

Grzegorz Głód

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9699-2427>

Klaudia Rogowska

Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0215-2481>

Zarządzanie zmianą jako kluczowy czynnik funkcjonowania szpitala w warunkach pandemii SARS-CoV-2

Streszczenie

Pandemia SARS-CoV-2 była czasem wyzwań dla społeczeństw, rządów, systemu ochrony zdrowia oraz poszczególnych elementów tego systemu. Szpitale w czasie pandemii, jako jedyne przez cały okres jej trwania, umożliwiały bezpośredni kontakt pacjenta z lekarzem. Aby instytucje te mogły realizować swoje obowiązki, musiały wdrożyć wiele rozwiązań organizacyjnych, które projektowały na podstawie swoich kompetencji i wdrażały dzięki otwartości na zmiany. To uwalniało potencjał zapewniający im zwinność w działaniu. Celem artykułu jest identyfikacja kluczowych czynników sukcesu w kontekście procesów zarządczych w szpitalu w warunkach niepewności oraz ich ocena na podstawie zaprezentowanego studium przypadku. Analizie poddano priorytetowe czynniki w procesie zapewnienia ciągłości działania w okresie pandemicznym oraz realizacji krytycznych zadań związanych z uruchomieniem dodatkowo szpitala tymczasowego. Przeprowadzone rozważania pozwoliły na sformułowanie rekomendacji w podjętym obszarze badawczym.

Słowa kluczowe: pandemia, szpital, zarządzanie zmianą
Kody klasyfikacji JEL: I11, I18, K23

1. Wprowadzenie

Sposób wprowadzania zmian w warunkach szybko zmieniającego się i nieprzewidywalnego otoczenia stanowi problem o rosnącym znaczeniu zarówno dla praktyków, jak i teoretyków szeroko rozumianego zarządzania. Otoczenie organizacji jest źródłem zmian o charakterze ciągłym i nieciągłym. Zmiany nieciągłe wywołują stan turbulencji, wzmożonej niepewności i zmuszają organizacje do podejmowania decyzji o charakterze dostosowawczym, co wymusza procesy zarządzania zmianą na poziomie strategicznym i operacyjnym [Romanowska, 2011, s. 16].

W kontekście ostatnich doświadczeń związanych z okresem pandemii można zauważyć, że rozważania dotyczące zmiany modelu funkcjonowania organizacji sektora zarówno prywatnego, jak i publicznego nabrały jeszcze większego znaczenia. W nawiązaniu do tematyki niniejszego artykułu należy podkreślić, że wpływ pandemii koronawirusa na działanie szpitali i wykorzystanie strategii zarządczych w trakcie tego kryzysu i w rzeczywistości popandemicznej wymaga obiektywnej analizy i refleksji prowadzącej do sformułowania stosownych rekomendacji [Kanownik, 2021, s. 143]. Celem artykułu jest identyfikacja kluczowych czynników sukcesu zarządzania podmiotem leczniczym w okresie turbulentnych zmian otoczenia w czasie pandemii SARS-CoV-2 oraz ich ocena na podstawie zaprezentowanego studium przypadku.

2. Zarządzanie zmianą w warunkach niepewności

Zdaniem Skalika [2014, s. 557] zmiany w przestrzeni organizacyjnej są zjawiskiem na stałe wpisującym się w jej egzystencję, a zarządzaniu nimi towarzyszy istotny paradoks: zmiany te są w niewielkim stopniu przewidywalne lub w ogóle nie da się ich przewidzieć, mimo to można i należy nimi zarządzać.

Pojawia się konieczność identyfikacji kluczowych elementów w zakresie funkcjonowania organizacji, które odgrywają szczególną rolę podczas występowania nieoczekiwanych zjawisk, oraz formułuje się postulat stworzenia koncepcji organizacyjnej elastyczności ekstremalnej. W organizacjach występują obszary, które można konfigurować w sposób zapewniający możliwość reakcji na zaskakującą zmienność otoczenia. Skuteczność tej reakcji może być oczywiście większa lub mniejsza w praktyce, ale, bazując na najnowszych doświadczeniach sytuacji kryzysowej, można podjąć próbę wyciągnięcia pierwszych wniosków organizacyjnych i przygotować się na podobne zdarzenia w przyszłości [Flieger, 2020, s. 41–44].

Wśród badaczy istnieje zgoda co do tego, że organizacje muszą rozwijać zdolność do szybkiej adaptacji poprzez zwiększanie swojej innowacyjności oraz elastyczności. Zgodnie z podejściem zasobowym zdolność do zmian zaliczana jest do dynamicznych zasobów niematerialnych [Czop, 2016, s. 70]. Oznacza ona przede wszystkim, że organizacja ma pewne predyspozycje, w tym odpowiednią konfigurację zasobów, struktur, sposobów działania (procedur), które pozwalają jej na sprawne projektowanie i implementowanie ciągu zmian.

Zdolność ta moderowana jest zarówno uwarunkowaniami „twardymi”, jak np. zasoby rzeczowe (w tym finansowe), informacyjne itp., jak i czynnikami „miękkimi”, związanymi z kreatywnością, chęcią uczenia się, skłonnością do podejmowania ryzyka [Osbert-Pociecha, 2010, s. 376]. Chęć przetrwania w warunkach ciągłych zmian wymusza na organizacji natychmiastową reakcję na nieoczekiwane wyzwania przy jednoczesnym rozwijaniu zdolności do radzenia sobie z przyszłymi zmiennościami i wyzwaniami. Trudność w łączeniu obu tych zadań stała się tematem wielu rozważań, z których wynika, że takie cechy jak elastyczność oraz czujność organizacji niwelują ryzyko pojawienia się skutków ubocznych sił oddziałujących na organizację z poziomu otoczenia [Grzybowska, 2021, s. 71].

