

PRACE NAUKOWE

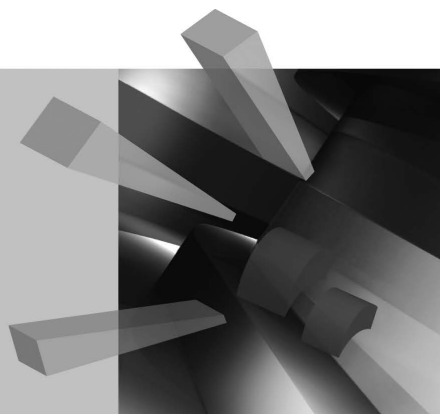
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

265

Orientacja na wyniki we współczesnej gospodarce



Redaktorzy naukowi

Tadeusz Borys

Piotr Rogala



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Witold Biały, Marek Bugdol, Joanna Ejdys, Piotr Grudowski,
Jan Jasiczak, Piotr Jedynek, Krystyna Lisiecka, Alina Matuszak-Flejszman,
Franciszek Mroczo, Bazyl Poskrobko, Piotr Przybyłowski, Tadeusz Sikora,
Elżbieta Skrzypek, Katarzyna Szczepańska, Stanisław Tkaczyk,
Maciej Urbaniak, Tadeusz Wawak, Małgorzata Wiśniewska,
Leszek Woźniak, Zofia Zymonik

Redakcja wydawnicza: Elżbieta Kożuchowska, Barbara Majewska

Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-203-1

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp	9
Anna Baraniecka , Konflikt celów w przedsiębiorstwie – identyfikacja, konsekwencje i sposoby eliminowania.....	11
Tomasz Brzozowski , Przegląd zarządzania a orientacja na wyniki	31
Marek Bugdol , Zaufanie jako wynik działalności organizacji	40
Joanna Cackowska, Katarzyna Szczepańska , Perspektywy satysfakcji nauczycieli	54
Małgorzata Chojnacka , Kryteria i metody oceny jakości obsługi klienta w wybranych przedsiębiorstwach transportu miejskiego	65
Marta Chudykowska , Wybrane problemy budowy i wdrażania zrównoważonej karty wyników w szpitalu.....	77
Sylwia Dziedzic , Analiza poziomu satysfakcji absolwentów Wydziału Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej	90
Zenon Foltynowicz, Marta Purol , Doskonalenie procesu zarządzania strategicznego zorientowanego na wyniki na przykładzie Wydziału Towaroznawstwa Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu	102
Bartosz Fortuński , „Wyniki” proekologicznego podejścia do energetyki w Unii Europejskiej w oparciu o model EFQM	113
Barbara Fura , Wpływ systemu zarządzania środowiskowego na wyniki przedsiębiorstw województwa podkarpackiego.....	126
Tomasz Greber , Kwantyfikacja wyników auditów trzeciej strony.....	136
Piotr Grudowski, Jacek Matusiak , Wybrane aspekty oceny satysfakcji i lojalności klientów i pracowników.....	144
Rafał Haffer , Systemy pomiaru wyników działalności polskich przedsiębiorstw i ich wpływ na osiągnięte wyniki.....	156
Liliana Hawrysz, Katarzyna Hys , Klient i jego satysfakcja w usługach administracji publicznej	172
Zbigniew Klos, Krzysztof Koper , Wybrane aspekty analizy orientacji na wynik w przedsiębiorstwach sektora spożywczego.....	184
Elżbieta Krodkiewska-Skoczylas, Grażyna Żarlicka , Zarządzanie procesowe stymulatorem doskonalenia wyników działalności organizacji publicznej.....	194
Marta Kusterka-Jefmańska, Bartłomiej Jefmański , Determinanty satysfakcji klientów z usług jednostek administracji publicznej – na przykładzie Urzędu Miasta w Dzierżonowie	208
Andrzej Kwintowski , Porównanie wybranych narzędzi związanych z postępowaniem z wyrobem niezgodnym.....	220

Krystyna Lisiecka, Łukasz Pajor , Proekologiczne zarządzanie przedsiębiorstwem – wyniki badań	229
Agata Lulewicz-Sas , Raportowanie działalności społecznie odpowiedzialnej przedsiębiorstw	245
Ewa Łosiewicz-Dniestrzańska , Pomiar jakości procesu realizacji usługi bankowej.....	260
Katarzyna Midor, Witold Biały , Wyniki badań oczekiwań i satysfakcji klientów uczelni wyższej z obszaru województwa śląskiego	271
Agnieszka Panasiewicz , Metodyka zarządzania ryzykiem zgodna ze standardem ISO 31000	282
Barbara Pytko , Doskonalenie zarządzania publicznego z wykorzystaniem wyników analizy przemian jakościowych	294
Paweł Rumniak , Kierunki rozwoju raportowania wewnętrznego przedsiębiorstwa.....	308
Renata Sosnowska-Noworól, Zdzisław Woźniak , Sformalizowany system – skuteczny instrument zarządzania czy hamulec rozwoju?	319
Barbara Sujak-Cyruł, Sylwia Dudziak-Kamieniarz , Edukacyjna wartość dodana a orientacja na wyniki – doniesienie z badań ankietowych	336
Maciej Urbaniak , Formy wstępnej oceny dostawców – wyniki badań.....	357
Izabela Witczak , Poprawa skuteczności i efektywności usług zdrowotnych w szpitalach poprzez wdrażanie standardów akredytacyjnych – analiza polskich i międzynarodowych doświadczeń	365
Marian Woźniak , Wykorzystanie Modelu Doskonałości EFQM do analizy żywotności gmin wiejskich na przykładzie wybranych gmin województwa podkarpackiego.....	374
Grażyna Paulina Wójcik , Wpływ systemów zarządzania na efektywność przedsiębiorstwa energetycznego	390
Sabina Zaremba-Warnke , Znaczenie ekotestów dla zapewnienia satysfakcji proekologicznym klientom	404
Anetta Zielińska , Metody wyceny obszarów przyrodniczo cennych	414

