

Katarzyna Burda-Świerz, Tomasz HOLECKI

Śląska Akademia Medyczna

DZIAŁANIA W ZAKRESIE WYBRANYCH METOD ZARZĄDZANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Praktyka zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej w obliczu wielu potrzeb społecznych oraz niezwykle dynamicznych przemian systemu wymaga nie tylko zastosowania właściwych technik zarządzania, ale również ciągłego ich udoskonalania.

Polska służba zdrowia, znajdując się w permanentnym procesie przebudowy, wymaga od kadry zarządczej elastycznych zachowań. Prezentowany materiał jest próbą przedstawienia wycinka praktycznej rzeczywistości zarządczej z punktu widzenia menedżersko zarządzanej placówki. Przedstawia konkretne narzędzia i techniki zarządzania w zestawieniu z egzemplifikacją ich wykorzystania.

Patrząc przez pryzmat wyników praktyki zarządzania, w wielu przypadkach czynnikiem, który decyduje o sukcesie danej organizacji, jest otwartość na zmiany. Zagadnienie zmian może odnosić się do wszystkich elementów organizacji i procesów zarządzania. Różne mogą mieć charakter i zakres zmian [Traczyk 2002, s. 43]. Na skutek urynkwienia systemu ochrony zdrowia zmieniła się także rola kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej z biernego administratora na aktywnego realizatora zadań i menedżera powierzonych mu zasobów. W zarządzających zakładami opieki zdrowotnej pokładane są ogromne oczekiwania i nadzieje na zmiany w zarządzaniu, które mogą polegać zarówno na wypracowaniu własnych formuł zarządzania i organizacji, jak również na adaptowaniu sprawdzonych w innych jednostkach rozwiązań [Cygan, Liman 2000, s. 36]. Na skutek przeprowadzonych reform zasady funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej zbliżone zostały do zasad funkcjonowania przedsiębiorstw. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (instytucje *non profit*), jak pisze J.L. Deffenbaugh, spełniają cztery podstawowe warunki stawiane przedsiębiorstwom biznesowym, ponieważ w swojej działalności kierują się kryterium ekonomicznym, mają jasno określony cel, którym jest wyleczony pacjent, w procesie udział biorą materiały i produkty, następuje sprzężenie zwrotne pomiędzy użytkownikiem a dostawcą [Durlik 2002, s. 121]. Umożliwiło to wykorzystanie w usprawnieniu funkcjonowania tych podmiotów instrumentów i doświadczeń z zakresu metod i technik zarządzania zmianą stoso-

wanych w innych organizacjach [Trocki 2002, s. 76-77]. Podejmując próbę wymienienia różnych rodzajów zmian w organizacjach opieki zdrowotnej, można wyodrębnić zmiany techniczne, usługi, strukturalne/strategiczne/administracyjne oraz kadrowe (szczegółowe dane prezentuje tab. 1).

Tabela 1. Obszary zmian w zakładach opieki zdrowotnej

Rodzaj zmiany	Obszar zmiany
Techniczna	dotyczy transformacji podstawowych metod pracy organizacji realizującej usługi zdrowotne; może obejmować modyfikację ruchu pacjentów wewnątrz jednostki, zakresu obowiązków i zadań personelu medycznego lub zmiany wynikające z zakupu nowego sprzętu dla realizacji bieżących usług
Usługi	dotyczy wprowadzenia nowych usług w danej organizacji; szpitale kliniczne mogą np. wypracować nowe metody diagnozowania i leczenia chorób; szpitale rejonowe, funkcjonujące w konkurencyjnym środowisku miejskim, dowiadują się o nowych usługach wdrażanych w innych szpitalach i również je oferują, aby przyciągnąć pacjentów
Administracyjna/ strukturalna / strategiczna	dotyczą działalności zarządczej w danej organizacji, np. zmian struktury organizacyjnej, personalnego układu władzy w organizacjach (formalnego kierownictwa, nieformalnych liderów), strategii, systemów informatycznych w celach zarządzania i klinicznych oraz systemów finansowych, a także sposobów funkcjonowania kanałów przepływu informacji; wiele organizacji opieki medycznej dokonało restrukturyzacji w celu właściwego zarządzania zakresem oferowanych świadczeń; inne organizacje wprowadziły płatne, dochodowe usługi lub zakupiły usługi od świadczeniodawców zewnętrznych
Kadrowa	mająca na celu próby kształtowania postawy, zachowania, umiejętności i wartości reprezentowanych przez pracowników oraz potencjału umiejętności intelektualnych i fizycznych

Źródło: [Hernandez, Kałużny 2001, s. 379-380; Traczyk 2002, s. 45].

