

Jarosław Waśniewski
Jędrzej Strumiłło

KON- CEP- CJE

ZARZĄDZANIA
PODMIOTAMI
LECZNICZYMI

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Gdańskiego

*Książkę tę dedykujemy naszym Dzieciom
Autorzy*

KONCEPCJE
ZARZĄDZANIA
PODMIOTAMI
LECZNICZYMI

Jarosław Waśniewski
Jędrzej Strumiłło

KONCEPCJE ZARZĄDZANIA PODMIOTAMI LECZNICZYMI

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
Gdańsk 2020

Recenzent
dr hab. Grzegorz Krzos, prof. UE

Redaktor Wydawnictwa
Katarzyna Ambroziak

Projekt okładki i stron tytułowych
Spectro

Skład i łamanie
Maksymilian Biniakiewicz

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



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



© Copyright by Uniwersytet Gdański
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-182-6
ISBN 978-83-8206-212-0 (online)

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

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

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

Spis treści

Wstęp	11
-------------	----

CZĘŚĆ I UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE

1. Wyzwania zarządzania systemem ochrony zdrowia i podmiotami leczniczymi w Polsce	19
1.1. Istota ochrony zdrowia	19
1.2. Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce	25
2. Skuteczność a efektywność podmiotów leczniczych	33
2.1. Cykl działania zorganizowanego	33
2.2. Kategorie sprawności działania organizacji	35
2.3. Ocena efektywności systemu ochrony zdrowia	46

CZĘŚĆ II OPTIMALIZACJA ZASOBÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH – KONCEPCJE ZORIENTOWANE NA WYSZCZUPLENIE ORGANIZACJI

3. Reengineering	51
3.1. Istota i definicja reengineeringu	52
3.2. Cele reorganizacji procesowej	54
3.3. Główne obszary usprawnień w reinżynierii	56
3.4. Uwarunkowania i etapy przeprowadzania reengineeringu	60
3.5. Wady i zalety koncepcji reengineeringu oraz możliwości jej wykorzystania w podmiotach leczniczych	65
4. Outsourcing	67
4.1. Istota i definicja outsourcingu	67
4.2. Rodzaje i cechy outsourcingu	70
4.3. Model oraz zakres zastosowania outsourcingu w ochronie zdrowia	75

5. Lean Management	82
5.1. Istota i definicja Lean Management	82
5.2. Założenia Lean Management	84
5.3. Narzędzia Lean Management	85
5.4. Lean Management w ochronie zdrowia	91
6. Time Based Management	101
6.1. Rola czasu we współczesnej gospodarce	101
6.2. Istota i definicja Time Based Management	104
6.3. Wdrożenie TBM w organizacji	106
6.4. Kluczowe obszary zarządzania czasem w placówkach ochrony zdrowia	109

CZĘŚĆ III

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ USŁUG MEDYCZNYCH – KONCEPCJE ZORIENTOWANE NA JAKOŚĆ

7. Ewolucja koncepcji zorientowanych na jakość	121
7.1. Geneza koncepcji zarządzania	121
7.2. Definicja systemu zarządzania jakością	126
7.3. System zarządzania jakością jako narzędzie zarządzania jakością	127
7.4. Pomiar jakości usług medycznych	129
8. Standardy jakości w ochronie zdrowia	136
8.1. Akredytacja placówek medycznych	136
8.2. System zarządzania jakością w placówkach medycznych	139
9. Systemy zarządzania z grupy ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001	144
9.1. System zarządzania jakością ISO 9001	144
9.2. System zarządzania środowiskowego ISO 14001	149
9.3. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy ISO 45001	155
9.4. Audytowanie systemów zarządzania	161
9.5. Proces certyfikacji systemów zarządzania	167
10. TQM	172
10.1. Istota i definicja TQM	172
10.2. Metody i narzędzia wykorzystywane w TQM	175
10.3. Uwarunkowania wdrażania TQM	175
10.4. TQM a ISO 9001	177

CZĘŚĆ IV
WIEDZA JAKO PODSTAWOWY ZASÓB PODMIOTÓW LECZNICZYCH

11. Zarządzanie wiedzą w podmiotach leczniczych	181
11.1. Istota i definicja wiedzy	181
11.2. Zarządzanie wiedzą	188
12. Organizacje oparte na wiedzy	195
12.1. Istota i definicja organizacji uczącej się (opartej na wiedzy)	195
12.2. Uwarunkowania funkcjonowania organizacji uczącej się	199
12.3. Bariery wdrażania koncepcji organizacji opartych na wiedzy w podmiotach leczniczych	202
13. Benchmarking	207
13.1. Definicja i istota benchmarkingu	208
13.2. Rodzaje benchmarkingu	210
13.3. Proces wdrożenia benchmarkingu	215
13.4. Zalety i wady zastosowania benchmarkingu	219
14. Organizacje sieciowe	221
14.1. Istota i definicja organizacji sieciowej	221
14.2. Rodzaje struktur sieciowych	224
14.3. Proces tworzenia organizacji sieciowej	226
14.4. Sieci medyczne	228
14.5. Zalety i wady organizacji sieciowej dla uczestników	230
14.6. Efekty sieciowe w ochronie zdrowia	232
Bibliografia	236
Literatura	236
Źródła prawa	248
Netografia	250
Raporty	250
Normy	250
Spis rysunków	252
Spis tablic	254

Wstęp

Początek XXI w. to czas dynamicznych przemian w służbie zdrowia. Wraz ze wzrostem długości życia mieszkańców krajów rozwiniętych zwiększyło się ich zapotrzebowanie na opiekę medyczną. Jednocześnie doszło do zmiany profilu tej ostatniej i do przesunięcia od doraźnej, specyficznej narządowo interwencji w stronę kompleksowej opieki, w której równie dużą wagę jak do leczenia przykładą się do działań profilaktycznych.

Na te zmiany w kontekście opieki medycznej nakładają się zmiany w otoczeniu administracyjno-ekonomicznym. W drugiej połowie ubiegłego stulecia zaczęto sobie uświadamiać, że ochrona zdrowia musi być bardziej wydajna, efektywna. Kolejne kryzysy gospodarcze i zagrożenia płynące z otoczenia naturalnego, np. epidemiologiczne, których doświadczamy w ostatnich latach, sprawiły, że osiągnięcie rentowności w jakimkolwiek sektorze staje się nie lada wyzwaniem.

Czynniki ekonomiczne oraz niewydolność publicznej służby zdrowia skłaniają Polaków do poszukiwania pomocy w niepublicznych instytucjach opieki zdrowotnej. W związku z tym w ostatnich latach nastąpił znaczący wzrost liczby placówek niepublicznych oferujących szeroki wachlarz usług (zob. rozdz. 14), ale nie brakuje również podmiotów bardzo wyspecjalizowanych. Niemniej jednak czasy jednoosobowych gabinetów prywatnych, prowadzonych w jednym, zaadaptowanym pomieszczeniu już minęły. Utrzymanie się na rynku niepublicznych świadczeniodawców usług medycznych wymaga tworzenia większych placówek, posiadających odpowiednią infrastrukturę i oferujących usługi wielospecjalistyczne.

Urynkowienie działalności gospodarczej w Polsce od początku lat 90. nie ominęło szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Kolejne rządy podejmowały działania legislacyjne umożliwiające organom i instytucjom odpowiedzialnym za realizację polityki zdrowotnej państwa, m.in. Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia (NFZ) oraz podmiotom leczniczym, różnorodne działania mające na celu poprawienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [Dobska, Rogoziński, red., 2008, s. 13]. Z perspektywy czasu

oraz biorąc pod uwagę diagnozę obecnego stanu polskiego systemu ochrony zdrowia [zob. np. NIK, 2019], śmiało można powiedzieć, że działania te miały jednak charakter doraźny i przypadkowy. W konsekwencji doprowadziło to do sytuacji, w której podmioty lecznicze muszą funkcjonować w mocno skomplikowanym otoczeniu prawnym, co w dużej mierze jest pochodną prób rozwiązywania problemów zarówno poprzez wprowadzanie mechanizmów regulacyjnych, jak i wolnorynkowych¹. Niestety, działania te w niewielkim stopniu prowadziły do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W skali mikro można zaobserwować, że podmioty niepubliczne² pomimo stosowania doraźnych rozwiązań radzą sobie lepiej z problemem zarządzania niż publiczna służba zdrowia [Kolwitz, 2010, s. 131–143]. Taka sytuacja jest również pochodną braku szerszego spojrzenia na problem sposobu zarządzania poszczególnymi publicznymi podmiotami leczniczymi.

To, czego nie zrobili rządzący, wymusił rynek odbiorcy usług medycznych. Podmioty lecznicze zostały zmuszone pośrednio do dostosowania sposobu działania, a co za tym idzie – struktur organizacyjnych i systemów zarządzania – do reguł obowiązujących w gospodarce wolnorynkowej. Nie tylko uwarunkowania prawne wpływają na proces urynkowania sektora ochrony zdrowia. W sektorze tym przeobrażenia ze względu na delikatną materię (zdrowie i życie człowieka) przebiegają inaczej – indukują uelastycznienie funkcjonowania organizacji i mają na celu wypracowanie przez organizację przewagi konkurencyjnej, a w konsekwencji wzmocnienie jej siły rynkowej, z zachowaniem jednak elementów misyjnych służby zdrowia³. Podmioty lecznicze ze względu na specyfikę działalności oraz podlegając dużej liczbie regulacji (ograniczenia, wymogi, sposób działania), zmuszone są do efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów: ludzkich, rzeczowych i finansowych. Menedżerowie w ochronie zdrowia coraz przychylniej patrzą na rozwiązania stosowane w innych obszarach gospodarki. Rośnie odsetek podmiotów leczniczych korzystających z takich koncepcji, jak outsourcing, benchmarking, zarządzanie czasem. W praktyce zaczęto wprowadzać sięgając po szerokie spektrum koncepcji zarządzania, próbując je adaptować do potrzeb podmiotów leczniczych, jednakże nie miało to raczej charakteru systemowego. Niemniej jednak powoli w świadomości zarządzających zmianie ulega

¹ Do roku 1989 świadczenia medyczne praktycznie nie podlegały limitowaniu. Obowiązywała jednak tzw. rejonizacja, tzn. pacjent mógł korzystać z określonego konkretnego zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ).

² Prywatne lub skomercjalizowane podmioty lecznicze nazywane były NZOZ-ami (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej).

³ Próbkę takiego spojrzenia można znaleźć m.in. w: [Baranowska-Skimina, 2011].

wiodący paradygmat organizacji z organizacji rozumianej statycznie w kierunku organizacji dynamicznie kształtującej relacje z otoczeniem, jawiącej się jako swoisty ekosystem o skomplikowanym układzie wzajemnych zależności. Przeprowadzając działania restrukturyzacyjne, należy dokładnie zbadać otoczenie danej organizacji⁴, w tym przypadku organizacji służby zdrowia, gdyż to ono narzuca jej pewne ograniczenia, jak również tworzy szanse jej rozwoju [Grajewski, 2007, s. 54; Brózda, Marek, 2008, s. 87].

Zmienność środowiska działania podmiotów leczniczych sprawia, że do prowadzenia działalności w sektorze ochrony zdrowia nie wystarcza już dyplom lekarza. Złożoność interakcji z otoczeniem i relacji wewnątrz organizacji wymaga wiedzy i umiejętności z dziedziny zarządzania. W odpowiedzi na takie zapotrzebowanie na krajowym rynku usług edukacyjnych pojawiła się bogata oferta szkoleń przed- i podyplomowych z zakresu zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Podczas kursów osoby zainteresowane zarządzaniem w ochronie zdrowia mogą poznać podstawowe mechanizmy ekonomiczne i instrumenty finansowe przydatne w tego typu działalności, zrozumieć rolę misji, wizji i strategii przedsiębiorstwa w odniesieniu sukcesu biznesowego i zapoznać się z podstawowymi narzędziami zarządczymi.

Niniejsze opracowanie ma na celu pogłębienie wiedzy z zakresu zarządzania podmiotami leczniczymi. Ponadto mamy nadzieję, że stanie się przyczynkiem do nowego, krytycznego spojrzenia na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, w myśl pytań: po co to w ogóle robimy (wykonujemy daną czynność)?, dla kogo to robimy (kto tego potrzebuje)?, dlaczego tak to robimy (czy możemy wykonać to inaczej)? Z tego względu, w naszym zamierzeniu książka ta adresowana jest zarówno do osób bez jakiegokolwiek doświadczenia zarządczego, które dopiero rozpoczynają karierę w tej dziedzinie, jak i do doświadczonych menedżerów ochrony zdrowia.

W pierwszej części opracowania przybliżamy Czytelnikowi wyzwania zarządzania w skali makro, czyli zarządzanie systemem ochrony zdrowia, oraz w skali mikro – podmiotami leczniczymi. Drugim poruszonym zagadnieniem w części pierwszej jest, niezwykle ważna z punktu widzenia oceny funkcjonowania zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i poszczególnych podmiotów, efektywność podmiotów leczniczych oraz całego systemu ochrony zdrowia.

Kolejne części publikacji zostały poświęcone poszczególnym koncepcjom zarządzania, które pogrupowano według głównego obszaru oddziaływania na organizację. Pierwsza grupa koncepcji opisana w części drugiej niniejszej

⁴ W zależności od kontekstu takie pojęcia, jak „organizacja”, „podmiot” (w tym „podmiot leczniczy”) oraz „przedsiębiorstwo”, będą stosowane w niniejszej publikacji zamiennie.

książki jest ukierunkowana na optymalizację wykorzystania posiadanych przez podmioty lecznicze zasobów rzeczowych i niematerialnych (np. czas). W części tej scharakteryzowano cztery koncepcje, takie jak: reengineering, outsourcing, Lean Management oraz Time Based Management. Oczywiście, jako menedżerowie związani z ochroną zdrowia, mamy świadomość, że specyfika działalności medycznej ogranicza do pewnego stopnia możliwość wykorzystania tych nowoczesnych instrumentów. Dlatego w każdym z rozdziałów wskazujemy na potencjalne bariery we wprowadzeniu proponowanych rozwiązań do sektora ochrony zdrowia oraz sposoby ich przewycięzania.

Trzecia część opracowania koncentruje się na zarządzaniu przez jakość. Parametr ten nabiera szczególnego znaczenia w ochronie zdrowia – nie można bowiem zapominać, że jego głównymi miernikami są tu zdrowie i życie pacjenta. Pokrótce omówiona została ewolucja koncepcji zorientowanych na jakość wraz z opisem metod pomiaru jakości. Zestaw zaproponowanych przez nas nowoczesnych instrumentów zarządzania jakością obejmuje normy ISO oraz metodykę Total Quality Management. Przedstawiamy reguły akredytacji urzędowej polskich placówek opieki zdrowotnej. Mamy nadzieję, że dzięki zastosowaniu opisanych przez nas metod zarządzania jakością kierowane przez Czytelników placówki z łatwością przejdą przez proces akredytacji.

W ostatniej – czwartej – części publikacji staramy się zwrócić uwagę na ogromne znaczenie ciągłego doskonalenia i rozwoju zarówno pracowników podmiotów leczniczych, jak i całych organizacji. Dlatego prezentujemy nowoczesne koncepcje zdobywania, rozwijania i utrzymania wiedzy jako podstawowego zasobu organizacji, przydatnego przy uzyskiwaniu przewagi konkurencyjnej – w tym benchmarking. Podkreślamy, że w poszukiwaniu nowych rozwiązań zarządczych nie należy (a wręcz – nie wolno) ograniczać się do własnego sektora. W kolejnych rozdziałach przedstawiamy metodykę zarządzania wiedzą w nowoczesnych organizacjach oraz koncepcję organizacji opartych na wiedzy. Ostatni rozdział to próba przybliżenia zagadnień związanych z organizacjami sieciowymi.

Jesteśmy w pełni świadomi, że przygotowane przez nas opracowanie jest tak naprawdę wstępem do zagadnień tworzenia czy też doskonalenia działalności podmiotów leczniczych. Niemniej jednak wydaje się, że książka, która trafiła w Państwa ręce, zawiera wszystko co potrzebne, aby wyposażyc osoby zarządzające placówkami opieki zdrowotnej w zestaw przydatnych narzędzi, który – wraz z właściwą większości menedżerów otwartością umysłu – sprawi, że ich praca nie będzie wyłącznie źródłem nieustannego stresu, ale również intelektualnym wyzwaniem i przygodą.

Dobór koncepcji zarządzania nie był przypadkowy – jest wypadkową znajomości sektora ochrony zdrowia oraz potrzeb rozwiązań koncepcyjnych

wynikających z jego uwarunkowań. Książka ta jest również odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska medycznego oczekującego zebrania i uporządkowania przydatnych we współczesnych czasach propozycji rozwiązań z obszaru organizacji i zarządzania w sektorze ochrony zdrowia. Wykorzystanie tych pomysłów może przyczynić się do podniesienia efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych. Z uwagi na ograniczenia wydawnicze zmuszeni byliśmy do syntetycznego opisu wybranych zagadnień. Zakładamy jednak, że będzie to przyczynek do szerszego studiowania zawartej w niniejszym opracowaniu wiedzy.

CZĘŚĆ I
UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA
PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE

1. Wyzwania zarządzania systemem ochrony zdrowia i podmiotami leczniczymi w Polsce

1.1. Istota ochrony zdrowia

W ciągu ostatnich lat odnotowuje się stale rosnące koszty działalności podmiotów leczniczych i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Powodów wzrostu kosztów jest wiele. Do najważniejszych należą: konieczność wykorzystania coraz droższych technologii medycznych czy rosnące płace personelu medycznego. Ponadto stale zwiększa się konkurencja ze strony placówek prywatnych. O ile w ubiegłej dekadzie głównym motorem konkurencji w zakresie usług z zakresu opieki zdrowotnej oferowanych w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych było kryterium ceny, to obecnie pojawiła się również tendencja do konkurowania pod względem poziomu świadczonych usług [Devers, Brewster, Casalino, 2003, s. 447–469]. Powyższe uwarunkowania wymuszają nieustanną poprawę efektywności funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej.

Niewątpliwie rentowność oferowanych usług staje się istotnym problemem służby zdrowia – nie tylko w naszym kraju. Odkąd w 2007 r. Trybunał Konstytucyjny zrównał placówki opieki zdrowotnej z innymi podmiotami w zakresie odpowiedzialności za generowane zadłużenie, wielu z nich zajaśniało w oczy widmo bankructwa. Na powyższe uwarunkowania prawne nałożyło się zjawisko globalnego kryzysu. W rezultacie zarządzający placówkami opieki zdrowotnej zaczęli poszukiwać źródeł oszczędności, w wielu przypadkach decydując się na redukcję płac i poziomu zatrudnienia i/lub ograniczenie dostępności oferowanych usług. Jednak większość działań z tego zakresu nie przyczyniła się do poprawy zaistniałej sytuacji, a jedynie skutkowała postępującym obniżeniem dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym twórcy systemów ochrony zdrowia oraz menedżerowie podmiotów leczniczych zwracają coraz większą uwagę na

możliwość wykorzystania koncepcji, metod czy też narzędzi omówionych w niniejszej publikacji. Systemy publicznej opieki zdrowotnej w krajach o wysokim stopniu rozwoju gospodarczego – przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych i Zjednoczonym Królestwie – coraz powszechniej i w coraz większym zakresie korzystają chociażby z możliwości, jakie daje outsourcing, i kontraktują usługi podmiotów zewnętrznych [Timmins, 2005, s. 1193–1195].

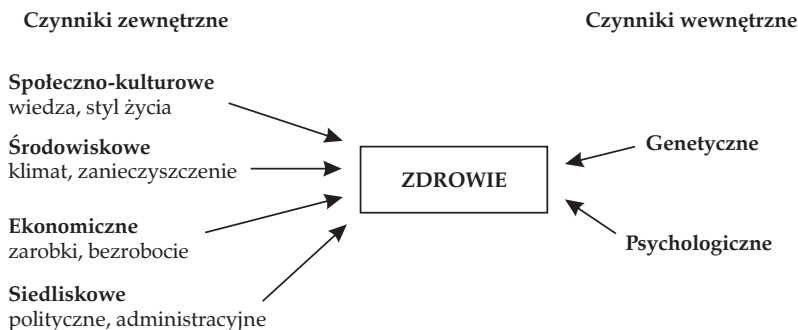
Problematyka ochrony zdrowia stała się jednym z najważniejszych wyzwań cywilizowanego świata. Niemniej jednak społeczne aspekty zdrowia zauważono dopiero w latach 30. XX w. Medycyna przestała koncentrować się jedynie na ludziach chorych, dostrzeżono też problem człowieka zdrowego i zachowania go w zdrowiu, a w konsekwencji jego wpływ na wyniki pracy oraz koszty społeczne. W 1946 r. w Stanach Zjednoczonych powstała Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) [Koronkiewicz, red., 1997, s. 24], która podjęła próbę zdefiniowania pojęcia „zdrowie”: jest to „stan pełnego i dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego”. Należy jednak podkreślić, że zdrowie, to nie tylko brak choroby lub niedomagania fizycznego bądź psychicznego. Wskazuje się również na szeroki kontekst zdrowia jako wartości wspólnej w społeczeństwie. Czynnikiem wpływającymi na zdrowie człowieka są zarówno te opisujące go poprzez pryzmat genetyki i psychiki (czynniki wewnętrzne), jak i te wynikające z otoczenia, w którym egzystuje, jak np. styl życia czy poziom bezrobocia (czynniki zewnętrzne) (zob. rys. 1.1).

Wyrazem tego podejścia może być definicja Thodore’a H. Tulchinsky’ego i Eleny A. Varavikovej [2000], którzy uważają, że zdrowie publiczne jest „całościowym podejściem do ochrony oraz promowania zdrowia jednostki i społeczeństwa, opartym na wyważonym działaniu służb sanitarnych, środowiskowych, promocji zdrowia, oraz ukierunkowanych na społeczeństwo działań zapobiegawczych, skoordynowanych z szeroką gamą świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych oraz związanych z długoterminową opieką medyczną”.

W literaturze przedmiotu i polskich uregulowaniach prawnych kategorię zdrowie próbuje się ująć w relacjach funkcjonowania systemowego. Niestety oprócz przedstawienia na stronie Ministerstwa Zdrowia¹ składowych systemu ochrony zdrowia obejmujących prezentację takich kategorii, jak: organizacja ochrony zdrowia, powszechne ubezpieczenie zdrowotne, Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kadra medyczna i kształcenie, w obecnym stanie prawnym nie występuje definicja systemu ochrony zdrowia.

Realizacja potrzeb zdrowotnych jednostki i społeczeństwa wymaga właściwie zorganizowanego systemu ochrony zdrowia. Aldona Frączkiewicz-Wronka

¹ www.mz.gov.pl [dostęp: 22.06.2020].



Rysunek 1.1. Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne warunkujące zdrowie człowieka

Źródło: [Waśniewski, 2015, s. 91].

definiuje go jako „społeczny, złożony, dynamiczny, funkcjonalny system tworzony i używany przez społeczeństwo w celu stworzenia medycznych i społecznych środków dla ochrony i poprawy zdrowia oraz ciągłego kumulowania i przekazywania wiedzy medycznej”, podkreślając jednocześnie rolę w jego tworzeniu i realizowaniu nie tylko całego państwa, ale również społeczności lokalnych [Frączkiewicz-Wronka, Saryusz-Wolska, 2007, s. 144].

W opracowaniach naukowych do systemu ochrony zdrowia zalicza się [Miller, Zieliński, 2002, s. 547–557]:

- ochronę zdrowia;
- opiekę zdrowotną;
- struktury zarządzania, zarówno opiekę zdrowotną, jak i ochronę zdrowia;
- źródła oraz sposoby finansowania wszystkich działań na rzecz zdrowia.

Ochrona zdrowia nie ogranicza się jedynie do świadczenia usług zdrowotnych, w jej skład wchodzi także działania innych sektorów gospodarki (m.in. pracy czy mieszkalnictwa), jak również tzw. zachowania zdrowotne, czyli działania indywidualne grup i osób w nie wchodzących [Rudawska, 2007, s. 15]. Ochrona zdrowia odnosząca się do populacji powinna [Hołub-Iwan, 2013, s. 80–81]:

- monitorować stan zdrowia ogółu ludzkości oraz określać jej potrzeby zdrowotne;
- zwalczać oraz zapobiegać rozprzestrzenianiu się zarówno chorób zakaźnych, jak i społecznych, które wymagają zorganizowanego wysiłku ze strony państwa, by je zwalczyć;
- zapobiegać wypadkom oraz urazom, a także zapewniać całościową pomoc socjalną i medyczną ofiarom różnych katastrof, kataklizmów oraz klęsk żywiołowych;

- prowadzić nadzór epidemiologiczny (w tym laboratoryjny) chorób zakaźnych i zagrożeń środowiskowych;
- promować zdrowy styl życia;
- kształcić i doskonalić personel medyczny zgodnie z wymaganiami, jakie niosą za sobą współczesna wiedza medyczna i wymogi technologii diagnostyczno-leczniczych;
- zapewniać z jednej strony jednolite, a z drugiej kompleksowe regulacje prawne dotyczące organizacji, zarządzania oraz finansowania placówek medycznych;
- oceniać sytuację zdrowotną w kraju w odniesieniu do innych państw;
- dążyć do jak najlepszej jakości świadczeń medycznych, a także przestrzegać praw pacjenta oraz etyki zawodowej.

W ramach ochrony zdrowia jednostki powinno się:

- zapewniać pełną dostępność do pomocy medycznej oraz świadczeń zdrowotnych;
- ułatwiać dostęp do pomocy medycznej osobom niepełnosprawnym, bezdomnym i innym grupom, które pozbawione są dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- obejmować nadzorem merytorycznym, a także pomocą finansową instytucje charytatywne, które udzielają pomocy medycznej i społecznej ludziom ubogim oraz upośledzonym;
- prowadzić badania skriningowe i czynne poradnictwo dla grup o wysokim ryzyku zachorowalności na konkretne choroby społeczne.

Drugim parametrem wchodzącym w skład systemu ochrony zdrowia jest opieka zdrowotna. Zgodnie z definicją WHO opiekę zdrowotną należy rozumieć jako „program świadczeń odpowiadających wiedzy medycznej, które są niezbędne do promocji oraz utrzymania zdrowia, a udostępnia się je poszczególnym jednostkom oraz całym populacjom” [za: Koronkiewicz, red., 1997, s. 24]. Koncentruje się ona na leczeniu jednostki, a w jej skład wchodzi służby medyczne, które dążą do zaspokajania potrzeb zdrowotnych [Hołub-Iwan, 2013, s. 19]. Jak zauważa Jadwiga Suchecka [2010, s. 63], opieka zdrowotna obejmuje profilaktykę, leczenie i rehabilitację.

Kolejnym elementem systemu ochrony zdrowia są struktury zarządzające i odpowiadające za ich funkcjonowanie. Obecnie w Polsce są to:

- minister zdrowia tworzący politykę zdrowotną całego kraju;
- organy administracji rządowej (zarówno na poziomie centralnym, jak i wojewódzkim);
- Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), pełniący funkcję głównego płatnika oraz zarządcy środków finansowych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne;

- poszczególne organy administracji samorządowej, które pełnią funkcje założycielskie oraz właścicielskie wobec SPZOZ-ów (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz realizują zadania zdrowia publicznego na podległym terenie (zarówno zlecone, jak i własne);
- dyrektorzy wspomnianych SPZOZ-ów, a także właściciele i zarządcy NZOZ-ów (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej);
- pozostałe stowarzyszenia oraz organizacje pozarządowe.

Charakterystykę organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce i jego składowych, takich jak Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i samorząd terytorialny, przedstawiono na rysunku 1.2.

Realizacją podstawowej opieki zdrowotnej zajmują się przede wszystkim podmioty niepubliczne, z kolei podmioty publiczne są jedynie elementem uzupełniającym tę formę zabezpieczenia zdrowotnego. Analogiczne proporcje dotyczą świadczeń ambulatoryjnych. Natomiast sytuacja odmienna występuje w lecznictwie szpitalnym, gdzie przeważają szpitale publiczne.

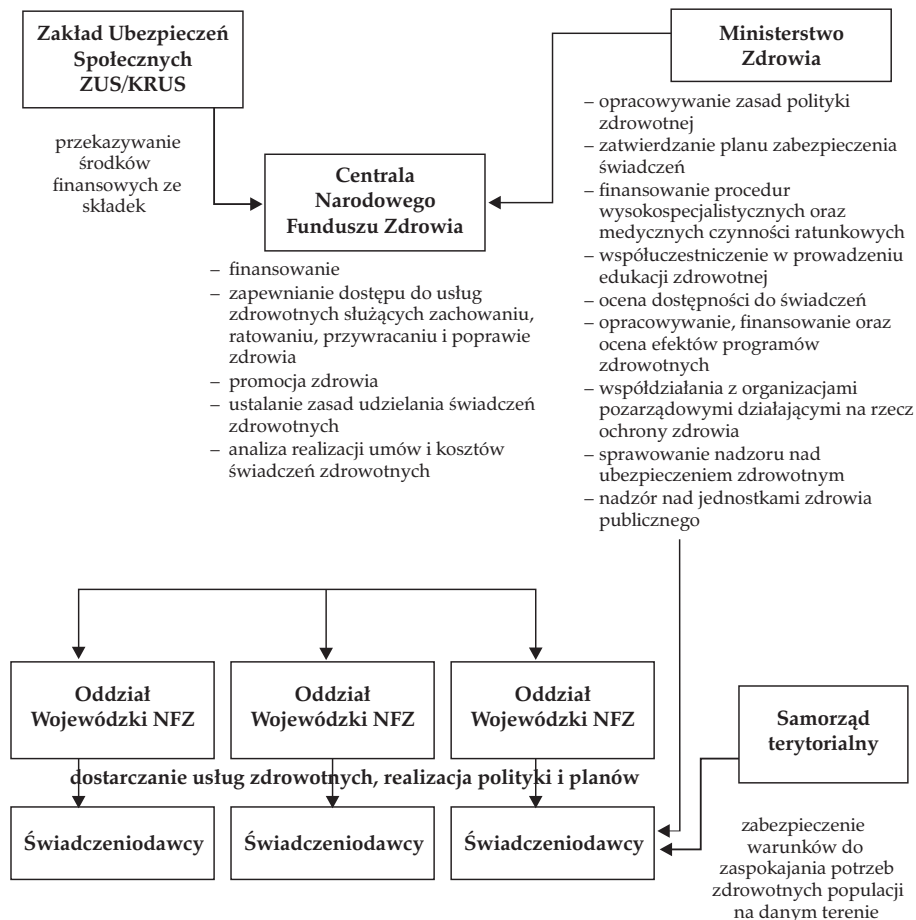
Rolą zarządzającego jest m.in. zapewnienie zasobów dla osiągnięcia celu. W przypadku systemu ochrony zdrowia przypisane zasoby są z reguły niewystarczające do osiągnięcia postawionych celów. Na finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce przeznaczane są środki:

- z ubezpieczenia zdrowotnego (obowiązkowego oraz dobrowolnego) w NFZ-ecie;
- z budżetu państwa;
- ze środków własnych pacjentów (pobieranych w momencie korzystania z usług medycznych).

System ten zawiera również finansowanie pochodzące z:

- jednostek samorządu terytorialnego (od 1 stycznia 1999 r. odpowiadają za właściwe funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie gminnym, powiatowym oraz wojewódzkim);
- abonamentów profilaktyczno-leczniczych (m.in. polis zdrowotnych czy też programów ubezpieczeń zdrowotnych indywidualnych lub grupowych – pakietów medycznych, np. PZU).

W finansowaniu świadczeń medycznych kluczową rolę odgrywa racjonalne gospodarowanie ograniczonymi środkami finansowymi. Oznacza to, że zarządzający systemem skłonni będą finansować świadczenia medyczne zapewniające założony poziom stanu zdrowia ludzi przy jak najmniejszych kosztach (zasada minimalizacji nakładu) albo gwarantujące maksymalny jego stan przy określonych kosztach (zasada maksymalizacji efektu) – więcej o efektywności opieki zdrowotnej w kolejnym rozdziale.



Rysunek 1.2. Struktura organizacyjna polskiego systemu zdrowia

Źródło: [Hołub-Iwan, 2013, s. 33].

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej stanowi jeden z podstawowych problemów ekonomicznych i społecznych. W zasadzie w żadnym kraju nie udaje się zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

1.2. Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Mając na uwadze opisane wcześniej funkcje i zadania systemu ochrony zdrowia, pora na analizę sposobu ich realizacji w naszym kraju. Na strukturę systemu ochrony zdrowia decydujący wpływ mają różnorodne akty prawne o zróżnicowanej randze. W Polsce działanie systemu opieki zdrowotnej reguluje szereg ustaw. Podstawą jest Konstytucja RP. Poniżej przedstawiono wybrane ustawy o charakterze ogólnym dotyczące całego systemu ochrony zdrowia lub najbardziej znaczących jego aspektów (tabl. 1.1).

Tablica 1.1. Wykaz wybranych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce

Nazwa ustawy	Ostatnie nowelizacje
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295)	Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567)
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398)	Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 695)
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849)	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 849)
Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1662)	Dz. U. z 2020 r., poz. 1662
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 514)	Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567)
Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 567)	Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567)

cd. tabl. 1.1

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 944)	Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567)
Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 702)	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 702)

Źródło: opracowanie własne.

Państwo wzięło na siebie obowiązek zapewnienia zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej obywatelom. Zadania władz publicznych odnoszące się do równego zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych obejmują tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych, a także czynników powodujących ich zmiany, promocję i profilaktykę zdrowia oraz ich finansowanie². Kolejne rządy opracowują politykę zdrowotną (w założeniach integralną część polityki społeczno-ekonomicznej danego państwa), która zawiera regulacje prawne związane z zaspokajaniem indywidualnych oraz zbiorowych potrzeb zdrowotnych obywateli. Polityka zdrowotna powinna rozpoznawać rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczeństwa, analizować zarówno poziom, jak i jakość udzielanych świadczeń, uświadamiać odpowiedzialność za zdrowie ogółu społeczeństwa tym, którzy w bezpośredni sposób wpływają na promowanie zdrowia i jego ochronę.

Polski system ochrony zdrowia od wielu lat napotyka liczne problemy zarówno natury organizacyjnej, jak i zarządczej. Nieuniknione staje się nie tylko poszukiwanie, ale również stałe dostosowywanie mechanizmów ekonomiczno-zarządczych kształtujących relacje między ilościowym oraz jakościowym zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne a obecnymi realiami. Ze zbyt silnym mechanizmem rynkowym może się wiązać niebezpieczeństwo zbytniego zróżnicowania dostępności świadczeń, natomiast nadmierny interwencjonizm państwa może prowadzić do marnotrawstwa zasobów [Frąckiewicz-Wronka, 2006, s. 7–24].

² Artykuł 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398).

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r. wskazuje szereg problemów obecnych w polskim systemie ochrony zdrowia [zob. NIK, 2019]. W ramach przeprowadzonego przez NIK badania przeanalizowano funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia, opierając się na ustaleniach ponad 70 kontroli oraz na opiniach ekspertów. „Wyniki kontroli NIK, przeprowadzonych w ostatnich latach, wskazują na potrzebę pilnego wprowadzenia zmian, zarówno dotyczących finansowania, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia. System ten nie jest przyjazny dla pacjenta, nie zapewnia efektywnego wykorzystania środków publicznych, a także stwarza problemy osobom kierującym podmiotami leczniczymi i zatrudnionemu w nich personelowi” – napisał Krzysztof Kwiatkowski³ w informacji podsumowującej ustalenia kontroli przeprowadzonych przez Izbę w systemie ochrony zdrowia. W raporcie pt. *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, opublikowanym 30 maja 2019 r. na stronie internetowej NIK-u, przywołano badanie CBOS-u z czerwca 2018 r., z którego wynika, że 66% Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, w tym aż 27% – zdecydowanie negatywnie. Przeciwnego zdania jest 30% respondentów.

Według NIK-u głównym powodem negatywnej oceny systemu ochrony zdrowia jest czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia. Gdy to już nastąpi, pacjent często musi jeszcze czekać na zlecone badania diagnostyczne czy kolejne konsultacje. Sytuacja komplikuje się wówczas, kiedy w danym rejonie nie ma odpowiedniej kadry medycznej lub sprzętu i konieczne stają się wyjazdy w celu zrealizowania świadczenia poza stałe miejsce zamieszkania. Chcąc skrócić ten proces, pacjenci wybierają usługi odpłatne bądź starają się uzyskać skierowanie do szpitala lub też korzystają ze świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). W wielu przypadkach udziela się tam świadczeń osobom, które nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, a więc nie kwalifikują się do takiej formy pomocy. Sytuacja ta stwarza zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie potrzebują szybkiej pomocy w SOR-ach. Ponadto NIK ocenił, że zła organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby. System opiera się na medycynie interwencyjnej i marginalizuje prewencję, która jest tańsza. Brakuje skutecznej edukacji kształtującej poczucie osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, a także powszechnej świadomości, że zdrowie stanowi fundament rozwoju społeczeństwa. Kolejnym negatywnym zjawiskiem jest brak dostępu przez pacjentów do informacji o jakości leczenia w poszczególnych placówkach. Z kolei jakość leczenia nie jest premiowana w systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych. Co istotne, środki publiczne są

³ Prezes NIK-u w latach 2013–2019.

marnotrawione przez brak koordynacji i ciągłości leczenia, co niejednokrotnie skutkuje zaprzepaszczeniem efektów leczenia.

Na podstawie raportów z kontroli i wniosków, które im towarzyszyły, Najwyższa Izba Kontroli zdefiniowała i podzieliła na następujące grupy problemy, z którymi boryka się ochrona zdrowia:

1. Niewystarczająca koordynacja działań dotyczących tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych – według NIK-u w obecnej organizacji systemu ochrony zdrowia można wyróżnić trzy zasadnicze grupy problemów:
 - funkcjonowanie na danym terenie wielu podmiotów leczniczych, podlegających różnym organom tworzącym, udzielających często identycznych świadczeń, co skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem zasobów sprzętowych i kadrowych systemu;
 - dokonywanie inwestycji bez koordynacji z pozostałymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia;
 - zaspokajanie potrzeb zdrowotnych na wyższych, kosztowniejszych poziomach systemu (np. hospitalizacja pacjenta w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, które mogą być wykonane w trybie ambulatoryjnym).
2. Nieskoordynowana opieka nad pacjentem spowodowana m.in.:
 - nieefektywnym i nieskutecznym przepływem informacji o procesie leczenia i jego efektach (np. w związku z niedostatecznym rozwojem nowoczesnych, elektronicznych systemów obiegu informacji), co generuje także nieuzasadnione koszty dla systemu;
 - niejednoznacznie sformułowanymi kompetencjami i zakresami zadań poszczególnych podmiotów, a także niewskazaniem, jakie procedury medyczne powinny być wykonywane na poszczególnych poziomach referencyjnych systemu;
 - fragmentarycznością i brakiem kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, a także odsyłaniem pacjenta do różnych podmiotów leczniczych, co z kolei negatywnie wpływa na jakość usług medycznych.
3. Braki kadrowe – niewystarczające zasoby systemu (w szczególności dotyczące kadr medycznych) w relacji do potrzeb zdrowotnych ludności, co przejawia się m.in.:
 - powstawaniem kolejek osób oczekujących na udzielenie deficytowych świadczeń zdrowotnych;
 - migracją pacjentów pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.
4. Nieefektywne finansowanie systemu ochrony zdrowia – w finansowaniu systemu ochrony zdrowia NIK wskazuje na takie problemy, jak:

- niskie, w porównaniu z innymi krajami UE, nakłady publiczne na ochronę zdrowia, przy jednoczesnym wysokim współudziale nakładów ponoszonych ze środków prywatnych, co uzależnia dostęp do usług medycznych od sytuacji ekonomicznej pacjenta;
- niekorzystna struktura finansowania świadczeń zdrowotnych; ponad połowę kosztów świadczeń finansowanych przez NFZ stanowią koszty leczenia szpitalnego, które jest leczeniem najdroższym, a tylko niewielka część środków Funduszu przeznaczana jest na profilaktykę i zapobieganie powstawaniu chorób;
- kierowanie środków zgodnie z zasadą, że „pieniądz idzie za kontraktem”, a nie z zasadą, że „pieniądz idzie za pacjentem”; płaconie za wykonaną usługę medyczną bez uwzględnienia jej jakości i uzyskanego efektu;
- brak jednolitego standardu rachunku kosztów dla wszystkich podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych;
- przekazywanie środków ze składek ubezpieczeniowych nie na zakup świadczeń dla osób uprawnionych, lecz na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego.

Według NIK-u nieefektywne finansowanie systemu opieki jest powodem wielu negatywnych zjawisk, takich jak:

- zadłużanie się podmiotów leczniczych;
 - dekapitalizacja majątku trwałego, a w konsekwencji niespełnianie norm sanitarnych czy budowlanych przy braku środków na modernizację, co negatywnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów.
5. Zagrożenia dla pacjentów – kontrole NIK-u wykazały też szereg problemów w obszarze dotyczącym bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń, m.in.:
- wykonywanie określonych zabiegów medycznych przez podmioty, które nie mają wystarczającego doświadczenia w tym zakresie;
 - podejmowanie leczenia bez przeprowadzania pełnej diagnostyki umożliwiającej zastosowanie bardziej spersonalizowanego leczenia;
 - wzrost liczby zakażeń szpitalnych, w tym szczepami bakterii lekoopornych, przede wszystkim w wyniku nieefektywnego działania systemu przeciwdziałania tym zakażeniom;
 - brak powszechnie dostępnych wskaźników jakości udzielania świadczeń przez poszczególne podmioty lecznicze.
6. Nierówny dostęp do świadczeń – z przeprowadzonych kontroli wynika, że system ochrony zdrowia cechuje też ograniczony i nierównomierny terytorialnie dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W części województw nie zabezpieczono dostępu do

niektórych świadczeń zdrowotnych, w tym na poziomie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w szczególności opieki koordynowanej. Efektem gorszej dostępności świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa na terenach wiejskich mogą być np. różnice w liczbie zgonów okołoporodowych.

7. Problem z przepływem informacji – NIK wskazuje też na brak spójnej koncepcji realizacji kluczowych projektów informatycznych, ograniczoną wymianę danych pomiędzy poszczególnymi rejestrami medycznymi lub nieporównywalność zawartych w nich danych, brak przepływu informacji o procesie leczenia i jego efektach między poszczególnymi poziomami systemu oraz niezetelność danych zawartych w niektórych rejestrach medycznych.

Ponadto NIK w ramach raportu wskazał kierunki działań zmierzające do poprawy/reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Do najważniejszych założeń można tu zaliczyć:

1. opracowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu; strategia ta powinna przede wszystkim określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, a także priorytetowe kierunki rozwoju i zasady jego funkcjonowania, w tym:
 - zakres zadań i odpowiedzialności poszczególnych uczestników systemu,
 - źródła finansowania,
 - plan wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, w połączeniu ze zwiększeniem jakości i dostępności świadczonych usług, zakres wprowadzania elementów konkurencji;
2. poprawę organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez:
 - wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa,
 - określenie relacji pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym,
 - wprowadzenie „barier wejścia” oraz „mechanizmów wyjścia” z systemu dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia,
 - lepsze wykorzystanie zasobów systemu, w szczególności zasobów kadrowych;
3. skoordynowanie opieki nad pacjentem i poprawę jej jakości poprzez:
 - zwiększenie roli i znaczenia podstawowej oraz ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w procesie leczenia,
 - wprowadzenie mechanizmów promujących podejmowanie profilaktyki,

- wykonywanie poszczególnych procedur leczenia pacjentów na określonych szczeblach referencyjnych systemu,
 - wprowadzenie systemu oceny jakości udzielanych świadczeń;
4. poprawę efektywności finansowania ochrony zdrowia dzięki:
- wprowadzeniu jednolitych standardów rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych,
 - urealnieniu wyceny świadczeń zdrowotnych i uzależnieniu jej od poziomu referencyjnego podmiotu leczniczego,
 - wprowadzeniu zasady odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej,
 - wprowadzeniu zasad finansowania świadczeń, które urzeczywistnią ideę, że „pieniądz podąża za pacjentem”,
 - uwzględnieniu w algorytmie podziału środków większą liczbę czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie,
 - wyeliminowaniu przekazywania przez NFZ środków na wynagrodzenia personelu odrębnym strumieniem, niezwiązanym z zakupem świadczeń zdrowotnych dla pacjentów,
 - uszczelnieniu systemu finansowania,
 - analizie rozwiązań organizacyjnych i prawnych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia pod kątem wyeliminowania nieefektywnego finansowania,
 - wydzieleniu z systemu ochrony zdrowia usługi o charakterze opiekuńczym;
5. poprawę dostępu pacjentów do świadczeń; NIK rekomenduje tu, by:
- preferować w systemie finansowania te podmioty, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy,
 - ustalić listę badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania, oraz stworzyć system zachęt do ich realizacji,
 - wdrożyć system zachęt sprzyjający powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów,
 - rozwijać i upowszechniać stosowanie telemedycyny;
6. poprawę w zakresie prawa i bezpieczeństwa pacjentów poprzez:
- wypracowanie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - wprowadzenie skutecznych mechanizmów zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - stworzenie systemu informacji dla pacjenta,

- wzmocnienie i koordynowanie działania podmiotów realizujących zewnętrzny nadzór instytucjonalny,
 - poprawienie funkcjonowania pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów;
7. usprawnienie obiegu informacji dzięki:
- ukończeniu budowy tzw. systemu P1 i wdrożeniu go do użytku,
 - objęciu obowiązkiem sprawozdawczym zjawisk epidemiologicznych również podmiotów prywatnych,
 - opracowaniu jednolitych słowników i formatów przekazywania danych,
 - poprawie jakości danych wprowadzanych do systemu informacyjnego ochrony zdrowia.

Raport NIK-u z 2019 r. w sposób kompleksowy i wielowątkowy wskazuje bolączki polskiego systemu ochrony zdrowia. Propozycje kierunków zmian wydają się być słuszne, ale ostatecznie wymagają weryfikacji, a nawet opracowania strategii narodowej w zakresie ochrony zdrowia. Brak dobrze przygotowanej strategii opartej na potencjalnych zasobach, uwzględniającej potrzeby demograficzno-epidemiologiczne skutkuje pokusą sterowania zindywidualizowanego, co w konsekwencji prowadzi do ciągłego korygowania działań. W efekcie jest to rozwiązanie bardziej absorbujące i bardziej kosztowne.

2. Skuteczność a efektywność podmiotów leczniczych

2.1. Cykl działania zorganizowanego

Od zarania dziejów człowiek dążył do racjonalizacji (nawet jeśli sobie tego nie uświadamiał) własnych poczynąń poprzez optymalizację zaangażowanych sił i środków. Niemniej jednak to dążenie przez wieki nie było opisywane ani badane. Pierwszym badaczem, który zainteresował się ogólnie rozumianym spojrzeniem na formy i zasady działania, nadając im nazwę prakseologii, był Alfred Espinas w 1890 r. Prakseologia, rozumiana jako nauka o sprawności działania, prowadzi do poszukiwań warunków opisujących maksymalnie sprawne osiągnięcie zamierzonego celu [Kotarbiński, 1965, s. 433]. W toku badań pojęcie to zawężono do dążenia do osiągnięcia zamierzonego celu, eliminując działania prowadzące do przyjemności i zabawy [Piłejko, 1976, s. 238]. Ostatecznie, w obszarze zainteresowań nauk o zarządzaniu znalazła się praca człowieka zdefiniowana jako splot czynności prowadzących do osiągnięcia zamierzonego celu.

Pracę człowieka można opisać za pomocą algorytmu następujących po sobie sekwencji, stanowiących metodyczną logikę optymalizacji sprawności działania – po raz pierwszy dokonał tego Henri Louis Le Chatelier [Broniewska, 2007, s. 15]. Odnosi się to do następujących po sobie działań zarówno w sensie ogólnym, jak i szczegółowym, opisując przebieg logicznych następstw w ramach poszczególnych działań, zgodnie z pewnym porządkiem, nadając mu charakter działania zorganizowanego. Oznacza też obecność sprzężeń zwrotnych, umożliwiających korektę działań, tak aby osiągnąć założony cel. Stąd też koncepcja ta nosi nazwę cyklu działania zorganizowanego¹.

¹ Prekursorem tego określenia był francuski fizjolog Claude Bernard, który w swojej pracy z 1865 r. pt. *Wstęp do medycyny doświadczalnej*, wychodząc od pojęcia diagnozy, sformułował „zasadę stopniowego doskonalenia” [za: Piłejko, 1976].

Tablica 2.1. Cykl działania zorganizowanego według wybranych autorów

Fazy według J. Kurnala	Cykl działania zorganizowanego według H.L. Le Chateliera	Cykl organizatorski według J. Zieleniewskiego	Procedura metody diagnostycznej według H. Bienioka	Cykl rozwiązywania problemów organizatorskich według Z. Mikołajczyk	Cykl (koło) Deminga (według normy ISO 9000:2000)	Cykl działania zorganizowanego według M. Trockiego
1. Przygotowanie (Preparacja)	1. Wybór celu	1. Uświadomienie celów	1. Uświadomienie celu i przedmiotu badania	FAZA DIAGNOZY 1. Określ problem	1. Planuj	1. Określenie celów i wyznaczanie zadań
	2. Planowanie	2. Wybór celów 3. Planowanie działania	2. Rejestracja stanu istniejącego 3. Krytyka i konstruktywna analiza stanu istniejącego	2. Przeprowadź badania		2. Planowanie działania
	3. Przygotowanie warunków i środków	4. Pozyskanie zasobów	4. Projektowanie wariantów rozwiązań 5. Wybór wariantu optymalnego	FAZA POSZUKIWAŃ 3. Poszukaj wariantów rozwiązań 4. Oceń rozwiązania według przyjętych kryteriów	2. Wykonaj	3. Organizowanie (plus motywowanie)
2. Realizacja	4. Wykonanie działania	5. Realizowanie planu	6. Przygotowanie warunków do wdrożenia w życie, realizacja	FAZA DECYZJI 5. Zaprojektuj nową organizację 6. Wprowadź ją przez nadzór autorski		4. Działanie
3. Kontrola	5. Kontrola wyników	6. Kontrola realizacji	7. Kontrola realizacji i analiza wyników	FAZA OCENY 7. Oceń efekty ekonomiczne i społeczne	3. Sprawdź 4. Działaj	5. (Samo)Kontrola

Źródło: [Waśniewski, 2015, s. 128].

Cykl działania zorganizowanego stał się punktem wyjścia dla wielu opracowań. Wybrane przykłady tej koncepcji zostały zaprezentowane w tablicy 2.1.

Jak podkreśla Małgorzata Czerska [1996, s. 32], wielu autorów opiera swoje rozważania na cyklu działania zorganizowanego. Różnią się one pomiędzy sobą stopniem szczegółowości, jednakże nawiązują do uniwersalnej filozofii cyklu H.L. Le Chateliera czy Jana Zieleniewskiego. Cykl działania zorganizowanego opracowany przez Le Chateliera w oryginalnej formule (albo adaptowany) stanowi podstawę postępowania organizatorów. Wprawdzie występują pewne różnice w metodach i technikach organizacji i zarządzania, jednak mimo odmiennych nazw są one bardzo podobne. Dotyczy to koncepcji oraz metod implementacji zmian, np. reengineeringu, benchmarkingu, outsourcingu, Lean Management, czy też sedna koncepcji – np. TQM.

Działanie zorganizowane może obejmować zarówno działanie jednopodmiotowe (jednoosobowe), jak i wielopodmiotowe (zespołowe) [Trocki, 2009, s. 15]. Różnicę rezultatów wysiłków indywidualnych i dobrze zorganizowanego wysiłku zespołowego nazywa się efektem organizacyjnym [Mreła, 1977, s. 176]. Zarówno działanie zorganizowane indywidualne, jak i zespołowe obejmuje trzy płaszczyzny:

- rzeczową (odnoszącą się do rodzaju działań);
- czasową (opisującą kolejność działań w czasie);
- przestrzenną.

W strukturach tych wyróżnić można cztery zasadnicze składowe [Kurnal, 1970, s. 15–16]:

- człowiek jako podmiot działania;
- przedmiot działania, na którego zmianę skierowane jest całe działanie, czyli odnoszące się do postawionego uprzednio celu;
- warunki rzeczowe rozumiane jako najbliższe otoczenie umożliwiające pośrednio realizację działania;
- środki działania, czyli rzeczy, za pomocą których możliwe jest realizowanie działania.

2.2. Kategorie sprawności działania organizacji

Każde działanie zorganizowane jest procesem zamiany nakładów na efekty. Efekty mogą mieć charakter zarówno pozytywny, jak i negatywny. Skutki działania zorganizowanego można charakteryzować według kryteriów: intencjonalności (zamierzone i niezamierzone, odnoszące się do oceny stopnia osiągnięcia celu), istotności (wynik użyteczny i koszty działania – mogą być

oceniane pozytywnie, jak i negatywnie). Ujęcie takie zostało przedstawione w tablicy 2.2.

Tablica 2.2. Skutki działania zorganizowanego w ujęciu prakseologicznym

Niezależnie od oceny	Skutki zamierzone		Skutki niezamierzone
ocenianie pozytywne	cel główny osiągnięty w określonym stopniu	cele uboczne osiągnięte w oznaczonym stopniu	pozytywne niespodzianki
	wynik użyteczny		
ocenianie negatywne	koszty działania		
	koszty, które rzeczywiście przyczyniły się do wyniku użytecznego	straty nieuniknione	marnotrawstwo

Źródło: [M. Lewandowski, 2011, s. 108–109].

Uniwersalną miarą, jaka służy do oceny efektów działania oraz funkcjonowania organizacji, jest sprawność [Cyfert, Krzakiewicz, 2008, s. 20]. Ricky W. Griffin [1996, s. 126–127] podkreśla różnice między sprawnością a skutecznością organizacji. Pierwsza z nich dotyczy przedsiębiorczego gospodarowania zasobami, unikając marnotrawstwa, druga z kolei wiąże się z wykonywaniem właściwych rzeczy. Sprawność może być rozumiana w trójnasób [Kotarbiński, 1965]:

- uniwersalnie, jako każda z korzyści dobrze wykonanego działania z osobna, co zakłada, że pojawia się ona zawsze tam, gdzie znajduje się choć jeden walor dobrej roboty;
- syntetycznie, czyli jako ogół walorów dobrego działania;
- manipulacyjnie, jako zręczność w korzystaniu z narzędzi/przedmiotów przez istotę żywą, jak również w posługiwaniu się konkretnymi narzędziami w trakcie danego działania.

Praktyka pokazuje jednak, że taka ocena działalności organizacji jest niewystarczająca. Klienci, pacjenci, właściciele/akcjonariusze, społeczność lokalna czy też inni interesariusze, oceniając funkcjonowanie podmiotu leczniczego, uwzględniają przede wszystkim stopień osiągnięcia celu przez organizację (abstrahując od tego, że każda grupa czyni to ze swojej perspektywy). Niemniej jednak i to jest niewystarczające. Drugim istotnym parametrem są nakłady poniesione na realizację działania i ewentualne osiągnięcie celu. Biorąc pod uwagę minimalizowanie potrzebnych do tego nakładów [Zieleniewski, 1972, s. 232–233], należy przyjąć wymóg sprawności minimalnej. Prowadzi to do trzech syntetycznych oraz skwantyfikowanych wymiarów sprawności [Mazurkiewicz, 2011, s. 47–57]:

- skuteczności – działanie pozwala na osiągnięcie zamierzonego celu lub stwarza warunki do jego osiągnięcia w przyszłości;
- korzystności – wyniki działania (zamierzone działania i przyjęte cele) przeważają nad poniesionymi nakładami (zużycie zasobów na realizację celów i zamierzeń);
- ekonomiczności – stosunek wyniku działania do nakładów jest większy od jedności.

W praktyce często spotyka się pojęcie efektywności organizacji jako bardziej współczesny odpowiednik korzystności i ekonomiczności. Jednak należy zauważyć, że samo pojęcie efektywności nie jest definiowane jednoznacznie [Kowal, 2013, s. 17].

W literaturze można spotkać dwa podejścia do efektywności organizacji – celowościowe oraz systemowe. Podejście celowościowe skupia się na ocenie sprawności danej organizacji przez pryzmat stopnia osiągnięcia przez nią wyznaczonych wcześniej celów. Z kolei jako przedstawicieli drugiego podejścia można podać Ephreima Yuchtmana i Stanleya E. Seashore’a [Kowal, 2013, s. 110], którzy uważają, że efektywność organizacji należy rozumieć jako jej pozycję przetargową, będącą przejawem zdolności pozyskiwania zasobów, dających jej przewagę konkurencyjną.

Niektórzy autorzy wskazują na konieczność uwzględnienia w podejściu systemowym elementów otoczenia odnoszących się do efektywności społecznej, ekonomicznej i politycznej [Rummler, Brache, 2000, s. 42–46; Kożuch, 2004, s. 73–75]. Zestawienie definicji efektywności z przypisaniem do wspomnianych kategorii dokonane przez Grażynę Kozuń-Cieślak przedstawiono w tablicy 2.3.

Tablica 2.3. Wybrane objaśnienia kategorii „efektywność”

Autor/autorzy	Definicja
Skuteczność jako warunek/element osiągania efektywności	
W. Gasparski (2007)	Działania gospodarcze powinny być wykonywane sprawnie, czyli efektywnie, tj. skutecznie oraz ekonomicznie
S. Nowosielski (2008)	W wąskim znaczeniu efektywność utożsamiana jest z prakseologiczną kategorią ekonomiczności, natomiast w znaczeniu szerokim komponentami efektywności są: skuteczność, korzystność i ekonomiczność
P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus (1999)	Efektywność to użytkowanie zasobów gospodarczych w sposób najbardziej skuteczny

cd. tabl. 2.3

Efektywność jako kryterium oceny skuteczności	
T. Lubińska <i>et al.</i> (2009)	Efektywność odnosi się do stopnia osiągnięcia założonych celów przy minimalnych kosztach lub maksymalizacji stopnia osiągnięcia celu przy założonych kosztach
J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert (2002)	Efektywność to miara sprawności i skuteczności, miara tego, w jakim stopniu osiąga się wyznaczone cele
H. Zadora (2002)	Efektywność jest kwantyfikacją skuteczności
Skuteczność i efektywność jako kategorie niezależne	
L. Białoń (1995)	Przedsiębiorstwo może być: efektywne i skuteczne, efektywne i nieskuteczne, nieefektywne i skuteczne, nieefektywne i nieskuteczne
P. Drucker (2005)	Efektywność to „robienie rzeczy właściwie” (<i>doing things right</i>), natomiast skuteczność to „robienie rzeczy właściwych” (<i>doing the right things</i>), działania skuteczne niekoniecznie muszą być efektywne i odwrotnie
M. Sidor-Rządkowska (2005)	Praca skuteczna może być nieefektywna, jak również praca wydajna nie musi być efektywna
Efektywność = produktywność/wydajność	
T. Dudyc (2007)	Efektywność w sensie ekonomicznym jest relacją wartości uzyskanych efektów do nakładu czynników zużytych do ich uzyskania
A. Hamrol (2008)	Efektywność w ujęciu techniczno-ekonomicznym jest rozumiana jako wydajność
G. Osbert-Pociecha (2007)	Najbliższym synonimem pojęcia efektywności jest produktywność tzw. ogólna jako stosunek łącznych wyników działalności gospodarczej do ogółu zużytych zasobów
Efektywność rozumiana jako alokacja zasobów w sensie Pareto	
D.R. Kamerschen, R.B. McKenzie, C. Nardinelli (1991)	Efektywność to maksymalizacja produkcji wynikająca z właściwej alokacji zasobów, przy danych ograniczeniach podaży (kosztów ponoszonych przez producentów) i popytu (preferencji konsumentów)
E. Czarny, E. Nojszewska (2000)	Efektywność to optymalna alokacja zasobów czynników produkcji, produktów i optymalnej dystrybucji dochodu
P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus (1999)	Efektywność oznacza, że nie ma marnotrawstwa, gospodarka funkcjonuje efektywnie wtedy, kiedy nie może zwiększyć produkcji jednego dobra, nie zmniejszając produkcji drugiego

Źródło: [Kozuń-Cieślak, 2013, s. 13–42].

Organizacje jako organizmy złożone trudno jest jednoznacznie ocenić. Złożoność interakcji wewnątrz i na zewnątrz organizacji oraz mnogość wyników działania sprawiają, że ocena ogólna może być niewystarczająca i/lub niedokładna, i/lub niesprawiedliwa (np. dla grupy pracowników). Interesariusze związani z daną organizacją (pracownicy, pacjenci, akcjonariusze, dostawcy

czy lokalna społeczność) oczekują konkretnych korzyści, stąd też wolą takie zachowania przedsiębiorstwa, które umożliwią ich spełnienie. W rezultacie podczas oceny efektywności organizacji stosować będą oni swoje własne kryteria [Bratnicki, Kulikowska-Pawlak, 2013, s. 53–66].

Wielowymiarowość organizacji wymusza wielopłaszczyznową analizę sprawności jej działania – w związku z tym w trakcie analizy należy stosować różnorodne kryteria oraz wskaźniki o charakterze zarówno liczbowym, jak i opisowym [Bielski, 1996, s. 112–123]. Poszczególne wymiary efektywności, jej kryteria oraz wskaźniki przedstawiono w tablicy 2.4.

Tablica 2.4. Schemat dezagregacji pojęcia efektywności organizacji

Wymiary pojęcia efektywności	Kryteria efektywności	Kierunki lub wskaźniki kryteriów efektywności
Efektywność rzeczowa	produkt	– produkcja globalna – dostawy rynkowe – sprzedaż
	realizacja planu	– realizacja planu produkcji globalnej – realizacja dostaw rynkowych – realizacja planu sprzedaży
Efektywność ekonomiczna	wydajność	– produkcja dodana – wydajność na jednego zatrudnionego
	produktywność	– produktywność pracy – produktywność środków trwałych
	zysk	– zysk brutto – zysk netto
Efektywność systemowa	adaptacja	– innowacyjność – wartość wydatków na badania i rozwój – wartość zastosowanych wniosków racjonalizatorskich
	przetrwanie	– istnienie organizacji
	rozwój	– wartość inwestycji – liczba pracowników podnoszących kwalifikacje – dynamika produkcji, sprzedaży
Efektywność „polityczna” (relacja organizacji z otoczeniem)	pozycja przetargowa zewnętrzna	– wielkość dotacji, subwencji – obniżenie taryf celnych, podatków
	pozycja monopolisty	– udział w rynku – autonomia względem otoczenia i uczestników
	pozycja przetargowa wewnętrzna	– warunki pracy i płac w stosunku do innych organizacji

cd. tabl. 2.4

Efektywność polityczna	trwałość systemu politycznego	– stopień realizacji interesów politycznych grupy (klasy) rządzącej lub dążącej do władzy – utrwalenie bądź naruszenie istniejącego ładu społeczno-politycznego
Efektywność kulturowa	tożsamość kulturowa	– zgodność norm organizacyjnych z normami kulturowymi
	adaptatywność kulturowa	– innowacyjność kulturowa
Efektywność behawioralna	morale	– poczucie bezpieczeństwa – wydajność pracy
	satysfakcja z pracy	– fluktuacja – absencja – stopień integracji pracowniczej – stosunki międzyludzkie

Źródło: [Bielski, 1996, s. 116–117].

Zaprezentowana różnorodność wymiarów, jak również odmienne punkty widzenia interesariuszy powodują, że jednoczesna ocena wszystkich aspektów efektywności jest utrudniona, a często niepożądana lub nawet niemożliwa. Każda organizacja powinna zatem dokonać wyboru wymiarów oraz kryteriów oceny efektywności. Tworząc indywidualny system oceny, przedsiębiorstwo musi określić wzorce (standardy, benchmarki – zob. rozdz. 13), do których odniesie uzyskane rezultaty.

Odnosząc się do podmiotów leczniczych – ocena ich sprawności jest dużym wyzwaniem. Szczególnie w ocenie działalności tych organizacji widać zupełnie przeciwstawne cele i punkty widzenia. Płatnik (np. NFZ) chciałby, aby podmioty działały ekonomicznie, ale zdrowie jako takie trudno wycenić, a dla każdego z nas jest ono bezcenne. Pacjenci i społeczność lokalna spodziewają się raczej skuteczności działania. Ze względu na zmiany demograficzne, epidemiologiczne, technologiczne, ekonomiczne, rozwój prywatnych usługodawców i inne procesy zachodzące w ochronie zdrowia podmioty lecznicze stają przed wyzwaniem optymalnego wykorzystania ograniczonych zasobów (np. finansowych, ludzkich) w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów, związanych nie tylko ze *stricte* medycznym aspektem usługi zdrowotnej, lecz także z obszarami pozamedycznymi (takimi jak np. dostępność, jakość obsługi) [Bukowska-Piestrzyńska, 2018a, s. 66].

Powyższe rozważania dotyczą poziomu organizacji. A co można powiedzieć w odniesieniu do poziomu stanowiska pracy, np. lekarza? Czy działanie

lekarza ma być skuteczne, czy korzystne? A może ekonomiczne? Czy lekarz ma być efektywny? Pewnym rozwiązaniem może być tu koncepcja zaproponowana przez Geary'ego A. Rummlera i Alana P. Brache'a [2000, s. 55]. Przedstawiają oni koncepcję trzech poziomów efektywności: na poziomie organizacji, na poziomie procesu oraz na poziomie stanowiska pracy. Na poziomie organizacji w centrum zainteresowania, i co za tym idzie opomiarowania, wskazuje się następujące elementy: strategia, cele ogólnoorganizacyjne wraz z metodami ich pomiaru, struktura organizacyjna czy sposób wykorzystania zasobów. Poziom procesu dotyczy sekwencji działań, takich jak: procesy sprzedażowe, dystrybucji, ściągania należności, opracowywania kolejnych produktów. Efektywność realizacji procesów ocenia się przede wszystkim przez pryzmat ich zgodności z celami organizacji i oczekiwaniami klientów. Dopiero w dalszej kolejności ocenia się poszczególne wyniki realizowanych procesów. Ostatni poziom – poziom stanowiska pracy – skupia się na wynikach pracy w kontekście ich zgodności z wymaganiami procesu i całej organizacji. Stanowi to punkt wyjścia do projektowania lub przeprojektowania stanowiska pracy (zadania, kolejność realizowanych czynności czy też ergonomia stanowiska pracy). W omawianej koncepcji drugi wymiar tworzą tzw. potrzeby efektywności, wpływające na rezultaty na każdym poziomie efektywności, a co za tym idzie – na wyniki organizacji jako całości. Stanowią one wynik celów, sposobów zaprojektowania oraz sprawowania zarządzania. Oba wymiary (poziom efektywności oraz potrzeby efektywności) tworzą razem dziewięć zmiennych efektywności. Przedstawiono je wraz z pytaniami związanymi z każdą z nich w tablicy 2.5.

Zrealizowanie zamierzonych celów nigdy nie jest zadaniem prostym. Fundamentem staje się zrozumienie otoczenia i wnętrza organizacji, co z kolei umożliwi prawidłowe określenie celów i dążenie do nich. Jak zauważa Witold Kowal [2013], w większości publikacji z zakresu zarządzania efektywność odnosi się do realizacji celów. Bez względu na poziom, który analizujemy (organizacji, procesu czy też stanowiska pracy), cel jest zatem kluczowy z punktu widzenia sprawności zarządzania, gdyż dotyczy zarówno skuteczności (realizacji zamierzonego celu), jak i efektywności działania (pozytywnych wyników) [Szpaderski, 2006, s. 15]. Ogólnie rzecz ujmując, cel to wyróżniony przyszły stan, który zamierzamy osiągnąć [Machaczka, 2005, s. 36]. Osiągnięcie celu może polegać na dążeniu do lepszego stanu lub utrzymaniu tego, który już posiadamy.

Cele organizacji powinny być pochodną jej misji, która definiuje ogólny cel istnienia danego przedsiębiorstwa oraz funkcję, jaką spełnia w swoim otoczeniu. Wskazuje ona kierunki działania dla wszystkich poziomów organizacji: cele organizacji, cele procesów oraz cele stanowisk pracy, bez względu na

Tablica 2.5. Dziewięć zmiennych efektywności według G.A. Rummlera i A.P. Brache'a

Potrzeby efektywności			
Poziomy efektywności	Poziom organizacji	Cele	Sposób zarządzania
		PROJEKTOWANIE ORGANIZACJI	ZARZĄDZANIE ORGANIZACJĄ
	Poziom procesu	PROJEKTOWANIE PROCESU	ZARZĄDZANIE PROCESEM
		CELE ORGANIZACJI – Czy strategia organizacji (kierunek działania) została określona i przekazana pracownikom? – Czy strategia jest oparta na analizie i wykorzystaniu zewnętrznych szans i zagrożeń oraz wewnętrznych (organizacyjnych) mocnych i słabych stron? – Biorąc pod uwagę sformułowaną strategię, czy wymagane efekty miary realizacji każdego z wyników zostały określone i przekazane?	ZARZĄDZANIE ORGANIZACJĄ – Czy cele funkcji (działów) zostały sformułowane? – Czy odpowiednie wyniki pracy są mierzone? – Czy zasoby zostały prawidłowo przydzielone? – Czy relacje między funkcjami (działami) są właściwie zarządzane?
		PROJEKTOWANIE PROCESU – Czy proces pozwala na najbardziej wydajną i efektywną realizację celów procesu?	ZARZĄDZANIE PROCESEM – Czy zostały określone odpowiednie cele cząstkowe dla procesów? – Czy ktoś zarządza wynikami procesu? – Czy zostały alokowane odpowiednie zasoby? – Czy relacje między poszczególnymi czynnościami w procesie są zarządzane?

	Poziom stanowiska pracy	CELE STANOWISKA – Czy wyniki pracy oraz standardy jej wykonania na stanowisku są związane z wymaganiami procesu, które z kolei są związane z celami organizacji i wymaganiami klientów?	PROJEKTOWANIE STANOWISKA – Czy wymagania związane z realizacją procesu przekładają się na konkretne stanowiska pracy w procesie? – Czy czynności na stanowisku pracy są ułożone w logiczną sekwencję? – Czy zostały opracowane wspomagające procedury i instrukcje? – Czy stanowisko pracy jest ergonomiczne?	ZARZĄDZANIE STANOWISKIEM – Czy pracownicy znają i rozumieją cele swego stanowiska pracy (wyniki swojej pracy oraz standardy, jakie mają spełniać)? – Czy pracownicy posiadają odpowiednie zasoby, otrzymują jasne informacje i jednoznacznie sformułowane priorytety działania oraz logiczny zakres obowiązków? – Czy pracownicy są nagradzani za osiągnięcie celów stanowiska pracy? – Czy pracownicy wiedzą o tym, w jakim stopniu zrealizowali swoje cele? – Czy pracownicy posiadają wystarczające umiejętności i wiedzę do osiągnięcia celów? – Jeśli odpowiedzieliśmy pozytywnie na pięć postawionych wcześniej pytań, co oznacza, że zostało właściwie zaprojektowane środowisko pracy, to czy nasi pracownicy mają odpowiednie predyspozycje: fizyczne, mentalne i emocjonalne do realizacji postawionych celów?
--	-------------------------	--	---	--

Źródło: [Rummler, Brache, 2000, s. 55].

