

Agnieszka Kister

Restrukturyzacja zatrudnienia na przykładzie szpitala X

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 46/4,
341-352

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

AGNIESZKA KISTER

Restrukturyzacja zatrudnienia na przykładzie szpitala X

Restructuring of employment as exemplified by a hospital X

Słowa kluczowe: restrukturyzacja, podmiot leczniczy, redukcja zatrudnienia

Key words: restructuring, medicinal entity, reduction of employment

Kolejne reformy służby zdrowia przeprowadzone w Polsce miały na celu poprawę wyników ekonomicznych szpitali i innych placówek świadczących usługi medyczne. Nadzieję na polepszenie sytuacji finansowej niosła ze sobą ta reforma, której jednym z elementów było wcielenie w życie przepisów Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 r. (zwana dalej Ustawą o restrukturyzacji)¹. Ten akt prawny określał warunki i zasady restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tryb postępowania w sprawie tej restrukturyzacji oraz zasady udzielania pomocy publicznej zakładom. Zastąpiła go Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.²

W wyniku restrukturyzacji wiele zakładów opieki zdrowotnej znacznie poprawiło wyniki finansowe, co pozwoliło im wyjść z zapaści finansowej, nadal jednak funkcjonują te, których zadłużenie dalej wzrasta³. Realizacji działań restrukturyza-

¹ Dz. U. z 2005 r., nr 78, poz. 684.

² Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.

³ J. Chluska, *Wpływ zmiany przepisów prawnych na obraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość. Dylematy praktyki gospodarczej*, S. Sojak (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2012, s. 140.

cyjnych towarzyszy ponoszenie kosztów, które dotyczą nie tylko podmiotu objętego restrukturyzacją, ale także lokalnej społeczności. Restrukturyzacja jest związana m.in. z przeobrażeniami organizacyjnymi, kadrowymi, właścicielskimi, ale wywołuje też daleko idące skutki w postaci zmian na rynku pracy (wzrost lub spadek bezrobocia, zmiana kwalifikacji pracowników, wzrost lub spadek poziomu wykształcenia, zadowolenie, frustracja, niepewność itp.). Powoduje zmniejszenie kosztów funkcjonowania podmiotów, a w szczególności obniżkę kosztów pracy.

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie i ocena procesu restrukturyzacji zatrudnienia na przykładzie wojewódzkiego specjalistycznego szpitala X⁴ w latach 2006–2011, a także zmian w polityce kadrowej w okresie od trzeciego kwartału 2011 r. do kwietnia 2012 r.

1. Pojęcie restrukturyzacji i jej cechy

Restrukturyzacja „to złożony proces istotnych, często fundamentalnych zmian w przedsiębiorstwie, którego celem jest bieżące (operacyjne) i długofalowe (strategiczne) kształtowanie atrybutów jego podmiotowości pod kątem zmian w otoczeniu i wewnętrznych potrzeb samego przedsiębiorstwa”⁵. Za jej przyczynę uważa się nienadążanie z dynamicznym dostosowywaniem się do zmian w bliższym i dalszym otoczeniu oraz coraz większe oddziaływanie globalizacji na funkcjonowanie pojedynczego podmiotu gospodarczego, a także podmiotu działalności leczniczej⁶. Wyróżnia się następujące sytuacje prowadzące do restrukturyzacji; po pierwsze, gdy wyniki finansowe danego podmiotu mają tendencję spadkową, a organy zarządcze nie są w stanie tej sytuacji zmienić; po drugie, gdy organy zarządcze chcą doraźnie poprawić wizerunek. Przyczyną działań restrukturyzacyjnych jest także zapaść ekonomiczna (przewidywana lub obecna), wywołana działaniem czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych. Często występuje wtedy sprzeczność pomiędzy pozytywnym wizerunkiem danego podmiotu na rynku (ponieważ wtedy można uzyskać korzystne kontrakty, podpisywać długoletnie umowy) a faktyczną kondycją podmiotu. W praktyce, podejmując decyzję o restrukturyzacji, należy kierować się zasadami gospodarności, przedsiębiorczości, rentowności, rachunku ekonomicznego⁷.