Niektóre zakłady opieki zdrowotnej radzą sobie z pewnymi zmianami lepiej niż z innym, np. szpital może lepiej ustalać, rozwijać i sprzedawać nowe usługi, a znacznie trudniej przyjmować i wdrażać zmiany administracyjne. Kierownictwo organizacji ochrony zdrowia musi rozumieć charakter zmian, ich interakcje oraz czynniki wpływające na szybkość i efektywność wdrażania, a także instytucjonalizację niektórych zmian.

Na każdy rodzaj zmiany ma wpływ otoczenie, do którego zaliczyć można: normy prawne, warunki ekonomiczne, poziom kultury i techniki, położenie geograficzne, wpływy organów władzy państwowej i politycznej, oddziaływanie konkurencji, zdarzenia losowe [Hernandez, Kałużny 2001, s. 379-380; Traczyk 2002, s. 45]. Analizując tendencje w zakresie zarządzania, Z. Mikołajczyk wymienia metody, które noszą na całym świecie oryginalną, angielską nazwę (najczęściej trudno ją

dosłownie przetłumaczyć na język danego kraju) – reengineering, Total Quality Management, benchmarking, outsourcing i wiele innych. Według M. Hammera i J. Champyego, reengineering oznacza fundamentalne przemysłenie wszystkiego od podstaw i radykalne przeprojektowanie przedsiębiorstwa albo jego istotnych procesów działalności przy zastosowaniu nowoczesnej techniki informatycznej po to, aby w rezultacie osiągnąć istotną poprawę w krytycznych podstawowych miarach sprawności, takich jak: koszty, jakość, serwis i szybkość [Hammer, Champy 2002, s. 46]. Zgodnie z podejściem Morrisa i Brandona, oznacza on przeprojektowanie zakładu opieki zdrowotnej i wprowadzenie nowych procesów. Według wymienionych autorów, aby owo przeprojektowanie pozwalało na osiągnięcie sukcesu, powinno je cechować [Mikołajczyk 2003, s. 125]:

1. Zdolność do prowadzenia zmian zgodnie z właściwą i systematycznie stosowaną metodyką postępowania.
2. Skoordynowane zarządzanie zmianami w odniesieniu do wszystkich funkcji przedsiębiorstwa.
3. Zdolność określania, planowania i wdrażania zmian w sposób ciągły.
4. Zdolność analizowania wszystkich pełnych konsekwencji proponowanych zmian.
5. Zdolność modelowania i symulowania proponowanych zmian.
6. Zdolność wykorzystywania tych samych modeli w sposób stały.
7. Zdolność połączenia wszystkich parametrów organizacji w całość.

Najczęściej w praktyce zarządzania zakładami opieki zdrowotnej reengineering stosowany jest wówczas, gdy istniejące procesy są zaprojektowane tak źle, że ich udoskonalanie za pomocą niewielkich zmian nie prowadzi do istotnej poprawy [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2003, s. 133].

Włączenie outsourcingu do rozważań tendencji w zakresie metod i technik zarządzania znacznie rozszerza możliwości usprawnień w zakładach opieki zdrowotnej. Wyróżnia się dwa podstawowe typy outsourcingu [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2003, s. 133-138]:

1. Outsourcing kontraktowy – polega na wydzieleniu działalności ze struktury macierzystego zakładu opieki zdrowotnej i przekazanie jej do realizacji przez niezależny podmiot gospodarczy.
2. Outsourcing kapitałowy – polega na wydzieleniu funkcji działalności ze struktury macierzystego zakładu opieki zdrowotnej i przekazanie jej do realizacji przez podmiot powiązany (spółkę córkę) zakładu macierzystego.

Zróznicowanie rodzajów outsourcingu stwarza możliwość lepszego dostosowania prowadzonej działalności do wymogów jej skuteczności i efektywności. W przypadku szpitali podatne na wydzielenie są następujące funkcje: usługi rehabilitacyjne, usługi psychologiczne, utrzymanie zieleni, remonty i konserwacje, utylizacja odpadów, utrzymanie czystości, żywienie, ochrona mienia, usługi pralnicze, zaopatrzenie w gazy medyczne, ochrona przeciwpożarowa, obsługa informatyczna, inwestycje. Działalność żywieniowa w szpitalach może być zlikwidowana i przekazana niezależnej firmie cateringowej działającej na danym terenie, wyspecjalizowanej w usługach gastronomicznych, a dzięki temu mogącej świadczyć