Summaries

Anna Baraniecka , The aim conflict in an enterprise – identification, consequences and ways of elimination.....	30
Tomasz Brzozowski , Management review vs. results orientation	39
Marek Bugdol , Trust as a result of an organization's activities	53
Joanna Cackowska, Katarzyna Szczepańska , Perspectives of teachers' satisfaction	64
Małgorzata Chojnacka , Criteria and methods of appraisal of quality of customer service in chosen enterprises of municipal transportation	76

Marta Chudykowska , Chosen aspects of designing and implementing the balanced scorecard in a hospital	89
Sylwia Dziedzic , Analysis of satisfaction level of the graduates of Faculty of Management at Rzeszów University of Technology	101
Zenon Foltynowicz, Marta Purol , Improving result-oriented strategic management – the case of commodity Science Faculty of the Poznań University of Economics	112
Bartosz Fortuński , „Results” of environmental approach towards European Union energy policy in the EFQM model.....	125
Barbara Fura , Influence of ISO 14001 system adoption on the performance of the Podkarpackie Voivodeship enterprises	134
Tomasz Greber , Quantification of results of third party audits	143
Piotr Grudowski, Jacek Matusiak , Selected aspects of the satisfaction and loyalty of customers and employees.....	154
Rafał Haffer , Performance measurement systems and their impact on results achieved by Polish companies	171
Liliana Hawrysz, Katarzyna Hys , Client and his satisfaction in public administration services.....	183
Zbigniew Kłos, Krzysztof Koper , Selected aspects of orientation analysis on results in food sector companies.....	193
Elżbieta Krodkiewska-Skoczylas, Grażyna Żarlicka , Process management as a stimulator for improving the results of public organization performance.....	207
Marta Kusterka-Jefmańska, Bartłomiej Jefmański , Determinants of customer satisfaction with public administration units services – the example of the municipal office of Dzierżoniów	218
Andrzej Kwintowski , Comparison of selected tools used in the control of a nonconforming product	228
Krystyna Lisiecka, Łukasz Pajor , Environment-friendly management – study findings	244
Agata Lulewicz-Sas , Reporting of socially responsible business.....	259
Ewa Łosiewicz-Dniestrzańska , Quality measurement of the banking service process	270
Katarzyna Midor, Witold Biały , Research results of expectations and satisfaction of clients of higher education institution in the Silesian Voivodeship region	281
Agnieszka Panasiewicz , Risk management methodology in accordance with ISO 31000 standard	293
Barbara Pytko , Public management improvement with the applience of analysis results of quality changes.....	307
Paweł Rumniak , Directions of changes and development of internal report systems	318

Renata Sosnowska-Noworól, Zdzisław Woźniak, A formalised system – an effective tool or an impediment?	335
Barbara Sujak-Cyrul, Sylwia Dudziak-Kamieniarz, Educational value added and focus on results – report from survey study	356
Maciej Urbaniak, Forms of a preliminary evaluation on suppliers – studies results.....	364
Izabela Witczak, Improving efficiency and effectiveness of health care in hospitals through the implementation of accreditation standards (The analysis of Polish and international experience).....	373
Marian Woźniak, The application of EFQM Quality Model for food analysis in rural communities on the example of Podkarpackie Voivodeship communities	389
Grażyna Paulina Wójcik, Impact of management on the effectiveness of power industry	403
Sabina Zaremba-Warnke, Eco-tests importance to ensure environmentally conscious customers satisfaction	413
Anetta Zielińska, Evaluation methods of naturally valuable areas	423

Marta Chudykowska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: marta.chudykowska@ue.wroc.pl

WYBRANE PROBLEMY BUDOWY I WDRAŻANIA ZRÓWNOWAŻONEJ KARTY WYNIKÓW W SZPITALU

Streszczenie: Artykuł omawia zagadnienia związane z procesem projektowania systemu pomiaru dokonań (SPD) dla szpitala na podstawie zrównoważonej karty wyników. Szczegółne uwarunkowania wiążące się z instytucją sektora publicznego, a zwłaszcza z sektorem służby zdrowia, wymagają uwzględnienia ich przy projektowaniu SPD. W tekście przedstawiono kwestie, które należy wziąć pod uwagę, a także ich wpływ na kształt SPD dla szpitala. Zakończono wpływ standardów akredytacyjnych, wdrażanych przez szpital, na kształt zarówno celów organizacji, jak i mierników weryfikujących stopień ich realizacji. W artykule zaproponowano układ perspektyw zrównoważonej karty wyników dla szpitala inspirowanej standardami akredytacyjnymi.

Słowa kluczowe: system pomiaru dokonań, zrównoważona karta wyników, akredytacja w ochronie zdrowia.

1. Wstęp

W organizacjach komercyjnych dążąc do maksymalizacji zysku właściciele kapitału wymagają od kierownictwa poszukiwania dróg eliminacji błędów, usterek, strat, marnotrawstwa oraz podejmowania inicjatyw zmierzających do generowania oszczędności. Działania mające na celu poprawę jakości produktów, a także zwiększenie efektywności procesów przybierają różnorodne formy. Wraz z rozwojem idei zarządzania jakością w sukurs przedsiębiorcom i menedżerom przychodziły takie koncepcje, jak: czternaście punktów (zasad) Deminga [Konarzewska-Gubała (red.) 2006], koncepcja Kaizen [Hamrol 2007], zbiór norm ISO seria 9000, metoda Six Sigma [Pande i in. 2003], model EFQM [Konarzewska-Gubała (red.) 2006] i wiele innych. W realizacji czynności zmierzających do optymalizacji wykorzystania ograniczonych zasobów oraz poprawy satysfakcji klientów, niezależnie od przyjętego modelu czy modeli, kluczową kwestią jest dostęp do informacji.

Procesy doskonalenia o rosnącym stopniu zaawansowania wymagają monitorowania, z drugiej strony minimalizowanie ryzyka przy podejmowaniu decyzji przez kierownictwo uzależnione jest od zasobu informacji pozostających do dyspozycji.