Przykład

Nikomu nie życzymy pobytu na SOR-ze, ale gdyby takie zdarzenie miało miejsce, to warto zwrócić uwagę na to, jak dużo czasu personel (a także pacjent) traci na przemieszczanie się pomiędzy pomieszczeniami szpitalnymi. Zastrzeżenia można byłoby też mieć co do kolejności wykonywanych czynności. Wydaje się, że (przynajmniej w części SOR-ów) nie przeprowadzono analizy kolejności działań – oczywiste jest, że pacjent najpierw powinien zgłosić się do rejestracji, potem powinna zostać postawiona wstępna diagnoza, później ewentualnie wykonuje się pogłębioną diagnostykę, a następnie pacjent powinien zostać zbadany przez specjalistę. Ale diabeł tkwi w szczegółach. Ostatecznie nałożenie się dość chaotycznego procesu (sekwencji działań) na brak zaplanowania przestrzeni pracy przynosi negatywne skutki w postaci ogromnego marnotrawstwa zasobu, jakim jest czas pracy wykwalifikowanego personelu. Jak zatem cele powinny być stawiane SOR-om? Jak powinien wyglądać opisany wyżej proces i jak powinien być oceniany?

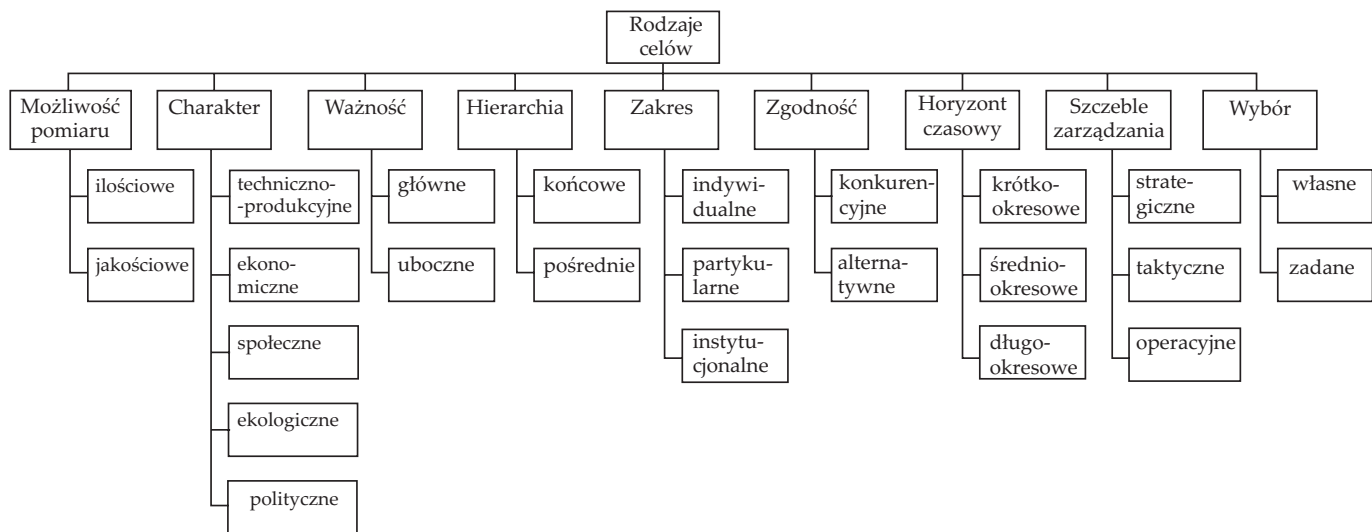
rozproszenie np. terytorialne czy też organizacyjne (m.in. organizacja dywizyjonalna). Przypomnijmy, że na kształt misji wpływają historia firmy, preferencje oraz wizje kierownictwa (bądź właścicieli), środowisko działania, a także posiadane środki [Marek, Białasiewicz, 2008, s. 34].

Cele w organizacji posiadają cztery główne atrybuty [Griffin, 1996, s. 200–206]:

- wskazują oraz nadają właściwy, jednolity kierunek działania wszystkim uczestnikom organizacji, a także pokazują, dokąd dana organizacja zmierza, i akcentują wagę osiągnięcia stanu docelowego;
- sprzyjają dobremu i efektywnemu planowaniu;
- stanowią źródło motywacji pracowniczej, zwłaszcza gdy cechują się umiarkowanym stopniem trudności;
- dostarczają efektywnych mechanizmów oceny oraz kontroli sprawności organizacji.

Spośród licznych klasyfikacji celów organizacji niektóre z nich przedstawiono na rysunku 2.1.

Duża różnorodność celów sprawia trudności w zarządzaniu nimi. Jest to tym trudniejsze, im bardziej cele są niespójne lub wręcz konkurencyjne.



Rysunek 2.1. Klasyfikacja celów organizacji

Źródło: [Waśniewski, 2015, s. 140].

2.3. Ocena efektywności systemu ochrony zdrowia

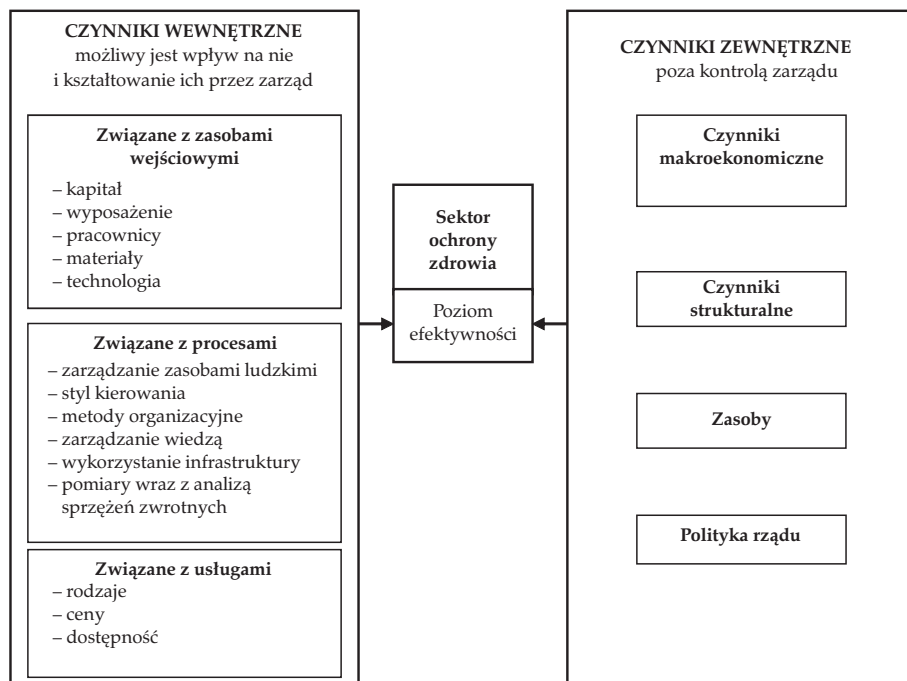
O ile ocena efektywności pojedynczych przedsiębiorstw – podmiotów leczniczych – jest zadaniem dość złożonym, ale w miarę obiektywnym (np. w oparciu o szeroki wachlarz wskaźników ekonomicznych), o tyle ocena efektywności całego systemu jest wyzwaniem, wymagającym uwzględnienia różnych czynników oraz obciążonym dużym subiektywizmem. Wynik oceny zwykle budzi wiele kontrowersji. Wielowymiarowość systemu ochrony zdrowia warunkuje możliwości oceny jego efektywności na różnych poziomach, przy czym niezbędne staje się ustalenie poniesionych nakładów w stosunku do uzyskanych efektów, będących wynikiem działań mających na celu planowane skutki [Kautsch, 2011, s. 62–78]. Współczesny system opieki zdrowotnej, zwłaszcza w Polsce, stoi przed licznymi wyzwaniami, które znacząco warunkują jego ocenę przez interesariuszy. Na efektywność sektora zdrowia, podobnie jak innych sektorów gospodarki, wpływają czynniki wewnętrzne (związane z zasobami wejściowymi, procesami i usługami), jak i zewnętrzne (makroekonomiczne, strukturalne, zasoby i polityka rządu). Szczegóły przedstawiono na rysunku 2.2.

Możemy mówić o trzech wymiarach efektywności systemu opieki zdrowotnej [Rudawska, 2011, s. 25]:

- efektywność kosztowa – dotyczy wytworzenia konkretnej liczby usług przy jak najniższych kosztach;
- efektywność rynkowa – jej celem jest takie rozmieszczenie usług opieki zdrowotnej, by zmaksymalizować korzyści zdrowotne objętej nimi populacji w relacji do ponoszonych nakładów;
- efektywność społeczna – odnosi się do realizacji zadań społecznych, jakie stoją przed systemem opieki zdrowotnej.

Wskazane wymiary efektywności oraz mnogość interesariuszy (a co za tym idzie perspektyw oceny) implikują często rozbieżne oceny funkcjonowania danego systemu ochrony zdrowia. Rząd zazwyczaj będzie się skupiał na odpowiadającej preferencjom społeczeństwa alokacji środków publicznych, a nabywcy usług zdrowotnych na informacji o efektywności funkcjonowania świadczeniodawców, co umożliwi dalsze negocjacje i zawieranie umów. Uwagę zarządzających systemem opieki zdrowotnej przyciągają obszary, które wymagają interwencji, i możliwe działania zwiększające jego efektywność. Społeczeństwo natomiast żąda rzetelnych danych na temat działalności zarówno całego systemu zdrowotnego, jak i jego poszczególnych jednostek.

Wieloperspektywiczność możliwej oceny efektywności systemu ochrony zdrowia przedstawia matryca zamieszczona w tablicy 2.6.



Rysunek 2.2. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne efektywności sektora ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Martyna Wronka i Urszula Urbanowicz [2010, s. 133–164] jako najczęściej stosowane miary efektywności na poziomie całego systemu wymieniają miary wejścia i wyjścia. Do miar wejścia można zaliczyć:

- nakłady na zdrowie;
- możliwe do dyspozycji systemu zasoby ludzkie;
- pozostałe zasoby, w tym laboratoria analityki medycznej, oddziały intensywnej terapii czy urządzenia diagnostyki obrazowej;
- czynniki środowiskowe, takie jak stosowanie używek, zanieczyszczenie środowiska czy otyłość;
- czynniki społeczno-gospodarcze, jak chociażby poziom edukacji czy struktura demograficzna społeczeństwa.

Pomiar efektywności sektora ochrony zdrowia to zadanie niezwykle trudne, gdyż nie sposób znaleźć metod czy parametrów (mierników), które będą bezwzględnie właściwe i obiektywne dla wszystkich interesariuszy.

Zmiany, jakich doświadcza służba zdrowia w ostatnich latach, zwłaszcza te związane z systemem finansowania świadczeń, usamodzielnieniem się

Tablica 2.6. Matryca kategorii efektywności systemu ochrony zdrowia

Perspektywa	Rząd, społeczeństwo		
	Nabywcy usług, świadczeniodawcy	Pacjenci oraz potencjalni konsumenci usług zdrowotnych	
Wynik	Usługi: – wykorzystanie łóżek – średni okres pobytu w szpitalu – liczba udzielonych porad	Wyniki zdrowotne: – liczba zgonów pooperacyjnych – oczekiwana długość życia – współczynnik umieralności niemowląt	
Kategoria efektywności	Efektywność techniczna	Efektywność kosztowa	Efektywność alokacyjna
Definicja	Dane wyniki nie mogą być osiągnięte przy niższym poziomie nakładów	Dane wyniki nie mogą być osiągnięte przy niższym poziomie kosztów	Sytuacja żadnej jednostki nie może być polepszona bez pogorszenia sytuacji innej jednostki
Cel	Ograniczenie marnotrawstwa zasobów	Oszczędność środków finansowych	Maksymalizacja wartości dla społeczeństwa
Potencjalne źródła braku efektywności	– niskie wykorzystanie łóżek – przeterminowane produkty lecznicze – niskie wykorzystanie aparatury medycznej	– wysoki koszt na jednostkę DRG (Diagnosis Related Group) – wysoki koszt na jednostkę QALY (<i>quality-adjusted life year</i>) – wysoki koszt na epizod leczenia	– niewłaściwe rozmieszczenie i struktura szpitali – niedostosowane do potrzeb programy profilaktyczne – niedostosowane do potrzeb rozmieszczenie kadry medycznej

Źródło: [Dubas, 2011, s. 109; Rabiej, 2013, s. 36].

publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz wzrostem odpowiedzialności kierownictwa za rezultaty, a także tworzeniem rynku usług medycznych, stawiają przed publicznymi placówkami coraz to inne zadania. Ta nowa sytuacja ekonomiczno-prawna zmusza je do zwiększenia efektywności w gospodarowaniu ograniczonymi zasobami [Wrona, 2011, s. 379–395].

CZĘŚĆ II
OPTYMALIZACJA ZASOBÓW
PODMIOTÓW LECZNICZYCH –
KONCEPCJE ZORIENTOWANE
NA WYSZCZUPLENIE ORGANIZACJI

3. Reengineering

Przykład

Wyobraźmy sobie samochód posuwający się wzdłuż taśmy produkcyjnej. A teraz pacjenta w szpitalu. Czy możliwe jest takie porównanie? I czy techniki zarządzania zapewniające lepszą efektywność w sektorze produkcyjnym mogą być skutecznie stosowane w usługach, takich jak służba zdrowia? Odpowiedź może brzmieć: tak.

Jeden ze szwedzkich szpitali stał w obliczu poważnych ograniczeń budżetowych związanych z reformą systemu opieki zdrowotnej w Szwecji. W związku z tym zastosowano metody i rozwiązania znane z sektora produkcji. W trakcie projektu zidentyfikowano i oceniono, jak wygląda proces leczenia (od przyjęcia do wypisania) pacjenta. Można zauważyć, że logika przebiegu procesu leczenia jest podobna do innych głównych procesów, takich jak np. w przemyśle samochodowym. Należy zatem wykorzystać tę wiedzę, stosując benchmark rozwiązań, w celu optymalizacji procesów i konfiguracji organizacji.

W szpitalu postanowiono dokonać pełnej reorganizacji uwzględniającej rotację pacjentów.

Oto niektóre z „odkryć”:

1. Zauważono, że marnowano mnóstwo czasu przez mało skuteczne procedury diagnostyczne, które często wymagały od pacjenta wielokrotnego pobytu w szpitalu w celu wykonania różnych badań. Obecnie siostry przełożone odpowiedzialne są za wykonanie wszystkich badań w czasie jednej wizyty pacjenta.
2. Innym obszarem, gdzie odkryto ogromną niegospodarność, był oddział operacyjny: sale operacyjne wykorzystywane były nierównomiernie. Program globalnej reorganizacji położył znacznie większy nacisk na efektywne zaplanowanie każdej operacji. Obecnie pacjentom podaje się środki znieczulające przed przewiezieniem ich na oddział operacyjny i w ten sposób traci się mniej czasu przed samym zabiegiem operacyjnym.

Efekty reorganizacji procesowej:

1. Realizacja projektu spowodowała pełniejsze wykorzystanie personelu operacyjnego. Ponadto ujawniła fakt, że szpital nie miał odpowiedniej kadry anesteziologów, których czas pracy i tak nie był wykorzystywany efektywnie. Zatrudniono więc specjalistów w tej dziedzinie, a nawet otwarto przyszpitalną przychodnię anesteziologiczną.
2. Dokonano też daleko idącej reorganizacji struktur funkcjonalnych w szpitalu. Połączono oddział chirurgii i medycyny ogólnej oraz ustalono, które z badań będą wykonywane jednocześnie w celu usprawnienia rotacji pacjentów.
3. Reorganizacja szpitala nie tylko zmniejszyła koszty działania, ale skróciła także czas oczekiwania na leczenie, bez żadnego ujemnego wpływu na morale kadry pracowniczej.

3.1. Istota i definicja reengineeringu

Współczesne podejście do zarządzania organizacjami coraz bardziej odchodzi od klasycznych, zhierarchizowanych, wyspecjalizowanych systemów organizacjami na rzecz spojrzenia na organizację poprzez pryzmat zachodzących w niej dynamicznych zjawisk objawiających się jako ciągi działań. Takie spojrzenie, zwane często horyzontalnym, pozwala na identyfikację i diagnozę całokształtu działań (a co za tym idzie i wykonawców) mających wpływ na wynik końcowy, w myśl zasady: organizacja jest na tyle efektywna, na ile efektywne są jej procesy. Podejście takie nazywane jest podejściem procesowym w zarządzaniu organizacjami.

Reinżynierię (*reengineering*) można określić jako radykalną formę podejścia procesowego. Pozwala ona na spojrzenie na organizację w sposób horyzontalny – koncentruje się na procesach zachodzących w organizacji. W odróżnieniu od innych metod poprawy działania organizacji reinżynieria podchodzi do problemu w sposób kompleksowy – usprawnienia częściowe, które mają się przyczynić do rozwiązania problemu, są często tak samo niebezpieczne dla organizacji, jak brak działań w ogóle [Rummler, Brache, 2000, s. 26]. Istotą reengineeringu jest szybkie i radykalne przeprojektowanie strategicznych procesów, dodających wartość z punktu widzenia klienta. Raymond L. Manganeli i Mark M. Klein [1998, s. 12] określają reinżynierię jako metodę „szybkiego i radykalnego przeprojektowania strategicznych, dodających wartość z punktu widzenia klienta, procesów oraz powiązanych z nimi systemów, procedur, a także struktury organizacyjnej, w celu optymalizacji toku pracy

i produktywności organizacji”. Uściślając definicję reinżynierii, należy przybliżyć również znaczenie poniższych określeń:

- fundamentalny charakter – krytyczne spojrzenie na to, czy stosowane w organizacji założenia i zasady są odpowiednie, czy nie należałoby wprowadzić zmian; koncepcja reengineeringu nakazuje całkowite ignorowanie aktualnego stanu przedsiębiorstwa i skupienie się na stanie pożądanym;
- radykalizm – całkowite odrzucenie obecnego sposobu działania; zdarza się, że takie postępowanie prowadzi do zaprojektowania przedsiębiorstwa od nowa;
- dramatyczny – poprawa przebiegu danego procesu powinna zostać dokonana tak, aby osiągnięte korzyści były spektakularne, a zmiana przełomowa, innowacyjna;
- proces – jest najważniejszym aspektem w reengineeringu (jego definicje zostały przytoczone poniżej).

Ze względu na odejście od funkcji (w przypadku usług medycznych przez funkcję należy rozumieć również specjalizację medyczną – ortopedia, okuliśztka itd.) na rzecz procesów warto przytoczyć kilka definicji procesu biznesowego w celu pełniejszego zrozumienia istoty reinżynierii. Autorzy zajmujący się tematyką reinżynierii tak definiują pojęcie procesu:

- ustrukturyzowany, zmierzony ciąg czynności, zaprojektowany w celu wyprodukowania sprecyzowanego wyniku dla konkretnego klienta lub rynku [Davenport, 1993, s. 5];
- uporządkowany i połączony zbiór działań wytwórczych lub usługowych, wykonywanych w określonym czasie, przynoszących w efekcie korzyści klientowi zewnętrznemu lub wewnętrznemu [Durlik, 1998, s. 24];
- zbiór czynności wymagający na wejściu wkładu i dający na wyjściu rezultat, mający pewną wartość dla klienta [Hammer, Champy, 1996].

Wspólnym mianownikiem przytoczonych definicji jest ściśle określony i wartościowy dla klienta wynik procesu. Efektem niektórych procesów jest produkt lub usługa oferowana na rynku klientowi zewnętrznemu – są to tzw. procesy podstawowe. W usługach związanych z ochroną zdrowia będzie to np. postawienie diagnozy czy wyleczenie pacjenta (choć tutaj wynik niekoniecznie będzie pozytywny z punktu widzenia oczekiwań). Klienci (pacjenci) podmiotów leczniczych nie powinni dostrzegać przy tym innych procesów – tzw. procesów pomocniczych. Produkty tych procesów są często niewidoczne dla klientów zewnętrznych, ale zwykle mają duży wpływ na efektywność zarządzania organizacją [Grajewski, 2016, s. 67]. Reasumując [Grajewski, 2007, s. 55]:

- proces jest łańcuchem sekwencyjnych czynności, które transformują mierzalne wejścia (materiały, informacja, ludzie, urządzenia, metody)

w mierzalne wyjścia (produkty, usługi, informacje) – polega zatem na dodaniu do zasileń nowej wartości (dodanej);

- proces ma mierzalny cel – najogólniej jest nim tworzenie wartości uznanej i zweryfikowanej przez odbiorcę, zawartej w produkcie, usłudze, informacji lub innym możliwym do zdefiniowania efekcie końcowym;
- proces ma dostawcę i klienta, a zatem jego granice wyznaczane są przez jakiś zdefiniowany rodzaj transakcji zakupu zasileń i sprzedaży wytworu;
- proces może być powtarzany, co oznacza, że możliwe jest jego zapisanie w formie umożliwiającej odczytanie jego przebiegu przez realizatorów;
- każdą czynność lub zbiór czynności można przedstawić jako proces, w wyniku którego z pewnej wartości początkowej, czyli nakładu, otrzymujemy rezultat, którym w istocie jest nakład przekształcony i wzbogacony o wartość dodaną stanowiącą wynik procesu.

3.2. Cele reorganizacji procesowej

„Z większości przyczyn, dla których przedsiębiorstwa sektora prywatnego angażują się w inicjatywy innowacji procesów, prawie wszystkie dają się przełożyć na potrzebę poprawienia sytuacji finansowej. Redukcja kosztów procesu przekłada się na powyższy cel w sposób bezpośredni. Zakłada się, że inne cele innowacji, takie jak redukcja czasu czy poprawa jakości i serwisu, przekładają się na większą sprzedaż lub mniej kosztowną produkcję” [Davenport, 1993, s. 4].

Radykalna reorganizacja procesów oddziałuje na organizację na trzech poziomach:

- poziom całej organizacji (np. poprawa wyników finansowych, redefinicja celów strategicznych, w tym: nowe produkty, rynki, grupy klientów);
- poziom procesu (został szczegółowo opisany poniżej);
- poziom stanowiska pracy (np. zmiana charakteru wykonywanych zadań, wyniki i zaangażowanie pracowników, uczenie się i dzielenie wiedzą).

Reengineering, skupiając się na radykalnym przeprojektowaniu procesów, nie może tracić z oczu celów organizacji oraz wymagań klientów (zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych). Ostatecznie długookresowe cele czy też spodziewane efekty leżące u podstaw decyzji o reinżynierii możemy sprowadzić do czterech obszarów:

- wzrost efektywności organizacji;
- wzrost konkurencyjności;
- poprawa obsługi klienta;

- wzrost jakości.

Podobnie jak w przypadku innych metod powodzenie (korzyści) przeprowadzonej zmiany można określić na podstawie zmian wartości wyspecyfikowanych miar, które odpowiadają postawionym celom zmiany. Krótkookresowymi miarami powodzenia reengineeringu będzie więc poprawa co najmniej jednego z następujących atrybutów reorganizowanych procesów [Grajewski, 2016, s. 83]:

- koszty procesu, obejmujące wszystkie koszty związane z wykonywaniem danej wiązki czynności (operacji) składającej się na konkretny proces (np. koszt wykonania operacji przeszczepu więzadła krzyżowego, tzw. ACL);
- długość czasu trwania procesu – średni czas wykonania wszystkich czynności procesu (np. czas hospitalizacji pacjenta z określoną jednostką chorobową);
- elastyczność procesu – zdolność procesu do jego całkowitej zmiany, doskonalenia, przestawienia czynności, modyfikacji używanych zasobów oraz reakcji/zmiany w odpowiedzi na życzenie klienta, np. zmiana sposobu (szybkość zmiany/liczba opcji) leczenia pacjenta w reakcji na brak wyników dotychczasowego leczenia;
- jakość procesu – syntetyczna lub cząstkowa ocena przebiegu procesu w porównaniu do standardów technicznych (lub obiektywnych objawów – np. powrót do aktywności sportowej) lub ocena dokonana przez odbiorców lub klientów (np. subiektywna poprawa samopoczucia);
- szybkość wykonania procesu – średni czas wykonywania danego procesu składającego się ze wszystkich operacji (np. poszczególne banki są w stanie zaakceptować lub odrzucić wniosek kredytowy klienta w ciągu dwóch godzin, dwóch dni lub miesiąca, w przypadku podmiotów leczniczych może to być bardziej skomplikowane – zob. przykład w ramce na s. 49–50);
- znaczenie dla organizacji – syntetyczną miarą wskazującą na znaczenie procesu dla organizacji może być wielkość przychodów generowana przez dany proces;
- znaczenie dla klienta – miara poziomu satysfakcji odbiorcy (akurat w przypadku procesów realizowanych w podmiotach leczniczych niekoniecznie spełnienie warunków jakości wyników i/lub szybkości wykonania leczenia będzie się przekładać na satysfakcję klienta ze względu na np. złe samopoczucie po zabiegu, towarzyszący ból lub inne czynniki nie zawsze związane z danym procesem);
- etyczny wymiar procesu – poziom akceptacji dla sposobów jego realizacji.

Ostateczną miarą powodzenia reengineeringu będzie ogólna kondycja przedsiębiorstwa poddanego tak radykalnej „kuracji” (w przeciwieństwie do powiedzenia, że „operacja się udała, ale pacjent zmarł”). Do oceny zmiany

kondycji przedsiębiorstwa mogą być wykorzystane wskaźniki rynkowe (np. udział w rynku, dynamika sprzedaży) czy też finansowe (w przypadku podmiotów leczniczych może to być zmniejszenie poziomu zadłużenia).

W celu lepszej kontroli miarę wartościową należy przełożyć na wymienione powyżej częściowe miary ilościowe. Na koniec warto przytoczyć słowa R.L. Manganellego i M.M. Kleina [1998, s. 28], którzy stwierdzają: „Chociaż celem reengineeringu danego procesu może być np. redukcja kosztów, to i tak celem ostatecznym, stojącym ponad wszystkimi celami, jest poprawa jakości obsługi klienta”. Poprawa jakości obsługi klienta przyczynia się do jego większej lojalności, większych jednorazowych zakupów, większej częstotliwości zakupów, co z kolei redukuje koszty innych procesów, niekoniecznie poddanych reengineeringowi, np. procesów marketingowych.

3.3. Główne obszary usprawnień w reinżynierii

Reengineering istniejącego procesu/procesów lub też doskonalenie nowo zreorganizowanego procesu odnosi się zwykle do lepszego, tańszego i szybszego jego funkcjonowania. Radykalne przeprojektowanie istniejących procesów oznacza, że wymogiem jest przemyślenie procesu od podstaw, mające na celu przede wszystkim wyeliminowanie czynności, które nie przysparzają żadnej wartości (np. oczekiwanie pacjenta na zabieg), oraz odpowiednia konfiguracja tych, które taką wartość mają. Joe Peppard i Philip Rowland określają to działanie skrótem ESIA (*eliminate, simplify, integrate, automate*); w tłumaczeniu na język polski znaczy to [Peppard, Rowland, 1997, s. 201]:

- wyeliminuj;
- uprość;
- zintegruj;
- zautomatyzuj.

W trakcie dokładnej analizy istniejących procesów okazuje się, że szereg podejmowanych działań to działania nietworzące wartości dodatkowej. W tablicy 3.1 została zaprezentowana lista czynności możliwych do wyeliminowania, uproszczenia, zintegrowania i automatyzacji w podmiotach leczniczych. Należy podkreślić, że wymienione działania niekoniecznie muszą odpowiadać sytuacji każdego przedsiębiorstwa – wskazano jedynie obszary wymagające usprawnień według techniki reengineeringu określanej mianem ESIA.

Tablica 3.1. Działania usprawniające wykorzystywane w systematycznej reorganizacji przebiegu procesu w podmiotach leczniczych

Obszary usprawnień	Przykłady możliwych działań
Eliminacja	1. Nadprodukcja towarów i usług – eliminacja zbyt rozbudowanych mocy produkcyjnych (wolne łóżka, nadwyżki personelu). 2. Czas oczekiwania (np. na zabieg lub przyjęcie do szpitala) – dotyczy również relacji wewnętrznych (klientów wewnętrznych). Biorąc pod uwagę fakt, że usługobiorca jest uczestnikiem procesu produkcji usług, oczekiwanie na dodatkowe produkty (usługi, informacje, środki produkcji) jest bezpośrednio odczuwalne przez klienta, a co za tym idzie, niekorzystnie zmienia się postrzeganie jakości. 3. Transport pacjentów i/lub urządzeń diagnostycznych – przykładowo przekazywanie dokumentacji generuje określony koszt, np. dokumenty „wędrują” między piętrami, oddziałami, lekarzami. 4. Proces realizacji – nawet jeżeli proces tworzy wartość dla klienta, to może być on niewydajny, szczególnie gdy nie jest w pełni przewidywalny; wówczas należy go wyeliminować i/lub zastąpić nowym. 5. Zarządzanie zapasami i biurokracja – zastosowanie reinżynierii powinno wyeliminować (lub przynajmniej ograniczyć) biurokrację. 6. Błędy medyczne, np. błędne rozpoznanie – celem reinżynierii powinno być wyeliminowanie błędnego wykonania usługi. Należy przy tym pamiętać o wyeliminowaniu przyczyn, które tkwią przeważnie w samym procesie, a nie w ludziach. 7. Dublowanie zadań – często się zdarza, że poprzez podejście funkcjonalne (spoglądanie na własne zadania/specjalizację medyczną bez całościowego przeglądu problemu) zadania na różnych stanowiskach i/lub oddziałach są dublowane – np. kolejne badania diagnostyczne. 8. Kontrola – wraz z zakwestionowaniem podejścia funkcjonalnego do działania organizacji pod znakiem zapytania staje zasadność podejmowania większości działań kontrolnych. Zespoły procesowe znakomicie realizują postulat samokontroli. 9. Uzgodnienia wewnątrzzorganizacyjne – podejście procesowe eliminuje większość uzgodnień. Wynika to z faktu, że każdy z uczestników zna swoje miejsce w procesie i wie (a przynajmniej powinien wiedzieć), czego i od kogo może się spodziewać, a także, czego spodziewają się po nim inni. Wyżej wymienione czynności powinny stanowić pierwszy krok w systemowej reorganizacji firmy; prawidłowo przeprowadzona reorganizacja powinna zaowocować ich eliminacją

cd. tabl. 3.1

Uproszczenie	Kolejnym krokiem po wyeliminowaniu czynności zbędnych powinno być uproszczenie tych, które pozostały. Można przyjąć, że następstwem reinyżynierii będzie uproszczenie działań dotyczących: 1. formularzy – zbyt skomplikowane formularze (dokumentacja medyczna, formularz przyjęcia na oddział/do szpitala), zarówno te wypełniane przez klienta zewnętrznego, jak i te wewnętrzne powodują, że informacje w nich zawarte będą wymagały uściślenia; 2. procedur – skomplikowane procedury (często medyczne, ale też np. procedury zamówień publicznych) dotyczące realizacji prostych działań są albo pomijane (co podważa sens ich istnienia), albo stają się przyczyną opóźnień, uzgodnień organizacyjnych itp.; 3. przekazu informacji – często klienci są „zasypywani gradem” informacji, których nie rozumieją; zbyt szczegółowa i technokratyczna informacja jest przyczyną wielu komplikacji; 4. technologii – należy wykorzystywać tyle technologii, ile jest potrzebne, stosując względnie proste i sprawdzone rozwiązania; jednocześnie trzeba pamiętać, aby rozwiązania technologiczne zastosowane w różnych obszarach organizacji współdziałały ze sobą; 5. płynności – zmiany dokonywane w procesach mogą zakłócić płynność ich przebiegu; 6. procesów – sama zmiana kolejności wykonywanych czynności może być znaczącym krokiem w stronę uproszczenia procesów; 7. miejsc problemowych – należy dokonać identyfikacji miejsc krytycznych i przeanalizować przyczyny nieprawidłowości
Integracja	Uprozczone zadania powinny być jednocześnie zintegrowane, aby ułatwić dostawę, realizację tych zadań oraz zadowolić usługobiorcę. Obszary, które należy brać pod uwagę, to: 1. podział pracy – w trakcie reorganizacji może pojawić się potrzeba i/lub możliwość połączenia kilku lub kilkunastu zadań w jedno (spowoduje to szybszy przepływ informacji); takie rozwiązanie jest zdecydowanie lepsze niż poprawa pracy łańcucha osób wykonujących proste zadania; 2. zespoły – logiczną konsekwencją połączenia zadań jest zgrupowanie ludzi w zespoły; tam, gdzie to możliwe, członkowie zespołu powinni być zlokalizowani blisko siebie (np. powołanie konsylium lekarzy w skomplikowanych przypadkach, ale również zespołu złożonego np. z pielęgniarki, lekarza, fizjoterapeuty i psychologa); 3. klienci – analiza zachowań i preferencji klientów powinna pozwolić na łączenie klientów w grupy, segmenty (np. typowe przypadki, operacje/zabiegi rutynowe, seniorzy, dzieci), co ułatwia przekazywanie informacji odpowiednim klientom; nie należy jednak dać klientom odczuć, że są jednymi z wielu; drugi aspekt to integracja działań z klientami (np. wprowadzenie wspólnych systemów komputerowych czy też rozwiązań logistycznych); 4. dostawcy – w wyniku zastosowania reengineeringu w obszarze tym powinny nastąpić podobne interakcje jak w przypadku klientów; mogą one również dotyczyć eliminacji biurokracji czy rozwoju wykorzystywanych produktów/usług

Automatyzacja	Technologia informacyjna stanowi użyteczne narzędzie zwiększające tempo procesów i zapewniające wysoką jakość obsługi klienta. Zastosowanie automatyzacji w sprawnie przebiegających procesach może je dodatkowo usprawnić. Jeżeli proces nie jest efektywny, to zastosowanie automatyki tylko ten stan pogorszy. W wyniku wykorzystania IT powinno się zautomatyzować: 1. czynności brudne, trudne i niebezpieczne; jednak nie zawsze jest to możliwe; trudne, uciążliwe warunki pracy powodują problemy z zachowaniem określonego poziomu jakości usług; maszyny takich problemów nie rozwiązują; 2. czynności nudne – znużenie pracowników nudną pracą jest częstą przyczyną błędów; 3. zbieranie danych, np. poprzez zastosowanie czytników kodów kreskowych, karty stałego klienta, systemów CRM; 4. przekaz danych – stworzenie centralnej bazy danych eliminuje zbędny przepływ informacji w organizacji lub go skraca; 5. analizę danych – zebranie danych to nie wszystko – ważne, aby zostały one szybko przeanalizowane i na tej podstawie została podjęta trafna decyzja. Do pewnego momentu można stosować arkusze kalkulacyjne, ale wiąże się to z szeregiem problemów, takich jak np. czasochłonność zbierania i przetwarzania danych czy wręcz brak dostępu do określonych danych. Tego typu ograniczeń nie mają systemy Business Intelligence (BI) i to stąd właśnie rosnące zainteresowanie oprogramowaniem tej klasy. Dzięki rozwiązaniom BI można precyzyjnie monitorować strukturę całkowitych kosztów leczenia, we wszystkich jej grupach składowych, a mianowicie: w kosztach leków, procedur medycznych i kosztach pobytowych. Poza tym BI wspiera kierownictwo oraz zarządy szpitali w takich obszarach, jak: – limity przyjęć i rozliczenia z NFZ-tem; – gospodarka magazynowa leków oraz innych materiałów medycznych; – optymalizacja wykorzystania bloków operacyjnych i terminów zabiegów; – zarządzanie ruchem chorych
---------------	--

Źródło: [Strumiłło, Waśniewski, 2013a, s. 59–61; DomData, 2017].

Wymienione w tablicy 3.1 obszary usprawnień powinno się traktować jako zbiór możliwych efektów uzyskanych dzięki reengineeringowi. Niemniej jednak nie należy się spodziewać, że uda się osiągnąć wszystkie opisane rezultaty.

W wielu wypadkach przełomową zmianę i drastyczną poprawę wyników można uzyskać, wspomagając reengineering technologią informatyczną. Obszary, w których z powodzeniem stosuje się rozwiązania informatyczne, to:

- usprawnianie analizy zgromadzonych informacji i danych (np. Internetowe Konto Pacjenta, IKP);
- możliwość przekształcenia nieustrukturyzowanego procesu w rutynowo przebiegającą transakcję (np. przyjęcie pacjenta na oddział);
- ułatwianie dokonywania zmian w kolejności przebiegu procesu oraz umożliwienie symultanicznego przebiegu niektórych jego elementów;

- zapewnianie łatwego dostępu do informacji, niezależnie od miejsca ich fizycznego przechowywania (Internetowe Konto Pacjenta);
- umożliwianie eliminacji z procesu zbędnych pośredników (konto pacjenta w ZOZ-ie i przysyłanie na nie wyników badań – morfologii, EKG, RTG);
- ułatwianie gromadzenia informacji koniecznych dla funkcjonowania danego procesu;
- zapewnienie łatwego monitorowania przebiegu procesu oraz jego elementów;
- możliwość zastępowania w procesie czynnika ludzkiego lub też zmniejszania jego udziału (maszyny podtrzymujące życie i monitorujące, automatyczne urządzenia dawkujące leki, lekomaty).

3.4. Uwarunkowania i etapy przeprowadzania reengineeringu

Trudno sobie wyobrazić, że reengineering można zastosować w każdym przedsiębiorstwie i w każdym momencie. Sukces reinżynierii (tzn. osiągnięcie zamierzonych celów) będzie bardziej prawdopodobny, gdy organizacja wykazuje gotowość do radykalnej zmiany. Według Thomasa Davenporta [1993] ta gotowość będzie tym większa, im bardziej organizacja:

- wykorzystuje technologię informacyjną;
- postrzega organizację przez pryzmat procesorów;
- wykorzystuje pracę zespołową;
- wykształciła kulturę organizacyjną opartą m.in. na zaufaniu objawiającym się delegowaniem uprawnień, a także na zorientowaniu każdego uczestnika organizacji na potrzeby klienta. Przedsiębiorstwo, w którym zgodnie z nowoczesnymi paradygmatami zarządzania występuje delegacja uprawnień i odpowiedzialności w dół struktury, dysponuje zasobami pracowników przygotowanych do podejmowania samodzielnych decyzji. Wśród takich pracowników opór wobec zmian i lęk przed odpowiedzialnością będzie zdecydowanie mniejszy niż w organizacjach, w których pracownicy są tylko biernymi wykonawcami poleceń narzucanych im przez wyższe kierownictwo;
- posiada odpowiednio wykształconą i doświadczoną kadrę – zarządzanie zasobami ludzkimi, rozumiane jako strategia zatrudniania, szkolenia, wynagradzania i promowania pracowników, może w znacznym stopniu przyczynić się do ułatwienia procesu zmian związanych z reengineeringiem, pod warunkiem, że strategia ta promuje odpowiednie zachowania i postawy. W ramach tych działań można prowadzić intensywne szkolenia

poszerzające zakres umiejętności pracownika, przydzielać różnorodne zadania, oferować poziome ścieżki kariery, a także organizację pracy w zespołach.

Oprócz odpowiedniego przygotowania organizacji do zmian sukces reinżynierii zależy od sposobu jej przeprowadzenia. Ważne jest, aby [Davenport, 1993]:

- określić ambitne, ale realne cele programu reorganizacji;
- zrozumieć kontekst procesu poddanego reinżynierii;
- traktować reinżynierię jako filozofię holistyczną;
- podejmować szybkie działania;
- upewnić się, że procesy służą potrzebom klientów;
- zaangażować klientów i/lub dostawców w proces reorganizacji działania;
- zapewnić odpowiednie środki na realizację programu;
- uświadomić sobie możliwości wykorzystania IT do projektowania nowych procesów;
- uświadomić sobie, że reinżynieria to dopiero pierwszy krok.

Jednak zastosowanie powyższych zasad nie gwarantuje sukcesu. O niepowodzeniu reinżynierii może zdecydować wiele czynników, m.in. [Rummler, Brache, 2000, s. 166–176]:

- usprawnianie procesów nie jest związane ze strategią;
- w projekt usprawniania procesów są zaangażowani nieodpowiedni pracownicy i w niewłaściwy sposób – szczególnie dotyczy to kadry kierowniczej;
- zespoły usprawniające nie mają jasno określonej misji swojego działania i nie są rozliczane za jej realizację;
- kadra kierownicza uważa, że jeśli nie zmieni się całkowicie obecna organizacja pracy (nie zostanie dokonany reengineering), to nie osiągnie się znaczących wyników;
- projektujący nowy proces nie zdają sobie sprawy z tego, jak wpłynie on na wszystkich zaangażowanych w jego realizację;
- organizacja bardziej koncentruje się na przeprojektowaniu niż na wdrożeniu;
- zespół nie przygotował systemu miar i innych narzędzi koniecznych do ciągłego doskonalenia procesu.

Zakładając, że poprawnie zidentyfikowano uwarunkowania wykorzystania reengineeringu w danym przedsiębiorstwie, kluczowego znaczenia nabiera wybór szczegółowego sposobu przeprowadzenia zmian. W tablicy 3.2 zaprezentowano procedurę usprawniania procesów i zarządzania nimi opracowaną przez G.A. Rummlera i A.P. Brache'a [2000, s. 153–165]. Ich propozycja składa się z pięciu faz:

- Faza 0 – planowanie podnoszenia efektywności;
- Faza 1 – zdefiniowanie projektu;
- Faza 2 – analiza i projektowanie procesu;
- Faza 3 – wdrożenie;
- Faza 4 – zarządzanie procesami.

Tablica 3.2. Procedura usprawniania procesów według G.A. Rummlera i A.P. Brache’a

Fazy usprawnienia	Opis poszczególnych etapów w ramach danej fazy
Faza 0 – planowanie podnoszenia efektywności	Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie organizacji podejmują decyzję o poprawie realizacji procesów i zarządzania nimi. Zgodnie z wcześniej opisanymi trzema poziomami organizacji określają jej cele i dopracowują strategię. Następnie identyfikują procesy kluczowe. W szczególności etap ten powinien obejmować: – określenie lub doprecyzowanie strategii oraz stworzenie mapy organizacji; – opisanie wszystkich procesów podstawowych, wspierających oraz zarządzania; – identyfikację kluczowych procesów; – identyfikację kluczowych zagadnień organizacji (KZO) w zakresie szans i zagrożeń; – ustalenie, które z procesów będą miały największy wpływ na KZO; – przygotowanie planu usprawnienia i zarządzania procesami. Na koniec tej fazy organizacja powinna posiadać racjonalny plan usprawnienia i zarządzania procesami
Faza 1 – zdefiniowanie projektu	W tej fazie należy przełożyć kluczowe zagadnienia organizacji na kluczowe zagadnienie procesu. To kluczowe zagadnienie procesu będzie podstawą projektu nowego, usprawnionego procesu. W trakcie realizacji tej fazy trzeba podjąć m.in. następujące działania: – wybrać członków zespołu projektowego oraz „sponsora projektu” odpowiedzialnego za realizację danego procesu; zespół będzie odpowiedzialny za dokonanie analizy i projektowanie procesu oraz będzie uczestniczył we wdrażaniu zmian; – wybrać moderatora – osobę niezaangażowaną bezpośrednio w realizację procesu, nadzorującą i wspomagającą pracę zespołu; – wskazać granice procesu: jego początek oraz zakończenie; – ustalić szczegółowo cele zespołu; – określić harmonogram realizacji projektu. Zespół powinien poznać najistotniejsze charakterystyki i ograniczenia związane ze zmianą procesu (np. brak możliwości zmiany struktury organizacyjnej)

Faza 2 – analiza i projektowanie procesu	W trakcie realizacji tej fazy zespół projektowy podejmuje następujące działania: – opisuje proces na mapie procesu – stan obecny; – identyfikuje wszystkie problemy, nieciągłości w obecnym procesie; – projektuje pożądany proces w oderwaniu od dotychczasowego sposobu myślenia i dotychczasowych modeli działania, uwzględniając zidentyfikowane problemy i nieciągłości; – przedstawia do akceptacji propozycję zmian (zmiany powinny być uzasadnione przeprowadzoną kalkulacją kosztów i korzyści); – przygotowuje ogólny plan wdrożenia, przejście od obecnego stanu do pożądanego
Faza 3 – wdrożenie	Przygotowanie do wdrożenia nowego procesu obejmuje m.in.: – określenie niezbędnej zmiany infrastruktury; – przeprowadzenie szkolenia osób zaangażowanych w nowy proces; – przygotowanie szczegółowych i zintegrowanych planów wdrożenia, w których należy jasno określić: co, kto i kiedy ma zrobić; – poprzedzenie nowego procesu pilotażem. Czas realizacji projektu zależy m.in. od złożoności oraz od obecnego stanu procesu. Reorganizacja nigdy wcześniej nieudokumentowanego, niemierzono i niezarządzanego procesu zabiera dużo więcej czasu niż wprowadzenie korekt do wcześniej zarządzanego procesu. W przypadku małych projektów poprzez poszczególne fazy można przejść szybciej; nie trzeba wykonywać wszystkich opisanych tu czynności i używać narzędzi pomocniczych
Faza 4 – zarządzanie procesami	Jak podkreślają autorzy przytoczonej metodologii, usprawnienie procesu nie kończy pracy – stanowi dopiero początek nowego etapu. Odpowiedzialność za tę fazę – w przeciwieństwie do poprzednich – ponosi kadra kierownicza. W organizacji, która przeszła od projektów usprawniania procesów do stałego zarządzania procesami, każdy z procesów powinien posiadać: – mapę procesu, przedstawiającą czynności oraz działy (funkcje) odpowiedzialne za ich realizację; – zbiór miar opartych na oczekiwaniach klientów, powiązanych z celami i miarami całej organizacji; – właściciela procesu; – stale działający zespół procesowy, który spotyka się regularnie w celu dokonania kolejnych usprawnień; – roczny biznesplan każdego z procesów; – narzędzia służące monitorowaniu wyników procesu; – procedury opisujące, za pomocą jakich metod należy rozwiązywać bieżące problemy i kto jest za to odpowiedzialny

Źródło: [Strumiłło, Waśniewski, 2013a, s. 65–66].

Diagram przedstawia procesy zarządzania organizacją, które nie wymagają dokonywania poprawek. Procesy te są powiązane z kluczowymi zagadnieniami organizacji.

Procesy powiązane z kluczowymi zagadnieniami organizacji:

- Strategia
- Faza 0 Planowanie podnoszenia efektywności
- Plan usprawniania i zarządzania procesem
- SYSTEMOWE ZARZĄDZANIE ORGANIZACJĄ
- Zarządzanie procesem
- ZARZĄDZANIE POSZCZEGÓLNYMI PROCESAMI
- Kluczowe zagadnienia organizacji
- Faza 1 Zdefiniowanie projektu
- Faza 2 Analiza i projektowanie procesu
- Faza 3 Wdrożenie
- Projekt usprawniania procesu
- cele, role oraz ramy projektu
- proces – stan pożądany plan wdrożenia
- usprawniany proces
- ciągłe doskonalenie

Zaprezentowana metoda usprawniania i zarządzania procesami uwzględnia jeden bardzo istotny aspekt – raz dokonana zmiana, nawet najbardziej radykalna, jest zaledwie początkiem zmian, które powinny zachodzić w organizacji. Szczególny nacisk na to zagadnienie kładzie się w Fazie 4. Ciągłe doskonalenie jest podstawą powodzenia organizacji na rynku na dalszych etapach rozwoju.

3.5. Wady i zalety koncepcji reengineeringu oraz możliwości jej wykorzystania w podmiotach leczniczych

Zaprezentowana koncepcja reengineeringu wykorzystywana jest w procesie przeprowadzania zmian w organizacji. Warto zwrócić uwagę, że do jej niewątpliwych zalet należą przede wszystkim [Stabryła, 1996]:

- radykalne podejście do zmian, obejmujące całe przedsiębiorstwo – również aspekty strategiczne, w zamierzeniu prowadzące do przełomowej poprawy;
- ukierunkowanie zarówno diagnozy, jak i etapu projektowania na procesy przebiegające w organizacji;
- przeorientowanie przedsiębiorstwa na klientów zewnętrznych, jednocześnie nie zapominając o klientach wewnętrznych;
- zastępowanie tradycyjnych komórek organizacyjnych zespołami interdyscyplinarnymi;
- wdrażanie zespołów roboczych;
- wykorzystywanie innych koncepcji, w tym benchmarkingu i TQM jako wspomagających i uzupełniających.

Natomiast do głównych wad reinżynierii można zaliczyć:

- autorytarny styl zarządzania podczas wprowadzania koncepcji;
- wysokie koszty (m.in. tzw. prawo dołka);
- pomijanie kwestii społecznych;
- zaniedbywanie aspektów kulturowych.

Radykalizm, leżący u podstaw koncepcji reengineeringu, jest niewątpliwie atrakcyjny i w wielu wypadkach efektywny, co obrazują przykłady poprawy wskaźników o 50–100%, jednak jest też chyba najsłabszym punktem całej koncepcji. Wdrożenie zmiany, która dotyczy całej organizacji, będąc zmianą radykalną, jest nie lada wyzwaniem dla organizacji. Nie wszystkie przedsiębiorstwa są zdolne przetrwać taką „kurację”. Zresztą nawet sam twórca koncepcji reengineeringu – Michael Hammer przyznał kiedyś, że „najważniejszym słowem w tej definicji było »radykalnie«, jednak (...) obecnie doszedł

do wniosku, że nie miał racji. (...) Słowem kluczowym w definicji reinżynierii (...) jest »proces« – kompletny od początku do końca zbiór czynności, które razem tworzą wartość dla klienta” [Hammer, 1999].

4. Outsourcing

4.1. Istota i definicja outsourcingu

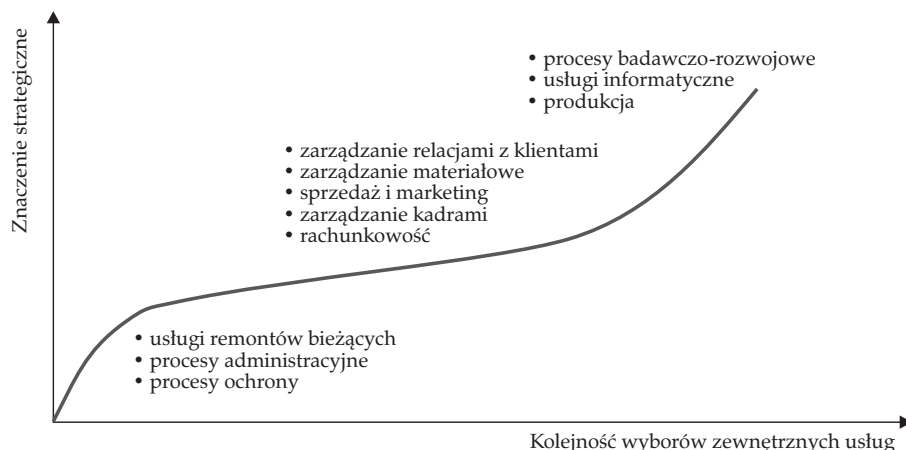
Na przestrzeni dziejów ludzkość dążyła do zaspokojenia swoich potrzeb, starając się, nawet jeśli sobie tego nie uświadamiano, optymalizować wysiłek. W dużym uproszczeniu odnosi się to do poszukiwania coraz bardziej efektywnych sposobów wykonywania pracy. Temu celowi służy ciągłe doskonalenie koncepcji i metod zarządzania. Sięgając tylko do czasów rewolucji technicznej w XVIII w., zauważono, że mechanizacja powoduje zwielokrotnienie wytwarzania dóbr, a człowiek jest tylko jednym z wielu zasobów organizacji [Zymonik, 2003, s. 61]. Od tego czasu odnotowujemy dynamiczny rozwój techniki i technologii wytwarzania, co wymusiło innowacyjne podejście do zarządzania. W 1923 r. Henry Ford powiedział: „Jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić wydajniej, taniej i lepiej niż nasi konkurenci, nie ma sensu, żebyśmy to robili; powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto robi to lepiej niż my”¹. W słowach tych można doszukać się zalążka procesu, jakim jest outsourcing. Ten nowy sposób myślenia nie od razu jednak znalazł uznanie w oczach przedsiębiorców. Rozwój korporacji postępował dynamicznie, aż do lat 60., kiedy to zaczął się ich schyłek [Małkus, 2005]. Impulsem dominującym stał się rosnący poziom konkurencji. W związku z tym przedsiębiorstwa zaczęły szukać innowacyjnych rozwiązań skutkujących obniżeniem kosztów ich funkcjonowania. W wyniku wdrażanych restrukturyzacji zaczęto wprowadzać optymalizujące rozwiązania organizacyjne [Matejun, 2015]. Jednak próbę naukowego spojrzenia na koncepcję outsourcingu w obecnym jej rozumieniu można odnotować dopiero w ósmej dekadzie XX w. [Waśniewski, 2016]. Od tego czasu podlega ona ciągłej eksploracji i różnorodnej implementacji, choć jak zauważa Marek Matejun [2015], outsourcing wydaje się prostym narzędziem, ale z praktycznego punktu widzenia wymaga on wizji

¹ www.akademor.web.pl [dostęp: 2.07.2020].

strategicznej oraz sprawnego zarządzania. Decyzja dotycząca tego, w jakim stopniu zadania logistyczne warto realizować samemu, a w jakim zakresie korzystać z usług zewnętrznych, zawarta w modelu *make-or-buy*, jest więc trudna i wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności w kluczowych obszarach przedsiębiorstwa [Bartel, Lach, Sicherman, 2014].

W literaturze przedmiotu można spotkać różne sposoby definiowania outsourcingu. Rozważania warto jednak zacząć od źródłosłowu tego terminu, będącego zlepkiem trzech angielskich wyrazów: *outside* – *resource* – *using*, co można przetłumaczyć jako „wykorzystanie zasobów zewnętrznych” [Carey, Subramaniam, Ching, 2006]. Zasoby mogą być też skoncentrowane w różnych obszarach organizacji, a następnie przekazane do realizacji podmiotom zewnętrznym. Można więc uznać, że jeśli przedsiębiorstwo przekaże do realizacji część swojej lub swoich funkcji wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym, to wykorzystuje koncepcję outsourcingu [Egger, Falkinger, 2003]. Podobnie widzi to Michał Trocki [2001a, s. 13], sugerując stosowanie polskojęzycznej nazwy tego zjawiska jako „wydzielenie” lub „wyodrębnienie”. Praktyka jednak pokazuje, że pomysł ten się nie przyjął. Zjawisko outsourcingu zostało również opisane w szerszym kontekście. Jerzy Niemczyk [2006] zauważa, że każdy układ międzyorganizacyjny, tworzony przez samodzielne prawnie podmioty będące zleceniobiorcami albo zleceniodawcami, czy też występujące w obu rolach jednocześnie tworzą układ outsourcingowy, przy czym łączące ich relacje przybierają postać więzi relatywnych. Po raz pierwszy określeniem tym posłużył się w praktyce koncern Generals Motors, definiując w latach 70. tym mianem swój system zewnętrznego zaopatrzenia w części samochodowe. Od tego czasu w sposób najbardziej zaawansowany i dynamiczny to właśnie firmy amerykańskie wykorzystują tę koncepcję – przede wszystkim za sprawą nowego czynnika, a mianowicie ukierunkowania zarządów firm na wzrost wartości przedsiębiorstwa dla jego właścicieli.

Obserwacja wykorzystywania koncepcji outsourcingu dowodzi, że we wczesnych rozwiązaniach zlecane były głównie te działania, do których przedsiębiorstwa same nie były przygotowane. Następnie, a były to już lata 90., nacisk zaczęto kłaść na obniżenie kosztów działalności. Podmiotom zewnętrznym zaczęto więc zlecać nie tylko realizację procesów wykraczających poza kompetencje przedsiębiorstwa, ale również w zakresie funkcji pomocniczych (*facility management*). Przykładami mogą tu być usługi informatyczne, procesy kadrowe czy chociażby księgowość. Wykryształowanie się wyspecjalizowanych firm podnosi jakość usług, stymulując ich dostępność. W ten sposób możemy mówić o rynku usług outsourcingowych. Oczywiście jest, że kapitały reprezentowane przez przedsiębiorstwa z różnych krajów będą się przenikać i na siebie oddziaływać. Coraz ważniejsze zatem staje się ciągłe



Rysunek 4.1. Typowa ścieżka wdrażania outsourcingu

Źródło: [Gasvoda, 2003, s. 19].

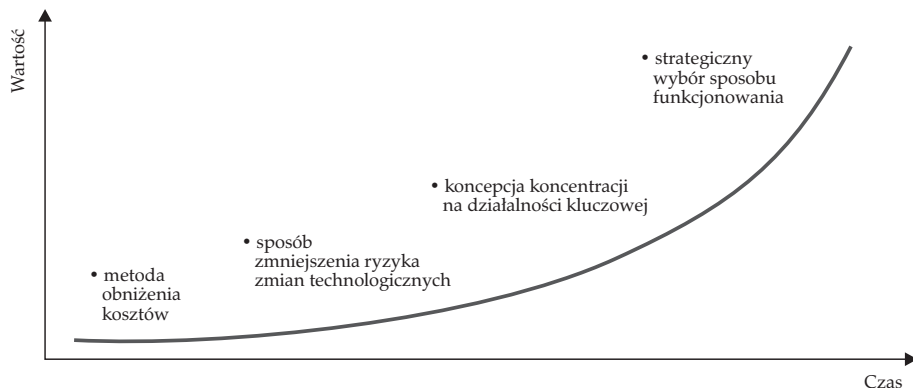
rozpoznawanie problemu, gdyż w zależności od zmian warunków działania organizacje mogą wyciągać fałszywe wnioski odnośnie do efektywności zastosowania danego rozwiązania, w tym przypadku outsourcingu. Przykładowo polski rynek usług outsourcingowych z roku na rok odnotowuje trend wzrostowy². Dotyczy to praktycznie każdego rynku usług. Zdaniem niektórych badaczy dystans dzielący nas od firm wykorzystujących tę koncepcję na rynkach dojrzałych, na których tego typu rozwiązania funkcjonują, wynosi 3–4 lata³.

To właśnie za sprawą globalizacji można zaobserwować dokonywanie się swoistego transferu wiedzy i umiejętności, i to zarówno pomiędzy poszczególnymi organizacjami, jak i rynkami czy regionami geograficznymi. Tym niemniej mechanizm wykorzystania outsourcingu jest zawsze ten sam – zależy od dojrzałości i rozwoju gospodarczego kraju. Na początku outsourcing stanowi mechanizm redukcji kosztów poprzez obniżenie poziomu części kosztów stałych, a w niektórych przypadkach również zmiennych, np. w zakresie wykorzystanego materiału. Jak zauważa Michael Corbett [2004, s. 196], ponad 70% produkcji zlecane jest na zewnątrz, co pozwala przypuszczać, że outsourcing będzie stanowił w naszym życiu coraz ważniejszy udział.

Ciekawym ujęciem outsourcingu jest spojrzenie na to zjawisko poprzez pryzmat partnerstwa taktycznego, strategicznego i transformacyjnego

² <https://gazetafinansowa.pl/20482/outsourcing-d78/> [dostęp: 11.03.2020].

³ <https://www.forbes.pl/dossier/outsourcing-biznesu/gpe4xdh> [dostęp: 11.03.2020].



Rysunek 4.2. Ewolucja outsourcingu

Źródło: [Trocki, 2001a, s. 43].

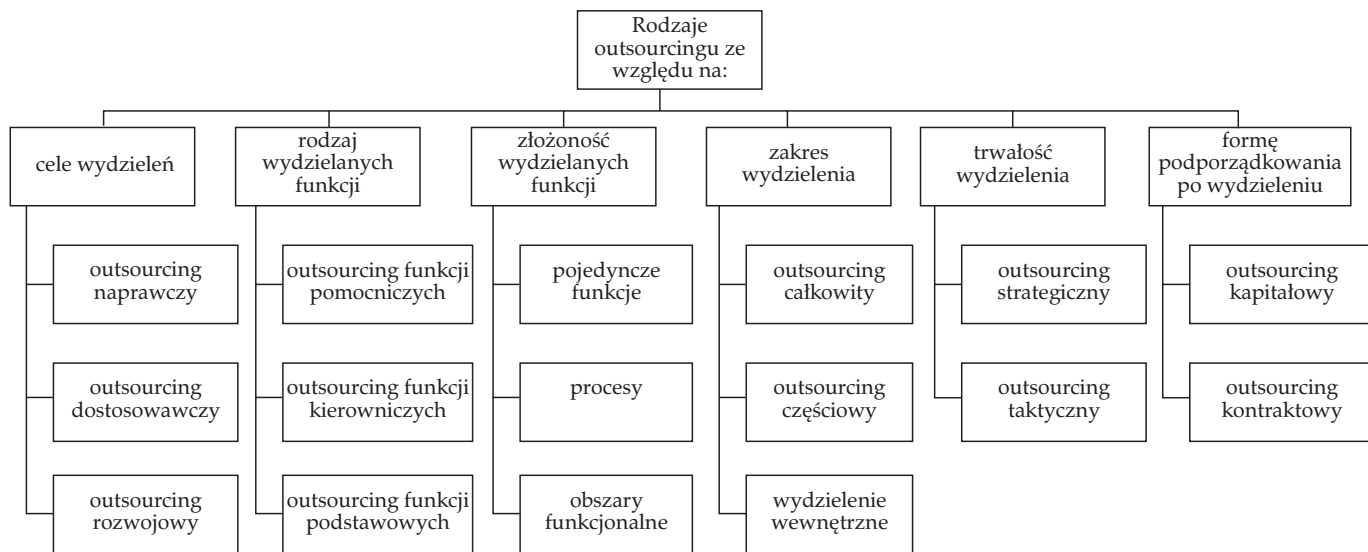
[Brown, Wilson, 2005]. Partnerstwo taktyczne sprowadza się w swej istocie do ograniczenia operacyjnych kosztów działania. Wyższą formą jest partnerstwo strategiczne, ponieważ w tym przypadku głównym celem współpracy jest aspekt jakości [Quinn, Hilmer, 1994]. Odbiorca usług poszukuje wówczas wyspecjalizowanego we wskazanym zakresie dostawcy usług. Partnerstwo to, w porównaniu do poprzedniej formy, koncentruje się na długotrwałej współpracy, ponieważ podejmowane działania integracyjne wymagają tego rodzaju współdziałania i wzajemnego uczenia się. Partnerstwo strategiczne powinno być oparte na sojuszu między partnerami biznesowymi [Zineldin, Bredenlów, 2003]. Potwierdzają to również Pia Nieminen i Josu Takala [2006]. Tego typu sojusz pozwala zdobyć szybszą kontrolę nad rynkiem, a także zwiększyć rentowność. Z kolei formą współpracy zacierającą praktycznie podział na dostawcę i odbiorcę usług jest partnerstwo transformacyjne, gdyż realizowana współpraca przybiera nie tylko, tak jak w partnerstwie strategicznym, dwukierunkową, lecz także pionową postać. Jest to zależność dwukierunkowa horyzontalna, bazująca na współpracy opartej na zaufaniu co do odpowiedzialnego i skorelowanego rozwoju.

4.2. Rodzaje i cechy outsourcingu

W wyniku prowadzonych analiz zarówno w ujęciu teoretycznym, jak i z wykorzystaniem empirycznych wdrożeń outsourcingu można pokusić się

o stwierdzenie, że w zależności od przyświecającej nam idei dotyczącej zastosowania takiego rozwiązania można wyróżnić różne rodzaje outsourcingu. W sposób kompleksowy takiego zestawienia dokonał M. Trocki [2001a] (zob. rys. 4.3), co niewątpliwie przekłada się na zróżnicowaną metodykę wykorzystania outsourcingu. Co prawda, jak widać na rysunku 4.3, główną przesłanką jest cel wydzielenia, rodzaj czy złożoność wydzielanych funkcji, zakres ich wydzielenia i trwałość, a także forma podporządkowania po wydzieleniu, to jednak zdaniem autorów niniejszego opracowania outsourcing może być wykorzystany zarówno w celu poprawy, jak i naprawy obecnej sytuacji przedsiębiorstwa. Każde przedsiębiorstwo, w tym również przedsiębiorstwa sektora ochrony zdrowia, przechodząc różne koleje losu, dążą do rozwoju. Aby móc dobrać adekwatne rozwiązanie organizacyjne dla danej firmy, należy być świadomym potencjalnych w tym względzie rozwiązań.

Zestawienie przedstawione na rysunku 4.3 nie budzi większych wątpliwości interpretacyjnych. Z tego też względu ujęte tam formy nie zostaną scharakteryzowane w całości. Należy jednak podkreślić, że każde działanie polegające na wydzieleniu części działalności wiąże się z jej restrukturyzacją. Może mieć ona charakter w skrajnej postaci przywrócenia lub poprawy poprzedniej kondycji finansowej. W pewnych sytuacjach, dotyczących np. zmiany oczekiwań rynku, restrukturyzacja przybiera postać dostosowawczą. Powszechnie stosowanym kryterium jest wydzielenie funkcji, procesów bądź obszarów działania, pamiętając przy tym o możliwości zrezygnowania z podejmowania działań na rzecz zlecenia zewnętrznego. Każda z tych klasyfikacji może cechować się różnym zakresem. W tym miejscu warto dokonać rozszerzenia klasyfikacji o podział uzupełniający, dokonany przez Sandy Allen i Ashoka Chandrashekara [2000], który bazuje na outsourcingu pracy oraz outsourcingu pełnym i mieszanym. Odnosi się on do tzw. zakresu service-mix i dopełnia powyższą klasyfikację. Można odnieść wrażenie, że jeśli dostawca usług zewnętrznych dostarcza wszystkich komponentów niezbędnych w procesie service-mix, to jest to najlepsze rozwiązanie (outsourcing całkowity). Jednak w praktyce gospodarczej najważniejsze jest, aby wybrane rozwiązanie odpowiadało na uwarunkowania funkcjonowania danego przedsiębiorstwa. Z praktycznego punktu widzenia wybierane są takie formy mieszane, które sprowadzają się do podziału zadań między dostawcą a odbiorcą usług zewnętrznych. W każdym przypadku konieczna jest integracja usług realizowanych przez dostawcę na rzecz odbiorcy. Odbiorcy usług trudno jest doprowadzić do jednoznacznego wyegzekwowania odpowiedzialności za jakość realizowanej usługi, szczególnie z procesem podstawowym. Jako przykład może posłużyć zintegrowanie usług zewnętrznego dostawcy opakowań kartonowych na rzecz przedsiębiorstwa farmaceutycznego. Doprowadzenie do



Rysunek 4.3. Rodzaje outsourcingu

Źródło: [Trocki, 2001a, s. 60].

skutecznego wdrożenia tego procesu wiąże się z ogromnym wysiłkiem logistycznym, a przede wszystkim integracyjno-koordynującym, gdyż dostawca opakowań musi wniknąć w ostatni etap procesu głównego produkcji leków. Należy jednak zauważyć, że dobrze rozwiązany problem może stanowić wartość dodaną dla obydwu partnerów, ponieważ w wyniku właściwego przepływu informacji oraz współpracy, szczególnie na gruncie rozwiązywania zaistniałych trudności, można doprowadzić do skrócenia przebiegu procesów, podnosząc jednocześnie efektywność realizowanych działań [Sanders *et al.*, 2007]. Problemów tych jednak przybywa wraz ze wzrostem specjalizacji działań. Podobnie wygląda sytuacja w podmiotach leczniczych korzystających z obcego oprogramowania, np. w zakresie dokumentacji medycznej. Czasem interesy te są rozbieżne. Dostawca usług, nawet jeśli zna potrzeby odbiorcy, m.in. prawne czy zarządcze, to np. w zakresie możliwości generowania specyficznych zestawień unika podejmowania jakichkolwiek kroków, począwszy od informowania partnera, po podjęcie działań rozwiązujących problem. Przykładem zarządczych potrzeb może być możliwość generowania przez system pacjentów należących do danej grupy dyspenseryjnej. Inny reprezentatywny przykład wynikający z uregulowań prawnych to szybka możliwość uruchomienia nakazanego rozwiązania, np. e-recept czy e-skierowań.

Innymi rodzajami outsourcingu, współwystępującymi praktycznie z każdą z jego pozostałych form, są outsourcing kontraktowy i kapitałowy. Opierają się one na zależności pomiędzy odbiorcą i dostawcą usług. Podjęcie tej decyzji powinno być pośrednio determinowane ustaleniami dotyczącymi rodzaju współpracy i czasu jej trwania. Budując rozwiązania strategiczne, należy dążyć do kreowania ścisłej formy współpracy (współpraca dwukierunkowa horyzontalna), podczas gdy czasowe formy współpracy wymuszają raczej rozwiązania w kontekście działań taktycznych (współpraca jednokierunkowa). Przykładem może być tutaj np. restrukturyzacja kosztowa. Ponieważ ostatecznie każdy rodzaj outsourcingu sprowadza się do zawarcia umowy o współpracy pomiędzy partnerami outsourcingowymi, w tablicy 4.1 przytoczone zostało zestawienie cech outsourcingu kontraktowego i kapitałowego.

Tablica 4.1. Porównanie outsourcingu kontraktowego z outsourcingiem kapitałowym

Kryteria	Outsourcing kontraktowy	Outsourcing kapitałowy
Funkcja	Wydzielana z przedsiębiorstwa macierzystego i przekazywana do realizacji niezależnemu podmiotowi	Wydzielana z przedsiębiorstwa macierzystego i przekazywana do jego spółki-córki
Pracownicy	Pracownicy przedsiębiorstwa macierzystego są zwalniani lub przenoszeni do innych działalności; funkcje realizują pracownicy niezależnego podmiotu	Pracownicy przedsiębiorstwa macierzystego przechodzą do spółki-córki
Majątek	Majątek przedsiębiorstwa macierzystego podlega sprzedaży lub likwidacji albo jest wykorzystywany do innej działalności; funkcja jest realizowana za pomocą majątku niezależnego podmiotu	Majątek przedsiębiorstwa macierzystego zostaje przekazany w formie zorganizowanej do spółki-córki
Organizacja	Organizacja wewnętrzna i zewnętrzna zostają zlikwidowane; niezależny podmiot stosuje własne rozwiązania organizacyjne; podporządkowanie organizacyjne zostaje zastąpione podporządkowaniem kontraktowym	Organizacja wewnętrzna jest przejmowana przez spółkę-córke; wewnętrzne podporządkowanie organizacyjne zostaje zastąpione podporządkowaniem kapitałowym
Uprawnienia i odpowiedzialność	Niezależny podmiot ma pełnię uprawnień i odpowiedzialności z tytułu realizacji funkcji	Spółka-córka uzyskuje pełnię uprawnień i odpowiedzialności w zakresie realizowanej funkcji
Zalety	1. Pełna swoboda doboru wykonawcy, efekty konkurencji 2. Ograniczenie zaangażowania i odpowiedzialności za realizację funkcji 3. Uproszczenie struktury, redukcja problemów zarządzania 4. Efekty specjalizacji	1. Unikanie zwolnień pracowników 2. Utrzymanie majątku w zorganizowanej formie 3. Większe możliwości kontroli 4. Możliwość odzyskania zainwestowanego kapitału poprzez odsprzedaż udziałów (akcji) spółki-córki 5. Możliwość planowania strategicznego działalności 6. Większa swoboda kształtowania cen 7. Nie występuje niebezpieczeństwo niedopasowania kulturowego

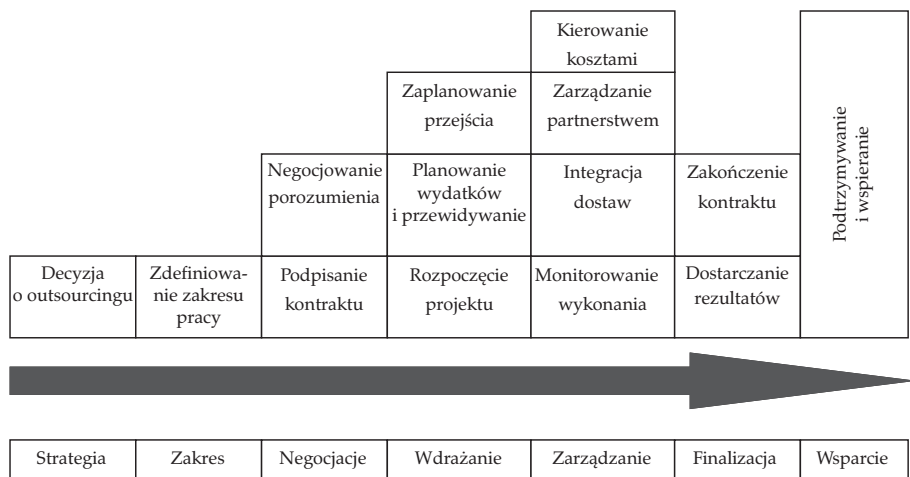
Wady	1. Konieczność zwolnień pracowników 2. Ewentualne straty z tytułu sprzedaży i/lub likwidacji majątku 3. Ograniczenie możliwości kontroli 4. Ograniczone możliwości planowania strategicznego działalności 5. Możliwe niedopasowanie kulturowe	1. Ograniczenie możliwości radykalnej zmiany sposobu działania 2. Odpowiedzialność właścicielska za wyniki 3. Ograniczona swoboda doboru wykonawcy, ograniczenie konkurencji 4. Dodatkowe nakłady związane z wydzieleniem
------	---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Trocki, 2001a, s. 87–184; 2001b, s. 7].

