

Małgorzata Cygańska

## Zaangażowanie pracowników szpitala w proces zmian organizacyjnych – wyniki badań empirycznych

W artykule przedstawiono wyniki badań empirycznych dotyczących procesu zarządzania zmianą w szpitalu. Skoncentrowano się przede wszystkim na głównych etapach tego procesu, tj. rozmrożeniu, zmianie, zamrożeniu oraz analizie postawy średniej kadry kierowniczej szpitala.

### Wprowadzenie

Umiejętność dostosowania się do nowych warunków jest podstawą sukcesu wdrażania wszystkich zmian w podmiocie gospodarującym. Szczególnego znaczenia nabiera ona w zakładzie opieki zdrowotnej, gdzie implementacja nowych rozwiązań wymaga zmian świadomości zarówno kierownictwa, jak i całej załogi, wśród której niezmiernie ważną rolę pełnią:

- lekarze, ze szczególnym uwzględnieniem ordynatorów, jako osób wskazujących kierunki leczenia oraz organizatorów pracy na oddziale,
- pielęgniarki, a przede wszystkim oddziałowe,
- kierownicy działów.

Celem niniejszego artykułu jest analiza i ocena procesów wdrażania zmian w szpitalu związanych z nowym systemem zarządzania – budżetowaniem, ze szczególnym uwzględnieniem postaw i stopnia zaangażowania pracowników w realizację nowych zadań.

Budżetowanie jako instrument zarządzania ma na celu wspieranie kadry kierowniczej w podejmowaniu decyzji i tworzeniu mechanizmów skutecznego sterowania jednostką. W praktyce przejawia się to we wspomaganiu realizacji podstawowych funkcji zarządzania, tj.: planowania, informowania, motywowania i kontroli. Jednostki, które wdrożyły system budżetowania, wykorzystują go przede wszystkim w aspekcie organizacyjnym do koordynacji działań poszczególnych jednostek szpitala, do planowania zapo-

trzebowania na zasoby rzeczowe w zakładzie oraz do analizy planowanej rentowności całego szpitala i poszczególnych ośrodków odpowiedzialności [Cygańska, 2007, s. 100].

Skuteczność procesu budżetowania uzależniona jest od powodzenia na etapie jego implementacji.

## Zarządzanie zasobami ludzkimi w procesie zmian w szpitalach

Zasoby ludzkie, obok zasobów naturalnych i kapitałowych, pełnią najistotniejszą rolę w procesie funkcjonowania organizacji [Król, Ludwiczynski, 2006, s. 51]. Wynika to z faktu, iż to właśnie ludzie decydują o tym, w jaki sposób zostaną spożytkowane wszystkie inne zasoby przedsiębiorstwa. Należy jednak podkreślić, iż to nie ludzie są zasobem, a ich wiedza, zdolności, umiejętności, zdrowie, postawy wartości, a także motywacja [Pocztowski, 2003, s. 36]. Ogromna rola pracowników w procesie funkcjonowania organizacji warunkuje potrzebę doboru odpowiednich metod i instrumentów zarządzania zasobami ludzkimi [Król, Ludwiczynski, 2006, s. 55]<sup>1</sup>. W literaturze przedmiotu akcentuje się dwa podejścia do zarządzania zasobami ludzkimi: twarde i miękkie. W wersji twardej zsz podkreśla się, iż dobór pracowników do organizacji powinien być oparty przede wszystkim na kryterium kosztowym, powiązanim z jakością i wydajnością pracy. Zwraca się również uwagę na mały udział pracowników w podejmowaniu decyzji. Podejście miękkie wypuła natomiast znaczenie komunikacji i motywacji pracowników, jak również dążenie do zrównoważenia potrzeb indywidualnych osób z potrzebami organizacji. Współczesne podejście do zsz, które powinno mieć swoje odzwierciedlenie również w zakładach opieki zdrowotnej, wymaga przyjęcia perspektywy interesów różnych grup wewnętrznych i zewnętrznych w realizacji działań związanych z zarządzaniem personelem [Pocztowski, 2007, s. 70].

Wybór odpowiedniego podejścia do zsz ma szczególne znaczenie w procesie organizowania pracy w szpitalach. Związane jest to z wysokim zróżnicowaniem struktury zatrudnienia w tych zakładach opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę wykształcenie, realizowane funkcje czy wpływ pracowników na jakość świadczonych usług.

W szpitalach można wyodrębnić trzy podstawowe grupy personelu:

- personel medyczny: lekarze, pielęgniarki, położne, technicy medyczni, rehabilitanci,
- personel techniczny: salowe, pracownicy lotni<sup>2</sup>, pracownicy działów technicznych, personel sfery usługowej (kuchni, pralni),

1 Zarządzanie zasobami ludzkimi określane jest jako aktualna koncepcja realizacji funkcji personalnej organizacji, której zadaniem jest dostosowanie cech zasobów ludzkich do organizacji zharmonizowanych z potrzebami pracowników, w określonych uwarunkowaniach zewnętrznych i wewnętrznych.

