to daje szereg wskazówek i wytycznych pozwalających wybrać właściwą strukturę, sposób motywacji pracowników, style kierowania czy też kierunki rozwoju organizacji stosownie do charakteru otoczenia i zmian w nim zachodzących, technologii, poziomu kwalifikacji i postaw pracowników. „Podkreśla się wielowymiarową strukturę organizacji i próbuje zrozumieć, jak organizacje funkcjonują w różnych warunkach i szczególnych okolicznościach. Podejście sytuacyjne idzie

w kierunku poszukiwania struktury organizacyjnej i sposobów jej zarządzania dostosowanych do szczególnych sytuacji" [F.E. Kast, J.E. Rosenzweig, 1973, s. 9]. Ostatecznie zarządzający powinni dążyć do maksymalnej odpowiedniości układu organizacyjnego (struktury organizacyjnej) i jej kontekstu (warunków funkcjonowania).

Autorzy niniejszej książki na podstawie analizy literatury podzielili wymienione w tabeli 2.1 czynniki strukturotwórcze na sześć grup:

1. otoczenie organizacji, w tym otoczenie prawne jako podstawa działania podmiotów leczniczych;
2. technologia;
3. cykl życia organizacji;
4. kultura organizacji;
5. strategia;
6. myślenie systemowe.

Czynniki te pozostają we wzajemnych relacjach, np. otoczenie poprzez postęp technologiczny oddziałuje na dobór technologii, dobór ten oddziałuje zaś na zachowanie ludzi[1].

2.3. Otoczenie jako czynnik strukturotwórczy

2.3.1. Istota, rola i definicja otoczenia organizacji

Otoczenie razem z funkcją genotypową (tj. rolą, jaką odgrywają organizacje w zaspokajaniu potrzeb społecznych) organizacji jest podstawową zmienną niezależną. Jednocześnie otoczenie różnicuje organizacje posiadające tę samą funkcję genotypową. Otoczenie organizacji definiuje specyficzne warunki, w jakich działa organizacja. „Otoczeniem organizacji (systemu) są te wszystkie elementy, które nie wchodzą w jej skład, ale są z nim związane, tzn. oddziałują na stan organizacji lub organizacja oddziałuje na nie" [Bielski, 1996, s. 56].

Organizacja jako system otwarty korzysta z otoczenia, będącego jej źródłem zasileń w technikę (postęp techniczny) i pracowników, oraz z obecności odbiorców produktów organizacji. Otoczenie stwarza organizacjom szanse,

---

[1] Patrz też D. Helrieger, J.W. Slocum, *Managment*, 3rd ed., Reading: Addison-Wesley Co. 1982, s. 27. Autorzy ci wyróżniają trzy rodzaje zmiennych warunkujących rozwiązania strukturalne: otoczenie (stałe i pewne – niestałe i niepewne), zadania (rutynowe – niezrutynizowane), ludzie (niska tolerancja na niepewność – wysoka tolerancja na niepewność).

ale również jest źródłem zagrożeń. Organizacja wchodzi w interakcje z otoczeniem, zarówno podlegając jego wpływom, jak i oddziałując na nie. Stopień otwartości lub izolacji organizacji od otoczenia jest bardzo różny. Całkowity brak granic i pełna izolacja są stanami, w których organizacja nie mogłaby istnieć.

Nie wszystkie elementy otoczenia mają jednakowy wpływ na funkcjonowanie organizacji. Thompson [1967, s. 30] rozpatruje związki między organizacją a jej otoczeniem w kategoriach wpływu (*power*) i zależności. Według Thompsona otoczenie jest dla organizacji źródłem zarówno niepewności, jak i ograniczeń. Tak więc organizacje, racjonalizując działania, muszą podejmować działania minimalizujące negatywny wpływ otoczenia na ich działalność. Organizacje są tym bardziej zależne od określonych elementów otoczenia, im bardziej potrzebują ich świadczeń. Podmioty lecznicze, będąc zależnymi od NFZ jako jedynego płatnika publicznego, muszą dostosowywać sposób funkcjonowania i strukturę do jego wymogów. Może się zdarzyć, że to organizacja będzie wywierała wpływ na otoczenie – czy to konkurencyjne, czy też np. prawno-polityczne.

Niezależność od czynników otoczenia jest świętym Graalem managerów, nie tylko w branży ochrony zdrowia. W dzisiejszych czasach coraz częstszymi są działania mające zminimalizować zależność organizacji od otoczenia. Przykładem może być firma Tesla, która kupiła udziały w kopalniach litu – kluczowego surowca używanego w produkcji baterii – w Boliwii, aby uniezależnić się od dostawców. Podobnie firma Apple opracowała własne procesory do komputerów, żeby uniezależnić się od Intela. Na rynku ochrony zdrowia możemy zaobserwować wiele działań dostosowawczych organizacji do zmieniających się przepisów. Niemniej podmioty lecznicze czy też ich właściciele podejmują np. działania ograniczające konkurencję poprzez kupowanie przedsiębiorstw czy tworzenie sieci medycznych. Do innych działań uniezależniających od warunków zewnętrznych zaliczyć można m.in. wykupywanie pakietów kontrolnych firm będących kooperantami danej organizacji, zawieranie długoletnich kontraktów i podejmowanie wspólnych przedsięwzięć. Bez względu na to, jakie działania zostaną podjęte, będą one wymagać dostosowania/rekonfiguracji struktury organizacji do nowych zadań i tworzonych warunków. Wynika to z tego, że organizacje zaczynają współpracować z nowymi elementami otoczenia lub działać w nowym otoczeniu (np. na nowych rynkach), bądź tworzyć nowe pod względem jakościowym warunki współpracy z dotychczasowymi elementami otoczenia.

Złożoność i zmienność otoczenia są z jednej strony stanem obiektywnym – wynikającym z liczby elementów otoczenia (i ich zróżnicowania) oraz z charakteru interakcji między tymi elementami, a z drugiej subiektywnym –

zależnym od umiejętności identyfikowania przez organizację ww. elementów i ich stanów.

Obecnie takie zjawiska, jak: rozwój technologiczny, otwarte granice, wzmożona hiperkonkurencja czy „kalifornizacja potrzeb" spowodowały zmiany w przedsiębiorstwach, ich strategiach i strukturach. Wszystko to sprawia, że organizacje podejmują działania dostosowawcze [Mierzejewska, 2014, s. 84] – zmieniają swoje struktury i ich parametry (patrz podrozdział 3.3.5).

2.3.2. Otoczenie prawne podmiotów leczniczych

Działalność lecznicza funkcjonuje w ramach pewnego reżimu prawnego. Poniżej zarysowano ogólne ramy prawne regulujące ten specyficzny obszar życia społeczno-gospodarczego. U jego podstaw leży Konstytucja RP, która ujmując prawo do ochrony zdrowia w kategorii praw człowieka, stanowi egzemplifikację trendów obowiązujących w innych państwach europejskich. O szczegółowych postanowieniach ustawy zasadniczej w odniesieniu do ochrony zdrowia będzie mowa niżej, jednak już teraz należy wskazać na fakt, że podmiotem tego prawa jest każdy człowiek, który znajduje się w jurysdykcji państwa polskiego. Kolejnym aktem prawnym, którego regulacje mają istotny wpływ na prowadzenie działalności leczniczej jest prawo przedsiębiorców. Uchwalony w 2018 r. akt stanowił próbę zreformowania i przebudowy ram prawnych dla przedsiębiorców i prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. Jako najważniejsza z punktu widzenia niniejszej analizy jawi się jednak – uchwalona w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej. Akt ten w znacznym stopniu samodzielnie kształtuje treść prawa do ochrony zdrowia wyrażonego w Konstytucji RP. Stanowi rozwinięcie postanowień zawartych w ustawie zasadniczej i gwarantuje wykonanie konstytucyjnych obowiązków władzy publicznej w tym zakresie. Określając warunki udzielania świadczeń zdrowotnych i wymagane kwalifikacje podmiotów leczniczych, tworzy normatywne ramy systemu ochrony zdrowia. Tym samym stanowi gwarancję realnego dostępu do ochrony zdrowia oraz zapewnia bezpieczeństwo i ochronę praw pacjentów. Ustawa ta określa:

- zasady wykonywania działalności leczniczej;
- zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niebędących przedsiębiorcami;
- zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych;

- zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Akt ten wyznacza zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe warunki wykonywania działalności leczniczej oraz wprowadza definicje legalne podstawowych pojęć, do których odsyłają inne akty prawne w zakresie ochrony zdrowia. Ustawa o działalności leczniczej w sposób gruntowny przeorganizowała wykonywanie działalności leczniczej, wprowadzając wiele nowych reguł i rozwiązań. Celem wprowadzenia ustawy miało być przede wszystkim uregulowanie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, na co wskazali wnioskodawcy tego aktu w uzasadnieniu do ustawy o działalności leczniczej. Warto dodać, że „zakres reformy był tak szeroki", że nastąpiły „zmiany nawet na poziomie nazewnictwa" [Bała, Załucki, 2013, s. 9]. Dotychczas funkcjonujące w przestrzeni publicznej „udzielenie świadczeń zdrowotnych" zostało zastąpione „wykonywaniem działalności leczniczej". Zmiany, jakie przyniosła ustawa o działalności leczniczej były komentowane krytycznie, bowiem wielu autorów uważało, że jej wejście w życie spowodowało z jednej strony uporządkowanie chaosu terminologicznego, a z drugiej powstanie kolejnych niejasnych sformułowań. Niektórzy twierdzą, że jest to akt prawny „opracowany niestarannie" [Banaszyk, 2018, s. 685]. W dalszej części książki w sposób szczególny poddano analizie termin „działalności leczniczej", wymieniono podmioty wykonujące ten rodzaj działalności oraz formy jej prowadzenia.

Na wstępie należy wskazać na konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia oraz na prawa pacjenta w tym zakresie. Zarówno „zdrowie", jak i „ochrona zdrowia" nie doczekały się swej definicji legalnej, jednak w doktrynie, orzecznictwie czy aktach prawnych używa się właśnie tych terminów. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że ochroną zdrowia są wszelkie świadczenia zdrowotne (badania, leczenie, rehabilitacja) oraz promocja zdrowego trybu życia realizowana przez promowanie rozwoju kultury fizycznej, zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych czy działania w zakresie ochrony środowiska naturalnego. „Polska jest państwem urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej i jej konstytucja zawiera powszechne prawo do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych" [Bolt, 2013, s. 11].

Konstytucja RP w sposób ogólny reguluje kwestie dotyczące prawa do ochrony zdrowia, wskazując na zadania państwa w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej kraju. Artykuł 68 stanowi, że:

1. „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży".

Wynika z tego, że każdy, kto znajduje się w jurysdykcji państwa polskiego, ma prawo dostępu do systemu ochrony zdrowia [Ciechanowicz-McLean, 2013, s. 22]. Nie ma znaczenia, czy jest cudzoziemcem, obywatelem innego państwa czy nawet apatrydą. Jako prawo ściśle połączone z innymi gwarancjami konstytucyjnymi, w szczególności związanymi z godnością człowieka oraz ochroną życia ludzkiego, nie może być ograniczane ze względu na jakiekolwiek cechy osobiste jednostki. Byłoby to potraktowane jako dyskryminacja, która w tym istotnym obszarze życia ludzkiego zasługiwałaby na szczególne potępienie [Kubiak, 2017, s. 7]. Przepis ustępu 2 wyżej wskazanego artykułu precyzuje, że w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych dostęp jest zarezerwowany już tylko dla osób posiadających obywatelstwo polskie. Jedyną przesłanką limitującą dostęp do opieki zdrowotnej jest więc status obywatela, bez względu na jego sytuację materialną [Wołoszyn-Cichocka, 2017, s. 98]. Norma zawarta w przepisie ustępu 3 nakłada na władze publiczne pewien szczególny obowiązek zagwarantowania opieki dzieciom, kobietom w ciąży, niepełnosprawnym oraz osobom starszym. Chodzi tu więc o krąg osób będących w szczególnej sytuacji, a ich ochrona jest podyktowana koniecznością zapewnienia lepszego standardu i dostępu do opieki zdrowotnej.

Należy dodać, że art. 68 ust. 1 konstytuuje prawo do ochrony zdrowia, a przepisy ustępów 2–5 jedynie precyzują treść tego prawa, wskazując na różne obowiązki władz publicznych w tym zakresie. Państwo ma przede wszystkim zapewnić realizację prawa do ochrony zdrowia, tworząc efektywny i skuteczny system opieki zdrowotnej. „Przepis art. 68 Konstytucji RP, ustanawiając prawo każdego do ochrony zdrowia, ma zasadnicze znaczenie dla ustalenia zakresu obowiązków ustawodawcy, ale także podmiotów zobowiązanych do interpretacji i stosowania przepisów ustawowych ustanawiających prawa pacjenta, jak również innych przepisów regulujących stosunki prawnomedyczne" [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Na ustawodawcy ciąży obowiązek zapewnienia rzeczywistego dostępu do systemu ochrony zdrowia, ponieważ uprawnienie wynikające z konstytucji nie może mieć charakteru iluzorycznego. Organizacja sprawnie funkcjonującego systemu jest bowiem

gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz przestrzegania ich praw jako pacjentów [Wołoszyn-Cichocka, 2017, s. 98].

Konstytucja w sposób ogólny określa zasady ochrony zdrowia, pozostawiając kwestie proceduralne ustawodawstwu zwykłemu. „Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie abstrakcyjnie określony stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie chorób, urazów i niepełnosprawności oraz zapobieganie im" [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Każdy akt prawny – ustawa czy akty wykonawcze do ustawy – wydany na podstawie tego przepisu musi być zgodny z treścią normatywną wyrażoną w ustawie zasadniczej. W dalszej części rozważań analizie zostanie poddany najważniejszy akt z punktu widzenia tematu niniejszego rozdziału – ustawa o działalności leczniczej. Jak wskazano wcześniej, akt ten stanowi źródło podstawowych regulacji konstytuujących zasady wykonywania działalności leczniczej [Zajdel, 2016, s. 465].

Z uwagi na przynależność Polski do Unii Europejskiej (UE) w tym miejscu wskazać trzeba na zagadnienie ochrony zdrowia na płaszczyźnie prawodawstwa unijnego. W odniesieniu do kompetencji UE w dziedzinie ochrony zdrowia podkreślić należy, że nie są one z formalnego punktu widzenia szerokie. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej określa, że w zakresie „ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego" „Unia ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań Państw Członkowskich […] o wymiarze europejskim" [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Oznacza to, że działania UE w dziedzinie ochrony zdrowia mają charakter komplementarny wobec zadań państw członkowskich i nie zastępują ich kompetencji. W konsekwencji mamy tu do czynienia z zasadą pomocniczości.

Założenia przyjęte w postanowieniach art. 68 Konstytucji RP stanowią podstawę dla ustawowych przepisów dotyczących wykonywania działalności leczniczej [Sygit, Wąsik, 2016, s. 60]. Należy powiedzieć, że pomimo swojego tytułu ustawa nie definiuje wprost terminu „działalność lecznicza", a jedynie wskazuje, co jest jej istotą. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ponadto działalność lecznicza może, ale nie musi, polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Tak ujęta definicja wskazuje, że zarówno promocja zdrowia, jak i działalność dydaktyczna czy badawcza pozostają – dla podmiotów leczniczych – w sferze zadań fakultatywnych.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jest zasadniczym, choć nie jedynym przejawem prowadzenia działalności leczniczej. „Świadczenie zdrowotne wyznacza przedmiot zasadniczego dla ochrony zdrowia stosunku prawnego łączącego podmiot leczniczy i pacjenta" [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Definicja świadczenia zdrowotnego została zawarta w ustawie o działalności leczniczej oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Definicje te nie są tożsame. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, że świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Z kolei ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej dodatkowo wskazuje na działania służące profilaktyce [Nowak-Kubiak, 2012, s. 146]. Z uwagi na ograniczony zakres niniejszego opracowania prawidłowość i celowość takiego rozwiązania nie zostaną poddane głębszej analizie. Należy jednak wskazać na różnice interpretacyjne w określaniu zakresu obowiązku posiadania uprawnień do udzielania świadczeń, w kontekście braku odrębnej definicji w ustawach określających zasady wykonywania zawodów medycznych, z których wynika ten obowiązek [Pacian, 2017, s. 32–33]. To właśnie w tych aktach prawnych są wymienione konkretne działania, realizowane w ramach wykonywania określonych specjalizacji medycznych [Bosek, Wnukiewicz-Kozłowska, 2018, s. 8–9]. Definicja zawarta w ustawie o działalności leczniczej ma dość szeroki znaczeniowo kontekst. Zawiera w sobie różnorakie formy czynności leczniczych oraz działania o charakterze nieleczniczym, określone w polskim prawodawstwie. W tym miejscu należy podkreślić, że definicja zawarta w tym akcie ma doniosłe znaczenie, ponieważ sama ustawa jest uznawana za podstawę systemową prowadzenia działalności leczniczej [Kubiak, Kubicki, 2018, s. 383]. Tak szerokie ujęcie wskazuje na to, że świadczenia zdrowotne stały się pojęciem podstawowym i uniwersalnym dla czynności medycznych świadczonych przez podmiot leczniczy wobec pacjenta. W praktyce – to aspekt pozytywny – w języku prawnym i prawniczym udaje się zastąpić jednym określeniem takie występujące w przeszłości wyrażenia, jak chociażby „czynności medyczne", „działania lecznicze" czy „praktyka lekarska". Aspekt negatywny z kolei przejawia się w tym, że wszystkie inne czynności, które nie spełniają przesłanek określonych w ustawie, nie są świadczeniami zdrowotnymi.

Pojęcie świadczenia zdrowotnego pojawia się w kilka aktach prawnych. Rozważania w ramach tego opracowania skupiają się na ustawie o działalności leczniczej z uwagi na jej podstawowy i systemowy charakter. Istnieją różne kategorie świadczeń zdrowotnych. Poniżej zostały przestawione te najbardziej istotne z punktu widzenia autorów niniejszego opracowania; stanowią one ogólną analizę tego zagadnienia.

Definicja świadczenia zdrowotnego zawarta w ustawie o działalności leczniczej zawiera w sobie trzy grupy czynności:

1. działania, które służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz
2. inne działania medyczne, które wynikają z procesu leczenia oraz
3. inne działania medyczne, które wynikają z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Pierwsza z powyższych grup została wydzielona ze względu na cel, jakiemu służą podejmowane działania. Cel ten zawiera w sobie cały zbiór świadczeń realizowanych w ramach szeroko rozumianej działalności medycznej [Bosek, Wnukiewicz-Kozłowska, 2018, s. 15]. Jest to najbardziej wszechstronna kategoria świadczeń zdrowotnych, do których należą czynności profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne czy rehabilitacyjne. Druga grupa działań obejmuje czynności pomocnicze, do których można zaliczyć wydanie opinii lub orzeczenia lekarskiego, wypisanie recepty lub skierowanie na badania. Z kolei działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych, regulujących zasady, to te czynności, które są wskazane w konkretnych przepisach. Nie muszą wynikać z procesu leczenia pacjenta. Ingerencja w nietykalność cielesną człowieka, jego zdrowie czy życie co do zasady wynika z celu terapeutycznego. Jeśli więc istnieją sytuacje, które nie spełniają tej przesłanki, wówczas jest wymagane wskazanie określonej podstawy prawnej, aby taka interwencja była możliwa. Do tej kategorii działań można zaliczyć usunięcie ciąży z przyczyn karnych lub pobranie od dawcy jego komórek, tkanek lub narządów.

Powyższa analiza pozawala na wyszczególnienie dwóch kategorii świadczeń zdrowotnych w jeszcze jednym ujęciu – czynności leczniczych, czy też *stricte* leczniczych, oraz czynności nieleczniczych. Pierwsza zawiera w sobie te działania, które realizują wobec pacjenta cel leczniczy, rozumiany jako dążenie do osiągnięcia rezultatu profilaktycznego, diagnostycznego, terapeutycznego lub rehabilitacyjnego [Bosek, Wnukiewicz-Kozłowska, 2018, s. 21]. Druga kategoria to wszelkie czynności, które nie mają charakteru terapeutycznego. Są to w szczególności zabiegi kosmetyczne.

Ustawa wprowadza także pojęcia świadczeń specjalistycznych, wysokospecjalistycznych, świadczeń zdrowotnych rzeczowych oraz świadczeń towarzyszących. Świadczenia specjalistyczne to świadczenia opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o świadczenia wysokospecjalistyczne, to dotyczą one świadczeń opieki zdrowotnej lub procedury medycznej, których udzielenie wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia, i których koszt jednostkowy jest wysoki. Obie te przesłanki muszą być spełnione

łącznie. Procedura medyczna to „wyodrębniony element procesu udzielania świadczenia zdrowotnego" [Budzisz, 2018, s. 387].

Kategorię szerszą niż świadczenia zdrowotne stanowi pojęcie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawiera w sobie zarówno świadczenia zdrowotne, jak i świadczenia zdrowotne rzeczowe i towarzyszące. Świadczenia rzeczowe są związane z procesem leczenia – to leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. Z kolei świadczenia towarzyszące to zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą, usługi transportu oraz transportu sanitarnego oraz zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli istnieje konieczność i podstawa jego zapewnienia.

Należy wskazać na dość powszechny w doktrynie pogląd, że definicja świadczenia zdrowotnego powinna zostać uzupełniona o element profesjonalizmu podmiotu wykonującego świadczenie. Chodzi o objęcie zakresem jedynie tych czynności, w których to podmiot profesjonalny w ramach swojej zawodowej działalności jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta [Grzegorczyk, 2013, s. 31; Dercz, Rek, 2019, s. 50]. Pogląd ten jest jednak dyskusyjny i w literaturze przedmiotu pojawiają się głosy przemawiające przeciwko takiemu zawężaniu definicji [Pacian, 2017, s. 33].

Obok świadczeń zdrowotnych ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadza do siatki pojęciowej termin „procedury medycznej", która stanowi postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Promocja zdrowia jest bardzo istotnym, obok udzielania świadczeń zdrowotnych, elementem działalności leczniczej. Zadanie to jest uprawnieniem podmiotu leczniczego, nie leży natomiast w sferze jego obowiązków. Wynika to z tego, że „każdy podmiot leczniczy ma możliwość wykonywania zadania związanego z promocją zdrowia, ale żaden nie ma już takiego obowiązku" [Dercz, 2013, s. 195]. Promocja zdrowia dotyczy zarówno jednostek, jak i społeczeństwa jako ogółu. Chodzi o wszelkie działania mające na celu zwiększenie świadomości i kontroli nad czynnikami, które warunkują stan zdrowia, a przez to także jego poprawę. Promocja zdrowia ma za zadanie upowszechnianie zdrowego stylu życia, ochrony środowiska – które w istotny sposób wpływa na stan naszego zdrowia – oraz kultury fizycznej i sportu. Chodzi więc o wszelkie inicjatywy i działania, podejmowane przez odpowiednie instytucje, mające na celu wzbudzanie zainteresowania czynnikami sprzyjającymi zdrowiu oraz zwiększanie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie.

Aktywności te są związane z działalnością edukacyjną i informacyjną, jako podstawą edukacji w tym zakresie. Wydaje się zasadne, aby tworzyć zachęty – przede wszystkim finansowe – dla wszystkich podmiotów leczniczych, żeby zarówno promocja zdrowia, jak i profilaktyka były coraz bardziej popularne i miały jak największy zasięg. Ma to szczególne znaczenie w kontekście działania w tym zakresie władz publicznych, które zdecydowanie większy nacisk kładą na leczenie, aniżeli na zapobieganie chorobom.

Realizacja zadań dydaktycznych oraz badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia jest kolejną płaszczyzną działalności leczniczej. Przykładami takich zadań są m.in. udostępnianie zasobów klinicznych szpitali uczelniom medycznym oraz przeprowadzanie badań klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych [Sygit, Wąsik, 2016, s. 61].

„Nie ulega wątpliwości, że system ochrony zdrowia kształtuje także wiele ustaw regulujących status prawny zawodów medycznych oraz ich samorządów" [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Wskazać należy, że choć – co do zasady – ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – stanowią podstawę przedmiotowych rozważań, nie można zapominać o innych aktach prawnych, które także mają wpływ na system ochrony zdrowia. Z uwagi na ograniczony zakres niniejszego opracowania, który odnosi się do form prawnych prowadzenia działalności leczniczej przez podmioty lecznicze, oraz chęć skrótowego przedstawienia problemowych zagadnień, poza zakresem opracowania pozostały ustawy dotyczące wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej, fizjoterapeuty, diagnosty laboratoryjnego, a ponadto akty regulujące funkcjonowanie aptek czy samorządów zawodowych zawodów medycznych. Podkreślić jednak należy ich doniosłość dla funkcjonowania systemu i wpływ na wykonywanie działalności leczniczej.

Szczególnym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej są świadczenia gwarantowane. W myśl przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej są to świadczenia finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych, których zakres i zasady udzielania określa ustawa. Ich celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Wśród świadczeń gwarantowanych wyróżnia się – zgodnie z art. 15 ust. 2 – w szczególności świadczenia z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;

- rehabilitacji leczniczej;
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- leczenia stomatologicznego;
- lecznictwa uzdrowiskowego;
- zaopatrzenia w wyroby medyczne;
- ratownictwa medycznego;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- świadczeń wysokospecjalistycznych;
- programów zdrowotnych;
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy, pod warunkiem, że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- ratunkowego dostępu do technologii lekowych;
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Wyłączone z finansowania ze środków publicznych są – w myśl art. 16 – następujące świadczenia:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, uzyskania świadczenia uzupełniającego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;
- zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenia wystawione przez położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka;

- świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane;
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, finansowane ze środków publicznych, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, na podstawie skierowania, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Świadczeniobiorca ma także prawo – na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – do rehabilitacji leczniczej. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Na koniec trzeba podkreślić znaczenie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), którego zasady funkcjonowania, organizację i zadania określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. W myśl przepisów tego aktu NFZ stanowi państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Oznacza to, że zalicza się do kategorii publicznych osób prawnych, bowiem realizuje cele publiczne państwa, działając na styku prawa prywatnego i publicznego. Egzemplifikacją tej konstrukcji jest realizacja posiadanego uprawnienia do świadczeń – mająca charakter publicznoprawny, poprzez zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które są narzędziem o cywilnoprawnej naturze. Siedzibą NFZ jest miasto stołeczne Warszawa. W jego skład wchodzą centrala oraz oddziały wojewódzkie. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu, który jest nadawany w drodze rozporządzenia przez ministra zdrowia. W statucie określa się w szczególności strukturę organizacyjną NFZ, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich, oraz siedziby tych oddziałów, przy uwzględnieniu sprawnego wykonywania zadań. Statut w sposób szczegółowy określa zagadnienia dotyczące jego organizacji. Możliwe jest tworzenie oddziałów terenowych, tj. delegatur oddziałów. Ma to na celu poprawę dostępności dla świadczeniobiorców, usprawnienie współpracy ze świadczeniodawcami, a także ułatwienie monitorowania udzielania świadczeń. W myśl art. 98 organami NFZ są:

- Rada Funduszu;
- Prezes Funduszu;
- rady oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Prezes Funduszu jest organem właściwym w sprawach niewłączonych w zakres zadań Rady Funduszu, rady oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego. Natomiast techniczno-organizacyjną obsługę Rady NFZ i Prezesa zapewnia centrala Funduszu, a w stosunku do rady oddziału wojewódzkiego i dyrektora oddziału wojewódzkiego – oddział wojewódzki. Prezes rady ministrów powołuje członków Rady oraz Prezesa NFZ,

który z kolei powołuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Członków rad oddziałów wojewódzkich powołuje natomiast sejmik województwa.

„Narodowy Fundusz Zdrowia należy do grupy instytucji finansowych określanych w nauce zarządzania mianem płatników" [Banaszyk, 2018, s. 684]. Wynika to z tego, że najważniejszym zadaniem NFZ jest zarządzanie środkami finansowymi, stanowiącymi jego przychody, na które składają się w szczególności składki na ubezpieczenie zdrowotne. W zakresie tych środków NFZ działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Ponadto do NFZ należą takie zadania, jak:

- wskazywanie jakości i dostępności oraz przegląd kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie koniecznym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzanie konkursów ofert, negocjacji i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontrolowanie ich realizacji wraz z rozliczaniem tych umów;
- opłacanie świadczeń gwarantowanych;
- sponsorowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu przez nich 75. roku życia;
- finansowanie leków, które przysługują kobietom w czasie ciąży;
- opłacanie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniający kryterium dochodowe;
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych;
- dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego;
- przygotowywanie, wdrażanie, przeprowadzanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- wdrażanie, opłacanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych;
- opłacanie informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom;
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej;

- promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej;
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- prowadzenie działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Powyższy katalog nie ma charakteru zamkniętego, o czym świadczy użyty w ustawie zwrot „w szczególności". Na podstawie tego wyliczenia można zauważyć, jak rozległe są obowiązki NFZ w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

2.3.3. Pozostałe rodzaje otoczenia organizacji

Elementy otoczenia można klasyfikować według różnych kryteriów podziału i rozpatrywać na różnych płaszczyznach. Przegląd kryteriów podziału otoczenia organizacji prezentuje tabela 2.2.

Tabela 2.2. Wybrane kryteria podziału, płaszczyzny i rodzaje otoczenia organizacji

Kryterium podziału	Charakterystyka kryterium	Płaszczyzny i rodzaje otoczenia
Kierunek działania	Analiza otoczenia pod kątem siły jego wpływu i częstotliwości interakcji z organizacją.	• Bliższe • Dalsze
Zmienność	Analiza otoczenia pod kątem szybkości i dynamiki zachodzących zmian oraz siły i intensywności wpływu tych zmian na organizację.	• Stabilne • Zmienne • Burzliwe (turbulentne) • Migocące
Złożoność	Analiza otoczenia pod względem liczby, skomplikowania i różnorodności występujących w nim elementów.	• Proste • Złożone
Potencjał	Analiza otoczenia pod kątem zdolności do stwarzania organizacji możliwości trwania, rozwoju i wzrostu.	• O niskim potencjale • O wysokim potencjale
Nastawienie	Analiza otoczenia z punktu widzenia nastawienia jego elementów i sfer do funkcjonowania organizacji.	• Pozytywne (sprzyjające) • Neutralne • Wrogie
Czas	Analiza otoczenia w relacji do obecnego okresu.	• Przeszłe (historyczne) • Obecne • Przyszłe

cd. tab. 2.2

Przestrzeń	Analiza otoczenia z punktu widzenia fizycznej rozległości rozpatrywanej w kontekście geograficznym i administracyjnym.	• Lokalne • Regionalne • Krajowe • Międzynarodowe • Globalne
Plastyczność	Analiza otoczenia z punktu widzenia możliwości oddziaływania organizacji na jego elementy, procesy i zjawiska.	• Łatwe do kształtowania • Trudne do kształtowania • Niemożliwe do kształtowania
Reaktywność	Analiza otoczenia pod kątem jego reakcji (oddziaływania) na działania podejmowane przez organizacje.	• Reaktywne • Pasywne
Realność	Analiza otoczenia w odniesieniu do rzeczywistości społeczno-gospodarczej.	• Rzeczywiste (realne) • E-otoczenie • Symulowane
Przewidywalność	Analiza otoczenia pod kątem możliwości przewidywania i prognozowania zachodzących w nim zmian i rozwoju sytuacji.	• Możliwe do prognozowania w oparciu o narzędzia statystyczne • Możliwe do przewidywania w oparciu o metody jakościowe • Niemożliwe do przewidzenia

Źródło: Matejun, Nowicki, 2013, s. 155.

W dalszej części książki jej autorzy skupią się na wybranych rodzajach otoczenia organizacji, sklasyfikowanych według kryterium kierunku oddziaływania, zmienności i złożoności.

Pierwszymi analizowanymi rodzajami otoczenia są wyróżnione ze względu na kierunek i charakter oddziaływania na organizację (rysunek 2.1) [Limański, 2015, s. 50]:

- otoczenie bezpośrednie, zwane też bliższym, zadaniowym lub kręgiem zewnętrznym organizacji;
- otoczenie ogólne, zwane też dalszym lub pośrednim.

Otoczenie bliższe wywiera bezpośredni wpływ na daną organizację lub jej część i dla każdej organizacji jest różne. Otoczenie ogólne jest wspólne dla większości organizacji. W dobie globalizacji i ekspansji organizacje muszą sobie radzić z sytuacją, w której każdy z rynków, na których działają, jest niezależnym otoczeniem bezpośrednim, a jednocześnie „dalej" istnieje globalne otoczenie bezpośrednie. To samo dotyczy otoczenia ogólnego. Jednym

Rysunek 2.1. Elementy otoczenia organizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gierszewska, Romanowska, 2017, s. 32.

z rozwiązań jest wykorzystanie struktur zdecentralizowanych, o czym szerzej w dalszej części pracy.

Otoczenie bezpośrednie obejmuje inne organizacje, czy to gospodarcze, czy też społeczne, instytucje państwowe, jak również zewnętrzne warunki funkcjonowania organizacji: postęp techniczny w danej domenie, rynek pracy i politykę państwa wobec danej dziedziny.

Specyficzną cechą otoczenia bliższego jest sprzężenie zwrotne między jego elementami a organizacją, co oznacza, że podmioty z otoczenia bezpośredniego oddziałują na organizację, ale też organizacja ma możliwość aktywnego na nie wpływania [Adamik, Matejun, 2012, s. 62]. W szczególności do elementów otoczenia bezpośredniego zaliczyć można:

- odbiorców,
- dostawców,
- konkurentów,
- instytucje państwowe,

- czynniki społeczne,
- czynniki techniczne.

Każdy z elementów otoczenia bliższego wpływa na organizację w odmienny sposób, często trudny do pogodzenia z innymi elementami otoczenia i uwarunkowań wewnętrznych.

Odbiorcy (wyrobów i usług). Istotne znaczenie mają głębokość i rozległość rynku odbiorców, które wpływają m.in. na wybór sposobu obsługi, technologii produkcji czy na wielkość organizacji. Obok głębokości i rozległości rynku istotnym czynnikiem są oczekiwania odbiorców, które oddziałują na różnicowanie organizacji przedsiębiorstwa.

Przykładem wpływu różnych grup odbiorców (pochodna otoczenia ogólnego – systemu ubezpieczeń zdrowotnych i finansowania świadczeń przez NFZ) są różne systemy obsługi pacjentów w prywatnych placówkach zdrowia, np. SwissMed z Gdańska. Pacjenci „kontraktowi" – tzn. opłacani z NFZ, są przyjmowani przy innym okienku, inaczej przydzielane są im terminy wizyt itp. Oczywiście wynika to z innych uwarunkowań dotyczących limitów przyjęć i opłacalności realizacji takiego świadczenia. Rodzi to konieczność zmian w zakresie zadań niektórych stanowisk pracy i/lub powołania nowych do obsługi poszczególnych grup pacjentów. Jeszcze inaczej są obsługiwani pacjenci mający np. ubezpieczenie indywidulane w firmie ubezpieczeniowej (np. PZU Opieka medyczna)[2]. Wyodrębnienie grup odbiorców pozwala albo wymusza zróżnicowanie układu organizacyjnego w obszarze np. sprzedaży czy właśnie obsługi klientów.

Dostawcy (materiałów i surowców, wyposażenia technicznego, siły roboczej, kredytów). Kluczowa w dzisiejszych czasach dostępność źródeł zaopatrzenia w materiały, maszyny i urządzenia narzuca w znacznym stopniu strukturę organizacji – zwłaszcza przedsiębiorstw przemysłowych. Przedsiębiorstwo tego typu może być zmuszone do uruchomienia produkcji urządzeń we własnym zakresie. Może też polegać na skupionych wokół siebie kooperantach, wyspecjalizowanych w produkcji podzespołów, detali itp., wchodząc z nimi w spółki *joint venture* lub wykupując ich w całości. W ramach rozwiązań strukturalnych można wskazać wykorzystanie outsourcingu (np. funkcji albo procesu), insourcingu albo intersourcingu jako strategicznych koncepcji restrukturyzacji organizacji [Waśniewski, 2015, s. 32] Przykładami organizacji wykorzystujących outsourcing są firmy Nike i Apple, zlecające produkcję na

[2] Webber [1984, s. 361] podaje przykład przedsiębiorstwa, które wyróżniło ze względu na wymagania klientów w pionie marketingu: szefa sprzedaży hurtowej, szefa sprzedaży dla instytucji, szefa sprzedaży rynkowej, szefa sprzedaży jednostkom państwowym.

zewnątrz. Innym przykładem jest Toyota, która wspiera swoich kooperantów finansowo, technicznie i organizacyjnie. Każde z przytoczonych rozwiązań niesie ze sobą konieczność zmian w strukturze i to nie tylko w oczywistym wymiarze, tj. eliminacji obszaru podlegającego outsourcingowi, ale również dostosowania innych części organizacji do współpracy z otoczeniem w obszarze dotychczas realizowanym wewnątrz firmy.

Konkurenci (inne organizacje zaspokajające podobne potrzeby otoczenia i/lub mające podobne zapotrzebowanie na świadczenia ze strony otoczenia). Charakterystycznymi wielkościami, które pozwalają organizacji zidentyfikować rynek konkurentów i walkę wewnątrz tego rynku są m.in.: liczba i siła działających konkurentów, wzrost dziedziny, stopień zróżnicowania konkurentów, bariery wejścia na rynek [Strategor, 2004, s. 36]. Przedsiębiorstwo na podstawie tych danych może opracować i wybrać strategię, a co za tym idzie, dostosować swoją strukturę do warunków funkcjonowania, która pozwoli organizacji na dalszy rozwój i efektywne działanie.

Instytucje bezpośrednio wpływające na organizację oraz wyznaczane przez nie warunki, normy i ograniczenia (np. urzędy skarbowe, lokalna władza administracyjna, samorząd terytorialny ze swoimi jednostkami).

Czynniki społeczne, takie jak: partie polityczne, związki zawodowe, postawy społeczeństwa i jego oczekiwania wobec organizacji. W krajach takich jak Szwecja lub Norwegia, z rozubudowaną polityką socjalną i świadomym społeczeństwem, organizacje muszą brać te czynniki szczególnie pod uwagę. W Polsce ogromną rolę odgrywają związki zawodowe, które z jednej strony stoją na straży praw pracowniczych (np. strajki pielęgniarek), z drugiej zaś często są źródłem silnego oporu przeciwko zmianom.

Czynniki techniczne, np. postęp techniczny w danej dziedzinie. Wybór określonej technologii jest podyktowany zarówno funkcją genotypową organizacji, jak i otoczeniem organizacji. Czynniki techniczne w otoczeniu, np. rewolucyjne zmiany w technologiach wytwarzania, pozwalają na większą elastyczność systemów produkcji masowej. Postęp techniczny powoduje usprawnienie pracy biurowej, procesów informacyjnych i decyzyjnych w organizacji, co odzwierciedla się w wymuszaniu zmian w strukturze organizacji.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można powiedzieć, że otoczenie bezpośrednie tworzą konkretne „zjawiska, procesy i podmioty, które oddziałują na organizację w sposób bezpośredni i które są jednocześnie przedmiotem jej oddziaływań" [Urbanowska-Sojkin (red.), 2008, s. 49].

Otoczenie ogólne ma mniej zinstytucjonalizowany charakter; obejmuje warunki działania organizacji wynikające z cech nadsystemu społecznego. „W przeciwieństwie do warunków właściwych dla otoczenia bliższego (bezpośredniego), na warunki otoczenia dalszego (ogólnego – przyp. autora)

organizacja nie ma wpływu i nie da rady ich zmienić. Może jedynie aktywnie na nie reagować, uprzednio je przewidując, rozpoznając i klasyfikując bądź jako szanse, bądź jako zagrożenia" [Adamik, Matejun, 2012, s. 65]. Można wyróżnić następujące elementy tego rodzaju otoczenia [Gierszewska, Romanowska, 2017, s. 40-47; Janasz, Janasz, Kozioł, Szopik, 2008, s. 150–155]:

- **otoczenie kulturowe** obejmujące tradycję kulturową i historyczną danego społeczeństwa, system wartości, normy etyczne, wzorce postępowania;
- **otoczenie techniczne i technologiczne** zawierające zarówno materialne wytwory techniki, jak i zasób wiedzy technicznej oraz technologicznej, z którego organizacja może korzystać (poziom i jego tempo rozwoju);
- **otoczenie edukacyjne** – ogólny poziom oświaty, stopień rozwoju i specjalizacji systemu kształcenia, udział ludzi z wyższym wykształceniem;
- **otoczenie polityczne** – panujący system polityczny, stopień ingerencji czynników politycznych w inne dziedziny życia (gospodarkę, kulturę);
- **otoczenie prawne** – panujący porządek prawny, stopień szczegółowości norm prawnych, zwłaszcza dotyczących powstawania i funkcjonowania organizacji;
- **otoczenie ekonomiczne** (makro), na które składają się: model gospodarki rynkowej (rynkowa, planowa, mieszana), majątek narodowy, tempo wzrostu ekonomicznego;
- **otoczenie socjologiczne** – warstwowa i klasowa struktura społeczna, ruchliwość, przedsiębiorczość społeczeństwa, poziom zabezpieczenia społecznego;
- **otoczenie demograficzne** – struktura społeczna według płci i wieku, zasoby siły roboczej i jej mobilność;
- **otoczenie naturalne** – zasoby naturalne, klimat, stopień zanieczyszczenia środowiska naturalnego.

Nie wszystkie elementy otoczenia mają jednakowy wpływ na organizację i jej funkcjonowanie, a stopień ich oddziaływania może się zmieniać w czasie. W różnych okresach różne czynniki otoczenia mają decydujący wpływ na przetrwanie i rozwój organizacji. Organizacje, starając się przede wszystkim kontrolować i identyfikować zmiany w otoczeniu, wykonują różnego rodzaju analizy, aby na ich podstawie móc opracować prognozy dotyczące np. rozwoju otoczenia ekonomicznego, przewidywanych zmian w potrzebach i preferencjach konsumentów czy postępie technicznym. Obserwuje się, że coraz więcej elementów otoczenia ma istotne znaczenie dla organizacji, przez co rośnie złożoność i zmienność otoczenia postrzegana przez daną organizację.

Najważniejszym ze składników otoczenia determinujących warunki działania i funkcjonowania organizacji jest jej **otoczenie polityczne i ekonomiczne**. Wyróżniamy dwa typy ustroju politycznego:

1. autorytarny, gdzie władzę sprawuje mniejszość, podporządkowując sobie większość, za pomocą rożnego rodzaju środków przymusu;
2. demokratyczny – władza sprawowana jest w imieniu większości społeczeństwa, które wyraża swą wolę w wyborach.

Tym dwóm typom ustroju odpowiadają dwa typy ładu społecznego sformułowane przez S. Ossowskiego: monocentryczny i pluralistyczny [Ossowski, 1984, s. 82]. Dla organizacji działających w danym społeczeństwie typ ładu ma istotne znaczenie, ponieważ system polityczny i oparty na nim system prawny wyznaczają stopień swobody działania organizacji, formułowania przez jej kierownictwo celów i zasad ich realizacji, a nawet możliwość tworzenia określonych organizacji. W odniesieniu do organizacji gospodarczych oddziaływanie systemu politycznego wyraża się stopniem ingerencji tego systemu w gospodarkę.

W krajach, gdzie system polityczny ma charakter demokratyczny i taki też ład panuje w stosunkach gospodarczych – terenem, na którym spotykają się organizacje, jest rynek. Jednakże nawet w krajach o wiekowych tradycjach demokratycznych nie istnieje on w czystej postaci (gra sił rynkowych – podaży i popytu). Interwencjonizm państwowy jest dość powszechnym zjawiskiem w gospodarce kapitalistycznej. Może on przyjmować różne formy i mieć zmienny stopień nasilenia. Państwo, za pomocą dotacji, ceł ochronnych, polityki pieniężnej reguluje m.in. tempo wzrostu gospodarczego i jego wahania oraz poziom inflacji. Interwencjonizm nie zawiesza praw rynku, ale jego celem jest regulacja niektórych elementów gospodarki.

Dla organizacji interwencjonizm oznacza nowe warunki funkcjonowania, może poważnie je ograniczać w niektórych sferach ich działania, ale też stwarza nowe szanse w postaci zamówień rządowych lub ochrony rynków, na których działa organizacja.

Organizacje działające w systemie gospodarki planowanej były podporządkowane nadrzędnym celom systemu, co równocześnie wpływało na ich strukturę, którą budowano z uwzględnieniem przydzielonej pozycji w całości gospodarki. Tak więc organizacje skupiały się na walce o jak największe środki z centrali, a jednocześnie o jak najmniejszą liczbę zadań. Do tych właśnie celów przystosowywały swe struktury.

2.3.4. Charakterystyka stanów otoczenia

„Gdy tylko nowość i nieufność zarówno na rynku, jak i w technologii staną się regułą, konieczny staje się inny system zarządzania, różniący się całkowicie od tego, jaki jest odpowiedni względem stosunkowo stabilnego ekonomicznie

i technologicznie otoczenia" [Burns, Stalker, 1961, s. 96]. Otoczenie organizacyjne można scharakteryzować za pomocą zestawu cech, a mianowicie: *potencjał*, *złożoność*, *niepewność* i *stabilność* [Gajdzik, Jama, 2006, s. 61].

Potencjał otoczenia to szczególny układ warunków korzystnych dla rozwoju organizacji. Wysoki potencjał otoczenia oznacza dużą swobodę w przystosowywaniu się do panujących warunków. Oddziaływanie poszczególnych elementów (presja, siła) otoczenia na organizacje jest wówczas niewielkie, jednocześnie stwarzając szanse na umacnianie pozycji organizacji w otoczeniu [Adamik, Matejun, 2012, s. 66].

Złożoność otoczenia jest pochodną liczby i różnorodności jego elementów składowych. Im więcej różnych elementów występuje w otoczeniu organizacji, z im większą liczbą tych elementów musi wchodzić w relacje i im bardziej różnią się one od siebie i od niej, z tym bardziej złożonym otoczeniem mamy do czynienia. Ważnym wymiarem tej cechy stają się wzajemne powiązania i relacje zachodzące pomiędzy poszczególnymi elementami, wymiarami i płaszczyznami otoczenia. Cecha ta stanowi podstawę do podziału środowiska zewnętrznego na proste oraz złożone [Matejun, Nowicki, 2013, s. 154].

Niepewność i stabilność to cechy wynikające z dynamiki i częstotliwości zmian zachodzących w otoczeniu [Adamik, Matejun, 2012, s. 66]. Stopień stabilności wyraża się poprzez szybkość, zakres i dynamikę zmian. Na podstawie tej cechy wyodrębnia się określone rodzaje otoczenia ze względu na poziom i zakres zachodzących zmian. Niepewność z kolei jest związana z określonymi trudnościami w przewidywaniach przyszłego kształtu i potencjału środowiska zewnętrznego. Cechy te oddziałują w przeciwnych kierunkach; większej niepewności otoczenia sprzyja jego mniejsza stabilność, i odwrotnie, gdy zmniejsza się liczba interakcji w otoczeniu, zaczyna ono być coraz stabilniejsze, a tym samym bardziej pewne. Niestety w dzisiejszych warunkach rynkowych to sytuacja mało realna. Otoczenie o dużej niepewności wymaga konieczności tworzenia elastycznych i mniej sformalizowanych struktur.

Bielski [1996, s. 131] uważa, że cechami otoczenia, które najbardziej wpływają na wszystkie podsystemy organizacji, są jego zmienność i złożoność. Analiza elementów otoczenia ogólnego ujawnia, że w każdym z nich następują coraz szybsze zmiany, a warunki, które otoczenie stwarza organizacjom, są coraz bardziej złożone. Otoczenie można scharakteryzować według tych dwóch cech. Każde otoczenie można umieścić w określonych punktach dwóch kontinuów, gdzie na krańcach pierwszego mamy otoczenie stałe – zmienne, zaś na krańcach drugiego proste i złożone. Połączenie tych dwóch kontinuów pozwoli na wyszczególnienie czterech modelowych typów otoczenia, co prezentuje tabela 2.3.

Tym, co odróżnia otoczenie proste od złożonego, jest liczebność i różnorodność jego elementów (głównie odbiorców, dostawców i konkurentów). Otoczenie stałe różni się od zmiennego liczbą i częstotliwością zmian, które mogą dotyczyć głównie zapotrzebowania odbiorców oraz techniki i technologii, a ponadto polityki gospodarczej państwa.

Pierwszy typ – najprostszy stan – otoczenia (stałe i proste) charakteryzuje się niewielką, w miarę jednorodną i niezmienną w czasie liczbą elementów. W ostatnim (zmiennym i złożonym) – najbardziej skomplikowanym – elementy wpływające są liczne, różnorodne i stale zmieniające się. Pomiędzy tymi skrajnymi stanami można wyróżnić dwa pośrednie: otoczenie jest stałe i złożone lub zmienne i proste. Zmienne i proste charakteryzuje się niewielką liczbą elementów, różniących się między sobą w małym stopniu, lecz stale zmieniających się. Stałe i złożone otoczenie zawiera dużo elementów i bardzo zróżnicowanych, ale niepodlegających stałym zmianom (tabela 2.3).

Tabela 2.3 Typy otoczenia organizacji

Modelowe typy otoczenia organizacji	**Cechy elementów**
Stałe i proste	• nieliczne • jednorodne • zasadniczo niezmienne w czasie
Stałe i złożone	• liczne • różnorodne • zasadniczo niezmienne w czasie
Zmienne i proste	• nieliczne • nie całkiem jednorodne • stale się zmieniające
Zmienne i złożone	• liczne • różnorodne • stale zmieniające się w czasie

Źródło: opracowanie na podstawie Bielski, 1996, s. 131.

Według P. Druckera [2006, s. 154] stałemu otoczeniu można przypisać następujące cechy:

- rodzaj produktu i/lub usług w dłuższym czasie nie ulega zmianie;
- w stosowanej w danej dziedzinie technice i technologii nie występują istotne zmiany czy innowacje;
- krąg dostawców i odbiorców jest stabilny, nie pojawiają się nowi konkurenci;
- panujący ład społeczny i polityczny mają utrwalony charakter i nie podlegają zakłóceniom, a tym bardziej gwałtownym przeobrażeniom;

- polityka gospodarcza i fiskalna państwa jest spójna i ustabilizowana.

Wspomniany P. Drucker jest zdania, że coraz mniej organizacji ma do czynienia z otoczeniem o takich cechach. Tak więc coraz więcej organizacji działa w otoczeniu zmiennym, które ma następujące cechy [Drucker, 2006, s. 155]:

- rodzaj produktów i/lub usług podlega częstym i permanentnym zmianom;
- powstają innowacje techniczne i technologiczne powodujące, że dotychczas wykorzystywane urządzenia techniczne i stosowana technologia szybko się starzeją;
- występują częste zmiany upodobań i zachowań klientów oraz konkurentów;
- występują częste i nieprzewidywalne zmiany w polityce państwa wobec organizacji gospodarczych;
- następują szybkie zmiany w postawach i systemach wartości ludzi.

Nie wszystkie te cechy muszą występować równocześnie, aby uznać otoczenie za niestabilne. Często wystarczy jeden z czynników, aby otoczenie zmieniło się radykalnie, a co za tym idzie, przekształceniu uległy warunki funkcjonowania organizacji.

Oczywiście ilość możliwych wariantów cech otoczenia daleko wykracza poza liczbę tych czterech modelowych stanów przedstawionych wyżej.

W literaturze przedmiotu można np. znaleźć [Stoner, Wankel, 1994, s. 242–243; Małkowska-Borowczyk, 2011, s. 120–124] podział na trzy typy otoczenia. Obok otoczenia stabilnego i zmiennego pojawia się otoczenie szczególnie zmienne – burzliwe, które charakteryzuje się tym, że:

- konkurencja często wypuszcza nowe, nieoczekiwane wyroby;
- przepisy zmieniają się bez wyraźnego uprzedzenia;
- często następują rewolucyjne zmiany w technologii.

Niewiele organizacji znajduje się jednak w trwale burzliwym otoczeniu. Jeśli zachodzi w nim jakaś gwałtowna, radykalna zmiana, to organizacje zazwyczaj przechodzą przez burzliwy okres, zanim zdążą się dostosować. W ciągu ponad dwudziestu ostatnich lat podmioty lecznicze musiały się zmierzyć z wieloma zmianami w otoczeniu. Dotyczyły one finansowania usług medycznych i form własności oraz łączyły się ze zjawiskami rozwoju technologii i nasilonej konkurencji. Z równie głębokimi zmianami musiały sobie radzić podmioty na rynku farmaceutycznym (apteki, hurtownie i producenci).

2.3.5. Dopasowanie struktury organizacji do otoczenia

Jak już wspomniano, organizacja, będąc systemem otwartym, musi dopasowywać swoją strukturę do warunków, jakie stwarzają jej zmienne niezależne,

tj. otoczenie i funkcja genotypowa. Podejście sytuacyjne do zagadnienia budowy struktur i systemów zarządzania kładzie nacisk na dostosowanie zadań i sposobów ich realizacji, a co za tym idzie, projektowanie odmiennych struktur dla organizacji działających w różnych środowiskach bądź wystawianych na działanie odmiennych elementów tego samego otoczenia.

Próbą połączenia zależności między sytuacyjnymi uwarunkowaniami organizacji (poziom złożoności, zmienności i niepewności otoczenia, wymogi technologiczne) a różnymi charakterystykami jej struktury (poziom formalizacji, specjalizacji itd.) i systemu zarządzania są dwa przeciwstawne i krańcowe modele podsystemu zarządzania i podsystemu struktury nazwane modelami: mechanistycznym i organicznym [Lichtarski, 2014, s. 173–174].

Oba modele zostały sformułowane w latach sześćdziesiątych na podstawie badań przeprowadzonych przez T. Burnsa i G. Stalkera: „Wydaje się, że są dwa różne systemy w praktyce zarządzania. Żaden nie jest w pełni i konsekwentnie zastosowany w żadnej firmie, jednakże można wyraźnie rozdzielić te, w których generalnie zarządzanie oparte jest na jednym z nich, od tych, które hołdują drugiemu. [...] Jeden system, który nazwaliśmy 'mechanistycznym' okazał się właściwy dla przedsiębiorstw działających w relatywnie stałych warunkach. Drugi 'organiczny' okazał się pożądany w warunkach zmian" [Burns, Stalker, 1961, s. 5]. Modele opracowane przez wspomnianych autorów, dążące do osiągnięcia efektywności przez organizację, mają charakter typów idealnych. Cechy tych modeli przedstawia tabela 2.4.

Stały i prosty charakter otoczenia narzuca mechanistyczny model zarządzania, w którym podział pracy i specjalizacja są daleko posunięte, zadania indywidualne rutynowe i powtarzalne, a kryteria oceny efektywności dotyczą głównie transformacji (wydajność, koszt jednostkowy) i mają stosunkowo krótki horyzont czasowy.

Model organiczny odpowiada koncepcji organizacji jako systemu otwartego. Ułatwia adaptację organizacji do zmiennego i złożonego otoczenia, umożliwia szybką absorpcję nowych technologii, a także ich rozwój w samej organizacji. Kryteria efektywności dotyczą przede wszystkim siły przetargowej w stosunku do otoczenia czy też zgodności rozwojowych. Horyzont czasowy oceny efektywności jest długi.

Przedstawionym modelom podsystemu zarządzania można przyporządkować dwa modele podsystemu struktury. Model mechanistyczny znajduje odzwierciedlenie w strukturach hierarchicznych, model organiczny w strukturach organicznych. Zarówno przedstawione modele zarządzania, jak i modele struktur należy traktować jako typy idealne (niewystępujące w praktyce w czystej postaci), znajdujące się na końcach kontinuum różnorakich układów organizacyjnych.

Tabela 2.4. Modele zarządzania: mechanistyczny i organiczny

Mechanistyczny	Organiczny
Jednolitość zhierarchizowanego zarządzania stanowi podstawową formę koordynacji	Wielość sposobów koordynacji, możliwość istnienia wielu układów hierarchicznych
Wyraźne zróżnicowanie na sfery kierowniczą i wykonawczą, odpowiednia do niego specjalizacja ról	Płynność ról, możliwość odgrywania przez tę samą jednostkę roli wykonawczej i kierowniczej
Dążenie do uzyskiwania efektywności przez specjalizowanie zadań w ramach procesów realizowanych wewnątrz organizacji	Dążenie do uzyskiwania efektywności przez zdobywanie kompetencji odpowiednich do cech otoczenia
Dążenie do ujednolicania zachowań w celu ułatwiania koordynacji (konformizm)	Akcentowanie różnorodności zachowań nawet za cenę zwiększonych nakładów na koordynację (inicjatywa)
Akcentowanie spójności *a priori*	Akcentowanie zbieżności *a posteriori*
Przewaga komunikacji pionowej	Przewaga komunikacji poziomej
Przewaga procedur	Przewaga wzajemnego dopasowywania się
Wiara w istnienie idealnych reguł organizacyjnych (liczba podwładnych, jedność rozkazodawstwa)	Nie istnieją idealne reguły, lecz ograniczenia, do których należy się jak najlepiej dostosowywać
Stabilność jest podstawowym źródłem efektywności (scentralizowanie innowacji)	Mobilność jest podstawowym źródłem efektywności (dyfuzja innowacji)

Źródło: Strategor, 2006, s. 294.

Każda organizacja, stojąc przed dylematem wyboru struktury odpowiedniej do warunków jej funkcjonowania, określa cechy różnych wymiarów struktury (formalizacja, specjalizacja – patrz podrozdział 3.2) odpowiadających jej potrzebom. Liczba kombinacji mieszczących się między dwoma skrajnościami jest praktycznie nieograniczona. Wynika to z wielowymiarowości struktur, jak również z tego, że cechy poszczególnych wymiarów mogą mieć różny stopień spójności między sobą. Cechy poszczególnych wymiarów struktury mogą w niejednakowym stopniu zbliżać się do modelu organicznego czy mechanistycznego, które stanowią dla organizacji punkt odniesienia, czy nawet podążać w przeciwnych kierunkach. Charakterystykę wymiarów struktur i cech je opisujących przedstawia tabela 2.5.

Z porównania podsystemu zarządzania i podsystemu struktury wynika, że oba podsystemy powinny być ze sobą spójne. Drugim aspektem sytuacyjnego podejścia do zagadnienia budowy struktur jest założenie, że różnorodność uwarunkowań sytuacyjnych dotyczy nie tylko struktur jako całości i nie tylko poszczególnych ich wymiarów.

Tabela 2.5. Cechy struktur dwóch modeli zarządzania

Strukturalne charakterystyki organizacji	**Struktura mechanistyczna**	**Struktura organiczna**
Charakter zadań	ściśle określone, względnie stałe	luźno zakreślone, wynikające z okoliczności oraz oczekiwań przełożonych i współpracowników
Podział pracy	ścisły, pogłębiona specjalizacja	ogólny, możliwość zachodzenia na siebie funkcji i czynności różnych stanowisk i komórek. Bardziej uniwersalne kwalifikacje ludzi i wyposażenie techniczne
Procedury i przepisy	liczne i szczegółowe, ujęte na piśmie (formalne)	nieliczne i ogólne, często niepisane i niesformalizowane
Stosunki podporządkowania i zależności	głównie hierarchiczne, pionowe więzi służbowe	wzajemne wpływy, więzi pionowe, dwustronne, więzi poziome i diagonalne
Koordynacja	głównie przez hierarchiczne podporządkowanie i wyraźnie sprecyzowane formalne procedury: formalne kanały przepływu informacji	różnorodne środki koordynacji, rozwinięte bezpośrednie kontakty między ludźmi, w różnych kierunkach; nieformalny przepływ informacji
Rozmieszczenie uprawnień do decydowania i uprawnień	usprawnienia scentralizowane i skoncentrowane	decentralizacja uprawnień i odpowiedzialności, sieć ośrodków decyzyjnych
Podstawa władzy	głównie pozycja w hierarchii	głównie wiedza zawodowa i umiejętności
Zróżnicowanie wpływów między szczeblami (*power distance*)	relatywnie duże	relatywnie małe
Trwałość struktury organizacyjnej	wysoki stopień trwałości	stale korygowana struktura stosownie do sytuacji

Źródło: Bielski, 1996, s. 209.

Dotyczy również różnych podsystemów i elementów organizacji. Fakt, że elementy i podsystemy organizacji działają w różnych warunkach, musi pociągać za sobą wewnętrzne zróżnicowanie struktury**.** Różne orientacje elementów i podsystemów organizacji i wynikające z tego odmienne rozwiązania strukturalne mogą prowadzić do rozbieżności, a nawet konfliktów między poszczególnymi komórkami organizacji. Wymaga to wbudowania w strukturę i podsystem zarządzania **mechanizmów integrujących**, które zapewniłyby rozwiązywanie tych konfliktów w interesie organizacji jako całości. Na problemy te odpowiada koncepcja dyferencjacji i integracji elementów organizacji.

Dyferencjacja to zdaniem P. Lawrence'a i J. Lorscha [1967] (popartym badaniami organizacji przemysłowych) zróżnicowanie wewnętrzne organizacji spowodowane przez różnorodność otoczenia oddziałującego na poszczególne elementy organizacji. Różnorodność organizacji (dyferencjacja) może przebiegać w czterech płaszczyznach [Strategor, 2006, s. 296]:

1. charakteru celów mierzalnych (koszty, rentowność, terminy) lub jakościowych (poziom usług, innowacje);
2. horyzontu czasowego prac (krótki-, średni-, długi);
3. orientacji jednostek, które mogą być ukierunkowane na zadania lub relacje z innymi ludźmi;
4. sformalizowania struktury.

Przed organizacją silnie zróżnicowaną pojawiają się problemy koordynacji celów i zadań stawianych poszczególnym elementom z punktu widzenia dobra całej organizacji, aby zapewnić jak największą efektywność jej działania.

Cele elementów organizacji (obszarów czy też komórek) często są ze sobą sprzeczne, co rodzi wiele konfliktów w organizacji – np. w szpitalu cele finansowe (działu finansów) są sprzeczne z celami pionu medycznego. Mechanizmy ujawniania, rozwiązywania i zapobiegania konfliktom Lawrence i Lorsch nazywają integracją**.** Siła i jakość koniecznej integracji są uzależnione od stopnia dyferencjacji i cech otoczenia [Powell, 1993]

Mechanizmem, który pozwala na uzyskanie integracji zapewniającej efektywne działanie organizacji słabo zróżnicowanej, jest hierarchia połączona z rozwiązaniami formalnymi (procedury, systemy planistyczne, kontrola). Gdy jednak ze względu na złożoność otoczenia zróżnicowanie organizacji wzrasta, sama hierarchia nie wystarcza. Są wtedy podejmowane działania prowadzące do zwielokrotnienia współpracy między jednostkami, co czyni koordynację bardziej elastyczną.

Problemy integracji w organizacji mogą pojawiać się incydentalnie, co pewien czas (koniunkturalnie) bądź występować permanentnie i dotyczyć większych lub mniejszych jej fragmentów. Wybór sposobu ingerowania

w problemy, które należy rozwiązać, zależy od ich charakteru. Wyróżnia się trzy główne sposoby integracji [Strategor, 2004, s. 298]:

1. **powołanie łączników**, np. szefów produktów lub projektów w strukturze funkcjonalnej lub koordynatorów funkcjonalnych w strukturze dywizjonalnej. Ich zadaniem jest koordynacja prac wielu ludzi odpowiedzialnych za rozwiązanie tego samego problemu w różnych jednostkach organizacyjnych. Ujawniają problemy i znajdują rozwiązania na drodze konsensusu bądź arbitrażu. Są powoływani, gdy problemy integracji mają trwały charakter. Jednym z pomysłów w obszarze ochrony zdrowia jest zawód opiekuna medycznego jako łącznika pomiędzy chorym a personelem medycznym oraz integrowanie działań różnych specjalistów w zakresie procesu leczenia pacjenta;
2. **tworzenie grup integrujących:** komitetów i grup roboczych. *Komitet* jest grupą uczestników organizacji, których doświadczenie, wiedza i kompetencje są niezbędne do rozwiązania problemu, który wykracza poza kompetencje pojedynczych obszarów organizacyjnych. Przykładem może być komitet dyrektorów czy też konsylium lekarskie. *Grupa robocza* jest powołana do rozwiązania problemu i implementacji rozwiązania do organizacji. Jej członkowie pracują w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin aż do momentu rozwiązania grupy;
3. **złożone systemy integracyjne** wykorzystujące i łączące wiele form. Często przybierają postać wyspecjalizowanych komórek organizacyjnych, choćby działu analiz i planowania. Przykład takiego rozwiązania pokazuje rysunek 2.1.

Z badań Lawrence'a i Lorscha można wyciągnąć następujące wnioski [Bielski, 1996, s. 214]:

- strukturalne charakterystyki poszczególnych części organizacji (podsystemów) mogą być różne, a różnice między nimi są tym większe, im bardziej złożone i dynamiczne jest otoczenie organizacji;
- odpowiedni stopień zróżnicowania strukturalnego elementów organizacji (ich dyferencjacji), tak aby ich cechy strukturalne i orientacja ich menedżerów były możliwie najlepiej dostosowane do wymagań właściwego dla każdego z nich segmentu otoczenia, jest warunkiem niezbędnym osiągnięcia wysokiej efektywności organizacji;
- kolejnym warunkiem niezbędnym zaawansowanej efektywności jest wysoki stopień integracji wszystkich elementów organizacji. Spełnienie tego warunku jest tym trudniejsze, im głębsza jest dyferencjacja.