Zestawienie różnic pomiędzy tymi dwoma formami outsourcingu pokazuje, że żadna z nich nie jest idealna. Można zauważyć, że w przypadku outsourcingu kontraktowego podstawową zaletą jest wysoka efektywność kosztowa, np. ze względu na redukcję zatrudnienia czy koszty kształcenia. Natomiast jako jego główną wadę można podać ograniczenie kontroli procesu realizowanego poza strukturami przedsiębiorstwa. Z kolei outsourcing kapitałowy niweluje to zagrożenie, ale nie zapewnia odbiorcy elastyczności kosztowej i operacyjnej. Wykorzystanie obu tych form outsourcingu trzeba rozpatrywać łącznie z celami przyświecającymi definiowanym korzyściom. W tym wypadku analizie należy poddać cele strategiczne, rynkowe, ekonomiczne, organizacyjne i motywacyjne [Trocki, 2001a, s. 52].

4.3. Model oraz zakres zastosowania outsourcingu w ochronie zdrowia

Ze względu na swoje zalety outsourcing stał się bardzo popularną koncepcją. Jednakże już Audley Harris, Larry Giunipero i Tomas Hult [1998] akcentowali, że w przypadku zastosowania outsourcingu może nastąpić utrata kontroli, a nawet elastyczności funkcjonowania przedsiębiorstwa. Innym ogromnym zagrożeniem jest ryzyko poznania przez dostawcę usług *know-how* zlecającego, co może skutkować rozbudową przedsiębiorstwa partnera outsourcingowego i realizowaniem produktów w szerszym zakresie. Jedną z pełniejszych koncepcji outsourcingu przedstawili Douglas Brown i Scott Wilson [2005]. Opracowali oni model efektywnego stosowania tego mechanizmu, zwracając uwagę na jego procesowy charakter. Wynika on z konstrukcji modelu uwzględniającego etapy działania następujące po sobie sekwencyjnie



Rysunek 4.4. Model efektywnego outsourcingu według D. Browna i S. Wilsona

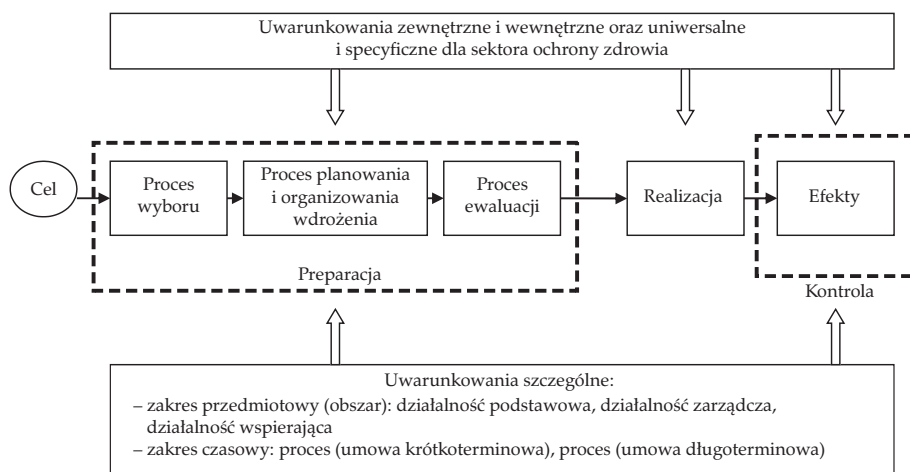
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Brown, Wilson, 2005, s. 26].

i wzajemnie się dopełniające. Autorzy modelu uznali, że aby outsourcing przyniósł spodziewane efekty, niezbędne staje się wnikliwe przeanalizowanie wnętrza przedsiębiorstwa. Analizie powinny zostać poddane takie aspekty, jak organizacja, kadry, finanse, sprawy własnościowe itp. Wydawać by się mogło, że jeśli zjawisko jest już badane prawie pół wieku, to proces wdrażania przedsięwzięć outsourcingowych będzie prostym działaniem [Dominguez, 2009, s. 61]. Okazuje się jednak, że nic bardziej mylnego. Nadal konieczne jest analizowanie zjawisk zachodzących w otoczeniu przedsiębiorstwa.

Model ten w założeniach miał również kłaść nacisk na efekty, jakie wywoła jego zastosowanie. Jednak badania prowadzone w polskich centrach klinicznych, podlegające uniwersytetom medycznym dowodzą, że potrzebny jest model zmodyfikowany. Powszechnie znane powiedzenie, że „w życiu jedyną niezmienną rzeczą jest zmiana” odnosi się bardzo trafnie do nowego paradygmatu zarządzania outsourcingowego. Konieczne staje się uwzględnienie nie tylko samego przebiegu procesu outsourcingu, ale również zmiennych determinujących w rezultacie jego zdefiniowane efekty. Badacze problemu, jak Jakub Drzewiecki [2012, s. 29–39], podkreślają potrzebę analizy determinant wpływających na proces outsourcingu. Zwrócenie uwagi na permanentne monitorowanie uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, zarówno ogólnych, jak i specyficznych dla sektora ochrony zdrowia, pozwoli wypracować coraz to lepsze rozwiązania dla menedżerów wykorzystujących ten model biznesu. Nie bez znaczenia z punktu widzenia efektywności zastosowania

outsourcingu jest też analiza uwarunkowań szczegółowych odnoszących się do czasu, na jaki została zawarta umowa, oraz do obszaru strukturalnego, z którego pochodzą outsourcowane działania.

Model przedstawiony na rysunku 4.5, oparty na cyklu działania zorganizowanego, bardzo mocno akcentuje cel oraz fazę preparacji, w której analizie poddawany jest proces wyboru outsourcowanego obszaru osadzonego głęboko w strategii przedsiębiorstwa. Następnym krokiem jest przejście do procesu planowania i organizowania wdrożenia outsourcingu. Jest to głównie przygotowanie dokumentacji wdrożeniowej, a także całkowite novum odnoszące się do procesu ewaluacji przedwdrożeniowej projektu. Badania dowiodły [Waśniewski, 2015], że te szpitale, które zastosowały ten element procesu przedwdrożeniowego, uzyskały lepsze efekty końcowe po zrealizowaniu projektu. W procesie wdrażania outsourcingu należy pamiętać, że jest ono obarczone konsekwencjami odbioru społecznego [Lewandowska, 2010, s. 141]. Jak zauważa Don Lowman [2009, s. 18], lekceważenie zmian w tym obszarze, szczególnie odnoszących się do rekonfiguracji organizacyjnej oraz kulturowej, może doprowadzić do utraty szans na sukces. Zarządzający muszą więc być świadomi, że spektrum zachowań własnych pracowników względem pracowników przedsiębiorstw zewnętrznych może przybrać formę od pełnego współdziałania po całkowity opór [Kopczyński, 2010, s. 112].



Rysunek 4.5. Model zastosowania outsourcingu opartego na cyklu działania zorganizowanego

Źródło: [Waśniewski, 2015, s. 199].

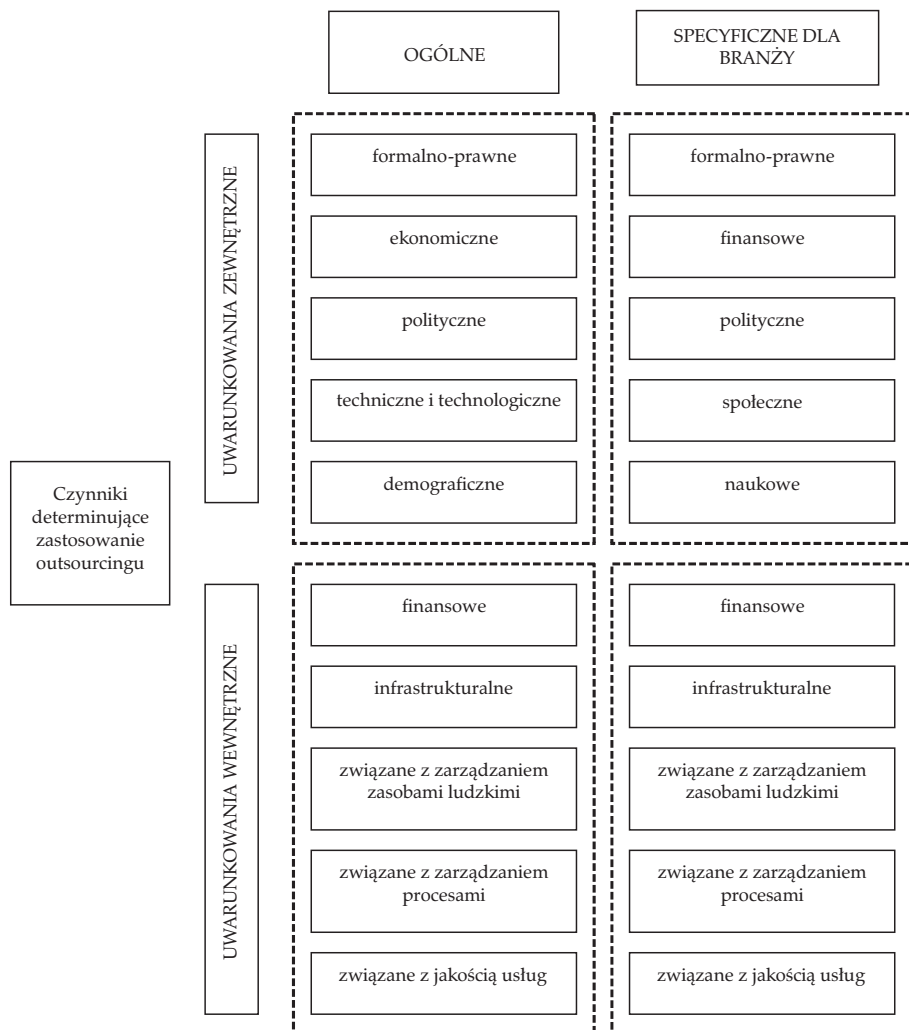
Tablica 4.2. Zachowania pracowników względem firmy zewnętrznej

Poziom konsensusu	Zachowania pracowników
Pełne uczestnictwo	Pracownik traktuje kooperację zewnętrzną jako pracę własną i zrobi wszystko, by postawione cele kooperacji zrealizować
Współudział	Pracownik rozumie konieczność współpracy z firmą zewnętrzną i pomaga w jej realizacji
Akceptacja	Pracownik akceptuje zamiar, lecz nie odczuwa zobowiązania do pomocy w jego realizacji
Tolerancja	Sytuacja neutralna – pracownik toleruje zewnętrznego dostawcę usług, ale nie czyni nic, by współpracę z nim poprzeć lub odrzucić
Bojkot	Pracownik nie chce mieć w ogóle do czynienia z firmą zewnętrzną i, co więcej, działa przeciwko niej, stosując bierny opór
Opozycja	Celem pracownika staje się udaremnienie działalności firmy zewnętrznej – dąży do tego za pomocą czynnego oporu (np. próby podważenia wiarygodności dostawcy usług)

Źródło: [Kopczyński, 2010, s. 112].

Rozpatrując w procesie wdrażania dużą liczbę czynników w sposób zindywidualizowany, bez uprzedniego ich pogrupowania byłoby to praktycznie niemożliwe i stanowiłoby błąd metodologiczny. Ważne jest, aby określić też strukturę wszystkich niezbędnych działań, dokonując przy tym ich systematyzacji w celu osiągnięcia oczekiwanych korzyści [Burkholder, 2006, s. 45–48]. Badacze zagadnienia zauważają jednak, że niezależnie od sektora, obszaru działania, zakresu czy formy współpracy kluczowym czynnikiem powodzenia jest precyzyjne sformułowanie pomiędzy partnerami outsourcingowymi umowy lub kontraktu outsourcingowego. Szczególny nacisk powinien być w nich położony na jasny i precyzyjny podział odpowiedzialności pomiędzy partnerami outsourcingowymi [Mol, 2007, s. 95–97]. Zaprezentowana próba sklasyfikowania czynników mających wpływ na proces decyzyjny dotyczący wykorzystania koncepcji outsourcingu (rys. 4.6) jest próbą zwrócenia uwagi, szczególnie menedżerów, na potrzebę szerokiego i systemowego analizowania uwarunkowań determinujących wybór rodzaju i sposobu wdrożenia outsourcingu.

Przedstawiony model odnosi się do wyspecyfikowania czynników istotnych w procesie decyzji outsourcingowych. Uwzględnia on zarówno czynniki ogólne (uniwersalne), jak i specyficzne dla branży w relacji do uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. Poddając analizie zakres tej konfiguracji, jako przykładowe można wymienić opisane niżej czynniki.



Rysunek 4.6. Grupy czynników determinujących zastosowanie outsourcingu

Źródło: [Waśniewski, 2015, s. 191].

W grupie czynników ogólnych zewnętrznych do najważniejszych można zaliczyć system polityczny i prawny, zewnętrzne standardy jakości, kwestie bezpieczeństwa danych osobowych czy własności intelektualnej. Równie istotne są czynniki ekonomiczne, takie jak sytuacja gospodarcza kraju i działalność kredytowa banków. Ważne są też czynniki wpływające na postęp techniczny i technologiczny, np. cyfryzacja, emisja zanieczyszczeń. Czynniki

demograficzne to przede wszystkim struktura społeczeństwa, przyrost naturalny i migracje.

Wśród czynników ogólnych wewnętrznych, będących uniwersalnymi dla wszystkich branż, można wyróżnić np. poziom inwestycji, rentowność, wartość firmy, stanowiących ich grupę finansową. Do czynników infrastrukturalnych zalicza się dostęp do zasobów, wyposażenie i rozwiązania logistyczne. Wśród czynników odnoszących się do zarządzania zasobami ludzkimi można wskazać jako przykładowe: system motywacyjny, system szkoleń pracowników, system ocen okresowych pracowników. W grupie tej można wyróżnić również czynniki dotyczące struktury organizacyjnej, procesów i jakości, takie jak hierarchia organizacyjna, obieg dokumentów, przebieg procesów pracy, zarządzanie ryzykiem, zarządzanie zmianą oraz jakościowe systemy wsparcia zarządzania.

W grupie ważnych czynników zewnętrznych specyficznych dla branży w przypadku ochrony zdrowia można wyróżnić m.in. normy sanitarne, certyfikację i akredytację. Za bezsporne należy uznać czynniki finansowe związane z przychodami i kosztami działalności medycznej, jak np. środki z NFZ-et. Podejmując decyzje w zakresie outsourcingu, należy zwrócić też uwagę na czynniki polityczne i społeczne, takie jak np. polityka zdrowotna państwa, wartości i dyscyplina społeczna. Obszar tych czynników zamykają czynniki naukowe, odnoszące się głównie do środowiska medycznego w zakresie dostępności kadry medycznej i badań klinicznych.

Po stronie czynników wewnętrznych specyficznych dla branży należy uwzględnić poziom zobowiązań, koszty amortyzacji, liczbę oraz jakość sprzętu diagnostycznego i leczniczego. Czynniki dotyczące personelu obejmują m.in. poziom satysfakcji z pracy, liczbę i oddziaływanie związków zawodowych, a także poziom komunikacji. W przypadku czynników odnoszących się do procesów oraz jakości usług za podstawowe uznaje się zależność od organu założycielskiego, transport medyczny, ochronę danych osobowych, bezpieczeństwo pacjentów i posiadane certyfikaty.

Rosnące koszty działalności podmiotów medycznych będących pochodną coraz droższych technologii medycznych oraz niedobory siły roboczej w starzejących się społeczeństwach, a przy tym rosnący poziom konkurencji powodują szukanie nawet drobnych oszczędności. Jednak dobrze prowadzony, szczególnie proces doboru dostawców outsourcingowych, może przyczynić się do usprawnienia działalności przedsiębiorstwa (projektu), a w konsekwencji do właściwego budowania szeroko rozumianej przewagi konkurencyjnej powodującej zadowolenie klienta [Power, Desouza, Bonifazi, 2008, s. 21]. Przykłady krajów rozwiniętych, takich jak chociażby Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i Zjednoczone Królestwo, udowadniają, że nawet publiczna opieka

zdrowotna kontraktuje usługi podmiotów zewnętrznych [Timmins, 2005]. Na uwagę należy mieć również wnioski z badań prowadzonych przez Andrew Kakabadse i Nadę Kakabadse [2002] mówiące o tym, że dla amerykańskich korporacji liczy się głównie zwiększenie wartości dodanej, natomiast korporacje europejskie, stosując outsourcing, dążą przede wszystkim do uzyskania efektu skali. Kontraktowanie usług zewnętrznych widoczne jest też w krajach o niższym poziomie dobrobytu [Liu *et al.*, 2004, s. 8]. Należy jednak zauważyć, że w procesie decyzyjnym dotyczącym outsourcingu podnosi się kwestie obniżenia kosztów, podczas gdy w rzeczywistości nie były one oparte na żadnej wiarygodnej analizie, w szczególności finansowej [Menachemi *et al.*, 2007]. W państwach wykorzystujących outsourcing w ochronie zdrowia w dużym stopniu zwiększa się odsetek kontraktowania procesów działalności podstawowej w zakresie leczenia i diagnostyki [Billi, Pai, Spahlinger, 2007].

Podsumowując, outsourcing jest obecnie koncepcją wykorzystywaną we wszystkich branżach. Mechanizm ten szczególnie popularny stał się w systemie ochrony zdrowia, przede wszystkim dzięki swoim zaletom. Ochrona zdrowia w każdym państwie stanowi jeden z głównych filarów bezpieczeństwa narodowego. Państwo, realizując konstytucyjny obowiązek zabezpieczenia ochrony zdrowotnej, przeznacza na ten cel określone środki publiczne. Jednakże z reguły są one niewystarczające. W związku z tym podmioty lecznicze w Polsce zmuszone są do optymalizacji swoich zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych w celu sprostania wymogom rynku, który za sprawą ograniczonych funduszy staje się coraz bardziej konkurencyjny. Podejmując decyzje dotyczące optymalizowania rozwiązań organizacyjnych, wybiera się te, które cechują się wzrostem efektywności działania. Niestety bardzo często nie mają one charakteru systemowego, co przekłada się na osiągnięcie słabszych efektów.

5. Lean Management

5.1. Istota i definicja Lean Management

Organizacje, podobnie jak ludzie, mają swój cykl życia. Rozwój każdej organizacji jest inny, wyjątkowy, ale pewne jej składowe są analogiczne. Wraz z rozwojem organizacja rośnie. Dosłownie – powiększa się – zatrudnia więcej pracowników, działa na nowych rynkach i/lub wśród coraz większej liczby branż. Zwykle oznacza to rozbudowaną i wielopoziomową strukturę. Z czasem jednak organizacja przestaje być elastyczna, prężna i ostatecznie konkurencyjna. Tak samo jak ludzie – w pewnym momencie życia nie są już tak wydolni i potrzebują wsparcia, np. kuracji odchudzającej. W związku z tym, pod koniec XX w. zaczęto poszukiwać nowych rozwiązań, które pozwoliłyby na przywrócenie takim organizacjom „dobrej formy”. Jedną z coraz powszechniej wykorzystywanych w tym celu koncepcji jest Lean Management.

Koncepcja Lean Management to tworzenie prostych i transparentnych struktur organizacyjnych przedsiębiorstwa oraz położenie nacisku na optymalne wykorzystanie najcenniejszego z zasobów – pracy. W praktyce przekłada się to na eliminowanie z łańcucha produkcyjnego tych czynności, które nie dodają wartości wytwarzanemu produktowi lub oferowanej usłudze [Womack, Jones, 2003]. Inaczej mówiąc, Lean Management to działania restrukturyzacyjne mające na celu zwiększenie produktywności przy jednoczesnym zachowaniu (lub poprawie) jakości finalnego produktu. Takie postępowanie powinno przełożyć się też na skuteczność działania przedsiębiorstwa przejawiającą się poprawą wskaźnika ekonomiczności działalności gospodarczej danej firmy.

Termin „Lean Management” nie znalazł do tej pory swojego polskiego odpowiednika. Najbliższe wydaje się być tłumaczenie tego określenia jako „odchudzone/szczupłe zarządzanie” [IHI, 2005]. Prekursorem tej koncepcji był Henry Ford. Wdrażając w swoich fabrykach taśmowy montaż samochodów, stworzył podwaliny pod Lean Management. Z pomysłów tych i założeń

skorzystała później Toyota. W zakładach tego japońskiego koncernu postawiono na dwa filary „odchudzonego zarządzania”: jidoka oraz Just-in-Time. Pierwsza z zasad zakłada natychmiastowe zatrzymanie linii produkcyjnej w przypadku pojawienia się jakiegokolwiek błędu. Robi się tak, aby nie dopuścić do generowania wadliwych (zbędnych) komponentów. Z kolei w myśl koncepcji Just-in-Time poszczególne komponenty powinny być produkowane i dostarczane w ilości nie większej od aktualnie wymaganej przy danym wolumenie produkcji; w ten sposób zapobiegano powstawaniu niepotrzebnych (i kosztownych) zapasów. Wraz z udoskonalaniem procesów produkcji powstał Toyota Production System. Koncentruje się on na eliminacji wszelkiego marnotrawstwa (muda) w systemie produkcyjnym japońskiego koncernu. W tym celu zidentyfikowano osiem obszarów, w których może dojść do potencjalnych strat [Ohno, 2008, s. 17]:

- nadprodukcja – wytwarzanie nadmiernej ilości (pół)produktów lub zbyt szybka produkcja w stosunku do potrzeb;
- zbędny ruch – nieuzasadniona konieczność przemieszczania się w obrębie łańcucha produkcyjnego, związana z suboptymalnym rozmieszczeniem stanowisk pracy;
- oczekiwanie – długie okresy bezczynności personelu, maszyn oraz surowców i półproduktów;
- zbędny transport – przemieszczanie elementów łańcucha produkcyjnego częściej niż jest to konieczne;
- zapasy – nadmierne nagromadzenie surowców, półproduktów i gotowych wyrobów;
- wady – w zakresie wyrobów, dokumentacji, dostaw i procedur;
- nadmierna obróbka – zbędne, nieefektywne kroki w procesie obróbki;
- niewykorzystany potencjał pracowników.

Kolejnym krokiem było wdrożenie odpowiednich narzędzi, zapobiegających generowaniu wyżej wymienionych strat.

Sukces Toyoty poskutkował zainteresowaniem metodami produkcji i zarządzania wykorzystywanymi w tej organizacji. Stosowane w praktyce rozwiązania legły u podstaw naukowej koncepcji Lean Management. Jej twórcami są Amerykanie: James P. Womack, Daniel T. Jones i Daniel Roos. W swojej pracy opublikowanej w 1991 r. dokonali oni porównania efektywności kosztowej przedsiębiorstw amerykańskich, europejskich oraz japońskich i na tej podstawie wskazali Toyota Production System jako skuteczny przykład wdrożenia Lean Management [Womack, Jones, 2003].

5.2. Założenia Lean Management

Mimo że pierwotnie Lean Management odnosił się do obszaru produkcji, obecnie stosowany jest również w innych obszarach organizacyjnych. Koncepcja jest wykorzystywana w obszarach zaopatrzenia i zbytu, a także organizacji i zarządzania przedsiębiorstwem. Współczesny Lean Management opiera się na czterech założeniach [Womack, Jones, 2003], takich jak:

- elastyczność struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa;
- ciągłe doskonalenie organizacji poprzez szkolenie jej pracowników;
- wyodrębnienie zorientowanych zadaniowo małych jednostek organizacyjnych i zespołów;
- podział odpowiedzialności.

W oparciu o powyższe założenia realizowane są cztery, wzajemnie ze sobą powiązane cele organizacji:

- skrócenie cyklu produkcyjnego i jego integracja;
- zapewnienie terminowości dostaw poprzez zacieśnienie współpracy z dostawcami;
- minimalizacja poziomu zapasów;
- maksymalizacja wykorzystania zdolności produkcyjnych.

„Odchudzone zarządzanie” wymusza myślenie kategoriami Lean wśród wszystkich pracowników przedsiębiorstwa. Wiąże się z tym konieczność odpowiedniej ingerencji w kulturę organizacji. Lean Management poprzez nacisk na zwiększenie zaangażowania wszystkich pracowników w proces produkcyjny, poprzez delegowanie zadań oraz zwiększenie dostępu do informacji i wiedzy pozwala na integrację pracowników z organizacją, poprawę efektywności, a co za tym idzie, na poprawę pozycji konkurencyjnej. W tabelicy 5.1 zaprezentowano różnice pomiędzy „typową” kulturą organizacyjną a kulturą Lean.

Jak już wspomniano, u podstaw koncepcji Lean Management leży zasada Just-in-Time. Jej stosowanie ma zapobiegać stratom wynikającym z nagromadzenia zbędnych zapasów. Optymalizacja produktywności przedsiębiorstwa może być dokonana poprzez wykorzystanie również innych metod, takich jak np. omówiony już outsourcing [Fiume, Cunningham, Adams, 2003].

Poprawa jakości wyrobu lub usługi jest jedną z pochodnych stosowania koncepcji Lean Management. Proces ten następuje na skutek odejścia od kontroli gotowego wyrobu na rzecz kontroli poprzedzającej, statystycznej kontroli jakości oraz dzięki optymalizacji procesu produkcyjnego. Postępowanie takie jest zgodne z koncepcją budowania jakości zaproponowaną przez Edwardsa W. Deminga. Zatem Lean Management idealnie wpasowuje się we

Tablica 5.1. Różnice pomiędzy tradycyjną kulturą organizacyjną a kulturą Lean

Zmienna	Tradycyjna kultura organizacyjna	Kultura Lean
Struktura organizacyjna	tradycyjna, hierarchiczna, scentralizowana i sformalizowana	zespoły interdyscyplinarne
Rola kierownictwa	zarządzanie	nauka i wsparcie
Miernik sukcesu	dorównanie konkurencji	optymalizacja procesu, redukcja strat
Przyczyny błędów	wskazanie winnego	analiza przyczynowo-skutkowa
System nagradzania	indywidualny	zespołowy
Relacje z dostawcami	antagonistyczne	sojusznicze
Dostępność informacji	strzeżone przed pracownikami	dostępne dla pracowników
Redukcja kosztów	zwiększenie skali produkcji	ograniczenie strat
Orientacja	na organizację	na klienta
Siła napędowa	wiedza ekspercka	proces

Źródło: [Fiume, Cunningham, Adams, 2003].

współczesne koncepcje zarządzania ukierunkowanego na budowanie satysfakcji klienta i optymalizację jakości oferowanego mu produktu końcowego.

Ostatecznie można powiedzieć, że „szczupłe podejście” wyróżnia pięć zasad. Mogą się one odnosić do poziomu całej organizacji, poszczególnych procesów lub danego stanowiska pracy [Hines, Taylor, 2003, s. 8]:

- określ, które z czynności przynoszą wartość z punktu widzenia klienta;
- zidentyfikuj wszystkie czynności obecnie niezbędne do wytworzenia produktu wzdłuż całego łańcucha wartości; pozwoli to zidentyfikować kroki będące marnotrawstwem;
- stwórz nowy łańcuch wartości, wolny od marnotrawstwa w postaci przestojów, zakłóceń, powrotów itp.;
- rób to, czego wymaga klient;
- dąż do perfekcji, usuwając identyfikowane przyczyny marnotrawstwa.

5.3. Narzędzia Lean Management

Proces wdrożenia Lean Management nie jest ani prosty, ani szybki. Wymaga zastosowania szeregu narzędzi wspierających. Zakres ich wykorzystania jest uzależniony od specyfiki danej organizacji i modyfikowanych procesów.

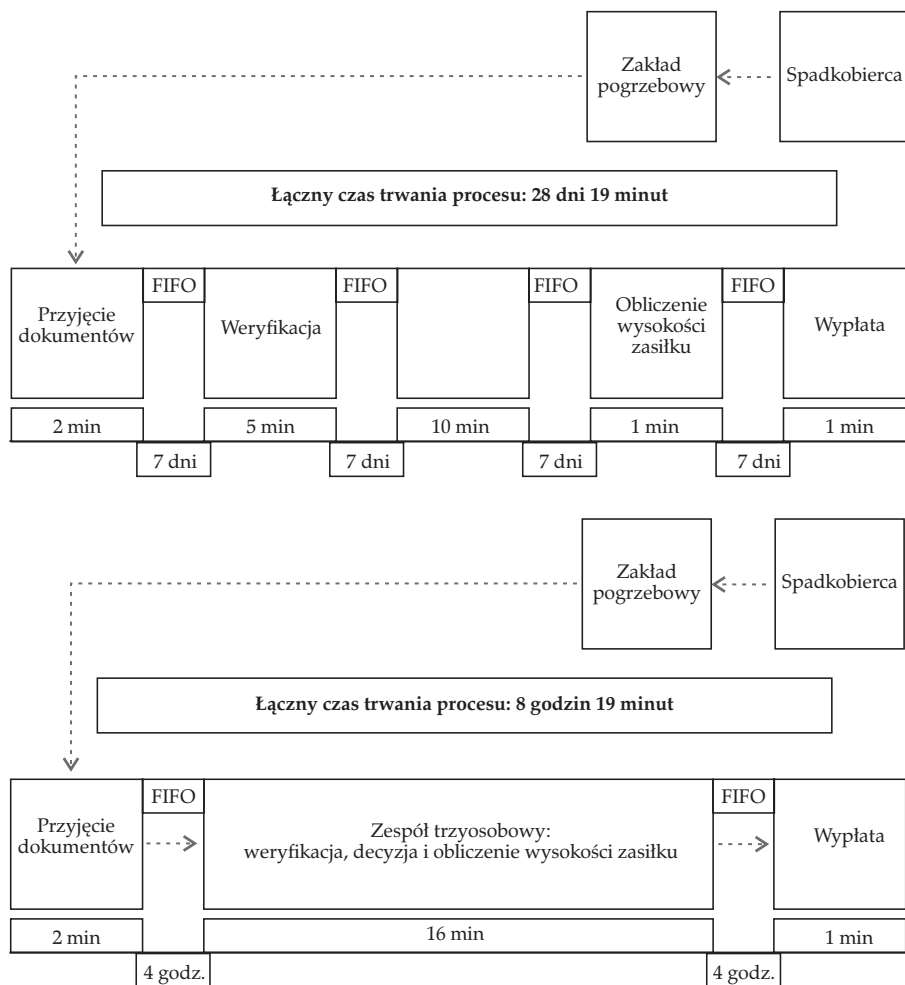
W skład koncepcji Lean wchodzi kilkadziesiąt różnych narzędzi i bardzo trudno jest stworzyć z nich jedną sprecyzowaną klasyfikację [Żebruński, Kruczek, 2018, s. 260]. Duża liczba narzędzi Lean sprawia, że przedsiębiorstwo może nie być w stanie wprowadzić ich wszystkich lub nawet większości z nich w tym samym czasie. Poniżej została przedstawiona klasyfikacja narzędzi Lean według kryterium obszaru [Pawłowski, Pawłowski, Trzcieliński, 2010]:

- rozwój wyrobu i wprowadzanie go na rynek – inżynieria współbieżna, kantonizacja wyrobu, projektowanie modułowe, projektowanie dla wytwarzania, rozwinięcie funkcji jakościowych;
- analiza systemu i mapowanie – takt time, dynamika systemów, analiza udziału produktu, mapowanie marnotrawstwa, mapowanie strumienia wartości, analiza systemów miękkich;
- doskonalenie – ciągłe doskonalenie, 5S, kaikaku, standaryzacja, inżynieria wartości i analiza wartości, kaizen, TPM, OEE, 5Why, reinżynieria procesów;
- produkcja – kanban, wielkość partii, redukcja czasu przebrojenia, sekwencjonowanie produkcji, heijunka, technologia obróbki grupowej, gniazda potokowe, wizualizacja i sygnały dźwiękowe, punkt kontroli produkcji, wąskie przekroje;
- jakość – model kano, jidoka, poka yoke, statystyczna kontrola jakości, Six Sigma, kontrola poprzedzająca;
- zaopatrzenie i dystrybucja – partnerstwo dostawców, stowarzyszenia dostawców, integracja dostaw;
- ludzie – otwarta księga, zarządzanie zmianami.

W dalszej części szczegółowiej zostaną omówione wybrane narzędzia Lean Management.

Mapowanie strumienia wartości (Value Stream Mapping, VSM)

To analiza mająca na celu zgromadzenie danych na temat rzeczywistego przepływu elementów fizycznych i informacji w procesie produkcyjnym. Na tej podstawie identyfikuje się te elementy procesu, które tworzą wartość dodaną dla klienta organizacji, oraz eliminuje czynności zbędne – generujące straty i nieposiadające wartości dodanej [Rother *et al.*, 2003]. Przykładowe wykorzystanie VSM do optymalizacji procesu wypłacania zasiłków pogrzebowych krewnym zmarłego przedstawiono na rysunku 5.1. Mapowanie łańcucha wartości pozwoliło zidentyfikować przyczyny i miejsca przestojów, a wdrożenie filozofii Lean przyczyniło się do znaczącego skrócenia tzw. czasu przejścia



Rysunek 5.1. Przykładowe wykorzystanie mapowania łańcucha wartości do optymalizacji procesu wypłacania zasiłku pogrzebowego krewnym zmarłego (u góry proces przed optymalizacją, u dołu – po optymalizacji)

Źródło: [Waśniewski, 2013, s. 102].

dokumentów (czasu upływającego od momentu zakupu surowców do chwili sprzedaży finalnego produktu) i jego relacji do rzeczywistego czasu realizacji czynności. Jednak w myśl zasady ciągłego doskonalenia to dopiero początek „wyszczuplania”. W systemie produkcyjnym Toyoty te 8 godzin to oczywista munda.

W idealnie zaprojektowanym procesie usługowym powinny znaleźć się wyłącznie elementy niosące wartość dla klienta, wystandaryzowane i pozbawione ryzyka opóźnień, które można połączyć w nieprzerwany ciąg. Przeprojektowanie procesów w oparciu o VSM niewątpliwie przekłada się na wzrost satysfakcji klientów, a także generuje znaczne oszczędności.

Optymalne utrzymanie ruchu (Total Productive Maintenance, TPM)

Metoda ta koncentruje się na zwiększeniu dostępności urządzeń krytycznych dla danego procesu. Krytyczne urządzenia w podmiotach leczniczych to np. respiratory, tomografy. W ramach tego narzędzia dąży się do minimalizacji liczby:

- awarii;
- braków produkcyjnych;
- wypadków przy pracy [Marchwiński, Shook, Schroeder, 2010, s. 10].

Poziom „3 zer” można osiągnąć poprzez skuteczne wykorzystanie reguł 5S (sortowanie, systematyka, sprząatanie, standaryzacja oraz samodyscyplina/samodoskonalenie). Pozwoli to na zmianę podejścia do nadzoru nad maszynami z reakcyjnej na predykcyjną [Kagan, 2012].

Metoda 5W (5 Why? – 5 × Dlaczego?)

Jest to jeden z podstawowych składników koncepcji Lean Management, decydujący o umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Pozwala na wykrywanie przyczyn problemów. Dzięki zadaniu kilku pytań „dlaczego?” mamy możliwość identyfikacji zaburzeń w przebiegu procesu, ustalenia przyczyn problemu, przyczyn jego niezauważenia oraz znalezienia rozwiązania. Podobnie jak większość elementów Lean Management metoda 5W wywodzi się z Toyota Production System. Zaletą tej metody jest uniwersalny charakter, umożliwiający jej wykorzystanie praktycznie w każdym przedsiębiorstwie. Metodologia 5W nie wymaga specjalistycznego przygotowania pracowników, a przy okazji uczy ich analitycznego myślenia. Niemniej warto pamiętać, że prawidłowe wykonanie analizy 5W wymaga przestrzegania następujących zasad [Brożyńska *et al.*, 2014, s. 33]:

1. Konieczne jest prawidłowe sformułowanie i zapisanie problemu, a także jego zrozumienie przez uczestników.
2. Należy dbać o logikę ciągu przyczynowo-skutkowego oraz odróżnienie przyczyn od objawów. Aby upewnić się, że przyczyny źródłowe

na pewno prowadzą do błędu, można odwrócić powstałe w analizie zdania za pomocą wyrażenia „i dlatego”.

3. Analizę należy wykonywać krok po kroku, nie przeskakiwać od razu do konkluzji. Przyczyn należy szukać w procesach, nie w ludziach. Błędem jest określać przyczynę źródłową jako „błąd ludzki”, „nieuwagę pracownika” itp.
4. Należy pytać „dlaczego” aż do określenia przyczyny źródłowej, a zatem takiej, której eliminacja sprawi, że błąd już nie wystąpi.
5. Poleca się wykonywać analizę na papierze czy tablicy zamiast na komputerze.
6. Niezbędne jest zaangażowanie kierownictwa, moderatora oraz prawidłowo dobranej grupy.
7. Ważna jest atmosfera szczerości i zaufania.

Redukcja czasu przebrojenia maszyny (Single Minute Exchange of Die, SMED)

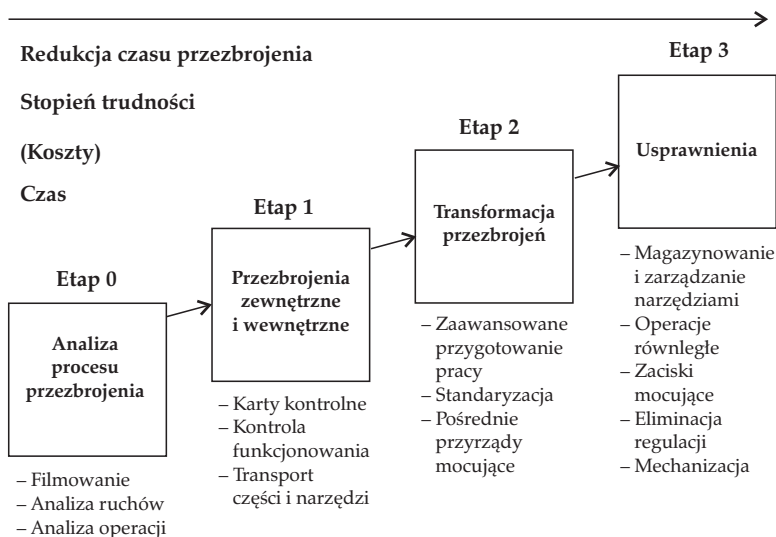
Celem tej metodyki jest skrócenie czasu, w którym maszyny nie są wykorzystywane w procesie produkcyjnym. Powinno się to odbywać poprzez taki podział i uproszczenie całego procesu, aby przebrojenia dokonywane były z użyciem jak najmniejszej liczby narzędzi. Można wyróżnić:

- przebrojenia wewnętrzne – wszystkie czynności wymagające wyłączenia maszyny;
- przebrojenia zewnętrzne – działania, które można wykonać przed wyłączeniem maszyny lub po jej ponownym uruchomieniu.

Istotą SMED może być zarówno optymalizacja procedur przebrojenia zewnętrznego, a więc maksymalizacja liczby procedur przebrojenia realizowanych w trakcie cyklu pracy maszyny, jak i skrócenie czasu przebrojenia wewnętrznego na drodze modyfikacji technologicznych urządzeń oraz działań organizacyjnych. Co ciekawe, doświadczenia uzyskane w różnych branżach pokazują, że obszarem o największym potencjale do generowania oszczędności są organizacja procesu przebrojenia i organizacja miejsca pracy [Kagan, 2012]. Rysunek 5.2 przedstawia etapy reorganizacji procesu przebrojenia.

Dzięki SMED organizacja osiąga szereg wymiernych korzyści, w tym:

- zwiększa elastyczność produkcji poprzez zmniejszenie partii produkcyjnych i związane z tym skrócenie czasu reakcji na zmienne zamówienia klienta;
- obniża poziom zapasów materiałów i surowców, półproduktów i wyrobów gotowych;



Rysunek 5.2. Etapy implementacji SMED

Źródło: [Kagan, 2012].

- skraca czas przejścia wyrobu przez strumień wartości firmy i wynikającą zeń poprawę płynności finansowej;
- optymalizuje kontrolę procesu przezbroyenia, skutkującą poprawą standardów pracy oraz bezpieczeństwa i stabilności procesu;
- zapewnia wyższą produktywność przezbroyanych maszyn i procesów;
- podnosi standardy organizacji stanowiska pracy;
- zapewnia wyższą jakość produktów;
- dba o lepszy komfort pracy przy przezbroyeniach.

Just-in-Time (JIT, z ang. „dokładnie na czas”)

Metodyka ta ma na celu optymalizację zwrotu z inwestycji poprzez zmniejszenie liczby zapasów gromadzonych na poszczególnych etapach procesu produkcyjnego. Dzieje się tak dzięki dostarczaniu procesowi produkcyjnemu wszystkich potrzebnych elementów w wymaganym momencie i w wymaganej ilości. Wdrożenie metodologii JIT bez straty dla ciągłości i jakości procesu produkcyjnego wymaga zarządzania stanami magazynowymi. Celem jest całkowite wyeliminowanie magazynów przedprodukcyjnych, międzyoperacyjnych oraz wyrobów gotowych. JIT może być wspomagana metodami pomocniczymi, takimi jak wspomniane wcześniej 5S czy metodyka kanban (z jap.

„widoczny spis”). Kanban to metoda sterowania zapasami w oparciu o analizę kart poszczególnych wyrobów. Jej istotą jest zasada odnosząca się do eliminacji – czyli „7 × żadnych”:

- żadnych braków produkcyjnych;
- żadnych opóźnień;
- żadnych zapasów;
- żadnych kolejek;
- żadnych beczynności;
- żadnych zbędnych operacji technologicznych i kontrolnych;
- żadnych zbędnych przemieszczeń.

U podstaw możliwości wdrożenia metody kanban oraz JIT leży zaangażowanie całego personelu, a także odpowiednia współpraca z dostawcami, usankcjonowana odpowiednimi umowami.

5.4. Lean Management w ochronie zdrowia

Lean Management wywodzi się z przedsiębiorstw produkcyjnych. Powstaje pytanie, na ile ta koncepcja mogłaby znaleźć zastosowanie w sektorze ochrony zdrowia. Uwarunkowaniom funkcjonowania i wyzwaniom stojącym przed menedżerami podmiotów leczniczych poświęcona została część pierwsza niniejszego opracowania. Omówione tam zagadnienia wskazują, że idea Lean Management jest bliska potrzebom współczesnych organizacji z obszaru ochrony zdrowia.

Doświadczenia z innych krajów oraz liczne przykłady pokazują, że zastosowanie metodologii Lean pozwala na [Waśniewski, 2013, s. 107]:

- obniżenie liczby błędów medycznych i częstości występowania zakażeń szpitalnych; tym samym zmniejsza się umieralność pacjentów;
- istotną redukcję czasu hospitalizacji i czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, w tym konsultacje specjalistyczne;
- zwiększenie satysfakcji pacjentów;
- wymierne oszczędności, m.in. związane ze zmniejszeniem zużycia materiałów medycznych i kosztów ich składowania.

Należy mieć świadomość, że opisane w pierwszej części niniejszego rozdziału działania z zakresu Lean Management nie mogą być bezkrytycznie przenoszone do sektora opieki zdrowotnej [Waśniewski, 2013, s. 108]. Mapując łańcuch wartości procesów związanych z ochroną zdrowia, trzeba pamiętać o obowiązujących procedurach i standardach terapeutycznych. Z podobnych

względów ograniczona jest możliwość wykorzystania ideologii kaizen¹. Bardzo duży potencjał drzemie w procedurach 5S, w podejściu analitycznym związanym z metodą 5W oraz w SMED. Dwie pierwsze metody mogłyby mieć ogromny wpływ na zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych i błędów medycznych. Natomiast redukcja czasu przebrojenia maszyny może być przydatna w kontekście skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyczne [Góral, 2012].

Obszarem podatnym na restrukturyzację i mogącym generować oszczędności jest zarządzanie zapasami. Współczesne uwarunkowania zarządzania placówkami opieki zdrowotnej pozwalają na daleko posuniętą optymalizację tego parametru [Waśniewski, 2013, s. 108]. Wdrożenie systemu identyfikacji pacjentów oraz podawanych im środków medycznych i leków, np. z wykorzystaniem skanerów kodów paskowych czy transponderów, umożliwia precyzyjne monitorowanie zużycia zasobów zgromadzonych w magazynie centralnym oraz na poszczególnych oddziałach.

Ważnym elementem dla udanego wdrożenia procedur Lean, również w polskich realiach, wydaje się wykorzystanie informacji epidemiologicznych i statystycznych. W ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, który jest odpowiedzią na potrzebę racjonalnego gospodarowania zasobami systemu ochrony zdrowia, w oparciu o rzeczywiste dane. W ramach projektu tworzone są dokumenty – mapy potrzeb zdrowotnych, które zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzana jest prognoza przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Projekt skierowany jest do kadry zarządzającej placówek ochrony zdrowia oraz dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym i krajowym. Dane i analizy wypracowane w ramach projektu powinny być pomocne (niestety nie są – według raportu NIK-u [2018] „zawierają szereg nierzetelnych, a często także nieaktualnych danych z lat 2012–2013. To oznacza, że w ograniczonym zakresie służą kreowaniu polityki zdrowotnej naszego kraju”) w pracy organów administracji rządowej i instytucji związanych z ochroną zdrowia, m.in.: Ministerstwa Zdrowia, sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia, centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, a także władz powiatowych i gminnych oraz urzędów wojewódzkich i marszałkowskich

¹ Zagadnienie to zostało opisane w dalszej części opracowania.

[Ministerstwo Zdrowia, 2018]². Ostatecznym beneficjentem będą też podmioty lecznicze. Doświadczenia szpitali praktykujących Lean Management pokazują, że popyt w służbie zdrowia jest przewidywalny, a każdego pacjenta można przypisać do jednej z kilku grup procedur terapeutycznych; zapotrzebowanie na procedury w ramach tych grup można bardzo dokładnie określić [Góral, 2012]. Ian Glenday zaobserwował, że około 50% wszystkich pacjentów zgłasza się do placówek opieki zdrowotnej ze schorzeniami, które wymagają wykorzystania zaledwie 5% procedur medycznych oferowanych przez te placówki, a w przypadku 95% chorych wykorzystywanych jest nie więcej niż 35% wszystkich typów dostępnych procedur. Powyższe obserwacje potwierdzono w jednym z wrocławskich szpitali. Przyjmowanych na co dzień pacjentów, o na pozór różnych dolegliwościach, zaklasyfikowano do zaledwie trzech grup procedur. Co więcej, wizyta każdego pacjenta, bez względu na grupę, trwała średnio tyle samo [Góral, 2012].

Mając na uwadze powyższe uwarunkowania oraz niewystarczającą ilość środków finansowych, konieczne staje się poszukiwanie rozwiązań redukujących marnotrawstwo. Tablica 5.2 przedstawia przykłady marnotrawstwa w szpitalach.

Tablica 5.2. Przykłady marnotrawstwa (muda) w szpitalach

Typ marnotrawstwa	Krótką charakterystyka	Przykłady (w odniesieniu do placówek szpitalnych)
Braki i błędy (wady jakościowe)	Czas poświęcony na nieprawidłowe wykonywanie jakiegoś działania, kontrolę i naprawę błędów	– zagubienie lub zniszczenie materiałów/leków – niedotrzymywanie terminów realizacji procedur – udzielanie błędnych/niekompletnych informacji – brak narzędzi na stole chirurgicznym – podanie pacjentowi nieodpowiedniego lekarstwa lub niewłaściwej dawki – wykonywanie niepotrzebnych procedur diagnostycznych

² Podstawa prawna: Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015. Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619).

cd. tabl. 5.2

Nadprodukcja	Wykonywanie większej ilości niż potrzebują klienci i/lub wcześniej niż potrzebują klienci	– generowanie informacji bez właściwego rozeznania potrzeb adresatów – wykonywanie niepotrzebnych procedur diagnostycznych – drukowanie kart wypisu ze szpitala wcześniej, niż jest to konieczne
Zbędny transport	Oczekiwanie na kolejne działania, decyzje, informacje	– oczekiwanie na pracowników, spowodowane niewłaściwym rozkładem pracy – oczekiwanie pacjentów na przyjęcie przez lekarza – przewlekłe postępowanie przy rejestracji – przesuwanie działań na najpóźniejszy dopuszczalny termin – wypełnione kosze/foldery poczty przychodzącej (papierowej i elektronicznej)
Zapasy	Nadmiar zapasów, generujący niepotrzebne koszty związane z zakupem, przechowywaniem i transportem, a także powodujący psucie się i konieczność utylizacji	– nadmiar materiałów (a w konsekwencji przeterminowane materiały, np. leków, które trzeba zutylizować) – obsługa faktur raz na tydzień
Zbędny ruch pracowników	Ruchy pracowników na stanowiskach pracy, których można uniknąć	– niewłaściwe zaaranżowanie placówki (np. laboratorium oddalone od SOR-u) – niewłaściwe rozmieszczenie przedmiotów (wyposażenia) na stanowisku pracy – nieuzasadnione wzywanie pracowników do osobistego stawiennictwa – słaba ergonomia stanowisk pracy (np. niepotrzebne schylanie, chodzenie, dźwiganie z powodu niewłaściwie zaaranżowanych stanowisk/pomieszczeń)
Nadmiar procesów (zbędne przetwarzanie)	Wykonywanie pracy, która nie dodaje wartości dla klienta (np. w celu spełnienia kryteriów jakościowych nieistotnych dla klienta), lub wykonywanie działań dłużej niż to przewidziane	– pieczątki z datą i godziną przystawiane na formularzach, które nie mają dla nikogo znaczenia – zbyt daleko idąca kontrola (wymóg zbyt wielu zatwierdzeń/akceptacji) – nadmierna sprawozdawczość – niepotrzebnie przedłużające się spotkania

Stracona kreatywność (zmarnowany potencjał ludzi, talent)	Marnotrawstwo i straty wynikające z nieangażowania pracowników lub angażowania osób nieposiadających wymaganych kwalifikacji, a także z ignorowania pomysłów pracowników czy z braku troski o ich rozwój	– brak systemu motywującego pracowników do poszukiwania usprawnień – niedoskonała praca zespołu – niewystarczające szkolenia interdyscyplinarne – zbyt ograniczona/nadmierna odpowiedzialność pracowników – brak wsparcia (np. pracownicy nie pomagają sobie nawzajem)
---	--	--

Źródło: [Bozarth, Handfield, 2007; Graban, 2011, s. 50].

Identyfikacja marnotrawstwa jest podstawą we wdrażaniu Lean Management. Podobnie w podmiotach leczniczych – umiejętność identyfikacji marnotrawstwa i jego typów powinna być pierwszym krokiem wdrażania koncepcji Lean. Zaraz potem można podjąć działania ograniczające marnotrawstwo. Eliminację marnotrawstwa warto rozpocząć od poziomu stanowiska pracy, a konkretniej od utrzymania właściwej organizacji na stanowisku pracy poprzez następujące rozwiązania wspierające utrzymanie porządku [Locher, 2012, s. 135]:

- system naprowadzania – odpowiednio ukształtowany obiekt, który naprowadza albo ustawia przedmiot we właściwej pozycji, co gwarantuje jego poprawne umiejscowienie, np. kosze do segregacji odpadów, których otwory zostały tak zaprojektowane, aby zapobiec wrzuceniu do nich niewłaściwych przedmiotów. W podmiotach medycznych używa się pojemników na odpady medyczne (igły, pipety, skalpele) o ostrych krawędziach – są to niewielkie pojemniki, których rozmiar zapobiega wrzuceniu do nich innych przedmiotów;
- szablony/lista kontrolna, wykorzystywane po to, aby przedstawić dokładną kopię przedmiotu albo zagwarantować jego właściwą pozycję – jest to lista elementów, które są niezbędne do zagwarantowania jakości. W opiece zdrowotnej jest to np. lista narzędzi chirurgicznych i materiałów wykorzystywanych w czasie zabiegu;
- czytniki i czujniki optyczne – urządzenia wykorzystujące wiązkę światła, aby potwierdzić obecność, pozycję lub wymiary przedmiotu bez jego niszczenia lub zmieniania. W opiece zdrowotnej mogą być to karty chipowe pacjenta, na których zapisane są dane lekarza prowadzącego, informacje o przebytych chorobach, zastosowanym leczeniu i przepisanych lekach – usprawnia to proces przyjmowania pacjenta do placówki służby zdrowia (kliniki, szpitala, przychodni) i eliminuje błędy (np. zaaplikowanie lekařstwa, które nie może być podawane z innym, wcześniej przepisany);

- system wykrywania niewłaściwego miejsca – metoda liczenia, w której nie korzysta się z urządzenia liczącego, ale z technik wizualnych; ma na celu wykrycie, czy czegoś brakuje albo nie ma na właściwym miejscu. W ochronie zdrowia w dokumentach pacjentów można zastosować kodowanie wizualne – np. dzięki przyklejeniu kolorowej taśmy na grzbietach dokumentów ustawionych na półce szybko można stwierdzić, czy nie brakuje jakichś dokumentów;
- definiowanie sekwencji – metoda ta ma na celu zapewnienie wykonania serii kroków we właściwej kolejności. W podmiocie opieki zdrowotnej, aby uruchomić urządzenie diagnostyczne/terapeutyczne, należy działać tylko według ustalonego standardu postępowania;
- system wykrywania dostaw – korytarz/przejsięcie, w którym zainstalowano system detekcji, m.in. wykorzystanie urządzeń identyfikacji radiowej (RFID), aby stwierdzić, czy przedmiot (np. zestaw worków dla pacjenta z wylonioną stomią) bądź lek został zabrany z magazynu/apteki;
- bramka/bariera – to obiekt, który gwarantuje, że czynność nie zostanie wykonana (bramka ma zapobiegać wykonaniu pewnego kroku), np. w czasie wprowadzania informacji do formularza niewymagane pola są zablokowane;
- ograniczenie konieczności ręcznego przepisywania informacji może zmniejszyć ryzyko popełniania błędów i skrócić czas procesu. W systemie służby zdrowia jedną z metod jest przyklejanie przez lekarza naklejki z danymi teleadresowymi pacjenta na skierowaniu na badania specjalistyczne.

Wymienione rozwiązania wspomagają wykorzystanie metody 5S, służącej do utrzymania lepszej organizacji i porządku na stanowisku pracy. Poszczególne elementy 5S zostały przedstawione w tablicy 5.3.

Tablica 5.3. Narzędzia w metodzie 5S

Elementy 5S	Charakterystyka
Seiri (selekcja, sortowanie)	Polega na wyszukaniu na stanowisku pracy/oddziale szpitalnym przedmiotów (takich jak środki opatrunkowe, papierowe dokumenty pacjentów) i sprzętu, które nie są aktualnie potrzebne (a zajmują tylko miejsce), i odłożeniu ich na określone miejsce lub schowaniu. Zostawia się jedynie te wykorzystywane na bieżąco
Seiton (systematyka, składowanie)	Ma na celu znalezienie odpowiedniego miejsca przechowywania/ułożenia przedmiotów; obejmuje oznakowanie przedmiotów i miejsc ich przechowywania. Wyraża się w idei: „miejsce dla wszystkiego i wszystko na miejscu”. Przykładowo przechowując leki/materiały w pobliżu miejsca ich wykorzystania, można zwiększyć wolumen zapasów, redukując marnotrawstwo związane ze zbędnymi przemieszczeniami

Seiso (sprzątanie)	Polega na codziennym utrzymaniu czystości i porządku w miejscu pracy. Sprzątanie powinno być standaryzowane i wykonywane w ramach codziennych obowiązków (o określonej porze, np. na koniec zmiany lub w wolnej chwili w ciągu dnia, jako działanie w ramach poziomowania pracy). Jego celem jest m.in. zwiększenie wydajności pracy, przeciwdziałanie problemom, a także zapewnienie dostatecznej ilości światła i bezpieczeństwa pracy
Seiketsu (standaryzacja, systematyczność)	Polega na opracowaniu metod utrzymania porządku w miejscu pracy (np. z wykorzystaniem narzędzi kontroli wizualnej). Przypomina o konieczności wprowadzenia pracy standaryzowanej, by pracownicy nie wykonywali swoich obowiązków w zasadniczo odmienny sposób (co przyniesie dodatkowe korzyści lekarzom i pielęgniarkom pracującym w kilku oddziałach)
Shitsuke (dyscyplina)	Jest modelem utrzymywania standardów – wymaga ciągłego przestrzegania procedur stworzonych w ramach pierwszych 4S. Obejmuje: okresowe audyty z wykorzystaniem kontrolnej listy standardów oraz systemu punktowania; nagradzanie pracowników za utrzymywanie i/ lub poprawę organizacji miejsca pracy; szkolenia nowych pracowników na temat 5S i Lean (by zrozumieli system i swoją w nim rolę)

Źródło: [Bukowska-Piestrzyńska, 2018a, s. 74].

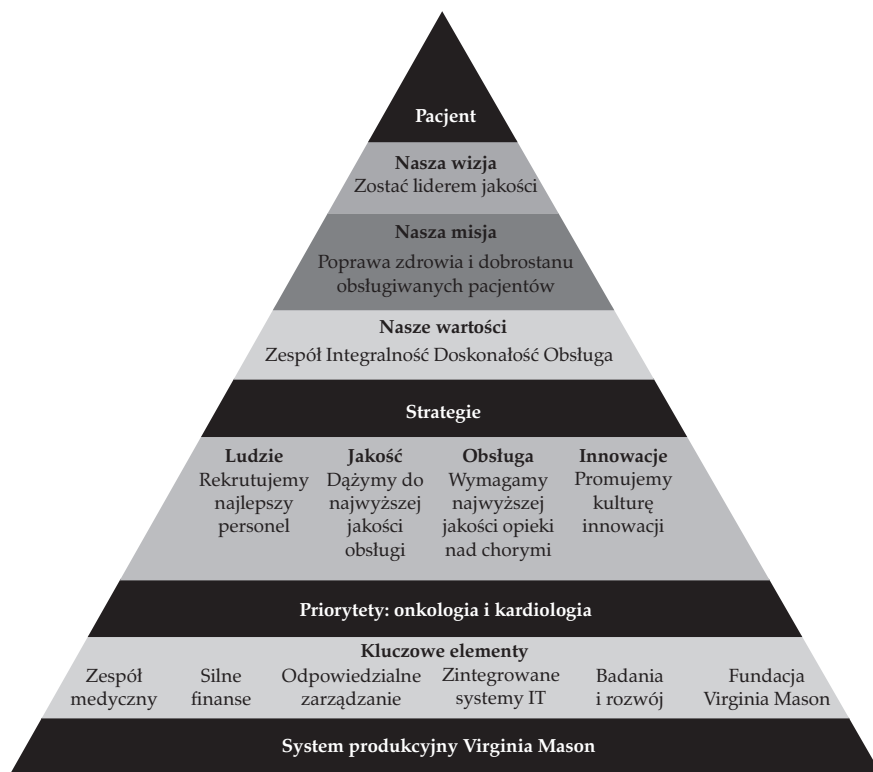
Obecnie w Polsce ponad 50% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia pochłaniają wynagrodzenia. Wydaje się więc, że obszar związany z eliminacją marnotrawstwa wykorzystania bardzo drogich i ograniczonych zasobów, jakimi są pracownicy podmiotów leczniczych, jest kluczowy.

Przykład

Zlokalizowane w Seattle Virginia Mason Medical Center (VMMC) jest siecią placówek opieki zdrowotnej, zatrudniającą łącznie 5 tys. pracowników, w tym 400 lekarzy. W 2000 r., w wyniku pogorszenia sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstwa oraz załamania jego kultury organizacyjnej zarząd VMMC podjął decyzję o reorganizacji. Nowo powołany zarząd opracował zarys nowej strategii i przedstawił ją graficznie w postaci piramidy. Jej wierzchołek stanowił pacjent (klient organizacji), a zaspokojenie oczekiwań pacjenta opierało się na czterech filarach: zasobach ludzkich, jakości oferowanych usług, poziomie obsługi oraz innowacyjności (zob. rys. 5.3).

Źródło: [IHI, 2005].

Taka ukierunkowana na pacjenta strategia wymagała znacznych zmian w kulturze organizacyjnej. Zarząd VMMC postawił na transparentność wszystkich zmian: cały personel miał bezpośredni dostęp do założeń procesu



Rysunek 5.3. Schematyczne przedstawienie nowej strategii Virginia Mason Medical Center

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [IHL, 2005].

restrukturyzacji oraz był na bieżąco informowany o jego postępie. Zdefiniowano także udział każdego pracownika w procesie zmian: jego zadania oraz zakres odpowiedzialności. Ponadto osoby desygnowane na liderów procesu restrukturyzacyjnego miały możliwość bezpośredniego zapoznania się z funkcjonowaniem metodologii Lean Management w zakładach Hitachi w Japonii.

Na wzór Toyota Production System w firmie opracowany został Virginia Mason Production System (VMPS). Jego kluczowe cele obejmowały:

- orientację wszystkich procesów na pacjenta;
- zapewnienie pracownikom bezpiecznego i stymulującego środowiska pracy, m.in. poprzez zagwarantowanie braku redukcji zatrudnienia;
- wdrożenie w całej organizacji systemu szybkiego zgłaszania problemów zagrażających bezpieczeństwu pacjentów;
- zachęcenie pracowników do innowacyjności;

- poprawę wyniku ekonomicznego na drodze eliminacji strat.

Dla powodzenia opisywanego projektu kluczowe było zagwarantowanie przez zarząd braku redukcji etatów. Postępowanie takie zaowocowało wzrostem zaangażowania personelu w proces restrukturyzacji. Kolejnym istotnym czynnikiem sukcesu było uwzględnienie modyfikacji kultury organizacyjnej w procesie zmian. W tradycyjnej strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego personel medyczny jest zwykle ściśle związany z określonym oddziałem lub odcinkiem, tymczasem ideologia Lean Management wymaga podejścia wielodyscyplinarnego, ukierunkowanego na dobro pacjenta – często wbrew „sztywnej” strukturze organizacyjnej.

Obok zmian w mentalności pracowników VMMC dla powodzenia restrukturyzacji tej placówki niezwykle istotne okazało się wprowadzenie procedur interwencyjnych, na podobieństwo koncepcji jidoka, funkcjonującej w ramach Toyota Production System. Postępowanie doraźne, które w warunkach przemysłowych ma na celu minimalizację strat związanych z wybrakowaną produkcją, nabiera kluczowego znaczenia w ochronie zdrowia, gdzie miernikiem jakości świadczonych usług jest zdrowie i życie pacjenta. Mając to na względzie, w Virginia Mason wdrożono procedurę Patient Safety Alert System, którą objęto cały personel placówki. Bezpośrednio po wdrożeniu restrukturyzacji liczba alertów w placówce nie przekraczała trzech w miesiącu, jednak po upływie dwóch lat wzrosła średnio do 17. Alerty dotyczyły przede wszystkim błędów w zakresie podawania leków oraz awarii sprzętu i wyposażenia.

Niezwykle spektakularnym dowodem przydatności Patient Safety Alert System była sytuacja, w której pacjentowi z alergią na leki na skutek pomyłki na nadgarstek założono opaskę w kolorze różowym zamiast pomarańczowej; w lokalnej nomenklaturze szpitalnej różowy kolor opaski oznaczał deklarację pacjenta odnośnie do powstrzymania się od jego resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Z uwagi na naturę schorzenia pacjenta różowy kolor opaski wzbudził jednak niepokój jednej z pielęgniarek. Rozmowa z pacjentem wyjaśniła, że został on błędnie oznakowany, co mogło okazać się fatalne w skutkach. Jednak dzięki wdrożeniu Patient Safety Alert System pielęgniarka natychmiast uruchomiła postępowanie interwencyjne. W efekcie już następnego dnia rano wprowadzono niezbędne zmiany organizacyjne – obok oznaczeń kolorystycznych na opaskach umieszczono również informację tekstową. Tak szybkie działanie nie byłoby możliwe, gdyby osoba decyzyjna w tym zakresie nie była wydelegowana spośród personelu pielęgniarskiego i nie mogła podjąć stosownych decyzji bez potrzeby konsultacji z członkami zarządu.

Wymierne efekty restrukturyzacji przeprowadzonej w VMMS zestawiono w tablicy 5.4.

Tablica 5.4. Wymierne efekty wdrożenia Lean Management w Victoria Mason Medical Center

Parametr	2004 r.*	Zmiana w porównaniu do 2002 r. (w %)
Zapasy	1 350 000 USD	53 (redukcja)
Zatrudnienie	158 FTE**	36 (przesunięcia na inne stanowiska)
Powierzchnia	22 324 stóp kwadratowych	41 (redukcja)
Czas realizacji	23 082 godzin	65 (redukcja)
Dystans pokonany przez personel	267 793 stóp	44 (redukcja)
Dystans pokonany przez materiały	272 262 stóp	72 (redukcja)

* po 2 latach od wdrożenia Lean Management

** ekwiwalent pełnego czasu pracy

Źródło: [IHI, 2005].

Przykładem korzyści związanych z funkcjonowaniem Lean Management w Virginia Mason jest również prewencja respiratorowego zapalenia płuc. Wdrożenie odpowiedniego programu zapobiegania temu powszechnemu powikłaniu występującemu u pacjentów oddziałów intensywnej terapii zaowocowało obniżeniem częstości jego występowania z 34 przypadków w 2002 r. do zaledwie czterech w 2004 r. oraz redukcją związanych z tym kosztów z około 500 tys. do zaledwie 60 tys. USD.

6. Time Based Management

6.1. Rola czasu we współczesnej gospodarce

Peter Drucker określa czas jako wyjątkowy zasób, który jest całkowicie niewymienny; ulega on całkowitemu zużyciu i nie można go zachować. I dlatego czasu zawsze brakuje [Drucker, 1994, s. 39–40].

Kluczowe znaczenie czasu w działalności przedsiębiorstw obrazują poniższe trendy we współczesnej gospodarce [Strumiłło, Waśniewski, 2013b, s. 117]:

1. presja na skrócenie czasu reakcji/działań/decyzji operacyjnych, takich jak:
 - skracanie cyklu życia produktu,
 - skracanie cyklu przygotowania produktu,
 - krótkie terminy realizacji zamówień,
 - wzrost wymagań klientów (w tym odnośnie do dotrzymania terminów),
 - zamówienia specjalne;
2. presja na szybką reakcję w aspekcie strategicznym, wynikająca z następujących zmian w warunkach działania:
 - częste/ciągłe zmiany oczekiwań klientów,
 - dynamika rynku – zmiany w charakterze i strukturze rynku,
 - pojawianie się nowych substytutów produktów i/lub form zaspokajania potrzeb klienta,
 - rozwijanie się zupełnie nowych rynków.

Również podmioty lecznicze stają przed koniecznością dostosowywania się do panujących warunków, co oznacza m.in.:

- zmianę strategii;
- zmianę struktury organizacyjnej;
- wprowadzanie nowych produktów/usług;
- skracanie czasu produkcji/leczenia;
- skracanie procesów decyzyjnych/diagnostycznych.

Powyższe uwarunkowania pozwalają przytoczyć tezę stawianą przez Christiana Maige'a i Jeana-Louisa Mullera [1995, s. 13], że „klienci są wrażliwi

na czas i że tkwi w nim ważna przewaga konkurencyjna". Oczywiście podmioty lecznicze w mniejszym stopniu ukierunkowywane są na kreowanie przewagi konkurencyjnej (nie dotyczy to prywatnych podmiotów), a bardziej na skuteczne działanie. Skuteczność w wielu przypadkach wynika wprost z szybkości reakcji i podejmowania decyzji. Od tego bowiem może zależeć życie pacjenta.

Przedsiębiorstwa, poszukując źródeł przewagi konkurencyjnej, dostrzegają znaczenie czasu jako elementu istotnego z punktu widzenia wymagań klienta, ale również z punktu widzenia organizacji – chociażby przez pryzmat kosztów i marnotrawstwa. Każde przedsiębiorstwo może wykorzystać czas jako jeden ze sposobów zbudowania przewagi konkurencyjnej poprzez [Has-sing, 1994]:

- skrócenie procesów (oszczędność czasu);
- dotrzymywanie terminów umów (punktualność);
- uformowanie na nowo istniejących procesów (płynność czasu);
- rozwój nowych produktów i procesów (innowacyjność).

Uwaga poświęcona kategorii czasu jako elementu przewagi konkurencyjnej już niejednokrotnie była eksponowana w zarządzaniu. Dzisiejsze myślenie kategoriami czasu obejmuje całą organizację jako system. Leszek Koziół [2010, s. 387] definiuje system zarządzania jako „całokształt środków, osób i działań praktycznych odnoszących się do zarządzania organizacją oraz związanych z nimi umiejętności, regulujących je norm i zasad formalnych i nieformalnych”.

Zdaniem L. Koziola [2010, s. 387] nowoczesny system zarządzania czasem powinien:

- ściśle wiązać się z ogólną strategią przedsiębiorstwa;
- uwzględniać zmiany w jego otoczeniu oraz prognozy dotyczące ewentualnych zmian;
- uwzględniać system zdefiniowanych i spójnych celów operacyjnych, a także narzędzi zapewniających ich realizację, w postaci zasad, narzędzi, procedur, procesów itp., które w sposób bezpośredni będą determinowały zarządzanie czasem pracy;
- brać pod uwagę oczekiwania interesariuszy wewnętrznych i zewnętrznych organizacji w odniesieniu do zarządzania czasem pracy;
- posiadać zidentyfikowany zbiór narzędzi badawczych i metod zarządzania czasem pracy;
- być nastawiony na stałe doskonalenie postępowania w celu zwiększenia efektywności firmy;
- obejmować komórkę analityczno-kontrolną, zajmującą się optymalizacją wykorzystania czasu pracy.

Składową kategorii „czas w organizacji” jest czas pracy, związany z zadaniami wykonywanymi przez pracowników. Do kluczowych zadań dotyczących zarządzania czasem pracy należą [Kozioł, 2010, s. 389]:

- określenie optymalnego czasu pracy z rozbićiem na poszczególne kategorie pracowników;
- określenie formy prawnej stosunku pracy, w tym formy zatrudnienia i systemu wynagrodzeń za czas pracy;
- analiza efektywności czasu pracy i jego ewentualnych strat;
- optymalizacja wykorzystania pracy w godzinach nadliczbowych;
- ciągłe doskonalenie systemu zarządzania czasem pracy.

W tablicy 6.1 zebrano metody wykorzystywane w zarządzaniu czasem pracy. Podzielono je na dwie kategorie: metody specyficzne – ukierunkowane na zarządzanie czasem, oraz metody uniwersalne – nadające się do wykorzystania zarówno w odniesieniu do zarządzania czasem pracy, jak i pozostałymi zasobami przedsiębiorstwa.