2 Pracownicy lotni przejęli rolę pielęgniarek w zakresie transportu międzyoddziałowego pacjentów, dostarczaniu na oddziały wyników badań laboratoryjnych itp.

■ personel administracyjny: kadra zarządzająca, pracownicy komórek księgowości, marketingu itp.

O ile zarządzanie personelem technicznym i administracyjnym nie powinno być zadaniem sprawiającym trudności, o tyle kierowanie pracą personelu medycznego oraz opracowanie metodologii oceny pracowników i systemów motywacyjnych, satysfakcjonujących zarówno lekarzy, pielęgniarki, jak i zarządzających, nie są zadaniami łatwymi. Związane jest to z liniową, mocno zhierarchizowaną strukturą organizacyjną szpitala, gdzie niejednokrotnie panuje dualizm kompetencyjny [Jasińska, 2003, s. 12-20], a także ze względu na specyficzną rolę lekarzy w jednostce. Biorąc pod uwagę ich specjalistyczną wiedzę i umiejętności, a także charakter odpowiedzialności, tworzą oni silne, wpływowe grupy. Rola zawodowa lekarza jest jedną z trzech klasycznych ról profesjonalnych, obok architekta i prawnika. Charakteryzuje się między innymi wyższym prestiżem, w postaci społecznego poważania jednostki oraz przypisywania jej szacunku i uznania, wyższym poziomem autonomii w organizacji formalnej, dużą potrzebą autonomii osobistej, uprawnieniami nadawanymi przez specjalne komisje naukowe, identyfikacją z własną rolą, a nie organizacją, kierowaniem się własnymi standardami i kodeksem etycznym, odczuwaniem komfortu psychicznego w zdecentralizowanej organizacji, posiadaniem potrzeby permanentnego kształcenia się, wykonywaniem pracy o charakterze koncepcyjnym, intelektualnym [Henzel, Korzeniowska, 2003, s. 128]. Pracodawca, w celu skutecznego kierowania lekarzami, powinien uwzględnić ich specyficzną rolę profesjonalną, opierając się w większości wypadków nie na wydawaniu poleceń, ale na umiejętnym prowadzeniu negocjacji w sprawie poparcia dla realizacji wdrażanych projektów.

Proces zszl w szpitalach dodatkowo komplikuje fakt, że coraz częściej podstawą angażowania personelu medycznego przez zakłady opieki zdrowotnej są umowy prawa cywilnego<sup>3</sup>. Powoduje to nie tylko zawężenie zatrudnienia pracowniczego lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych osób wykonujących zawody medyczne, ale także zmiany sposobów zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Korzystanie z usług kontrahentów cywilnoprawnych doprowadza do ograniczenia władzy sprawowanej w hierarchicznym układzie stanowisk [Kubot, 2001, s. 42].

W warunkach ciągłych zmian regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych jednostki te zmuszone są do częstych transformacji. Są to w większości zmiany operacyjne, które w odróżnieniu od zmian strategicznych koncentrują się na wewnętrznych regulacjach systemowych proceduralnych, czy strukturalnych, wpływając niemal natychmiast na bieżącą pracę personelu. Oddziaływanie zmian operacyjnych może być jednak ważniejsze niż sze-

3 Umowa cywilnoprawna, powszechnie określana kontraktem, ustala okres i warunki jej obowiązywania, które nie mogą być jednostronnie zmieniane.

roka zmiana strategiczna i z tego względu należy je traktować z dużą ostrożnością [Armstrong, 2005, s. 301-302, 307]<sup>4</sup>.

Niemal każda zmiana w organizacji wiąże się z oporem pracowników. Wśród głównych przyczyn takiej sytuacji należy wymienić [Armstrong, 2005, s. 302]:

- szok spowodowany nowością,
- obawy ekonomiczne,
- niewygodę,
- niepewność,
- zagrożenie dla relacji interpersonalnych,
- zagrożenie dla statusu lub umiejętności,
- obawy związane z kompetencjami.

Przeciwdziałanie oporowi wobec zmian lub jego łagodzenie powinno koncentrować się na aktywnym zaangażowaniu pracowników w procesy zmian oraz dokładnym omówieniu ich następstw. Daje to możliwość wyrażenia swoich obaw i wątpliwości związanych z nową sytuacją, a także poczucie realnego wpływu na kształt i zakres wprowadzanych zmian. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka modeli implementacji zmian. Wymienić tu należy modele: Lewina, Beckharda, Thurleya, Nadlera, Quinna czy Bandery [Armstrong, 2005, s. 303-306]. Opisują one czynności, jakie powinny być podjęte przed rozpoczęciem wdrażania zmian, w trakcie tego procesu i po jego zakończeniu, koncentrując się na roli pracowników organizacji w wykonywaniu czynności związanych z transformacją.

