

**ZARZĄDZANIE
PODMIOTAMI LECZNICZYMI
PRZEKSZTAŁCANYMI
W SPÓŁKI PRAWA
HANDLOWEGO**

**ZARZĄDZANIE
PODMIOTAMI LECZNICZYMI
PRZEKSZTAŁCANYMI
W SPÓŁKI PRAWA
HANDLOWEGO**

**redakcja naukowa
Mirosław Jarosiński
Sławomir Winch**



**OFICyna WYDAWNICZA
SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE
WARSZAWA 2014**

**Publikacja finansowana w ramach projektu pt. Studia podyplomowe
„Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Europejskiego
Funduszu Społecznego (nr umowy: PO KL.02.03.04-00-044/12-00)**

Rada Naukowa

prof. dr hab. Ryszard Bartkowiak – przewodniczący
dr Piotr Wachowiak

Recenzent

prof. dr hab. Krzysztof Jarosiński

Redaktor

Ewa Bem

© Copyright by Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości
lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

Publikacja bezpłatna (egzemplarz bezpłatny)

Wydanie I

ISBN 978-83-7378-884-8

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza

02-554 Warszawa, al. Niepodległości 162
tel. 22 564 94 77, 22 564 94 86, fax 22 564 86 86
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl
e-mail: wydawnictwo@sgh.waw.pl

Projekt i wykonanie okładki

Monika Trypuz

Zdjęcie na okładce

Włodzimierz Gajda

Skład i łamanie

DM Quadro

Druk i oprawa

QUICK-DRUK s.c.
tel. 42 639 52 92
e-mail: quick@druk.pdi.pl

Zamówienie 11/I/14

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	7
<i>Marek Wójcik</i> Przekształcenia publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	9
<i>Maria Aluchna</i> Nadzór właścicielski	29
<i>Mirosław Jarosiński</i> Analiza rynku usług medycznych	43
<i>Agnieszka Sopińska</i> Strategie działania na rynku usług medycznych – strategia rozwoju organizacji	59
<i>Wioletta Jakubowska</i> Strategie konkurencji podmiotów leczniczych	81
<i>Renata Pajewska-Kwaśny</i> Ubezpieczenia w ochronie zdrowia	93
<i>Jacek Sawicki</i> Systemy informacyjne wspomagające zarządzanie w podmiotach leczniczych ..	109
<i>Krzysztof Oleszczyk</i> Zarządzanie przez jakość w podmiocie leczniczym	129
<i>Anna Winch</i> Marketing na rynku usług medycznych	147
<i>Małgorzata Winter</i> Biznesplan	161
<i>Małgorzata Winter</i> Rachunkowość podmiotów leczniczych – spółek prawa handlowego	173
<i>Sławomir Winch</i> Negocjacje w podmiotach leczniczych	185

<i>Lidia Jabłowska</i>	
Efektywna komunikacja w organizacji	199
<i>Sylwester Gregorczyk</i>	
Kierowanie zespołem	217
<i>Piotr Wachowiak</i>	
Zarządzanie kapitałem ludzkim w podmiotach leczniczych	233

SŁOWO WSTĘPNE

Szanowni Czytelnicy!

Miło nam przekazać w Państwa ręce monografię powstałą na potrzeby Studiów podyplomowych „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”. Jest to projekt realizowany w ramach programu operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (nr umowy: POKL.02.03.04–00–044/12-00). Uczestnikami projektu są osoby zajmujące stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Udział w studiach bierze sto dwadzieścia osób. Autorzy projektu to Mirosław Jarosiński oraz Maria Pietrzak – pracownicy Zakładu Zarządzania w Gospodarce, Instytutu Zarządzania Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Autorem programu studiów podyplomowych jest Mirosław Jarosiński.

Termin „podmiot leczniczy” jest bardzo szeroki. Określa on takie instytucje, jak szpitale o różnej formie własności, instytuty czy przychodnie zdrowia, w których mamy do czynienia z różnymi grupami pracowników, np. z lekarzami, pielęgniarkami, administracją. Wszystkie te organizacje oraz osoby w nich zatrudnione łączy w naszym projekcie jeden element – przekształcanie podmiotów w przedsiębiorstwa działające w oparciu o mechanizmy rynkowe.

Główną tezę monografii jest stwierdzenie głoszące, że podmioty lecznicze opierające się w swych działaniach na mechanizmach rynkowych powinny być zarządzane na zasadach obowiązujących w przedsiębiorstwach nastawionych na generowanie zysku. Zdajemy sobie sprawę z powstającego w takiej sytuacji fundamentalnego konfliktu między zyskiem organizacji a dobrem pacjenta, co może i z etycznego punktu widzenia powinno rodzić u zarządzających podmiotami leczniczymi działającymi w formie spółek prawa handlowego pewien dylemat. Mamy nadzieję, że zarówno program naszych studiów, jak i proponowana publikacja pozwalają w pewnym stopniu go rozwiązać.

Monografię otwiera rozdział Marka Wójcika wprowadzający w praktyczne aspekty – uwarunkowania prawne oraz strukturalne – przekształceń podmiotów leczniczych. W kolejnej części Maria Aluchna koncentruje się na kwestiach nadzoru właścicielskiego. Odpowiada na bardzo ważne pytanie: kto, w ramach

obowiązującego prawa, sprawuje nadzór nad daną organizacją? Mirosław Jarosiński, Agnieszka Sopińska i Wioletta Jakubowska zajmują się kwestią zarządzania strategicznego na rynku usług medycznych. Innymi słowy, odpowiadają na pytanie: jakich instrumentów użyć, by zdobyć i utrzymać przewagę konkurencyjną?

Kolejne teksty odnoszą się do funkcjonowania podmiotów leczniczych w kontekście działań innych instytucji. Renata Pajewska-Kwaśny podejmuje problematykę ubezpieczeń w ochronie zdrowia, a Jacek Sawicki opisuje zasady zarządzania informacją w podmiotach leczniczych.

W ostatniej części publikacji zyskujemy odpowiedź na pytanie: jak zarządzać podmiotem leczniczym? Rozpoczyna ją opracowanie Krystiana Oleszczyka podejmującego problematykę zarządzania jakością. Z kolei Małgorzata Winter porusza aspekty zarządzania w kontekście tworzenia biznesplanów oraz rachunkowości. Anna Winch koncentruje swoją uwagę na marketingu podmiotów leczniczych, zaś Sławomir Winch na negocjacjach, które są codziennością w działaniach każdego przedsiębiorstwa. Przedmiotem rozważań Lidii Jabłonowskiej jest natomiast komunikacja, niezbędna do zarządzania każdym zespołem. Ta kwestia jest również kluczowa w rozdziałach Sylwestra Gregorczyka i Piotra Wachowiaka.

Mamy nadzieję, że tematyka zajęć studiów podyplomowych oraz niniejsza monografia będą służyć poszerzeniu Państwa wiedzy na temat metod i technik zarządzania podmiotami leczniczymi działającymi na coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych.

Na koniec pragniemy podkreślić, że spotkania z Państwem w trakcie realizacji projektu dostarczyły nam wielu miłych doświadczeń. Nasze studia stały się okazją nie tylko do nawiązywania kontaktów zawodowych, ale także do kształtowania relacji osobistych. Za to wszystko dziękujemy Państwu w imieniu całego naszego zespołu.

*Mirosław Jarosiński
Sławomir Winch*

PRZEKSZTAŁCENIA PUBLICZNYCH SAMODZIELNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO

Wstęp

Uchwalenie ustawy o działalności leczniczej² spowodowało znaczący zwrot w procesie przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Ustawa ta weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., a jednym z jej najistotniejszych elementów jest zdefiniowanie procedury przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (akcyjne lub z o.o.). Do czasu uchwalenia ustawy przekształcenia tego typu opierały się na kruchej podstawie przepisów ustawy o gospodarce komunalnej³ i wiązały się jednocześnie z procesem likwidacji SPZOZ.

Regulacje ustawy o działalności leczniczej dotyczące przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową gwarantują pełną kontynuację działalności w nowej formie organizacyjnoprawnej. Przekształcenie jest dokonywane z udziałem podmiotu tworzącego SPZOZ (samorząd terytorialny, uczelnia medyczna, resort, centralny organ administracji rządowej). Zachętą do przekształcenia jest przede wszystkim możliwość uzyskania częściowego umorzenia zobowiązań publicznoprawnych podmiotu leczniczego oraz otrzymania przez podmiot tworzący dotacji celowej z budżetu państwa. Warunkiem skorzystania z tych atutów jest przekształcenie SPZOZ w okresie do 31 grudnia 2013 r.

Argumentem mobilizującym do podjęcia decyzji o przekształceniu jest mechanizm zawarty w art. 59 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten zobo-

¹ Mgr Marek Wójcik, zastępca sekretarza generalnego Związku Powiatów Polskich, wieloletni uczestnik prac zespołu do spraw ochrony zdrowia i polityki społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.

³ Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej, DzU 1997, nr 9, poz. 43 z późn. zm.

wiązuje podmiot tworzący do podjęcia decyzji w sprawie zmiany formy organizacyjnoprawnej podmiotu albo likwidacji SPZOZ w przypadku, gdy w okresie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ nie zostanie przez podmiot tworzący pokryty ujemny wynik finansowy za rok obrotowy objęty sprawozdaniem finansowym (po dodaniu kosztów amortyzacji). Szczegółowy opis mechanizmów dotyczących przekształceń SPZOZ w spółkę kapitałową zawarto w dalszej części opracowania. Zaprezentowano również skalę tego typu przekształceń dokonywanych od roku 1999.

1. Warianty zmiany formy organizacyjnoprawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Samorządy terytorialne, uczelnie medyczne, resorty mogą samodzielnie dokonywać wyboru formy organizacyjnoprawnej podmiotów leczniczych realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia.

W przypadku, gdy są to SPZOZ, to mogą one dalej funkcjonować, ale pod pewnymi warunkami. Najistotniejszym jest nieosiągnięcie przez SPZOZ ujemnego wyniku finansowego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (wynik finansowy za rok obrotowy po dodaniu kosztów amortyzacji) lub wynik ten jest każdorazowo pokrywany przez podmiot tworzący. W tabeli 1 zestawiono warianty potencjalnych możliwości w tym zakresie, wskazując na podstawowe uwarunkowania prawne i zarządcze, jakie w każdym z nich należy spełnić.

Tak więc przekształcenie SPZOZ może polegać na jego likwidacji bądź zmianie formy organizacyjnoprawnej w spółkę kapitałową lub jednostkę budżetową. Dalej szczegółowo opisano zasady dokonywania tego typu zmian.

Regulacje dotyczące przekształcania SPZOZ zawierają przepisy działu II ustawy o działalności leczniczej.⁴ Do czerwca 2011 r. przekształcenia SPZOZ w spółkę odbywały się na podstawie przepisów ustawy o gospodarce komunalnej,⁵ a likwidacja bądź łączenie w oparciu o przepisy nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.⁶

⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, op.cit.

⁵ Ibidem.

⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity: DzU 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.

Tabela 1. Warianty funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Forma organizacyjnoprawna	Przeształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową	Likwidacja SPZOZ	Połączenie SPZOZ z innym SPZOZ	Przeształcenie SPZOZ w jednostkę budżetową	Kontynuowanie działalności SPZOZ
Generalne założenie	Dobrowolne lub wymuszone przepisami ustawy o działalności leczniczej.	Wariant traktowany przez podmioty tworzące jako ostateczność.	Konsolidacja zasobów jako sposób na obniżenie kosztów i poprawę efektywności działania.	Rozwiązanie czysto teoretyczne, bowiem jednostka budżetowa pokrywa całość swoich wydatków bezpośrednio z budżetu podmiotu tworzącego.	Staly warunek: SPZOZ nie posiada ujemnego wyniku finansowego lub wynik ten jest każdorazowo pokrywany przez podmiot tworzący.
Warianty rozwiązań	Komercjalizacja (utworzenie jednoosobowej spółki).	Pełna likwidacja lub częściowa z równoczesnym wydzierżawieniem majątku zewnętrznemu operatorowi medycznemu („prywatyzacja” zadań publicznych).	Poprzez utworzenie nowego SPZOZ (w wyniku połączenia dwóch lub więcej istniejących obecnie SPZOZ).	Poprzez zarządzenie ministra, centralnego organu administracji rządowej lub wojewody oraz uchwałę organu stanowiącego JST. To rozwiązanie sankcjonuje głównie działanie podmiotów finansowanych ze środków resortowych.	Zachowując dotychczasowy zakres usług medycznych.
	Utworzenie spółki z udziałem kilku podmiotów publicznych.	Utworzenie spółki handlowego na bazie zlikwidowanego SPZOZ.	Poprzez przyłączenie innego SPZOZ.		Ograniczając zakres usług medycznych, przekazując pozostałe zewnętrznemu operatorowi medycznemu (wraz z dzierżawą lub sprzedażą majątku).
	Utworzenie spółki z udziałem podmiotu publicznego oraz podmiotów prywatnych (wyjątek: kliniki).		Poprzez przyłączenie się do innego SPZOZ.		

Źródło: opracowanie własne.

2. Przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego

2.1. Obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego SPZOZ przez podmiot tworzący

Regulacje ustawy o działalności leczniczej dotyczące przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową gwarantują pełną kontynuację działalności w nowej formie organizacyjnoprawnej. Przekształcenie SPZOZ jest dokonywane z udziałem podmiotu tworzącego (samorząd terytorialny, uczelnia medyczna, resort). Wymóg przekształcenia jest uzależniony od pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Argumentem mobilizującym do podjęcia decyzji o przekształceniu jest mechanizm zawarty w art. 59 ustawy. Przepis ten zobowiązuje podmiot tworzący do podjęcia decyzji w sprawie zmiany formy organizacyjnoprawnej podmiotu albo likwidacji SPZOZ w wypadku, gdy w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ nie zostanie przez podmiot tworzący pokryty ujemny wynik finansowy za rok obrotowy objęty sprawozdaniem finansowym (po dodaniu kosztów amortyzacji).

Warto podkreślić, że w projekcie ustawy posłużono się określeniem „upływ terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego”, a nie „dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego”, co sugerowałoby, iż rzeczony termin jest niezależny od tego, kiedy faktycznie sprawozdanie zostało zatwierdzone. Podmiot tworzący SPZOZ może pokryć w całości tak zdefiniowany ujemny wynik finansowy i wówczas unika konieczności likwidacji bądź przekształcenia SPZOZ.

Obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjnoprawnej SPZOZ albo jego likwidacji, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty przez podmiot tworzący, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2012. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu na spłatę ujemnego wyniku finansowego SPZOZ wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjnoprawnej bądź likwidacji SPZOZ.

2.2. Konsekwencje niepodjęcia przez jednostkę samorządu terytorialnego uchwały w sprawie przekształcenia SPZOZ

W ustawie o działalności leczniczej nie określono trybu postępowania w przypadku niepodjęcia przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) uchwały

w sprawie przekształcenia SPZOZ. Obowiązują więc przepisy ogólne zawarte w ustawach ustrojowych (o samorządzie gminy, powiatu i województwa). Stanowią one, że w razie powtarzającego się naruszenia przez organ stanowiący JST, konstytucji lub ustaw Sejm, na wniosek Prezesa Rady Ministrów, może w drodze uchwały rozwiązać organy JST. Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw administracji publicznej wyznacza wówczas osobę, która do czasu wyborów nowych organów JST pełni funkcję tych organów. Warunkiem zastosowania opisanej procedury jest jednak powtarzający się charakter naruszeń.

W razie nierokującego nadziei na szybką poprawę i przedłużającego się braku skuteczności w wykonywaniu zadań publicznych przez organy JST Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw administracji publicznej, może zawiesić organy JST i ustanowić zarząd komisaryczny na okres do 2 lat, nie dłużej jednak niż do wyboru organu wykonawczego w kolejnej kadencji. Ustanowienie zarządu komisarycznego może nastąpić po uprzednim przedstawieniu zarzutów organom JST i wezwaniu ich do niezwłocznego przedłożenia programu poprawy sytuacji.

2.3. Przekształcenie kilku SPZOZ w jedną spółkę kapitałową

Można dokonywać przekształcenia kilku SPZOZ w spółkę, zarówno mających ten sam, jak i różne podmioty tworzące (wówczas zobowiązane są zawrzeć porozumienie w sprawie przekształcenia).

Porozumienie to obejmuje wskazanie nazw i adresów SPZOZ mających podlegać przekształceniu w spółkę kapitałową; określenie poszczególnych składników mienia wnoszonego do spółki tytułem aportu przez poszczególne podmioty tworzące; określenie wartości i liczby udziałów albo akcji obejmowanych w zamian za aporty majątkowe wnoszone do spółki; wskazanie podmiotu tworzącego, który będzie wykonywał zadania organu dokonującego przekształcenia; zakres i wysokość kosztów przekształcenia ponoszonych przez poszczególne podmioty tworzące; wskazanie członków organów spółki pierwszej kadencji). Do porozumienia dołącza się projekt umowy spółki i projekt regulaminu organizacyjnego.

2.4. Przejęcie zobowiązań przekształcanego SPZOZ

Podmiot tworzący, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, ustala wskaźnik zadłużenia SPZOZ.

Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ, do sumy jego przychodów.

Jeżeli wartość tego wskaźnika wynosi:

- 1) powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 2) 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania SPZOZ.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

W praktyce możemy mieć do czynienia z przedstawionymi poniżej wariantami przejmowania zobowiązań przez podmiot tworzący.

Wskaźnik zadłużenia powyżej 0,5:

- podmiot tworzący przejmuje tylko nadwyżkę zadłużenia ponad wskaźnik 0,5,
- podmiot tworzący przejmuje część zadłużenia, wyższą niż obligatoryjny próg do wysokości wskaźnika 0,5,
- podmiot tworzący przejmuje całość zadłużenia.

Wskaźnik zadłużenia poniżej 0,5:

- podmiot tworzący przejmuje całość zadłużenia,
- podmiot tworzący przejmuje część zadłużenia,
- podmiot tworzący nie przejmuje zadłużenia.

Doświadczenia z dotychczasowej praktyki przekształcania SPZOZ wskazują, że podmioty tworzące przejmowały większość zobowiązań przekształcanych SPZOZ. Takie przejęcie jest, co do zasady, korzystne dla wierzyciela (podmiot tworzący jest w większym stopniu wypłacalny niż spółka).

2.5. Procedura przekształcania w spółkę kapitałową

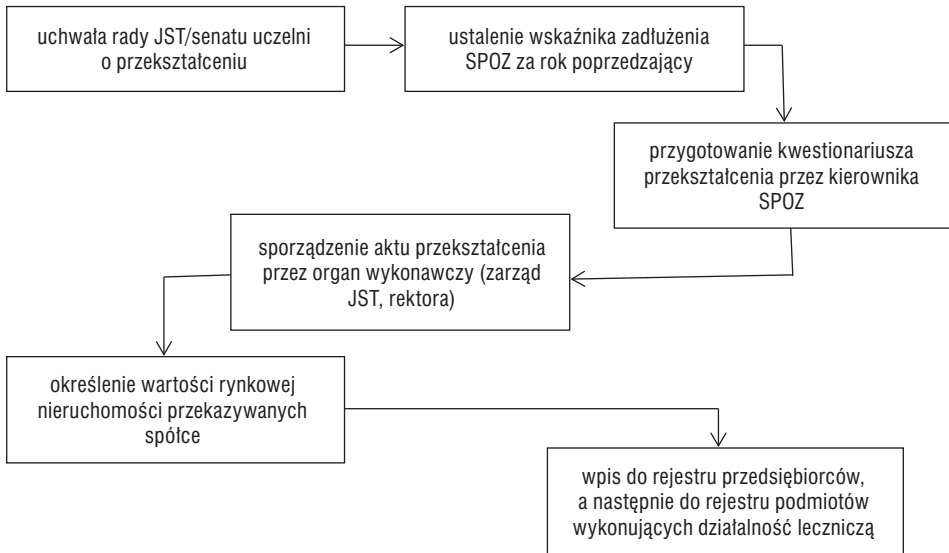
Proces przekształcania SPZOZ składa się z kilku elementów zaprezentowanych na rysunku 1 oraz omówionych w dalszej części opracowania.

Organem dokonującym przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową jest:

- 1) minister właściwy do spraw Skarbu Państwa – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- 2) organ wykonawczy JST – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego;

- 3) rektor – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 4) dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum.

Rysunek 1. Procedura przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową



długość procesu – minimum 3 miesiące

Źródło: opracowanie własne.

Kierownik SPZOZ jest obowiązany niezwłocznie doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia odpowiedzi na pytania zawarte w opracowanym przez resort Skarbu Państwa kwestionariuszu SPZOZ wraz z wymaganymi dokumentami, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

Do przekształcenia SPZOZ, dla którego podmiotem tworzącym jest JST, niezbędne jest wcześniejsze podjęcie przez organ stanowiący tej jednostki (radę gminy, powiatu albo sejmik województwa) stosownej uchwały. Ustrojowe ustawy samorządowe wymagają bowiem podjęcia tego typu uchwał w sprawie tworzenia i przystępowania do spółek przez gminy, powiaty lub województwa.

Organ dokonujący przekształcenia sporządza akt przekształcenia SPZOZ w spółkę.

Akt przekształcenia zawiera:

- 1) akt założycielski spółki,
- 2) imiona i nazwiska członków organów spółki pierwszej kadencji,
- 3) pierwszy regulamin organizacyjny.