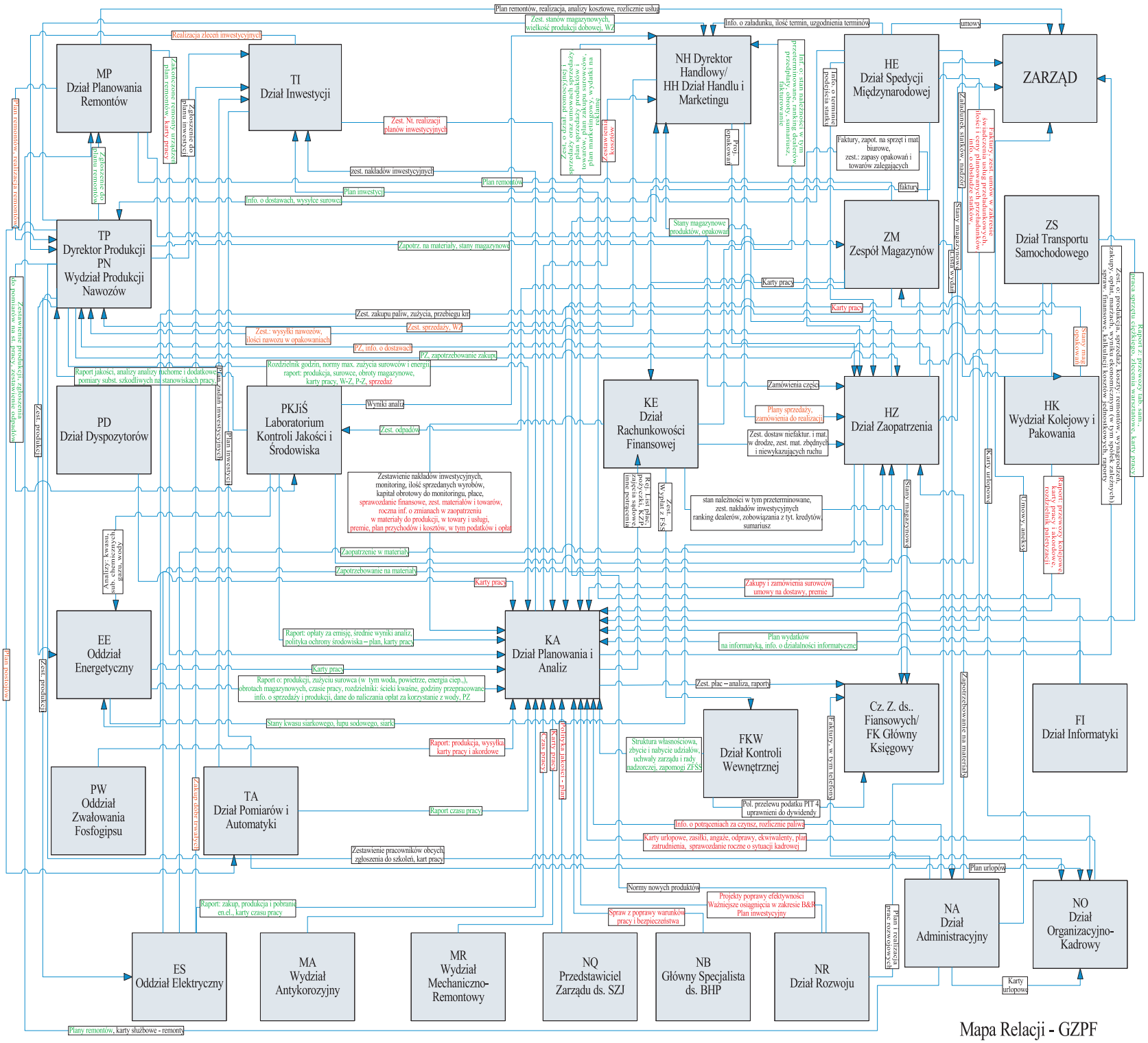
Organizacje zmuszone do działania w otoczeniu o wysokim poziomie złożoności, zmienności i niepewności, chcąc osiągnąć wysoką efektywność, muszą różnicować swoją wewnętrzną strukturę, jednocześnie wypracowując mechanizmy integrujące.

2.4. Organizacja a technologia

Przez technologię w organizacji rozumiemy zarówno wyposażenie techniczne służące organizacji do realizacji jej celów, jak i sposoby (metody, techniki) postępowania i rozwiązywania problemów. Pozwala to na uwzględnienie nie tylko obszaru produkcji – w przypadku podmiotów leczniczych bezpośrednio związanego z leczeniem pacjentów, np. USG, rezonans magnetyczny, zabiegi artroskopowe (tradycyjnie kojarzonego z wykorzystywaniem określonej technologii) – lecz także pozostałych podsystemów organizacji (przepływu informacji, automatyzacji prac biurowych).

Dynamiczne podejście do technologii kładzie nacisk na procesy przekształcania (transformacje), realizowane przez organizację zarówno wewnątrz niej, jak i związane z zakupami oraz sprzedażą. Co ważne, w ramach jednej organizacji różne technologie mogą być wykorzystywane w różnych obszarach.

Wybór technologii w dużej mierze zależy od funkcji genotypowej organizacji i otoczenia (np. oczekiwania odbiorców co do nowoczesności i niezawodności wyrobów i usług, ograniczenia, jakie nakłada obecny zasób wiedzy, ograniczenia finansowe). Wcześniejsze pojmowanie technologii jako związanej z produkcją wyróżniało trzy systemy produkcji przemysłowej,



Rysunek 2.2. Mapa relacji w organizacji wykorzystującej dział planowania i analiz jako integratora działań

Źródło: opracowanie własne na podstawie firmy X.

mające swoje odzwierciedlenie w podsystemach struktury i zarządzania [Rutka, 1996, s. 34]:

1. produkcja masowa lub wielkoseryjna;
2. procesy ciągłe, aparaturowe;
3. produkcja jednostkowa, krótkoseryjna.

W zasadzie, przy pewnych uogólnieniach i uproszczeniach, podział ten jest możliwy do zastosowania w podmiotach leczniczych, co przekłada się na:

1. usługi standardowe, np. diagnostykę, zabiegi standardowe (jak usunięcie zaćmy);
2. procesy leczenia szpitalnego;
3. zabiegi operacyjne jednostkowe (nierutynowe) o dużym stopniu skomplikowania.

Powyższe typy działań leczniczych mogą mieć istotny wpływ na strukturę organizacji i zadania stawiane wykonawcom. Tak więc organizacja, która technologię opiera na zabiegach rutynowych, zorganizuje swój podsystem usługowy na kształt modelu zarządzania mechanistycznego i wykorzysta zasady struktury hierarchicznej. Organizacja oferująca usługi/zabiegi nierutynowe lub o dużym stopniu skomplikowania zmierzać będzie ku strukturze podsystemu usługowego opartej na koncepcji organicznej. Część podmiotów leczniczych (choćby szpitale) w ramach jednego obszaru (np. oddziału) musi łączyć wszystkie rodzaje transformacji, co oznacza wysoki stopień zróżnicowania wewnętrznego organizacji i/lub wysoki poziom uniwersalności ról odgrywanych przez członków organizacji, oraz elastycznie zmieniać procesy transformacji z rutynowych na jednostkowe i odwrotnie [Wróblewski, Waśniewski, 2018].

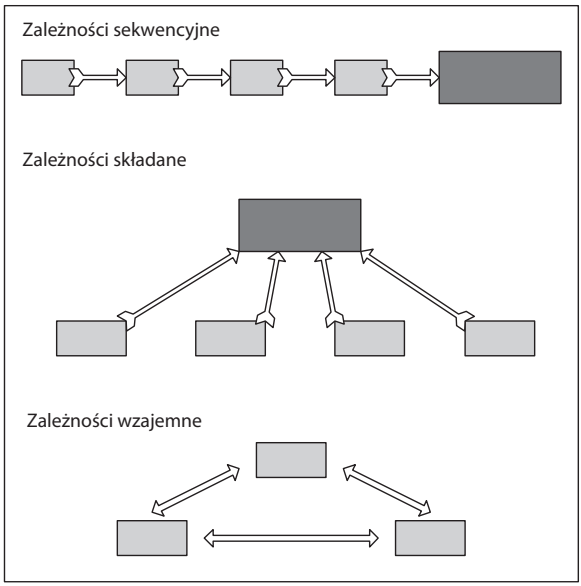
Kast i Rosenzweig [1979] przedstawili uniwersalną typologię technologii opartą na dwóch kryteriach:

1. stopień złożoności czy skomplikowania technologii;
2. stopień stałości albo zmienności technologii.

Podobnie jak przy charakteryzowaniu otoczenia, możemy wyróżnić dwa krańcowe przypadki: technologię prostą i stałą oraz skomplikowaną i zmienną.

Wpływ przyjętej technologii na strukturę nie ogranicza się tylko do sposobów grupowania elementów organizacji (np. stanowisk pracy), lecz także wpływa na charakter zależności między komórkami i stanowiskami pracy (rysunek 2.3). Zabiegi rutynowe (przypominające taśmowy montaż) powodują silną zależność kolejnych stanowisk pracy od siebie, a wynik całości od każdego stanowiska (zależność sekwencyjna – stany wejść następnych komórek są uwarunkowane stanami wyjść komórek je poprzedzających).

Zastosowanie różnych technologii/procesów transformacji w zdywersyfikowanych usługach może prowadzić do braku zależności między komórkami



Rysunek 2.3. Rodzaje zależności pomiędzy komórkami organizacyjnymi
Źródło: opracowanie własne na podstawie Stoner, Wankel, 1994.

i grupami komórek, ale nie oznacza to, że występuje brak zależności między nimi a organizacją jako całością (zależność składana – komórki nie są zależne od siebie, lecz rezultaty działalności całej organizacji są zależne od jej elementów składowych). Zależności wzajemne charakteryzują się tym, że wejścia i wyjścia komórek są powiązane ze sobą nie tylko jednokierunkowo, lecz także zwrotnie.

2.5. Cykl życia organizacji

Struktura organizacji w dużej mierze jest pochodną etapu jej rozwoju. Struktury ewoluują zgodnie z przechodzeniem organizacji do następnego etapu życia. Warto tu zwrócić uwagę na powiązanie z prezentowanym wcześniej modelem wzrostu organizacji Greinera, który stanowi próbę połączenia cyklu życia organizacji z konsekwencjami wynikającymi z faktu „starzenia" się organizacji i jej wzrostu. Niemniej cykl życia organizacji jako czynnik strukturotwórczy może być rozpatrywany niezależnie.

Etapy mają charakter sekwencyjny; zwykle pojawiają się w kolejności trudnej do odwrócenia i wywierają wpływ na czynności i struktury w organizacji

[Stoner, Wankel, 1994, s. 249]. Robert E. Quinn i K. Cameron [1983] opracowali model cyklu życia organizacji na podstawie zbadanych dziewięciu modeli, ustalając dla nich cztery wspólne etapy, zaprezentowane w tabeli 2.6. Rozwój organizacji może przebiegać na wielu płaszczyznach. Przykładem mogą tu być:

- zmiany udziału organizacji w rynku;
- wzrost kapitału, zysku itp.;
- zaawansowanie technologiczne;
- zróżnicowanie produkcji;
- złożoność problemów rozwiązywanych w organizacji.

Uogólniając, trzeba powiedzieć, że organizacja, wchodząc w kolejne etapy życia m.in. zwiększa swe rozmiary, tworzy relacje z coraz to nowymi elementami otoczenia, stosuje coraz bardziej skomplikowane technologie. Kierunki rozwoju, jakie organizacja wybierze w poszczególnych etapach życia, determinują warunki otoczenia, w którym będzie musiała działać, i wybór technologii. Wszystkie te czynniki będą miały wpływ również na model zarządzania czy też na rodzaj struktury.

Tabela 2.6. Zintegrowany model cyklu życia organizacji

Etapy życia organizacji i ich charakterystyka			
1. Przedsiębiorczość	**2. Zespołowość**	**3. Formalizacja i kontrola**	**4. Dopracowanie struktury**
Porządkuje się zasoby Jest dużo pomysłów Podejmuje się działania przedsiębiorcze Potrzeba niewiele planowania i koordynacji Znajduje się własne miejsce Władzę ma „sprężyna sprawcza”	Struktura i komunikacja mają charakter nieformalny Istnieje poczucie kolektywizmu jako całości Pracownicy pracują przez wiele godzin Pracownicy mają poczucie misji Trwa innowacja Pracownicy są mocno zaangażowani	Formalizowanie reguł Struktura jest stabilna Kładzie się nacisk na sprawność i utrzymanie Organizacja staje się bardziej konserwatywna Instytucjonalizuje się procedury	Dopracowuje się strukturę Następuje decentralizacja Rozszerza się domenę działalności Następują dostosowania Organizacja odnawia się

Źródło: Quinn, Cameron, 1983.

Cykl życia organizacji określa tylko z grubsza ramy rozwiązań strukturalnych. Poszczególne fazy nie wyznaczają określonych, szczegółowych rozwiązań struktury. Warto dodatkowo zwrócić uwagę na to, że rozwój przedsiębiorstwa nie jest procesem automatycznym, a zadaniem kierownictwa jest sterowanie tym procesem [Steinmann, Schreyogg, 1997, s. 222].

2.6. Kultura a struktury organizacyjne

„[...] Kultura jest tym, co uczy jednostkę zdolności komunikowania się z innymi ludźmi i odgrywania ról organizacyjnych. Jeśli nawet wszystkie inne czynniki pozostają takie same, to różnice między krajami przejawiają się w odmienności gier strukturyzujących wnętrze przedsiębiorstwa oraz [...] w kulturowo uwarunkowanych motywacjach jednostek" [Strategor, 2004, s. 307]. Według Camerona i Quinna [2003, s. 28–59] kultura organizacyjna to:

- całość fundamentalnych założeń, które dana grupa wymyśliła, odkryła lub stworzyła, ucząc się adaptacji do środowiska i integracji wewnętrznej;
- niepisane, przestrzegane często podświadomie zasady, które wypełniają lukę między tym, co napisane, a tym, co się rzeczywiście dzieje. Kultura dotyczy wspólnych poglądów, ideologii, wartości, przekonań, oczekiwań i norm.

Struktura, będąc zbiorem jednostek ludzkich, których świat wartości jest kształtowany od najmłodszych lat przez otoczenie i społeczeństwo, w jakim się one wychowują, jest od tych jednostek wielce zależna i dopasowana do kulturowych wzorców zachowań.

Kultura może oddziaływać na organizacje w sposób bezpośredni – przez jej uczestników, bądź pośrednio – poprzez całokształt uwarunkowań instytucjonalnych (powstałych na bazie kultury danego kraju czy regionu), tzn. system ekonomiczny, polityczny, administracyjny. Odmienności kulturowe mają swoje źródła w historii danego kraju, drodze jego rozwoju gospodarczego, społecznego i kulturowego, religii i wierzeniach.

Różnice w strukturach organizacji japońskich, anglosaskich i łacińskich mają źródło w widzeniu przez jednostki społecznej roli swojego miejsca pracy [Strategor, 2004, s. 306]. Japończyk duszę i ciało poświęca swojej firmie. Dla Amerykanina firma jest miejscem, gdzie można się samorealizować, ujawniać swoje zdolności, rywalizować z innymi. Potrzebuje on znacznej swobody w działaniu. Ludzie z krajów kultury łacińskiej traktują swoją pracę w firmie jako środek zarabiania pieniędzy, traktując ambicje drugoplanowo.

Typologię krajów według podobieństwa systemów wartości, opracowaną na podstawie badań, przedstawił G. Hofstede, wyodrębniając cztery podstawowe „wymiary" kultury społeczeństw czterdziestu krajów [Hofstede, 1984, s. 72]:

1. zróżnicowanie wpływów (*power distance*) – dystans między pracownikiem a przełożonym;
2. unikanie (tolerancja) niepewności – stosunek do norm i formalnych reguł postępowania, skłonność do zmiany miejsca pracy;
3. indywidualizm *vs* kolektywizm;
4. maskulinizm *vs* feminizm.

Ze skrzyżowania dwóch pierwszych wymiarów można wyprowadzić typologię badanych krajów (tabela 2.7). Na jej podstawie można wnioskować, że organizacje w poszczególnych grupach krajów będą wykazywać tendencje do budowania struktur o różnym stopniu szczegółowości i sztywności zasad oraz norm postępowania. W krajach wymienionych w pierwszym kwadracie będą preferowane struktury luźne, mniej sformalizowane. W krajach ujętych w czwartym będą cenione struktury biurokratyczne.

Tabela 2.7. Podział państw według podobieństwa wartości dominujących w ich społeczeństwach

Unikanie niepewności	**Zróżnicowanie wpływów**	
	Małe	Duże
Słabe	1. Kraje anglosaskie, Skandynawia, Holandia	2. Południowo-wschodnia Azja
Silne	3. Kraje niemieckojęzyczne, Finlandia, Izrael	4. Kraje romańskie i latynoskie, śródziemnomorskie, islamskie, Japonia, niektóre inne azjatyckie

Źródło: Hofstede, 1984, s. 216.

W dwóch pozostałych będą dominować struktury pośrednie ze ściślej określonymi stosunkami międzyludzkimi (pole 2 w tabeli 2.6) bądź procedurami (3).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można powiedzieć, że otoczenie kulturowe jest ważnym składnikiem otoczenia organizacji, a kultura społeczeństwa, w którym funkcjonuje organizacja, jest jedną ze zmiennych sytuacyjnych, które wpływają na to, jakie struktury i modele zarządzania będą najodpowiedniejsze dla osiągnięcia sukcesu organizacji.

2.7. Strategia a struktura

Kolejnym czynnikiem jest strategia danej organizacji. „Strategię można zdefiniować jako określenie podstawowych długofalowych celów przedsiębiorstwa oraz przyjęcie takich kierunków działania i takiej alokacji zasobów, które są niezbędne dla osiągnięcia tych celów" [Chandler, 1963, s. 13]. Wybór strategii jest zależny zarówno od stanu otoczenia, jak i od położenia samej organizacji. Diagnoza organizacji, prognozy dotyczące zmian otoczenia oraz określenie celów strategicznych pozwalają na opracowanie wariantów możliwych, dopuszczalnych i wykonalnych strategii.

Strategia organizacji jest więc w znacznej mierze zdeterminowana przez otoczenie, ale również może je kształtować, i to uzasadnia potraktowanie jej jako zmiennej pośredniczącej między otoczeniem a strukturą. Na zależność między strukturą, strategią i otoczeniem można spojrzeć z dwóch stron (rysunek 2.4) [Stoner, Wankel, 1994, s. 241]:

1. organizacja reaguje na swoje otoczenie;
2. organizacja przejmuje inicjatywę, gdyż proces formułowania strategii wiąże się z wyborem środowiska, w którym będzie działać w dłuższym okresie.

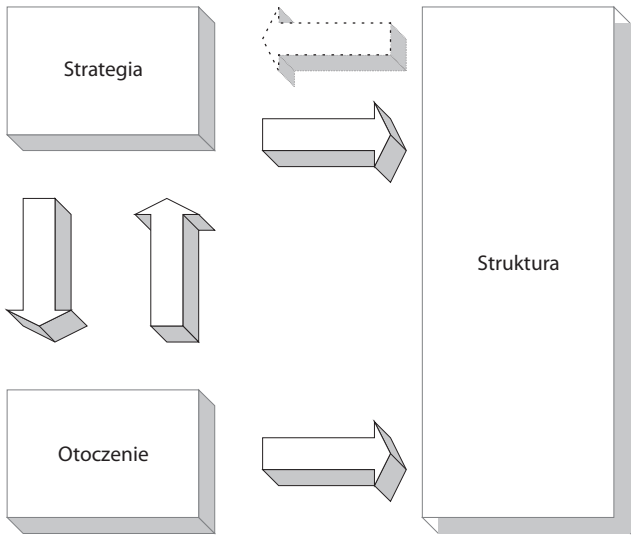
Chandler był pierwszym, który zwrócił uwagę na związki struktury ze strategią. Analizując historię czterech koncernów: DuPont, General Motors, Standard Oil Company i Sears, Roebuck and Company, doszedł do wniosku, że „porównanie wskazuje, że strategia przedsiębiorstwa w badanym okresie determinowała jego strukturę oraz że wspólnym mianownikiem struktury i strategii było dostosowanie zasobów przedsiębiorstwa do wymagań rynku" [Chandler, 1963, s. 383]. Stanowisko Chandlera (struktura podąża za strategią) podzielają A.A. Thompson i A.J. Strickland [1993, s. 221–222], twierdząc, że struktura organizacyjna jest narzędziem zarządzania umożliwiającym realizację strategii i osiągnięcie celów rynkowych. Dopasowana struktura powinna integrować zadania i indywidualne wysiłki poszczególnych członków oraz całych obszarów organizacji ze strategią.

Strategia wywiera konsekwentny i wzrastający wpływ na strukturę:

- wyznacza zadania organizacji, stanowiące podstawę jej projektu;
- wpływa na wybór technologii i ludzi odpowiednich do wykonania tych zadań, co z kolei oddziałuje na strukturę;
- określa konkretne otoczenie, w którym organizacja będzie funkcjonować, a to także wpływa na formę struktury.

W warunkach szybkich i głębokich zmian w otoczeniu zależność strategia – struktura może ulec odwróceniu. Ansoff dowodzi, że w wielu przypadkach

na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci firmy mające nastawienie antycypacyjne, eksploracyjne i kreatywne wprowadzały nowe techniki zarządzania oraz związane z nimi struktury, wyprzedzając zmiany w otoczeniu i tworząc potencjał strategiczny, który pozwalał im na szybką zmianę przystosowawczą [Ansoff, 1985, s. 122–125]. Podobne poglądy prezentuje H. Mintzberg [1990, s. 171–195].



Rysunek 2.4. Zależność między strategią, strukturą i otoczeniem

Źródło: Stoner, Wankel, 1994, s. 24.

Można zatem powiedzieć, że zmiana strategii wymaga zmian w strukturze i procesach zarządzania, natomiast istniejąca struktura może ułatwić i przyśpieszyć lub utrudnić i opóźnić zmianę strategii. Co istotne, powiązania między strategią a strukturą organizacyjną dotyczą nie tylko samego wyboru strategii, lecz także etapu jej implementacji [Zakrzewska-Bielawska, 2011, s. 210–220]. W tabeli 2.8 skrótowo przedstawiono rodzaje strategii i odpowiadające im rodzaje struktur organizacyjnych.

Tabela 2.8. Strategia a struktura organizacyjna

Autor	Strategia	Struktura organizacyjna
H.G.Steinmann, G. Schreyögg	jeden wyrób	funkcjonalna/scentralizowana
	dywersyfikacja pokrewna	dywizjonalna/zdecentralizowana
	dywersyfikacja niepokrewna	holding/silnie zdecentralizowana
M.E. Porter	prospektor – poszukiwacz	płaska struktura, często o dywizjonalnym charakterze, elastyczna, zdecentralizowana, z silną orientacją na wiedzę
	analizator	wysoki stopień specjalizacji, raczej macierzowa, elastyczna, balansująca między orientacją na wydajność dla stałych linii produktów i sprzyjająca kreatywności w obszarze generowania innowacji
	wiodąca pozycja pod względem kosztów	struktury funkcjonalne, zintegrowane pionowo
	koncentracja	struktury dywizjonalne, macierzowe (oparte na kryteriach obiektowych i regionalnych), sieci
	zróżnicowanie	struktury zadaniowe, macierzowe (oparte na kryteriach funkcjonalnych i zadaniowych), sieci
D. Miller	innowacja – zrozumienie i zarządzanie nowymi procesami i technologiami rynkowymi	niska formalizacja, decentralizacja, płaska hierarchia
	zróżnicowanie – specjalizowanie się w preferencjach klientów	złożoność – od umiarkowanej do wysokiej formalizacja – od umiarkowanej do wysokiej centralizacja – umiarkowana
	kontrola kosztów – sprawna produkcja standardowych produktów	wysoka formalizacja, wysoka centralizacja, wysoka standaryzacja, niska złożoność
S.P. Robbins	obrona posiadanej luki rynkowej	struktura funkcjonalna z rozległym podziałem pracy, wysoki stopień centralizacji i formalizacji, złożony, pionowy system przepływu informacji, hierarchia i proste mechanizmy koordynacji

cd. tab. 2.8

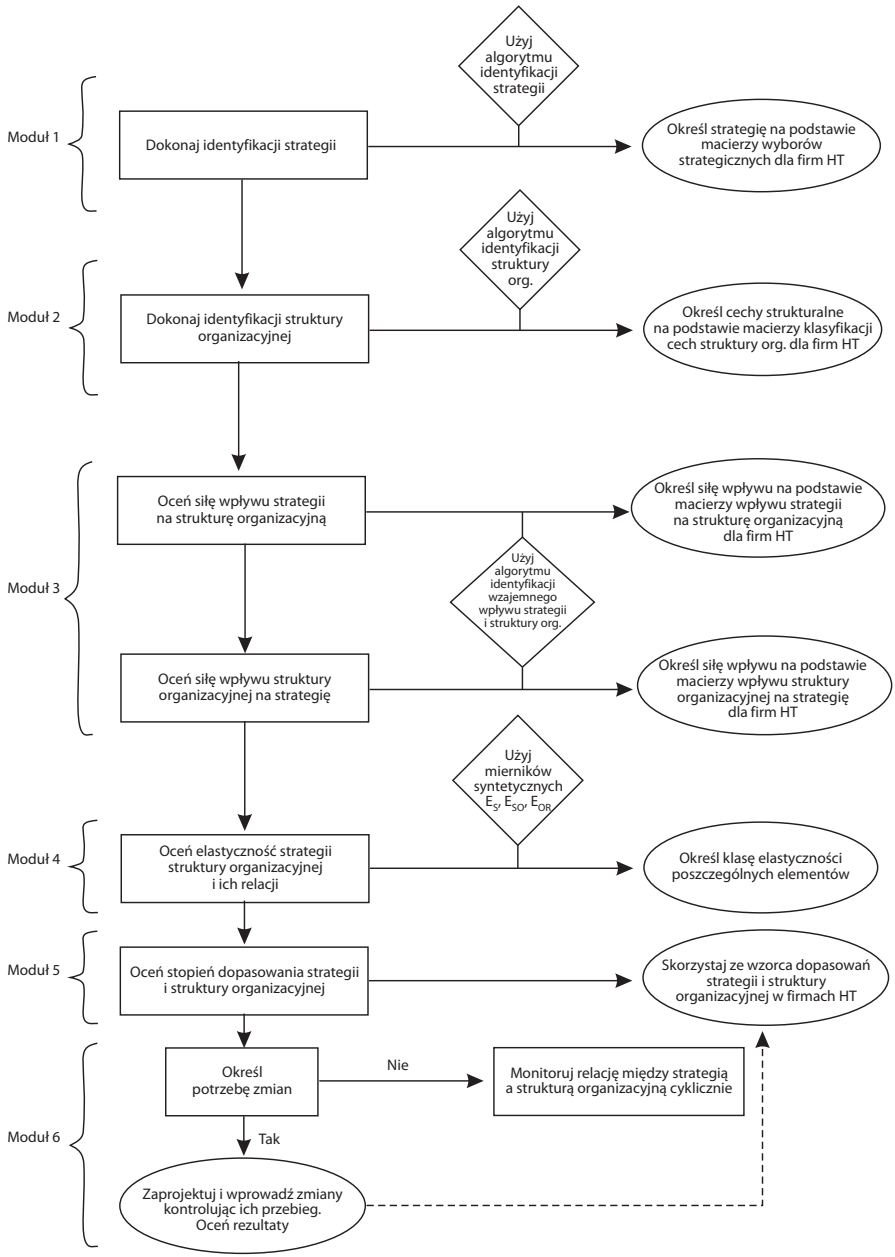
	poszukiwanie nowości	struktura produktowa z niskim podziałem pracy i stopniem formalizacji, poziomy, prosty system przepływu informacji, integracja i złożone mechanizmy koordynacyjne
	naśladowanie	luźna struktura oparta o kombinacje struktur funkcjonalnych i produktowych, umiarkowana centralizacja zarządzania, złożone mechanizmy koordynacyjne

Źródło: Zakrzewska-Bielawska, 2011, s. 278.

Badania wykonane przez A. Zakrzewską-Bielawską [2011, s. 340–351] potwierdzają związki pomiędzy strategią a strukturą organizacyjną w przedsiębiorstwach wysokich technologii. Czy takie same zależności występują w organizacjach z sektora ochrony zdrowia? Wydaje się, że związki pomiędzy strategią a strukturą organizacyjną nie są zależne od sektora czy branży, co potwierdzają przytoczone przykłady badań. Organizacje sektora ochrony zdrowia również mogą charakteryzować się koniecznością implementacji nowoczesnych technologii oraz (co upodabnia je do sektora wysokich technologii) opierają się o wysokospecjalistyczne kadry. Tym, co niewątpliwie odróżnia oba sektory, jest umiejętność współpracy pomiędzy wyspecjalizowanymi obszarami (do czego również przyczyniają się zaimplementowane rozwiązania organizacyjne – struktury organizacyjne).

W ramach dopasowania struktury organizacyjnej do strategii (lub odwrotnie) można posłużyć się zaproponowanym przez A. Zakrzewską-Bielawską [2011, s. 330–334] modelem zarządzania relacjami między strategią a strukturą organizacyjną (model ten dotyczy firm High Tech, ale w opinii autorów niniejszej książki może być również wykorzystany przez podmioty lecznicze[3] ze względu na wskazane powyżej podobieństwa pomiędzy funkcjonowaniem organizacji w obu sektorach).

[3] Grupa brytyjskich badaczy w składzie D. Pugha, D. Hickson, B. Hinings, G. Harding.



Rysunek 2.5. Model zarządzania relacjami między strategią a strukturą organizacyjną w przedsiębiorstwach sektora wysokich technologii

Źródło: Zakrzewska-Bielawska, 2011, s. 331.

Rozdział 3. Formy prawne prowadzenia działalności leczniczej przez podmioty lecznicze

3.1. Kategorie podmiotów leczniczych

Na wstępie należy wskazać na rodzaje podmiotów leczniczych, które występują w polskim systemie ochrony zdrowia. Szczegółowe ustalenia zostały poczynione poniżej, jednak już w tym miejscu podkreślić trzeba, że podmiotami leczniczymi mogą być: przedsiębiorcy; samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; jednostki budżetowe; instytuty badawcze; fundacje i stowarzyszenia; posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń; 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; a także jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Przedmiotem analizy w niniejszym podrozdziale są co do zasady podmioty lecznicze. Niemniej z uwagi na to, że w ramach przepisów funkcjonują dwa terminy: „podmioty wykonujące działalność leczniczą" oraz „podmioty lecznicze", należy wskazać na właściwości, jakimi charakteryzują się obie kategorie, a w konsekwencji na ich podobieństwa oraz cechy je różnicujące. Pierwsza z tych grup stanowi pojęcie szersze znaczeniowo, w którym zawiera się drugi z wyżej wymienionych terminów. Poniżej mowa będzie o tym, czym są podmioty lecznicze oraz o regulacjach dotyczących właśnie tej grupy, jednak – w celu nakreślenia pewnego kontekstu znaczeniowego – zostaną opisane także regulacje odnoszące się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Opieka zdrowotna, wyrażona w ustawie zasadniczej, jest realizowana poprzez prowadzenie działalności leczniczej. Zasadniczo ma ona formę działalności gospodarczej [Safjan, Bosek, 2018, s. 629]. Ponadto jest działalnością

regulowaną w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców, na co wskazuje obowiązek uzyskania statusu podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której podmiotami leczniczymi są jednostki budżetowe, jednostki wojskowe czy niektóre podmioty określone w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Nie stanowi natomiast działalności regulowanej – choć stosuje się do niej przepisy dotyczące tego typu działalności – działalność lecznicza wykonywana jako działalność pożytku publicznego oraz działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

Powyższe rozwiązanie powinno być interpretowane w taki sposób, że wymienione podmioty nie mają statusu przedsiębiorców w znaczeniu prawa przedsiębiorców „zaś stosowanie do nich przepisów dotyczących działalności regulowanej nie przywraca im tego statusu, a jedynie poddaje ich działalność wymogom i nadaje uprawnienia tożsame z wymogami i uprawnieniami podmiotów prowadzących działalność regulowaną" [Banaszyk, 2018].

Na marginesie należy wskazać na to, że przyjęcie modelu działalności leczniczej jako działalności regulowanej stanowi wyraz pewnej administracyjnej reglamentacji tego rodzaju działalności. Nie przekreśla to jednak „faktu, że jest ona prowadzona w ramach swobody wykonywania działalności gospodarczej" [Banaszyk, 2018]. Stanowi o tym art. 4 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, w myśl którego podmiot leczniczy ma taki status jedynie w takim zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą. Oznacza to, że przedsiębiorca, który prowadzi działalność leczniczą, może prowadzić także innego rodzaju działalność. Ustawodawca traktuje działalność leczniczą „jako rodzaj zorganizowanego przedsięwzięcia gospodarczego, którego celem ma być udzielanie świadczeń zdrowotnych" [Dercz, 2013, s. 193]. Przyjęcie gospodarczego charakteru działalności leczniczej ma znaczenie z punktu widzenia zarówno prawa przedsiębiorców, jak i kodeksu cywilnego, bowiem podmioty wykonujące taką działalność mają status przedsiębiorców w rozumieniu obu tych aktów prawnych. Katalog podmiotów, które mogą uzyskać status podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jest katalogiem zamkniętym, co oznacza, że nie można poszerzać tego zbioru o dodatkowe – niewymienione tam enumeratywnie – pozycje. Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, są – w myśl art. 4 ustawy o działalności leczniczej – podmioty zbiorczo określone „mianem podmiotów leczniczych, albo lekarze i pielęgniarki, działający w ramach indywidualnej albo grupowej praktyki zawodowej prowadzonej we wskazanej w ustawie formach" [Banaszyk, 2018]. Zgodnie z postanowieniami przywołanego artykułu podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej;
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 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 podstawowej opieki;
- instytuty badawcze;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń;
- 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;
- jednostki wojskowe
- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

W tym miejscu należy powiedzieć, że większość z wyżej wymienionych podmiotów funkcjonuje w obrocie prawnym samodzielnie, co oznacza, że nie muszą „być wyłącznie podmiotami leczniczymi" [Dercz, 2013, s. 198]. Pośród powyższych jednostek jedynie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe – jako prowadzone wyłącznie w celu prowadzenia działalności leczniczej – są podmiotami leczniczymi w pełnym zakresie.

Na marginesie warto wskazać, że z pojęciem „podmiotu leczniczego" w sposób ścisły łączy się także termin „zakład leczniczy", który na mocy nowelizacji ustawy o działalności leczniczej zastąpił dotychczas funkcjonujące pojęcie „przedsiębiorstwa". W myśl postanowień ustawowych zakład leczniczy to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Oznacza to, że podmiot leczniczy może składać się z więcej niż jednego zakładu leczniczego i w nich realizować poszczególne rodzaje działalności leczniczej.

Jak już wspomniano, działalność lecznicza może być także wykonywana w ramach praktyk zawodowych. Jest to druga kategoria podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Realizacja działalności w takiej formie została zastrzeżona dla osób fizycznych, które posiadają odpowiednie wykształcenie

medyczne. Może być wykonywana jako jednoosobowa lub zbiorowa praktyka zawodowa [Balmas, 2013, s. 124]. W ramach praktyki zawodowej działalność lecznicza może być wykonywana przez:

1. lekarzy w formie:
   a. jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
   b. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;
2. pielęgniarki w formie:
   a. jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
   b. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek;
3. fizjoterapeutów w formie:
   a. jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna, indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
   b. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna.

Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Rozpoczęcie działalności leczniczej jest warunkowane uzyskaniem wpisu do odpowiedniego rejestru oraz spełnieniem kryteriów, jakie przepisy nakładają na podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe [Zajdel, 2016, s. 466]. Jednym z istotnych elementów jest posiadanie odpowiednich pomieszczeń, urządzeń i wyrobów, które spełniają określone wymagania. Zarówno pomieszczenia, jak i urządzenia wykorzystywane w działalności powinny być dostosowane do jej rodzaju, a także zakresu udzielanych świadczeń [Serwach, 2014, s. 19]. Jedynie na marginesie trzeba wspomnieć o przepisach nakładających kolejne, bardziej szczegółowe kryteria, które wynikają z rodzaju działalności prowadzonej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Wskazać należy na swoiste regulacje dotyczące podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W ramach tych przepisów są określone takie kwestie, jak obowiązek niezwłocznego zawiadomienia wskazanej przez pacjenta osoby lub instytucji, w razie pogorszenia się

jego stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia, lub w razie jego śmierci. Nadto podmiot leczniczy jest zobowiązany – w razie śmierci pacjenta – do należytego przygotowania zwłok w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania oraz do przechowywania zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny od chwili śmierci pacjenta. Przepisy nakładają także obowiązek zgłoszenia policji przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować, oraz przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić. Ustawa reguluje także tryb i zasady wypisania pacjenta z placówki medycznej, warunki przeprowadzania sekcji zwłok oraz ponoszenia kosztów transportu sanitarnego pacjenta. Przepisy podają ponadto szczegółowe kryteria dotyczące noszenia przez personel szpitala oraz pacjentów identyfikatorów, które pozwalają na ustalenie tożsamości danej osoby.

Wpis do rejestru ma charakter konstytutywny, co oznacza, że tylko po jego uzyskaniu można prowadzić działalność leczniczą. Wyjątkiem jest sytuacja, w której organ nie dochowa przewidzianego w ustawie terminu, o czym mowa poniżej. Informacje zawarte w rejestrze obejmują przede wszystkim dane teleadresowe oraz zakres udzielanych świadczeń. Istnieje jeden rejestr dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zarówno podmiotów leczniczych, jak i praktyk zawodowych. Prowadzony jest on w systemie teleinformatycznym. Wpis następuje na wniosek – składany wyłącznie w postaci elektronicznej – zainteresowanego podmiotu i podlega stosownej opłacie. Wymagania formalne, jakim musi odpowiadać wniosek oraz wysokość opłaty rejestrowej, określa ustawa. Wniosek zawiera:

- imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
- adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- formę organizacyjno-prawną;
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- numer REGON;
- numer NIP;
- dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Inne wymagania są stawiane podmiotom leczniczym, inne zaś praktykom zawodowym. W konsekwencji istnieją pewne modyfikacje danych zawartych we wniosku w przypadku pozostałych podmiotów – lekarzy, pielęgniarek

czy fizjoterapeutów. Mimo tego, że istnieje jeden wspólny rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, są cztery organy, które go prowadzą. Organem rejestrowym dla podmiotów leczniczych jest wojewoda właściwy ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania podmiotu leczniczego. W przypadku praktyki zawodowej lekarza organem prowadzącym rejestr jest okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na siedzibę wykonywania praktyki. W odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej odpowiednio – Wojskowa Rada Lekarska i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych prowadzą rejestr praktyk wykonywanych na terenie jej funkcjonowania. Krajowa Rada Fizjoterapeutów stanowi natomiast organ rejestrowy dla praktyk zawodowych fizjoterapeutów. Organ prowadzący rejestr ma trzydzieści dni na dokonanie wpisu od dnia, w którym wniosek wpłynął. Jeśli nie dopełni tego terminu, a od dnia, w którym otrzymał wniosek minęło czterdzieści dni, wówczas wnioskodawca może rozpocząć wykonywanie działalności leczniczej. Warunkiem koniecznym jest jednak poinformowanie o tym na piśmie organu rejestrowego, który nie wypełnił swojego obowiązku. Jeśli organ wzywał wnioskodawcę do jakichkolwiek uzupełnień w terminie nie dłuższym niż siedem dni, wtedy termin ten jest liczony od dnia uzupełnienia wniosku. Prowadzenie działalności leczniczej bez uzyskania wpisu do rejestru stanowi wykroczenie – sankcjonowane na podstawie art. 147a §1 Kodeksu wykroczeń – i jest zagrożone karą aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest jawny, co znajduje swój wyraz zarówno w obowiązku organu rejestrowego do udostępniania danych zawartych w rejestrze, jak i prawa zainteresowanych podmiotów do wglądu do rejestru [Zajdel, 2016, s. 466].

Podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek informowania organu prowadzącego rejestr o wszelkich zmianach danych objętych obowiązkiem wpisu w terminie czternastu dni od dnia ich powstania. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku ustawa przewiduje sankcję w postaci kary pieniężnej nakładanej przez organ rejestrowy w drodze decyzji administracyjnej. Wysokość tej kary jest uzależniona od minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego w przepisach odrębnych i maksymalnie może stanowić jego dziesięciokrotność. Organ, nakładając karę pieniężną, może ją miarkować, uwzględniając rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń. Na decyzję o nałożeniu kary przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Istnieje kilka przypadków, w których organ rejestrowy może odmówić dokonania wpisu. Należą do nich sytuacje, w których:

- wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności leczniczej;

- podmiot, który wykonuje działalność leczniczą został wykreślony z rejestru z uwagi na złożenie oświadczenia dołączanego do wniosku rejestrowego niezgodnego ze stanem faktycznym, rażącego naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia działalności leczniczej oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych – o ile wykreślenie nastąpiło przed upływem trzech lat;
- wnioskodawca nie spełnia określonych w ustawie warunków obowiązkowych dla prowadzenia działalności leczniczej;
- wnioskodawca prowadzi hurtownię farmaceutyczną, aptekę, punkt apteczny (lub wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie), pośredniczy w obrocie produktami leczniczymi (albo wystąpił z wnioskiem o wpis do rejestru).

Zgodnie z art. 108 ust. 2 wykreślenie z rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą następuje w następujących przypadkach:

- oświadczenie dołączane do wniosku o wpis złożono niezgodnie ze stanem faktycznym;
- wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wykonywania działalności leczniczej wobec danego podmiotu;
- nastąpiło rażące naruszenie warunków do wykonywania działalności;
- nie zastosowano się do zaleceń pokontrolnych organu rejestrowego;
- złożono wniosek o wykreślenie;
- upłynął termin podjęcia działalności wyznaczony przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższy niż trzy miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie trzech miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;
- skreślono lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty – w przypadku indywidualnej praktyki zawodowej;
- uzyskano informację z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu podmiotu.

Przy czym, w przypadku pozycji 1–4 oraz 6–8 wykreślenie z rejestru następuje z urzędu.

Organy rejestrowe posiadają szereg uprawnień kontrolnych wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Szerzej o tym mowa będzie przy okazji charakteryzowania poszczególnych grup podmiotów leczniczych, jednak już teraz należy wskazać na uprawnienie organu, wynikające z przepisu art. 111, do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki

wykonywania działalności leczniczej. W myśl tego przepisu osoby, działające w imieniu organu, wykonując czynności kontrolne, mają prawo:

- żądania informacji i dokumentacji;
- oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- wglądu do dokumentacji medycznej;
- żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Część z czynności kontrolnych, jak chociażby udział w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, może być realizowana wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny. Organ rejestrowy może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim oraz jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.

Podsumowując powyższe rozważania dotyczące rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, należy wskazać na trzy zasady, które determinują charakter tego zbioru, są to: „obligatoryjność, powszechność i jawność" [Zajdel, 2016, s. 502]. Pierwsza dotyczy obowiązkowego wpisu do rejestru przed rozpoczęciem wykonywania działalności leczniczej. Druga zasada jest związana z brakiem różnicowania – przy obowiązkowej rejestracji – podmiotów z uwagi na ich formę organizacyjno-prawną czy też status prawny. Trzecia zaś z jednej strony oznacza zobowiązanie organów rejestrowych do ujawniania zawartych w rejestrze danych, z drugiej strony daje możliwość uprawnionym podmiotom do dostępu do tych informacji.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, co do zasady, utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- spółki kapitałowej;
- jednostki budżetowej;
- jednostki wojskowej;
- samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Nadto w myśl ust. 2 tego artykułu jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- spółki kapitałowej;
- jednostki budżetowej;
- samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ustęp 6 stanowi, że uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej. Przy czym w spółce kapitałowej utworzonej

przez uczelnię medyczną, wykonującej działalność leczniczą, polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Ponadto uczelnia musi dysponować bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

Wśród rodzajów działalności leczniczej wyróżnia się:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
   a. szpitale,
   b. inne niż szpitalne;
2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z definicją legalną zawartą w ustawie o działalności leczniczej szpital to „zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne". Świadczenia szpitalne to natomiast „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". Są to także „świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin". Z kolei stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne to „świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach". Świadczenia te mogą polegać w szczególności na:

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu ich zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Tego rodzaju świadczenia udzielane są – co do zasady – w zakładach opiekuńczo-leczniczych;

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, jakie obejmują pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu ich zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w domu. Są to świadczenia zasadniczo udzielane w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które polegają na działaniach usprawniających, służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Świadczeń tych udziela się w zakładach rehabilitacji leczniczej;
- sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami, którzy znajdują się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów. Co do zasady udziela się ich w hospicjach, jednak mogą być też udzielane w warunkach domowych.

Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej – „ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym oraz w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych". Artykuł 10 stanowi, że „ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu". Co istotne, zapewnianie wyżej wskazanych świadczeń może odbywać się zarówno w pomieszczeniach zakładu leczniczego, także w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, jak i w miejscu pobytu pacjenta. Dostarczanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych może dotyczyć również świadczeń zdrowotnych, które obejmują badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

W tym miejscu należy wskazać na przepisy stosunkowo nowej ustawy z dnia 27 października 2017 r. – o podstawowej opiece zdrowotnej (dalej: ustawa POZ), która reguluje cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń z jej zakresu. Pod pojęciem „podstawowej opieki zdrowotnej" rozumie się miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielane są mu świadczenia, w ramach którego jest

zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ustawie wymieniono cele podstawowej opieki zdrowotnej, którymi są:

- zagwarantowanie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w ramach systemu ochrony zdrowia;
- rozpoznanie potrzeb oraz określenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- identyfikowanie, wykluczanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, które będą dostosowane do potrzeb różnych grup społecznych;
- zagwarantowanie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz tworzenie świadomości prozdrowotnej.

Mając na uwadze fakt, że podmioty, które udzielają świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie realizują tych usług „całodobowo i przez siedem dni w tygodniu, wydzielono z omawianej kategorii działalności leczniczej nocną i świąteczną opiekę zdrowotną" [Budzisz, 2018, s. 386]. W ramach tego rodzaju świadczeń świadczeniodawca realizuje swoje obowiązki poza godzinami wynikającymi z umowy o świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w święta i dni wolne od pracy. W stosunku do pacjentów, których zdrowie i życie są zagrożone, kieruje się medyczne czynności ratunkowe. Stanowią one kolejny rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które realizuje jednostka systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego poza szpitalem, w sytuacji, w jakiej są zagrożone wyżej wymienione wartości.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła bardzo ważną zmianę, polegającą na zastąpieniu dominującej formy prawnej „jaką był ZOZ (Zakład Opieki Zdrowotnej – przyp. aut.), przez podmiot leczniczy i praktykę zawodową" [Dercz, 2013, s. 192]. Najważniejszym zadaniem, jakie ma do wykonania pomiot wykonujący działalność leczniczą, jest właśnie działalność lecznicza, która – co do zasady – polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przepis stanowi, że działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,

uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny. Zasady regulujące kształcenie tych osób zostały określone w odrębnych przepisach i obejmują zarówno przygotowanie do wykonywania zawodu medycznego, jak i kształcenie podyplomowe [Nowa-Kubiak, 2012, s. 14].

Podmioty, które są uprawnione do prowadzenia działalności leczniczej to przedsiębiorcy, czyli osoby fizyczne, osoby prawne lub jednostki organizacyjne, jakie nie posiadają osobowości prawnej, którym odrębne przepisy przyznają zdolność prawną. Przedsiębiorcą jest także wspólnik spółki cywilnej w zakresie, w jakim wykonuje działalność gospodarczą. Ustawodawca wskazał więc, że podmiotami leczniczymi są wszyscy przedsiębiorcy, bez względu na formę wykonywania działalności gospodarczej. Ponadto podmiotami leczniczymi są także samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, jednostki wojskowe, a także fundacje i stowarzyszenia, kościoły i związki wyznaniowe, których statut przewiduje wykonywanie zadań z zakresu opieki zdrowotnej. Ustawa, wskazując katalog podmiotów leczniczych, wyraźnie określa, kto nim jest. Analizując postanowienia art. 4 ustawy, należy powiedzieć, że tylko te podmioty mogą mieć status podmiotu wykonującego działalność leczniczą i nie można – tworząc inne przepisy czy instytucje prawne – wprowadzać odrębnych form.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą, realizując świadczenia zdrowotne mogą – choć nie muszą – udzielać ich w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przesłanką konieczną do uzyskania takiego finansowania jest zawarcie z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Regulacje dotyczące realizacji tych świadczeń są zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Wymienione w ustawie podmioty lecznicze w chwili zawarcia umowy z NFZ stają się świadczeniodawcami, a osoby korzystające ze świadczeń medycznych oferowanych przez te podmioty są ich świadczeniobiorcami. Współpraca pomiędzy podmiotem leczniczym a NFZ stanowi dla tego drugiego ważne uprawnienie do ingerowania w funkcjonowanie podmiotu leczniczego poprzez wykonywanie swoich nadzorczych kompetencji [Dercz, Rek, 2019, s. 72]. Uprawnienia te są realizowane poprzez użycie zarówno instrumentów cywilnoprawnych, jak i publicznoprawnych. W sytuacji gdy świadczenia zdrowotne są finansowane z innych środków niż środki publiczne, to – w myśl art. 24a ust. 2 *in fine* – podmiot wykonujący działalność leczniczą „nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta".

Udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi podstawę działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Aby móc ten cel osiągnąć, podmiot

musi zorganizować zasoby niezbędne do prowadzenia działalności. Istotną kwestią, o jakiej już wspominano, warunkującą działalność – jest wpisanie się do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z postanowieniami art. 17 ustawy o działalności leczniczej w celu rozpoczęcia i dalszego prowadzenia działalności leczniczej podmiot leczniczy jest zobowiązany:

- dysponować pomieszczeniami lub urządzeniami, odpowiadającymi wymogom ustawowym;
- stosować i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki *in vitro*, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe, składające się z wyrobów medycznych zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. – o wyrobach medycznych;
- zagwarantować udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby, które wykonują zawód medyczny oraz spełniają wymagania zdrowotne zdefiniowane w odrębnych przepisach;
- podpisać umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Zasadniczym problemem jest zebranie zespołu osób posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu [Serwach, 2014, s. 19]. Oprócz tego należy pamiętać o środkach majątkowych, spełniających określone przepisami ustawowymi wymagania. W myśl art. 22 ustawy pomieszczenia i urządzenia podmiotu, który wykonuje działalność leczniczą, powinny być zgodne z wymogami dotyczącymi rodzajowi wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresowi świadczeń zdrowotnych, jakie mają być udzielane. Odnoszą się one w szczególności do warunków przestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Powyższy katalog ma charakter otwarty, co oznacza, że są to jedynie przykłady wymagań stawianych pomieszczeniom i urządzeniom podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Podmiot leczniczy ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Musi to zrobić najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Umowa ta obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, a także minimalną sumę gwarancyjną reguluje rozporządzenie ministra finansów. W myśl postanowień tego aktu ubezpieczeniem jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, wyrządzone

działaniem lub zaniechaniem, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie obejmuje – co do zasady – wszystkie szkody w tym zakresie, bez możliwości ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w drodze umowy. Oznacza to, że nie ma możliwości limitowania zakresu odpowiedzialności określonego w przepisach powszechnie obowiązującego prawa. Polisa nie obejmuje szkód, które:

- zostały wyrządzone przez podmiot po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- polegają na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- polegają na zapłacie kar umownych;
- wynikają z działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Jedynie na marginesie warto wspomnieć, że „obecnie nie ma obowiązku posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych" [Dercz, Rek, 2019]. Wynika to z wprowadzonych w wyniku nowelizacji zmian. Nie oznacza to natomiast, że podmiot wykonujący działalność leczniczą nie ponosi odpowiedzialności za takie zdarzenia.

Spełnienie przesłanek wskazanych w ustawie stanowi warunek rozpoczęcia i prowadzenia działalności leczniczej przez wskazane podmioty. Jest to konieczne, „aby prowadzona działalność mogła bezpiecznie służyć do wykonywania świadczeń zdrowotnych" [Dercz, 2013, s. 193].

Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeśli konieczne jest natychmiastowe udzielenie takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. „Wskazany przepis nakłada na podmioty lecznicze obowiązek takiego zorganizowania swojej działalności, by były one zawsze gotowe do podjęcia akcji ratowniczej mającej na celu ochronę życia lub zdrowia pacjentów" [Banaszyk, 2018]. W miejscu, gdzie są udzielane świadczenia zdrowotne, nie można prowadzić usług pogrzebowych oraz reklamować ich. Ponadto nie można wykonywać tam działalności innej niż lecznicza. Jest to jednak dopuszczalne, jeśli działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu jego leczenia, a w przypadku jednostki wojskowej – nie jest uciążliwa dla przebiegu leczenia. Podkreślić trzeba, że „podmiot wykonujący działalność leczniczą ma prawo podawać do publicznej wiadomości obiektywną informację, nie może natomiast zachęcać do skorzystania z realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych. Należy pamiętać, że zakaz reklamy świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że nie można udzielać informacji o prowadzonej działalności leczniczej" [Paszkowska, 2013, s. 18].

Przepisy wprowadzają obowiązek informacyjny dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który polega na podaniu do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zakazane jest, aby treść i forma tych informacji posiadała cechy reklamy. Ponadto na wniosek pacjenta podmiot jest zobowiązany do podania szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych. Informacje te dotyczą w szczególności stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod. Podmiot powinien także udzielić niezbędnych informacji w zakresie zawartej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które dotyczą tego podmiotu.

Ustawa o działalności leczniczej zobowiązuje podmioty wykonujące działalność leczniczą do posiadania regulaminu organizacyjnego. Jest to dokument obligatoryjny „nie tylko dla podmiotów leczniczych, ale również dla praktyk zawodowych" [Budzisz, 2018, s. 40]. W przypadku SPZOZ istnieje dodatkowy wymóg posiadania przez ten podmiot statutu. Akt ten posiadać muszą także instytuty badawcze oraz fundacje i stowarzyszania. W ich przypadku dokument ten jest jednak ustalany na podstawie przepisów szczególnych. Dodać należy, że w przypadku tych podmiotów – jeśli wykonują także inne zadania – statut reguluje nie tylko ustrój podmiotów leczniczych, lecz całej jednostki. W przypadku podmiotów działających w formie spółki wszelkie aspekty ustrojowo-organizacyjne reguluje umowa spółki. Natomiast w odniesieniu do jednoosobowych działalności gospodarczych nie ma dodatkowych obowiązków, poza wyżej wskazanym.

Na marginesie należy dodać, że takie unormowanie zagadnienia dotyczącego ustroju i organizacji podmiotów leczniczych może stanowić istotny kłopot dla pacjentów, w szczególności natury praktycznej. Osoba korzystające ze świadczeń może mieć trudności i nie wiedzieć, w jakim dokumencie szukać potrzebnych informacji. Tytułem przykładu można wskazać na problem z odszukaniem właściwego organu do wniesienia ewentualnej skargi.

W nawiązaniu do regulaminu organizacyjnego należy powiedzieć, że jest to dokument wewnętrzny, który normuje sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, a które nie są uregulowane w ustawie lub statucie. Regulamin jest ustalany przez kierownika danego podmiotu. Ustawa określa minimalną treść, jaka powinna być zawarta w regulaminie, co oznacza, że każdy podmiot może – dostosowując zakres tego aktu do swoich indywidualnych potrzeb – poszerzyć jego przedmiot. W regulaminie organizacyjnym podmiotu, który wykonuje działalność leczniczą, wskazuje się w szczególności:

- firmę albo nazwę tego podmiotu;
- jego cele i zadania;
- strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;

- rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zakres oferowanych świadczeń zdrowotnych;
- miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- tok procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- strukturę i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki kooperacji tych jednostek lub komórek;
- kryteria współdziałania z innymi podmiotami, które wykonują działalność leczniczą w odniesieniu do zagwarantowania poprawności diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- wysokość należności za udostępnienie dokumentacji medycznej, która musi być określona zgodnie z przepisami odrębnymi;
- organizację przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku ich odpłatności;
- wysokość należności za przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godziny od podmiotów wskazanych w ustawie;
- wysokość opłat za te świadczenia zdrowotne, które mogą być – zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi – udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- sposób zarządzania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Widać, że są to co do zasady zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Na marginesie należy wskazać na punkt dotyczący wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta. Jest to oczywiście bardzo ważny problem i niewątpliwie wymaga uregulowania, jednak wydaje się dość niezrozumiałe umieszczenie tego zagadnienia właśnie w regulaminie. Podkreślają to także niektóry komentatorzy, którzy uważają, że „zagadnienie to powinno być oczywiście jakoś uregulowane, ale nie było konieczności zamieszczania go aż w regulaminie organizacyjnym" [Dercz, Rek, 2019].

Osobą uprawnioną do reprezentacji oraz do zaciągania zobowiązań w imieniu podmiotu leczniczego jest kierownik tego podmiotu. Działa on zarówno w płaszczyźnie stosunków wewnętrznych, jak i w relacjach zewnętrznych. Przykładem tych pierwszych będą działania podejmowane wobec pracowników czy pacjentów, tych drugich – wszelkie aktywności dotyczące w szczególności NFZ czy podmiotu tworzącego [Dercz, Rek, 2019, s. 72]. O roli i zadaniach kierownika podmiotu leczniczego mowa będzie dalej. W tym miejscu warto podkreślić, że jego pozycja nie została opisana w ustawie. Oznacza to, że status kierownika podmiotu leczniczego zależy – co do zasady – od formy organizacyjno-prawnej, w jakiej podmiot udziela świadczeń. Wyjątek

stanowią regulacje dotyczące kierownika podmiotu niebędącego przedsiębiorcą, które zostały szczegółowo wskazane w ustawie o działalności leczniczej. O tym szerzej jednak w kolejnym podrozdziale. Warty uwagi jest także fakt, że poza kierownikiem, w ramach podmiotu leczniczego funkcjonować mogą, a nierzadko muszą, także inne organy. Ich charakter i zadania są determinowane formą organizacyjną podmiotu. W tym miejscu trzeba wskazać, że pojęcie kierownika odnosi się zarówno do organu o charakterze monokratycznym, jak i wieloosobowym. W pierwszym przypadku chodzi o kierownika w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Drugi odnosi się do podmiotów działających w formie spółek kapitałowych. Wówczas kierownikiem jest zarząd takiej spółki.

Poddając analizie przepisy dotyczące form organizacyjnych podmiotów leczniczych, można dojść do wniosku, że podmioty te są „bardzo zróżnicowane pod względem formy prawnej i organizacji, zasad finansowania oraz instrumentów kontroli i nadzoru nad ich działalnością" [Budzisz, 2018, s. 395].

3.2. Przedsiębiorcy

Jak już wspomniano, podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej. Zgodnie z przepisami prawa przedsiębiorców „przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą". Z kolei w myśl art. 43^1 KC „przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna […] prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową". Tabela 3.1 prezentuje różne formy prawne prowadzenia działalności leczniczej.

Osobą fizyczną jest człowiek, natomiast osobami prawnymi są w szczególności spółki akcyjne czy spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Przedsiębiorcą jest również wspólnik spółki cywilnej w zakresie, w jakim wykonuje działalność gospodarczą. W rezultacie podmiotami leczniczymi są wszyscy przedsiębiorcy, bez względu na formę wykonywania działalności gospodarczej. Oznacza to, że działalność leczniczą może założyć i prowadzić podmiot zarówno w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, jak i w formie spółki. Przy czym dopuszcza się prowadzenie działalności w ramach spółki cywilnej, opartej na reżimie prawa cywilnego oraz w spółkach prawa handlowego: jawnej, partnerskiej, komandytowej, komandytowo-akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej. Taki podmiot – po

Tabela 3.1. Skrótowe zestawienie form prawnych prowadzenia działalności w ochronie zdrowia

	Jednoosobowa działalność gospodarcza	**Spółka cywilna**	**Spółka z o. o.**	**Spółka akcyjna**
Podstawa prawna działalności	prawo przedsiębiorców/KC	KC	KSH	KSH
Organy	brak organów	wspólnik s.c.	zarząd/rada nadzorcza/komisja rewizyjna (fakultatywnie)/ zgromadzenie wspólników	zarząd/rada nadzorcza/walne zgromadzenie akcjonariuszy
Odpowiedzialność za zobowiązania	nieograniczona – całym swoim majątkiem osobistym	wspólnicy całym swoim majątkiem	odpowiedzialność udziałowców ograniczona do wysokości wniesionych przez nich wkładów	odpowiedzialność akcjonariuszy ograniczona do wysokości wniesionych przez nich wkładów
Osobowość prawna	przedsiębiorca jako osoba fizyczna	wspólnik s.c.	spółka	spółka
Rejestr	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG)	wspólnicy jako przedsiębiorcy zarejestrowani w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)	Krajowy Rejestr Sądowy	Krajowy Rejestr Sądowy

Źródło: opracowanie własne.

spełnieniu wielu wymogów – „prowadząc działalność leczniczą, staje się jednocześnie podmiotem leczniczym" [Budzisz, 2018, s. 394].

Spółka cywilna jest formą organizacyjno-prawną, której regulacje znajdują się w przepisach art. 860–875 KC. Jest ona „najmniej złożoną ramą prawną dla wykonywania grupowej działalności gospodarczej" [Banaszyk, 2018, s. 681]. W myśl tych norm poprzez umowę spółki wspólnicy zobowiązują się dążyć do osiągnięcia wspólnego celu gospodarczego przez działanie w oznaczony sposób. Umowa spółki powinna być zawarta na piśmie. Powołanie spółki nie oznacza wobec tego stworzenia nowego bytu prawnego, a jedynie

usankcjonowanie pewnych ram prawych i organizacyjnych dla osób, które rozpoczynają współpracę. Za zobowiązania spółki wspólnicy odpowiadają solidarnie. Spółka nie posiada osobowości prawnej. Każdy wspólnik jest uprawniony i jednocześnie zobowiązany do prowadzenia spraw spółki. Samodzielność w reprezentowaniu spółki ogranicza się jednak tylko do spraw z zakresu zwykłego zarządu. W sytuacji gdy są to czynności przekraczające zwykły zarząd wspólnik – dla ważności swoich działań – potrzebuje uprzedniej uchwały wspólników. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, w której wspólnik jest zobowiązany do dokonania czynności nagłej, jakiej niewykonanie mogłoby narazić spółkę na niepowetowane straty. Jeśli spółka została zawarta na czas nieoznaczony, każdy wspólnik ma prawo wystąpienia ze spółki z jednoczesnym wypowiedzeniem swojego udziału na trzy miesiące naprzód na koniec roku obrachunkowego. Jeśli wystąpią ważne powody, terminy wypowiedzenia nie wiążą wspólnika, nawet jeśli spółka została zawarta na czas oznaczony. Co istotne, zastrzeżenie w umowie postanowienia przeciwnego jest nieważne. Dużą zaletą tej formy prowadzenia działalności są stosunkowo niskie koszty oraz mało sformalizowany tryb jej powołania oraz funkcjonowania. Z kolei brak ograniczenia odpowiedzialności wspólników swoim własnym majątkiem stanowi jedną z najistotniejszych wad tego rodzaju formy prawnej. W szczególności ma to znaczenie, gdy podmiot leczniczy zaczyna być coraz większym organizmem gospodarczym.

Ponieważ spółka akcyjna oraz spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, które są spółkami kapitałowymi, stanowią najczęściej występującą formę prowadzenia grupowej działalności gospodarczej przez podmioty lecznicze, poniżej zostaną omówione te dwa rodzaje spółek. Są to podmioty, które zostały uregulowane w KSH. Ograniczono się do kwestii istotnych dla tematu niniejszego opracowania.

Na wstępie rozważań dotyczących spółki warto wskazać, że jest to forma „prowadzenia wspólnej działalności, stąd też pojawiła się ona zapewne w chwili, gdy co najmniej dwie osoby uznały, że chcą działać razem" [Czerniawski, 2010, s. 17]. Stanowi więc co do zasady platformę współpracy pomiędzy podmiotami – w zależności o konkretnego jej rodzaju – mniej lub bardziej niezależną od jej wspólników czy akcjonariuszy.

W odniesieniu do spółki akcyjnej zaznaczyć należy, że jest to spółka, którą może zawiązać jedna albo więcej osób. Spółka akcyjna nie może być zawiązana wyłącznie przez jednoosobową spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. Statut spółki akcyjnej sporządza się w formie aktu notarialnego, a osoby, które go podpisują, są założycielami spółki. Co do zasady jest to forma organizacyjno-prawna, która skupia wielu akcjonariuszy. Co istotne, akcjonariusze nie odpowiadają za zobowiązania spółki. Są jedynie zobowiązani do świadczeń,

które zostały określone w statucie. W celu powołania spółki – oprócz jej zawiązania i sporządzenia umowy w formie aktu – jest także wymagane wniesienie przez udziałowców wkładu, który stanowi pokrycie kapitału zakładowego spółki. Obowiązkowe jest również powołanie zarządu oraz rady nadzorczej, które – obok walnego zgromadzenia akcjonariuszy – stanowią organy spółki. Spółka akcyjna powinna być wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie z postanowieniami KSH to na zarządzie spółki spoczywa obowiązek zgłoszenia zawiązania spółki do sądu rejestrowego właściwego ze względu na siedzibę spółki. Wniosek o wpis powinni podpisać wszyscy członkowie zarządu.

Z chwilą objęcia wszystkich akcji następuje zawiązanie spółki, która od tego momentu jest oznaczana jako spółka akcyjna w organizacji. Spółkę w organizacji – do czasu ustanowienia zarządu – reprezentują wszyscy założyciele działający łącznie albo ustanowiony przez nich pełnomocnik. Co do zasady spółka akcyjna ma charakter otwarty, jednak statut może przewidywać pewne ograniczenia, w szczególności w zakresie obrotu akcjami czy sposobu powoływania jej organów.

Jak wspomniano, organami spółki są zarząd i rada nadzorcza oraz walne zgromadzenie akcjonariuszy. Zarząd prowadzi sprawy spółki i reprezentuje ją. Składa się z jednego albo większej liczny członków, co oznacza, że skład zarządu może być zarówno jednoosobowy, jak i wieloosobowy. W jego skład mogą być powołani akcjonariusze spółki lub osoby niepowiązane z nią kapitałowo. Powołania dokonuje zwykle rada nadzorcza, chociaż przepisy gwarantują tę kompetencję także walnemu zgromadzeniu akcjonariuszy. Co istotne, ani walne zgromadzenie, ani rada nadzorcza nie mogą wydawać zarządowi wiążących poleceń dotyczących prowadzenia spraw spółki.

Kolejnym organem spółki akcyjnej jest rada nadzorcza. Stanowi organ kontrolny i jej głównym zadaniem jest sprawowanie stałego nadzoru nad działalnością spółki w każdej dziedzinie jej działalności. W szczególności weryfikuje sprawozdania z działalności spółki oraz sprawozdania finansowe, a także bada wnioski zarządu dotyczące podziału zysku albo pokrycia straty. Ponadto składa walnemu zgromadzeniu coroczne pisemne sprawozdanie z wyników oceny przeprowadzonej w powyższym zakresie. Statut spółki może przewidywać poszerzenie kompetencji rady nadzorczej spółki, w szczególności w zakresie udzielania zgody zarządowi na dokonywanie niektórych czynności. Rada liczy co najmniej trzech, a w spółkach publicznych co najmniej pięciu członków, wybieranych przez walne zgromadzenie akcjonariuszy.