W literaturze przedmiotu prezentowane są liczne zasady skutecznego wprowadzania zmian, których przestrzeganie minimalizuje ryzyko niepowodzenia nowych przedsięwzięć. Wśród ważniejszych wymienić należy [Penc, 2007, s. 228-230]:

- upowszechnienie opinii o niezbędności zmian,
- stworzenie i propagowanie wizji przyszłego rozwoju organizacji,
- pokazanie realnych korzyści dla przedsiębiorstwa i pracowników wynikających z projektowanej zmiany,
- dokładne przygotowanie założeń i etapów realizacji zmiany,
- włączenie do propagowania zmiany pracowników cieszących się autorytetem i zaufaniem,
- stworzenie atmosfery pracy sprzyjającej kontaktom między pracownikami, otwartości i wzajemnemu zaufaniu oraz wymianie informacji,
- delegowanie uprawnień i odpowiedzialności,
- stworzenie odpowiedniego systemu motywacyjnego.

4 Transformacja organizacji jest procesem zmierzającym do tego, aby tworzyła ona i wprowadzała programy zmian, dzięki którym będzie mogła reagować na nowe potrzeby i kontynuować efektywne funkcjonowanie w zmieniającym się otoczeniu.

## Metodyka badań

Szczegółowe rozwiązania w zakresie procesów wdrażania zmian w zakładach opieki zdrowotnej zbadano w czterech wybranych szpitalach województwa warmińsko-mazurskiego, które oznaczono jako A, B, C i D. Dobór próby badawczej miał charakter celowy. Były to zakłady, których dyrekcje zgodziły się na przeprowadzenie badań, a równocześnie posiadały wdrożone nowoczesne systemy zarządzania, w tym budżetowanie.

W celu analizy postaw i zachowań średniej kadry kierowniczej w warunkach zmian związanych z implementacją budżetowania do ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych oraz kierowników działów podmiotów A, B, C i D skierowano kwestionariusze ankietowe. Zawarto w nich pytania dotyczące następujących zagadnień:

- oceny warunków wdrażania zmian związanych z budżetowaniem w szpitalu oraz wpływu dyrekcji i pracowników na ten proces,
- postaw i zachowań pracowników szpitali wobec wdrażania i funkcjonowania budżetowania,
- dostrzeżonych efektów wprowadzanych zmian,
- zagrożeń wynikających z implementowanych zmian.

Liczbę pracowników, którzy zwrócili prawidłowo wypełnione kwestionariusze ankietowe, oraz ich procentowy udział w analizowanych grupach zawodowych przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki badań wstępnie zostały wprowadzone i pogrupowane w arkuszu kalkulacyjnym Excel 97, a następnie opracowane statystycznie przy wykorzystaniu programu Statistica PL. Pytania zawarte w ankiecie skierowanej do średniej kadry kierowniczej miały charakter zamknięty. Respondentów proszono o ustosunkowanie się do wariantów odpowiedzi w ramach poszczególnych zagadnień, przyporządkowując im od 1 do 5 punktów, w następująco zdefiniowanej skali:

- 1 – zdecydowanie nie zgadzam się,
- 2 – nie zgadzam się,
- 3 – trudno powiedzieć,
- 4 – zgadzam się,
- 5 – zdecydowanie zgadzam się.

Określenia wpływu wyodrębnionych grup pracowników, w przekroju poszczególnych szpitali, na badane zagadnienia dokonano na podstawie analizy wariancji dla doświadczeń dwuczynnikowych. Posłużono się tu testem F (Fishera-Snedocora), który pozwolił rozstrzygnąć, czy [Rószkiewicz, 2002, s. 319]:

- występuje wpływ rodzaju szpitala na charakter uzyskanych odpowiedzi,
- występuje wpływ grupy zawodowej (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy działów) na charakter uzyskanych odpowiedzi,

**Tabela 1.** Liczba pracowników szpitali A, B, C i D województwa warmińsko-mazurskiego uczestniczących w badaniu

Szpital	Kadra							
	Ordynatorzy		Pielęgniarki oddziałowe		Kierownicy działów		Razem	
	n	%	n	%	n	%	N	%
A	6	46,15	12	92,31	8	100	26	76,47
B	5	33,33	13	86,67	4	50,00	22	57,89
C	9	60,00	17	100	4	80,00	30	81,08
D	3	27,27	11	100	3	60,00	17	62,96
Razem	23	–	53	–	19	–	95	–

Źródło: opracowanie własne (N,n – liczba pracowników, % – procent grupy zawodowej)

■ występuje efekt oddziaływania interakcji między rodzajem szpitala a grupą zawodową.

Warunki stosowania tej metody zostały sprawdzone testem Levene<sup>5</sup>.

Do weryfikacji powyższych hipotez przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . Szczegółowe porównanie średnich ocen szpitali (w ramach każdej z grup pracowniczych) oraz grup zawodowych (z uwzględnieniem rodzaju szpitala) przeprowadzono za pomocą testu Newmana-Keulsa [Stanisz, 1998, s. 180].

Wyniki badań zestawiono w tabelach z uwzględnieniem rodzaju szpitala oraz grup pracowników, które oznaczono następująco:

O – ordynatorzy,

P – pielęgniarki oddziałowe,

K – kierownicy działów.