Minister Skarbu Państwa określił wzór aktu przekształcenia, mając na celu zapewnienie sprawności procesu przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe. Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach Kodeksu spółek handlowych, poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.⁷

Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki kapitałowej składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a po uzyskaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców – wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Dniem przekształcenia SPZOZ w spółkę jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców. Z dniem przekształcenia następuje wykreślenie z urzędu SPZOZ z Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był SPZOZ (z kilkoma wyjątkami, opisanymi w dalszej części tekstu). Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego SPZOZ stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki. Wyjątkiem od tej zasady są osoby zatrudnione w przekształcanym SPZOZ na podstawie powołania. Ich stosunki pracy wygasają z dniem przekształcenia (dotyczy to dyrektora SPZOZ, który nie staje się automatycznie prezesem zarządu spółki).

Członkowie rad nadzorczych szpitalnych spółek powinni mieć uprawnienia do zasiadania w spółkach skarbu państwa (w przypadku rad nadzorczych pierwszej kadencji osoby, które nie posiadają tego typu uprawnienia, są obowiązane do ich uzyskania w terminie 6 miesięcy od dnia powołania, chyba że zostały zwolnione z tego obowiązku zgodnie z przepisami ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji).⁸

Podmiot tworzący dokonuje, na dzień poprzedzający przekształcenie, jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w tym dniu w posiadaniu SPZOZ, jeżeli nieruchomości te są przekazywane na własność spółce. Określenia wartości rynkowej nieruchomości dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie o gospodarce nieruchomościami.⁹

⁷ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, DzU 2000, nr 94, poz. 1037 z późn. zm.

⁸ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, DzU 1996, nr 118, poz. 561 z późn. zm.

⁹ Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami, DzU 1997, nr 115, poz. 741 z późn. zm.

Bilans zamknięcia SPZOZ staje się bilansem otwarcia spółki, przy czym suma kapitałów własnych jest równa sumie: funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem z uwzględnieniem korekty wartości wynikającej z przeszacowania do wartości rynkowej nieruchomości przekazywanych spółce oraz korekty nieumorzonej części wartości nieruchomości, które nie podlegają przekazaniu do spółki.

2.6. Uchwała o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego jako akt prawa miejscowego

Na gruncie przepisów ustawy o działalności leczniczej wątpliwości może budzić kwestia kwalifikowania uchwał organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego w sprawie przekształcenia SPZOZ. Ustawy regulujące ustrój JST nie definiują pojęcia aktu prawa miejscowego. W orzecznictwie przyjmuje się, że aby akt zaliczyć do aktu prawa miejscowego, powinien on spełniać następujące cechy:

- 1) adresat norm prawnych zawartych w takich aktach pozostaje poza strukturą administracji; akty prawa miejscowego są prawem dla wszystkich, którzy znajdują się w przewidzianej przez nie sytuacji;
- 2) terytorialny zasięg aktu prawa miejscowego;
- 3) normatywny charakter; akty prawa miejscowego – wypowiedzi wyznaczające adresatom pewien sposób zachowania się: mogą to być nakazy, zakazy lub uprawnienia; akty o charakterze jedynie opisowym, ocennym czy też wyrażające jedynie postulaty – nie są aktami prawa miejscowego;
- 4) generalny i abstrakcyjny charakter norm prawnych zawartych w takich aktach; charakter generalny mają te normy, które definiują adresata poprzez wskazanie cech; abstrakcyjność normy wyraża się w tym, że nakazywane, zakazywane lub dozwolone zachowanie ma mieć miejsce w pewnych, z reguły powtarzalnych okolicznościach, nie zaś w jednej konkretnej sytuacji; akty muszą być powtarzalne, nie mogą konsumować się przez jednorazowe zastosowanie.¹⁰

Na gruncie obowiązującej do 1 lipca 2011 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ukształtowało się orzecznictwo, które zaliczało uchwały w przedmiocie likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do aktów prawa miejscowego.

¹⁰ Wyrok WSA Kraków z 26 kwietnia 2012 r., sygn. II SA/Kr 485/12.

NSA wyraża pogląd, że „normy prawne dotyczące likwidacji zakładu opieki zdrowotnej mają charakter zewnętrzny, abstrakcyjny i generalny, skoro dotyczą zakresu dostępności do różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, skierowanych do wszystkich obywateli, jak też innych adresatów – organów, organizacji publicznych i prywatnych. [...] Akty podejmowane we wskazanym przedmiocie dotyczą zakresu dostępności do usług medycznych, a więc regulują publicznoprawne prawa i obowiązki jednostek – podmiotów zewnętrznych wobec administracji. W związku z tym nie można uznać, że mają one charakter wyłącznie wewnętrzny czy też organizacyjny”.¹¹

Kwalifikowanie uchwały w przedmiocie przekształcenia, jako aktu prawa miejscowego, ma istotne znaczenie dla przesądzenia, czy dany akt w ogóle wszedł w życie. Warunkiem wejścia w życie aktów prawa miejscowego jest ich ogłoszenie w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

Ustawodawca powinien jednoznacznie przesądzić w ustawie o działalności leczniczej o charakterze uchwały w przedmiocie przekształcenia SPZOZ w spółkę prawa handlowego. Aktualnie bowiem można skłaniać się do twierdzenia, że jest to akt o charakterze wewnętrznym, organizacyjnym. Koronny argument, który przesądzał o kwalifikowaniu uchwał w sprawie likwidacji zakładu opieki zdrowotnej do aktów prawa miejscowego, a dotyczący ograniczenia prawa do świadczeń, w przypadku zmiany formy organizacyjnoprawnej, nie ma bowiem zastosowania. Spółka powstała w wyniku przekształcenia z mocy prawa przejmuje prawa i obowiązki SPZOZ, w tym z mocy prawa staje się stroną umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Główny adresat uchwały organu stanowiącego pozostaje w strukturach administracyjnych jednostek samorządu terytorialnego. To organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego jest organem dokonującym przekształcenia.

Podmiotami, na które może oddziaływać powołany akt, są pracownicy SPZOZ. Co prawda zgodnie z ustawą o działalności leczniczej stają się oni pracownikami spółki prawa handlowego, powstałej w wyniku przekształcenia, niewątpliwie jednak ich sytuacja faktyczna ulega zmianie. Jeżeli uchwała zakreśla krąg osób zainteresowanych jej działaniem jedynie do pracowników, a więc zindywidualizowanej grupy zatrudnionych, taki akt należy zakwalifikować do grupy aktów organizacyjnych, a zatem nieposiadających waloru przepisu powszechnie

¹¹ Wyrok NSA z dnia 5 czerwca 2012 r., sygn. II OSK 2306/11. Podobny pogląd dotyczący kwalifikowania uchwał w przedmiocie likwidacji zakładu opieki zdrowotnej wyrażono w wyroku NSA z dnia 10 marca 2009 r., sygn. akt II OSK 1623/08 oraz w wyroku z dnia 17 marca 2011 r., sygn. akt II OSK 2393/10.

obowiązującego.¹² Wszystkie te argumenty przemawiają za tym, aby traktować uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej SPZOZ-u, jako akty prawa miejscowego. Trudno jednak przesądzić jednoznacznie, czy w takim kierunku pójdzie orzecznictwo sądów administracyjnych.

2.7. Mechanizm wsparcia procesu przekształceń z budżetu państwa

Jeżeli podmiot tworzący przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r., umarza się znane na dzień 31 grudnia 2009 r. zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od SPZOZ wraz z odsetkami:

- 1) z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych;
- 2) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne;
- 3) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 4) z tytułu:
 - a) opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska,
 - b) opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów Prawa ochrony środowiska,
 - c) opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów Prawa wodnego – stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład;
- 5) z tytułu administracyjnych kar pieniężnych określonych w przepisach ustaw wymienionych w pkt. 4;
- 6) z tytułu opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa;
- 7) z tytułu odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia, od zaległości wymienionych w pkt. 1–6.

¹² Przykładowo w wyroku WSA w Bydgoszczy z dnia 13 października 2009 r., sygn. II SA/Bd 587/09 oraz wyroku NSA z dnia 12 kwietnia 2011 r., sygn. OSK 54/11.

Umorzeniu podlegają również:

- 1) wymienione powyżej zobowiązania w stosunku do których do dnia przekształcenia zostały wydane decyzje rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności albo gdy zobowiązania te stanowią należności sporne;
- 2) opłaty prolongacyjne ustalone w związku z decyzjami, o których mowa w pkt. 1;
- 3) koszty egzekucyjne dotyczące zobowiązań.

Warunkami uzyskania przez podmiot tworzący SPZOZ dotacji z budżetu państwa są:

- 1) wpisanie spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r.;
- 2) spełnienie minimum jednej z wymienionych niżej przestanków polegających na:
 - a) zawarciu ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich, lub
 - b) istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lub
 - c) uiszczeniu przez podmiot tworzący, który przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu, lub
 - d) istnieniu w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2009 r., lub
 - e) poniesieniu kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości przekazywanej do spółki, lub
 - f) spłacie przez podmiot tworzący, który przekształcił SPZOZ w spółkę kapitałową, kredytów bankowych zaciągniętych przez SPZOZ poręczonych przez ten podmiot, dokonanej do dnia 31 grudnia 2009 r.

Wniosek o udzielenie dotacji składa się do ministra zdrowia, nie później niż do dnia 31 grudnia 2013 r. (wniosek złożony po tym dniu podlega zwrotowi bez rozpatrzenia). Resort zdrowia rozpatruje wnioski według kolejności ich wpływu.

Dotację przeznaczają się na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości przekazywanej spółce.

2.8. Zakres dokumentów potrzebnych do potwierdzenia spełnienia warunków uprawniających do otrzymania dotacji z budżetu państwa

Możliwość uzyskania dotacji z budżetu państwa jest związana z zaistnieniem różnych sytuacji wymienionych w art. 197 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Jedną z nich jest zawarcie ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich (art. 197 pkt 2 lit. a ustawy).

Użyte przez ustawodawcę określenie budzi, niestety, liczne wątpliwości – głównie ze względu na terminologię daleką od precyzji języka prawnego.

Tytułem przykładu:

- Przesłanką wystąpienia o uzyskanie dotacji jest zawarcie ugody z wierzycielami. Wydaje się, że pojęcie to zostało użyte w potocznym znaczeniu tego słowa, jako „porozumienie kończące spór, osiągnane wskutek wzajemnych lub jednostronnych ustępstw”.¹³ Z prawnego punktu widzenia wyróżniamy bowiem dwie kategorie ugód: ugody materialnoprawne (znajdujące swoje oparcie w przepisach Kodeksu cywilnego¹⁴) oraz ugody sądowe (mające swoje umocowanie w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego¹⁵) – i zasadniczo ugoda wskazana w art. 197 pkt 2 lit. a ustawy nie jest żadną z nich. W odniesieniu do ugód materialnoprawnych definicję zawiera art. 917 Kodeksu cywilnego – jeden z dwóch przepisów tytułu XXXV Ugoda. Wynika z niego, że przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Doktryna wskazuje, że jeśli strony nadają nową treść niespornemu stosunkowi prawnemu, to jedynie modyfikują jego treść, tymczasem do uznania danej umowy za ugodę konieczne jest dokonanie modyfikacji w warunkach niepewności czy konfliktu interesów. Podkreśla się również, że dla skuteczności zawarcia ugody istnieje potrzeba wzajemnych ustępstw z obu stron. Uczynienie ustępstw jedynie przez jedną ze stron nie ma cech ugody.

¹³ *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*, pr. zb. pod red. J. Bralczyka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 874.

¹⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, DzU 1964, nr 16, poz. 93 z późn. zm.

¹⁵ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, DzU 1964, nr 43, poz. 296 z późn. zm.

Oznacza to, że zawarcie ugody materialnoprawnej już po przejęciu zobowiązań przez podmiot tworzący jest praktycznie niemożliwe, gdyż nie będą spełnione konstytutywne cechy ugody – przede wszystkim istnienie wzajemnych ustępstw. Z kolei ugoda sądowa ma miejsce dopiero w sytuacji toczącego się sporu sądowego, co nie będzie miało miejsca w większości przypadków.

- Ustawa mówi o ugodzie z „wierzycielami”, nie precyzując, czy chodzi o wszystkich, czy część wierzycieli. Wydaje się, że wystarczające jest, by odpowiednia umowa została zawarta przynajmniej z częścią wierzycieli – bez wymogu objęcia nią wszystkich.
- Pojęcie „umorzenia” jest pojęciem stosowanym głównie w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych. W znaczeniu cywilnoprawnym jest ono stosowane dla oznaczenia wygaśnięcia zobowiązania z woli stron w inny sposób niż jego wykonanie.¹⁶ Wydaje się, że ustawodawca, posługując się pojęciem „umorzenia”, miał na myśli cywilnoprawną instytucję zwolnienia z długu.¹⁷

Wydaje się zatem, że warunek określony w art. 197 pkt 2 lit. a omawianej ustawy należy rozumieć jako zawarcie z co najmniej częścią wierzycieli umowy, w której wyniku podmiot tworzący zostaje zwolniony z przynajmniej części długu powstałego w wyniku przejęcia zobowiązań przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Literalna analiza warunku wskazywałaby dodatkowo, że zwolnienie z długu musiałoby następować bezwarunkowo z chwilą zawarcia umowy. Interpretacja taka byłaby spójna z art. 198 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej, który wysokość otrzymanej dotacji uzależnia od wartości umorzonych wierzytelności lub odsetek. Umorzonych, a zatem nieprzewidzianych do umorzenia w przyszłości po upływie wskazanego terminu, czy po spełnieniu określonego warunku (np. zapłaty określonej części zobowiązania). Wykładnia funkcjonalna pozwala jednak twierdzić, że sama umowa może przewidywać zwolnienie z długu pod warunkiem zawieszającym lub z zastrzeżeniem terminu zawieszającego.

Wystąpienie o dotację musi jednak nastąpić po upływie terminu albo po ziszczeniu się warunku. Konstatacja ta pozwala ustalić zakres dokumentów koniecznych do przedłożenia przy ubieganiu się o dotację. Wniosek o udzielenie dotacji składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie przesłanek udzielenia dotacji (art. 198 ust. 1 ustawy). Przepis ten oznacza, że w sytuacji przewidzianej w art. 197 pkt 2 lit. a ustawy podmiot

¹⁶ Porównaj art. 504 i 505 Kc – umorzenie przez potrącenie, art. 506 – umorzenie przez odnowienie.

¹⁷ Art. 508 Kodeksu cywilnego.

tworzący jest zobowiązany przedłożyć wraz z wnioskiem „ugodę z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych przejętych od SPZOZ, obejmującą co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich”. Czyli umowę, w której wyniku podmiot tworzący zostaje zwolniony z przynajmniej części długu powstałego w wyniku przejęcia zobowiązań przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Jeśli umowa przewiduje bezwarunkowe zwolnienie z długu – jest ona wystarczającym dokumentem potwierdzającym spełnienie przesłanek udzielenia dotacji. Jeśli natomiast zwolnienie z długu następuje pod warunkiem (odpowiednio – z zastrzeżeniem terminu), to wraz z umową należy przedłożyć dowody potwierdzające, że warunek się ziścił, a zatem że zwolnienie z długu faktycznie nastąpiło.

Gdy warunkiem tym jest wykonanie zobowiązania w określonej części, dowodami takimi będą kopie odpowiednich przelewów bankowych, których w ogólności przedkładać nie trzeba.

2.9. Pojęcie kosztów przekształcenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej

Zgodnie z art. 201 ustawy otrzymana przez organ tworzący dotacja z budżetu państwa nie może być przeznaczona na dowolne cele. Ustawa wprowadziła bowiem zamknięty katalog celów, na które dotacja ta może być przeznaczona.

Katalog ten obejmuje:

- spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ,
- spłatę odsetek od zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ,
- pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2 ustawy.

Pierwsze dwa przypadki nie budzą poważniejszych wątpliwości. Sprowadzają się one do spełnienia świadczeń pieniężnych wynikających z jasno określonych zobowiązań. Co oczywiste, spełnienie świadczeń powinno nastąpić po uzyskaniu dotacji.

Trzeci z wymienionych w przepisie przypadków ma zupełnie inny charakter, dotyczy bowiem zrefundowania wydatków poniesionych przed uzyskaniem dotacji. W praktyce zatem są to środki, które pozostają w budżecie organu tworzącego (bez przeznaczenia na spłatę przejętych zobowiązań i odsetek od nich). Wielkość tych środków jest zdeterminowana przez wysokość kosztów przekształcenia. Kluczowe więc staje się wyjaśnienie pojęcia koszty przekształcenia.

Opierając się na wykładni językowej, możemy stwierdzić, że pod pojęciem kosztów przekształcenia należy rozumieć wszystkie wydatki, które zostały

poniesione zarówno przez podmiot tworzący, jak i samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w związku z przeprowadzanym przekształceniem, tj. nie byłyby one poniesione, gdyby nie została podjęta decyzja o przeprowadzeniu procesu przekształcenia.

Niestety, resort zdrowia traktuje koszty przekształcenia bardzo wąsko. W sytuacji udzielania podmiotom tworzącym dotacji z budżetu państwa akceptował jedynie przeznaczenie jej na opłacenie kosztów wyceny nieruchomości oraz zapłacenie VAT od aportu wnoszonego do spółki. Tego typu zawężenie należy uznać za dyskusyjne i nie znajduje oparcia w przepisach prawa.

2.10. Skala wsparcia przekształceń z budżetu państwa

W związku z realizacją zapisów ustawy o działalności leczniczej na wsparcie procesu przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe łącznie zaplanowano kwotę 1,4 mld zł (wnioski o dotację z budżetu państwa można składać w okresie do 31 grudnia 2013 r.). Faktyczna wielkość środków przekazywanych podmiotom tworzącym dokonującym przekształceń SPZOZ będzie jednak o wiele mniejsza.

Łącznie w latach 2012–2013 z dofinansowania skorzystały 23 podmioty tworzące, które przekształciły 33 SPZOZ w spółki prawa handlowego na łączną kwotę 269 198 tys. zł, w tym:

- w roku 2012 – 6 podmiotów tworzących dla 10 SPZOZ, na kwotę 39 079 tys. zł,
- w roku 2013 – 17 podmiotów tworzących dla 23 SPZOZ, na kwotę 230 118,4 tys. zł.

W kwotach dotyczących roku 2013 uwzględniono jedynie wnioski podmiotów tworzących złożone do 15 października tego roku. Podmioty tworzące, które dokonały przekształcania SPZOZ w ostatnich miesiącach roku 2013 i złożą stosowny wniosek o dotację z budżetu państwa, otrzymają środki w roku 2014.

Warto dodać, że z łącznej kwoty 269 mln zł udzielonych dotacji aż 102 mln zł otrzymał samorząd województwa lubuskiego z tytułu przekształcenia SPZOZ w Gorzowie Wielkopolskim. Wartość dotacji przewyższającą kwotę 10 mln zł otrzymały także: województwo pomorskie (52,9 mln zł z tytułu przekształcenia 7 SPZOZ), Miasto stołeczne Warszawa (ponad 29 mln zł z tytułu przekształcenia 2 SPZOZ), Miasto Sosnowiec (11,9 mln zł), powiat myśliborski (15 mln zł z tytułu przekształcenia 2 SPZOZ), Miasto i gmina Bystrzyca Kłodzka (10,2 mln).

W kilku przypadkach dotacja miał wymiar wręcz symboliczny: w stosunku do przekształceń 3 SPZOZ nie przekraczała nawet 10 tys. zł, a w 4 następnych kwoty 100 tys. zł. Na liście podmiotów, które otrzymały dotację z budżetu państwa, znalazły się:

- 2 gminy miejsko-wiejskie (Bystrzyca Kłodzka i Morąg),
- 4 miasta na prawach powiatu (Tarnów, Warszawa, Świętochłowice, Sosnowiec),
- 12 powiatów (międzyrzecki, zduńskowolski, otwocki, pułtuski, kluczborski, pucki, gliwicki, opatowski, gołdapski, nowomiejski, goleniowski, myśliborski),
- 4 województwa (lubuskie, śląskie, pomorskie, mazowieckie),
- Ministerstwo Zdrowia.

Należy wspomnieć, iż w latach 2009–2011 realizowano inny projekt wsparcia procesu przekształceń SPZOZ w spółki prawa handlowego pt. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. W ramach tego projektu, zwanego potocznie „planem B”, udzielono dotacji dla 69 jednostek samorządu terytorialnego na łączną kwotę ponad 755 mln zł.

2.11. Główne bariery przekształceń SPZOZ w spółki

Przeszkodą w dokonywaniu przekształceń podmiotów leczniczych były najczęściej wymienione niżej bariery natury prawnej, ekonomicznej, społecznej i politycznej.

Bariery prawne:

- brak regulacji prawnych zachęcających do przekształceń SPZOZ w spółki prawa handlowego,
- długotrwały proces uchwałodawczy ze strony jednostek samorządu terytorialnego,
- brak uregulowań prawnych umożliwiających całkowite oddłużenie SPZOZ.

Ekonomiczne:

- obciążenie budżetu JST zobowiązaniami likwidowanych SPZOZ,
- brak motywacji do przekształcenia w sytuacji dobrej kondycji finansowej podmiotów leczniczych,
- wysokie koszty przekształcenia SPZOZ.