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością „jest uproszczoną formą spółki akcyjnej" [Czerniawski, 2010, s. 27]. „Z punktu widzenia charakteru prawnego należy ją zakwalifikować jako prywatnoprawną organizację o strukturze

korporacyjnej, działającą przez organy i ponoszącą samodzielnie odpowiedzialność za własne zobowiązania" [Rachwał, 2012]. W myśl postanowień art. 163 KSH do powstania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością potrzebne jest:

- zawarcie umowy spółki;
- wniesienie przez wspólników wkładów na pokrycie całego kapitału zakładowego, a w razie objęcia udziału za cenę wyższą od wartości nominalnej także wniesienia nadwyżki;
- wybór zarządu;
- powołanie rady nadzorczej lub komisji rewizyjnej, jeśli obliguje do tego ustawa lub umowa spółki;
- wpisanie spółki do rejestru.

Najważniejsze różnice w stosunku do spółki akcyjnej dotyczą minimalnej wielkości kapitału zakładowego, która w przypadku spółki z ograniczoną odpowiedzialnością wynosi 5000 zł. Wartość nominalna udziału nie może być niższa niż 50 zł. Z uwagi na niski kapitał zakładowy ta forma organizacyjno-prawna stanowi dobry wybór na prowadzenie w szczególności małych i średnich przedsiębiorstw. Obrót udziałami w tej spółce jest bardzo sformalizowany i ograniczony, podczas gdy w spółce akcyjnej może istnieć swoboda w zakresie obrotu akcjami. Umożliwia to prowadzenie działalności gospodarczej przez ograniczony personalnie krąg wspólników, przy jednoczesnym zapewnieniu im wyłączenia ich odpowiedzialności za zobowiązania spółki.

Istotną różnicą jest także brak obowiązku powołania rady nadzorczej. W stosunku do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością to zgromadzenie wspólników stanowi organ kontrolny, bowiem zgodnie z postanowieniami KSH prawo kontroli służy każdemu wspólnikowi. W celu realizacji swoich uprawień wspólnik lub wspólnik wraz z upoważnioną przez siebie osobą może w każdym czasie w szczególności przeglądać księgi i dokumenty spółki lub żądać wyjaśnień od zarządu. Powołanie rady nadzorczej czy też komisji rewizyjnej może być przewidziane w umowie spółki. Co do zasady stanowi to czynność fakultatywną, niewymaganą przez przepisy KSH. Kodeks wymaga jednak, aby w spółkach, w których kapitał zakładowy przewyższa kwotę 500 tys. zł, a wspólników jest więcej niż dwudziestu pięciu, ustanowić radę nadzorczą lub komisję rewizyjną. Co istotne, w przypadku ustanowienia rady nadzorczej lub komisji rewizyjnej może wyłączyć albo ograniczyć – w umowie spółki – indywidualną kontrolę wspólników.

W tym miejscu trzeba wskazać, że w spółkach należących do jednostek samorządu terytorialnego czy też Skarbu Państwa funkcję zgromadzenia wspólników pełni odpowiednio organ wykonawczy JST albo organ reprezentujący Skarb Państwa.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza szczegółowe regulacje dotyczące spraw, jakie są poddawane głosowaniu zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia akcjonariuszy w podmiotach leczniczych. Nie dotyczy to jednak wszystkich podmiotów, a jednie tych, które zostały utworzone przez JST, Skarb Państwa lub uczelnię medyczną albo do których wskazane podmioty przystąpiły i posiadają co najmniej akcje lub udziały reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego spółki. Wówczas potrzebne jest zdobycie ¾ głosów zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia akcjonariuszy. Wspomniane szczególne regulacje odnoszą się do głosowania w sprawach dotyczących rozwiązania spółki, zbycia przedsiębiorstwa spółki albo zorganizowanej części przedsiębiorstwa spółki, spraw z zakresu zbycia akcji albo udziałów spółki, które może spowodować utratę większościowego udziału w kapitale zakładowym spółki, a także istotnej zmiany przedmiotu działalności.

Ustawodawca „co do zasady zerwał z kategoryzacją podmiotów na publiczne i niepubliczne na rzecz wydzielenia wśród nich podmiotów niebędących przedsiębiorcami" [Budzisz, 2018, s. 393]. Była już mowa o podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami. Istnieje także kategoria podmiotów niebędących przedsiębiorcami, do których w szczególności „zaliczamy SPZOZ oraz podmioty lecznicze działające w formie jednostki budżetowej" [Dercz, 2013, s. 206]. Szczegółowa analiza cech właściwych tym typom podmiotów znajduje się w kolejnych podrozdziałach, jednak już w tym miejscu warto wskazać na kilka elementów wspólnych.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami kluczowe znaczenie ma pojęcie podmiotu tworzącego. Jest to podmiot lub organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie SPZOZ, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej. Ustawa wskazuje szereg obowiązków, ale także uprawnień podmiotu tworzącego. Są one związane przede wszystkim z tworzeniem, organizacją, przekształcaniem i likwidacją podmiotów leczniczych. O tym jednak będzie mowa w kolejnych podrozdziałach poświęconych wyżej wskazanym podmiotom leczniczym.

W myśl art. 42 ustawy o działalności leczniczej statut jest dokumentem regulującym wewnętrzny ustrój podmiotu leczniczego, a także inne ważne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, które nie zostały ujęte w ustawie. Oznacza to, że akt ten nie powinien zawierać regulacji unormowanych już w ustawie albo też inaczej regulować spraw „już unormowanych w innych ustawach" [Dercz, 2013, s. 206]. Statut jest nadawany przez podmiot tworzący. Określa się w nim:

- nazwę podmiotu leczniczego, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;

- siedzibę podmiotu;
- cele i zadania podmiotu;
- organy i strukturę organizacyjną podmiotu, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji;
- formę gospodarki finansowej.

Wyliczenie to z uwagi na brak sformułowania „w szczególności" należy traktować jako katalog zamknięty. Statut może przewidywać prowadzenie innej – wydzielonej organizacyjnie – działalności, która nie jest działalnością leczniczą. W tym miejscu warto powiedzieć, że statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą stanowi akt prawa wewnętrznego w tym sensie, że nie powinien nakładać nowych obowiązków czy też udzielać nowych uprawnień pacjentom czy pracownikom podmiotu, „a także nie może nadawać pozaustawowych praw na rzecz tego podmiotu" [Dercz, 2013, s. 206]. Mając na uwadze to, że ze względu na rozmiar czy charakter udzielanych świadczeń wewnętrzna struktura podmiotów leczniczych jest zróżnicowana, o tych kwestiach mogą decydować poszczególne podmioty. Dodać należy, że w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w procedurze uchwalania statutu bierze udział także rada społeczna, której opinia jest w tym procesie konieczna; nie jest ona jednak w żaden sposób wiążąca.

Ustawa wprowadza wymagania dla osób, który mają sprawować funkcje kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Zgodnie z przepisami osoba ta powinna:

- mieć wyższe wykształcenie;
- posiadać wiedzę i doświadczenie, które zapewni rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- posiadać co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym, alternatywnie – ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- nie być prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

Kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. W przypadku tych placówek to podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę. Może też zawrzeć z nim umowę cywilnoprawną. Na marginesie warto dodać, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą na stanowisko kierownika – w sytuacji gdy kierownik nie jest lekarzem – przeprowadza się konkurs. Ogłoszenie konkursu na kierownika należy do podmiotu tworzącego, natomiast w przypadku zastępcy kierownika – to kierownik ogłasza i przeprowadza konkurs.

Oprócz kierownika w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna. Stanowi ona organ o charakterze opiniująco-doradczym, co oznacza, że wspiera zarówno podmiot tworzący w zakresie inicjującym i opiniodawczym, jak i kierownika na płaszczyźnie doradczej. Do jej zadań należy:

1. przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
   a. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
   b. związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności podmiotu leczniczego,
   c. przyznawania kierownikowi nagród,
   d. rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnej z kierownikiem;
2. przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:
   a. planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
   b. rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
   c. kredytów bankowych lub dotacji,
   d. podziału zysku,
   e. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu,
   f. regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego;
3. dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw, które podlegają nadzorowi medycznemu;
4. opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej przez podmiot leczniczy;
5. wypełnianie innych zadań określonych w ustawie czy statucie.

Za powołanie rady społecznej jest odpowiedzialny podmiot tworzący. On też zwołuje jej pierwsze posiedzenie, a w razie konieczności także odwołuje ten organ kolegialny. W jej posiedzeniach gwarancję uczestnictwa mają zarówno kierownik, jak i przedstawiciele organizacji związkowych, które działają w podmiocie leczniczym. Sposób funkcjonowania rady, w szczególności zwoływania jej posiedzeń, organizację pracy i tryb podejmowania uchwał określa regulamin, który powinien być uchwalony przez radę, a następnie zatwierdzony przez podmiot tworzący.

Ustawa wprowadza zasadę, że nie powołuje się rady społecznej w:

- wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacjach sanitarno-epidemiologicznych;
- regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa

i Krwiolecznictwa, które zostały utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- podmiotach leczniczych utworzonych przez pracodawcę w celu ochrony pracowników przed niekorzystnymi warunkami środowiska pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę nad pracownikami;
- podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, które zostały utworzone przez Ministra Obrony Narodowej, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa.

W skład rady społecznej, funkcjonującej w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, wchodzą:

1. w sytuacji gdy podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna:
   a. przedstawiciel rektora uczelni albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – jako przewodniczący;
   b. przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia, przedstawiciel wojewody, przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa, przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej, przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych, osoby powołane odpowiednio przez senat albo radę naukową – jako członkowie;
2. w sytuacji gdy podmiotem tworzącym jest inny podmiot:
   a. przedstawiciel organu administracji rządowej – w podmiotach utworzonych przez ten organ, albo wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa lub osoba przez niego wyznaczona – w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego – jako przewodniczący;
   b. przedstawiciel wojewody – w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego, przedstawiciele wybrani przez odpowiednio: radę gminy lub radę powiatu, albo przez sejmik województwa, albo przez podmiot tworzący podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą o ogólnokrajowym lub ponad wojewódzkim obszarze działania, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przedstawiciel uczelni medycznej wybrany przez rektora albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w szpitalu – jako członkowie.

Co istotne, osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą nie może być członkiem rady społecznej działającej przy tym podmiocie. Ponadto przedstawiciele samorządów zawodów medycznych mają

prawo uczestniczyć w posiedzeniach rady społecznej, w sytuacji gdy w jej skład nie wchodzą przedstawiciele Naczelnej Rady lekarskiej czy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

3.3. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Na wstępie rozważań dotyczących SPZOZ należy wskazać na fakt, że ten model wykonywania działalności leczniczej „został zaczerpnięty z poprzednio obowiązującego ustawodawstwa" [Budzisz, 2018, s. 395]. Są to podmioty o szczególnej roli, wyznaczonej im przez ustawę o działalności leczniczej. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej stanowi formę organizacyjną „zarezerwowaną do prowadzenia podmiotów leczniczych przez organy administracji publicznej (rządowej i samorządowej) oraz uczelnie medyczne" [Budzisz, 2018, s. 395]. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, choć w sposób oczywisty nie wyłącza to zastosowania innych przepisów dotyczących funkcjonowania tego rodzaju podmiotów w obrocie gospodarczym, w sferze prawa cywilnego czy administracyjnego. „Samodzielność finansowa SPZOZ-u objawia się tym, że powinien on z posiadanych środków i uzyskanych przychodów pokrywać koszty swojej działalności i regulować zobowiązania" [Dercz, Rek, 2019]. Ponadto gospodaruje też posiadanym mieniem. Podstawą gospodarki SPZOZ jest plan finansowy, który ustala kierownik tego podmiotu.

W tym miejscu trzeba powiedzieć, że – zgodnie z postanowieniami art. 6 pkt 3 prawa upadłościowego i naprawczego – nie można ogłosić upadłości SPZOZ. Powyższe oznacza, że „w przeciwieństwie do spółek kapitałowych nie ma zdolności upadłościowej" [Banaszyk, 2018]. Ma to duże znaczenie z punktu praktycznego, w szczególności w odniesieniu do istotnego i stałego wzrostu zadłużenia publicznej służby zdrowia.

W myśl przepisu art. 50a ustawy utworzenie SPZOZ następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Przy tworzeniu SPZOZ uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała zawierają:

- nazwę i siedzibę SPZOZ;
- wskazanie rodzaju działalności leczniczej;
- określenie mienia, w które jest wyposażany SPZOZ.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowemu wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego. Z chwilą uzyskania wpisu do KRS uzyskuje osobowość prawną. W tym miejscu należy wskazać, że bez względu na to, czy SPZOZ rozpocznie prowadzenie działalności gospodarczej – w myśl przepisów ustawy o KRS – podlega wpisowi wyłącznie do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

SPZOZ może pozyskiwać środki finansowe z następujących źródeł:

- z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej;
- z wydzielonej działalności innej niż wyżej wskazana, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- z odsetek od lokat;
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej;
- na cele i na zasadach określonych w przepisach dotyczących przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą;
- na realizację innych zadań wskazanych w przepisach szczególnych;
- na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.

Umowy dotyczące odpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą być także zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Zbycie aktywów trwałych SPZOZ, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie mogą nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący. Zasady te dotyczą w szczególności ustanowienia wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na powyższe formy obciążenia posiadanego mienia. Przepisy zabraniają wniesienia majątku SPZOZ lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, czy też przekazania fundacji lub stowarzyszeniu, które wykonują działalność leczniczą. Dopuszczalne jest dokonanie wyżej wskazanych czynności w stosunku do spółek, fundacji lub stowarzyszeń, które wykonują inną działalność, jednak wymaga to zgody podmiotu tworzącego.

Wartość majątku SPZOZ określają fundusz założycielski oraz fundusz zakładu. Fundusz założycielski zakładu to wartość części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie, która została wydzielona na rzecz SPZOZ. „W pewnym uproszczeniu można przyjąć, iż fundusz założycielski obejmuje wartość wszystkich praw majątkowych i środków finansowych przekazanych danemu SPZOZ przed podmiot tworzący, Skarb Państwa (budżet państwa), j.s.t. (jednostkę samorządu terytorialnego – przyp. aut.) i inne podmioty" [Dercz, 2013, s. 213]. Z kolei fundusz zakładu to wartość majątku

SPZOZ po odliczeniu funduszu założycielskiego. Stanowi więc mienie nabyte z uzyskanych dochodów w trakcie swojego funkcjonowania.

Ustawa wprowadza zasadę pokrywania we własnym zakresie przez SPZOZ ujemnego wyniku finansowego. Zgodnie z przepisami fundusz zakładu jest zmniejszany o stratę netto. Jeśli fundusz zakładu nie wystarczy na pokrycie tej straty oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, wówczas podmiot tworzący ma obowiązek w terminie:

- dziewięciu miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta z funduszu zakładu, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo
- dwunastu miesięcy od upływu terminu wskazanego wyżej wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji SPZOZ.

Przy czym termin 12 miesięcy może zostać wydłużony do 24 miesięcy, jeśli jest to uzasadnione koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Po upływie tego terminu podmiot tworzący wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub o likwidacji SPZOZ. Z kolei określenie terminu dziewięciu miesięcy na pokrycie straty netto pozwoli podmiotom tworzącym na uwzględnienie tego wydatku w swoich budżetach.

Bez względu na sposób pokrycia straty, czy we własnym zakresie, czy przez podmiot tworzący – jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto – kierownik SPZOZ ma obowiązek, w terminie trzech miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządzić program naprawczy na okres nie dłuższy niż trzy lata. Po jego opracowaniu przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia. Kierownik jest odpowiedzialny także za jego wykonanie. Wyznaczenie tego zadania kierownikowi SPZOZ ma na celu przerzucenie na niego ciężaru odpowiedzialności za wynik finansowy podmiotu leczniczego, co w konsekwencji ma przyczynić się do prowadzenia racjonalnej i rzetelnej gospodarki finansowej. Takie rozwiązanie daje większą gwarancję na przemyślane wydatkowanie przekazanych przez podmiot tworzący środków na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.

Rozwiązaniem alternatywnym w stosunku do SPZOZ, który nie jest w stanie samodzielnie pokryć straty netto, jest likwidacja takiego podmiotu leczniczego. Stanowi ona kres działalności podmiotu leczniczego [Budzisz, 2018, s. 416]. Likwidacja SPZOZ następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Bez względu na rodzaj aktu, jaki będzie podstawą likwidacji, powinien on zawierać w szczególności:

- określenie zakładu podlegającego likwidacji;
- wskazanie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, jednak nie wcześniej niż trzy miesiące od dnia wydania rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcia uchwały;
- oznaczenie dnia otwarcia likwidacji, nie później niż trzydzieści dni od dnia wydania aktu, będącego podstawą likwidacji;
- wskazanie sposobu i trybu rozdysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi;
- określenie dnia zakończenia procesu likwidacji.

Powyższy katalog ma charakter otwarty, co oznacza, że uprawniony organ podmiotu tworzącego może rozszerzyć jego treść, stosownie do swoich potrzeb.

Należy wskazać, że rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji SPZOZ stanowi podstawę do jego wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z dniem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z Krajowego Rejestru Sądowego – z dniem zakończenia likwidacji. Okres od dnia otwarcia likwidacji do dnia jej zakończenia nie może trwać dłużej niż dwanaście miesięcy. W przypadku wydania rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały nie można przedłużać terminu zakończenia likwidacji.

Ustawa wprowadza zasadę przejęcia zobowiązań po likwidacji SPZOZ, która stanowi, że zobowiązania i należności SPZOZ po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Powyższe stosuje się odpowiednio do mienia.

Kolejnym bardzo ważnym aspektem, jaki reguluje ustawa o działalności leczniczej, jest kwestia łączenia SPZOZ. Zgodnie z przepisami art. 66 połączenie może być dokonane przez:

- przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SPZOZ (przejmowanego) na inny SPZOZ (przejmujący);
- utworzenie nowego SPZOZ, powstałego co najmniej z dwóch łączących się SPZOZ.

Ustawa dała podmiotom tworzącym SPZOZ możliwość połączenia tych zakładów w dwóch formach – w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów mających ten sam podmiot tworzący oraz w drodze porozumienia – w przypadku zakładów mających różne podmioty tworzące. Porozumienie stanowi akt o połączeniu. Dokument ten powinien zawierać w szczególności informacje o:

- nazwie SPZOZ powstałego w wyniku połączenia, w przypadku utworzenia nowego SPZOZ powstałego co najmniej z dwóch łączących się SPZOZ

- przejęciu mienia podmiotu przejmowanego albo podmiotów łączących się;
- zasadach odpowiedzialności za zobowiązania podmiotów łączących się;
- terminie złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i KRS, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu.

W zależności od sposobu łączenia się akt o połączeniu powinien zawierać także nazwę i siedzibę podmiotu przejmowanego albo nazwy i siedziby podmiotów łączących się. Ponadto w porozumieniu wskazuje się także podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego. Warto dodać, że połączenie następuje bez przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego podmiotu przejmowanego albo łączących się podmiotów. W terminie określonym w porozumieniu kierownik podmiotu przejmującego albo kierownik SPZOZ powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o:

- wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z KRS – w przypadku połączenia poprzez przejęcie;
- dokonanie wpisu do KRS oraz w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – w przypadku połączenia poprzez utworzenie nowego SPZOZ.

W sytuacji gdy w wyniku połączenia jest tworzony nowy SPZOZ, z dniem wpisania tego SPZOZ do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i do KRS następuje z urzędu wykreślenie łączących się podmiotów z wyżej wskazanych rejestrów. Ponadto z dniem wpisania SPZOZ powstałego w wyniku połączenia do KRS zakład ten wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się zakłady, bez względu na charakter prawny tych stosunków. Z chwilą wpisania do KRS nowo powstały SPZOZ uzyskuje osobowość prawną. W odniesieniu do podmiotu przejmowanego, z chwilą wykreślenia z KRS, podmiot przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany.

Ustawa o działalności leczniczej określa także zasady przekształcania SPZOZ w spółkę kapitałową. Szczegółowe regulacje są zawarte w art. 70–82 ustawy. W myśl tych przepisów pierwszym krokiem do przekształcenia jest ustalenie wskaźnika zadłużenia SPZOZ. Pomiot tworzący, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, ustala wskaźnik zadłużenia SPZOZ. Stanowi on relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ, do sumy jego przychodów. W sytuacji gdy wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania SPZOZ o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania SPZOZ.

Przy czym przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagane najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Kilka SPZOZ może zostać przekształconych w jedną spółkę, pod warunkiem, że przekształcane zakłady mają ten sam podmiot tworzący. Można też połączyć w jedną spółkę kilka SPZOZ mających różne podmioty tworzące, będące jednostkami samorządu terytorialnego. W drugim przypadku podmioty te muszą przyjąć – poprzez podjęcie uchwał przez organy stanowiące – odpowiednie porozumienie, które zawiera:

- nazwy i adresy SPZOZ, które będą podlegać przekształceniu w spółkę kapitałową;
- wskazania poszczególnych składników mienia wnoszonego do spółki w ramach aportu przez poszczególne podmioty tworzące;
- przedstawienie wartości i liczby udziałów albo akcji obejmowanych w zamian za aporty;
- określenie podmiotu tworzącego, który będzie wykonywał zadania organu dokonującego przekształcenia;
- skalę i wysokość kosztów przekształcenia ponoszonych przez konkretne podmioty tworzące;
- wskazanie członków organów spółki pierwszej kadencji.

Do porozumienia należy dołączyć projekt umowy spółki albo statutu, w zależności od rodzaju spółki, wraz z projektem regulaminu organizacyjnego.

Organem dokonującym przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową jest:

- odpowiednio minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda – w przypadku SPZOZ, dla których jest podmiotem tworzącym;
- organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest JST;
- rektor – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum.

Organ dokonujący przekształcenia jest zobowiązany do sporządzenia aktu przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową. Dokument ten zawiera akt założycielski spółki, imiona i nazwiska członków organów spółki pierwszej kadencji oraz pierwszy regulamin organizacyjny. Za określenie ramowego

wzoru aktu przekształcenia odpowiada minister właściwy do spraw zdrowia, który czyni to w drodze rozporządzenia, mając na celu zapewnienie sprawności procesu przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki. Po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki kapitałowej – bez zbędnej zwłoki – składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a po uzyskaniu wpisu – wniosek o jego zmianę w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dzień wpisania spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców stanowi dzień przekształcenia SPZOZ. Z tym dniem następuje wykreślenie z urzędu SPZOZ z Krajowego Rejestru Sądowego. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był SPZOZ.

3.4. Jednostki budżetowe

Jakkolwiek ustawa o działalności leczniczej wskazuje regulacje dotyczące podmiotów leczniczych w formie jednostek budżetowych oraz jednostek wojskowych w ramach jednej jednostki redakcyjnej – oddziału trzeciego w rozdziale trzecim, to należy mieć na względzie, że wyżej wskazane formy mają – oprócz wielu cech wspólnych – pewne cechy je różnicujące. Stąd w ramach niniejszego podrozdziału zostaną omówione zagadnienia dotyczące jednostek budżetowych jako podmiotów leczniczych, a w kolejnym – jednostek wojskowych.

Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej jest tworzony, przekształcany i likwidowany w drodze:

1. zarządzenia:
   a. ministra;
   b. centralnego organu administracji rządowej;
   c. wojewody;
2. uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego.

Zarządzenie albo uchwała o utworzeniu podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej stanowi akt tworzący podmiot leczniczy. Dokument ten określa w szczególności nazwę tego podmiotu, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, jego formę organizacyjno-prawną oraz rodzaj działalności leczniczej wraz z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Powyższe wyliczenie ma charakter przykładowy, co oznacza, że akt, na podstawie którego jest tworzony podmiot leczniczy, może zawierać także inne postanowienia. Zawarte w zarządzeniu albo uchwale postanowienia – w szczególności dotyczące rodzaju działalności leczniczej wraz ze wskazaniem udzielanych

świadczeń – będą miały swoje rozwinięcie w regulaminie organizacyjnym. W tym miejscu należy powiedzieć, że przepis nie reguluje wskazania w akcie tworzącym jednostki budżetowej daty, od której zaczyna ona funkcjonować. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej „każdy podmiot leczniczy rozpoczyna swoją działalność dopiero z dniem wpisania go do właściwego rejestru" [Dercz, Rek, 2019].

Przekształcenie podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej polega na zmianie rodzaju działalności leczniczej lub istotnej zmianie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Decyzję o przekształceniu podejmuje podmiot tworzący i dotyczy ona zmiany statutu oraz regulaminu organizacyjnego. Ważne, aby po dokonaniu zmian zostały one zgłoszone do odpowiedniego organu rejestrowego w terminie czternastu dni od dnia zaistnienia przesłanek do zmiany danych rejestrowych.

Ustawa o działalności leczniczej określa zasady prowadzenia gospodarki finansowej leczniczej jednostki budżetowej. Zgodnie z przepisami ustawy podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych. W myśl ustawy o finansach publicznych jednostkami budżetowymi są jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych nieposiadające osobowości prawnej, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka budżetowa działa na podstawie statutu, który w szczególności określa jej nazwę, siedzibę i przedmiot działalności. Podstawą gospodarki finansowej jednostki budżetowej jest plan dochodów i wydatków, który stanowi jej plan finansowy.

W tym miejscu należy wskazać, że brak posiadania osobowości prawnej przez jednostkę budżetową oznacza w praktyce przerzucenie odpowiedzialności za zobowiązania podmiotu leczniczego działającego w tej formie na podmiot tworzący.

Podmiot leczniczy działający w formie jednostki budżetowej gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub JST oraz przydzielonymi mu środkami finansowymi. W celu realizacji swoich zadań, przy gospodarowaniu powierzonym mieniem i środkami, kieruje się efektywnością ich wykorzystania, zgodnie z przepisami ustawy o finansach publicznych.

Aby jednostki budżetowe mogły być traktowane jak podmiot leczniczy, muszą posiadać ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki [Dercz, Rek, 2019].

Zarządzenie albo uchwała o likwidacji podmiotu w formie jednostki budżetowej powinna zawierać w szczególności:

- wskazanie podmiotu, który podlega likwidacji;
- określenie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, nie wcześniej niż trzy miesiące od dnia wydania zarządzenia albo podjęcia uchwały;
- wskazanie dnia otwarcia likwidacji, nie później niż trzydzieści dni od dnia wydania zarządzenia albo podjęcia uchwały;
- przedstawienie zasad rozporządzenia składnikami materialnymi i niematerialnymi;
- wskazanie dnia zakończenia likwidacji.

Okres od dnia otwarcia likwidacji do dnia jej zakończenia nie może być dłuższy niż dwanaście miesięcy. Zarządzenie albo uchwała o likwidacji podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej stanowi podstawę wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – z dniem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych. Natomiast zarządzenie albo uchwała o przekształceniu takiego podmiotu leczniczego stanowi podstawę dokonania zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3.5. Jednostki wojskowe

W przypadku podmiotów leczniczych w formie jednostek wojskowych ich tworzenie, przekształcenie i likwidacja następują w takiej same drodze, jak w przypadku jednostek budżetowych. Dzieje się to więc wskutek:

1. zarządzenia:
   a. ministra,
   b. centralnego organu administracji rządowej,
   c. wojewody;
2. uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego.

Jak wspomniano, regulacje dotyczące jednostek budżetowych są wspólne dla podmiotów leczniczych prowadzących działalność leczniczą w formie jednostki wojskowej. Mając to na uwadze, w ramach niniejszego podrozdziału nie omówiono tych aspektów, które poddano analizie w ramach rozważań dotyczących jednostek budżetowych. W tym miejscu należy powiedzieć, że początkowo ustawa o działalności leczniczej nie przewidywała w katalogu podmiotów leczniczych jednostek wojskowych, jednak w wyniku jednej z nowelizacji rozszerzono ten zbiór. Miało to na celu uzupełnienie luki, która uniemożliwiała „realizację zadań związanych z zabezpieczaniem medycznym Sił Zbrojnych RP, bez potrzeby angażowania systemu opieki zdrowotnej funkcjonującej w oparciu o NFZ" [Banaszyk, 2018]. Przesłanką konieczną, aby móc

udzielać przez te podmioty świadczeń zdrowotnych, jest posiadanie w swojej strukturze organizacyjnej co najmniej lekarza.

Zgodnie z postanowieniami art. 3 ust. 5 ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP jednostka wojskowa to „jednostka organizacyjna Sił Zbrojnych, funkcjonująca na podstawie nadanego przez Ministra Obrony Narodowej etatu określającego jej strukturę wewnętrzną, liczbę, rodzaje i rangę wszystkich stanowisk służbowych występujących w tej jednostce, jak również liczbę i rodzaje uzbrojenia, środków transportu i innego wyposażenia należnego jednostce, oraz posługująca się pieczęcią urzędową z godłem Rzeczypospolitej Polskiej i nazwą (numerem) jednostki". Ustawa o działalności leczniczej natomiast definiuje jednostkę wojskową jako jednostkę organizacyjną niebędącą jednostką budżetową, dla której podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, w której są udzielane świadczenia zdrowotne, realizującą zadania także poza granicami państwa na podstawie ustawy o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych RP poza granicami państwa. Oznacza to, że podmiot leczniczy w formie jednostki wojskowej ma status „podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej" [Budzisz, 2018, s. 399].

Minister Obrony Narodowej określa w drodze rozporządzenia szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i obiekty podmiotów leczniczych będących jednostkami wojskowymi, dla których właśnie ten organ jest podmiotem tworzącym.

W myśl ustawy działalność lecznicza prowadzona przez te jednostki polega na wykonywaniu czynności ratunkowych, leczenia, ewakuacji medycznej i transportu sanitarnego z wykorzystaniem pojazdów sanitarnych, statków powietrznych, etatowego i tabelarycznego sprzętu i wyposażenia medycznego, medycznych środków materiałowych oraz leków będących na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Świadczenia te są realizowane na rzecz żołnierzy i personelu cywilnego oraz żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego.

Podmiot leczniczy w formie jednostki wojskowej – tak jak w przypadku jednostki budżetowej – prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. Przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub JST oraz otrzymanymi środkami finansowymi gospodaruje w taki sposób, aby wykorzystywać je w sposób efektywny.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie jednostek wojskowych należy wskazać na akt, jakim jest Zarządzenie Nr 22/MON w sprawie utworzenia podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej. Wymieniono tam podmioty, które na mocy tego aktu stają się podmiotami leczniczymi funkcjonującymi w formie jednostki

wojskowej oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi jednostkami budżetowymi, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, realizującymi zadania poza granicami państwa.

Kierownikiem podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej może być osoba, która spełnia wymagania przewidziane dla dowódcy jednostki wojskowej, wskazane w ustawie o służbie wojskowej. Nadzór nad działalnością statutową podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej sprawuje Minister Obrony Narodowej.

3.6. Fundacje jako podmioty lecznicze

Podmiotami leczniczymi mogą być także fundacje i stowarzyszenia. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje bowiem, że podmiotami leczniczymi są fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej. Obie formy znajdują swoje uregulowania w innych aktach prawnych; pierwsza w ustawie o fundacjach, druga – w prawie o stowarzyszeniach. W tym miejscu należy wskazać, że zarówno fundacje, jak i stowarzyszenia, jako formy organizacyjno-prawne dla różnych organizacji pozarządowych, odgrywają istotną rolę w ochronie zdrowia. Ich aktywność przejawia się w różnych obszarach, nie tylko w zakresie promocji zdrowia, lecz także w odniesieniu do prowadzenia działalności leczniczej [Budzisz, 2018, s. 397].

W myśl art. 1 ustawy o fundacjach podmiot tego typu może być utworzony dla realizacji zgodnych z podstawowymi interesami Rzeczypospolitej Polskiej celów społecznie lub gospodarczo użytecznych, w szczególności takich jak: ochrona zdrowia, rozwój gospodarki i nauki, oświata i wychowanie, kultura i sztuka, opieka i pomoc społeczna, ochrona środowiska oraz opieka nad zabytkami.

Fundacje mogą być ustanawiane przez osoby fizyczne niezależnie od ich obywatelstwa i miejsca zamieszkania albo osoby prawne mające siedziby w Polsce lub za granicą. Przy czym siedziba fundacji powinna znajdować się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ustawa o fundacjach przewiduje dla aktu tworzącego fundację szczególną formę. Zgodnie z przepisami oświadczenie woli o ustanowieniu fundacji powinno być złożone w formie aktu notarialnego. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której ustanowienie fundacji następuje w testamencie. Wówczas forma aktu notarialnego nie jest wymagana. W tym miejscu należy wskazać

na art. 927 § 3 KC, który stanowi, że fundacja ustanowiona w testamencie przez spadkodawcę może być spadkobiercą, jeżeli zostanie wpisana do rejestru w ciągu dwóch lat od ogłoszenia testamentu.

Wracając do oświadczenia woli o ustanowieniu fundacji, podkreślić trzeba, że fundator powinien wskazać, jaki jest cel fundacji oraz określić składniki majątkowe przeznaczone na jego realizację. Składnikami majątkowymi mogą być pieniądze czy papiery wartościowe oraz oddane fundacji rzeczy ruchome i nieruchomości.

Fundacja podlega obowiązkowemu wpisowi do KRS. Z chwilą dokonania wpisu uzyskuje osobowość prawną. Zarząd fundacji kieruje jej działalnością oraz reprezentuje fundację na zewnątrz.

Artykuł 5 ust. 1 ustawy o fundacjach stanowi, że fundator tworzy statut fundacji. Dokument ten powinien zawierać: nazwę fundacji, jej siedzibę i majątek, cele, zasady, formy i zakres działalności fundacji, skład i organizację zarządu, sposób powoływania oraz obowiązki i uprawnienia tego organu i jego członków. Statut może zawierać także inne postanowienia, w szczególności dotyczące prowadzenia przez fundację działalności gospodarczej, dopuszczalności i warunków jej połączenia z inną fundacją, zmiany celu lub statutu. Może także przewidywać tworzenie obok zarządu innych organów fundacji.

Przepisy dopuszczają sytuacje, w których fundator może odstąpić od tworzenia statutu. W takim przypadku upoważnia do tego inną osobę fizyczną lub prawną. W razie ustanowienia fundacji w testamencie, przy jednoczesnym braku ustalenia jej statutu i wskazania innej osoby do uczynienia tego w jego imieniu, do utworzenia fundacji mają zastosowanie przepisy KC o poleceniu.

Dla prowadzenia działalności leczniczej kluczowe znaczenie ma norma zawarta w ust. 5 wskazanego wyżej artykułu. Zezwala ona bowiem na prowadzenie przez fundację działalności gospodarczej w rozmiarach służących realizacji jej celów. Jeżeli fundacja ma prowadzić działalność gospodarczą, wówczas wartość środków majątkowych fundacji przeznaczonych na tę działalność nie może być mniejsza niż tysiąc złotych.

Mając to na uwadze, należy podkreślić, że to, czy fundacja posiada status podmiotu leczniczego, zależy od łącznego spełnienia następujących przesłanek: statut fundacji – określając jej cel – wskazuje na ochronę zdrowia, a ponadto w sposób wyraźny przewiduje prowadzenie działalności leczniczej.

3.7. Stowarzyszenia

Zgodnie z postanowieniami art. 4 ust. 1 pkt 5 i 5a ustawy o działalności leczniczej stowarzyszenia oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, jeśli wykonują działalność leczniczą, są zaliczane do katalogu podmiotów leczniczych. Warunkiem jest, aby cel statutowy zakładał wykonywanie zadań w obszarze ochrony zdrowia i wprost dopuszczał prowadzenie działalności leczniczej [Budzisz, 2018, s. 398].

Prawo o stowarzyszeniach stanowi najważniejszy akt prawny regulujący sposób tworzenia i działania stowarzyszeń. W myśl postanowień tego aktu stowarzyszenie to dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeszenie o celach niezarobkowych. Stowarzyszenie samodzielnie określa swoje cele, programy działania i struktury organizacyjne. Ponadto uchwala akty wewnętrzne dotyczące jego działalności. Stowarzyszenie opiera działalność na pracy społecznej swoich członków. Do prowadzenia spraw może zatrudniać pracowników, w tym swoich członków.

Każdy obywatel polski ma prawo do zrzeszania się w stowarzyszeniach, zgodnie z Konstytucją RP oraz porządkiem prawnym określonym w ustawach. W dążeniu do realizacji celów statutowych stowarzyszenia mogą reprezentować interesy zbiorowe swoich członków wobec organów władzy publicznej. Prawo tworzenia stowarzyszeń przysługuje obywatelom polskim mającym pełną zdolność do czynności prawnych i niepozbawionym praw publicznych. Z kolei małoletni mają prawo przynależeć do stowarzyszeń. Osoba prawna może być jedynie jego wspierającym członkiem.

Stowarzyszenie podlega obowiązkowemu wpisowi do KRS, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej. Wniosek o wpis składa zarząd stowarzyszenia. Z chwilą uzyskania wpisu uzyskuje osobowość prawną. W odniesieniu do terenowej jednostki organizacyjnej może uzyskać osobowość prawną, jeśli statut stowarzyszenia to przewiduje.

Ustawa określa minimalną treść statutu stowarzyszenia, który powinien zawierać w szczególności:

- nazwę stowarzyszenia;
- teren działania i siedzibę;
- cele i sposoby ich realizacji;
- sposób nabywania i utraty członkostwa, przyczyny utraty członkostwa oraz prawa i obowiązki członków;
- władze stowarzyszenia, tryb dokonywania ich wyboru, uzupełniania składu oraz ich kompetencje;

- możliwość otrzymywania przez członków zarządu wynagrodzenia za czynności wykonywane w związku z pełnioną funkcją;
- sposób reprezentowania stowarzyszenia, a także warunki ważności uchwał władz stowarzyszenia;
- sposób uzyskiwania środków finansowych oraz ustanawiania składek członkowskich;
- zasady dokonywania zmian statutu;
- sposób rozwiązania stowarzyszenia.

Najwyższą władzą stowarzyszenia jest walne zebranie członków. W sprawach, w których statut nie wskazuje, jakie kompetencje są zastrzeżone dla władz stowarzyszenia, podejmowanie uchwał należy do walnego zebrania członków. Jeżeli liczba członków walnego zgromadzenia przekroczy określoną w statucie wielkość, wówczas statut może przewidywać zamiast walnego zebrania członków zebranie delegatów lub zastąpienie walnego zebrania członków zebraniem delegatów. Ponadto stowarzyszenie jest obowiązane posiadać zarząd i organ kontroli wewnętrznej.

Nadzór nad działalnością stowarzyszeń należy do:

- wojewody właściwego ze względu na siedzibę stowarzyszenia – w zakresie nadzoru nad działalnością stowarzyszeń JST;
- starosty właściwego ze względu na siedzibę stowarzyszenia – w zakresie nadzoru nad pozostałymi stowarzyszeniami.

Zgodnie z art. 34 prawa o stowarzyszeniach stowarzyszenie może prowadzić działalność gospodarczą według ogólnych zasad określonych w odrębnych przepisach. Dochód z tej działalności służyć ma realizacji celów statutowych i nie może być przeznaczony do podziału między jego członków.

Analizie poddano poszczególne kategorie podmiotów leczniczych. W ramach podsumowania – celem usystematyzowania przeprowadzonego przeglądu – została przedstawiona tabela zawierająca wszystkie typy podmiotów leczniczych wraz ze wskazaniem głównych cech przyjętych form prawnych.

Tabela 3.2. Formy prawne prowadzenia działalności leczniczej przez podmioty lecznicze

	Przedsiębiorcy	**SPZOZ**	**Jednostki budżetowe**	**Jednostki wojskowe**	**Stowarzyszenia**	**Fundacje**
Podstawa prawna działalności	w zależności od formy organizacyjno- prawnej	ustawa o działalności leczniczej	ustawa o finansach publicznych	ustawa o finansach publicznych	prawo o stowarzyszeniach	prawo o fundacjach
Akt tworzący	wpis do CEIDG/ umowa	rozporządzenie, zarządzenia albo uchwała właściwego organu podmiotu tworzącego	zarządzenie/ uchwała organu stanowiącego JST	zarządzenie/ uchwała organu stanowiącego JST	uchwała o założeniu stowarzyszenia	oświadczenie woli o ustanowieniu fundacji powinno być złożone w formie aktu notarialnego
Finansowanie działalności	prowadzenie działalności gospodarczej	mogą pozyskiwać środki finansowe z następujących źródeł: 1. z odpłatnej działalności leczniczej; 2. z wydzielonej działalności innej niż wyżej wskazana, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności; 3. z odsetek od lokat; 4. z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej;	gospodarują przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub JST oraz przydzielonymi mu środkami finansowymi	gospodarują przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub JST oraz przydzielonymi mu środkami finansowymi	mogą prowadzić działalność gospodarczą	składnikami majątkowymi mogą być pieniądze czy papiery wartościowe oraz oddane fundacji rzeczy ruchome i nieruchomości

cd. tab. 3.2

		5. na cele i na zasadach określonych w przepisach dotyczących przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą; 6. na realizację innych zadań wskazanych w przepisach szczególnych; 7. na pokrycie ujemnego wyniku finansowego				
Działalność lecznicza	mogą prowadzić inną działalność pozaleczniczą	utworzone w celu prowadzenia działalności leczniczej	mogą prowadzić inną działalność pozaleczniczą	mogą prowadzić inną działalność pozaleczniczą	mogą prowadzić inną działalność pozaleczniczą	mogą prowadzić inną działalność pozaleczniczą
Uwagi	najbardziej zróżnicowana grupa w zależności od formy organizacyjno-prawnej	nie można ogłosić upadłości SPZOZ	muszą posiadać ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ	posiadanie w swojej strukturze organizacyjnej co najmniej lekarza; podmiot tworzący – Minister Obrony Narodowej	stowarzyszenie podlega obowiązkowemu wpisowi do KRS, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej	jeżeli fundacja ma prowadzić działalność gospodarczą, wówczas wartość środków majątkowych fundacji przeznaczonych na tę działalność nie może być mniejsza niż tysiąc złotych

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 4. Struktury organizacyjne w podmiotach leczniczych

4.1. Istota, definicja oraz deskryptory struktur organizacyjnych

Struktura organizacyjna to całokształt stosunków między elementami tej całości lub między elementami i całością, rozpatrywany ze względu na przyczynianie się elementów do powodzenia całości [Bieniok, Rokita, 1984, s. 17]. Definicja ta jest bliska ujęciu atrybutowemu organizacji zaproponowanemu przez J. Zieleniewskiego [1975, s. 27], które traktuje organizację jako ustrój lub układ powiązanych ze sobą elementów składających się na określoną całość. Według S. Sudoła [2006, s. 198] struktura organizacyjna określa podział przedsiębiorstwa na mniejsze części wraz z ustaleniem ich zadań, kompetencji i odpowiedzialności oraz wzajemnych relacji. Zdecydowanie najczęściej przytaczane w literaturze przedmiotu jest ujęcie wielowymiarowe [Lotko, Wójtowicz, 2018, s. 37], przedstawione przez tzw. grupę astońską. Zakłada ono minimalizację dowolności i nieprzewidywalności zachowań uczestników organizacji poprzez zredukowanie złożoności organizacji, czyli strukturalizację elementów, a także wyznaczenie ogólnych ram zachowań w organizacji, czyli strukturalizację działań.

Strukturę organizacyjną można rozpatrywać w aspekcie:

- czasowym (ujęcie statyczne i dynamiczne),
- przestrzennym.

Istotą ujęcia statycznego jest rozpatrywanie organizacji w danej chwili jako układu stosunków zachodzącymi pomiędzy poszczególnymi częściami. Jest wówczas rozpatrywana forma struktury, np. konfiguracja szczebli decyzyjnych, rozdział zadań (funkcji i czynności), uprawnień i odpowiedzialności. W ujęciu dynamicznym przedmiotem badania są czynności zachodzące w czasie, czyli procesy funkcjonowania organizacji, np. przetwarzanie i udostępnianie materiałów czy obieg dokumentów. Rozmieszczenie elementów składowych organizacji w oderwaniu od stosunków czasowych jest przestrzennym aspektem rozpatrywania struktury.

Wyżej wymienione rozróżnienie postrzegania struktur ma na celu uświadomienie złożoności procesów zachodzących wewnątrz organizacji w wymiarze czasoprzestrzennym, jednakże rozpatrywanie struktury tylko w jednym z tych wymiarów nie jest możliwe. Struktura i proces są nierozdzielne, a także wyrażają statykę i dynamikę działalności tej samej firmy. Głównym zadaniem struktury organizacyjnej jest stworzenie i doskonalenie warunków działania członków organizacji w celu zapewnienia wysokiego poziomu efektywności. Struktura organizacyjna reguluje i porządkuje elementy i procesy wewnątrz organizacji. Można wyróżnić dwa kierunki regulacyjnej funkcji tej struktury [Mreła, 1980]:

1. strukturalizacja elementów – rozczłonkowanie organizacji na grupy, piony i komórki organizacyjne, poszczególne poziomy hierarchii zarządzania;
2. strukturalizacja działań organizacji – wyznaczenie ram postępowania wyodrębnionych względem siebie części i złożonej z nich całości.

W szczególności funkcją struktury organizacyjnej jest kształtowanie i porządkowanie[1]:

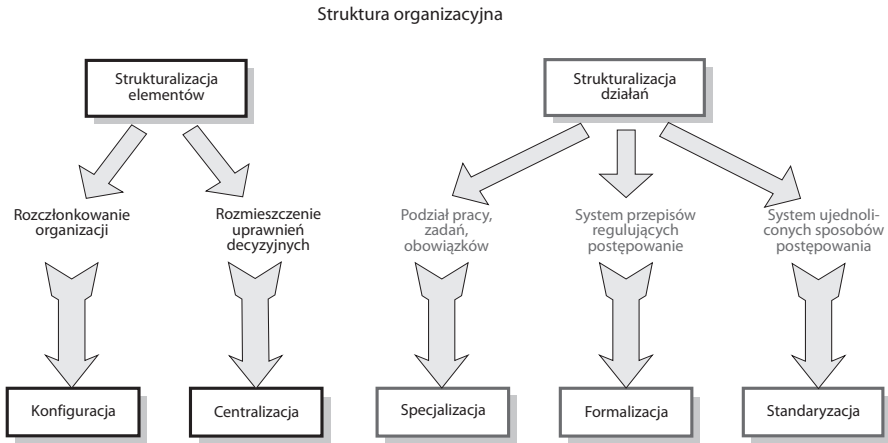
- konfiguracji (budowy, układu) elementów składowych;
- więzi organizacyjnych spajających wszystkie elementy oraz określających wewnętrzny podział funkcji i władzy;
- przebiegu procesów (pracy, informacyjno-decyzyjnych).

Strukturalizacja działań przez strukturę organizacyjną stała się podstawą określenia pięciu wymiarów (deskryptorów) tej struktury. Są one nazywane kryteriami astońskimi. Wspomniana szkoła astońska w wyniku przeprowadzonych badań opracowała wielowymiarową koncepcję struktury organizacyjnej [Plugh, Hickson, Hinngis, Turner, 1968], w myśl której można wyodrębnić pięć wymiarów (desktryptorów) charakteryzujących wspomniane funkcje strukturalizacji elementów i działań organizacji (rysunek 4.1)[2]. Zalicza się do nich:

1. **wymiar konfiguracji** – odzwierciedla kształt struktury ról i pozycji organizacyjnych (usytuowanie, liczbę i rodzaj pionów, komórek, stanowisk

[1] Stabryła [1991, s. 17] wskazuje na siedem funkcji struktury: 1. klasyfikatora celów, 2. porządkowania systemu wytwórczego, 3. grupowania stanowisk w jednostki organizacyjne, 4. kształtowania zależności funkcjonalnych, 5. kształtowania zależności hierarchicznych, 6. rozmieszczenia uprawnień decyzyjnych, 7. formalizacji budowy systemu.

[2] Przytoczony podział nie jest jedynym. Kiedy analizuje się np. wyniki badań C. Hiningsa i G. Lee [1971, s. 83–93], widać, że specjalizacja, formalizacja i standaryzacja tworzą jedną grupę cech opisujących organizację, a centralizacja i brak autonomii drugą. Innym podziałem jest zaproponowany przez S. Robbinsa [1990] – sugeruje on istnienie trzech innych wymiarów struktury organizacyjnej. Są to formalizacja, centralizacja oraz złożoność.



Rysunek 4.1. Regulacyjne funkcje struktury organizacyjnej i ich deskryptory

Źródło: opracowanie własne, za: Mreła, 1981, s. 6.

pracy, a także poziomów hierarchicznych w schemacie organizacyjnym). Miarą konfiguracji jest stopień pionowego i poziomego rozczłonkowania oraz lokalizacji ról i pozycji organizacyjnych określany:
- spiętrzeniem struktury – tj. liczbą szczebli kierowniczych między kierownikiem naczelnym a wykonawcą,
- spłaszczeniem struktury – tj. liczbą pionów oraz rozpiętością kierowania na poszczególnych poziomach hierarchicznych;

2. **wymiar centralizacji** – określa wewnętrzną strukturę władzy w organizacji, rozmieszczenie na poszczególnych poziomach hierarchicznych uprawnień decyzyjnych. Miarą centralizacji jest stopień skoncentrowania lub rozproszenia uprawnień decyzyjnych na poszczególnych szczeblach zarządzania albo też stopień autonomii poszczególnych szczebli w prowadzeniu działań organizacyjnych;
3. **wymiar specjalizacji** – stopień ograniczenia dowolności (zawężenia) uczestników organizacji w realizacji zadań i obowiązków organizacyjnych. Jest wyrażany stopniem swoistości funkcji i ról, zakresem działań zlecanych jednostkom zewnętrznym, rozłącznością podziału obowiązków między poszczególne piony, komórki (specjalizacja pozioma) oraz podziału zadań na linii przełożony – podwładny (specjalizacja pionowa);
4. **wymiar standaryzacji** – stopień typowości zadań i zachowań wynikający z przyjętego w organizacji systemu ujednoliconych sposobów postępowania, powtarzalnych procedur organizacyjnych. Obejmuje on:
   - standaryzację procedur,

– standaryzację ról (jak dalece są typizowane role, wymogi kwalifikacyjne na poszczególne stanowiska). Miarą standaryzacji jest stopień i zakres ograniczenia dowolności prowadzenia działań organizacyjnych;

5. **wymiar formalizacji** – system wzorców i przepisów regulujących postępowanie w organizacji. Miarą formalizacji jest zakres, stopień szczegółowości i rygorystyczności regulacji zachowań członków organizacji.

Każdy z tych wymiarów powinien być rozpatrywany jako kontinuum, na końcach którego znajdują się skrajne przypadki. Dla wymiaru konfiguracji będą to: struktura bardzo wysmukła bądź bardzo płaska. Wymiar centralizacji może przyjąć formę wysoce scentralizowanej organizacji (wszystkie decyzje są podejmowane przez naczelne kierownictwo) bądź organizacji zdecentralizowanej we wszystkich wymiarach jej działania.

Trzeba również pamiętać, że nie wszystkie podsystemy organizacji wykazują taki sam stopień natężenia danego wymiaru struktury organizacyjnej. Zależy to od wielu czynników mających wpływ na kształtowanie się struktury organizacyjnej (zostały one scharakteryzowane w trzecim rozdziale niniejszej pracy).

W praktyce wykorzystanie podejścia wielowymiarowego pozwala, zarówno w ramach identyfikacji i diagnozy struktury organizacyjnej, jak i w procesie projektowania, dostrzec wszystkie aspekty strukturalizacji elementów i działań. Wymiary te stanowią najczęściej kryterium klasyfikacji i typologii struktur organizacyjnych. Mankamentem takiego ujęcia jest to, że struktury różnicuje się pod względem tylko jednego kryterium (wymiaru).

4.2. Typologia i ewolucja struktur organizacyjnych

Struktura organizacji zmienia się pod wpływem czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które zostały omówione szczegółowo w rozdziale trzecim. Jednakże zmiany te nie zachodzą w sposób dowolny i swobodny. Przechodzenie z jednego stanu (typu) struktury w drugi w dzisiejszych organizacjach, dostosowywanie jej do aktualnych potrzeb, obieranie odpowiedniego rodzaju struktury i ich różnorodność jest efektem wielu lat ewoluowania struktur, doświadczeń organizacji i ich managerów, jak również prac badawczych i obserwacji wielu specjalistów w zakresie nauki o organizacji.

W literaturze przedmiotu istnieją liczne typologie organizacji, które wynikają z różnych kryteriów ich klasyfikacji. Niektóre z nich prezentuje tabela 4.1.

Tabela 4.1. Wybrane typologie struktur organizacyjnych i kryteria ich różnicowania

Kryteria różnicowania struktur organizacyjnych	**Typ struktury organizacyjnej**
elastyczność budowy wewnętrznej przedsiębiorstwa i zdolność do samoorganizacji	struktura mechanistyczna struktura adaptatywna struktura organiczna
rozpiętość kierowania	struktura smukła struktura płaska
stopień zróżnicowania części organizacji	struktura prosta struktura złożona
lokalizacja władzy	struktura scentralizowana struktura zdecentralizowana
stopień formalizacji	struktura sformalizowana struktura niesformalizowana
dominujący typ więzi (więzi służbowej i funkcjonalnej)	struktura liniowa struktura funkcjonalna struktura liniowo-sztabowa
podział zadań, władzy i odpowiedzialności	struktura typu U (unitarna) uniwersalna, funkcjonalna struktura typu H (holding) – konglomeratowa, holdingowa struktura typu M (*multidivisional*) – wielobranżowa struktura macierzowa struktura hybrydowa
konfiguracja strukturalna H. Mintzberga	struktura prosta biurokracja maszynowa biurokracja profesjonalna struktura dywizjonalna adhockracja struktura „misyjna" struktura „polityczna"
poziom określoności	struktura określona struktura wirtualna
poziom internacjonalizacji	struktura typu przedsiębiorstwo macierzyste – filie międzynarodowy oddział operacyjny struktury globalne
model konkurujących wartości (autonomia kontra stabilność; orientacja na sprawy wewnętrzne kontra orientacja na pozycję w otoczeniu)	organizacja szczupła (*lean management*) organizacja outsourcingowa organizacja zespołowa organizacja wirtualna

Źródło: Zakrzewska-Bielawska, 2011, s. 213.

Zestawienie to pokazuje mnogość spojrzeń na układ organizacyjny. Wymienione w tabeli typy struktur nie są rozdzielne, tzn. organizacja liniowa może wykorzystywać rozwiązania organizacji outsourcingowej albo szczupłej itd. Prezentowane klasyfikacje nie pokazują ewolucji, jaką przeszły struktury organizacyjne wraz ze zmianami w otoczeniu i w naukach o zarządzaniu.

Ewolucja struktur organizacyjnych zachodzi w dwóch płaszczyznach:

1. historyczny rozwój ogółu organizacji wraz z rozwojem technologii i społeczeństw organizacji;
2. rozwój poszczególnych organizacji uwarunkowany specyfiką środowiska i sposobów działania danej organizacji (przeważnie przebiega według schematu rozwoju ogółu organizacji).

Warto zauważyć, że indywidualna ewolucja organizacji może przybrać charakter powracania do form wcześniejszych.

Dane zawarte w tabeli 4.2 pozwalają prześledzić ewolucję rozwiązań organizacyjnych według kryterium czasu powstania – od najprostszych, odpowiadających nieskomplikowanym warunkom działania organizacji, niewielkiemu jej rozmiarowi, zrutynizowanym działaniom itd., do skomplikowanych struktur (macierzowych czy organicznych), które zostały wymuszone przez czynniki strukturotwórcze.

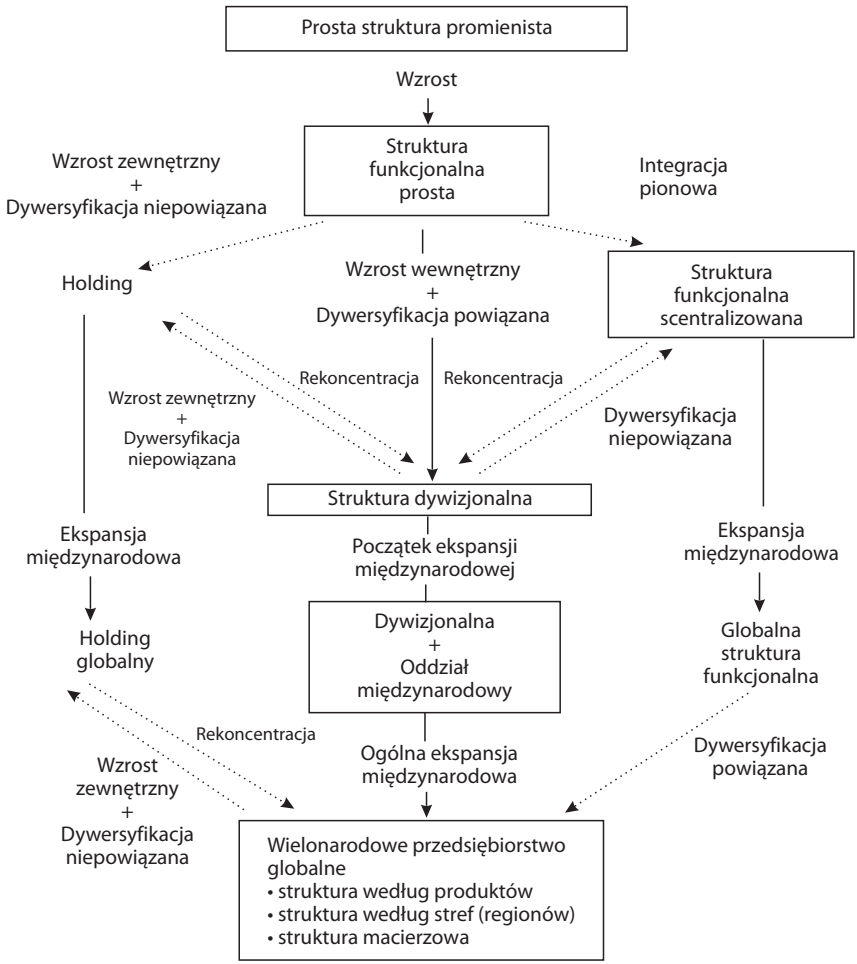
Tabela 4.2. Ewolucja struktur organizacyjnych wraz z ich charakterystyką

Kontinuum wg T. Burnsa i G. Stalkera	**Typ struktury**	**Okres powstania**	**Charakterystyka**
Struktury mechanistyczne	Struktura liniowa (prosta)	Koniec XIX w.	Centralizacja: władza w ręku kierownika Specjalizacja: wąski podział zadań i kompetencji Formalizacja: hierarchia, wyraźne zaznaczenie drogi służbowej, pisemne formułowanie decyzji, systematyczna kontrola i dyscyplina Konfiguracja: płaska
	Struktura funkcjonalna	Początek XX w.	Centralizacja: władza skoncentrowana w rękach kierowników Specjalizacja: kierowników w zakresie określonych funkcji, oparcie organizacji na wyższej wiedzy fachowej oraz planowym podziale pracy między specjalistami Formalizacja: zwiększenie elastyczności Konfiguracja: smukła

Struktury pośrednie/ adaptatywne	Struktura dywizjonalna/ holding	1920–1950	Centralizacja: decentralizacja, tworzenie względnie autonomicznych jednostek Specjalizacja: homogeniczne jednostki, wyodrębniane głównie na podstawie kryterium terytorialnego i produktowego Standaryzacja: wyników Formalizacja: podział zadań, uprawnień i odpowiedzialności za wynik pomiędzy wyodrębnione jednostki Konfiguracja: raczej smukła
	Struktura projektowa	Od połowy XX w.	Centralizacja: duża z delegowaniem uprawnień zespołom projektowym Konfiguracja: raczej smukła, płaska w ramach projektów poprzez tworzenie zespołów projektowych/zadaniowych Formalizacja: bezpośrednie kontakty między członkami zespołu projektowego – niska formalizacja, duża elastyczność i szybkość reagowania na nowe problemy Standaryzacja: projekty jednostkowe Specjalizacja: w obrębie stanowisk duża, uniwersalizm zespołów projektowych, wykorzystanie fachowej wiedzy specjalistów
Struktury pośrednie/ elastyczne	Struktura macierzowa	1960–1980	Centralizacja: decentralizacja Specjalizacja: w obrębie stanowisk duża, uniwersalizm zespołów projektowych, wykorzystanie fachowej wiedzy specjalistów Konfiguracja: raczej smukła, liczne mechanizmy koordynujące, dualne podporządkowanie Formalizacja: niski stopień formalizacji Standaryzacja: niski stopień standaryzacj, indywidualne projekty
	Struktura procesowa	Od 1990	Centralizacja: decentralizacja, *empowerment* Specjalizacja: realizacja zadań wielowymiarowych, powoływanie zespołów ds. realizacji określonych procesów Formalizacja: niska Standaryzacja: dowolna (możliwych pięć poziomów standaryzacji*) Konfiguracja: płaska
Struktury organiczne	Struktura sieciowa	Od końca XX w.	Centralizacja: decentralizacja, duża autonomia niezależnych uczestników Specjalizacja: duża specjalizacja uczestników, Formalizacja: niski stopień formalizacji – jednostki organizacyjne ponoszą pełną odpowiedzialność za koszty (wewnątrz struktury panują zasady gospodarki rynkowej) Standaryzacja: możliwa wewnątrz wyspecjalizowanych uczestników, sieć powiązań Konfiguracja: płaska, zmienne zasady konfiguracji, zasada wewnętrznego świadczenia usług między partnerami (jednostkami organizacyjnymi)

* Np. Hill, Fehlbaum, Ulrich [1974, s. 269] wymieniają pięć poziomów standaryzacji procesów w organizacji: 1. brak regulacji, 2. regulacja oparta na zasadach działania, 3. regulacja ramowa, 4. szczegółowa regulacja alternatywna, 5. szczegółowa regulacja (sztywna), za: Grajewski [2016, s. 146] i Trocki [2004, s. 64].

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gadomska-Lila, Platonoff, Rudawska, 2010, s. 62–69.



Rysunek 4.2. Ewolucja struktur organizacyjnych

Źródło: Strategor, 1996, s. 363.

Drugą płaszczyzną ewolucji struktur organizacyjnych jest indywidualne dopasowanie struktury danej organizacji do istniejących warunków funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstwa (czynników strukturotwórczych). Rysunek 4.2 ukazuje możliwe ścieżki przechodzenia do kolejnych rozwiązań strukturalnych. Przedstawiony model ewolucji struktur uwzględnia oddziaływanie takich czynników, jak: wzrost przedsiębiorstwa (wewnętrzny i zewnętrzny), dywersyfikacja (powiązana i niepowiązana), strategie integracji i umiędzynarodowienia.

Scharakteryzowane dalej typy struktur reprezentują najbardziej powszechny podział zgodny z ewolucją w czasie. Podział struktur według kryterium stopnia ich zbliżenia do mechanistycznego lub organicznego modelu zarządzania opiera się tylko na jednym wymiarze struktur, a cechy innych wymiarów są traktowane jako kryteria uzupełniające lub w ogóle pomijane.

W kolejnym podrozdziale scharakteryzowano:

- struktury hierarchiczne;
- struktury pośrednie;
- struktury organiczne.

Każda z grup zawiera w sobie poszczególne typy struktur.

4.3. Wybrane struktury organizacyjne podmiotów leczniczych

4.3.1. Struktury mechanistyczne

Struktura liniowa i funkcjonalna

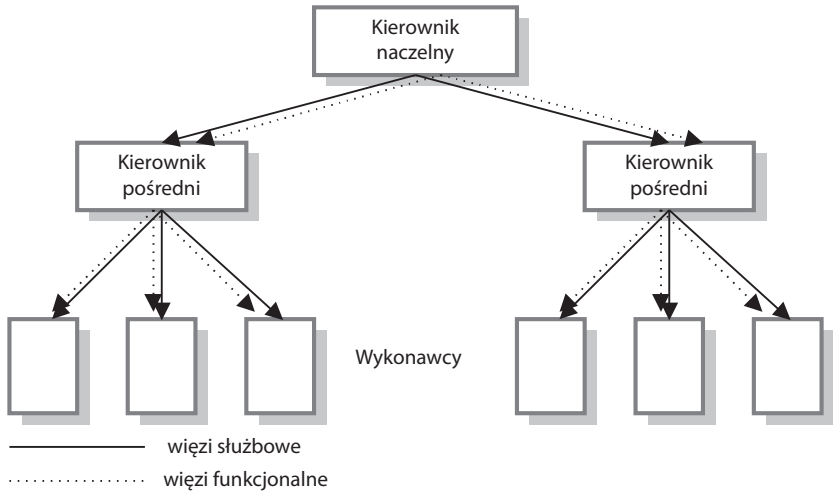
Proste i stabilne otoczenie, początkowe stadium rozwoju, małe rozmiary i określona technologia stosowana w organizacji wytworzyły struktury, które opierały się na ogólnych zasadach, takich jak:

- stały podział zadań i władzy;
- hierarchiczna budowa struktur;
- jedność kierowania i zachowanie „drogi służbowej".

Najprostszym przykładem jest mała przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej, np. w niedużej gminie. Jej rozwój następuje poprzez rozwijanie produktu/usługi (wiele rodzajów produktu) w ramach jednej technologii (w tym wypadku wprowadzanie poradni specjalistycznych) bądź technologii bardzo zbliżonych – gabinetów diagnostycznych, wzrost liczby zatrudnionych. Wraz z rozwojem organizacji powinno następować dostosowywanie struktury do nowych warunków.

W tych prostych warunkach ukształtowała się struktura liniowa, opierająca się na zasadzie jedności kierowania. Ze względu na swe zalety: klarowność i ścisłość podziału zadań, uprawnień i odpowiedzialności, ujawniające się zwłaszcza w prostym i stałym otoczeniu, struktura ta była lansowana w początkach rozwoju nauki o organizacji i zarządzaniu (tabela 4.2). Z założenia mówiącego o dominacji więzi służbowych i stosunków podporządkowania wynika, że grupowanie elementów organizacji jest oparte na zasadzie przedmiotowej – zespoły ludzi są budowane raczej wokół zadań niż funkcji. Obok więzi służbowych istnieją więzi funkcjonalne, ponieważ jednak o tym, co i jak

robić, decyduje ten sam, odpowiedzialny za wszystko kierownik, więzi służbowe i funkcjonalne pokrywają się zarówno co do przebiegu, jak i kierunku (rysunek 4.3).