Tablica 6.1. Metody zarządzania czasem pracy w przedsiębiorstwie

Metody uniwersalne	Metody specyficzne (użytkowe)
1. Metody zarządzania strategicznego: – strategiczna karta wyników – controlling – benchmarking – Organisational Development – outsourcing usług – leasing personelu – outplacement – restrukturyzacja 2. Metody analizy strategicznej: – analiza kluczowych czynników sukcesu – analiza łańcucha wartości – analiza SWOT 3. Metody analizy ekonomiczno-organizacyjnej: – analiza finansowa – analiza produktywności – analiza marketingowa – badanie innowacyjności przedsiębiorstwa – kształtowanie potencjału pracy – ergonomiczna analiza uciążliwości pracy – ocena efektywności realizacji celów	1. Metody konkutowania czasem: – TBM – dynamizowanie pętli czasu 2. Metody sterowania produkcją: – JIT – kanban – QRM – System Polea – Flexible Manufacturing – systemy <i>workflow</i> 3. Metody mierzenia pracy: a. inżynierskie: – obserwacja i pomiar czasu – chronometraż – metoda obserwacji migawkowych – analiza ruchów roboczych b. nietechniczne: – historyczne (statystyczne) – ocena ekspercka

cd. tabl. 6.1

4. Metody socjologiczne: – wywiad – ankieta – opinie 5. Metody statystyczne 6. Prognozy	4. Metody gospodarowania czasem pracy: – badanie optimum czasu pracy – macierz efektów potencjału elastyczności w przedsiębiorstwie – elastyczne systemy pracy – systemy czasu pracy: standardowe, elastyczne – fundusz czasu pracy 5. Inne: – bilans czasu – budżet czasu – metoda Alpen
---	---

Źródło: [Kozioł, 2010, s. 391].

Zarządzanie czasem wykorzystuje szereg metod i narzędzi. Większość z nich zostało omówionych w innych częściach niniejszego opracowania.

6.2. Istota i definicja Time Based Management

Koncepcja zarządzania czasem (Time Based Management, TBM) pojawiła się pod koniec ubiegłego wieku. Za jej autorów uznaje się pracowników Boston Consulting Group. W myśl koncepcji TBM czas jest priorytetowym zasobem przedsiębiorstwa, a działania na rzecz jego optymalnego wykorzystania i/lub oszczędności powinny dotyczyć wszystkich poziomów organizacji (poziom organizacji, poziom procesu i poziom stanowiska pracy – zob. rozdz. 2). Podstawowe założenia oraz zasady koncepcji konkurowania na bazie czasu opracowane przez konsultantów z Boston Consulting Group to [Pierścioneł, 2003, s. 239]:

- czas stanowi ekwiwalent pieniądza, produktywności, jakości i innowacji;
- czas jest podstawowym czynnikiem konkurencyjności przedsiębiorstwa (jest mierzalny);
- kierownictwo powinno być zorientowane na czynnik czasu, a więc systematycznie mierzyć, analizować czasy różnych procesów oraz na tej podstawie budować działania krótko- oraz długookresowe;
- w zarządzaniu powinna dominować orientacja na procesy, co umożliwia ich optymalizację z punktu widzenia czasu;

- redukcja czasu powinna dotyczyć wszystkich sfer działalności przedsiębiorstwa (np. produkcji, zaopatrzenia, dystrybucji, czasu realizacji zamówień);
- bardzo istotną rolę w oszczędności czasu odgrywają praca zespołowa, uczenie się oraz system informacji.

W koncepcji TBM koncentracja na procesach jest podstawowym wymogiem. A co za tym idzie, organizacja pracy powinna być oparta na zespołach roboczych (procesowych), dzięki którym (za sprawą lepszego przepływu informacji, lepszych relacji wewnątrz grupy, różnorodności wiedzy członków zespołu itd.) możliwe jest skrócenie czasu trwania procesów biznesowych.

Opomiarowanie procesów miernikiem, jakim jest czas, wymaga odpowiedniego zdefiniowania pojęcia „czas trwania procesu”. W literaturze można spotkać następujące określenia [Hassing, 1994]:

- czas cyklu – czas realizacji danego procesu;
- totalny czas cyklu – czas realizacji potrzeb klienta;
- aktualny czas cyklu – rzeczywisty czas realizacji procesu;
- teoretyczny czas cyklu – suma czasów procesów wchodzących, koniecznych do zaspokojenia potrzeb klienta;
- linia bazowa – ogólnie akceptowalny poziom wydajności w branży;
- miejsce wśród konkurencji – osiągnięty czas cyklu.

Uporządkowanie terminologii związanej z czasem jako parametrem procesu pozwala w sposób pełniejszy wykorzystać np. benchmarking dla porównania się z najlepszymi firmami pod względem czasu realizacji procesów. Porównanie może dotyczyć:

- czasu trwania cyklu lub procesu;
- punktualności;
- czasu potrzebnego na dostosowanie procesów;
- czasu potrzebnego na opracowanie nowych produktów lub procesów.

TBM można więc zdefiniować jako koncepcję zarządzania przedsiębiorstwem nastawioną na redukcję czasu realizacji działań na poziomie operacyjnym, jak również strategicznym, która ma stanowić przewagę konkurencyjną przedsiębiorstwa, a wyrażoną takimi parametrami, jak [Strumiłło, Waśniewski, 2013b, s. 122]:

- szybkość;
- punktualność;
- innowacyjność;
- zgodność z oczekiwaniami klienta.

W koncepcji TBM można znaleźć wyraźne nawiązania do wielu innych koncepcji, m.in. reengineeringu, benchmarkingu, organizacji uczącej się. Zaliczenie czasu do zasobów strategicznych (Time Based Strategy, TBS)

przedsiębiorstwa oznacza, że należy wytwarzać jak najwięcej, jak najlepiej, po najniższych kosztach i możliwie w najkrótszym czasie. Postuluje się, żeby czas był wykorzystywany jako parametr diagnostyki i monitoringu sprawności funkcjonowania organizacji.

6.3. Wdrożenie TBM w organizacji

Zaprojektowanie nowego układu organizacyjnego, uwzględniającego czynnik czasu jako kluczowy zasób, powinno przebiegać w pięciu fazach [Hassing, 1994]:

1. Ustalenia wstępne:
 - powołanie zespołu projektowego;
 - przeprowadzenie benchmarkingu;
 - sformułowanie celów;
 - przedstawienie projektu działania.
2. Zrozumienie systemu:
 - zrozumienie i analiza procesów gospodarczych;
 - podział funkcji na główne i pomocnicze;
 - diagnoza stanu obecnego;
 - ustalenie potencjału czasu podlegającego redukcji.
3. Opracowanie rozwiązań:
 - powiększenie zespołu projektowego w celu analizy wszystkich założeń i rozpatrzenia zgłoszonych alternatyw;
 - utworzenie zespołu przełomowego (uderzeniowego);
 - radykalna zmiana dotychczasowych rozwiązań.
4. Zmiana systemu:
 - wdrożenie nowego systemu i przezwyciężenie dotychczasowych barier w myśleniu.
5. Wyniki:
 - pozyskanie informacji od klientów na temat restrukturyzacji;
 - związanie klientów z firmą.

Inną metodykę proponuje L. Koziół [2010, s. 398] – sugerowane przez tego autora kolejne etapy wdrożenia TBM w organizacji zostały przedstawione w tablicy 6.2 w odniesieniu do TBS.

Tablica 6.2. Etapy implementacji TBS

Fazy	Działania
Wizja	1. Przedstawienie ogólnego obrazu sposobu działania firmy, identyfikacja celu 2. Ocena możliwości i zdolności firmy do osiągnięcia celu
Analiza	1. Analiza wewnętrzna i wykreślenie mapy procesów 2. Analiza otoczenia bliższego i dalszego 3. Określenie potencjalnych barier we wprowadzeniu TBS 4. Podjęcie ostatecznej decyzji o wdrożeniu TBS i przygotowanie projektu wdrożenia
Planowanie	1. Powołanie zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie zmiany 2. Stworzenie forum planującego i powołanie zespołów zadaniowych, poszukujących ulepszeń pętli i cykliów czasowych 3. Realizacja projektów i programów – zmiana dotychczasowych rozwiązań 4. Prezentacja strategii i akceptacja ich przez kierownictwo
Wdrożenie	1. Powołanie zespołów realizujących projekty 2. Szkolenie pracowników 3. Usprawnienie komunikacji
Stałe udoskonalanie	1. Opracowanie wielokryterialnej oceny TBS 2. Proces udoskonalenia

Źródło: [Kozioł, 2010].

Wdrożenie TBM w organizacji powinno pozwolić skrócić czas realizacji sekwencji działań albo czas reakcji zarówno na poziomie operacyjnym, jak i strategicznym. Efekty implementacji koncepcji TBM w organizacji powinny skutkować w przypadku działań strategicznych oszczędnością czasu uzyskaną dzięki:

- skróceniu pętli sprzężenia zwrotnego – informacja/ocena zwrotna pozytywna jest szybciej z rynku i reakcja jest natychmiastowa (np. poprzez zaangażowanie dostawców i klientów w proces projektowania nowego produktu);
- zdecentralizowaniu organizacji – pozwala to na podejmowanie decyzji w miejscu powstania problemu, co oszczędza czas poprzez zaniechanie przesyłania zapytania na wyższe szczeble zarządzania; co ważne, prawdopodobnie decyzje podejmowane przez członków organizacji bezpośrednio zaangażowanych w problem będą bardziej trafne, a w konsekwencji nastąpi oszczędność czasu (trafność decyzji za pierwszym razem);
- przyspieszeniu obiegu informacji – ten cel można osiągnąć na wiele sposobów, zarówno w wymiarze operacyjnym (np. wdrożenie zintegrowanych systemów informatycznych, bazowanie organizacji na zespołach), jak i strategicznym (np. stały monitoring otoczenia, tworzenie baz danych).

Na poziomie operacyjnym oszczędność czasu uzyskuje się dzięki takim działaniom, jak:

- ograniczenie wielkości partii towaru – dzięki temu szybciej można dostarczyć produkt odbiorcy, nie czekając na zakończenie długiej serii produkcji;
- zwiększenie odpowiedzialności za realizację działania (tzw. *empowerment* pracowników);
- zmiana kolejności czynności;
- eliminacja zbędnych czynności;
- równoległy przebieg procesów.

Oceny skuteczności wdrożenia TBS można dokonać przy użyciu mierników, tzw. pętli czasu. Do najpowszechniej stosowanych „pętli czasu” należą [Christopher, 1997; Spanneder, Nuno, Chandra, 2005]:

- czas obsługi (*time to serve*) – okres od złożenia zamówienia do momentu dostarczenia lub zainstalowania produktu u klienta;
- czas wejścia na rynek (*time to market*) – czas, który minął od rozpoznania zapotrzebowania rynkowego oraz zaprojektowania nowego produktu/usługi do wprowadzenia ich na rynek;
- czas reakcji (*time to react*) – czas potrzebny na rozpoznanie zmiany popytu i reakcji na tę zmianę;
- pętla zaufania strategicznego – czas mijający od momentu rozpoznania potrzeby, poprzez wytworzenie i zaoferowanie nowego produktu aż do uzyskania jego zyskowności.

Aby wcześniej niż inni wprowadzać na rynek dobre produkty, trzeba w sposób spójny rozwijać szczególne kompetencje, a zwłaszcza opracować koncepcje przy współpracy wszystkich działów przedsiębiorstwa, od marketingu, poprzez biura dostawcze, produkcję, handel i służby konserwatorskie, aż po głównych dostawców. Nazywa się to inżynierią symultaniczną albo zintegrowaną (*concurrent engineering*) [Brilman, 2002, s. 129]. Inżynieria symultaniczna (IS), z racji jej nastawienia na realizację zadań w jednym czasie, jest traktowana jako integralna część Time Based Management, dzięki której firmy są w stanie być szybsze niż konkurencja.

Wszystkie aspekty wprowadzenia nowego produktu są opracowywane równocześnie:

- zespoły produktu są tak zaprojektowane, by włączyć do nich ludzi ze wszystkich obszarów, które są związane z nowym produktem (projektowanie, rozwój, produkcja, marketing itp.);
- dostawcy są włączeni w rozwój nowego produktu, więc potencjalne opóźnienia i trudności w pozyskaniu surowców, komponentów i usług mogą zostać antycypowane na etapie projektu;

- podstawową jednostką organizacyjną są zespoły do spraw projektu we wszystkich obszarach projektu i pracują one jednocześnie.

W rezultacie wykorzystanie IS generuje następujące efekty:

- nowy produkt jest wprowadzony na rynek dużo szybciej;
- firma może ustalić cenę w oparciu o strategię „zbierania śmietanki”, która da lepszą marżę zysku i pomoże szybko odzyskać koszty poniesione na badania i rozwój;
- jest mniejsze prawdopodobieństwo konieczności późniejszej modyfikacji produktu ze względu na nieprzewidziane problemy;
- większe zaangażowanie pracowników z innych obszarów organizacji zwiększa poczucie odpowiedzialności za projekt oraz przynależności do organizacji.

Bycie pierwszym na rynku pozwala firmie uzyskać przewagę konkurencyjną (*first mover advantage*), szybko budując zaufanie i lojalność konsumentów (por. z pętlą zaufania strategicznego).

6.4. Kluczowe obszary zarządzania czasem w placówkach ochrony zdrowia

Podobnie jak w przypadku innych procesów zarządczych, rozważając kwestie zarządzania czasem, trzeba mieć na względzie szczególne uwarunkowania placówek opieki zdrowotnej. Na pierwsze miejsce wysuwa się tu specyficznie rozumiana jakość produktu/usługi podmiotów medycznych. Z jednej strony z oczywistych względów w takich okolicznościach brak jakości nie przekłada się wyłącznie na brak satysfakcji klienta, ale pociąga za sobą określone skutki prawne. Z drugiej strony szybka reakcja – w tym wypadku diagnoza i podjęcie leczenia – stanowi o życiu lub śmierci pacjenta. To oczywiście skrajny przypadek.

Analiza literatury z zakresu zarządzania czasem w ochronie zdrowia wskazuje trzy obszary zainteresowań [Kobza, Syrkiewicz-Światała, 2014, s. 556]:

- zarządzanie czasem w POZ-ach (problemy związane z dużym popytem na usługi lekarzy rodzinnych/pierwszego kontaktu);
- zarządzanie czasem w obszarze szpitalnych bloków operacyjnych (poziom wykorzystania cennych zasobów);
- zarządzanie czasem w obszarze izby przyjęć (sterowanie ruchem pacjentów).

6.4.1. Zarządzanie czasem pracy izby przyjęć

W dalszej części szerzej omówiony zostanie problem zarządzania pracą izby przyjęć. Podmioty lecznicze stoją przed wyzwaniem, jakim jest optymalizacja ruchu pacjentów. Obejmuje ona następujące elementy [Langabeer, 2008]:

- ocenę popytu na usługi medyczne;
- dostosowanie podaży i zasobów do zapotrzebowania na usługi medyczne;
- likwidację „wąskich gardeł” i poprawę ruchu pacjentów;
- monitoring ruchu pacjentów i aktywów placówki.

Jednym z kluczowych elementów zarządzania ruchem pacjentów jest usuwanie „wąskich gardeł” na szlakach ruchu pacjentów (*de-bottlenecking*). Cel ten można osiągnąć dwojako:

- zatrudniając dodatkowych pracowników;
- zwiększając wydajność procesu przy istniejących zasobach.

Analizując zjawisko występowania „wąskich gardeł” w ruchu pacjentów i podejmując działania naprawcze, należy określić trzy podstawowe charakterystyki „wąskich gardeł”:

- czas ich występowania;
- liczbę;
- umiejscowienie w procesie ruchu pacjentów.

Przykład

W szpitalnej izbie przyjęć zatrudnionych jest dwoje pracowników rejestracji; oboje pracują na pełnych etatach, a więc przez 7 godz. i 35 min (w zaokrągleniu 8 godz.) dziennie. Średni czas poświęcany na realizację procedur związanych z przyjęciem pacjenta to 30 min. W szpitalu jest 400 łóżek; dzienna rotacja to 40 łóżek. Wyliczona na podstawie powyższych danych maksymalna przepustowość izby przyjęć to 32 osoby dziennie:

$$2 \text{ osoby} \times 8 \text{ godz.} \times 2 \text{ pacjentów na godzinę} = 32 \text{ przyjęcia}$$

Widać więc wyraźnie, że maksymalna przepustowość izby przyjęć ($n = 32$) jest niższa niż maksymalna podaż łóżek w szpitalu ($n = 40$). W ten sposób zostało zidentyfikowane „wąskie gardło” (*bottleneck* – szyjka butelki) w ruchu pacjentów – sytuacja, w której popyt przewyższa podaż ze względu na fizyczne lub logiczne ograniczenia.

Zjawisko niskiej przepustowości może być ciągłe albo okresowe lub cykliczne (np. w sezonie wakacyjnym), lub w określonych porach dnia. Stałe problemy z przepustowością można i powinno się rozwiązać systemowo.

W przypadku okresowych ograniczeń w ruchu pacjentów wystarczającym rozwiązaniem może okazać się optymalizacja rozkładów pracy personelu medycznego i/lub pomocniczego. Oznacza to, że kluczowa jest tu precyzyjna identyfikacja trendów w zakresie sezonowości/okresowości występowania „wąskich gardeł” i prognozowanie możliwości pojawienia się ich w przyszłości. Najlepiej, by prognozowanie odbywało się w oparciu o szeregi czasowe danych o zgłaszalności pacjentów do zainteresowanej placówki. Ważne jest, aby w tworzeniu modelu prognostycznego nie opierać się wyłącznie na analizie jednoczynnikowej (kryterium czasu, np. pora dnia czy roku), ale uwzględnić wiele czynników, które mogą modyfikować ruch pacjentów (np. uwarunkowania społeczno-polityczne, ekonomiczne, dane epidemiologiczne, meteorologiczne) [Strumillo, Waśniewski, 2013b, s. 128]. Oczywiście tworzenie tak złożonych modeli prognostycznych jest trudne, poza tym – szczególnie w mniejszych placówkach – wiarygodność prognozy może być ograniczona małą liczebnością próby pacjentów. Tym niemniej, w miarę możliwości należy w sposób ciągły analizować dane o ruchu pacjentów i uwzględniać je przy podejmowaniu decyzji strategiczno-organizacyjnych.

Innym problemem jest liczba „wąskich gardeł” w procesie ruchu pacjentów. Niejednokrotnie mamy do czynienia z więcej niż jednym „wąskim gardłem” (np. niska wydolność izby przyjęć oraz nieefektywny proces przygotowywania zwolnionych łóżek na poszczególnych oddziałach). Usunięcie tylko jednego „wąskiego gardła” nie rozwiąże problemu z płynnością ruchu pacjentów, a jedynie spowoduje przesunięcie kolejek na kolejny etap procesu. Równie istotne jest umiejscowienie „wąskiego gardła” w procesie. Jeśli znajduje się ono na początkowym etapie, to będzie skutkowało pogorszeniem efektywności całego procesu, jeśli w środku – wydłużeniem czasu oczekiwania pacjentów na realizację poszczególnych procedur.

Pierwszym krokiem w procesie usuwania „wąskich gardeł” jest ocena możliwości podażowych danego podmiotu leczniczego (uwarunkowania wewnętrzne). Zależą one m.in. od takich czynników, jak:

- liczba dostępnych łóżek i gabinetów lekarskich;
- liczba dostępnych lekarzy i innego personelu medycznego;
- liczba dostępnych urządzeń medycznych;
- liczba dostępnych środków nietrwałych;
- dostępność ciągów komunikacyjnych;
- dostępność infrastruktury dodatkowej, np. parkingu, kantyny.

Analizując kwestię dostępności wymienionych wyżej zasobów, nie należy zapominać, że charakteryzują ją dwa parametry [Langabeer, 2008]:

- teoretyczny czas dostępności (C_d) – przykładowo zatrudniony na pełnym etacie lekarz będzie dostępny dla pacjentów przez 8 godz. dziennie;

- efektywny czas dostępności (C_e) – w rzeczywistości lekarz traci około 2 godz. dziennie na czynności administracyjne, przemieszczanie się między gabinetami, czynności fizjologiczne itp.

Zatem przy ocenie podaży należy uwzględnić istnienie określonego wskaźnika dostępności (U). Wzór na obliczenie efektywnego czasu dostępności poszczególnych zasobów będzie się więc kształtował w następujący sposób:

$$C_e = C_d \times U$$

Pytanie brzmi: w jaki sposób określić wskaźnik dostępności posiadanych zasobów? W odniesieniu do urządzeń technicznych nie jest to takim problemem. Można wykorzystać np. deklarowany przez producenta czas przebrożenia aparatu diagnostycznego między kolejnymi badaniami. Trudniejsze zadanie stoi przed zarządzającymi przy szacowaniu wskaźnika dostępności czynnika ludzkiego, który, jak wiadomo, cechuje się znaczną zmiennością osobniczą. Idealnym rozwiązaniem byłoby określenie rzeczywistego wskaźnika dostępności posiadanych zasobów. W tym celu można wykorzystać wielokrotnie powtarzane pomiary czasu trwania poszczególnych procesów – tzw. *time and motion studies*. Należy jednak pamiętać o potencjalnych ograniczeniach tej metody – szczególnie w odniesieniu do czynnika ludzkiego. Mowa tu przede wszystkim o tzw. efekcie Hawthorne’a (uwaga poświęcona pracownikom motywuje do wydajniejszej pracy, ale po obserwacji wraca do pierwotnego poziomu, zakłamując wyniki pomiarów). Dlatego zaleca się, by określony empirycznie czas każdego procesu w sposób arbitralny wydłużyć o około 20%.

Znając możliwości podażowe oraz mając dane dotyczące popytu (np. dane z Ministerstwa Zdrowia – mapy potrzeb zdrowotnych), można przystąpić do planowania obłożenia placówki. Proces ten obejmuje następujące etapy:

- szczegółowe prognozowanie popytu – wspomniane już wieloczynnikowe modele prognostyczne;
- analiza aktualnej podaży – określenie liczby posiadanych zasobów;
- przeliczenie popytu na podaż, np. określenie liczby prześwietleń możliwych do wykonania w ciągu dnia czy liczby pacjentów, których jest w stanie przyjąć lekarz określonej specjalności;
- określenie różnicy między popytem a podażą;
- opracowanie strategii dopasowania.

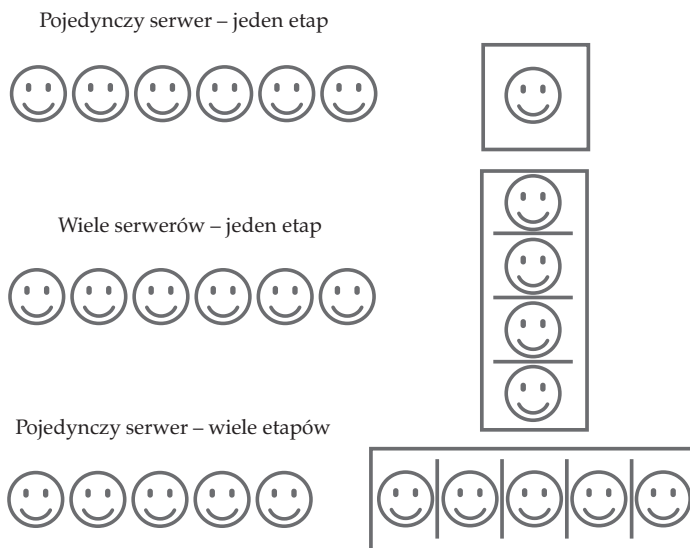
Dopasowanie może przyjmować różne formy i kierunki (zakładając, że mamy do czynienia z wynikiem różnicy popyt-podaż większym różnym od zera). Jeżeli popyt przewyższa podaż, sposobem na radzenie sobie z niedoborem jest m.in.:

- zwiększenie podaży poprzez: inwestycje w infrastrukturę, zatrudnienie dodatkowego personelu oraz poprawę efektywności danego podmiotu leczniczego, wykorzystując w tym celu narzędzia opisane w niniejszym opracowaniu, co może dotyczyć również usunięcia „wąskich gardeł” – wspomniany już *de-bottlenecking*;
- redukcja zgłaszanego popytu – we wspomnianym wcześniej przykładzie byłaby to likwidacja przynajmniej części spośród łóżek, które pozostają puste na skutek zbyt małej przepustowości szpitalnej izby przyjęć;
- transfer dodatkowej podaży – przesunięcie personelu lub innych zasobów z działów, w których nie są one w pełni wykorzystywane.

Bardziej zaawansowanym sposobem dostosowywania podaży do popytu jest tworzenie tzw. modeli kolejkowych. Sprowadza się to do określenia czasu oczekiwania pacjenta na realizację usługi medycznej, uwarunkowanego następującymi zmiennymi niezależnymi:

- tempem zgłoszeń pacjentów;
- tempem obsługi;
- strukturą kolejki, w tym liczbą kanałów (serwerów) oraz liczbą etapów w procesie.

Zależności pomiędzy liczbą serwerów (osób/gabinetów) a liczbą etapów w procesie obsługi pacjenta przedstawiono na rysunku 6.1.



Rysunek 6.1. Zależność pomiędzy liczbą serwerów i liczbą etapów w procesie obsługi pacjenta

Źródło: [Strumiłło, Waśniewski, 2013b, s. 132].

W modelu kolejkowym można uwzględnić szereg zmiennych dodatkowych. Ich włączenie do analizy przełoży się na wzrost czułości modelu. Do zmiennych dodatkowych, które można wykorzystać przy tworzeniu modelu kolejkowego, należą:

- źródła pacjentów, np. pacjenci z zewnątrz *vs.* pacjenci przysyłani na konsultację z innych oddziałów tej samej placówki;
- skończona lub nieskończona liczba pacjentów, czyli określenie sztywnego limitu przyjęć na dany dzień lub jego brak;
- wzorzec przyjęć pacjentów – rejestracja z wyprzedzeniem lub zgłaszanie się pacjentów w sposób losowy;
- zmienność popytu – sezonowość i okresowość ruchu pacjentów;
- zmienność podaży, np. urlopy pracowników, wyłączenia niektórych obszarów placówki w związku z planowymi remontami;
- dyscyplina w kolejce – pacjenci podchodzą do stanowiska obsługi zgodnie ze zdefiniowanym wzorcem;
- model przyjęć, np. według kryterium godziny zaplanowanej wizyty, według stanu ciężkości pacjenta (system w SOR-ach), priorytet dla pacjentów kierowanych w ramach konsultacji wewnętrznej, FIFO (*first in = first out*) – czyli w uproszczeniu „kto pierwszy, ten lepszy”.

Kwestia budowania modeli kolejkowych wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Szczegółowe informacje na ten temat oraz przykłady wdrożenia poszczególnych modeli znajdują się w odpowiednich opracowaniach [m.in. Vissers, Beech, 2008].

6.4.2. Zarządzanie czasem pracy na bloku operacyjnym

Blok operacyjny to część szpitala, która w większości placówek szpitalnych krajów wysoko rozwiniętych generuje największe koszty [Denton, Viapiano, Vogl, 2007]. Jak pokazują wyniki badań, około 10–40% planowych operacji jest często przekładana [Audit Commission, 2013]. Najczęstszą przyczyną anulowania operacji w harmonogramie jest rezygnacja pacjenta, jego nieprzygotowanie lub brak wolnych sal operacyjnych. Wyniki wielu prac wskazują, że w odwoływaniu zabiegów lub ich przesuwaniu zasadnicze znaczenie mają przyczyny organizacyjne. Należą do nich głównie przeładowane listy zabiegowe i zła koordynacja pracy poszczególnych zespołów prowadzących operacje [Weinbroum, Ekstein, Ezri, 2003, s. 244–250].

Poniżej przedstawiono przykładowe rozwiązania, które mają zredukować marnotrawstwo czasu w wykorzystaniu tak cennych zasobów jak wysokiej klasy specjaliści (lekarze, personel pomocniczy) i poprawić stopień

wykorzystania sal operacyjnych. Przykłady zostały zaczerpnięte z opracowania autorstwa Joanny Kobzy i Magdaleny Syrkiewicz-Świtały [2014, s. 561–563].

Celem zarządzających podmiotami leczniczymi jest jak najbardziej efektywne wykorzystanie bloków operacyjnych. Ich nieefektywne wykorzystanie wynika z opóźnień w rozpoczynaniu pierwszych operacji i kolejnych (konsekwencja pierwszego opóźnienia), dlatego podejmowane są liczne działania, które mają na celu obniżenie odsetka opóźnień pierwszych zabiegów. Oszczędność w przypadku redukcji opóźnień pierwszego zabiegu nie jest znacząca, jednak ograniczenie opóźnień pierwszych zabiegów w wielu salach operacyjnych równocześnie przynosi już wymierne oszczędności. Przyczyn tej sytuacji można upatrywać, co potwierdzają badania [zob. np. Dexter *et al.*, 2009, s. 1257–1261], w niedostatecznej wiedzy na temat procesu podejmowania decyzji w sprawie organizacji dnia operacyjnego. Nawet po szkoleniach niewielu pracowników stosowało nabytą wiedzę, co oznacza, że szkolenie z zakresu sposobów redukcji opóźnień w rozkładzie pierwszych operacji nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Opóźnienie planowanego czasu rozpoczęcia operacji powoduje niezadowolenie i napięcia w zespołach operacyjnych. Rozkład zabiegów musi być tak planowany, żeby zredukować czas oczekiwania pacjenta i lekarzy chirurgów. Jednym z rozwiązań, które może poprawić zarządzanie czasem bloku operacyjnego, jest wdrażanie standardów dotyczących procesu decyzyjnego (to nic innego jak zaprojektowanie i standaryzacja).

Innym rozwiązaniem, według autorów niniejszego opracowania nie do końca systemowym, które ma na celu usprawnienie pracy bloku operacyjnego, jest wprowadzenie funkcji tzw. koordynatora bloku operacyjnego. Jego głównym zadaniem jest nadzór nad sprawną realizacją planowych zabiegów operacyjnych [Stepaniak *et al.*, 2009, s. 1249–1256]. Należy przy tym zaznaczyć, że bloki operacyjne w krajach wysoko rozwiniętych są dość rozbudowane, np. w badanej jednostce w Holandii na jeden blok składa się osiem sal operacyjnych. Koordynatorem bloku operacyjnego jest zazwyczaj pielęgniarka anestezyjologiczna. Do jego zadań należy dokonywanie zmian w harmonogramie zabiegów w nagłych przypadkach i w sytuacji, kiedy zabiegi planowane zajmują więcej czasu, niż założono, a także w razie potrzeby – reorganizacja zespołów operacyjnych. Koordynator jest odpowiedzialny za maksymalne wykorzystanie bloku operacyjnego, co oznacza wyeliminowanie przerw między zabiegami i ścisłe przestrzeganie harmonogramu. Mimo wyznaczenia osoby koordynatora wiele szpitali zostało zmuszonych do wydłużenia czasu pracy bloków operacyjnych.

Inną kwestią rozważaną obecnie w piśmiennictwie międzynarodowym w odniesieniu do zarządzania czasem pracy jest robotyzacja pracy lekarzy na blokach zabiegowych. Używanie robotów, które asystują w prowadzeniu zabiegów chirurgicznych, jest coraz bardziej powszechne. Roboty mają już zastosowanie w wielu dziedzinach medycyny zabiegowej, np. w chirurgii laparoskopowej stosuje się system robotowy da Vinci. Robot ten dysponuje monitorem w wymiarze 3D, ma też kilka dodatkowych atutów w porównaniu z tradycyjną laparoskopią. Jednak z wielu względów, głównie ekonomicznych, niewielu pacjentów przechodzi zabiegi przy użyciu takiego sprzętu.

Badania międzynarodowe w zakresie stosowania technik i metod zarządzania czasem w systemie opieki zdrowotnej prowadzą do następujących wniosków [za: Kobza, Syrkiewicz-Świtała, 2014, s. 564–565]:

1. W dobie zachodzących w krajach wysoko rozwiniętych przemian – demograficznych, społecznych, kulturowych, dotyczących stanu zdrowia ludności i innych – a zarazem ograniczeń ekonomicznych i rosnących oczekiwań świadczeniobiorców przewiduje się zwiększoną ilość obowiązków lekarzy sektora POZ i nowe stawiane im wyzwania. Wskazane jest więc:
 - upowszechnianie wiedzy dotyczącej najbardziej skutecznych metod zarządzania czasem pracy w środowisku profesjonalistów medycznych;
 - polepszanie organizacji pracy praktyk poprzez tworzenie zespołów POZ, właściwe delegowanie zadań, prawidłową selekcję obowiązków, odpowiedni dobór liczby podopiecznych, optymalny system finansowania świadczeń;
 - wdrażanie nowoczesnych rozwiązań w zakresie technologii informatycznych, np. elektronicznej formy dokumentacji, które mogą się przyczynić do usprawnienia i skrócenia czasu pracy lekarzy;
 - stosowanie rozwiązań z zakresu telemedycyny – np. cyfrowych konsultacji specjalistycznych – szczególnie w regionach wiejskich i małych miastach, w których pacjenci muszą pokonywać dużą odległość do lekarza specjalisty; telemedycyna mogłaby się przyczynić do znacznego skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcie terapii.
2. Usprawnienie pracy bloków operacyjnych i izb przyjęć definiowane jest jako kluczowe w podnoszeniu efektywności pracy szpitali i skracaniu kolejek oczekujących. Do lepszego wykorzystania sal operacyjnych może się przyczynić:
 - wprowadzenie standardów postępowania procesu decyzyjnego, robotyzacja i zatrudnienie koordynatora bloku operacyjnego w celu bieżącej reorganizacji planów zabiegów, pracy zespołów chirurgów i nadzoru nad przygotowaniem pacjentów (znaczenie mają także cechy osobowościowe osoby zatrudnionej na stanowisku koordynatora);

- przyspieszenie przepływu pacjentów z izby przyjęć na oddziały, czyli wzrost efektywności czasu pracy izby przyjęć.
3. Wyniki badań oraz przegląd krajowego piśmiennictwa wskazują na znaczący brak wiedzy z zakresu metod zarządzania czasem pracy wśród lekarzy i osób zarządzających podmiotami leczniczymi. Nie ma też publikacji o charakterze edukacyjnym ani prezentujących wdrażane rozwiązania w polskim systemie opieki zdrowotnej. Należy więc zwiększyć działania edukacyjne w zakresie zarządzania czasem w środowisku profesjonalistów medycznych i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce. Choć jak kilkakrotnie wspomniano, kwestia zarządzania czasem jest procesem złożonym – szczególnie w placówkach opieki zdrowotnej, nie należy jej zaniedbywać. Odpowiedni komfort czasowy pracy personelu medycznego minimalizuje bowiem ryzyko popełnienia błędów w sztuce lekarskiej, chroniąc w ten sposób zdrowie i życia pacjenta. Z kolei z punktu widzenia chorego istotnym wyznacznikiem jakości usług oferowanych przez placówkę jest jak najkrótszy czas oczekiwania. Dzięki wykorzystaniu przedstawionych w niniejszym rozdziale narzędzi pogodzenie tych z pozoru sprzecznych celów staje się możliwe.

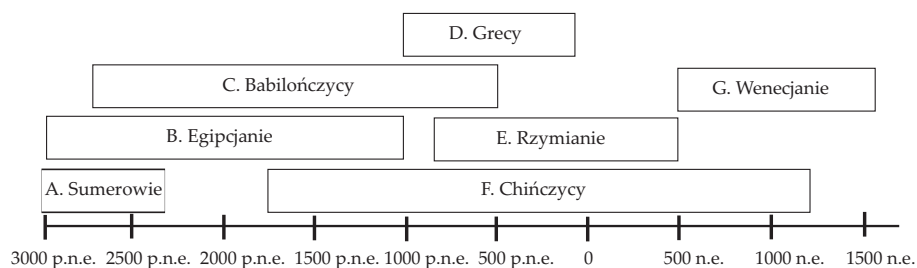
CZĘŚĆ III
ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ
USŁUG MEDYCZNYCH –
KONCEPCJE ZORIENTOWANE NA JAKOŚĆ

7. Ewolucja koncepcji zorientowanych na jakość

7.1. Geneza koncepcji zarządzania

Od zarania dziejów, gdy pojawiło się pojęcie społeczeństwa oraz zaczęła funkcjonować wymiana towarów i usług, możemy mówić również o jakości i zarządzaniu. Leszek Krzyżanowski [1992, s. 17] odniósł się do zapisów z kronik chińskich świadczących o tym, że już w XI w. p.n.e. wyroby handlowe nie mogły być sprzedawane poniżej określonych standardów jakościowych. Zatem już w tamtych czasach prowadzono zorganizowane działania w kontekście zarządzania na rzecz jakości. W historii można znaleźć przykłady wielkich dzieł, budowli, wymagających zorganizowanej pracy wielu ludzi, którzy pracowali w zespołach, czyli występowała organizacja pracy, a zatem zarządzanie zespołami na rzecz osiągnięcia konkretnych wyrobów o wymaganych parametrach jakościowych. Kluczowe ery w historii zarządzania trafnie przedstawił Ricky W. Griffin [2004, s. 28] (rys. 7.1).

Analizując oś czasu na rysunku 7.1, można potwierdzić, że zarządzanie towarzyszy człowiekowi od tysięcy lat. Patrząc na Sumerów (A), zarządzanie prowadzone było poprzez spisywanie przepisów i regulacji w rządzeniu. Egipcjanie (B) wykorzystywali praktyki zarządzania w budowie piramid

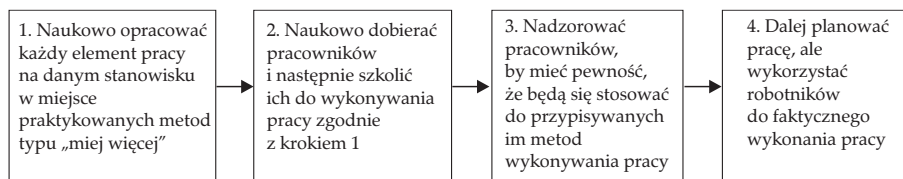


Rysunek 7.1. Ery historii zarządzania

Źródło: [Griffin, 2004, s. 30].

i innych budowli. Babilończycy (C) w ramach swoich rządów używali wielu aktów prawnych i środków politycznych. Grecy (D) wprowadzili zasady rządzenia miastami i państwem. Rzymianie (E) używali struktur zarządzania w celu komunikacji i kontroli. Chińczycy (F) zarządzali rozległymi strukturami organizacyjnymi dla agencji rządowych oraz w dziedzinie sztuki, Wenecjanie (G) zaś w ramach zarządzania używali koncepcji projektowania organizacji i planowania do panowania na morzu.

Praktyczne osiągnięcia w zakresie organizacji i zarządzania pojawiły się, jeszcze zanim podjęto pierwsze badania naukowe i zaczęto tworzyć teorie w tej dziedzinie. Budowanie koncepcji dotyczących kierowania procesami życia społeczno-gospodarczego zostało uwypuklone w momencie wynalezienia pisma, a nowoczesne zarządzanie nimi na etapie pojawienia się rozwiązań informatycznych. Z czasem powstała nowa koncepcja zarządzania – tzw. zarządzanie naukowe, które zostało ujęte w czterech krokach (rys. 7.2).



Rysunek 7.2. Koncepcje zarządzania naukowego

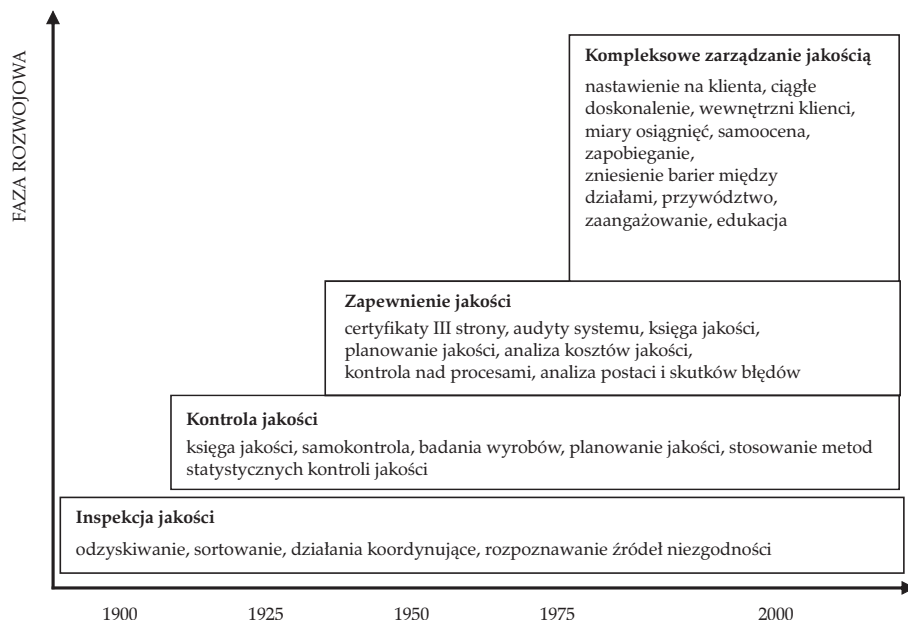
Źródło: [Griffin, 2004, s. 30].

Jest to naukowe ujęcie zarządzania opracowane przez Fredericka W. Taylora, które miało prowadzić do zwiększenia efektywności i wydajności pracowników. Jak pisze R.W. Griffin [2004], firma Bethlehem Steel należała do pierwszych firm, które uzyskały wymierne korzyści z naukowego zarządzania i do tej pory praktykuje niektóre jego elementy. Witold Kieżun [1997, s. 607] podaje, że współtwórcami dotychczasowych osiągnięć w zakresie zarządzania jakością są jednak głównie badacze praktycy i teoretycy ze Stanów Zjednoczonych, Japonii i Europy Zachodniej (np. W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Philip B. Crosby, William E. Conway). Stale rozwijająca się gospodarka rynkowa wywierała presję na praktyczny i modelowy postęp w zakresie jakości produktów. Jednak w państwach o gospodarce nakazowo-rozdziałowej (np. w Polsce w latach 80.) dynamicznie rozwijał się nurt teoretyczny.

Literatura wskazuje na różne ujęcia teorii rozwoju koncepcji zarządzania jakością. Wielu autorów [m.in. Sikorski, 2000; Hamrol, Mantura, 2002;

Dahlgard, Kristensen, Kanji, 2004; Garvin, 2006] wymienia cztery etapy zarządzania jakością:

1. inspekcja jakości (*quality inspection*);
2. kontrola jakości (*quality control*);
3. zapewnienie jakości (*quality assurance*);
4. kompleksowe zarządzanie jakością (*total quality management*).



Rysunek 7.3. Rozwój systemów zarządzania jakością w ostatnim stuleciu

Źródło: [Kolman, 1996, s. 19].

Jak pisze Andrzej Meller [2001, s. 2], pierwszym etapem zarządzania jakością jest inspekcja jakości. Rozwijająca się gospodarka przemysłowa w XIX w. wprowadziła masową produkcję oraz specjalizację i podział pracy. Wszelkie prace dzielono na segmenty pod względem specjalizacji. Każdy z pracowników anonimowo realizował określoną część operacji składających się na wykonanie wyrobu gotowego. W wyniku tego typu zarządzania wprowadzono system kontroli i badań jakościowych. Dla ustalenia jednoznacznej jakości elementów powoływano Inspekcje Jakości, których zadaniem było sprawdzenie, testowanie i mierzenie jednej lub większej liczby parametrów produktu. Z czasem uznano, że Inspekcja Jakości nie sprostawała stawianym wymaganiom, tzn. produkowane wyroby nie zawsze spełniały odpowiedni poziom jakości.

Kontrola jakości jako technika zarządzania została przedstawiona przez Adama Hamrola [2002, s. 92] jako stosowanie zasad nadzoru nad umiejętnościami pracowników. Nadzór ten był sformalizowany i ujęty w formie pisemnej. Kontrole produkcji bazowały na kontroli końcowej, czyli kontroli odbiorczej. Kaoru Ishikawa w ramach kontroli jakości zaproponował połączenie techniki produkcji taśmowej z tradycyjnymi metodami rzemieślniczymi. Zdaniem tego teoretyka zarządzania za jakość odpowiedzialne powinny być całe grupy, a nie poszczególni pracownicy [za: Meller, 2001, s. 3–8]. Badacz wymienia siedem instrumentów niezbędnych w kontroli jakości, takich jak: analiza Pareto, diagramy ryby, stratyfikacja, wykresy ilościowe, histogramy, diagramy rozproszone i wykresy kontrolne [za: Kolman, 1996, s. 84].

W latach 50. poprzedniego wieku pojawiła się jeszcze inna definicja jakości – jak pisze L. Krzyżanowski [1992, s. 19], powstało pojęcie „zapewnienie jakości”. Nowe podejście do zarządzania poprzez zapewnienie jakości zwróciło uwagę na jakość postrzeganą przez rynek – klienta. Zapewnienie jakości zawiera w sobie rozwiązania z obu wcześniejszych etapów, czyli kontrolę jakości i audyty jakości, analizy kosztów jakości oraz nadzorowanie procesów. Z kolei na tym etapie wprowadzono nacisk na działania zapobiegające nieodpowiedniej jakości. Joseph M. Juran pojęcie zapewnienia jakości utożsamia z użytkowością wyrobów usług, czego skutkiem jest wplecenie klienta w procesy kształtowania jakości produktów [za: Bank, 1996, s. 80]. Ponadto uważa on, że kontrola jakości stanowi element zarządzania na wszystkich szczeblach i nie jest wyłączną domeną specjalistów z działów kontroli jakości [za: Wasilewski, 1998, s. 609–610].

Czwartym etapem zarządzania jakością jest kompleksowe zarządzanie jakością. Katarzyna Szczepańska [1998, s. 11–17] podkreśla, że już sama nazwa mocno uwypukla to, iż po raz pierwszy jakość jest postrzegana przez naczelne kierownictwo, jest traktowana jako narzędzie budowy przewagi konkurencyjnej organizacji i jest przedmiotem planowania strategicznego. Jak zauważa Lesław Wasilewski [1998, s. 608], technika kompleksowego zarządzania przez jakość była propagowana przez takich ekspertów jakości, jak: W. Edwards Deming, Philip B. Crosby i William E. Conway. Analizując źródła literaturowe, można zauważyć zarówno podobieństwa, jak i różnice między poglądami współczesnych autorów teorii zarządzania jakością (tabl. 7.1). Z dokonanego przeglądu literatury wynika, że wszystkie materialne i niematerialne zasoby organizacji wpływają na jakość produktów, usług oraz procesów wewnętrznych i zewnętrznych. Jakość materiałów i procesów oraz jakość składników (zasobów) organizacji powinny być ujęte w systemie zarządzania organizacją. Uważa się powszechnie, że systemy zarządzania zgodne ze standardami ISO są elementami składowymi zarządzania przez jakość i jest to pierwszy krok do osiągnięcia wysokiego poziomu zarządzania jakością.

Tablica 7.1. Zestawienie podobieństw i różnic teorii jakości według prekursorów

Wyrażane stanowisko	Poglądy autorów teorii jakościowych				
	W.E. Deming	J.M. Juran	K. Ishikawa	P.B. Crosby	W.E. Conway
Stop kontroli masowej	X	–	–	V	–
Przeprowadzanie jakościowych badań statystycznych	X	O	V	–	V
Najważniejsza jest jakość wyrobu, a nie tylko jego cena	X	O	O	V	V
Teoria „zero braków”	–	–	V	V	–
Zwrócenie uwagi na szkolenia kierownictwa	X	V	–	V	V
Zwrócenie uwagi na szkolenia pracowników	V	V	–	–	V
Rozwiązywanie problemów jakościowych poprzez współpracę kierownictwa z pracownikami	V	–	V	O	V
Odpowiednie motywowanie pracowników wpływa na jakość	V	V	–	V	O
Rozwiązywanie problemów jakości przez liderów jakości	–	V	–	V	–
Powołanie zespołów jakości	–	V	–	V	V
Przełamanie barier między działami	V	–	O	O	–
Określenie i realizacja wspólnych celów	O	V	V	V	V
Eliminacja działań ilościowych na rzecz działań jakościowych	V	–	–	V	V
Wprowadzenie określonych standardów w procesach/kryteria jakościowe	O	V	V	V	O
Wprowadzenie ekonomii produkcji w przedsiębiorstwie	–	X	–	–	V
Uświadomienie potrzeby dobrej jakości	X	X	V	V	V
Podział organizacji na działy i koordynatorów zadań	–	X	O	V	O
Przepływ informacji	O	X	–	V	O
Dobra jakość realizowana przez dobrą praktykę	O	V	O	V	O

X – duży nacisk; V – średni nacisk; O – mały nacisk; – brak występowania elementu

Źródło: [Meller, 2001, s. 3–8].

7.2. Definicja systemu zarządzania jakością

Zgodnie z wymaganiami standardów ISO to najwyższe kierownictwo powinno określić i wdrożyć systemy zarządzania, tak aby były one w stanie spełnić potrzeby i oczekiwania zainteresowanych stron (kierownictwa, pracowników, dostawców, klientów). System zarządzania powinien być dostosowany do wielkości organizacji, kultury oraz realizowanych wyrobów czy usług. Jednak w wielu organizacjach problem zarządzania jest lekceważony. Działanie takie często uzasadnia się małym potencjałem zaobserwowanych braków, a także niewielkimi kosztami z tym związanymi. Narzędziami służącymi do zarządzania, a co za tym idzie, narzędziami do spełnienia wymagań klienta są: odpowiednia organizacja pracy, zapewnienie kwalifikacji pracowników, wprowadzanie odpowiedniej technologii, nadzorowanie materiałów, realizacji usług, środków produkcji i warunków, w jakich odbywa się produkcja czy realizacja usługi. Te wszystkie działania składają się na system zarządzania jakością. Warunki, jakie powinien spełniać system zarządzania jakością, zostały określone w zbiorze norm ISO serii 9000, aktualizowanych średnio co 8–10 lat. Również zbiór tych norm definiuje pojęcie jakości. Jakość jest jedną z cech określających konkurencyjność wyrobu/usługi, a co za tym idzie – konkurencyjność producenta/wytwórcy tego wyrobu/usługi. Podstawowymi elementami wpływającymi na zainteresowanie danym wyrobem są: jakość oferowanych produktów lub usług, cena, dostępność, sposób dostawy, obsługa po sprzedaży. Pojęcie jakości można definiować na wiele sposobów, jednak najtrafniejsze określenie jakości można znaleźć w normach ISO serii 9000, np.:

- ogół właściwości obiektu, wiążących się z jego zdolnością do zaspokojenia potrzeb stwierdzonych i oczekiwanych (ISO 8402:1996) lub
- stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości (wyrobu, systemu lub procesu) spełnia wymagania klienta lub innych stron zainteresowanych (ISO 9000:2006). Pojęcie „inherentny” definiowane jest tu jako istniejący sam w sobie – stała właściwość.

Jednak na podstawie literatury i rynku otaczającego organizacje najbardziej wymowne wydaje się być stwierdzenie, że „jakość to spełnienie oczekiwań klienta”.

Można zauważyć, że zapewnienie jakości polega na kompleksowym podejściu do jakości przez cały okres życia wyrobu: od jego zidentyfikowania na etapie działalności marketingowej, poprzez projektowanie, produkcję, kontrolę, zainstalowanie, obsługę, serwis, aż do likwidacji włącznie. Oznacza to „przestrzeganie jakości” w realizacji wszystkich działań na wymienionych wyżej etapach życia wyrobu/usługi. Taka praktyka projakościowa pozwala na:

- pozyskanie zaufania klienta;
- monitorowanie i zarządzanie niezgodnościami;
- śledzenie ponoszonych kosztów;
- ciągłe doskonalenie jakości;
- zachowanie dowodów spełnienia wymogów bezpieczeństwa wyrobu.

Reasumując, jakość dotyczy wyrobów/usług zgodnych z oczekiwaniami i wymaganiami, gwarantując zadowolenie klienta. Zapewnienie jakości w organizacji to procesy wytwarzania wyrobu czy usługi przebiegające bez zakłóceń – w konsekwencji uzyskiwane są wyroby/usługi, do których klient ma pełne zaufanie, czyli wyroby odpowiedniej jakości.

7.3. System zarządzania jakością jako narzędzie zarządzania jakością

Systemy zarządzania jakością mogą pomagać organizacjom w zwiększaniu zadowolenia klienta. Coraz częściej klienci żądają wyrobów/usług, które spełniają ich potrzeby i oczekiwania. Te potrzeby i oczekiwania wyrażane są poprzez specyfikacje wyrobu. Wymagania klienta mogą być określone zarówno w umowie przez klienta, jak i przez samą organizację. Należy pamiętać, że organizacje są ukierunkowane na ciągłe doskonalenie swoich wyrobów/usług i procesów, ponieważ potrzeby klienta podlegają ciągłym zmianom oraz ze względu na naciski konkurencji i postęp techniczny. Podejście uwzględniające system zarządzania jakością zachęca szereg organizacji/przedsiębiorstw do analizowania wymagań klienta, określania procesów przyczyniających się do otrzymania wyrobu akceptowanego przez klienta i utrzymania tych procesów pod nadzorem. System zarządzania jakością może stwarzać ramy do ciągłego doskonalenia w celu zwiększenia prawdopodobieństwa wzrostu zadowolenia klienta i innych zainteresowanych stron. Pozwala to organizacji i jej klientom mieć zaufanie do tego, że jest ona zdolna dostarczyć wyroby, które spełniają określone wymagania jakościowe. Dla lepszego zrozumienia pojęcia systemu zarządzania jakością poniżej zostały przytoczone następujące definicje (ISO 9000:2006):

- system – zbiór wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących na siebie elementów (według PN-EN ISO 9000:2006, pkt 3.2.1);
- system zarządzania – system do ustanawiania polityki i celów oraz osiągnięcia tych celów (według PN-EN ISO 9000:2006, pkt 3.2.2);

- system zarządzania jakością – system zarządzania do kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości (według PN-EN ISO 9000:2006, pkt 3.2.3).

Nie należy jednak mylić pojęcia systemu zarządzania jakością z pojęciem zarządzania jakością, ponieważ:

- zarządzanie to skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania (według PN-EN ISO 9000:2006, pkt 3.2.6);
- zarządzanie jakością to skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości (według PN-EN ISO 9000:2006, pkt 3.2.8).

System zarządzania jakością to część systemu zarządzania organizacją, która jest ukierunkowana na osiągnięcie wyników odniesionych do celów dotyczących jakości, spełniających odpowiednio potrzeby, oczekiwania i wymagania stron zainteresowanych. Zatem celem organizacji jest zgodnie z ISO 9004 [ISO 9004:2010]:

- identyfikowanie, spełnianie potrzeb i oczekiwań klientów organizacji i innych stron zainteresowanych prowadzące do osiągnięcia poprawy konkurencyjności oraz dokonywanie tego w sposób skuteczny i efektywny;
- osiąganie, utrzymywanie oraz doskonalenie całościowego funkcjonowania i zdolności organizacji.

Cele dotyczące jakości uzupełniają również inne cele organizacji – odnoszące się do rozwoju, finansowania, rentowności, środowiska, bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizacja tych celów przez organizację polega na wdrożeniu systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001. Standard ISO 9001 z 2015 r. dodatkowo pokazuje, że wyznaczane cele powinny opierać się na analizie szans i zagrożeń ich realizacji, czyli powinny być wsparte oceną ryzyka [ISO 9001:2015].

Różne części systemu zarządzania mogą być zintegrowane z systemem zarządzania jakością w jeden system stosujący wspólne elementy. Działanie to może ułatwić planowanie, zarządzanie zasobami, definiowanie celów uzupełniających i ocenę całościowej skuteczności organizacji. System zarządzania organizacją może być oceniany w stosunku do jej własnych wymagań. Należy pamiętać, że system zarządzania jakością to skoordynowane działania związane z kierowaniem organizacją i jej nadzorowaniem w odniesieniu do jakości. Zazwyczaj obejmują one:

- ustanowienie polityki i celów jakości;
- planowanie jakości;
- sterowanie jakością;
- zapewnienie jakości;
- doskonalenie jakości.

Inaczej mówiąc, system zarządzania jakością to przyjęte cele i strategia ich osiągania, odpowiednia struktura organizacyjna i podział odpowiedzialności, dokładnie opracowana dokumentacja systemu jakości, zapewnienie środków technicznych do realizacji produktu, a także ustalenie zasobów potrzebnych do realizacji produktu – system zarządzania jakością obejmuje zatem całą działalność organizacji. Zastosowanie zasad zarządzania jakością przynosi nie tylko bezpośrednie korzyści, ale ma również istotne znaczenie w zarządzaniu kosztami oraz ryzykiem. Korzyści, koszty oraz rozpatrywanie kwestii dotyczących ryzyka są ważne dla organizacji, jej klientów oraz innych zainteresowanych stron. Te rozważania odnoszące się do ogólnej skuteczności mogą mieć wpływ na:

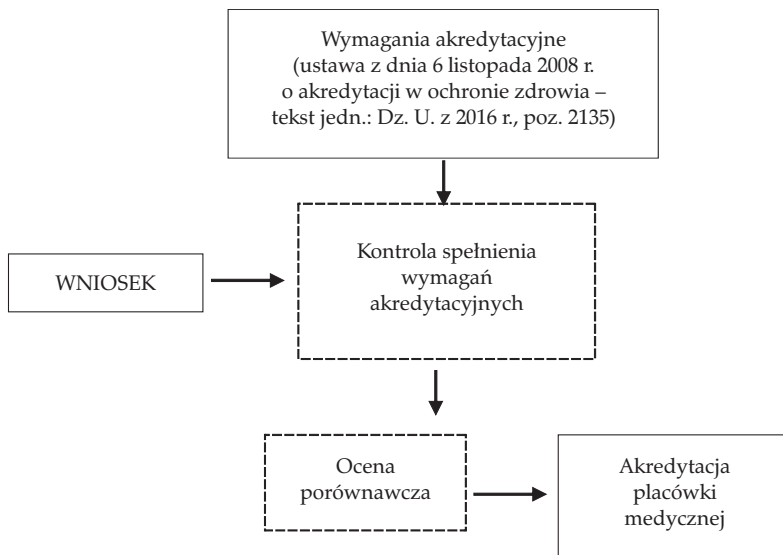
- a. przychody (obroty), zyski oraz udział w rynku; mogą one być podwyższone przez takie aspekty, jak przywództwo, zwiększona skuteczność, polepszona wydajność pracowników, zadowolenie pracowników oraz klientów;
- b. koszty wynikające ze środków potrzebnych do prowadzenia działalności; nieodpowiednie kierowanie środkami może powodować straty i być konkurencyjnie niekorzystne poprzez sprzedaż wyrobów przynoszących deficyt.

Ponadto organizacja może się narazić na dodatkowe straty poprzez utratę udziałów na rynku, pogorszenie swojego wizerunku oraz reputacji, skargi klientów oraz nieefektywne użycie zasobów ludzkich i finansowych.

7.4. Pomiar jakości usług medycznych

Placówki medyczne, podobnie jak każda inna organizacja, wprowadzając działania mające na celu podwyższenie jakości, powinny zmierzyć skuteczność swoich działań. Stąd też pojawia się temat pomiaru jakości. W praktyce można zauważyć, że najczęściej stosowanymi narzędziami pomiaru w tego typu placówkach są poniższe praktyki.

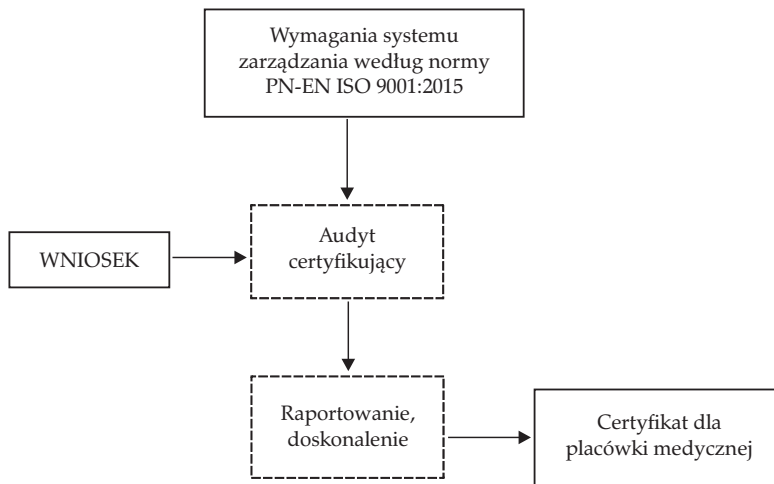
1. **Akredytacja** – ocena jakościowa placówki medycznej. Na podstawie określonych w przepisach prawa wymogów akredytacyjnych (np. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia – tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 2135) przez niezależny organ zewnętrzny dokonywana jest ocena punktowa poszczególnych działań placówki medycznej. Oceny dokonują zewnętrzni weryfikatorzy posiadający odpowiednie uprawnienia i kompetencje.



Rysunek 7.4. Proces akredytacji

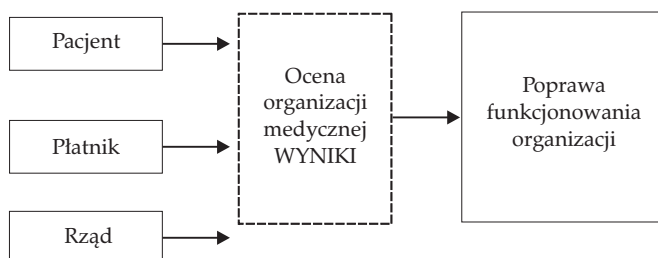
Źródło: opracowanie własne.

2. **Certyfikacja systemu zarządzania jakością** – obiektywne badanie systemu zarządzania jakością prowadzone w oparciu o normę ISO 9001 – sformalizowany standard. Ocenie podlegają procesy zachodzące w placówce bazujące na zarządzaniu procesowym. Działania są przeprowadzane przez audytorów jednostek certyfikujących, którzy poświadczają swoje kompetencje odpowiednimi kodami branżowymi niezbędnymi dla danej placówki medycznej.
3. **Pomiar wyników jako narzędzie publiczne** – metoda oceny jakości świadczonych usług w wymiarze funkcji modelu proefektywnościowego zarządzania oparta na koncepcji „nowego zarządzania publicznego”. Według tego modelu mierzone powinny być efektywność i skuteczność prowadzonej działalności medycznej zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i innych interesariuszy płatnika (np. NFZ) lub rządu. Pomiar tego typu opiera się na zdefiniowaniu, wymiarowaniu i kwantyfikacji procesów zarządzania organizacją oraz procesów realizacji usług [Frączkiewicz-Wronka, 2010, s. 236].
4. **Metoda DEA (Data Envelopment Analysis)** – metoda oceny efektywności organizacji, bazująca na systemie oceny wskaźników i mierników realizowanej poprzez systemy audytów zewnętrznych. Dodatkowo stosowane mierniki efektywności kosztowo-finansowej wspierają ist-



Rysunek 7.5. Proces certyfikacji

Źródło: opracowanie własne.

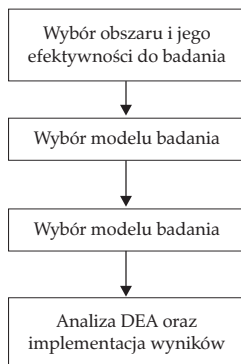


Rysunek 7.6. Pomiar organizacji zgodnie z koncepcją nowego zarządzania publicznego

Źródło: opracowanie własne.

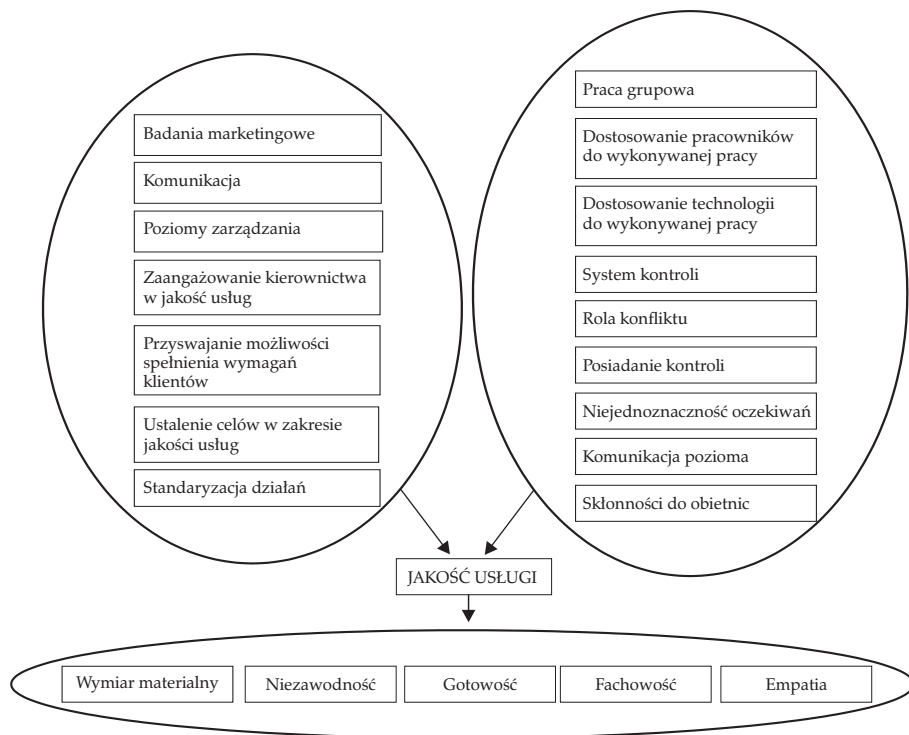
niejące już w placówkach systemy pomiarowe. Liczba i dobór wskaźników muszą być dostosowane do specyfiki placówki. Wskaźniki i wyróżniki opisywane liczbowo powinny zostać tak dobrane, aby zachowały równowagę między kompleksową a praktyczną wskaźnikową oceną placówki [Czyż-Gwiazda, 2013, s. 103–116].

5. **Model Servqual** – model używany do oceny jakości świadczonych usług medycznych. Opiera się on na identyfikacji różnic pomiędzy oczekiwaniami pacjentów dotyczącymi jakości usługi a postrzeganą jakością wykonanej usługi. Metoda porównawcza może dotyczyć takich obszarów, jak: wymiar materialny placówki (infrastruktura), niezawodność – realizacja usług zgodnie z ustaleniami, gotowość do spełnienia



Rysunek 7.7. Model DEA

Źródło: opracowanie własne.

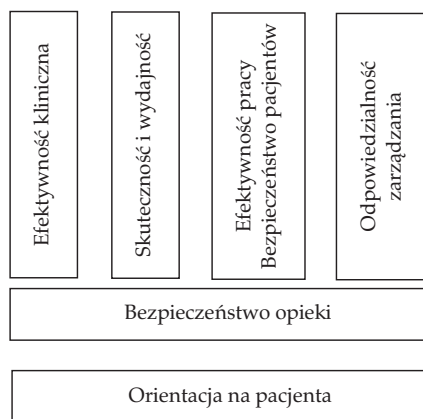


Rysunek 7.8. Model Servqual

Źródło: [R. Lewandowski, 2008, s. 30–35].

oczekiwań pacjenta, fachowość i zaufanie do kadry realizującej usługi oraz empatia jako indywidualne podejście do pacjenta [R. Lewandowski, 2008, s. 30–35].

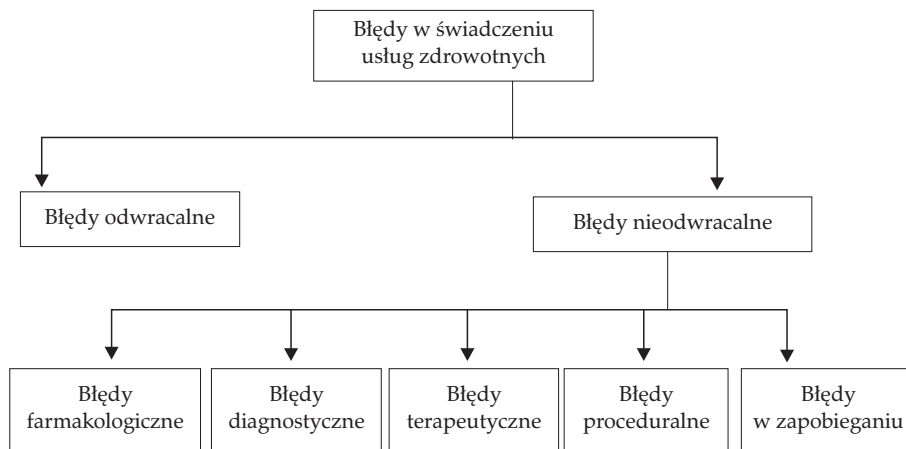
6. Model PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) – model oceny jakości usług opracowany przez WHO. Bazuje on na wskaźnikach pomiarowych, do których należy zaliczyć: efektywność kliniczną i bezpieczeństwo (wskaźniki w postaci odsetek działań przed zabiegami i po zabiegach); efektywność (skuteczność i wydajność w kontekście średniego czasu pobytu i wykorzystania infrastruktury); kadry i bezpieczeństwo (szkolenia, motywacja, absencje, nadgodziny); potrzeby otoczenia (ciągłość opieki, orientacja na pacjenta – oczekiwania pacjentów). Według tego modelu powyższe elementy są równoważne w ocenie w kontekście bezpieczeństwa opieki i orientacji na pacjenta, co jest integralną częścią zarządzania jakością [Czerw, Religioni, 2012, s. 272].



Rysunek 7.9. Model PATH

Źródło: [Czerw, Religioni, 2012, s. 272].

7. Pomiar jakości poprzez eliminację błędów – narzędziem zapewnienia bezpieczeństwa (a także związanej z tym jakości usług) jest eliminacja błędów. Działania te realizowane są poprzez identyfikację i nadzorowanie zdarzeń niepożądanych. W ramach tej metody wyodrębnionych zostało siedem rodzajów zdarzeń niepożądanych: błędy odwracalne, błędy nieodwracalne, błędy farmakologiczne, błędy diagnostyczne, błędy terapeutyczne, błędy proceduralne i błędy w zapobieganiu [Walsh, Smith, 2011, s. 343–344].

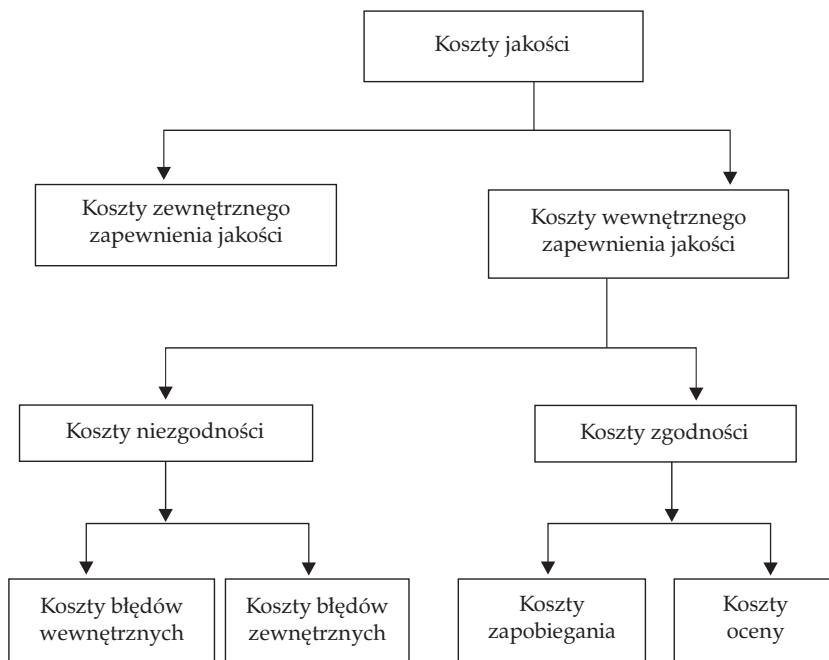


Rysunek 7.10. Rodzaje zdarzeń niepożądanych

Źródło: [Lisiecka, Czyż-Gwiazda, Lisiecka-Bielanowicz, 2017, s. 61].