Społeczne:

- negatywne nastawienie związków zawodowych,
- obawy społeczne przed ograniczeniem dostępności do bezpłatnych usług,
- lęk przed przejściem działalności przez prywatnego inwestora,
- obawy przed likwidacją SPZOZ.

Polityczne:

- wykorzystywanie „straszaka” komercjalizacji lub prywatyzacji w kampaniach politycznych,
- oczekiwanie na nowe decyzje systemowe,
- kadencyjność organów samorządowych.

3. Skala przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Przekształceniom podlegały w szczególności SPZOZ o trudnej sytuacji ekonomicznej, prowadzące działalność ze stratą i nierokujące szans na poprawę wyniku finansowego. Należy szacować, iż łączna kwota zadłużenia przejętego przez jednostki samorządu terytorialnego na dzień zakończenia działalności SPZOZ osiągnęła od 1999 r. wartość bliską 2 mld zł.

Przekształceń SPZOZ w spółki dokonywały niemal wyłącznie jednostki samorządu terytorialnego (pierwszym i jedynym wyjątkiem jest przekształcenie w 2012 r. szpitala w Polanicy, dla którego podmiotem tworzącym był resort zdrowia).

Od 1999 r. do 5 września 2013 r. przekształcono 152 szpitale, w tym 151 samorządowych i jeden resorowy. Wśród nich: 138 przekształcono w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, 11 w spółkę akcyjną, 1 w spółkę cywilną, 1 w spółkę jawną oraz 1 prowadzony jest przez osobę fizyczną w ramach działalności gospodarczej. Analizując strukturę podmiotów tworzących SPZOZ, warto zwrócić uwagę, że wśród nich aż w 93 przypadkach były to powiaty.

Poniżej zaprezentowano informację o wszystkich podmiotach, które dokonały przekształceń:

- powiaty – 93 przekształcenia,
- województwa – 30 przekształceń,
- miasta na prawach powiatu – 22 przekształcenia,
- pozostałe gminy – 6 przekształceń,
- Minister Zdrowia – 1 przekształcenie.

Na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono 48 SPZOZ, w tym 34 szpitale, w tym:

- w roku 2011 – 1 szpital,
- w roku 2012 – 18 podmiotów leczniczych, a wśród nich 13 szpitali,
- w roku 2013 – 29 podmiotów leczniczych, a wśród nich 20 szpitali.

Ogromne jest zróżnicowanie regionalne w dokonywaniu przekształceń SPZOZ. Najwięcej przekształceń (łącznie: szpitale, poradnie oraz oddziały szpitalne) dokonano w województwach: śląskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim, dolnośląskim i wielkopolskim. Z kolei najmniej tego typu zmian odnotowano w województwach: mazowieckim, zachodniopomorskim, podkarpackim i podlaskim. Zdecydowanym liderem zmian były powiaty i miasta na prawach powiatu, w których przekształcono ponad 80% SPZOZ.

Podsumowanie – kryteria i warunki udanego przekształcenia

Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego można uznać za udane, jeżeli:

- w długim okresie utrzymana będzie dodatnia rentowność działalności spółki na poziomie zysku netto,
- nie nastąpi powrót do nadmiernego zadłużania się szpitalnej spółki,
- spółka będzie posiadać wystarczające środki na inwestycje niezbędne do utrzymania odpowiednich standardów medycznych.

Warunki udanego przekształcenia są następujące:

- kompetentny zarząd, znający zasady funkcjonowania spółek kapitałowych,
- wyposażenie spółki w odpowiedni majątek trwały i obrotowy,
- posiadanie przez spółkę planu strategicznego i determinacja organów spółki w jego realizacji,
- odpowiedni nadzór nad realizacją długoterminowej strategii oraz bieżących planów operacyjnych ze strony właściciela.

Kluczowe dla osiągnięcia sukcesu podmiotu leczniczego przekształconego w spółkę kapitałową jest zbilansowanie działalności operacyjnej (po odrzuceniu incydentalnych, zdarzeń finansowych) oraz określenie i konsekwentna realizacja wieloletniej strategii działania podmiotu leczniczego.

Należy odnotować ogromne zróżnicowanie sytuacji ekonomicznej spółek prowadzących szpitale. Blisko 1/3 spółek ma bardzo korzystną sytuację finansową, równie liczna jest grupa spółek mających trudności ze zbilansowaniem swojej działalności.

Wymóg ciągłego prowadzenia procesów restrukturyzacji podmiotu leczniczego dotyczy także spółek kapitałowych. W przypadku ich niepodejmowania pojawiają się trudności w stabilizowaniu sytuacji ekonomicznej szpitala. Przekształcenie w spółkę nie jest panaceum na wszystkie problemy finansowe podmiotu leczniczego, a spółki nie omijają problemy ekonomiczne trapiące SPZOZ. O sukcesie biznesowym nie decyduje bowiem forma prawna, w której jednostka funkcjonuje, lecz jakość zarządzania.

Bibliografia

1. Ministerstwo Zdrowia, Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010, Warszawa 2011.

2. Ustawa z dnia z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, DzU 1964, nr 43, poz. 296 z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych, DzU 1996, nr 118, poz. 561 z późn. zm.
4. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej, DzU 1997, nr 9, poz. 43 z późn. zm.
5. Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami, DzU 1997, nr 115, poz. 741 z późn. zm.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity: DzU 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.
7. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, DzU 2000, nr 94, poz. 1037 z późn. zm.
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.

NADZÓR WŁAŚCICIELSKI

Wstęp

W rozdziale przedstawiono definicje i terminy najczęściej używane w odniesieniu do problematyki nadzoru właścicielskiego oraz genezę zagadnienia nadzoru właścicielskiego i jego rozwój. Omówiono specyfikę nadzoru właścicielskiego w zależności od branży, struktury własności i ram regulacyjnych. Następnie zaprezentowano wybrane mechanizmy nadzoru właścicielskiego, obejmujące strukturę własności, funkcjonowanie rady nadzorczej, strukturyzowanie wynagrodzenia najwyższej kadry menedżerskiej oraz zagadnienie roli nadzoru w kontekście efektywności podmiotu.

1. Definicja nadzoru właścicielskiego

Nadzór właścicielski to zestaw mechanizmów i instytucji określających wzajemne powiązania i relacje opisujące prawa, obowiązki i wymogi między właścicielami a pozostałymi grupami zaangażowanymi w działalność przedsiębiorstwa – przede wszystkim członkami zarządu.² Główne zadania nadzoru właścicielskiego koncentrują się na ochronie interesów właścicieli, minimalizacji ryzyka oraz zapewnianiu odpowiednich zwrotów z inwestycji.³

Nadzór właścicielski dotyczy relacji między właścicielami danego podmiotu (przedsiębiorstwa, spółki, placówki zdrowia) a menedżerami bezpośrednio

¹ Dr hab. Maria Aluchna, prof. SGH, Katedra Teorii Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² Cz. Mesjasz, *Ład korporacyjny. Geneza, definicje i podstawowe problemy*, w: D. Dobija, I. Koładkiewicz, *Ład korporacyjny*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 15–52; K. Oplustil, *Instrumenty nadzoru korporacyjnego (corporate governance) w spółce akcyjnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 3–12; J. Jeżak, *Ład korporacyjny. Doświadczenia światowe oraz kierunki rozwoju*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 164–196.

³ OECD (2004), *Principles of corporate governance*, <http://www.oecd.org> (maj 2013).

zarządzającymi tym podmiotem.⁴ U źródeł zagadnienia nadzoru leży założenie, iż właściciele (udziałowcy, akcjonariusze) na co dzień nie są obecni w spółce i nie śledzą dokładnie wszystkich poczynań zarządzających. Założenia te są zgodne z najpowszechniej stosowaną do wytłumaczenia celów i mechanizmów nadzoru właścicielskiego teorią agenta i pryncypała.⁵ Zgodnie z nią pryncypał (właściciel) jest zainteresowany własnym interesem, czyli długoterminową zyskownością przedsiębiorstwa przy założeniu wysokich przychodów i „ograniczaniu kosztów, podczas gdy agent (zarządzający) będzie dążył do realizacji własnego interesu, czyli zwiększenia kosztów zarządu, płacy i rozmiarów przedsiębiorstwa”.⁶ W efekcie między tymi dwiema grupami pojawia się tzw. asymetria informacyjna – właściciele nie otrzymują idealnej informacji o stanie przedsiębiorstwa (*hidden information*), nie śledzą każdego ruchu i pracowitości zarządzających (*hidden action*) i nie znają rzeczywistych zamierzeń zarządzających (*hidden intension*). Głównym celem nadzoru właścicielskiego jest zatem wypracowanie takich metod współpracy, procedur, polityki informacyjnej i struktury kontrolnej, które zabezpieczą interesy właścicieli i zmotywują zarządzających do działania w interesie właścicieli.⁷ Efektem końcowym jest stosowanie różnych zabiegów, które zbliżą do siebie interesy zarządzających i właścicieli, co zapewni większą efektywność działania przedsiębiorstwa.

Warto podkreślić, iż teoria pryncypała i agenta jest jednym z wielu spojrzeń na relację między właścicielem a zarządzającym. Inne teorie i perspektywy wskazują na odpowiedzialną postawę zarządzających i nie doszukują się w ich działaniu sprzeczności interesów z oczekiwaniami właścicieli.⁸ Jednak teoria pryncypała i agenta jest najczęściej stosowanym podejściem, prawdopodobnie ze względu na silne podstawy metodologiczne (analiza mikroekonomiczna) i duże możliwości aplikacyjne. Wiele przypadków oszustw firmowych, naciągania wydatków (np. na delegacje), walki zarządzających o premie i nagrody czy skandali

⁴ D. Larcker, B. Tayan, *Corporate governance matters*, Pearson Education, Oxford 2011, s. 5–15; M. Aluchna, *Mechanizmy corporate governance w spółkach giełdowych*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2007, s. 27–37.

⁵ M. Jensen, W. Meckling, *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*, „Journal of Financial Economics” 1976, Vol. 3, No. 4, s. 305–360.

⁶ E. Fama, M. Jensen, *Agency problems and residual claims*, „Journal of Law and Economics” 1983, Vol. XXVI.

⁷ E. Fama, M. Jensen, *Separation of ownership and control*, „Journal of Law and Economics” 1983, Vol. XXVI.

⁸ M. Blair, *Ownership and control*, Brookings Institution Press, Washington 1995; K. Baker, R. Anderson, *Corporate governance. A synthesis of theory, research and practice*, Wiley & Sons, New Jersey 2010, s. 20–40.

korporacyjnych pokazujących nieudolność przedsiębiorstw zdaje się potwierdzać założenia teorii agencji. Ponadto współcześnie coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność równoważenia interesów właścicieli i innych grup interesariuszy przedsiębiorstwa, takich jak pracownicy, klienci, dostawcy, społeczności lokalne, media, organizacje pozarządowe. Przedsiębiorstwo – obok celów finansowych (*economic/financial performance*) – musi wykazywać się także odpowiedzialnością społeczną (*social performance*), na którą składają się: bezpieczeństwo odbiorców produktów i usług, warunki pracy, polityka ograniczania szkodliwego wpływu na środowisko (odpady, emisja CO₂) czy ograniczania zużycia zasobów naturalnych (woda, energia, materiały).⁹ Nadzór właścicielski będzie zatem musiał uwzględniać także społeczną odpowiedzialność firmy i urzeczywistnienie celów interesariuszy.¹⁰ Taki udział w nadzorze wielu grup pośrednio lub bezpośrednio zaangażowanych w funkcjonowanie firmy (nie tylko właścicieli), do których zalicza się dostawców, odbiorców, pracowników, społeczności i opinię publiczną, postuluje teoria interesariuszy.

2. Geneza i rozwój nadzoru właścicielskiego

Problematyka nadzoru właścicielskiego rozwija się od wielu lat, a współczesne zmiany zachodzące na rynku zwiększają znaczenie tego zagadnienia. Choć tematy te zawsze były obecne w odniesieniu do zarządzania własnością i delegowania prac do osób trzecich, to należy jednak zaznaczyć, iż problematyka nadzoru zaczęła się dynamicznie rozwijać od lat 30. XX w., kiedy to w Stanach Zjednoczonych odnotowano zjawisko oddzielania własności od kontroli, czy inaczej – finansowania od zarządzania.¹¹ Rozwój przedsiębiorstwa oznacza często, że pierwotni założyciele wycofują się z zarządzania i zatrudniają profesjonalnych menedżerów. Zgodnie bowiem z założeniami wspomnianej teorii agencji główne

⁹ R.E. Freeman, *A stakeholder theory of the modern corporation*, w: *Business ethics*, Vol. 1, red. F. Allhof, A. Vaidya, Sage Publ., New York 2005, s. 253–264.

¹⁰ P. Arora, R. Dharwadkar, *Corporate governance and corporate social responsibility (CSR). The moderating roles of attainment discrepancy and organizational slack*, „Corporate Governance: An International Review” 2011, Vol. 19, s. 136–152; E. Webb, *An examination of socially responsible firms’ board structure*, „Journal of Management and Governance” 2004, Vol. 8, No. 3, s. 255–277; M. Setiawan, J. Darmawan, *The relationship between corporate social responsibility and firm financial performance: Evidence from the firms listed in LQ45 of the Indonesian Stock Exchange market*, „European Journal of Social Sciences” 2011, Vol. 23, s. 288–293.

¹¹ M. Roe, *Strong managers, weak owners – the political roots of American corporate finance*, Princeton University Press, Princeton 1994.

zadania nadzoru właścicielskiego pojawiają się wówczas, gdy menedżer nie jest właścicielem. Innymi słowy, w przypadku firm zarządzanych przez właściciela problemy nadzoru prawie nie występują.¹²

Zjawisko oddzielenia własności od kontroli powoduje, że właściciele muszą spisać umowy (kontrakty) z zarządzającymi, w których określone zostają: zakres obowiązków, wynagrodzenie, warunki pracy. Jednakże z definicji, zgodnie z teorią agencji, wszystkie kontrakty są niekompletne, gdyż nie da się przewidzieć wszystkich sytuacji, z jakimi spotka się menedżer. Sytuacje nieprzewidziane w kontrakcie to tzw. prawa do decyzji rezydualnych (resztkowych). Wiadomo, że menedżer nie będzie pytał się właściciela w każdej takiej sytuacji, co robić. Z tego też względu uznaje się, że prawa do decyzji rezydualnych są kontrolowane przez menedżerów. Nadzór właścicieli dąży zatem do tego, aby:¹³

- spisane zostały odpowiednie kontrakty,
- zarządzający realizowali zapisy w tych kontraktach,
- zarządzający zawsze działali zgodnie z interesem właściciela, a w szczególności w sytuacjach rezydualnych.

Skoro nadzór właścicielski ma najpoważniejsze zadania w sytuacjach oddzielenia własności od kontroli, to będzie miał zastosowanie wszędzie tam, gdzie zarządzający nie jest stuprocentowym właścicielem. Problemy nadzoru są szczególnie widocznie w spółkach akcyjnych, a problemy we współpracy potęguje rozdzielenie własności, czyli znaczna liczba rozproszonych akcjonariuszy. W dużych korporacjach spotyka się nawet 500 tys. różnych akcjonariuszy, a największe udziały nie przekraczają 5%.¹⁴ W odniesieniu do takich spółek mówi się o nadzorze lub ładzie korporacyjnym (*corporate governance*), który obejmuje cały zestaw instytucji (np. giełdowych), mechanizmów (rada nadzorcza, wynagrodzenie menedżerskie) i procedur (raportowanie, obowiązki informacyjne).¹⁵ Dobrym przykładem formułowania zaleceń dla spółek notowanych na GPW w Warszawie jest specjalny dokument pod nazwą *Dobre praktyki spółek notowanych na GPW*, który zawiera zestaw rekomendacji odnośnie do ładu korporacyjnego.¹⁶ Rekomendacje te dotyczą dobrych praktyk zarządów, rad nadzorczych oraz akcjonariuszy i koncentrują się na zapewnieniu wysokich

¹² A. Shleifer, R. Vishny, *A survey of corporate governance*, „Journal of Finance” 1997, Vol. 52, s. 737–783.

¹³ Por. R. Monks, N. Minow, op.cit.; L. Zingales, *Corporate governance*, National Bureau of Economic Research, Chicago 1997.

¹⁴ R. La Porta, F. Lopez de Silanes, A. Shleifer, R. Vishny, *Ownership around the world*, „Journal of Finance” 1998, Vol. 52, s. 737–783.

¹⁵ D. Larcker, B. Tayan, op.cit.; Ch. Mallin, *Corporate governance*, Oxford University Press, Oxford 2004.

¹⁶ *Dobre praktyki spółek notowanych na GPW*, <http://www.corp-gov.gpw.pl> (maj 2013).

standardów przejrzystości spółek, odpowiedzialnego postępowania akcjonariuszy, rad nadzorczych i zarządów oraz dostosowaniu nadzoru do wytycznych Komisji Europejskiej. Więcej informacji można znaleźć na stronie www.corp-gov.gpw.pl.

W polskiej literaturze spotyka się także pojęcia nadzoru właścicielskiego, władztwa lub władania korporacyjnego czy kontroli nad przedsiębiorstwem. Na potrzeby podmiotów innych niż spółki giełdowe mówi się najczęściej o nadzorze właścicielskim, który jest pojęciem węższym i w mniejszym stopniu obejmującym różne instytucje i procedury. Najczęściej nadzór właścicielski koncentruje się na relacjach właścicieli z zarządzającymi i nadzorowanym podmiotem, choć oczywiście właściciele mogą wykorzystywać wiele różnych mechanizmów i instytucji wspierających ich nadzór.¹⁷

3. Specyfika nadzoru właścicielskiego – perspektywa różnych podmiotów

Choć pierwotnie nadzór właścicielski dotyczył problemów w spółkach giełdowych (ze względu na ich specyfikę mówi się nawet o słabych właścicielach i silnych menedżerach), to dorobek tych spółek jest obecnie wykorzystywany w odniesieniu do różnych innych podmiotów. Współcześnie nadzór właścicielski obejmuje także firmy rodzinne, małe i średnie przedsiębiorstwa, spółki Skarbu Państwa czy podmioty kontrolowane przez samorządy lokalne. Różne sektory i sfery gospodarki, a przede wszystkim różne typy własności mają odmienne charakterystyki działania i odmienne wyzwania nadzorcze. Te różnice można przedstawić następująco:

- 1) Firmy rodzinne – nadzór właścicielski w firmach rodzinnych koncentruje się na zapewnieniu efektywnej rady nadzorczej (profesjonalni członkowie, procedury, komitety) oraz zbudowaniu polityki sukcesji.¹⁸ Interesującym przykładem jest firma cukiernicza Blikle, w której obecnie zarządza już czwarte pokolenie.¹⁹
- 2) Firmy z udziałem Skarbu Państwa – nadzór właścicielski w przedsiębiorstwach z udziałem Skarbu Państwa koncentruje się na odpowiednim ukształtowaniu rady nadzorczej i zarządu, co ma zapewnić efektywne funkcjonowanie firmy. W centrum nadzoru leży unikanie upolitycznienia rad nadzorczych, zwiększanie odpowiedzialności zarządzających oraz zwiększenie przejrzystości.

¹⁷ M. Aluchna, op.cit.

¹⁸ Zob. *Poradnik Grant Thornton i Forum Przedsiębiorcy*, <http://forumprzedsiębiorcow> (maj 2013).

¹⁹ Zob. artykuł *Lukrowana sukcesja*, <http://wprost.pl/ar/282869/Lukrowane-sukcesja/> (maj 2013).

stości spółek. Dobrym przykładem jest program nadzoru właścicielskiego nad przedsiębiorstwami państwowymi wdrożony w Norwegii (to modelowy przykład, w centrum zainteresowania nadzoru leżą spółki wydobywające ropę naftową, które zgodnie z polityką rządu Norwegii nie będą prywatyzowane, tylko zostaną pod kontrolą państwa). W Polsce dążono do utworzenia Narodowego Programu Nadzoru Właścicielskiego – zgodnie z projektem uprawnienia właścicielskie mają zostać skupione w rękach ministra skarbu, a Komitet Nominacyjny ma wyznaczać członków rad nadzorczych najważniejszych spółek. Projekt ten jednak nie został jeszcze przyjęty.²⁰ Obecnie funkcjonują zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami Skarbu Państwa oraz działa Serwis Nadzór Właścicielski Ministerstwa Skarbu Państwa.²¹ Przykładowo w dokumencie *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami skarbu państwa*²² sformułowano oczekiwania organu państwowego, ustawowo odpowiedzialnego za ochronę interesów Skarbu Państwa w zakresie zasad osiągnięcia tego celu przez jednostki organizacyjne i osoby fizyczne zaangażowane w prowadzenie spraw związanych z działalnością spółek z udziałem Skarbu Państwa oraz Skarbu Państwa jako akcjonariusza/wspólnika. Na podstawie tego dokumentu do głównych celów nadzoru właścicielskiego należy zaliczyć:

- wzrost efektywności działania, skuteczności zarządzania i wartości spółek z udziałem Skarbu Państwa,
- przygotowanie podmiotów do procesu przekształceń i prywatyzacji w dążeniu do osiągnięcia docelowego modelu sektora państwowego w gospodarce,
- zapewnienie transparentności działalności spółek z udziałem Skarbu Państwa.