Restrukturyzacja zatrudnienia jest elementem restrukturyzacji finansowej. Oznacza zespół działań umożliwiających dostosowanie stanu oraz struktury zasobów ludzkich do warunków umożliwiających sprawną realizację celów podmiotu leczniczego. Wyraża się zmianami w strukturach zasobów ludzkich i organizacji procesów zarządzania ludźmi. W myśl Ustawy o restrukturyzacji finansowej i pomocy

⁴ Dyrekcja szpitala nie wyraziła zgody na ujawnienie nazwy szpitala.

⁵ C. Suszyński, *Restrukturyzacja konsolidacja globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003, s. 71.

⁶ L. Dorozik (red.), *Restrukturyzacja ekonomiczna przedsiębiorstw w świetle polskiego prawa upadłościowego i naprawczego*, PWE, Warszawa 2006, s. 43.

⁷ *Ibidem*, s. 30.

publicznej restrukturyzacją mogły być objęte publiczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostki badawczo-rozwojowe zatrudniające na dzień 1 stycznia 2001 r. powyżej 50 osób i realizujące określone zadania na podstawie tejże ustawy. Z Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010⁸ wynika, że zakłady opieki zdrowotnej podlegały przekształceniom w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, były także łączone⁹.

Każdy zakład opieki zdrowotnej był zobowiązany do przedłożenia organowi restrukturyzacyjnemu projektu programu, który zawierał szczegółowy opis sytuacji ekonomicznej zakładu, analizę przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej i wskazanie działań mających na celu jej poprawę (m.in. propozycję zmian organizacyjnych w zakładzie, w tym dotyczących polityki kadrowej), określenie pożądanej sytuacji ekonomicznej zakładu po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego, wskazanie źródeł oraz wielkości finansowania działań poprawiających sytuację ekonomiczną z uwzględnieniem pomocy publicznej. Przystępując więc do programu restrukturyzacji, każdy podmiot leczniczy we własnym programie określał zasady funkcjonowania sfery zarządzania zasobami ludzkimi.

Celem restrukturyzacji zatrudnienia jest takie skoordynowanie działań związanych z pracownikiem, aby podmiot leczniczy zbliżył się do sukcesu rozumianego jako spełnienie misji szpitala, ale i poprawa wyników finansowych. Przeobrażenia w sposobach zarządzania kapitałem ludzkim wiążą się z chęcią zmiany prezentowanych dotychczas przez osoby zatrudnione postaw i zachowań wobec pracy i samego szpitala¹⁰.

2. Przesłanki podjęcia procesu restrukturyzacji zatrudnienia przez szpital X

Wojewódzki specjalistyczny szpital X od analizowanego okresu (2006 r.) ma ujemny wynik finansowy. Rok 2006 zamknął się stratą 111 407,28 zł, w 2007 r. zwiększyła się ona do poziomu 9 270 816,96 zł, w 2008 r. do 37 150 853,28 zł, by w 2009 r. zmniejszyć się do kwoty 11 862 572,77 zł. W roku 2010 nastąpiło pogorszenie się wyniku, strata osiągnęła wartość 21 737 440,70 zł.

Osiągane przez szpital w kolejnych latach złe wyniki finansowe spowodowały narastanie ujemnego wyniku z lat poprzednich. Trudna sytuacja wymusiła działania restrukturyzacyjne zapoczątkowane w drugiej połowie 2008 r. (choć już w 2006 r. zaczęto redukować koszty).

⁸ www.mz.gov.pl (21.01.2011).

⁹ W trybie art. 43h ust. 1 i 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹⁰ M. Dobska, K. Rogoziński (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 170.

W badanym szpitalu głównym założeniem programu naprawczego była więc systematyczna poprawa wyniku finansowego (zmniejszanie straty), dokonanie poprawy efektywności wszystkich działów organizacyjnych, doskonalenie organizacji pracy, struktury organizacyjnej oraz systemu motywacyjnego, wzrost jakości świadczonych pacjentom usług, poprawa konkurencyjności usług, a także wzrost inwestycji. Podjęcie działań restrukturyzacyjnych wymagało przeprowadzenia analizy podmiotu leczniczego na kilku płaszczyznach, tj. technicznej, kadrowej, struktury organizacyjnej, ekonomicznej oraz dokonania analizy bliższego i dalszego otoczenia.