Dla zaspokojenia tych potrzeb organizacje mogą wdrażać pomiary lub systemy pomiaru dokonań (SPD), które z założenia mają dostarczać informacji o kondycji organizacji i jej procesów oraz umożliwiać ciągłe doskonalenie. Definicja zaproponowana przez A. Neely ukazuje pomiar dokonań jako proces kwantyfikacji efektywności i skuteczności podjętych działań, przy czym skuteczność odnosi się do stopnia, w jakim spełnione są wymagania klienta, efektywność zaś stanowi ekonomiczną miarę wykorzystania zasobów organizacji przy zapewnieniu określonego poziomu satysfakcji klienta [Neely i in. 2000].

Pomiar dokonań w sektorze publicznym (na który składają się: administracja publiczna, przedsiębiorstwa publiczne i przedsiębiorstwa użyteczności publicznej [Kudrycka 2001]), zatem również w służbie zdrowia, musi wpisać się w szczególne uwarunkowania. Oczywiście w procesie zarządzania i podejmowania decyzji kierownictwo, tak samo jak w przedsiębiorstwach komercyjnych, także potrzebuje maksymalnie szerokiego zasobu informacji. Jednak cechą różnicującą jest nadrzędny cel istnienia organizacji. Jednostki sektora publicznego powinny nade wszystko dążyć do realizacji misji (która w sektorze prywatnym stanowi głównie pewien azymut, a w niektórych przypadkach wręcz jedynie zabieg marketingowy), kwestie finansowe zaś pełnią rolę ograniczenia, warunków brzegowych. Odmienność priorytetów organizacji sektora publicznego istotnie wpływa na uszeregowanie celów, co za tym idzie – powinna znaleźć odzwierciedlenie w systemie pomiaru dokonań.

Odrębnym problemem jest kwestia standardów zarządzania, które w sektorze publicznym – często niepoddawane prawom wolnego rynku – rozwijały się inaczej niż w przedsiębiorstwach prywatnych. H. Krynicka [2006] i L. Kowalczyk [2008], badający zagadnienie, wskazują wiele cech charakteryzujących tradycyjny sposób zarządzania publicznego: scentralizowana struktura, niechęć do zmian organizacyjnych, określony budżet, wysoki stopień biurokratyzacji, dominacja pracy rutynowej według ściśle określonych procedur, rozmyty proces decyzyjny, nieostro zarysowana odpowiedzialność etc. Wymienione cechy mają wpływ na fakt, iż efektywność wydatkowania środków, a co za tym idzie zaspokajania potrzeb obywateli nie zawsze jest zadowalająca. Problem ten dostrzeżono na świecie w ostatnich dekadach XX wieku. Jako remedium zaproponowano tzw. Nowe Zarządzanie Publiczne (*New Public Management* – NPM), podejście mające zastąpić nieskuteczną i nieefektywną administrację publiczną przez wybrane praktyki zaczerpnięte z biznesu. H. Krynicka [2006] wskazuje, że NPM miało na celu m.in. nastawienie organizacji sektora publicznego na osiąganie wyników, doprowadzenie do decentralizacji zarządzania, przyjęcia perspektywy strategicznej oraz wykorzystywania mechanizmów rynkowych.

W Polsce model NPM nie jest wdrażany w sposób całościowy. Można jednak zauważyć inicjatywy w poszczególnych segmentach sektora publicznego, mające na celu poprawę efektywności i skuteczności funkcjonowania. Zakłady opieki zdrowotnej ze względu na swoją krytyczną rolę w państwie i jako jeden z głównych filarów sektora publicznego objęte są intensywnymi działaniami, zmierzającymi do optymalizacji ich funkcjonowania. W ramach programu operacyjnego „Kapitał

Ludzki” (poddziałanie „Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia”) realizuje się liczne przedsięwzięcia, zmierzające do usprawnienia zarządzania. Jednym z nich jest projekt realizowany przez Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie, zatytułowany „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej”. Przedsięwzięcie ma na celu szkolenie kadry zarządczej zakładów opieki zdrowotnej w zakresie możliwości wykorzystania narzędzi rachunkowości zarządczej, metodologii zbierania, przetwarzania i raportowania informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych oraz propagowanie wiedzy na temat nowoczesnych narzędzi restrukturyzacji ZOZ i modeli organizacji opieki zdrowotnej (*manager care*). Kolejnym projektem jest „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”. Inicjatywa ma na celu podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia przez wsparcie procesu akredytacji, a także zwiększenie liczby szpitali akredytowanych. W ramach projektu 188 zakładów opieki zdrowotnej ma uzyskać certyfikat akredytacyjny. Na koniec maja 2012 roku ważny certyfikat posiadało 107 szpitali¹.

Do realizacji ambitnych przedsięwzięć, do których motywowane są jednostki ochrony zdrowia, nieodzowny jest sprawny system pomiaru dokonań.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie kwestii związanych z budową systemu pomiaru dokonań dla szpitala (na przykładzie zrównoważonej karty wyników), a uwzględniających jego specyfikę jako podmiotu sektora publicznego i ochrony zdrowia. Uwzględnione również zostaną uwarunkowania narzucane przez wymogi standardów akredytacyjnych. W rezultacie rozważań zaproponowano układ perspektyw zrównoważonej karty wyników dla szpitala, inspirowany zestawem standardów akredytacyjnych, a także sposób przydzielenia standardów poszczególnym wymiarom.