Zdolności organizacyjne rozumiane są jako zbiór uzdolnień, umiejętności i technologii organizacji, oznaczający lepszy sposób wdrażania, alokowania i koordynowania zasobów, trudny do naśladowania i zapewniający przewagę na rynku bądź – w przypadku organizacji publicznych – lepsze zaspokojenie potrzeb społecznych. W ramach zdolności organizacyjnych wyróżnia się: zdolności operacyjne (np. rutynowe czynności, administracja i podstawowe zarządzanie), które pozwalają realizować dany program produkcyjny bądź świadczyć usługi, oraz zdolności dynamiczne, czyli predyspozycje organizacji do tworzenia, integrowania i rekonfigurowania wewnętrznych i zewnętrznych zasobów/kompetencji, skierowanych na adaptację do szybko zmieniających się warunków otoczenia lub kształtowania tych zmian [Brzezińska, 2020, s. 368–369]. Koncepcja zdolności organizacyjnych, a w szczególności zdolności dynamicznych, stanowi dobry punkt wyjścia do rozważań nad odpornością [Ingram, 2023, s. 34].

Odporność jest traktowana jako zdolność systemu lub społeczeństwa narażonego na zagrożenia do adaptowania się do nowej sytuacji poprzez przeciwstawianie się lub wprowadzanie zmian w celu utrzymania akceptowalnego poziomu funkcjonowania. W zarządzaniu kryzysowym koncepcja ta posiada kluczowe znaczenie, gdyż stanowi nowy sposób podejścia do badania zagrożeń i ich skutków. Odnosi się ona do budowania i rozwijania zdolności umożliwiających radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych oraz w otoczeniu społeczno-organizacyjnym z wykorzystaniem istniejących relacji wewnętrznych i zewnętrznych [Sienkiewicz-Małyjurek, 2020, s. 22]. W tym kontekście strategii zarządzania kryzysowego wskazują zarówno na aktywność menedżerów w obszarze radzenia sobie z kryzysem, jak i na zakres działań podejmowanych w sytuacji kryzysowej. Stanowią one podstawę do dokonywania zmian i wdrażania koncepcji zarządzania zmianą w ramach nowej strategii zarządzania kryzysowego [Michałowska, Stankiewicz, Danielak, 2015, s. 120].

Według Masłyk [1985, s. 48] zmianę można rozpatrywać w znaczeniu czynnościowym i rzeczowym. W formie czynnościowej jest to proces modyfikacji, na który składają się procesy innowacyjne (wynik innowacji) i adaptacyjne (wynik konieczności), prowadzące w rezultacie do rozwoju organizacyjnego. W znaczeniu rzeczowym zmiana jest synonimem czegoś nowego i polega na przekształcaniach systemu bądź jego elementów.

W podziale służącym wyodrębnieniu kategorii zmian organizacyjnych można stosować następujące kryteria [Masłyk, 1985, s. 26]:

- sterowalność (zmiana: planowana, nieplanowana),
- styl modyfikacji (zmiana: narzucona, dobrowolna),
- źródło zmian (zmiana: zewnętrzna, wewnętrzna),
- skuteczność zmian (zmiana: doskonała, zubożająca),
- czas zmian (zmiana: krótka, długa),
- zakres zmian (zmiana: drobna, duża),
- inwencja (zmiana: kontynuowana, precedensowa),
- przyczyna zmian (zmiana: dobrowolna, przymusowa),
- faza ruchu organizacyjnego (dotyczy identyfikacji organizacji z otoczeniem, np. nowym rynkiem, kapitałem, a także zmian w sposobie koordynacji działań umożliwiających konieczne dostosowania; może być: dobrowolna w sposobach zmiany działania, wymuszona w sposobach kontroli działań, przymusowa w układach władzy).

Osbert-Pociecha, osadzając zdolność organizacji do zmian w zasobowej koncepcji przedsiębiorstwa, akcentuje konieczność wielowymiarowego postrzegania zdolności organizacji do zmian (*organizational capacity for change*, OCC), wyróżniając następujące jej wymiary: 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 pożądaných rezultatów; 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 między potrzebą wprowadzania zmian i utrzymywania bieżącej działalności; predyspozycje organizacji wynikające z określonej konfiguracji zasobów, sposobów działania, które umożliwiają jej sporządzanie projektów i implementację ciągłych zmian; zdolność zarządzania strumieniem zmian współzależnych – powiązanych ze sobą, warunkujących się wzajemnie bądź też przebiegających niezależnie od siebie [Osbert-Pociecha, 2011, s. 78].

Niepewność i niejednoznaczność pojawiają się w wielu różnych sytuacjach i dylematach decyzyjnych. Dostrzeganie zmian w otoczeniu i organizacji, interpretowanie informacji, podejmowanie na ich podstawie decyzji zachodzi nieustannie w całej organizacji [Lewnadowski, 2021, s. 58]. Zarządzanie zmianą w warunkach zmienności, niepewności, złożoności i wieloznaczności (VUCA) otoczenia organizacji wymaga rekonfiguracji dotychczas stosowanych modeli w tym obszarze [Bukłaha, Cabała, 2022].