usługi na najwyższym poziomie i po niższych kosztach. Szpitale mogą zdecydować się na likwidację działalności żywieniowej, gdyż nieopłacalne jest utrzymywanie własnej kuchni, osób w niej zatrudnionych oraz ponoszenie opłat za energię, gaz, wodę, pomieszczenia, zaopatrzenie w żywność, środki myjące itp. Bardziej korzystne jest wyodrębnienie kuchni ze struktury organizacyjnej szpitala i kupowanie posiłków na zewnątrz. Dzięki outsourcingowi żywienia szpital nie musi ponosić kosztów wynagrodzeń zatrudnionych osób, nie zajmuje się konserwacjami sprzętu, zakupami żywności. Często sprzęt wykorzystywany w kuchni wymaga wymiany i trzeba wydać znaczną sumę na konserwację i naprawę sprzętu. Szpital dzięki wynajęciu firmie gastronomicznej pomieszczeń kuchni otrzymuje czynsz dzierżawny, nie musi też ponosić kosztów za wodę, energię, śmieci itp. Mimo że po zleceniu outsourcingu kuchni szpital musi ponosić koszty posiłków, to posiada również przychody z tytułu dzierżawy, które znacznie obniżają łączny wydatek. Wydzielona i przekazana niezależnej firmie działalność może być szersza i może obejmować np. zaopatrzenie, pranie, naprawę, wymianę odzieży i pościeli. Działalność pralniczą szpitala można też wyłączyć z jego struktury i, zatrudniając dotychczasowych pracowników, na bazie istniejącego majątku utworzyć spółkę pralniczą świadczącą usługi pralnicze zarówno dla macierzystego szpitala, jak i pozostałych klientów (innych szpitali, hoteli, ośrodków wczasowych itp.) [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2003, s. 136-138].

Koncepcja benchmarkingu polega na wyborze przez dany zakład opieki zdrowotnej wzorcowego konkurenta (lidera), który funkcjonuje w roli układu odniesienia przy ocenie pozycji na rynku. Postępowanie takie ułatwia określenie luk efektywności i pożądanego poziomu osiągnięć oraz celów działania, które umożliwiają zbliżenie się do poziomu firmy wzorcowej. Na benchmarking składają się: ustalenie przedmiotu porównań, określenie najważniejszych zmiennych, które będą badane, wybór najlepszych w danej klasie przedsiębiorstw, ocena ich funkcjonowania i własnej sprawności, opracowanie programów i działań w celu zniwelowania stwierdzonej luki, wdrażanie i monitorowanie rezultatów. Benchmarking pozwala podnieść konkurencyjność firmy i jest skuteczną metodą stymulowania jej rozwoju, bowiem jego celem jest dorównanie liderowi [Śmid 2000, s. 36]. Wyróżnia się cztery typy benchmarkingu: wewnętrzny, z konkurencją, funkcyjny i rodzajowy. Benchmarking wewnętrzny polega na przeprowadzeniu porównań w obrębie jednostek organizacyjnych bądź terenowych tej samej placówki służby zdrowia. Benchmarking z konkurencją polega na porównywaniu się z konkurencyjnymi zakładami opieki zdrowotnej. Benchmarking funkcyjny polega na przeprowadzaniu porównań z podmiotami nie należącymi do konkurencji, ale działającymi w sposób godny uwagi. Przykładowo mogą nim być objęte wybrane funkcje, takie jak magazynowanie czy zaopatrzenie. Benchmarking rodzajowy porównuje procesy zachodzące w obrębie różnych dziedzin, ale niekoniecznie w tych samych branżach [Bendell, Boulter 2000, s. 85-87]. Wybór typu benchmarkingu oraz zakładu opieki zdrowotnej będącego wzorcem jest bardzo ważny i zależy od wielu czynników. Przed przystąpieniem do benchmarkingu należy zdefiniować procesy, które mają kluczowe znaczenie dla danego zakładu opieki zdrowotnej, i określić