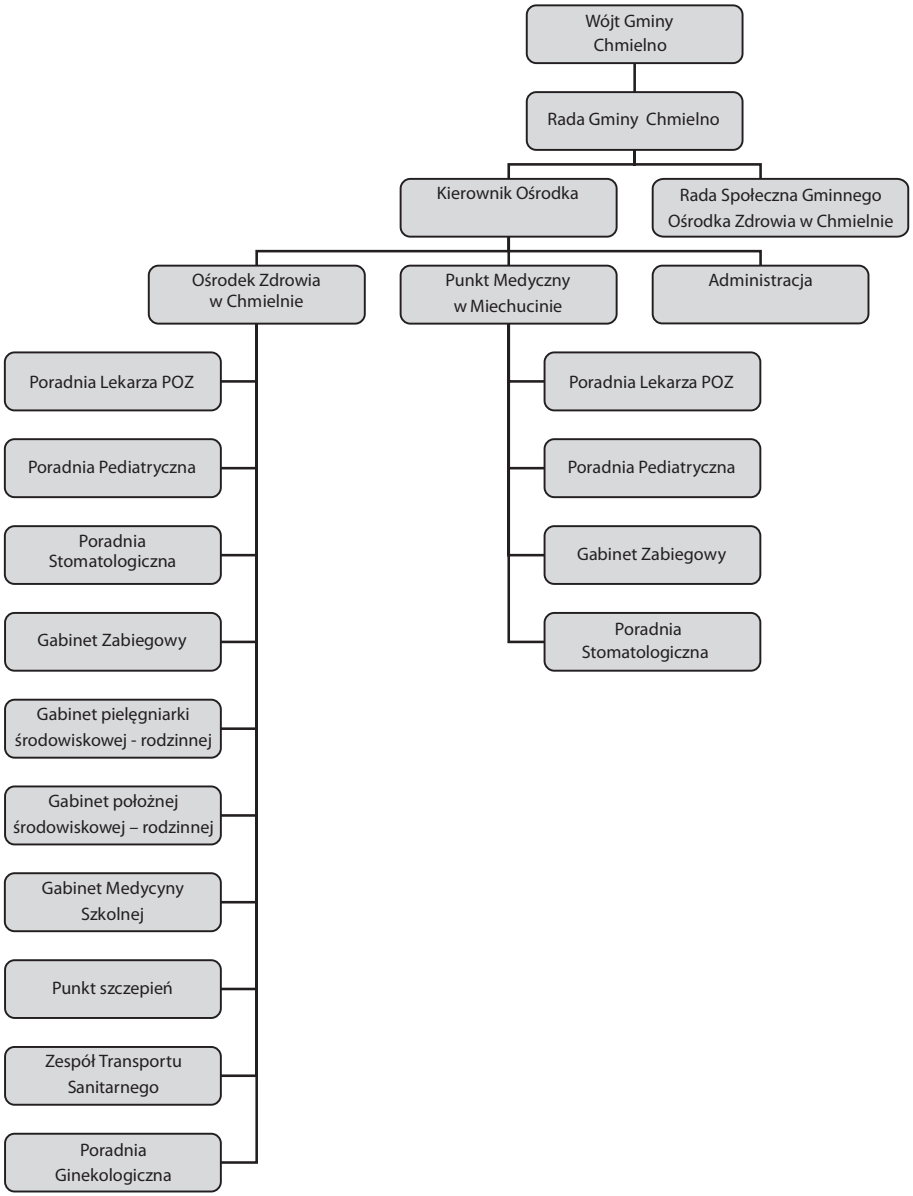


Rysunek 4.3. Struktura liniowa

Źródło: opracowane własne.

W praktyce schematy struktury organizacyjnej wskazują również na miejsce świadczenia usług przez podmioty lecznicze. Nie jest to prawidłowy zapis, ponieważ obrazuje raczej układ przestrzenny poszczególnych komórek organizacyjnych. Przykład takiego schematu pokazuje rysunek 4.4.

Struktura organizacyjna w prezentowanym przykładzie jest bardzo prosta. Wszystkie komórki organizacyjne (np. poradnia, gabinet) są podporządkowane bezpośrednio kierownikowi ośrodka. Warto zwrócić uwagę na dość dużą rozpiętość kierowania. Wydaje się, że opisujący organizację pomylili (przynajmniej w części) układ organizacyjny z przestrzennym rozmieszczeniem stanowisk pracy i przypinanymi GOZ do realizacji zadaniami. Możliwe, że (potwierdza to praktyka) zadania w punkcie szczepień i gabinecie zabiegowym wykonuje ta sama osoba/osoby, jednocześnie realizując zadania wynikające z obowiązków przypisania jej np. do gabinetu pediatrycznego. Dlatego też prawidłowe byłoby ustalenie stanowisk pracy (np. pielęgniarka, pielęgniarka środowiskowa, pielęgniarka medycyny szkolnej) i przypisanie im zadań: albo bardzo wyspecjalizowanych dla wyspecjalizowanych stanowisk (pielęgniarka medycyny szkolnej), albo uniwersalnych dla stanowiska pielęgniarka, np. z zakresu szczepień, pobrań krwi i medycyny szkolnej. Jeśli w strukturze



Rysunek 4.4. Struktura organizacyjna Ośrodka Zdrowia w Chmielnie

Źródło: http://www.zoz.chmielno.pl/zalaczniki/struktura.org.pdf [dostęp: 18.12.2020].

brakuje pośrednich stanowisk kierowniczych (np. kierownik poradni POZ), kierownik jest lekarzem, a więc specjalistą z branży. Więcej o prawidłowym nazewnictwie i zakresie zadań w dalszych częściach niniejszej publikacji.

Do zalet struktury liniowej można zaliczyć:

- przejrzystość struktury (pod warunkiem jej prawidłowego zaprojektowania i opisania);
- przejrzystość ról, zadań, uprawnień i odpowiedzialności uczestników organizacji;
- sprawowanie całościowego nadzoru nad organizacją przez kierownika lub właściciela;
- szybkie podejmowanie decyzji;
- kierownictwo jest blisko miejsc powstawania problemów.

Wadami struktur liniowych mogą zaś być:

- duża rozpiętość kierowania;
- niski stopień specjalizacji kierownika;
- duża centralizacja uprawnień decyzyjnych, a co za tym idzie, możliwość paraliżu decyzyjnego organizacji w wyniku np. absencji kierownika;
- brak specjalistycznej rady/wsparcia dla kierownika;
- obciążenie kierownika bieżącymi sprawami organizacji, co odciąga go od spraw strategicznych.

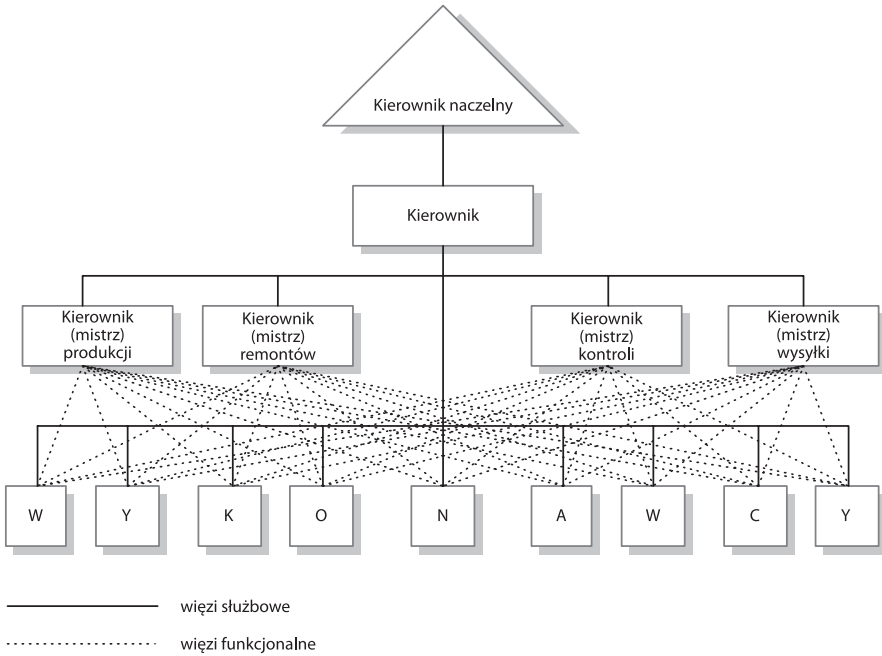
W praktyce występują odmiany tej formy strukturyzacji elementów i działań, szczególnie gdy kierownik nie jest specjalistą z branży (w tym wypadku lekarzem). Zwykle mamy wtedy do czynienia z kierownikiem pośrednim – specjalistą z branży – np. kierownikiem ds. medycznych.

W sytuacji gdy organizacja zaczyna się rozrastać bądź zaczyna działać w złożonym i dynamicznym otoczeniu i/lub z wykorzystaniem bardzo złożonych technologii, wady struktury liniowej zaczynają przeważać nad zaletami.

Ewolucją struktury liniowej i odpowiedzią na jej wady (brak wyspecjalizowanych kierowników) była **struktura funkcjonalna**, która w założeniu opiera się na specjalizacji funkcjonalnej kierowników, równorzędności więzi służbowych i funkcjonalnych. Konsekwencją tych założeń jest odrzucenie zasady jedności kierowania. Liczba kierowników funkcjonalnych może być różna, zależnie od potrzeb. Kiedy wzrasta, bardziej skomplikowane stają się jednak stosunki zależności, wynikające z rozproszenia władzy. Obrazuje to rysunek 4.5.

Sprzężenia/drogi służbowe nie pokrywają się ze sprzężeniami (wiedzą, doradztwem, poleceniami dotyczącymi sposobu wykonania) funkcjonalnymi, co powoduje, że wykonawca może otrzymywać polecenia od kilku kierowników naraz, przy czym mogą one być sprzeczne. Zaletami struktury funkcjonalnej są:

- specjalizacja kierowników w zakresie określonych funkcji;



Rysunek 4.5. Struktura funkcjonalna

Źródło: Bieniok, Rokita, 1994, s. 81.

- większa elastyczność w zakresie dostosowywania się do zmian w danym obszarze.

Do wad tego typu struktury można zaliczyć:

- zazębianie się zakresu władzy stanowisk funkcjonalnych;
- osłabienie odpowiedzialności za skutki wydanych dyspozycji;
- brak osoby odpowiedzialnej za całokształt działania;
- trudności w rozgraniczeniu kompetencji;
- wyodrębnianie się, w miarę wzrostu wielkości i złożoności organizacji, coraz to nowych funkcji prowadziło do rozrastania się aparatu zarządzania.

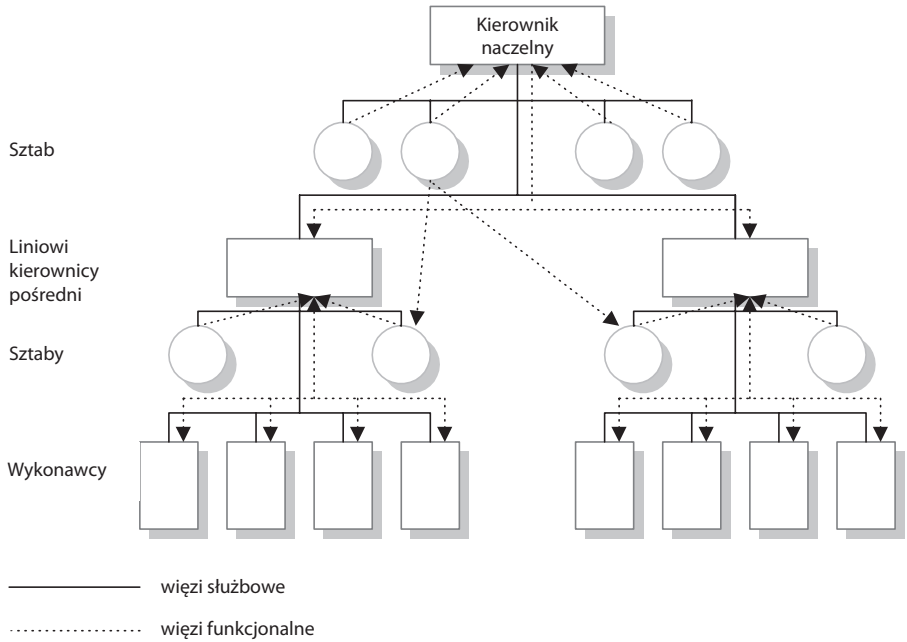
W praktyce gospodarczej takie rozwiązania znajdują zastosowanie m.in. w organizacjach zajmujących się badaniami i rozwojem, również w dużych laboratoriach badawczych w medycynie.

Struktura sztabowo-liniowa i pionów funkcjonalnych

Opierając się na doświadczeniach i dostosowując swą wewnętrzną organizację do wymogów technologii i/lub otoczenia, przedsiębiorstwa skorzystały z już istniejących rozwiązań, czerpiąc z nich to, co było najlepsze.

Z połączenia struktury liniowej i funkcjonalnej powstała *struktura sztabowa*, inaczej zwana *sztabowo-liniową*. W strukturze sztabowej, tak jak w strukturze liniowej, nadrzędną rolę odgrywają stosunki hierarchicznego podporządkowania, dopuszczając jednocześnie zależności funkcjonalne.

Charakterystyczną cechą tej struktury jest istnienie, obok komórek liniowych, pomocniczych komórek funkcjonalnych. Dostarczają one informacji i porad zarówno komórkom bezpośrednio nadrzędnym, jak i odpowiednim, służbowo od nich niezależnym, organom funkcjonalnym na niższych szczeblach. Powoduje to, że więzi funkcjonalne mogą (rysunek 4.6):



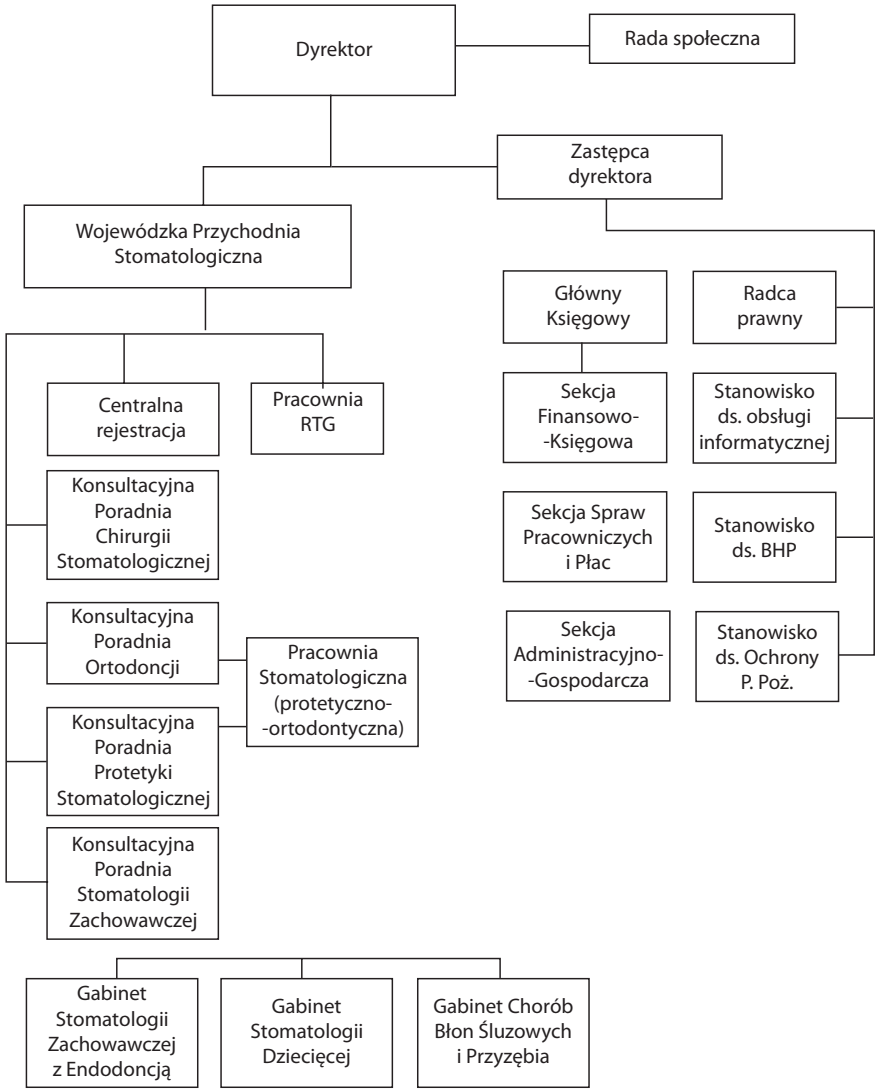
Rysunek 4.6. Struktura sztabowo-liniowa

Źródło: Bielski, 1996, s. 219.

- pokrywać się z więziami służbowymi i biec w tym samym kierunku;
- pokrywać się, ale biec w przeciwnych kierunkach;
- przebiegać niezależnie od więzi służbowych.

Struktura sztabowo-liniowa jest najbardziej rozpowszechnionym w rzeczywistości gospodarczej modelem uporządkowania wewnętrznego organizacji. Wynika to z przejęcia zalet zarówno struktury liniowej, jak i funkcjonalnej. Należą do nich m.in.:

- jednoznaczny, klarowny podział pracy, kompetencji i odpowiedzialności;



Rysunek 4.7. Przykład struktury sztabowo-liniowej podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne na postawie regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej im. dra n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie.

- prostota i przejrzystość konstrukcji;
- szybkość decyzji i zachowanie autorytetu kierownika;
- korzystanie ze zdania wysokiej klasy specjalistów i doradców.

Dzięki wykorzystaniu wiedzy specjalistów organizacja jest w stanie i może szybko reagować na zmiany zachodzące zarówno w otoczeniu, jak i technologii. Oczywiście istnieje niebezpieczeństwo ignorowania rad specjalistów przez kierowników liniowych bądź też nieumiejętnego ich wykorzystywania. Komórki funkcjonalne mogą też dążyć do autonomizacji. Nieprawidłowości te mogą wpływać na efektywność organizacji.

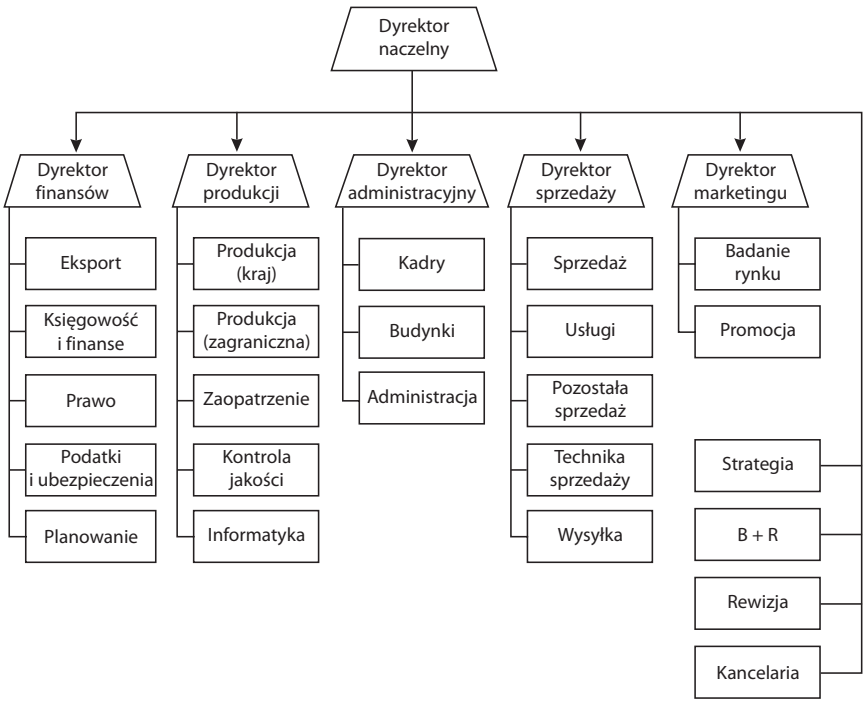
Przykład ten znakomicie oddaje istotę struktury sztabowo-liniowej. Dyrektor specjalista jest wspierany przez komórki sztabowe z zakresu ogólnie rozumianej administracji (sprawy pracownicze, finanse, informatyka). Poszczególne komórki liniowe (poradnie) mogą również korzystać z fachowej rady w wyżej wymienionych zakresach. Struktura sztabowo-liniowa pozwala łączyć zasadę jedności kierowania z wykorzystaniem specjalizacji. W tym przypadku rolą specjalistów jest wsparcie kierowników liniowych (kierownik poradni), lecz bez możliwości bezpośredniego oddziaływania na pracowników wykonawczych (pracowników poradni). Jednym z niebezpieczeństw może być ambicja sztabów do większego wpływu na funkcjonowanie organizacji, co może podważyć zasadę jedności kierowania. Na efektywność funkcjonowania organizacji w układzie sztabowo-liniowym ma niewątpliwie wpływ precyzyjne rozdzielenie kompetencji pomiędzy sztaby i linię. Komórki zwane **sztabowymi** lub **funkcjonalnymi** obarczono zadaniami wspomagającymi pracę przełożonych kierujących firmą [Rutka, 1996, s. 79]:

- wspomaganie merytoryczne procesu planowania, organizowania, motywacji i kontroli pracy podwładnych, realizowanego przez przełożonych liniowych (np. *Specj. ds. kontrolingu*, *Sekcja kontroli wewnętrznej*, *Dział przygotowania produkcji*);
- wspomaganie merytoryczne zadań realizowanych przez stanowiska wykonawcze (np. *Radca prawny*, *Specj. ds. Rekrutacji*);
- prowadzenie merytorycznego nadzoru nad pracą stanowisk i komórek organizacyjnych stosownie do przydzielonych zadań i posiadanych kompetencji (np. *Rada Nadzorcza*, *Specj. ds. jakości*, *Kolegium Programowe*).

Rozwinięciem struktury sztabowo-liniowej jest **struktura pionów funkcjonalnych** [pionów scalonych] (rysunek 4.8). Wraz z rozwojem przedsiębiorstwa – zwiększaniem sprzedaży, nowymi usługami, a co za tym idzie, wzrostem złożoności procesów koordynacyjnych wymaga się innego podejścia do strukturyzacji działań. Kierownictwo liniowe wraz z pogłębianiem się specjalizacji pracy oraz pojawianiem się nowych specjalności traci możliwość efektywnego koordynowania pracy wszystkich zatrudnionych. Zwiększona liczba zadań wymusiła przejęcie odpowiedzialności pośrednich szczebli kierowania również za operatywną działalność w poszczególnych obszarach

organizacji. Wyspecjalizowani kierownicy przejmują odpowiedzialność za określone funkcje przedsiębiorstwa, do których można zaliczyć:

- funkcję genotypową (np. usługi stomatologiczne, podstawowa opieka);
- funkcję handlową;
- funkcję finansowo-księgową;
- funkcję administracyjną oraz
- funkcję techniczną.



Rysunek 4.8. Struktura pionów funkcjonalnych (pionów scalonych)

Źródło: opracowanie własne.

Powołani kierownicy, odpowiedzialni za poszczególne funkcje, zostają przełożonymi wszystkich pracowników (w tym kierowników) danego obszaru – tak powstaje pion funkcjonalny. Jednocześnie pełnią oni nadzór merytoryczny nad działaniami komórek i stanowisk organizacyjnych niepodlegających im służbowo.

W ramach powierzonych funkcji kierownicy funkcjonalni mają prawo do inicjowania działań, opracowywania procedur oraz nadzorowania przestrzegania ustalonych procedur działania przez te obszary organizacji (inne

piony, działy), które nie podlegają im służbowo. Dyrektor ds. finansów może opracować procedury kontroli kosztów, a kierownik ds. transportu ma prawo do opracowania zasad gospodarki środkami transportu użytkowanymi przez inne komórki organizacyjne. Podobnie w podmiotach leczniczych, np. kierownik ds. kadr może opracować i wdrożyć procedury ustalania grafików dyżurów, oceny pracowniczej lub rozliczania godzin nadliczbowych. Przykład struktury pionów scalonych podmiotu leczniczego prezentuje rysunek 4.9.

Podstawowe zalety struktury pionów funkcjonalnych to:

- duża przejrzystość struktury;
- wysoki poziom specjalizacji kierowników;
- możliwość uzyskania kompetentnej rady, wspomaganie kierowników liniowych;
- możliwość sprawdzania kompetencji nowo zatrudnionych przez doświadczonego kierownika pionu;
- ukształtowanie się dużych zespołów o podobnych kwalifikacjach (elastyczność dzięki koncentracji kadr i środków działania);
- możliwość zapewnienia kompleksowego nadzoru nad pracownikami przez kierowników-specjalistów;
- tworzenie specjalistycznych ośrodków wspomagania kierownictwa firmy;
- możliwość wykorzystania efektu skali działania dzięki wspólnemu działaniu (koncentracja działania, ograniczenie rezerw, np. wspólne zakupy dla całej organizacji);
- możliwość wykorzystania efektu machinalizacji dzięki specjalizacji stanowisk i komórek.

Podobnie jak w przypadku poprzednich typów struktur, wraz ze wzrostem organizacji dają o sobie znać wady organizacji zorganizowanej w oparciu o piony funkcjonalne. Im bardziej zdywersyfikowana działalność, tym więcej problemów i trudności generuje taki układ organizacyjny. Wady struktury pionów funkcjonalnych wskazano w tabeli 4.3.

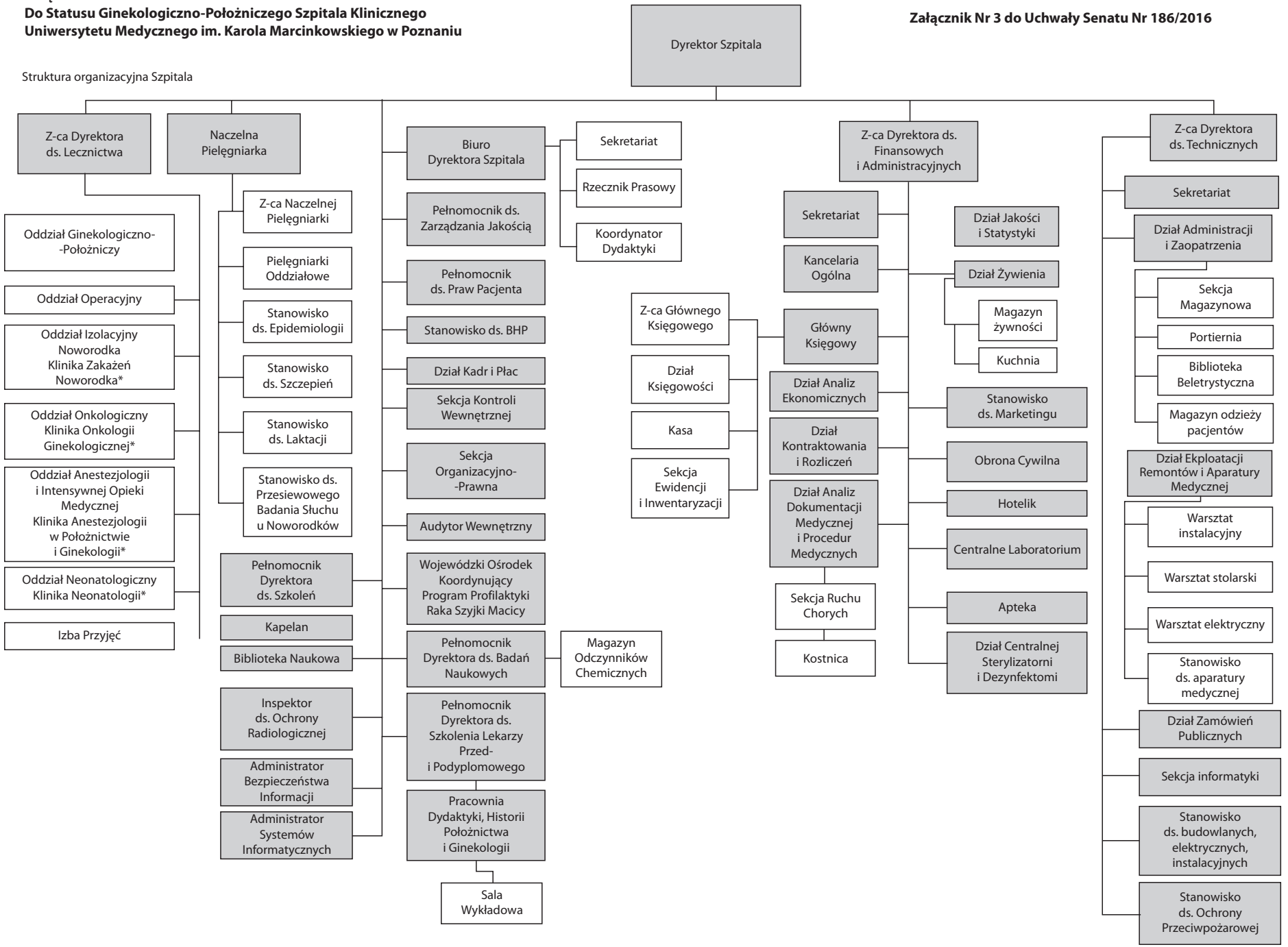
Przedstawione słabości można ograniczać poprzez podjęcie szeregu działań, szczególnie integracji obu obszarów organizacyjnych – emocjonalnej i organizacyjnej, w szczególności:

- wyraźne określenie ról (zadań, kompetencji i odpowiedzialności) linii i sztabów;
- nauczenie i wykształcenie nawyku korzystania z kwalifikacji linii (opracowanie procedur i zasad współpracy);
- integrowanie organizacyjne i emocjonalne linii i sztabów (praca w tych samych budynkach, wspólne szkolenie, uzależnienie wynagrodzenia sztabów od wyników linii);
- powiązanie oceny pracy sztabów z wynikami linii;

Załącznik nr 1
Do Statusu Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Załącznik Nr 3 do Uchwały Senatu Nr 186/2016

Struktura organizacyjna Szpitala



* nadzór merytoryczny

Rysunek 4.9. Przykład struktury pionów funkcjonalnych – schemat struktury organizacyjnej szpitala klinicznego

Źródło: Uchwała Senatu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Tabela 4.3. Wady struktury pionów funkcjonalnych z perspektywy poszczególnych obszarów organizacyjnych

Perspektywa tzw. linii (komórek realizujących funkcję genotypową)	**Perspektywa komórek funkcjonalnych**
oderwanie się sztabów od realiów absolutyzacja wymagań i procedur z powodu zbyt specjalistycznego postrzegania rzeczywistości dążenie do doskonałości i realizacji powierzonej funkcji (skutkiem jest dążenie do doskonałości i uniformizacji procedur, a nie ułatwienie pracy linii) autonomizowanie się sztabów i pionów funkcjonalnych ze względu na trudności zbudowania systemu oceny efektywności ich funkcjonowania tendencje do nadmiernej rozbudowy potencjału sztabów i przechwytywania wiedzy	niechęć do korzystania z ich usług przez tzw. linię (zazdrość o prestiż i zasługi) niechęć linii do ponoszenia ryzyka związanego z innowacjami, swoisty konserwatyzm nadmierna wiara linii we własne doświadczenie, niechęć do „teoretycznej" wiedzy sztabowców
Perspektywa całej organizacji	
konflikty pomiędzy pionami, autonomizacja, maksymalizacja korzyści pionu kosztem firmy tylko naczelne kierownictwo ogarnia całokształt problemów „z lotu ptaka" konieczność koordynowania działań pionów (procesy gospodarcze są realizowane przez wiele stanowisk podporządkowanych różnym szefom); naczelne kierownictwo, „spinając piony", nie ma czasu na sprawy strategiczne brak jasnej odpowiedzialności za proces, produkt	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rutka, 1996, s. 87–89.

- rotacja pracowników między linią a sztabami, co pozwala na poznanie warunków pracy i może zwiększyć realizm proponowanych rozwiązań.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można powiedzieć, że piony organizacyjne, wyodrębnione w oparciu o specjalizację funkcjonalną, umożliwiają poprawę merytorycznego poziomu podejmowanych decyzji. Jednocześnie jednak utrudniają, a czasami uniemożliwiają określenie związku pomiędzy poniesionymi nakładami w danym pionie a efektami jego pracy.

4.3.2. Struktury pośrednie (adaptacyjne/przejściowe)

Struktura dywizjonalna

U podstaw wyewoluowania struktur pośrednich, takich jak struktura dywizjonalna i holding, leżała przede wszystkim zmiana strategii monoproduktywnej

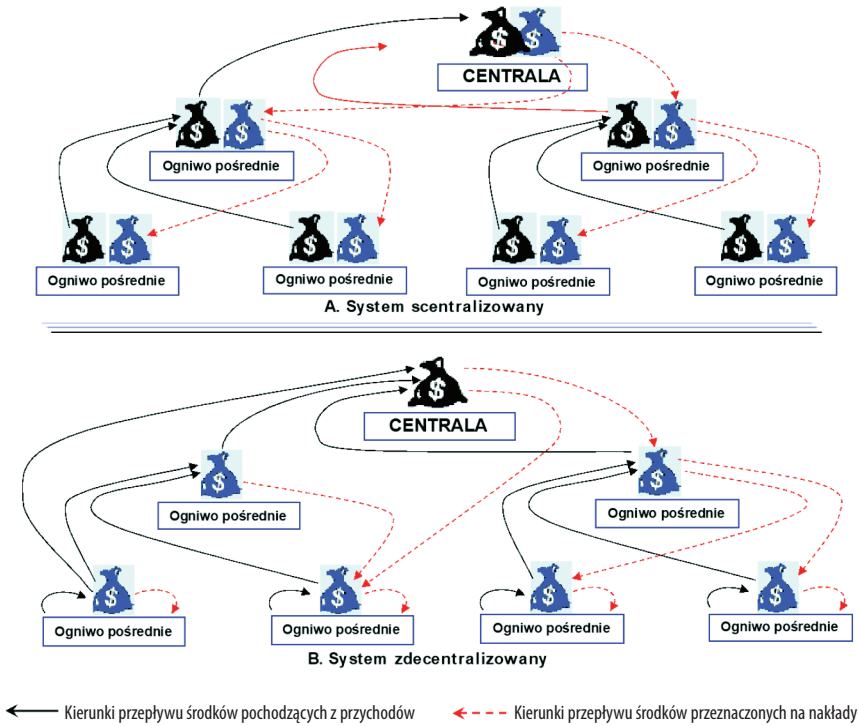
(monousługowej) na strategię dywersyfikacji działalności. W odmiennych warunkach pojawiają się przed zarządzającymi nowe problemy, które wymuszają na nich nowe spojrzenie zarówno na całość organizacji, jak i jej poszczególne fragmenty. Często dywersyfikacja produkcji wiąże się z zastosowaniem nowych (nawet rewolucyjnych) technologii, które nie pozwalają na utrzymanie dotychczasowego systemu podziału funkcji i grupowania komórek. W miarę jak działalność przedsiębiorstwa ulega różnicowaniu, podejmowanie decyzji zaczyna wymagać przetwarzania coraz większej liczby informacji, które to stają się w dodatku coraz bardziej specyficzne. Dywersyfikacja działalności, będąca następstwem zmian popytu, nacisków konkurencji lub pojawienia się nowych technologii, zwykle oznacza realizację nowych, często niezgodnych z dotychczasowymi przedsięwzięć, a co za tym idzie, wprowadzenie nowego układu funkcji w nowych obszarach działalności. Coraz trudniej powiązać nakłady pracy i kapitału poniesione w poszczególnych pionach z efektami ekonomicznymi.

W strukturze sztabowo-liniowej jedynie dyrekcja otrzymuje informacje konieczne do zapewnienia integracji. Bardzo szybko okazuje się ona niezdolna do dostrzegania i przetwarzania wszystkich napływających informacji. Stając się „wąskim gardłem" systemu informacyjnego, nie jest w stanie koordynować działalności poszczególnych pionów funkcjonalnych. Jednym z rozwiązań jest decentralizacja zarządzania rozumiana jako przekazywanie uprawnień decyzyjnych w dół hierarchii organizacyjnej. Możemy powiedzieć, że organizacja jest zdecentralizowana, jeżeli większość istotnych decyzji (a co za tym idzie, uprawnień do decydowania) może być podejmowana przez kierowników niższych szczebli.

W ramach procesu zmian (patrz rozdział drugi) organizacje muszą wyodrębnić poszczególne procesy/produkty, zarówno organizacyjnie, jak i ewidencyjnie. Następuje przejście z układu funkcjonalnego na przedmiotowy (przedmiotowe kryterium wyodrębnienia podstawowych części składowych organizacji), według poniższych kryteriów:

- wyrób/usługa,
- obszar/terytorium działalności,
- rynek.

Prowadzi to do wyodrębnienia w strukturach subsamodzielnych oddziałów (dywizji). Jednocześnie za rozwiązaniami organizacyjnymi muszą pójść rozwiązania w obszarze zarządzania finansami. Im większa część ogólnej sumy wydatków dywizji jest finansowana z jej własnych przychodów, tym większą autonomię decyzyjną posiada, i tym większy jest poziom decentralizacji firmy (rysunek 4.10).



Rysunek 4.10. Finansowanie działalności organizacji scentralizowanych i zdecentralizowanych

Źródło: Rutka, 1996, s. 96.

Decentralizacja federacyjna (tzn. wyodrębnienie dywizji) umożliwia różnicowanie procesów produkcji i sprzedaży oraz dostosowanie ich do specyfiki danej dziedziny działalności. Przejście od struktur sztabowo-liniowych do *dywizjonalnych* (kolejny krok na drodze ewolucji struktur) i ich ewolucja stwarzały (i stwarzają) problemy:

- czy należy stworzyć kilka oddziałów dużych, czy więcej małych?
- gdzie wytyczyć linię podziału i jak traktować współzależności i zazębiania się?
- jaką rolę przypisać centralnym służbom funkcjonalnym przedsiębiorstwa?

Ze względu na specyfikę działania każdej firmy poszczególne problemy występują w różnym natężeniu, co powoduje ogromną różnorodność struktur dywizjonalnych. Możliwe poziomy decentralizacji przedstawia tabela 4.4.

Tabela 4.4. Poziomy decentralizacji

	Wariant	Uprawnienia jednostki organizacyjnej	
		podstawowej lub pośredniej	**centrali**
decentralizacja funkcjonalna	1.	Bez uprawnień dotyczących dysponowania zasobami.	Zakupuje środki działania wg własnego planu.
	2.	Formułuje zapotrzebowanie na ściśle określone środki działania.	Weryfikuje i zatwierdza zapotrzebowania podległych jednostek, zakupuje środki działania i przekazuje je w użytkowanie podległym jednostkom.
	3.	Formułuje potrzeby finansowe na zakup ściśle określonego środka działania.	Weryfikuje i zatwierdza zapotrzebowanie finansowe na zakup środka działania przez podległą jednostkę, a następnie przekazuje jej stosowną dotację celową.
	4.	Formułuje potrzeby finansowe na prowadzenie określonego rodzaju działalności (np. badanie rynku, szkolenie, remonty itp.).	Weryfikuje i zatwierdza zapotrzebowania finansowe podległych jednostek, a następnie przekazuje im subwencje na prowadzenie określonego rodzaju działalności (budżetowanie).
decentralizacja federacyjna	5.	Dysponuje częścią własnych przychodów na pokrycie kosztów prowadzenia określonej grupy produktów, w pozostałych przypadkach postępuje wg jednego z ww. wariantów (1–4).	Przekazuje podległym jednostkom uprawnienia do dysponowania częścią uzyskiwanych przez nie przychodów, postawione do jej dyspozycji środki są dysponowane wg jednego z ww. wariantów (1–4).
	6.	Dysponuje częścią własnych przychodów na pokrycie kosztów działalności operacyjnej (bieżącej); w pozostałych przypadkach postępuje wg jednego z ww. wariantów (1–4).	Przekazuje podległym jednostkom uprawnienia do operatywnego zarządzania zasobami ludzkimi. Taktyczne i strategiczne zarządzanie ich zasobami odbywa się wg jednego z ww. wariantów (1–4).
	7.	Dysponuje częścią własnych przychodów na pokrycie kosztów działalności operatywnej i taktycznej; w przypadku działalności strategicznej postępuje wg jednego z ww. wariantów (1–4).	Przekazuje podległym jednostkom uprawnienia do operatywnego i taktycznego zarządzania zasobami. Zarządzanie strategiczne realizuje wg jednego z ww. wariantów (1–4).

Źródło: Haus, 1975, s. 102–107.

Czynnikami, które należy wziąć pod uwagę, decydując się na decentralizację zarządzania, są m.in.:

- rozmiar firmy, zwykle w małej firmie władza będzie scentralizowana, w dużej zwykle są przesłanki do decentralizacji;
- faza cyklu życia organizacji. We wczesnej fazie rozwoju organizacji zwykle mamy do czynienia z dużą centralizacją. Dojrzalsza firma może być scentralizowana w mniejszym stopniu;
- poziom dywersyfikacji. Jeżeli przedsiębiorstwo jest monoproduktowe/usługowe i/lub działa na jednym rynku, to zwykle może być mocno scentralizowane. Duża dywersyfikacja działalności (usługa/rynek) skłania ku decentralizacji federacyjnej;
- otoczenie. Stabilne otoczenie pozwala na dużą centralizację, zmienne i burzliwe – wymusza decentralizację.

Innym aspektem decentralizacji jest odpowiednia alokacja uprawnień decyzyjnych. Wybór umiejscowienia uprawnień decyzyjnych powinien być podyktowany analizą poniższych uwarunkowań [Rutka, 1996, s. 99–104]:

- poziom dywersyfikacji działalności;
- dynamika zmian w otoczeniu;
- wielkość organizacji i tempo jej wzrostu;
- zasięg skutków decyzji;
- waga problemu decyzyjnego;
- zakres, pracochłonność zbierania i przetwarzania informacji niezbędnych do podjęcia decyzji;
- kultura organizacyjna;
- kwalifikacje kadry, szczególnie na niższych szczeblach zarządzania;
- atrakcyjność uprawnień decyzyjnych;
- pożądany poziom poufności decyzji;
- technika pracy i przedmiot działania;
- zdolność do pokrywania wydatków z własnych przychodów;
- niezbędny poziom amortyzowania zakłóceń w funkcjonowaniu organizacji;
- ekonomia skali działania;
- terytorium działania.

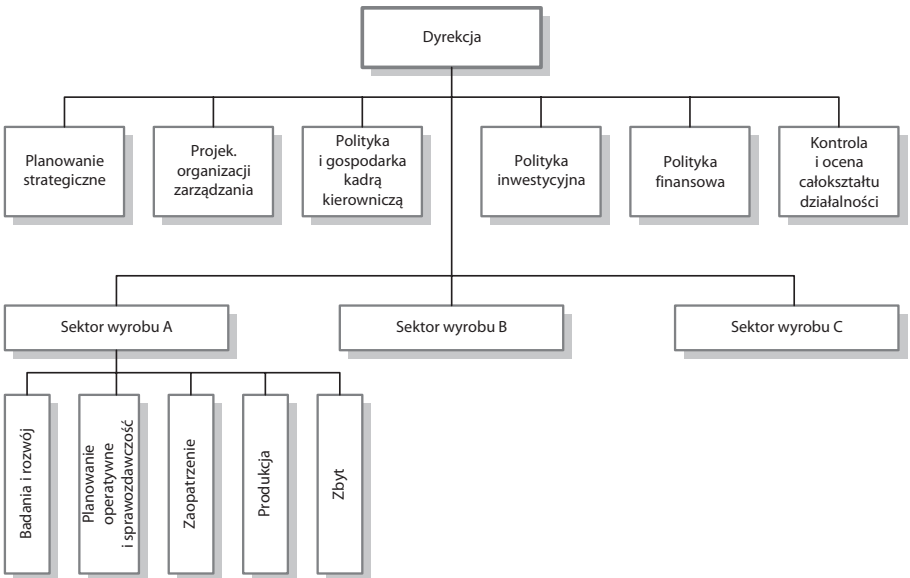
Wymienione uwarunkowania mogą oddziaływać w tych samych lub przeciwnych kierunkach.

W praktyce gospodarczej przyjmuje się zwykle następujący podział zadań, uprawnień i odpowiedzialności:

- na poziomie centrali są realizowane zazwyczaj – polityka finansowa, inwestycje, planowanie strategiczne, marketing strategiczny, polityka zakupów

i sprzedaży, polityka kadrowa (w stosunku do kadry kierowniczej), polityka płacowa;
- w dywizjach umieszcza się pozostałe funkcje, np. produkcja, sprzedaż, zaopatrzenie, zapewnianie jakości;
- niektóre obszary mogą być realizowane zarówno w centrali, jak i w dywizjach, np. finanse.

„Dywizjonalizacja idzie z reguły w parze z przedmiotowym grupowaniem i wyodrębnianiem wewnętrznych segmentów (*divisions*) organizacji o dużym stopniu swobody. Zarówno organizacja jako całość, jak i wewnętrzna struktura wydzielonych jednostek mają poza tym cechy struktury liniowo-sztabowej" [Bielski, 1996, s. 221]. Przykład struktury dywizjonalnej pokazuje rysunek 4.11.



Rysunek 4.11. Fragment struktury dywizjonalnej

Źródło: Bieniok, Rokita 1984, s. 101.

Podział zadań, uprawnień do decydowania oraz odpowiedzialności między centralą a samodzielnymi oddziałami pozwala usprawnić zarządzanie, podnieść zdolność organizacji do reagowania na potrzeby otoczenia i podejmowania trafnych decyzji. Przeważnie decyzje strategiczne dotyczące strategii, inwestycji, polityki finansowej zostają w gestii centrali. Również centrala dokonuje oceny efektywności.

Poziom i zakres odpowiedzialności przypisany dywizjom musi być skorelowany z możliwościami danej dywizji, jej zasobami i doświadczeniem kadry zarządzającej. Trudno sobie wyobrazić tworzenie SBU[3] bez wyposażenia dywizji w zasoby (ludzie, narzędzia, zasoby finansowe) pozwalające na m.in.: prowadzenie badań laboratoryjnych, techniczne przygotowanie produkcji, produkcję, finanse, marketing i sprzedaż.

Rozpowszechnienie struktur dywizjonalnych w dużych organizacjach wynika z ich wielu zalet. Do głównych można zaliczyć:

- decyzje są podejmowane bliżej miejsc powstawania problemów;
- elastyczna (szybka reakcja na zmiany);
- jasna odpowiedzialność za produkt, rynek i klienta;
- naczelne kierownictwo zajmuje się sprawami strategicznymi;
- efektywne gospodarowanie zasobami (możliwość przypisania kosztów i przychodów).

Dzięki tym korzyściom wielkie przedsiębiorstwa z jednej strony osiągają korzyści ze skali działania, a z drugiej lepiej dopasowują się do poszczególnych rynków/klientów.

W działalności podmiotów leczniczych struktura dywizjonalna ma również szerokie zastosowanie. Zalety struktur dywizjonalnych trudno przecenić, prowadząc działalność rozproszoną – np. ZOZy w kilku miejscowościach. W takim przypadku mamy do czynienia raczej z odpowiedzialnością na poziomie operatywnym (poprawność działania, jakość obsługi itp.). Centrala zwykle odpowiada za rozwój sieci placówek. Zdarza się jednak, że podmioty lecznicze dywersyfikują usługi i pomimo opierania się na podobnych zasobach (personel medyczny) procesy biznesowe (usługowe) wymagają odrębnego podejścia. Przykład takiego rozwiązania przedstawia rysunek 4.12. Organizacja szpitala klinicznego jest podzielona na dwie dywizje: szpital (procesy leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego) oraz przychodnię (procesy kontrolne, diagnozowanie i udzielanie porad lekarskich). Pomimo możliwości dzielenia zasobów (personel, częściowo sprzęt i budynki) specyfika procesów/produktów usługowych wymaga innej struktury działań, a co za tym idzie, „osobnych organizmów" organizacyjnych.

Dobra znajomość oczekiwań bezpośredniego otoczenia, jak również warunków zewnętrznych i wewnętrznych, w jakich działa dana dywizja (oddział), podnosi prawdopodobieństwo ich trafności. Duża samodzielność

---

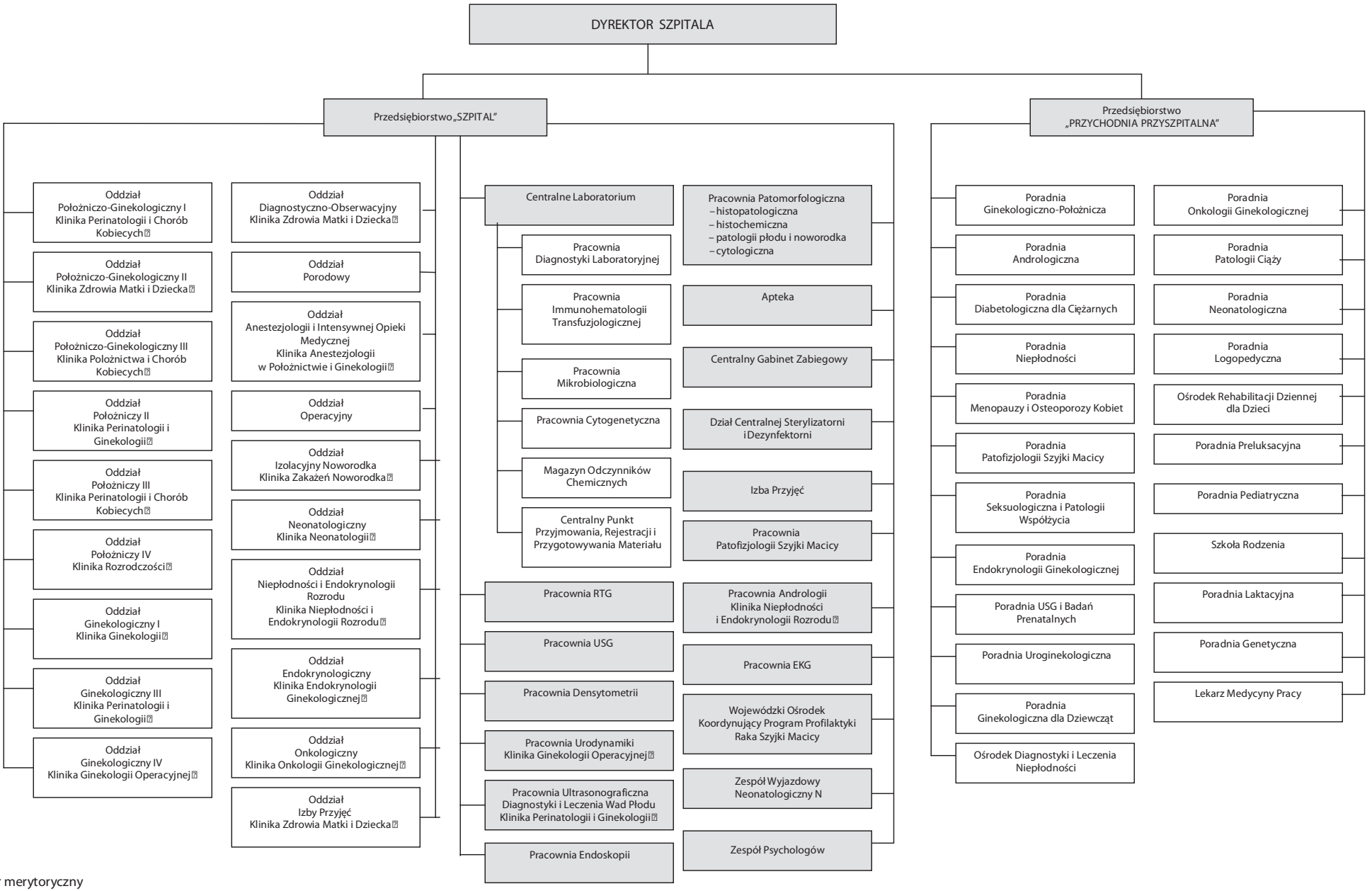
[3] SBU (ang. *Strategic Business Unit*) **Strategiczna jednostka biznesu** (SJB) to wyodrębniony w przedsiębiorstwie podsystem, wyspecjalizowany przedmiotowo, który działa jako samodzielny zakład i w danym środowisku konkurencyjnym [Stabryła, 2005, s. 61].

ZAŁĄCZNIK Nr 1

Załącznik do Uchwały Senatu Nr 207/2012

do Statutu Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRUKTURA ORGANIZACYJNA



nadzór merytoryczny

Rysunek 4.12. Struktura dywizjonalna podmiotu leczniczego

Źródło: http://www.gpsk.am.poznan.pl/upload/files/bip/GPSK_zalacznik_nr_1_statutu.pdf [dostęp: 29.12.2020].

i odpowiedzialność za wyniki jednostki gospodarczej ma niebagatelne znaczenie motywacyjne – praca staje się ciekawsza, stawia więcej wyzwań i może przynosić więcej satysfakcji.

Znaczna autonomia poszczególnych dywizji neutralizuje wady struktury o nadmiernie rozwiniętej liczbie szczebli hierarchicznych, ograniczając w dużym stopniu przepływ informacji w kierunku pionowym (większość informacji przepływa w ramach danej dywizji). Poza tym dobrze działający zarząd może zapewnić taki stopień integracji samodzielnych jednostek i koordynację działań, aby wykorzystać zarówno korzyści płynące z dużej skali działania, jak i te, które wynikają z elastyczności oraz zdolności przystosowawczych.

Struktura dywizjonalna posiada również pewne wady, do których można zaliczyć niebezpieczeństwo wystąpienia konfliktów między samodzielnymi jednostkami a centralą oraz trudności w koordynacji działań. W tym rodzaju struktury z większym natężeniem występują problemy dyferencjacji i integracji poszczególnych komórek i całych dywizji.

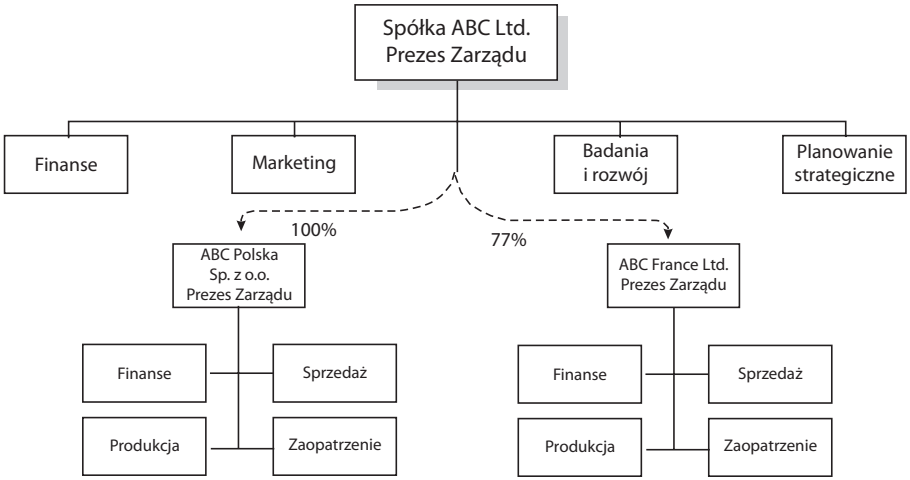
Struktura holdingowa

Ewolucyjną formą struktury dywizjonalnej jest holding (w Polsce: grupa kapitałowa). Jego powstanie może być m.in. następstwem decyzji o usamodzielnieniu i nadaniu formy prawnej dywizjom[4], które dotychczas stanowiły integralną część przedsiębiorstwa (rysunek 4.13).

Tym, co naprawdę odróżnia holding od przedsiębiorstwa dywizjonalnego, jest zakres i sposób ponoszenia odpowiedzialności centrali za wyniki działalności (w rzeczywistości) subsamodzielnych jednostek zależnych. Problemy jednej z firm holdingowych mogą być rozwiązywane przy współudziale centrali, lecz, co ważne, nie muszą. Nie muszą też powodować problemów w innych przedsiębiorstwach holdingu. W praktyce z punktu widzenia centralizacji zarządzania holdingiem możemy wyróżnić [Nogalski, 1994, s. 34]:

- *holding finansowy*, który steruje i kontroluje wyłącznie za pomocą instrumentów finansowych. W decyzjach o przyznawaniu kapitału inwestycyjnego bierze pod uwagę głównie rentowność, ryzyko i szanse, a także potencjał wzrostu w skali średnioterminowej;
- *strategiczny holding zarządzający*, który obok sterowania finansowego ustala zakres działalności koncernu, planuje jego strategię i zajmuje się aktywnie rozwojem przedsiębiorstwa, co wpływa bezpośrednio na poszczególne jednostki;

[4] Powstanie czy też budowa holdingu może następować również poprzez wykupywanie większościowych udziałów w innych spółkach, tworzenie spółek *join venture*, outsourcing kapitałowy czy intersourcing.



Rysunek 4.13. Przykład struktury holdingowej

Źródło: opracowanie własne.

- *strategiczno-operacyjny holding przemysłowy lub usługowy*, który poza ww. funkcjami zapewnia badania centralne, koordynuje marketing, prowadzi zaopatrzenie w standardowe materiały i usługi, a tym samym wywiera bezpośredni wpływ na działalność operacyjną.

Do zalet holdingów można zaliczyć:

- możliwość przejściowego finansowania poprzez „przepływy środków finansowych";
- omijanie ograniczeń wynikających z ustawodawstwa antymonopolowego;
- rozłożenie ryzyka inwestycyjnego;
- zachętę dla inwestorów zewnętrznych do zaangażowania środków w przedsięwzięcia realizowane przez holding w ramach „spółki – córki".

Przykładem struktury holdingowej w Polsce wśród podmiotów leczniczych jest Grupa Medicover. Bardzo zdywersyfikowane portfolio usług ustrukturyzowano w poszczególne spółki odpowiedzialne za dany produkt/usługę (biznes). W ramach grupy kapitałowej funkcjonuje kilkanaście spółek. Rozwój grupy kapitałowej odbywa się zarówno przez akwizycję istniejących podmiotów, jak i tworzenie biznesu od podstaw. Skład grupy i obszar działania przedstawia tabela 4.5.

Tabela 4.5. Wybrane spółki grupy Medicover i zakres ich działalności

Spółka Grupy Medicover	Obszar działania (biznes)
Medicover Sp. z o.o.	spółka „matka"
Medicover Forsakrings AB (PUBL) Spółka Akcyjna – Oddział w Polsce	pakiety i ubezpieczenia
Invimed - T Sp. z o.o.	sieć klinik leczenia niepłodności
Centrum Medyczne Damiana Holding Sp. z o.o.	sieć przychodni dla dzieci i dorosłych
Medi Partner Sp. z o.o.	sieć przychodni
Denta Care Sp. z o.o.	sieć przychodni stomatologicznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie medicover.pl [dostęp: 29.12.2020].

Struktura grupy Medicover jest następstwem wielu akwizycji (wykupienia udziałów) na przestrzeni ostatnich lat. Należy jednak pamiętać, że poszczególne spółki mogą mieć różne struktury organizacyjne, odpowiednie do rozmiarów i obszaru działania danej spółki. Mniejsze będą zorganizowane w układzie sztabowo liniowym, a większe – jako dywizja lub holding (np. Centrum Medyczne Damiana Holding Sp. z o.o.)

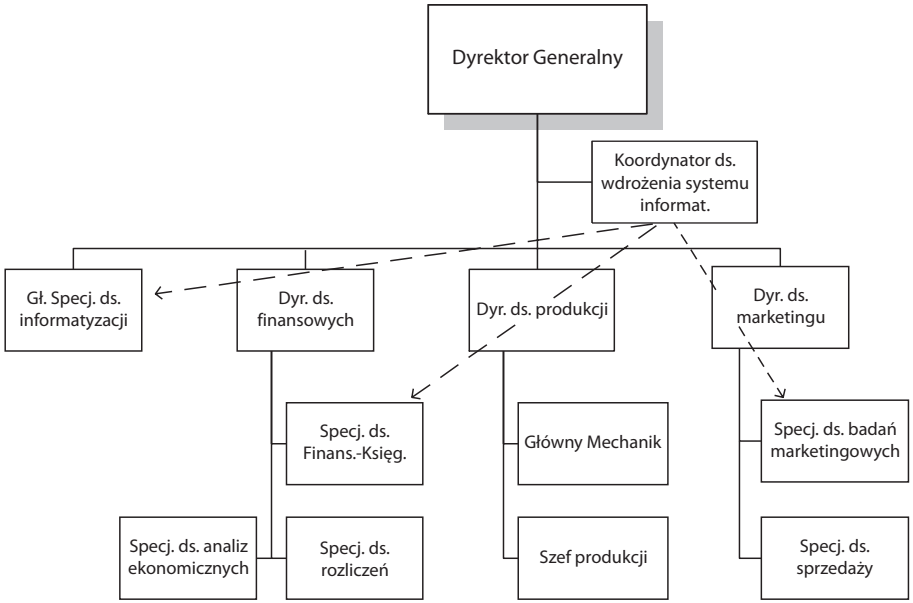
4.3.3. Struktury pośrednie (elastyczne)

Struktura projektowa

Wzrost znaczenia otoczenia jako czynnika wpływającego na funkcjonowanie organizacji, a co za tym idzie, na ukształtowanie jej struktury, niejako wymusił zapotrzebowanie na struktury lepiej i szybciej dostosowujące się do zmiennych warunków funkcjonowania. W turbulentnym otoczeniu decentralizacja zarządzania nie była wystarczającym rozwiązaniem. Elastyczność struktur objawia się dostosowaniem zaangażowanych zasobów do aktualnych potrzeb, tj. zmiany zespołów ludzkich i przypisywanych im zadań bez konieczności ciągłego przekształcania struktury. Pociąga to za sobą konieczność zmiany podejścia do hierarchii i jedności kierowania. W strukturach elastycznych (wbrew powszechnej opinii) mamy do czynienia z hierarchią (przede wszystkim działań), ale o charakterze okresowym. Jedność kierowania natomiast jest rozumiana jako podporządkowanie i odpowiedzialność pracownika przed przełożonym za daną sprawę (również czasowa). Taka postulowana zmienność ról jest możliwa przy mniejszym stopniu formalizacji organizacji. Również stopień zhierarchizowania jest znacznie mniejszy niż w organizacjach zbliżonych do modelu mechanistycznego.

Struktura projektowa (rysunek 4.14) może być odpowiedzią na rosnącą potrzebę uelastycznienia organizacji podmiotów leczniczych bez dużej ingerencji w ich dotychczasową naturę (strukturę). Struktura ta pozwala na realizację zadań incydentalnych, nowych, bardziej złożonych i wymagających szerokiego zakresu wiedzy. Powoływanie zespołów zadaniowych umożliwia wprawdzie szybsze i trafniejsze rozwiązywanie powstałych w organizacji problemów. Niemniej w większości przypadków opierają się one na ukształtowanych wcześniej strukturach organizacyjnych, np. sztabowo-liniowych, dywizjonalnych. Dobrym przykładem struktury projektowej (a przynajmniej najbardziej popularnym) jest serialowy Dr House i jego zespół. W zależności od specyfiki i/lub zakresu nowego przedsięwzięcia możemy wyróżnić:

- luźne zespoły kierowane przez koordynatora zadania. W podmiotach leczniczych dotyczy to zwykle zadań pozamedycznych lub organizacyjnych w obszarze medycznym (np. wdrażanie postanowień Karty Praw Pacjenta, wdrażanie systemów ISO). Przykładem medycznym z serialu Dr House jest zespół opiekujący się tzw. trudnym przypadkiem, ale dość dobrze zdiagnozowanym. Zadania są realizowane przez członków zespołu w ramach swoich specjalizacji i w komórkach „macierzystych" (wykonują oni swoje bieżące zadania, a część czasu poświęcają zadaniom z projektu), a koordynator kompletuje zespół, nadzoruje działania i śledzi postęp prac;
- zespoły zadaniowe, do których na określony czas zostają oddelegowani pracownicy z poszczególnych komórek organizacyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy. Są oni służbowo podporządkowani kierownikowi projektu i zajmują się wyłącznie zadaniami z projektu. Podmioty lecznicze mogą wykorzystać tą formę pracy zespołowej w sytuacjach dużych zmian organizacyjnych w obszarze medycznym (np. w czasie pandemii – tzw. zespoły covidowe, pojawiające się wraz z tworzeniem oddziałów covidowych, lub też nowe urządzenia diagnostyczne, roboty operacyjne, które są wynikiem zmian w technologii). Ale może to być również zespół przygotowujący nową, innowacyjną metodę leczenia – np. zespół prof. Religi i przeszczepy serca. Wspomniany wcześniej Dr House w szczególnie skomplikowanych przypadkach zagospodarowywał w całości czas pracy uczestników swojego zespołu;
- grupy decyzyjno-koordynujące – składające się z wybranych członków kierownictwa i wysokiej klasy specjalistów. Analizują postęp prac i podejmują decyzję co do kierunków dalszych działań. Tu też z pomocą przychodzi serial. Takie właśnie grupy były powoływane w przypadku bardzo kontrowersyjnych i „niebezpiecznych" pomysłów Dra House'a (dyrektor szpitala, kierownicy oddziałów). W naszej rzeczywistości leczniczej tego



Rysunek 4.14. Struktura projektowa

Źródło: opracowanie własne.

typu grupy zwykle przyjmują postać konsyliów lekarskich w trudnych przypadkach.

Gdy projekty stają się normą w działalności organizacji, powołuje się coraz więcej zespołów w tym samym czasie do różnych przedsięwzięć o złożonej strukturze działań i zapotrzebowaniu na wysokiej klasy zasoby; występuje potrzeba głębszych zmian organizacyjnych. Komórki funkcjonalne, piony organizacyjne – stałe elementy organizacji, tracą na znaczeniu wraz ze wzrostem niestandardowych zadań – a rośnie znaczenie zespołów zadaniowych.

Struktura macierzowa

Postępujący proces zwiększania znaczenia zespołów zadaniowych doprowadził do ukształtowania się struktur macierzowych (rysunek 4.15). Lawrence i Davis wskazują na cztery etapy procesu wykształcenia się struktur macierzowych [za: Stoner, Wankel, 1992, s. 218]:

- etap 1: to tradycyjna piramida (struktura sztabowo-liniowa lub pionów funkcjonalnych), realizująca standardowe zadania;
- etap 2: tworzenie czasowych zespołów projektowych (na bazie zasobów z dotychczasowej struktury) do realizacji doraźnych celów i zadań;

- etap 3: trwałe nakładanie zespołów projektowych na strukturę pionów funkcjonalnych;
- etap 4: dojrzała macierz, w której obydwa wymiary struktury, tj. funkcjonalny i zadaniowy, koegzystują, realizując wspólnie cele przedsiębiorstwa.