8. Pomiar jakości poprzez koszty jakości – koszty jakości to koszty, które są syntezą kosztów operacyjnych związanych z osiągnięciem jakości. Są to koszty rozumiane jako nakłady na jakość. Wynikają one zarówno z kosztów niezrealizowanych celów, jak i ze złego nadzoru. W ramach tych kosztów można wyróżnić: koszty działalności zapobiegawczej (będące nakładami na prewencję i profilaktykę), koszty strat na brakach wewnętrznych (gdy zauważono przed wykonaniem, że usługa nie spełnia wymagań jakościowych), koszty strat na brakach zewnętrznych (gdy zauważono po wykonaniu, że usługa nie spełnia wymagań jakościowych), koszty niezgodności (koszty poniesione z tytułu źle wykonanej usługi za pierwszym razem), koszty zgodności (koszty poniesione na prawidłowe wykonanie usługi), „złe” koszty jakości (koszty, których można by było uniknąć przy dobrze zrealizowanej usłudze), „dobre” koszty jakości (koszty prewencji, koszty szkoleń, komunikacji, planowania) oraz koszty zewnętrzne zapewnienia jakości (koszty wdrażania i certyfikacji np. systemów zarządzania) [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2005, s. 177–183].

Podsumowując, obecnie w służbie zdrowia funkcjonuje wiele, aczkolwiek nie do końca skutecznych narzędzi do pomiaru jakości działalności medycznej. Uzasadnione jest zatem (w ramach idei ciągłego doskonalenia) szukanie mechanizmów kulturowo-ekonomiczno-zarządczych, które wywołają ilość i jakość, tak aby spełniać oczekiwania wszystkich zainteresowanych stron



Rysunek 7.11. Klasyfikacja kosztów jakości

Źródło: [Opolski, 2005, s. 182].

procesem usług medycznych. Rozwiązaniem prowadzącym do zadowolenia pacjenta, płatnika i rządu byłby system pomiaru finansowania świadczeń zdrowotnych oparty na sumie obiektywnych wskaźników.

8. Standardy jakości w ochronie zdrowia

8.1. Akredytacja placówek medycznych

W ostatnich latach w polskiej służbie zdrowia można zaobserwować kluczowe standardy jakości, takie jak: jakość określana przez standard akredytacji podmiotów leczniczych oraz elementy całkowitego zarządzania przez jakość TQM, czyli wdrażanie wymagań systemów zarządzania jakością według normy ISO 9001.

Akredytacja to obiektywne badanie jednostek ochrony zdrowia pod kątem spełnienia wymagań jakościowych. Jak pisze Aleksandra Czerw [Czerw, Religioni, 2012, s. 200], termin „akredytacja” w latach 50. dotyczył potwierdzenia kwalifikacji konkretnych praktyk profesjonalistów medycznych. Jednak z czasem akredytacja, ujmowana w ramach narzędzia nadzoru, została zdefiniowana jako usystematyzowany proces zewnętrznej kontroli podmiotów leczniczych. Działania akredytacyjne prowadzone są w oparciu o ogólnodostępne standardy jakości. W Polsce program akredytacji szpitali funkcjonuje od 1998 r. i jest prowadzony przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia [Waśniewski, 2013, s. 203]. Program ten został opracowany przez ekspertów z Amerykańskiej Agencji do spraw Rozwoju Międzynarodowego (United States Agency for International Development, USAID). Nad programem ze strony Polski [Czerw, Religioni, 2012, s. 201] pracowali również Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej. Realizacja programu akredytacji [Bembnowska, 2015, s. 461] realizowana jest przez dwa podmioty:

- Radę Akredytacyjną, która ustala kierunki polityki akredytacyjnej, zatwierdza standardy i wydaje decyzje;

- Ośrodek Akredytacyjny, który odpowiada za koordynowanie i przeprowadzanie audytów akredytacyjnych.

Ponadto akredytacja podmiotów wsparta jest szeregiem regulacji prawnych [Czerw, Religioni, 2012, s. 202; Waśniewski, 2013, s. 204], takich jak:

- ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 2135);
- ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz. U. Nr 130, poz. 1074, ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150, poz. 1216, ze zm.);
- obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. poz. 2068).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że wspomniane wyżej przepisy w zakresie standardów akredytacyjnych w poszczególnych obszarach opieki medycznej realizowane są zarówno w szpitalach, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej. Akredytacją zostało objętych 15 następujących obszarów [Waśniewski, 2013, s. 205–220; 2020]:

- Ciągłość Opieki;
- Prawa Pacjenta;
- Ocena Stanu Pacjenta;
- Opieka nad Pacjentem;
- Kontrola Zakażeń;
- Zabiegi i Znieczulenia;
- Farmakoterapia;
- Laboratorium;
- Diagnostyka Obrazowa;
- Odżywianie;
- Poprawa Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta;
- Zarządzanie Ogólne;

- Zarządzanie Zasobami Ludzkimi;
- Zarządzanie Informacją;
- Zarządzanie Środowiskiem Opieki.

Wszystkie obszary akredytacji realizowane są poprzez programy akredytacyjne, które opierają się na siedmiu zasadach uzyskania akredytacji [Kutryba, Kutaj-Wąsikowska, 2003, s. 19]:

- Zasada 1. Dobrowolność – placówka medyczna dobrowolnie zgłasza się do uczestnictwa w akredytacji, działanie to nie jest wymuszone żadnym aktem prawnym.
- Zasada 2. Niezależność i autonomia decyzji akredytacyjnej – w ramach akredytacji ocena opiera się na określonych zasadach akredytacyjnych wskazanych w standardach akredytacyjnych. Decyzja o przyznaniu akredytacji prowadzona jest przez niezależny organ państwa, tzw. trzecią stronę.
- Zasada 3. Standardy – standardy akredytacyjne określają jednoznacznie wymagania, które placówka medyczna musi spełnić. Ocena prowadzona jest metodą porównawczą, tzn. rzeczywiste działania w placówce na dany dzień oceniane są według kryteriów akredytacyjnych.
- Zasada 4. Przegląd rówieśniczy (*peer review*) – audytorzy przeprowadzający akredytację posiadają odpowiednie kompetencje, kody branżowe oraz doświadczenie w branży medycznej.
- Zasada 5. Cykliczność oceny – wymagania jakościowe ujęte w systemie akredytacji wymuszają ciągłe doskonalenie, dlatego w ramach akredytacji prowadzone są systematyczne i zaplanowane przeglądy prowadzonych działań.
- Zasada 6. Samoocena – placówka powinna okresowo dokonywać samooceny funkcjonowania celem określenia poziomu dostosowania do wymogów i standardów akredytacyjnych. Placówka powinna sama identyfikować obszary poprawy.
- Zasada 7. Zgodność z procedurą akredytacyjną – w procesie akredytacji jest jednoznacznie określona i publicznie dostępna procedura przebiegu procesu akredytacji. Procedura ta określa tryb zgłaszania placówki do akredytacji, zasady przygotowania do przeglądu dokumentacji i przebiegu wizytacji. Określa również kryteria oceny, metodologię procesu decyzyjnego w zakresie przyznawania lub odmowy akredytacji dla danej placówki medycznej.

Audyt akredytacyjny dotyczy jednostki medycznej jako całości organizacji. W trakcie audytu oceniane są wszystkie obszary działalności, nie tylko procesy podstawowe, ale także procesy pomocnicze oraz procesy zarządzania.

Placówka sama decyduje, czy i jakie wymagania spełnia i kiedy może podejść do procesu akredytacji. Akredytacja placówki medycznej jest dobrowolna, lecz jej posiadanie znacznie pomaga we współpracy z NFZ-etem. Udzielane akredytacje przyznawane są na okres 3 lat przez Ministra Zdrowia na wniosek Rady Akredytacyjnej.

8.2. System zarządzania jakością w placówkach medycznych

W ramach konkursów ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia placówki medyczne mogą uzyskać dodatkowe punkty kwalifikacyjne za posiadanie certyfikowanego systemu zarządzania. NFZ okresowo zmienia swoje wytyczne co do liczby punktów oraz systemów, za które można otrzymać punkty. Punktowane systemy to system zarządzania BHP ISO 45001, system zarządzania środowiskowego ISO 14001, system zarządzania bezpieczeństwem żywności ISO 22000 czy system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO 27001. Jednak podstawowym i jak do tej pory zawsze punktowanym systemem jest system zarządzania jakością według standardu ISO 9001.

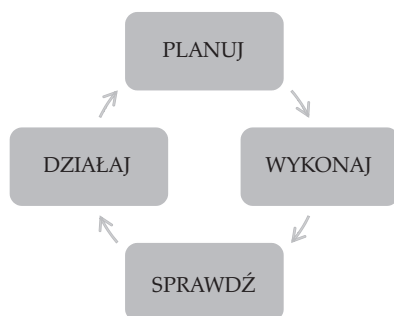
ISO 9001 to standard opracowany przez Międzynarodową Organizację Standaryzacyjną (International Organization for Standardization, ISO) i przetłumaczony przez Polski Komitet Normalizacyjny (PNK) określający zasady systemu zarządzania jakością. Zasady te obok akredytacji są drugim mechanizmem zapewnienia jakości w placówkach medycznych. Norma PN-ISO 9001:2015 przez lata ewoluowała i obecnie zawiera siedem zasad zarządzania jakością. Zasady te można scharakteryzować następująco [ISO 9001:2015]:

1. Orientacja na klienta – sukces działania organizacji jest zależny bezpośrednio od klienta, dlatego konieczne jest poznanie nie tylko jego obecnych i przyszłych potrzeb, ale także oczekiwań, które klient może wyrażać, i dążenie do ich wyprzedzania.
2. Przywództwo – przywódcy określają cele oraz potrafią ukierunkować działania organizacji. Kształtowanie środowiska wewnętrznego organizacji powinno sprzyjać pełnemu zaangażowaniu ludzi w osiąganie celów organizacji.
3. Zaangażowanie pracowników – najcenniejszą wartością każdej organizacji są ludzie na wszystkich poziomach zatrudnienia. Uzyskanie całkowitego ich zaangażowania pozwoli na wykorzystanie ich zdolności z maksymalną korzyścią dla organizacji.
4. Podejście procesowe – osiąganie zaplanowanych wyników jest efektywniejsze wówczas, gdy działania i powiązane z nimi zasoby są za-

zarządzane jako procesy. Zrozumienie współzależności procesów i umiejętne zarządzanie nimi jako systemem przyczyniają się do zwiększenia skuteczności i poprawy efektywności działania organizacji.

5. Ciągłe doskonalenie – stałym elementem organizacji powinno być ciągłe doskonalenie oparte na identyfikowaniu niezgodności i wdrażaniu działań korygujących.
6. Podejmowanie decyzji oparte na faktach – decyzje są trafne, gdy opierają się na logicznej analizie danych i informacji.
7. Zarządzanie relacjami – istnieje współzależność między organizacją a jej pracownikami, dostawcami (kooperantami), stronami zainteresowanymi, dlatego ustanowienie relacji obopólnie korzystnych zwiększa zdolność wszystkich stron do osiągnięcia założonych celów.

Warto zwrócić uwagę, że normę ISO 9001 oparto na metodyce zwanej kołem (cyklem) Deminga, określanej jako PDCA (*plan-do-check-act*, czyli planuj – wykonaj – sprawdź – działaj).



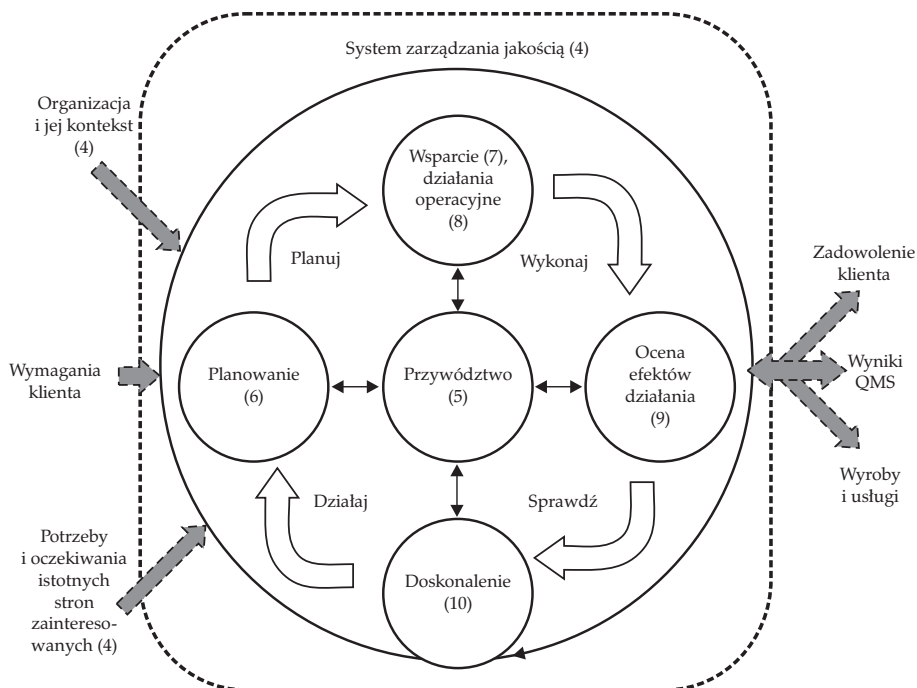
Rysunek 8.1. Koło Deminga

Źródło: opracowanie własne.

W kontekście normy ISO 9001 działania te można opisać następująco:

- a. Planuj: ustalenie celów i procesów niezbędnych do uzyskania wyników zgodnie z polityką środowiskową organizacji;
- b. Wykonaj: wdrożenie procesów;
- c. Sprawdź: monitorowanie i mierzenie procesów w odniesieniu do polityki, celów i zadań środowiskowych, wymagań prawnych i innych oraz przedstawianie wyników;
- d. Działaj: podejmowanie działań dotyczących ciągłego doskonalenia funkcjonowania systemu zarządzania środowiskowego.

Zasady te wprowadzają zarządzanie jakością poprzez cykl PDCA. Jednak sam standard ISO 9001 w nowelizacji z 2015 r. nieco rozbudowuje koło Deminga, umieszczając w jego centralnym punkcie „Przywództwo”.



Rysunek 8.2. Przedstawienie struktury normy międzynarodowej PN-EN ISO 9001:2015 w cyklu PDCA

Źródło: [PN-EN ISO 9001:2015, s. 7].

Tym działaniem twórcy nowelizacji standardu ISO 9001:2015 wskazują, że zaangażowanie kierownictwa jest istotne we wszystkich zachodzących działaniach cyklu PDCA:

P – Planuj – Planowanie – rozdział 6 normy ISO 9001;

D – Wykonaj – Wsparcie, działania operacyjne – rozdziały 7–8 normy ISO 9001;

C – Sprawdzaj – Ocena efektów działalności – rozdział 9 normy ISO 9001;

A – Działaj – Doskonalenie – rozdział 10 normy ISO 9001.

Norma ISO 9001 zapoczątkowała tzw. Architekturę Wysokiego Poziomu (High Level Structure, HLS) dotyczącą norm w zakresie systemów zarządzania w placówkach medycznych, która:

- ułatwia integrację z innymi systemami zarządzania;

- zapewnia zintegrowane podejście do zarządzania;
- odzwierciedla coraz bardziej złożone otoczenie, w którym funkcjonuje organizacja.

W normie ISO 9001:2015 wymagania zostały ujęte w strukturze dziesięciu rozdziałów:

1. Zakres normy;
2. Powołania normatywne;
3. Terminy i definicje;
4. Kontekst organizacji;
5. Przywództwo;
6. Planowanie;
7. Wsparcie;
8. Działania operacyjne;
9. Ocena wyników;
10. Doskonalenie.

Analizowana norma PN-EN ISO 9001:2015 wprowadza wystandaryzowane wymagania jakościowe dotyczące ujednolicenia i nadzorowania udokumentowanych informacji. Standard ten wymaga udokumentowanej formy – oznacza to, że placówka medyczna musi mieć dokumenty potwierdzające:

- zakres systemu zarządzania jakością;
- politykę jakości;
- cele jakości;
- monitorowanie i pomiary;
- kompetencje personelu;
- realizację procesów zgodnie z ustalonym planem;
- wyniki przeglądu wymagań dla wyrobów i usług;
- dane wejściowe, wyjściowe, zmiany oraz nadzorowanie prac projektowych;
- wyniki oceny dostawców oraz kryteria wyboru i oceny;
- identyfikację i identyfikowalność;
- przeglądy zmian w zakresie dostarczania usług medycznych;
- zwolnienia wyrobu;
- nadzór nad wyrobem niezgodnym;
- przeprowadzenie audytów wewnętrznych;
- wyniki przeglądu zarządzania;
- dowody nadzorowania niezgodności i przeprowadzania działań korygujących.

Spełnienie powyższych wymagań jest podstawą uzyskania certyfikatu ISO 9001. Analogicznie jak w procesie akredytacji proces certyfikacji systemu zarządzania jakością prowadzony jest w cyklach trzyletnich. Podobnie jak organ

akredytujący jednostki certyfikujące systemy zobligowane są do zachowania należytej staranności realizacji certyfikacji oraz zachowania kompetencji audytorów i ich niezależności.

9. Systemy zarządzania z grupy ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001

9.1. System zarządzania jakością ISO 9001

Wymagania dotyczące systemów zarządzania jakością wyspecyfikowano w normie ISO 9001. Wymagania te są ogólne i mogą być stosowane w odniesieniu do organizacji z dowolnego sektora przemysłowego, gospodarczego, organizacyjnego, administracyjnego, budżetowego, placówek medycznych itd. bez względu na kategorię oferowanego wyrobu czy usługi. W standardzie ISO 9001 nie wskazano wymagań dotyczących bezpośrednio wyrobu/usługi medycznej, lecz szeroko rozumianego zarządzania usługami. Wymagania odnoszące się do wyrobów/usług mogą być wyspecyfikowane przez klientów (w branży medycznej – pacjentów), organizację przewidującą wymagania klientów (np. NFZ) lub mogą być określone w przepisach. Wymagania dotyczące wyrobów/usług i w niektórych przypadkach związanych z nimi procesów określone są w normie PN-EN ISO 9001:2015 pt. „Systemy zarządzania jakością – Wymagania”. W początkowych rozdziałach znajdziemy tam wprowadzenie w struktury normy. W postanowieniach ogólnych można wyczytać, że zalecane jest, aby wprowadzenie systemu zarządzania jakością było strategiczną decyzją organizacji, w tym również placówki medycznej. Podczas procesu wdrażania należy wziąć pod uwagę cele i potrzeby stale zmieniające się w placówkach medycznych, dostarczanych usługach medycznych i stosowanych procesach. Zwraca się tu dużą uwagę na fakt, że system zarządzania powinien być dostosowany do wielkości i możliwości placówki medycznej. Istotnym elementem normy jest uwypuklenie podejścia procesowego do zarządzania. Pod pojęciem zarządzania procesowego nie można rozumieć tylko procesu dostarczania usług medycznych, w praktyce dotyczy to bowiem wszystkich czynności w placówce. Zarządzanie procesowe powinno charakteryzować się następującymi cechami:

- określaniem wielkości wejściowych i wyjściowych;

- połączeniem czynności włączanych w różnym czasie do procesu (z oddziału do oddziału);
- zależnością od czynników posiadających i nieposiadających wpływu na proces;
- możliwością sterowania procesem.

Powyższe cechy dotyczą wszystkich czynności w procesie realizacji usług medycznych, a nie tylko metod technicznego opanowania procesu. Podstawowy cel to stworzenie i utrzymanie systemu zarządzania jakością w pełni zintegrowanego z procesami biznesu organizacji [Kleniewski, 2002, s. 9]. Trzeba bowiem pamiętać, że zarządzanie placówką medyczną jest w dzisiejszych czasach niezwykle skomplikowanym działaniem biznesowym. We wprowadzeniu do normy ISO 9000:2010 zaznaczono, że wszelką działalność lub zestaw działań, w których wykorzystuje się zasoby do przekształcania wejść w wyjścia, można rozpatrywać jako proces. W każdej placówce medycznej można wyodrębnić wiele procesów. Należy mieć na uwadze, że każdy proces musi się charakteryzować wejściem, wyjściem i posiadać zasoby do realizacji. Dodatkowo, jeżeli zastosuje się sprzężenie zwrotne dotyczące oceny klienta/pacjenta i proces będzie monitorowany, to uzyska się efekt ciągłego doskonalenia.

W 2011 r. podczas prac podkomitetu technicznego ISO/TC 176/SC2 podjęto decyzję o konieczności nowelizacji standardu ISO 9001. Zaktualizowana norma ISO 9001 wychodzi naprzeciw potrzebom klienta/pacjenta i integruje potrzeby rynku/otoczenia/środowiska medycznego. Współczesne organizacje medyczne działają w bardzo dynamicznym środowisku, co stawia przed nimi nowe wyzwania. Te uwarunkowania zostały uwzględnione w wymaganiach ISO 9001:2015, gdzie znaczną rolę odgrywa zarządzanie ryzykiem, zmianami i wiedzą. Główne elementy zmian wprowadzone w normie ISO 9001:2015 to:

- określenie niezbędnych wymagań, aby system medyczny funkcjonował kolejnych kilkanaście lat;
- dostosowanie standardu do wszelkiego rodzaju typów i wielkości organizacji, w tym organizacji medycznych, rządowych i non profit;
- efektywne i skuteczne zarządzanie procesami dla zapewnienia oczekiwanych wyników realizacji usług;
- stałe uwzględnianie zmian technologicznych i zmian w systemowym zarządzaniu jakością;
- prostsze wdrożenie i adaptacja wymagań przez organizacje, ich dostawców, w tym również jednostki certyfikujące;
- opisanie wymagań standardu ujednoliconym słownictwem zrozumiałym również dla specyficznej branży, jaką jest branża medyczna realizująca usługi, a nie wyroby.

Aktualizacja normy ISO 9001 w roku 2008 nie wniosła do wymagań w zakresie systemów zarządzania znaczących zmian, natomiast wersja standardu z roku 2015 wprowadziła zmiany związane z ryzykiem. W wymaganiach nowej normy ISO 9001:2015 ujęto kilka nowych podrozdziałów, co obliuguje placówki medyczne posiadające certyfikat ISO 9001 do przeprowadzenia rewizji i uzupełnień opisów procesów oraz dokumentacji systemowej. Po lekturze propozycji zawartości rozdziałów można stwierdzić, że są to większe modyfikacje, wpływające na zmiany w modelu zarządzania organizacją medyczną. Struktura normy uległa zmianie, gdyż składa się z dziesięciu, a nie ośmiu rozdziałów [Kobylińska, 2014, s. 214]. Pierwsze trzy – wprowadzające – pozostały bez zmian, a wymagania zostały zamieszczone w rozdziałach od 4 do 10. Omówienie dodanych treści znajduje się poniżej [ISO 9001:2015].

W rozdziale 4 normy ISO 9001 pojawiły się kluczowe wymagania w zakresie rozumienia organizacji i jej kontekstu, gdzie ujęto jednoznacznie, że organizacja medyczna powinna:

- określić czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które są istotne dla jej celu działania, i takie, które wpływają na zdolność organizacji do osiągnięcia zamierzonego wyniku działania systemu zarządzania jakością;
- w ramach przeglądu zarządzania systematycznie przedstawiać informacje o zmianach dotyczących kontekstu;
- uwzględniać informacje jako dane wejściowe do definiowania zakresu oraz identyfikacji zagrożeń i szans;
- monitorować informacje dotyczące kwestii wewnętrznych i zewnętrznych oraz prowadzić ich przegląd. Dowodem na to, że zagadnienia zostały określone mogą być np. protokoły spotkań, analiza strategiczna, analiza SWOT, w zależności od stopnia złożoności organizacji.

Ponadto wprowadzone zostały wymagania dla zrozumienia potrzeb i oczekiwań zainteresowanych stron. Norma wskazuje, że placówka medyczna powinna monitorować i dokonywać przeglądu informacji na temat tychże zainteresowanych stron oraz ich istotnych wymagań. Dowody na to, że powyższe działania się odbywają i są objęte przeglądami, mogą być udokumentowane np. w postaci tabeli zawierającej wykaz poszczególnych interesariuszy oraz ich potrzeb i oczekiwań (wymagań). Punkt 4 normy zawiera także wymagania dla określenia zakresu systemu zarządzania jakością oraz wskazania i opisanie procesów zachodzących w placówce medycznej. W związku z tym placówka musi określić:

- procesy konieczne dla funkcjonowania systemu zarządzania jakością;
- kolejność oraz wzajemne relacje tych procesów;
- kryteria i metody konieczne do zapewnienia, że zarówno przebieg, jak i nadzorowanie tych procesów są efektywne.

Rozdział 5 normy ISO 9001 wskazuje, że kierownictwo placówki medycznej powinno dostarczyć dowody na rozwój i doskonalenie systemu zarządzania jakością. Wymagane jest, aby organizacja określiła, w jaki sposób najwyższe kierownictwo wykazuje przywództwo i zaangażowanie w odniesieniu do systemu zarządzania jakością. Najwyższe kierownictwo powinno ustalić politykę jakości z celami organizacji i zapewnić jej zrozumienie oraz aktualizację. Ponadto powinno zapewnić określenie odpowiedzialności, wzajemnej współzależności między funkcjami, powołać przedstawiciela najwyższego kierownictwa w sprawach dotyczących jakości i ustalić zasady komunikacji wewnętrznej.

Zalecenia w rozdziale 6 normy ISO 9001 oznaczają, że organizacja medyczna powinna planować działania w celu rozwiązania ryzyk i zwiększenia szans. Działania te powinny być proporcjonalne do potencjalnego wpływu na zgodność realizacji usług medycznych. Placówka powinna zademonstrować podejście systemowe umożliwiające jej skuteczne identyfikowanie zagrożeń i szans oraz definiowanie działań dostarczających danych wejściowych do planowania systemu zarządzania jakością. Przy określaniu zagrożeń i szans organizacja medyczna powinna uwzględnić zagadnienia zewnętrzne i wewnętrzne oraz wymagania zainteresowanych stron. Najwyższe kierownictwo placówki medycznej powinno zapewnić ustanowienie celów jakości dla odpowiednich szczebli organizacji oraz prowadzić planowanie realizacji tych celów. Cele dotyczące jakości powinny być spójne z kierunkiem strategicznym i kontekstem organizacji. Gdy organizacja medyczna stwierdzi potrzebę wprowadzenia zmian w systemie zarządzania jakością, zmiany te powinny być zaplanowane i udokumentowane.

Rozdział 7 normy ISO 9001 wskazuje, że organizacja medyczna powinna określić i zapewnić potrzebne zasoby do realizacji wymagań klienta/pacjenta. Zasoby ludzkie powinny być rozwijane, szkolone i motywowane. Zasoby w postaci infrastruktury powinny być konserwowane, serwisowane i utrzymywane w gotowości do realizacji usług medycznych. W ramach zasobów placówka powinna zapewnić środowisko niezbędne do osiągnięcia zgodności realizacji usług medycznych. W tym powinna również identyfikować pomiary, które należy wykonać, oraz nadzorować urządzenia do pomiarów i monitorowania, aby zapewnić zgodność realizacji usług medycznych z wyspecyfikowanymi wymaganiami. Jako zasób organizacja medyczna powinna określić wiedzę niezbędną do funkcjonowania procesów oraz osiągnięcia zgodności realizacji usług medycznych. W kontekście utrzymywania zasobów dokumentacja systemu zarządzania jakością powinna obejmować: udokumentowaną deklarację polityki jakości, udokumentowane cele jakościowe, udokumentowany zakres systemu zarządzania jakością, udokumentowane

informacje wymagane przez normę, dokumenty wymagane przez organizację. Wszystkie udokumentowane informacje powinny być nadzorowane.

W rozdziale 8 normy ISO 9001 zaleca się, aby placówka medyczna planowała cele dotyczące realizacji, sposoby wykonania i ich przebieg w czasie. Żadna umowa ani oferta nie powinny być realizowane przed upewnieniem się, czy w placówce są ku temu możliwości, a także, czy wszystkie kwestie sporne zostały wyjaśnione i rozwiązane zarówno z pacjentami, rodziną, jak i NFZ-tem. W placówkach medycznych, gdzie prowadzone są prace badawcze, prace te powinny być nadzorowane. Placówka medyczna powinna określić środki nadzoru, jakie mają być stosowane w odniesieniu do procesów i usług dostarczanych z zewnątrz, gdy:

- usługi pochodzące od dostawców zewnętrznych są przeznaczone do włączenia do usług własnych placówki;
- usługi są dostarczane klientowi (pacjentom) bezpośrednio przez dostawców zewnętrznych w imieniu placówki;
- proces (lub część procesu) jest dostarczany przez zewnętrznego dostawcę w wyniku decyzji organizacji.

Procesy, czyli sposoby realizacji czynności usługowych, powinny być zaplanowane i nadzorowane, aby zapewnić, że materiały są właściwe, maszyny i urządzenia sprawne, przyrządy pomiarowe rzetelne, pracownicy wyszkoleni, dokumentacja aktualna, warunki pracy bezpieczne, wyniki pracy zgodne z wymaganiami. Zwolnienie usługi dla pacjenta nie powinno nastąpić dopóty, dopóki zaplanowane ustalenia nie zostaną zadowalająco zakończone, chyba że inna decyzja została zatwierdzona przez uprawnioną osobę. W przypadku wystąpienia niezgodności placówka powinna podjąć odpowiednie działania w zależności od charakteru niezgodności i jej wpływu na usługę i pacjenta. Ma to również zastosowanie do usług niezgodnych, wykrytych po dostarczeniu usługi.

Rozdział 9 normy ISO 9001 koncentruje się na monitorowaniu pomiarów, analiz i ocen – placówka medyczna powinna określić, co należy monitorować i mierzyć; określić metody monitorowania, pomiarów, analizy i oceny potrzebne do zapewnienia wiarygodnych wyników; ustalić, kiedy należy przeprowadzać monitorowanie i pomiary oraz kiedy należy analizować i oceniać wyniki monitorowania i pomiarów. Z przeprowadzonych działań placówka powinna utrzymywać odpowiednio udokumentowane informacje jako dowody uzyskanych wyników. Audyt wewnętrzny jest narzędziem do monitorowania i działaniem mającym na celu stwierdzenie, czy zadania realizowane w zakresie jakości są zgodne z zaplanowanym sposobem postępowania oraz określają efektywność systemu zarządzania. Monitorowaniem jest także przegląd zarządzania dokonywany przez najwyższe kierownictwo placówki medycznej.

Jest on planowany i przeprowadzany z uwzględnieniem niezgodności i działań korygujących, wyników monitorowania i pomiarów, wyników audytów wewnętrznych, funkcjonowania dostawców zewnętrznych, adekwatności zasobów, a także skuteczności działań podjętych w celu zdiagnozowania zagrożeń i szans możliwości poprawy.

W rozdziale 10 normy ISO 9001 zwraca się uwagę na fakt, że kierownictwo placówki medycznej powinno badać skutki i przyczyny wad oraz planować i wdrażać programy naprawcze zapobiegające ich ponownemu wystąpieniu. W związku z tym placówka medyczna powinna identyfikować niezgodności oraz podejmować działania korygujące, które będą eliminować przyczyny wystąpienia niezgodności. Działania te powinny być dobrane odpowiednio do wpływu, jaki powodują napotkane problemy.

Podsumowując, wymagania standardu zarządzania jakością ISO 9001 w kontekście placówek medycznych obligują zarząd tych organizacji do określenia potrzeb i oczekiwań pacjentów, diagnozowania szans i zagrożeń, tym samym analizując ryzyko realizowanych usług, zapewnienia bezpiecznych warunków realizacji usług medycznych, ustalenia polityki i celów jakości, określenia procesów i odpowiedzialności, podkreślenia ważności uczestnictwa najwyższego kierownictwa w budowaniu i utrzymywaniu systemu, określenia i zapewnienia zasobów, ustanowienia metod pomiaru skuteczności i efektywności procesów, zastosowania pomiarów do określenia skuteczności i efektywności każdego procesu, określenia środków zapobiegających niezgodnościom i eliminujących ich przyczyny oraz ustanowienia i zastosowania procesu doskonalenia systemu jakości. Takie podejście powinno być stosowane do utrzymania i doskonalenia istniejącego systemu zarządzania jakością. Placówka medyczna, która przyjmie powyższe podejście do zarządzania, wzbudza zaufanie co do zgodności swoich procesów i jakości swoich usług oraz stwarza podstawy do ciągłego doskonalenia. Prowadzi to do zwiększenia zadowolenia pacjentów/NFZ-et i innych zainteresowanych stron, a co najważniejsze do sukcesu placówki.

9.2. System zarządzania środowiskowego ISO 14001

System zarządzania środowiskowego według normy PN-EN ISO 14001:2005 to system, którego przesłaniem jest ochrona środowiska naturalnego. System ten w branży medycznej skupia swoje działania głównie na zmniejszaniu ilości odpadów, w tym odpadów medycznych, możliwościach i sposobach utylizacji odpadów medycznych, zapobieganiu zanieczyszczeniom oraz redukcji

wykorzystanych surowców naturalnych. Ideą systemu jest stałe doskonalenie działań związanych z ochroną środowiska naturalnego – poprzez identyfikację zagrożeń, szacowanie ryzyka oraz mobilizację placówek medycznych do postępowania zgodnie z wymogami prawa w zakresie ochrony środowiska. System zarządzania środowiskowego oparty jest na wymaganiach normy ISO 14001, która zawiera wytyczne dotyczące systemu zarządzania środowiskowego. ISO 14001 wskazuje placówce medycznej wytyczne do sformułowania polityki i celów środowiskowych, z uwzględnieniem wymagań przepisów prawnych oraz znaczących informacji odnoszących się do wpływu placówki na środowisko. Normę opracowano w sposób umożliwiający jej zastosowanie m.in. przez organizacje medyczne, niezależnie od rodzaju i wielkości oraz przystosowania ich do różnych warunków geograficznych, kulturowych i społecznych. Norma ISO 14001 zawiera następujące wymagania dotyczące pięciu głównych elementów systemu zarządzania środowiskowego: polityka środowiskowa, planowanie, wdrażanie i funkcjonowanie, sprawdzanie i działania korygujące oraz przegląd wykonywany przez kierownictwo. Zarządzanie środowiskowe opiera się na koncepcji stałego doskonalenia, a struktura normy odpowiada normie ISO 9001 zarządzania jakością. Norma ISO 14001 nie zawiera bezwzględnych wymagań dotyczących efektów działalności środowiskowej, wymaga tylko, by placówka medyczna działała zgodnie ze zobowiązaniami wyrażonymi w polityce środowiskowej, zgodnie z odpowiednim ustawodawstwem i przepisami prawnymi oraz by zobowiązała się do ciągłego doskonalenia wdrożonego systemu zarządzania środowiskowego. Norma ISO 14001:2015 zawiera bez zmian terminologicznych niektóre definicje funkcjonujące również w poprzednich wersjach normy z lat 1996 i 2005. Z kolei wybrane definicje ujęte w starszych wersjach ISO 14001 zostały zmodyfikowane w celu uzyskania większej spójności z terminologią stosowaną w ISO 9001:2015.

Podstawowymi elementami systemu zarządzania środowiskowego dla placówek medycznych są:

- polityka ekologiczna, która wyraża wolę placówki do stałego usprawniania systemu racjonalizacji zużycia zasobów i walorów środowiska oraz zapobiegania jego zanieczyszczeniu;
- planowanie, które obejmuje przegląd ekologiczny placówki, przegląd wymagań prawnych w zakresie ochrony środowiska i opracowanie programu zarządzania środowiskowego;
- wdrożenie i funkcjonowanie – etap ten wymaga stworzenia udokumentowanej struktury organizacyjnej, z jasnym schematem stanowisk i zakresów odpowiedzialności, szkoleń, a także przygotowania do sytuacji

awaryjnych i dokumentowania funkcjonowania systemu oraz nadzoru nad dokumentacją;

- działania sprawdzające i korygujące, obejmujące monitorowanie i pomiar skuteczności działań środowiskowych, okresowe przeglądy, prowadzenie zapisów każdego działania, ocenę zgodności z przepisami w zakresie ochrony środowiska;
- przegląd dokonywany przez kierownictwo i weryfikowanie systemu.

Standard systemu zarządzania środowiskowego ISO 14001 po ujednoliceniu z normą ISO 9001 zarządzania jakością (a później z normą BHP ISO 45001) zawiera spójne wymagania co do zarządzania w ramach danego systemu. Zasadnicze różnice, charakterystyczne dla danego systemu zostały określone w obszarze sterowania operacyjnego. Wymagania dla systemu środowiskowego zostały ujęte w rozdziałach i omówione poniżej:

Rozdział 4. ISO 14001 – Kontekst organizacji – wymaganiem systemowym jest, aby organizacja medyczna określiła czynniki zewnętrzne i wewnętrzne w zakresie środowiska, które wpływają na zdolność placówki medycznej do osiągnięcia zamierzonego wyniku działania systemu zarządzania środowiskowego. Czynniki te powinny obejmować warunki środowiskowe, na które wpływa organizacja lub które wpływają na organizację. Ponadto placówka powinna określić zakres systemu środowiskowego oraz procesy związane z działaniami na rzecz środowiska.

Rozdział 5. ISO 14001 – Przywództwo – placówka medyczna powinna dostarczyć dowody świadczące o rozwoju i doskonaleniu systemu zarządzania środowiskowego. Organizacja powinna określić, w jaki sposób najwyższe kierownictwo wykazuje przywództwo i zaangażowanie w odniesieniu do systemu zarządzania środowiskowego. Wymagane jest, aby kierownictwo placówki aktywnie odgrywało wiodącą rolę w kreowaniu działań na rzecz środowiska.

Rozdział 6. ISO 14001 – Szanse i ryzyka – placówka medyczna, odnosząc się do szans i ryzyk, powinna planować system zarządzania środowiskowego z uwzględnieniem kontekstu organizacji oraz potrzeb zainteresowanych stron, z ustaleniem zakresu systemu zarządzania środowiskowego oraz powinna określić ryzyka i szanse związane z aspektami środowiskowymi. Wymagane jest, aby placówka zapewniła zgodność z wymaganiami prawnymi w obszarze działań medycznych związanych z wpływem na środowisko. W zakresie systemu zarządzania środowiskowego placówka powinna określić potencjalne sytuacje awaryjne, włączając w to te, które mogą mieć wpływ na środowisko. Wszystkie ustalenia dotyczące szans i ryzyk powinny być udokumentowane przez placówkę.

Rozdział 6. ISO 14001 – Aspekty środowiskowe – w ramach zdefiniowanego zakresu systemu zarządzania środowiskowego placówka medyczna powinna określić aspekty środowiskowe swoich działań, realizacji usług, które mogą być nadzorowane, i te, na które może mieć wpływ, oraz związane z nimi wpływy środowiskowe. Aspekt środowiskowy to element działań placówki, lub jej usług, który może wzajemnie oddziaływać ze środowiskiem. Aspekt ten może powodować wpływ(y) na środowisko. Znaczącym aspektem środowiskowym jest ten, który ma lub może mieć jeden lub więcej znaczących wpływów na środowisko. Znaczące aspekty środowiskowe są określane przez placówki medyczne przy użyciu większej liczby kryteriów. Podczas określania aspektów środowiskowych placówka medyczna powinna wziąć pod uwagę:

- zmiany, włączając planowane lub nowe projekty rozwojowe i nowe lub zmodyfikowane działania, wyroby i usługi;
- nienormalne warunki i uzasadnione przewidywalne sytuacje awaryjne.

Placówka medyczna powinna utrzymać udokumentowane informacje na temat jej aspektów środowiskowych i związanych wpływów środowiskowych oraz kryteriów użytych do określenia znaczących aspektów środowiskowych.

Rozdział 6. ISO 14001 – Wymagania dotyczące zgodności – placówka medyczna powinna określić i mieć dostęp do wymagań dotyczących zgodności w odniesieniu do jej aspektów środowiskowych. Ponadto powinna określić, jak wymagania dotyczące zgodności są zastosowane w placówce. Ocena zgodności powinna być prowadzona w czasie ustalania, wdrażania, utrzymywania i ciągłego doskonalenia systemu zarządzania środowiskowego. W wyniku tych działań powinny być utrzymane udokumentowane informacje potwierdzające zgodność funkcjonowania placówki z wymaganiami w zakresie środowiska. Należy pamiętać, że wymagania dotyczące zgodności mogą wpływać na ryzyka i szanse organizacji w zakresie zarządzania środowiskowego.

Rozdział 7. ISO 14001 – Zasoby – w ramach zarządzania środowiskowego placówka medyczna powinna określić i zapewnić potrzebne zasoby do realizacji procesów związanych ze środowiskiem. Zasoby te powinny obejmować zasoby finansowe, zasoby ludzkie (w tym kompetencje personelu, szkolenia i motywowanie pracowników na rzecz poprawy środowiska) oraz zasoby w postaci infrastruktury niezbędnej do osiągnięcia celów środowiskowych organizacji (w tym budynki, wyposażenie, oprogramowanie, transport).

Rozdział 8. ISO 14001 – Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi – wymagane jest, aby było prowadzone nadzorowanie obszarów funkcjonowania placówki medycznej, które związane są ze znaczącymi aspektami środowiskowymi. Placówka powinna skoncentrować się na tych miejscach, gdzie powstają znaczące aspekty środowiskowe. Nadzorowanie powinno się odbywać poprzez ustanowienie, wdrożenie i utrzymywanie

udokumentowanych procedur działania oraz przyjęcie kryteriów oceny wykonywania tych działań. Procedury operacyjne określające zasady postępowania w odniesieniu do zidentyfikowanych znaczących aspektów środowiskowych obejmują takie obszary, jak:

- zarządzanie emisjami zanieczyszczeń do powietrza;
- gospodarka wodno-ściekowa;
- gospodarka opakowaniami;
- gospodarka substancjami chemicznymi/stosowanymi materiałami;
- gospodarka odpadami, szczególnie odpadami medycznymi.

Rozdział 9. ISO 14001 – Gotowość i reagowanie na sytuacje awaryjne – placówka medyczna powinna określić, wdrożyć i utrzymać procesy konieczne do przygotowania i reagowania na potencjalne sytuacje awaryjne. Oznacza to, że powinna przygotować działania przez ich zaplanowanie, aby zapobiec niekorzystnemu wpływowi środowiskowemu wynikającemu z sytuacji awaryjnej lub go złagodzić oraz reagować na aktualne sytuacje awaryjne. Placówka medyczna powinna podejmować działania, aby zapobiec konsekwencjom sytuacji awaryjnych lub je złagodzić, stosownie do wielkości awarii lub potencjalnego wpływu środowiskowego oraz jeżeli jest to wykonalne, okresowo testować zaplanowane działania dotyczące reagowania. W ramach działań systemowych powinna okresowo przeglądać i uaktualniać proces(y) i zaplanowane działania dotyczące reagowania, szczególnie po wystąpieniu sytuacji awaryjnej lub realizacji testu. Wymagane jest, aby w organizacji medycznej dostarczane były odpowiednie informacje i szkolenia dotyczące gotowości i reagowania na awarie, w stosownych przypadkach, dla zainteresowanych stron, włączając w to osoby pracujące pod jej nadzorem. Organizacja powinna utrzymywać udokumentowane informacje w zakresie niezbędnym, aby mieć pewność, że proces (procesy) jest prowadzony, tak jak zaplanowano.

Rozdział 10. ISO 14001 – Ocena zgodności – placówka medyczna powinna ustalić, wdrożyć i utrzymać procesy konieczne do oceny spełnienia wymagań dotyczących zgodności. Oznacza to, że powinna określić częstotliwość prowadzenia oceny zgodności, dokonać oceny zgodności i jeśli to niezbędne, podjąć odpowiednie działania. Wymagane jest, aby organizacja medyczna utrzymywała wiedzę i rozumienie swojego statusu zgodności. Ponadto powinna utrzymać udokumentowaną informację jako dowód wyników oceny zgodności.

Rozdział 11. ISO 14001 – Doskonalenie – standard wskazuje, że placówka medyczna powinna badać skutki i przyczyny oddziaływania na środowisko. Ponadto powinna planować i wdrażać działania naprawcze zapobiegające ponownemu wystąpieniu niezgodności środowiskowych. Organizacja medyczna powinna stale doskonalić efektywność systemu zarządzania na rzecz

środowiska, co wiąże się z wymogiem udokumentowanej procedury reagowania na niezgodności. Wynikiem tego powinny być wytyczne dla działań korygujących, zawierających wymagania dotyczące: identyfikacji niezgodności środowiskowych, określenia rzeczywistych przyczyn niezgodności, oceny potrzeb dotyczących podjęcia działań zapewniających, że niedogodności nie wystąpią ponownie.

Podsumowując, podstawowym zadaniem normy ISO 14001 jest wspomaganie działań związanych z ochroną środowiska i zapobieganiem zanieczyszczeniom w sposób uwzględniający potrzeby społeczno-ekonomiczne danego otoczenia placówki medycznej. Norma wymaga podjęcia zobowiązania wyrażonego w polityce środowiskowej mówiącego o tym, że dana placówka będzie działała zgodnie z odpowiednim ustawodawstwem i przepisami prawnymi, a także podjęcia zobowiązania do ciągłej poprawy wobec środowiska.

Przesłankami do wdrażania systemów zarządzania środowiskowego w placówkach medycznych są najczęściej:

- a. zaostrzające się przepisy prawne, dotyczące korzystania ze środowiska (wzrost wysokości kar za nieprzestrzeganie prawa środowiskowego oraz coraz bardziej skuteczne ich egzekwowanie);
- b. wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia;
- c. wzrost świadomości ekologicznej całego społeczeństwa powodowany chęcią zachowania środowiska naturalnego w jak najlepszym stanie dla przyszłych pokoleń;
- d. poszukiwanie różnych możliwości dofinansowywania działalności placówki medycznej (np. tańsze kredyty na inwestycje ekologiczne, dotacje rządowe i unijne);
- e. tworzenie pozytywnego wizerunku placówki w otoczeniu.

Wdrożenie systemu zarządzania środowiskowego i jego certyfikacja przedstawia placówkę medyczną jako organizację, która:

- a. w sposób kontrolowany realizuje procesy związane z istotnymi aspektami środowiskowymi;
- b. realizuje zadania zmierzające do osiągnięcia określonych celów środowiskowych i zobowiązała się do utrzymywania zgodności z prawem środowiskowym, zapobiegania zanieczyszczeniom, dążenia do ciągłej poprawy wyników na rzecz ochrony środowiska.

9.3. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy ISO 45001

Podstawą zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w organizacjach jest stworzenie bezpiecznych warunków pracy, które muszą być ukształtowane według określonych zasad. W Polsce wymagania prawne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy określone są m.in. w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1320), która określa prawa i obowiązki zarówno pracodawców, jak i pracowników. Również rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650) reguluje kwestie BHP – pracodawcy zobligowani są do prowadzenia oceny ryzyka zawodowego, stosowania środków profilaktycznych oraz prowadzenia szkoleń i dokumentacji w obszarze BHP. Istnieje również szereg innych szczegółowych wymagań branżowych stosowanych m.in. w branży medycznej, w których określone są specyficzne wymagania BHP. Obok przepisów prawa organizacje mogą stosować się do ustandaryzowanych norm w obszarze BHP. Obecnie najczęściej stosowanymi normami są [Jagodzińska, 2018, s. 45–46]:

- polska norma 18001 (PN-N 18001: 2004) Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Wymagania, która wspierana jest normą 18002 (PN-N-18002:2011) Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Ogólne wytyczne do oceny ryzyka zawodowego;
- brytyjska norma OHSAS 18001 (OHSAS 18001:2007) Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy;
- najnowszy standard międzynarodowy – norma ISO 45001 (ISO 45001:2018), która w krótkim czasie zastąpiła obie normy 18001 (PN i OHSAS) i jest jednolitą normą ISO dla BHP.

Norma ISO 45001 opisująca system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy jest częścią całego systemu zarządzania w placówkach medycznych, który obejmuje strukturę organizacyjną, planowanie, odpowiedzialność osób, zasady postępowania, procedury, procesy i zasoby potrzebne do opracowania, wdrażania, realizowania, przeglądów oraz utrzymania określonej polityki dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy. Jest to jednocześnie podstawowy element gwarantujący określony poziom związany z kontrolą nad zagrożeniami mogącymi wystąpić w placówce medycznej. Podstawowymi elementami budowy systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w organizacji medycznej są m.in.:

- określenie polityki dotyczącej BHP;

- określenie kryteriów oceny ryzyka;
- określenie wymagań prawnych w zakresie BHP;
- sformułowanie celów i procedur umożliwiających realizację celów w obszarze BHP;
- określenie struktur i odpowiedzialności osób;
- przeszkolenie pracowników;
- opracowanie oraz nadzorowanie określonej dokumentacji;
- plany reagowania w przypadku awarii lub wypadków przy pracy.

Systemowe zarządzanie bezpieczeństwem pracy w placówkach medycznych jest metodą, która pozwala uporządkować i usystematyzować wszystkie działania związane z bezpieczeństwem i higieną pracy w placówce, a jej ideą jest pełne i udokumentowane zaangażowanie zarówno kierownictwa, jak i każdego pracownika w rzeczywiste działania na rzecz bezpieczeństwa pracy. Warto tu podkreślić, że system zarządzania BHP według ISO 45001 opiera się na czterech filarach:

- a. Ocena ryzyka zawodowego – założony poziom bezpieczeństwa należy skonfrontować ze stanem rzeczywistym. Analiza ryzyka poszczególnych stanowisk pracy ujawnia zagrożenia, jakie powinny być wyeliminowane.
- b. Planowanie poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy – znając zakładany poziom bezpieczeństwa w firmie oraz zagrożenia związane z poszczególnymi stanowiskami pracy, można przystąpić do zaplanowania środków zaradczych, mających na celu poprawienie bezpieczeństwa i higieny pracy. Środki te powinny być zaplanowane w taki sposób, by umożliwiały osiągnięcie bezpieczeństwa co najmniej na poziomie zgodnym z minimalnymi wymaganiami przepisów.
- c. Działania naprawcze – zaplanowane środki zaradcze i działania naprawcze powinny zostać wdrożone zgodnie z zaplanowanym harmonogramem, nakładami, zasobami i procesami. Etap ten jest realizacją szczegółowo opracowanej strategii bezpieczeństwa i higieny pracy, przyjętej przez firmę.
- d. Ocena skuteczności działań naprawczych, okresowe przeglądy i korekty – po zakończeniu cyklu działań naprawczych należy ocenić ich skuteczność. Analiza skuteczności i poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy pozwala utrzymać osiągnięty poziom bezpieczeństwa bądź zaplanować i podjąć działania korygujące, pozwalające na jego osiągnięcie, utrzymanie i dalszą poprawę.

System zarządzania BHP w formie standardu ISO 45001 formułuje konkretne wymagania do spełnienia. I tak placówka wdrażająca system ISO 45001 (ISO 45001:2018) powinna zastosować się do poniższych wymagań:

Rozdział 4. ISO 45001 – Kontekst organizacji i procesy – placówka medyczna powinna zapewnić identyfikację potrzeb i oczekiwań pracowników oraz innych zainteresowanych stron. Ponadto placówka powinna określić czynniki, które potencjalnie mogą oddziaływać w sposób pozytywny lub negatywny na system zarządzania obowiązkami w zakresie bezpieczeństwa i higieny.

Rozdział 5. ISO 45001 – Przywództwo – placówka medyczna powinna zapewnić zaangażowanie i aktywne wsparcie ze strony najwyższego kierownictwa w obszarze BHP. Wsparcie to ma być realizowane poprzez ustanowienie polityki oraz celów BHP przez zarząd placówki, zintegrowanie systemu BHP ze strategią i procesami biznesowymi, przydzielanie niezbędnych zasobów, zapewnienie aktywnego uczestnictwa pracowników, komunikację wewnętrzną/zewnętrzną wspierającą BHP, rozwijanie i promowanie kultury placówki medycznej, która wspiera system zarządzania BHP.

Rozdział 6. ISO 45001 – Identyfikacja zagrożeń i ocena ryzyka – placówka medyczna powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymać ciągły i proaktywny proces (procesy) identyfikacji zagrożeń. Procesy, które należy brać pod uwagę, ale nie ograniczać się tylko do nich, to:

- a. sposób organizacji pracy, czynniki społeczne (w tym obciążenie pracą, godziny pracy, prześladowanie, nękanie i zastraszanie), przywództwo i kultura organizacji;
- b. rutynowe i nierutynowe działania i sytuacje;
- c. istotne incydenty w przeszłości, wewnątrz lub na zewnątrz organizacji, w tym sytuacje awaryjne i ich przyczyny;
- d. potencjalne sytuacje awaryjne;
- e. ludzie, czyli osoby mające dostęp do miejsca pracy i ich działania, w tym pracownicy, wykonawcy, goście i inne osoby; osoby znajdujące się w pobliżu miejsca pracy, na które może mieć wpływ działalność placówki medycznej, oraz pracownicy w miejscu, które nie znajduje się pod bezpośrednią kontrolą placówki medycznej;
- f. inne kwestie, dotyczące np. rzeczywistych lub proponowanych zmian w organizacji, w operacjach, procesach, działaniach i w systemie zarządzania BHP, a także zmieniającego się stanu wiedzy na temat zagrożeń.

Rozdział 7. ISO 45001 – Wsparcie – placówki medyczne powinny dawać pracownikom wsparcie w obszarze BHP, m.in. poprzez informowanie ich o:

- a. polityce BHP i celach BHP;
- b. ich wkładzie w skuteczność systemu zarządzania BHP, w tym o korzyściach płynących z poprawy wyników BHP;
- c. potencjalnych konsekwencjach niespełnienia wymagań systemu zarządzania BHP;

- d. incydentach i wynikach dochodzeń, które są dla nich istotne;
- e. zagrożeniach, ryzyku związanym z BHP i określonych działaniach, które są dla nich istotne;
- f. umiejętności wycofania się z sytuacji w miejscu pracy, którą rozważają oni jako bezpośrednie i poważne zagrożenie dla swojego życia lub zdrowia.

Rozdział 8. ISO 45001 – Działania operacyjne – zgodnie ze standardem działania operacyjne w placówkach medycznych powinny być realizowane poprzez eliminowanie zagrożeń i zmniejszanie zagrożeń związanych z BHP. Prace te powinny być realizowane przy zastosowaniu następującej hierarchii działań kontrolnych:

- a. wyeliminować zagrożenie;
- b. w zastępstwie zastosować mniej niebezpieczne procesy, operacje, materiały lub wyposażenie;
- c. stosować techniczne środki kontrolne i reorganizację pracy;
- d. stosować administracyjne środki kontrolne, w tym szkolenia;
- e. stosować odpowiedni sprzęt ochrony osobistej.

Wiąże się to z wprowadzeniem procesu wdrożenia i kontroli planowanych tymczasowych i trwałych zmian, które mają wpływ na wyniki BHP. Organizacja medyczna powinna przeanalizować konsekwencje niezamierzonych zmian i w razie potrzeby podjąć działania w celu złagodzenia wszelkich niepożądanych skutków.

Rozdział 8. ISO 45001 – Zakupy i podwykonawstwo – według standardu placówka medyczna powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymać procesy kontrolowania zaopatrzenia w produkty i usługi w celu zapewnienia ich zgodności z systemem zarządzania BHP. Ponadto powinna koordynować swoje procesy zaopatrzenia z wykonawcami w celu identyfikacji zagrożeń oraz oceny i kontroli ryzyka związanego z BHP i wynikającego z:

- a. działań i operacji wykonawców, które mają wpływ na placówkę;
- b. działań i operacji organizacji, które mają wpływ na pracowników i wykonawców;
- c. działań i operacji wykonawców, które mają wpływ na inne zainteresowane strony w miejscu pracy.

Zatem organizacja powinna zapewnić, że wymagania jej systemu zarządzania BHP będą spełnione przez podwykonawców i ich pracowników. W procesach zaopatrzenia organizacji powinny być określone i stosowane kryteria bezpieczeństwa i higieny pracy dla wyborów i usług podwykonawców.

W obszarze tym ujęte są również wymagania dla outsourcingu w placówkach medycznych, które powinny zapewnić kontrolę nad funkcjami i procesami zleconymi obsłudze zewnętrznej. Oznacza to, że należy zweryfikować

zgodność swoich ustaleń dotyczących obsługi zewnętrznej z wymaganiami prawnymi i innymi wymaganiami oraz z osiągnięciem zamierzonych wyników systemu zarządzania BHP. Rodzaj i stopień kontroli, jakie należy zastosować do tych funkcji i procesów, powinny zostać określone w systemie zarządzania BHP.

Rozdział 8. ISO 45001 – Gotowość na sytuację awaryjną i reagowanie w sytuacji awaryjnej – placówka medyczna powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymać procesy niezbędne do przygotowania się i reagowania w potencjalnych sytuacjach awaryjnych obejmujące:

- a. ustalenie planowanej reakcji na sytuacje awaryjne, w tym udzielanie pierwszej pomocy;
- b. zapewnienie szkolenia w zakresie planowanej reakcji;
- c. okresowe testowanie i realizację planowanej zdolności reagowania;
- d. ocenę skuteczności i, w razie konieczności, rewizję planowanej reakcji, w tym po przeprowadzeniu badań, a w szczególności po wystąpieniu sytuacji awaryjnych;
- e. przekazywanie i dostarczanie istotnych informacji wszystkim pracownikom w zakresie ich obowiązków i odpowiedzialności;
- f. przekazywanie istotnych informacji wykonawcom, odwiedzającym, służbom ratunkowym, władzom państwowym i, w stosownych przypadkach, społeczności lokalnej;
- g. uwzględnienie potrzeb i możliwości wszystkich zainteresowanych stron i, w zależności od przypadku, zapewnienie ich zaangażowania w opracowaniu planowanej reakcji.

Oznacza to, że organizacja powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymywać proces monitorowania, pomiaru i oceny, czyli określić, co należy monitorować i mierzyć, np.:

- postępy w wypełnianiu zobowiązań polityki, osiąganiu celów;
- skargi dotyczące zdrowia w miejscu pracy, monitorowanie środowiska pracy;
- incydenty związane z pracą, urazy, zły stan zdrowia, w tym trendy;
- skuteczność bieżącego nadzoru i ćwiczeń awaryjnych;
- aktywne i reaktywne działania wpływające na wydajność w zakresie BHP;
- monitorowanie kompetencji.

Rozdział 9. ISO 45001 – Monitorowanie, pomiar, analiza i ocena wyników – organizacja medyczna powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymać procesy monitorowania, pomiaru, analizy i oceny wyników. Oznacza to, że placówka powinna:

- określić, co należy monitorować i mierzyć;

- wskazać metody monitorowania, pomiaru, analizy i oceny wyników, które mają zastosowanie w celu zapewnienia prawidłowych wyników;
- ustalić kryteria, na podstawie których organizacja oceni swoje wyniki BHP;
- określić, kiedy powinny być przeprowadzone monitorowanie i pomiar;
- ustalić, kiedy wyniki monitorowania i pomiaru powinny być analizowane, ocenione i przekazane;
- ocenić wyniki BHP i określić skuteczność systemu zarządzania BHP.

Rozdział 10. ISO 45001 – Incydenty niezgodności i działania korygujące – zgodnie z wymaganiami standardu placówka medyczna powinna ustanowić, wdrożyć i utrzymać procesy, w tym raportowanie, badanie i podejmowanie działań, aby określić incydenty i niezgodności oraz aby nimi zarządzać.

W przypadku wystąpienia incydentu lub niezgodności wymagane jest, aby:

- reagować w odpowiednim czasie na incydent lub niezgodność;
- ocenić, przy udziale pracowników i zaangażowaniu innych zainteresowanych stron, potrzebę działań naprawczych w celu wyeliminowania głównej przyczyny (głównych przyczyn) incydentu lub niezgodności, aby uniknąć ponownego wystąpienia lub wystąpienia w innym miejscu;
- dokonać przeglądu dotychczasowej oceny ryzyka związanego z BHP i innych rodzajów ryzyka;
- określić i wdrożyć wszystkie niezbędne działania, w tym działania korygujące, zgodnie z hierarchią działań kontrolnych i zarządzaniem zmianami;
- ocenić ryzyko związane z BHP dotyczące nowych lub zmienionych zagrożeń przed podjęciem działań;
- przeprowadzić przegląd skuteczności wszystkich podjętych działań;
- w razie potrzeby wprowadzić zmiany w systemie zarządzania BHP.

Działania korygujące powinny być odpowiednie do skutków lub potencjalnych skutków zaistniałych incydentów lub niezgodności. Organizacja medyczna powinna zachować udokumentowane informacje jako dowód:

- charakteru incydentów lub niezgodności oraz wszystkich podjętych działań;
- realizacji wszystkich zaplanowanych działań (wyniki) i działań korygujących, w tym ich skuteczności.

Zgodnie z systemem placówka medyczna powinna przekazać te udokumentowane informacje odpowiednim pracownikom oraz, jeśli istnieją, przedstawicielom pracowników i innym zainteresowanym stronom.

Reasumując, wymóg poprawy bezpieczeństwa zwykle jest podyktowany przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy, innymi wymogami prawa, oczekiwaniami społecznymi oraz dążeniem do poprawy wyników ekonomicznych. Trzeba zatem ustalić, jakie wymagania wynikają z przepisów prawnych,

oczekiwań pracowników i pracodawców oraz uznanych norm bezpieczeństwa, by wskazać, jaki poziom bezpieczeństwa powinien zostać osiągnięty i w jaki sposób należy zbudować, wdrożyć i utrzymywać system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, aby spełniał on wymagania również standardu ISO 45001.

9.4. Audytowanie systemów zarządzania

Narzędziami nadzoru nad systemem zarządzania są nie tylko audyty systemu, lecz także nadzór najwyższego kierownictwa, nadzór kierownictwa szczebla średniego, jak również kontrola bezpośrednia i samokontrola pracowników. Piramidę narzędzi nadzoru nad systemem zarządzania przedstawiono na rysunku 9.1. W skład piramidy wchodzi następujące elementy:

1. Audyt certyfikujący – działanie jednostki zewnętrznej, skupione na ocenie systemu zarządzania funkcjonującego w przedsiębiorstwie w odniesieniu do wymagań normy, docelowo zakończone wydaniem certyfikatu zgodności systemu z normą ISO.
2. Przegląd zarządzania – okresowa obszerna analiza przedsiębiorstwa, prowadzona przez najwyższe kierownictwo, skupiona na ocenie skuteczności realizacji celów oraz podejmowaniu działań rozwojowych.
3. Audyt wewnętrzny – systematyczne działania prowadzone wewnątrz przedsiębiorstwa w celu weryfikacji i oceny funkcjonowania oraz efektywności systemu zarządzania, zarówno w ujęciu procesowym, jak i na stanowiskach pracy.
4. Nadzór kierownictwa – prowadzone działania kontroli i weryfikacji poprawności wykonywania zadań przez personel.
5. Samokontrola – bezpośrednia kontrola wykonywanych czynności przez pracownika, jego odpowiedzialność za wykonane prace.

Warto zwrócić uwagę, że istnieje także norma dotycząca przygotowania i przeprowadzania audytów, dokumentowania i prowadzenia działań poaudytowych oraz dająca wytyczne w zakresie kompetencji audytorów – jest to norma PN-EN ISO 19011:2018 – Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania. Norma ta jednoznacznie określa, że podczas audytu systemu zarządzania w placówce medycznej badaniom i analizie podlegają cel, wdrożenie oraz skuteczność elementów systemu zarządzania (system ten w zależności od potrzeb placówki może obejmować zarządzanie jakością, zarządzanie środowiskowe, BHP itp.). W związku z tym należy zdefiniować następujące terminy [ISO 19011:2018]:



Rysunek 9.1. Piramida nadzoru nad systemem zarządzania jakością

Źródło: opracowanie własne.

- a. cel systemu – cele systemu jakości zapisane są w dokumentach systemu (Księdze Jakości, procedurach, instrukcjach, regulaminach itp.); podczas audytu cele te są identyfikowane i weryfikowane z wymaganiami prawa, normy i potrzeb przedsiębiorstwa;
- b. wdrożenie – audyt powinien dać odpowiedź na pytanie, czy i jak zostały wdrożone przedsięwzięcia zapisane w dokumentach systemu i czy pozwalają one na realizację celów;
- c. skuteczność – wynikiem przeprowadzenia audytu powinna być analiza realizowanych przedsięwzięć dająca odpowiedź, czy wprowadzane działania są skuteczne w osiągnięciu celów.

Norma ISO 19011 zawiera wymagania odnoszące się do prowadzenia działań audytowych. Wymagania te zostały określone w czterech obszarach.

Obszar 1 – Zasady audytowania

Podstawowymi określonymi przez standard zasadami postępowania podczas przeprowadzania audytu są:

- a. postępowanie etyczne – oparte na zaufaniu, rzetelności i poufności – jest podstawą profesjonalizmu;
- b. rzetelna prezentacja – przedstawienie spraw dokładnie i zgodnie z prawdą, wnioski i zapisy z audytu powinny być oparte na faktach;

- c. należyta staranność zawodowa – audytorzy powinni wykazać staranność odpowiednią do ważności zadań;
- d. niezależność – jest podstawą bezstronności audytu i obiektywizmu stawianych wniosków z audytu;
- e. podejście oparte na dowodach – ocena bazująca na racjonalnych metodach uzyskiwania wiarygodnych i odtwarzalnych wniosków z audytu w systematycznym procesie audytów.

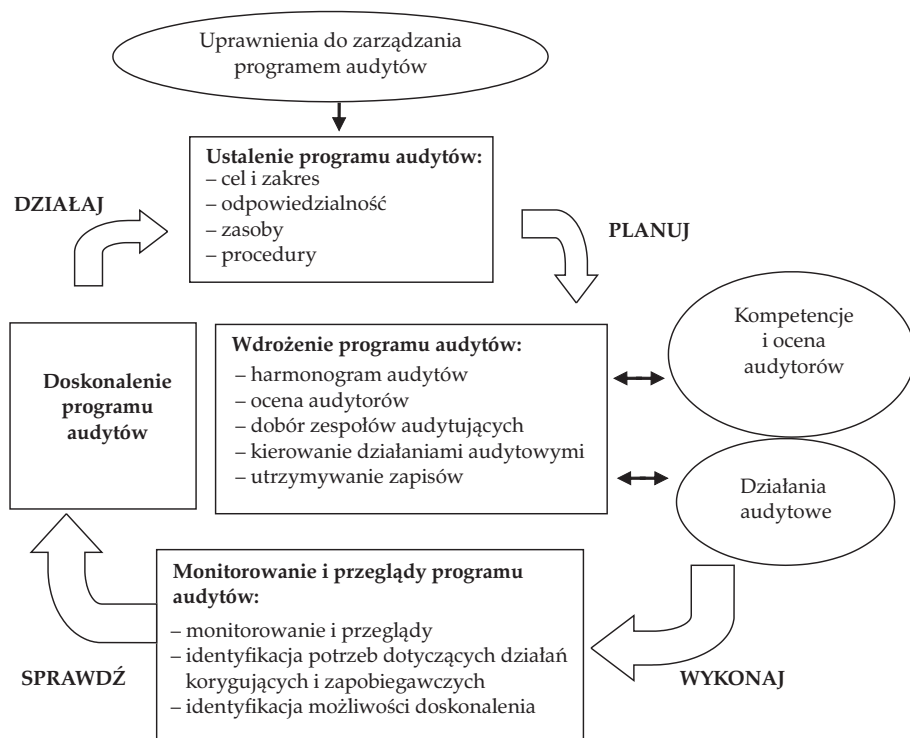
Obszar 2 – Zarządzanie programem audytów

Zalecane jest, aby osoby odpowiedzialne za zarządzanie programem audytów ustanowiły, wdrożyły, monitorowały, przeglądały i doskonaliły program audytów oraz zidentyfikowały i zapewniły niezbędne zasoby do przeprowadzenia audytu. Zgodnie z zaleceniami normy ISO 19011 proces zarządzania programem audytów powinien być realizowany według cyklu PDCA, czyli planuj, wykonaj, sprawdź, działaj (rys. 9.2). Celem tego programu jest zaplanowanie rodzaju i liczby audytów. W zależności od wielkości, charakteru oraz złożoności placówki medycznej, która ma być audytowana, program audytów może obejmować jeden lub wiele audytów. Jeśli placówka posiada wdrożone różne systemy zarządzania (jakością, środowiskiem, bezpieczeństwem pracy i inne), program audytów może obejmować audyty połączone kilku systemów. Gdy jest przeprowadzany audyt wspólny, wykonywany przez dwie lub więcej organizacji, w ramach swoich programów audytów powinny one uzgodnić przed rozpoczęciem audytu podział odpowiedzialności, zapewnienie zasobów, kompetencje zespołu audytującego oraz ustalić odpowiednie procedury. Zalecane jest, aby osoby odpowiedzialne za zarządzanie programem audytów:

- a. ustanowiły, wdrożyły, monitorowały, przeglądały i doskonaliły program audytów;
- b. zidentyfikowały i zapewniły niezbędne zasoby.

Obszar 3 – Działania audytowe

Działania audytowe dotyczą planowania i prowadzenia audytów jako części programu audytów. Odpowiednie działania szczegółowo powinna regulować procedura audytu w danej placówce medycznej. Planowanie audytów polega na opracowaniu rocznego planu audytu zatwierdzanego przez zarząd organizacji medycznej. Przegląd typowych działań audytowych przedstawiono na rysunku 9.3.



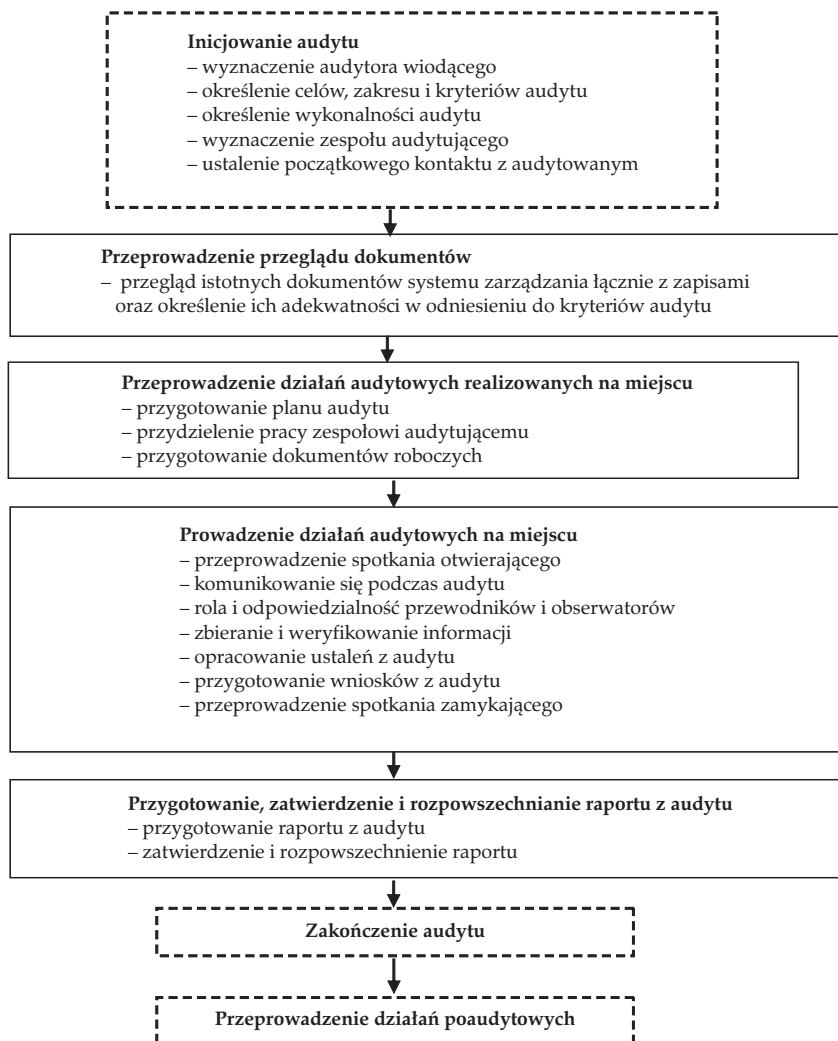
Rysunek 9.2. Zarządzanie programem audytów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [PN-EN ISO 19011:2018].