charakteryzujące je wielkości oraz wskaźniki. Miejsca możliwych niedociągnięć czy braków zasługują na szczególną uwagę podczas analizowania pojedynczego procesu czy całej mapy procesów. Mogą to być luki w procesie powstałe na skutek szczególnych okoliczności, zbędne powtarzanie zabiegów, wyraźne niedociągnięcia organizacyjne, brak kontaktu z pacjentem, brak określenia odpowiedzialności, opóźnienia, brak kontroli i jasnych procedur. Aby przeprowadzać porównania z innymi podmiotami i przystępować do realizacji benchmarkingu świadczeniodawca powinien poświęcić swój czas na zrozumienie procesów i sposobu dochodzenia do obecnych wyników. Benchmarking – jak każda metoda – ma pewne wady (ograniczenia stosowania). Należą do nich długotrwałość procesu i długie oczekiwanie na efekty, czasochłonne wykonanie wstępnych analiz, wysoki stopień zaangażowania środków. Dzięki benchmarkingowi świadczeniodawca może osiągnąć takie korzyści, jak: poprawa efektywności działania, wzrost produktywności, obniżenie poziomu kosztów, zmiana zachowań i członków organizacji, rozumienie przebiegu i zależności procesów, zmiany w jakościowej kulturze organizacji oraz poprawa wewnętrznej logistyki. Należy jednak pamiętać, że benchmarking niesie ze sobą również zagrożenia – grozi stagnacją, jeśli dana grupa uzna siebie za najlepszą [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2003, s. 126-129]. Choć benchmarking można stosować w sektorze zarówno publicznym, jak prywatnym, jego zastosowanie w sferze publicznej jest utrudnione. Odpowiadają za to m.in.: biurokracja, inna kultura personelu, brak indywidualnej własności, odpowiedzialności, troski o klienta i upelnomocnienia personelu, brak przejrzystości transakcji, uzależniony od decyzji politycznych poziom i zakres usług (zwłaszcza w przypadku usług subwencjonowanych i bezpłatnych), wielkość i centralizacja jednostek działających czasami na podstawie rozbudowanej bazy technologicznej. Sektor publiczny posiada jednak olbrzymi potencjał dla rozwoju i doskonalenia swoich procesów i procedur [Bendell, Boulter 2000, s. 124]. Wśród metod zarządzania wykorzystywanych w celu wprowadzenia zmian w organizacjach szczególne miejsce zajmuje *Total Quality Management (TQM)*, czyli kompleksowe zarządzanie jakością. Najbardziej ogólnie można zdefiniować TQM jako program obejmujący wszystkie działania związane z jakością. Przede wszystkim to całkowite zaangażowanie na rzecz doskonalenia jakości, które wychodzi ze szczytu organizacji – od samego dyrektora – a następnie stopniowo schodzi w dół, wzdłuż całej hierarchii, aż do najniższych szczebli. Angażuje całą organizację, obejmuje każdy oddział oraz wszystkie działania, by doprowadzić do tego, że wszyscy będą wspólnie pracować nad osiągnięciem podstawowego celu [Ansell 1995, s. 25]. Zapewnienie jakości opieki zdrowotnej obejmuje projektowanie, monitorowanie i poprawę jakości. Projektowanie zawiera określenie wizji i ustalenie kryteriów wartości, opracowanie standardów postępowania i zapoznanie z nimi wszystkich pracowników. Uwzględni system monitorowania jakości i weryfikowania kompetencji, a w związku z tym – szkolenie pracowników i wzrost tych kompetencji. Na tym etapie uwzględniane jest stanowisko pacjentów. W procesie jakości uczestniczą bowiem nie tylko lekarze, pielęgniarki i działy diagnostyczne, ale również działy techniczne i jednostki administracyjne. Elementem kluczowym nowoczes-

nego systemu zapewnienia jakości opieki zdrowotnej jest praca zespołowa (zespół zapewnienia jakości). Praca zespołowa jest efektywniejsza, problemy do rozwiązania mają bowiem najczęściej charakter złożony i multidyscyplinarny (por. [Domalski 1998, s. 57 i nast.]). Istotne są również różne punkty widzenia i współdziałanie wielu osób znających elementy procesu. Zespół zapewnia większą ilość pomysłów, szerszą akceptację rozwiązań i wzajemne wspieranie się [Pierzchała 2000].