Osiągnięciu wymienionych celów powinny służyć:

- stosowanie rozszerzonych w porównaniu z obowiązującymi przepisów prawa, form i procedur nadzoru właścicielskiego ministra Skarbu Państwa,
- dobór właściwie przygotowanych członków rad nadzorczych dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania nadzoru właścicielskiego,
- doskonalenie kryteriów doboru kadry zarządzającej spółkami z udziałem Skarbu Państwa,
- opracowanie i wdrożenie nowych standardów oraz mechanizmów monitorowania i oceny działalności ekonomicznej i finansowej spółek z udziałem Skarbu Państwa, umożliwiających szybkie reagowanie na negatywne zjawiska.

²⁰ Więcej informacji można znaleźć na stronie <http://wyborcza.biz/biznes> (maj 2013).

²¹ <http://nadzor.msp.gov.pl/> (maj 2013).

²² *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami skarbu państwa*, Ministerstwo Skarbu Państwa, Warszawa, 15 marca 2010.

Dla urzeczywistnienia wskazanych celów nadzoru właścicielskiego istotne znaczenie ma właściwe funkcjonowanie kodeksowych organów spółek prawa handlowego: walnego zgromadzenia/zgromadzenia wspólników, rady nadzorczej oraz zarządu.

3) Podmioty kontrolowane przez samorządy – nadzór właścicielski w podmiotach kontrolowanych i zarządzanych przez samorządy koncentruje się przede wszystkim na efektywnym doborze członków do rad nadzorczych i zarządów, zwiększeniu odpowiedzialności zarządzających, zwiększeniu przejrzystości i wprowadzeniu określonych procedur.²³ Nadzór właścicielski w podmiotach kontrolowanych i zarządzanych przez samorządy napotyka jednak w Polsce wiele problemów, głównie związanych z jego upolitycznieniem, nadmierną biurokracją, ryzykiem korupcji i orientacją krótkookresową. Warto jednocześnie dodać, iż choć teoria pryncypała i agenta nie koncentruje się na tych podmiotach, to jednak problemy agencji związane ze zlecaniem pracy w podmiotach kontrolowanych przez samorządy mogą być bardzo duże. Trudno bowiem samorządowi kontrolować zarządzających ze względu na różną specyfikę podmiotów i znaczną asymetrię informacyjną. Słabszy jest też monitoring innych grup interesariuszy.²⁴

Ponadto w obszarze nadzoru właścicielskiego pojawia się wiele treści i rekomendacji wspólnych dla większości podmiotów. Do takich postulatów należy zaliczyć zwiększenie:

- praw właścicieli – przejawiające się w tworzeniu procedur (np. głosowania, informowania o walnym zgromadzeniu, polityki informacyjnej), które zwiększają możliwość wykonywania praw właścicieli;
- efektywności rady nadzorczej – poprzez wdrożenie regulaminów, większej sprawozdawczości oraz określenie wymogów członków rady nadzorczej;
- odpowiedzialności zarządzających – poprzez określoną konstrukcję kontraktów, określenie zadań oraz powiązanie wynagrodzenia menedżerów z faktycznymi osiągnięciami;
- orientacji długoterminowej w budowaniu strategii, budowaniu programów motywacyjnych, ocenianiu wyników pracy menedżerów;
- przejrzystości i zaostrzenie wymogów polityki informacyjnej.

²³ Por. Zasady sprawowania nadzoru nad spółkami prawa handlowego, w których m.st. Warszawa posiada udziały lub akcje, Załącznik do zarządzenia nr 2266/2012 Prezydenta miasta stołecznego Warszawy z dnia 29 marca 2012 r..

²⁴ Por. *Nadzór właścicielski wykonywany przez samorząd województwa zachodniopomorskiego*, http://wzp.pl/wtgp/gospodarka/nadzor_wlascielski.htm (maj 2013).

4. Różne mechanizmy nadzoru

Nadzór właścicielski oferuje różne mechanizmy i rozwiązania, które mają na celu wspieranie wykonywania praw właścicieli i realizowanie ich interesów. Szczegółowe zadania nadzoru właścicielskiego obejmują:²⁵

- działanie w interesie podmiotu,
- uczciwe postępowanie w stosunku do właścicieli, kontrahentów i pracowników,
- ujawnianie konfliktu interesów,
- ustanowienie celów, określenie czynników i mechanizmów monitorujących ich osiągnięcie,
- budowę struktury organizacyjnej, podział ról i obowiązków,
- efektywny system informacji i komunikacji,
- zarządzanie ryzykiem,
- efektywny system kontroli wewnętrznej,
- niezależny audyt wewnętrzny oraz zewnętrzny.

Tabela 1 przedstawia zestaw wybranych mechanizmów bezpośredniego wpływu i sposoby ich wykorzystania przez właścicieli.

Tabela 1. Mechanizmy nadzoru właścicielskiego (bezpośredni wpływ właścicieli)

Mechanizm nadzorczy	Sposób oddziaływania na spółkę
Struktura własności i głosów	Wykonywanie praw właścicieli/udziałowców w zależności od posiadanych udziałów/głosów – udział w WZA, wybory członków do rady nadzorczej, kluczowe decyzje dotyczące podmiotu (np. skwitowanie zarządu, podział zysku, regulacje wewnętrzne).
Rada nadzorcza	Obecność przedstawicieli właściciela, powoływanie i odwoływanie członków zarządu, monitoring i nadzór nad zarządzającymi, praca w ramach specjalnych komitetów (audytu, wynagradzania, nominacji, ryzyka, strategii itp. w zależności od potrzeb).
Wynagrodzenie zarządu (ustalane przez radę nadzorczą)	Możliwość powiązania wynagrodzenia zarządzających z kryteriami, na których realizacji zależy właścicielom (np. premia za zysk, większy udział w rynku, niska liczba reklamacji, w zależności od potrzeb).

Źródło: opracowanie własne.

Jak przedstawiono w tabeli 1, właściciele mogą oddziaływać bezpośrednio na podmiot i zarządzających poprzez trzy główne mechanizmy – udział i głosowanie w sprawie konkretnych uchwał na walnym zgromadzeniu, poprzez swoich przedstawicieli w radzie nadzorczej, którzy podejmują kluczowe decyzje dla spółki

²⁵ Więcej informacji można znaleźć na stronie <http://odpowiedzialnybiznes.pl> (maj 2013); R. Monks, G. Minow, op.cit.

i sprawują nadzór nad zarządem, oraz poprzez odpowiednie strukturyzowanie płacy menedżerskiej wiążącej wynagrodzenie zarządzające z urzeczywistnianiem określonych celów.

4.1. Rada nadzorcza

Kluczowym organem nadzoru właścicielskiego jest rada nadzorcza. Jest to oddzielny organ, a jej mandaty nie mogą się pokrywać z mandatami w zarządzie. Funkcja rady nadzorczej sprowadza się do doradztwa, monitoringu i kontroli, jednakże rada nie może angażować się w zarządzanie przedsiębiorstwem ani wydawać wiążących poleceń członkom zarządu.²⁶ Zgodnie z dobrymi praktykami nadzoru właścicielskiego w radzie nadzorczej powinny zasiadać osoby posiadające odpowiednie wykształcenie, doświadczenie zawodowe, prezentujące określoną postawę etyczną oraz mogące poświęcić wystarczającą ilość czasu na pełnienie tej odpowiedzialnej funkcji. Często też wskazuje się, że w radzie powinni znaleźć się tzw. członkowie niezależni, czyli osoby, których nie łączy z podmiotem żadne powiązania i zależności formalne lub nieformalne.²⁷ Członek niezależny nie pracuje w firmie od minimum 5 lat, nie jest jej doradcą, audytorem, prawnikiem, jego/jej rodzina nie jest powiązana z firmą. W ramach rady nadzorczej często tworzy się komitet ds. wynagrodzeń, czyli podgrupę członków rady, którzy koncentrują się na budowaniu polityki wynagrodzenia najwyższej kadry menedżerskiej (ale decyzje podejmuje cała rada). Komitet wynagrodzeń jest wyodrębniony z członków rady nadzorczej – najlepiej, by byli to całkowicie lub w znacznej proporcji członkowie niezależni.²⁸

4.2. Wynagrodzenie menedżerskie

Wynagrodzenie zarządzających ma na celu powiązanie ich interesów z oczekiwaniami właściciela. Możliwości ustalenia struktury płacy są bardzo duże, gdyż może ona obejmować zarówno część stałą (pensja wypłacana niezależnie od wyników), jak i część ruchomą, wypłacaną zależnie od osiągniętych wyników. W skład komponentu ruchomego mogą wejść: premia, nagrody, długoterminowe programy motywacyjne obejmujące zazwyczaj okres od 3 do 6 lat, a w określonych przypadkach opcje na akcje lub akcje/udziały z ograniczonym prawem

²⁶ C. Carter, J. Lorsch, *Back to the drawing board*, Harvard Business School Press, Boston 2004.

²⁷ Ch. Mallin, op.cit.

²⁸ R. Monks, G. Minow, op.cit.

sprzedaży.²⁹ Dodatkowo zarządzający mogą liczyć na komponent pozapieniężny obejmujący m.in.: plan emerytalny, ubezpieczenie zdrowotne, ryczałt na mieszkanie, samochód, telefon, wyposażenie biura.

4.3. Inne mechanizmy

Poza mechanizmami nadzoru, które dają właścicielom możliwości bezpośredniego wpływu na zarządzających i podmiot, można wyróżnić także mechanizmy pośrednie, przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Mechanizmy nadzoru właścicielskiego (pośredni wpływ właścicieli)

Polityka wewnątrz-organizacyjna	Procedury wewnątrzorganizacyjne, struktura organizacyjna, podział obowiązków, które wpływają na podział władzy i uprawnień
Kredytodawca	Udzielenie kredytu wymaga dostarczenia bankowi lub innemu kredytodawcy wielu informacji o funkcjonowaniu przedsiębiorstwa/podmiotu. Banki często monitorują na bieżąco efektywność podmiotów, mogą też delegować swojego przedstawiciela do rady nadzorczej. Innym narzędziem jest kształtowanie się notowań obligacji, jeśli dany podmiot zdecydował się za ich pomocą pozyskać kapitał potrzebny do dalszego rozwoju. Kondycja podmiotu wpływa na rentowność obligacji i stanowi mechanizm dyscyplinujący podmiot i zarządzających.
Podmioty zewnętrzne	Instytucje i organy państwa, rynku, sektora ustalające standardy i wymogi wobec podmiotów i wpływające na kierunki oraz możliwości ich działania. Wiele tych wymogów dotyczy polityki informacyjnej i sprawozdawczości finansowej, co dyscyplinuje podmioty i zarządzających.

Źródło: opracowanie własne.

Jak przedstawiono w tabeli 2, właściciele mogą również skorzystać ze wsparcia innych instytucji i organów, takich jak organy regulacyjne (np. KNF), banki, które udzieliły kredytu podmiotom i kontrolują ich kondycję oraz terminowość spłat rat, czy rynek obligacji (np. Catalyst), jeśli podmiot wyemitował obligacje. Duże znaczenie we wspieraniu nadzoru właścicielskiego może mieć także sama polityka i struktura wewnątrzorganizacyjna, w tym określone regulaminy, procedury czy formalności. Duży potencjał tkwi przykładowo w kulturze organizacyjnej i roli pracowników. Przy istnieniu odpowiednich procedur mogą oni uczestniczyć np. w *whistle blowing*, czyli systemie pozwalającym pracownikom na anonimowe zgłaszanie nieprawidłowości w organizacji.

²⁹ M. Aluchna, op.cit., s. 151–170.

5. Nadzór właścicielski a efektywność

Nadzór właścicielski ma na celu ochronę interesów właścicieli, minimalizację ryzyka oraz zapewnianie odpowiednich zwrotów z inwestycji. Badania prowadzone w różnych krajach wciąż bazują głównie na spółkach giełdowych ze względu na ich rozmiary i łatwość pozyskania danych. Tabela 3 przedstawia efektywność przedsiębiorstwa w zależności od jakości jego struktury nadzoru właścicielskiego.

Tabela 3. Efektywność a nadzór (w %)

Ocena struktury nadzoru właścicielskiego	Efektywność
Zdecydowanie powyżej średniej	+5,37
Powyżej średniej	+1,70
Średnia	-0,18
Poniżej średniej	-6,32
Zdecydowanie poniżej średniej	-13,27

Źródło: McKinsey & Co., *Global Investor Opinion Survey: Key Findings*, McKinsey and Co., 2002, <http://ww1.mckinsey.com/clientservice/organizationleadership> (maj 2013).

Jak widać w tabeli 3, wysiłki podejmowane w obszarze nadzoru właścicielskiego opłacają się w postaci wyższej efektywności przedsiębiorstwa. Choć brakuje analiz przedsiębiorstw kontrolowanych przez państwo i samorządy, z dużym prawdopodobieństwem można zakładać, że także w tych spółkach lepszy nadzór właścicielski przełoży się na lepsze wyniki. Lepsze wyniki mogą oznaczać zarówno wyższy zysk czy niższe koszty, jak i lepszą reputację u klientów i kontrahentów, mniejszą liczbę skarg i reklamacji, większą satysfakcję pracowników. To z kolei zwiększa zaufanie do podmiotu i pozwala mu pozyskiwać kapitał.

Podsumowanie

Celem autorki było przedstawienie problematyki nadzoru właścicielskiego, który definiowany jest jako zestaw mechanizmów i instytucji określających wzajemne powiązania i relacje opisujące prawa, obowiązki i wymogi między właścicielami a pozostałymi grupami zaangażowanymi w działalność podmiotów leczniczych, przede wszystkim członkami zarządu. Jak wspomniano, główne

zadania nadzoru właścicielskiego koncentrują się na ochronie interesów właścicieli, minimalizacji ryzyka oraz zapewnianiu odpowiednich zwrotów z inwestycji.

Bibliografia

1. Aluchna M., *Mechanizmy corporate governance w spółkach giełdowych*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2007.
2. Arora P., Dharwadkar R., *Corporate governance and corporate social responsibility (CSR). The moderating roles of attainment discrepancy and organizational slack*, „Corporate Governance: An International Review” 2011, Vol. 19, s. 136–152.
3. Baker K., Anderson R., *Corporate governance. A synthesis of theory, research and practice*, Wiley & Sons, New Jersey 2010.
4. Blair M., *Ownership and control*, Brookings Institution Press, Washington 1995.
5. Carter C., Lorsch J., *Back to the drawing board*, Harvard Business School Press, Boston 2004.
6. *Dobre praktyki spółek notowanych na GPW*, http://www.corp-gov.gpw.pl/assets/library/polish/regulacje/dobre_praktyki_16_11_2012.pdf (maj 2013).
7. Fama E., Jensen M., *Agency problems and residual claims*, „Journal of Law and Economics” 1983, Vol. XXVI.
8. Fama E., Jensen M., *Separation of ownership and control*, „Journal of Law and Economics” 1983, Vol. XXVI.
9. Freeman R.E., *A stakeholder theory of the modern corporation*, w: *Business ethics*, Vol. 1, red. F. Allhof, A. Vaidya, Sage Publ., New York 2005, s. 253–264.
10. Jensen M., Meckling W., *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*, „Journal of Financial Economics” 1976, Vol. 3, No. 4, s. 305–360.
11. Jeżak J., *Ład korporacyjny. Doświadczenia światowe oraz kierunki rozwoju*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 164–196.
12. La Porta R., Lopez de Silanes F., Shleifer A., Vishny R., *Ownership around the world*, „Journal of Finance” 1998, Vol. 52, s. 737–783.
13. Larcker D., Tayan B., *Corporate governance matters*, Pearson Education, Oxford 2011.
14. *Lukrowana sukcesja*, <http://www.wprost.pl/ar/282865/Lukrowana-sukcesja/> (maj 2013).
15. Mallin Ch., *Corporate governance*, Oxford University Press, Oxford 2004.
16. McKinsey & Co., *Global Investor Opinion Survey: Key Findings*, McKinsey and Co., 2002, <http://ww1.mckinsey.com/client-service/organization-leadership/service/corporate-governance/PDF/GlobalInvestorOpinionSurvey2002.pdf>
17. Mesjasz Cz., *Ład (nadzór) korporacyjny. Geneza, definicje i podstawowe problemy*, w: D. Dobija, I. Koładkiewicz, *Ład korporacyjny*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
18. Monks R., Minow N., *Corporate governance*, Blackwell Business, Chicago 2004.

19. Nadzór właścicielski wykonywany przez samorząd województwa zachodniopomorskiego, http://wzpz.pl/wtgp/gospodarka/nadzor_wlascicielski.htm (maj 2013).
20. OECD (2004), *Principles of corporate governance*, <http://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceprinciples/31557724.pdf>
21. Oplustil K., *Instrumenty nadzoru korporacyjnego (corporate governance) w spółce akcyjnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010.
22. *Poradnik Grant Thornton i Forum Przedsiębiorcy*, <http://forumprzedsiębiorcowgt.pl/uploads/2012/08/raport-dobra-sukcesja.pdf> (maj 2013).
23. Roe M., *Strong managers, weak owners – the political roots of American corporate finance*, Princeton University Press, Princeton 1994.
24. Setiawan M., Darmawan J., *The relationship between corporate social responsibility and firm financial performance: Evidence from the firms listed in LQ45 of the Indonesian Stock Exchange market*, „European Journal of Social Sciences” 2011, Vol. 23, s. 288–293.
25. Shleifer A., Vishny R., *A survey of corporate governance*, „Journal of Finance” 1997, Vol. 52, s. 737–783.
26. Webb E., *An examination of socially responsible firms’ board structure*, „Journal of Management and Governance” 2004, Vol. 8, No. 3, s. 255–277.
27. *Zasady nadzoru właścicielskiego nad spółkami skarbu państwa*, Ministerstwo Skarbu Państwa, Warszawa, 15 marca 2010.
28. *Zasady sprawowania nadzoru nad spółkami prawa handlowego, w których m.st. Warszawa posiada udziały lub akcje*, Załącznik do zarządzenia nr 2266/2012 Prezydenta miasta stołecznego Warszawy z dnia 29 marca 2012 r.
29. Zingales L., *Corporate governance*, National Bureau of Economic Research, Chicago 1997.

ANALIZA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

Wstęp – analiza strategiczna jako etap zarządzania strategicznego

Zarządzanie strategiczne jest specyficzną formą zarządzania, w której zarządzający daną organizacją koncentrują się na przyszłości. Dążąc do poznania przyszłych zagrożeń i szans, analizują różne trendy występujące w otoczeniu organizacji, starają się przewidzieć, jakim zmianom podlegać będzie otoczenie. Wiedza ta pozwala im na opracowanie strategii działania, czyli długofalowej koncepcji funkcjonowania przedsiębiorstwa.² Właściwa realizacja dobrze opracowanej strategii pozwala na minimalizację ryzyka działania na rynku i rozwój (wzrost) organizacji.

Początkowo zarządzanie strategiczne stosowano jedynie w działalności typowo biznesowej. Z czasem jednak zasady zarządzania strategicznego zaczęto stosować również w organizacjach *non-profit* czy organizacjach sektora publicznego.

Podmioty lecznicze w obecnej postaci funkcjonują na pograniczu sektora publicznego i sektora biznesowego, i chociaż mają do wypełnienia społecznie ważną misję niesienia pomocy wszystkim mieszkańcom naszego kraju, ich codzienne działanie musi być efektywne ekonomicznie. Aby właściwie wykonywać swoje zadania dziś i w przyszłości, podmioty lecznicze muszą stosować zasady zarządzania strategicznego, takie jak orientacja na przyszłości, a co za tym idzie uwzględnianie długiego horyzontu czasowego w planowaniu, dostosowanie struktury zasobów do przyszłych potrzeb i uwarunkowań w otoczeniu oraz uwzględnianie interesów swoich interesariuszy. Muszą zatem prowadzić analizę strategiczną, która jest istotnym etapem zarządzania strategicznego (rysunek 1).

¹ Dr hab. Mirosław Jarosiński, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² *Leksykon zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2004, s. 529.

Rysunek 1. Etapy zarządzania strategicznego



Źródło: G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009, s. 11.

Prowadząc analizę strategiczną, należy koncentrować się na dwóch głównych obszarach: otoczeniu zewnętrznym i tzw. otoczeniu wewnętrznym, czyli wewnętrznym środowisku organizacji. Analiza otoczenia zewnętrznego prowadzi do identyfikacji szans i zagrożeń, natomiast analiza otoczenia wewnętrznego do identyfikacji mocnych i słabych stron podmiotu leczniczego. Zderzenie szans i zagrożeń z mocnymi i słabymi stronami pozwoli na identyfikację możliwości rozwojowych podmiotu leczniczego, a w dalszej kolejności określenie strategii rozwoju i strategii konkurencji.