Z pewnością kontekst zarządzania kryzysowego oraz zarządzania zmianą wynika bezpośrednio ze specyfiki konkretnej organizacji. Ma to szczególne znaczenie w przypadku organizacji odgrywających istotną rolę w funkcjonowaniu społeczeństwa, do których zalicza się podmioty lecznicze, w tym zwłaszcza szpitale.

3. Zarządzanie zmianą w szpitalu

Zasoby szpitala stanowią źródło rozwoju jego zdolności, a te są z kolei zorientowane na wykorzystanie zasobów w sposób bardziej efektywny. Kompetencje szpitala powstają na bazie jego zdolności, stwarzając przesłanki do jeszcze bardziej efektywnego zaangażowania i wykorzystania zasobów w świadczeniu usług medycznych. W ten sposób są one niejako skutkiem integracji zdolności i zasobów przeznaczonych do osiągnięcia założonych celów. Szczególnym rodzajem kompetencji szpitala są jego kluczowe kompetencje, czyli innowacyjne kombinacje wiedzy, zdolności (zbiorów umiejętności), adekwatnych technologii, informacji i metod, w wyniku których świadczone usługi medyczne są dostarczane pacjentowi zgodnie z jego preferencjami i oczekiwaniami [Krawczyk-Sołtys, 2017, s. 195]. Istotnym elementem są tu kompetencje menedżerskie, które w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej (jak np. zarządzanie podmiotem leczniczym w warunkach pandemii) nabierają szczególnego znaczenia [Kowalska-Bobko, Bogdan, Badora-Musiał, Oberska, Dłutek, 2020].

Na całym świecie systemy opieki zdrowotnej nie zostały zaprojektowane i przygotowane do radzenia sobie z kryzysem o tak dużym wymiarze – nieprzewidywalnym, zakrojonym na szeroką skalę wyzwaniem zdrowotnym, jakim była pandemia koronawirusa, wymagająca pilnej mobilizacji zasobów na poziomie całej populacji [Niżnik, 2021, s. 135].

W opracowaniach o charakterze *stricte* biznesowym akcentuje się, że w obecnych czasach stosowane dotychczas typowe przedsięwzięcia usprawniające, mające charakter stopniowych zmian, okazują się często niewystarczające, aby przedsiębiorstwo mogło utrzymać się na rynku. W takiej sytuacji dokonanie radykalnej zmiany staje się koniecznością [Wiśniewska, 2013, s. 189].

W kontekście omawianych wyżej kryteriów podziału kategorii zmian organizacyjnych zmianą nieplanowaną, narzuconą, zewnętrzną, dużą, precedensową i przymusową było prowadzenie w warunkach pandemii SARS-CoV-2 działalności leczniczej przez zaprezentowany dalej podmiot leczniczy. Opisany w badaniu szpital wprowadził zmiany w strukturze bieżącej działalności, umożliwiające sprostanie nowym wyzwaniom przy jednoczesnym wymogu realizacji dotychczasowych obowiązków podmiotu leczniczego (w skorygowanej skali), a w dalszej kolejności – zmiany w funkcjonowaniu pozwalające na prowadzenie szpitala tymczasowego. Proces ten jest tematem prezentowanego w dalszej części artykułu studium przypadku.

W tak turbulentnych czasach imperatywem funkcjonowania podmiotu leczniczego jest zdolność adaptacji do zmieniających się uwarunkowań. W obliczu pandemii podmioty lecznicze często nie były do tego przygotowane organizacyjnie. 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 zmian [Waśniewski, Strumiłło, Szawłowska, 2022, s. 8]. Pandemia postawiła bezprecedensowe wyzwania przed systemem opieki zdrowotnej, niektóre z nich staną się podstawą przyszłej transformacji. Zarówno dla pracowników ochrony zdrowia, jak i decydentów politycznych

oczywiste jest, że skuteczna reakcja na wzrost opieki krytycznej musi być zagnieżdżona w ogólnym modelu świadczeń zdrowotnych. Pandemia COVID-19 uwypukliła kluczowe elementy gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych. Obejmują one posiadanie krajowych lub regionalnych rezerw strategicznych środków ochrony osobistej, urzędzeń oddziału intensywnej terapii, materiałów eksploatacyjnych i farmaceutyków, a także skutecznych łańcuchów dostaw i wydajnych procesów ich wykorzystania. Należy wskazać przy tym również na korzyści płynące z transformacji cyfrowej i wartość technologii zdalnego monitorowania, takich jak monitorowanie bezprzewodowe [Arabi i in., 2021, s. 282].

4. Studium przypadku w zakresie zmiany struktury oraz skali działalności podmiotu leczniczego

Do analizy zarządzania szpitalem w czasie turbulentnych zmian, w tym wskazania kluczowych przyczyn podejmowanych działań, ich rodzaju i specyfiki, sposobu realizacji, decydentów i miejsca, wybrano metodę studium przypadku [Wójcik, 2013], mającą służyć dogłębnemu zrozumieniu zjawisk osadzonych w incydentalnym i nieprzewidywalnym otoczeniu [Grzegorzczak, 2015, s. 10–11].