Uzyskane odpowiedzi opisano za pomocą średniej arytmetycznej, statystyki F, przy wskazanych poziomach istotności dla szpitali, grup zawodowych i obu tych elementów jednocześnie. Różnice w ramach wyróżnionych czynników uznano za istotne, jeżeli poziom  $p$  był mniejszy bądź równy 0,05.

W celu określenia stopnia zróżnicowania odpowiedzi w ramach poszczególnych szpitali i grup zawodowych zastosowano test Newmana-Keulsa. Wyniki tej analizy zestawiono w tabelach, umieszczając:

■ w kolumnie „istotne różnice” – różnice odpowiedzi statystycznie istotne pomiędzy wskazanymi szpitalami,

5 Test Levene'a zastosowano do sprawdzenia założenia o jednorodności wariancji w zdefiniowanych grupach.

- w wierszu „istotne różnice” – różnice odpowiedzi statystycznie istotne pomiędzy badanymi grupami zawodowymi (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy działów).

## Wyniki badań

System budżetowania wyznacza lekarzom, pielęgniarkom oddziałowym oraz kierownikom działów zupełnie nowe role. Pomimo tego, iż nie są oni obciążani obowiązkiem opracowywania planów budżetowych, to są zobowiązani do ich realizacji. W warunkach ograniczonych środków finansowych muszą zatem podejmować działania związane z obniżaniem poziomu kosztów poszczególnych jednostek organizacyjnych.

Szczególnie trudną misję mają do spełnienia lekarze, którzy z jednej strony wybierając metody leczenia, decydują o zdrowiu i życiu pacjentów, a z drugiej zaś zobligowani są do uwzględnienia ekonomicznych następstw swych działań. Posiadając zatem szeroki zakres autonomii w ustalaniu procedury leczenia oraz przestrzegając kodeksu etyki lekarskiej<sup>6</sup>, jednocześnie zobowiązani są do realizacji celów finansowych, wyznaczonych przez dyrekcję. Wobec powyższego można stwierdzić, że jednym z największych wyzwań naczelnego kierownictwa, w warunkach wdrażania zmian związanych z budżetowaniem w szpitalach, stało się uwzględnienie niezależności i autorytetu lekarzy w procesie leczenia oraz minimalizowanie konfliktu ról w relacji lekarz – menedżer<sup>7</sup>. Proces wdrażania zmian oceniono na podstawie modelu Lewina, uwzględniając trzy podstawowe etapy przełamania oporu pracowników wobec implementowanych zmian:

- rozmrożenie, czyli doprowadzenie do uznania przez pracowników wprowadzanej zmiany za konieczną i akceptowaną przez wszystkich,
- wprowadzenie zmian, w ramach którego powinno nastąpić przyjęcie nowych postaw przez pracowników, poprzez proces identyfikacji<sup>8</sup> i internalizacji<sup>9</sup>.

6 Kodeks etyki lekarskiej, art. 11 brzmi: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”.

7 Konflikty występujące na linii lekarz – menedżer mogą być dwojakiego rodzaju:

- konflikty indywidualne (wewnętrzne) występujące w sytuacji, gdy lekarz pełni zarazem funkcję menedżera (dyrektor szpitala, ordynator),
- konflikty społeczne, występujące pomiędzy lekarzami a menedżerem, nie zawsze będącym lekarzem.

8 Identyfikacja traktowana jako faza przejściowa polega na tym, że jednostki postępują w określony sposób nie ze względu na ich wewnętrzne przekonanie, lecz z uwagi na obowiązek podporządkowania służbowego przełożonym.

9 Internalizacja jest fazą bardzo korzystną i trwałą, najbardziej pożądaną, gdyż postępowanie jednostek na tym etapie wynika bezpośrednio z ich wewnętrznego przekonania o skuteczności podejmowanych działań.

■ zamrożenie, czyli utrwalenie nowego, pożądanego wzoru zachowań [O'Neill, 1990, s. 87-90; Levasseur, 2001, s. 71-73].

W tabeli 2 przedstawiono ocenę procesu wdrażania zmian związanych z systemem budżetowania.

Średnia kadra kierownicza trzech podmiotów (B, C i D) twierdzi, że ta metoda zarządzania w ich szpitalach nie jest znana wszystkim pracownikom. Jedynie w podmiocie A znajomość zasad budżetowania wśród pracowników jest na umiarkowanym poziomie. Biorąc pod uwagę fakt, że w każdej jednostce zorganizowano przynajmniej jedno szkolenie z zakresu budżetowania, przyczyn takiej sytuacji można upatrywać w niskiej efektywności przeprowadzonych szkoleń lub w nieprawidłowym przepływie informacji pomiędzy średnią kadrami kierowniczą a podległymi im pracownikami.

Z nieznanymi zasadami budżetowania łączy się bezpośrednio brak akceptacji dla zmian z nim związanych, występujący we wszystkich podmiotach, a najsilniej w szpitalu C. Biorąc pod uwagę skuteczność wdrożenia budżetowania (średnia ogółem 2,64), mierzoną znajomością zasad systemu i poziomem jego akceptacji w jednostce, pozytywnie można ocenić jedynie szpital A, który istotnie wyróżnia się na tle pozostałych. Najgorzej czynności wdrożeniowe oceniono w szpitalu D. Warto podkreślić, że opinie średniej kadry kierowniczej co do poziomu znajomości i akceptacji systemu budżetowania są zbliżone do opinii dyrekcji badanych szpitali. Jedynie w podmiocie A budżetowanie uznano za skutecznie wdrożone, co zapewne wiąże się z powierzeniem opracowania i implementacji tego systemu firmie konsultingowej.