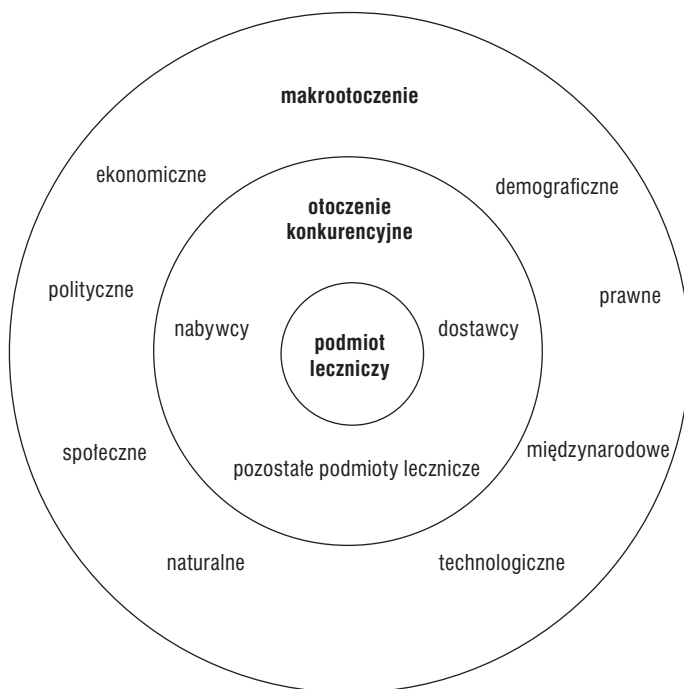
1. Analiza otoczenia zewnętrznego

Na otoczenie zewnętrzne składa się otoczenie bliższe (konkurencyjne) i otoczenie dalsze (makrootoczenie). Każdy podmiot leczniczy jest bezpośrednio „zanurzony” w otoczenie bliższe (rysunek 2). Znajdują się tam również inne podmioty lecznicze działające na tym samym rynku – jego obecni bezpośredni konkurenci, a także konkurenci potencjalni, czyli podmioty, które jeszcze nie działają na tym rynku, lecz zamierzają lub po prostu mogą na niego wejść. Swego rodzaju konkurentów (w otoczeniu konkurencyjnym) stanowią także podmioty oferujące substytuty, a więc produkty (usługi lub wyroby) zaspokajające tę samą potrzebę, co produkty sektora, ale w alternatywny sposób. W otoczeniu konkurencyjnym obecni są również dostawcy podmiotów leczniczych na danym rynku i nabywcy usług oferowanych przez te podmioty lecznicze.

Charakterystyczne dla otoczenia konkurencyjnego jest podleganie zmianom wywołanym przez działania podejmowane przez jego uczestników, którzy wzajemnie na siebie oddziałują. Przykładowo, dostawcy chcąc więcej zarobić, próbują pod jakimś pretekstem zwiększać ceny dostarczanych wyrobów i usług,

a podmioty lecznicze, dążąc do obniżenia kosztów, wywierają presję na dostawców w celu uzyskania korzystniejszych warunków zakupu. Ostateczna cena i inne warunki zakupu są wynikiem siły przetargowej i pozycji negocjacyjnej obydwu stron. Tego i innego typu interakcje zachodzą między wszystkimi podmiotami w otoczeniu konkurencyjnym, kształtując ostatecznie jego charakter.

Rysunek 2. Otoczenie podmiotu leczniczego



Źródło: opracowanie własne na podstawie G. Gierszewska, M. Romanowska, op.cit., s. 24.

Z kolei otoczenie dalsze, zwane makrootoczeniem, to zespół warunków funkcjonowania organizacji wynikający z działania w określonym kraju, regionie czy strefie klimatycznej,³ zróżnicowany w zależności od branży i sektora, w których funkcjonuje dana organizacja. W przypadku makrootoczenia oddziaływanie jest w znacznej mierze jednokierunkowe, tzn. makrootoczenie wpływa na podmioty

³ M. Jarosiński, *Wybrane koncepcje i metody zarządzania strategicznego*, w: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 42.

lecnicze, a nie na odwrót. Łatwo oczywiście wyobrazić sobie sytuację, w której grupa podmiotów leczniczych wywiera presję na jeden z elementów makrootoczenia, wpływ ten będzie jednak ograniczony i nie zmieni w zasadniczy sposób makrootoczenia jako całości. Podmiotom leczniczym nie pozostaje zatem nic innego, jak poznawać makrootoczenie i do niego się dostosowywać, gdyż to ono właśnie tworzy ramy funkcjonowania na każdym rynku, na którym działają dane podmioty lecznicze.

Makrootoczenie kształtuje nie tylko obecne warunki funkcjonowania podmiotów leczniczych, ale i przyszłe. Stąd myśląc o długofalowym funkcjonowaniu podmiotu leczniczego, konieczne jest poznanie wszystkich czynników oddziałujących na dany podmiot i trendów zmian tych czynników w długim okresie. W identyfikacji czynników pomocny jest podział makrootoczenia na obszary (zwane sferami). I tak możemy wyróżnić sferę polityczną, prawną, ekonomiczną, społeczną, demograficzną, technologiczną, naturalną i międzynarodową.

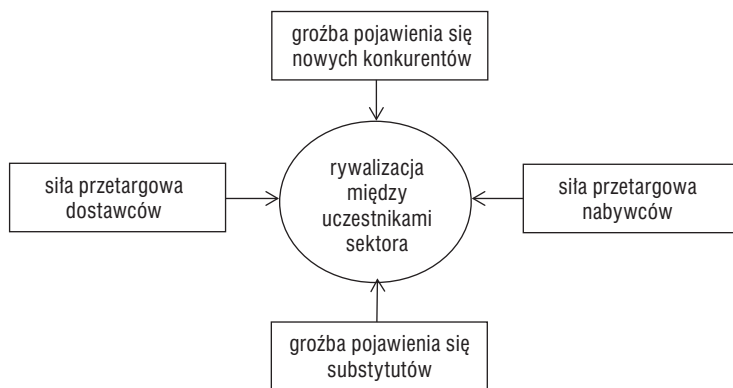
Sfera polityczna obejmuje takie czynniki, jak system polityczny i jego stabilność, polityka zdrowotna państwa czy polityka prorodzinna. Sfera prawna zawiera wszelkie przepisy prawne regulujące działalność podmiotów w sektorze (jak chociażby ustawa o działalności leczniczej lub ustawa o diagnostyce laboratoryjnej), czy też dotyczące klientów (jak ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). W sferze ekonomicznej znajdują się takie czynniki, jak wysokość wzrostu gospodarczego, która przełoży się na nakłady na ochronę zdrowia, czy wysokość stóp procentowych i wysokość inflacji. Sfera społeczna dotyczy m.in. obowiązującego systemu wartości czy zachowań społecznych takich jak świadomość prozdrowotna albo potrzeba zapewnienia opieki osobom bliskim. Sfera demograficzna odnosi się do wszelkich danych demograficznych dotyczących docelowej grupy pacjentów, danych epidemiologicznych, stanu zdrowia i długości życia społeczeństwa. W sferze technologicznej mieszczą się np. wszelkie czynniki związane z rozwojem medycyny i co za tym idzie sposobów leczenia konkretnych schorzeń, postępowaniem technologicznym, rozwojem technologii komunikacji. Sfera naturalna obejmuje wpływ środowiska naturalnego na daną dziedzinę działalności, a więc znajdują się tam czynniki związane z występowaniem określonych gatunków zwierząt przenoszących choroby czy zanieczyszczeniem środowiska naturalnego. Sfera międzynarodowa zawiera w sobie takie czynniki, jak wpływ umów międzynarodowych czy globalizacji na daną dziedzinę, którą zajmuje się podmiot leczniczy.

Podano tylko po kilka przykładowych czynników w każdej ze sfer. Aby analiza makrootoczenia miała sens, należy oczywiście zidentyfikować dużo więcej czynników. Kiedy lista będzie już gotowa, trzeba ocenić siłę i kierunek wpływu poszczególnych czynników na podmioty sektora, a w szczególności na analizowany

podmiot leczniczy. Czynniki pobudzające rozwój sektora określa się jako szanse, natomiast czynniki hamujące jego rozwój – jako zagrożenia. Należy pamiętać, aby w analizie brać pod uwagę jedynie czynniki realnie występujące, bądź takie, które rzeczywiście mogą się pojawić w czasie określonym perspektywą analizy. Warto też zastanowić się, jakich zmian w makrootoczeniu można się spodziewać w okresie najbliższych kilku lat, a jakich w perspektywie długookresowej.

W analizie otoczenia konkurencyjnego również poszukuje się szans i zagrożeń. W celu ich identyfikacji warto posłużyć się analizą „pięciu sił” M.E. Portera. Wspomniane siły to: rywalizacja wewnątrz sektora, zagrożenie ze strony nowych wejść do sektora, zagrożenie ze strony substytutów, siła przetargowa dostawców i siła przetargowa nabywców (rysunek 3). Poznanie tych sił i ich natężenia ma istotne znaczenie dla planowania strategii działania w sektorze, gdyż strategia powinna odnosić się do każdej z nich. Na ile to możliwe, zabezpieczać podmiot leczniczy przed ich wpływem lub obracać ich działanie na swoją korzyść.

Rysunek 3. Model „pięciu sił” M.E. Portera



Źródło: G. Gierszewska, M. Romanowska, op.cit., s. 75.

Analiza rywalizacji wewnątrz sektora rozpoczyna się od ustalenia listy konkurentów. Tu pomocna jest definicja sektora, za który M.E. Porter uważa grupę przedsiębiorstw wytwarzających wyroby lub usługi o podobnym przeznaczeniu (a więc zaspokajające te same potrzeby odbiorców) i sprzedające je na tym samym rynku geograficznym.⁴ Ustalając listę konkurentów, bierze się zatem pod uwagę

⁴ G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, wyd. 4, PWE, Warszawa 2009, s. 71.

inne podmioty lecznicze świadczące podobne usługi, np. położnicze, które działają na tym samym rynku geograficznym. Aby określić geograficzne granice rynku, należy się zastanowić, skąd dążą do podmiotu leczniczego pacjenci czy – jak w podanym przykładzie – pacjentki. Na pewno będzie to miejscowość, w której znajduje się dany podmiot leczniczy, prawdopodobnie też teren całego powiatu, a może nawet kilku, jeżeli w nich nie ma ośrodków o podobnym profilu. Ich obecność może jednak nie przeszkadzać pacjentkom docierać do danego podmiotu leczniczego, stąd tamte ośrodki można również określić jako konkurentów, podobnie jak ośrodki o podobnym profilu działające w tej samej miejscowości czy powiecie. Z kolei położenie w pobliżu dużego miasta może powodować, że część pacjentów z danego regionu będzie dążyć do uzyskania pomocy w podmiotach znajdujących się w tym mieście. W takiej sytuacji tamte podmioty lecznicze także należy zaliczyć do grona konkurentów.

Ustalenie geograficznych granic analizowanego sektora, a co za tym idzie – listy bezpośrednich konkurentów jest bardzo ważnym zadaniem, ponieważ cała analiza będzie się na tym opierać. Kolejne kroki to ustalenie wielkości sektora rozumianej jako suma rocznych przychodów wszystkich konkurentów z tego sektora (włączając w to również analizowany podmiot leczniczy) z tytułu świadczenia usług w danym sektorze, czyli np. usług położniczych. Na wielkość tę będzie się składała suma kontraktów zawartych przez NFZ z podmiotami sektora powiększona o przychody z tego tytułu innych podmiotów leczniczych, które nie mają takich kontraktów, a świadczą pacjentkom podobne usługi odpłatnie. Im więcej będzie pieniędzy w sektorze, tym bardziej będzie on atrakcyjny.

Atrakcyjność sektora zwiększy (lub zmniejszy) wielkość potencjału sektora, czyli jego możliwości rozwojowe w przyszłości. Możliwości rozwoju sektora w przyszłości będą wpływać na intensywność konkurencji w sektorze. Na przykład tam, gdzie będzie spodziewane zmniejszanie się wielkości sektora, konkurencja będzie wzrastać, zaś spodziewane wysokie tempo wzrostu sektora w przyszłości raczej ograniczy wzrost konkurencji.

Podmioty lecznicze mogą ze sobą konkurować, np. podwyższając jakość świadczonych usług zarówno medycznych, jak i pozamedycznych, czy też poszerzając zakres usług, albo otwierając filie swoich placówek, aby być bliżej pacjenta. O intensywności rywalizacji wewnątrz sektora zadecyduje liczba i zachowanie podmiotów leczniczych w sektorze. Im więcej sposobów konkurowania będą stosować i im bardziej agresywne działania będą podejmować, tym ostrzejsza będzie rywalizacja.

Atrakcyjny sektor, o dużych możliwościach rozwojowych, a zwłaszcza taki, w którym rentowność będzie wysoka, będzie przyciągał nowych konkuren-

tów. Nowymi konkurentami mogą się stać inne podmioty lecznicze, które już świadczyły podobne usługi, ale na całkowicie innym obszarze geograficznym. Mogą to być również inne podmioty działające na tym samym terenie, które postanowiły rozszerzyć swój zakres usług leczniczych o te, które prowadzi analizowany podmiot, stając się w ten sposób naszymi konkurentami. Nie można też wykluczyć całkowicie nowych podmiotów, założonych w danej okolicy przez przedsiębiorców, którzy do tej pory takiej działalności nie prowadzili.

Istotą analizy zagrożenia ze strony nowych wejść do sektora jest ustalenie, kto mógłby być zainteresowany wejściem do danego sektora i ocena prawdopodobieństwa pokonania przez takie podmioty istniejących barier wejścia do sektora. Od tego zależeć będzie natężenie zagrożenia nowymi wejściami do sektora.

Barriere wejścia do sektora można podzielić na kapitałowe, konkurencyjne i administracyjne. Bariera kapitałowa wyraża się wielkością nakładów niezbędnych do uruchomienia danego rodzaju działalności na skalę zapewniającą możliwość bycia konkurencyjnym w danym sektorze. Bariere konkurencyjne wiążą się z koniecznością poniesienia odpowiednich wysiłków, aby móc być konkurencyjnym w sektorze, lub – czasami – aby w ogóle móc konkurować. Przykładem może być konieczność posiadania określonej wiedzy i/lub technologii czy np. posiadanie odpowiedniej renomy przez szpital, bez której pacjenci nie będą chcieli zgłaszać się na operacje. Szczególnym przykładem konkurencyjnej bariere wejścia do niektórych sektorów może być konieczność posiadania kontraktu z NFZ. Przykładowo w przypadku większości usług onkologicznych leczenie pacjentów jest tak drogie, że żaden pacjent nie byłby w stanie sfinansować go z własnych środków. Kontrakt z NFZ jest więc w tej dziedzinie niezbędny. Z kolei bariere administracyjne to kryteria formalne, które należy spełnić, aby móc prowadzić określoną działalność leczniczą, jak np. zapewnienie dostępu dla niepełnosprawnych pacjentów.

Kolejne zagrożenie, które wymaga oceny, to groźba pojawienia się substytutów. W przypadku usług medycznych substytutem będzie alternatywny sposób leczenia tego samego schorzenia oferowany przez podmioty pochodzące z innego sektora. Przykładowo substytutem dla terapii lekowej w leczeniu bólów kręgosłupa może być akupunktura. W ocenie zagrożenia ze strony substytutów ważne jest, w jakim stopniu istniejące substytuty są w stanie odebrać klientów analizowanym podmiotom.

Istotnym elementem analizy jest również ocena siły przetargowej dostawców i nabywców. Dostawcami są wszystkie podmioty, które dostarczają podmiotom leczniczym jakieś wyroby (np. materiały medyczne) lub usługi (np. diagnostyka), za które podmioty lecznicze płać. Do grupy dostawców można też zaliczyć personel

medyczny zatrudniany w podmiocie leczniczym na podstawie kontraktu (umowy cywilnoprawnej).⁵ Nabywcami usług świadczonych przez podmioty lecznicze są inne podmioty i osoby indywidualne, które płacą podmiotom leczniczym za wykonane usługi. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której usługi medyczne świadczone są pacjentom/klientom w większości przypadków niepłacącym za nie bezpośrednio podmiotom leczniczym. Nabywcą większości usług od podmiotów leczniczych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście w niektórych sektorach, np. w sektorze usług stomatologicznych, pacjenci samodzielnie nabywają usługi lekarzy dentyistów.

Siła przetargowa dostawców podmiotów leczniczych zależy od stopnia koncentracji i ostrości walki konkurencyjnej w sektorze dostawców, uzależnienia jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze od jakości wyrobów i usług dostarczanych przez dostawców, możliwości substytuowania wyrobu/usługi dostawcy, udziału nabywanych produktów w kosztach wytworzenia usługi świadczonej przez podmiot leczniczy, możliwości i kosztów zmiany dostawcy, możliwości dostawcy do podjęcia się świadczenia usług medycznych oferowanych przez podmioty sektora. W analizie siły przetargowej nabywców uwzględnia się te same czynniki co w analizie dostawców, tyle tylko, że analizę prowadzi się z odmiennej perspektywy – perspektywy nabywców, w której analizowany podmiot leczniczy występuje w charakterze dostawcy.

Analiza „pięciu sił” M.E. Portera jest dobrą metodą analizy sektora zwłaszcza dla nowo wchodzących do sektora, gdyż pozwala na dogłębne zapoznanie się ze wszystkimi aspektami działania w sektorze. Jej podstawową wadą jest duża subiektywność ocen co do natężenia poszczególnych sił i całościowej oceny atrakcyjności sektora na zakończenie analizy. Pod tym względem lepsza jest punktowa ocena atrakcyjności sektora, o bardziej zobiektywizowanych ocenach, która dodatkowo pozwala na porównanie atrakcyjności różnych sektorów w momencie podejmowania decyzji np. o rozszerzeniu działalności.

Punktowa ocena atrakcyjności sektora opiera się na analizie wpływu 15 czynników (tabela 1) na atrakcyjność sektora. Jest to metoda ważona, tzn. każdemu z czynników nadano wagę określającą jego znaczenie. Każdy z czynników oceniany jest za pomocą skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza najniższą, a 5 najwyższą wartość czynnika) w zależności od wpływu danego czynnika na atrakcyjność analizowanego sektora. Im wyższy wpływ, tym wyższa ocena. Przykładowo, wysoka rentowność sektora zwiększa jego atrakcyjność, a więc czynnik ten zostanie

⁵ Personel medyczny zatrudniany na podstawie stosunku pracy jest traktowany jako część przedsiębiorstwa i oceniany w analizie wewnętrznej.

oceniony wysoko. Natomiast wysoka sezonowość świadczenia usług zmniejsza atrakcyjność sektora, wskutek czego czynnik ten zostanie oceniony nisko.

Tabela 1. Punktowa ocena atrakcyjności sektora podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w latach 2013–2016

Lp.	Kryterium oceny sektora	Waga	Wartość kryterium w sektorze		Ocena ważona	
			2013	2016	2013	2016
1	Wielkość rynku	3	1	1	3	3
2	Przewidywana stopa wzrostu rynku	3	1	2	3	6
3	Rentowność sektora	3	3	3	9	9
4	Stopień koncentracji sektora	2	3	4	6	8
5	Ostrość walki konkurencyjnej	3	4	3	12	9
6	Wysokość barier wejścia	2	2	3	4	6
7	Wysokość barier wyjścia	1	5	5	5	5
8	Groźba pojawienia się substytutów	2	4	3	8	6
9	Groźba pojawienia się nowych konkurentów	3	3	4	9	12
10	Pewność zaopatrzenia	1	5	5	5	5
11	Stabilność technologiczna	2	5	5	10	10
12	Możliwość różnicowania produktów	1	2	2	2	2
13	Możliwość dywersyfikowania działalności	1	3	4	3	4
14	Sezonowość i cykliczność	1	4	4	4	4
15	Zagrożenia środowiska naturalnego	2	5	5	10	10
Łączna ocena		30			93	99

Źródło: opracowanie własne. Schemat analizy oparty na: G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna w przedsiębiorstwie*, wyd. 4, PWE, Warszawa 2009, s. 217.

Zazwyczaj dokonuje się oceny atrakcyjności sektora na moment prowadzenia analizy i w przyszłości (w perspektywie określonej założeniami analizy – zwykle 3- lub 5-letniej). Po wymnożeniu wag i ocen otrzymuje się ocenę punktową, którą należy wyrazić w procentach (w odniesieniu do maksymalnej, możliwej do uzyskania oceny – w tym wypadku do 150 punktów). Wynik osiągający przynajmniej 60% oznacza wysoką, a osiągający przynajmniej 80% – bardzo wysoką atrakcyjność sektora. Sektory uzyskujące ocenę poniżej 60% uważa się za mało atrakcyjne. W podanym przykładzie sektor osiągnął w momencie prowadzenia analizy równo 62%, co oznacza już wysoką atrakcyjność sektora. W ciągu najbliższych 3 lat należy spodziewać się niewielkiego wzrostu atrakcyjności sektora do 66%.

Punktowa analiza atrakcyjności sektora pozwala również na stosunkowo łatwe wyróżnienie szans i zagrożeń. Szanse stanowić będą wszystkie czynniki ocenione wysoko, zagrożenia zaś – wszystkie czynniki ocenione nisko. Jeżeli zostanie dokonana również analiza w perspektywie kilku lat naprzód, pozwoli to poznać trendy zmian w zakresie najważniejszych zagrożeń i szans.