W przeprowadzonych badaniach dotyczących sytuacji kryzysowej związanej z dynamicznym procesem zarządzania zmianą wykorzystano studium przypadku obejmujące: zmianę struktury przyjmowanych pacjentów (zakażonych wirusem SARS-CoV-2, dla których konieczne było stworzenie warunków izolacji, oraz niezakażonych tym wirusem, leczonych z powodu innych jednostek chorobowych) oraz utworzenie tzw. szpitala tymczasowego w ramach tego podmiotu leczniczego. Zakres czasowy analiz sięga od 28.02.2020 r. do 31.03.2022 r., tj. okresu, w którym szpital realizował działania związane z pandemią nałożone przez organy administracji państwowej. W badaniu uwzględniono również przegląd aktów prawnych o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym oraz analizę danych źródłowych z obszaru kadrowego i statystyki medycznej. Dodatkowo zaprezentowano w sposób chronologiczny najważniejsze etapy analizowanego procesu wraz ze wskazaniem najistotniejszych rozwiązań zarządczych.

Po raz pierwszy w Polsce zachorowanie na zakaźną chorobę układu oddechowego COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2 zdiagnozowano 4 marca 2020 r. Stan zagrożenia epidemicznego [Dz.U. 2020 poz. 433] na terenie kraju ogłoszono 14 marca 2020 r., a 20 marca 2020 r. wprowadzono stan pandemii [Dz.U. 2022 poz. 340], zniesiony następnie 12 maja 2022 r. [Dz.U. 2022 poz. 1027]¹.

Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (dalej GCM, szpital) podobnie jak inne szpitale otrzymywało decyzje

¹ Po tym czasie zaczęło obowiązywać Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego [Dz.U. 2022 poz. 1028], które zostało zniesione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego [Dz.U. 2023 poz. 1118].

administracyjne, na podstawie których powierzono mu zadania związane z przeciwdziałaniem, zapobieganiem i zwalczaniem epidemii.

Decyzjami administracyjnymi Wojewoda Śląski nakładał na GCM kolejno: w okresie od 28.02.2020 r. do 8.04.2022 r. obowiązek pozostawiania GCM w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 28 lutego 2020 r.], w okresie od 6.04.2020 r. do 1.04.2022 r. obowiązek pomiaru temperatury ciała wśród pracowników, zorganizowania pracy izby przyjęć (IP) i szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) w sposób umożliwiający bezpieczną segregację i separację pacjentów z podejrzeniem lub chorych na COVID-19 od innych osób przebywających na IP/SOR i kierowania do izolatorium pacjentów, od których pobrano materiał do badania w kierunku SARS-CoV-2 [Polecenie Wojewody Śląskiego nr 53/2020 z dnia 6 kwietnia 2020 r.]. W okresie od 15.09.2020 r. do 29.09.2020 r. GCM został zakwalifikowany do I poziomu systemu zabezpieczenia COVID-19, co wiązało się z koniecznością zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 [Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 3 września 2020 r.], z kolei od 30.09.2020 r. do 7.04.2021 r. GCM został zakwalifikowany do III poziomu systemu zabezpieczenia COVID-19, co skutkowało obowiązkiem udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresie: kardiologii, w tym inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii, kardiochirurgii, otorynolaryngologii, chirurgii naczyniowej, neurologii, w tym trombektomii mechanicznej w udarze niedokrwiennym mózgu, geriatry i pulmonologii [Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 30 września 2020 r.]. W kolejnych czterech decyzjach Wojewoda Śląski doprecyzował, a następnie aktualizował liczbę łóżek, jakie GCM miał na wymienionych wyżej oddziałach medycznych zapewnić pacjentom z potwierdzonym zakażeniem COVID-19 [Decyzje Wojewody Śląskiego z dnia 7 kwietnia, 23 kwietnia i 19 maja 2021 r.]. Mowa o kolejno 76, 85, 69 i 42 łóżkach.

Późniejsze zmiany organizacji systemu szpitalnictwa w związku z pandemią skutkowały dalszymi decyzjami wojewody nakładanymi na szpital. Decyzją Wojewody Śląskiego z dnia 30 czerwca 2021 r. w okresie od 1.07.2021 r. do 31.03.2022 r. GCM miał zapewnić 25 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 (na I poziomie zabezpieczenia szpitalnego) [Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 30 czerwca 2021 r.]. Jednocześnie od 13.01.2022 r. do 28.02.2022 r. na GCM został nałożony obowiązek zapewnienia dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 trzech łóżek respiratorowych, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej, w lokalizacji Katowice-Ochojec ul. Ziołowa 45–47 (na II poziomie zabezpieczenia szpitalnego) [Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 13 stycznia 2022 r.].

Celem zarządzających szpitalem było zapewnienie jego sterowalności. Poza realizacją narzuconych ww. dokumentami nieplanowanych obowiązków szpital kontynuował realizację statutowych zadań, w tym udzielał świadczeń leczniczych na rzecz pacjentów, którzy nie byli zakażeni wirusem SARS-CoV-2, uczestniczył w procesie kształcenia przed- i podyplomowego

oraz w procesach naukowo-badawczych. Narzędziem do realizacji tego celu były wydawane dokumenty wewnętrzne, w których przyjęto wiele nowych zasad postępowania personelu, uwzględniających wytyczne i polecenia administracji publicznej. W dokumentach tych zgromadzono w podziale na poszczególne zakresy tematyczne wszystkie informacje zapewniające personelowi szybkie dotarcie do aktualnych zasad postępowania. Pierwsza z wymienionych niżej instrukcji aktualizowana była aż 60 razy. I tak GCM wydał w analizowanym okresie m.in. następujące instrukcje: *Postępowanie w przypadku podejrzenia infekcji koronawirusem SARS-CoV-2*, *Postępowanie z pacjentem na Oddziale Pneumonologii oraz OAIT (SSW) w przypadku podejrzenia/potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2*, *Postępowanie z pacjentami urazowymi w GCM SARS-CoV-2*, *Zasady ograniczające ryzyko zakażenia podczas prowadzenia zajęć dla studentów w oddziałach GCM*, *Szczepienia personelu i pacjentów COVID-19*, *Postępowanie w sytuacji napływu pacjentów z SARS-CoV-2*.