Budżetowanie jest m.in. narzędziem decentralizacji zarządzania. Jej przejawem powinien być zatem szerszy udział kadry kierowniczej w pracach wdrożeniowych. Sprzyjać to powinno wyższej akceptacji obowiązków wynikających z nowej organizacji pracy. Przeprowadzone badania wykazały, że średnia kadra kierownicza wszystkich szpitali większą rolę w procesie skutecznego wdrażania budżetowania przypisuje dyrekcji szpitali aniżeli pozostałym pracownikom (tab. 3). Podobne opinie wyraża także dyrekcja podmiotów B i C. Jeśli chodzi o szpitale A i D, naczelne kierownictwo traktuje udział swój i pracowników jako równoważny czynnik sukcesu prac wdrożeniowych, co należy uznać za zjawisko bardzo pozytywne. Warto podkreślić dużą zbieżność odpowiedzi średniej kadry kierowniczej i dyrekcji szpitala A na temat roli zasobów ludzkich w procesie wdrażania zmian.

Przeprowadzona analiza wykazała, że etap rozmrożenia nie został skutecznie zakończony. Przekonanie średniej kadry kierowniczej o potrzebie wdrożenia budżetowania nie jest ugruntowane i wymaga wzmocnienia. Ponadto odnotowano niewystarczający poziom znajomości oraz akceptacji przez pracowników implementowanych zmian. Z przeprowadzonych wywiadów bezpośrednich ze średnią kadrami kierowniczą wynika, że spowodowane jest to zbyt małą liczbą szkoleń zorganizowanych przed wprowadzeniem zmian, zbyt częstymi modyfikacjami zasad rozliczania kosztów dla potrzeb budżetowania



**Tabela 2.** Zasadność wprowadzenia zmian związanych z budżetowaniem w szpitalach A, B, C, D województwa warmińsko-mazurskiego w opinii średniej kadry kierowniczej i dyrekcji w skali od 1 do 5

System budżetowania jest:	Szpital	Kadra						Ocena wpływu czynników
		O	P	K	Ogółem	Istotne różnice	D	
Potrzebny	A	4,20	4,00	4,43	4,12	–	–	Szpital: F = 1,21; p = 0,31 Kadra: F = 0,89; p = 0,42 Szpital×Kadra: F = 1,20; p = 0,32
	B	4,00	3,96	4,10	4,01	–	–	
	C	4,00	3,94	3,75	3,93	–	–	
	D	4,33	3,82	4,00	3,94	–	–	
	Ogółem	4,06	3,93	4,13	4,00	–	–	
	Istotne różnice	–	–	C-A	–			
Znany wszystkim pracownikom	A	3,17	3,33	3,50	3,34	–	5	Szpital: F = 7,21; p = 0,00: Kadra: F = 0,70; p = 0,50 Szpital×Kadra: F = 1,35; p = 0,26
	B	2,47	2,50	3,02	2,68	–	2	
	C	1,89	2,41	2,50	2,27	–	2	
	D	3,00	1,82	2,67	2,18	O-P	2	
	Ogółem	2,50	2,53	3,07	2,63	–	2,75	
	Istotne różnice	A-C	A-C; A-D	–	A-C; A-D			
Akceptowany przez wszystkich pracowników	A	2,83	2,33	2,75	2,58	–	4	Szpital: F = 3,48; p = 0,04 Kadra: F = 1,58; p = 0,21 Szpital×Kadra: F = 2,31; p = 0,07
	B	2,30	2,20	2,55	2,37	–	2	
	C	1,89	2,35	2,00	2,17	–	2	
	D	3,00	1,82	2,67	2,18	–	2	
	Ogółem	2,39	2,25	2,60	2,36		2,50	
	Istotne różnice	A-C; C-D	–	–	–			
Skutecznie wdrożony	A	3,60	3,08	3,29	3,23	–	4	Szpital: F = 7,56; p = 0,00 Kadra: F = 0,24; p = 0,79 Szpital×Kadra: F = 0,20; p = 0,93
	B	2,75	2,46	2,83	2,68		2	
	C	2,67	2,41	2,25	2,47	–	2	
	D	2,00	2,00	2,33	2,06	–	2	
	Ogółem	2,78	2,50	2,87	2,64	–	2,50	
	Istotne różnice	A-D	A-D	A-D; A-C	A-D; A-C			

(O – ordynatorzy, P – pielęgniarki oddziałowe, K – kierownicy działów, D – dyrekcja)

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 3.** Wpływ dyrekcji i pracowników badanych szpitali A, B, C, D województwa warmińsko-mazurskiego na efektywne wdrażanie budżetowania w opinii ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych i kierowników działów w skali od 1 do 5