Inicjowanie i przygotowanie audytu polega na powołaniu zespołu audytorów do przeprowadzenia audytu i przygotowaniu przez niego audytu. W ramach przygotowania zespół ustala dokładny termin audytu i jego program. Prowadzenie audytu powinno być realizowane w oparciu o wyznaczone kryteria audytu.

Obszar 4 – Kompetencje i ocena audytorów

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na poprawny przebieg procesu audytu jest dobór odpowiednich osób przeprowadzających audyt. Audyt może być przeprowadzany przez zespół audytujący składający się z następujących osób:



Rysunek 9.3. Sekwencja działań audytowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [PN-EN ISO 19011:2018].

- audytor wiodący – osoba mająca kompetencje, wiedzę i doświadczenie do organizacji pracy grupy audytorów; jest odpowiedzialna za przeprowadzenie audytu oraz ma uprawnienia do podejmowania ostatecznych decyzji dotyczących wykonania audytu;
- audytor – osoba mająca kompetencje do przeprowadzenia audytu;

– ekspert techniczny – osoba, która dysponuje odpowiednią wiedzą lub umiejętnościami specjalistycznymi w odniesieniu do przedmiotu audytu. Bardzo istotnym wymaganiem standardu ISO 19011 jest „niezależność audytorów”, która oznacza, że audytorzy:

- a. nie powinni kierować obszarem lub pracować w obszarze, który audytują;
- b. powinni być wolni od uprzedzeń i nie powinni podlegać wpływom, które mogłyby naruszać obiektywizm.

Ponadto audytorzy systemu powinni charakteryzować się:

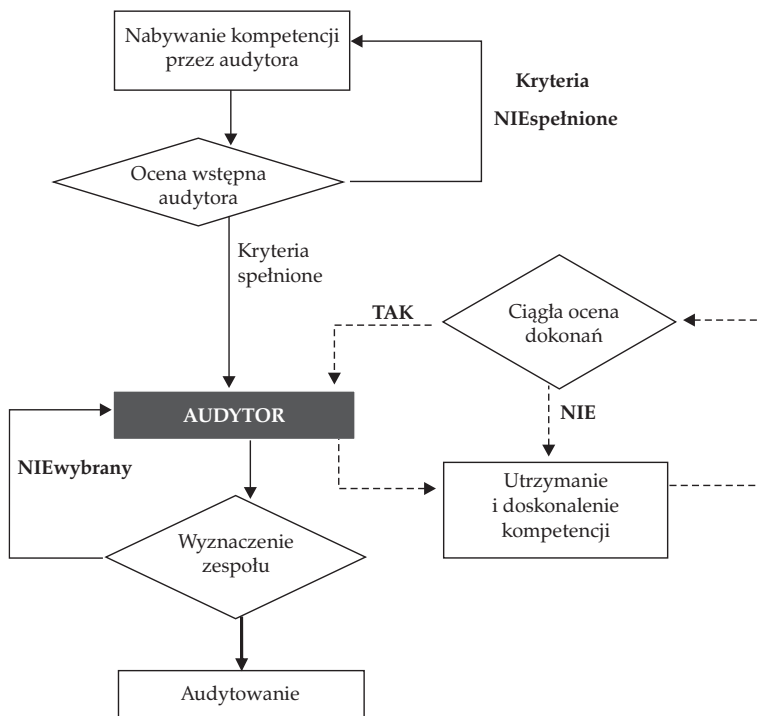
- a. odpowiednimi cechami osobowości, takimi jak: etyka, otwartość, dyplomacja, spostrzegawczość, elastyczność, wytrwałość, niezależność i zdecydowanie;
- b. zdolnością do zastosowania wiedzy i umiejętności zdobytej poprzez wykształcenie, doświadczenie w pracy, szkolenia audytorskie oraz doświadczenia w audytowaniu.

Proces doboru, oceny i utrzymania audytorów powinien opierać się na ustaleniu kryteriów dla doboru audytorów, wstępnej ocenie i weryfikacji kompetencji, wiedzy i doświadczenia audytora, utrzymaniu audytora, prowadzeniu ciągłego doskonalenia umiejętności audytora oraz ocenie audytora. Powiązania między poszczególnymi etapami oceny audytora zostały przedstawione na rysunku 9.4.

Wszystkie standardy serii ISO (ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001) zawierają te same wymagania dotyczące zasad audytowania. Zgodnie z ujętymi tam standardami audyt wewnętrzny powinien być przeprowadzany w zaplanowanych odstępach czasu w celu określenia, czy system zarządzania jest:

- a. zgodny z zaplanowanymi ustaleniami, wymaganiami niniejszej normy międzynarodowej oraz z wymaganiami systemu zarządzania ustanowionymi przez organizację medyczną;
- b. skutecznie wdrożony i utrzymywany.

Wspomniane normy jednoznacznie wskazują, że program audytu należy zaplanować, biorąc pod uwagę status i ważność procesów oraz audytowanych obszarów, jak również wyniki wcześniejszych audytów. Trzeba określić kryteria audytu, jego zakres, częstość i metody. Wybór audytorów i prowadzenie audytów powinny zapewniać obiektywność i bezstronność procesu audytu. Odpowiedzialność i wymagania dotyczące planowania i przeprowadzania audytów oraz przedstawiania wyników i utrzymywania zapisów powinny zostać określone w udokumentowanej procedurze. To najwyższe kierownictwo odpowiedzialne za obszar podlegający audytowi powinno zapewnić, aby bez nieuzasadnionego opóźnienia podjęto działania dotyczące wyeliminowania stwierdzonych niezgodności audytowych i ich przyczyn w określonej



Rysunek 9.4. Ocena audytora

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [PN-EN ISO 19011:2018].

placówce medycznej. W następstwie powinna być prowadzona weryfikacja podjętych działań poaudytowych, a jej wyniki powinny zostać przedstawione zarządowi placówki medycznej.

9.5. Proces certyfikacji systemów zarządzania

Certyfikacja [Konarzewska-Gubała, red., 2003, s. 16] to działanie trzeciej strony zmierzające do wykazania, że zapewniono odpowiedni stopień zaufania, iż dany wyrób, proces lub usługa są zgodne z wymaganiami lub z właściwymi przepisami prawnymi.

W obszarze certyfikacji szczególne miejsce zajmuje certyfikacja systemu zarządzania w placówkach medycznych. Certyfikat taki nie odnosi się do jakości usługi medycznej czy umiejętności ludzi, lecz do całej organizacji medycznej.

Uzyskanie certyfikatu systemu zarządzania [Bąk, Dałkowski, Zymonik, 1995, s. 3] na ogół przynosi placówce medycznej wiele korzyści, przejawiających się m.in. w:

- stworzeniu podstawy do pełnego zaufania między placówką medyczną a jej pacjentami;
- zapewnieniu bezpiecznych, zorganizowanych i nadzorowanych miejsc pracy;
- ograniczeniu liczby i zakresu audytów prowadzonych w przedsiębiorstwie przez wymagających klientów/zamawiających (np. NFZ);
- stworzeniu silnej motywacji u współpracowników;
- uzyskaniu przewagi nad konkurentami, np. zyskując punkty w konkursach NFZ-etu.

Na terenie Polski działa kilkadziesiąt jednostek certyfikujących, które badają poprawność budowania, wdrożenia i funkcjonowania systemu zarządzania. Przebieg procesu certyfikacji składa się z następujących etapów [Jagodzińska, 2017, s. 115]:

Etap 1. Przygotowanie procesu certyfikacji

Proces certyfikacji jest przeprowadzany [Jazdon, Guzek, 1994, s. 19] zgodnie z wytycznymi do certyfikowania systemów zarządzania. Certyfikacji może być poddany wdrożony system zarządzania, a to oznacza, że:

- istnieje wystarczająca liczba obiektywnych dowodów dokumentujących skuteczne wdrożenie systemu;
- przeprowadzono audyty wewnętrzne;
- dokonano przeglądu systemu przez kierownictwo.

Podstawą rozpoczęcia procesu certyfikacji jest złożenie do wybranych jednostek wniosku o ofertę na certyfikację systemu (SGS Polska) oraz zapoznanie się placówki medycznej z ogólnymi informacjami dotyczącymi warunków certyfikacji. Wniosek taki jest podstawą do opracowania oferty certyfikacji placówki medycznej. Przyjęciem przez placówkę medyczną oferty certyfikacji jest podpisanie umowy certyfikacji.

Etap 2. Przygotowanie przeprowadzenia audytu certyfikującego

Wybrana przez placówkę jednostka certyfikująca (Urząd Dozoru Technicznego) powołuje zespół audytorów i wyznacza audytora odpowiedzialnego za przebieg całego audytu – audytora wiodącego. Jeśli zachodzi potrzeba dla danej placówki medycznej, audytor może być wsparty zespołem audytującym,

w którego skład mogą wchodzić powołani audytorzy zewnętrzni oraz eksperci. Członkowie zespołu audytującego są akceptowani przez placówkę medyczną. W przypadku uwag placówki w stosunku do bezstronności audytorów zespół audytorski może być zmieniony. W ramach przygotowania audytu zespół audytujący (DNV) dokonuje przeglądu dokumentacji systemu zarządzania w placówce medycznej, tym samym zapoznając się ze strukturą organizacyjną placówki. Działanie to jest podstawą prawidłowego zaplanowania przebiegu audytu w placówce. W przypadku niewielkich organizacji medycznych przegląd dokumentacji systemowej może być dokonywany w siedzibie jednostki certyfikującej. Po ocenie dokumentacji audytor wiodący przekazuje uwagi placówce oraz plan audytu, dokonując odpowiednich uzgodnień z organizacją medyczną.

Etap 3. Działania audytowe

Zgodnie z datą ustaloną w planie audytu zespół audytorów przeprowadza audyt systemu zarządzania w placówce medycznej. Obszar każdego audytu jest objęty zakresem certyfikacji według złożonego wniosku/umowy certyfikującej. Niezgodności stwierdzone podczas audytu są przedstawiane w formie kart niezgodności. Karty te powinny zostać przyjęte przez placówkę oraz powinny być podstawą dalszego doskonalenia systemu w placówce. Wszystkie działania korygujące związane ze stwierdzonymi niezgodnościami powinny być przeprowadzone i wykonane w ustalonym w raporcie terminie. Podstawą zamknięcia procesu audytowego jest zaakceptowanie przez audytora wiodącego realizacji działań korygujących wprowadzonych przez placówkę medyczną.

Etap 4. Raportowanie działań audytowych

Audytor wiodący, zamykając audyt certyfikujący, sporządza raport z audytu. W raporcie przekazuje swoje uwagi i spostrzeżenia oraz wskazuje potencjały doskonalenia. Jeśli audytorzy stwierdzili niezgodności, są one załącznikiem do raportu. Na spotkaniu zamykającym audyt w placówce medycznej audytor informuje zarząd o rekomendacji lub nie do udzielenia certyfikatu systemu zarządzania organizacji według określonego wcześniej zakresu (Lloyd's Register). Po weryfikacji prac audytorów jednostka certyfikująca przekazuje zatwierdzony raport z audytu organizacji w określonym terminie od daty zakończenia audytu. W przypadku gdy placówka medyczna nie zgadza się z wynikami audytu ujętymi w raporcie (BSI), ma prawo do wniesienia uwag

do raportu oraz prawo do ustalenia z jednostką certyfikującą kolejnych działań doskonalących.

Etap 5. Audyt sprawdzający

W przypadku stwierdzenia przez zespół audytujący dużej ilości niezgodności wskazujących na nieprawidłowe funkcjonowanie systemu zarządzania jednostka certyfikująca może przeprowadzić w placówce dodatkowy audyt sprawdzający. Wówczas zakresem takiego audytu będą jedynie obszary potwierdzające wdrożenie działań korygujących dla niezgodności stwierdzonych podczas audytu certyfikującego. O potrzebie przeprowadzenia audytu sprawdzającego audytor wiodący już na spotkaniu zamykającym powiadamia placówkę medyczną. W sytuacji ponownego negatywnego wyniku audytu sprawdzającego jednostka certyfikująca podejmuje decyzję o przerwaniu procesu certyfikacji i nie wydaje certyfikatu systemu zarządzania. Organizacji poddającej się audytowi przysługuje prawo odwołania się od decyzji audytorów (LLC) oraz od decyzji jednostki w zakresie wydania certyfikatu.

Etap 6. Wydanie certyfikatu systemu zarządzania

Decyzję o wydaniu certyfikatu (PCBC) lub o odmowie podejmuje komitet techniczny danej jednostki certyfikującej (audytor wiodący jedynie rekomenduje lub nie placówkę medyczną do wydania certyfikatu). Komitet techniczny ocenia zebrane przez zespół audytowy dowody audytowe mające potwierdzić funkcjonowanie systemu w określonym zakresie. Certyfikaty wydawane przez jednostki certyfikujące (TUV NORD) są ważne przez 3 lata od daty ich wydania. Na certyfikacie systemu zarządzania znajdują się takie informacje, jak nazwa i adres placówki medycznej, zakres udzielonej certyfikacji, data wydania i obowiązywania certyfikatu oraz znaki i numery akredytacyjne danej jednostki certyfikującej.

Etap 7. Nadzór nad systemem zarządzania

W ramach trzyletniej umowy na certyfikację systemu placówka medyczna jest zobligowana do okresowego poddawania się audytom nadzoru (BVQI). Audyty te są prowadzone co roku, najczęściej przez tych samych audytorów, którzy prowadzili audyt certyfikujący. Celem audytów nadzoru jest dokonanie okresowej oceny skuteczności funkcjonowania systemu zarządzania w danej placówce medycznej. Audyty te są planowane (PRS) już w ramach

umowy certyfikacyjnej i mają zapewnić, że wydany certyfikat w okresie 3 lat jest nadal zasadny i odzwierciedla stan faktyczny systemu zarządzania w placówce medycznej.

W opinii jednostek certyfikujących system zarządzania w placówce medycznej wskazuje możliwość opracowania własnych standardów w ramach systemów zarządzania [Hańć, Recha, 1993, s. 11]. Uzyskanie certyfikatu takiego systemu przynosi wymierne korzyści placówce, m.in. w znaczący sposób podnosi jakość i bezpieczeństwo oferowanych usług. Certyfikacja wymusza usprawnienie struktury organizacyjnej oraz udrażnia przepływ informacji. Wprowadzenie udokumentowanych zasad postępowania wpływa na wzrost efektywności i skuteczności procesów zarządzania. Umiejętne wykorzystanie tych procesów umożliwia identyfikację i minimalizację kosztów procesów w organizacji. Ponadto systemy zarządzania potwierdzone certyfikatem dają placówce medycznej dodatkowe punkty w konkursach czy umowach z NFZ-etem.

10. TQM

10.1. Istota i definicja TQM

Skrót TQM tłumaczony jest jako Total Quality Management, co w języku polskim oznacza „całkowite zarządzanie przez jakość” lub „kompleksowe zarządzanie jakością” [Hamrol, 2007, s. 68]. Podstawą zasad TQM są badania w zakresie zarządzania, prowadzone przez W.E. Deminga, J.M. Jurana i P.B. Crosby’ego, którzy opracowali wytyczne do rozwoju kompleksowego

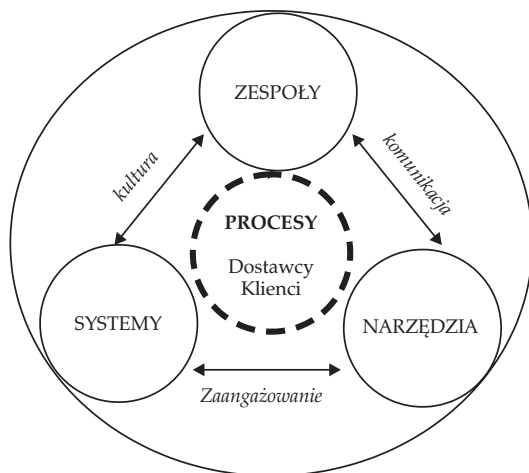


Rysunek 10.1. Składniki TQM

Źródło: [Czerska, Szpitter, red., 2010, s. 149].

zarządzania jakością. Zasady te bazują na doświadczeniach japońskich przedsiębiorstw działających na rynkach amerykańskich.

U podstaw tej filozofii zarządzania znajduje się usytuowanie zadowolenia klienta jako miernika jakości. Fundamentem tych działań jest odpowiednie zdefiniowanie relacji między klientem a dostawcą. Aby to osiągnąć, w ramach TQM zidentyfikowane zostały trzy obszary, takie jak: wartości, narzędzia i techniki. Ideę tego trójkąta przedstawiono na rysunku 10.2.



Rysunek 10.2. Model TQM według J.S. Oaklanda

Źródło: [Czerska, Szpitter, red., 2010, s. 150].

Mówiąc o TQM, czyli o całkowitym zarządzaniu przez jakość, wracamy do pytania, czy jakość systemu jest budowana w każdym obszarze: zadowolenia klienta, zadowolenia dostawców, zadowolenia pracowników, zarządzania relacjami, zarządzania zasobami, zarządzania procesami, zarządzania miernikami i zarządzania finansami. Należy podkreślić, że „totalna jakość” została ujęta przez Johna S. Oaklanda jako układ wzajemnych relacji między zespołami, narzędziami i systemami pracującymi na odpowiednie współgranie podstawowych procesów w organizacji. Działania te mogą zostać poprawnie zrealizowane poprzez odpowiednią kulturę organizacyjną placówki, sprawną komunikację oraz zaangażowanie wszystkich osób na rzecz jakości.

W obecnej kulturze zarządzania filozofia TQM jest uznawana za najbardziej efektywny sposób zarządzania organizacją, co potwierdza Janusz Zymonik [J. Zymonik, Z. Zymonik, red., 1997, s. 68]. Warto zwrócić uwagę, że TQM nie jest normą czy metodą zarządzania – jest czymś więcej – filozofią, ideą, pełną koncepcją zarządzania. Słusznie uważa Dennis Lock [2002, s. 85],

że zarządzanie przez jakość wymaga identyfikacji kosztów jakości, u których podstaw znajduje się wyeliminowanie strat wewnętrznych i zewnętrznych oraz strat wynikających z niewykorzystanych potencjałów i nadarzających się okazji. Aby tak szeroko patrzeć na zarządzanie przez jakość, potrzebne jest nie tylko zaangażowanie osób zarządzających organizacją, ale także zaangażowanie i lojalność wszystkich pracowników realizujących zadania na rzecz organizacji. Zatem słuszną jest definicja [Konarzewska-Gubała, red., 2003, s. 333] kompleksowego zarządzania jakością – Total Quality Management, przedstawianego jako ciągle dostosowywanie się do wymogów rynku i klienta po najniższych kosztach, dzięki wykorzystaniu możliwości wszystkich pracowników i doskonaleniu działania organizacji we wszystkich jego zakresach, a szczególnie takich jak: dokształcanie (szkolenie), komunikowanie się (łączność), styl zarządzania, efektywność i skuteczność. Zarządzanie to jest procesem ciągłych zmian w zakresie hierarchii wartości, przekonań i stylu działania. Filozofia TQM została rozwinięta przez W.E. Deminga w formie 14 zasad totalnego zarządzania przez jakość:

- Zasada 1 – ustalenie wizji i celów na rzecz jakości.
- Zasada 2 – zaangażowanie kierownictwa w budowanie jakości.
- Zasada 3 – zminimalizowanie końcowej kontroli jakości na rzecz implementacji jakości na wszystkich etapach produkcji.
- Zasada 4 – dokonywanie oceny dostawców przez wiele kryteriów, nie tylko przez pryzmat ceny.
- Zasada 5 – prowadzenie ciągłego doskonalenia procesów, wyrobów i usług.
- Zasada 6 – motywowanie i uświadamianie na rzecz jakości pracowników wszystkich szczebli.
- Zasada 7 – zmiana filozofii zwykłego zarządzania na przywództwo i liderowanie.
- Zasada 8 – usunięcie poczucia strachu wywołanego przez oceny pracowników i kontrole, ukierunkowanie na wyznaczanie celów i ich realizację.
- Zasada 9 – przełamywanie barier między działami, wydziałami, pionami.
- Zasada 10 – wyeliminowanie propagandowych haseł i sloganów.
- Zasada 11 – wyeliminowanie mechanizmów wykonywania normy ponad 100%.
- Zasada 12 – zapewnienie odpowiedniej infrastruktury i środowiska pracy dla realizacji wyrobów/usług dobrej jakości.
- Zasada 13 – wspieranie edukacji i samodoskonalenia pracowników.
- Zasada 14 – zmiany w organizacji powinny być zadaniem każdego pracownika.

10.2. Metody i narzędzia wykorzystywane w TQM

Wdrażanie zasad TQM w organizacji wiąże się z zastosowaniem szeregu metod i narzędzi. Narzędzia te rozwijają się i zmieniają. Do najczęściej spotykanych można zaliczyć:

- szeroko rozumiane schematy blokowe;
- szeregi kart (arkusze kontrolne);
- diagram Pareto-Lorenza;
- diagram Ishikawy („ości ryby”);
- karty kontrolne Shewharta;
- wykresy korelacji;
- wszelkiego rodzaju histogramy;
- diagramy relacji, pokrewieństwa, systematyki, macierzowe;
- wykresy programowe procesu decyzji;
- wykresy sieciowe.

Często w ramach TQM stosuje się również znane już w zarządzaniu jakością metody, takie jak FMEA i tzw. dom jakości. Metoda FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), czyli analiza przyczyn i skutków wystąpienia wad, wykorzystywana jest w celu eliminacji negatywnego wpływu wad na jakość wyrobu czy przebieg procesu oraz określa ryzyko związane z konkretną wadą. Z kolei metoda „dom jakości” (Quality Function Deployment, QFD) służy do przełożenia wymagań i oczekiwań klienta na cechy danego wyrobu lub usługi.

10.3. Uwarunkowania wdrażania TQM

Patrząc na filozofię TQM, wdrażanie zasad tej koncepcji jest raczej zmianą kultury organizacji niż wdrażaniem konkretnych procedur czy instrukcji, zakazów i nakazów. Wprowadzenie całkowitego zarządzania przez jakość [Waśniewski, 2013, s. 19] wymaga wizji jakości. Zasady szeroko rozumianej jakości muszą być zintegrowane ze strategią organizacji. To zarząd organizacji, najwyższe kierownictwo powinno być liderem zachodzących zmian i wykazywać zaangażowanie w sprawy jakości. Badanie zadowolenia klienta i odpowiadanie na jego potrzeby powinno być podstawą do ciągłego doskonalenia jakości. To zorientowanie na klienta zewnętrznego i wewnętrznego buduje odpowiednie relacje. Wdrażanie jakości to również spójny system zarządzania zasobami ludzkimi, komunikacją i decyzyjnością. Odpowiednie

wdrożenie polega na ustaleniu standardów pozwalających na dokonywanie pomiaru postępu organizacji, co jest podstawą do stałego, ciągłego usprawniania organizacji.

Wdrażanie to zmiany, a zmiany przy pomocy techniki TQM to działania odnoszące się do całkowitego zarządzania przez jakość. TQM przedstawiane jest jako ukierunkowanie na nabycie nowej wiedzy pozwalającej na znacznie skuteczniejsze funkcjonowanie organizacji [Lock, 2002, s. 85]. Można to osiągnąć poprzez wytworzenie atmosfery zachęcającej wszystkich pracowników do pozyskiwania wiedzy i samodoskonalenie pracowników. Zdaniem L. Wasilewskiego [1998] ideą techniki TQM, obok znaczącego zorientowania na klienta, jest przede wszystkim stałe doskonalenie procesów w organizacji – co jest również głównym przesłaniem systemów zarządzania jakością według standardu ISO serii 9000.

Korzyści związane z wprowadzeniem TQM w organizacji to znacząca poprawa jakości poprzez zmniejszenie liczby defektów i wadliwych wyrobów/usług. Redukcja liczby błędów powoduje z kolei rzadsze zatrzymywanie procesów. Mniej przestojów podwyższa wydajność organizacji, a lepsza komunikacja z klientem oraz zbieranie informacji o poziomie jego satysfakcji rozwijają organizację pod kątem dobrej jakości.

W trakcie wdrażania TQM należy także rozważyć istnienie barier utrudniających jej implementację. Po pierwsze, zastosowanie kompleksowego zarządzania jakością niesie za sobą różnego rodzaju koszty, które trzeba ponieść w związku z wprowadzaniem tej koncepcji. Po drugie, trzeba pamiętać, że efekty w postaci wzrostu wydajności czy spadku kosztów pojawiają się w organizacji dopiero po pewnym czasie. Wdrażanie koncepcji TQM wymaga znajomości przez pracowników organizacji metod i technik zarządzania na poziomie wszystkich szczebli zarządzania. Przeszkodą w zastosowaniu kompleksowego zarządzania jakością mogą być również błędy popełnione na etapie wdrażania norm serii ISO 9001, które często poprzedza wprowadzenie TQM w organizacji. Koniecznym warunkiem powodzenia wprowadzenia tej koncepcji jest pełne zaangażowanie kierownictwa oraz udział pracowników. Stąd duży nacisk kładzie się na szkolenia, w trakcie których szczególnie eksponuje się korzyści, jakie może przynieść poprawa jakości w organizacji.

Wprowadzenie TQM w organizacji niesie za sobą wiele korzyści. Jest to koncepcja ukierunkowana na klienta, która umożliwia zaspokojenie jego potrzeb w większym stopniu, przez wykorzystanie informacji uzyskiwanych w kontaktach z klientami. Poprawa jakości, będąca konsekwencją zastosowania kompleksowego zarządzania jakością przyczynia się w znacznym stopniu do obniżenia kosztów wynikających ze złej jakości. Należy wskazać, że przez zaangażowanie pracowników w procesy poprawy jakości znacznie wzrasta

poziom zadowolenia z pracy, a także stopień wykorzystania wiedzy pracowników w usprawnieniach wewnętrznych. Głównymi korzyściami wynikającymi z wdrożenia TQM w organizacji są m.in.:

- zmniejszenie liczby defektów i zatrzymań procesów;
- redukcja liczby błędów;
- wyższa wydajność;
- lepszy dostęp do klienta;
- zwiększenie zadowolenia klientów;
- podnoszenie morale pracowników.

10.4. TQM a ISO 9001

Ten sam W.E. Deming, który przyczynił się do rozpropagowania 14 zasad TQM, wypracował funkcjonujące w problematyce jakości tzw. koło Deminga. Jak już wcześniej wspomniano, jest to filozofia określana jako PDCA (*plan-do-check-act*), czyli planuj – wykonaj – sprawdź – działaj. Warto zwrócić uwagę, że w zasadzie większość standardów serii ISO bazuje na metodyce zwanej cyklem Deminga. Sam standard systemu zarządzania jakością ISO 9001 również opiera się na tej metodologii. Ponadto siedem zasad systemu zarządzania

Tablica 10.1. Różnice i podobieństwa między TQM a ISO 9001

TQM (kompleksowe zarządzanie jakością)	ISO 9001 (system zarządzania jakością)
Różnice	
– dotyczy wszystkich obszarów działalności organizacji – wskazuje na zaangażowanie wszystkich osób w procesy jakości – mało sformalizowane – występują trudności w bezpośrednim pomiarze skuteczności systemu – idea oparta na zapobieganiu – wprowadzane w długim okresie	– pomija obszary finansowe – sprecyzowane i konkretnie narzucone wymagania normy – oparty na udokumentowanej informacji potwierdzającej działania – systematycznie oceniany (przeglądy zarządzania, audyty) – idea bazująca na doskonaleniu – wdrażany w ciągu paru miesięcy
Elementy wspólne	
– idea zarządzania przez pryzmat jakości – systemy wprowadzane poprzez zaangażowanie kierownictwa – wymaga szerokiego zaangażowania wszystkich pracowników organizacji – ustawienie klienta w centrum systemu jakości	

Źródło: [Jagodzińska, 2017, s. 58].

jakością ma w podstawie 14 zasad zarządzania jakością Deminga. Stąd też duża zbieżność między zasadami TQM a wymaganiami normatywnymi standardu ISO 9001. Różnice i podobieństwa między oboma narzędziami do zarządzania jakością zostały przedstawione w tablicy 10.1.

TQM oraz system ISO 9001 coraz częściej są wdrażane w systemach opieki zdrowotnej [Skowron, 2008, s. 138]. Konkurencyjność i gospodarka rynkowa wymuszają na placówkach medycznych usługi na coraz wyższym poziomie jakości. Odpowiednio wykazywane poziomy jakości są nadzorowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez organizacje zewnętrzne nadzorujące placówki [Broniewska, 2004, s. 40]. Wdrożenie narzędzi akredytacji oraz certyfikacji systemów ISO jest bazą do rozwijania TQM w tego typu placówkach.

CZĘŚĆ IV

WIEDZA JAKO PODSTAWOWY ZASÓB PODMIOTÓW LECZNICZYCH

11. Zarządzanie wiedzą w podmiotach leczniczych

11.1. Istota i definicja wiedzy

Postęp w medycynie, w sposobach leczenia to tylko jeden z wielu obszarów, który wymaga od podmiotów leczniczych nabycia umiejętności pozyskiwania wiedzy i zarządzania nią. Jest to najważniejszy obszar, gdzie wiedza (jej zakres, jakość i umiejętność wykorzystania) często decyduje o życiu człowieka. W dzisiejszych realiach wiedza specjalistyczna może być niedostępna dla każdego – problemy z efektywnością działania, finansowaniem działalności, brakiem wykwalifikowanego personelu sprawiają, że nie tylko wiedza medyczna stanowi o sukcesie podmiotu leczniczego i/lub przyczynia się do podnoszenia poziomu życia społeczności, np. dzięki lepszej dostępności do usług medycznych. Podmioty lecznicze stają przed koniecznością ciągłego poszukiwania nowych sposobów działania i zwiększania efektywności – innymi słowy, muszą podlegać ciągłemu doskonaleniu, poprawiać efektywność zarządzania i zaspokajać potrzeby różnych grup interesariuszy (organu założycielskiego, pacjentów – jako głównych klientów, a także pracowników i kontrahentów). Zasobem, który pozwala łączyć i realizować podmiotom leczniczym często sprzeczne interesy, jest właśnie wiedza. Clyde W. Holsapple i Meenu Singh [2001] twierdzą, że wiedza jest „termonuklearną konkurencyjną bronią naszych czasów”. Bez pozyskiwania, gromadzenia, przetwarzania oraz tworzenia samemu nowej wiedzy, a w dalszej kolejności udostępniania jej oraz wykorzystywania również nie jest możliwe uzyskanie trwałej przewagi w walce konkurencyjnej.

Już Platon i Arystoteles, a później Kartezjusz, Hume i Kant, po Ryle’a, Polany’ego i wielu innych współczesnych filozofów podejmowali w swoich rozważaniach temat wiedzy¹. Epistemologiczna definicja tego pojęcia mówi, że wiedza to prawdziwe i uzasadnione przekonania lub sądy.

¹ Szeroki przegląd poglądów na wiedzę, poczynwszy od Platona po czasy współczesne, przedstawiają Ikujiro Nonaka i Hirotaka Takeuchi [2002].

Współczesne uwarunkowania funkcjonowania przedsiębiorstw sprawiły, że wiedza (a właściwie zarządzanie nią) znalazła się w centrum zainteresowania nauk w zakresie zarządzania, o praktykach nie wspominając. Poniżej przedstawiono kilka definicji wiedzy z punktu widzenia zarządzania organizacjami. Wiedza [Wojnarowska, 2013, s. 254]:

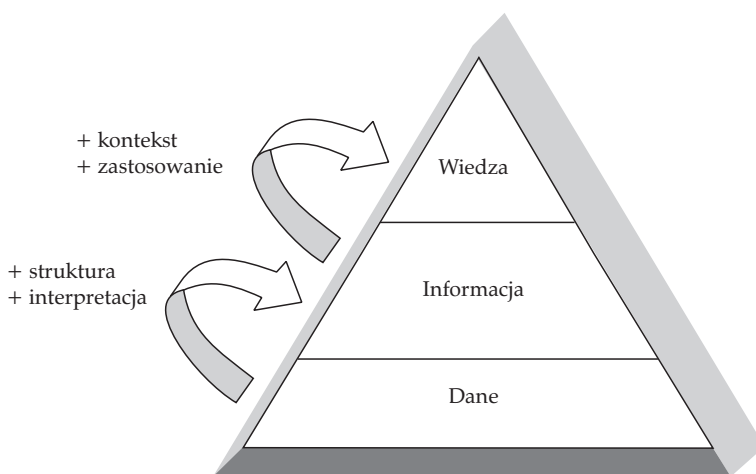
- zawiera zbiór faktów i reguły nabyte przez eksperta w ciągu wielu lat praktyki;
- to zdolność wykorzystywania danych i informacji do konkretnych działań;
- jest informacją zastosowaną do rozwiązania problemu;
- jest informacją, która została pozyskana i przeanalizowana, tak by mogła zostać zastosowana do rozwiązania problemu lub podjęcia decyzji;
- jest zbiorem doświadczeń, procedur i przemyśleń, które są właściwe i prawdziwe, i z tego powodu są używane przez ludzi do myślenia, zachowywania się i komunikowania;
- jest wnioskowaniem na temat informacji i danych w celu zwiększenia efektywności, zdolności do rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, nauki i uczenia się;
- to płynne połączenie doświadczenia, wartości, informacji o kontekście oraz eksperckiego wglądu w jakieś zagadnienie, które zapewnia ramy dla oceny i włączania nowych doświadczeń i informacji;
- jest pełnym wykorzystaniem informacji i danych połączonych z potencjałem ludzkich umiejętności, możliwości, pomysłów, zaangażowania i motywacji.

Analiza przytoczonych definicji wskazuje na takie kluczowe pojęcia, jak „informacja”, „wiedza” oraz „dane”. Niezmiernie istotne jest rozróżnienie tych pojęć, ponieważ często są one nieprawidłowo używane zamiennie. Konsekwencją tego jest trudność z odróżnieniem zarządzania wiedzą od zarządzania informacją. Zdarza się, że np. programy lub systemy służące gromadzeniu danych, zarządzaniu dokumentacją czy programy pocztowe nazywane są przez producentów lub dystrybutorów systemami zarządzania wiedzą, podczas gdy takimi w rzeczywistości nie są [Beliczyński, Mesjasz, Stabryła, 2009].

Warto podkreślić, że nie można utożsamiać ze sobą wiedzy i informacji. Jednak często trudno jest je od siebie odróżnić. Dla jednych informacja o podwyższonej gorączce i innych objawach u pacjenta to tylko informacja (a nawet dane), a dla słynnego dra House’a zestawione razem, poparte doświadczeniem są kluczem (wiedzą) do wyleczenia pacjenta. Sekwencja takich działań, jak: 1) zbieranie danych (np. temperatura pacjenta, tętno); 2) przekazywanie danych, czyli tworzenie informacji (zestawienie dobowe temperatury); 3) interpretacja i podjęcie działań, opisywana jest jako hierarchia wiedzy. Przykład

takiej hierarchii wiedzy przedstawia rysunek 11.1 [Davenport, Prusak, 1998; Applehans, Globe, Laugero, 1999; Brdulak, 2005].

Zgromadzone (np. z przedziałów czasowych albo zagregowane od wielu pacjentów) i usystematyzowane dane stają się informacjami. Uporządkowane dane jako informacja mogą zostać wykorzystane w procesie podejmowania decyzji. Wiedza ma zawsze wymiar ludzki (czy jednak na pewno? – zob.

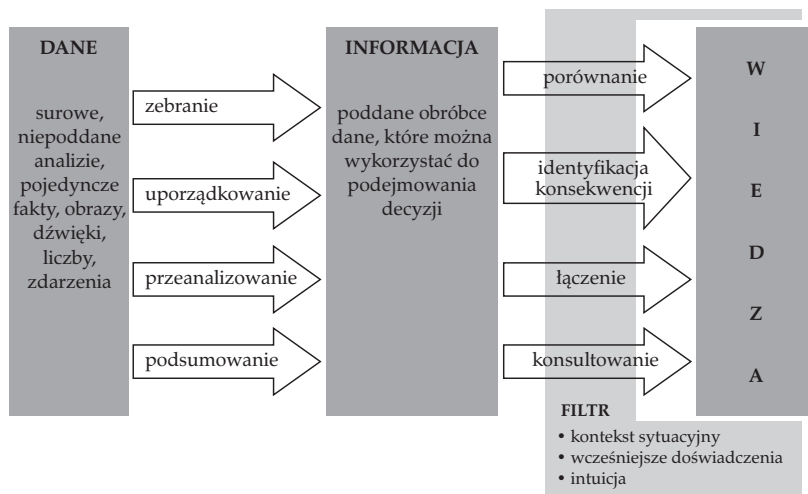


Rysunek 11.1. Hierarchia wiedzy

Źródło: [Applehans, Globe, Laugero, 1999].

Przykład

Firma Apple bardzo dużo uwagi (i środków) poświęca technologiom medycznym, widząc w nich przyszłe źródło zysku. Ostatecznie chodzi o to, żeby z wyprzedzeniem reagować na potencjalne zagrożenia życia w oparciu o dane systematycznie zbierane np. przez aplikację Apple Watch. I tu dochodzimy do sedna – obecnie problemem nie jest zbieranie danych, ponieważ to robią za nas np. smartwatche. Przesyłanie danych też nie jest już problemem. A to oznacza, że informacja jest dostępna. Wyzwaniem staje się natomiast wykorzystanie tej informacji, czyli jej interpretacja, ocena i podjęcie odpowiednich działań. Pacjent podłączony do licznych urządzeń monitorujących w szpitalu i tak wymaga ostatecznie zastosowania wiedzy fachowego personelu. Obecnie na podstawie danych pochodzących ze smart wearables (informacji) opracowuje się algorytmy pozwalające na ich interpretację (diagnoza) i odpowiednie działania (automatyczny telefon na pogotowie, sugestie zachowania). W przyszłości możemy się spodziewać np. automatycznej iniekcji leku.



Rysunek 11.2. Proces przekształcania danych w wiedzę

Źródło: [Wojnarowska, 2013, s. 247].

przykład w ramce na s. 181). Proces przekształcania danych w wiedzę przedstawia rysunek 11.2.

Jak już wcześniej wspomniano, takie pojęcia, jak dane, informacja i wiedza, nie są tożsame. Paradoksem jednak jest to, że sam ich „nośnik”, np. tabela w Excelu, może być interpretowany jednocześnie jako dane, informacja lub wiedza. Zależy to od kontekstu – ta sama (ostatecznie) informacja dla jednych pozostanie tylko informacją, a dla innych będzie źródłem wiedzy (dzięki doświadczeniu, wcześniej nabytej wiedzy itp.). Informacja jest bowiem tylko częścią, a nie całą wiedzą [Lee, Yang, 2000, s. 783–793].

W literaturze wymienia się dwa rodzaje wiedzy: wiedzę jawną – formalną, uzewnętrznioną, dostępną, zimną, skodyfikowaną (*explicite knowledge*), oraz wiedzę ukrytą – nieformalną, cichą, gorącą (*tacit knowledge*) [Nonaka, 1991; Nonaka, Toyama, Konno, 2000; Nonaka, Takeuchi, 2002; Grudzewski, Hejduk, 2004; Kowalczyk, Nogalski, 2007] (zob. tabl. 11.1).

Tablica 11.1. Rodzaje wiedzy

Rodzaj wiedzy	Charakterystyka
Wiedza jawna	– jasno sprecyzowana i usystematyzowana – można ją przedstawić i przekazać za pomocą słów, liczb, znaków i symboli, w formie zestawień liczbowych, rysunków, tablic – może być zachowywana, przechowywana i upowszechniana w postaci papierowej lub elektronicznej – przyjmuje najczęściej formę procedur, instrukcji, opisów słownych, książek, dokumentacji technicznej, patentów, nagranych filmów, umieszczonych w bibliotekach, archiwach, bazach danych, zewnętrznych i wewnętrznych systemach informatycznych – łatwa do rozpowszechniania wśród pracowników organizacji – łatwo dostępna – może być wykorzystana w każdej chwili
Wiedza ukryta*	– stosowana podświadomie, choć wykorzystywana w codziennym działaniu (można tu zaliczyć np. umiejętność jazdy na rowerze, posługiwanie się sztucami czy wiązania butów) – wyrastająca z bezpośredniego działania i dlatego bardzo praktyczna, wynikająca z doświadczenia – trudna do sprecyzowania, a przez to trudna do zachowywania, przechowywania i upowszechniania – może być dzielona poprzez bezpośrednie kontakty, podpatrywanie, naśladowanie lub poprzez opowieści z wykorzystaniem technik z nauk humanistycznych (aluzji, porównań, metafor, symboli)

* Autorem pojęcia cichej (ukrytej) wiedzy jest pochodzący z Węgier Michael Polanyi. Wiedzę cichą opisywał on w następujący sposób: „we can know more than we can tell” (wiemy więcej, niż jesteśmy w stanie powiedzieć) [Polanyi, 1966].

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Nonaka, 1991; Nonaka, Toyama, Konno, 2000; Nonaka, Takeuchi, 2002; Grudzewski, Hejduk, 2004; Kowalczyk, Nogalski, 2007; Wojnarowska, 2013].

Oba rodzaje wiedzy współistnieją w organizacji równolegle. Wiedza jawna jest raczej racjonalna, obiektywna, łatwo ją skodyfikować, przechowywać i rozpowszechniać w celu wykorzystania. Natomiast wiedza ukryta, gromadzona w umysłach pracowników, jest podświadoma, oparta na subiektywnych odczuciach i doświadczeniu; może być rozpowszechniana jedynie poprzez bezpośrednie relacje między pracownikami. Kluczowe z punktu widzenia sukcesu organizacji jest doprowadzenie do zmiany wiedzy ukrytej w dostępną.

Innego podziału wiedzy dokonała organizacja OECD (Organization for Economic Co-operation and Development – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju), która wyróżniła cztery główne kategorie wiedzy: *know-what*, *know-why*, *know-how*, *know-who* (tabl. 11.2).

Tablica 11.2. Kategorie wiedzy według OECD

Rodzaj wiedzy	Charakterystyka
Wiedza typu <i>know-what</i> (wiedzieć, co)	– w znaczeniu zbliżona do pojęcia informacji, odnosi się do faktów (np. ile osób choruje w Polsce na choroby układu krążenia, ile osób studiuje na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, kim był Mikołaj Kopernik, jakie są konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu?) – łatwa do przechowywania i przesyłania
Wiedza typu <i>know-why</i> (wiedzieć, dlaczego)	– wyjaśnia otaczającą nas rzeczywistość – dotyczy związków przyczynowo-skutkowych odnoszących się do praw natury, człowieka i społeczeństwa – dostęp do niej przyspiesza postęp techniczny i obniża częstotliwość błędów przy dokonywaniu eksperymentów
Wiedza typu <i>know-how</i> (wiedzieć, jak)	– odnosi się do umiejętności ludzi i zespołów, tzn. do zdolności robienia czegoś, wykonywania konkretnych zadań czy czynności (np. jak zrobić sushi, jak przeprowadzić endoprotezoplastykę stawu kolanowego) – wymaga intuicji i umiejętności rozpoznania prawidłowości opartych na doświadczeniu – przejawia się w kompetencjach pracowników bądź procesach organizacyjnych (np. w procesie tworzenia nowego produktu) – dotyczy także tworzenia nowej wiedzy przez naukowców, wynalazców, pracowników zespołów badawczych
Wiedza typu <i>know-who</i> (wiedzieć, kto)	– wiedza o tych, którzy posiadają wymienione wcześniej trzy rodzaje wiedzy – identyfikuje posiadaczy wiedzy i opisuje wiedzę, którą posiadają – pomaga odnaleźć wiedzę istotną z punktu widzenia organizacji i wykorzystać ją dla realizacji celów przedsiębiorstwa (bardzo istotna wiedza z punktu widzenia ekonomicznego)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wojnarowska, 2013, s. 249].

W organizacjach związanych z ochroną zdrowia błędy czy niewiedza mogą zagrażać życiu ludzi. Stąd też problem zarządzania wiedzą ma tak duże znaczenie w podmiotach leczniczych. Tworzenie, występowanie oraz wykorzystanie wiedzy w organizacji może mieć miejsce na różnych poziomach organizacyjnych, tj. na poziomie systemu międzyorganizacyjnego, na poziomie organizacji oraz na poziomie jednostki [Kowalczyk, Nogalski, 2007]. Przykładowo wiedza na poziomie systemu międzyorganizacyjnego będzie dotyczyć ogólnej sytuacji w otoczeniu zakładu opieki zdrowotnej, a więc systemu politycznego, ekonomicznego, społecznego, modelu oraz zasad funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia.

Wiedza podmiotu leczniczego (np. szpitala, przychodni) obejmuje wszystko to, co organizacja wie jako całość, oraz jej umiejętność i sposoby wykorzystania tych zasobów. Jest to suma wiedzy formalnej (skodyfikowanej

w dokumentach, bazach danych, procedurach i sposobach działania) i skumulowanej wiedzy wszystkich pracowników, w tym m.in. wiedzy medycznej, wiedzy z zakresu zarządzania².

Wiedza na poziomie jednostki to wiedza indywidualna poszczególnych pracowników. Do zarządzających podmiotami leczniczymi należy stworzenie odpowiednich warunków, tj. np. procesów umożliwiających wydobycie tej indywidualnej wiedzy dla dobra organizacji. Problemem z wykorzystaniem wiedzy indywidualnej jest niechęć do dzielenia się swoją wiedzą z innymi i/lub organizacją. Fakt, że usługi oferowane na rynku ochrony zdrowia w większości mają charakter tzw. usług profesjonalnych³, a więc silnie zindywidualizowanych, opartych na wiedzy i doświadczeniu wykonawców (profesjonalistów), powoduje, że podmioty lecznicze są szczególnie „wrażliwe” na chęć lub niechęć do dzielenia się wiedzą przez pracowników. Wiedza, jaką dysponują pracownicy w organizacji związanej z ochroną zdrowia, ma niewątpliwie unikatowy charakter. Trudna jest też do skodyfikowania, pomimo tego, że jest dostępna w około 20 tys. czasopism medycznych [de Kervasdoune, 2000].

Jednak wiedza medyczna nie jest jedyną niezbędną do skutecznego i efektywnego (zob. część pierwsza niniejszego opracowania) realizowania celów stawianych przed podmiotami leczniczymi. Obecnie, przy rosnących sprzecznych oczekiwaniach interesariuszy, częstych zmianach uwarunkowań zewnętrznych funkcjonowania podmiotów leczniczych (prawo, system finansowania, postęp techniczny, w tym w medycynie) okazuje się, że nawet najlepsza wiedza medyczna nie wystarczy do, ujmując to kolokwialnie, masowego leczenia ludzi.

² Niektórzy autorzy do organizacyjnych zasobów wiedzy zaliczają kulturę, infrastrukturę, cele i strategię, przy czym infrastruktura obejmuje role, jakie zostały zdefiniowane dla pracowników, relacje pomiędzy nimi oraz regulacje, które rządzą tymi rolami i relacjami (odpowiednik organizacji formalnej) [Holsapple, Singh, 2001].

³ Joanna Kacała charakteryzuje usługi profesjonalne jako: 1) świadczone przez wykwalifikowany personel posiadający specjalistyczną wiedzę (ma ona charakter doradczy i skupia się na rozwiązywaniu problemów); 2) wyróżniające się na rynku swoją specjalnością i opatrzone specyficzną nazwą: architekt, lekarz, konsultant; 3) zadanie dane usługodawcy przez usługobiorcę; 4) niezależne od dostawców innych usług i dóbr. Należy podkreślić zatem kluczową rolę osoby świadczącej usługi, indywidualizm usług, a także szczególne relacje między usługodawcą a usługobiorcą [Kacała, 2007]. W ujęciu Joanny Pietrzak [2000] firma świadcząca usługi profesjonalne to taka organizacja, w której wiedza specjalistyczna jest wykorzystywana do stworzenia odrębnych, indywidualnych rozwiązań dla każdego klienta.

11.2. Zarządzanie wiedzą

Współcześnie wiedza jest niezwykle cennym zasobem, jednak ze względu na swoje cechy okazuje się też zasobem wyjątkowo trudnym⁴. Organizacje, chcąc panować nad zasobem, jakim jest wiedza, powinny zastanowić się nad następującymi pytaniami:

- Jaka wiedza jest dla organizacji niezbędna? Jaka wiedza posiadana przez organizację jest przydatna, a jaka nie jest?
- Jakimi kryteriami i narzędziami oceny wiedzy należy się posługiwać?
- Gdzie ulokowane są zasoby przydatnej wiedzy i jak je transferować do innych obszarów organizacji?

⁴ Cechy wiedzy to: niewyczerpalność (wartość wiedzy nie zmniejsza się – nawet, gdy jest przekazywana; wiedza jako jedyny zasób nie zużywa się, a jednocześnie im jest częściej i więcej używana, tym bardziej rośnie jej wartość); symultaniczność (może być w tym samym czasie wykorzystywana przez wiele osób, w wielu procesach i wielu organizacjach jednocześnie – chyba że jest prawnie chroniona i składają się na nią patenty, wzory użytkowe itd.); nieliniowość (nie ma jednoznacznej liniowej zależności pomiędzy wielkością zasobów wiedzy a korzyściami z tego faktu wynikającymi, pomiędzy wysiłkiem włożonym w pozyskanie lub stworzenie wiedzy i efektami, które osiągamy; nawet odrobina wiedzy może powodować niewyobrażalne konsekwencje i odwrotnie – olbrzymia ilość wiedzy może okazać się bezużyteczna); dominacja (zajmuje priorytetowe miejsce wśród pozostałych zasobów i ma strategiczne znaczenie dla funkcjonowania każdego przedsiębiorstwa; od efektywnego użycia wiedzy zależy, jak pozostałe zasoby zostaną ze sobą powiązane i wykorzystane dla zrealizowania celów organizacji; wiedza integruje pozostałe zasoby oraz powoduje optymalizację ich wykorzystania); osadzenie w ludzkich umysłach (znaczną część wiedzy jest zakotwiczona w umysłach pracowników, co powoduje, że trudno jest ją przekazać albo się nią dzielić; jej ujawnienie czy udostępnienie zależy jedynie od dobrej woli pracowników); względność i wieloznaczność (może być inaczej interpretowana przez różne osoby; jej interpretacja zależy w bardzo dużym stopniu od indywidualnych doświadczeń i kontekstu, w jakim została użyta, przez co może być różnie wykorzystana); nieuchwytność (trudno ją zlokalizować, trudno ją zmierzyć, a więc trudno ją także w pełni wykorzystać); nietrwałość (jej zasoby w każdej chwili mogą zniknąć lub się zdezaktualizować; dzięki procesowi kodyfikacji strukturyzuje się w technologiach, procedurach, dokumentacji organizacyjnej, kompetencjach pracowników i bazach danych, potrafi się także zmaterializować w produktach i usługach, mało tego – sama może stanowić produkt, jednak ze względu na ciągle zmiany w warunkach funkcjonowania organizacji, krótkie cykle życia produktów i technologii wymaga permanentnej aktualizacji).

- Jaką wiedzę warto kodyfikować i jak to robić (czy każdy przypadek leczenia jest wart zapisu i powinien być traktowany jako źródło wiedzy – nie chodzi o aspekty związane ze sprawozdawczością, np. do NFZ-etu)?
- Jak motywować pracowników do zdobywania wiedzy, tworzenia nowej i dzielenia się nią z innymi?

Innymi słowy, organizacja musi swoją wiedzę zarządzać w odpowiedni sposób. Definicje zarządzania wiedzą pojawiające się w literaturze przedmiotu zestawiono w tablicy 11.3.

Tablica 11.3. Definicje zarządzania wiedzą

Źródło	Definicja
Jashapara	Z interdyscyplinarnego punktu widzenia zarządzanie wiedzą można zdefiniować jako: efektywny proces uczenia się, związany z poszukiwaniem, wykorzystywaniem i upowszechnianiem wiedzy (jawnej i ukrytej), wykorzystujące odpowiednie technologie i środowisko kulturowe, którego celem jest wzrost kapitału intelektualnego oraz sprawności organizacji
Bukowitz, Williams [2000]	Proces, przy pomocy którego organizacja generuje bogactwo w oparciu o swoje intelektualne lub oparte na wiedzy aktywa organizacyjne
Davenport, Prusak [1998]	Wiedza jest zmieniającą się mieszaniną doświadczenia, wartości, kontekstualnych informacji i eksperckiego wglądu, stanowiącą ramy do oceny i przyłączania nowych doświadczeń oraz informacji. Powstaje ona i jest wykorzystywana w świadomości jej posiadacza. W organizacji często jest nie tylko w dokumentach, ale także w organizacyjnej rutynie, procesach, praktykach i normach
KPMG	Zbiór wytycznych, procedur i systemów odnoszących się do tworzenia, gromadzenia, ochrony i wykorzystania kapitału intelektualnego firmy
APQC/Arthur Andersen	Proces identyfikowania, zdobywania i wykorzystania wiedzy mającej na celu poprawę pozycji konkurencyjnej organizacji
Ernst & Young	To system zaprojektowany tak, aby pomóc przedsiębiorstwom w zdobywaniu, analizowaniu i wykorzystaniu wiedzy w celu podejmowania szybszych, mądrzejszych i lepszych decyzji prowadzących do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wojnarowska, 2010, s. 321–342].

Sposób definiowania pojęcia zarządzania wiedzą i podjęcie w praktyce odpowiednich działań zależą tak naprawdę od celu, jakiemu ta wiedza ma służyć. Można przyjąć, że podmioty lecznicze powinny koncentrować się przede wszystkim na poprawie poziomu skuteczności leczenia (trafne diagnozy i odpowiednie procedury medyczne) przy jednoczesnym podnoszeniu efektywności tego działania (np. więcej wyleczonych pacjentów przy niezmiennych

nakładach). Optyka wymienionych celów powinna skutkować odpowiednimi działaniami w zakresie identyfikowania, zdobywania i przekształcania zasobów wiedzy pochodzących z jej wnętrza oraz z otoczenia. Takie cele wymagają podejścia do zarządzania wiedzą o charakterze strategicznym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym. Zarządzanie wiedzą powinno więc charakteryzować się następującymi cechami [Grudzewski, Hejduk, 2004]:

- mieć kompleksowy charakter;
- zamieniać aktywa intelektualne organizacji w wynik ekonomiczny;
- być wspierane przez przywództwo, kulturę organizacyjną, technologie i system pomiarowy;
- łączyć tych, którzy posiadają wiedzę, z tymi, którzy jej potrzebują;
- być hybrydowym połączeniem ludzi i technologii;
- kreować sieć.

Zadania organizacji związane z zarządzaniem wiedzą polegają na tworzeniu odpowiedniego środowiska, procedur i systemów transferu wiedzy oraz na motywowaniu i wspieraniu pracowników w zdobywaniu wiedzy i dzieleniu się nią. Także w placówkach zajmujących się ochroną zdrowia można zaobserwować stale zachodzące kluczowe procesy zarządzania wiedzą, na które składają się [Probst, Raub, Romhardt, 2002]:

- ustalanie celów zarządzania wiedzą – opracowywanie założeń, planów i konkretnych zadań wpływających na inne procesy zarządzania wiedzą;
- lokalizowanie wiedzy – odbywa się poprzez analizę i opis otoczenia oraz wnętrza organizacji, a służy identyfikowaniu źródeł wiedzy – zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz;
- pozyskiwanie wiedzy – zdobywanie wiedzy potrzebnej w organizacji przy wykorzystaniu źródeł zewnętrznych (np. poprzez uczestnictwo w kursach i szkoleniach, konferencjach, seminariach, odbywanie staży, kontakty z pacjentami, innymi specjalistami, przedstawicielami firm farmaceutycznych i oferujących sprzęt, czytanie fachowej literatury);
- rozwijanie wiedzy – tworzenie nowej wiedzy wewnątrz organizacji (np. poprzez prowadzenie prac badawczych, udział w programach testujących nowoczesne sposoby leczenia, tworzenie nowych usług dla pacjentów);
- dzielenie się wiedzą i jej rozpowszechnianie – przekazywanie swojej wiedzy innym, w efekcie czego wiedza indywidualna zostaje przekształcona w zasób służący całej organizacji lub nawet otoczeniu (np. poprzez wzajemne uczenie się, odprawy, wewnętrzne szkolenia, praktykowanie pod okiem bardziej doświadczonych, posiadających większą wiedzę kolegów, asystowanie);
- wykorzystywanie wiedzy – efektywne wykorzystanie posiadanej wiedzy w celu wytworzenia wartości dla organizacji (np. poprzez stosowanie

nowych technik i metod leczenia, nowych sposobów działania, by przyciągnąć i usatysfakcjonować pacjenta);

- zachowywanie wiedzy – selekcja, przechowywanie i stałe aktualizowanie wiedzy, tak aby była ona dostępna w organizacji;
- ocena wiedzy – ocena stopnia realizacji poszczególnych celów zarządzania wiedzą.

Procesy te są ze sobą ściśle powiązane. Dlatego też należy pamiętać, że wszelkie działania podejmowane w ramach jednego z nich, będą jednocześnie wywoływały skutki w innych obszarach.

Wiedza może być wykorzystywana do poprawy skuteczności i efektywności działań rutynowych, codziennych, bieżących działań (wymiar operacyjny), ale też do kreowania przewagi i podnoszenia konkurencyjności w długim horyzoncie czasu (wymiar strategiczny)⁵ [Beliczyński, Mesjasz, Stabryła, 2009] (tabl. 11.4).

Tablica 11.4. Zadania strategiczne i operacyjne zarządzania wiedzą

Cele strategiczne	Zadania bieżące (operacyjne)
– ugruntowanie orientacji na wiedzę w wizji i misji organizacji – wspomaganie kultury organizacyjnej zorientowanej na wiedzę – dobór celów wiedzy i selekcja strategii wiedzy dla osiągnięcia tych celów – identyfikacja luk wiedzy lub barier – ocena (ekonomiczna) wiedzy tworzonej w organizacji – implementacja strategii wiedzy ze wsparciem (prze-projektowanie zadań, ról, procesów i infrastruktury informacyjnej) techniki komputerowej	– identyfikacja – nabywanie – kreowanie – zdobywanie – gromadzenie – konstruowanie – selekcja – ewaluacja – łączenie – strukturyzacja – formalizacja – rozpowszechnianie – dystrybucja – utrzymanie – ewolucja – dostęp do aplikacji wiedzy

Źródło: [Beliczyński, Mesjasz, Stabryła, 2009].

Inne podejście do zarządzania wiedzą w organizacji prezentują I. Nonaka oraz H. Takeuchi, koncentrując się na tworzeniu wiedzy. Proces ten definiują jako „zdolność korporacji jako całości do wytwarzania nowej wiedzy, upowszechniania jej w organizacji i ucieleśniania jej w produktach, usługach i systemach” [Nonaka, Takeuchi, 2002]. Kreowanie wiedzy jest wynikiem stałych

⁵ Np. Wendi R. Bukowitz i Ruth L. Williams [2000] wyodrębniły poziom strategiczny i taktyczny.

interakcji pomiędzy wiedzą ukrytą i jawną. Procesy socjalizacji, eksternalizacji, kombinacji i internalizacji pozwalają wiedzy ukrytej stać się jawną; w ten sposób powstaje nowa wiedza, która może zostać wykorzystana dla dobra organizacji [Nonaka, Takeuchi, 2002] (tabl. 11.5).

Tablica 11.5. Model zarządzania wiedzą według I. Nonaki i H. Takeuchiego

	Wiedza ukryta	Wiedza dostępna
Wiedza dostępna	socjalizacja	eksternalizacja
Wiedza ukryta	internalizacja	kombinacja

Źródło: [Nonaka, Takeuchi, 2002, s. 86].

Proces socjalizacji wiedzy (*adaptation*) odbywa się w wyniku bezpośrednich relacji pomiędzy pracownikami, poprzez doświadczenie (uczestnictwo, obserwację, naśladowanie, ćwiczenie – często niewerbalnie). Polega on na pozyskaniu cichej wiedzy jednego pracownika i jej skumulowaniu – również w postaci wiedzy cichej – przez drugiego. W ochronie zdrowia przykładem socjalizacji wiedzy jest asystowanie np. przy operacjach wykonywanych przez bardziej doświadczonych lekarzy. Obserwacja, możliwość naśladowania i ćwiczenia pod kierunkiem doświadczonego nauczyciela pozwalają na zdobywanie i kumulowanie wiedzy cichej.

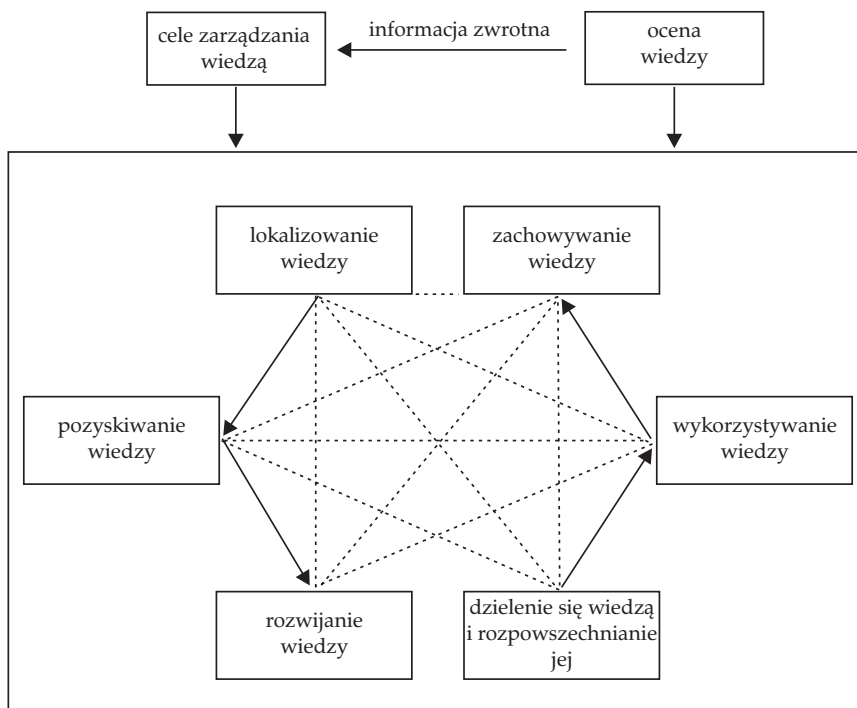
Proces eksternalizacji wiedzy (*externalization*) to zamiana wiedzy ukrytej w wiedzę dostępną w wyniku dyskusji i dokumentowania. Wiedza ukryta jest wyrażana za pomocą znanych, dostępnych pojęć, przy wykorzystaniu metafor, analogii, hipotez, modeli itp. [Brdulak, 2005, s. 15]. W przypadku ochrony zdrowia przejawem eksternalizacji może być np.:

- publikowanie wyników prowadzonych prac badawczych na łamach polskich i międzynarodowych czasopism medycznych;
- udział w polskich i zagranicznych konferencjach i seminariach oraz w dyskusjach poświęconych wybranym zagadnieniom medycznym;
- poparte wcześniejszym doświadczeniem praktycznym tworzenie procedur i instrukcji postępowania w przypadku hospitalizacji pacjenta – obejmujących opis kolejnych działań, które należy podjąć w momencie przyjęcia pacjenta, kwalifikacji i przygotowania do zabiegu, wykonania zabiegu oraz po zabiegu, w tym opis niezbędnych badań, które należy wykonać.

Kombinacja wiedzy (*combination*) oznacza łączenie różnych wewnątrzorganizacyjnych zasobów wiedzy jawnej, np. zawartej w dokumentacji czy bazach danych, i/lub łączenie wiedzy z nową, zewnętrzną wiedzą jawną. Selekcja, ujednolicanie i kategoryzowanie pozwalają włączyć nową wiedzę w istniejący system. W wyniku kombinacji możliwe jest uzyskanie efektu

synergii. Lekarz, poszukujący dla swojego pacjenta właściwej metody leczenia, inicjuje proces kombinacji wiedzy poprzez przeglądanie dostępnej literatury dotyczącej danej choroby, historii leczenia innych pacjentów, wykazów leków oraz informacji o zakresie ich refundacji.

Proces internalizacji wiedzy (*internalization*) to przyswajanie przez pracowników wiedzy rozpowszechnianej w organizacji oraz w jej otoczeniu. Wiedza dostępna w postaci dokumentów, baz danych itp. jest w tym procesie włączana w zasoby indywidualnej wiedzy ukrytej. Absolwent fizjoterapii na początku pracy zawodowej zaczyna wykorzystywać poznane w czasie studiów techniki terapii manualnej w praktyce poprzez codzienne osobiste doświadczenie w pracy z pacjentem. Dzięki eksperymentowaniu z poszczególnymi metodami zdobywa wiedzę na temat możliwości ich stosowania w konkretnych przypadkach.



Rysunek 11.3. Koncepcja zarządzania wiedzą według G. Probst, S. Rauba i K. Romhardta

Źródło: [Probst, Raub, Romhardt, 2002, s. 46].

W przypadku leczenia szpitalnego procesy transferu wiedzy medycznej muszą odbywać się pomiędzy [Perechuda, 2008]:

- kadrą zarządzającą i ordynatorami, lekarzami, pielęgniarkami;
- ordynatorami i lekarzami, pielęgniarkami, personelem pomocniczym;
- lekarzami i pielęgniarkami, personelem pomocniczym;
- lekarzem a pacjentem.

Zarządzanie wiedzą oznacza świadome, przemyślane i celowe działania zintegrowane z pozostałymi procesami biznesowymi. Działania te powinny tworzyć system tworzenia i dzielenia się wiedzą, na który powinny się składać:

- strategia – zarządzanie wiedzą powinno być oparte na strategii;
- procesy – wszystkie realizowane w organizacji działania od planowania do wykorzystania wiedzy;
- infrastruktura organizacyjna – struktura organizacyjna, system zarządzania zasobami ludzkimi, infrastruktura informatyczna;
- ludzie – kultura organizacyjna, poziom motywacji i zaangażowania.

Koncepcję systemu zarządzania wiedzą przedstawia rysunek 11.3.

Warto zauważyć, że każdy z omówionych procesów tworzenia wiedzy może funkcjonować samodzielnie, jednak najlepszy i pełen efekt dadzą kolejno następujące po sobie procesy konwersji, ostatecznie prowadzące do powiększania się ogólnego zasobu wiedzy w organizacji (zarówno wiedzy ukrytej, jak i dostępnej).

12. Organizacje oparte na wiedzy

12.1. Istota i definicja organizacji uczącej się (opartej na wiedzy)

Jesteśmy świadkami bardzo szybkiego postępu w medycynie. Co roku prowadzonych jest wiele badań, pojawiają się nowe leki i sposoby leczenia. Pracownicy sektora ochrony zdrowia muszą stale się uczyć. Wraz z upływem czasu zwiększa się stopień specjalizacji lekarzy. W 1927 r. w Stanach Zjednoczonych wyróżniano dwie specjalności lekarskie, podczas gdy w 2000 r. – 124. Tymczasem wiele chorób wymaga szerszego spojrzenia, stwarzającego konieczność pracy zespołowej oraz poszerzania wiedzy przez lekarzy [Edmondson, 2005].

Znaczenie procesów uczenia się w organizacji potwierdza prawo niezbędnej różnorodności Rossa Ashby'ego. Zgodnie z nim organizacje, które funkcjonują w burzliwym otoczeniu, powinny korzystać z wiedzy szczególnie bogatej i różnorodnej [Koźmiński, Piotrowski, red., 1996]. W praktyce oznacza to stworzenie pracownikom możliwości pozyskania wiedzy, która niekoniecznie jest w danym momencie niezbędna, ale może się przydać w bliżej nieokreślonej przyszłości. Ze względu na zmienność otoczenia organizacja nie jest w stanie przewidzieć, jakie funkcje będą pełnili w przyszłości jej poszczególni pracownicy. Elastyczne podejmowanie nowych obowiązków przez pracowników wymaga więc posiadania przez nich pewnej „nadmiarowej wiedzy”.

Wiedza skumulowana w organizacji szybko się dezaktualizuje. Stąd wyzwaniem jest wykreowanie w organizacji mechanizmów uaktualniania wiedzy na wszystkich jej poziomach. Uaktualnianie to nic innego jak uczenie się, zdobywanie nowej wiedzy i jej przyswajanie. O ile oczywiste jest, że uczą się ludzie, to już dużo trudniej jest wyobrazić sobie, że uczy się organizacja. Organizacje pozyskują i kumulują wiedzę w różnej formie: baz danych, reguł, procedur, ale również jako niepisane zasady czy wspólne modele myślenia tworzące kulturę organizacji. Można więc mówić o tzw. pamięci organizacji [Sitko-Lutek, 2009]. Ale czy organizacje mogą się uczyć? Według Bogusza

Mikuły [Mikuła, Pietruszka-Ortyl, Potocki, 2007] jest to możliwe. Koncepcja organizacji uczącej się (a więc opartej na wiedzy) zakłada, że [Mikuła, Pietruszka-Ortyl, Potocki, 2007]:

- organizacje – podobnie jak organizmy żywe – mogą się uczyć;
- sukces organizacji zależy od wszystkich pracowników – zatem uczyć powinni się wszyscy;
- organizacja powinna motywować pracowników do uczenia się, jednocześnie zapewniając im sposoby uczenia się dopasowane do indywidualnych potrzeb;
- proces uczenia się powinien być ciągły i świadomy.

W literaturze można znaleźć wiele definicji kładących nacisk na różne cechy organizacji uczącej się. Już organizacje przetwarzające lekcje z historii w rutynowe praktyki uważa się za uczące [Levitt, March, 1988, za: Garvin, 2006]. Inne spojrzenie to akcentowanie elastyczności organizacji – „organizacja maksymalnie elastyczna, w której rutyna, nawyki i stereotypy nie zastępują dynamicznej rzeczywistości” [Sikorski, 2000]. Kompleksową definicję proponuje Agnieszka Sitko-Lutek, która określa organizację uczącą się jako organizację, która „w świadomy sposób zdobywa nową wiedzę, umiejętności i kompetencje, a także kształtuje pożądane wartości i postawy. Uczy się zarówno dzięki stosunkom, jakie zachodzą wewnątrz niej, jak i dzięki kontaktom z otoczeniem. Zachodzi to na wszystkich poziomach organizacji, w odniesieniu tak do jednostek, jak i do zespołów” [Sitko-Lutek, 2009]. Niekiedy organizacja ucząca się nazywana jest również organizacją inteligentną.

Zdobywanie i wykorzystywanie nowej wiedzy to nic innego jak proces uczenia się. W tym wypadku uczenie określamy jako modyfikację zachowania się i nabywanie gotowości do zmian w zachowaniu się jednostki, w wyniku jej dotychczasowych doświadczeń [Batorski, 2002]. Uczenie się członków organizacji może – a nawet powinno [Marquardt, 2011] – być efektem ubocznym wykonywanej pracy. Organizacyjne uczenie się to proces wykrywania i naprawiania błędów przez organizację [Argyris, 1977, za: Garvin, 2006].

Jaka jest różnica między organizacją uczącą się a procesem organizacyjnego uczenia się? Organizacja ucząca się to pewien system, procedury, narzędzia itd., z kolei organizacyjne uczenie się to proces nabywania wiedzy i umiejętności – uczenie się jest więc jednym z elementów organizacji uczącej się.