Struktura macierzowa jest kolejnym krokiem w ewolucji struktur organizacyjnych, zbliżającym je do struktur organicznych. Wynika to z faktu, że przyjmują one możliwość zmiany raz ukształtowanych zespołów i zmiany zadań stawianych uczestnikom organizacji. Tak zdefiniowany obszar wykorzystania tego typu struktur wskazuje na duże możliwości zastosowania ich w leczeniu szpitalnym, gdzie każdego pacjenta można traktować jako osobny przypadek, szczególnie w sytuacjach ratowania życia, gdzie stopień złożoności problemu jest bardzo wysoki. Obszarem możliwym do wdrożenia rozwiązań struktury macierzowej jest SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy), na co też wskazują zalecenia co do lokowania SOR-ów (Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Dz.U. Nr 55, poz. 365) i wymogów stawianych szpitalom, aby w swoich strukturach miały:

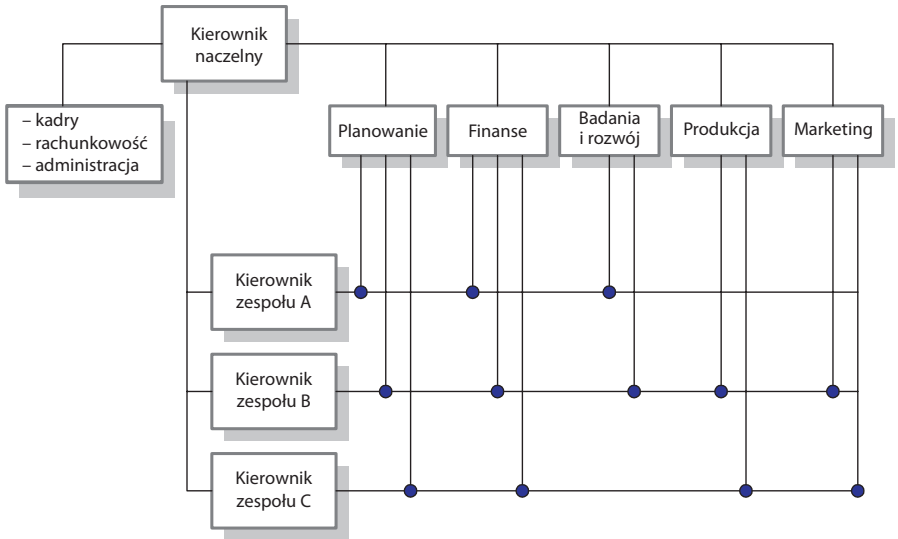
- oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową;
- oddział chorób wewnętrznych;
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- pracownię diagnostyki obrazowej;
- medyczne laboratorium diagnostyczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

Zasoby te mogłyby stanowić podstawę budowy zespołów zadaniowych. Rzeczywistość wygląda jednak inaczej. Rozporoszone zasoby skutecznie utrudniają działanie zespołowe (równoległe, symultaniczne) na rzecz działań sekwencyjnych.

Struktury macierzowe są wykorzystywane w przedsiębiorstwach przeznaczających te same środki na realizację różnych misji, których nie da się zhierarchizować, a ich realizowanie wymaga kierowania się odmiennymi prawidłowościami rozwojowymi. Nie wyklucza to jednak możliwości zastosowania jej do zadań o bardziej trwałym i ciągłym charakterze, gdzie grupowanie następuje na podstawie przedmiotowej.

To krzyżowanie się misji wymaga odmiennego podziału odpowiedzialności, uprawnień i stawianych zadań. Stanowi to o specyfice struktury macierzowej, w której porzucono zasadę jedności kierowania na rzecz podwójnego podporządkowania, co obrazuje rysunek 4.15.

Podwójne podporządkowanie może jednak prowadzić do niejasności i sporów kompetencyjnych, a także co do podziału środków. Nie należy również tworzyć zespołów do rozwiązania każdego problemu. Wreszcie



● uczestnicy zespołów lub grupy uczestników realizujące daną funkcję w ramach przedmiotowego zadania zespołu

Rysunek 4.15. Struktura macierzowa

Źródło: Bielski, 1996, s. 224.

wprowadzenie tej formy struktury może natrafić na duży opór ze strony uczestników organizacji, a jej efektywność będzie w dużej mierze zależeć od zrozumienia i zdolności funkcjonowania pracowników w nowych warunkach, zupełnie odmiennych od istniejących w klasycznych strukturach, gdzie jest zachowana jedność kierowania.

W praktyce wiele firm stosuje ten typ struktury, jednakże w wybranych obszarach działalności organizacji. Bardzo często w formie macierzowej istnieją działy badania i rozwoju, gdzie charakter i częstotliwość zmian zadań jest bardzo duża. W praktyce gospodarczej wykształciły się trzy typy struktur macierzowych. Ich charakterystyka została zawarta w tabeli 4.6.

Im bardziej nowatorskie i jednostkowe projekty, tym prędzej organizacje podążają w kierunku macierzy projektowej.

Tabela 4.6. Zalety i wady różnych typów struktur macierzowych

Typ macierzy	Charakterystyka
Macierz funkcjonalna	Zalety: – wysoka elastyczność i efektywność wykorzystania personelu ze względu na operatywną podległość kierownikom funkcjonalnie wyspecjalizowanych komórek, – zachowanie zasady jedności kierownictwa operatywnego, – zachowanie walorów specjalizacji funkcjonalnej, – możliwość prowadzenia kompletnego nadzoru nad wykonawcami zlecenia. Wady: – w przypadku niedostatecznego wyposażenia kierownika projektu w uprawnienia brak możliwości skutecznego wpływania na podwykonawców projektu, – niebezpieczeństwo utrzymania się barier między obszarami funkcjonalnymi, – powolna reakcja na zmiany oczekiwań klientów, – brak wpływu kierownika projektu na dobór osób i metod realizacji zadań.
Macierz zrównoważona	Zalety: – kierownik projektu uzyskuje uprawnienia do operatywnego kierowania członkami zespołu zadaniowego (decydowanie o kolejności realizacji, terminach rozpoczęcia i zakończenia, dzielenie zadań, budzenie motywacji członków zespołu), – możliwość skutecznego wywierania wpływu na wykonawców projektu, – większa elastyczność reagowania na zmiany w stosunku do macierzy funkcjonalnej. Wady: – pozostawienie nadzoru merytorycznego w gestii zwierzchników funkcjonalnych, – brak decydującego wpływu na dobór realizatorów projektu, – dwoistość operatywnego podporządkowania wykonawców projektu – „sługa dwóch panów”, – niebezpieczeństwo konfliktów między kierownikami funkcjonalnymi a kierownikami projektu.
Macierz projektowa	Zalety: – zintegrowanie uprawnień kierowniczych w rękach kierownika projektu, – największa spośród struktur macierzowych elastyczność reagowania na oczekiwania klientów i zmiany w otoczeniu, – identyfikacja pełnej odpowiedzialności za projekt na stanowisku kierownika projektu, – jednoznaczna integracja członków zespołu z realizowanym projektem, – powstanie mechanizmu sprzyjającego ujawnieniu słabości potencjału firmy i ich kategoryzowania (ludzi, techniki itp.) Wady: – niebezpieczeństwo niekompetencji merytorycznej kierownika projektu, ze względu na zróżnicowanie kwalifikacyjne członków zespołu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Webber, 1984, s. 384 i nast.

Do zalet struktur macierzowych można zaliczyć [Rutka, 1996 s. 132]:
- zdolność do tworzenia zespołów o strukturze odpowiadającej potrzebom związanym z realizacją określonego przedsięwzięcia (zadania);
- dużą elastyczność reakcji organizacji na zmienne zapotrzebowanie na jej usługi;
- koncentrację uwagi na określonym przedsięwzięciu – służy to także zwiększeniu emocjonalnego zaangażowania w pracę;
- zwiększenie odpowiedzialności za przedsięwzięcie,
- uruchomienie inwencji twórczej dzięki wyzwoleniu się ze skostniałej struktury funkcjonalnej;
- efekt wieloaspektowego rozwiązywania problemu;
- uproszczenie procesów koordynacyjnych dzięki połączeniu specjalistów z różnych dziedzin w jeden zespół zadaniowy.

Rozwiązanie problemu koordynacji i strukturalizacji działań i elementów w układzie macierzowym wiąże się z potencjalnymi zagrożeniami:
- konfliktami pomiędzy „funkcją" a projektem;
- brakiem zrozumienia przez kierowników komórek pionów funkcjonalnych potrzeb kierowników zespołów zadaniowych;
- trudności w kierowaniu zespołami zbudowanymi z ludzi o różnych kwalifikacjach, o odmiennej kulturze pracy i przyzwyczajeniach dotyczących relacji „przełożony – podwładny";
- niepewność członków zespołu co do przyszłości w organizacji;
- dominacja kierowników zespołów zadaniowych może prowadzić do dezintegracji zarządzania firmą, dominacji skuteczności doraźnej nad celem strategicznym.

4.3.4. Struktury organiczne

Jak wspominano, struktury organiczne są wyrazem organicznej koncepcji zarządzania w budowaniu organizacji. Ich głównym celem jest nadanie organizacji jak największej elastyczności i zdolności przystosowywania się do zmian w bezpośrednim otoczeniu, zwłaszcza rynkowym i technologicznym. Można rzec, że struktury organiczne opierają się na przeciwstawnych zasadach niż struktury hierarchiczne. Można do nich zaliczyć m.in. [Bielski, 1996, s. 225]:
- niestały podział zadań – podstawą struktury są zespoły powoływane *ad hoc* w celu realizacji określonego zadania lub rozwiązania problemu;
- rozproszenie władzy w organizacji – jest w znacznym stopniu zdecentralizowana, a stosunki zależności dominują nad stosunkami podporządkowania;

- bardzo niski stopień sformalizowania – normy organizacyjne i przepisy są ograniczone do minimum, a margines swobody uczestników jest znaczny.

Wyzwania stawiane przed systemem organizacyjnym współczesnych organizacji sprowadzają się do dostosowania się do nowych warunków działania. Osiągnąć to można poprzez zmianę relacji wewnątrzorganizacyjnych. W szczególności współczesne organizacje powinny tworzyć system organizacyjny oparty na [Grajewski, 2016, s. 29]:

- zdolności struktury do samoorganizacji, tj. możliwości kształtowania struktury w czasie rzeczywistym;
- redukcji poziomów hierarchicznych do niezbędnego minimum (najlepiej dwa szczeble) – koordynacja następuje poprzez relacje poziome, a nie nacisk hierarchiczny;
- wysokiej zdolności zaspokajania potrzeb klientów poprzez szybkie dostosowanie procesów;
- zwiększaniu różnorodności i zakresu wykonywanych zadań;
- zmianie podejścia do hierarchii z „comand and control" na doradzanie, emocjonalne wsparcie, zgłaszanie pomysłów, merytoryczne wsparcie;
- tworzeniu rozwiązań umożliwiających zmienianie ról, zachodzenie ich na siebie;
- kreowaniu kultury organizacyjnej opartej na kultywowaniu wiedzy, zdolności uczenia się i dzielenia się wiedzą.

Dążenie do urzeczywistnienia wizji organizacji organicznej ze strukturą maksymalnie elastyczną znalazło swe urzeczywistnienie w szeregu propozycji systemowych i strukturalnych. Można do nich zaliczyć[5]:

- organizację uczącą się;
- organizację wirtualną i sieciową;
- organizację fraktalną oraz
- organizację hipertekstową.

W ramach pojęcia „struktur organicznych" występują różne formy układów pracy zespołowej, gdzie są tworzone zespoły kontraktowe, zespoły procesowe, zespoły wirtualne czy zespoły prowadzące sprawę. W skład zespołu mogą też wchodzić specjaliści spoza organizacji. W zespole liczą się przede wszystkim wiedza, skuteczność oraz lojalność i współdziałanie uczestników.

Pełnym urzeczywistnieniem koncepcji organicznego systemu zarządzania są struktury organiczne *sensu stricto* (czysta struktura projektowa) [Strategor, 1996, s. 366]. Zapewniają one maksymalną elastyczność organizacji poprzez ograniczenie stałych elementów do minimum. Uczestnicy zespołów

[5] Dokładny opis poszczególnych koncepcji i ich wykorzystania można znaleźć w: Waśniewski, Strumiłło 2020.

są dobierani przez „liderów" spośród uczestników organizacji (pozostających w stanie oczekiwania) bądź spoza niej. Po realizacji zadania zespoły są rozwiązywane.

Władza w takiej organizacji jest rozproszona i wynika z wiedzy i kwalifikacji, przepływ informacji jest bogaty i wielostronny, problemy rozwiązywane są grupowo, a formalizacja jest ograniczona do minimum. W warunkach bardzo złożonego i zmiennego otoczenia, przede wszystkim technicznego i technologicznego, duża elastyczność organizacji pozwala osiągnąć wysoką efektywność. Wadą struktury organicznej jest trudność koordynacji działań w skali całej organizacji oraz poczucie niepewności jej uczestników co do swej przyszłości. W dalszej części (rozdział piąty) szeroko opisano ujęcie procesowe budowy organizacji, w tym strukturę procesową.

4.4. Proces projektowania struktury organizacyjnej

Omówione w rozdziale pierwszym zagadnienia z zakresu zmiany organizacyjnej pozwalają zakwalifikować projektowaną zmianę (reorganizację/projektowanie) według wyróżnionego kryterium. Nie rozwiązuje to jednak problemu, jak zaprojektować strukturę organizacyjną (podsystem struktury). Nie chodzi oczywiście o efekt procesu projektowania, ponieważ rodzaje struktur zostały zaprezentowane w poprzednich podrozdziałach (4.2–4.3), ale o sam proces projektowania.

W dalszej części autorzy niniejszej publikacji skupią się na klasycznym procesie projektowania, ze względu na fakt, iż organizacje procesowe są jeszcze bardzo rzadkim zjawiskiem, zwłaszcza w polskiej służbie zdrowia (więcej na ten temat w rozdziale piątym), a co za tym idzie, klasyczne układy organizacyjne są dominującą formą organizacji podmiotów leczniczych. Autorzy tej książki proponują klasyczną formułę projektowania od podstaw organizacji według tradycyjnego modelu budowy działania zorganizowanego. Zdaniem P. Grajewskiego model ten sprawdza się również w projektowaniu organizacji procesowej (więcej o podejściu procesowym i organizacji procesowej w rozdziale piątym). Proces projektowania struktury organizacyjnej, zarówno klasyczny, jak i procesowy, przedstawia tabela 4.7.

Tabela 4.7. Etapy cyklu projektowania organizacji

Klasyczny cykl projektowania	Procesowy cykl projektowania
Określenie i podział celu ogólnego organizacji oraz identyfikacja zadań niezbędnych do realizacji celu	Określenie celu działania organizacji
Projektowanie podziału pracy (łączenie zadań w stanowiska organizacyjne)	Identyfikacja procesów w obszarze dwóch megaprocesów: podstawowego i pomocniczego
Łączenie stanowisk w komórki organizacyjne i projektowanie hierarchii organizacyjnej	Projektowanie przebiegu procesów referencyjnych
Projektowanie więzi organizacyjnych	Opracowanie miar procesów i zasad wewnętrznego urynkowienia
Formalizacja organizacji	Opracowanie informatycznego systemu wsparcia działania organizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Grajewski, 2016, s. 144.

Tym, co odróżnia oba podejścia, są oczywiście, poza koncepcją funkcjonowania organizacji, kryteria łączenia zadań w stanowiska pracy oraz stanowisk w komórki organizacyjne. W ujęciu procesowym kryterium tym jest rodzaj procesu i specjalność wykonawcza niezbędna do realizacji operacji w danym procesie. Kryteria łączenia zadań w klasycznych strukturach zostaną omówione w dalszej części.

Na etapie prac projektowych należy określić cele organizacji. Określa się również kompetencje realizacyjne oraz usługi, rynki (geograficznie) i grupy klientów. W ramach tego etapu dokonuje się:

- określenia głównego celu działania przyszłej organizacji (**cel podstawowy**), np. w szpitalu – podnoszenie komfortu życia i ratowanie życia pacjentów;
- celów wspomagających realizację celu głównego (**cele pomocnicze**), np. w szpitalu – realizacja badań naukowych, prowadzenie laboratorium diagnostycznego, edukacja studentów, rozwój zawodowy pracowników;
- oraz celów dodatkowych, niezwiązanych bezpośrednio z celem głównym ale zniezbędnych do realizacji celu głównego, np. *szpital – prowadzenie przedszkola przyzakładowego*;
- ustalenia hierarchii celów: cele główne ⇨ cele cząstkowe ⇨ zbiory działań;
- określenie zadań niezbędnych do realizacji celów, czyli deagregacja celów na działania indywidualne (pojedyncze czynności).

Podział celu strategicznego nie może być płytszy niż granica uniwersalności kwalifikacji zatrudnionych [Rutka, 1996, s. 66]. Oznacza to, że cel musimy

podzielić przynajmniej na takie zbiory czynności/zadań, które mogą być opanowane przez jednego pracownika o określonych kwalifikacjach.

Kolejnym etapem jest zagregowanie zidentyfikowanych działań (pojedynczych czynności) w zbiory działań mogące być realizowane przez jednego pracownika – stanowiska pracy. Ostatecznie całą pracę (wszystkie działania z etapu pierwszego) rozdzielamy na różne stanowiska pracy. Możemy multiplikować dane stanowisko pracy, jeżeli częstotliwość zadań jemu przypisanych przekracza możliwości jednego pracownika (ilościowy podział pracy). W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z jakościowym podziałem pracy (gdy poziom złożoności zadania przekracza możliwości pracownika – tworzenie specjalistycznych stanowisk (specj. ds. sprzedaży, specj. ds. promocji, specj. ds. badań marketingowych).

Jakościowy podział pracy pociąga za sobą jej specjalizację, tzn. ograniczenie zakresu zadań i różnorodności wykonywanych zadań. Specjalizacja (np. lekarska) pozwala na poprawę sprawności organizacji dzięki:

- biegłości wykonawczej z powodu wielokrotności powtarzania danego zadania;
- możliwości opracowania i zastosowania wyspecjalizowanych procedur i narzędzi medycznych;
- ułatwieniu procesów kształcenia w zakresie wąskiej specjalności.

W różnych obszarach pracy w ochronie zdrowia poziom specjalizacji może być różny – od lekarza rodzinnego o bardzo szerokim spektrum wiedzy i przypadków po wąską specjalizację chirurga ortopedy, np. stawu skokowego. W przypadku stanowisk medycznych specjalizacja dotyczy raczej przedmiotu działania, a nie czynności. Istnieją jednak granice specjalizacji stanowisk pracy. Niemniej omówione w poprzednich podrozdziałach typy struktur organizacyjnych w dużej mierze opierają swoją sprawność na specjalizacji i koncentracji podobnych stanowisk. Daleko idąca specjalizacja i koncentracja mogą skutkować m.in.:

- obniżeniem poziomu elastyczności organizacji (podstawowa wada struktur mechanistycznych);
- trudnościami (chęci, czas, koszty) z opanowaniem przez specjalistów nowych zadań i/lub procedur;
- znużeniem psycho-fizycznym pracą ze względu na monotonię, co skutkuje zmniejszeniem wydajności;
- trudnościami z zagospodarowaniem dużej ilości specjalistów skoncentrowanych w jednym obszarze (np. oddział ortopedyczny) w przypadku zmniejszenia zapotrzebowania na usługi;
- problemami z dostrzeganiem zależności: cele organizacji – zadania do wykonania.

Wspomniana wyżej granica uniwersalności kwalifikacji powoduje, że tworzy się szereg wyspecjalizowanych stanowisk w obszarach, których nie jest w stanie opanować jedna osoba.

Na tym etapie, grupując zadania w stanowiska pracy, istotne jest, aby zgrupowanym zadaniom (stanowiskom pracy) nadać odpowiednie uprawnienia i określić zakres odpowiedzialności. Obowiązuje tu zasada równości:

- obowiązków,
- zadań i
- odpowiedzialności.

Przypisanie zadania/zadań danemu stanowisku pracy oznacza obowiązek ich wykonania przez zatrudnionego pracownika. Oczywiście wiemy, że zaprojektowanie wszystkich zadań (pewność ich wystąpienia) jest możliwe w sytuacji rutynowych działań i stabilnych okoliczności. W takim przypadku możemy opisywać stanowiska pracy poprzez zakres czynności. Jeżeli jednak przewidujemy, że warunki funkcjonowania danego stanowiska będą zmienne, określamy obowiązki raczej poprzez zakres zadań, a w szczególnie turbulentnym otoczeniu nawet jako zestaw celów. Określenie uprawnień pracownika (może to być stanowisko kierownicze) oznacza danie przyzwolenia do podejmowania decyzji i działań w celu wypełnienia powierzonych obowiązków (w postaci celu, zbioru zadań lub czynności do wykonania). W szczególności uprawnienia mogą dotyczyć:

- możliwości decydowania lub współdecydowania o celach własnych i/lub podległych komórek;
- możliwości decydowania lub współdecydowania o zadaniach własnych i/lub podległych komórek oraz sposobach ich wykonania;
- możliwości dysponowania środkami finansowymi, rzeczowymi i ludźmi w niezbędnym zakresie (w tym podejmowania działań powodujących właściwe zachowanie się innych uczestników organizacji);
- możliwości żądania dostarczenia środków pracy przez inne zobowiązane do tego komórki organizacyjne;
- możliwości przygotowania i podejmowania określonych działań niezbędnych do wykonania zadań, osiągnięcia celów.

Ostatecznie dla każdego stanowiska należy opisać zakres odpowiedzialności proporcjonalny do zakresu obowiązków i uprawnień. Oznacza to, że nie można pociągać do odpowiedzialności pracownika za zdarzenia lub czynny innych, na które nie miał wpływu i których nie mógł przewidzieć.

W organizacjach może pojawić się sytuacja, w której nie jest przestrzegana zasada równości obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Może to wynikać ze złego zaprojektowania stanowiska, a objawia się w postaci:

- przypisania nadmiernych kompetencji w stosunku do odpowiedzialności. Oznacza to możliwość podejmowania decyzji bez realnych konsekwencji;
- niewystarczających kompetencji w stosunku do obowiązków. Zwykle taki stan rzeczy skutkuje obniżeniem sprawności organizacji, ponieważ zmusza niższe szczeble do prośby o akceptację przez pracownika wyższego szczebla;
- obowiązków mniejszych od uprawnień. Na stanowiskach kierowniczych może skutkować zbyt dużą ilością wolnego czasu i wkraczaniem w kompetencje podwładnych.

Kolejnym (trzecim) etapem procesu projektowania organizacji jest łącznie stanowisk pracy w komórki organizacyjne. Odbywa się to w oparciu o różne kryteria:

- podobieństwo rodzajowe działań (funkcja, technologia). Jest to jedno z podstawowych kryteriów wykorzystywanych w tworzeniu pionów sztabowo-liniowych i funkcjonalnych. Jest również wykorzystywane przy projektowaniu wewnętrznej konfiguracji dywizji lub spółek córek w holdingu. Przykładami łączenia stanowisk/komórek w większe komórki organizacyjne mogą być piony w szpitalu: medyczny i administracyjny, wyodrębniane w oparciu o kryterium funkcji – medycznej (genotypowa) i administracyjna (pomocnicza);
- podobieństwo rodzajowe celów (według przedmiotu lub produktu). Zespół stanowisk zostaje stworzony ze stanowisk niezbędnych do realizacji danego celu lub produktu. Przykładem może być konkretny oddział szpitalny, np. ortopedii, w ramach którego są zatrudnieni lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci czy salowe. Każde ze stanowisk realizuje inną funkcję, ale łącznie pozwalają na uzyskanie efektu (celu), jakim jest wyleczenie pacjenta. To kryterium pozwala na budowanie komórek organizacyjnych, które są odpowiedzialne za całokształt działań. Pozwala na lepszą koordynację i kontrolę pracy. Wyodrębnione według tego kryterium komórki organizacyjne mogą być centrami odpowiedzialności za wyniki;
- lokalizacja geograficzna. Organizacja może być zmuszona do łączenia stanowisk pracy w zespoły w oparciu o kryterium rozmieszczenia terytorialnego jednostek ze względu na rozmieszczenie zasobów niezbędnych do realizacji funkcji genotypowej (np. sieć sanatoriów – specyficzne warunki klimatyczne w konkretnych lokalizacjach) bądź ze względu na rozproszenie odbiorców usług (np. filie i centrala Gminnego Ośrodka Zdrowia). Nie zawsze takie rozwiązanie jest racjonalne, ale decyzje o takiej konfiguracji w podmiotach zdrowia opierają się na ocenie dobra społecznego, a nie efektywności organizacji. Czasami tańszym rozwiązaniem byłoby

zapewnienie sensownej komunikacji pomiędzy poszczególnymi miejscowościami gminy;
- klient. Segmentacja rynku pociąga za sobą konieczność obsługi kilku, kilkunastu homogenicznych pod jakimś względem grup klientów. Często oznacza to konieczność budowania odrębnych struktur, np. sprzedażowych (sieci sprzedaży), dla poszczególnych grup klientów. Uogólniając, buduje się komórki organizacyjne w oparciu o specyfikę współpracy i wymagania klienta. Przykładami mogą być piony w bankowości: pion klientów (obsługi) detalicznej i pion klientów (obsługi) korporacyjnej. W ochronie zdrowia np. Swissmed wykorzystuje to kryterium, organizując działalność szpitalną i podstawową opiekę zdrowotną (przychodnie);
- inne (upodobania i cechy psychofizyczne pracowników, zbieżność czasu realizacji zadań, organizacja projektów, centra dochodu, cykl życia produktu). Zwykle te kryteria są pomocnicze do wcześniej wymienionych. Specyfika pracy szpitala oznacza wielozmianowość (zbieżność czasu realizacji zadań) – są więc tworzone zespoły obsługujące te samą zmianę. Również upodobania i cechy psychofizyczne decydują o składach poszczególnych komórek organizacyjnych.

Wymienione kryteria mogą być stosowane łącznie lub wybiórczo podczas projektowania organizacji. Agregowanie poszczególnych elementów organizacji w większe komórki powinno ułatwiać proces zarządzania. Z jednej strony dobrze byłoby wykorzystać efekt specjalizacji i koncentracji pracy, z drugiej należy mieć na uwadze łatwość przepływu informacji, wspólne cele, emocjonalne zaangażowanie i integrację pracowników. Bez względu na wybór kryterium ostatecznie łączymy stanowiska pracy w większe komórki organizacyjne, a te w większe zgrupowania. Wyróżniamy następujące komórki organizacyjne:
- sekcje – kilka osób (pierwszy poziom złożoności);
- zespoły (zwykle są to komórki o charakterze czasowym);
- działy – kilkanaście osób;
- oddziały (zwykle jednostki umieszczone w równych lokalizacjach), w podmiotach leczniczych jednostki wyodrębnione według kryterium przedmiotowego;
- biura – kilkanaście, kilkadziesiąt osób, zwykle zorganizowanych w sekcje i zespoły;
- piony – kilkadziesiąt, kilkaset osób, zwykle zorganizowanych w działy, sekcje i zespoły.

Na tym etapie organizacja przyjmuje kształt któregoś z typów struktury organizacyjnej. Bez względu na to, jaki typ struktury organizacyjnej zaprojektujemy, należy pamiętać, iż sprawność poszczególnych komórek w dużej

mierze będzie zależała od kompetencji kierownika i liczby podwładnych bezpośrednio mu podległych. Projektując organizację, należy wziąć pod uwagę liczebność poszczególnych komórek, tak aby kierownik odpowiedzialny za daną komórkę był w stanie sprawnie kierować podległym mu obszarem organizacyjnym (potencjalna rozpiętość kierowania). Może być ona różna od formalnej – tej określonej w projekcie, a obie mogą być różne od rzeczywistej rozpiętości kierowania. Listę przykładowych czynników z ich wpływem na rozpiętość kierowania przedstawia tabela 4.8.

Tabela 4.8. Czynniki wpływające na potencjalną rozpiętość kierowania

Czynnik	**Stan czynnika wskazujący na potencjalnie dużą rozpiętość kierowania**	**Stan czynnika wskazujący na potencjalnie małą rozpiętość kierowania**
podobieństwo wykonywanych funkcji przez podwładnych	identyczne funkcje	zupełnie różne funkcje
złożoność realizowanych działań	proste i powtarzalne	złożone i skomplikowane
kwalifikacje personelu	wysokie	niskie
stopień wymaganej koordynacji	niski	wysoki
potrzeba planowania	mała	duża
lokalizacja geograficzna	ten sam obszar	oddalone lokalizacje

Źródło: opracowanie własne.

Po trzecim etapie projektowania, posługując się analogią do organizmu, dysponujemy wszystkimi organami (komórkami organizacyjnymi) niezbędnymi do funkcjonowania organizacji (pełniącymi określone funkcje). Wyspecjalizowane w ramach podziału zadań jednostki nie są zdolne do samodzielnego działania, ponieważ realizują tylko część zadania (celu). Wymagają więc zasileń w informację, zasoby, wiedzę oraz oczekują odbioru efektów swojej pracy. Aby jednak komórki organizacyjne mogły funkcjonować i, co ważne, realizować swoje zadania (realizować wspólny cel), są potrzebne odpowiednie mechanizmy koordynacyjne, pozwalające na zgranie miejsca, czasu i sposobu działania poszczególnych elementów organizacji. Narzędziami koordynacji stają się więzi organizacyjne: techniczna (układ ruchu), informacyjna (układ nerwowy somatyczny), funkcjonalna (specjalizacja poszczególnych narządów) i służbowa (układ nerwowy autonomiczny).

Kolejny etap (czwarty) polega na zaprojektowaniu dynamicznego aspektu funkcjonowania organizacji. Po części już na etapie trzecim, poprzez zaprojektowanie wiązek działań przypisanych poszczególnym wykonawcom,

wykreowano system więzi technicznych. Więzi te obrazują procesy rozumiane jako ciąg działań, realizowane w organizacji, mające na celu wygenerowanie określonego wyniku. Koordynacja działań poprzez więzi techniczne jest realizowana poprzez ustaloną kolejność działań i wskazanie realizatorów poszczególnych czynności (co pozwala na ustalenie następstw w czasie zaangażowania poszczególnych stanowisk/komórek organizacyjnych). Więź techniczna jest pochodną wybranej technologii (w obszarze produkcji) albo koncepcji przebiegu procesów w organizacji.

Następną więzią projektowaną na tym etapie jest więź informacyjna. Pozwala na przepływ informacji pomiędzy stanowiskami, np. informacje o stanie zdrowia pacjenta, podjętych działaniach diagnostycznych, stanie zaawansowania leczenia, a także o gotowości do przyjęcia efektów pracy przez kolejne stanowisko i stanie warunków do realizacji danej fazy leczenia.

Podobnie jak więź techniczna, ta służbowa wynika z układu (szkieletu) organizacji, który wskazuje, kto komu podlega (w osobach kierowników poszczególnych szczebli). W ramach tej więzi przełożony ma prawo decydować (niekiedy współdecydować) o zakresie, rodzaju i czasie pracy podwładnego. Podwładny ponosi odpowiedzialność służbową jedynie przed bezpośrednim przełożonym, niezależnie od tego, kto dane polecenie wydał lub prowadzi nadzór merytoryczny nad jego realizacją.

Ostatnią więzią jest więź funkcjonalna. To układ wewnętrznego doradztwa oraz wsparcia realizacji zadań liniowych (przez komórki sztabowe/funkcjonalne/doradcze, np. radca prawny, dział jakości, laboratorium). Niezależnie od zakresu uprawnień komórki funkcjonalne nie mają prawa do samodzielnego egzekwowania odpowiedzialności (te uprawnienia są zarezerwowane dla zwierzchników służbowych); w ten sposób w organizacjach jest zachowana zasada jedności kierowania.

Ostatni etap (piąty) projektowania organizacji to nadanie jej cech trwałości poprzez formalizację zachowania jej uczestników. Innymi słowy, jest to narzucenie formalnych reguł postępowania, standaryzacja zachowań w celu uzyskania pożądanej sprawności organizacji. Formalizacja oznacza proces, w którym cele i strukturę organizacji ugruntowuje się w organizacyjnych przepisach, budując wzorce postępowań i zależności oraz procedury działania i funkcjonowania [Piotrowski, 2018, s. 96].

Efektem działań formalizacyjnych mogą być przepisy formalne, m.in. [Zakrzewska-Bielawska, 2017, s. 271–273]:

- statut przedsiębiorstwa;
- regulamin organizacyjny;
- schemat struktury organizacyjnej;
- charakterystyka stanowisk pracy (ramy zadań);

- instrukcje obiegu dokumentów;
- procedury (np. procedura zdrowotna – każda elementarna i zdefiniowana pod względem pojęciowym metodyka realizacji świadczenia zdrowotnego. W ujęciu ogólnym procedura zdrowotna jest opisem sposobu realizacji świadczenia zdrowotnego albo schematem postępowania [https://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms/definicje, dostęp: 6.01.2021])[6];
- wytyczne.

Formalizacja, poprzez standaryzację i formalne reguły postępowania uczestników organizacji, pozwala na [Zakrzewska-Bielawska, 2017, s. 272; Rutka, 1996, s. 173–174]:

- wprowadzenie ładu i porządku wewnętrznego za pomocą usystematyzowanego podziału zadań, praw i odpowiedzialności między członków organizacji, aby zlikwidować spory kompetencyjne i nie ominąć kluczowych zadań;
- zagwarantowanie oczekiwanego poziomu zgodności współdziałania danych elementów organizacji za pomocą stosownych instrumentów koordynacji;
- osiągnięcie oczekiwanego poziomu pewności wyniku i sposobu funkcjonowania danych elementów organizacji za pomocą określenia i wprowadzenia zweryfikowanych procedur działania;
- minimalizacja poziomu napięć między członkami organizacji, które mogą powstać w przypadku braku precyzyjnie przedstawionych ram kompetencji i zasad postępowania w organizacji;
- minimalizacja poczucia niepewności w kwestii miejsca i zadań człowieka w organizacji, które może pojawić się, gdy nie ma ukazanych ram i sposobów działania;
- umożliwienie określenia i wycenienia wielkości wpływu danych członków organizacji na jej działanie za pomocą opracowania procedur determinujących ocenę rezultatów i wkładu pracy danych uczestników organizacji.

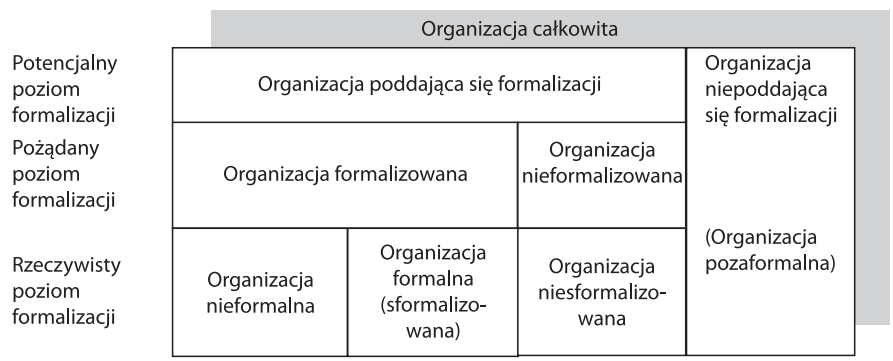
Poziom sformalizowania zależy od wielu czynników, m.in. zmienności otoczenia, technologii, postaw i poziomu kwalifikacji personelu. Do zadań projektujących organizację należy ustalanie odpowiedniego poziomu formalizacji – tzw. optimum formalizacji. W przeciwnym wypadku możemy mówić o:

---

[6] Procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. z 2020, poz. 1398).

- przeformalizowaniu organizacji – występuje, gdy zarządzający wprowadzają szeroki zakres reguł organizacyjnych, regulujący w sposób bardzo szczegółowy sposób zachowania uczestników organizacji, jednocześnie bardzo restrykcyjnych – z karami za nieprzestrzeganie reguł. Prowadzi to do braku elastyczności organizacji i skutkuje inercją organizacji w obliczu zmian w obszarze jej działania (np. otoczenia, technologii, pracowników);
- niedoformalizowaniu organizacji – prowadzi to do swobody działań pracowników, co z kolei skutkuje chaosem i spadkiem sprawności organizacji. Jest wynikiem zbyt małej liczby regulacji i/lub nie dość szczegółowego opisu zasad postępowania w organizacji.

Organizacja całkowita (wszystkie zachowania uczestników) w różnym stopniu będzie podatna na formalizację. Jako projektujący musimy mieć świadomość, że nie wszystkie aspekty zachowania członków organizacji da się kontrolować, standaryzować i regulować. Obszarem, który wymyka się formalizacji, są zachowania ludzi, podlegające emocjom i mogące zależeć od istniejących układów koleżeńskich, sympatii czy antypatii. Ta część zachowań w organizacji jest nazywana organizacją pozaformalną. Pozostałe obszary (zachowania uczestników organizacji) mogą być poddane procesowi formalizacji, tzn. projektujący mają realny wpływ na te postawy i zachowania w organizacji (rysunek 4.16).



Rysunek 4.16. Elementy składowe organizacji całkowitej

Źródło: Rutka, 1996, s. 172.

Część zachowań może być celowo niesformalizowana (organizacja niesformalizowana), np. ze względu na poziom kosztów. Projektujący celowo dają swobodę członkom organizacji. Pozostaje obszar organizacji, m.in. opisany i regulowany przez wymienione wcześniej dokumenty. Jest to organizacja sformalizowana. W praktyce gospodarczej często zachowania uczestników

organizacji odbiegają od formalnych reguł postępowania. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać m.in. w przekonaniu realizatora, że jego sposób działania jest lepszy lub w warunkach działania, które nie pozwalają na to (np. sytuacja zagrożenia życia), czy też w braku poszanowania norm i zasad.

Rozdział 5. Podejście procesowe w projektowaniu działalności podmiotów leczniczych

5.1. Istota podejścia procesowego w podmiotach leczniczych

Rewolucja przemysłowa doprowadziła m.in. do stworzenia modelu organizacji opartego na specjalistycznych zadaniach. Model ten został nazwany klasycznym. Schemat organizacji proponowany przez ten model przedstawiał hierarchiczną strukturę, w której czołowe miejsce zajmowały działy funkcjonalne, a jej podstawową cechą było pionowe podporządkowanie. Łańcuch wzajemnie połączonych działów umożliwiał wysoki stopień specjalizacji, dzieląc całe zadanie na odpowiednie etapy i między osoby posiadające właściwe umiejętności. W ramach stworzonych w ten sposób funkcji budowano poziomy starszeństwa, które z kolei stanowiły hierarchię organizacyjną danej firmy. Model ten był tak dalece rozpowszechniony, że kwestionowanie go należało do rzadkości i funkcjonował, z dużym powodzeniem, przez prawie cały wiek XX. Okazało się jednak, że nie jest w stanie poradzić sobie z problemami przełomu wieków. Takie elementy współczesnego otoczenia ekonomicznego, jak: postęp techniczny, pojawienie się nowych metod wytwarzania, nowych technologii produkcji, wzrost konkurencji oraz globalizacja gospodarki wymuszały na przedsiębiorstwach dokonywanie przekształceń dostosowujących je do nowych warunków.

Również w organizacji podmiotów leczniczych dominuje klasyczne podejście do zarządzania, polegające na traktowaniu organizacji jako zbioru wydzielonych komórek organizacyjnych skupionych wokół funkcji. Do podstawowych wad takiego rozwiązania można zaliczyć m.in. to, że:

- splatające się procesy leczenia (lub etapy procesu leczenia) są od siebie oddzielone poprzez przydzielenie ich do realizacji przez odległe (w rozumieniu podległości hierarchicznej i sprzężenia zwrotnego) obszary organizacyjne (inne oddziały czy też podmioty lecznicze);

- każdy pracownik (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog) ma inne dane o tym samym pacjencie, niekiedy nieaktualne;
- informacje o przebiegu leczenia pochodzą od pacjenta(!), co może prowadzić np. do przekłamań, złych informacji (pacjent myli choroby, lekarstwa, nie pamięta wyników badań);
- badanie nie zostało wykonane, bo wszyscy sądzili, że zrobi to ktoś inny;
- mamy do czynienia z wydłużonym czasem na kompletację dokumentacji medycznej i analizę wyników;
- stan realizacji określonego zadania i/lub procesu leczenia jest nieznany, a co za tym idzie, odpowiednie działania są podejmowane zbyt późno.

Zmiany, jakie wprowadzano przy zastosowaniu dotychczasowej metody organizacji pracy, polegające na rozdrabnianiu działań na zadania i funkcje, nie były trafną odpowiedzią na nowe warunki rynkowe. Dopiero skoncentrowanie się na całym, kompletnym zbiorze czynności, czyli na procesie, okazało się rozwiązaniem pozwalającym na przystosowanie organizacji do wymogów wolnego rynku.

Firmy, które dostrzegły szansę usprawnienia swojego działania przez wprowadzenie nowego modelu organizacji pracy, umieściły proces w centrum swojego zainteresowania. Czyniąc to, organizacja została zmuszona do przekształcenia swej struktury, zmieniając kierunek przebiegu podstawowych działań z pionowego na poziomy. Takie spojrzenie na organizację spowodowało, iż tradycyjny sposób zarządzania został zastąpiony podziałem przedsiębiorstwa na międzyfunkcyjne zespoły ludzi. Nowy model łączył się z odejściem od orientacji nastawionej na strukturę funkcjonalną na rzecz orientacji horyzontalnej, zorientowanej wokół realizowanych procesów. To nowe podejście, opozycyjne wobec klasycznego, w literaturze przedmiotu jest nazywane procesowym/systemowym i stanowi odpowiedź na wyzwania rynku stojące przed współczesną firmą. Tabela 5.1 przedstawia etapy ewolucji podejścia procesowego.

„Systemowe spojrzenie na organizację jest punktem wyjścia, podstawą do projektowania i zarządzania organizacjami, będącymi w stanie odpowiadać na nową rzeczywistość, która charakteryzuje się bezwzględną konkurencją i zmieniającymi się oczekiwaniami klientów" [Rummler, Brache, 2000, s. 36]. Podejście procesowe/systemowe skupia się na tych elementach, które łatwo pominąć w podejściu klasycznym (pionowym) i „…opiera się na założeniu, że należy optymalizować działania, mając na względzie procesy, a nie funkcje, i dlatego proces jest naturalną determinantą osiągania wzrostu efektywności[1]

[1] Więcej o pojęciu efektywności w: Waśniewski, Strumiłło, 2020, s. 19–33; Waśniewski, 2018.

Tabela 5.1. Etapy ewolucji podejścia procesowego do zarządzania organizacją

Etapy	Założenia podejścia procesowego	
	cel	metody
Pierwsza fala, lata dwudzieste XX w.: teoria zarządzania F. Taylora – podstawy naukowej teorii organizacji	najlepsze wykorzystanie czasu pracy, obniżka kosztów produkcji	podział procesu na czynności proste, racjonalizacja sposobów wykonywania czynności niezbędnych, sprzężenie z systemem wynagradzania
Druga fala, lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte XX w.: BPR – Business Process Reengineering M. Hammer, J. Champy	ukierunkowanie na projektowanie procesów w celu zwiększenia wartości dodanej generowanej przez organizację	jednorazowe przedsięwzięcie typu projektowego, optymalizacja wykorzystania zasobów, outsourcing
Trzecia fala, lata dziewięćdziesiąte XX w. i pierwsza dekada XXI w.: BPM – Business Process Management – zarządzanie procesami biznesowymi	ewolucyjne wprowadzenie zmian dzięki kompatybilności procesowych rozwiązań biznesowych i ich informatycznego wsparcia	całościowe podejście do projektowania organizacji, w tym do struktury, proces jako podstawowa kategoria projektowania działań w organizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Grajewski, 2016, s. 54; Bitkowska, 2009, s. 13.

współczesnej organizacji" [Grajewski, 2016, s. 54]. W ramach podejścia systemowego dostrzega się pacjenta, usługę medyczną, pokazuje wewnętrzne powiązania z klientami i dostawcami, a przede wszystkim przebieg pracy/leczenia. Podstawą tego spojrzenia są „procesy, które przekraczają granice między działami funkcjonalnymi" [Rummler, Brache, 2000, s. 35]. Myślenie całościowe, tj. myślenie procesami, wiąże się z odejściem od wciąż dominujących struktur funkcjonalnych. Skoncentrowanie się na procesach oznacza m.in. wnikliwą analizę sposobu opieki nad pacjentem. Warto dodać, iż zagadnienie systemowego spojrzenia na aspekt zdrowia pacjenta zdecydowanie wykracza poza ramy pojedynczej organizacji (podmiotu leczniczego)[2].

Usprawnienie współpracy i komunikacji między obszarami organizacji (np. oddziałami w szpitalu, ale również pomiędzy podmiotami leczniczymi, w ramach całościowego procesu leczenia pacjenta) staje się możliwe dzięki wdrożeniu myślenia w kategoriach powiązanych ze sobą czynności, które swym przebiegiem przecinają (skośnie lub poziomo) tradycyjne struktury organizacyjne i całe organizacje. „Koncepcje przekrojowe – jak pisze J. Lichtarski – dają

[2] Więcej o systemie opieki zdrowotnej w: Waśniewski, Strumiłło, 2020.

możliwość kreowania celów, co polega również na oferowaniu korzyści odpowiadających oczekiwaniom różnych grup interesów, tj. klientów, pracowników i właścicieli, zwiększając tym samym szanse na długofalowy rozwój" [Lichtarski, 1999, s. 257].

Tak więc systemowe/procesowe podejście do organizacji stało się konieczną odpowiedzią przedsiębiorstw na zmieniające się warunki na rynku. O sprawności organizacji i wynikach jej działania decyduje umiejętność integracji działań pomiędzy wykonawcami procesu oraz przesunięcie ośrodka podejmowania decyzji niżej w strukturze firmy. Systemowe podejście pozwala osiągnąć wielowymiarowe efekty strategiczne zarówno w dużych, jak i małych podmiotach leczniczych, które pomimo swej płaskiej struktury borykają się często z funkcjonalnym postrzeganiem swoich zadań przez poszczególne komórki organizacji.

Powyższe problemy zostają rozwiązane przez zastosowanie podejścia procesowego, w którym praca jest zorganizowana wokół konkretnych zadań, stanowiących logiczną całość, posiadających zdefiniowane wejścia oraz wyjścia. Przy takiej organizacji wszystkie działania dotyczące realizacji celu procesu (np. realizacji procesu leczenia) są integrowane w ramach jednego procesu. Myślenie kategoriami procesu leczenia pacjenta (a najlepiej całościowego procesu leczenia pacjenta) polega na postrzeganiu systemu organizacyjnego podmiotu leczniczego (całego systemu ochrony zdrowia) jako układu, w którym miejsca i role są zmienne i wyznaczane przez działania, jakie należy wykonać, aby efekt leczenia był pozytywny.

Podejście procesowe może być traktowane jako niezależna koncepcja, ale jest także wykorzystywane jako narzędzie/technika w innych koncepcjach zarządzania. „Nazwy tych nowych narzędzi są różne, lecz niezależnie od metod celem ich jest przyspieszenie procesów, polepszenie płynności pracy i końcowego jej rezultatu (np. jakości – przyp. autora)" [Carr, Hard, Trahant, 1998, s. 29]. Prezentowane metody zarządzania organizacją powstały w odpowiedzi na zmiany, które zachodzą w środowisku zewnętrznym firmy w wyniku globalizacji rynku. Jedne z metod proponują stopniowe wprowadzanie zmian w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa, inne proponują radykalną re-inżynierię.

Odpowiadając na zmiany w środowisku zewnętrznym i chcąc się do nich dostosować, organizacje stosują często kilka z omawianych sposobów reorganizacji równocześnie. Takie podejście wydaje się uzasadnione, gdyż wspólne dla wszystkich tych metod jest to, że usprawnienie działalności firmy, poprawa jej wyników, pojawia się jako efekt udoskonalania procesów realizowanych w przedsiębiorstwie (tabela 5.2). Zmianom ulegają zarówno procesy ukierunkowane na klienta, jak i te, które są nastawione na poprawę i kontrolę

Tabela 5.2. Zestawienie głównych cech omawianych koncepcji zarządzania

Koncepcje /metody zmian/	**Podstawowe wyznaczniki poszczególnych koncepcji/metod przeprowadzania zmian w przedsiębiorstwie**			
	Punkt wyjścia	**Cele**	**Przedmiot i zakres działań**	**Istota działań**
Reengineering	**Potrzeby rynku** i **procesowe podejście** do działalności przedsiębiorstwa.	**Lepsze zaspokojenie potrzeb klientów** poprzez całościową reorganizację procesów – podjęcie wszystkiego od nowa. Dramatyczna zmiana.	Odejście od utartych prawd i przyzwyczajeń. Wdrożenie myślenia lateralnego.	Stworzenie nowego, bardziej konkurencyjnego modelu przedsiębiorstwa oraz zestawu metod działania.
TQM	Koncentracja na **wymaganiach klientów** jako cecha wspólna wszystkim komórkom przedsiębiorstwa.	**Pełne zaspokojenie ustalonych wymagań klientów**; **wzrost jakości zarządzania** przedsiębiorstwem. Cząstkowa zmiana.	**Procesy** w przedsiębiorstwie postrzegane jako szereg celowych, kolejnych czynności (łańcuch jakości).	Połączenie systemów, techniki i zaangażowania pracowników jako źródło przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa.
Lean Management	**Integracja procesu produkcyjnego;** wyszczuplanie struktury przedsiębiorstwa.	Racjonalizacja funkcjonowania całej organizacji; poprawa stosunków firmy z otoczeniem. Cząstkowa zmiana.	Zakłady o **zmiennym procesie**, płaska struktura organizacyjna.	Łączenie pracy, **upraszczanie procesów**, permanentne szkolenia.
Just in Time	Obniżenie kosztów poprzez zredukowanie zapasów. **Usprawnianie procesów** operacji wewnątrz przedsiębiorstwa.	Redukcja zbędnych zapasów i wszelkich przestojów w produkcji. Cząstkowa zmiana.	Poprawa współpracy z dostawcami; **usprawnienie** przebiegu własnych **procesów.**	Łączenie czasu, ilości asortymentu i miejsca w jeden spójny **zorganizowany proces** logistyczny.
Benchmarking	**Lepsze dostosowanie do wymagań klientów** poprzez porównanie się przedsiębiorstwa z najlepszymi.	Wzrost operacyjnej i strategicznej efektywności przedsiębiorstwa. Cząstkowa zmiana.	Ocena wyników organizacji przez pryzmat organizacji będącej **wzorem jakości** i produktywności.	Zorientowanie przedsiębiorstwa na **proces** uczenia się, wzbogacania umiejętności pracowników i wzrost efektywności.

Źródło: opracowanie własne na postawie Suszyński, 1999, s. 58.

jakości, logistykę oraz zarządzanie. Poprzez usprawnienie procesów cała organizacja zwiększa efektywność swojego działania.

Informacje z tabeli 5.2 obrazują, jakie znaczenie dla funkcjonowania organizacji mają procesy. Wszystkie z wyżej wymienionych metod zarządzania uwzględniają reorganizację procesów jako jedno z działań mających na celu poprawę funkcjonowania organizacji. Dotyczy to zarówno działań wewnątrz organizacji, jak i wyników jej pracy – wyrobów i usług oraz ich jakości. Ze względu na znaczenie, jakie dla usprawnienia działania przedsiębiorstwa mają procesy, jest uzasadnione przeanalizowanie procesów realizowanych przez firmę i ich usprawnienie.

Wprowadzeniem do analizy samych procesów jest zidentyfikowanie miejsca, jakie zajmuje proces w systemowo zbudowanej organizacji, co zostanie przedstawione w dalszej części tego rozdziału.

Podmioty lecznicze funkcjonują w przemyśle medycznym charakteryzującym się wysokim potencjałem know-how oraz w otoczeniu, w którym mamy do czynienia z intensywnym przyrostem specjalistycznej wiedzy zarówno z zakresu medycyny, jak i techniki i technologii. Z tego też względu podmioty lecznicze są organizacjami, które w szczególny sposób powinny podlegać badaniom w zakresie metodologii podejścia procesowego w zarządzaniu [Bartnicka, 2019, s. 38].

Podsumowując dotychczasowe rozważania, trzeba powiedzieć, że głównymi cechami podejścia procesowego są [Bitkowska, 2013, s. 42]:

- koncentracja na zachodzących procesach w organizacji;
- ukierunkowanie na potrzeby klienta zewnętrznego i wewnętrznego;
- zmiana orientacji kierownictwa i pracowników z funkcji na procesy;
- wpływ klientów na organizację;
- ukierunkowanie na wyniki i wartość;
- decentralizacja zarządzania;
- ukierunkowanie na pracę zespołową i doskonalenie kompetencji pracowników;
- ukierunkowanie na zmiany.

Zastosowanie podejścia procesowego (rekonstrukcji układu organizacyjnego w kierunku procesów) pozwala oczekiwać wyższego poziomu elastyczności organizacji. Wynika to z [Grajewski, 2016, s. 54– 55]:

- dynamicznego obrazu działania organizacji umożliwiającego jej członkom identyfikację swojego miejsca i wkładu w działanie i osiągane przez nią efekty;
- zmiany zasad funkcjonowania całego systemu organizacyjnego, która służy zdyskontowaniu dynamizmu jego działania;

- rekonfiguracji całego systemu (ograniczenie się jedynie do zapisu procesów nie zwiększa elastyczności organizacji, a wręcz może tę elastyczność zmniejszać);
- ułatwienia (niejako wprost) usprawnienia systemu działania, a nie jak w podejściu funkcjonalnym, pośrednio poprzez zmianę, porządkowania zbioru zadań;
- akcentowania nastawienia proklienckiego systemu, co znajduje odzwierciedlenie w projektowaniu procesów;
- ukierunkowania działania członków organizacji na poznanie szerszego spektrum spełniania się w realizacji celów, co z kolei sprzyja intensyfikacji procesów uczenia się.

5.2. Proces jako podstawa budowy podmiotów leczniczych

5.2.1. Istota i definicja procesu

Procesy, czy tego chcemy czy nie, występują w każdej organizacji. Nie zawsze jednak menedżerowie sobie to uświadamiają i identyfikują procesy w swoich organizacjach. Dotyczy to również podmiotów leczniczych. Można zaryzykować stwierdzenie, że przemieszczanie pacjenta w szpitalu przypomina taśmę produkcyjną w fabryce samochodów, gdzie izba przyjęć, diagnostyka i oddział szpitalny to kolejne stanowiska wykonujące pracę „nad pacjentem". Problem z uświadomieniem sobie faktu istnienia i funkcjonowania procesów w organizacji wynika przede wszystkim z wiedzy menedżerów oraz układu organizacyjnego nieodzwierciedlającego układu procesowego. Jedną z głównych wad organizacji zorganizowanych według funkcji jest dezintegracja procesu na zadania/czynności realizowane przez „wiele biurek" (w przypadku szpitala można powiedzieć, że pacjent musi przejść przez „wiele łóżek") w różnych częściach organizacji.

Pojęcie „procesu" nie jest jednoznaczne i wiąże się z niedoskonałością semantyczną pojęcia charakteryzującego procesy w organizacji. Procesy jako takie nie są atrybutem wyłącznie organizacji – dotyczą rożnych obszarów zorganizowanej działalności człowieka. Stąd też w literaturze przedmiotu można odnaleźć różne próby wyróżnienia pojęcia „procesu" jako elementu funkcjonowania organizacji, jak np. „proces działania", „proces biznesu", „proces organizacyjny" czy „proces gospodarczy". Odchodzi się od dookreślania tego pojęcia i pozostawia jedynie „proces", rozpatrywany jednakże w aspekcie funkcjonowania organizacji, z ewentualnym doprecyzowaniem kontekstu,

w jakim jest używane. W tabeli 5.3 zaprezentowano zestawienie wybranych definicji pojęcia „procesu".

Tabela 5.3. Wybrane definicje procesu

Autor	Definicja
T.H. Davenport [1993, s. 5]	Ustrukturyzowane, mierzalne działania zaprojektowane do produkcji określonego produktu dla szczególnego klienta lub rynku.
M. Hammer, J. Champy [1996, s. 49]	Zbiór czynności wymagający na wejściu wkładu i dający na wyjściu rezultat mający pewną wartość dla klienta.
W.E. Deming [2000, s. 24]	Każda czynność, działanie, praca jest procesem lub częścią jakiegoś procesu. Z kolei obowiązkiem kadry kierowniczej jest, po pierwsze, zrozumienie istoty tych procesów, a po drugie, dążenie do ciągłego ich doskonalenia.
G. Rummler, A. Brache [2000, s. 75]	Ciąg czynności zaprojektowanych, a następnie wykonanych w ten sposób, aby w ich wyniku powstał produkt lub usługa. Procesy realizowane w organizacjach powinny charakteryzować się następującymi cechami: mieć przewidywalne, zdefiniowane wejścia, stanowić logiczną sekwencję jasno określonych działań lub zadań, prowadzić do uzyskania założonych wyników, stanowiących określoną wartość dla odbiorców.
D. Waters [2001, s. 63]	Proces to metoda, dzięki której produkt jest wytwarzany – pieczenie to proces, w którym powstaje chleb, warzenie to proces, w którym powstaje piwo, sprzedaż to podstawowy proces, jaki prowadzi sklep, edukacja to proces prowadzony w szkołach. W niektórych organizacjach może powstać problem, czy koncentrują się one na produkcie, czy na procesie.
B. Nogalski, J. Waśniewski, M. Wojnarowska [2013, s. 292]	Proces to ciąg sekwencyjnie wykonywanych działań, których efektem jest dostarczony klientowi (zewnętrznemu lub wewnętrznemu) produkt lub usługa o określonym i akceptowanym przez niego poziomie wartości.
P. Grajewski [2016, s. 57]	Proces jest […] zbiorem sekwencyjnych czynności, powiązanych zależnościami przyczynowo-skutkowymi, w tym sensie, że rezultaty działań poprzedzających są wejściami następujących po nich.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bartnicka, 2020, s. 30–32.

Można przyjąć za P. Grajewskim [2003, s. 103], że na istotę procesu realizowanego w organizacji składają się:

- sekwencyjność działań w łańcuchu czynności, które zamieniają mierzalne wejścia (materiały, informacja, ludzie, metody) w mierzalne wyjścia (produkty, usługi, informacje);
- posiadanie i mierzalność celu – tzn. tworzenie wartości uznanej i zweryfikowanej przez odbiorcę (np. pacjenta), zawartej w wyniku procesu;

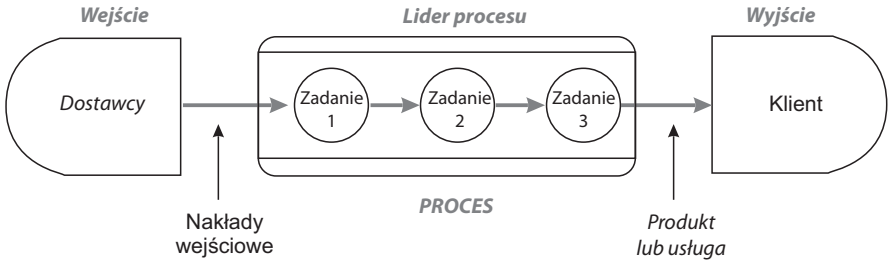
- dostawcy i odbiorcy procesu, wyznaczający granice procesu poprzez transakcje zakupu i sprzedaży;
- powtarzalność, co oznacza możliwość zapisania go w formie umożliwiającej odczytanie jego przebiegu przez realizatorów i innych uczestników (klienci, dostawcy, instytucje kontrolujące).

Omawiając istotę organizacji i charakterystyki poszczególnych struktur organizacyjnych, posługiwano się określeniem – zadania. Bardzo często w praktyce gospodarczej nawet doświadczeni menedżerowie mylą lub używają zamiennie pojęć: zadania, funkcja i proces. Warto w tym miejscu wskazać zależność/różnice pomiędzy procesem realizowanym w organizacji a czynnością. Przypominamy, że „… zadania wyszczególnione w regulaminie organizacyjnym lub w pojedynczych opisach stanowisk pracy informują przede wszystkim o tym, w jakim obszarze funkcjonowania instytucji zobowiązany jest działać zespół lub pojedynczy człowiek. Zadania wyznaczają więc zakres działania jednostek organizacyjnych" [Czermiński, Czerska, Nogalski, Rutka, Apanowicz, 2001, s. 267]. Również M. Hammer [1999, s. 15] oraz C.B. Adair i B.A. Murray [2002, s. 29] wskazują na fakt, iż zadanie może stanowić część procesu i dopiero połączenie kilku, wykonanych w odpowiedniej kolejności zadań pozwala mówić o wykonanej pracy (procesie) i osiągnięciu wyniku mającego wartość dla klienta. Porównanie procesów z zadaniami przedstawia tabela 5.4.

Tabela 5.4. Porównanie procesów z zadaniami (przykłady)

Procesy	**Zadania (według kolejności wykonywania) i potencjalne komórki organizacyjne/stanowiska pracy je realizujące w organizacji funkcjonalnej**
Opracowanie comiesięcznych rachunków zysków i strat	Podsumowanie sprzedaży (dział sprzedaży/dyrektor ds. sprzedaży) Zarejestrowanie zmian w stanie zapasów (magazyn/magazynier) Wprowadzenie poprawek (dział księgowy/księgowy) Wydrukowanie sprawozdań (sekretariat prezesa/sekretarka)
Proces przyjmowania zamówień	Odbieranie telefonu (dział sprzedaży) Otwieranie poczty (dział sprzedaży/sekretariat) Wprowadzanie danych do komputera (dział sprzedaży) Numeracja zamówienia (dział sprzedaży) Przekazanie zamówienia do produkcji (dział sprzedaży)
Proces leczenia pacjenta (fragment)	Sprawdzenie skierowania (izba przyjęć) Wprowadzenie danych do systemu (izba przyjęć) Przyjęcie pacjenta do szpitala (izba przyjęć) Przyjęcie pacjenta na oddział (oddział/sekretariat, pielęgniarka) Analiza dokumentacji medycznej (lekarz) Zlecenie badań diagnostycznych (lekarz) Pobranie materiału do badań (laboratorium/pielęgniarka)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Adair, Murray, 2002, s. 31.



Rysunek 5.1. Proces i jego składowe

Źródło: Nowicki, Szymańska, 2013, s. 342.

Ogólny schemat procesu prezentuje rysunek 5.1.

Analizując powyższy schemat, można wskazać składowe procesu [Nowicki, Szymańska, 2013, s. 343], przy czym kolejność jest odwrotna (zaczynamy od analizy potrzeb klienta):

- wejście – to początek procesu, zwykle na tym etapie dochodzi do współpracy z dostawcami, którzy dostarczają organizacji nakłady wejściowe;
- dostawcy – zwykle są to zewnętrzne podmioty odpowiedzialne za dostarczenie organizacji nakładów wejściowych, koniecznych dla realizacji procesu, w zamian za korzyści ekonomiczne;
- nakłady wejściowe – są to dostarczone przez dostawców zasoby i wartości materialne i niematerialne, niezbędne, aby proces mógł zostać zrealizowany, w zależności od procesu w skład nakładów wejściowych wchodzić mogą surowce, półprodukty, produkty i usługi, bądź dokumenty i informacje;
- działania (zadania) realizowane w danym procesie – zespół następujących po sobie, wzajemnie powiązanych i przyczynowo-skutkowo sprzężonych czynności i zadań realizowanych przez pojedynczą osobę bądź komórkę organizacyjną (wykonawców procesu);
- lider (właściciel) procesu – zazwyczaj to osoba nadzorująca i odpowiedzialna za realizację procesu;
- produkt lub usługa (rezultat procesu) – efekt przetworzenia nakładów wejściowych w rezultacie realizacji procesu (cyklu zadań), podobnie jak nakłady wejściowe, tak też produkt lub usługa mogą przyjąć postać surowców, półproduktów, produktów gotowych i usług, bądź dokumentów lub informacji;
- klient procesu – czyli osoba lub komórka organizacyjna, które otrzymują rezultat procesu powstały w wyniku jego realizacji, wyróżnić można klienta

wewnętrznego (wewnątrz organizacji, np. inna komórka organizacyjna) oraz klienta zewnętrznego (klient indywidualny, inna organizacja etc.);
- wyjście – to zakończenie procesu, czyli etap w którym przedmiot współpracy między organizacją świadczącą proces a klientem procesu można uznać za zrealizowany.

To procesy są mechanizmami koordynującymi działania w klasycznych strukturach organizacyjnych. W ramach realizowanego procesu identyfikujemy kto, kiedy i w jakim następstwie realizuje poszczególne zadania w organizacji. To z nimi (procesami) mają problemy zarządzający organizacjami zorientowanymi funkcjonalnie. Co więcej, część organizacji przerzuca na klienta (pacjenta) koordynację w czasie i przestrzeni poszczególnych zadań niezbędnych do wytworzenia wartościowej usługi. Nierzadko widzimy w podmiotach leczniczych, że sami pacjenci albo ich rodziny starają się dowiedzieć, gdzie, co i jak mają zrobić (badania, wizyty, dokumenty), i potem indywidualnie podejmują kroki w celu realizacji zadań, koordynując tak naprawdę pracę (procesy leczenia) na poziomie organizacji (np. szpital) albo całego systemu ochrony zdrowia (zadania lub fragmenty procesu leczenia realizowane przez poszczególne podmioty lecznicze).

5.2.2. Procesy w podmiotach leczniczych – klasyfikacja

Jak wspomniano, w każdym przedsiębiorstwie (również w podmiotach leczniczych) zachodzą procesy i od ich ukształtowania oraz przebiegu (synchronizacja, przestoje, biurokracja) zależy działanie danej organizacji. Przebieg procesu obrazuje sposób transformacji wejść (zasobów) w wyjścia (usługę, produkt).

Analiza literatury przedmiotu dostarcza wskazówek, ile procesów zachodzi w organizacjach. Hammer [1999, s. 21], Manganelli i Klein [1998, s. 113] na podstawie doświadczeń wskazują, że większość organizacji można opisać za pomocą 5–20 procesów głównych. Oczywiście w zależności od sposobu diagnozy organizacji, zdefiniowania pojęcia proces, początku i końca procesu oraz jego etapów zależy liczba zidentyfikowanych (wyróżnionych) procesów szczegółowych lub podprocesów.

Innym zagadnieniem jest klasyfikacja i hierarchia procesów. Pozwala ona na usystematyzowanie zidentyfikowanych w organizacji procesów według wybranego kryterium. Najczęściej spotykanym jest rola w kreowaniu wartości dla klienta. Procesy według kryterium wartości dla klienta dzielimy na procesy podstawowe i procesy pomocnicze. Istotą procesów podstawowych jest:
- transformacja wejść w wyjścia w postaci produktu, usługi i informacji bezpośrednio związanych z działalnością danej organizacji;
- tworzenie wartości dodanej, którą dostrzega klient;

- bezpośredni wpływ na sytuację rynkową przedsiębiorstwa;
- tworzenie relacji między sobą pozwalającej łączyć je w megaproces.