Uzależnienie skutecznego wdrożenia budżetowania od:	Szpital	Kadra						Ocena wpływu czynników
		O	P	K	Ogółem	Istotne różnice	D	
Dyrekcji	A	4,67	4,00	4,38	4,27	–	4	Szpital: F = 0,56; p = 0,58 Kadra: F = 0,22; p = 0,80 Szpital×Kadra: F = 1,42; p = 0,24
	B	4,25	4,26	4,45	4,33	–	5	
	C	3,89	4,29	4,5	4,20	–	5	
	D	4,67	4,55	4,33	4,53	–	5	
	Ogółem	4,28	4,28	4,40	4,30	–	4,75	
	Istotne różnice	–	–	–	–			
Pracowników	A	4,17	4,25	4,63	4,35	–	4	Szpital: F = 5,05; p = 0,00 Kadra: F = 0,16; p = 0,86 Szpital×Kadra: F = 0,65; p = 0,63
	B	3,70	3,85	3,95	3,87	–	4	
	C	3,44	3,18	3,50	3,30	–	5	
	D	4,33	4,00	3,33	3,94	–	5	
	Ogółem	3,83	3,73	4,01	3,82	–	4,50	
	Istotne różnice	C-D	A-C	A-D; B-D	A-C; C-D			

Źródło: opracowanie własne

oraz zakresu odpowiedzialności średniej kadry kierowniczej. Niezadowolający poziom skuteczności procesu rozmrożenia skutkuje niepowodzeniem kolejnego etapu wprowadzania zmian – polegającego na ukształtowaniu pożądanych postaw uczestników procedury budżetowania (tab. 4).

W żadnym ze szpitali nie są w pełni ugruntowane postawy pracowników, niezbędne do osiągnięcia zadowolającej efektywności zmian związanych z budżetowaniem. Niedostateczne zachowanie dyscypliny budżetowej (średnia 3,44) oraz nieprzestrzeganie przyjętych harmonogramów i terminów (średnia 3,42) wskazują, że we wszystkich szpitalach proces identyfikacji, jako czynnik niezbędny do skutecznego wdrożenia zmian, był zawansowany w bardzo małym stopniu. Potwierdza to istniejącą wciąż dużą autonomię pracy personelu medycznego, która jest w pełni uzasadniona w działaniach medycznych lekarzy, jednak w zbyt dużym zakresie przekłada się również na pozostałe obszary ich pracy. Wskazuje na to m.in. fakt, że w żadnym ze szpitali kadra medyczna nie ponosi rze-

**Tabela 4.** Postawy uczestników budżetowania badanych szpitali A, B, C, D województwa warmińsko-mazurskiego w opinii średniej kadry kierowniczej w skali od 1 do 5

Wyszczególnienie	Szpital	Kadra					Istotne różnice	Ocena wpływu czynników
		O	P	K	Ogółem			
Praca całego zespołu, otwartość i partnerskie stosunki w rozwiązywaniu problemów	A	4,17	3,40	4,38	3,85		Szpital: F = 0,55; p = 0,58 Kadra: F = 6,24; <b>p = 0,00</b> Szpital×Kadra: F = 1,10; p = 0,37	
	B	3,96	3,22	4,00	3,61			
	C	3,78	3,53	3,75	3,63			
	D	4,00	2,55	4,33	3,12	O-P; P-K		
	Ogółem	3,94	3,20	4,20	3,59	O-P; P-K		
	Istotne różnice			D-C	-	D-A		
Personalna odpowiedzialność za realizację zadań	A	3,83	3,90	4,25	3,96		Szpital: F = 0,16; p = 0,85 Kadra: F = 2,31; p = 0,11 Szpital×Kadra: F = 1,53; p = 0,21	
	B	3,65	3,70	4,20	3,78			
	C	3,33	3,88	4,25	3,77			
	D	4,33	3,18	4,33	3,59			
	Ogółem	3,67	3,68	4,23	3,79	P-K		
	Istotne różnice			D-C	-	-		
Zachowanie dyscypliny budżetowej w rozporządzaniu środkami budżetowymi	A	3,33	3,00	3,63	3,31		Szpital: F = 1,41; p = 0,25 Kadra: F = 1,46; p = 0,24 Szpital×Kadra: F = 2,51; p = 0,05	
	B	3,47	3,28	3,64	3,46			
	C	3,22	3,76	3,25	3,53			
	D	4,33	3,00	4,33	3,47	O-P; K-P		
	Ogółem	3,44	3,35	3,67	3,44			
	Istotne różnice			C-D; C-A	-	-		

Przestrzeżenie przyjętych harmonogramów i terminów	A	3,33	3,30	3,75	3,48	–	Szpital: F = 2,25; p = 0,11 Kadra: F = 0,16; p = 0,85 Szpital×Kadra: F = 2,49; p = 0,05
	B	3,36	3,38	3,51	3,40	–	
	C	3,11	3,59	2,75	3,33	–	
	D	4,00	3,18	4,00	3,47	–	
	Ogółem	3,33	3,41	3,53	3,42	–	
	Istotne różnice	–	–	D-C; C-A	–		