Analizowany okres, a szczególnie jego początkowa faza wymagały elastyczności w procesie podejmowania decyzji oraz natychmiastowych reakcji na zmieniającą się sytuację epidemiczną i wytyczne organów nadzoru. Kluczowe rozstrzygnięcia dotyczące organizacji pracy szpitala podejmowane były na codziennych spotkaniach. Od początku wprowadzenia w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego co rano gromadził się zespół szpitala, w tym kierownicy: Zespołu Zakażeń Szpitalnych, Apteki, działów odpowiadających za organizację, administrację i informację wewnętrzną, sprawozdawczość realizowaną na potrzeby wojewódzkiego zarządzenia kryzysowego i aktualizowanie wymienionych wyżej instrukcji, a także konsultant ds. chorób zakaźnych szpitala i dyrektorzy pionów technicznego, finansowego oraz medycznego, w tym Naczelna Pielęgniarka. Pod kierownictwem dyrektora szpitala monitorowano na bieżąco pracę całej placówki, zasady stosowania przez personel GCM środków ochrony indywidualnej oraz wprowadzano i aktualizowano rozwiązania o charakterze organizacyjno-prawnym. Analizowano i podejmowano również decyzje dotyczące zapewnienia niezbędnych środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji, w tym ustalano kryterium jakości stosowanych w GCM środków z uwzględnieniem wytycznych administracji publicznej, a także decyzje dotyczące zapewnienia niezbędnego wyposażenia GCM w konieczne w warunkach pandemii sprzęt i aparaturę medyczną oraz przyjmowano do realizacji rozwiązania w zakresie dostosowania infrastruktury szpitala. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi urządzone zostały służby dla personelu medycznego oraz połowy punkt konsultacyjny przy GCM. Jednocześnie na bieżąco szkolono pracowników w zakresie właściwego stosowania środków ochrony indywidualnej. Dla zapewnienia ciągłości pracy szpitala pracownicy zarówno medyczni, jak i niemedyczni podzieleni byli na zespoły.

Następnie 26 marca 2020 r. zespół osób mający wpływ na kluczowe decyzje organizacyjne związane z funkcjonowaniem szpitala w warunkach COVID-19 został zarządzeniem powołany w skład Komisji ds. Zapewnienia Prawidłowego Funkcjonowania GCM w warunkach stanu epidemii [Zarządzenie Dyrektora GCM nr 14/2020 z dnia 26 marca 2020 r.]. Do zadań Komisji należało kontynuowanie prac przywołanego wyżej zespołu oraz przedstawianie dalszych rekomendacji w zakresie funkcjonowania szpitala w czasie pandemii.

W okresie pandemii w GCM leczonych było łącznie 2245 pacjentów (hospitalizacje), w tym 687 pacjentów w 2020 r., 1111 pacjentów w 2021 r. i 447 pacjentów w 2022 r.

Poza powierzonymi GCM zadaniami w zakresie przeciwdziałania, zapobiegania i zwalczania pandemii wirusa SARS-CoV-2 Minister Zdrowia decyzją z dnia 25.03.2021 r. polecił szpitalowi od 29.03.2021 r. do odwołania realizować dodatkowo świadczenia zdrowotne w lokalizacji szpitala tymczasowego na terenie Międzynarodowego Portu Lotniczego „Katowice” w Pyrzowicach. W okresie od 29.03.2021 r. do 9.11.2021 w szpitalu tymczasowym utrzymywano 144 łóżka dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, w tym 10 łóżek respiratorowych [Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2021 r.], na mocy kolejnej decyzji Ministra Zdrowia od 10.11.2021 r. zwiększono natomiast liczbę łóżek respiratorowych do 14 [Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r.]. Infrastruktura została przygotowana przez podmiot trzeci, a zadaniem GCM było prowadzenie działalności medycznej. Szpital tymczasowy był zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako oddział GCM i funkcjonował do 14.03.2022 r. [Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2022 r.].

Po otrzymaniu przez GCM decyzji Ministra Zdrowia polecono kierownikom pionów, komórek działalności pomocniczej medycznej oraz komórek niemedycznych podjęcie według przysługujących im kompetencji odpowiednich działań celem pilnego uruchomienia szpitala tymczasowego w wymaganym terminie. Syntetyczne wykazy działań sporządzone przez każdego z kierowników zostały złożone do wyznaczonego przez dyrektora działu szpitala. Każdy z kierowników był odpowiedzialny merytorycznie za obszar spraw zgodnie ze swoimi kompetencjami, łącznie ze współpracą z podmiotami zewnętrznymi. Całościowe koordynowanie spraw związanych z uruchomieniem, a następnie funkcjonowaniem szpitala tymczasowego należało do kompetencji Kierownika Działu Organizacji GCM. Równocześnie powołany został Lekarz Kierujący Szpitalem Tymczasowym w Pyrzowicach wraz z osobami koordynującymi pracę zespołu lekarzy w specjalności anestezjologia oraz zespołu pielęgniarskiego.

Po początkowym etapie uruchamiania szpitala tymczasowego 6.04.2021 r. zakończył się również etap podejmowania w trybie pilnym decyzji przez odpowiednich merytorycznie pracowników GCM. Po tym terminie działania związane z funkcjonowaniem szpitala tymczasowego odbywały się zgodnie z zasadami reprezentacji szpitala przyjętymi w GCM.