Celem lepszej diagnozy otoczenia jest ograniczanie ryzyka towarzyszącego działalności gospodarczej. W analizowanym szpitalu wpływ na jego działalność mają czynniki polityczne, warunki ekonomiczne, zjawiska ekonomiczne (np. inflacja, stopa wzrostu gospodarczego), rynek (konkurencja, odbiorcy usług, ceny), aktywa społeczne (poziom edukacji, etyka pracy, postawy, kwalifikacje zawodowe, umiejętności), technika (innowacje, wiedza, nowe badania, nakłady na naukę i technikę), kultura (system wartości, poziom wykształcenia, wzorce zachowań, etyka zawodowa, kultura organizacyjna), kapitał (źródła jego pozyskania, inwestycje). W badanym podmiocie czynniki te podzielono na zewnętrzne oraz wewnętrzne. Do tych pierwszych zaliczono brak stabilnej polityki zdrowotnej państwa, niedostateczne finansowanie świadczeń medycznych, brak jasnych przepisów określających zasady finansowania świadczeń medycznych, brak wystarczających informacji o metodach wyceny procedur medycznych, konieczność wykonywania usług medycznych niefinansowanych przez płatnika (NFZ), stosowanie niskich cen usług medycznych (takich, które nie pokrywają wszystkich kosztów, np. amortyzacji majątku trwałego i podwyżek cen towarów i usług), brak możliwości uzyskiwania dodatkowych przychodów, przez co szpital publiczny występuje w niekorzystnej sytuacji w stosunku do zakładów niepublicznych, monopolistyczny charakter usługodawców, ponoszenie wysokich kosztów diagnostyki i leczenia przez szpitalne oddziały ratunkowe, niekorzystne dla regionu ustalenie algorytmu podziału środków ze składki zdrowotnej prowadzące do powstawania wysokich nadwykonań, silną i stale rosnącą konkurencję innych szpitali, zarówno publicznych, jak i niepublicznych.

Do czynników wewnętrznych zaliczono zaś wysokie koszty modernizacji infrastruktury i utrzymania majątku trwałego (budynków oraz specjalistycznych urządzeń), niski poziom finansowania świadczeń oraz brak zapłaty za usługi wykonane ponad wartość kontraktów (postępowania sądowe). Kolejnymi czynnikami, które przemaływały za podjęciem działań restrukturyzacyjnych, był brak wystarczającej liczby łóżek długoterminowych, przez co wydłużał się czas pobytu pacjentów w oddziałach specjalistycznych, co z kolei zwiększało ogólny poziom kosztów oraz powodowało konieczność redukcji kosztów wywołanych wzrastającymi kosztami pracy.

3. Zmiany w zatrudnieniu w latach 2006–2010

Zatrudnienie w badanym szpitalu ulegało zmianom. W latach 2006–2010 następowało zmniejszenie się liczby pracowników na skutek naturalnych ubytków zatrudnienia, indywidualnych zwolnień pracowników, a także przeprowadzonych zwolnień grupowych. Koszty wynagrodzeń były pozycją dominującą w strukturze kosztów rodzajowych (tabela 1).

Tabela 1. Udział kosztów wynagrodzeń w strukturze kosztów rodzajowych w latach 2006–2010

Lp.	Wyszczególnienie	Struktura kosztów rodzajowych					
		na 31.12.2006	na 31.12.2007	na 31.12.2008	na 31.12.2009	na 31.12.2010	na 31.12. 2011
	Koszty razem	100%	100%	100%	100%	100%	100%
1.	Amortyzacja	4,36%	4,20%	3,25%	3,98%	4%	4,52%
2.	Zużycie materiałów i energii	27,25%	24,33%	21,18%	20,47%	24,66%	25,59%
3.	Usługi obce	7,67%	7,77%	6,15%	6,52%	6,5%	6,54%
4.	Podatki i opłaty	1,17%	0,98%	0,78%	0,72%	0,81%	0,45%
5.	Wynagrodzenia	44,69%	47,28%	52,52%	47,33%	52,9%	50,71% ^o
6.	Ubezpieczenia i inne świadczenia	10,42%	10,42%	10,21%	8,78%	10,4%	11,45%
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	0,04%	0,33%	0,30%	0,36%	0,73%	0,72%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

Z tabeli wynika, że nastąpił wzrost wynagrodzeń z 44,69% w 2006 r. do 52,52% w 2008 r., a następnie ich spadek w roku 2009. Następnie znów zanotowano ich wahania, w 2011 r. do poziomu 50,71% w strukturze kosztów rodzajowych. Szpital dokonywał systematycznych zmian w zatrudnieniu. Restrukturyzacja w tym zakresie oznaczała redukcję personelu na oddziałach szpitalnych (obsługi i niższego personelu medycznego), zmniejszenie liczby pracowników administracyjnych i personelu pionów diagnostycznych – dzięki nowemu podziałowi zdań oraz działaniom outsourcingowym.