2. Analiza otoczenia wewnętrznego

Jako otoczenie wewnętrzne traktuje się zestaw zasobów i umiejętności, którymi dysponuje organizacja, a także wszelkie procesy i zjawiska zachodzące w jej wnętrzu. Zasoby mogą być materialne, np. budynki czy sprzęt, jak i niematerialne, np. wiedza personelu medycznego czy reputacja placówki. Umiejętności stanowią tak naprawdę jedną z kategorii zasobów niematerialnych, ale często są wyróżniane oddzielnie ze względu na ich znaczenie dla organizacji. Umiejętności są definiowane jako zdolność organizacji do wykorzystania wszystkich zasobów w sposób pomagający organizacji osiągnąć jej cele.⁶

Istnieje wiele szczegółowych metod analizy otoczenia wewnętrznego, takich jak analiza zasobów i umiejętności czy analiza łańcucha wartości. Istnieją również kompleksowe metody analizy potencjału wewnętrznego organizacji, np. bilans strategiczny organizacji. Bardzo dobrą metodą jest analiza kluczowych czynników sukcesu oparta na zasadzie sformułowanej przez włoskiego ekonomistę V. Pareto mówiącej o tym, że 20–30% przyczyn (czynników) decyduje o 70–80% skutków.⁷ Biorąc za podstawę tę zasadę, wystarczy zidentyfikować kilkanaście czynników (określanych właśnie jako kluczowe czynniki sukcesu – KCS), aby móc określić pozycję konkurencyjną organizacji.

Każdy sektor charakteryzuje się unikatowym zestawem kluczowych czynników sukcesu (KCS) i aby odnieść sukces, trzeba spełniać w wysokim stopniu wszystkie kryteria określone przez te czynniki. Kluczowym czynnikiem sukcesu może być posiadanie konkretnego zasobu, np. lekarza specjalisty o unikatowych umiejętnościach, czy też umiejętności, np. umiejętności tworzenia przyjaznej atmosfery w podmiocie leczniczym przyciągającej pacjentów „jak magnes”.

W celu właściwego przeprowadzenia analizy należy najpierw zbudować listę kluczowych czynników sukcesu dla sektora, w którym działa podmiot leczniczy. Następnym krokiem jest przyporządkowanie im wag od 1 do 3 (gdzie 3 oznacza najwyższą wagę czynnika), podobnie jak w punktowej ocenie atrakcyjności sektora. Posługując się tak opracowaną listą, należy ocenić, w jakim stopniu dany podmiot leczniczy spełnia kryteria wyznaczone przez poszczególne kluczowe czynniki sukcesu. W ocenie wykorzystuje się skalę od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zerowy lub bardzo niski stopień spełnienia danego kryterium, natomiast 5 – spełnienie danego kryterium w 100%. Po wymnożeniu wszystkich wag i ocen otrzymuje

⁶ B. Godziszewski, *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*, UMK, Toruń 2001, s. 68.

⁷ *Leksykon zarządzania*, op.cit., s. 678.

się ocenę punktową, którą należy wyrazić w procentach (w odniesieniu do maksymalnej, możliwej do uzyskania oceny obliczanej zawsze jako suma wag razy maksymalna możliwa do przyznania za każde kryterium ocena) (tabela 2). Wynik przynajmniej 60% oznacza mocną, a przynajmniej 80% – bardzo mocną pozycję konkurencyjną. Wynik poniżej 60% oznacza słabą pozycję konkurencyjną.

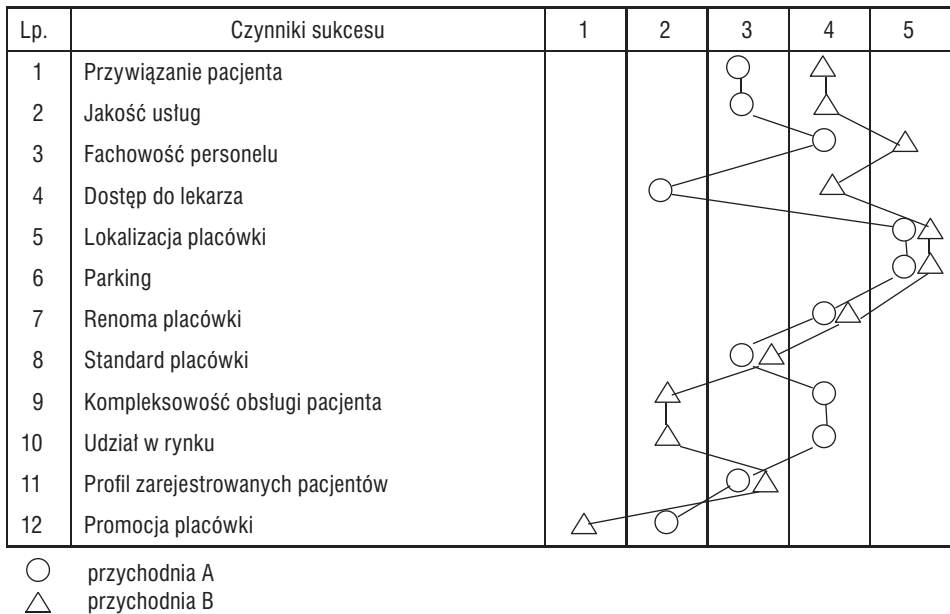
Tabela 2. Analiza kluczowych czynników sukcesu dwóch konkurencyjnych przychodni w sektorze POZ

Lp.	Czynniki sukcesu	Waga	Ocena konkurenta		Ocena ważona	
			A	B	A	B
1	Przywiązanie pacjenta	3	3	4	9	12
2	Jakość usług	3	3	4	9	12
3	Fachowość personelu	3	4	5	12	15
4	Dostęp do lekarza	3	2	4	6	12
5	Lokalizacja placówki	3	5	5	15	15
6	Parking	2	5	5	10	10
7	Renoma placówki	2	4	4	8	8
8	Standard placówki	2	3	3	6	6
9	Kompleksowość obsługi pacjenta	2	4	2	8	4
10	Udział w rynku	1	4	2	4	2
11	Profil zarejestrowanych pacjentów	1	3	3	3	3
12	Promocja placówki	1	2	1	2	1
Łączna ocena		26			92	100

Źródło: prace słuchaczy Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Schemat analizy oparty na: G. Gierszewska, M. Romanowska, op.cit., s. 232.

W podanym przykładzie konkurent A osiągnął równo 71%, co oznacza mocną pozycję konkurencyjną, natomiast konkurent B uzyskał nieznacznie lepszy wynik – 77%, co oznacza, że jego pozycja konkurencyjna jest lepsza, ale przy tak niewielkiej różnicy konkurent A może łatwo zmniejszyć dystans do konkurenta B.

Ocena kluczowych czynników sukcesu pozwala również na stosunkowo łatwe wyróżnienie mocnych i słabych stron podmiotu leczniczego. Mocne strony stanowiąc będą wszystkie kryteria ocenione wysoko, natomiast słabe strony – wszystkie kryteria ocenione nisko. Mocne i słabe strony są doskonale widoczne na profilu konkurencyjnym, nazywanym inaczej profilem strategicznym (rysunek 4). Ta metoda graficznej prezentacji analizy KCS sprawdza się doskonale zwłaszcza w połączeniu z analizą przeprowadzoną dla najbliższego konkurenta (najczęściej z tej samej grupy strategicznej). Profil konkurencyjny pokazuje wtedy mocne i słabe strony analizowanego podmiotu na tle mocnych i słabych stron konkurenta, co pozwala łatwo dostrzec, w jakim aspekcie analizowany podmiot leczniczy jest lepszy, a w jakim gorszy i co wymaga natychmiastowej poprawy.

Rysunek 4. Profil strategiczny dwóch konkurencyjnych przychodni POZ

Źródło: prace słuchaczy Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Schemat analizy oparty na: G. Gierszewska, M. Romanowska, op.cit., s. 233.

3. Określenie możliwości rozwojowych podmiotu leczniczego

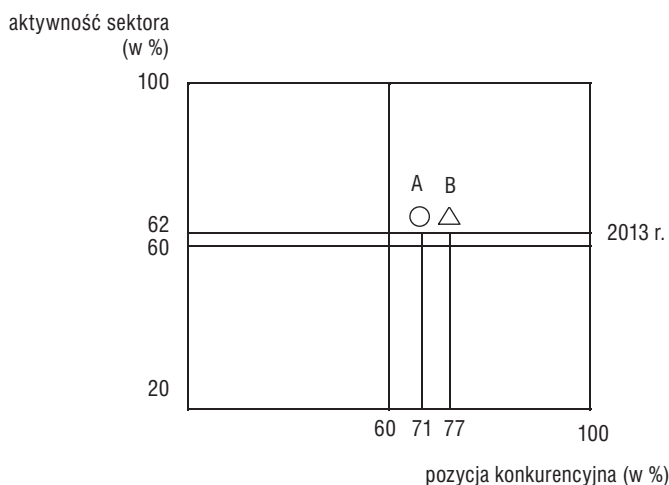
Analiza otoczenia zewnętrznego pozwala na przedstawienie analizy SWOT i identyfikację możliwości rozwojowych podmiotu leczniczego oraz określenie jego potencjału strategicznego z wykorzystaniem macierzy ABCD. Analiza SWOT podmiotu leczniczego stanowiąca zestawienie szans i zagrożeń oraz mocnych i słabych stron pozwala na identyfikację sytuacji, w której znalazł się podmiot leczniczy (tabela 3). Najkorzystniejszą sytuacją jest dominacja szans w otoczeniu zewnętrznym w połączeniu z przewagą mocnych stron nad słabymi. Taka sytuacja pozwala na planowanie śmiałej strategii rozwojowej, oczywiście przy uwzględnieniu istniejących zagrożeń. Gdyby nawet podmiot leczniczy miał więcej słabych stron niż mocnych, to i tak przy dominacji szans w otoczeniu powinien móc pozwolić sobie na rozwój, choć w mniejszym stopniu.

Jeżeli w otoczeniu dominować będą zagrożenia, ale podmiot leczniczy będzie dysponował wieloma mocnymi stronami, podmiot ten powinien skupić cały swój

potencjał na przeciwstawianiu się zagrożeniom, aby w jak najlepszej formie dotrzeć do momentu poprawy w sytuacji w otoczeniu i wtedy „rozwinąć skrzydła”. Tam jednak, gdzie w podmiocie leczniczym dominować będą słabe strony, przy niesprzyjających warunkach zewnętrznych (przewadze zagrożeń nad szansami) pozostaje tylko walka o przetrwanie lub wycofanie się z rynku, jeśli jest to w ogóle możliwe.

W decyzjach co do przyszłości pomocna będzie również ocena sytuacji podmiotu leczniczego przedstawiona w czteropolowej macierzy, gdzie w zależności od atrakcyjności sektora i swojej pozycji konkurencyjnej analizowany podmiot uplasuje się w innym miejscu (rysunek 5). Najlepszą sytuacją jest oczywiście mocna pozycja w atrakcyjnym sektorze, której utrzymanie lub nawet poprawa zapewni podmiotowi możliwości dalszego rozwoju w danym sektorze i/lub w sektorach pokrewnych, jeżeli podmiot podejmie dywersyfikację. Słaba pozycja podmiotu w atrakcyjnym sektorze też będzie stosunkowo korzystna (choć wymagająca poprawy) ze względu na potencjał rozwojowy sektora.

Rysunek 5. Pozycja konkurencyjna konkurentów A i B w sektorze usług POZ



Źródło: prace słuchaczy Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

W przypadku zajmowania pozycji w nisko atrakcyjnym sektorze należy najpierw zbadać atrakcyjność sektora w przyszłości. Szansa na wzrost atrakcyjności sektora, zwłaszcza powyżej poziomu średniej atrakcyjności (60%), daje podstawę podmiotowi leczniczemu do walki o utrzymanie się w sektorze. Natomiast w przypadku braku takiej szansy i raczej tendencji do dalszego spadku atrakcyjności

sektora należy rozważyć zasadność pozostawania w sektorze. Dotychczasowa mocna pozycja skłaniać będzie do pozostania do czasu, kiedy koszty funkcjonowania nie będą przewyższać przychodów. Słaba zaś pozycja powinna skłonić kierownictwo podmiotu leczniczego do natychmiastowego, o ile jest to możliwe, wycofania się z tego sektora, aby nie generować niepotrzebnych strat. Wycofany kapitał można zainwestować w inny sektor – bardziej atrakcyjny i wciąż rozwojowy.

Tabela 3. Przykładowa analiza SWOT przychodni POZ (konkurent A)

Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • Wzrost gospodarczy • Wzrost wydatków na ochronę zdrowia • Polityka zdrowotna • Wzrost świadomości i działań prozdrowotnych społeczeństwa • Podatność na reklamę leków OTC • Tempo życia • Rozwój medycyny • Rozwój internetu i technologii komunikacji • Średni poziom koncentracji sektora • Brak ostrej walki konkurencyjnej • Niskie bariery wejścia • Małe zagrożenie substytutami • Pewność zaopatrzenia • Stabilność technologiczna • Możliwość dywersyfikacji działalności • Niewielka sezonowość • Brak zagrożenia dla środowiska naturalnego 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak stabilizacji politycznej w kraju • Złe rozwiązania systemowe w ochronie zdrowia • Niski budżet NFZ • Biurokracja • Ograniczenie możliwości reklamy usług medycznych • Starzenie się społeczeństwa • Wzrost długości życia • Niski przyrost naturalny • Migracja personelu medycznego do innych krajów • Wzrost cen paliw i energii elektrycznej • Mały rynek • Niskie tempo wzrostu rynku • Niska rentowność • Niskie bariery wejścia • Zagrożenie ze strony nowych wejść do sektora • Mała możliwość różnicowania produktów
Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • Wzrost przywiązania pacjentów do placówki • Wzrost jakości świadczonych usług • Fachowość personelu • Lokalizacja placówki • Własny parking • Dobra renoma placówki • Kompleksowość obsługi pacjenta • Duży udział w rynku 	<ul style="list-style-type: none"> • Słaby dostęp do lekarza • Przeciętny standard placówki • Niezbyt korzystny profil zarejestrowanych pacjentów • Słaby poziom działań promocyjnych

Źródło: prace słuchaczy Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Uzyskane w wyniku analizy wskazówki należy wykorzystać następnie przy podejmowaniu decyzji dotyczących przyszłej strategii. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby na tak konkurencyjnym rynku, jakim jest dziś rynek usług medycznych w Polsce, podmioty lecznicze nie podejmowały działań strategicznych poprzedzonych dogłębną analizą strategiczną.

Bibliografia

1. Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2009.
2. Godziszewski B., *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*, UMK, Toruń 2001.
3. Jarosiński M., *Wybrane koncepcje i metody zarządzania strategicznego*, w: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
4. *Leksykon zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2004.

STRATEGIE DZIAŁANIA NA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH – STRATEGIA ROZWOJU ORGANIZACJI

Wstęp – pojęcie i istota strategii

Mimo że pojęcie strategii na dobre zagościło w naukach o zarządzaniu już w latach 60. XX w., do tej pory nie powstała jedna, akceptowalna przez wszystkich jej definicja. Pod względem etymologicznym słowo „strategia” pochodzi od greckiego *strategos* i oznacza *stratos* – armię, a *agein* – dowodzenie, przewodzenie. Początkowo pojęcie strategii było ściśle związane z wojskowością i odnosiło się do przygotowania i prowadzenia wszelkich działań militarnych. Dopiero wiek XX spowodował rozprzestrzenienie się pojęcia strategii na inne sfery działalności człowieka, w tym na grunt biznesu, polityki i życia społecznego. Prekursorami badań strategii na gruncie biznesu byli m.in.: A.D. Chandler, P. Drucker, A. Sloan, H.I. Ansoff, T. Levitt. Przykłady różnych podejść do kwestii definiowania pojęcia strategii w ujęciu chronologicznym prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Wybrane definicje strategii

Definicja strategii	Autor
Strategia to określanie długoterminowych celów i zadań oraz przyjęcie takich kierunków działań i alokacji zasobów niezbędnych do osiągnięcia tych celów.	A. Chandler (1962)
Strategia to wzorzec decyzji, które ujawniają i determinują cele przedsiębiorstwa oraz tworzą plany i programy do ich osiągnięcia.	K. Andrews (1971)
Strategia dotyczy długofalowych celów i sposobów ich osiągnięcia wpływających na system jako całość.	R.L. Ackoff (1972)
Strategia to ciąg decyzji określających zachowanie w pewnym przedziale czasu.	H.A. Simon (1976)
Strategię przedsiębiorstwa należy utożsamiać z formułowaniem podstawowych misji i celów organizacji, polityki i programów niezbędnych do ich osiągnięcia oraz metod zapewniających, że strategię są realizowane, a cele organizacji osiągnane.	G.A. Steiner, J.B. Miner (1977)

¹ Dr hab. Agnieszka Sopińska, prof. SGH, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Strategia jest nadrzędnym i integratywnym planem, określającym korzyści w związku z oczekiwaniami i wyzwaniem otoczenia.	W.F. Gluck (1980)
Strategia jest podejściem zmierzającym do najbardziej korzystnego wyróżnienia się podmiotu na tle swych konkurentów.	K. Ohmae (1982)
Zachowanie strategiczne organizacji to proces interakcji z otoczeniem, któremu towarzyszy proces zmieniających się układów wewnętrznych i dynamiki.	H.I. Ansoff (1985)
Strategia definiowana jest za pomocą pięciu słów (5P): planu (<i>plan</i>), wzoru (<i>pattern</i>), manewru (<i>ploy</i>), pozycji (<i>position</i>) oraz postrzegania (<i>perspective</i>).	H. Mintzberg (1987)
Strategia to kompleksowy plan osiągnięcia celów organizacji.	R.W. Griffin (1988)
Centrum uwagi strategii na poziomie korporacji powinny stanowić kluczowe kompetencje.	G. Hamel, C.K. Prahalad (1990)
Strategia przedsiębiorstwa to sposób postępowania albo plan integrujący główne cele, politykę i działania we wspólną całość.	J.B. Quinn (1980)
Strategię należy utożsamiać z planem działania, który odzwierciedla wzorzec zarządzania w sferze rynku; wskazuje, jak wypełnić misję i osiągnąć założone cele.	A.A. Thompson, A.J. Strickland (1993)
Strategia to sposób alokacji zasobów umożliwiający firmie utrzymanie lub polepszenie osiąganych wyników.	J.B. Barney (1997)
Strategia to tworzenie unikalnych i wartościowych pozycji konkurencyjnych z udziałem różnych działań. Istotą strategicznego pozycjonowania jest wybór działań różnych od konkurentów.	M.E. Porter (1996)
Strategia jest łańcuchem opcji (rozumianych jako wiązki możliwości do podjęcia decyzji inwestycyjnych), które pozostają ze sobą w różnych relacjach, lub portfelem opcji wykreowanych przez inwestycje.	T.H. Luehrman (1998)
Strategia to koncepcja działania w dłuższym horyzoncie czasowym, uwzględniająca przewidywane zmiany w otoczeniu, a także przewidywane zmiany w zasobach i warunkach działania przedsiębiorstwa.	S. Sudot (1999)
Strategia to szeroki program wytyczania i osiągnięcia celów organizacji, reakcja organizacji w czasie na oddziaływanie jej otoczenia.	J. Stoner, R. Freeman, D. Gilberth (2001)
Strategia to zdefiniowane (<i>ex ante</i>) pomysły, dotyczące przede wszystkim innowacji wartości oraz okazji, które trzeba wykorzystać, a także zdefiniowane redundancje zasobów i kompetencji, które trzeba tworzyć ze względu na szanse i zagrożenia.	R. Krupski (2004)
Strategia to długofalowa koncepcja funkcjonowania przedsiębiorstwa.	<i>Leksykon zarządzania</i> (2004)
Strategia jest zbiorem działań konkurencyjnych i odpowiednich podejść do biznesu, które wykorzystuje się w celu osiągnięcia satysfakcji interesariuszy i które przynoszą organizacji względnie trwałe sukcesy wyrażane jej przewagą konkurencyjną.	J. Rokita (2005)
Strategia to program działania określający główne cele przedsiębiorstwa i sposoby ich osiągnięcia.	M. Romanowska (2009)
Strategia to spójna i efektywna odpowiedź na wyzwania otoczenia.	K. Obłój (2010)
Strategia to plan działań określający długofalowy kierunek i zakres działalności organizacji osiągającej dzięki swojej konfiguracji zasobów i kompetencji przewagę w zmieniającym się otoczeniu w celu spełnienia oczekiwań interesariuszy.	G. Johnson, K. Scholes, R. Wittington (2010)

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Sopińska, W. Jakubowska, *Zasobowe uwarunkowania wyborów strategicznych przedsiębiorców. Problem pozyskiwania i wykorzystania zasobów przez przedsiębiorstwa*. Raport z badań statutowych, SGH, Warszawa 2013, s. 17.