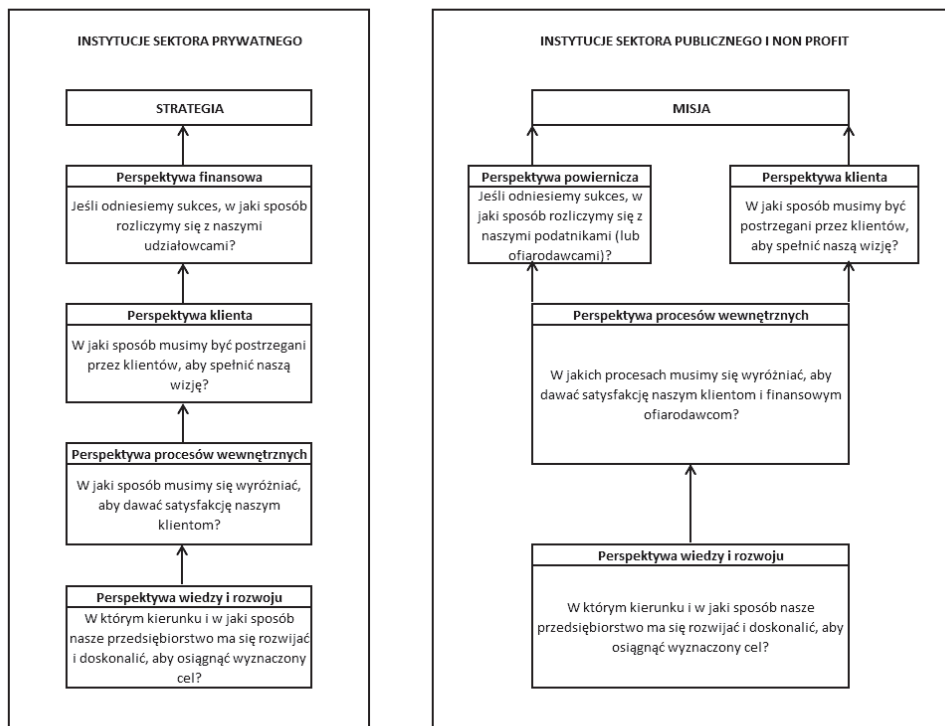
2. Pomiar dokonań w szpitalu przy zastosowaniu zrównoważonej karty wyników

Koncepcja Zrównoważonej Karty Wyników, która została opublikowana po raz pierwszy w roku 1992 przez D. Nortona i R. Kaplana, zdobyła rzesze zwolenników (B. Nita [2009] pisze wręcz, że jest to obecnie najpopularniejsze i najbardziej propagowane w literaturze podejście do zarządzania dokonaniem) z wielu względów – oprócz udowodnionej skuteczności [Kaplan, Norton 2001; Kaplan, Norton 2011] był to system uniwersalny i relatywnie prosty w swych założeniach. Idea zrównoważonej karty wyników jest przez swych twórców ciągle rozwijana, a jej przeznaczenie ewoluuje [Nita 2009]: początkowo wskazując cztery perspektywy pomiaru: finansową, klienta, wewnętrzną oraz innowacji i uczenia się, aby w finalnym kształcie uzyskać formę perspektyw: finansowej, klienta, procesów wewnętrznych oraz wiedzy i rozwoju. Zrównoważona karta wyników miała spełniać rolę zbioru mierników słu-

¹ <http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/>.

żącego kierownictwu do szybkiej i całościowej oceny przedsiębiorstwa. Druga odsłona zrównoważonej karty wyników uwypukliła związek przyczynowo-skutkowy między perspektywami, a także rozszerzyła zbiór i zakres zrównoważenia mierników. Przede wszystkim zaś zrównoważona karta wyników zaczęła być promowana jako narzędzie wdrażania strategii w przedsiębiorstwie (Kaplan i Norton [2001] podkreślali, że ich koncepcja ma służyć ucieleśnianiu sformułowanej uprzednio strategii, a także wskazywać obszary ewentualnych modyfikacji). Akt trzeci to dalsze rozwijanie potencjału zrównoważonej karty wyników w realizacji strategii, tym razem przy położeniu nacisku na zastosowanie map strategii. Najnowsza zaś, całościowa aktualizacja koncepcji, opublikowana w roku 2004, rozwija wątek mapowania strategicznego przy wykorzystaniu aktywów niematerialnych do tworzenia wartości [Nita 2009].

OGÓLNA MAPA STRATEGII



Rys. 1. Ogólna mapa strategii

Źródło: R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Mapy strategii w biznesie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2011.

Zrównoważona karta wyników stała się bardzo popularna w przedsiębiorstwach sektora prywatnego, jednak sektor publiczny również, dążąc do optymalizacji funkcjonowania, czerpał z idei Kaplana i Nortona.

Autorzy zrównoważonej karty wyników wskazywali (szczególnie donośnie w czwartej odsłonie koncepcji), że układ oraz istota perspektyw pomiaru powinny być uzależnione od specyfiki danej jednostki. Różnicę w podejściu do perspektyw organizacji komercyjnych i nienastawionych na zysk wyraźnie widać w układzie map strategii (rys. 1), zarysowujących ramowe związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy poszczególnymi perspektywami karty wyników.

Jako że szpitale należą do grupy organizacji non profit, należy odpowiednio dostosować kształt systemu pomiaru dokonań do specyfiki ich funkcjonowania. Proces formułowania zrównoważonej karty wyników w szpitalu można realizować zgodnie z następującymi etapami [Hass-Symotiuk (red.) 2011]:

- poprawne sformułowanie strategii szpitala na podstawie wyznaczonych misji i wizji,
- określenie perspektyw pomiaru i oceny dokonań,
- wyznaczenie celów i inicjatyw strategicznych w ramach określonych perspektyw,
- wybór mierników i wskaźników stopnia realizacji celów,
- opracowanie związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy celami (mapa strategii).

Powyższa kolejność działań może budzić pewne wątpliwości, jako że usytuowanie budowy mapy strategii na ostatnim miejscu zdaje się uniemożliwiać tworzenie wartości dodanej przez ten krok, przydając mu walorów głównie informacyjnych. O wiele bardziej użyteczne byłoby zbudowanie mapy strategii na etapie wyznaczania celów strategicznych w ramach określonych perspektyw, gdyż wówczas, tworząc ciągi przyczynowo-skutkowe przy zastosowaniu mapy strategii, można skuteczniej formułować cele w kolejnych perspektywach oraz zapewnić ich logiczne powiązanie, jednocześnie unikając „wrzucania” przypadkowych inicjatyw, konsumujących jedynie zasoby i nieprzyczyniających się istotnie do realizacji nadrzędnej misji.