Uczestnicy organizacji mogą zdobywać wiedzę i doświadczenie w trakcie pracy na zasadzie pętli pojedynczej oraz pętli podwójnej. Pętla pojedyncza oznacza, że pracownik zauważa problem i szuka jego rozwiązania, korzystając z dotychczasowej wiedzy zgromadzonej w organizacji (adaptacyjne uczenie się). Pomocna w rozwiązaniu problemu i podjęciu decyzji może być przyjęta przez pracowników i/lub organizację praktyka rozwiązywania

danego problemu i/lub procedura, i/lub regulamin organizacyjny. Natomiast pętla podwójna oznacza krytyczną analizę dostępnych rozwiązań (własnych doświadczeń, zasad organizacyjnych). Dotychczas stosowane rozwiązania poddaje analizie i ocenie, a gdy uzna, że jest możliwość lepszego rozwiązania, tworzy nowe rozwiązanie. Oznacza to, iż uczący się na zasadzie pętli podwójnej musi mieć zdolność do krytycznego spojrzenia na dotychczasową organizację, a także odwagę do zakwestionowania dotychczasowych praktyk [Morgan, 1997].

Uczenie się w pętli podwójnej jest obarczone większym ryzykiem popełnienia błędu przez pracowników. Proponowane nowe rozwiązanie może być bowiem niewłaściwe. Dlatego wiele organizacji – w tym te z sektora opieki zdrowotnej – dąży do sytuacji, gdzie pracownicy będą bezkrytycznie przestrzegali regulaminów i procedur. To jednak zamyka drogę do kreowania nowych idei i rozwiązań. Co gorsza, uniemożliwia proces uczenia się organizacji ze względu na unikanie ujawniania problemów i publicznej dyskusji na ten temat. Pracownicy często wykorzystują wtedy różnorodne mechanizmy obronne, np. ukrywanie błędów, politykowanie, obwinianie innych, uprawianie gier czy też tworzenie niepotrzebnych struktur [Hesselbein, Goldsmith, Beckhard, red., 1998].

Uczenie się w pętli podwójnej ma jeszcze jeden aspekt w organizacji – jest to konieczność oduczania się, czyli zapominania dotychczasowej wiedzy i zastępowania jej nową wiedzą. Okazuje się, że wyzwaniem dla organizacji jest nie tyle zdobycie lub stworzenie nowej wiedzy, ile nauczenie pracowników jej stosowania.

Proces uczenia się występuje na czterech poziomach:

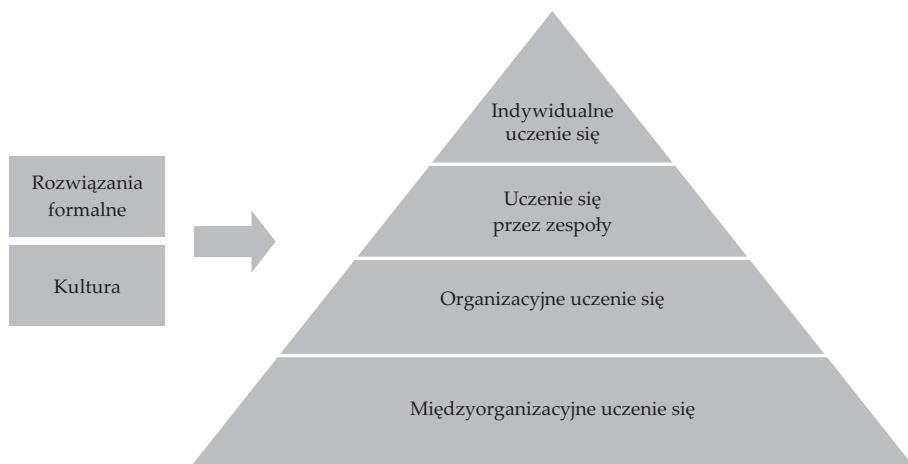
- uczenie się przez pracownika (poziom indywidualny);
- uczenie się na poziomie zespołów;
- organizacyjne uczenie się;
- międzyorganizacyjne uczenie się.

Pracownicy mogą uczyć się na wiele sposobów, takich jak: samokształcenie, zdobywanie doświadczeń w praktycznym działaniu (rozwiązywanie bieżących problemów poprzez współpracę z innymi pracownikami, klientami, udział np. w zespołach projektowych). Z kolei organizacje mogą wspierać pracowników w procesie uczenia m.in. poprzez zapewnienie programów adaptacji dla nowych pracowników, programów rozwoju dla pracowników z wysokim potencjałem, coaching i mentoring, a także przez wdrażanie programów rotacji pracowników.

Uczenie się na poziomie zespołów (drugi poziom) wymaga umiejętności organizowania i pracy zespołowej. W wielu zespołach praca zespołowa może prowadzić do frustracji uczestników zespołu, spowodowanej jego złym

funkcjonowaniem. Uczenie się zespołowe pozwala na swobodny przepływ pomysłów, pracownicy podglądają działania innych (często nawet nieświadomie), występuje dzielenie się doświadczeniami, również tymi negatywnymi – co wymaga wzajemnego zaufania. Dzięki takim warunkom pracy kreatywność pracowników powinna rosnąć.

Organizacyjne uczenie się (trzeci poziom) opiera się na rozwiązaniach formalnych (procedury, zasady, narzędzia informatyczne) oraz na rozwiązaniach nieformalnych (wspólne normy, reguły, przekonania). Dzięki temu członkowie organizacji tworzą sprawnie funkcjonujący zespół [Marquardt, 2011].



Rysunek 12.1. Model organizacyjnego uczenia się

Źródło: [Wróbel, 2013, s. 270].

Ostatni poziom powinien pozwalać na wykorzystanie wiedzy z otoczenia. Proces międzyorganizacyjnego uczenia się zachodzi przede wszystkim między organizacjami, które ze sobą współpracują, np. w ramach relacji sieciowych, relacji dostawca – klient, kontraktów badawczych, licencjonowania czy powiązań kapitałowych [Zgrzywa-Ziemak, 2007]. W ramach tego procesu organizacje mogą dzielić się ekspertami, tworzyć wspólne zespoły zadaniowe, które rozwiązują wybrane problemy, wykorzystywać benchmarking. Katalizatorem międzyorganizacyjnego uczenia się są wspólne interesy, przy czym niezbędny jest tu znaczny poziom zaufania.

12.2. Uwarunkowania funkcjonowania organizacji uczącej się

Podobnie jak w przypadku wszystkich omawianych koncepcji wdrożenie organizacji uczącej się nie jest proste. I analogicznie wymaga pewnego „stanu” czy też poziomu dojrzałości organizacji przejawiającego się w [Daft, 1997]:

- zaangażowaniu przywódców, wskazujących pracownikom wizję oraz kierunek działań, liderów inspirujących pracowników do uczenia się i dzielenia się wiedzą;
- strategii, powstającej dzięki zaangażowaniu pracowników, a wynikającej z prowadzonych eksperymentów;
- płaskiej strukturze organizacyjnej wspierającej pracę zespołową, eliminującej bariery strukturalne pomiędzy pracownikami;
- kulturze organizacji promującej zaufanie, otwartość oraz ciągłe doskonalenie, a także dającej prawo do popełniania błędów przez pracowników;
- usamodzielnianiu pracowników, prowadzącym do decentralizacji i partycypacji w zarządzaniu;
- otwartości informacyjnej, charakteryzującej się swobodnym dostępem pracowników do informacji.

Jeden z twórców idei organizacji uczącej się – Peter Senge – wskazuje na obszary (dyscypliny) konieczne do rozpoczęcia i rozwijania procesu organizacyjnego uczenia się [Senge, 2004, s. 22–26]:

- mistrzostwo osobiste;
- modele myślowe;
- wspólna wizja przyszłości;
- zespołowe uczenie się;
- myślenie systemowe.

Mistrzostwo osobiste przejawia się w dążeniu do doskonałości w pracy oraz w chęci do doskonalenia. Organizacja powinna te ambicje wspierać. Rolą menedżerów jest m.in. dawanie przykładu dążenia do doskonałości i doskonalenia, a jednocześnie stawianie przed pracownikami wyzwań.

Model to pewien schemat postępowania – w tym przypadku myślenia, dotyczący np. sposobu rozwiązywania problemu, reakcji na zachowanie pacjenta, stawiania diagnozy. Tworzenie nowych modeli ma na celu modyfikowanie zachowań pracowników, m.in. poprzez wdrożenie modelu wyjaśniającego sposób budowania relacji z pacjentami. Modele myślowe mogą być tworzone indywidualnie i zespołowo. I tu przechodzimy do kolejnego obszaru – wspólnej wizji. Wizja przyszłości wskazuje kierunki rozwoju organizacji. Wspólna wizja oznacza, że w proces jej tworzenia zaangażowani byli pracownicy.

Warunkiem powstania wizji jest autentyczne zaangażowanie pracowników w tworzenie „swojej” organizacji.

Zespołowe uczenie się zostało omówione już wcześniej. Ostatecznie wynikiem tego uczenia się może być zmiana modelu myślowego uczestników organizacji (np. z postawy „Nic się nie da zrobić, nie mam pani na liście” na „Proszę poczekać, zobaczę, czy lekarz przyjmie panią dodatkowo, a jeżeli nie, to znajdziemy jakiś inny, niezbyt odległy termin”).

Ostatnia dyscyplina – myślenie systemowe – oznacza umiejętność całościowego dostrzegania problemu (spojrzenie holistyczne). Myślenie systemowe pozwala na identyfikację rzeczywistych przyczyn problemów organizacji oraz zaprojektowanie rozwiązań. Obszar ten jest kluczowy. Wzmacnia działanie pozostałych dyscyplin, umożliwiając realizowanie celu, jakim jest uczenie się organizacji.

Budowanie organizacji uczącej się wymaga przyjaznego klimatu organizacyjnego, czyli kultury organizacyjnej, oraz formalnych działań organizacyjnych. W dużym uproszczeniu – kultura to zestaw niepisanych zasad, które są powszechnie znane i przestrzegane przez pracowników. Można spotkać się z opinią, że to kultura jest głównym „napędem” uczących się organizacji. Często zdarza się, iż te nieformalne zasady oddziałują mocniej niż formalne regulaminy czy procedury.

Aby proces uczenia się funkcjonował w organizacji i do tego był efektywny, potrzebna jest atmosfera (kultura) wzajemnego zaufania. Dzięki temu nie będą miały miejsca opisane wcześniej zachowania pracowników próbujących odwrócić uwagę od swoich błędów. W tablicy 12.1 przedstawiono cechy kultury hamującej procesy uczenia się oraz cechy kultury wspierającej te procesy.

Tablica 12.1. Kultura organizacji a organizacyjne uczenie się

Kultura hamująca organizacyjne uczenie się	Kultura wspierająca organizacyjne uczenie się
– postawa „wiedza to władza” – nieprzyznawanie się do błędów, brak analizy błędów, porażek, „zamiatanie problemów pod dywan” – brak weryfikacji kluczowych czynności i decyzji przez drugą osobę – pracownicy działają samodzielnie, nie wypada analizować, komentować, krytykować ich pracy – pytania, sugestie dotyczące zmian w organizacji wewnętrznej są źle widziane	– postawa „dzielimy się wiedzą” – wspólne analizowanie błędów, porażek w celu ich uniknięcia w przyszłości – pojedyncza lub nawet podwójna weryfikacja kluczowych czynności i decyzji przez dodatkowe osoby – pracownicy są zachęceni do stawiania pytań, sugerowania zmian w organizacji wewnętrznej

Źródło: [Wróbel, 2013, s. 274].

W ochronie zdrowia szczególnie ważnym rozwiązaniem, umożliwiającym i wspierającym dzielenie się wiedzą ukrytą, są relacje mistrz – uczeń. Należy jednak pamiętać, że coraz większa część wiedzy medycznej ma charakter skodyfikowany, co może osłabiać znaczenie relacji między mistrzem a uczniem [Fazlagić, 2015].

Kolejnym elementem kultury jest preferowany styl kierowania, który może sprzyjać procesom uczenia się lub je utrudniać. Stylem wspierającym procesy uczenia się jest styl partycypacyjny [Markowski, 2009]. Na kulturę składa się wiele innych norm i reguł. Jedną z nich (nieformalną) jest zasada praktykowana w niektórych organizacjach, mówiąca, że kierownik musi wychować sobie następcę – dopiero wtedy będzie mógł awansować.

Znaczenie mechanizmów formalnych w zarządzaniu organizacją jest tym większe, z im większą organizacją mamy do czynienia (tabl. 12.2). Rozwiązania formalne mogą dotyczyć aspektów związanych z organizacją pracy i jej

Tablica 12.2. Przykładowe organizacyjne mechanizmy skłaniające pracowników do dzielenia się wiedzą

Rozwiązanie	Opis
Spotkania kierowników projektów w celu wymiany doświadczeń	W organizacji projektowej kierownicy projektów spotykają się raz w miesiącu na sesji dzielenia się wiedzą. Każda sesja dotyczy odrębnego tematu, np. komunikacji w projekcie, zarządzania ryzykiem
Wspólnota praktyków	W organizacjach powstają grupy pracowników, często nieformalne, łączące osoby o podobnych zainteresowaniach. Udział w grupie umożliwia dzielenie się doświadczeniami w zakresie, którym zajmuje się wspólnota (np. rozwój telemedycyny w szpitalu)
Okresowa rotacja pracowników	Pracownicy zajmujący wybrane stanowiska raz lub dwa razy w roku spędzają jeden dzień w innej komórce organizacyjnej, wykonując zadania przypisane do innego stanowiska bądź obserwując innego pracownika. W rezultacie ich wiedza na temat funkcjonowania całej organizacji, w tym zależności pomiędzy różnymi komórkami i procesami, poszerza się
Program adaptacji	Doświadczony pracownik lub pracownicy wprowadzają nowego pracownika w obowiązki oraz uczą go zasad panujących w organizacji (formalnych i nieformalnych)
Szkolenia wewnętrzne	Pracownicy po odbyciu szkolenia zewnętrznego mają obowiązek zorganizowania szkolenia wewnętrznego w celu podzielenia się ze współpracownikami zdobytą wiedzą
Wychowywanie następców przez osoby odchodzące na emeryturę	Pracownicy szykujący się do odejścia z pracy na emeryturę przez pół roku przed zakończeniem pracy połowę swojego czasu poświęcają na przyuczenie następcy. Równocześnie zmniejszane jest ich obciążenie bieżącymi obowiązkami

cd. tabl. 12.2

Wykorzystywanie alian- sów strategicznych do pozyskiwania wiedzy z otoczenia	W ramach współpracy pomiędzy „zaprzyjaźnionymi” organizacjami ich pracownicy odbywają staże w pozostałych organizacjach, powo- ływane są zespoły zadaniowe, w których uczestniczą pracownicy kilku organizacji, prowadzony jest benchmarking
---	--

Źródło: [Wróbel, 2013, s. 275].

dokumentacją (np. regulaminy, procedury) i/lub – rozwiązań technicznych, poniekąd wymuszających odpowiednie zachowania (np. repozytoria wiedzy, bazy danych, systemy komunikacji). Teoretycznie zarządzający dysponują wieloma narzędziami stymulującymi procesy uczenia się; należą do nich m.in. procesy biznesowe, struktura organizacji, narzędzia zarządzania zasobami ludzkimi, narzędzia informatyczne, a nawet sposób zaprojektowania pomieszczeń i rozmieszczenia fizycznego ludzi w organizacji.

12.3. Bariery wdrażania koncepcji organizacji opartych na wiedzy w podmiotach leczniczych

Bariery we wdrażaniu procesów uczenia się oraz zarządzania wiedzą (a co za tym idzie, opierania organizacji na wiedzy) w sektorze medycznym są podobne do występujących w innych sektorach [np. Nilsen, 2011]. Są to bariery:

- psychospołeczne;
- kulturowe;
- techniczne;
- organizacyjne.

Najtrudniejsze do usunięcia są bariery związane z ludźmi. Bariery psychospołeczne powiązane są z indywidualnymi postawami pracowników zatrudnionych w organizacji oraz ich wiedzą, umiejętnościami. W dużej mierze natężenie barier psychospołecznych wiąże się z relacjami wewnątrzorganizacyjnymi – tymi pomiędzy ludźmi. Indywidualnie to brak motywacji pracownika do uczenia się jest jedną z podstawowych barier. Innymi uwarunkowaniami dyfuzji wiedzy i uczenia się w organizacji mogą być [Markowski, 2009]:

- poziom umiejętności interpersonalnych (np. umiejętności słuchania);
- niechęć do komunikacji;
- brak zaufania w relacjach wewnętrznych;
- konkurencja wewnętrzna;
- opór przed zmianami.

Sytuacja, w której lekarzowi nie wypada zwrócić uwagi innemu lekarzowi, wskazuje na kulturę hamującą procesy uczenia się. Innymi symptomami takiej kultury są m.in.:

- nie praktykuje się wspólnego wyciągania wniosków z sukcesów oraz porażek;
- nie wspiera się zaangażowania pracowników w kreowanie firmy;
- nie zachęca się pracowników do pozyskiwania i dzielenia się wiedzą oraz nie skłania do kwestionowania istniejącego *status quo*;
- promuje się działania zachowawcze – w rezultacie tracona jest szansa na wyeliminowanie błędów oraz wyciągnięcie wniosków na przyszłość;
- niechętnie przyjmowane są obce rozwiązania, brakuje gotowości do naśladowania cudzych pomysłów.

Kolejną grupą barier są bariery techniczne. Wiążą się one z ograniczoną dostępnością środków komunikacji, narzędzi wspomagających zarządzanie wiedzą (np. bazy danych, systemy komunikacyjne) czy rozwiązań architektonicznych (np. jednoosobowe pokoje dla pacjentów i gabinety lekarskie).

W wielu podmiotach leczniczych jednymi z najistotniejszych barier są te organizacyjne (co przekłada się na inne grupy barier). Możemy do nich zaliczyć:

- nieelastyczną, zhierarchizowaną strukturę organizacyjną, ograniczającą przepływ wiedzy między pracownikami;
- brak procedur i praktyk zarządzania wiedzą – w szczególności dotyczących pozyskiwania wiedzy i stymulowania procesów dzielenia się nią;
- brak czasu – pracownicy są przepracowani, często pracują po godzinach;
- ograniczoną autonomię pracowników;
- indywidualną, samodzielną pracę ograniczającą możliwości wzajemnego obserwowania się w pracy.

W efekcie środowisko pracy utrudnia zespołowe uczenie się, które miało dotąd istotne znaczenie w tradycji ochrony zdrowia [Nilsen, 2011].

Przykład [za: Wróbel, 2013, s. 277–281]

Wprowadzenie

Przedmiotem studium przypadku jest australijski szpital Mercy Hospital for Women z Melbourne. Jednostka zapewnia usługi ginekologiczne, położnicze oraz pediatryczne. Liczba pracowników przekracza 1000 osób; organizacja zbudowana jest w trzech obszarach funkcjonalnych: medycznym, pielęgniarstwie oraz administracyjnym. Dotychczasowy system zarządzania miał charakter ściśle hierarchiczny; dominował styl kierowania zbliżony do

autokratycznego. Poprzez mechanizmy finansowania pośrednią kontrolę nad szpitalem mają organy administracji publicznej. W ostatnim okresie Mercy Hospital for Women, podobnie jak inne szpitale w Australii, odczuwał rosnącą presję na ograniczanie kosztów oraz poprawę jakości, co wynikało ze zmian w systemie finansowania sektora zdrowia.

Proces transformacji w organizację uczącą się

Zmiany organizacyjne wdrażane w szpitalu miały miejsce od 2000 do 2005 r., co ilustruje, jak czasochłonny i skomplikowany może być proces budowy organizacji uczącej się. Transformacja rozpoczęła się wraz ze zmianą kadry zarządzającej szpitalem: zatrudnieniem nowego dyrektora naczelnego oraz szefa pionu pielęgniarstwa. Jedną z przyczyn zmian personalnych były wyniki przeprowadzonego rok wcześniej badania klimatu pracowniczego. Poziom zaufania pracowników do zarządu był bardzo niski, a poczucie przynależności do organizacji minimalne.

Nowy zarząd postanowił wdrożyć rozwiązania stosowane w organizacji uczącej się. Punktem wyjścia było przygotowanie wizji szpitala w przyszłości. We współpracy z menedżerami szpitala wypracowana została pierwsza wersja wizji, którą następnie poddano konsultacjom z pracownikami. Po uwzględnieniu sugestii pracowników sformułowano następującą wizję: „Pomagamy kobietom w utrzymaniu i poprawie zdrowia poprzez leczenie, badania oraz kształcenie kadry medycznej”. W dalszej kolejności, w trakcie wielu spotkań z pracownikami wizja ta została uzupełniona o szczegółowe cele i wartości:

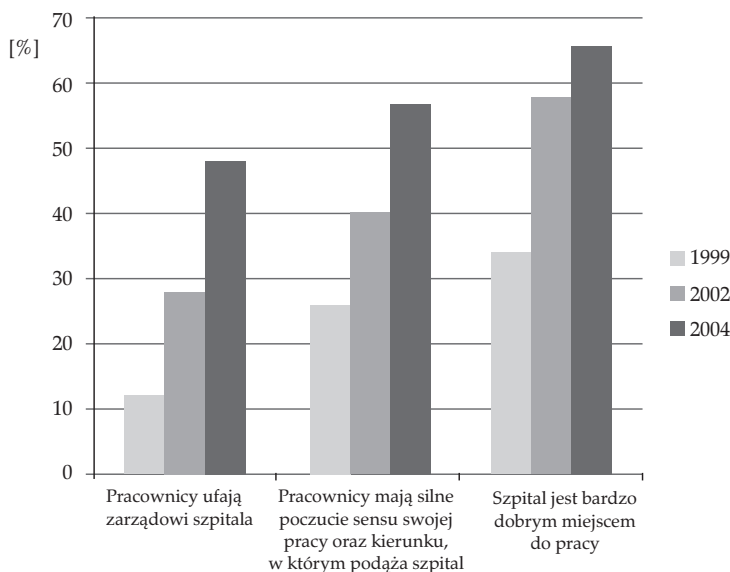
- wcielamy w życie nasze wartości: współczucie, szacunek, innowacyjność, służbę i pracę zespołową;
- jesteśmy szpitalem „pierwszego wyboru”;
- jesteśmy pracodawcą „pierwszego wyboru”;
- dostarczamy usług wysokiej jakości;
- tworzymy i utrzymujemy bardzo dobrą reputację w kraju i za granicą;
- rozwijamy się w sposób zrównoważony.

W wyniku tych prac powstał jednostronicowy dokument, który był wielokrotnie prezentowany i omawiany w trakcie spotkań zarządu z menedżerami i pracownikami. Pozytywna reakcja ze strony pracowników wskazywała na akceptację zawartych w dokumencie celów i wartości.

Naturalnie wypracowanie celów oraz istotnych wartości może być jedynie punktem wyjścia do zmian. Kluczem jest przełożenie stworzonych deklaracji na codzienne działania. Aby tego dokonać, podjętych zostało wiele działań operacyjnych:

- wypracowano kaskadę celów, obejmującą cele całego szpitala, cele poszczególnych departamentów, aż do celów indywidualnych;
- usprawniono komunikację wewnętrzną – zapewniono otwarty przepływ informacji między pracownikami oraz w relacjach zarządzający – pracownicy (m.in. poprzez łatwiejszy dostęp pracowników do zarządu, regularne spotkania informacyjne);
- rozpoczęto wykorzystywanie zewnętrznych audytów, ocen, którym szpital jest rutynowo poddawany, do organizacyjnego uczenia się; uzyskiwane wyniki były szczegółowo analizowane pod kątem możliwych usprawnień w organizacji wewnętrznej szpitala;
- uruchomiono szkolenia wewnętrzne prowadzone przez pracowników;
- dokonano przeglądu infrastruktury w celu zdiagnozowania kierunków inwestycji poprawiających jakość oraz warunki pracy;
- przyjęto zasadę doceniania oraz publicznego świętowania osiągniętych sukcesów.

Sukces podjętej transformacji w kierunku organizacji uczącej się potwierdzają m.in. wyniki badania opinii pracowników (rys. 12.2). Wyniki odzwierciedlają skokowo poprawiające się nastroje wśród pracowników oraz rosnące zaufanie do zarządu szpitala.



Rysunek 12.2. Wybrane wyniki badania opinii pracowników w okresie transformacji szpitala (procent pracowników zgadzających się z danym stwierdzeniem)

Źródło: [Rowley, 2006, s. 238].

Dodatkowym impulsem do kreowania organizacji uczącej się była decyzja o zmianie lokalizacji szpitala. Przeprowadzka miała nastąpić w 2005 r., jednak proces przygotowań musiał rozpocząć się znacznie wcześniej. Zarząd szpitala postanowił potraktować przeprowadzkę jako okazję do zaangażowania pracowników w stworzenie „szpitala przyszłości”. Istotą było zapewnienie pracownikom możliwości wpływu na projekt szpitala oraz sposób jego wewnętrznej organizacji. Takie podejście zaowocowało uruchomieniem olbrzymich pokładów inwencji pracowników, którzy odczuli, że mają realny wpływ na tworzenie własnych stanowisk pracy. Wielu pracowników zaangażowało się w pracę w zespołach zadaniowych wypracowujących konkretne rozwiązania.

Wyzwania na przyszłość

Szpital funkcjonuje w otoczeniu, które wymaga ciągłych zmian i dostosowywania się. Wyzwaniem staje się zapewnienie, że procesy uczenia się będą kontynuowane na wszystkich poziomach organizacji: od zarządu aż do szeregowych pracowników. Zmianom w zakresach zadań oraz w procesach powinna towarzyszyć zmiana umiejętności pracowników. W opinii zarządzających Mercy Hospital for Women kluczowe znaczenie ma postawa kadry menedżerskiej, która powinna dawać pozytywny przykład swoim pracownikom, zachęcając ich do ciągłego uczenia się. Konieczne są również procedury wymuszające okresową ewaluację zakresów zadań oraz wymagań kompetencyjnych. Wskazane działania powinny przyczynić się do ostatecznej zmiany mentalności pracowników, przejęcia odpowiedzialności za kształtowanie swoich karier zawodowych, a w efekcie – za doskonalenie własnej wiedzy i umiejętności.

13. Benchmarking

Po co profesjonaliści jeżdżą na zjazdy? Często z góry wiadomo, że nic odkrywczego nie będzie przedstawiane w oficjalnych wystąpieniach, a mimo to są chętni uczestnicy. Oczywiście część jedzie, żeby odpocząć od codziennej rutyny, odwiedzić po drodze rodzinę, znajomych i spotkać się z kolegami po fachu. To ostatnie nazywa się rozmowami w kularach. Te nieformalne rozmowy od dawna są wysoko cenioną częścią oficjalnych spotkań i zdarza się, że najważniejszą. Okazuje się, że najlepszą szkołą i najlepszym źródłem wiedzy są praktycy, tacy sami jak my fachowcy, na co dzień walczący z oporną materią swojego zawodu. Lekarze chcą usłyszeć, jak z trudnym przypadkiem radzili sobie ich koledzy po fachu, a dyrektora szpitala ciekawi, jak inny dyrektor radzi sobie z kosztami leków, polityką przyjęciową, protestami personelu czy jak efektywnie rozlicza się z NFZ-etem. W czasie nieformalnych rozmów i przyjacielskich kontaktów łatwiej zapytać o to, jak inni rozwiązują trapiące nas problemy, porównać, jak my, a jak oni pracują, w czym się różnimy i jakie to ma skutki. Krótko mówiąc, porównujemy sposoby postępowania i nasze wyniki, a dzięki temu zdobywamy wiedzę i zmieniamy nasze postępowanie.

Źródło: <https://sga.waw.pl/web/index.php/aktualnoci-artykuy-sga/50-aktualnoci/123-benchmarking-w-sluzbie-zdrowia> [dostęp: 6.05.2020].

Analizy porównawcze z roku na rok coraz śmielej pukają do drzwi dyrektorów szpitali publicznych w Polsce. Jak mówią orędownicy benchmarkingu, to nowoczesne narzędzie wsparcia dla kadry zarządzającej w ochronie zdrowia. Co daje polskim szpitalom benchmarking? „Analizy porównawcze umożliwiają anonimowe porównywanie się z innymi, najlepszymi placówkami, a także wyciąganie odpowiednich wniosków. Konstrukttywne analizy i raporty są podstawą dla dyrekcji do wprowadzenia zmian w swojej placówce i stanowią merytoryczny argument w negocjacjach w tym zakresie, chociażby z jednostkami nadzorującymi” – mówi Dariusz Wasilewski, kierownik ogólnopolskiego, bezpłatnego projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości”. Projekt wprowadza obecnie w 150 placówkach badania benchmarkingowe, które mają zmienić jakość ich funkcjonowania.

Jak informuje nas biuro projektu, do badania codziennie zgłaszają się kolejne szpitale. Projekt uzyskał też szerokie poparcie samorządowców, wszystkich Konwentów Starostów oraz 13 marszałków województw. Warto przypomnieć, iż projekt uzyskał poparcie takich organizacji, jak Polska Federacja Szpitali, STOMOZ, Związek Powiatów Polskich, Związek Województw RP czy Związek Miast Polskich.

„Nasz projekt jest wieloaspektową analizą szpitala, która uwzględnia np. liczbę personelu medycznego, liczbę łóżek czy liczbę procedur. W czasie otrzymania raportów i porównań placówki nie wiedzą, z jakiego konkretnie szpitala pochodzą dane. Umożliwia to dokonanie obiektywnego porównania bez tworzenia negatywnej atmosfery dla słabszych jednostek” – podsumowuje projekt Wasilewski.

„Portrety szpitali” są również pozytywnie zaopiniowane przez znanych ekspertów. Dr Iwona Mazur ze STOMOZ-u zauważa, iż zalecenia, które w ramach projektu otrzymają dyrektorzy szpitali, stanowić będą podkładkę pod konkretne działania, zmiany w swojej placówce. „Dyrektor będzie mógł wykazać, iż zmiany, które chce wprowadzić, są konieczne i oparte na fachowych analizach. Ponadto uzyskanie takiej legitymacji ułatwi kadrze zarządzającej szpitalami rozmowy z organami założycielskimi”.

W grudniu Polska Federacja Szpitali, czyli największa organizacja będąca forum współpracy między szpitalami w kraju – zorganizowała wraz z biurem projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości” konferencję poświęconą najważniejszym problemom, z którymi borykają się na co dzień kadry zarządzające placówkami. Poruszono np. zagadnienie praw pacjenta, lekarza oraz podmiotu leczniczego, rejestrowanie zdarzeń nierejestrowanych, tworzenie grup zakupowych, kontraktowanie NFZ-etu w nowym roku, a także przybliżono program wymiany menadżerów HOPE. Oczywiście przybliżono również zalety badań benchmarkingowych, realizowanych w ramach projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości”.

Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Benchmarking-w-polskiej-ochronie-zdrowia,147974.html> [dostęp: 6.05.2020].

13.1. Definicja i istota benchmarkingu

Benchmarking jest rozwiązaniem dla organizacji, w tym podmiotów leczniczych, będących w sytuacji konieczności zmian organizacyjnych, a także odpowiedzią na zachodzące zmiany w ich otoczeniu lub wewnątrz. Uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne wymuszają konieczność ciągłych wewnętrznych modyfikacji oraz niwelowania własnych słabych stron. Benchmarking okazuje się w wielu przypadkach wsparciem, dzięki któremu możliwe staje się uniknięcie błędów w procesie projektowania i wdrażania zmian – a to z kolei

przyczynia się do ograniczenia szeroko rozumianych kosztów oraz do przyspieszenia tempa zmian. Nieraz słyszy się, że „nie warto wywahać otwartych drzwi”. W biznesie, w tym w służbie zdrowia, powiedzenie to ma praktyczne zastosowanie, pozwalające ostatecznie poprawić efektywność działania organizacji. Podpatrywanie rozwiązań stosowanych przez innych, a następnie ich implementowanie we własnej działalności jest wykorzystywane w firmach od dawna. Henry Ford na początku XX w. zaimplementował rozwiązanie organizacyjne podpatrzone w rzeźni, które dało podstawy linii produkcyjnej w jego fabryce samochodów. Przykłady można by mnożyć, lecz tym, co odróżnia zarządzanie od przypadkowych działań, jest umiejętność przekształcenia przypadku w regułę/sposób postępowania. Prekursorem wykorzystania benchmarkingu jako systematycznego działania mającego prowadzić do poprawy wyników był amerykański koncern Xerox. Metodyka benchmarkingu zastosowana i opisana w tej firmie w 1989 r. stała się wzorem dla wielu innych organizacji. Xerox w obliczu konkurencji z Kraju Kwitnącej Wiśni został zmuszony do podjęcia działań naprawczych. Kadra zarządzająca musiała pogodzić się z faktem, że konkurencja stosuje rozwiązania organizacyjne pozwalające wytwarzać produkty taniej i szybciej. Kierownictwo uzmysłowiło sobie, że wzorce można czerpać nie tylko od konkurencji, ale również korzystać z przykładów firm spoza własnej branży. Benchmarking w koncernie Xerox jest obecnie jednym z głównych elementów strategii biznesowej. Zdefiniowano tzw. czynniki sukcesu i dla nich określa się benchmarki, czyli przykłady/wzorce, które powinny stanowić wzór do naśladowania; często są to organizacje i rozwiązania najlepsze na rynku. Co istotne, wzorce te nie są niezmiennie. Xerox stale monitoruje rynek w celu znalezienia coraz lepszych rozwiązań, aby jeszcze efektywniej funkcjonować na współczesnym, konkurencyjnym rynku. Motorola, AT&T, Microsoft to tylko niektóre z firm z powodzeniem wykorzystujące benchmarking [Świerk, 2010, s. 882].

Benchmarking może być traktowany jako metoda badawcza, służąca identyfikowaniu najlepszych praktyk biznesowych, ocenie i wyciąganiu wniosków dla praktyki (ujęcie wąskie) lub jako kompletny proces zarządzania, mający na celu osiągnięcie przewagi nad konkurencją (ujęcie szerokie). W tablicy 13.1 przedstawiono przykłady definicji benchmarkingu w obu ujęciach.

Całościowe ujęcie benchmarkingu prezentuje Jean Brilman, który określa go jako proces polegający na doskonaleniu efektywności własnej organizacji poprzez identyfikowanie, analizowanie, adaptowanie i wdrażanie rozwiązań stosowanych przez organizacje najbardziej efektywne w skali świata [Brilman, 2002, s. 262]. Inna definicja mówi, że benchmarking to poszukiwanie najefektywniejszych metod, pozwalających osiągnąć przewagę konkurencyjną danej organizacji [Szydełko, Szydełko, 2013, s. 105].

Tablica 13.1. Podejścia do benchmarkingu

Benchmarking jako metoda badawcza	Benchmarking jako proces doskonalenia
– technika powiększania wiedzy o najlepszych metodach – systematyczna metoda mierzenia oraz porównywania sposobów działania firm w stosunku do lidera	– narzędzie służące wprowadzaniu ulepszeń przez zapewnienie punktów odniesienia – porównywanie się z najlepszymi i uczenie się od nich lepszych metod rozwiązywania problemów oraz sposobów osiągania celów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Węgrzyn, 2000, s. 82–83].

Analiza różnych definicji tego terminu pozwala na określenie specyficznych elementów benchmarkingu, takich jak [Martyński, 1996, s. 303]:

- uczenie się od najlepszych przez porównywanie się z nimi;
- poszukiwanie najefektywniejszych metod dla danej działalności, pozwalających osiągnąć przewagę konkurencyjną;
- porównywanie procesów, produktów i usług z ich odpowiednikami u najlepszych;
- ciągła ocena produktów, usług i metod danego przedsiębiorstwa w świetle osiągnięć lub liderów danej branży;
- poszukiwanie wzorcowych sposobów postępowania przez uczenie się od innych i wykorzystywanie ich doświadczenia.

Powyższe działania nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, jeżeli organizacja nie posiada umiejętności adaptacji podpatrzonych rozwiązań do swoich specyficznych uwarunkowań funkcjonowania. Idea benchmarkingu nie dotyczy tylko naśladowania innych, ale także innowacyjnego adaptowania w swojej organizacji zaobserwowanych rozwiązań.

13.2. Rodzaje benchmarkingu

Benchmarking, traktowany jako szukanie najlepszych wzorców i uczenie się od innych, jest działaniem wielowymiarowym. Jak już wspomniano, nie ogranicza się tylko do naśladowania konkurencji i porównywania się z nią. Można bowiem weryfikować same wyniki finansowe lub porównywać produkty czy działania marketingowe. Ideą benchmarkingu jest otwieranie się na inne, niekoniecznie standardowe dla branży rozwiązania. Benchmarking można wykorzystać w budowaniu własnej strategii czy polepszaniu procesów w przedsiębiorstwie. Praktyka ta oferuje dużo możliwości, jeżeli chodzi o wybór zarówno przedmiotu porównania (co chcemy porównywać?), jak i podmiotu porównania (z kim chcemy się porównywać?). Zarządzający

organizacją muszą mieć świadomość potrzeby zmian, ich kierunku i obszarów mających ulec zmianie. Ze względu na punkt odniesienia (do kogo porównuje się organizacja?) można wyróżnić następujące rodzaje benchmarkingu:

- wewnętrzny, w którym porównujemy różne obszary wewnątrz organizacji (np. oddziały w szpitalu, przychodnie w różnych miastach, ale należące do tego samego właściciela), a także poszczególne grupy zawodowe w obrębie organizacji;
- zewnętrzny konkurencyjny (np. porównanie dwóch konkurencyjnych przychodni w różnych miejscowościach), w którym organizacja porównuje się do innej z tej samej branży, pod względem np. czasu oczekiwania pacjenta na wizytę u specjalisty, procesu obsługi pacjenta w rejestracji lub cen usług medycznych;
- zewnętrzny ogólny (międzybranżowy) – porównywanie się z organizacją niezwiązaną z naszą branżą; w tym przypadku porównanie może dotyczyć tylko wybranych aspektów funkcjonowania (bezsensowne byłoby porównywanie wyników działania), np. porównanie obsługi telefonicznej pacjentów dzwoniących do rejestracji w przychodni do sposobu obsługi klientów dzwoniących do banku.

Ze względu na przedmiot porównań (co zostało wybrane do porównania?) można wyróżnić benchmarking:

- strategiczny – porównanie misji, wizji i strategii działania organizacji, czyli unikatowego zestawu czynników decydującego o przewadze konkurencyjnej organizacji odniesienia; benchmarking strategiczny może również dotyczyć porównania strategicznych danych finansowych. Przykładem może być strategia działania firmy LPP w Polsce (marki: Reserved, Mohito, Cropp) wzorowana na firmie INDITEX (właściciel takich marek, jak: ZARA, Pull & Bear, Bershka, Stradivarius, Oysho, Zara Home, Massimo Dutti oraz Uterqüe) [por. Bogan, English, 2006, s. 223–224];
- wyników działania – porównanie produktów lub usług, ich cen, jakości, a także dodatkowych składników oferowanych wraz z produktem lub usługą;
- procesów – porównanie przebiegu danego procesu/procesów, np. procesu przyjęcia pacjenta do szpitala czy procesu rejestracji pacjenta w przychodni.

Niektórzy autorzy wymieniają jeszcze inne rodzaje benchmarkingu, stosując kryterium przedmiotu [Nazarko *et al.*, 2008, s. 18]:

- benchmarking produktowy – porównanie produktów, m.in. innowacyjności czy poziomu zaspokajania potrzeb klientów;
- benchmarking metod zarządzania – porównanie sposobów zarządzania z wiodącymi firmami.

Przykład

Specjalistyczny Szpital im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie zastosował benchmarking wewnętrzny w odniesieniu do oddziałów. Wprowadzono międzyoddziałowe porównanie takich parametrów, jak: koszty funkcjonowania (w przekroju: kosztów bezpośrednich i pośrednich oraz kosztów stałych i zmiennych), przychody, wyniki finansowe oraz stopień wykorzystania łóżek. Celem przeprowadzenia benchmarkingu wewnętrznego było wprowadzenie zmian, które miały przynieść poprawę wyników poszczególnych oddziałów i całego szpitala. Analiza wyników porównań miała na celu wskazanie nierentownych oddziałów, które powinny zostać zlikwidowane, a także restrukturyzację pozostałych oddziałów.

W szpitalu zastosowano także benchmarking zewnętrzny konkurencyjny, w ramach którego porównano sprawność działania szpitala i jego wyniki z rezultatami innych szpitali funkcjonujących w podobnych warunkach, o podobnej wielkości i zakresie działalności. Szpital chce również przeprowadzić porównanie własnych standardów i wyników leczenia z analogicznymi parametrami wybranych szpitali samorządowych; porównanie ma dotyczyć poziomu zużycia leków oraz średniego kosztu leków na hospitalizację i na osobodzień. Szpital dokonuje też porównań w zakresie kosztochłonnych ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych; w tym przypadku analizowane są dane odnośnie do wartości kontraktu na dane świadczenie, w relacji plan-wykonanie w przekroju miesięcznym, a także przeprowadzana jest analiza zatrudnienia wszystkich pracowników na różnych stanowiskach i wynikających z tego faktu kosztów.

Korzyścią z przeprowadzonego benchmarkingu jest identyfikacja obszarów wymagających zmian, usprawnienie realizowanych procesów, a także wyeliminowanie nierentownych obszarów działalności.

Wyniki badań prowadzonych w latach 2011–2014 w szpitalach w województwie lubelskim wskazują, że dość często wykorzystywaną w szpitalach publicznych formą jest benchmarking wewnętrzny [Sitko-Lutek, Cholewa-Wiktor, 2015, s. 77–87]. Wynika to przede wszystkim z łatwości jego stosowania. Jednak ten rodzaj benchmarkingu, mimo swojej popularności, w szpitalu publicznym ma ograniczone zastosowanie. Dotyczy raczej procesów, i to pomocniczych. Trudno porównywać pracę różnych oddziałów, które działają w oparciu o procedury medyczne specyficzne dla danego oddziału. Dodatkowo wycena oraz liczba realizowanych świadczeń jeszcze pogłębiają te różnice. Uwzględniając te ograniczenia, wydaje się, że najbardziej odpowiednim i uniwersalnym jest benchmarking konkurencyjny. I rzeczywiście – 80% przebadanych placówek stosowało benchmarking wewnętrzny, z czego aż 93% konkurencyjny [Sitko-Lutek, Cholewa-Wiktor, 2016, s. 67].

Przykład

W Columbus Children's Hospital (USA) w celu ograniczenia błędów popełnianych w sali operacyjnej wykorzystano procedury obowiązujące w przemyśle lotniczym – zastosowano procedurę dokładnego zweryfikowania danych pacjenta tuż przed samą operacją, podobnie jak czynią to piloci sprawdzający urządzenia i parametry przed startem samolotu.

Źródło: [Cholewa-Wiktor, 2011].

Przed wyborem najbardziej przydatnego spośród istniejących rodzajów benchmarkingu należy rozważyć wady i zalety ich zastosowania. W tablicach 13.2 i 13.3 zestawiono pozytywne i negatywne strony poszczególnych rodzajów benchmarkingu.

Tablica 13.2. Wybrane zalety i wady wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu według kryterium podmiotowego

Rodzaje benchmarkingu	Zalety	Wady
Wewnętrzny	– występowanie niskiego ryzyka niepowodzenia – łatwy dostęp do informacji – możliwość porównania wskaźników – dobre rezultaty w zdywersyfikowanych organizacjach	– zawężone pole widzenia – uprzedzenia w firmie
Zewnętrzny konkurencyjny	– pozyskiwanie istotnych danych strategicznych – możliwość porównania procesów i/lub wyrobów („przenośność rozwiązań”) – możliwość określenia własnej pozycji na rynku – motywacyjny charakter – względnie wysoka akceptacja wśród załogi – możliwość dokładnego określenia pozycji konkurencyjnej	– trudności w dostępie do informacji – zawężone pole badań do obszaru danej branży – prawdopodobieństwo kopiowania wąskich rozwiązań branżowych – mało innowacyjne rozwiązania, które można łatwo skopiować

cd. tabl. 13.2

Ogólny (między- branżowy)	– innowacyjność rozwiązań – zwiększenie udziału załogi w poszukiwaniu nowych idei (pomysłów)	– stosunkowo duże trudności wdrożeniowe – czasochłonność analiz – duża kosztowność – trudność dostosowania najlepszych rozwiązań do potrzeb własnej organizacji – problem porównywalności
---------------------------------	---	---

Źródło: [Świerk, 2010, s. 886].

Tablica 13.3. Zalety i wady wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu według kryterium przedmiotowego

Rodzaje benchmarkingu	Zalety	Wady
Strategiczny	– pomaga w formułowaniu własnej strategii oraz ustalaniu pozycji rynkowej – pozwala na identyfikację mocnych i słabych stron organizacji – duża liczba potencjalnych partnerów – możliwość wykorzystania niekonwencjonalnych rozwiązań – inspiruje proces uczenia się	– duży subiektywizm – bazowanie na domysłach – poufność danych
Wyników działania	– pomocny w ustaleniu własnej pozycji na tle branży oraz celów ekonomicznych – pozwala na identyfikację mocnych i słabych stron organizacji – łatwość dostępu do danych, duża ich liczba – niski koszt i czasochłonność – inspiruje proces uczenia się	– ogranicza się tylko do rezultatów, z pominięciem sposobów dochodzenia do nich
Procesów	– pomocny w redukcji kosztów – jego zastosowanie może wpłynąć na poprawę efektywności organizacji – inspiruje proces uczenia się	– wysoki koszt i czasochłonność

Źródło: [Węgrzyn, 2000, s. 88–89].

Chcąc dokonać wyboru właściwego rodzaju benchmarkingu, należy mieć na uwadze cele, jakie organizacja stawia sobie, i korzyści, jakich oczekuje. Grupy celów benchmarkingu prezentuje tablica 13.4.

Tablica 13.4. Cele benchmarkingu

Cele bezpośrednie	Cele pośrednie
– lepsza identyfikacja procesów – porównywanie się z innymi – identyfikacja słabych i mocnych stron na tle wzorca – uczenie się od innych – doskonalenie praktyki działania	– rozwój umiejętności zarządczych – przewyższenie niechęci do pomysłów powstających poza przedsiębiorstwem – zwiększenie satysfakcji klientów – osiągnięcie przewagi konkurencyjnej

Źródło: [Nazarko *et al.*, 2008, s. 17].

Ostatecznie celem, jaki powinien przyświecać organizacji podejmującej wyzwanie zmiany swoich sposobów działania, jest uzyskanie pozycji lidera w danym obszarze poddanym benchmarkingowi, a w konsekwencji – lidera w całej branży.

13.3. Proces wdrożenia benchmarkingu

Podobnie jak w przypadku innych omawianych w niniejszym opracowaniu koncepcji większości rodzajów benchmarkingu nie można zastosować „z marzu” (wyjątkiem jest benchmarking wyników, ale i tu może dojść do przekłamań). Organizacja musi być przygotowana na podjęcie działań związanych z wdrożeniem benchmarkingu jako koncepcji, a nie jednorazowego działania. Atrybutami organizacji wspierającymi i uprawdopodobniającymi powodzenie benchmarkingu mogą być [por. Grudzewski, Hejduk, 2004, s. 180–181]:

1. Atrybuty zasobowe, w tym: środki pieniężne, wiedza merytoryczna związana z benchmarkingiem i innymi metodami zarządzania, odpowiednie zasoby ludzkie oraz czas na wdrożenie.
2. Atrybuty kulturowe – odpowiednie postawy i wartości ułatwiające i wspierające działania benchmarkingowe, np. międzynarodowe aspiracje, chęć dokonywania zmian, wola dzielenia się z innymi informacjami, aktywne zaangażowanie wszystkich pracowników.
3. Atrybut procesowości organizacji – świadomość i zrozumienie procesów oraz ich interakcji w organizacji, co objawia się m.in. dokumentacją procesową (mapy procesów), posiadaniem i korzystaniem z miar oceniających efektywność działania organizacji, w tym procesów.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele metodyk procesu benchmarkingu. Warto jednak zaprezentować tu model Roberta C. Campa (zob.

tabl. 13.4). To właśnie R.C. Camp był odpowiedzialny za tworzenie i realizację programu benchmarkingu w firmie Xerox.

Tablica 13.4. Proces wdrożenia benchmarkingu według R.C. Campa

Etap	Działanie
Planowanie	1. Identyfikacja przedmiotu porównań 2. Zidentyfikowanie potencjalnych przedsiębiorstw 3. Decyzja co do zbierania danych
Analiza	4. Określenie słabych punktów w zarządzaniu 5. Określenie poziomu przyszłych wyników
Integracja	6. Identyfikacja benchmarkingu 7. Ustalenie celów funkcjonalnych
Działanie	8. Stworzenie planu działania 9. Monitorowanie projektu 10. Powrót do badania benchmarkingu

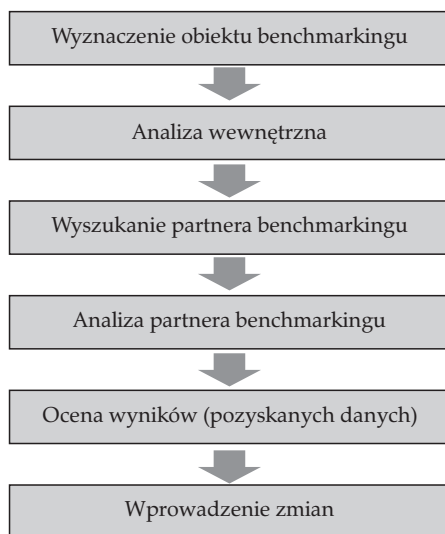
Źródło: [Brilman, 2002, s. 266].

Na rysunku 13.1 przedstawiono sześćoetapowy proces wdrażania benchmarkingu. Pierwszym krokiem jest wyznaczenie obiektu benchmarkingu, ostatnim zaś – wdrożenie zmian.

Podstawą (bez względu na autora) dalszego postępowania jest ustalenie, co będzie przedmiotem analizy – co wymaga w organizacji poprawy, porównania, zmiany. Przedmiotem benchmarkingu, jak wiemy, może być strategia, porównanie wyników działania lub analiza realizowanych procesów.

Kolejnym krokiem wdrażania benchmarkingu jest określenie uwarunkowań wewnętrznych funkcjonowania organizacji, tzn. istniejących czynników sprzyjających i barier wdrożenia koncepcji. Barrierami, jak również czynnikami sprzyjającymi mogą być m.in. kadra, zasoby pieniężne, poprzednie doświadczenia. Dzięki określeniu przedmiotu benchmarkingu i zakresu jego oddziaływania na organizację można powołać zespół odpowiedzialny za dalsze wdrażanie benchmarkingu. Zakres i charakter koniecznych zmian determinuje wybór osób do zespołu. Członkowie zespołu benchmarkingowego powinni posiadać odpowiednią wiedzę – stosowną do wybranego przedmiotu analizy, a także być zwolennikami przeprowadzenia zmian w organizacji.

Na kolejnym etapie następuje szczegółowa charakterystyka obiektu benchmarkingu, stwarzająca podstawę do formułowania wniosków o modyfikacji lub optymalizacji przedmiotu benchmarkingu. Wynik analizy powinien pozwolić zdefiniować idealnego partnera benchmarkingowego i stworzyć listę pytań do niego.



Rysunek 13.1. Etapy wdrożenia benchmarkingu

Źródło: [Zimniewicz, 2009, s. 47].

Trzeci etap wdrażania benchmarkingu to poszukiwanie partnera. Organizacja musi znaleźć potencjalnych partnerów benchmarkingowych na podstawie wcześniej ustalonych kryteriów. Oczywiście jest, że nie każda firma wyrazi zgodę na udostępnienie swoich rozwiązań (tym bardziej firmy konkurencyjne). Ostatecznie powinniśmy mieć listę co najmniej kilku potencjalnych organizacji, które zostaną poproszone o współpracę. Ostatnim działaniem na tym etapie jest nawiązanie kontaktów z potencjalnymi partnerami benchmarkingowymi. W przypadku szpitali i innych podmiotów leczniczych publicznych benchmarking konkurencyjny jest dość popularny i możliwy do przeprowadzenia we współpracy z analizowanym konkurentem (zob. przykład w ramce na s. 210). Wynika to z faktu, że publiczne podmioty lecznicze nie są ostatecznie konkurentami. Jednocześnie są idealnymi partnerami benchmarkingowymi ze względu na bardzo zbliżony profil działania, łatwość porównań, a także podobne uwarunkowania wewnętrzne (kadra, finanse). Inaczej ma się sprawa z prywatnymi podmiotami leczniczymi, działającymi na rynku bardzo konkurencyjnym.

Zakładając, że interesująca nas firma wyraziła zgodę na współpracę i udzielenie informacji, można przystąpić do etapu czwartego, który ma na celu zebranie informacji. W przypadku badań benchmarkingowych można wyróżnić dwa źródła pozyskiwania danych:

- pośrednie;
- bezpośrednie.

Pośrednie źródła informacji to m.in. artykuły w czasopismach, dane prezentowane na konferencjach, wszelkie dostępne raporty i analizy dotyczące działalności przedsiębiorstw, wystawy handlowe i targi. Innymi pośrednimi źródłami są opracowania naukowe, w tym książki opisujące działanie danej organizacji. Dotarcie do części informacji za pomocą źródeł pośrednich jest dość łatwe, a zaletą tych źródeł jest niska czasochłonność i kosztochłonność ich zdobywania i przeszukiwania. Jednak barierą korzystania z nich jest ich ogólność, brak informacji szczegółowych i fragmentaryczność danych. Podmioty lecznicze mogą korzystać z wielu dostępnych zestawień będących źródłem danych. Do dyspozycji mają m.in. raporty Ministerstwa Zdrowia, rankingi zamieszczane w czasopismach (np. ranking najlepszych szpitali według „Rzeczpospolitej” lub „Wprost”) czy też wspomniane w przykładzie zamieszczonym w ramce na s. 205–206 uczestnictwo w projekcie „Portrety szpitali – mapy możliwości”.

Idealnie byłoby móc opierać się na danych i informacjach pozyskanych bezpośrednio od analizowanego benchmarku. Informacje takie można uzyskać, wykorzystując obserwację, badania ankietowe, wywiady indywidualne, np. z kadrą zarządzającą albo pracownikami zaangażowanymi bezpośrednio w dane działanie. Wartościowym źródłem informacji jest też dokumentacja organizacyjna, w tym: mapy przebiegu procesu, karty stanowiskowe, dokumentacja ISO.

Jak podkreśla J. Brilman w swojej definicji benchmarkingu, istotą tej praktyki jest adaptacja podpatrzonych rozwiązań do uwarunkowań naszej organizacji. Piąty etap ma na celu właśnie ocenę pozyskanych danych – zarówno pod względem ich wiarygodności, jak i porównywalności i możliwości ich zastosowania/adaptacji w organizacji. Ocena możliwości zastosowania nowych rozwiązań będzie uwarunkowana czynnikami wewnętrznymi (np. możliwości finansowe), jak i specyfiką otoczenia zewnętrznego (np. uwarunkowania kulturowe – gdy benchmark działa w innym kraju/regionie). Przełożenie rozwiązań stosowanych w przedsiębiorstwach danego sektora (konkurentów) może być niezwykle trudne. Przykładowo pełne wdrożenie „systemu produkcji Toyoty” nie jest możliwe w innych firmach branży motoryzacyjnej, gdyż częścią przywołanego systemu jest unikalna kultura organizacyjna tego japońskiego koncernu. Jeszcze trudniej jest zidentyfikować, opisać, przeanalizować i zaadoptować rozwiązania spoza branży. Nie wystarczy bowiem tylko zidentyfikowanie rozwiązania, trzeba również odpowiedzieć sobie na poniższe pytania [Tomaszewski, 2013, s. 215]:

- Dlaczego dane rozwiązanie daje znacznie lepsze efekty?

- Jakie czynniki determinują te efekty?
- Czy można zastosować to rozwiązanie we własnej organizacji?
- Czy możemy oczekiwać porównywalnych wyników?

Efektem końcowym etapu szóstego jest nowa rzeczywistość organizacyjna. Aby tak się stało, niezbędny jest plan wdrożenia zmian. Osoby odpowiedzialne za proces benchmarkingu oraz pracownicy tych części organizacji, które będą poddane procesowi zmian, powinni dowiedzieć się [Białas, Strumiłło, 2013, s. 238]:

- jak zmieni się funkcjonowanie organizacji dzięki wprowadzeniu zmian będących wynikiem porównania z firmą wzorcową;
- jaki poziom funkcjonowania (efektywności) organizacja jest w stanie osiągnąć przy uwzględnieniu realiów jej funkcjonowania;
- jak będzie przebiegać wdrożenie zmian (kolejność działań, koszty, harmonogram działań).

Pozwoli to na lepszą organizację procesu zmian oraz na ograniczenie oporu pracowników.

13.4. Zalety i wady zastosowania benchmarkingu

W organizacjach, które odniosły sukces we wprowadzaniu rozwiązań benchmarkingowych i ostatecznie sukces rynkowy, można wymienić następujące korzyści związane z wykorzystaniem benchmarkingu:

- podniesienie konkurencyjności organizacji;
- poprawa jakości i obniżenie kosztów;
- przyspieszenie tempa zmian;
- nauka na cudzych błędach, która pozwala na ograniczenie nakładów finansowych i czasowych w procesach wprowadzania zmian;
- zwrócenie uwagi na to, co dzieje się na zewnątrz organizacji;
- rozpoznanie własnych mocnych i słabych stron.

Benchmarking nie musi być traktowany jako metoda autonomiczna. W ramach benchmarkingu można wykorzystać np. jako metodę wprowadzenia zmian – reengineering. Benchmarking może też być wsparciem/narzędziem stosowanym w innych koncepcjach (np. TQM, reengineering, organizacja ucząca się).

Stosowanie benchmarkingu nie jest jednak pozbawione wad i niesie za sobą m.in. ryzyko:

- zagrożenia wewnętrznej kreatywności organizacji i pracowników;
- upodobnienia się przedsiębiorstw;

- trudności w przyswojeniu informacji i znalezieniu porównywalności w benchmarkingu z organizacjami pochodzącymi spoza sektora.

Opieranie się na sprawdzonych i opracowanych poza firmą rozwiązaniach może tłumić kreatywne myślenie w organizacji. Organizacja może nie wypracować lub zaniechać tworzenia systemowych rozwiązań kreowania i wdrażania własnych pomysłów, a co gorsze – pracownicy mogą dojść do przekonania, że nic lepszego nie można już wymyślić.

Benchmarking znakomicie wpisuje się w strategię lidera kosztowego, ale jego częste stosowanie (zwłaszcza benchmarkingu konkurencyjnego) w organizacjach realizujących strategię dyferencjacji czy też koncentracji może doprowadzić do sytuacji, w której organizacja i/lub produkty, i/lub usługi upodobnią się do konkurencji.

Planując wykorzystanie benchmarkingu w podmiotach leczniczych, szczególnie publicznych, należy mieć na uwadze trudności w jego wprowadzaniu. Ich przyczyny mogą tkwić m.in. w [Bogan, English, 2006]:

- ograniczeniach finansowych wynikających przede wszystkim z przekonania, że są pilniejsze wydatki; takie podejście wynika z braku perspektywicznego myślenia i związanego z nim niedostrzegania korzyści, jakie zastosowanie koncepcji benchmarkingu może przynieść;
- sceptycyzmie sektora publicznego, powodującego postrzeganie procesu wprowadzania benchmarkingu jako uciążliwego;
- braku nacisku na badania i rozwój; obszary te są często zaniedbywane z powodu niedostatecznych funduszy i wsparcia ze strony państwa;
- częstym braku jasno sprecyzowanej misji i celów, a co za tym idzie – braku zgodności co do wartości, którymi organizacja powinna się kierować – jej kluczowych kompetencji;
- barierach w przyjmowaniu pomysłów z zewnątrz organizacji – zgodnie z przekonaniem, że pomysł, który nie powstał w macierzystej organizacji, nie może być dostatecznie dobry;
- lęku przed podejmowaniem ryzyka; jest on związany po części z obawą o krytykę ze strony mediów w przypadku porażki, a także utratę wizerunku;
- braku nacisku na poprawę jakości, wynikającym z braku bodźców powszechnie występujących w sektorze prywatnym;
- braku obiektywnych standardów, powodującym trudności w określeniu wzorca; wynika to z braku weryfikacji działalności w sektorze publicznym przez mechanizmy rynkowe; w związku z tym brakuje spójnego systemu oceny działania, który wyznaczałby standardy porównania poszczególnych systemów.

14. Organizacje sieciowe

14.1. Istota i definicja organizacji sieciowej¹

Pojęcie sieci w naukach o zarządzaniu nie jest niczym nowym. Chodzi tutaj przede wszystkim o sieci w organizacjach związane z infrastrukturą organizacji (np. sieć placówek handlowych) i sieć terytorialną podmiotów gospodarczych oraz ich powiązania ze sobą. Zgodnie z teorią sieć składa się z węzłów i połączeń. Węzły reprezentują pozycje zajmowane przez poszczególnych uczestników sieci, a połączenia – interakcje zachodzące między nimi [Thorelli, 1986]. Uczestnikami sieci mogą być zarówno osoby indywidualne, części firm, firmy, jak i grupy firm [Håkansson, Johanson, 1992].

Nie jest jasne, czy pojęcie organizacji sieciowej jako specyficznej formy/metody funkcjonowania organizacji i/lub poprawy jej efektywności jest zjawiskiem nowym (ostatnie 20 lat). W literaturze przedmiotu nie ma zgodności w tej kwestii. Część autorów utrzymuje, że organizacje sieciowe to [Koćwin, 2013, s. 107; Dereń, Malara, Skonieczny, 2017, s. 23]:

- młode zjawisko organizacyjne;
- nowoczesna forma organizacji;
- stosunkowo nowa koncepcja, znajdująca się na wczesnym etapie teoretycznego i metodologicznego rozwoju.

¹ W literaturze używa się zamiennych nazw, m.in.: sieć organizacyjna, organizacja o charakterze sieci, przedsiębiorstwo (przedsiębiorstwa) sieciowe, struktura (struktury) sieciowa i inne. Ponadto w odniesieniu do rodzajów organizacji sieciowych stosowane są takie nazwy, jak: klastry (grona), sieci logistyczne, przedsiębiorstwa (organizacje, korporacje, spółki) wirtualne, alianse strategiczne, keiretsu, wspólne przedsięwzięcie badawczo-rozwojowe, przedsiębiorstwa franszysowe (sieć franchisingowa), joint venture, zintegrowane łańcuchy dostaw, kartele, konsorcja przedsiębiorstw, umowy licencyjne, umowy marketingowe, koalicje, porozumienia o współpracy, organizacje zwinne, sieć subcontractingowa [Koćwin, 2013, s. 108–109].

Pomimo tego, że obecnie praca w sieciach stała się standardem, stanowiąc alternatywę dla pracy w tradycyjnie pojmowanych organizacjach, nie można jej traktować jako innowacji o charakterze przełomowym [Maczewski, 2000, s. 461–462]. Jean Brilman twierdzi, że [2002, s. 426]:

- wiele przedsiębiorstw już od dawna funkcjonuje w strukturze sieciowej;
- przedsiębiorstwa sieciowe istniały na długo przed tym, zanim pojawiła się informatyka, np. sieci bankowe, dystrybucyjne, kolejowe, franchisingowe;
- sieci firm występowały znacznie wcześniej, np. w rzemiośle, handlu, jednak dopiero w XXI w. nabrały nowego znaczenia.

Niemniej jednak współczesne uwarunkowania funkcjonowania organizacji sprawiają, że rola powiązań sieciowych podmiotów gospodarczych rośnie. U podstaw tego zjawiska leży potrzeba współdziałania, wynikająca m.in. z:

- chęci bycia lepszym;
- dążenia do poprawy rentowności;
- chęci zwiększania obszaru działania;
- konieczności przeciwstawiania się konkurentom globalnym lub lokalnym;
- chęci i/lub potrzeby stworzenia oferty kompleksowej;
- dążenia do rozłożenia ryzyka biznesowego.

Różne motywy poszukiwania relacji sieciowych mogą determinować sposób ich organizacji i obowiązujących w nich zasad. Istnieje zatem potrzeba rozpoznania uwarunkowań i mechanizmów funkcjonowania potencjalnych uczestników organizacji sieciowej. Dotyczy to wyboru podmiotów współpracujących, formy tej współpracy, rozmieszczenia podmiotów na określonym terytorium, metod zarządzania itp. Trwałość sieci, ich konkurencyjność i sprawność działania zależą od ich odpowiedniej organizacji.

W literaturze przedmiotu również nie ma zgodności co do definicji organizacji sieciowej. Dyskusja toczy się wokół zależności kapitałowej lub jej braku pomiędzy uczestnikami sieci. Prowadzi to do definiowania organizacji sieciowej (*network organisation*) w ujęciu wąskim jako organizacji opierającej się na wspólnych związkach przedsiębiorstw niepołączonych kapitałowo. Powiązania te polegają na współdziałaniu, najczęściej w ramach umów (średnio- i długookresowych). Tak zespajane jednostki biorą udział w strukturze wzajemnych kooperacji zgodnych z zasadami rynkowymi [Wiatrak, 2003, s. 7]. Natomiast ujęcie szerokie dopuszcza uznawanie za organizację sieciową grupy podmiotów powiązanych kapitałowo (szczególnie, że może to oznaczać tzw. holding finansowy, a nie strategiczny) i, co oczywiste, kombinacji podmiotów powiązanych kapitałowo z niezależnymi organizacyjnie spółkami. Prowadzi to do zdefiniowania organizacji sieciowej jako względnie trwałego zgrupowania autonomicznych, wyspecjalizowanych jednostek lub przedsiębiorstw, uczestniczących w systemie wzajemnych kooperacji według zasad

rynkowych. Sieć może stanowić przy tym układ stworzony przez przedsiębiorstwa niezależne kapitałowo bądź powiązane w niewielkim stopniu lub może występować także w grupie kapitałowej czy nawet w jednym przedsiębiorstwie [Dwojacki, Nogalski, 1998, s. 69].

Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, że można wyróżnić dwa znaczenia pojęcia „organizacja sieciowa”. Termin ten może być rozumiany jako:

1. system (struktura organizacyjna) – elementy oraz relacje wewnątrz systemu. Na system składają się wierzchołki (węzły) oraz relacje (połączenia) pomiędzy tymi wierzchołkami. Wierzchołki to jednostki – mogą być to osoby, jednostki organizacyjne, np. zespoły [Błaszczyk, red., 2005, s. 84], realizujące określone (przydzielone) zadania organizacyjne – wierzchołki operacyjne, administracyjno-zarządcze, zaopatrzeniowe i integratora sieci [Piotrowicz, 2001, s. 16]. Połączenia z kolei wskazują na zależności pomiędzy elementami systemu, np. ekonomiczne, informacyjne, administracyjne, techniczne;
2. struktura przestrzenna organizacji – wzajemne usytuowanie w przestrzeni (położenie, lokalizacja) [Hatch, 2002, s. 79].

Z wymienionych powyżej uwarunkowań poszukiwania relacji między organizacyjnymi oraz z zakresu tych relacji wynika, że istotą działania organizacji sieciowych jest współpraca kilku lub kilkunastu podmiotów oparta na wspólnie sformułowanym celu, który organizacja chce osiągnąć poprzez:

- ściłą, dobrowolną i świadomą współpracę (kooperacja) kilku partnerów, która opiera się na wzajemnym porozumieniu, zaufaniu i lojalności przedsiębiorców;
- połączenie rozproszonych jednostek (zróżnicowanych pod względem siły i specjalizacji) w celu zwiększenia ich konkurencyjności, a w miarę możliwości uzyskania silnej przewagi konkurencyjnej na rynku;
- rozwijanie szerokiej gamy umiejętności organizacji i szybkie wprowadzenie innowacji polegające na harmonizowaniu i integrowaniu różnych ośrodków przedsiębiorczych inicjatyw;
- wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych w połączeniu z dostępem do baz danych poszczególnych uczestników organizacji.

Ostatecznie można powiedzieć, że główne wyróżniki sieci międzyorganizacyjnej to [Niemczyk, Jasiński, 2012, s. 12; Dereń, Skonieczny, 2018, s. 481]:

- dążenie do współdziałania (renta relacyjna), przy jednoczesnej stosunkowo dużej, a nawet pełnej autonomii decyzyjnej podmiotów i przy sporym zakresie konkurencji;
- wykorzystanie mechanizmów rynkowej koordynacji działań, wykorzystywanie wrażliwości rynkowej podmiotów sieci i minimalizowanie kosztów transakcyjnych;

- zwiększenie potencjału innowacyjnego w obszarach organizacyjno-zarządczych;
- wspólnota celów oraz wynikający z niej wysoki poziom zaufania i wzajemności;
- brak dominującej roli powiązań kapitałowych;
- niski poziom integracji pionowej i hierarchii między uczestnikami dysponującymi możliwie zróżnicowanym zestawem zasobów i kompetencji, a ponadto ograniczenie, a nawet wyeliminowanie kosztów hierarchii;
- naturalna rynkowa elastyczność całej sieci i jej węzłów.

14.2. Rodzaje struktur sieciowych

Istota działania organizacji sieciowych sprawia, że trudno o przejrzysty podział tych organizacji. Można wskazać wiele kryteriów, które będą dzieliły zbiór organizacji sieciowych na podzbiory. Do kryteriów tych można zaliczyć:

- stopień dominacji koordynatora sieci [Cygler, 2002, s. 156–157];
- charakter celów tworzenia organizacji sieciowej [Castells, 2008, s. 195];
- trwałość i siłę powiązań [Brilman, 2002, s. 426–427];
- kulturę narodową i tradycję gospodarczą [Castells, 2008, s. 181–185];
- formę współpracy w łańcuchu dostaw [Czakon, 2005].

Organizacje sieciowe nie tworzą się samoistnie. Ktoś (organizacja) musi zainicjować, na podstawie analizy rynku i potrzeb, powstanie sieci organizacji. Inicjator zwykle zostaje jednocześnie koordynatorem organizacji sieciowej. Kryterium dominacji koordynatora sieci jest dychotomiczne. Wyróżniamy dwie kategorie organizacji sieciowych – sieci zdominowane, tzw. sieci gwiazdy, i sieci równorzędnych partnerów, inaczej sieci powiązań węzłowych [Tomaszuk, Wasilczuk, 2020, s. 40].

Kryterium celów tworzenia sieci pozwala na wyróżnienie pięciu grup organizacji sieciowych:

- sieci dostawców – porozumienie podwykonawcze pomiędzy klientem a dostawcami pośrednich elementów produkcji lub usług;
- sieci producentów (niejednokrotnie konkurentów), tworzone w celu uzyskania korzyści skali (zamówienia), rozszerzenia oferty produktów i zasięgu geograficznego;
- sieci klientów (np. grupy zakupowe) – terminowe powiązania spółek produkcyjnych z dystrybutorami, kanałami marketingowymi, pośrednikami handlowymi uzupełniającymi produkt o różne elementy oraz użytkownikami docelowymi na rynkach krajowych lub międzynarodowych;

- koalicje standardu, zawierane przez podmioty zdolne do narzucania standardów w skali globalnej, w celu podporządkowania określonej liczby firm wzorcom ich własnego produktu lub kompatybilności z nim;
- sieci kooperacji technologicznej, umożliwiające pozyskiwanie projektów produktów i technologii produkcji, wspólną produkcję i rozwijanie technologii oraz wymianę generycznej wiedzy naukowej i wyników prac badawczo-rozwojowych.