Mimo tych działań koszty pracy nie zmniejszały się w takim stopniu, jak zakładano, ze względu na wzrost płac wywołany silną presją pracowników na podwyżki wynagrodzeń i wprowadzenie w życie przepisów tzw. ustawy 203 (Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o ZOZ). Choć podwyżki przekroczyły możliwości finansowe szpitala, zdecydowano

się na nie. Oczekiwano bowiem, że wzrost płac będzie zrekompensovany przychodami z różnych źródeł (planowane przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, zwiększenie składki zdrowotnej oznaczającej wzrost przychodów NFZ i w konsekwencji stanowiące znaczące źródło finansowania szpitali, zapowiedź promowania szpitali specjalistycznych i wykonujących kosztochłonne procedury, a także oddłużenia szpitali, deklaracje Ministerstwa Zdrowia dotyczące wzrostu ceny tzw. punktu szpitalnego).

Z uwagi na znaczącą pozycję kosztów osobowych na tle innych kosztów w szpitalu szczególną uwagę poświęcono stworzeniu sprawnej gospodarki czynnikiem ludzkim poprzez opracowanie nowych norm obsady kadrowej oraz stworzenie mechanizmów kontrolujących politykę zatrudnienia.

Restrukturyzacja, oprócz redukcji zatrudnienia, oznaczała także zmianę form pracy, m.in. z czasowej na zadaniową. Dokonano przeglądu stanowisk pracy i zakresów obowiązków oraz przeprowadzono weryfikację regulaminu wynagradzania i przyjęto nowe formuły zarządzania czasem. Idea racjonalizacji kosztów wynagrodzeń zakładała stworzenie nowoczesnego systemu wynagradzania polegającego na ustaleniu nowych norm, z których będą wynikać kryteria wysokości i różnicowania wynagrodzeń w zależności od stopnia trudności pracy. W badanym szpitalu wdrożono z dniem 1 stycznia 2008 r. unijne normy czasu pracy (48-godzinny tydzień pracy). Podjęto też działania oszczędnościowe, wprowadzając do umów o pracę tzw. równoważny czas pracy, skutkujący obniżeniem kosztów pełnienia przez personel medyczny dyżurów. Ponadto zrezygnowano z dyżurów w oddziale urazów wielonarządowych oraz oddziale alergologii i chorób płuc, powierzając nadzór dyżurnym z innych oddziałów. Pracownicy zatrudnieni w równoważnym czasie pracy byli rozliczani z efektów pracy w okresie 3-miesięcznym. Pozwoliło to na efektywniejsze planowanie rozkładu czasu pracy dla poszczególnych pracowników i ograniczenie pracy w godzinach nadliczbowych.

Proces redukcji zatrudnienia jest czasochłonny – wynika z obowiązujących przepisów prawa (m.in. w przypadku zwolnień grupowych – powiadomienie odpowiednich instytucji, konsultacje związkowe, zachowanie okresów wypowiedzenia itp.) oraz kosztochłonny, ponieważ wiąże się z wypłaceniem odpraw. W związku z tym przeprowadzana restrukturyzacja zatrudnienia będzie miała swoje odzwierciedlenie w poziomie kosztów szpitala dopiero w okresach późniejszych.

4. Zmiany w polityce kadrowej od trzeciego kwartału 2011 roku do kwietnia 2012 roku

Analiza stanu zatrudnienia w 2011 r. spowodowała, iż zostały podjęte działania mające na celu dokonanie dalszej, zapoczątkowanej w 2006 r., redukcji zatrudnienia i tym samym obniżenie kosztów wynagrodzeń i ich pochodnych. Poniższa tabela zawiera dane odnoszące się do stanu zatrudnienia.