Badanie sposobu dostosowania zrównoważonej karty wyników do specyfiki zakładów ochrony zdrowia było motywacją powstania dwóch publikacji [Gurd, Gao 2008; Azizi i in. 2012]. Autorzy poddali analizie kilkadziesiąt opisanych przypadków wdrożenia zrównoważonej karty wyników w jednostkach ochrony zdrowia na świecie. W swoich obserwacjach zwrócili uwagę na fakt, iż podejście do perspektyw zrównoważonej karty wyników w badanych jednostkach było bardziej elastyczne niż w innych branżach: cztery klasyczne perspektywy były zastosowane w kilku przypadkach, jednak często perspektywa finansowa ustępowała pierwszeństwa na rzecz pacjentów/klientów. Niejednokrotnie również wprowadzano dodatkowe obszary zrównoważonej karty wyników. Poniżej zamieszczono kilka przykładów zastosowanych perspektyw [Gurd, Gao 2008; Azizi i in. 2012]:

- publiczna; klienta; procesów wewnętrznych; wiedzy i rozwoju,

- obsługi klienta; procesów wewnętrznych; wewnętrznego rozwoju i wiedzy; finansowa,
- klienta (rząd i pacjenci); wiedzy i rozwoju; procesów wewnętrznych; kosztowa,
- ludzi; obsługi; jakości; finansowa; rozwoju,
- pacjenta i społeczeństwa; personelu; zdolności dostarczania świadczeń; poziomu świadczeń; systemów finansowych; całościowej wizji,
- finansowa; innowacji i rozwoju; opieki i usług; integracji systemów; badań.

H. Jakimowicz w opracowaniu pod redakcją M. Hass-Symotiuk [2011] proponuje z kolei następujący zestaw perspektyw systemu dla polskiego szpitala:

- perspektywa pacjentów i rynku,
- perspektywa procesów wewnętrznych, podzielona na dwie podsekcje – podnoszenia jakości oraz efektywności wykorzystania zasobów,
- perspektywa rozwoju podzielona na sekcje zasobów ludzkich, zasobów informacyjnych oraz zasobów technologicznych,
- perspektywa interesariuszy: organu założycielskiego, płatnika (NFZ) i Ministerstwa Zdrowia,
- perspektywa finansowa.

Autorka poprzestaje w projekcie zrównoważonej karty wyników na wypełnieniu perspektyw samymi miernikami, pozostawiając cele na dosyć ogólnym poziomie, co zdaje się sugerować, że sama karta ma spełniać głównie założenia pierwszej generacji koncepcji Kaplana i Nortona (choć omówione są ogólne zasady tworzenia map strategii czy inicjatyw strategicznych).

Istotnym etapem budowy zrównoważonej karty wyników jest przyporządkowanie celom z poszczególnych perspektyw właściwych mierników określających stopień ich realizacji. Ważne, aby liczba mierników nie była zbyt duża, gdyż sprzyja to utracie przejrzystości. Wielu autorów sugeruje stosowanie konkretnych mierników, jednak Kaplan i Norton podkreślali, aby ich zestaw był dostosowany do konkretnego przypadku organizacji [Kaplan, Norton 2001] i wytyczonych przez nią celów. Podobnie jak w przypadku doboru perspektyw, selekcja mierników w zrównoważonej karcie wyników szpitala powinna uwzględniać specyfikę tego sektora. W organizacjach ochrony zdrowia te same grupy mierników, które wykorzystuje się w przedsiębiorstwach komercyjnych, mają inny wydźwięk: B. Gurd i T. Gao [2008] wskazali np., że mierniki finansowe w organizacjach nastawionych na zysk ukazują zagregowaną skuteczność działań realizowanych w pozostałych perspektywach. Perspektywa finansowa dla szpitala przedstawia natomiast poziom oszczędności oraz efektywności wykorzystania zasobów przy realizacji celów w innych aspektach (koresponduje to również z układem perspektyw). Temat doboru mierników rozwinęto w kolejnych akapitach artykułu.

3. Wpływ standardów akredytacyjnych na kształt systemu pomiaru dokonań w szpitalu

W Polsce o akredytacji szpitali decyduje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), będące centralną jednostką resortu zdrowia. Powołano je w 1994 r. w celu inspirowania oraz wspierania działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez placówki polskiej opieki zdrowotnej. CMJ ma na celu:

- Przygotowanie i prowadzenie szkoleń,
- Przeprowadzanie i udoskonalanie procesu akredytacji,
- Monitorowanie wskaźników jakości,
- Ocenę jakości świadczeń wysokospecjalistycznych.

Akredytacja udzielana przez CMJ uważana jest za jedną z najskuteczniejszych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń. Certyfikat przyznawany jest placówkom opieki zdrowotnej, które w zadowalający sposób spełniają standardy akredytacyjne, czyli innymi słowy mierzalne kryteria oceny czynników mających największy wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i poziom świadczeń. System ten jest o tyle cenny, że w odróżnieniu od np. standardów ISO posiada szczegółowo określone standardy specyficzne dla ochrony zdrowia i pozwala ocenianym jednostkom na doskonalenie według jasno określonej listy wymogów².

Obowiązujący zbiór standardów akredytacyjnych składa się z 15 działów tematycznych, zawierających konkretne wymogi wraz z opisem, zasadami weryfikacji (wywiad z personelem, przegląd dokumentacji etc.) oraz punktacji. Szpital uzyskuje certyfikat po uzyskaniu co najmniej 75% liczby punktów, zatem jednostki mogą dokonać priorytetyzacji w trakcie wdrażania wymogów akredytacyjnych, rezygnując z pewnych ujętych w standardach rozwiązań, jeżeli te przekraczają ich możliwości. Priorytetyzacji należy dokonywać z rozważą, ponieważ standardom oprócz punktów przypisane są wagi, w skali czterostopniowej (1; 0,75; 0,5; 0,25), gdzie kryterium różnicującym jest wpływ danego wymogu na bezpieczeństwo pacjentów i personelu. Twórcy obowiązującego zestawu standardów wskazują, że jest on „zorientowany na dokonywanie pomiaru i prowadzenie analizy własnej działalności klinicznej” [Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009].