Do zadań procesów pomocniczych należy m.in. wsparcie realizacji procesów podstawowych; kreują wartość dodaną dla klientów wewnętrznych organizacji.

W literaturze przedmiotu można znaleźć jeszcze kategorię procesów zarządczych, które zwykle są charakteryzowane jako procesy mające strategiczny wpływ na sposób generowania wartości dodanej oraz odgrywające rolę regulacyjną w stosunku do procesów podstawowych oraz pomocniczych.

Do procesów podstawowych zalicza się zwykle: projektowanie produktu, wytwarzanie, sprzedaż i serwis. Z kolei procesami pomocniczymi są np. zarządzanie zasobami ludzkimi, planowanie strategiczne czy obsługa informatyczna.

Odzwierciedleniem relacji zachodzących pomiędzy procesami podstawowymi i pomocniczymi jest możliwość grupowania ich w megaprocesy wskazujące główne obszary oddziaływania – megaproces podstawowy: otoczenie organizacji (klienci i dostawcy), megaproces pomocniczy: wnętrze organizacji (procesy podstawowe i członkowie organizacji, zasoby).

Przykład megaprocesu podstawowego wraz ze składowymi procesami podstawowymi w podmiotach leczniczych oraz w systemie ochrony zdrowia przedstawia tabela 5.5.

Tabela 5.5. Megaprocesy w podmiotach leczniczych i systemie ochrony zdrowia

Hierarchia procesów	Podmiot leczniczy (szpital)	System ochrony zdrowia
Megaproces	Leczenie pacjenta	Kształtowanie wysokiego poziomu zdrowia w społeczeństwie
Procesy podstawowe	Diagnostyka Leczenie nieinwazyjne Leczenie inwazyjne Rehabilitacja	Profilaktyka zdrowia Badania przesiewowe Diagnostyka Leczenie Opieka Rehabilitacja

Źródło: opracowanie własne.

Jeszcze inną klasyfikację procesów proponują Muller i Rupper [2000, s. 21]. Dzielą oni procesy na megaprocesy, procesy główne i procesy podrzędne. Z kolei Manganelli i Klein dzielą procesy na procesy działalności operacyjnej, zarządzania i pomocnicze, jednocześnie w ramach procesów wyróżniając podprocesy.

Podprocesy stanowią część procesów głównych, są składowymi o określonych celach, wejściach i wyjściach. Istotą ich wyodrębnienia jest fakt powtarzalności pewnych zbiorów czynności i efektów ich wykonania (wejścia do procesu nadrzędnego) przy jednoczesnym założeniu, że nie zawsze muszą one być realizowane (i nie potrzebujemy ich efektów) w ramach przebiegu całego procesu nadrzędnego. Wyodrębnienie podprocesów pozwala również na:

- uproszczenie obrazu przebiegu procesu nadrzędnego, agregując szereg czynności w jeden widoczny na schemacie obiekt – podproces;
- rekonfigurację fragmentu procesu w obrębie podprocesu bez zmiany sekwencji działań w całym procesie;
- wykorzystanie różnych (innych, specyficznych) zasobów w ramach podprocesu;
- warunkowe uruchamianie określonego zestawu działań zagregowanych w ramach podprocesu, w zależności od potrzeb całego procesu;
- wielorakie podporządkowanie – podprocesy w podprocesach.

Tabela 5.6. Przykładowe procesy i podprocesy w podmiotach leczniczych

Procesy	**Rozwój nowej usługi medycznej**	**Leczenie pacjenta**	**Diagnostyka**	**Zarządzanie zasobami ludzkimi**
Podprocesy	Badania rynku medycznego	Wstępna kwalifikacja pacjenta do leczenia	Zlecenie badań diagnostycznych	Rekrutacja
	Analiza konkurencji	Przyjęcie pacjenta	Rejestracja pacjenta na badania	Ocena wyników pracowników
	Projektowanie koncepcji usługi	Analiza dokumentacji medycznej	Pobranie materiału do badania/ wykonanie badań obrazowych	Szkolenia i zwiększanie umiejętności pracowników
	Wybór wariantu i przygotowanie usługi do wdrożenia	Diagnostyka (jako podproces)	Opis wyników badań	Doradzanie i pomoc pracownikom
	Program pilotażowy wraz z oceną	Kwalifikacja pacjenta do leczenia	–	Działania dyscyplinarne
	Komercjalizacja nowej usługi	Operacja chirurgiczna	–	Selekcja i promocja pracowników

Źródło: opracowanie własne.

W wielu przypadkach podprocesy mogą stanowić samodzielny proces (efekty wartościowe dla klienta) – i odwrotnie – procesy główne mogą stanowić podprocesy innych procesów. W tabeli 5.6 zaprezentowano przykładowe procesy i wchodzące w ich skład podprocesy w podmiotach leczniczych.

Każda organizacja ma własny zbiór identyfikowalnych procesów. Biorąc pod uwagę ich (procesów) ograniczoną ilość, można pokusić się o stwierdzenie, że pomimo specyfiki funkcjonowania każdej organizacji zbiory te są dość uniwersalne. Co nie znaczy, że poszczególne organizacje realizują wszystkie procesy z poniższej listy (tabela 5.7) lub też traktują niektóre jak projekty (np. rozwój/wprowadzenie nowej usługi) własne, albo wymuszone przez otoczenie (choćby nowe przepisy NFZ). W tabeli 5.7 przedstawiono listę procesów uniwersalnych i specyficznych dla podmiotów leczniczych.

Tabela 5.7. Porównanie procesów podstawowych, pomocniczych i zarządczych w organizacjach komercyjnych i podmiotach leczniczych (komercyjnych i publicznych)

Kategoria	Organizacje komercyjne	Podmioty lecznicze komercyjne i publiczne
Procesy podstawowe	Badanie rynku i oczekiwań klienta Pozyskiwanie kontrahentów Projektowanie produktów i usług Wytwarzanie i logistyka Sprzedaż i fakturowanie	Sprzedaż usług Kontraktowanie i rozliczanie realizacji usług Proces leczenia zabiegowego Proces leczenia zachowawczego Proces diagnozowania i leczenia interwencyjnego (SOR) Proces leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego Diagnostyka laboratoryjna Diagnostyka patomorfologiczna Diagnostyka obrazowa
Procesy pomocnicze	Zarządzanie zasobami ludzkimi i rozwój kadry Zarządzanie finansami Zarządzanie zasobami rzeczowymi	Zarządzanie stanem sanitarno-epidemiologicznym Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy Zarządzanie aparaturą medyczną Zarządzanie infrastrukturą Zarządzanie zasobami ludzkimi i wiedzą Zarządzanie zapasami
Procesy zarządcze	Zarządzanie strategią i informacją Zarządzanie zmianą i doskonalenie Zarządzanie jakością	Zarządzanie jakością Zarządzanie danymi i informacją Zarządzanie strategiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie Detyna, 2020, s. 126; Nogalski, Waśniewski, Wojnarowska, 2013, s. 297–298; Grajewski, 2016, s. 68; Bartnicka, 2020, s. 45.

Zaprezentowane powyżej procesy mogą być przypisywane do różnych poziomów, w zależności od sposobu ich postrzegania przez poszczególne organizacje i zarządzających nimi[3]. Wynika to przede wszystkim z subiektywności oceny wpływu poszczególnych procesów na „sukces" organizacji oraz subiektywności oceny satysfakcji klientów. Autorzy niniejszej książki w tabeli 5.6 przedstawili uniwersalną i referencyjną, w ich mniemaniu, klasyfikację procesów w podmiotach leczniczych, z jednej strony starając się uwzględnić specyficzny charakter działalności niektórych podmiotów (np. szpitali), wyrażający się m.in. mniejszym przywiązaniem do aspektów związanych z konkurencyjnością i efektywnością ekonomiczną podmiotu leczniczego, z drugiej mając na uwadze cały komercyjny rynek usług medycznych, a co za tym idzie, konieczność uwzględniania tejże efektywności i konkurencyjności w projektowaniu działalności podmiotu leczniczego. Taki układ referencyjnych procesów nie wyklucza modyfikacji w ramach podprocesów realizowanych w ramach poszczególnych procesów głównych, pomocniczych czy też zarządczych.

W przypadku podmiotów leczniczych działających na konkurencyjnym rynku układ procesów będzie bliższy organizacjom komercyjnym (chociaż specyfika usług wymusza tu modyfikacje), zwłaszcza w obszarze pozyskiwania i obsługi klienta. Szpitale i pozostałe podmioty będą raczej „orbitowały" w układzie referencyjnym. Wynika to m.in. ze specyfiki działania podmiotów leczniczych oraz specyfiki samych procesów zachodzących w tych podmiotach. Uwarunkowania zewnętrzne zarządzania procesami w podmiotach leczniczych determinujące taką klasyfikację procesów to m.in.:

- nadrzędność skuteczności nad efektywnością ekonomiczną działania (zarówno prawna, jak i moralna);
- brak presji konkurencji;
- uwarunkowania prawne;
- szeroki zakres świadczonych usług z jednoczesnym bardzo specjalistycznym ich charakterem;
- wymagana wysokokwalifikowana kadra do realizacji procesów;
- charakter finansowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie, obierane cele – maksymalizacja budżetu zamiast maksymalizacji zysku.

Autorzy niniejszej publikacji wskazują jednocześnie na uwarunkowania wewnętrzne, determinujące subiektywną ocenę istotności procesów dla organizacji:

[3] Na przykład J. Bartnicka [2020, s. 45] podaje następującą klasyfikację procesów podstawowych: przyjęcie pacjenta do szpitala, konsultacja lekarska, przekazanie na oddział, hospitalizacja pacjenta, badania laboratoryjne, procesy pielęgnacyjno-opiekuńcze, operacje chirurgiczne, wypisanie do domu.

- mała świadomość istnienia i przebiegu procesów w organizacji;
- mała świadomość wpływu poszczególnych procesów na skuteczność oraz jakość działania;
- przywiązanie do układów wyspecjalizowanych komórek (oddziały szpitalne);
- większe wymagania dotyczące bezpieczeństwa działania w odniesieniu do personelu i pacjenta.

Każde z powyższych uwarunkowań można rozwinąć o kolejne uszczegółowienia – np. bezpieczeństwo pacjenta determinuje inne zasady zarządzania zapasami (zapasy muszą być większe i pełne, utylizacja, a nie przecena).

Bez względu na listę zidentyfikowanych procesów i ich zhierarchizowanie istotne jest, aby podmioty lecznicze zaczęły uwzględniać podejście procesowe w zarządzaniu organizacją. Zidentyfikowane procesy powinny być zarządzane, co oznacza dążenie do kreowania wartości dodanej dla całej organizacji poprzez planowanie, zorganizowanie oraz realizację takiego układu czynności w ramach poszczególnych procesów, aby minimalizować udział w procesach operacji jałowych – tzn. ani nie dodających wartości, ani nie wspierających jej kreowania.

5.2.3. Standaryzacja procesów w podmiotach leczniczych a procedura medyczna

Standaryzacja, jak już wspomniano w rozdziale czwartym, jest jednym z deskryptorów struktury organizacyjnej. Oznacza ujednolicenie wybranych zachowań, działań oraz wyników tych działań według przyjętych reguł postępowania i zdefiniowanych wyników działania. Celem ujednolicenia działań i wyników tych działań jest sytuacja, w której korzystający z nich (usługi, informacja, produkty) niezależnie od miejsca, czasu i wykonawcy otrzymuje taką samą jakość i ilość (wartość dla klienta). Standaryzacja jest jednym z narzędzi zarządzania poprzez stworzenie kryteriów schematu działania i wyniku tego działania, co w kolejnych procesach przekłada się na ich kontrolę i ocenę. Jednocześnie pozwala na optymalizację kosztów – fundusze nie są przeznaczone na działania mało i nieefektywne oraz ostatecznie na eliminowanie błędów, przez co wzrasta efektywność przedsiębiorstwa. W przemyśle celem standaryzacji jest zastosowanie jednolitych wzorców, np. znormalizowanie wyrobów pod względem wymiarów czy użytych materiałów. W większości usług standaryzacja jest szczególnie istotna w obszarach związanych z bezpieczeństwem klienta i personelu (ze względu na osobisty charakter realizacji procesu

usługowego), co oznacza, że podmioty medyczne są organizacjami, gdzie regulowanie zachowań uczestników procesów jest bardzo ważne.

Zarządzanie procesami oznacza założenie pewnego poziomu wystandaryzowania zachowań uczestników procesów według wcześniej zaprojektowanych reguł i formuł postępowania. Przed projektantami systemu organizacyjnego stoi decyzja o wyborze odpowiedniego poziomu standaryzacji. W tabeli 5.8 przedstawiono najczęściej pojawiającą się klasyfikację poziomów standaryzacji procesów w organizacji.

Tabela 5.8. Charakterystyka podstawowych poziomów standaryzacji procesów w organizacji

Poziomy standaryzacji	**Zakres regulacji zadań**	**Zakres swobody działania**	**Możliwość różnicowania sposobów działania**
1. Brak regulacji	Realizacja procesu nie jest objęta regulacją	Pełna swoboda kształtowania sposobu realizacji procesu przez jego wykonawców	Bardzo duża
2. Regulacja oparta na zasadach działania	Niewielki (wykonawcy są zobowiązani do przestrzegania ogólnych zasad realizacji procesu)	Bardzo duży (swoboda kształtowania sposobu realizacji procesu pod warunkiem uwzględnienia określonych zasad działania)	Duża
3. Regulacja ramowa	Średni (wykonawcy są zobowiązani do przestrzegania ogólnego schematu realizacji procesu)	Średni (swoboda kształtowania sposobu realizacji procesu w ramach wyznaczonego ogólnego schematu jego realizacji)	Średnia
4. Szczegółowa regulacja alternatywna	Duży (wykonawcy są zobowiązani do postępowania zgodnie ze szczegółowym schematem postępowania)	Mały (swoboda wyboru alternatywnych dróg realizacji procesu, określonych w wyznaczonym schemacie realizacji procesu)	Niewielka
5. Szczegółowa regulacja, tzw. sztywna	Bardzo duży lub pełny (wykonawcy są zobowiązani do postępowania zgodnie ze szczegółowym i jednoznacznym schematem realizacji	Bardzo mały lub żaden (swoboda kształtowania działania wyłącznie w zakresie elementów procesu nieobjętych regulacją)	Bardzo mała lub jej brak

Źródło: Hill, Fehlbaum, Ulrich, 1974, s. 269.

W organizacjach bez regulacji (standaryzacji) realizatorzy procesu swoje działania opierają wyłącznie na parametrach wyniku, jaki ma być uzyskany. Występuje bardzo duża zmienność procesu, co zwykle jest wykorzystywane w organizacjach działających w szczególnie turbulentnym otoczeniu, oferujących produkty i/lub usługi oparte w dużym stopniu na wiedzy. Wydaje się, że taki poziom standaryzacji (a właściwie jej brak) w większości sytuacji w podmiotach leczniczych jest nieakceptowalny. Wyjątkami mogą być sytuacje związane z bezpośrednim zagrożeniem życia pacjenta (i to też zwykle po wyczerpaniu standardowych sposobów postępowania). Takie postępowanie charakteryzowało działania zespołu już wcześniej przywołanego w tej książce Dra House'a. Niemniej organizacja jako całość (szpital, w którym pracował) wolałaby sytuację z poziomu drugiego – aby zespół Dra House'a działał, opierając się na pewnych zasadach, przynajmniej etyki lekarskiej, i ogólnych normach moralnych.

Poziom trzeci standaryzacji ogranicza w znacznym stopniu swobodę działania realizatorów. Celem jest ograniczenie poziomu zmienności realizowanych procesów. Przykładem może być proces leczenia pacjenta w ramach podstawowej opieki medycznej, gdzie lekarzom rodzinnym pozostawia się dość dużą swobodę co do sposobu leczenia. Muszą oni jednak postępować według reguł związanych np. ze zlecaniem dalszych badań, kierowaniem do poradni specjalistycznych.

Pozostałe dwa poziomy nie pozostawiają zbyt wiele możliwości realizatorom procesów. Muszą oni postępować według sztywnych i szczegółowych regulacji. Przykładem mogą być tu procesy diagnostyki obrazowej z zastosowaniem promieni rentgenowskich. Personel medyczny, ze względu na szkodliwe działanie promieni rtg jest zobowiązany do przestrzegania reguł postępowania podczas badania.

Warto zauważyć, że poziom standaryzacji nawet w obrębie jednego procesu może być różny. Poszczególne etapy procesu lub podprocesy mogą być wystandaryzowane na różnym poziomie. Wybór odpowiedniego poziomu standaryzacji procesów zależy od [Grajewski, 2016, s. 147]:

- założonego poziomu elastyczności procesów (im większa ma być elastyczność, tym niższy musi być poziom standaryzacji);
- projektowanego poziomu samodzielności realizatorów (im większa samodzielność, tym niższy poziom standaryzacji);
- zakładanego poziomu bezpieczeństwa i stałości procesu (im wyższe pożądane poziomy bezpieczeństwa i stałości procesu, tym wyższy poziom standaryzacji);
- złożoności procesów (proste – wysoki poziom standaryzacji, złożone – niski poziom standaryzacji);

- poziomu kwalifikacji realizatorów (im wyższe kwalifikacje, tym niższy poziom standaryzacji).

Wydaje się, że w przypadku podmiotów leczniczych nie można wyznaczyć jednego poziomu dla całej organizacji. Trzeba do każdego procesu podejść w sposób indywidulany. Należy zatem brać pod uwagę jego cele oraz warunki ich osiągania. W szczególności należy uwzględnić cele związane z zapewnieniem odpowiedniego poziomu obsługi klienta oraz efektywności procesu, jak również jego skuteczności (wynik procesu) [Bednarz, 2015, s. 527]. W procesach realizowanych w podmiotach leczniczych często mamy do czynienia ze sprzecznymi celami. Z jednej strony to wymóg efektywności ekonomicznej, z drugiej oczekiwania klientów co do skuteczności procesu, a ponadto względem wysokiej jakości świadczenia (terminowość, elastyczność, indywidualne podejście do pacjenta). Gdy dla klientów kluczowe znaczenie ma elastyczność, indywidualne podejście, wówczas powinny być preferowane niższe poziomy standaryzacji procesów, tj.: regulacje ramowe, regulacje oparte na zasadach lub nawet brak regulacji. Jeżeli priorytetem jest efektywność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu, to są zalecane wyższe poziomy standaryzacji – szczegółowe regulacje alternatywne lub sztywne poziomy standaryzacji.

Pomocna w określeniu poziomu standaryzacji procesów może być przedstawiona w tabeli 5.9 klasyfikacja procesów według kryteriów zmienności otoczenia oraz wrażliwości klienta na zmienność wyników.

Tabela 5.9. Typy procesów ze względu na zmienność otoczenia procesu i wrażliwość klienta na zmienność wyników

Ocena zmienności wyników przez klienta	**Otoczenie procesu**	
	Mała zmienność	**Duża zmienność**
Pozytywna	Procesy masowej kastomizacji (*mass customization*)	Procesy koncepcyjne
Negatywna	Procesy masowe	Nowe lub niesprawne procesy

Źródło: Hall, Johnson, 2009.

W podmiotach leczniczych (w procesach leczenia) mamy często do czynienia z dużą zmiennością wejść (stan zdrowia pacjenta, dane medyczne, reakcja na poprzednie metody leczenia) i/lub wyjść (reakcja na leczenie, leki, nowe objawy) z procesu. Przy czym pacjenci (i ich rodziny) mają zwykle świadomość tej sytuacji i akceptują możliwe zróżnicowanie wyjść z procesu. Zalecane są wówczas tzw. procesy lub podprocesy koncepcyjne. Procesy, w których wykonywana praca w dużym stopniu jest oparta na regułach trudnych do

wyjaśnienia za pomocą naukowych metod, określa się jako artystyczne (ang. *artistic process*), bazujące na osądach (ang. *judgment-based work*) lub pracy profesjonalnej (ang. *professional work*) [Bednarz, 2015, s. 528]. Szczególnie to ostatnie pasuje do sytuacji w realizowanych w podmiotach leczniczych procesach, gdzie praca jest oparta na profesjonalizmie personelu medycznego.

Niemniej istnieje wiele przesłanek ku działaniom mającym na celu zaprojektowanie wysokiego poziomu standaryzacji: wspomniane wcześniej zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i personelowi, wymogi ubezpieczyciela, ale również odpowiedzialność prawna personelu medycznego i podmiotu leczniczego, choćby w przypadku błędu medycznego.

Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że „…w każdej nawet najbardziej kreatywnej pracy, możliwe jest wyróżnienie pewnych identyfikowalnych aspektów (umiejętności podstawowych, pomocniczych czy zasad), które można analizować, standaryzować i upowszechniać w procesie uczenia" [Bednarz, 2015, s. 530].

Zasadniczą część pracy profesjonalnego pracownika medycznego powinna stanowić (i zwykle stanowi) praca koncepcyjna, oparta na indywidulanym know-how. Niemniej nawet w takiej sytuacji występują elementy pracy rutynowej, opartej na standardowych zachowaniach (często wynikających np. z systemu informatycznego albo technologii wykorzystywanej w leczeniu pacjenta). Standaryzacja pewnych elementów pracy powinna nieść ze sobą wiele korzyści, takich jak możliwość koncentracji uwagi na problemie czy większa ilość czasu na działania kreatywne. Niestety w praktyce działalności podmiotów leczniczych obserwujemy wysoki poziom standaryzacji wraz z wysokim poziomem formalizacji, co skutkuje pracą „z papierami", a nie z pacjentem.

Podsumowując rozważania na temat standaryzacji, warto zwrócić uwagę na uniwersalne zalety i wady standaryzacji procesów. Do zalet niewątpliwie można zaliczyć [Trocki, 2004, s. 64]:

- ujednolicenie sposobów zachowań wykonawców według formuł uznanych za najlepsze (np. dzięki benchmarkingowi);
- możliwość uzyskania podobnych rezultatów w różnych obszarach organizacji (np. w organizacjach o strukturze dywizjonalnej, holdingowej);
- lepszą koordynację działań wykonawców;
- korzystniejsze warunki kontroli efektów (i samego postępowania, co w przypadku potencjalnych błędów medycznych i związanych z nimi pozwów może być dowodem w sądzie);
- większą pewność uzyskania oczekiwanych rezultatów;
- ograniczenie ryzyka zachowań niepożądanych;
- zwiększenie pewności zachowań i eliminacji konfliktów na tym tle.

Wadami standaryzacji procesów w podmiotach leczniczych mogą być:

- ograniczenie możliwości kreowania działań i zachowań innowacyjnych (np. w obszarze leczenia pacjenta);
- osłabienie samokontroli wykonawców przywiązanych do zaprojektowanych odgórnie zadań i procedur (co może generować np. błędy medyczne);
- osłabienie motywacji personelu medycznego do poszukiwania rozwiązań niestandardowych;
- ostatecznie – ograniczenie podatności organizacji na zmiany.

W tym kontekście istotne staje się pojęcie „procedury medycznej". Jak wspominano, w podmiotach leczniczych z uwagi na specyfikę ich działania zakłada się dość wysoki poziom standaryzacji zachowań w postaci procedur medycznych. Standaryzacja procesów w podmiotach leczniczych (nawet tych niezorientowanych procesowo – w tym wypadku fragmentów procesów lub podprocesów) wiąże się nie tylko z nowym podejściem do zarządzania w organizacjach, lecz także z gwałtownym wzrostem formalizacji działań. Warto mieć na uwadze fakt, iż w wielu wypadkach procesy zachodzące w podmiotach leczniczych z racji działania na „żywym organizmie" nie będą wystandaryzowane pod kątem wyniku działania, ale wyłącznie pod kątem sposobu realizacji (zachowania) procesu.

Procedura to „[…] określone prawa rządzące postępowaniem, ustalone przez kogoś, w jakiejś sprawie, zwykle o charakterze urzędowym lub prawnym" [Żeliński, 2018]. Warto zwrócić uwagę na powszechny błąd określający procedurę jako przepływ zdarzeń (transformację). Potocznie pojęcie procedury jest jednak używane do nazwania dowolnego opisanego (procedurą) sposobu postępowania (także w normach jakości ISO 9000 – procedura jest z reguły udokumentowana, stanowiąc formalny element opisywania procesów w ramach np. systemów zarządzania jakością [PN-EN ISO 9000:2015-10]).

Również procedury medyczne są definiowane w potocznym rozumieniu pojęcia procedura oznaczającym postępowanie, a nie zbiór reguł. Z punktu widzenia funkcjonowania podmiotów leczniczych procedura medyczna to element (fragment) procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może się stać przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta, ale finansowanym przez ubezpieczyciela (np. NFZ) [Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), 2020]. Potwierdzeniem takiego definiowania procedur medycznych są m.in. metody ich wyceny, np. metoda oparta na kosztach typowo zużywanych zasobów w oparciu o przeciętny czas trwania procedury, co wskazuje na czynnościowe (transformacyjne) jej

rozumienie. [ATOMiT, 2020, s. 5][4]. Procedura medyczna opisuje zatem procesy (fragmenty procesów, podprocesy) zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub rehabilitacji, i jest podstawą szacowania kosztów świadczenia medycznego według metody wskazanej przez NFZ. Obszar odziaływania procedury medycznej jest jednak szerszy niż tylko wycena kosztów, przy czym często stanowi ona podstawę standaryzacji postępowania w procesach zachodzących w podmiotach leczniczych.

Na koniec warto przytoczyć kilka obserwacji na temat standaryzacji i procedur medycznych poczynionych z punktu widzenia personelu medycznego. Profesor Tołłoczko [2014] przekonuje, że sytuacje kliniczne są najczęściej bardzo złożone, co niejednokrotnie uniemożliwia ich standaryzację (wspomniana wcześniej zmienność wejść do procesu). Dodaje jednak, że „…standardy i procedury medyczne są [z jednej strony] niezbędne, z drugiej – stanowią sztywny gorset krępujący działania". Do podstawowych wad opracowywania i stosowania procedur medycznych można zaliczyć:

- możliwość obniżenia standardów (w sensie jakości) już istniejących w poszczególnych placówkach – w wyniku oddziaływania poprzez bodźce finansowe na podmioty lecznicze (płacimy za realizację świadczeń spełniających standardowe normy, za działanie lepsze nie dopłacamy);
- możliwy brak spodziewanych efektów, przy jednoczesnym ograniczaniu działań niestandardowych, mogących przynieść pozytywne efekty;
- to, że nie sprawdzają się w przypadkach współistnienia wielu chorób, gdzie istotna jest kreatywność, inwencja, co zwykle prowadzi do działań niestandardowych;
- czynienie z personelu medycznego odpowiedzialnych za niepowodzenie, jeżeli nie postępowali zgodnie z procedurami;
- hamowanie poprawy jakości świadczeń ze względu na niedopasowanie procedur i standardów leczenia do najnowszej wiedzy medycznej.

[4] Na przykład procedura przyjęcia materiału do badań diagnostycznych (dla punktu przyjęć obsługiwanego przez jednego pracownika) zawiera czynności: 1. sprawdzenie zgodności materiału i opisu na probówce ze skierowaniem, 2. wirowanie probówek z krwią, 3. oddzielenie surowicy z krwi poprzez odlanie jej do próbówki, 4. wydruk kodów i oklejenie kodami paskowymi probówek i skierowań, 5. wpisanie skierowań do książki laboratoryjnej, 6. przekazanie materiału do dalszych badań lub zamrożenie materiału.

5.3. Rekonfiguracja organizacji podmiotów leczniczych w kierunku procesowym

5.3.1. Ewolucja struktury organizacyjnej w kierunku organizacji procesowej

Podmioty lecznicze w znakomitej większości są zbudowane wokół funkcji, a nie procesów. Organizacje opieki zdrowotnej, w szczególności organizacje szpitalne, powinny dążyć do doskonalenia przede wszystkim procesów podstawowych, ponieważ są one bezpośrednio powiązane z dostarczaniem produktu najwyższej wartości – zdrowia i życia ludzkiego. „Organizacja jest na tyle efektywna, na ile efektywne są jej procesy" [Rummler, Brache, 2000, s. 76]. Istotne jest jednak, aby procesy te rozpatrywać łącznie, a nie każdy z osobna.

Każda próba usprawnienia pojedynczych procesów jest obarczona dużym ryzykiem uzyskania znikomych efektów ze względu na fragmentaryczność rozwiązań. Co więcej, może to przynieść odwrotne skutki – organizacja po reorganizacji będzie mniej efektywna niż przed zmianami. Jeżeli zarządzający pominą poziom całej organizacji w rozumieniu relacji pomiędzy procesami i ich wpływu na realizację celów organizacji i poprzestaną na suboptymalizacji w wybranych obszarach/procesach, to może się okazać, że efekty ich działań będą w najlepszym przypadku minimalne, a w najgorszym mogą negatywnie wpływać na całą organizację.

Proces zmian w kierunku organizacji procesowych jest wieloetapowy i obarczony sporym ryzykiem niepowodzenia. Wiele czynników, utrudniających do tej pory efektywne funkcjonowanie organizacji, to jednocześnie inhibitory zmian w kierunku procesowym. Kultura (niechęć do zmian, zachowawczość, kult szefa), struktura (centralizacja, formalizacja) to tylko niektóre z elementów systemu organizacyjnego wymagającego zmiany, aby można było myśleć o uprocesowieniu organizacji. Innym ważnym obszarem są uwarunkowania zewnętrzne, takie jak przepisy prawne.

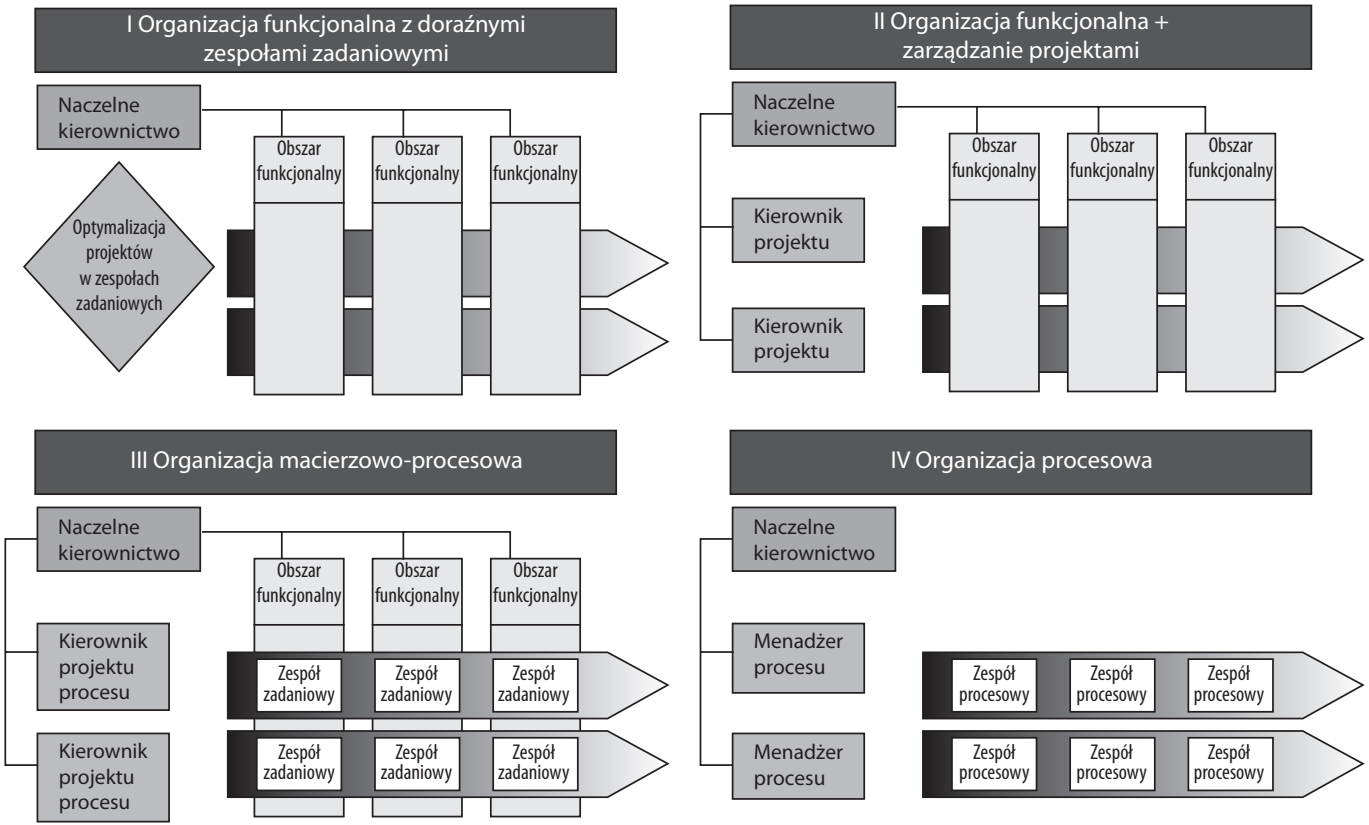
Pytanie brzmi, czy można „przeskoczyć" z układu funkcjonalnego od razu w układ procesowy? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Biorąc jednak pod uwagę ogrom zmian niezbędnych do wprowadzenia w organizacji, wydaje się, że mało która organizacja jest w stanie sobie poradzić z takim wyzwaniem w wymiarze technicznym i społecznym. W literaturze przedmiotu wskazuje się raczej na ewolucyjne wprowadzanie zmian, z etapami pośrednimi [Brillman, 2002, s. 291; Muller, Rupper, 2000, s. 73; Bełz, 2000, s. 83].

Uogólniając, można przyjąć, że proces ten zachodzi w trzech etapach:

1. zrozumienie idei procesowości (czy też ograniczeń i problemów organizacji funkcjonalnych), identyfikacja, opis zachodzących procesów i, ostatecznie, konfiguracja procesów dostosowanych do funkcjonalnego charakteru organizacji (poszczególne operacje są przypisane do odpowiednich, wyspecjalizowanych w tym działaniu komórek organizacyjnych);
2. usankcjonowanie równorzędności procesów i funkcji poprzez wprowadzenie układu macierzowego, gdzie „układ" poziomy odpowiada za realizację procesów oraz przygotowanie uczestników organizacji do zmiany zakresu ról organizacyjnych;
3. przejście do struktury procesowej, w której większość dotychczasowych wykonawców zostanie „przepisana" z funkcji do procesów, co oznacza zanik komórek funkcjonalnych na rzecz zespołów procesowych. Na tym etapie wprowadzane są zmiany w hierarchii i organizacji. Odpowiedzialność za wynik spoczywa teraz na realizatorach procesów. Dawni kierownicy (specjaliści) funkcjonalni stają się coachami i ekspertami wewnętrznymi.

Oczywiście podział ten jest dużym uproszczeniem i skrótowo ujmuje poszczególne etapy przechodzenia ścieżki od funkcji do procesów. W praktyce etapów pośrednich może być więcej. Grajewski proponuje czteroetapową ewolucję w kierunku organizacji czysto procesowej (rysunek 5.2). Pierwszą fazą jest tak naprawdę wprowadzenie struktury projektowej (rozdział czwarty). Dzięki temu przygotowuje się uczestników organizacji już na wczesnym etapie do działania zespołowego bez burzenia poczucia stabilności. Dzięki zespołom interdyscyplinarnym spojrzenie na organizację i jej efektywność zmienia się z wąskiego (myślenie funkcjami) na szersze, wielopłaszczyznowe. Oczywiście struktura projektowa poprawia zdolność organizacji do reagowania na aberracje wewnętrzne i zewnętrzne. Są to jednak działania doraźne, ukierunkowane na rozwiązywanie specyficznych, jednostkowych problemów. Wiele podmiotów leczniczych prawdopodobnie korzysta z takich rozwiązań, ponieważ są dość powszechne. Większość organizacji jednak poprzestaje na tym etapie. Może to oczywiście wynikać z faktu powtarzalnych, rutynowych działań, braku zmian w otoczeniu i we wnętrzu, albo z aspektów technologicznych. Przykładem może być sieć laboratoriów medycznych.

Zakładając, że organizacja w sposób aktywny dostosowuje się do ciągłych zmian, kolejnym, logicznym krokiem będzie rozwinięcie struktury o projekty powtarzalne, realizowane w obszarze funkcji genotypowej jako reakcja na konieczność dostosowania produktów/usług do potrzeb klienta. Oznacza to również zmianę filozofii: przechodzi się od schematu „sprzedajemy to, co potrafimy wytworzyć" do „wytwarzamy to, co możemy sprzedać". Przykładem może być sieć przychodni, która testuje rynek i odpowiednio do wyników



Rysunek 5.2. Od funkcji do procesu

Źródło: Grajewski, 2016, s. 166.

swoich badań kompiluje usługi w danym oddziale oraz rozwija coraz szerszy ich wachlarz. Jak pisano w rozdziale czwartym, następuje czasowe oddelegowanie pracowników z obszarów funkcjonalnych do zespołów projektowych. Zwiększa się ilość zespołów funkcjonujących równocześnie. Dzięki temu pogłębia się proces zacierania się podziałów między obszarami funkcjonalnymi. Innym przykładem może być szpital, w którym zespoły takie są powoływane do trudnych przypadków klinicznych (czyli pacjent jest traktowany jak projekt).

W trzeciej fazie dochodzi do identyfikacji i usankcjonowania całej gamy procesów zachodzących w podmiocie leczniczym. W uproszczeniu traktujemy pacjenta jak wejście do procesu leczenia. W ramach nowego układu organizacyjnego powstają stałe zespoły do spraw realizacji procesorów (w przeciwieństwie do czasowych zespołów projektowych) z wyznaczonymi właścicielami procesów i kierownikami (specjalistami), odpowiadającymi za realizację specjalistycznych operacji (czynności). Co ważne, zespoły są na tyle uniwersalne, że trudne przypadki nie są dla nich problemem. W ramach tego układu organizacyjnego obszary funkcjonalne (oddziały, specjalizacje) pozostają jako tzw. centra doskonalenia dla członków zespołów procesowych. Ta faza pozwala na koegzystencję układu poziomego (procesów) z układem pionowym (funkcjonalnym – pionów funkcjonalnych), przy założeniu, że zarządzanie procesami nie zmienia całkowicie struktury organizacyjnej i nie zachodzą drastyczne zmiany w układach władzy i odpowiedzialności. Wydaje się, że taka organizacja jest idealnym rozwiązaniem dla dużych podmiotów leczniczych, jakimi są szpitale. Niestety część zasobów może być w praktyce ukierunkowana na koordynację i/lub rozwiązywanie konfliktów między procesami (zespołami procesowymi) a funkcjami (oddziałami – ordynatorami).

Ostatnia faza to organizacja procesowa w czystej postaci. Następuje trwałe wyeliminowanie obszaru funkcjonalnego (w przypadku szpitala – nie ma specjalistycznych oddziałów, co nie oznacza braku odpowiednich zasobów, np. pokoi z aparaturą do intensywnej terapii). Zadania z zakresu doskonalenia i szkolenia personelu przejmuje dedykowany temu proces. W ramach organizacji procesowej całościowej zmianie ulegają konfiguracja wewnętrzna i relacje z otoczeniem. Charakter zmian poszczególnych deskryptorów struktury organizacyjnej przedstawia tabela 5.10.

Tabela 5.10. Transformacja organizacji funkcjonalnej w procesową w podmiotach leczniczych

Deskryptor	Organizacja funkcjonalna	Organizacja procesowa
Specjalizacja	Wyodrębnienie komórek organizacyjnych w oparciu o funkcje i przedmiot działania (obszar medycyny) Doskonalenie umiejętności w ramach specjalizacji medycznych i powtarzalnych sposobów leczenia pacjenta	Procesy leczenia pacjenta jako podstawa tworzenia interdyscyplinarnych zespołów medycznych obejmujących całościowo proces leczenia Rozwijanie interdyscyplinarnych umiejętności realizacyjnych
Hierarchia	Władza formalna, wieloszczeblowa, układy kastowe Dominacja stosunków władzy (interesy i prestiż) nad współdziałaniem Rzeczywista odpowiedzialność trudna do określenia zwłaszcza w przypadku chorób współistniejących	Dominacja relacji horyzontalnych, opartych na współdziałaniu specjalistów z wielu dziedzin, władza jest pochodną wiedzy i doświadczania realizatorów Właściciel procesu zastępuje dotychczasowego kierownika funkcyjnego (ordynatora) Jasno określona odpowiedzialność za faktyczne rezultaty pracy – poprawa stanu pacjenta, uratowanie życia
Centralizacja	Uprawnienia decyzyjne związane z formalną pozycją hierarchiczną Kompleksowe leczenie pacjenta wychodzi poza wyspecjalizowane jednostki (oddziały, inne podmioty lecznicze) Obraz całościowy działań i organizacji, widoczny z poziomu najwyższego kierownictwa	Uprawomocnienie realizatorów procesów (samodzielność w tworzeniu struktury procesu, składu zespołu i przyzwolenie na uzasadnione odejście od standardów postępowania – leczenia) Delegowanie uprawnień zarządzającym procesami
Formalizacja	Aktywność i uwaga pracowników skierowana na postępowanie zgodnie z narzuconymi standardami leczenia Utrwalenie zasad, długi czas i duże koszty wprowadzania nowych sposobów leczenia	Aktywność pracowników skierowana na poszukiwanie skutecznych sposobów leczenia

Źródło: opracowanie własne.

5.3.2. Proces projektowania organizacji procesowej

Przejście z układu funkcjonalnego na układ procesowy stanowi poważne wyzwanie dla organizacji. Zmiana ta jest całościowa i głęboka (nawet jeżeli uwzględnimy opisane wcześniej etapy pośrednie), co pozwala stwierdzić, że w praktyce projektujemy system organizacyjny od nowa. W takim przypadku opieramy się na podejściu prognostycznym w projektowaniu zmian organizacyjnych.

W rozdziale czwartym zaprezentowano proces projektowania organizacji opartej na układzie funkcjonalnym, gdzie cel główny ostatecznie dekomponowano na listę zadań niezbędnych do realizacji, aby mógł on być osiągnięty, które to zadania następnie przypisywano do stanowisk pracy. W projektowaniu organizacji procesowej jest oczywiste, że zadania zostają zastąpione procesami (choć nie do końca rezygnuje się z zadań), będącymi podstawową jednostką budowy organizacji.

W procesie projektowania organizacji procesowej wyróżniamy pięć etapów [Grajewski, 2016, s. 141–143; Bitkowska, Żyłko, 2009, 151–155][5]:

1. określenie celu działania organizacji;
2. identyfikację procesów w obszarze megaprocesów wyróżnionych kryterium klienta (odbiorcy);
3. projektowanie przebiegu procesów referencyjnych – stworzenie map procesów;
4. opracowanie miar procesów i zasad wewnętrznych relacji rynkowych;
5. opracowanie informatycznego systemu wsparcia działania organizacji.

Punktem wyjścia w ramach projektowania organizacji – klasycznej czy procesowej – jest ustalenie/zdefiniowanie celów działania organizacji. Oznacza to przede wszystkim określenie, jakie usługi i/lub produkty będzie się oferować (oraz na jakich rynkach). Ponadto cele powinny wskazywać na przewagę konkurencyjną oraz na to, jakie produkty i usługi są priorytetem,

[5] Inną koncepcję projektowania organizacji proponują Rummler i Brache [2000, s. 226–227] w konwencji metody diagnostycznej: 1. sformułowanie jasnej strategii, 2. opis i analiza obecnej organizacji firmy, 3. opis i analiza obecnie działających procesów, 4. przygotowanie mapy procesu – stanu pożądanego oraz miar, 5. zaprojektowanie struktury organizacyjnej, 6. przygotowanie opisu każdego działu, 7. przygotowanie opisu stanowisk pracy, 8. zaprojektowanie systemu efektywności dla każdego stanowiska, 9. wprowadzenie procesów zarządzania. Jak widać, oba podejścia dość istotnie się różnią. Wynika to przede wszystkim z koncepcji charakterystycznej dla podejścia procesowego i definicji organizacji procesowej. Przedstawiony proces projektowania może być wykorzystany do trzeciego etapu ewolucji struktury włącznie (do projektowania struktury procesowo-macierzowej i wcześniejszych stadiów).

a jakie stanowią uzupełnienie oferty. Ustalając cele, należy mieć na uwadze/wykonać:

- kluczowe czynniki sukcesu w branży;
- analizę otoczenia, w tym konkurencyjnego;
- porównanie naszej organizacji z najlepszymi w kluczowych obszarach (benchmarking);
- ilościowy opis celów.

Ostatecznie cele powinny wskazywać na to, jakie kompetencje realizacyjne ma posiadać projektowana organizacja.

Następnym etapem projektowania organizacji jest identyfikacja procesów składających się na megaprocesy (tabela 5.5) w organizacji (według kryterium odbiorcy efektów działania procesów). Odbiorców dzieli się na klientów zewnętrznych oraz klientów wewnętrznych i możemy przyporządkować im megaproces podstawowy i megaproces pomocniczy. Przykłady procesów podstawowych składających się na megaproces podstawowy „leczenie pacjenta" i procesów pomocniczych stanowiących treść megaprocesu pomocniczego w podmiotach leczniczych przedstawiono w tabeli 5.6. Dzięki temu jasno określi się obszary realizacyjne zespołów procesowych oraz ich umiejscowienie w strukturze. Warto tu zwrócić uwagę na odmienny sposób podejścia do projektowania procesów i budowy organizacji niż w układach procesowo-macierzowych (etap 3 ewolucji) i funkcjonalnych z projektami (etap 2), w których zakłada się „nakładanie" procesów na istniejąca strukturę organizacyjną. Skutkuje to przebiegiem procesu w kilku ogniwach organizacyjnych.

Kolejnym etapem jest zaprojektowanie przebiegu procesów referencyjnych (stworzenie map procesów). W ramach tego etapu projektujący określają operacje (działania) niezbędne, aby proces generował założony wynik, będący pochodną celów organizacji, wymagań klientów (pacjentów), porównywania się z najlepszymi oraz możliwości organizacji (metoda prognostyczna projektowania zmian). Immanentną cechą zaprojektowanych procesów powinna być zdolność do szybkiej ich rekonfiguracji w zależności od potrzeb klienta i ograniczeń po stronie organizacji. Uzyskana w wyniku projektowania procesów mapa procesu jest podstawą do ewentualnych korekt, zaprojektowanych na drugim etapie struktury organizacji zespołów realizacyjnych. W trakcie prac projektowych nad procesami mogą ulec zmianie granice procesów, a co za tym idzie, granice pomiędzy elementami struktury.

Identyfikacja oraz zaprojektowanie procesów podstawowych i pomocniczych pozwalają na zaprojektowanie procesowych zespołów wykonawczych i ustalenie zapotrzebowania na niezbędne zasoby realizacyjne.

Po opracowaniu map procesów niezbędne staje się stworzenie mechanizmów pozwalających na ocenę poprawności (efektywności). Jak wspomniano,

organizacja jest na tyle efektywna, na ile efektywne są jej procesy. Dlatego też niezmiernie istotny jest pomiar efektywności poszczególnych procesów jako składowych generujących pożądany poziom efektywności organizacji. W ramach tego etapu opracowuje się miary procesów w oparciu o spodziewane przez klientów efekty procesu (koszt, jakość i czas). Oczywiście podobnie jak cele, mierniki procesów są pochodną mierników dla całego przedsiębiorstwa. Drugim aspektem prac projektowych na tym etapie jest ustanowienie relacji rynkowych (w organizacjach klasycznych projektowano więzi organizacyjne) pomiędzy procesami. Jest to logiczne następstwo istoty procesów, czyli sprecyzowany i mierzalny wynik (z jasno zdefiniowaną odpowiedzialnością za niego). Relacje rynkowe zachodzą między dostawcą a odbiorcą. Każdy z uczestników (lub zespołów) organizacji procesowej występuje w dwóch rolach: klienta wewnętrznego (ze zdefiniowanymi oczekiwaniami) oraz dostawcy wyników realizowanych procesów (ze zdefiniowanymi wynikami procesu: usługą, produktem oraz informacją). Relacje rynkowe oznaczają możliwość negocjacji warunków dostaw generowanych przez procesy wyników, takich jak wspomniane wcześniej jakość, cena, czas i częstotliwość realizacji. Ostatecznie wewnętrzne relacje rynkowe powinny prowadzić do wyodrębnienia nieefektywnych procesów i poddania ich outsourcingowi.

Ostatnim etapem jest opracowanie informatycznego systemu wsparcia. Przeciwstawiając się powszechnym praktykom, autorzy niniejszej książki sugerują, aby to system informatyczny był dopasowany (zaprojektowany) do realizowanych procesów, a nie odwrotnie. Systemy informatyczne powinny m.in. [Waśniewski, Strumiłło, 2020, s. 59–60]:

- usprawniać analizy zgromadzonych informacji i danych (np. Internetowe Konto Pacjenta, IKP);
- umożliwiać przekształcenie nieustrukturyzowanego procesu/podprocesu w rutynowo przebiegającą transakcję (np. przyjęcie pacjenta na odział);
- ułatwiać dokonywanie zmian w kolejności przebiegu procesu oraz umożliwiać symultaniczny przebieg niektórych jego elementów;
- zapewniać łatwy dostępu do informacji, niezależnie od miejsca ich fizycznego przechowywania (IKP);
- umożliwiać eliminację z procesu zbędnych pośredników (konto pacjenta w ZOZ-ie i przesyłanie na nie wyników badań – morfologii, EKG, RTG);
- ułatwiać gromadzenie informacji koniecznych dla funkcjonowania danego procesu;
- zapewniać proste monitorowanie przebiegu procesu oraz jego elementów;
- zastępować w procesie czynnik ludzki lub też zmniejszać jego udział (maszyny podtrzymujące życie i monitorujące, automatyczne urządzenia dawkujące leki, lekomaty).

5.4. Projektowanie procesu i jego mapowanie

5.4.1. Sekwencja działań w projektowaniu procesów

Co do jednego większość autorów jest zgodna. U podstaw projektowania, reorganizacji czy też radykalnego przeprojektowania – *reengineering* [Waśniewski, Strumiłło, 2020] leży spełnienie oczekiwań klienta jako podstawy istnienia organizacji. Dlatego też większość prezentowanych metodyk usprawniania[6] zgłasza ten aspekt jako najważniejszy. Oczywiście cele projektowanych procesów muszą być zgodne z celami organizacji, o czym już wspominano. Poniżej zaprezentowano w skrócie metodę projektowania procesów autorstwa Rummlera i Brache'a oraz metodę Rapid-Re autorstwa Manganelliego i Kleina. Drugą metodą jest ukierunkowana na radykalne przeprojektowanie procesu, tzw. *reengineering*. W gruncie rzeczy obie metody nie różnią się zbytnio. Obie są zgodne (w etapie projektowania procesów) z odwróconą konwencją SIPOC (*suppliers, inputs*, *process*, *outputs*, *customers*). Oznacza to, że projektowanie procesów rozpoczyna się od identyfikacji potrzeb klienta, a cała reszta jest naturalną konsekwencją identyfikacji i chęci spełnienia tych potrzeb – ustalenia wyjść (wyniku), sposobu transformacji (proces), niezbędnych wejść (zasobów) i dostawców.

Rummler i Brache proponują pięć faz usprawniania i zarządzania procesami [2000, s. 153–165]:

- faza 0 – planowanie podnoszenia efektywności;
- faza 1 – zdefiniowanie projektu;
- faza 2 – analiza i projektowanie procesu;
- faza 3 – wdrożenie;
- faza 4 – zarządzanie procesami.

Pięć faz proponują także Manganelli i Klein [1998, s. 53–78]:

1. przygotowanie;
2. identyfikacja;
3. tworzenie wizji;
4. projekt rozwiązania;
5. transformacja.

Porównanie obu metod zostało przestawione w tabeli 5.11.

---

[6] Zwykle używanym określeniem jest usprawnianie procesów, co ma uzasadnienie w tym, że procesy zachodzą w każdym przedsiębiorstwie, więc już prezentują jakiś poziom sprawności. Projektowanie *sensu stricto* będzie się odnosić do sytuacji projektowania zupełnie nowej organizacji i, co za tym idzie, jej procesów, oraz łączyć z podejściem prognostycznym.

Tabela 5.11. Porównanie wybranych metod projektowania procesów o organizacji

Metoda Rummlera i Brache'a		**Rapid-Re Manganelliego i Kleina**	
Fazy usprawnienia	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**	**Fazy przeprojektowania**	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**
Faza 0 – planowanie podnoszenia efektywności	Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie organizacji podejmują decyzję o poprawie realizacji procesów i zarządzania nimi. Zgodnie z wcześniej opisanymi trzema poziomami organizacji określają jej cele i dopracowują strategię. Następnie identyfikują procesy kluczowe. W szczególności etap ten powinien obejmować: określenie lub doprecyzowanie strategii oraz stworzenie mapy organizacji; opisanie wszystkich procesów podstawowych, wspierających oraz zarządzania; identyfikację kluczowych procesów; identyfikację kluczowych zagadnień organizacji KZO (szanse i zagrożenia); ustalenie, które z procesów będą miały największy wpływ na KZO; przygotowanie planu usprawnienia i zarządzania procesami.	Etap 1. Przygotowanie. Etap ten ma na celu określenie struktury organizacji, charakteru zespołu oraz stworzenie planu działań.	Rozpoznanie potrzeb. Przedsiębiorstwa nie podejmują prób zmian ze względu na modę, lecz ze względu na konieczność. Trzema głównymi motywatorami są: porażka na rynku, zagrożenia, np. ze strony konkurencji oraz ambicja. Osiągnięcie w ramach zarządu porozumienia co do kształtu zmian. Niezwykle istotne jest, aby projekt zmian był znany i akceptowany przez najwyższe kierownictwo. Większość procesów ma charakter międzywydziałowy, więc utrudnianie pracy oraz sabotowanie wdrożenia mogą być decydującym czynnikiem porażki projektu reorganizacji. Wypracowanie konsensusu następuje na poziomie określania celów i efektów, jakie ma przynieść projekt. Przeszkolenie zespołu ds. zmiany. W tym zadaniu są określane oczekiwania kierownictwa, jest budowany zespół, jest poznawany *reengineering*. Ponadto dobiera się narzędzia do wykorzystania podczas pracy.

	Na koniec tej fazy organizacja powinna posiadać racjonalny plan usprawnienia i zarządzania procesami.		Stworzenie planu zmian. Plan działań powinien być szczegółowo określony dla etapu Identyfikacja, pozostałe etapy, z konieczności, będą przedstawiane dość pobieżnie.
Faza 1 – zdefiniowanie projektu	W tej fazie należy przełożyć kluczowe zagadnienia organizacji na kluczowe zagadnienie procesu. To kluczowe zagadnienie procesu będzie podstawą projektu nowego, usprawnionego procesu. W trakcie realizacji tej fazy należy podjąć m.in. następujące działania: wybrać członków zespołu projektowego oraz „sponsora projektu" odpowiedzialnego za realizację danego procesu; zespół będzie odpowiedzialny za dokonanie analizy i projektowanie procesu oraz będzie uczestniczył we wdrażaniu zmian; wybrać moderatora – osobę niezaangażowaną bezpośrednio w realizację procesu, nadzorującą i wspomagającą pracę zespołu; wskazać granice procesu: jego początek oraz zakończenie; ustalić szczegółowo cele zespołu; określić harmonogram realizacji projektu.	Etap 2. Identyfikacja. Na tym etapie następuje zrozumienie reguł takiego zarządzania firmą, w którym najważniejsze są procesy zorientowane na klientów.	Stworzenie modelowego obrazu klientów. Należy zidentyfikować zewnętrznych klientów, ich oczekiwania i potrzeby oraz interakcje między organizacją a jej klientami. Zrozumienie i identyfikacja klientów są podstawą filozofii reengineeringu. Zdefiniowanie i zmierzenie efektów działania. W tym zadaniu zostają wprowadzone miary efektów działania, dla których punktem odniesienia są oczekiwania klienta (por. rozdział pierwszy niniejszej pracy). Za standardowy wynik można obrać np. wyniki działania konkurencji. Zdefiniowanie kategorii elementów. Należy określić, z jakimi rzeczami organizacja ma do czynienia na co dzień, np. pracownicy, dostawcy, zamówienia, czeki, oraz ich atrybuty. Modelowanie procesów. W tym zadaniu należy zdefiniować każdy z procesów, ustalić zmiany stanów, np. zaksięgowanie, oraz zdefiniować cele procesu i krytyczne czynniki sukcesu.

	Zespół powinien poznać najistotniejsze charakterystyki i ograniczenia związane ze zmianą procesu (np. brak możliwości zmiany struktury organizacyjnej)		Zidentyfikowanie działania. Zmiany stanów zachodzą w wyniku podjęcia działań (czynności). Dla każdej zmiany stanu należy zidentyfikować odpowiedni zestaw czynności. Rozwijanie modelowania procesów. Następuje uszczegółowienie modeli procesów o relacje z klientami. Sporządzenie mapy organizacji. Zadanie to ma na celu zdefiniowanie komórek i/lub elementów organizacji zaangażowanych w główne działania wraz z rodzajem ich zaangażowania. Sporządzenie mapy zasobów. W tym zadaniu szacuje się liczbę pracowników i zasoby pieniężne potrzebne do realizacji każdego z głównych działań procesu. Przydzielenie procesom priorytetów. Każdy z procesów jest rangowany według jego wpływu na osiąganie celów organizacji.

Metoda Rummlera i Brache'a		Rapid-Re Manganelliego i Kleina	
Fazy usprawnienia	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**	**Fazy przeprojektowania**	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**
Faza 2 – analiza i projektowanie procesu	W trakcie realizacji tej fazy zespół projektowy podejmuje następujące działania: opisuje proces na mapie procesu – stan obecny; identyfikuje wszystkie problemy, nieciągłości w obecnym procesie; projektuje pożądany proces w oderwaniu od dotychczasowego sposobu myślenia i dotychczasowych modeli działania, uwzględniając zidentyfikowane problemy i nieciągłości; przedstawia do akceptacji propozycję zmian (zmiany powinny być uzasadnione przeprowadzoną kalkulacją kosztów i korzyści); przygotowuje ogólny plan wdrożenia, przejście od stanu obecnego do pożądanego.	Etap 3. Tworzenie wizji. Niektórzy autorzy książek o reengineeringu zaczynają swój opis sposobu zmian od tworzenia wizji procesu.	Zrozumienie struktury procesu za pomocą takich kategorii, jak: działania, kroki, wejścia, wyjścia i bodźce (statyka procesu). Zrozumienie przebiegu procesu polega na zidentyfikowaniu momentów, w których są podejmowanie najważniejsze decyzje, wyodrębnieniu podprocesów, zidentyfikowaniu różnych wariantów procesów. Jednocześnie dokonuje się wypunktowania wejść (zasileń) procesów i ich wyjść (wyników). Zidentyfikowanie działań tworzących wartość. Zadanie to pozwala na ocenę wpływu, jaki każde z działań wchodzących w skład procesu wywiera na zewnętrzne miary efektywności procesu. Porównanie wyników działania z wynikami innych firm. Jest to właściwie benchmarking. Porównywane są efekty i sposób realizacji procesu z innymi przedsiębiorstwami (niekoniecznie konkurencją). Opracowanie subwizji. Może się okazać, że wprowadzenie zmian nie będzie możliwe od razu w formie optymalnej (np. ze względu na koszty, opór). Należy więc opracować etapy przejściowe z ramami czasowymi.

			Określenie czynników wpływających na efektywność działania. Aby określić czynniki wpływające na efektywność procesu, należy zidentyfikować: - źródła błędów i problemów, - wzajemne niedostosowanie, dysfunkcje, - miejsca, w których działania są nadmiernie rozczłonkowane i rozdrobnione, - luki i opóźnienia. Oszacowanie możliwości usprawnienia. Wszystkie wcześniej zebrane informacje będą wykorzystane do określenia: jak duża zmiana jest potrzebna i czy będzie ona trudna. Poza tym należy ustalić przewidywane koszty i korzyści z niej wynikające. Stworzenie wizji idealnego procesu (relacje organizacja – otoczenie). Opisanie tego, jak będzie działał proces, gdy wszystkie zewnętrzne parametry będą optymalne. Stworzenie wizji idealnego procesu (relacje wewnątrz organizacji). Opisanie tego, jak będzie działał proces, gdy wszystkie wewnętrzne parametry będą optymalne. Zintegrowanie wizji. Może się zdarzyć, że stworzone wizje (wewnętrzna i zewnętrzna) mogą ze sobą kolidować (nie wszystko, co jest dobre dla klienta, musi być dobre dla organizacji). Należy te sprzeczności wyeliminować.

Metoda Rummlera i Brache'a		Rapid-Re Manganelliego i Kleina	
Fazy usprawnienia	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**	**Fazy przeprojektowania**	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**
Faza 3 – wdrożenie	Przygotowanie do wdrożenia nowego procesu obejmuje m.in.: określenie niezbędnej zmiany infrastruktury; przeprowadzenie szkolenia osób zaangażowanych w nowy proces; przygotowanie szczegółowych i zintegrowanych planów wdrożenia, w których należy jasno określić: co, kto i kiedy ma zrobić; poprzedzenie nowego procesu pilotażem. Czas realizacji projektu zależy m.in. od złożoności oraz od obecnego stanu procesu. Reorganizacja nigdy wcześniej nieudokumentowanego, niemierzonego i niezarządzanego procesu zabiera dużo więcej czasu niż wprowadzenie korekt do wcześniej zarządzanego procesu. W przypadku małych projektów poprzez poszczególne fazy można przejść szybciej; nie trzeba wykonywać wszystkich opisanych tu czynności i używać narzędzi pomocniczych.	Etap 4A. Projekt rozwiązania – aspekt techniczny W etapie tym jest realizowany taki projekt procesu, który umożliwia zrealizowanie opracowanej w poprzednim etapie wizji. Do tego celu jest niezbędne opisanie technologii, standardów, procedur działania, systemów i mechanizmów kontroli. W wyniku tego etapu powstanie wstępny plan zakupu sprzętu, oprogramowania, usług.	Zbudowanie relacji między kategoriami elementów. Zadanie to pomaga w ustaleniu kierunku i charakteru relacji. Zadanie to jest pierwszym krokiem w modelowaniu danych. Analiza powiązań między procesami. Podstawowym celem jest stwierdzenie, czy ewentualna zmiana realizacji poszczególnych kroków w ramach działań i działań w ramach procesu, a także przekazanie odpowiedzialności za realizację poszczególnych kroków innym pracownikom, przyczyniłyby się do poprawy efektywności realizacji i wyników procesu. Wyposażenie we właściwe instrumenty pomiarowe. Zidentyfikowanie informacji potrzebnych do mierzenia efektywności i wyników procesu. Definiowane są również miejsca, w których informacja jest przechowywana. Proces zostaje wzbogacony o dodatkowe kroki, które umożliwią zdobycie, uporządkowanie i rozpowszechnienie niezbędnych informacji. Zredukowanie zbędnych miejsc wymiany informacji oraz informacji powtarzających się.

			Ponowne zdefiniowanie alternatyw. Rozważenie możliwości zastąpienia aktualnego procesu przez inny, prostszy proces lub procesy. Znalezienie nowych lokalizacji dla mechanizmów kontrolnych. W tym miejscu redukuje się czynności niepodnoszące wartości poprzez uproszczenie systemu kontroli – (zastępowanie procedur wykrywających błędy procedurami błędy eliminującymi). Wyodrębnienie modułów. Wyodrębnienie części procesu, które mogą być przemieszczane i rozmieszczane niezależnie. Określenie rozmieszczenia modułów. Zdefiniowane w poprzednim zadaniu moduły są wykorzystywane do oceny potencjalnych, alternatywnych struktur procesu. Zastosowanie technologii. Wykorzystanie technologii w zakresie przewidzianym w wizji procesu (etap trzeci). Zaplanowanie wdrożenia. Opracowywane są wstępne plany wdrożenia.

Metoda Rummlera i Brache'a		Rapid-Re Manganelliego i Kleina	
Fazy usprawnienia	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**	**Fazy przeprojektowania**	**Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy**
		Etap 4B – Projekt rozwiązania – aspekt społeczny Społeczne aspekty projektu muszą pozostawać w ścisłym związku z jego aspektami technicznymi. Projektowanie społecznych aspektów dostarcza opisu organizacji, personelu, stanowisk pracy, ścieżek kariery i zachęt występujących w reorganizowanym procesie.	Przekazanie uprawnień personelowi mającemu kontakt z klientem. Opisanie grupy stanowisk. Opisanie stanowiska i zespołu. Opisanie wymaganych umiejętności i zapotrzebowania na personel. Opisanie struktur zarządzania. Opisanie, w jaki sposób podstawowe funkcje zarządzania (zarządzanie pracą, przywództwo i rozwój pracowników) będą realizowane w zrestrukturyzowanym przedsiębiorstwie. Przeprojektowanie granic między działami. Rozważenie takiej zmiany struktury organizacyjnej, która doprowadziłaby do sytuacji, w której każdy z zespołów biorących udział w procesie znajdowałby się w obrębie jednej jednostki organizacyjnej. Opisanie zmian na stanowiskach. Zaprojektowanie ścieżek kariery.

			Opisanie sposobu dokonania zmian. Czasami to aspekt społeczny wymusza stopniowe wprowadzanie zmian. W tym zadaniu opisuje się kolejne etapy wprowadzania zmian. Zaprojektowanie planu zarządzania zmianą. Jest to jedno z najważniejszych zadań. Wstępny plan wdrożenia zmian (opracowany na pierwszym etapie) należy uszczegółowić. Zidentyfikować interesariuszy i zadbać o ich poparcie. Zaplanowanie nagród. Zdefiniowanie konkretnych bodźców motywacyjnych, systemu zachęt i nagród, które skłonią ludzi do wspomożenia transformacji, przejścia do nowego procesu, osiągania zaplanowanych wyników i wreszcie ciągłego doskonalenia organizacji. Zaplanowanie wdrożenia. Tworzone są wstępne plany wdrożenia społecznych aspektów projektu (plany rekrutacji, szkoleń)

Faza 4 – zarządzanie procesami	Jak podkreślają autorzy przytoczonej metodyki, usprawnienie procesu nie kończy pracy – stanowi dopiero początek nowego etapu. Odpowiedzialność za tę fazę – w przeciwieństwie do poprzednich – ponosi kadra kierownicza. W organizacji, która przeszła od projektów usprawniania procesów do stałego zarządzania procesami, każdy z procesów powinien posiadać: mapę procesu, przedstawiającą czynności oraz działy (funkcje) odpowiedzialne za ich realizację; zbiór miar opartych na oczekiwaniach klientów, powiązanych z celami i miarami całej organizacji; właściciela procesu; stale działający zespół procesowy, który spotyka się regularnie w celu dokonania kolejnych usprawnień; roczny biznesplan każdego z procesów; narzędzia służące monitorowaniu wyników procesu; procedury opisujące, za pomocą jakich metod należy rozwiązywać bieżące problemy i kto jest za to odpowiedzialny.	Etap 5. Transformacja. Efektem etapu nazywanego „Transformacją" jest pilotażowa i pełna wersja przeprojektowanego procesu.	Dokończenie projektowania systemu komputerowego. Wykonanie technicznej części rozwiązania systemu informatycznego. Przygotowanie testów pilotażowych systemu oraz planów awaryjnych. Ocenienie personelu pod względem umiejętności, wiedzy, uzdolnień i stopnia akceptacji zmian. Przygotowanie gotowej do wdrożenia wersji systemu. Przeszkolenie personelu. Przeprowadzenie testów pilotażowych. Skorygowanie i wprowadzenie w życie rozwiązań. Wbudowanie mechanizmów ciągłego doskonalenia procesu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rummler, Brache, 2000, s. 153–165; Manganelli, Klein, 1998, s. 53–78.