Tabela 2. Redukcja zatrudnienia w okresie od trzeciego kwartału 2011 r. do kwietnia 2012 r.
(bez stażystów i rezydentów)

Grupa personelu	30.04.2011		Zwolnienia w III kwartale 2011		Zwolnienia w IV kwartale 2011		Zwolnienia w I kwartale 2012		Zatrudnienie na kwiecień 2012		Razem spadek zatrudnienia
	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	
Lekarze	222	202,66	11	11	11	10,33	10	10	190	171,33	32
Pielęgniarki	452	445,88	3	2,88	2	2	–	–	447	441	5
Położne	75	75,00	5	5	5	5	3	3	62	62	13
Ratownicy medyczni	9	8,25	2	2	2	1,25	–	–	9	8,25	0
Personel wyższy	51	49,75	3	3	3	3	3	3	42	40,75	9
Magistry farmacji	5	5,00	–	–	–	–	–	–	5	5	0
Personel średni	129	127,90	10	10	5	5	5	4,9	109	108	20
Technicy rtg	28	28,00	1	1	1	1	–	–	26	26	2
Sanitariusze	113	113,00	7	7	6	6	–	–	100	100	13
Salowe	73	73,00	–	–	2	2	1	1	70	70	3
Personel niższy	8	8,00	–	–	–	–	–	–	8	8	0
Razem personel działalności podstawowej	1165	1136,44	42	41,88	37	35,58	22	21,9	1068	1040,33	97
Administracja	70	67,75	4	3	2	2,5	–	–	64	62,25	6
Obsługa	88	88,00	20	20	10	10	9	9,5	49	48,5	39
Razem administracja i obsługa	158	155,75	24	23	12	12,5	9	9,5	113	110,75	45
Razem zatrudnieni	1323	1292,19	66	64,88	49	48,08	31	31,4	1181	1151,08	142

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

W analizowanym okresie zwolniono 142 osoby, najwięcej spośród personelu administracyjnego i obsługi, w sumie 45 osób, oraz wśród lekarzy – 32 osoby, co spowodowało obniżkę kosztów pracy, w szczególności wynagrodzeń (tabela 3).

Tabela 3. Koszty wynagrodzeń w okresie od trzeciego kwartału 2011 r. do kwietnia 2012 r.
(bez stażystów i rezydentów)

Lp.	Grupa personelu	Średni miesięczny koszt 1 etatu	Spadek kosztów wynagrodzeń za okres X–XII 2011 (zwolnieni w III kw. 2011)	Spadek kosztów wynagrodzeń za okres I–III 2012 (zwolnieni w IV kw. 2011)	Spadek kosztów wynagrodzeń za okres IV–VI 2012 (zwolnieni w I kw. 2012)	Spadek kosztów wynagrodzeń w 2011 i 2012 r. (zwolnieni od III kw. 2011 do I kw. 2012)	Średniomiesięczny spadek kosztów wynagrodzeń od I 2012 r.	Ekstrapolacja na roczny spadek kosztów wynagrodzeń
1.	Lekarze	10 435,21 zł	344 361,87 zł	323 387,10 zł	313 056,25 zł	980 805,22 zł	108 978,36 zł	1 307 740,30 zł
2.	Pielęgniarki	3 775,64 zł	32 621,49 zł	22 653,81 zł	–	55 275,30 zł	6 141,70 zł	73 700,41 zł
3.	Położne	3 499,61 zł	52 494,21 zł	52 494,21 zł	31 496,53 zł	136 484,95 zł	15 164,99 zł	181 979,93 zł
4.	Personel wyższy	3 678,39 zł	33 105,47 zł	33 105,47 zł	33 105,47 zł	99 316,42 zł	11 035,16 zł	132 421,89 zł
5.	Personel średni	3 323,05 zł	99 691,51 zł	99 691,51 zł	49 845,75 zł	249 228,76 zł	27 692,08 zł	332 305,02 zł
6.	Technicy rtg	3 309,92 zł	9 929,77 zł	9 929,77 zł	–	19 859,55 zł	2 206,62 zł	26 479,40 zł
7.	Sanitariu- sze	2 225,54 zł	46 736,31 zł	40 059,70 zł	–	86 796,01 zł	9 644,00 zł	115 728,02 zł
8.	Salowe	2 202,41 zł	–	13 214,43 zł	6 607,22 zł	19 821,65 zł	2 202,41 zł	26 428,86 zł
	Razem personel działalności podstawowej		618 940,64 zł	594 536,01 zł	434 111,22 zł	1 647 587,87 zł	183 065,32 zł	2 196 783,82 zł
1.	Admini- stracja	4 587,03 zł	41 283,26 zł	34 402,72 zł	–	75 685,98 zł	8 409,55 zł	100 914,64 zł
2.	Obsługa	2 418,83 zł	145 129,55 zł	145 129,55 zł	134 244,83 zł	424 503,93 zł	47 167,10 zł	566 005,24 zł
	Razem admini- stracja i obsługa		186 412,81 zł	179 532,27 zł	134 244,83 zł	500 189,91 zł	55 576,66 zł	666 919,88 zł
	Razem zatrudnieni		805 353,45 zł	774 068,28 zł	568 356,05 zł	2 147 777,78 zł	238 641,98 zł	2 863 703,70 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