Przytoczone definicje są zaledwie niewielkim wycinkiem zbioru poglądów na temat istoty i treści strategii przedsiębiorstwa. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele innych podejść do rozumienia strategii i jej definiowania. Tak duża ich różnorodność jest konsekwencją ewolucyjnego charakteru zarządzania strategicznego. W miarę rozwoju teorii oraz kumulacji doświadczeń praktycznych powstawały nowe koncepcje, lepiej dostosowane do coraz bardziej burzliwego i nieprzewidywalnego otoczenia, nazywane szkołami myślenia strategicznego lub szkołami strategii. H. Mintzberg, B. Ahlstrand i J. Lampel² wyróżniają aż dziesięć takich szkół. Ich zbiorcze zestawienie prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Istota strategii według dziesięciu szkół strategii H. Mintzberga, B. Ahlstranda i J. Lampela

Nazwa szkoły/najważniejsi autorzy	Istota strategii	Charakter procesu formułowania strategii
Szkoła projektowa/ P. Selznick	Strategia przyjmuje postać projektu.	Rozmyślny proces kojarzenia uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.
Szkoła planowania/ H.I. Ansoff	Strategia przyjmuje formułę długoterminowego planu.	Formalny proces planowania i realizacji strategii.
Szkoła pozycyjna/ M.E. Porter	Strategia jest opisana jako pozycja organizacji względem otoczenia.	Analityczny proces identyfikowania pozycji organizacji.
Szkoła przedsiębiorcza/ P. Drucker, J. Schumpeter	Strategia jest efektem wizjonerskiej postawy naczelnego kierownictwa.	Wizjonerskie działanie liderów organizacji.
Szkoła poznania/ H.A. Simon, J. March	Strategia jest procesem podejmowania decyzji.	Mentalny proces.
Szkoła uczenia się/ M. Cyert, C.E. Lindblom, J.G. March, J.B. Quinn, C.K. Prahalad, G. Hamel	Nie jest istotna sama formuła strategii, ale fakt jej „narastania” w wyniku procesu uczenia się.	Emergentny proces polegający na wyfanianiu się strategii, jej narastania w trakcie działania.
Szkoła władzy/ J. Pfeffer, G.R. Salancik	Nie jest istotna sama formuła strategii, ale fakt jej ukształtowania w procesach negocjacji.	Negocjacyjny proces tworzenia strategii w wyniku negocjacji pomiędzy członkami organizacji lub pomiędzy członkami organizacji i otoczeniem.
Szkoła kulturowa/ E. Rhenman	Nie jest istotna sama formuła strategii, ale uwzględnienie w niej kulturowych wartości organizacji.	Zespołowy proces tworzenia strategii, uwzględniający kulturę organizacyjną.

² H. Mintzberg, B. Ahlstrand, J. Lampel, *Strategic Safari. A Guide Tour Trough the Wilds of Strategic Management*, The Free Press, New York 1998.

Szkoła uwarunkowań środowiskowych/ M.T. Hannan, J. Freeman, D. Chandler, R.E. Miles, C.C. Snow	Nie jest istotna sama formuła strategii, ale sytuacyjny kontekst jej opracowania.	Reaktywny proces uwzględniający sytuacyjną analizę uwarunkowań zewnętrznych.
Szkoła konfiguracji/ D. Chandler, R.E. Miles, C.C. Snow	Strategia jest procesem ciągłej transformacji celów i środków działania.	Transformacyjny proces tworzenia strategii polegający na dopasowywaniu organizacji do zmieniającego się kontekstu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie R. Krupski, J. Niemczyk, E. Stańczyk-Hugiart, *Koncepcje strategii organizacji*, PWE, Warszawa 2009.

Mniej rozbudowaną typologię szkół myślenia strategicznego proponuje K. Obłój.³ Grupuje on wszystkie teorie i koncepcje dotyczące strategii w cztery zasadnicze szkoły myślenia strategicznego: szkołę tradycyjną (planistyczną), szkołę ewolucyjną, szkołę pozycyjną, szkołę zasobów i umiejętności, a w dalszych publikacjach dodaje jeszcze dwie szkoły: szkołę prostych reguł oraz szkołę realnych opcji.⁴ Rozumienie strategii według tak zdefiniowanych szkół przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Rozumienie strategii według szkół myślenia strategicznego K. Obłoja

Szkoła	Główni przedstawiciele	Rozumienie strategii
Planistyczna (tradycyjna)	H.I. Ansoff, R.L. Ackoff, K.R. Andrews	Strategia = szczegółowy plan działania, „rozkład jazdy” gotowy do wdrożenia.
Ewolucyjna	E. Warpp, J.B. Quinn, H. Mintzberg	Strategia = wzorzec zachowania powstający jako wypadkowa działania, okreśelany <i>ex post</i> .
Pozycyjna	M.E. Porter, E. Wrapp, K. Ohmae	Strategia = pozycja rynkowa.
Zasobowa	C.K. Prahalad, G. Hamel	Strategia = perspektywa, trajektoria rozwoju będąca wypadkową zasobów organizacji, jej kluczowych kompetencji.
Prostych reguł	K.M. Eisenhardt, D.N. Sull	Strategia = wybieranie szans i okazji na podstawie kilku prostych reguł.
Realnych opcji	T.H. Luehrman	Strategia = łańcuch opcji inwestorskich (finansowych).

Źródło: opracowanie własne.

Niezależnie od przyjętej definicji celem strategii jest stworzenie silnej i stabilnej pozycji organizacji w otoczeniu poprzez związanie jej z rozwojowymi biznesami

³ K. Obłój, *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 1998.

⁴ *Ibidem*.

i rynkami oraz opracowanie sposobu konkurowania dostosowanego do długotrwałych prognoz dotyczących makrootoczenia i zachowań innych uczestników rynku, a także dostosowanego do aspiracji strategicznych właścicieli i menedżerów.

1. Rodzaje strategii ze względu na poziom jej tworzenia

Proces tworzenia strategii powinien obejmować wszystkie poziomy działania podmiotu leczniczego, począwszy od poziomu całej korporacji, przez poziom poszczególnych jednostek strategicznych, aż po poziom funkcjonalny. Strategiczna jednostka biznesowa (SBJ) to część organizacji mająca zidentyfikowanych klientów, konkurentów i dostawców, działająca na odrębnym rynku i mająca własną strategię konkurencji.

Ze względu na poziom tworzenia strategii wyróżnia się trzy ich rodzaje:

- strategię korporacji (*corporate strategy*), nazywane też strategiami rozwoju, podstawowymi lub ogólnymi,
- strategię jednostek biznesowych (*business strategy*), nazywane strategiami sektorowymi lub strategiami konkurencji,
- strategię funkcjonalne (*funcional area strategy*).⁵

Jeśli organizacja (dany podmiot leczniczy) działa w jednej domenie (sektorze, biznesie), czyli posiada tylko jedną strategiczną jednostkę, to opracowuje strategię tylko na dwóch poziomach, jeśli zaś działa w kilku biznesach – to na trzech poziomach, gdyż każda z domen wymaga odrębnej strategii.

Ze względu na rozwój struktur sieciowych coraz częściej mówi się o konieczności wyróżnienia (czwartego lub trzeciego) poziomu tworzenia strategii – poziomowi sieci ponadorganizacyjnej.⁶ Typologie strategii ze względu na poziom jej tworzenia oraz przykład przełożenia na grunt działalności medycznej prezentuje w sposób graficzny rysunek 1.

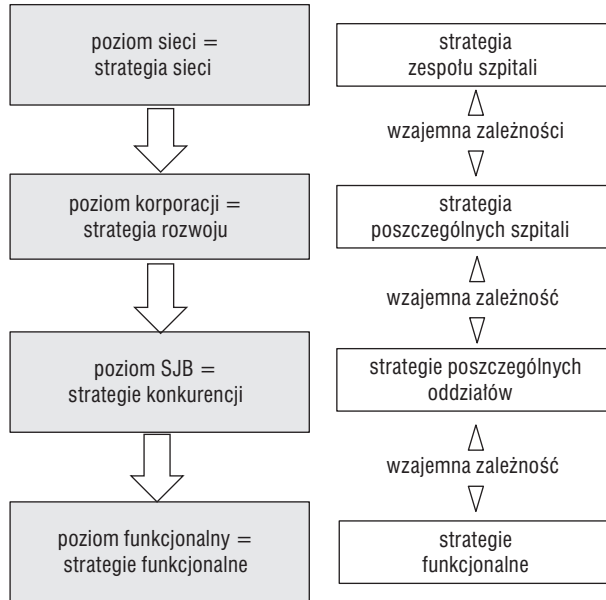
Na poziomie sieci podejmowane są decyzje strategiczne odnośnie do strategii konkurencji i rozwoju całej sieci. Realizacja strategii sieci odbywa się m.in. poprzez dołączanie nowych jednostek, kształtowanie powiązań między jednostkami sieci

⁵ W literaturze przedmiotu można spotkać się też z określeniem „strategii jednostek operacyjnych”. Jednakże ze względu na bieżący i krótkoterminowy charakter działań operacyjnych trudno je nazywać mianem strategii, która z założenia powinna dotyczyć działań w długim okresie.

⁶ B. de Witt, R. Meyer, *Strategy. Process, content, context. An international perspective*, PWE, Warszawa 2007, s. 9.

czy też zmianę modelu zarządzania siecią.⁷ Z punktu widzenia pojedynczego uczestnika sieci strategia sieci pozwala określić pełnioną rolę w sieci i wynikającą z tego faktu korzyści. Strategia sieci nie będzie przedmiotem szczegółowego omówienia w monografii.

Rysunek 1. Rodzaje strategii ze względu na poziom jej tworzenia



Źródło: opracowanie własne.

Strategia na poziomie korporacji (strategia rozwoju) określa ogólny zakres działalności podmiotu leczniczego oraz sposoby zwiększenia wartości poszczególnych jej części (jednostek biznesowych). Rozstrzygnięcie kwestii, w jakich biznesach chce funkcjonować podmiot, na jakich rynkach i z jakim własnym zaangażowaniem pozwala przejść do tworzenia strategii na poziomie poszczególnych biznesów.

Strategie na poziomie jednostek biznesowych (strategie konkurencji) określają, w jaki sposób poszczególne jednostki biznesowe mają konkurować na swoich rynkach. Strategie konkurencji zostaną omówione w rozdziale „Strategie konkurencji podmiotów leczniczych”.

⁷ Z. Pierścionek, *Zarządzanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 2012, s. 399–408.

Ostatni poziom tworzenia strategii wyznaczają poszczególne obszary funkcjonalne danego podmiotu leczniczego. Zadaniem ich jest przełożenie powziętych wcześniej decyzji (na poziomie całej korporacji oraz jej jednostek biznesowych) na język poszczególnych funkcji, takich jak: marketing, tworzenie usługi, finanse, logistyka, zasoby ludzkie, B + R, zaopatrzenie.

Należy wyraźnie zaznaczyć, iż tworzenie strategii organizacji wymaga koordynacji decyzji podejmowanych na wszystkich poziomach zarządzania, przy jednoczesnym wyraźnym ustaleniu hierarchii pomiędzy nimi. Z punktu widzenia pojedynczej organizacji najważniejszymi decyzjami są decyzje wyznaczające ogólną strategię rozwoju organizacji. To od nich powinien rozpoczynać się proces opracowywania strategii organizacji. W punkcie 2 zostaną omówione dylematy, jakie należy rozstrzygnąć w ramach projektowania strategii rozwoju.

2. Dylematy strategii rozwoju

Strategia rozwoju ma charakter generalny i jako taka powinna być sformułowana w pierwszej kolejności. Projektowanie strategii rozwoju wiąże się z dokonywaniem wielu wyborów, z których cztery mają znaczenie priorytetowe. Są to wybory odnośnie do:

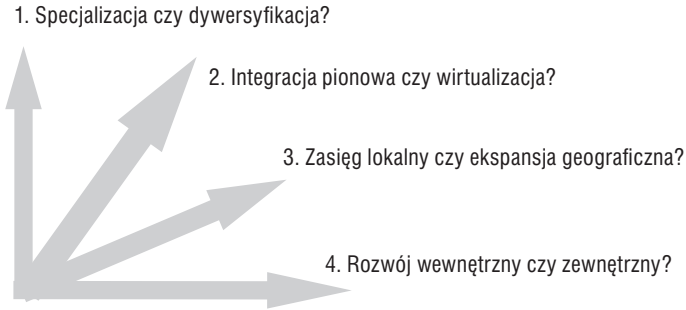
- rodzaju i liczby sektorów (branż) działania,
- poziomu integracji pionowej,
- zasięgu geograficznego działania,
- sposobu rozwoju.

Rozstrzygnięcie pierwszego dylematu pozwala stwierdzić, czy zamiarem danego podmiotu leczniczego jest wąska specjalizacja w jednej dziedzinie, czy może wręcz przeciwnie – szeroka dywersyfikacja działalności. Dokonanie wyboru w ramach drugiego dylematu rozstrzyga kwestię poziomu wirtualizacji organizacji. Odpowiada na pytanie, w jakim stopniu organizacja chce być podmiotem samowystarczalnym, a może przeciwnie – chce być podmiotem wirtualnym, pełniącym rolę integratora nabywanych zewnętrznie zasobów i funkcji. Trzeci dylemat, który należy rozstrzygnąć w ramach projektowania strategii rozwoju, to kwestia wyboru zasięgu geograficznego działania. Wiąże się on z odpowiedzią na pytanie: czy dana organizacja chce być podmiotem o zasięgu lokalnym, czy przeciwnie – ma aspiracje bycia podmiotem międzynarodowym, a może wręcz globalnym? Na koniec pozostaje kwestia rozstrzygnięcia sposobu rozwoju, tzn. odpowiedź na pytanie, w jaki sposób organizacja może osiągnąć wcześniej dokonane wybory. Czy chce osiągnąć je samodzielnie

(poprzez rozwój wewnętrzny), czy będzie jej do tego potrzebny jakiś zewnętrzny partner (rozwój zewnętrzny)?

Graficzne ujęcie podstawowych dylematów do rozstrzygnięcia w ramach projektowania strategii rozwoju prezentuje rysunek 2.

Rysunek 2. Podstawowe dylematy strategii rozwoju



Źródło: opracowanie własne.

Każdy z przedstawionych wyborów wyznacza określoną strategię rozwoju. I tak w ramach pierwszego z wyborów można mówić o strategii specjalizacji, bądź strategii dywersyfikacji działalności; w ramach drugiego – o strategii integracji pionowej lub wirtualizacji; w ramach trzeciego – o strategii ekspansji geograficznej (strategii umiędzynarodowienia) lub strategii lokalnej; w ramach czwartego – o strategii rozwoju wewnętrznego lub zewnętrznego.

2.1. Specjalizacja czy dywersyfikacja?

Strategia specjalizacji jest naturalną strategią dla dopiero rozpoczynających działalność podmiotów. Ma szczególne uzasadnienie w młodych, dynamicznie rozwijających się biznesach, pozwala bowiem na szybkie zajęcie znaczącego udziału w rynku oraz dynamiczne zwiększenie obrotów i zysku. Stosowanie strategii specjalizacji powoduje, iż inwestycje nie są rozpraszane na różne domeny. Niska cena, jaką może zaproponować podmiot leczniczy stosujący strategię specjalizacji, jest konsekwencją szybkiego spadku kosztu jednostkowego wystandaryzowanego produktu, oferowanego na dużą skalę oraz wykorzystania efektu doświadczeń.

Alternatywą dla strategii specjalizacji jest strategia dywersyfikacji, polegająca na rozszerzaniu zakresu działania. W zależności od tego, czego dotyczy to roz-

szerzenie, można wyróżnić kilka rodzajów strategii dywersyfikacji. Rozszerzenie działalności poza granice jednego sektora nazywamy dywersyfikacją branżową. Przykładowo podmiot leczniczy zajmujący się dotychczas rehabilitacją kardiologiczną uruchamia dodatkowy oddział leczenia długoterminowego. Rozszerzenie działania na inne rynki (rozumiane zarówno jako nowe obszary geograficznego działania, jak i różne segmenty klientów) nazywane jest dywersyfikacją rynkową. W przypadku wspomnianego podmiotu oznaczałoby to np. rozszerzenie zakresu działania o segment pacjentów dziecięcych lub otwarcie filii w innej części kraju. Natomiast rozszerzenie gamy produktów w ramach jednego sektora (przykładowo wprowadzenie nowej metody rehabilitacji) nazywane jest dywersyfikacją produktową (inaczej różnicowaniem produktowym). Dodatkowo dywersyfikacja branżowa podlega dalszej klasyfikacji na dywersyfikację pokrewną (poziomą i pionową) i niepokrewną (konglomeratową). Dywersyfikacja pokrewna pozioma może dotyczyć produktów konkurencyjnych, produktów ubocznych lub substytutów. Natomiast dywersyfikacja pokrewna pionowa może przybierać postać dywersyfikacji pionowej wstecz (wejście organizacji w dotychczasowe kompetencje jej dostawców i uruchomienie takiej samej działalności, np. uruchomienie usługi transportowej dla chorych, którą wcześniej nabywano z zewnątrz) oraz dywersyfikacji w przód (wejście w kompetencje odbiorców i uruchomienie takiej samej działalności). Przykładem dywersyfikacji pionowej w przód może być uruchomienie sprzedaży ubezpieczeń medycznych przez niektóre podmioty lecznicze.

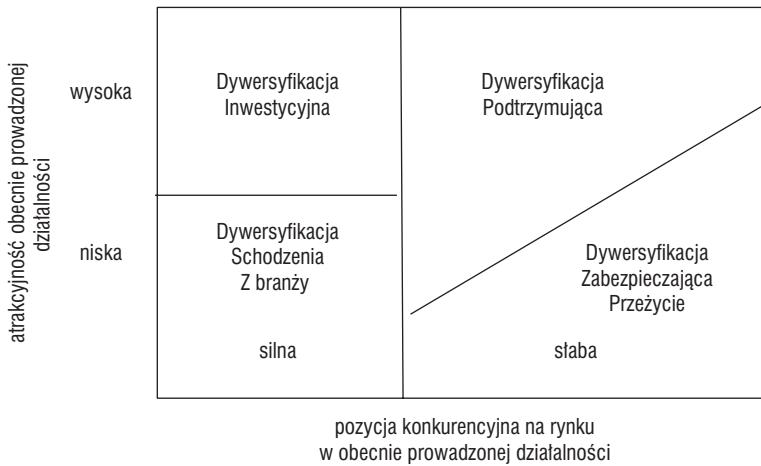
Wybór strategii dywersyfikacji pozwala organizacji: zmniejszyć ryzyko działania wynikające z sezonowości i cykliczności dotychczasowego biznesu, zrationalizować (odmłodzić) portfel działalności, lepiej wykorzystać posiadane zasoby i kompetencje, poprawić wizerunek organizacji i przywiązać klienta, a przede wszystkim pozwala osiągnąć efekt synergii (przysłowiowe $2 + 2 = 5$). Efekt synergii oznacza dodatkową korzyść wynikającą z pewnej symbiozy pomiędzy różnymi biznesami uzyskiwanej w chwili równoczesnego ich prowadzenia przez jedną organizację. Efekt ten może dotyczyć synergii technologicznej, operacyjnej, rynkowej, finansowej oraz zarządczo-administracyjnej.

W zależności od pozycji strategicznej danego podmiotu dywersyfikacja może spełniać odmienne zadania i w różny sposób przyczyniać się do rozwoju organizacji. Cztery modelowe typy dywersyfikacji adekwatne do poziomu atrakcyjności obecnie prowadzonej działalności oraz pozycji konkurencyjnej podmiotu na rynku prezentuje rysunek 3.

Dywersyfikacja inwestycyjna ma na celu lokowanie nadwyżki finansowej w nowe dziedziny działania, a dywersyfikacja schodzenia z branży – lokowanie

nadwyżki finansowej w młodsze biznesy pod względem fazy rozwoju. Dywersyfikacja podtrzymująca przybiera najczęściej postać pokrewnej dywersyfikacji w celu obniżenia kosztów i poprawy wizerunku organizacji, a dywersyfikacja zabezpieczająca przeżycie przyjmuje postać dywersyfikacji w przód w celu zdynamizowania dotychczasowej działalności lub polega na inwestowaniu środków w mniej wymagające biznesy.

Rysunek 3. Modelowe strategie dywersyfikacji

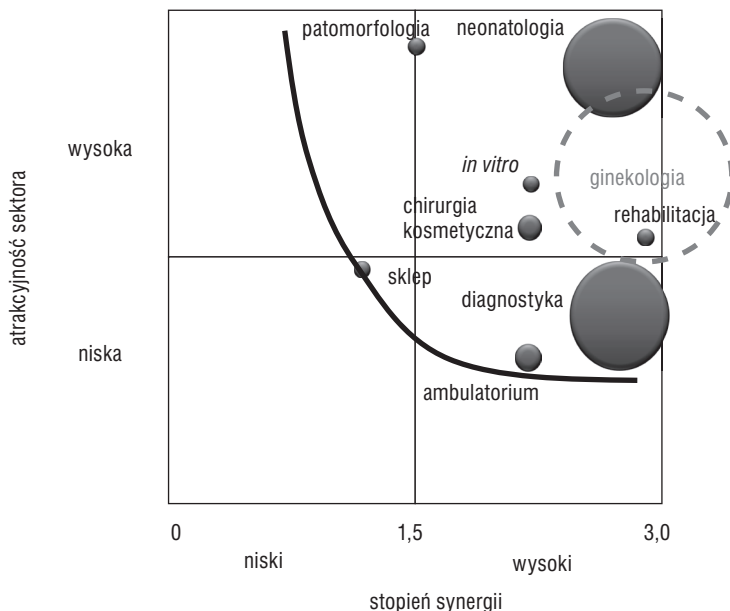


Źródło: J.P. Detrie, B. Ramanantsora, *Diversification – the Key Factor for Success*, „Long Range Planning” 1986, Vol. 19, No. 1.

Stopień zdywersyfikowania danego podmiotu może być oceniony za pomocą wskaźnika specjalizacji (W_s), natomiast stopień pokrewieństwa dywersyfikacji za pomocą wskaźnika pokrewieństwa (W_p). Pierwszy z nich (W_s) mierzy udział procentowy przychodów z działalności podstawowej w całości rocznych przychodów podmiotu. Drugi (W_p) mierzy udział procentowy przychodów z grupy działalności pokrewnych w całości rocznych przychodów. Zestawienie obu wskaźników pozwala rozstrzygnąć, czy dany podmiot można uznać za zdywersyfikowany ($W_s < 95\%$) oraz czy jest to dywersyfikacja pokrewna ($W_p > 70\%$).