Źródło: opracowanie własne

czywistych konsekwencji nieuzasadnionego przekroczenia budżetów. Brak identyfikacji średniej kadry kierowniczej z dążeniami dyrekcji uniemożliwia rozpoczęcie procesu internalizacji, co potwierdza niski stopień personalnej odpowiedzialności za realizację zadań budżetowych (średnia 3,79) oraz umiarkowana współpraca zespołu w rozwiązywaniu problemów wynikających z nowego systemu (średnia 3,59). Tymczasem, jak wskazują badania L.J. Stewarta [2002, s. 9-10], dobrze zorganizowane zespoły pracownicze są jednym z podstawowych czynników osiągnięcia zadowalających wyników finansowych z działalności medycznej. Znaczne wzmocnienie procesów identyfikacji i internalizacji można uzyskać poprzez pozytywne efekty wprowadzanych zmian, dostrzegane również przez średnią kadrę kierowniczą.

W tabeli 5 zestawiono poglądy średniej kadry kierowniczej oraz dyrekcji badanych szpitali na temat wpływu wdrożonych zmian na zarządzanie zasobami ludzkimi szpitali.

W opinii respondentów budżetowanie wpływa pozytywnie na poprawę współpracy poszczególnych jednostek organizacyjnych (średnia ogółem 4,07). Przejawia się to zapewne w lepszej organizacji pracy poszczególnych pracowni i bloków operacyjnych. W nieco mniejszym stopniu dostrzegany jest wpływ procesu budżetowania na stopień motywacji pracowników (średnia odpowiedzi wyniosła 3,95). Nie odnotowano istotnego zróżnicowania struktury odpowiedzi ani w ramach badanych szpitali, ani w obrębie poszczególnych grup pracowniczych.

Przeprowadzona analiza wykazała, że w ocenie kadry kierowniczej budżetowanie wpłynęło pozytywnie na zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalu (średnia ogółem 3,16 – 3,44). Brak jest istotnych różnic opinii w tym zakresie zarówno pomiędzy szpitalami, jak i grupami pracowniczymi. Dyrekcja szpitali dostrzega ten efekt w większym stopniu aniżeli pozostali respondenci (średnia 4,25; 3,25). Spowodowane jest to zapewne reorganizacją pracy personelu niemedycznego, np. w zakresie zasad transportu międzyoddziałowego, przekazywania wyników badań z laboratorium na oddziały, identyfikacji obszarów zasadności wykorzystania outsourcingu, skuteczniejszym wykorzystaniem personelu pomocniczego, jak np. kucharek, salowych. Odnotowano ponadto mały wpływ budżetowania na zakres odpowiedzialności pracowników. Dostrzegane działania w tym

**Tabela 5.** Efekty wprowadzonych zmian w badanych szpitalach A, B, C, D województwa warmińsko-mazurskiego w opinii średniej kadry kierowniczej i dyrekcji w skali od 1 do 5

Efekt	Szpital	Kadra						Ocena wpływu czynników
		O	P	K	Ogółem	Istotne różnice	D	
Poprawa współpracy jednostek organizacyjnych	A	3,67	4,58	4,25	4,27	O-P	5	Szpital: F = 1,29; p = 0,28 Kadra: F = 0,47; p = 0,63 Szpital×Kadra: F = 2,07; p = 0,09
	B	3,99	4,10	3,98	4,05	–	4	
	C	4,22	3,88	3,25	3,90	–	4	
	D	4,00	4,00	4,33	4,06	–	4	
	Ogółem	4,00	4,13	4,00	4,07	–	4,25	
	Istotne różnice	–	C-A	–	–			
Lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich	A	3,80	3,25	3,29	3,35	–	4	Szpital: F = 0,10; p = 0,91 Kadra: F = 1,57; p = 0,21 Szpital×Kadra: F = 0,61; p = 0,66
	B	3,34	3,04	3,49	3,22	–	4	
	C	3,11	2,94	3,75	3,10	–	4	
	D	3,33	3,00	3,67	3,18	–	5	
	Ogółem	3,33	3,05	3,47	3,21	–	4,25	
	Istotne różnice	–	–	–	–			
Poprawa wydajności pracy w szpitalu	A	3,60	3,00	3,00	3,12	–	3	Szpital: F = 0,40; p = 0,67 Kadra: F = 1,84; p = 0,17 Szpital×Kadra: F = 0,67; p = 0,62
	B	3,35	2,98	3,36	3,18	–	4	
	C	3,22	2,94	3,75	3,13	–	4	
	D	3,33	3,10	4,00	3,29	–	2	
	Ogółem	3,33	3,00	3,40	3,16	–	3,25	
	Istotne różnice	–	–	–	–			
Większa motywacja do realizacji zadań wyznaczonych przez dyrekcję	A	2,83	4,08	3,75	3,69	–	5	Szpital: F = 1,34; p = 0,27 Kadra: F = 0,67; p = 0,51 Szpital×Kadra: F = 1,41; p = 0,24
	B	3,79	4,11	3,72	3,94	–	4	
	C	4,22	4,18	3,5	4,10	–	4	
	D	4,33	4,00	4,00	4,06	–	5	
	Ogółem	3,78	4,10	3,73	3,95	–	4,40	
	Istotne różnice	A-C; A-D	–	–	–			