Aby umożliwić działanie szpitala tymczasowego, GCM zatrudniło personel medyczny zgodnie z zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji [2020] zamieszczonymi w tabeli 1, w tym techników radiologii celem wykonywania badań za pomocą tomografii komputerowej, oraz personel sprzątający. Przez cały okres funkcjonowania szpitala zespołom medycznym w opiece nad chorymi pomagali studenci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego jako wolontariusze, a okresowo również ratownicy z Polskiej Grupy Górniczej SA.

Kolejne oddziały (moduły) szpitala tymczasowego były uruchamiane po zajęciu miejsc w modułach uruchomionych wcześniej. Personel medyczny pracował w zespołach odpowiadających liczbie uruchomionych modułów.

Tabela 1. Założenia dotyczące personelu medycznego w szpitalu tymczasowym

Personel	Oddział – liczba personelu na oddział (moduł) o 28 łóżkach pracujących jednocześnie	Oddział intensywnej terapii – liczba personelu na oddział (moduł) o 10 łóżkach pracujących jednocześnie	Punkt przyjęć
Lekarze	1	1	1
Lekarze anesteziolodzy	0	1	0
Pielęgniarki	2	3	1
Opiekunowie medyczni	4	4	0
Ratownicy medyczni	1	2	1
Rejestratorki medyczne	0	0	2

Źródło: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji [2020], s. 8.

Podczas funkcjonowania szpitala tymczasowego w Pyrzowicach zwiększano liczbę uruchamianych modułów w oddziale niebędącym oddziałem intensywnej terapii do maksimum, tj. 134 łóżek, stosownie do okresów zwiększonej zachorowalności: kwiecień – maj 2021 r. oraz październik 2021 r. – styczeń 2022 r. Moduł intensywnej terapii funkcjonował przez cały okres pracy szpitala tymczasowego. Personel medyczny realizujący zadania w szpitalu tymczasowym w jedynie ok. 30% był rekrutowany spoza GCM.

W szpitalu tymczasowym prowadzonym przez GCM leczono ogółem 1702 pacjentów, w tym 1421 pacjentów w 2021 r. i 368 pacjentów w 2022 r., spośród których 329 pacjentów przebywało na intensywnej terapii szpitala tymczasowego, w tym 292 pacjentów w 2021 r. i 37 pacjentów w 2022 r.

Z dniem 31.03.2022 r. GCM zakończył realizację zadań w zakresie zapobiegania i przeciwdziałania pandemii SARS-CoV-2 zleconą przez organy administracji państwowej, natomiast 30.06.2023 r. wygasł okres zagrożenia epidemicznego w Polsce.

5. Podsumowanie

Zaprezentowane studium przypadku dotyczące zarządzania zmianą w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego w warunkach pandemicznych (wraz z utworzeniem szpitala tymczasowego) pozwala na konfrontację założeń teoretycznych z praktycznymi działaniami zarządczymi w podejmowanym obszarze badawczym. Sformułowano wobec tego rekomendacje w zakresie równowagi między skalą zmian a bieżącą działalnością podmiotu zgodnie z przyjętym modelem zarządzania, w tym jego elastyczności, dynamizmu nadzoru, zarządzania strumieniem zmian współzależnych, ze szczególnym uwzględnieniem roli skutecznej komunikacji wewnętrznej.

Należy przede wszystkim zauważyć, że analizowany podmiot leczniczy zalicza się do kategorii dużych szpitali oraz ma charakter szpitala klinicznego. Jest jednostką innowacyjną, a okres pandemii wykazał, że również elastyczną [Czop, 2016, s. 70]. GCM potwierdził zatem

swoje predyspozycje (konfigurację zasobów, w tym przede wszystkim dostęp do szerokich kompetencji w obszarze kapitału ludzkiego, jak również strukturę oraz zdolności organizacyjne) do realizacji nieoczekiwanych wyzwań oraz wykazał zdolność do zmian [Brzezińska, 2020, s. 368–369; Ingram, 2023, s. 34]. Dlatego też powierzanie realizacji dodatkowych zadań, a w szczególności utworzenia jednostki specjalnej (szpital tymczasowy), tego typu podmiotom wydaje się zasadne [Osbert-Pociecha, 2010, s. 376; Grzybowska, 2021, s. 71].

Kolejna kwestia dotyczy właściwego zarządzania projektami. Szpital na bazie wcześniejszych doświadczeń w realizacji różnych projektów o charakterze medycznym i technicznym posiada pewien rozwinięty stopień kompetencji w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że zarządzanie projektem w warunkach pandemii miało zupełnie niespotykane dotąd dynamikę, kontekst i strategiczne znaczenie z perspektywy bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa [Niżnik, 2021, s. 135].

Kluczową dla interesariuszy, w tym przede wszystkim pacjentów, a także np. władz lokalnych (również centralnych), Narodowego Funduszu Zdrowia, organu odpowiedzialnego w szczególności za działalność dydaktyczną, była równowaga przejawiająca się w realizacji nie tylko działań wprowadzonych zmianami, lecz także statutowych zadań szpitala klinicznego. Dotyczyło to procesów, jakie miały miejsce zarówno w siedzibie szpitala, jak i w szpitalu tymczasowym. Zakres i skala zmian, obejmujące realizację działań statutowych szpitala, pozwoliły na zachowanie tej równowagi [Osbert-Pociecha, 2011, s. 78].