W krajach Unii Europejskiej (coraz powszechniej także w Polsce) poprawę jakości zarządzania osiąga się poprzez skodyfikowany system procedur opisanych w normach ISO 9000 [Hibner 2003, s. 29 i nast.]. Zmiana może wywoływać różne reakcje personelu zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej. Zwykle zmiany o większym zasięgu napotykać silniejszy opór. Obserwuje się prawidłowość polegającą na tym, że im dłużej dana organizacja wykonywała coś w dany sposób, tym większe jest prawdopodobieństwo oporu wobec zmian. Sugerowanym sposobem, jaki może zastosować kierownictwo w celu ograniczenia oporu przed wprowadzeniem nowoczesnych metod i technik zarządzania, jest wykazanie jeszcze przed wprowadzeniem zmian zarówno ich konieczności, jak i korzyści z nich płynących [Klich 2001, s. 137-138]. Każda zmiana – nawet najlepsza w swoich projektowanych założeniach – musi być wprowadzona w życie w określony sposób. Konieczne jest przyjęcie odpowiedniej metody do wprowadzania danego rodzaju zmiany po to, aby się ona powiodła [Włodarczyk, Sitko 1999, s. 141 i nast.]. To właśnie pracownicy zakładów opieki zdrowotnej odgrywają szczególną rolę w tym procesie. Jeżeli w sposób świadomy i aktywny włączają się w proces zmian i wykorzystują nowe szanse i możliwości, istnieje duże prawdopodobieństwo, że szeroko rozumiana zmiana będzie sukcesem dla ich organizacji. Liderem zmian może być tylko taka organizacja, która nie tylko wykazuje chęci i zdolności do modernizowania obecnych rozwiązań, lecz także do wprowadzania całkowicie odmiennych sposobów funkcjonowania w przyszłości. Wymaga to oparcia zarządzania zmianami na dwóch zasadach: odrzucenia przeszłości oraz przyjęcia polityki kreowania zmian [Drucker 2000, s. 74].

Literatura

- Ansell T. (1995), *Zarządzanie jakością w sektorze usług finansowych. Narzędzia zarządzania jakością oraz ich zastosowania*, Warszawa.
- Bendell T., Boulter L. (2000), *Benchmarking. Jak uzyskać przewagę nad konkurencją*, Kraków.
- Cygan Z., Liman J. (2000), *Koncepcja kierowania przedsiębiorstwem w warunkach społeczeństwa informacyjnego*, [w:] *Menedżer w dobie informacyjnej – postindustrialnej*, red. Z. Frankowicz, Wrocław.
- Domalski J. (1998), *Zarządzanie jakością w szpitalu*, „Antidotum”, nr 2.
- Drucker P. (2002), *Zarządzanie w XXI wieku*, [w:] *Zarządzanie zmianami w polskich spółkach giełdowych i innych organizacjach u progu XXI wieku*, red. M. Juchnowicz, Warszawa.
- Durlik M. (2002), *Zarządzanie procesami leczenia w opiece zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, Warszawa.
- Hammer M., Champy J. (1996), *Reengineering w przedsiębiorstwie*, [w:] *Wykorzystanie nowoczesnych instrumentów zarządzania w polskich przedsiębiorstwach*, red. E. Frankowska, T. Rek, Warszawa.
- Hernandez S.R., Kaluźny A.D. (2001), *Innowacje i zmiany organizacyjne*, [w:] *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, red. A.D. Kaluźny, S.M. Shortell, Kraków.
- Hibner E. (2003), *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Łódź.

- Klich J. (2001), *Zarządzanie strategiczne*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienia zarządzania w nowym stuleciu*, red. J. Klich, M. Whitfield, Kraków.
- Mikolajczyk Z. (2003), *Zarządzanie procesami zmian w organizacji*, Katowice.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Pierzchala W. (2000) *Jakość w medycynie. Jakość ma wymiar prawny i etyczny*, „Gazeta Szpitalna”, nr 7, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.
- Šmid W. (2000), *Leksykon menedżera*, Kraków.
- Traczyk Z. (2002), *Zmiany jako proces kształtowania organizacji*, [w:] *Zarządzanie zmianami w polskich spółkach giełdowych i innych organizacjach u progu XXI wieku*, red. M. Juchnowicz, Warszawa.
- Trocki M. (2002), *Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, Warszawa.
- Włodarczyk C., Sitko S. (1999), *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, Kraków.
- Zysnarska M. (1997), *Wprowadzanie zmian w zakładach opieki zdrowotnej – minimalizacja oporów*, [w:] *Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej. Choroby cywilizacyjne*, red. M.D. Glowacka, B. Pawlaczyk, Poznań.

THE TENDENCIES FOR SELECTED METHODS OF MANAGEMENT IN HEALTH SERVICE ADMINISTRATION

Summary

Nowadays we can observe dynamic changes in health protection system. The management in health service administration in the present situation when there are plenty of needs not only requires proper techniques but also continuous improvements in management style. Under these circumstances the change is a condition of success.

Polish health system, which is constantly rebuilding, requires professional and flexible leaders.

This article is an attempt to present new methods of management in Polish health service administration.