Obie prezentowane metody są zbliżone do siebie. Ich autorzy wychodzą od ustalenia celów, następnie proponują identyfikację i analizę istniejących procesów w oparciu o zadania stawiane przed organizacją. Tworzone są: mapa organizacji oraz mapa procesów. Gdy zostaną opisane wszystkie procesy, następuje ich weryfikacja: podział na kluczowe i pomocnicze. Następnie następuje wybór procesu/procesów do reorganizacji. Kolejnym etapem jest zaprojektowanie usprawnionego procesu/ów. Gdy etap ten jest zakończony, można przystąpić do wdrażania projektu, po uprzednim poinformowaniu i przeszkoleniu personelu. Wydaje się, iż kluczową różnicą między obiema metodami jest podejście do dalszego postępowania z usprawnionymi procesami. Rummler i Brache kładą dużo większy nacisk na zarządzanie procesami, a samą metodę zaliczyć można do re-inżynierii łagodnej, z kolei metoda Rapid-Re jest radykalną metodą reorganizacji procesów, o krótkim horyzoncie czasowym.

W swym rdzeniu jednak przedstawione wyżej metodyki, jak również wiele innych, pozostają podobne. Uogólniając, można stwierdzić, iż po odrzuceniu zagadnień związanych z zarządzaniem projektem zmiany proces projektowania procesów składa się z następujących elementów:

- uświadomienia potrzeby zmian oraz określenia spodziewanych efektów;
- wybrania procesów do reorganizacji;
- zrozumienia istniejących procesów;
- zaprojektowania nowych procesów;
- wdrożenia rozwiązania.

Sposób, w jaki są zaprojektowane procesy, musi dawać możliwość efektywnej realizacji wyznaczonych wcześniej celów. Proces powinien być logiczny i mieć jak najprostszy przebieg. Czynności i podprocesy, które składają się na proces, powinny pozwalać na efektywną realizację całego procesu. Ukierunkowanie projektowania procesów na klienta daje organizacji szansę wykorzystania opinii klientów do sformułowania celów, a często i przebiegu procesu. Można przeprowadzić ankietę wśród klientów oceniającą dotychczasowe działanie firmy, ułatwić niezadowolonym klientom składanie zażaleń, tak aby zebrać jak najwięcej informacji o ocenie dotychczasowej pracy firmy, a także o aktualnych potrzebach klientów.

Analiza istniejących procesów z jednej strony jest bezcennym zasobem informacji o funkcjonowaniu, przebiegu, realizatorach procesu oraz zasobach wykorzystywanych w trakcie procesu. Z drugiej strony stanowi poważny hamulec w tworzeniu nowych jakościowo rozwiązań.

5.4.2. Mapowanie procesu

Jednym z najskuteczniejszych sposobów rozumienia aktualnie funkcjonującego procesu jest stworzenie mapy procesu. Mapa procesu jest narzędziem (dość starym, bo Frank i Lilian Gilbreth opatentowali w 1921 r. w ASME [Amerykańskie Stowarzyszenie Inżynierów Mechaników] diagram przebiegu procesu, tzw. *flow chart*), które pomaga dokonać analizy istniejących procesów (jeżeli jest dostępna i/lub koszty i czas jej opracowania są akceptowalne). Na mapie tego rodzaju jest przedstawiona sekwencja czynności, która doprowadza do przekształcenia określonych zasobów w wyniki wybranego do projektowania procesu. Mapa ta przedstawia wkład poszczególnych funkcji w realizację procesu. Pozwala na zidentyfikowanie wszelkich jego nieciągłości w procesie (takich jak nielogiczne, brakujące lub niepotrzebne, powtarzane czynności). Przy opracowywaniu mapy przebiegu procesu należy pamiętać, że na każde zadanie można spojrzeć z różnych punktów widzenia oraz że metody pracy wykorzystane do zrealizowania danego zadania mogą być różne, gdyż każdy pracownik sam znajduje dla siebie optymalny sposób pracy. Najważniejsza rzeczą w czasie projektowaniu procesu jest skoncentrowanie się na nakładach pracy i rezultacie każdego etapu. Zalety tworzenia mapy przebiegu procesu są następujące [Grajewski, 2016, s. 134–138; Mydlarz, 2019; Skrzypek, Hoffman, 2010, s. 76]:

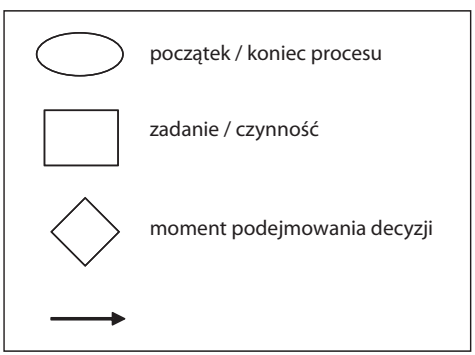
- wykresy często potrafią wyjaśnić proces lepiej niż słowa – przyjazny dla pracowników i osób spoza organizacji opis sekwencji działań wykonywanych w procesie;
- standaryzacja symboli ułatwia komunikację i zrozumienie procesów;
- sam proces tworzenia wykresu pomaga zrozumieć zadania procesu i problemy w efektywnym jego realizowaniu;
- możliwość łatwego wglądu w dokument przez osoby nieobecne w czasie tworzenia mapy;
- budowanie świadomości jakości poprzez świadomość procesową;
- standaryzacja operacji oraz uniknięcie samowolnych zachowań;
- punkt wyjścia do rozwoju, doskonalenia i optymalizacji organizacji;
- budowanie świadomości obowiązków i odpowiedzialności pomiędzy zależnymi działami;
- ułatwienie rozwiązywania problemów poprzez zrozumienie stanu faktycznego procesu;
- zmniejszenie możliwości pomyłek na produkcji;
- zwiększenie pewności siebie nowych pracowników oraz zmniejszenie zależności od bardziej doświadczonych pracowników;
- zmniejszenie strat poprzez szybkie identyfikowanie wąskich gardeł;

- identyfikacja działań zbędnych, nietworzących wartości, a generujących koszty.

Ostatecznie projektowanie przebiegu procesu oraz jego mapowanie ułatwia transfer wiedzy w przedsiębiorstwie [Strumiłło, Wierzbicka, 2017, s. 207–217]. Wady tworzenia mapy przebiegu procesu:

- samo tworzenie mapy przebiegu procesu może stać się ważniejsze od celu, jakiemu ma służyć mapa – usprawnieniu procesu,
- mapa nie zawsze jest odpowiednim sposobem komunikowania zmian, które chcemy wprowadzić.

Mapa procesu jest chronologicznym zapisem czynności wykonywanych w ramach omawianego procesu. Do graficznego opisu tych czynności można zastosować kilka prostych symboli ułatwiających „odczytanie mapy" (rysunek 5.3). Wraz z rozwojem podejścia procesowego i jego wykorzystywaniem w reorganizacji działalności firm prosty *flow chart* przestał być wystarczającym narzędziem opisu rzeczywistości organizacyjnej. Obecnie istnieje wiele standardów zapisu i modelowania procesów biznesowych, np. BPMS (Business Process Management System) i BPMN (Business Process Model and Notice) [Gawin, Marcinkowski, 2013].



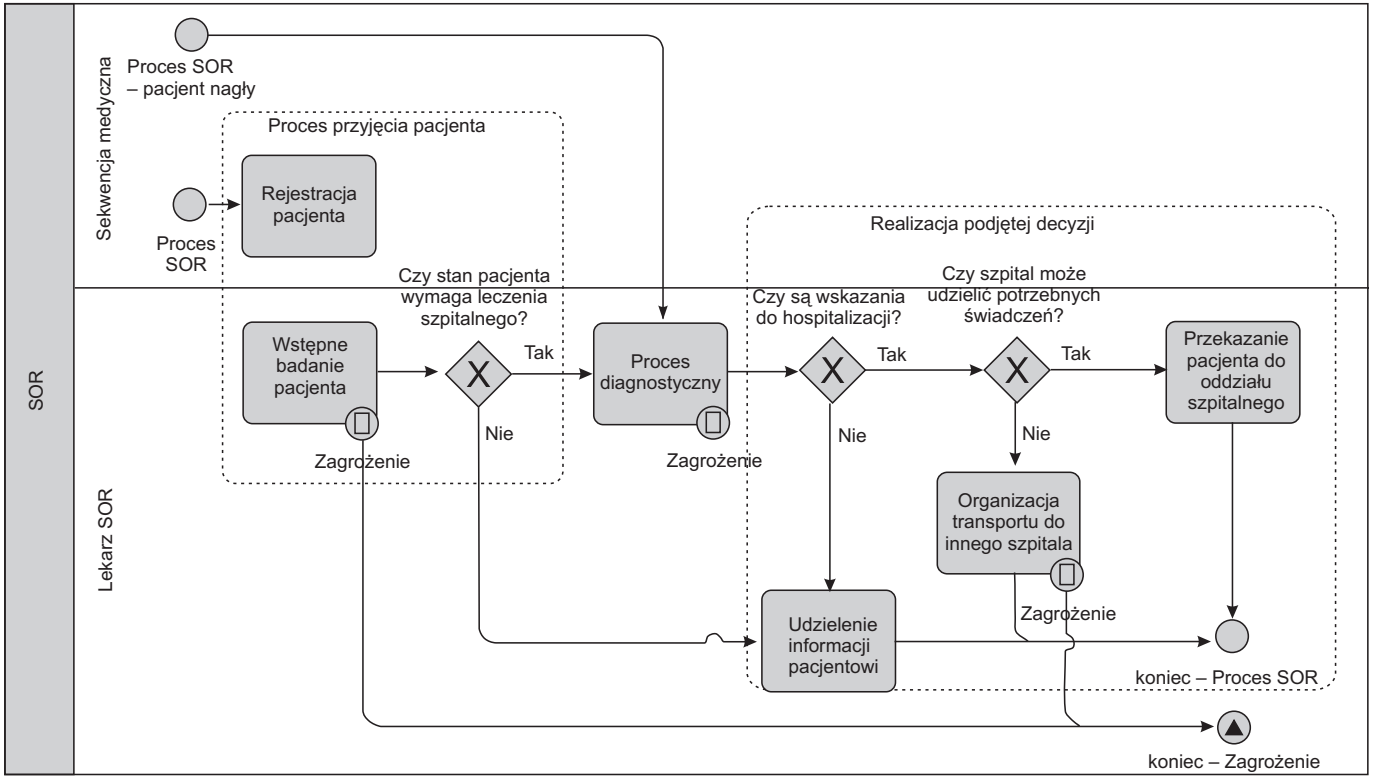
Rysunek 5.3. Symbole zastosowane w mapie procesu

Źródło: Peppard, Rowland, 1997, s. 213.

Przykładową mapę procesu w notacji BPMN z wykorzystaniem tzw. *swimline* (tor realizatora) na oddziale SOR przedstawia rysunek 5.4.

Analizując wykres, należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia na poszczególnych etapach procesu:

- jak długo trwają poszczególne etapy, jak długie są przerwy pomiędzy etapami, ile trwa cały proces;



Rysunek 5.4. Proces leczenia pacjenta na SOR – przykład

Źródło: https://novapraxis.pl/optymalizacja-procesow-medycznych/ [dostęp: 19.01.2021].

- kto jest odpowiedzialny i kto wykonuje poszczególne etapy/operacje w procesie;
- ponadto trzeba wskazać te etapy, przy których najczęściej pojawiają się problemy,
- i zaznaczyć, które z etapów „dodają wartość", a które tworzą tylko dodatkowy koszt.

Następnym etapem jest projektowanie nowych procesów. Zarząd może wybrać jedną z opisanych we wcześniejszej części pracy metod: reorganizację istniejącego procesu lub stworzenie procesu od podstaw. Organizacja może także stosować obie te metody naprzemiennie, w zależności od stopnia poprawności funkcjonowania dotychczasowych procesów. Kiedy projekt nowego procesu jest gotowy, należy dokładnie przeanalizować, jakie są potrzeby techniczne nowego procesu, kto powinien go realizować i kto powinien nim zarządzać. Jest bowiem bardzo prawdopodobne, że zmiany funkcjonowania procesu pociągną za sobą zmiany zarówno w zarządzaniu ludźmi, jak i w wykorzystywanych dotychczas systemach informacji, a także zmiany w zarządzaniu na poziomie procesu i całej organizacji.

Przed wprowadzeniem nowego procesu w życie powinno się przeprowadzić test funkcjonowania nowych rozwiązań w praktyce. Doświadczenia zdobyte podczas symulacji powinny być wprowadzone w formie poprawek do projektu, a następnie należy powtarzać symulację aż do uzyskania pewności, iż proces będzie przebiegał zgodnie z oczekiwaniami. Gdy wyniki symulacji są zadawalające, można dokonać wdrożenia nowego bądź ulepszonego procesu.

5.5. Zespołowe formy opieki nad pacjentem – struktura procesowa w podmiotach leczniczych

Jednym z czynników wskazujących na konieczność zmiany sposobów organizacji opieki i/lub leczenia pacjentów jest starzenie się populacji, które powoduje, że pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci oraz inni specjaliści pracujący w ochronie zdrowia w swojej praktyce zawodowej spotykają osoby starsze (i nie tylko) z wielochorobowością, złożoną niepełnosprawnością, potrzebami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi. Stworzenie takiego interdyscyplinarnego modelu opieki nad osobami (co prawda tylko nad osobami starszymi) postuluje np. A. Różyk-Myrta [2015, s. 8].

W klasycznych układach organizacyjnych opieka ta jest wysokospecjalistyczna, ale nie kompleksowa. Co więcej, problem ten też dotyczy innych grup wiekowych pacjentów z współwystępowaniem wielu chorób, zarówno

na etapie/w procesach diagnozy, jak i procesach leczenia. Wspominano już wcześniej, że w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce to pacjent wraz z rodziną stają się koordynatorami działań poszczególnych podmiotów leczniczych (lekarzy-specjalistów) lub, co gorsza, w ramach jednej placówki (przenoszenie/przewożenie pacjenta między oddziałami w celach konsultacji itp.).

Taki stan (obserwacja i identyfikacja przebiegów procesów w podmiotach leczniczych) jak najbardziej skłania do zadania pytania, czy funkcjonalny układ organizacyjny sprzyja efektywnemu i, co ważniejsze, skutecznemu leczeniu pacjenta. Autorzy niniejszej książki stawiają hipotezę (wymagającą empirycznej weryfikacji), że klasyczne struktury organizacyjne mogą ograniczać skuteczność i ekonomiczność (łącznie: efektywność[7]) leczenia pacjentów z wieloma współistniejącymi chorobami ze względu na dezintegrację procesów leczniczych w strukturze funkcjonalnej. Sytuacja taka jest wysoce prawdopodobna. Złożoność i nieprzewidywalność wyników procesów leczenia (zwłaszcza klinicznego) wskazuje, że nie tylko pacjenci z wielochorobowością wymagają interdyscyplinarnej opieki medycznej, lecz także inne grupy pacjentów.

Rekonfiguracja układów organizacyjnych w kierunku procesowym w założeniu przewiduje tworzenie zespołów procesowych, w których struktura kwalifikacji (w tym wysokospecjalistycznych stanowisk) odpowiada zapotrzebowaniu danego procesu ze względu na realizację określonych działań w ramach zaprojektowanego procesu. Przy czym unika się opisanych wad struktur macierzowych – wielokrotnego podporządkowania członków zespołów oraz walki o „władzę" w organizacji pomiędzy kierownikami projektów/procesów a kierownikami funkcjonalnymi. Warto tu również wspomnieć o różnicach między zarządzaniem procesami a orientacją procesową. W wielu organizacjach dużą wagę przykłada się do projektowania, wdrażania i monitorowania przebiegu procesów, jednakże nakładając je na układ funkcjonalny. Ostatecznie uzyskane efekty zarządzania procesami mogą nie spełniać oczekiwań zarządzających. Ma to swoje źródło w pozostawieniu wielu aspektów (mechanizmów i zasad) funkcjonowania organizacji w układzie funkcjonalnym, które w dużym stopniu nie pozwalają dyskontować zmian dokonanych w procesach głównych i pomocniczych. Wynika to np. z podwójnej koordynacji działań (pionowa i pozioma), przypisania zasobów do funkcji, a nie do procesu, dezintegracji procesu („wiele biurek") ze względu na rozproszenie specjalistów z różnych dziedzin w układzie funkcjonalnym czy też z systemu motywacyjnego ukierunkowanego na awans pionowy.

---

[7] Więcej o pojęciach skuteczności, ekonomiczności i efektywności w: Waśniewski, 2015, s. 130–142.

Rekapitulując, rekonfiguracja organizacji podmiotów leczniczych (oczywiście tych większych, nie mówimy tu o jednoosobowej działalności gospodarczej) w kierunku organizacji procesowej wydaje się logicznym krokiem, pozwalającym na wykorzystanie potencjału wiedzy i podniesienie efektywności (skuteczność i ekonomiczność) procesów leczenia pacjentów.

Charakterystykę struktury procesowej opierać będziemy na uniwersalnych deskryptorach struktur omówionych w rozdziale czwartym, tzn.: sposobie konfiguracji, stopniu centralizacji, poziomie specjalizacji, formalizacji i standaryzacji.

Konfiguracja struktury procesowej musi odzwierciedlać to, że w założeniach podejścia procesowego dominującymi więziami organizacyjnymi są więzi techniczne (odzwierciedlają je procesy) oraz poziome więzi informacyjne. W związku z tym na plan dalszy schodzą więzi hierarchiczne, a więzi funkcjonalne nie będą występować (albo będą się pokrywać z więziami informacyjnymi). Konsekwencją tego będzie ograniczenie szczebli hierarchicznych do dwóch: menedżer procesów i zarząd, oraz tworzenie nowych stanowisk: menedżer procesów czy właściciel procesu.

Wymiar centralizacji w strukturze procesowej wskazuje na dużą decentralizację, objawiająca się rozmieszczeniem władzy i uprawnień decyzyjnych na realizatorów procesów i/lub zespoły procesowe. Tak przypisane uprawnienia i odpowiedzialność są równoważne zadaniom realizowanym w procesach oraz oczekiwanym efektom procesów. Urynkowienie wewnętrzne oraz umiejscowienie klienta w centrum uwagi z reguły sprawia, że decyzje są podejmowane szybciej i okazują się bardziej trafne dzięki jasno określonym kryteriom (satysfakcja klienta, jakość, czas i koszty).

Specjalizacja rozumiana jako biegłość w jakiejś dziedzinie zyskuje nowy wymiar. Realizatorzy w procesach stają się specjalistami od danego procesu, co przekłada się na rozszerzanie (a nie zawężanie do wybranej funkcji) kompetencji i wiedzy. Wymienność ról jest czymś oczywistym. Granicami poszerzania przez realizatorów swoich kompetencji są granice procesu. Jednocześnie funkcjonowanie w zespołach procesowych pozwala na pozyskiwanie wiedzy i umiejętności od innych uczestników procesu, co sprawia, że proces uczenia się organizacyjnego jest bardziej efektywny i przebiega w sposób ewolucyjny.

Opisana wcześniej mapa procesów, mapa relacji pomiędzy procesami i schemat struktury stanowią formalne ramy funkcjonowania uczestników organizacji oraz wskazują relacje występujące pomiędzy uczestnikami i komórkami organizacyjnymi. Formalizacja w organizacji procesowej jest na dość niskim poziomie. Członkowie organizacji nie działają w oparciu o tradycyjny zbiór zadań przypisanych do stanowiska pracy. Zakres ich zadań wyznaczają ramy procesu oraz konieczność samoorganizacji i/lub szybkiej zmiany.

Formalne ramy funkcjonowania w organizacji są zatem raczej zbiorem wskazówek dla realizatorów. Struktura organizacyjna porządkuje i charakteryzuje układ podmiotów (zespołów) realizujących procesy.

Standaryzacja w strukturze procesowej jest pochodną standaryzacji procesów (zagadnienie to zostało opisane w podrozdziale 5.2.3). Dodać należy, że standaryzacja na poziomie organizacji będzie oznaczała wystandaryzowanie procesów ją tworzących w takim zakresie, aby nie tworzyć formalnych barier w zaspokajaniu zróżnicowanych potrzeb klientów. Taki poziom standaryzacji jest jak najbardziej zbieżny ze specyfiką funkcjonowania podmiotów leczniczych, gdzie mamy do czynienia z ogromną złożonością potrzeb zdrowotnych pacjentów (szczególnie w klinicznych procesach leczenia). W tabeli 5.12 przedstawiono charakterystykę struktury procesowej według wymiarów struktury organizacyjnej.

Tabela 5.12. Charakterystyka struktury procesowej w podmiotach leczniczych

Wymiar organizacji	**Charakterystyka struktury procesowej podmiotu leczniczego**
Konfiguracja	Procesy wyznaczają ramy zadań realizatorów (lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów) Procesy wyznaczają zasoby/obsadę komórek organizacyjnych (zespołów interdyscyplinarnych) Redukcja szczebli hierarchicznych do dwóch: menedżer procesu i zarząd (dyrektor szpitala, kierownik ośrodka) Właściciel procesu zastępuje ordynatorów
Specjalizacja	Interdyscyplinarność na poziomach: - realizatorów, którzy doskonalą umiejętności interdyscyplinarne (poprzez m.in. poszerzenie zadań pielęgniarek, lekarzy) - zespołów procesowych – zespoły interdyscyplinarne
Centralizacja	Delegowanie uprawnień realizatorom w zakresie: - sposobu realizacji procesu leczenia (kolejność działań, dobór metod leczniczych i diagnostycznych) - doboru realizatorów procesu leczenia
Formalizacja	Stosowanie ogólnych schematów przebiegu procesu Stosowanie i zapisywanie dobrych praktyk (skutecznych metod leczenia, opieki itp.) Odpowiedzialność za wynik, a nie za przestrzeganie procedur
Standaryzacja	Dywersyfikacja stopnia standaryzacji realizacji poszczególnych procesów/podprocesów/działań (np. wykonywanie zdjęcia rtg – wysoki poziom standaryzacji; operacja chirurgiczna – niski poziom standaryzacji)

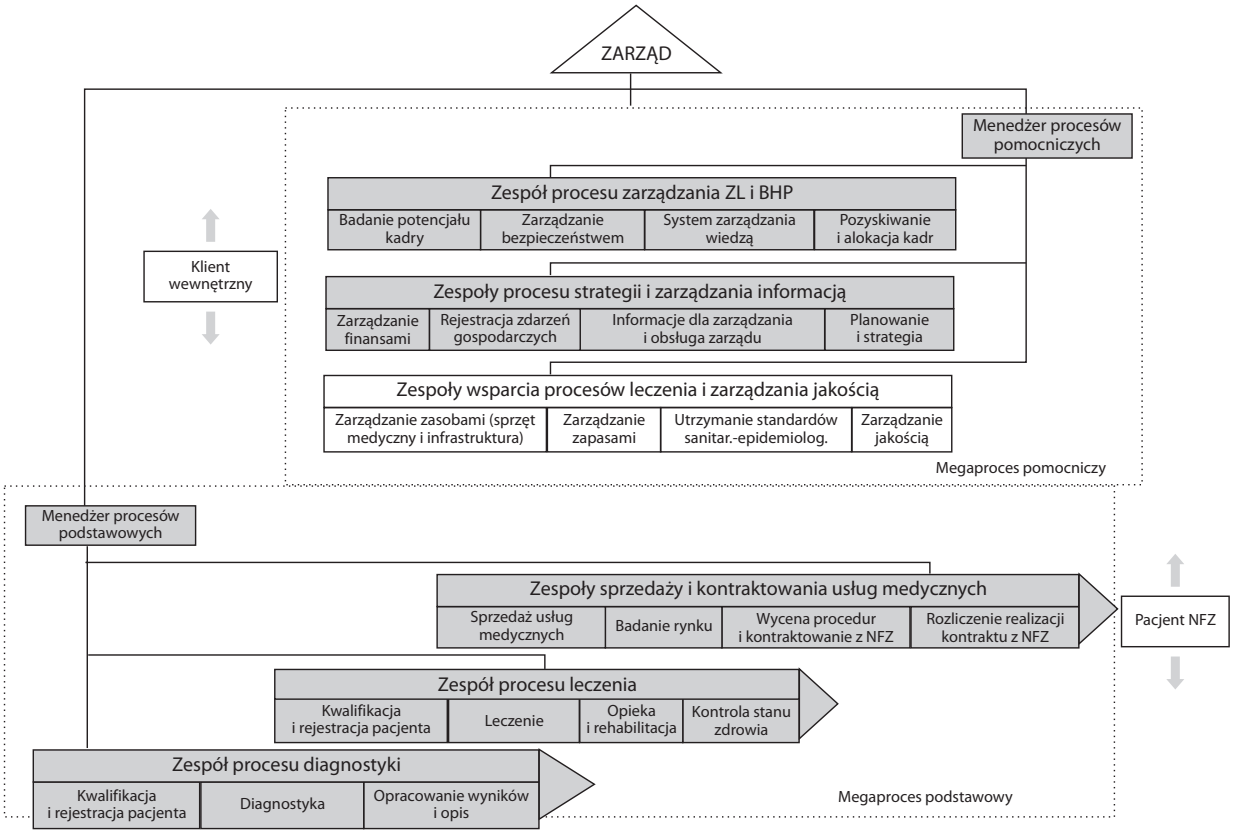
Źródło: opracowanie własne.

Implikacjami rozwiązań strukturalnych wynikających z przyjętych/założonych stanów deskryptorów są poniższe założenia funkcjonowania i relacji w organizacji procesowej:

- myślenie kategoriami procesu, a nie funkcji;
- spłaszczenie struktury organizacyjnej;
- powrót do zmodyfikowanej zasady jednoosobowego kierownictwa – w układzie poziomym podporządkowanie menedżerowi danego procesu;
- stałość układów komórek organizacyjnych (zespołów procesowych) i powiązań;
- zmienność składów komórek organizacyjnych (zespołów procesowych);
- względnie powtarzalny i wystandaryzowany wynik działania;
- względna powtarzalność i wystandaryzowanie działań/operacji w ramach procesu;
- zmienność ról realizatorów w procesie;
- świadomość swojej roli w całości przebiegu i wyniku procesu u realizatorów działań/operacji w procesie;
- uprawomocnienie pracowników i zespołów procesowych;
- urynkowienie relacji wewnętrznych pomiędzy obszarami organizacyjnymi (procesami) – wynik procesu jako obiekt transakcji wewnętrznych i/lub zewnętrznych;
- zdolność do samoorganizacji.

Autorzy tej książki pragną podkreślić, iż powyższe założenia funkcjonowania organizacji w układzie procesowym w zdecydowany sposób odróżniają tą strukturę od struktur zadaniowych czy macierzowych. Podobnego zdania jest również J.M. Lichtarski [2009, s. 404–412]. Na rysunku 5.5 autorzy prezentują koncepcję struktury procesowej podmiotu leczniczego. Przedstawiona propozycja pozwala na jasne sprecyzowanie obszarów i odpowiedzialności za wyniki leczenia, w tym za jego skuteczność i ekonomiczność. Megaproces podstawowy zawiera procesy odpowiadające za realizację oczekiwań pacjenta oraz płatnika. Megaproces pomocniczy zostaje podzielony na obszary związane z obsługą procesów podstawowych (np. zespoły wsparcia procesów leczenia – odpowiedzialne za m.in. zarządzanie zasobami podmiotu leczniczego, w tym sprzętem medycznym, zarządzanie zapasami – w tym zakupami medycznymi itd.

Uogólniając, można powiedzieć, że każdy z procesów składa się z podprocesów, które mogą być realizowane przez osobne zespoły lub w ramach jednego zespołu. Co ważniejsze, w trakcie użytkowania procesów i na podstawie transakcji wewnętrznych i zewnętrznych wymiany produktów procesów jest możliwa rekonfiguracja ich granic w kierunku podziału na dwa różne lub łącznia w jeden większy zbiór działań.



Rysunek 5.5. Koncepcja struktury procesowej podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiona koncepcja struktury procesowej wyraźnie obrazuje podstawowe założenie konfigurowania podmiotów realizacyjnych wokół zdefiniowanych i zaprojektowanych procesów. W przedstawionej strukturze wykorzystano układ referencyjny procesów realizowanych w podmiotach leczniczych z tabeli 5.6. W praktyce może okazać się, że wysokospecjalistyczne podmioty nie będą realizowały wszystkich lub całych procesów leczenia i/lub diagnostyki (lub ze względu na outsourcing – np. diagnostyka laboratoryjna).

Zdefiniowane i zaprojektowane procesy są realizowane przez zespoły procesów. Ich wielkość, zakres działania i niezbędne zasoby są zmienne i dopasowują się do wymagań każdego przypadku. Niemniej warto zwrócić uwagę na ich charakter. Co do zasady większość zespołów ma charakter stały ze względu na powtarzalność zdefiniowanych i zaprojektowanych procesów (przy czym ich częstotliwość występowania nie jest istotna). W podmiotach leczniczych istnieje jednak ryzyko wystąpienia jednostkowych, niepowtarzalnych zdarzeń w ramach realizacji danego, powtarzalnego procesu. Dotyczy to przede wszystkim procesów leczenia, gdzie złożoność przypadków klinicznych może determinować konieczność powołania specjalnych zespołów czasowych do analizy i rozwiązania danego przypadku. Uogólniając, możemy przyjąć, że w organizacji procesowej będziemy mieli do czynienia z:

- zespołami prowadzącymi pacjenta – realizacja procesu jednorodnego;
- zespołami wirtualnymi (konsyliami – niekoniecznie tylko lekarskimi) – wykonywanie zadania epizodycznego lub wsparcia zespołów prowadzących pacjenta;
- zespołami kontraktowymi – indywidualna realizacja zadań w ramach kontraktu z NFZ lub badań klinicznych.

Z punktu widzenia oczekiwań pacjenta (w dużym uogólnieniu – długotrwała poprawa stanu zdrowia w możliwe jak najkrótszym czasie) postulat interdyscyplinarnej opieki medycznej może być zoperacjonalizowany w ramach realizacji procesów leczenia przez zespół prowadzący pacjenta. Należy przy tym pamiętać, że konfiguracja kadrowa zespołu realizującego proces leczenia danego pacjenta może być różna w zależności od prognozowanego stopnia skomplikowania leczenia i/lub efektów dotychczasowego leczenia. Nie znaczy to, że mając np. 100 pacjentów musimy powołać 100 zespołów i mieć 100 lekarzy czy pielęgniarek. Każdy z członków organizacji (personel medyczny) może uczestniczyć w dowolnej liczbie zespołów prowadzących pacjenta. Może również być członkiem innych zespołów realizujących inne procesy (np. zaopatrzenie medyczne).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, trzeba powiedzieć, że koncepcja struktury procesowej posiada wiele zalet i cech predysponujących do

implementacji w podmiotach leczniczych. Autorzy tej książki dostrzegają jednak również wady i potencjalne problemy z implementacją. Należą do nich:

- niebezpieczeństwo dublowania zasobów przyporządkowanych poszczególnym procesom (wzrost kosztów w skali przedsiębiorstwa);
- trudności w zapewnieniu kompetentnego nadzoru;
- ograniczenie efektu specjalizacji stanowisk pracy.

Aby uniknąć problemów z implementacją podejścia procesowego (a ostatecznie struktury procesowej), należy zwrócić uwagę na [Bitkowska, 2016, s. 103–119]:

- właściwą metodykę implementacji;
- odpowiednie kompetencje i poziom zaangażowania we wdrażanie koncepcji kadry kierowniczej;
- kreowanie procesowej kultury organizacyjnej.

Pozostałe czynniki to [Bitkowska, Narojczyk, 2016, s. 56–66]:

- poziom wiedzy o zarządzaniu procesowym;
- odpowiedni system zarządzania zasobami ludzkimi;
- system komunikacji;
- wsparcie pracowników w procesie zmian oraz
- przeszkolenie użytkowników systemów informatycznych.

Ostatecznie sukces wdrażania zmian organizacyjnych w kierunku procesowym zależy od odpowiedniego przeprowadzenia projektu z uwzględnieniem zmian w płaszczyźnie organizacyjnej, informatycznej, związanej z wiedzą, finansowej, a w szczególności społecznej [Brayer-Marczak, Nowosielski, 2016, s. 43–56].

Rozdział 6. Dokumentacja organizacyjna w podmiotach leczniczych

6.1. Regulamin organizacyjny

Ustawa o działalności leczniczej zobowiązuje podmioty wykonujące działalność leczniczą do posiadania regulaminu organizacyjnego. Jest to dokument obligatoryjny „nie tylko dla podmiotów leczniczych, ale również dla praktyk zawodowych" [Budzisz, 2018, s. 401]. W przypadku SPZOZ istnieje dodatkowy wymóg posiadania przez ten podmiot statutu. Akt ten muszą mieć także instytuty badawcze oraz fundacje i stowarzyszania. W ich przypadku dokument ten jest jednak ustalany na podstawie przepisów szczególnych. Dodać należy, że w tych podmiotach – jeśli wykonują one również inne zadania – statut reguluje nie tylko ustrój podmiotów leczniczych, lecz także całej jednostki. W przypadku podmiotów działających w formie spółki wszelkie aspekty ustrojowo-organizacyjne reguluje umowa spółki. Natomiast w odniesieniu do jednoosobowych działalności gospodarczych nie ma dodatkowych obowiązków, poza wyżej wskazanym.

Na marginesie warto podkreślić, że takie unormowanie zagadnienia dotyczącego ustroju i organizacji podmiotów leczniczych może stanowić istotny kłopot dla pacjentów, w szczególności natury praktycznej. Osoba korzystająca ze świadczeń może mieć trudności i nie wiedzieć, w jakim dokumencie szukać potrzebnych informacji. Tytułem przykładu można wskazać na problem z odszukaniem właściwego organu do wniesienia ewentualnej skargi.

W odniesieniu do regulaminu organizacyjnego trzeba powiedzieć, że jest to dokument wewnętrzny, który normuje sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, a które nie są uregulowane w ustawie lub statucie. Regulamin jest ustalany przez kierownika danego podmiotu. Ustawa określa minimalną

treść, jaka powinna być zawarta w regulaminie, co oznacza, że każdy podmiot może – dostosowując zakres tego aktu do swoich indywidualnych potrzeb – poszerzyć jego przedmiot. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

- firmę albo nazwę podmiotu;
- cele i zadania podmiotu;
- strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek;
- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej zgodnie z przepisami szczególnymi;
- organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż siedemdziesiąt dwie godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Widać, że są to co do zasady zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Wyróżnia się przy tym punkt dotyczący wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta. Jest to oczywiście bardzo ważny problem i niewątpliwie wymaga uregulowania, jednak wydaje się dość niezrozumiałe umieszczenie tego zagadnienia właśnie w regulaminie. Podkreślają to także niektóry komentatorzy, którzy uważają, że „zagadnienie to powinno być oczywiście jakoś uregulowane, ale nie było konieczności zamieszczania go aż w regulaminie organizacyjnym" [Dercz, Rek, 2019].

6.2. Regulamin wynagrodzeń

Zagadnienie regulaminu wynagradzania normują przepisy Kodeksu Pracy (dalej: KP). „Regulamin wynagradzania należy do zakładowych źródeł prawa" [Jasińska-Cichoń, Piecyk 2020, s. 542]. Stanowi on akt normatywny, co potwierdził w swoim wyroku z dnia 18 grudnia 2002 r. Sąd Najwyższy w sprawie o sygnaturze akt I PKN 693/01. Zgodnie z postanowieniami art. 77^2 § 1 pracodawca zatrudniający co najmniej pięćdziesięciu pracowników, nieobjętych zakładowym układem zbiorowym pracy ani ponadzakładowym układem zbiorowym pracy, ustala warunki wynagradzania za pracę w regulaminie wynagradzania. Definiuje to, czym jest regulamin wynagradzania i wprowadza obowiązek dla każdego pracodawcy, który spełnia przesłanki dotyczące wprowadzenia tego dokumentu. W przypadku pracodawców zatrudniających mniej niż pięćdziesięciu pracowników, nieobjętych zakładowym układem zbiorowym pracy ani ponadzakładowym układem zbiorowym pracy ustawodawcza wprowadza fakultatywność ustalenia warunków wynagradzania za pracę w regulaminie wynagradzania. Ponadto taki pracodawca może ustalić regulamin pracy. Należy jednak mieć na względzie, że jeśli pracodawca zatrudnia co najmniej dwudziestu i mniej niż pięćdziesięciu pracowników, nieobjętych zakładowym układem zbiorowym pracy ani ponadzakładowym układem zbiorowym pracy – wówczas ma obowiązek ustalić warunki wynagradzania za pracę w regulaminie wynagradzania, jeżeli zakładowa organizacja związkowa wystąpi z wnioskiem o jego ustalenie.

W tym miejscu trzeba zauważyć, że określona w KP liczba pięćdziesięciu pracowników jako limit aktywujący obowiązek ustalenia regulaminu wynagradzania dotyczy wszystkich pracowników, z którymi łączy pracodawcę stosunek pracy. Nie ma znaczenia, czy są oni zatrudnieni na cały etat czy tylko na jego część. Ponadto bez znaczenia pozostaje, na jakiej podstawie został nawiązany stosunek pracy, a więc to, czy świadczą pracę na podstawie umowy o pracę, mianowania, powołania, wyboru czy spółdzielczej umowy o pracę. Do limitu wlicza się także pracowników zatrudnionych czasowo oraz bezterminowo. Pracownikiem jest także pracownik młodociany, który świadczy pracę „na podstawie umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego" [Jasińska-Cichoń, Piecyk, 2020, s. 543].

Najważniejszą i obowiązkową częścią każdego regulaminu wynagradzania są postanowienia dotyczące warunków wynagradzania za pracę. Pracodawca może w tym dokumencie ustalić także inne świadczenia związane ze stosunkiem pracy wraz z zasadami ich przyznawania. W ramach części

obligatoryjnej regulamin wynagradzania powinien zawierać w sobie postanowienia dotyczące w szczególności:

- systemów wynagradzania obowiązujących u pracodawcy;
- tabeli zaszeregowania stanowisk czy też pracy wykonywanej;
- podstawowych stawek wynagrodzenia akordowego i prowizyjnego;
- innych składników wynagrodzenia, jakie przysługują pracownikom stale wraz z informacją, na jakich warunkach są przyznawane i w jakiej wysokości;
- zasad otrzymywania przez pracowników premii i jej wysokości;
- warunków otrzymywania nagród.

W zakresie systemów wynagradzania możemy wyróżnić: czasowy, akordowy i prowizyjny. Wyróżnia się także systemy mieszane, np. czasowo-prowizyjny. Jeśli chodzi o stawki zaszeregowania, to najczęściej spotyka się wskazanie w regulaminie najniższej i najwyższej stawki dla danego stanowiska czy też funkcji, ewentualnie zakresu robót. Przykładem innych składników wynagrodzenia, które stale przysługują pracownikom może być dodatek za staż, dodatek funkcyjny albo dodatek za pracę w warunkach szkodliwych. W tym miejscu warto przypomnieć stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z 16 stycznia 1998 r. w sprawie o sygnaturze akt I PKN 460/97, w którym sąd stwierdził, że „pracownik ma roszczenie o zapłatę podwyższonego wynagrodzenia, jeżeli w regulaminie wynagradzania wprowadzono postanowienie o obligatoryjnej waloryzacji płac". Wobec tego postanowienie regulaminu wynagradzania, w którym uregulowano kwestie systemu podwyżek płac w sposób wyraźny, oznacza, że te elementy stały się częścią umów o pracę wszystkich pracowników, których regulamin obejmuje.

W regulaminie wynagradzania pracodawca może ustalić inne świadczenia związane z pracą wraz z zasadami ich przyznawania.

Regulamin wynagradzania ustala pracodawca. Jeśli u danego pracodawcy działa zakładowa organizacja związkowa, wówczas pracodawca ma obowiązek uzgodnienia z nią tego dokumentu. Ustawa, posługując się taką konstrukcją, wskazała *de facto* na pozycję organizacji związkowej w zakresie wprowadzania regulaminu wynagradzania. Pracodawca, ustalając regulamin, musi porozumieć się z organizacją związkową, co oznacza prowadzenie negocjacji i rokowań [Jaśkowski, Maniewska, 2020]. Druga strona może w toku procedowania regulaminu wynagradzania zgłaszać swoje postulaty. Dzięki temu pracodawca nie ma pełnej dowolności w kreowaniu postanowień tego aktu, a pracownicy – poprzez uczestnictwo w organizacji związkowej – mają wpływ na ostateczny kształt regulaminu wynagradzania.

Regulaminu nie ustala się dla:

1. pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy, czyli pracowników kierujących jednoosobowo zakładem pracy i ich zastępców lub pracowników wchodzących w skład kolegialnego organu zarządzającego zakładem pracy oraz głównych księgowych;
2. osób zarządzających zakładem pracy na innej niż stosunek pracy podstawie;
3. członków korpusu służby cywilnej;
4. pracowników urzędów państwowych zatrudnionych na podstawie mianowania i powołania;
5. pracowników samorządowych zatrudnionych na podstawie wyboru, mianowania i powołania w:
   a. urzędach marszałkowskich,
   b. starostwach powiatowych,
   c. urzędach gminy,
   d. biurach (ich odpowiednikach) związków JST,
   e. biurach (ich odpowiednikach) jednostek administracyjnych oraz JST;
6. sędziów i prokuratorów.

Regulamin wchodzi w życie po upływie dwóch tygodni od dnia podania go do wiadomości pracowników, w sposób przyjęty u danego pracodawcy. Najbardziej popularnym sposobem jest „umieszczenie regulaminu w intranecie zakładu pracy lub przez wywieszenie go na tabeli ogłoszeń" [Jaśkowski, Maniewska, 2020]. Wejście w życie regulaminu stanowi istotny moment dla wszystkich pracowników, bowiem od tej pory obowiązuje każdą osobę zatrudnioną w zakładzie pracy.

Zmiany czy też uchylenie regulaminu wynagradzania są prowadzone co do zasady w takim samym trybie, jak jego ustalenie. Ponadto – w myśl § 3 art. 77^2 – regulamin obowiązuje do czasu objęcia pracowników zakładowym układem zbiorowym pracy lub ponadzakładowym układem zbiorowym pracy ustalającym warunki wynagradzania za pracę oraz przyznawania innych świadczeń związanych z pracą w zakresie i w sposób umożliwiający określanie, na jego podstawie, indywidualnych warunków umów o pracę. Wzór oświadczenia o zapoznaniu się z regulaminem wynagradzania stanowi załącznik nr 1.

6.3. Umowy o pracę i umowy cywilnoprawne – dokumentacja

W niniejszym podrozdziale zostały przedstawione zagadnienia związane z nawiązaniem stosunku pracy w ujęciu prawa pracy, w celu ukazania regulacyjnego środowiska tej problematyki. Skoncentrowano się więc głównie na legalistycznym podejściu zarówno w teoretycznym, jak i praktycznym wymiarze, wyłączając poza zakres zainteresowania m.in. takie kwestie, jak ubezpieczenia społeczne, zdrowotne czy podatkowe. Główny nacisk położono na praktyczny wymiar opisywanych zagadnień, tak aby opracowanie to mogło posłużyć za rzetelne i wyczerpujące źródło informacji w tym zakresie.

Stosunek pracy to swoista więź łącząca pracodawcę z pracownikiem. Mając na uwadze tę relację, w sposób szczególny przeanalizowano instytucję umowy o pracę jako najbardziej popularnej podstawy nawiązania stosunku pracy. Dodatkowo przedstawiono inne formy współpracy, nierzadko traktowane jako pewnego rodzaju substytut pracowniczego zatrudnienia, a więc umowy cywilnoprawne zawierane w celu wykonywania określonych świadczeń. Ich opis ma stanowić uzupełnienie rozważań na temat nawiązania stosunku pracy.

Na wstępie rozważań dotyczących dokumentów związanych z nawiązaniem stosunku pracy należy wskazać, czym jest stosunek pracy. Z uwagi na ograniczony zakres niniejszego opracowania zagadnienia te przedstawiono w sposób ogólny, tak aby ramowo nakreślić najważniejsze instytucje prawa pracy w tym zakresie. W art. 2 i 3 KP znajduje się legalna definicja pracownika i pracodawcy, a więc stron stosunku pracy. Artykuł 22 KP wskazuje, czym jest stosunek pracy, a ponadto określa, kto ma zdolność do nabycia statusu pracowniczego. Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Tylko tych pięć podstaw prawnych powoduje, że mamy do czynienia z nawiązaniem stosunku pracy. Nie będzie więc stosunkiem pracy sytuacja, w której jeden podmiot świadczy usługi na podstawie umowy o dzieło na rzecz drugiego podmiotu. Taką relację regulują przepisy KC, o czym będzie mowa poniżej. Nasze rozważania zostały zawężone do umowy o pracę jako najbardziej popularnej formy powstania stosunku pracy. Jest ona bowiem najczęstszą podstawą prawną powstania stosunku pracy [Walczak, 2018]. „Umowa o pracę (stosunek pracy) stanowi nadal w podmiotach leczniczych podstawową formę prawną zatrudnienia" [Karkowska, Karkowski, 2018].

Pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia pracowników. Zgodnie z przepisami KP pracownikiem może być jedynie osoba fizyczna, natomiast

pracodawcą jest każdy podmiot, który zatrudnia we własnym imieniu pracowników. Nie ma znaczenia jego status prawny, forma organizacyjna, cel jej działalności czy stosunki własnościowe [Walczak, 2018]. Na marginesie warto dodać, że pomimo użycia w przepisie liczby mnogiej („pracowników") pracodawcą jest nawet ten podmiot, który zatrudnia tylko jednego pracownika.

Kodeks pracy wyraźnie określa, jaka powinna być forma umowy o pracę oraz wskazuje na jej obligatoryjne elementy. Umowa o pracę musi być zawarta na piśmie. Jej treść określa strony oraz rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy. Koniecznymi składnikami umowy o pracę są w szczególności:

- rodzaj pracy;
- miejsce wykonywania pracy;
- wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy, ze wskazaniem składników tego wynagrodzenia;
- wymiar czasu pracy oraz
- termin rozpoczęcia pracy.

Jeśli nie zachowano formy pisemnej, pracodawca musi potwierdzić na piśmie ustalenia co do stron umowy, jej treści oraz warunków. Ponadto – nie później niż siedem dni od zawarcia umowy – pracownik powinien otrzymać od pracodawcy pisemną informację o obowiązującej go dobowej i tygodniowej normie czasu pracy, częstotliwości wypłat wynagrodzenia, wymiarze przysługującego urlopu wypoczynkowego, obowiązującej pracownika długości okresu wypowiedzenia umowy o pracę oraz układzie zbiorowym pracy, którym pracownik jest objęty. Jakakolwiek zmiana warunków pracy wymaga formy pisemnej.

Na marginesie należy dodać, że choć ustawodawca zastrzega dla umowy o pracę formę pisemną, to jednak nie jest ona zastrzeżona pod rygorem nieważności. Oznacza to, że jej niedochowanie nie powoduje bezskuteczności umowy. Może jedynie powodować pewne trudności dowodowe w sytuacji postępowania sądowego. W sprawach pracowniczych przepisy dopuszczają zawsze stosowanie dowodu z zeznań świadków i przesłuchania stron na okoliczność zawarcia umowy o pracę. Wspomniane powyżej problemy dowodowe mogą mieć zatem charakter faktyczny. Pracownik może jednak dochodzić swoich praw w drodze powództwa o ustalenie, że zawarł umowę o pracę [Malinowski, 2015]. Nie istnieje także żadna sankcja za niedopełnienie obowiązku przedstawienia pracownikowi informacji zgodnie z dyspozycją art. 29 § 3 KP.

Wskazanie rodzaju pracy może się odbyć poprzez wpisanie w umowie stanowiska pracy, określenia funkcji, jaka ma być przez niego wykonywana, zawodu, a nawet opisania rodzaju prac, jakie pracownik ma wykonywać [Walczak, 2018]. Jeśli chodzi o czynności, które pracownik jest zobowiązany

świadczyć, to nie ma obowiązku określania ich w sposób wyczerpujący. Pracodawca może wskazać, że oprócz zadań opisanych w zakresie czynności pracownik ma powinność wykonywania także innych poleceń. Muszą się one jednak mieścić w rodzaju uzgodnionych w umowie o pracę aktywności [Świątkowski, 2016]. Na marginesie warto dodać, że nie ma potrzeby, aby w umowie o pracę wpisywać podległość służbową pracownika, czyli określać, komu organizacyjnie podlega. Opisanie rodzaju wykonywanej pracy stanowi ramy podporządkowania pracownika wobec pracodawcy. Pracownik nie musi bowiem wypełniać tych poleceń, które nie mieszczą się w rodzaju pracy określonej w jego umowie o pracę. Opis konkretnych czynności stanowi konkretyzację rodzaju pracy jako jeden z koniecznych elementów umowy o pracę. Warto wskazać, że w przypadku, gdy zmiana zakresu działań nie wykracza poza ramy ustalonego w umowie rodzaju pracy, może się ona odbyć w drodze polecenia wydanego pracownikowi przez pracodawcę. Taka zmiana natomiast nie wymaga stosowania wypowiedzenia zmieniającego, na co wskazał w swoim wyroku z 7 listopada 1974 r. w sprawie o sygnaturze akt I PR 332/74 Sąd Najwyższy.

Miejscem wykonywania pracy przez pracownika jest lokalizacja, w której faktycznie wykonuje on swoją pracę. Nie musi być ono tożsame z siedzibą pracodawcy. Strony umowy o pracę mogą w swobodny sposób określić miejsce wykonywania pracy, stanowiąc o tym, czy jest to miejsce stałe czy zmienne [Świątkowski, 2016]. Sąd Najwyższy w wyroku z 1 kwietnia 1985 r. w sprawie o sygnaturze akt I PR 19/85 stwierdził, że pod pojęciem miejsca pracy rozumie się bądź stały punkt w znaczeniu geograficznym, bądź pewien oznaczony obszar, strefę określoną granicami jednostki administracyjnej podziału kraju lub w inny dostatecznie wyraźny sposób, w którym ma nastąpić dopełnienie świadczenia pracy. Dodać należy, że nie ma obowiązku, aby miejsce pracy było wyposażone w zaplecze socjalne, kadrowe czy techniczne.

Pracownikowi za świadczenie pracy należy się wynagrodzenie. Jest to jedno z jego głównych praw, któremu towarzyszy obowiązek pracodawcy do wypłaty wynagrodzenia. Określenie w umowie o pracę zapłaty, wraz z jej składnikami, powinno uwzględniać wynagrodzenie minimalne, a więc nie może być ono mniejsze oraz powinno odpowiadać rodzajowi umówionej pracy. W umowie powinno się wskazać wysokość wynagrodzenia, w podziale na jego składniki, a także, w razie potrzeby, przesłanki, po zaistnieniu których pracownik nabywa prawo do określonych składników wynagrodzenia. Oprócz uwzględnienia płacy minimalnej swoboda kształtowania wynagrodzenia pracownika ulega pewnym ograniczeniom także w innych przypadkach. Dzieje się tak, gdy przepisy szczególne określają maksymalny poziom płacy, jaka może przysługiwać pracownikowi. Przykładem takiego

ograniczenia jest tzw. umowa kominowa, której postanowienia dotyczące wskazanych osób określają maksymalną wysokość wynagrodzenia, nagród rocznych oraz dodatkowych świadczeń. Uregulowania te wynikają z ustawy o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami.

Kształtując treść umowy o pracę, strony mają obowiązek wskazania wymiaru czasu pracy, określając, czy jest to cały etat, czy – odpowiednio – jakaś część ułamkowa (niepełny wymiar czasu pracy). Strony nie mają jednak obowiązku wskazywania rozkładu czasu pracy, bowiem co do zasady pracodawca ustala to w ramach swoich uprawnień kierowniczych. Oczywiście, jeśli jest to element negocjacji stron i wolą ich jest wpisanie tego w treść umowy, mogą to uczynić. W przypadku braku określenia wymiaru czasu pracy domniemywa się, że pracownik został zatrudniony na cały etat.

Na marginesie należy dodać, że zgodnie z postanowieniami KP czas pracy to czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Termin „czas pracy" zawiera w sobie dwa kluczowe elementy. Pierwszy z nich dotyczy pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy, drugi zaś – miejsca, gdzie pracownik w tej dyspozycji pozostaje [Muszalski, 2017]. Mając na uwadze te kwestie, należy powiedzieć, że czasem pracy nie jest tylko fakt rzeczywistego wykonywania pracy, ale samo pozostawanie w dyspozycji, pomimo braku świadczenia pracy. Nie ma znaczenia, czy pracownik pozostaje w dyspozycji w zakładzie pracy czy innym wskazanym mu miejscu.

Termin rozpoczęcia pracy jest terminem nawiązania stosunku pracy. W sytuacji gdy brakuje określenia tego terminu, uznaje się, że dzień rozpoczęcia pracy to dzień zawarcia umowy [Muszalski, 2017]. Data ta jest istotna, ponieważ wiąże ze sobą wszelkie konsekwencje wynikające z rozpoczęcia tej szczególnej relacji pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Stosunkowi pracy, jaki zostaje nawiązany, towarzyszą bowiem określone prawa i obowiązki po obu stronach umowy o pracę. Jednym z przykładów może być wspomniane powyżej uprawnienie płacowe pracownika za wykonaną pracę oraz skorelowany z tym obowiązek pracodawcy do wypłaty tego wynagrodzenia. Powstają także obowiązki o charakterze publicznoprawnym jak chociażby obowiązek zapłaty podatku czy odpowiednich składek [Ciupa, 2005]. Z uwagi na to, że przepisy nie nakazują konkretnego sposobu wskazania terminu rozpoczęcia pracy, optymalnym sposobem jest podanie daty kalendarzowej. W praktyce spotyka się także określenie dokładnej godziny.

Na mocy znowelizowanego art. 29 KP pracodawca ma także – o czym była już mowa – obowiązek poinformowania każdego pracownika o warunkach jego zatrudnienia, zgodnie z przywołanymi w tym przepisie wytycznymi. Informacja ta powinna być złożona pracownikowi indywidualnie na

piśmie. Przy okazji wskazywania dobowej i tygodniowej normy czasu pracy pracodawca nie musi określać systemu ani rozkładu czasu pracy. Wystarczy poinformować pracownika, że obowiązuje go ośmiogodzinna norma dobowa i przeciętnie czterdziestogodzinna norma tygodniowa w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ta sama norma obowiązuje również pracowników, którzy są zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy, tj. na niepełny etat, oraz pracowników zatrudnionych w systemie równoważnego czasu pracy [Walczak, 2018]. Wskazanie częstotliwości wypłaty wynagrodzenia może zawierać w sobie informację, że jest ono wypłacane raz w miesiącu. Pracodawca nie musi konkretnie określać, gdzie, w jaki sposób oraz kiedy dokładnie dokonuje wypłaty, chyba że nie jest on zobowiązany do stworzenia regulaminu pracy. W pisemnej informacji powinno się znaleźć także pouczenie o przysługującym pracownikowi wymiarze urlopu wypoczynkowego oraz o długości okresu wypowiedzenia. Długość urlopu – w przypadku, gdy nie jest to pierwsza umowa o pracę danego pracownika – wynosić będzie z reguły dwadzieścia albo dwadzieścia sześć dni, w zależności od wykształcenia i stażu pracy. Wypowiedzenie umowy o pracę zależy w głównej mierze od rodzaju zawartej umowy oraz od przepracowanego u danego pracodawcy okresu. W wyniku nowelizacji z 2006 r. ustawodawca przewidział możliwość podawania tych informacji – tj. normy czasu pracy, częstotliwości wypłaty wynagrodzenia, wymiaru urlopu oraz długości okresu wypowiedzenia – poprzez wskazanie odpowiednich przepisów. W przypadku obowiązywania układu zbiorowego pracodawca ma także obowiązek poinformowania pracownika o objęciu go takim układem. Ponadto, jeśli pracodawca nie ma obowiązku utworzenia regulaminu pracy – bo zatrudnia mniej niż dwudziestu pracowników – jest zobowiązany dodatkowo powiadomić pracowników o porze nocnej, miejscu, terminie i czasie wypłaty wynagrodzenia oraz przyjętym sposobie potwierdzania przez pracowników przybycia do pracy i obecności w niej oraz usprawiedliwiania nieobecności.

Jak wspomniano, zawarcie umowy o pracę stanowi najczęstszą podstawę prawną pracy w ramach stosunku pracy. Porozumienie to ma charakter wzajemny, a więc świadczenie jednej strony jest skorelowane z świadczeniem drugiej. Zgodnie z treścią umowy powstaje zobowiązanie pracownika do wykonywania określonej pracy na rzecz i pod kierownictwem pracodawcy. Z kolei po stronie pracodawcy aktywuje się obowiązek zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem [Walczak, Wojewódka, 2018]. Są to podstawowe świadczenia stron, a więc umowa określać może także inne uzgodnione przez nie warunki zatrudnienia [Walczak, Wojewódka, 2018].

Przepisy KP stanowią zamknięty katalog umów o pracę, który zawiera w sobie trzy ich rodzaje: umowę na okres próbny, umowę na czas określony

oraz umowę na czas nieokreślony. Dwie pierwsze kategorie to umowy terminowe, a więc zawarte na z góry określony czas. Trzeci rodzaj umowy to umowa bezterminowa. Umowy te różnią się między sobą nie tylko czasem ich trwania, lecz także celem ich zawarcia, warunkami dopuszczalności ich wykorzystania oraz długością okresu wypowiedzenia przez jedną ze stron umowy. Najbardziej stabilne warunki zatrudnienia daje pracownikowi umowa na czas nieokreślony.

Umowa na okres próbny jest zawierana z reguły na początku współpracy pomiędzy stronami w celu sprawdzenia, czy i w jaki sposób pracownik i pracodawca mogą ze sobą współdziałać. Może ona poprzedzać zawarcie każdej innej umowy o pracę, a więc zarówno umowy na czas określony, jak i umowy bezterminowej. Taka forma zawiązania stosunku pracy daje pracodawcy możliwość sprawdzenia kwalifikacji i realnych umiejętności pracownika w rzeczywistych działaniach. Jest to zgodne z dotychczasowym orzecznictwem Sądu Najwyższego, który w wyroku z 4 września 2013 r. w sprawie o sygnaturze akt II PK 358/12 stwierdził, że umowa na okres próbny ma za zadanie sprawdzenie przygotowania pracownika do określonej pracy. Jest to więc formuła, w której pracownik jest zatrudniany „na próbę", a owe wypróbowanie w razie niepowodzenia kończy się wraz z upływem w miarę krótkiego okresu. Umowę na okres próbny można zawrzeć na okres nieprzekraczający trzech miesięcy i w niektórych – określonych w KP – przypadkach może być zawarta ponownie. Nie ma znaczenia rodzaj wykonywanej pracy czy zajmowane stanowisko; KP dla wszystkich umów na okres próbny określa taki sam limit.

Umowa na czas nieokreślony jest najbardziej typową i najpełniej chroniącą pracownika umową [Świątkowski, 2016]. Zapewnia stabilność trwania stosunku pracy obu stronom. W sposób szczególny jest ceniona przez pracowników, którym zapewnia największą ochronę przed wypowiedzeniem umowy ze strony pracodawcy. W przypadku braku odmiennego postanowienia w umowie o pracę istnieje domniemanie, że umowa została zawarta na czas nieokreślony. Stanowisko to potwierdził Sąd Najwyższy w uchwale z 16 kwietnia 1998 r. w sprawie o sygnaturze akt III ZP 52/97. Takie bezterminowe porozumienie daje stronom możliwość długiej współpracy.

Umowa na czas określony daje stronom pewność zatrudnienia w ściśle określonym czasie. Zwykle jest wykorzystywana po to, aby zapewnić wykonanie zadań w oznaczonym terminie. Niekiedy stanowi przedłużenie okresu próbnego, gdyby nałożony przepisami kodeksowymi trzymiesięczny termin okazał się zbyt krótki. Formuła umowy na czas określony daje pracodawcy możliwość zatrudnienia kogoś na zastępstwo, w przypadku planowanej dłuższej nieobecności innego pracownika. Wzór umowy o pracę stanowi załącznik

nr 2. Wzór obowiązkowej informacji o warunkach zatrudnienia zawiera załącznik nr 3.

Jak wspomniano, współpraca pomiędzy podmiotami nie musi opierać się tylko na stosunku pracy, a swoboda zawierania umów pozwala na prawne uregulowanie kooperacji właściwie w dowolny sposób. W tym miejscu należy jednak podkreślić, że wszelkie pozostałe formy usankcjonowania świadczenia pracy na rzecz drugiego podmiotu nie korzystają z ochrony, jaką zapewniają przepisy prawa pracy, i powodują, że zastosowanie ma reżim prawa cywilnego. Do stosunków zobowiązaniowych pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą będą bowiem miały zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego. Poniżej zostaną omówione najbardziej popularne umowy regulujące stosunki zobowiązaniowe, jakie można napotkać przy okazji pozapracowniczych form zatrudnienia. Dają one możliwość nawiązania współpracy poza stosunkiem pracy, co ma oczywiście zarówno swoje zalety, jak i wady. Najogólniej rzecz ujmując, należy podkreślić, że w takim przypadku nie ma relacji pracodawca – pracownik, w związku z czym żadna ze stron nie korzysta z ochrony, jaką dawałyby jej przepisy prawa pracy. Przykładem takiej ochrony jest odrębne postępowanie sądowe przed sądem pracy w przypadku sporu pracownika z pracodawcą.

Mając to na uwadze, trzeba powiedzieć, że co do zasady w takich relacjach będziemy mieć do czynienia z umowami o dzieło, tj. umowami rezultatu i umowami zlecenie, czyli umowami starannego działania. Z uwagi na ich popularny charakter to właśnie te typy umów zostaną omówione poniżej. Coraz częściej są spotykane także tzw. kontrakty menadżerskie, czyli umowy nienazwane, do których stosujemy przepisy dotyczące zlecenia [Nowacka, Rotkiewicz, 2016]. Należy jednak poczynić zastrzeżenie – w niniejszym opracowaniu nie zajęto się problematyką umów cywilnoprawnych jako umów pozornych, zwanych potocznie śmieciowymi. Leży to bowiem poza zakresem zainteresowania autorów niniejszego opracowania, a poniższa analiza ma służyć przedstawieniu innych dopuszczalnych wolnorynkowych form zatrudnienia [Kubot, Kowalski, 2016].

Pierwszą z umów cywilnoprawych służących do nawiązania współpracy pomiędzy podmiotami jest umowa o dzieło. Jest to instytucja prawa cywilnego, którą regulują przepisy KC. Umowa ta jest zawierana dość powszechnie przez właściwie wszystkie podmioty prawa cywilnego, a więc zarówno osoby fizyczne, jak i osoby prawne [Brzozowski, 2011, s. 369]. Co do zasady nie ma żadnych ograniczeń podmiotowych dla zawierania tego rodzaju umów. Kodeks cywilny nie przewiduje dla zawarcia umowy o dzieło żadnej formy szczególnej. Forma pisemna jest zastrzeżona wyłącznie dla celów dowodowych.

Przez umowę o dzieło przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania oznaczonego dzieła, a zamawiający do zapłaty wynagrodzenia. Mając na uwadze postanowienia tego przepisu, należy wskazać kilka istotnych szczegółów tej umowy: strony umowy, dzieło oraz wynagrodzenie. Stronami umowy o dzieło są przyjmujący zamówienie, a więc wykonawca, czyli osoba, która swoją pracą ma stworzyć określone w umowie dzieło, oraz zamawiający – dla którego to dzieło ma być wykonane [Brzozowski, 2011, s. 368]. Wykonawca powinien działać samodzielnie, na własny rachunek i na własną odpowiedzialność. Organizuje on swoją pracę w swobodny i co do zasady nieskrępowany sposób. Relacja, jaka łączy obie strony umowy o dzieło, nie powoduje bowiem powstania stosunku podporządkowania, co odróżnia tę instytucję od umowy o pracę. Dzieło jest rezultatem działania wykonawcy, jego pracy lub twórczości. Jest tworem przyszłym, co oznacza, że powstanie w przyszłości w wyniku działania ludzkiego. Musi być ono ściśle oznaczone w umowie [Witczak, Kawałko, 2008, s. 259]. Za jego wykonanie należy się wynagrodzenie, które może polegać zarówno na zapłacie odpowiedniej sumy pieniężnej, jak i na spełnieniu innego rodzaju świadczenia. Sposób określenia wynagrodzenia pieniężnego został określony w KC jako wynagrodzenie kosztorysowe lub ryczałtowe. Jest to wyliczenie przykładowe, wskazujące najbardziej powszechne i typowe rodzaje zapłaty. Nie ma bowiem ograniczeń stosowania innego rodzaju form wynagrodzenia za wykonanie dzieła. Najogólniej rzecz ujmując, wynagrodzenie ryczałtowe to z góry określona kwota absolutna, która co do zasady nie powinna być zwiększona. Po wykonaniu dzieła zamawiający musi zapłacić tyle, ile określono w umowie, niezależnie od kosztów poniesionych prze wykonawcę. Wynagrodzenie kosztorysowe jest natomiast określone przez strony na podstawie planowanych prac i kosztów z tym związanych. Uwzględnia się tutaj obowiązujące ceny. Z uwagi na ten fakt jego wymiar jest ustalany dopiero po wykonaniu dzieła.