W analizowanym okresie uzyskano obniżkę kosztów wynagrodzeń personelu działalności podstawowej na kwotę 1 647 587,87 zł, z czego największą wśród lekarzy – 980 805,22 zł, personelu średniego – 249 228,76 zł, położnych – 136 484,95 zł oraz sanitariuszy – 86 796,01 zł.

Ogółem wartość kosztów wynagrodzeń zwalnianych pracowników wyniosła 2 147 777,78 zł. Uzyskane oszczędności należy zestawić z wartością odpraw należnych zwalnianym pracownikom (tabela 4).

Tabela 4. Koszt 3-miesięcznych odpraw należnych zwalnianym pracownikom
(bez stażystów i rezydentów)

Grupa personelu	Odprawy	
	Skutek ekonomiczny odpraw na październik 2011	Skutek ekonomiczny odpraw na styczeń 2012
Lekarze	291 387,61 zł	273 639,45 zł
Pielęgniarki	27 603,22 zł	19 168,91 zł
Położne	44 418,86 zł	44 418,86 zł
Personel wyższy	28 012,75 zł	28 012,75 zł
Personel średni	84 355,65 zł	42 177,82 zł
Technicy rtg	8 402,25 zł	8 402,25 zł
Sanitariusze	39 546,72 zł	33 897,19 zł
Salowe	0,00 zł	11 181,61 zł
Razem personel działalności podstawowej	523 727,06 zł	460 898,85 zł
Administracja	34 932,53 zł	29 110,44 zł
Obsługa	122 803,82 zł	61 401,91 zł
Razem administracja i obsługa	157 736,34 zł	90 512,35 zł
Razem zatrudnieni	681 463,41 zł	551 411,19 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

W badanym okresie od trzeciego kwartału 2011 do kwietnia 2012 r. – porównując spadek kosztów wynagrodzeń z wartością odpraw wypłacanych pracownikom na skutek redukcji zatrudnienia – w czwartym kwartale 2011 r. uzyskano oszczędności w kwocie 123 890,05 zł, w pierwszym kwartale 2012 r. – 222 657,08 zł, zaś w drugim kwartale 2012 r. – 143 537,27 zł. Zakładana w programie restrukturyzacyjnym restrukturyzacja osobowa w znaczący sposób obciążyla budżet szpitala. Koszty 3-miesięcznych odpraw na kwiecień 2012 r. przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Zatrudnienie i koszt 3-miesięcznych odpraw (bez stażystów i rezydentów)

Grupa personelu	Razem spadek zatrudnienia		Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 etat	Koszt 3-miesięcznych odpraw
	Osoby	Etaty		
Lekarze	32	31,33	8 829,93 zł	829 924,88 zł
Pielęgniarki	5	4,88	3 194,82 zł	46 772,13 zł
Położne	13	13,00	2 961,26 zł	115 489,04 zł
Personel wyższy	9	9,00	3 112,53 zł	84 038,26 zł
Personel średni	20	19,90	2 811,85 zł	167 867,74 zł
Technicy rtg	2	2,00	2 800,75 zł	16 804,49 zł
Sanitariusze	13	13,00	1 883,18 zł	73 443,91 zł
Salowe	3	3,00	1 863,60 zł	16 772,42 zł
Razem personel działalności podstawowej	97	96,11	–	1 351 112,88 zł
Administracja	6	5,50	3 881,39 zł	64 042,97 zł
Obsługa	39	39,50	2 046,73 zł	242 537,53 zł
Razem administracja i obsługa	45	45	–	306 580,50 zł
Razem zatrudnieni	142	141,11	–	1 657 693,38 zł

Źródło: materiały własne szpitala.