Zwinne i rozproszone zarządzanie było odpowiedzią na tempo i wielość zmian oraz decyzji koniecznych do podjęcia [Skalik, 2014, s. 557]. Kluczowy dla sukcesu był bowiem w tym przypadku proces komunikacji i podejmowania decyzji [Cabała, 2015, s. 134]. Decentralizacja zarządzania manifestowała się przede wszystkim w uruchamianiu szpitala tymczasowego. Wymagała ona zaangażowania w proces przeobrażeń każdego elementu systemu (komórki, pionu) składającego się na organizację, jaką jest szpital. Analizowany okres charakteryzował się dynamicznymi zmianami nie tylko w zakresie sytuacji epidemicznej, ale również w wytycznych i regulacjach pochodzących od organów nadrzędnych względem szpitala. Konieczne było zidentyfikowanie istotnych obszarów podlegających zmianom, określenie ich skali oraz zakresu i ostatecznie przeprowadzenie wielu zaplanowanych działań w sposób skoordynowany. Dla realizacji postawionych przed GCM celów zastosowano okresowo zarządzanie rozproszone. Zarówno w okresie pandemii, jak i w czasie zarządzania realizowanego zgodnie z przyjętymi w GCM zasadami konieczne było zapewnienie skutecznej komunikacji wewnętrznej. Odbywała się ona w formie bezpośrednich, codziennych spotkań z kluczowymi dla funkcjonowania szpitala osobami oraz dynamicznej formalizacji regulacji wewnętrznych z naciskiem na ich uporządkowanie, czytelność i aktualność. Kontrola prowadzona w czasie objętym badaniem była stale realizowanym elementem zarządzania i dotyczyła szczególnie nowo wprowadzonych rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów (np. nadzór epidemiczny), bezpieczeństwa pracowników (np. ciągłe szkolenia w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej), zapewnienia dostępu do właściwych środków ochrony indywidualnej, dezynfekcji, leków i wyrobów medycznych (np. odpowiednie stany magazynowe). GCM

wykazał się w analizowanym okresie nie tylko odpornością organizacyjną [Sienkiewicz-Małyjurek, 2020, s. 22], ale również zdolnością do zarządzania strumieniem zmian współzależnych [Michałowska, i in., 2015, s. 120; Masłyk, 1985, s. 26; Osbert-Pociecha, 2011, s. 78], np. przy realizacji działalności statutowej w zmienionej strukturze (pacjenci zakażeni i niezakażeni wirusem SARS-CoV-2), uruchomieniu i prowadzeniu szpitala tymczasowego czy modyfikacji ruchu chorych w szpitalu od momentu przyjęcia pacjenta (połowy punkt konsultacyjny), co było konieczne dla zachowania równowagi działań statutowych, realizowanych w innych niż dotychczas skali i warunkach, oraz nowych wyzwań [Kowalska-Bobko i in., 2020; Wiśniewska, 2013, s. 189].

Istotnym aspektem zarządzania w analizowanym okresie było motywowanie. Przestrzeń ta wymaga dalszych, pogłębionych badań, szczególnie w kontekście jej wielowątkowości. Motywatorami w czasie zagrożenia pandemicznego były bowiem zarówno odpowiedzialność za pacjenta czy pracowników szpitala, jak i dodatki covidowe, przyznawane personelowi na podstawie celowych umów zawartych przez szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia².

Podsumowując, można stwierdzić, że zidentyfikowanie i rozwinięcie zdolności GCM do zmian pozwoli w przyszłości wykorzystać je w wielu aspektach zarządzania strategicznego i operacyjnego.

Bibliografia

Dokumenty prawne

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2020). *Propozycja modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego*, opracowanie nr WT.541.12.2020.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020 poz. 433).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2022 poz. 340).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2022 poz. 1027).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2022 poz. 1028).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2023 poz. 1118).
7. Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2021 r. znak: DBC.532.2.62.2021(1).
8. Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. znak: DBC.532.62.2021(2) zmieniająca decyzję Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2021 r. znak: DBC.532.2.62.2021(1).

² Dodatki covidowe przyznawane w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, przekazywane podmiotom leczniczym przez NFZ na podstawie poleceń Ministra Zdrowia z 29 kwietnia 2020 r., 4 września 2020 r., 16 listopada 2020 r. i 23 marca 2021 r.

9. Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2022 r. znak: DBC.532.2.62.2021(3).
10. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 28 lutego 2020 r. znak: PRII.6310.39.16.2020 (wygaśnięcie ww. decyzji na podstawie decyzji z dnia 8 kwietnia 2022 r. znak: PRII.6310.97.17.2021).
11. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 3 września 2020 r. znak: ZDII.9611.8.3.2020.
12. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 30 września 2020 r. zmieniająca decyzję Wojewody Śląskiego z dnia 3 września 2020 r. znak: ZDII.9611.8.3.2020 (wygaśnięcie decyzji w dniu 7 kwietnia 2021 r.).
13. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 7 kwietnia 2021 r. znak: ZDII.9611.7.4.2021.
14. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 23 kwietnia 2021 r. znak: ZDII.9611.7.4.2021.
15. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 19 maja 2021 r. znak: ZDII.9611.7.4.2021.
16. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 30 czerwca 2021 r. znak: DII.9611.7.4.2021 (zmieniona decyzją z dnia 22 marca 2022 r.).
17. Decyzja Wojewody Śląskiego z dnia 13 stycznia 2022 r. znak: ZDII.9611.7.4.2021 (zmieniona decyzjami z dnia 1 marca 2022 r. oraz z dnia 22 marca 2022 r.).
18. Polecenie Wojewody Śląskiego nr 53/2020 z dnia 6 kwietnia 2020 r. (odwołane decyzją z dnia 1 kwietnia 2022 r. nr ZKI.6330.5.6.2022).
19. Zarządzenie Dyrektora GCM nr 14/2020 z dnia 26 marca 2020 r.