Rosnąca liczba jednostek ochrony zdrowia, dążąc do poprawy jakości oraz ciągłego doskonalenia, przystępuje do programu akredytacji. Jednocześnie pojawiają się w Polsce opracowania proponujące optymalizację zarządzania jednostkami ochrony zdrowia przy zastosowaniu opisanej wcześniej zrównoważonej karty wyników. Warto podjąć się próby połączenia wysiłków, w celu uniknięcia podwójnej pracy i ryzyka niespójności opracowywanych rozwiązań, dokonując powiązania zrównoważonej karty wyników ze standardami akredytacyjnymi. Ponadto wykorzystanie zrównoważonej karty wyników do monitorowania wieloaspektowego procesu

² www.cmj.org.pl.

wdrażania standardów akredytacyjnych może pomóc w konsolidacji ogólnej strategii szpitala z wymogami akredytacyjnymi, a także – przy właściwym nastawieniu najwyższego kierownictwa – doprowadzić do rzeczywistych, korzystnych zmian w kulturze organizacyjnej dzięki rozpowszechnianiu najlepszych praktyk z zakresu zarządzania (zrównoważona karta wyników) i sposobów dostarczania opieki (zestaw standardów akredytacyjnych). Warunkiem jest rzeczywiste zaangażowanie najwyższego kierownictwa w oba aspekty.

H. Jakimowicz, w cytowanym uprzednio opracowaniu pod redakcją M. Hass-Symotiuk [2011], uwzględni standardy akredytacyjne w propozycji zrównoważonej karty wyników dla szpitala, jednakże traktuje je jako byt jednorodny, umiejscawiając w perspektywie procesów wewnętrznych jako miernik stopnia podnoszenia jakości: „wskaźnik realizacji standardów akredytacyjnych”. Umieszczenie złożonego procesu realizacji standardów akredytacyjnych, angażującego wszystkich członków organizacji, jako jeden z mierników zdaje się nieefektywne z punktu widzenia zarządzania zarówno zrównoważoną kartą wyników, jak i przygotowania do akredytacji.

Po zapoznaniu się ze standardami akredytacyjnymi oraz przyświecającymi im priorytetami nasuwa się spostrzeżenie, że zarówno tradycyjna zrównoważona karta wyników, jak i model zaproponowany przez H. Jakimowicz [Hass-Symotiuk (red.) 2011] nie są w stu procentach z nimi kompatybilne. Poniżej przedstawiono propozycję układu perspektyw zrównoważonej karty wyników dla szpitala publicznego, inspirowanego zestawem standardów akredytacyjnych:

- Perspektywa bezpieczeństwa i skuteczności (terapii) – Tradycyjna perspektywa klienta w zrównoważonej karcie wyników przypisuje następujące główne cele: satysfakcji, utrzymania, pozyskiwania i rentowności [Kaplan, Norton 2001, s. 71]. Specyfika działalności szpitala publicznego oraz akcent zaznaczony przez twórców standardów akredytacyjnych powodują, że żaden z wymienionych celów zdaje się nie korespondować z priorytetami omawianej jednostki ochrony zdrowia. Stąd postulat umieszczenia jako pierwszej perspektywy bezpieczeństwa i skuteczności. W perspektywie tej celowo nie zostaje umieszczony miernik związany z satysfakcją klienta, jako że mogłoby to rodzić sytuacje, gdy zadowolenie byłoby przedkładane nad kwestie związane z bezpieczeństwem czy skutecznością podejmowanych działań („gorzkie lekarstwo”). Można jednakże rozważyć uwzględnienie w tej perspektywie aspektu „poczucia bezpieczeństwa pacjenta”, który to cel wydaje się nie tworzyć ryzyka konfliktu z zapewnieniem bezpieczeństwa i skuteczności terapii. Wyznacznikami tej kategorii mogą być, wymienione w zestawie standardów, dostęp pacjentów do zrozumiałych informacji o stanie zdrowia czy też uczestnictwo w procesie opieki krewnych lub innych bliskich wskazanych przez pacjenta.
- Perspektywa doskonałości operacyjnej – zastąpienie klasycznej perspektywy pacjenta przez wymiar bezpieczeństwa i skuteczności rodzi implikacje na niższym poziomie; perspektywa procesów wewnętrznych ustąpiła szerszej kategorii. Do-

skonałość operacyjna to termin stosowany najczęściej przez organizacje komercyjne, definiowany jako „zorientowanie się na potrzeby klienta, zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego, polegające na optymalizacji procesów i organizacji pracy, przekazywaniu kompetencji decyzyjnych do pracowników niższych szczebli” [*Doskonałość Operacyjna...* 2011; por. Sastri, Rao 2011]. Zawiera w sobie doskonalenie procesów wewnętrznych, lecz również cele zmierzające do poprawy zadowolenia klienta (miernik usunięty z perspektywy pierwszej), a także dostępności świadczeń, mierzonej np. przez średni czas oczekiwania na planowy zabieg, oraz efektywności funkcjonowania. Ponadto termin „doskonałość operacyjna” zdaje się lepiej oddawać priorytety przypisane tej perspektywie.