Od stycznia 2011 r. szpital ponosi koszty z tytułu odpraw: emerytalno-rentowych, odpraw z przyczyn ekonomicznych – w wysokości 1 657 693,38 zł, co stanowi znaczącą wartość wśród bieżących kosztów działalności. Są to jednak koszty, których poniesienie przyczyni się do zmniejszenia straty bilansowej.

Zakończenie

Każdy program naprawczy niesie ze sobą zmiany w poziomie kosztów. Szpital X podjął się procesu restrukturyzacji i konsekwentnie realizuje politykę zmian zasobowych oraz organizacyjnych, a w szczególności kadrowych. Wyniki ekonomiczne tej placówki poprawiają się m.in. w wyniku działań związanych z redukcją personelu. Racjonalizacja zarządzania zasobami ludzkimi w badanym szpitalu oznaczała zmianę form zatrudnienia, kompresję zatrudnienia, weryfikację regulaminu wynagradzania

oraz modyfikację formuł zarządzania czasem. Restrukturyzacja przebiega zatem zgodnie z planem. Zmniejszenie zatrudnienia w analizowanych latach przyczyniło się do poprawy wyniku finansowego, koszty wynagrodzeń i pochodnych bowiem są w tego typu podmiotach znaczącym elementem.

Wszystkie procesy restrukturyzacyjne powinny być poddawane kontroli pod kątem m.in. tempa dokonywania zmian, poprawności opracowanych procedur zmian, analizowania ekonomicznych skutków poszczególnych zmian, wpływu skutków odchyleń od planowanych zmian na przewidywane efekty, odchyleń od planu, zgodności wyników z obowiązującą w podmiocie strategią działania. Ważna jest nie tylko ogólna sytuacja ekonomiczna restrukturyzowanego szpitala, ale także analiza poziomu akceptacji społecznej dokonywanych zmian i ich kosztów. W badanym podmiocie proces ten trwa do dziś, a więc jest kontynuowany w 2012 r.

Restrukturyzacja zatrudnienia to proces obejmujący zmiany w funkcjonowaniu grup społecznych i przekłada się w konsekwencji na poziom kosztów, wyraża się w zmianach w poziomie kosztów i wyników, oznacza także diagnozę wartości oraz wyznaczników nowej kultury wśród zatrudnionych, wymaga ustalenia wewnętrznego wsparcia procesu zmian i celów przedsiębiorstwa. Konieczne jest zatem określenie roli kadry kierowniczej w utrwalaniu nowych wartości, badanie zachowań jednostek i grup mających odgrywać rolę czynnika zmian, dokonanie diagnozy zakresu, charakteru, siły więzi i struktur nieformalnych w jednostce, przygotowania zmian w taki sposób, by te więzi i struktury stały się czynnikiem sprawczym zamierzonych przekształceń.

Bibliografia

1. Chluska J., *Wpływ zmiany przepisów prawnych na obraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Rachunkowość. Dylematy praktyki gospodarczej*, S. Sojak (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2012.
2. Dobska M., Rogoziński K. (red.), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
3. Dorozik L. (red.), *Restrukturyzacja ekonomiczna przedsiębiorstw w świetle polskiego prawa upadłościowego i naprawczego*, PWE, Warszawa 2006.
4. Suszyński C., *Restrukturyzacja konsolidacja globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003.
5. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.
6. Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 r., Dz. U. z 2005 r., nr 78, poz. 684.
7. www.mz.gov.pl (21.01.2011).

Restructuring of employment as exemplified by a hospital X

The restructuring reduces the costs of hospital, especially the labor costs. The process of restructuring changes is shown on the basis of the specialist hospital, which has a negative financial result. One of the ways to improve the economic size was the restructuring of jobs. This article shows the process

of personnel changes in the period 2006–2012, the paper shows how these changes affect costs, it also presents methods reducing labor costs. Costs of wages were the dominant position in this period and they amounted to more or less 50% of the total cost. Moreover, it has been compared to the value of compensation paid for dismissed workers with a value of wages.