Wydawnictwa zwarte

1. Brzeziński, M. (2020). Zdolności organizacyjne przedsiębiorstwa – ujęcie procesowe. W: *Zarządzanie strategiczne w dobie cyfrowej gospodarki sieciowej* (s. 367–383), S. Gregorczyk, G. Urbanek (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
2. Grzegorzczak, W. (2015). Studium przypadku jako metoda badawcza i dydaktyczna w naukach o zarządzaniu. W: *Wybrane problemy zarządzania i finansów. Studia przypadków* (s. 9–16), W. Grzegorzczak (red.). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
3. Ingram, T. (2023). *Odporność organizacyjna przedsiębiorstw rodzinnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
4. Kowalska-Bobko, I., Bogdan, M., Badora-Musiał, K., Oberska, J., Dłutek, A. (2020). *Deficyty kompetencyjne kadr medycznych i około medycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami*. Warszawa: Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna.
5. Lewandowski, M. (2021). *Organizacyjne zdolności kadrowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Masłyk, E. (1985). *Zmiana i niepewność w procesach organizacyjnych*. Warszawa: PWE.
7. Osbert-Pociecha, G. (2011). *Zdolność do zmian jako siła sprawcza elastyczności organizacji*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
8. Waśniewski, J., Strumiłło, J., Szawłowska, R. (2022). *Projektowanie działalności podmiotów leczniczych: w kierunku organizacji procesowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Artykuły naukowe

1. Arabi, Y.M., Azoulay, E., Al-Dorzi, H.M., Phua, J., Salluh, J., ..., Citerio, G. (2021). How The COVID-19 Pandemic Will Change the Future of Critical Care, *Intensive Care Medicine*, 47(6), s. 282–291.
2. Bukłaha, E., Cabała, P. (2022). Przydatność wybranych koncepcji zarządzania zmianą w świecie VUCA, *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 186, s. 119–131.
3. Cabała, P. (2015). Determinanty sprawności systemu zarządzania zmianą organizacyjną, *Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 17, s. 133–144.
4. Czop, K. (2016). Zdolność organizacji do zmian i jej wpływ na proces zarządzania zmianą, *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie*, 2(24), s. 69–81.
5. Flieger, M. (2020). Współczesne kryzysy a elastyczność organizacyjna, *Przeгляд Ekonomiczny*, 20, s. 41–44.
6. Grzybowska, W. (2021). Rola przywództwa w procesie zarządzania zmianą, *Akademia Zarządzania*, 5(2), s. 70–86.
7. Kanownik, G. (2021). Hospital Management Strategy in the Aspect of Visualization of the Pandemic COVID-19, *Journal of Education, Health and Sport*, 11(11), s. 143–156.
8. Krawczyk-Sołtys, A. (2017). Wykorzystanie zasobowej teorii organizacji w zarządzaniu szpitalami publicznymi, *Handel Wewnętrzny*, 368 (3/1), s. 192–202.
9. Michałowska, M., Stankiewicz, D., Danielak, W. (2015). Zarządzanie sytuacją kryzysową w przedsiębiorstwie, *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze*, 2(2), s. 110–126.
10. Niżnik, J. (2021). Wpływ COVID-19 na systemy ochrony zdrowia w Czechach i Polsce, *Horyzonty Polityki*, 12(40), s. 133–155.
11. Osbert-Pociecha, G. (2010). Zdolność organizacji do zmian w ujęciu modelowym, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 144, s. 373–386.
12. Romanowska, M. (2011). Przełomy w praktyce zarządzania – przesłanki i przyczyny, *Przeгляд Organizacji*, 3, s. 16–20.
13. Sienkiewicz-Małyjurek, K. (2020). Odporność i przedsiębiorczość w zarządzaniu kryzysowym, *Ekonomia Społeczna*, 2, s. 22–36.
14. Skalik, J. (2014). Ewolucja zarządzania zmianami w przedsiębiorstwie, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 340, s. 557–566.
15. Wiśniewska, E. (2013). Restrukturyzacja organizacyjna jako zmiana radykalna, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 67, s. 171–191.
16. Wójcik, P. (2013). Znaczenie studium przypadku jako metody badawczej w naukach o zarządzaniu, *e-mentor*, 48(1), s. 17–22.

Change management as a key factor in hospital operations under the conditions of the SARS-CoV-2 pandemic

Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic was a challenging time for societies, governments, healthcare systems, and individual components of the system. Hospitals were the only ones during the entire period of the pandemic that allowed for direct contact between the patient and the doctor. In order for the organization to carry out its responsibilities, it had to implement a number of organizational solutions, which it designed based on its competencies, and implemented thanks to its openness to change. This unlocked the potential for agility in its operations. Based on the literature, the article presents the identification of key success factors in the context of management processes in a hospital under uncertainty. Then, on the basis of the presented case study of a teaching hospital, the key success factors in the process of ensuring business continuity during a pandemic period and the implementation of critical tasks additionally related to the launch of a temporary hospital were evaluated. The conducted considerations made it possible to present recommendations in the undertaken research area.

Keywords: pandemic, hospital, change management