Kolejne perspektywy nie wymagają modyfikacji w stosunku do modelu, zaproponowanego przez H. Jakimowicz:

- Perspektywa wiedzy i rozwoju – cele związane z potencjałem kadrowym, możliwościami systemów informacyjnych oraz poziomem motywacji, decentralizacji i zbieżności celów [Kaplan, Norton 2001].
- Perspektywa interesariuszy – związana z dostosowaniem zakresu i liczby realizowanych świadczeń zarówno do potrzeb społeczności, jak i do interesów płatnika (NFZ) etc. [Hass-Symotiuł (red.) 2011].
- Perspektywa finansowa – istotą perspektywy jest ustanowienie docelowych wartości mierników finansowych, zapewniających realizację celów z powyższych wymiarów.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) rekomenduje, aby przy wdrażaniu standardów akredytacyjnych pogrupować je według przykładowych kryteriów, takich jak: poziom wymaganych nakładów finansowych, zasób czasu koniecznego do realizacji standardów, opór, który należy pokonać, by zrealizować wymagania standardów, a także wskazać, które kryteria szpital już spełnia, które może zrealizować przy odpowiednich nakładach oraz te, których nie da się spełnić ze względów finansowych, lokalowych lub administracyjnych³. Podział ten z pewnością może pomóc w podjęciu decyzji o właściwej alokacji zasobów w celu efektywnej realizacji projektu przygotowania do akredytacji.

Aby zaś realizację wymogów akredytacyjnych zintegrować ze zrównoważoną kartą wyników, a poszczególne standardy przypisać odpowiednim perspektywom, należy dokonać tego na etapie formułowania celów i inicjatyw strategicznych w ramach określonych perspektyw. W tym celu powinno się podjąć określone działania, po podzieleniu standardów akredytacyjnych według następujących kryteriów:

- Wdrożone/niewdrożone.
- Wdrażalne/niewdrażalne – biorąc pod uwagę minimalny zakres wdrożenia standardów akredytacyjnych na poziomie możliwie najwyższym, nie niższym zaś

³ http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=42.

niż wymagane 75%, biorąc pod uwagę fakt, iż wymogi krytyczne dla bezpieczeństwa punktowane są wyżej niż te niezwiązane z kwestiami bezpieczeństwa (można dokonać tego, nadając poszczególnym standardom odpowiedni priorytet). Do dalszej analizy pozostawiamy standardy wdrażalne.

- Statyczne/dynamiczne – należy rozróżnić, które standardy wymagają jednorazowego wdrożenia (np. „szpital określił zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala”), dla których zaś konieczne jest ustanowienie konkretnego procesu (np. „wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala”) bądź uzyskanie danego (wysokiego) stopnia realizacji.
- Strategiczne/operacyjne – należy w gronie specjalistów uznać, które z wymogów mają charakter strategiczny, które zaś operacyjny.

Kolejnym krokiem jest wyróżnienie standardów, które są statyczne i wdrożone – można je wykluczyć z planu realizacji wymogów akredytacyjnych, nie zapominając jednak o okresowej walidacji, czy bez zarzutu spełniają swoją rolę lub czy nie uległy dezaktualizacji.

Następnie standardy o charakterze strategicznym (wszystkie dynamiczne oraz statyczne niewdrożone) należy zweryfikować z istniejącą już strategią szpitala, uzupełniając ją o nieuwzględnione wcześniej cele, w przypadku pokrewnych zaś dokonać niezbędnej agregacji. Standardy o charakterze operacyjnym powinny zostać pogrupowane w jednorodne sekcje, dla których możliwa będzie jednoznaczna identyfikacja osób odpowiedzialnych, a następnie wyodrębnione sekcje powinny zostać zakotwiczone w perspektywie doskonałości operacyjnej. Standardy, które są zbyt szczegółowe, aby znaleźć się jako autonomiczne cele w strategicznej karcie wyników, a jednocześnie nie można uznać ich za operacyjne, można zaklasyfikować jako „inicjatywy strategiczne”, czyli działania podejmowane dla osiągnięcia wybranych celów strategicznych [Nieplowicz 2005].

W przypadku gdy cele (wynikające ze standardów akredytacyjnych) z wyższych perspektyw (bezpieczeństwa i skuteczności, doskonałości operacyjnej) wymagają nowych inicjatyw w perspektywie wiedzy i rozwoju, należy je uzupełnić. Po wykonaniu powyższych czynności należy dokonać ponownej weryfikacji włączonych do karty wyników celów i określić, czy ich wykonalność jest aktualna. Jeżeli wykonalność okaże się niemożliwa z powodu ograniczoności zasobów, należy zastanowić się, czy szpital zapewni cel nadrzędny (bezpieczeństwa i skuteczności) oraz uzyska akredytację bez newralgicznych standardów – jeżeli nie, należy uzupełnić perspektywę finansową strategicznej karty wyników o cele zmierzające do zabezpieczenia środków na realizację owych standardów.

Dalsze działania powinny być takie same jak przy budowaniu standardowej zrównoważonej karty wyników, począwszy od przypisania celom odpowiednich mierników stopnia ich realizacji. W przypadku celów bezpośrednio inspirowanych standardami akredytacyjnymi należy – gdzie to możliwe – posłużyć się wytycznymi ze zbioru standardów. Dla grupy zagregowanych standardów operacyjnych najlep-

szym miernikiem zdaje się ustalony procent stopnia realizacji standardów z danej kategorii. Wartość powinna zapewniać bezpieczną realizację minimum 75% spełnionych standardów. Dla mierników celów o charakterze statycznym wystarczy binarny zapis 0/1 (jest/nie ma), w przypadku zaś standardów, wymagających monitorowania danych aspektów (np. poziom satysfakcji pacjenta czy pracowników, skuteczności działań reanimacyjnych, walidacji danych o zakażeniach, przyczyn zgonów okołoperacyjnych etc.), należy wyznaczyć konkretne wartości docelowe.

Formułując zestawy celów w poszczególnych perspektywach oraz przypisując im mierniki, należy pamiętać o potencjalnych negatywnych konsekwencjach, jakie mogą wywołać pewne mierniki [Chudykowska 2011], w przypadku gdy z ich poziomu rozliczani będą pracownicy szpitala, i zastosować takie mierniki, które nie będą generować niepożądanych zachowań, lub – jeżeli nie ma innej możliwości – opatrzyć takie potencjalnie negatywnie wpływające miary kontrmiernikami, równoważącymi negatywny wpływ [Chudykowska 2012].