Trwałość i siła powiązań wskazują z jednej strony na charakter zależności pomiędzy uczestnikami (np. powiązania kapitałowe lub kontrakty), a z drugiej na potrzebę przynależności do sieci. Wyróżnia się:

- sieci zintegrowane, składające się z rozproszonych jednostek (przedsiębiorstw, zakładów, filii), które prawnie lub finansowo należą do jednej grupy; głównym dysponentem zasobów finansowych jest centrala sieci, która wywiera znaczący wpływ na funkcjonowanie partnerów sieci (np. agencje lokalne, stacje obsługi, sieci urzędów pocztowych);
- sieci sfederowane, czyli ugrupowania osób prawnych lub fizycznych, które uświadamiają sobie wspólnotę własnych potrzeb i chcą stworzyć we własnym zakresie sposoby ich zaspokajania (np. spółdzielnie, stowarzyszenia, towarzystwa wzajemnej pomocy);
- sieci kontraktowe, opierające się na umowach koncesyjnych lub franszyzowych, zawieranych między partnerami statutowo niezależnymi; występują one zwłaszcza w dystrybucji produktów masowych, przy prowadzeniu restauracji, hoteli, a także w sektorze kosmetycznym (np. Yves Rocher);
- sieci stosunków bezpośrednich, spotykane przede wszystkim w sferze działalności politycznej oraz religijnej, ale wykorzystywane także w procesach gospodarczych, np. w sieci sprzedaży obnośnej.

Kryterium kultury narodowej i tradycji gospodarczych wskazuje dominujące formy organizacji sieciowych w poszczególnych krajach lub regionach (tzw. sieci terytorialne, np. Włochy). W zależności m.in. od kraju przybierają one różne formy. Przykładowo Korea Południowa wyróżnia się tzw. czebolami – sieciami przedsiębiorstw o strukturze hierarchicznej, zbliżonej do formy holdingu, gdzie kontrola sprawowana jest przez członków jednej rodziny. W Japonii mówimy o sieciach poziomych i pionowych. W USA popularną formą są sieci tworzone przez inkubację (np. Dolina Krzemowa). Parki technologiczne i naukowe odgrywają rolę inkubatora stwarzającego warunki do zakładania firm, które już na starcie wchodzą w układ sieciowy organizacji współpracujących w ramach istniejącego parku.

Ostatnim kryterium jest forma współpracy (kooperacja lub integracja) w łańcuchu dostaw. Wyróżniamy tu organizacje sieciowe pionowe, poziome i mieszane. Kooperacja lub integracja pionowa obejmuje współpracę między

przedsiębiorstwami realizującymi poszczególne fazy produkcji wyrobu finalnego, przy czym najczęściej wykształca się powiązanie między firmą wiodącą a jej kooperantami, a więc między dużą firmą a jej poddostawcami lub odbiorcami (np. Fiat we włoskim Piemoncie, Toyota w Japonii). Wysokie wymagania firmy wiodącej, decydującej o typie produktu i stosowanych technologiach narzucają firmom współpracującym dbanie o jakość, co przyczynia się do budowania środowiska innowacyjnego. Natomiast kooperacja pozioma występuje pomiędzy firmami oferującymi te same lub podobne produkty bądź usługi. Obszary współpracy to najczęściej wspólne przygotowanie produktu/usługi, ich doskonalenie i sprzedaż, wymiana technologii i informacji itp.

14.3. Proces tworzenia organizacji sieciowej

Podobnie jak w przypadku pozostałych, omówionych w niniejszej publikacji koncepcji zarządzania podmiotami leczniczymi, decydując się na daną metodę (w tym wypadku – tworzenie organizacji sieciowej), musimy pamiętać, że sukces będzie zależał od poprawności jej implementacji do organizacji. W przypadku organizacji sieciowej jest to trudniejsze ze względu na fakt, że tak naprawdę tworzymy nową organizację (cele, struktura, zasoby, kultura) w oparciu o już istniejące i bardzo zróżnicowane (cele, struktury, zasoby, kultura) niezależne organizacje.

Punktem wyjścia do tworzenia organizacji sieciowej jest określenie zarówno potrzeby wspólnego działania, jak i zidentyfikowanie potencjalnych korzyści z funkcjonowania w takiej relacji. Należy pamiętać, że pomimo tego, iż jedną z cech organizacji sieciowej jest długotrwałość współpracy, to w trakcie jej trwania może dojść do zerwania relacji lub do konieczności modyfikacji układu sieciowego, co może podnosić koszty funkcjonowania. Może to wynikać z niezadowolających efektów dotychczasowej działalności organizacji sieciowej. Wszelkie decyzje związane z tworzeniem organizacji sieciowej i określaniem warunków współpracy powinny być oparte na jasnych regułach gry i mechanizmach prowadzących do efektywności podjętych działań. Podstawowe zasady tworzenia organizacji sieciowych, które sprzyjają takim działaniom, to przede wszystkim [Czop, Leszczyńska, 2002, s. 291]:

- koncentrowanie operacji kluczowych w jednym ośrodku;
- połączenie umiejętności i kompetencji;
- minimalizacja inwestycji;
- unikanie dublowania zadań.

Proces tworzenia organizacji sieciowej został zaprezentowany w tablicy 14.1.

Tablica 14.1. Proces tworzenia organizacji sieciowej

Etapy tworzenia organizacji sieciowej	Działania
1. Identyfikacja możliwości	Badanie możliwości biznesowych i analiza rynku Analiza opłacalności i przygotowanie biznesplanu
2. Definiowanie strategii	Zaprojektowanie mapy procesów Analiza kompetencji i potrzeb Wybór partnerów
3. Rozwój struktur	Przydział procesów firmom według kompetencji Formowanie organizacji Kształtowanie mechanizmów kooperacji Stabilizacja infrastruktury informatycznej
4. Wdrażanie i koordynacja	Realizowanie operacji Dynamiczne dostosowywanie Rozwiązanie organizacji lub kontynuacja współpracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Wiatrak, 2003, s. 13].

W procesie tworzenia organizacji sieciowej dokonanie analizy możliwości biznesowych na konkurencyjnym rynku, np. w postaci identyfikacji luki rynkowej lub konkurencji cenowej, powinno być zweryfikowane przy pomocy biznesplanu. Ułatwia to wyciągnięcie wniosków w perspektywie dokonywanej symulacji.

Drugą fazą w procesie tworzenia organizacji sieciowej jest definiowanie strategii działania. Na tym etapie kluczowe są identyfikacja i zmapowanie potencjalnych procesów zachodzących w projektowanej organizacji. Krok ten pozwoli na identyfikację, a następnie na analizę potrzebnych kompetencji z punktu widzenia najlepszej realizacji tych procesów. Znając potrzebne kompetencje, dysponujemy kryteriami wyboru potencjalnych uczestników organizacji. W przypadku trudności ze znalezieniem firm o określonych kompetencjach istnieje potrzeba powrotu do punktu wyjścia formułowania strategii i dostosowania jej do możliwości potencjalnych partnerów. Warto też zastanowić się nad zmianą założeń wyjściowych sieci, gdy okaże się, że jeden z partnerów ma szczególne kompetencje.

Kolejną fazą w tworzeniu organizacji sieciowej jest rozwój struktury w oparciu o zidentyfikowane procesy i wiedzę na temat wybranych partnerów. Ostatecznie wynikiem tego etapu będzie stworzenie quasi lub też wirtualnej struktury organizacji sieciowej na bazie udostępnionych przez partnerów

takich zasobów, jak: ludzie, moce produkcyjne, dane. Niewątpliwie istotnym elementem tej fazy jest formalizacja struktury sieci, czyli tworzone (podobnie jak w tradycyjnej organizacji) regulaminy i zakresy zadań i obowiązków, z tą różnicą, że obowiązki przypisane są partnerom, tzn. innym organizacjom. Budowana jest też realna część struktury, w ramach której projektuje się odpowiednie stanowiska (zadania, uprawnienia, odpowiedzialność) i powołuje na nie wydelegowanych ze struktur partnerów pracowników. Są oni odpowiedzialni za poszczególne obszary funkcjonowania sieci oraz komunikację i koordynację działań na linii sieć – partner lub partner – partner. Faza ta składa się z następujących kroków: przydział procesów według kompetencji firm, formowanie organizacji, ustalenie i kształtowanie mechanizmów kooperacji oraz stabilizacja/udoskonalanie infrastruktury informatycznej.

Ostatnią fazą jest wdrażanie i koordynacja. Organizacja „uruchamia” procesy zdefiniowane i przypisane poszczególnym partnerom (większość z nich, o ile nie wszystkie, były realizowane na bieżąco na potrzeby własne partnerów), tzn. zleca ich wykonanie i koordynuje działania poszczególnych uczestników organizacji w czasie i przestrzeni. Koordynacja realizowanych operacji i procesów wymaga zapewnienia informacji o ich przebiegu oraz o dynamice otoczenia, aby zapewnić ich sprawność [Wiatrak, 2003, s. 14]. Oznacza to, że w interesie firm tworzących organizację sieciową jest szybka wymiana informacji (dostęp do danych, aktualność, wiarygodność), aby dostosować się do otoczenia.

14.4. Sieci medyczne

Tworzenie organizacji sieciowych w obszarze ochrony zdrowia wynika z podobnych pobudek jak w innych sektorach – u podstaw leży konieczność reakcji na zmiany w otoczeniu. Wybór metody dostosowania zależy od zarządzających organizacją. Zmiany na rynku ochrony zdrowia skłaniają menedżerów do tworzenia większych, bardziej kompleksowych i specjalistycznych struktur [Sak-Skowron, 2009, s. 57]. Tworzenie i zacieśnianie więzi odbywa się nie tylko z partnerami, ale również z konkurentami. W przypadku podmiotów leczniczych możemy mówić o trzech płaszczyznach integracji (usieciowienia) [Fleury, Mercier, 2002, s. 59]:

- funkcjonalna (administracyjna) – oznacza integrację procesów zarządzających, alokację zasobów oraz zbieranie i przetwarzanie danych;
- kliniczna – oznacza integrację procedur (medycznych) i dobrych praktyk, aby zapewnić ciągłość opieki i leczenia pacjentów traktowanych

- indywidualnie oraz całej populacji. Sieć może przybrać postać integracji mieszanej (pionowo-poziomej), co pozwala na świadczenie jednocześnie szerokiego wachlarza usług medycznych w tym samym czasie oraz zapewnia przechodzenie na poziomy opieki medycznej (leczenie POZ, ambulatoryjne, szpitalne), które są właściwe dla procesu leczenia pacjenta;
- pracownicza – tu integracja może dotyczyć aspektów formalnych, takich jak: godziny pracy, szkolenia, wynagrodzenia. Może mieć też charakter nieformalny, związany np. z tworzeniem się wirtualnych zespołów specjalistów w celu omówienia, konsultacji w leczeniu pacjenta.

Optymistycznie można powiedzieć, że system ochrony zdrowia (np. w Polsce) jest dużą, rozbudowaną organizacją sieciową, która powinna być zintegrowana i koordynowana na wymienionych wyżej płaszczyznach, której celem jest kompleksowa opieka nad społeczeństwem. W praktyce ogólnokrajowa sieć medyczna, tzn. poszczególne jednostki wchodzące w jej skład, nie są zintegrowane na żadnej z wymienionych płaszczyzn. Podejmuje się działania, takie jak tworzenie sieci szpitali czy mapy potrzeb zdrowotnych (zob. część pierwsza niniejszej publikacji), ale na chwilę obecną mają one charakter raczej formalny i prawny (pozorowany – przykład map potrzeb zdrowotnych) niż realny, organizacyjny [zob. NIK, 2019].

Na szczęście podmioty lecznicze same dostrzegają potrzebę zmian oraz konieczność zapewnienia społecznościom lokalnym kompleksowych usług medycznych. W wielu wypadkach wykorzystywana jest do tego sieć o charakterze pionowym lub poziomym. „(...) pionowo zintegrowanym systemem zdrowotnym jest struktura, poprzez którą instytucja zdrowotna (lub grupa ściśle między sobą powiązanych instytucji) oferuje – już to bezpośrednio, już to za pośrednictwem współpracujących organizacji – szeroki zbiór świadczeń zdrowotnych, dążąc do produkowania świadczeń w sposób funkcjonalnie spójny” [Włodarczyk, 2001]. Natomiast integracja pozioma podmiotów leczniczych dotyczy zwykle podmiotów o tym samym lub podobnym profilu działalności. Odczuwalne korzyści z integracji poziomej to synergia operacyjna pozwalająca lepiej wykorzystać posiadane zasoby. Integracja pozioma umożliwia zwiększenie liczby świadczonych usług, a tym samym osiągnięcie większego udziału w rynku oraz wykorzystanie efektu skali, co przekłada się na redukcję kosztów i wzrost marży zintegrowanych jednostek [Sak-Skowron, 2009, s. 58].

Powyższe rozważania podsumowuje definicja sieci medycznej zaproponowana przez Blossom Lin i Thomasa Wana [1999], którzy określili ją jako „organizację, która poprzez własność lub formalną zgodę, pionowo lub poziomo reguluje aktywa, działania i usługi w celu zaoferowania skoordynowanej ciągłości opieki zdrowotnej dla zdefiniowanej geograficznie populacji i jest

gotowa ponieść odpowiedzialność kliniczną i finansową za status zdrowotny tej populacji. Sieć ta m.in. może obejmować grupowe praktyki medyczne, apteki, szpitale, usługi opieki długoterminowej, usługi rehabilitacyjne, zabiegi operacyjne i programy edukacyjne dla pacjentów”.

Sieci medyczne w Polsce opierają się na bardzo różnorodnych formach organizacyjnych i biznesowych. Zgodnie z założeniami organizacji sieciowych dynamicznie i indywidualnie dopasowują się do zmiennych warunków rynku ochrony zdrowia. W swoim rozwoju i ekspansji rynkowej wykorzystują ograniczenia publicznej służby zdrowia i wypełniają luki tego rynku, stwarzane przez regulacje prawne, organizacyjne, sytuację ekonomiczną, społeczną i polityczną [Sak-Skowron, 2009, s. 61]. Działania integracyjne podjęte przez podmioty lecznicze często prowadzą do tworzenia formalnych więzi. Teoretycznie zintegrowane struktury stwarzają także szanse na powstawanie i rozwój nieformalnych więzi między pracownikami, które są równie istotne z punktu widzenia dzielenia się ukrytą wiedzą medyczną. Obecnie na rynku działa kilkanaście sieci medycznych, takich jak np.: Medicover, Swissmed, Lux Med, Medycyna Rodzinna, Enel-Med, Centrum Medyczne LIM, Medar (Promedis), EuroMediCare, Centrum Medyczne Damiana, Falck oraz Scanmed. Część z nich ma charakter lokalny, inne ogólnopolski. Korzystając z usług mniejszych podmiotów leczniczych, np. specjalistycznych gabinetów lekarskich, można odnieść wrażenie, że one również funkcjonują w strukturach sieciowych, tylko mniej sformalizowanych. Często lekarz współpracuje z pracownikami diagnostycznymi, aptekami i np. fizjoterapeutami. Oczywiście korzyści z takiej sieci są dostępne dla wszystkich i działa to w obie strony. Fizjoterapeuta ma klientów od lekarza, np. ortopedy, ale sam może mu też podesłać swoich pacjentów w celu konsultacji. Z kolei pracownice diagnostyczne korzystają z obu grup pacjentów. Również klienci, „wchodząc” do takiej sieci, mogą liczyć na korzyści, np. niższe ceny za wizytę czy badanie MRI. W kolejnym podrozdziale zaprezentowano korzyści i wady korzystania z oferty sieciowej.

14.5. Zalety i wady organizacji sieciowej dla uczestników

Jednym z ważnych powodów wchodzenia przedsiębiorstw do struktur sieciowych i tworzenia takich form organizacji działań gospodarczych w ostatnich latach jest obrona przed zjawiskami kryzysowymi w gospodarce [Lachiewicz, Zakrzewska-Bielawska, 2012, s. 40]. Firmy o niewielkim potencjale kadrowym, technicznym i finansowym powinny spojrzeć przychylnym okiem na taką formę współpracy w ramach sieci przedsiębiorstw. W literaturze przedmiotu

można znaleźć następujące korzyści wynikające z funkcjonowania w strukturach sieciowych [za: Lachiewicz, Zakrzewska-Bielawska, 2012, s. 40–41]:

- możliwość uzyskania większego dostępu do rynków wywołana efektem ekonomii skali działalności współpracujących partnerów;
- redukcja niepewności działania i ograniczenie ryzyka z uwagi na solidarne działania partnerów sieci w turbulentnym otoczeniu gospodarki;
- zwiększenie elastyczności funkcjonowania dzięki szybkiej realokacji zasobów i ponoszeniu znacznie niższych kosztów;
- możliwość wzrostu konkurencyjności przedsiębiorstw tworzących sieć poprzez zwiększenie szybkości działania, łatwiejsze dostosowywanie się do warunków lokalnych oraz komplementarność funkcji w łańcuchu wartości (unikanie dublowania zadań);
- maksymalne wykorzystanie posiadanego potencjału oraz możliwości rozwojowych partnerów sieci poprzez specjalizację i integrację działań oraz koordynację realizacji wspólnych projektów;
- możliwość łatwego dostępu do deficytowych zasobów i umiejętności oraz szybkiego ich transferu pomiędzy jednostkami tworzącymi sieć;
- zwiększenie szybkości działania oraz mobilizacji organizacyjnej w przypadku wystąpienia określonych okazji biznesowych;
- szybsze pozyskiwanie i wymiana informacji z uwagi na zastosowanie nowoczesnych metod komunikowania się oraz niższe koszty zdobywania i obiegu informacji;
- wzrost innowacyjności partnerów w sferze techniki, organizacji i marketingu, np. poprzez ujednolicenie standardów techniczno-technologicznych oraz transfer innowacji, co jest szczególnie ważne w sytuacji kryzysu charakteryzującej się ograniczeniem wydatków na badania i rozwój.

Podobnie jak inne metody i koncepcje zarządzania organizacje sieciowe posiadają również wady, do których można zaliczyć:

- niedopasowanie się partnerów w sieci, zwłaszcza na tle niezgodności kultur organizacyjnych współdziałających przedsiębiorstw;
- wzrost kosztów transakcyjnych współdziałania wraz ze zwiększeniem liczby partnerów, np. ze względu na konieczność uwzględnienia interesów stron trzecich, wydatki koordynacyjne;
- ograniczenia w dostępie do informacji, wynikające np. z nieufności partnerów, oraz niebezpieczeństwo „wycieku” znaczących informacji z uwagi na współpracę partnerów w różnych układach organizacyjnych;
- niekorzystne zmiany zewnętrznych warunków działania związane z kryzysem gospodarczym (np. spadek popytu na produkty sieci, wprowadzenie mniej sprzyjających zasad prawnych).

14.6. Efekty sieciowe w ochronie zdrowia

O ile uczestnicy organizacji sieciowych mogą świadomie podjąć decyzję o przystąpieniu do organizacji sieciowej, to klienci już niekoniecznie mają świadomość, że korzystają z usług np. sieci medycznej lub nie mają wyboru, ze względu na ograniczenie konkurencji na rynku lokalnym. W skrajnym przypadku mamy do czynienia na danym rynku z monopolem organizacji sieciowej.

Zakładając, że klienci mają i świadomość, i swobodny wybór, na ich decyzje zakupowe może mieć wpływ tzw. efekt sieciowy. Efekt sieciowy jest właściwością sieci, która sprawia, że dobro lub usługa przejawia dla potencjalnego klienta wartość zależną od liczby klientów, którzy posiadają (i wykorzystują) produkt lub korzystają z usługi i którzy odczuwają potrzebę wykorzystania wartości synchronizacji posiadanego produktu/usługi oraz „urynkowienia” swojej obecności w sieci [Liebowitz, Margolis, 1998]. Przy czym efekt sieciowy może być pozytywny lub negatywny.

Pozytywny efekt sieciowy przejawia się tym, że wartość jednostki dobra lub usługi wzrasta wraz z liczbą sprzedanych jednostek. Większa liczba użytkowników oznacza możliwość zawarcia większej liczby interakcji. Zatem przyczyną pojawienia się pozytywnych efektów sieciowych jest komplementarność występująca między elementami/komponentami sieci. Przykładowo rosnące w sieciach medycznych grono lekarzy specjalistów tej samej lub pokrewnej dziedziny sprzyja uzupełnianiu i rozwijaniu wiedzy medycznej [Sak-Skowron, 2009, s. 54].

Natomiast negatywny efekt sieciowy może objawiać się poprzez [Sak-Skowron, 2009, s. 54]:

- spadek korzyści osiągniętych przez użytkowników sieci na skutek przyłączania się dodatkowych użytkowników – pojawia się w sytuacji, gdy zbyt mała liczba lekarzy nie jest w stanie zaspokoić potrzeb medycznych pacjentów placówki;
- zamknięcie na zewnątrz (*lock-in*) – powstrzymuje użytkownika sieci przed wycofaniem się z niej albo mu to utrudnia. Mogą to być powody rynkowe – brak kompatybilności sprzedawanych przez sieć produktów z innymi produktami dostępnymi na rynku, lub prawne – umowy na czas określony; przykładem są tzw. abonamenty medyczne wykupywane przez klientów sieci;
- koszty zmian (*switching costs*) – konieczność poniesienia kosztów związanych z wyjściem z sieci i przejściem do innego dostawcy produktów, związanych najczęściej z potrzebą zakupu nowego/innego wyposażenia,

ponownego uczenia się użytkownika produktu bądź zbudowania nowej relacji; np. przy zmianie sieci medycznej następuje konieczność zbudowania nowej relacji z lekarzem prowadzącym.

Specyfika ochrony zdrowia przejawia się m.in. w relacjach występujących między osobami zatrudnionymi w podmiotach sieciowych a klientami – pacjentami. Relacje te można analizować w trzech układach zależności:

- lekarz – pacjent;
- lekarz – lekarz;
- pacjent – pacjent.

Relacje w układzie lekarz – pacjent są dość niesymetryczne (np. ze względu na przewagę lekarza w zakresie wiedzy, pozycję pacjenta wynikającą z ograniczonej dostępności do specjalistów). Z punktu widzenia lekarza korzystne efekty sieciowe mogą wynikać z możliwości skupienia się na pracy merytorycznej. Cały aspekt administracyjny pozostawiony jest bowiem w rękach organizatora sieci. Korzyścią jest też większe grono pacjentów, na pozyskanie których lekarz nie poświęca czasu ani środków. Jednak dla niektórych wadą jest występowanie w roli sprzedawcy pozostałych usług sieci (np. aspekty etyczne czy też narzucone cele sprzedażowe).

Perspektywa klienta pokazuje, że relacje mogą mieć charakter jednorazowy, wielokrotny lub stały. Niewątpliwą korzyścią dla pacjentów sieci jest ich kompleksowa oferta. Pacjent nie traci czasu na poszukiwania, może być kierowany od razu do lekarzy-specjalistów w ramach sieci. W teorii powinno to poprawić zarówno jakość leczenia, jak i skrócić czas oczekiwania na zrealizowanie danej usługi. Dokumentacja medyczna pacjenta w założeniu powinna być pełna i każdy z lekarzy powinien mieć do niej dostęp, co zdejmuje z pacjenta obowiązek jej pilnowania i dostarczania. Sieć buduje relacje z pacjentem (niekoniecznie lekarze – oprócz lekarza pierwszego kontaktu), co wynika z charakteru koniecznego kontaktu w procesie leczenia. Ewentualnym negatywnym aspektem korzystania z sieci jest trudność z wyjściem z niej oraz częsty brak wpływu na wybór lekarza.

Funkcjonowanie lekarzy w sieci powinno nieść za sobą szereg korzyści (m.in. ze względu na możliwość tworzenia licznych relacji lekarz – lekarz), takich jak np.:

- oszczędność czasu (brak działań administracyjnych);
- dostęp do nowoczesnych urządzeń (zapewnianych przez sieć);
- dostęp do wiedzy innych lekarzy z sieci;
- łatwiejsze tworzenie relacji z pacjentem;
- ustalone standardy postępowania (i np. szkolenia w tym zakresie) dotyczące obsługi pacjenta;

- możliwość śledzenia procesu leczenia pacjenta dzięki dostępowi do dokumentacji medycznej.

Wymienione powyżej korzyści są możliwe do uzyskania pod warunkiem właściwego zarządzania siecią. Inhibitorem pełnego dyskontowania korzyści wynikających z pracy w organizacji sieciowej będzie niewątpliwie wielkość popytu na usługi danego lekarza. Zbyt duża liczba pacjentów, wynikająca m.in. z rozwoju sieci, a co za tym idzie z napływem nowych pacjentów, może doprowadzić do niewydolności sieci. Sieć (zarządzająca nią) powinna analizować strumień popytu i na bieżąco rozdzielać go równomiernie na poszczególnych lekarzy lub zwiększyć podaż lekarzy. Warto wspomnieć tu o pośrednim efekcie dla pacjenta wynikającym z mnogości relacji lekarz – lekarz, czyli o możliwości konsultacji danego przypadku z innymi lekarzami (doświadczenie, podobne przypadki), co może przełożyć się na trafność diagnozy.

Ostatnim typem relacji jest układ pacjent – pacjent. Relacje te kojarzone są z rozmowami i wymianą doświadczeń w poczekalniach podmiotów leczniczych. Obejmują one również relacje na forach internetowych, w zakładach pracy itp., a oparte są na wymianie informacji. Efekt sieciowy pozwala pacjentom:

- zaoszczędzić czas na szukanie dobrego lekarza;
- zaoszczędzić pieniądze;
- uzyskać dostęp do szerokiego spektrum.

Sieci podmiotów leczniczych powinny monitorować relacje pacjent – pacjent, traktując je jako cenne źródło informacji.

Podsumowując, założenia sieciowości można odnaleźć na wielu etapach budowania powiązań w łańcuchu gospodarczym. Ważne jest, aby relacje pomiędzy uczestnikami były silne i nie ograniczały się tylko do przedsiębiorstw. Solidne powiązania są możliwe do zrealizowania na obszarze, którego polityka rozwoju wspiera działania każdej jednostki prowadzącej swoją aktywność. Relacje te są tym większe, im celowość działań prowadzi do osiągnięcia podobnych korzyści [Wiśniewska-Sałek, 2018, s. 45].

Przykład

Organizacje sieciowe w ochronie zdrowia to nie tylko sieci medyczne. Inne podmioty funkcjonujące w ochronie zdrowia też mogą wchodzić w relacje sieciowe. Doskonale widoczne na rynku aptecznym są sieci aptek (np. DOZ, Gemini, Apteka). W 2008 r. na Pomorzu powstała sieć aptek – FARMNET Grupa Aptek, która w założeniu miała skupiać niezależne apteki i wspierać je w walce z konkurencją w postaci szybko rosnących sieci kapitałowych. Warto wspomnieć, że u podstaw

organizacji sieci leżała koncepcja reinżynierii procesu zakupowego w aptekach. Głównym celem była poprawa bądź utrzymanie pozycji konkurencyjnej poprzez poprawę warunków handlowych (rabaty) uzyskiwanych przez apteki z jednoczesną redukcją jednorazowego wolumenu zakupowego (lepszy rabat przy mniejszych zakupach). Sieć została powołana przez współautora niniejszego opracowania (J. Strumiłło). Głównym mechanizmem integrującym uczestników była specjalnie zaprojektowana Internetowa Platforma Zakupowa Farmnet pozwalająca koordynatorowi w łatwy sposób prezentować ofertę producentów i jednocześnie agregować zamówienia poszczególnych aptek.

Sieć w założeniu nie była w inny sposób sformalizowana, co z jednej strony przyczyniło się do ogromnej popularności wśród właścicieli niezależnych aptek (farmaceuci cenili swoją niezależność) – skupiając w pewnym momencie ponad 200 niezależnych aptek, z drugiej strony ostatecznie było przyczyną jej rozwiązania.

W ramach tworzenia układu sieciowego udało się pozyskać do współpracy dystrybutora (hurtownię farmaceutyczną), która wspierała rozwój sieci swoimi zasobami, np. przedstawiciele hurtowni pracowali jednocześnie na rzecz przyłączenia do sieci nowych aptek. Sieć miała więc charakter poziomo-pionowy. W ramach współpracy z hurtownią nieustannie rozwijano platformę zakupową i integrowano ją z systemem hurtowni w celu zapewnienia szybkiej realizacji zamówień aptek. Do współpracy zgłaszali się również producenci. Mankamentami założonej niezależności uczestników były trudności w koordynacji innych działań niż zakupy. Trudno było przeprowadzić wspólne akcje marketingowe (np. wydawanie gazetek, tworzenie półek z promocjami, program lojalnościowy dla pacjentów). Ostatecznie po 8 latach funkcjonowania sieć została rozwiązana, na co miały wpływ:

- wymagania producentów co do minimalnego poziomu zakupów i obrotów;
- brak zezwolenia aptek na większą integrację – w kierunku sieci franczyzowej;
- niemożność wymuszenia na uczestnikach działań wymaganych przez producentów (półki promocyjne, poziom zakupów);
- niekorzystne zmiany na rynku i dominacja kapitałowych sieci aptecznych, które ściśle współpracowały z producentami (kontrakty, ceny, wspólne akcje marketingowe);
- konflikty interesów pomiędzy integratorem a poszczególnymi aptekami (różny asortyment w ofercie);
- zmiana polityki hurtowni wobec sieci.

Przykład ten pokazuje, że można budować sieć skrajnie niezależną (pełna niezależność uczestników) w określonych warunkach. Niemniej jednak, aby sieć mogła się rozwijać, musi następować stopniowa integracja uczestników w oparciu o wspólne cele i wizję przyszłości. Niezależność na dłuższą metę może niestety rozsadzić sieć od wewnątrz.

Bibliografia

Literatura

- Allen S., Chandrashekar A., 2000, *Outsourcing Services: The Contract Is Just the Beginning*, „Business Horizons” vol. 43, issue 2.
- Applehans W., Globe A., Laugero G., 1999, *Managing Knowledge*, Reading: Addison-Wesley.
- Bank J., 1996, *Zarządzanie przez jakość*, przeł. A. Teodorowicz, Warszawa: Gebethner i Ska.
- Bartel A.P., Lach S., Sicherman N., 2014, *Technological Change and the Make – or – Buy Decision*, „Journal of Low, Economics and Organization” vol. 30, no. 1.
- Batorski J., 2002, *Organizacja efektywnie ucząca się*, Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej.
- Bauer J.C., 2000, *Zmieniający się paradygmat wiedzy w zakresie ochrony zdrowia: następstwa ewolucji doświadczeń nabytych w Stanach Zjednoczonych* [w:] *Zarządzanie wiedzą w społeczeństwie uczącym się*, przeł. S. Bijak et al., Warszawa: Ministerstwo Gospodarki, Departament Strategii Gospodarczej.
- Bąk D., Dałkowski T., Zymonik J., 1995, *Projektowanie i wdrażanie systemu ISO 9000 wspomagane metodami i narzędziami „project management”*, „Biuletyn Informacyjny” nr 3(13).
- Belczyński J., Mesjasz C., Stabryła A., 2009, *Podstawy teoretyczne gospodarki opartej na wiedzy* [w:] *Doskonalenie struktur organizacyjnych przedsiębiorstw w gospodarce opartej na wiedzy*, red. A. Stabryła, Warszawa: C.H. Beck.
- Bembnowska M., Joško-Ochojska J., 2015, *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Hygeia Public Health” vol. 50, no. 3.
- Białas S., Strumiłło J., 2013, *Benchmarking* [w:] *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. J. Waśniewski, J. Strumiłło, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Bielski M., 1996, *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Billi J.E., Pai C.W., Spahlinger D.A., 2007, *Assessing Uncertainty in Outsourcing Clinical Services at Tertiary Health Centers*, „International Journal of Health Planning and Management” vol. 22, no. 3.
- Błaszczuk W. (red.), 2005, *Metody organizacji i zarządzania. Kształtowanie relacji organizacyjnych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bogan C., English M., 2006, *Benchmarking jako klucz do najlepszych praktyk*, przeł. P. Fraś, A. Kanderz, J. Dobrzański, Gliwice: Helion.
- Bozarth C., Handfield R.B., 2007, *Wprowadzenie do zarządzania operacjami i łańcuchem dostaw. Kompletny podręcznik logistyki i zarządzania dostawami*, przeł. M. Lupa, Warszawa: Onepress.
- Bratnicki M., Kulikowska-Pawlak M., 2013, *Uwarunkowania pomiaru efektywności organizacji*, „Zarządzanie i Finanse” t. 4, nr 2.
- Brdulak J., 2005, *Zarządzanie wiedzą a proces innowacji produktu. Budowanie przewagi konkurencyjnej firmy*, Warszawa: SGH.
- Brilman J., 2002, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, przeł. K. Bolesta-Kukułka, Warszawa: PWE.
- Broniewska G., 2004, *Zastosowanie filozofii TQM w opiece zdrowotnej*, „Współczesne Zarządzanie” nr 1.
- Broniewska G., 2007, *Cykl zorganizowanego działania, czyli o tradycyjnej i współczesnej logice wprowadzania zmian i doskonalenia organizacji*, „Przegląd Organizacji” nr 5.
- Brown D., Wilson S., 2005, *The Black Book of Outsourcing: How to Manage the Changes, Challenges and Opportunities*, New Jersey: John Wiley and Sons, Hoboken.
- Brożyńska M., Kowal K., Lis A., Szymczak M., 2014, *5 × dlaczego. Pierwszy podręcznik metody*, Łódź: 2K Consulting.
- Brózda J., Marek S., 2008, *Otoczenie przedsiębiorstwa [w:] Podstawy nauki o organizacji*, red. M. Białasiewicz, Warszawa: PWE.
- Bukowitz W.R., Williams R.L., 2000, *The Knowledge Management Fieldbook*, London: Prentice Hall/Financial Times.
- Bukowska-Piestrzyńska A., 2018a, *Koncepcja lean w usprawnianiu działań pracowników podmiotów leczniczych*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” nr 167.
- Bukowska-Piestrzyńska A., 2018b, *Lean jako wyraz orientacji proklientowskiej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, „Problemy Jakości” nr 3.
- Burkholder N.C., 2006, *Outsourcing*, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Camp R.C., 1989, *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance*, Milwaukee: ASQC Quality Press.
- Carey P., Subramaniam N., Ching K.C.W., 2006, *Internal Audit Outsourcing in Australia*, „Accounting and Finance” no. 46.
- Castells M., 2008, *Spółeczeństwo sieci*, przeł. M. Marody, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cholewa-Wiktor M., 2011, *Benchmarking jako metoda doskonalenia kompetencji organizacji w szpitalach publicznych*, „Kwartalnik Naukowy” nr 3.
- Christopher M., 1997, *Marketing Logistics*, Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Corbett M., 2004, *The Outsourcing Revolution. Why It Makes Sense and How to Do It Right*, Chicago: Dearborn Trade Publishing.
- Cyfert S., Krzakiewicz K., 2008, *Organizacja i zarządzanie – przegląd podstawowych pojęć [w:] Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, red. K. Krzakiewicz, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Cygler J., 2002, *Organizacje sieciowe jako forma współdziałania przedsiębiorstw [w:] Przedsiębiorstwo partnerskie*, red. M. Romanowska, M. Trocki, Warszawa: Difin.
- Czakon W., 2005, *Sieci międzyorganizacyjne w strategii konkurencji [w:] Innowacyjność we współczesnych organizacjach*, red. A. Stabryła, Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Czerska M., 1996, *Organizacja przedsiębiorstw, metodologia zmian organizacyjnych*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Czerska M., Szpitter A.A. (red.), 2010, *Koncepcje zarządzania*, Warszawa: C.H. Beck.
- Czerw A., Religioni U., 2012, *Systemy oceny jakości w ochronie zdrowia*, „Problemy Zarządzania” t. 10, nr 2.
- Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., 2012, *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” t. 93, nr 2.
- Czop K., Leszczyńska A., 2002, *Systemy przyszłości [w:] Organizacja i sterowanie produkcją*, red. M. Brzeziński, Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet.
- Czyż-Gwiazda E., 2013, *Koncepcje pomiaru efektywności funkcjonowania organizacji – zastosowanie metody DEA w ocenie efektywności organizacji*, „Zarządzanie i Finanse” R. 11, nr 1, cz. 1.
- Daft R.L., 1997, *Management*, Fort Worth: The Dryden Press.
- Dahlgard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., 2004, *Podstawy zarządzania jakością*, przeł. L. Wasilewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Davenport T., 1993, *Process Innovation. Reengineering Work Through Information Technology*, Boston: Harvard Business School Press.
- Davenport T.H., Prusak L., 1998, *Working Knowledge. How Organizations Manage What They Know*, Boston: Harvard Business School Press.
- de Kervasdore J., 2000, *Komputeryzacja i praktyka medyczna we Francji u schyłku XX wieku [w:] Zarządzanie wiedzą w społeczeństwie uczącym się*, przeł. S. Bijak et al., Warszawa: Ministerstwo Gospodarki, Departament Strategii Gospodarczej.
- Denton B., Viapiano J., Vogl A., 2007, *Optimization of Surgery Sequencing and Scheduling Decisions under Uncertainty*, „Health Care Management Science” vol. 10, no. 1.
- Dereń M., Malara Z., Skonieczny J., 2017, *Władza, wiedza, współdziałanie i współzawodnictwo jako idee tworzenia sieci organizacyjnych*, „Przegląd Organizacji” nr 8.
- Dereń M., Skonieczny J., 2018, *Rola władzy w organizacji sieciowej*, „Zarządzanie Publiczne” nr 4.
- Devers K.J., Brewster L.R., Casalino L.P., 2003, *Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race?*, „Health Services Research” vol. 38, no. 1.
- Dexter E.U., Dexter F., Masursky D., Garver M.P., Nussmeier N.A., 2009, *Both Bias and Lack of Knowledge Influence Organizational Focus on First Case of the Day Starts*, „Anesthesia and Analgesia” vol. 108, no. 4.

- Dobska M., Rogoziński K. (red.), 2008, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dominguez L.R., 2009, *Outsourcing krok po kroku dla menedżerów*, przeł. Z. Dziedzic, Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Drucker P.F., 1994, *Menedżer skuteczny*, przeł. J. Górski, J. Szyfter, Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Drzewiecki J., 2012, *Strategiczne uwarunkowania procesu outsourcingu*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” nr 115.
- Dubas K., 2011, *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia – znaczenie i metody pomiaru*, „Problemy Zarządzania” t. 9, nr 3.
- Durlik I., 1998, *Restrukturyzacja procesów gospodarczych. Reengineering – teoria i praktyka*, Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet.
- Dwojacki P., Nogalski B., 1998, *Tworzenie struktur sieciowych jako wynik restrukturyzacji scentralizowanych przedsiębiorstw*, „Przegląd Organizacji” nr 4.
- Edmondson A.C., 2005, *Organizational Learning in Hospitals: Frequent Opportunities, Pervasive Barriers*, Harvard Business School, OR Managers Conference, October 21.
- Egger H., Falkinger J., 2003, *The Distributional Effects of International Outsourcing in a 2 × 2 Production Model*, „North American Journal of Economics and Finance” vol. 14, no. 2.
- Fazlagić J., 2015, *Polska szkoła jako organizacja ucząca się*, „E-mentor” nr 3(10).
- Fiume O., Cunningham J.E., Adams E., 2003, *Real Numbers: Management Accounting in a Lean Organization*, Durham: Managing Times Press.
- Fleury M., Mercier C., 2002, *Integrated Local Networks as a Model for Organizing Mental Health Services*, „Administration and Policy in Mental Health” vol. 30, no. 1.
- Frączkiewicz-Wronka A., 2006, *Czynniki określające zarządzanie publicznym sektorem ochrony zdrowia w regionie*, „Problemy Zarządzania” t. 2, nr 12.
- Frączkiewicz-Wronka A., 2010, *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Frączkiewicz-Wronka A., Saryusz-Wolska H., 2007, *Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego* [w:] *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Furtak M., Książek P., Rzemek C., Zdrojkowski J., 2010, *Kształcenie menedżerów jako kluczowy czynnik efektywnego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” t. 120, nr 3.
- Garvin D.A., 1988, *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*, New York: The Free Press.
- Garvin D.A., 2006, *Budowanie organizacji uczącej się* [w:] P.F. Drucker et al., *Zarządzanie wiedzą*, Warszawa: Helion.
- Gasvoda E.L., 2003, *Outsourced Design: Strategic Implications and Effective Management of Dispersed, Inter-Firm Product Development*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.

- Góral M., 2012, *Lean Healthcare, czyli lean w służbie zdrowia*, Wrocław: LEI Polska.
- Graban M., 2011, *Lean Hospitals. Doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*, Wrocław: ProdPublishing.
- Grajewski P., 2001, *Strukturalne uwarunkowania organizacji procesowej* [w:] *Modyfikacja funkcji i procesów w przedsiębiorstwach*, red. M. Czerska, R. Rutka, Sopot: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego.
- Grajewski P., 2007, *Organizacja procesowa*, Warszawa: PWE.
- Grajewski P., 2016, *Organizacja procesowa*, wyd. 2, Warszawa: PWE.
- Griffin R.W., 1996, *Podstawy zarządzania organizacjami*, przeł. A. Jankowiak, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Griffin R.W., 2004, *Podstawy zarządzania organizacjami*, przeł. A. Jankowiak, wyd. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grudzewski W.M., Hejduk I., 2004, *Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwach*, Warszawa Difin.
- Håkansson H., Johanson J., 1992, *A Model of Industrial Networks* [w:] *Industrial Networks. A New View of Reality*, eds. B. Axelsson, G. Easton, London–New York: Routledge.
- Hammer M., 1999, *Reinżynieria i jej następstwa. Jak organizacje skoncentrowane na procesach zmieniają naszą pracę i nasze życie*, przeł. S. Ugniewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hammer M., Champy J., 1996, *Reengineering w przedsiębiorstwie*, przeł. U. Zreda, Warszawa: Neumann Management Institute.
- Hamrol A., 2007, *Zarządzanie jakością z przykładami*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hamrol A., Mantura W., 1998, *Zarządzanie jakością – teoria i praktyka*, Warszawa–Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hamrol A., Mantura W., 2002, *Zarządzanie jakością – teoria i praktyka*, wyd. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hańć M., Recha M., 1993, *Globalne zarządzanie przez jakość*, „Problemy Jakości” nr 4.
- Harris A., Giunipero L.C., Hult T.M., 1998, *Impact of Organizational and Contract Flexibility on Outsourcing Contracts*, „Industrial Marketing Management” vol. 27, no. 5.
- Hassing K., 1994, *Zeit als Wettbewerbsstrategie (Time Based Management)*, „Die Unternehmung – Swiss Journal of Business Research and Practice” no. 4.
- Hatch M.J., 2002, *Teoria organizacji*, przeł. P. Łuków, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hesselbein F., Goldsmith M., Beckhard R. (red.), 1998, *Organizacja przyszłości*, przeł. M. Albigowski, A. Janiszewski, Warszawa: Business Press.
- Hines P., Taylor D., 2003, *Kierunek – organizacja LEAN*, przeł. J. Czerska, Gdańsk: Wydawnictwo LeanQ Centrum.
- Holsapple C.W., Singh M., 2001, *The Knowledge Chain Model: Activities for Competitiveness*, „Expert Systems with Applications” vol. 20, no. 1.
- Hołub-Iwan J., 2013, *Koncepcja systemu informacji marketingowej w zarządzaniu zdrowiem publicznym*, Szczecin: PTE.

- IHL, 2005, *Going Lean in Health Care. Innovation Series 2005*, Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
- Imai M., 2006, *Gemba kaizen*, przeł. M. Witkowska, Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
- Jagodzińska N., 2017, *Skuteczność funkcjonowania systemów zarządzania jakością wg standardu ISO 9001:2000 w małych i średnich przedsiębiorstwach. Identyfikacja i doskonalenie*, Uniwersytet Gdański, niepublikowana praca doktorska.
- Jagodzińska N., 2018, *Safety and Hygiene of Work of the Transport Industry Based on OSH Management Standards*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” nr 28(3).
- Jazdon A., Guzek K., 1994, *Metodyczne podstawy zapewnienia jakości w warunkach gospodarki wolnorynkowej*, Bydgoszcz: Ośrodek Postępu Organizacyjnego Sp. z o.o.
- Jelowski M., Kieżun W., Leoński Z., Ostapczuk B., 1979, *Teoria organizacji i kierownictwa*, Warszawa: PWN.
- Kacala J., 2007, *Kluczowe obszary w systemie zarządzania przedsiębiorstwem medycznym [w:] Sukces organizacji. Uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne*, red. H. Czubasiewicz, W. Golnau, Sopot: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kagan R., 2012, *SMED – skracanie czasów przebrojeń maszyn i urządzeń*, Wrocław: LEI Polska.
- Kakabadse A., Kakabadse N., 2002, *Trends in Outsourcing: Contrasting US and Europe*, „European Management Journal” vol. 20, no. 2.
- Kautsch M., 2011, *Cele efektywności ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce*, „Problemy Zarządzania” t. 9, nr 3(33).
- Kieżun W., 1997, *Sprawne zarządzanie organizacją. Zarys teorii i praktyki*, Warszawa: SGH.
- Kister A., Śmiech R., 2011, *Benchmarking usług medycznych [w:] Węzły gordyjskie rozwoju Polski Wschodniej*, red. M. Stefański, Lublin: WSEL.
- Kleniewski J., 2002, *Podejście procesowe*, „Problemy Jakości” nr 5.
- Kobylińska U., 2014, *Ewolucja czy rewolucja? Zmiany w standardzie ISO 9001:2015*, „Economics and Management” no. 1.
- Kobza J., Syrkiewicz-Świtała M., 2014, *Zarządzanie czasem w systemie opieki zdrowotnej – wybrane aspekty*, „Medycyna Pracy” t. 65, nr 4.
- Koćwin P., 2013, *Organizacja sieciowa. Perspektywa semantyczna*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” t. 49, nr 4.
- Kolman R., 1996, *Zarządzanie jakością*, Gdańsk: Politechnika Gdańska.
- Kolwitz M., 2010, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” t. 56, nr 3.
- Konarzewska-Gubała E. (red.), 2003, *Zarządzanie przez jakość: koncepcje, metody, studia przypadków*, Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu.
- Kopczyński T., 2010, *Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwami*, Warszawa: PWE.
- Koronkiewicz A. (red.), 1997, *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.

- Kotarbiński T., 1965, *Traktat o dobrej robocie*, wyd. 3 popr. i rozsz., Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Kowal W., 2013, *Skuteczność i efektywność – różnicowane aspekty interpretacji*, „Organizacja i Kierowanie” nr 4.
- Kowalczyk A., Nogalski B., 2007, *Zarządzanie wiedzą. Koncepcja i narzędzia*, Warszawa: Difin.
- Kozioł L., 2010, *Analiza metod zarządzania czasem w przedsiębiorstwie [w:] Analiza i projektowanie systemów zarządzania przedsiębiorstwem*, red. A. Stabryła, Wieliczka: Mfiles.pl.
- Kozuń-Cieslak G., 2013, *Efektywność – rozważania nad istotą i typologią*, „Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i Prace” nr 4.
- Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), 1996, *Zarządzanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Koźuch B., 2004, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*, Warszawa: Placet.
- Krzyżanowski L., 1992, *Podstawy nauk o organizacji i zarządzaniu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kurnal J., 1970, *Zarys teorii organizacji i zarządzania*, wyd. 2, Warszawa: PWE.
- Kurnal J., 1979, *Teoria organizacji i zarządzania*, Warszawa: PWE.
- Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., 2003, *Programy bezpieczeństwa*, „Zdrowie i Zarządzanie” nr 6.
- Lachiewicz S., Zakrzewska-Bielawska A., 2012, *Sieć przedsiębiorstw jako skuteczna forma organizacyjna w warunkach kryzysu gospodarczego*, „Management and Business Administration. Central Europe” no. 4(117).
- Langabeer J.R., 2008, *Health Care Operations Management. A Quantitative Approach to Business and Logistics*, Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Lee C.C., Yang J., 2000, *Knowledge Value Chain*, „Journal of Management Development” vol. 19, no. 3.
- Lewandowska H., 2010, *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach ochrony zdrowia*, Warszawa: Difin.
- Lewandowski M., 2011, *Sprawność zarządzania z perspektywy humanistycznej*, „Współczesne Zarządzanie” nr 1.
- Lewandowski R., 2008, *Pomiar jakości usług medycznych z wykorzystaniem metody SERVQUAL*, „Problemy Jakości” nr 9.
- Lewandowski R., 2010, *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Libor K., 2003, *Zasoby wiedzy jako źródło przewagi konkurencyjnej prywatnych przedsiębiorstw medycznych [w:] Wiedza – światłem na drodze do społeczeństwa przyszłości*, red. A. Szewczyk, Szczecin: Hogben.
- Liebowitz J., Margolis S.E., 1998, *Network Effects and Externalities*, „The New Palgrave Dictionary of Economics and the Law” vol. 2.
- Lin B.Y.J., Wan T.T.H., 1999, *Analysis of Integrated Health – Care Network’s Performance: A Contingency – Strategic Management Perspective*, „Journal of Medical Systems” vol. 23, no. 6.

- Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., Lisiecka-Bielanowicz M., 2017, *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
- Liu X., Hotchkiss D.R., Bose S., Bitran R., Giedion U., 2004, *Contracting for Primary Health Services: Evidence on its Effects and a Framework for Evaluation*, Bethesda: Partners for Health Reformplus.
- Locher D., 2012, *Lean w biurze i usługach. Przewodnik po zasadach szczupłego zarządzania w środowisku pozaprodukcyjnym*, przeł. D. Gasper, Warszawa: MT Biznes.
- Lock D., 2002, *Podręcznik zarządzania jakością*, przeł. L. Wasilewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lowman D., 2009, *Życie po HR outsourcingu*, „EDS Agility Alliance” no. 1.
- Machaczka J., 2005, *Podstawy zarządzania*, Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Maige C., Muller J.-L., 1995, *Walka z czasem. Atut strategiczny przedsiębiorstwa*, przeł. M. Egeman, Warszawa: Poltex.
- Malkus T., 2005, *Geneza outsourcingu*, „Gospodarka Materialowa i Logistyka” nr 3.
- Manganelli R.L., Klein M.M., 1998, *Reengineering. Metoda usprawniania organizacji*, przeł. B. Glinka, T. Ludwicki, Warszawa: PWE.
- Marchwiński Ch., Shook J., Schroeder A., 2010, *Leksykon Lean. Ilustrowany słownik pojęć z zakresu Lean Management*, przeł. M. Eisler, T. Sobczyk, Wrocław: Wydawnictwo Lean Enterprise Institute Polska.
- Marek S., Białasiewicz M., 2008, *Podstawy nauki o organizacji. Przedsiębiorstwo jako organizacja gospodarcza*, Warszawa: PWE.
- Markowski B., 2009, *Uwarunkowania i różnicowanie procesów organizacyjnego uczenia się* [w:] *Organizacyjne uczenie się w rozwoju kompetencji przedsiębiorstw*, red. A. Sitko-Lutek, E. Skrzypek, Warszawa: C.H. Beck.
- Marquardt M.J., 2011, *Building the Learning Organization*, Boston: Nicholas Brealey Publishing.
- Martyniak Z., 1996, *Metody organizowania procesów pracy*, Warszawa: PWE.
- Matczewski A., 2000, *Zarządzanie projektami* [w:] *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Matejun M., 2015, *Outsourcing* [w:] *Kompendium metod i technik zarządzania. Teoria i ćwiczenia*, red. K. Szymańska, Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Mazurkiewicz A., 2011, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” z. 20.
- Meller A., 2001, *System Zarządzania Jakością w przedsiębiorstwie. Integracja z systemem zarządzania środowiskowego wg norm ISO serii 14000*, Gdańsk: Politechnika Gdańska.
- Menachemi N., Burke D., Diana M., Brooks R., 2007, *Characteristics of Hospitals That Outsource Information System Functions*, „Journal of Healthcare Information Management” vol. 19, no. 1.
- Mikula B., Pietruszka-Ortyl A., 2006, *Organizacje sieciowe*, „Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie” nr 715.

- Mikula B., Pietruszka-Ortyl A., Potocki A., 2007, *Podstawy zarządzania przedsiębiorstwami w gospodarce opartej na wiedzy*, Warszawa: Difin.
- Miller M., Zieliński A., 2002, *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, „Przegląd Epidemiologiczny” nr 56.
- Mol M.J., 2007, *Outsourcing: design, process and performance*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Morgan G., 1997, *Obrazy organizacji*, przeł. Z. Wiankowska-Ladyga, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mreła H., 1977, *Jak usprawniać pracę*, wyd. 3 popr. i poszerz., Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ.
- Mynarski S., 1979, *Elementy teorii systemów i cybernetyki*, Warszawa: PWN.
- Nazarko J., Kuźmich K., Szubzda E., Urban J., 2008, *Ogólna koncepcja benchmarkingu i jego stosowalność w szkolnictwie wyższym [w:] Benchmarking w systemie szkolnictwa wyższego*, red. J. Woźnicki, Warszawa: Fundacja Rektorów Polskich.
- Niemczyk J., 2006, *Wyróżniki, budowa i zachowania strategiczne układów outsourcingowych*, Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu.
- Niemczyk J., Jasiński B., 2012, *Wstęp [w:] Sieci międzyorganizacyjne. Współczesne wyzwania dla teorii i praktyki zarządzania*, red. J. Niemczyk, E. Stańczyk-Hugiet, B. Jasiński, Warszawa: C.H. Beck.
- Nieminen P., Takala J., 2006, *Achieving Better On-Time-Delivery Performance with the Help of International Dependencies in the Production*, „International Journal of Management and Enterprise Development” no. 3(1–2).
- Nilsen E.R., 2011, *The Modern Hospital as a Learning Organization – A Contradiction in Terms?*, 5th Nordic Conference on Health Organization and Health Management, Copenhagen, January 13th–14th.
- Nogalski B., 2002, *Kierowanie zmianą w organizacji [w:] A. Czermiński et al., Zarządzanie organizacjami*, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Nogalski B., Hałaczkiwicz M., Witt J., 1999, *Restrukturyzacja procesowa w zarządzaniu małymi i średnimi przedsiębiorstwami*, Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego.
- Nonaka I., 1991, *The Knowledge Creating Company*, „Harvard Business Review” vol. 69, no. 6.
- Nonaka I., Takeuchi H., 2002, *Kreowanie wiedzy w organizacji: jak spółki japońskie dynamizują procesy innowacyjne*, przeł. E. Nalewajko, Warszawa: Poltext.
- Nonaka I., Toyama R., Konno N., 2000, *SECI, Ba and Leadership: A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation*, „Long Range Planning” vol. 33, issue 1.
- Ohno T., 2008, *System Produkcyjny Toyoty. Więcej niż produkcja na dużą skalę*, przeł. M. Wąsiel, Wrocław: ProdPress.com.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., 2005, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych: teoria i praktyka*, Warszawa: CeDeWu.
- Pawłowski E., Pawłowski K., Trzcieliński S., 2010, *Metody i narzędzia Lean Manufacturing*, Poznań: Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej.

- Peppard J., Rowland P., 1997, *Re-engineering*, przeł. A. Janiszewski, Warszawa: Gebethner i Ska.
- Perechuda K., 2008, *Coaching wiedzy medycznej jako instrument przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych* [w:] *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, red. idem, Kraków: ABC a Wolters Kluwer business.
- Peszko A., 2002, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Kraków: AGH Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne.
- Pierścionek Z., 2003, *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pietrzak J., 2000, *Sektor usług profesjonalnych – modelowy wzorzec postępowania?*, „Marketing i Rynek” nr 4.
- Pilejko K., 1976, *Prakseologia – nauka o sprawnym działaniu*, Warszawa: PWN.
- Piotrowicz A., 2001, *Sieciowa struktura przedsiębiorstwa*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” nr 11.
- Polanyi M., 1966, *The Tacit Dimension*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Power M.J., Desouza K.C., Bonifazi C., 2008, *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, przeł. T. Rzychoń, Warszawa: MT Biznes.
- Probst G., Raub S., Romhardt K., 2002, *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, przeł. K. Wacowska, Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
- Quinn J.B., Hilmer F.G., 1994, *Strategic outsourcing*, „Sloan Management Review” vol. 35, no. 4.
- Rabiej E., 2013, *Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Rother M., Shook J., Womack J.P., Jones D.T., 2003, *Learning to See*, Boston: Lean Enterprise Institute.
- Rowley S.D., 2006, *The Journey of a Teaching Hospital to Become a Learning Organization*, „Australian Health Review” vol. 30, no. 2.
- Rudawska I., 2007, *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rudawska I., 2011, *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*, „Problemy Zarządzania” t. 9, nr 3(33).
- Rummler G.A., Brache A.P., 2000, *Podnoszenie efektywności organizacji. Jak zarządzać „białymi plamami” w strukturze organizacyjnej?*, przeł. T. Ludwicki, Warszawa: PWE.
- Sak-Skowron M., 2009, *Sieci, sieci medyczne i efekty sieciowe w służbie zdrowia*, „Management and Business Administration” no. 3.
- Sanders N., Locke A., Moor C., Autry C., 2007, *A Multidimensional Framework for Understanding Outsourcing Arrangements*, „Journal of Supply Chain Management” vol. 43, no. 4.
- Senge P.M., 2004, *Piąta dyscyplina. Teoria i praktyka organizacji uczących się*, przeł. H. Korołewska-Mróz, Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
- Sikorski C., 2000, *Wolność w organizacji. Humanistyczna utopia czy prakseologiczna norma?*, Kluczbork–Łódź: Antykwa.

- Sitko-Lutek A., 2009, *Organizacyjne uczenie się a kompetencje organizacji* [w:] *Organizacyjne uczenie się w rozwoju kompetencji przedsiębiorstw*, red. eadem, E. Skrzypek, Warszawa: C.H. Beck.
- Sitko-Lutek A., Cholewa-Wiktor M., 2015, *Benchmarking for Public Hospital Management – Research Findings*, „International Journal of Contemporary Management” vol. 14, no. 2.
- Sitko-Lutek A., Cholewa-Wiktor M., 2016, *Benchmarking w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” z. 97.
- Skowron K., 2008, *TQM źródłem przewagi konkurencyjnej szpitala – studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” z. 44.
- Spanner G., Nuno J., Chandra C., 2005, *Time-Based Strategies. Theory and Practice*, EMR, Summer.
- Spear S.J., 2004, *Learning to Lead at Toyota*, „Harvard Business Review” vol. 82, no. 5.
- Stabryła A., 1996, *Zarządzanie rozwojem firmy*, Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Stalk G., Hout T., 1990, *Competing Against Time. How Time-Based Competition is Reshaping Global Market*, New York: Macmillan.
- Stankiewicz M.J., 2005, *Konkurencyjność przedsiębiorstwa*, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Stepaniak P.S., Mannaerts G.H.H., de Quelerij M., de Vries G., 2009, *The Effect of the Operating Room Coordinator’s Risk Appreciation On Operating Room Efficiency*, „Anesthesia and Analgesia” vol. 108, no. 4.
- Strumiłło J., Waśniewski J., 2013a, *Reengineering* [w:] *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. iidem, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Strumiłło J., Waśniewski J., 2013b, *Zarządzanie czasem* [w:] *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. iidem, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Suchecka J., 2010, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Suchecka J. (red.), 2011, *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Szczepańska K., 1998, *Kompleksowe zarządzanie jakością (TQM)*, Warszawa: Wydawnictwa Normalizacyjne Alfa-Wero.
- Szpaderski A., 2006, *Postulat prakseologii jako teorii podstawowej dla nauk organizacji i zarządzania. Przykład zastosowań*, „Organizacja i Kierowanie” nr 2(124).
- Szydełko M., Szydełko Ł., 2013, *Benchmarking w podejściu procesowym w przedsiębiorstwie – wybrane zagadnienia*, „Modern Management Review” vol. 18, no. 20.
- Szymczak M. (red.), 1989, *Słownik języka polskiego*, t. 3, Warszawa: PWN.
- Świerk J., 2010, *Rola benchmarkingu w doskonaleniu przedsiębiorstwa*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia” t. 44, nr 2.
- Thorelli H.B., 1986, *Networks: Between Markets and Hierarchies*, „Strategic Management Journal” vol. 7.

- Timmins N., 2005, *Challenges of Private Provision in the NHS*, „British Medical Journal” vol. 331.
- Tomaszewski A., 2013, *Problemy i metody w zarządzaniu organizacjami, czyli jak sprawnie zarządzać współczesnymi organizacjami*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Tomaszuk A., Wasilczuk A., 2020, *Organizacja w sieci relacji*, Białystok: Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- Trocki M., 2001a, *Outsourcing*, Warszawa: PWE.
- Trocki M., 2001b, *Outsourcing funkcji operacyjnych przedsiębiorstwa*, „Gospodarka Materialowa i Logistyka” nr 2.
- Trocki M., 2009, *Organizacja projektowa*, Warszawa: Bizarre.
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., 2000, *The New Public Health, An Introduction for the 21st Century*, San Diego: Academic Press.
- Visser J., Beech R., 2008, *Health Operations Management. Patient Flow Logistics in Health Care*, New York: Routledge.
- Walshe K., Smith J., 2011, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, przeł. M. Raulinajtys, Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Wasilewski L., 1992, *Kaizen – tajemnica sukcesu Japonii: na podstawie książki Masaaki Imai: „Kaizen – The Key to Japanese Competitive Success”*, Warszawa: Zetom.
- Wasilewski L., 1998, *Podstawy zarządzania jakością*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania.
- Waśniewski J., 2013, *Lean Management [w:] Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. idem, J. Strumiłło, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Waśniewski J., 2015, *Uwarunkowania efektywności zastosowania outsourcingu w ochronie zdrowia*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Waśniewski J., 2016, *Wykorzystanie outsourcingu w wybranych systemach ochrony zdrowia*, „Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia” nr 1.
- Waśniewski J., 2020, *Dostosowanie przychodni do standardów akredytacyjnych – studium przypadku*, Wolters Kluwer Polska, OpenLex.
- Waśniewski J., Strumiłło J. (red.), 2013, *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Weinbroum A.A., Ekstein P., Ezri T., 2003, *Efficiency of the Operating Room Suite*, „American Journal of Surgery” vol. 185, no. 3.
- Węgrzyn A., 2000, *Benchmarking – nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Kluczbork–Wrocław: Antykwa.
- Wiatrak A.P., 2003, *Organizacje sieciowe – istota ich działania i zarządzania*, „Współczesne Zarządzanie” nr 3.
- Wiśniewska-Szałek A., 2018, *Badanie potencjału gospodarczego regionu w kontekście identyfikacji inteligentnych sieci*, „Przegląd Organizacji” nr 4.
- Włodarczyk C., 2001, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojnarowska M., 2010, *Zarządzanie wiedzą w organizacji [w:] Koncepcje zarządzania*, red. M. Czerna, A.A. Szpitter, Warszawa: C.H. Beck.

- Wojnarowska M., 2013, *Zarządzanie wiedzą* [w:] *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. J. Waśniewski, J. Strumiłło, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Womack J.P., Jones D.T., 2003, *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, New York: Simon and Schuster.
- Woźnicki J. (red.), 2008, *Benchmarking w systemie szkolnictwa wyższego*, Warszawa: Fundacja Rektorów Polskich.
- Wrona B., 2011, *Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego” nr 11.
- Wronka M., Urbanowicz U., 2010, *Ocena efektywności wybranych działań podejmowanych w systemie ochrony zdrowia i jego podmiotach* [w:] *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Wróbel P., 2013, *Organizacja ucząca się* [w:] *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, red. J. Waśniewski, J. Strumiłło, Toruń: Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”.
- Zawadzka L., Zieliński G., 2009, *Modele doskonałości w opiece zdrowotnej* [w:] *Sukces organizacji. Istota, pomiar, uwarunkowania*, red. R. Rutka, P. Wróbel, Sopot: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego.
- Zgrzywa-Ziemak A., 2007, *Metody międzyorganizacyjnego uczenia się* [w:] *Sukces organizacji. Rola kapitału ludzkiego*, red. H. Czubasiewicz, W. Golnau, Sopot: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego.
- Zieleniewski J., 1972, *Organizacje zespołów ludzkich*, Warszawa: PWN.
- Zimniewicz K., 2009, *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, Warszawa: PWE.
- Zineldin M., Bredenlów T., 2003, *Strategic Alliances: Synergies and Challenges*, „International Journal of Physical Distribution and Logistics Management” vol. 33, no. 5.
- Zymonik J., Zymonik Z. (red.), 1997, *Systemy jakości w wytwarzaniu maszyn*, Wrocław: Samodzielna Agenda Wydawnicza SIMP.
- Zymonik Z., 2003, *Koszty jakości w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.
- Żebrucki Z., Kruczek M., 2018, *Uwarunkowania wdrożenia koncepcji Lean Management w sektorze MŚP*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” z. 120.

Źródła prawa

- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1320).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 514).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 944).

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398).
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1662).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 2135).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849).
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 702).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 567).
- Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619).
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567).
- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 695).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz. U. Nr 130, poz. 1074, ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150, poz. 1216, ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. poz. 2068).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24).

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 702).

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 849).

Netografia

Audit Commission, 2013, *Operating theatres – Review of national finding*, London, www.audit-commission.gov.uk [dostęp: 6.05.2020].

Baranowska-Skimina A., 2011, *Outsourcing w Polsce 2010 i prognozy 2011*, www.egospodarka.pl [dostęp: 31.12.2010].

DomData, 2017, *Analityka biznesowa w służbie zdrowia*, <https://domdata.pl/analitka-biznesowa-w-sluzbie-zdrowia-tak> [dostęp: 6.05.2020].

<https://gazetafinansowa.pl/20482/outourcing-d78/> [dostęp: 11.03.2020].

<https://sga.waw.pl/web/index.php/aktualnoci-artykuy-sga/50-aktualnoci/123-benchmarking-w-sluzbie-zdrowia> [dostęp: 6.05.2020].

<https://www.forbes.pl/dossier/outourcing-biznesu/gpe4xdh> [dostęp: 11.03.2020].

<https://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Benchmarking-w-polskiej-ochronie-zdrowia,147974.html> [dostęp: 6.05.2020].

Ministerstwo Zdrowia, 2018, *Mapy potrzeb zdrowotnych*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/mapa-potrzeb-zdrowotnych> [dostęp: 18.06.2020].

NIK, 2018, *Mapy potrzeb zdrowotnych do poprawki*, <https://www.nik.gov.pl/aktualnoci/mapy-potrzeb-zdrowotnych.html> [dostęp: 23.06.2020].

www.akademor.web.pl [dostęp: 2.07.2020].

www.mz.gov.pl [dostęp: 22.06.2020].

Raporty

NIK, 2019, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, opublikowany 30 maja 2019 r., Warszawa: Departament Zdrowia.

Normy

BS OHSAS 18001:2007 Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy.

PN-EN ISO 9000:2006 Systemy zarządzania jakością – Podstawy i terminologia.

- PN-EN ISO 9004:2010 Zarządzanie ukierunkowane na trwały sukces organizacji – Podejście wykorzystujące zarządzanie jakością.
- PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością – Wymagania.
- PN-EN ISO 14001:2005 Systemy Zarządzania Środowiskowego – Specyfikacja i wytyczne stosowania.
- PN-EN ISO 19011:2018 Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania.
- PN-ISO 45001:2018 Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Wymagania i wytyczne stosowania.
- PN-N 18001:2004 Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Wymagania.
- PN-N-18002:2011 Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Ogólne wytyczne do oceny ryzyka zawodowego.

Spis rysunków

1.1. Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne warunkujące zdrowie człowieka	21
1.2. Struktura organizacyjna polskiego systemu zdrowia	24
2.1. Klasyfikacja celów organizacji	45
2.2. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne efektywności sektora ochrony zdrowia ..	47
3.1. Metoda usprawniania (przeprojektowania) procesów i zarządzania nimi według G.A. Rummlera i A.P. Brache'a	64
4.1. Typowa ścieżka wdrażania outsourcingu	69
4.2. Ewolucja outsourcingu	70
4.3. Rodzaje outsourcingu	72
4.4. Model efektywnego outsourcingu według D. Browna i S. Wilsona	76
4.5. Model zastosowania outsourcingu opartego na cyklu działania zorganizowanego 77	
4.6. Grupy czynników determinujących zastosowanie outsourcingu	79
5.1. Przykładowe wykorzystanie mapowania łańcucha wartości do optymalizacji procesu wypłacania zasiłku pogrzebowego krotnym zmarłego	87
5.2. Etapy implementacji SMED	90
5.3. Schematyczne przedstawienie nowej strategii Virginia Mason Medical Center	98
6.1. Zależność pomiędzy liczbą serwerów i liczbą etapów w procesie obsługi pacjenta	113
7.1. Ery historii zarządzania	121
7.2. Koncepcje zarządzania naukowego	122
7.3. Rozwój systemów zarządzania jakością w ostatnim stuleciu	123

Spis rysunków	253
7.4. Proces akredytacji	130
7.5. Proces certyfikacji	131
7.6. Pomiar organizacji zgodnie z koncepcją nowego zarządzania publicznego	131
7.7. Model DEA	132
7.8. Model Servqual	132
7.9. Model PATH	133
7.10. Rodzaje zdarzeń niepożądanych	134
7.11. Klasyfikacja kosztów jakości	135
8.1. Koło Deminga	140
8.2. Przedstawienie struktury normy międzynarodowej PN-EN ISO 9001:2015 w cyklu PDCA	141
9.1. Piramida nadzoru nad systemem zarządzania jakością	162
9.2. Zarządzanie programem audytów	164
9.3. Sekwencja działań audytowych	165
9.4. Ocena audytora	167
10.1. Składniki TQM	172
10.2. Model TQM według J.S. Oaklanda	173
11.1. Hierarchia wiedzy	183
11.2. Proces przekształcenia danych w wiedzę	184
11.3. Koncepcja zarządzania wiedzą według G. Probst, S. Rauba i K. Romhardta	193
12.1. Model organizacyjnego uczenia się	198
12.2. Wybrane wyniki badania opinii pracowników w okresie transformacji szpitala (procent pracowników zgadzających się z danym stwierdzeniem)	205
13.1. Etapy wdrożenia benchmarkingu	217

Spis tablic

1.1. Wykaz wybranych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce	25
2.1. Cykl działania zorganizowanego według wybranych autorów	34
2.2. Skutki działania zorganizowanego w ujęciu prakseologicznym	36
2.3. Wybrane objaśnienia kategorii „efektywność”	37
2.4. Schemat dezagregacji pojęcia efektywności organizacji	39
2.5. Dziewięć zmiennych efektywności według G.A. Rummlera i A.P. Brache’a ...	42
2.6. Matryca kategorii efektywności systemu ochrony zdrowia	48
3.1. Działania usprawniające wykorzystywane w systematycznej reorganizacji przebiegu procesu w podmiotach leczniczych	57
3.2. Procedura usprawniania procesów według G.A. Rummlera i A.P. Brache’a ...	62
4.1. Porównanie outsourcingu kontraktowego z outsourcingiem kapitałowym ...	74
4.2. Zachowania pracowników względem firmy zewnętrznej	78
5.1. Różnice pomiędzy tradycyjną kulturą organizacyjną a kulturą Lean	85
5.2. Przykłady marnotrawstwa (muda) w szpitalach	93
5.3. Narzędzia w metodzie 5S	96
5.4. Wymierne efekty wdrożenia Lean Management w Victoria Mason Medical Center	100
6.1. Metody zarządzania czasem pracy w przedsiębiorstwie	103
6.2. Etapy implementacji TBS	107
7.1. Zestawienie podobieństw i różnic teorii jakości według prekursorów	125
10.1. Różnice i podobieństwa między TQM a ISO 9001	177
11.1. Rodzaje wiedzy	185

11.2. Kategorie wiedzy według OECD	186
11.3. Definicje zarządzania wiedzą	189
11.4. Zadania strategiczne i operacyjne zarządzania wiedzą	191
11.5. Model zarządzania wiedzą według I. Nonaki i H. Takeuchiego	192
12.1. Kultura organizacji a organizacyjne uczenie się	200
12.2. Przykładowe organizacyjne mechanizmy skłaniające pracowników do dzielenia się wiedzą	201
13.1. Podejścia do benchmarkingu	210
13.2. Wybrane zalety i wady wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu według kryterium podmiotowego	213
13.3. Zalety i wady wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu według kryterium przedmiotowego	214
13.4. Proces wdrożenia benchmarkingu według R.C. Campa	216
14.1. Proces tworzenia organizacji sieciowej	227