Zlecenie jest kolejną instytucją prawa cywilnego, która jako najliczniejsza grupa umów o świadczenie usług, stanowi częstą podstawę zatrudnienia o innym charakterze niż stosunek pracy [Nowacka, Rotkiewicz, s. 2016]. W ramach umowy zlecenia przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla dającego zlecenie. Przepisy dotyczące zlecenia stosuje się odpowiednio do pozostałych umów o świadczenie usług, o ile nie mają swojego uregulowania w innych przepisach. Dotyczy to umów do dokonania określonej czynności faktycznej lub stałego ich realizowania. Tytułem przykładu można wymienić tutaj takie umowy, jak: sprawowanie opieki nad dzieckiem, udzielanie korepetycji czy sprzątnie pomieszczeń biurowych

Stronami umowy zlecenia mogą być zarówno osoby fizyczne, jak i prawne [Ogiegło, 2011, s. 561]. Osoba, która przyjmuje zlecenie, nie musi

charakteryzować się żadnymi szczególnymi kompetencjami czy kwalifikacjami. Nie musi być ani przedsiębiorcą, ani profesjonalnym usługodawcą. Nie wyklucza to jednak sytuacji, w której w konkretnych przypadkach to przedmiot zlecenia będzie decydował o podmiotowych przymiotach zleceniobiorcy. Tytułem przykładu można wskazać sytuację, w której tylko radca prawny czy adwokat może się podjąć przyjęcia zlecenia [Ogiegło, 2011, s. 561].

Brak podporządkowania to niewątpliwie cecha odróżniająca zlecenie od stosunku pracy. Przyjmujący zlecenie sam organizuje wszelkie działania, które są niezbędne do wykonania określonej czynności lub też kilku zindywidualizowanych działań. Przy ich wykonywaniu zleceniobiorca zobowiązany jest do zachowania należytej staranności, co odróżnia tę umowę od umowy o dzieło. Pokazuje przy tym, że jest to stosunek zobowiązaniowy, gdzie nie jest ważny sam efekt. Radca prawny nie jest bowiem odpowiedzialny za przegranie sprawy sądowej. O odpowiednim wykonaniu zlecenia decyduje więc nie skutek, ale odpowiednie – należyte – wykonywanie czynności [Nowacka, Rotkiewicz, 2016]. Ta cecha upodabnia z kolei stosunek zlecenia do stosunku pracy. Aby uniknąć uznania zlecenia za umowę o pracę powinno się unikać sformułowania, że zleceniobiorca zobowiązuje się do pozostawania w dyspozycji zleceniodawcy i wykonywania stosownie do jego potrzeb czynności zlecanych na bieżąco. Taka redakcja postanowień umownych może doprowadzić do uznania jej za umowę o pracę. Tezę tę potwierdził Sąd Najwyższy w swoim wyroku z 15 października 1999 r. w sprawie o sygnaturze akt I PKN 307/99.

Chociaż przepisy KC nie wprowadzają bezwzględnej zasady odpłatności zlecenia, to w praktyce ma ono co do zasady charakter zarobkowy. Z uwagi na to postanowienia dotyczące wynagrodzenia są kluczowym elementem jej treści. Przy zawarciu tego rodzaju umowy zleceniodawca nie powinien ograniczać się tylko do ustalenia w niej wysokości wynagrodzenia, lecz także wskazać na częstotliwość i sposób jego wypłaty. Wynagrodzenie może zostać określone jako stawka za wykonanie całego zlecenia lub też stawka godzinowa za świadczone usługi, stała kwota wypłacana z określoną częstotliwością lub wynagrodzenie zależne od wyników pracy. Z reguły wynagrodzenie jest wypłacane po wykonaniu zlecenia, jednak strony mogą ustalić dowolny moment płatności. Jeśli strony nie określą w umowie wysokości honorarium, to zleceniodawca jest zobowiązany do zapłaty wynagrodzenia odpowiadającego pracy, jaką wykonał zleceniobiorca.

Poza unormowaniem współpracy w ramach reżimu KP, współczesne prawo pracy – wychodząc naprzeciw wymogom elastycznego kształtowania pozycji prawnej stron – pozwala na zawieranie umów cywilnoprawnych w tych przypadkach, gdy jest to zgodne z charakterem i celem świadczonej pracy. Bardzo często spotyka się świadczenie usług, wykonywanie określonej pracy

na podstawie umów o dzieło czy zleceń, a także innych umów o świadczenie usług, do których są stosowane odpowiednio przepisy dotyczące zlecenia. Przykładowe wzorce umowne zostały załączone jako praktyczne odzwierciedlenie teoretycznych rozważań. Umowy cywilne coraz częściej są wykorzystywane nie tylko do jednorazowej współpracy, lecz także do nawiązania długotrwałego współdziałania, poza stosunkiem pracy. Warto dodać, że umowy te nie korzystają jednak z ochrony, jaką daje KP. Należy także zwrócić szczególną uwagę na trend, jaki panuje w krajach Unii Europejskiej, gdzie tradycyjnie pojmowana umowa o pracę nierzadko jest traktowana jako przeżytek. Preferuje się natomiast pozapracownicze formy zatrudnienia [Malinowski 2015]. Wzór umowy o dzieło prezentuje załącznik nr 4, a umowy zlecenia załącznik nr 5.

6.4. Dokumentacja medyczna

Przepisy nie zawierają legalnej definicji „dokumentacji medycznej". Nie jest to także termin z języka potocznego. W rezultacie brakuje jednej, uniwersalnej definicji tego pojęcia. Odpowiedzi na próbę zdefiniowania dokumentacji medycznej należy szukać w piśmiennictwie, orzecznictwie, a także w ramach utrwalonej praktyki. Na tej podstawie można zaproponować definicję, która mówi, że dokumentacja medyczna to pewien zbiór informacji dotyczących stanu zdrowia oraz choroby pacjenta wraz z udzielonymi mu świadczeniami zdrowotnymi. Jakkolwiek w ustawie czy rozporządzeniu nie określa się wprost, czym jest dokumentacja medyczna, to przepisy wskazują, co powinna zawierać i jakie są jej rodzaje, przedstawiając w istocie cechy charakterystyczne tego pojęcia. Poniżej zostały opisane najważniejsze z punktu widzenia niniejszego opracowania kwestie, których stan prawny jest aktualny na styczeń 2021 r.

W ramach rozważań na temat dokumentacji medycznej należy wskazać na przepisy ustawy o prawach pacjenta, które regulują w szczególności jego prawa, zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związanych z jego prawami. „Ustawa zawiera zbiór praw pacjenta, którymi dysponuje on w relacji z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych" [Wołoszyn, Cichocka, 2017, s. 38]. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej – uregulowane przepisami rozdziału siódmego – stanowi jedno z praw stanowiących przedmiot ochrony przepisami wskazanego aktu. Prawo to jest niejako egzemplifikacją prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia [Bach-Golecka, Bosek,

Sobolewski, Śliwka, 2018]. Uszczegółowieniem postanowień ustawowych są przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, które określa rodzaj, zakres i wzory dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania.

W myśl art. 23 ustawy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dane, które są zawarte w dokumentacji medycznej, podlegają ochronie nie tylko na podstawie przepisów wspominanego aktu, lecz także przepisów odrębnych. Oznacza to, że podmiotem prawa do dokumentacji medycznej jest każdy pacjent, bez względu na wiek czy zdolność do czynności prawnych. W przeciwieństwie do prawa dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia prawo dostępu do dokumentacji medycznej nie doznaje w tym obszarze żadnych ograniczeń. Podmiot uprawniony ma możliwość zapoznania się z dokumentacją medyczną w każdym czasie trwania procesu leczenia oraz po jego zakończeniu. Oczywiście, jeśli dokumentacja nadal istnieje, bowiem ustawodawca wprowadził obowiązek przechowywania dokumentacji jedynie przez określony czas. O tym jednak będzie mowa w dalszej części.

Z jednej strony ustawodawca zagwarantował pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, z drugiej – wskazał na skorelowany z tym prawem obowiązek podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do prowadzenia i przechowywania przedmiotowej dokumentacji oraz udostępniania jej pacjentowi i innym uprawnionym podmiotom. Szczegółowe postanowienia w tym zakresie zawiera także ustawa o systemie informacji. Ponadto podmioty zobowiązane na mocy przepisów powinny zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Obowiązek prowadzenia dokumentacji dotyczy nie tylko podmiotu leczniczego, lecz także osób wykonujących zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej [Śniecikowska, Śniecikowski, 2015].

Ustawa o prawach pacjenta określa, jakie podmioty są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej:

- osoby wykonujące zawód medyczny;
- inne osoby, które wykonują czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym jest przetwarzana dokumentacja medyczna, i zajmują się zapewnianiem bezpieczeństwa tego systemu na podstawie upoważnienia administratora danych.

Ustawowe upoważnienie tych osób do przetwarzania danych dotyczy ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, za pomocą którego jest przetwarzana dokumentacja medyczna oraz zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu. Osoby wykonujące zawód medyczny – na podstawie przepisów szczególnych – są związane tajemnicą zawodową. Natomiast w odniesieniu

do drugiej grupy ustawa o prawach pacjenta nakłada obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Co istotne, osoby te są związane tajemnicą nawet po śmierci pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę o powierzeniu przetwarzania danych osobowych zgodnie z przepisami odrębnymi. Jej realizacja nie może jednak powodować zakłócenia udzielania tych świadczeń, w szczególności w zakresie niezwłocznego zapewnienia dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych, ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z realizacją tej umowy. Obowiązek ten trwa także po śmierci pacjenta.

Należy wskazać, że chociaż ustawa o prawach pacjenta ustanawia obowiązek podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, to nie określa, czym jest dokumentacja medyczna. Natomiast ustawa o działalności leczniczej przy objaśnieniu terminu dokumentacja medyczna odsyła do ustawy o prawach pacjenta, wskazując, że jest to dokumentacja, o której mowa w przedmiotowym akcie. Z kolei ustawa o systemie informacji wprowadza definicję elektronicznej dokumentacji medycznej, którą – w myśl art. 2 ust. 6 – stanowią dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS. Są to:

- recepty;
- dokumenty określone w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia oraz
- skierowania określone w przepisach szczególnych.

Niezależnie od faktu prowadzenia dokumentacji medycznej w formie papierowej przepisy nakazują, aby była ona tworzona w postaci elektronicznej [Mednis, 2020]. Chociaż ustawodawca nie wprowadza do ustawy definicji legalnej dokumentacji medycznej, to wskazuje jej minimalną zawartość. Wyliczenie to ma charakter otwarty, co oznacza, że – w zależności od potrzeb – może zawierać dodatkowe dane. Zgodnie z postanowieniami art. 25 w dokumentacji powinny znaleźć się co najmniej następujące dane:

1. oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
   a. nazwisko i imię (imiona),
   b. datę urodzenia,
   c. oznaczenie płci,
   d. miejsce zamieszkania,

   e. numer PESEL,
   f. w sytuacji gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz jego adres;
2. wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
3. opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
4. datę sporządzenia.

W odniesieniu do obowiązkowego podania numeru PESEL pacjenta trzeba wskazać, że w sytuacji braku tego numeru wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Z kolei w przypadku noworodka należy wpisać numer PESEL matki. Przy oznaczeniu podmiotu udzielającego świadczeń należy pamiętać o obowiązkowym określeniu komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń. Tytułem przykładu można podać nazwę poradni w szpitalu, która udzieliła świadczenia zdrowotnego. Ponadto w dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia lekarskiego.

Szczegółowy sposób prowadzenia dokumentacji zawiera rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej. Zgodnie z postanowieniami tego aktu dokumentację medyczną stanowi dokumentacja indywidualna oraz dokumentacja zbiorcza. Pierwsza kategoria obejmuje dokumentację dotyczącą poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, natomiast druga – dotyczącą ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń. W ramach dokumentacji indywidualnej można wyróżnić dokumentację wewnętrzną oraz zewnętrzną. Dokumentacja wewnętrzna jest przeznaczona na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zewnętrzna zaś – na potrzeby pacjenta. Przykładami dokumentacji indywidualnej wewnętrznej są karta zdrowia i choroby, historia choroby, karta wizyty patronażowej, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem czy protokół operacyjny. Z kolei do zewnętrznej dokumentacji zalicza się w szczególności skierowanie do szpitala, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, kartę przebiegu ciąży, książeczkę zdrowia dziecka, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, książeczkę szczepień, a także zaświadczenie, orzeczenie czy opinię.

Podmiot, który udziela świadczeń zdrowotnych, ma obowiązek przechowywać dokumentację medyczną przez dwadzieścia lat. Okres ten liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Przykładami wyjątków od tej zasady są niżej wymienione sytuacje. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia okres przechowywania dokumentacji medycznej wynosi trzydzieści lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym pacjent zmarł. Zdjęcia rentgenowskie

przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta muszą być przechowywane przez dziesięć lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie. Z kolei skierowania na badania lub zlecenia lekarza są co do zasady przechowywane przez pięć lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego, a w przypadku, gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie – przez dwa lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie.

Po upływie okresu, przez który powinna być przechowywana dokumentacja medyczna, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek jej zniszczenia. Musi to uczynić w taki sposób, aby identyfikacja pacjenta, którego dotyczyła ta dokumentacja, była niemożliwa. Dokumentację medyczną przeznaczoną do zniszczenia można też wydać pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Ustawa zezwala na udostępnienie dokumentacji medycznej wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Oznacza to, że uprawnienie pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego może być realizowane jednocześnie, bowiem fakt, że pacjent posiada przedstawiciela ustawowego, nie pozbawia go prawa do dostępu do dokumentacji medycznej [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. W odniesieniu do upoważnienia innej osoby przez pacjenta do uczynienia użytku z jego prawa należy powiedzieć, że może być ono udzielone zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej [Krakowska, 2016]. Istotną kwestią jest fakt odnotowania oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do udostępnienia mu dokumentacji, ze wskazaniem danych identyfikujących tę osobę albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie, która została przez niego upoważniona, gdy jeszcze żył lub osobie, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, choć to uprawnienie ma pewne ograniczenia.

Niezależnie od powyższych przypadków podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do udostępnienia dokumentacji także innym podmiotom wymienionym w ustawie. Wśród uprawnionych znajdują się:

- podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organy władzy publicznej, w tym Rzecznik Praw Pacjenta, NFZ, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci w ochronie zdrowia, a także Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie

niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności dotyczących nadzoru i kontroli;
- podmioty prowadzące kontrolę podmiotów leczniczych;
- upoważnione przez podmiot nadzorujący osoby wykonujące zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań;
- Agencja Badań Medycznych, w zakresie określonym ustawą;
- minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowe komisje lekarskie oraz komisje lekarskie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległe szefom właściwych Agencji;
- osoby wykonujące zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
- spadkobiercy, w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- osoby wykonujące czynności kontrolne według kryterium legalności, celowości i rzetelności prowadzenia baz danych oraz przekazywania danych w nich zawartych do systemu informacji;
- członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

W tym miejscu warto dodać, że wyżej wskazane podmioty nie zawsze będą mogły uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej. W wielu przypadkach kluczowe jest wskazanie, że zachodzą określone w ustawie sytuacje

uprawniające dany podmiot do udostępnienia mu dokumentacji [Mednis, 2020].

Zgodnie z postanowieniami art. 27 ustawy o prawach pacjenta dokumentacja – co do zasady – jest udostępniania w następujący sposób:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Za udostępnienie w formach wskazanych w pozycjach 2 i 5 może być pobrana opłata, przy czym nie pobiera się jej w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie lub w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Opłaty nie pobiera się także w przypadku udostępnienia dokumentacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych. Ustawa określa maksymalne stawki opłaty, jaka może zostać pobrana. W tym miejscu należy wskazać na stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, który w swoim wyroku z 28 listopada 2005 r. w sprawie o sygnaturze akt K 22/05 stwierdził, że opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej nie ma charakteru daniny publicznej, w konsekwencji nie odnoszą się do niej tak surowe wymogi, jak potrzeba szczegółowego określenia jej stawek na poziomie ustawy. Może więc być określona w rozporządzeniu. Trybunał ustalił także, że opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej nosi znamiona ceny za usługę, a więc w przeciwieństwie do świadczenia o charakterze daninowym wysokość opłaty ma bezpośredni związek z kosztem świadczonej usługi.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do prowadzenia wykazu, w którym dokumentuje się fakt udostępnienia dokumentacji. Wykaz ten zawiera następujące informacje jej dotyczące:

- imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;

- zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna;
- imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Warto zastanowić się nad celem sporządzania dokumentacji medycznej. Wydaje się, że głównym sensem jej tworzenia jest wykorzystanie jej w celach dowodowych. Chodzi tu, po pierwsze, o aspekt potwierdzenia, jaka była historia leczenia, jakie zastosowano leczenie, w szczególności, gdy nastąpiła zmiana lekarza czy też innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. Po drugie, dobrze i rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna stanowić może gwarancję, że zastosowano wiedzę i środki zgodne z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami. Po trzecie, dokumentacja medyczna może stanowić dowód *sensu stricto,* co oznacza, że w przypadku ewentualnego procesu czy też sporu będzie służyć jako środek dowodowy. Przy czym należy pamiętać, że przepisy nie ustanawiają wobec dokumentacji medycznej domniemania prawdziwości danych w niej zawartych. Możliwy jest zatem zarzut, że dokumentacja zawiera braki lub została sporządzona później [Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka, 2018]. Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi załącznik nr 6.

Zakończenie

Niniejsza monografia została poświęcona tematyce sprawnego funkcjonowania podmiotów z obszaru ochrony zdrowia. Przyglądano się im przez pryzmat poprawnie, w stosunku do uwarunkowań, zaprojektowanej organizacji. Znana jest prawda, że jedyną niezmienną cechą organizacji jest zmiana. Jest to szczególnie widoczne w sektorze ochrony zdrowia. Odpowiednia konfiguracja organizacji pozwala optymalizować koszty jej funkcjonowania, co dało się zauważyć podczas pandemii COVID-19 spowodowanej wirusem SARS-CoV-2. Czynnik ten zmusił cały świat do przeorganizowania systemu finansowania i świadczenia usług zdrowotnych. Podmioty lecznicze, szczególnie szpitale, przeorganizowywały swe struktury, tworząc oddziały zdolne do walki z tym wirusem. Zaangażowano wszystkie dostępne zasoby w sposób wymagający wiedzy o nowych formach organizacyjnych, jednak nawet to nie pozwalało, szczególnie w kulminacyjnych momentach, sprostać oczekiwaniom społecznym. Jak wspomniano, jest to w dużej mierze spowodowane brakiem pomysłu na systemowe i długofalowe rozwiązania w tym zakresie. Dlatego za cel publikacji przyjęto przedstawienie rozwiązań organizacyjnych podmiotów leczniczych ze szczególnym naciskiem na ich uprocesowienie. Celowi temu została poddana konstrukcja poszczególnych rozdziałów (w konwencji: od kwestii najbardziej ogólnych do szczegółowych). Opisano zagadnienia dotyczące zmiany organizacyjnej, determinant związanych z projektowaniem organizacji. Ważny obszar stanowiła również kolejna część, poświęcona formom prawnym i strukturalnym prowadzenia działalności medycznej. Autorzy książki zwrócili w niej uwagę na szczególny aspekt projektowania, jakim jest podejście procesowe, uwzględniające przede wszystkim nastawienie na obsługę upodmiotowionego pacjenta. W opracowaniu zostały omówione także podstawy formalizowania i standaryzowania zachowań w organizacji. Warto również podkreślić, że projektowane i wdrażane rozwiązania organizacyjne powinny cechować się metodycznym podejściem. W przeciwnym razem okażą się nieefektywne. Sklasyfikowana w tej publikacji wiedza tworzy ramy poznawczo-projektowe, z jednej strony oferując

rozwiązania organizacyjne na potrzeby podmiotów, sektora i systemu, z drugiej strony umożliwiając tworzenie rozwiązań jak najbardziej dostosowanych do wyzwań i uwarunkowań zarówno w obszarze mikro, jak i makro. Pozostaje mieć nadzieję, że książka ta będzie również inspiracją dla menedżerów ochrony zdrowia w zakresie projektowania i stosowania bardziej odważnych rozwiązań organizacyjnych.

Bibliografia

Ackoff R.L., 1973, *O systemie pojęć systemowych*, „Prakseologia" nr 2.

Adair C.B., Murray B.A., 2002, *Radykalna reorganizacja firmy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Adamik A., Matejun M., 2012, *Organizacja i jej miejsce w otoczeniu* [w:] *Podstawy zarządzania*, red. A. Zakrzewska-Bielawska, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business.

Ansoff H., 1985, *Zarządzanie strategiczne*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Bach-Golecka D., Bosek L., Sobolewski P., Śliwka M., 2018, *Prawa pacjenta* [w:] *System prawa medycznego*, t. 1: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Balmas A., 2013, *Status prawny podmiotów wykonujących działalność leczniczą na gruncie ustawy o działalności leczniczej* [w:] *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. Bolt, D. Michalska-Sieniawska, B. Węgrzynowski, Gdynia: Wydawnictwo Instytutu Studiów Europejskich.

Bała P., Załucki M. (red.), 2013, *Prowadzenie działalności leczniczej. Aspekty prawne*, Warszawa: Difin.

Banaszyk Z., 2018, *Formy prowadzenia działalności leczniczej* [w:] *System prawa medycznego*, t. 1: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Bartnicka J., 2020, *Doskonalenie procesów pracy w organizacji szpitalnej*, Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.

Bednarz L., 2015, *Dylematy standaryzacji procesów w innowacyjnych organizacjach* [w:] *Innowacje w zarządzaniu i inżynierii produkcji*, t. 1, red. R. Knosala, Opole: Oficyna Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją.

Beer M., Noria N., 2003, *Skuteczne zarządzanie zmianą: sztuka balansowania między dwoma sprzecznościami*, „Harvard Business Review Polska" nr 8.

Bełz G., 2000, *Reorganizacja procesowa struktury funkcjonalnej* [w:] *Strategie wzrostu produktywności firmy*, red. A. Stabryła, Kraków: Akademia Ekonomiczna.

Bielski M., 1996, *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Bieniok H., Rokita J., 1984, *Struktura organizacyjna przedsiębiorstwa*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Bitkowska A., 2016, *Osiągnięcia i perspektywy zarządzania procesowego* [w:] red. A. Zakrzewska-Bielawska, *Stan i perspektywy rozwoju nauk o zarządzaniu*, Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora.

Bitkowska A., 2009, *Zarządzanie procesami biznesowymi w przedsiębiorstwie*, Warszawa: Vizja Pres & IT.

Bitkowska A., Narojczyk D., 2016, *Przesłanki implementacji zarządzania procesowego w organizacjach* [w:] red. A. Bitkowska, E. Weiss, *Wielowymiarowość podejścia procesowego w zarządzaniu*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.

Bolt K., 2013, *Wprowadzenie do tematu „Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce"* [w:] *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. Bolt, D. Michalska-Sieniawska, B. Węgrzynowski, Gdynia: Wydawnictwo Instytutu Studiów Europejskich.

Borowiecki R., 2003, *Restrukturyzacja przedsiębiorstw w obliczu procesów transformacji, integracji i globalizacji* [w:] *Globalizacja i integracja gospodarcza a procesy restrukturyzacji i rozwoju przedsiębiorstw*, red. R. Borowiecki, A. Jaki, Warszawa–Kraków: AE w Krakowie, TNOiK, Europejskie Stowarzyszenie Zarządzania „Cecios".

Bosek. L., Wnukiewicz-Kozłowska A. (red.), 2018, *System Prawa Medycznego*, t. 2: *Szczególne Świadczenia zdrowotne*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN.

Brayer-Marczak R., Nowosielski S., 2016, *Zdolność organizacji do ciągłego doskonalenia procesów* [w:] *Wielowymiarowość podejścia procesowego w zarządzaniu*, red. A. Bitkowska, E. Weiss, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.

Brillman J., 2002, *Nowoczesne metody i koncepcje zarządzania*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Brzozowski A., 2011, *Umowa o dzieło* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 7: *Prawo Zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Rajski, Warszawa: Wydawnictwo C.H. BECK, Instytut Nauk Prawnych PAN.

Bubel D., 2016, *Zarządzanie procesem zmian w aspekcie doskonalenia działalności przedsiębiorstw na przykładzie sieci dealerskich*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie" z. 97(1964).

Budzisz R., 2018, *Instytucjonalne formy wykonywania działalności leczniczej* [w:] *System Prawa Medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Burns T., Stalker G.M., 1961, *The Managment of Innovation*, London: Tavistock Publications.

Cameron K.S., Quinn R.E., 2003, *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana*, Kraków: Oficyna Ekonomiczna Oddział Polskich Wydawnictw Profesjonalnych.

Carr D.K., Hard K.J., Trahant W.J., 1998, *Zarządzanie procesem zmian*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Chandler A.D., 1963, *Strategy and Structure*, Cambridge: MIT Press.

Ciechanowicz-McLean J., *Nowe tendencje w zakresie regulacji dostępu do świadczeń ochrony zdrowia – aspekty publicznoprawne* [w:] *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. Bolt, D. Michalska-Sieniawska, B. Węgrzynowski, Gdynia: Wydawnictwo Instytutu Studiów Europejskich.

Ciupa S., 2005, *Biblioteka Prawa Pracy. CHECKLIST do zawarcia umowy o pracę*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Clarke L., 1997, *Zarządzanie zmianą*, Warszawa: Wydawnictwo Gebethner i Spółka.

Czermiński A., Czerska M., Nogalski B., Rutka R., Apanowicz J., 2001, *Zarządzanie organizacjami*, Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa.

Czerniawski R., 2010, *Akcjonariusz*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Czerska M., 2012, *Klasyfikacja zmian* [w:] A. Czermiński i in., *Zarządzanie organizacjami*, Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa SWU Dom Organizatora.

Czerska M., 1996, *Organizacja przedsiębiorstw. Metodologia zmian organizacyjnych*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.

Czop K., 2016, *Zdolność organizacji do zmian i jej wpływ na proces zarządzania zmianą*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie" nr 24, t. 2.

Davenport T.H., 1993, *Process Innovation. Reengineering Work through Information Technology*, Brighton: Harvard Business School Press.

Deming W.E., 2000, *Out of the Crisis*, Cambridge: MIT Press.

Dercz A. (red.), 2013, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Dercz M., Rek T., 2019, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska [SIP Lex dostęp online].

Detyna B., 2020, *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Częstochowa: Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej.

Drucker P., 2006, *Managing in Turbulent Times*, New York: Harper Business, reprint edition.

Drucker P.F., 2000, *Zarządzanie w XXI wieku*, Warszawa: Muza SA.

Ford J.D., Ford L.W., 2010, R*ozszyfrowywanie oporu wobec zmian*, „Harward Business Review Polska" październik 2010.

Gadomska-Lila K., Platonoff A., Rudawska A., 2010, *Kulturowe uwarunkowania struktury organizacyjnej*, „Management and Business Administration" nr 6.

Gajdzik B., Jama B., 2006, *Analiza strategiczna w procesie zarządzania przedsiębiorstwem*, Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.

Gawin B., Marcinkowski B., 2013, *Symulacja procesów biznesowych. Standardy BPMS i BPMN w praktyce*, Gliwice: Wydawnictwo Helion.

Gierszewska G., Romanowska M., 2017, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Grabus M., 2013, *Opór wobec zmian – źródła indywidualne i uwarunkowania organizacyjne*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi" nr 2(91).

Grajewski P., 2003, *Koncepcja struktury organizacji procesowej*, Toruń: Dom Organizatora.

Grajewski P., 2016, *Organizacja procesowa*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Greiner L.E., 1998, *Evolution and resolution as organizations grow*, „Harvard Business Review" Vol. 76, May/June.

Griffin R.W., 2004, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Grzegorczyk F. (red.), 2013, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa: Lexis Nexis [SIP Lex dostęp online].

Hall M.J., Johnson M.E., 2009, *When should a process be art not science*, „Harvard Business Review" March.

Hammer M., 1999, *Reinżynieria i jej następstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hauswald E., 1935, *Organizacja i zarządzanie*, Lwów: Wydawnictwo Gubrynowicz i Syn.

Heckmann N., Steger T., Dowling M., 2016, *Organizational capacity for change, change experience, and change project performance*, „Journal of Business Research" Vol. 69.

Helrieger D., Slocum J.W., 1982, *Management,* 3rd ed., Reading: Addison-Wesley Co.

Herzberg F., 1968, *Work and Nature of Man*, London: Staples Press.

Hill W., Fehlbaum R., Ulrich P., 1974, *Organisationslehre*, Bern: Paul Haupt.

Hinings C., Lee G., 1971, *Dimensions of organization structure and their context: a replication*, „Sociology" Vol. 5(1).

Hofstede G., 1984, *Culture Consequences. International Differences in Work Related Values*, Beverly Hills–London–New Delhi: Sage Publications.

Hopej-Kamińska M., 2014, *Myślenie systemowe jako czynnik strukturotwórczy. Struktura organizacyjna – pojęcie, funkcje, cechy*, „Zeszyty Naukowe WSOWL" nr 3(173).

Janasz K., Janasz W., Kozioł K., Szopik K., 2008, *Zarządzanie strategiczne. Koncepcje, metody, strategie*, Warszawa: Difin.

Jasińska-Cichoń A., Piecyk K., 2020, *Wynagrodzenie za pracę* [w:] *Meritum. Prawo Pracy*, red. K. Jaśkowski, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Jaśkowski K., Maniewska E., 2020, *Komentarz aktualizowany do Kodeksu pracy*, Gdańsk: Wolters Kluwer Polska [SIP Lex dostęp online].

Judson A.S., 1991, *Changing Behavior in Organizations. Minimizing Resistance to Change*, Cambridge: Blackwell.

Karkowska D., 2016, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa: Lex [SIP Lex dostęp online].

Karkowska D., Karkowski T., 2018, *Zatrudnianie w podmiotach leczniczych*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska [SIP Lex dostęp online].

Kast F.E., Rosenzweig J.E., 1973, *Contingency Views of Organization and Managment*, Palo Alto: Science Research Associates.

Kast F.E., Rosenzweig J.E., 1979, *Organization and Managment*, New York: McGraw-Hill.

Kotter J., Schlesinger L.A., 2008, *Wybór strategii wprowadzania zmian,* „Harvard Business Review Polska" lipiec-sierpień.

Kubiak R., 2017, *Prawo medyczne*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Kubot Z., Kowalski S. (red.), 2016, *Współczesne problemy zatrudnienia. Wykorzystanie umów śmieciowych dla „ukrycia" stosunku pracy*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Lachiewicz S. (red.), 2007, *Zarządzanie rozwojem organizacji*, Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.

Lawrence P., Lorsch J., 1967, *Organization and Environment*, Boston: Harvard Business School.

Lenartowicz M., 2009, *Opór przed zmianami w organizacjach: wyzwanie dla konsultanta,* „Know how" styczeń-marzec.

Lichtarski J. (red.), 1999, *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.

Lichtarski J.M., 2009, *Struktury procesowe i zadaniowe – analiza porównawcza* [w:] *Podejście procesowe w organizacjach*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.

Lichtarski J.M., 2014, *Ewolucja kryteriów oceny doskonałości struktury organizacyjnej* [w:] *Zmiana warunkiem sukcesu. Doskonałość w kształtowaniu konkurencyjności przedsiębiorstwa*, red. G. Belz, J. Kacała, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.

Limański A., 2015, *Identyfikacja i strukturalizacja cech współczesnego otoczenia w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie" t. 42, nr 3.

Lotko A., Wójtowicz Ł., 2018, *Zróżnicowanie struktur organizacyjnych w usługach i przemyśle*, „Przegląd organizacji" nr 1(936).

Malinowski A., 2015, *Nawiązywanie stosunku pracy. Komentarz praktyczny*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Małkowska-Borowczyk M., 2011, *Otoczenie jako źródło problemów i presji na wybory strategiczne przedsiębiorstw* [w:] *Podstawy wyborów strategicznych w przedsiębiorstwach*, red. E. Urbanowska-Sojkin, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Manganelli R.L., Klein M.M., 1998, *Reengineering – metoda usprawniania organizacji*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Matejun M., Nowicki M., 2013, *Organizacja w otoczeniu – od analizy otoczenia do dynamicznej lokalizacji* [w:] *Nauka o organizacji. Ujęcie dynamiczne*, red. A. Adamik, Warszawa: Wolters Kluwer business.

Mednis A., 2020, *Ochrona danych osobowych w systemie ochrony zdrowia. Zasady prowadzenia, udostępniania i archiwizowania dokumentacji medycznej* [w:] *Organizacja Systemu Ochrony Zdrowia. System Prawa Medycznego*, t. 3, red. D. Bach-Golecka, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Merton R.K., 2002, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, wyd. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Mierzejewska W., 2014, *Directions of changes in organizational structures of SME – results of empirical research*, „Foundations of Management" Vol. 6(3).

Mintzberg H., 1990, *The design school: reconsidering the basic premises of strategic management*, „Strategic Management Journal" March.

Mreła H., 1975, *Technika organizowania pracy*, Warszawa: Wiedza Powszechna.

Mreła K., 1981, *Doskonalenie struktury organizacyjnej jako całości. Podejście wielowymiarowe*, Materiały na konferencję naukową „Racjonalizacja konfiguracji struktury organizacji przedsiębiorstwa", Bytom: ZPOiZ.

Mreła K., 1980, *Złożoność problematyki struktur organizacyjnych*, „Problemy Organizacji" nr 2.

Muller U.R., Rupper P., 2000, *Process Reengineering*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Muszalski W. (red.), 2017, *Kodeks pracy. Komentarz*, wyd. 11, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Nogalski B., 1994, *Holding, czyli o organizacji szczególnie efektywnej w pewnych sytuacjach*, Warszawa: Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle „ORGMASZ".

Nogalski B., Waśniewski J., Wojnarowska M., 2013, *Podejście procesowe w zarządzaniu jakością jako narzędzie restrukturyzacji szpitala* [w:] *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, red. R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski („Przedsiębiorczość i Zarządzanie" t. 14, z. 10, cz. 1), Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.

Nowacka I., Rotkiewicz M., 2016, *Umowy cywilnoprawne jako formy zatrudnienia. Umowa zlecenia, umowa o dzieło*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Nowak-Kubiak J., 2012, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Nowicki M., Szymańska K., 2013, *Organizacja w ujęciu procesowym – od koordynacji funkcjonalnej do procesowej* [w:] *Nauka o organizacji. Ujęcie dynamiczne*, red. A. Adamik, Warszawa: Wolters Kluwer business.

Ogiegło L., 2011, *Zlecenie* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 7: *Prawo Zobowiązań – część szczegółowa*, red. J. Rajski, Warszawa: Wydawnictwo C.H. BECK, Instytut Nauk Prawnych PAN.

Oldroyd D., Tiller T., 1987, *Change for within: an account of school based collaborative action research in English secondary school*, „Journal of Education for Teaching" Vol. 13.

Orkisz A., 2018, *Identyfikacja fazy cyklu życia organizacji z wykorzystaniem metody list kontrolnych na podstawie wybranej firmy konsultingowej*, „Zeszyty naukowe ZPSB. Firma i Rynek" 2(54).

Osbert-Pociecha G., 2011, *Zdolność do zmian jako siła sprawcza elastyczności organizacji*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.

Ossowski S., 1984, *O osobliwościach nauk społecznych*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Pacian J. (red.), 2017, *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, Warszawa: PZWL.

Paszkowska M., 2013, *Normatywne ograniczenia reklamy związanej z działalnością leczniczą*, „Przegląd Prawa Publicznego" nr 4.

Peppard J., Rowland P., 1997, *Re-eingineering*, Warszawa: Gebethner i Ska.

Piotrowski W., 2018, *Organizacja jako maszyna* [w:] *Teoria organizacji. Nauka dla praktyki*, red. D. Latusek-Jurczak, T. Olejniczak, W. Piotrowski, Warszawa: Poltext.

Plugh D.S., Hickson D.J., Hinngis C.R., Turner C., 1968, *Dimentions of organization structure*, „Administrative Science Quarterly" No. 1.

Powell T., 1993, *Organizational alignment as competitive advantage*, „Strategic Management Journal" Vol. 13.

Quinn R.E., Cameron K., 1983, *Organizational life cycle and shifting criteria of effectiveness*: *some preliminary evidence*, „Management Science" No. 1.

Rachwał A., 2012, *Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością* [w:] *System Prawa Handlowego*, t. 2: *Prawo Spółek Handlowych*, red. S. Włodyka, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Robbins S., 1990, *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, New Jersey: Prentice-Hall.

Różyk-Myrta A., 2015, *Wstęp* [w:] *Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi*, Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ.

Rummler G.A., Brache A.P., 2000, *Podnoszenie efektywności organizacji*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Rutka R., 1996, *Organizacja przedsiębiorstw. Przedmiot projektowania*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Safjan M., Bosek L. (red.), 2018, *System prawa medycznego*, t. 1: *Instytucje prawa medycznego*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Senge P., 1998, *Piąta dyscyplina*, Warszawa: Wydawnictwo ABC.

Serwach M., 2014, *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i w praktyce lekarskiej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Skrzypek E., Hoffman M., 2010, *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie*, Kraków: Wolters Kluwer Polska.

Sobczak A., 1991, *Zmiana jako gra społeczna. Metodyka analizy i przeprowadzania zmian wg Y. F. Livian'a*, „Organizacja i Kierowanie" nr 4.

Sobka M., 2014, *Zmiany organizacyjne w teorii i praktyce*, Lublin: Politechnika Lubelska.

Stabryła A., 1991, *Doskonalenie struktury organizacyjnej*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Stabryła A., 2005, *Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Stoner J.A.F., Wankel Ch., 1994, *Kierowanie*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Strategor, 2004, *Zarządzanie firmą, strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Strumiłło J., Wierzbicka B., 2017, *Doskonalenie procesów w organizacji jako narzędzie transferu międzypokoleniowego wiedzy w firmach rodzinnych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie", Vol. 18(9), cz. 3.

Sudoł S., 2006, *Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Suszyński C., 1999, *Restrukturyzacja przedsiębiorstw: proces zarządzania zmianami*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Sygit B., Wąsik D., 2016, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa: Difin.

Śniecikowska A., Śniecikowski W., 2015, *Konstrukcja prawna podmiotu leczniczego pozostającego w zarządzie prywatnoprawnym i jego wpływ na realizację zadań publicznych* [w:] *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzanych jej zadań*, red. T. Bąkowski, Warszawa: Wolters Kluwer [SIP Lex dostęp online].

Świątkowski A., 2016, *Kodeks pracy. Komentarz*, wyd. 5, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Teece D.J., 2007, *Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance*, „Strategic Management Journal" Vol. 28.

Thompson A., Strickland A., 1993, *Strategic Management. Concept and Cases*, Boston: Richard D. Irwin.

Thompson J., 1967, *Organizations in Action*, New York: McGraw-Hill.

Trocki M., 2004, *Standaryzacja procesów a zarządzanie procesowe* [w:] *Podejście procesowe w zarządzaniu*, red. M. Romanowska, M. Trocki, Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.

Urbanowska-Sojkin E. (red.), 2008, *Praktyka zarządzania strategicznego. Studia polskich przypadków*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Walczak K., 2018, *Kodeks pracy. Komentarz, Beck Online Komentarze*, Warszawa [SIP Legalis dostęp online].

Walczak K., Wojewódka M. (red.), 2017, *Prawo pracy dla sędziów i pełnomocników*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck [SIP Legalis dostęp online].

Waśniewski J., 2015, *Uwarunkowania efektywności zastosowania outsourcingu w ochronie zdrowia*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Waśniewski J., 2018, *Wybrane różnice w ujmowaniu efektywności organizacyjnej*, „Zarządzanie i Finanse (Journal of Management and Finance)" R. 16, nr 1, cz. 1.

Waśniewski J., Strumiłło J., 2020, *Koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Waters D., 2001, *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Webber R.A., 1984, *Zarządy zarządzania organizacją*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Wenerska A., 2016, *Wyzwania stojące przed menedżerem ochrony zdrowia świetle zmian w systemie opieki zdrowotnej* [w:] *Sukces w zarządzaniu kadrami. Dylematy zarządzania kadrami w organizacjach krajowych i międzynarodowych. Problemy zarządczo-ekonomiczne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" nr 429.

Wierzbic A., 2011, *Wzrost i rozwój przedsiębiorstwa – przegląd koncepcji teoretycznych*, „Nauki o Zarządzaniu" nr 8.

Witczak H., Kawałko A., 2008, *Zobowiązania*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Wołoszyn-Cichocka A., 2017, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Wróblewski P, Waśniewski J., *Oddział szpitalny jako ośrodek efektywnego zarządzania*, „Zarządzanie i Finanse (Journal of Management and Finance)" R. 16, nr 3, cz. 2.

Wybrańczyk K., Szromek A.R., 2018, *Postawy pracownika wobec zmian oraz wybrane koncepcje wprowadzania zmian w postawach pracowniczych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria Organizacja i Zarządzanie", z. 131.

Zając Cz., 2006, *Społeczne i organizacyjne problemy przejęć i fuzji przedsiębiorstw*, Wrocław: Wydawnictwo WAE.

Zajdel R. (red.), 2016, *Meritum. Prawo medyczne*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Zakrzewska-Bielawska A., 2011, *Relacje między strategią a struktura organizacyjną w przedsiębiorstwach sektora wysokich technologii* („Zeszyty Naukowe" nr 1095), Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej.

Zakrzewska-Bielawska A., 2017, *Organizowanie działalności przedsiębiorstwa* [w:] *Podstawy zarządzania: teoria i ćwiczenia*, red. A. Zakrzewska-Bielawska, Warszawa: Wydawnictwo Nieoczywiste – imprint GAB Media.

Zarębska A., 2002, *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka.* Warszawa: Difin.

Zieleniewski J., 1975, *Organizacja badań naukowych*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Źródła internetowe

AOTMiT, 2020, *Wycena procedur medycznych – aspekty praktyczne*, https://www.aotm.gov.pl/media/2020/11/Wycena-procedur-medycznych-aspekty-praktyczne_new.pdf [dostęp: 11.01.2021].

Definicja procedury medycznej wg OSOZ, https://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms/definicje [dostęp: 6.01.2021].

Mydlarz A., 2019, *Mapowanie procesu – wszystko co musisz wiedzieć*, www.inzynierjakosci.pl, https://inzynierjakosci.pl/2019/12/mapowanie-procesu/ [dostęp: 16.01.2021].

NIK o restrukturyzacji szpitali korzystających ze środków publicznych, 2016, https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-restrukturyzacji-szpitali-korzystajacych-ze-srodkow-publicznych.html [dostęp: 22.01.2020].

Restrukturyzacja szpitali nie zlikwiduje ich zadłużenia, 2019, Porozumienie Chirurgów SKALPEL, https://www.porozumieniechirurgow.pl/post/restrukturyzacja-szpitali-nie-zlikwiduje-ich-zadłużenia [dostęp: 23.01.2021].

Tołłoczko T., 2014, *Standardy i procedury medyczne*, „Świat Lekarza" nr 3(33), https://swiatlekarza.pl/standardy-procedury-medyczne/ [dostęp: 11.01.2021].

Uliasz D., *Jak wdrażać zmiany w firmie? – praktyczne wskazówki*, „Menedżer Produkcji", https://www.menedzer-produkcji.pl/artykul/jak-wdrazac-zmiany-w-firmie-praktyczne-wskazowki [dostęp: 24.01.2021].

Żeliński J., 2018, *Procesy biznesowe a procedury*, https://it-consulting.pl/autoinstalator/wordpress/2018/10/17/procesy-biznesowe-a-procedury/#.X_xWsS3URQI [dostęp: 11.01.2021].

Akty prawne

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (t.j.: Dz.U. z 2009 r. Nr 114, poz. 946.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Dz.U. Nr 55, poz. 365).

Rozporządzenie ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U., poz. 866).

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U., poz. 666).

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U. UE z 2012 r., C 326/47).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. – o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j.: Dz.U. z 2019 r., poz. 381 ze zm.).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. – o działalności leczniczej (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. – o działalności leczniczej (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 2112).
Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. – o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039), http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111741039/U/D20111039Lj.pdf [dostęp: 25.01.2021].
Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1526).
Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. – o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (t.j.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1726).
Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. – o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 288).
Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. – o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polski (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.).
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1740).
Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1320).
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. – o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.).
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. – o finansach publicznych (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 284 ze zm.).
Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. – o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1875).
Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. – prawo upadłościowe i naprawcze (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1228).
Ustawa z dnia 3 marca 2000 r. – o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (t.j.: Dz.U. z 2019 r., poz. 2136).
Ustawa z dnia 6 kwietnia 1984 r. – o fundacjach (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 2167).
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa pacjenta (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 849).
Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – prawo przedsiębiorców (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1086).
Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. – prawo o stowarzyszeniach (t.j.: Dz.U. z 2020 r., poz. 2261).
Zarządzenie ministra zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r., Dz.U. Ministra Zdrowia z 2020, http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2020/120/ [dostęp: 3.01.2021].
Zarządzenie ministra obrony narodowej nr 22 z dnia 23 maja 2019 r. w sprawie utworzenia podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej, Dz.U. Ministra Obrony Narodowej z 2019, poz. 112.

Orzecznictwo

Uchwała Sądu Najwyższego z 16 kwietnia 1998 r., III ZP 52/97, OSNAPiUS 1998, Nr 19, poz. 558.
Wyrok Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1985 r., I PR 19/85, OSPiKA 1986, Nr 3, poz. 46
Wyrok Sądu Najwyższego z 15 października 1999 r., I PKN 307/99, OSNAPiUS 2001, Nr 7, poz. 214.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1998 r., I PKN 460/97, OSNP 1998, Nr 23, poz. 681.
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2002 r., I PKN 693/01, OSNP 2004, Nr 12, poz. 205.
Wyrok Sądu Najwyższego z 4 września 2013 r., II PK 358/12, OSNP 2014, Nr 5, poz. 70.
Wyrok Sądu Najwyższego z 7 listopada 1974 r., I PR 332/74, OSN 1975, Nr 6, poz. 103.
Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 28 listopada 2005 r., K 22/05, OTK-A 2005, Nr 10, poz. 118.

Inne

Tekst jednolity regulaminu organizacyjnego – załącznik nr 2 do uchwały nr 7/II/12 Rady Społecznej Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej im. dra n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie z dnia 30 października 2012 r. w sprawie zaopiniowania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej im. dra n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie.

Załączniki (dokumentacja organizacyjna)

Załącznik nr 1
Wzór oświadczenia pracownika o zapoznaniu się z treścią Regulaminu wynagradzania

[Miasto], dnia .....

Oświadczenie pracownika
o zapoznaniu się z Regulaminem wynagradzania

Niniejszym oświadczam, że w związku z podjęciem pracy w [Nazwa zakładu pracy], w dniu ..... zostałem/am zapoznany/a przez Pracodawcę z treścią obowiązującego Regulaminu wynagradzania.

.....
(podpis Pracownika)

Załącznik nr 2
Wzór Umowy o pracę na czas nieokreślony

UMOWA O PRACĘ NA CZAS NIEOKREŚLONY
zawarta w dniu […] w […] pomiędzy:

[…] z siedzibą w […] (…) przy ul. …, NIP […] reprezentowaną przez […]
zwaną dalej **Pracodawcą**
a
[…] zamieszkałą / zamieszkałym w […] legitymującą się dowodem osobistym serii […] PESEL […]
zwanym dalej **Pracownikiem**
dalej łącznie zwanymi łącznie Stronami

o następującej treści:

§ 1
Postanowienia ogólne
1. Pracodawca zatrudnia Pracownika na stanowisku […] w pełnym wymiarze godzin.
2. Niniejsza umowa zawarta jest na czas nieokreślony.
3. Pracownik rozpocznie pracę w dniu […].

§ 2
Miejsce pracy
Miejscem wykonywania pracy przez Pracownika jest […].

§ 3
Wynagrodzenie
1. W czasie trwania umowy o pracę Pracownik będzie otrzymywał wynagrodzenie zasadnicze w wysokości miesięcznej […] zł brutto (słownie: …) oraz premię uznaniową w wysokości do […] brutto (słownie: …) Pracownikowi przysługuje również zwrot kosztów użytkowania własnego środka transportu w postaci rozliczania kilometrówki, wartość, której zależna będzie od ustalonej w danym miesiącu z góry ilości przejazdów w celu wykonania kontroli pracujących Konsultantek lub dojazdu na szkolenia.
2. Premie uznaniowa nie przysługuje w przypadku powyżej 3 dni zwolnienia lekarskiego w danym miesiącu.

3. Termin, sposób, miejsce wypłaty wynagrodzenia określa Regulamin Wynagradzania obowiązujący u Pracodawcy albo Wynagrodzenie będzie płatne z dołu do 10-tygodnia następnego miesiąca.
4. Pracownik upoważnia Pracodawcę do wypłaty wynagrodzenia w formie przelewu na wskazany przez pracownika rachunek bankowy.

§ 4

Ogólne obowiązki pracownika

1. Pracownik powinien rzetelnie wypełniać swoje obowiązki pracownicze, działać w sposób nie narażający dobrego imienia Pracodawcy, z poszanowaniem jego interesów oraz kreować dobry wizerunek Pracodawcy.
2. Pracownik ma obowiązek bezwzględnie przestrzegać przepisów prawa, regulaminów, instrukcji i procedur wewnętrznych obowiązujących u Pracodawcy w szczególności […] oraz […]. Pracownik oświadcza, że wymienione regulacje otrzymał do wglądu i zapoznał się z ich treścią, a także że zobowiązuje się przestrzegać ich postanowień.
3. Pracownik ma obowiązek zachować w tajemnicy wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem obowiązków powierzonych mu przez Pracodawcę, w trakcie oraz po zakończeniu stosunku pracy. Za informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa uważa się w szczególności informacje dotyczące stosowanych przez Pracodawcę technologii, organizacji pracy oraz sposobu prowadzenia działalności handlowej Pracodawcy, a także wszelkich poufnych danych dotyczących jego kontrahentów.
4. Pracownik ma obowiązek przedstawić na wezwanie Pracodawcy informacje, wyjaśnienia oraz sprawozdania dotyczące wykonywanej pracy.

§ 5

Szczegółowy zakres obowiązków

Pracownik zobowiązany jest do realizacji następujących zadań:

a. […]
b. […]
c. […]

§ 6

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu pracy.

3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

PRACOWNIK **PRACODAWCA**

....

(pieczęć pracodawcy) *(miejscowość i data)*

Załącznik nr 3
Wzór Obowiązkowej informacji o warunkach zatrudnienia

[Miejscowość i data]

[Dane Pracodawcy]

[imię i nazwisko Pracownika]

Informacja o warunkach zatrudnienia
zawartej w ……. roku

Na podstawie art. 29 § 3 Kodeksu pracy (dalej: KP) informuję o dotyczących Panią/Pana, warunkach zatrudnienia obowiązujących w *[oznaczenie pracodawcy]*:

1. **norma czasu pracy** wynosi ..... godzin dziennie, ... godzin tygodniowo w pięciodniowym tygodniu pracy, w ..... okresie rozliczeniowym;
2. **wynagrodzenie** za pracę jest wypłacane z dołu, raz w miesiącu najpóźniej do 10. następnego miesiąca;
3. **wymiar urlopu wypoczynkowego**: zgodnie z art. 154 § 1 KP;
4. **okres wypowiedzenia umowy o pracę:** zgodnie z art. 36 § 1 KP;
5. **przybycie oraz obecność w pracy** potwierdza się przez złożenie własnoręcznego podpisu na liście obecności ze wskazaniem godziny przybycia;

....
(data i podpis Pracownika) (podpis Pracodawcy)

Załącznik nr 4
Wzór Umowy o dzieło

Umowa o dzieło
zawarta w dniu […] w […] pomiędzy:

[…] z siedzibą w […] (…) przy ul. …, NIP […] reprezentowaną przez […]
zwaną dalej **Zamawiającym**
a
[…] zamieszkałą / zamieszkałym w […] legitymującą się dowodem osobistym serii […] PESEL […]
zwanym dalej **Wykonawcą**
dalej łącznie zwanymi łącznie Stronami

§ 1

1. Wykonawca zobowiązuje wykonać dzieło w postaci […] (**dalej: Przedmiot umowy)**, a Zamawiający do zapłaty wynagrodzenia.
2. Wykonawca wykona Przedmiot umowy z należytą starannością, uwzględniającą zawodowy charakter świadczonych przez niego usług, a także interesy Zamawiającego.
3. Wykonawca oświadcza, że posiada wiedzę, doświadczenie i kwalifikacje niezbędne do należytego wykonania Przedmiotu Umowy.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się wykonać Przedmiot Umowy w terminie do dnia […] r.

§ 3

1. Wykonawca nie podlega bieżącemu kierownictwu Zamawiającego w trakcie wykonywania prac. Jednakże Zamawiający może udzielać Wykonawcy wskazówek albo instrukcji w ramach współdziałania.
2. Wykonawca nie może powierzyć realizacji Przedmiotu umowy osobom trzecim.

§ 4

1. Z tytułu prawidłowego wykonania Przedmiotu Umowy, Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości […] zł (słownie: […]) brutto. Wykonawca oświadcza, że ww. wynagrodzenie jest dla niego w pełni satysfakcjonujące oraz pokrywa w zupełności wszelkie koszty związane z wykonywaniem Przedmiotu umowy.

2. Wynagrodzenie jest płatne:
   a) po potwierdzeniu przez Zamawiającego wykonania Przedmiotu umowy poprzez spisanie protokołu zdawczo-odbiorczego stwierdzającego prawidłowe i wolne od wad wykonanie;
   b) na podstawie rachunku prawidłowo wystawionego przez Wykonawcę w terminie do 14 dni od dnia doręczenia do siedziby Zamawiającego,
   c) w ciągu 14 dni od dnia złożenia ww. rachunku w siedzibie Zamawiającego;
   d) na wskazane na rachunku konto bankowe Wykonawcy.
3. Wykonawca oświadcza, że nie jest zarejestrowanym i czynnym podatnikiem podatku VAT.
4. Wykonawca oświadcza, że w ramach Umowy występuje jako osoba nieprowadząca działalności gospodarczej.
5. Od powyższego wynagrodzenia Zamawiający odliczy należną zaliczkę na podatek dochodowy.

§ 5

1. Wykonawca zobowiązuje się wydać Zamawiającemu Przedmiot Umowy w formie papierowej (szt. 2).
2. Miejscem odbioru Przedmiotu Umowy będzie siedziba Zamawiającego.
3. Przedmiot Umowy będzie sprawdzony, a następnie odebrany przez Zamawiającego w terminie 14 dni roboczych od daty przekazania Zamawiającemu Przedmiotu Umowy.
4. Wykonawca powiadomi Zamawiającego o gotowości do odbioru Przedmiotu Umowy na 5 dni przed planowaną datą wykonania Przedmiotu Umowy.
5. Dokumentem potwierdzającym przyjęcie przez Zamawiającego wykonanego Przedmiotu Umowy będzie protokół zdawczo-odbiorczy podpisany bez zastrzeżeń przez Zamawiającego, a także przez Wykonawcę.
6. W przypadku występowania wad lub uwag do wykonanego Przedmiotu Umowy Zamawiający na prawo odmówić dokonania odbioru Przedmiotu Umowy i zgłosić w formie pisemnej uwagi, w ciągu 7 dni roboczych od dnia poinformowania go o gotowości do odbioru Przedmiotu Umowy. Wykonawca w terminie nie dłuższym niż 7 dni roboczych od daty zgłoszenia wad i uwag, dokona ich usunięcia lub przedstawi pisemne wyjaśnienia braku uwzględnienia zgłoszonych uwag. Niezwłocznie po usunięciu przez Wykonawcę w określonym terminie wad lub uwzględnieniu uwag Zamawiającego, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu protokół odbioru do podpisu.

7. Za wykonanie pracy mającej na celu usunięcie wad i uwzględnienie uwag, które skutkowały odmową podpisania przez Zamawiającego protokołu odbioru Wykonawcy nie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie.

§ 6

1. Zamawiający ma prawo dochodzić od Wykonawcy zapłaty kar umownych w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań Wykonawcy określonych w niniejszej Umowie, jak również niezależnie od zawinienia, w wypadku niezrealizowania Przedmiotu umowy:
   a) za opóźnienie w wykonaniu Przedmiotu umowy – w wysokości […] % wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania Przedmiotu umowy, za każdy dzień opóźnienia,
   b) za nienależyte wykonanie Przedmiotu Umowy – w wysokości […] % wynagrodzenia o ile naruszenie Umowy nie stanowi przesłanki naliczenia innej kary umownej zastrzeżonej w umowie,
   c) za odstąpienie od Umowy przez Wykonawcę, w wysokości […] % wynagrodzenia,
2. W wypadku, gdy nie jest możliwe dokonanie potrącenia kar umownych zgodnie z ust. 4 poniżej, kary będą płatne w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do ich zapłaty Wykonawcy.
3. Zapłata kar umownych przewidzianych w Umowie nie pozbawia Zamawiającego prawa dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
4. Wykonawca nieodwołalnie upoważnia Zamawiającego do dokonywania potrąceń z należnego Wykonawcy wynagrodzenia kar umownych zastrzeżonych w niniejszej Umowie.

§ 7

1. Wykonawca zapewnia Zamawiającego, że:
   a) […], stanowiąca/y przedmiot Umowy (dalej „**Utwór**”) nie będzie naruszać niczyich praw autorskich, praw pokrewnych oraz jakichkolwiek innych praw osób trzecich.
   b) jego prawa autorskie i pokrewne do utworów nie będą ograniczone w zakresie objętym niniejszą umową.
2. Z chwilą zapłaty całego wynagrodzenia, o którym mowa w §4 ust. 1 umowy, Wykonawca stosownie do Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 880 ze zm.) przenosi na rzecz Zamawiającego autorskie prawa majątkowe i prawa pokrewne do Utworów lub ich części, wykonanych w ramach niniejszej Umowy, wraz z prawem zezwalania na wykonywanie zależnych praw autorskich na ni-

żej wymienionych polach eksploatacji oraz prawem do sporządzania opracowań utworów, o którym mowa w ustawie z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przeniesienie to następuje w zakresie następujących pól eksploatacji:

a) utrwalania Utworów lub poszczególnych ich elementów każdą techniką, w tym drukiem, na kliszy fotograficznej, na taśmie magnetycznej, na dyskietce, cyfrowo, przy zastosowaniu informatycznych sposobów zapisu;
b) wprowadzanie Utworów lub poszczególnych ich elementów do pamięci: komputerów, sieci komputerowej lub multimedialnej, maszyn, urządzeń produkcyjnych, a także innych urządzeń służących do zapisu i przetwarzania danych;
c) przesyłania pocztą elektroniczną;
d) zwielokrotniania Utworów lub poszczególnych ich elementów dowolną techniką;
e) wykorzystywania Utworów lub poszczególnych ich elementów na potrzeby Zamawiającego;
f) nieodpłatnego użyczania Utworów lub poszczególnych ich elementów;
g) udzielania zezwolenia na wykorzystywanie Utworów lub poszczególnych ich elementów zgodnie z niniejszą umową;
h) adaptowania Utworów w całości lub w części poprzez wprowadzanie zmian, wykorzystywanie w części, lub nadanie im form różnego rodzaju oraz utrwalania, powielania, użyczania, rozpowszechniania, lub innego wykorzystywania tak zmienionych Utworów lub poszczególnych ich elementów;
i) korzystania z fragmentów Utworów i użyczania ich w zakresie powyższych pól eksploatacji;
j) włączania i wykorzystywania Utworów w ramach dowolnych, innych utworów (między innymi - dowolnych programów komputerowych, utworów audiowizualnych, stron WWW i baz danych);

3. Zamawiający nabywa również prawo do korzystania i rozporządzania zależnym prawem autorskim i na polach eksploatacji wymienionych w ust. 2 powyżej z tym zastrzeżeniem, że Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki jakichkolwiek zmian w Utworach dokonanych samodzielnie przez Zamawiającego lub przez osoby trzecie, którym Zamawiający udostępnił Utwory oraz, że Wykonawca nie może być ujawniany jako autor zmienionych Utworów.

4. Zamawiający Umową nabywa prawo do korzystania i rozporządzania prawami wymienionymi w niniejszym paragrafie nie tylko w kraju, ale i również za granicą.
5. Przeniesienie praw, o których mowa w tym paragrafie nie jest ograniczone ani czasowo, ani terytorialnie. Odnosi się ono zarówno do terytorium Polski jak i do terytoriów wszystkich innych państw.
6. Z chwilą dostarczenia Zamawiającemu egzemplarzy Utworu, Wykonawca przenosi na niego własność tych egzemplarzy (nośników materialnych), na których utwór utrwalono.
7. Wykonawca oświadcza, że zwolni Zamawiającego z roszczeń, jakie zostaną zgłoszone przez osoby trzecie, w związku z jakimkolwiek zarzutem naruszenia praw własności intelektualnej związanych z Utworami dostarczonymi Zamawiającemu przez Wykonawcę oraz naprawi poniesione przez Zamawiającego szkody, a także pokryje wydatki wynikające z roszczeń osób trzecich w związku z nieprawdziwymi oświadczeniami Wykonawcy zawartymi w ust. 1 powyżej, a w przypadku wszczęcia z powództwa osoby trzeciej cywilnego postępowania sądowego, którego przedmiotem będzie kwestia naruszenia praw autorskich osoby trzeciej w związku z nieprawdziwym oświadczeniem, o którym mowa w ust. 1., o ile będzie to dopuszczalne zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, weźmie w nim udział na żądanie Zamawiającego.
8. Zapłata wynagrodzenia określonego w § 4 umowy wyczerpuje roszczenia Wykonawcy z tytułu wynagrodzenia za przeniesienie autorskich praw majątkowych do Utworów lub ich części w zakresie przewidzianym powyżej.
9. Wykonawca oświadcza, że osoby trzecie nie uzyskały ani nie uzyskają od niego autorskich praw majątkowych do Utworów, będących przedmiotem niniejszej Umowy.

§ 8

Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od Umowy, w całości lub w części, w sytuacji, gdy:

a) Wykonawca wykonuje nienależycie bądź nie wykonuje Przedmiotu umowy – po uprzednim wezwaniu do usunięcia naruszeń z wyznaczeniem co najmniej 7 dniowego terminu na ich usunięcie. Pisemne oświadczenie o odstąpieniu od Umowy zostanie skierowanie do Wykonawcy w terminie 14 dni od bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu dodatkowego;
b) Wykonawca opóźnia się z rozpoczęciem, realizacją lub zakończeniem realizacji Przedmiotu Umowy lub poszczególnych jego elementów z przyczyn niedotyczących Zamawiającego w taki sposób, że wykonanie Przedmiotu Umowy w wyznaczonym terminie nie jest prawdopodobne – po

uprzednim wezwaniu do usunięcia naruszeń z wyznaczeniem co najmniej 7 dniowego terminu na ich usunięcie. Pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy zostanie skierowanie do Wykonawcy w terminie 14 dni od bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu dodatkowego;

c) w każdym czasie, według uznania Zamawiającego i bez wskazywania przyczyny. Pisemne oświadczenie o odstąpieniu od Umowy zostanie złożone nie później niż w terminie 14 dni od terminu wykonania Przedmiotu Umowy.

§ 9

1. Strony mają obowiązek informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu do doręczeń, w tym adresów poczty elektronicznej. Zaniechanie tego obowiązku skutkować będzie domniemaniem prawidłowego doręczenia korespondencji na adres wskazany w niniejszej umowie lub ostatni adres, o którego zmianie poinformowała odpowiednia Strona.
2. Wszelkie zmiany umowy, jak również jej rozwiązanie czy odstąpienie od niej, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego dotyczące umowy o dzieło oraz ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.
4. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy rzeczowo dla Zamawiającego.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

Załącznik nr 5
Wzór Zlecenia

UMOWA ZLECENIE
zawarta w dniu […] w […] pomiędzy:

[…] z siedzibą w […] (…) przy ul. …, NIP […] reprezentowaną przez […]
zwaną dalej Zleceniodawcą
a
[…] zamieszkałą / zamieszkałym w […] legitymującą się dowodem osobistym serii […] PESEL […]
zwanym dalej Zleceniobiorcą

dalej łącznie zwanymi łącznie Stronami

o treści następującej:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do świadczenia dla Zleceniodawcy […].
2. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapewnienia Zleceniobiorcy wszelkich niezbędnych zasobów, potrzebnych do wykonywania czynności objętych zleceniem.
3. Zleceniobiorca będzie wykonywał czynności wymienione w ust. 1 zgodnie z najlepszą wiedzą i starannością jakiej wymaga praca tego rodzaju.

§ 2

1. Za świadczone przez Zleceniobiorcę w ramach niniejszej umowy czynności, o których mowa w § 1 ust. 1 umowy i gotowość do ich wykonywania, Zleceniodawca zobowiązuje się płacić Zleceniobiorcy zryczałtowane miesięczne wynagrodzenie brutto w kwocie […] złotych brutto (słownie złotych: […]).
2. Wypłata wynagrodzenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 nastąpi w terminie 10 dni od przedłożenia Zleceniodawcy rachunku po każdym miesiącu obowiązywania umowy.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę i jest ubezpieczony w zakresie ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

§ 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się zachować poufność wszelkich informacji uzyskanych od Zleceniodawcy w związku z realizacją niniejszej umowy i nie wykorzystywać takich informacji do innych celów niż wykonywanie powierzonego zlecenia. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy informacji, które są lub staną się ogólnie dostępne oraz informacji, które zgodnie z obowiązującym prawem, muszą być ujawnione osobie lub organowi uprawnionemu do ich otrzymania.

§ 4

Kontakty między stronami umowy zlecenia odbywać się mogą za pośrednictwem telefonu, sieci elektronicznej, faxu, poczty i osobiście. Strony są obowiązane informować się o wszelkich zmianach tych danych niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 5 dni od ich zaistnienia. W przypadku niedochowania tego obowiązku wszelkie pisma między stronami wysłane pod dotychczas wskazane dane adresowe uważa się za właściwie i skutecznie doręczone.

§ 5

1. Niniejszą umowę zawarto na czas nieokreślony.
2. Każda ze stron ma prawo wypowiedzieć niniejszą umowę z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, z tym, że strony wyznaczają jako właściwy do rozpoznawania ewentualnych sporów sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 7

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

……	……
ZLECENIODAWCA	**ZLECENIOBIORCA**

Załącznik nr 6
Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej

[Miasto], dnia ..... r.

[Dane wnioskodawcy –
imię i nazwisko, adres]

[Nazwa i adres podmiotu leczniczego]

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta: [imię i nazwisko pacjenta oraz jego nr PESEL] w zakresie:

- ❑ *całej dokumentacji medycznej;*
- ❑ *dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: .....*
- ❑ *wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:*

1. .....;
2. .....;
3. .....

- ❑ *Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:*

1. .....;
2. .....;
3. .....

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- ❑ *w formie kopii;*
- ❑ *na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);*
- ❑ *w innej formie: .....*

W związku z powyższym żądaniem udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie.

.....
Podpis wnioskodawcy

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-340-0