4. Zakończenie

Sugerowana sekwencja działań przygotowania do realizacji standardów akredytacyjnych, powiązana z budową zrównoważonej karty wyników, pozwala na logiczne uszeregowanie poszczególnych celów, a także stworzenie całościowego obrazu, który umożliwi wyjaśnienie personelowi szpitala zasadności istnienia poszczególnych wymogów w ciągu przyczynowo-skutkowym. Może to pomóc ożywić ideały stojące za podjęciem decyzji o ubieganiu się o akredytację, aby nie była ona celem samym w sobie, wdrożone zaś wymogi realnie przyczyniały się do realizacji misji szpitala.

Konkludując, integracja zrównoważonej karty wyników ze standardami akredytacyjnymi może zaowocować następującymi, obustronnymi korzyściami:

- Korzyści wynikające z wykorzystania zrównoważonej karty wyników do wdrażania standardów akredytacyjnych (SA):
 - Uporządkowanie kryteriów przy zastosowaniu powiązanych perspektyw pozwala uzyskać całościowy obraz dążeń szpitala.
 - Powiązanie poszczególnych celów, wynikających ze standardów akredytacyjnych, zależnościami przyczynowo-skutkowymi może pomóc w wyjaśnieniu personelowi zasadności wprowadzanych zmian.
 - Zrównoważona karta wyników i jej cykliczne monitorowanie pomaga wpleść wypełnianie standardów akredytacyjnych w proces ciągłego doskonalenia, zastępując działania *ad hoc*.
- Korzyści wynikające z uwzględnienia standardów akredytacyjnych przy budowie zrównoważonej karty wyników dla szpitala:
 - Bardziej funkcjonalny układ perspektyw, celów oraz zestaw mierników.
 - Wyznaczanie celów oraz mierników na podstawie obiektywnie istotnych kryteriów (standardów).

Proponowany zestaw perspektyw zrównoważonej karty wyników, kompatybilny ze standardami akredytacyjnymi, kształtuje się następująco:

- Perspektywa bezpieczeństwa i skuteczności (terapii).
- Perspektywa doskonałości operacyjnej.
- Perspektywa wiedzy i rozwoju.
- Perspektywa interesariuszy.
- Perspektywa finansowa.

W kolejnych etapach badania planowana jest empiryczna konsolidacja istniejącej strategii szpitala ze standardami akredytacyjnymi na podstawie zaproponowanego powyżej modelu. Do wyzwań należy takie sformułowanie poszczególnych segmentów zrównoważonej karty wyników, aby stopień jej rozbudowania nie powodował trudności z zarządzaniem, z drugiej zaś strony, aby przy zastosowaniu narzędzia skutecznie wesprzeć proces wdrażania i utrzymania standardów akredytacyjnych.

Literatura

- Azizi F., Behzadian M., Afshari A.J., *Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions*, „European Journal of Scientific Research” 2012.
- Chudykowska M., *Funkcje systemu pomiaru dokonań w kontekście wpływu na zachowanie członków organizacji*, „Zarządzanie Jakością” 2011, nr 2.
- Chudykowska M., *System pomiaru dokonań organizacji – przedmiot i narzędzie poprawy efektywności*, materiały konferencyjne V Konferencji Naukowej „Efektywność źródłem bogactwa narodów”, 2012 (w druku).
- Doskonałość Operacyjna, czyli jak efektywnie wykorzystać zasoby*, materiały konferencyjne ISPE Polska, Poznań 2011.
- Gurd B., Gao T., *Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations*, „International Journal of Productivity and Performance Management” 2008.
- Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2007.
- Hass-Symotiuik M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
- Kaplan R.S., Norton D.P., *Mapy strategii w biznesie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- Kaplan R.S., Norton D.P., *Strategiczna Karta Wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Konarzewska-Gubała E. (red.), *Zarządzanie przez jakość*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Kowalczyk L., *Współczesne zarządzanie publiczne jako wynik procesu zmian w podejściu do administracji publicznej*, Zeszyty Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości nr 1, Wałbrzych 2008.
- Krynicka H., *Koncepcja nowego zarządzania w sektorze publicznym (New Public Management)*, Prace Instytutu Prawa i Administracji PWSZ w Sulechowie, Studia Lubuskie nr 2, Sulechów 2006.
- Kudrycka B., *Rozwój kadr administracji publicznej*, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej, Białystok 2001.

- Neely A., Bourne M., Kennerley M., *Performance Measurement system design: developing and testing process-based approach*, „International Journal of Operations and Production Management” 2000.
- Nieplowicz M., *Zrównoważona karta wyników w realizacji strategii miasta* (praca doktorska), Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2005.
- Nita B., *Rola rachunkowości zarządczej we wspomaganiu zarządzania dokonaniem przedsiębiorstwa*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Pande P., Neuman R., Cavanagh R., *Six Sigma – sposób poprawy wyników nie tylko dla firm takich, jak GE czy Motorola*, Liber, Warszawa 2003.
- Sastri A.P., Rao K.N., *Coalesced quality management system: A collaborative service delivery model*, „International Journal of Advanced Computer Science and Applications” 2011.
- Vigoda E., *New Public management*, Encyclopedia of Public Administration and Public Policy, 2003.
- Zestaw Standardów Akredytacyjnych*, praca zbiorowa, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; Kraków 2009.

CHOSEN ASPECTS OF DESIGNING AND IMPLEMENTING THE BALANCED SCORECARD IN A HOSPITAL

Summary: The article discusses issues related to the process of designing and implementing the balanced scorecard in a hospital. Special conditions, influencing the public sector (also the healthcare) need to be considered when designing the performance measurement system. Particular emphasis was placed on how the accreditation standards, implemented by the hospital, impact the shape of both the organization’s objectives, as well as metrics introduced to verify the level of their accomplishment. The article contains the proposal of the balanced scorecard perspectives set inspired by the accreditation standards.

Keywords: Balanced Scorecard, performance measurement, healthcare accreditation.