Zwiększenie odpowiedzialności pracowników	A	4,00	3,50	3,86	3,65	–	4	Szpital: F = 1,25; p = 0,29 Kadra: F = 0,16; p = 0,85 Szpital × Kadra: F = 0,25; p = 0,91
	B	3,49	3,40	3,51	3,46	–	4	
	C	3,33	3,29	3,00	3,27	–	4	
	D	3,67	3,36	3,33	3,41	–	4	
	Ogółem	3,50	3,38	3,53	3,44	–	4,00	
	Istotne różnice	–	–	–	–			

Źródło: opracowanie własne

zakresie przejawiają się m.in. w bardziej wnikliwym opisywaniu procesu leczenia pacjenta w celu uzyskania środków z NFZ, korzystaniem z wyników badań wykonanych pacjentom przed przyjęciem na oddział (na zlecenia lekarza rodzinnego), zamiast ich ponownego wykonywania w szpitalu, efektywniejszym wykorzystaniem aparatury medycznej.

## Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wykazała, że efekty zmian związanych z budżetowaniem nie są dostrzegane w podobnym zakresie przez dyrekcję szpitali i średnią kadry kierowniczą. Może to istotnie utrudniać proces identyfikacji pracowników, polegający na przyjęciu postaw i zachowań pożądaných przez naczelne kierownictwo. Zróznicowanie opinii w tym zakresie może wynikać z:

- niesprecyzowania celów postawionych przed budżetowaniem przez dyrekcję, lub nie poinformowania o nich średniej kadry kierowniczej,
- braku ustalonych mierników oceny stopnia realizacji zadań budżetowych,
- dążenia do osiągnięcia założonych celów metodami nie akceptowanymi przez pracowników.

Podjęcie jakichkolwiek zmian w szpitalu powinno opierać się na modyfikacji zachowań ludzi, poprzez zwrócenie uwagi m.in. na ich wiedzę, umiejętności i oczekiwania. Przeprowadzona analiza postaw i zachowań średniej kadry kierowniczej w warunkach wdrażania budżetowania według modelu Lewina wskazała, że w żadnym z analizowanych podmiotów realizacja trzech jego etapów nie została ukończona pomyślnie. Badania potwierdziły, że powierzenie implementacji budżetowania firmie konsultingowej wpływa korzystnie jedynie na realizację pierwszego etapu rozmrożenia, czyli przygotowania pracowników do zmian. Ponadto można stwierdzić, że postawa średniej kadry kierowniczej nie zależy od okresu funkcjonowania budżetowania. Nie odnotowano bowiem wyższego poziomu akceptacji czy korzystniejszych zachowań wśród pracowników szpitala, w którym budżetowanie wdrożono najwcześniej.

## Literatura

- Armstrong M. (2005), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Cygańska M. (2007), *Ocena i postulowane kierunki zmian w systemie budżetowania kosztów szpitali*, rozprawa doktorska, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański.
- Henzel-Korzeniowska A. (2003), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w warunkach względnego chaosu otoczenia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 1.
- Jasińska J., (2003), *Znaczenie kultury organizacyjnej w procesie łączenia zakładów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, nr 2.
- Król H., Ludwicyński A., red. (2006), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, PWN S.A., Warszawa.
- Kubot Z. (2001), *Umowy o świadczenie usług medycznych w aspekcie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna”, nr 3, 10.
- Lapsley I. (2001), *The accounting – Clinical Interface – Implementing Budgets for Hospitals Doctors*, „Abacus”, Vol. 37, No. 1.
- Levasseur R.E. (2001), *People Skills: Change management Tools – Lewin’s Change Model*, „Interfaces”, Vol. 31, No. 4.
- O’Neill P.E. (1990), *Transforming Managers for Organizational Change*, „Training and Development Journal”, Vol. 44, No. 7.
- Penc J. (2007), *Nowoczesne kierowanie ludźmi, wywieranie wpływu i współdziałanie w organizacji*, Difin, Warszawa.
- Pocztowski A. (2003), *Zarządzanie zasobami ludzkimi: strategie, procesy, metody*, PWE, Warszawa.
- Pocztowski A. (2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa.
- Rószkiewicz M. (2002), *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, PWN, Warszawa.
- Stanisz A. (1998), *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, StatSoft Polska, Kraków.
- Stewart L.J. (2002), *Management Control Theory and its Application to US Medical Practice*.

---

Małgorzata Cygańska – dr nauk ekonomicznych, adiunkt w Zakładzie Rachunkowości Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Do jej głównych zainteresowań naukowych należą: szeroko pojęta problematyka zarządzania kosztami w szpitalach, a w szczególności ocena systemów rachunku kosztów w szpitalach i możliwościach ich wykorzystania w procesie zarządzania; analiza zakresu wykorzystania współczesnych metod zarządzania kosztami w szpitalach; systemy kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Polsce i na świecie.