Do oceny sytuacji zdywersyfikowanego podmiotu wykorzystywane są też metody portfelowe, do których można zaliczyć: macierz BCG, macierz McKinseya, macierz ADL, macierz Hofera oraz macierz synergii. Przykład zastosowania jednej z nich (macierzy synergii) do oceny portfela działalności wybranego szpitala ginekologiczno-położniczego działającego w mieście wojewódzkim prezentuje rysunek 4.

Rysunek 4. Ocena portfela działalności wybranego szpitala ginekologiczno-położniczego za pomocą macierzy synergii



Źródło: Prace słuchaczy Podyplomowych Studiów Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Decydując się na strategię dywersyfikacji, należy pamiętać o niebezpieczeństwach wynikających z jej realizacji. Do najważniejszych z nich można zaliczyć: niebezpieczeństwo „ugrzęźnięcia”, trudności globalizacji, a także mogące się pojawić trudności w koordynacji i zarządzaniu różnymi biznesami (SJB). Zjawisko „ugręźnięcia” polega na osiągnięciu w kolejnym biznesie zbyt małego udziału, by podmiot mógł uzyskać oczekiwane zyski. Przyczyną jest najczęściej przeinwestowanie i zbytne rozproszenie środków.

2.2. Integracja pionowa czy wirtualizacja?

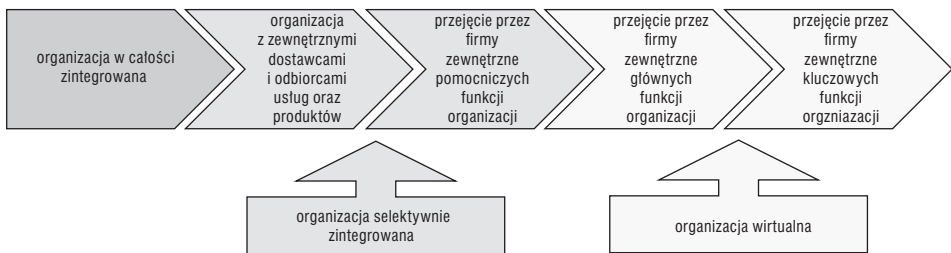
Strategia integracji pionowej polega na łączeniu odrębnych rodzajów działalności w taki sposób, że uzyskane końcowe produkty/usługi jednej z nich (*out put*) są czynnikami początkowymi (*in put*) drugiej działalności. Strategia integracji pionowej jest często mylona ze strategią dywersyfikacji pionowej, gdyż w obu przypadkach dochodzi do rozszerzenia zakresu działania danego podmiotu o kolejne ogniwa ścieżki ekonomicznej, jednak w przypadku strategii integracji rozszerzanie

zakresu działania czynione jest wyłącznie na własny użytek danego podmiotu. Na przykład: sytuację, w której placówka medyczna dotychczas korzystająca z usług zewnętrznego laboratorium obecnie sama takie laboratorium uruchamia w celu zaspokojenia wyłącznie własnych potrzeb, nazywamy integracją pionową. Natomiast gdyby wymieniona placówka po uruchomieniu laboratorium rozpoczęła świadczenie usług laboratoryjnych zewnętrznym podmiotom, taką sytuację nazwalibyśmy dywersyfikacją pionową. W przypadku integracji, podobnie jak w przypadku dywersyfikacji, można wyróżnić strategię integracji wstecz i strategię integracji w przód.

Do pomiaru zakresu i charakteru integracji pionowej służy analiza długości łańcucha wartości przedsiębiorstwa pod względem ilości ogniw realizowanych w ramach struktury danego podmiotu (im dłuższy łańcuch, tym bardziej zintegrowany pionowo jest podmiot) oraz tzw. wskaźnik głębokości wytwarzania. Ten ostatni określa procentowy udział wartości produktu finalnego wytworzonego wewnątrz danego podmiotu. Niska wartość wskaźnika oznacza mały zakres integracji pionowej oraz duży udział w kosztach dostawców przedsiębiorstwa. Na przykład wskaźnik głębokości wytwarzania = 70% oznacza, że tylko 30% kosztu wytworzenia stanowią dobra i usługi nabyte od zewnętrznych dostawców.

Alternatywą dla strategii integracji jest strategia wirtualizacji (nazywana też strategią dezintegracji). Polega ona na wyłączaniu z łańcucha wartości podmiotu kolejnych ogniw działalności i funkcji, a w skrajnym przypadku na pozostawieniu jedynie funkcji koordynacji. Możliwe stadia (poziomy) integracji podmiotu prezentuje rysunek 5.

Rysunek 5. Stadia (poziomy) integracji organizacji



Źródło: J.D. Dytwald, *Współczesne koncepcje zarządzania korporacjami*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 1997.

Decyzja co do poziomu integracji danej organizacji musi być poprzedzona szczegółową analizą zalet i wad tej strategii. Do głównych zalet strategii integracji pionowej można zaliczyć: większe bezpieczeństwo dostaw, brak kosztów

transakcyjnych, lepszą ochronę własnych zasobów, możliwość uzyskania efektu unikatowości, korzyści integracji technologicznej i operacyjnej oraz możliwość przechwycenia marży dostawców lub dystrybutorów. Natomiast wady wynikające z dużego poziomu integracji pionowej to: konieczność ponoszenia wysokich kosztów stałych, duże potrzeby inwestycyjne, brak efektu uczenia się, wysokie koszty likwidacji oraz brak presji na obniżenie cen i podnoszenie jakości przy pewności wewnętrznego zbytu.

Generalną zasadą jest zasada wydzielenia tych funkcji i czynności, które nie stanowią dużej wartości dla odbiorcy (klientów), a równocześnie w ramach których podmiot nie posiada odpowiednich kompetencji i umiejętności do uzyskania w ich zakresie przewagi konkurencyjnej. Funkcji i czynności, które wykonuje gorzej, drożej lub w dłuższym czasie od zewnętrznych dostawców.

Podmioty mogą też wybrać jedną ze strategii pośrednich pomiędzy pełną integracją a pełną wirtualizacją. Należą do nich: strategia integracji zwięzającej (podmiot częściowo nabywa dane zasoby od dostawców, a częściowo wytwarza samodzielnie), strategia quasi-integracji oraz umowy długoterminowe. Strategia quasi-integracji polega na związaniu dostawców lub odbiorców z danym podmiotem bądź poprzez posiadanie mniejszościowego pakietu ich akcji, bądź udzielanie kooperantom pożyczek i gwarancji kredytowych, bądź prowadzenie wspólnych prac B+R, bądź też podpisywanie z nimi umów na wyłączność.

Obecnie na rynku usług medycznych przeważają podmioty, które można zakwalifikować do kategorii organizacji selektywnie zintegrowanych z wydzielonymi funkcjami pomocniczymi. Na przykład większość szpitali ma wydzielone funkcje dotyczące zabezpieczenia czystości, utylizacji odpadów medycznych czy żywienia pacjentów. Coraz częściej pojawiają się też podmioty, które pewne funkcje podstawowe przekazują zewnętrznym dostawcom. Przykładem mogą być punkty analiz laboratoryjnych, które wykonanie analiz podzlecają zewnętrznym podmiotom, same ograniczając się jedynie do pobrania materiału do badań.

2.3. Zasięg lokalny czy ekspansja geograficzna?

Strategia ekspansji geograficznej polega na poszerzaniu terytorium sprzedaży. Głównymi przesłankami ekspansji geograficznej są: możliwość obniżenia kosztów na skutek wykorzystania efektu skali (szczególnie uwidaczniającego się w przypadku dodatkowo realizowanej strategii specjalizacji), rozproszenie ryzyka dzięki działaniu na rynkach geograficznych o różnym stanie koniunktury, wydłużenie cyklu życia produktów i usług, odmłodzenie portfela działalności oraz wykorzystanie różnic w kosztach wytwarzania i kursach walutowych.

Zasięg ekspansji geograficznej może mieć wymiar lokalny, regionalny, krajowy, międzynarodowy, a nawet globalny (oznaczający równoczesne funkcjonowanie w krajach tzw. Triady, czyli w krajach Ameryki Płn., Europy i Azji). Przykładem ekspansji lokalnej może być otwarcie kolejnego gabinetu stomatologicznego w danym mieście przez tego samego właściciela. Jako przykład ekspansji regionalnej może posłużyć „Grupa Nowy Szpital” ze Szczecina, skupiająca 12 szpitali (stan na lipiec 2013 r.), rozmieszczonych w trzech województwach: lubuskim (7 szpitali), kujawsko-pomorskim (4 szpitale) oraz małopolskim (1 szpital).

Nie każdy z biznesów (sektorów) ma taki sam potencjał globalizacyjny. Sektory podatne na globalizację posiadają szczególne cechy. Można do nich zaliczyć: istnienie podobnych potrzeb klientów na całym świecie, istnienie dużych możliwości standaryzacji produktu lub usługi, występowanie silnego kosztowego zróżnicowanie krajów, występowanie silnego efektu skali, funkcjonowanie w sektorze dużych firm (efekt domina) oraz brak silnych barier politycznych i administracyjnych. W branży ochrony zdrowia największy potencjał globalizacyjny ma sektor producentów leków, nic więc dziwnego, że liczące się firmy farmaceutyczne realizują strategię ekspansji globalnej. Mniejszy potencjał globalizacyjny wykazują sektory usług medycznych, chociaż i tu można odnaleźć wyjątki, np. sektor chirurgii plastycznej, leczenia genetycznego czy kardiochirurgia. Jako przykład podmiotu działającego w wymiarze globalnym może posłużyć międzynarodowa grupa Bupa, która jest obecna w: Wielkiej Brytanii, Australii, Hiszpanii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Arabii Saudyjskiej, Hongkongu, Indiach, Tajlandii, Chinach, krajach Ameryki Łacińskiej, a od kwietnia 2013 r. także na rynku Polski, a to dzięki przejściu Grupy LUX MED. Jej portfel działalności obejmuje: ubezpieczenia zdrowotne, medycynę pracy, profilaktykę i poradnictwo zdrowotne, zarządzanie szpitalami, prowadzenie przychodni oraz domów opieki dla osób w podeszłym wieku.

2.4. Rozwój wewnętrzny czy zewnętrzny?

Ostatnim z dylematów, które organizacja musi rozstrzygnąć w procesie opracowywania strategii rozwoju, jest wybór samego sposobu rozwoju, czyli wybór źródeł pozyskiwania zasobów niezbędnych do postępowania zgodnie z ustalonymi wcześniej kierunkami rozwoju. Organizacja może zdecydować się bądź na rozwój wewnętrzny, bądź na rozwój zewnętrzny.

Rozwój wewnętrzny, nazywany też rozwojem organicznym, polega na rozszerzaniu potencjału organizacji własnymi siłami, bądź poprzez rozbudowę już istniejących obiektów, bądź budowę od podstaw nowego podmiotu i włączenie

go w struktury jednostki macierzystej (inwestycje typu *green field*). Przykładem podmiotu, który zdecydował się na rozwój wewnętrzny, może być Centrum Medyczne ENEL-MED SA. Zaczęło ono od jednej kliniki stomatologicznej (1993 r.), by w roku 2013 posiadać 2 szpitale, 58 specjalizacji oraz około 1000 placówek partnerskich w całej Polsce, stając się specjalistą w zakresie transmisji obrazów medycznych.

Rozwój zewnętrzny polega na rozbudowie potencjału organizacji w oparciu o zasoby zewnętrznych podmiotów. Może on przyjmować formę: fuzji, przejęcia lub aliansu. Fuzja to połączenie się dwóch lub więcej niezależnych podmiotów w jeden, przy czym każdy z podmiotów musi wyrazić zgodę na fuzję, gdyż jest to proces nieodwracalny. Jeśli podmiotem pozostającym po fuzji (nie tracącym osobowości prawnej) jest jeden z łączących się podmiotów, to proces taki ($A + B = A$ lub B) nazywamy inkorporacją (wcieleniem). Jeśli oba łączące się podmioty tracą osobowość prawną, a zamiast nich powstaje nowy podmiot, proces taki nazywamy konsolidacją ($A + B = C$). Kolejna forma rozwoju zewnętrznego to przejęcie. Polega ono na przeniesieniu kontroli nad działalnością podmiotu z jednej grupy inwestorów do innej, przy czym przejmowany podmiot nie traci osobowości prawnej. Jest to zakup całego lub większościowego pakietu udziałów jednego podmiotu przez drugi podmiot. Jeśli przejmowany podmiot wyraża zgodę na przejęcie, to mamy do czynienia z przejęciem partnerskim (przyjezdny), jeśli nie wyraża zgody – z przejęciem wrogim. Trzecią formą rozwoju zewnętrznego są alianse. Definiuje się je jako współpracę między konkurentami podjętą w ograniczonym obszarze i czasie. Należy zaznaczyć, iż alianse ograniczają, ale nie likwidują konkurencji między aliantami. Mogą przybierać postać formalną (jawną) lub nieformalną. Część autorów traktuje alianse strategiczne jako odrębny, trzeci sposób rozwoju obok rozwoju wewnętrznego i zewnętrznego. Zbiorną charakterystykę obu sposobów rozwoju prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Rozwój wewnętrzny a rozwój zewnętrzny organizacji

Cechy	Rozwój wewnętrzny	Rozwój zewnętrzny
Ryzyko	mniejsze („szycie na miarę”)	duże
Czas realizacji	długi	krótki
Wymogi finansowe	mniejsze (inwestycja wieloetapowa)	duże w krótkim czasie
Efekty finansowe	odroczone w czasie	mogą pojawić się natychmiast

Źródło: opracowanie własne.

Każdy ze sposobów rozwoju ma swoje wady i zalety. Na wybór odpowiedniej formy rozwoju mają wpływ zarówno czynniki sektorowe, jak i korporacyjne. Rozwój wewnętrzny zalecany jest przede wszystkim w przypadku: młodych sektorów, przy dobrej koniunkturze i braku administracyjnych barier wejścia do sektora, natomiast rozwój zewnętrzny – w sektorach dojrzałych, o dużym potencjale globalizacyjnym, szybkim postępie technologicznym, w których bariery wejścia są niemożliwe do samodzielnego pokonania, jest silna konkurencja, a sam sektor posiada nadmiar potencjału. Czynnikiem korporacyjnym przemawiającym za rozwojem wewnętrznym są: działanie w niszy, realizacja strategii dyferencjacji (różnicowania jakościowego) lub strategii integracji pionowej, posiadanie silnej i zamkniętej kultury organizacyjnej, brak doświadczenia w fuzjach i przejęciach oraz posiadanie formy własności utrudniającej połączenia. Alternatywnie, za rozwojem zewnętrznym będzie przemawiać: realizacja strategii umiędzynarodowienia lub dywersyfikacji niepokrewnej, posiadanie dużego doświadczenia w fuzjach i przejęciach oraz potencjału ekonomicznego, a także wysoka tolerancja dla ryzyka inwestycyjnego.

Rozstrzygnięcie wszystkich omówionych dylematów pozwala wyodrębnić kilka modelowych strategii rozwoju.

3. Modelowe strategie rozwoju

Najbardziej znaną i upowszechnioną próbą klasyfikacji strategii rozwoju jest propozycja opracowana przez H.I. Ansoffa⁸ w końcu lat 50. XX w. Jego zdaniem strategia rozwoju wyznaczana jest na podstawie dwóch wektorów: wektora określającego produkt oraz wektora określającego rynek. Podstawową decyzją strategiczną jest zatem odpowiedź na dwa pytania: czy wytwarzać nowy produkt zamiast dotychczasowego i czy sprzedawać go na nowym rynku zamiast dotychczasowym? Podjęta decyzja pozwala wyróżnić cztery modelowe strategie rozwoju: strategię penetracji, strategię rozwoju rynku, strategię rozwoju produktu oraz strategię dywersyfikacji (rysunek 6).

Strategia penetracji polega na podejmowaniu działań mających na celu zwiększenie sprzedaży dotychczasowych produktów na dotychczasowych rynkach poprzez zachęcanie klientów do zwiększenia ilości i częstotliwości zakupów, odbieranie klientów konkurentom lub poszukiwanie zupełnie nowych klientów. W ramach strategii penetracji podejmowane są takie działania, jak: poprawa

⁸ H.I. Ansoff, *Strategies for diversification*, „Harvard Business Review” 1957, Vol. 35, No. 2, s. 113–124.

jakości produktu, doskonalenie produktu, zainteresowanie klientów innym zastosowaniem produktu, poprawa obsługi klientów, intensyfikacja działań marketingowych, obniżanie ceny, stosowanie zniżek dla stałych klientów. Jako przykład strategii penetracji może posłużyć działanie jednej z przychodni rehabilitacyjnych w Warszawie, która w ostatnim okresie wprowadziła karty stałego klienta oraz bardzo rozwinęła kampanię reklamową.

Rysunek 6. Modelowe strategie rozwoju H.I. Ansoffa



Źródło: opracowanie własne na podstawie H.I. Ansoff, *Corporate Strategy*, McGraw-Hill Book Comp., New York 1965.

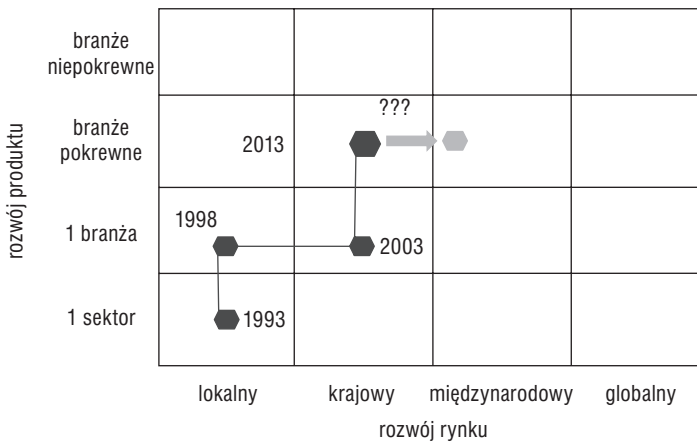
Strategia rozwoju produktu, zwana inaczej dywersyfikacją produktową lub branżową, polega na koncentrowaniu się na dotychczasowym rynku, przy jednoczesnej modyfikacji, ulepszaniu produktów lub oferowaniu zupełnie nowych produktów. Jej stosowanie oznacza dla podmiotu konieczność poniesienia nakładów na B + R oraz na technologie. Ważne w tym przypadku jest wybranie odpowiedniego momentu na innowacje: takiego, który gwarantuje możliwość uzyskania największych korzyści z tytułu określonej struktury portfela działalności. Jako przykład działań w ramach strategii rozwoju produktu może posłużyć jeden z gabinetów stomatologicznych pod Warszawą, którego właściciel wprowadził nową usługę polegającą na leczeniu użytków w narkozie.

Strategia rozwoju rynku, nazywana też strategią dywersyfikacji rynkowej, polega na oferowaniu dotychczasowych produktów na nowych rynkach (rozumianych w sensie geograficznym lub jako segmenty klientów). Strategię taką świadczy np. jedna z placówek zajmująca się opieką długoterminową w województwie łódzkim, która systematycznie otwiera nowe placówki, rozszerzając zakres geograficzny swojej działalności.

Ostatnia z modelowych strategii to strategia dywersyfikacji. Zakłada ona jednocześnie wprowadzanie nowych produktów i rozwój rynkowy, czyli równoczesną dywersyfikację produktową (lub branżową) i dywersyfikację rynkową. Jest to strategia najbardziej kosztochłonna, gdyż wymaga ogromnych nakładów ponoszonych na B + R i technologie oraz na pokonywanie barier wejścia na nowe rynki.

Zaproponowane przez M. Romanowską⁹ uszczegółowienie obu wymiarów w modelu H.I. Ansoffa pozwala bardziej precyzyjnie zidentyfikować realizowaną dotychczas strategię rozwoju oraz wskazać przyszłe jej kierunki. Zamiast 4 modelowych strategii otrzymujemy 16 szczegółowych wariantów strategii rozwoju. Przykład strategii rozwoju dla jednej z prywatnych firm medycznych prezentuje rysunek 7.

Rysunek 7. Strategia rozwoju produktowo-rynkowego prywatnej firmy medycznej w latach 1993–2013



Źródło: opracowanie własne.

Dokładając do dwuwymiarowego modelu H.I. Ansoffa trzeci wymiar określający sposób rozwoju, otrzymujemy poszerzoną wersję możliwych strategii rozwoju w postaci 12-polowej tzw. kostki ryzyka. Jej twórcami są C. Faulkner i C. Bowman.¹⁰ Zaproponowana przez nich klasyfikacja strategii rozwoju obejmuje

⁹ M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009.

¹⁰ C. Faulkner, C. Bowman, *International Strategic Alliances. Co-operating to Compete*, McGraw Hill Book Comp., London 1995.

aż 12 możliwych wariantów (4 warianty z modelu H.I. Ansoffa razy 3 sposoby rozwoju: rozwój wewnętrzny, alianse, nabycia innych firm).

Zaprezentowane modelowe strategie rozwoju oczywiście nie wyczerpują propozycji wszystkich autorów. W literaturze można spotkać wiele innych nie-omówionych tu typologii strategii rozwoju. Przykładem mogą być propozycje B. de Witta i R. Meyera,¹¹ badaczy z grupy Strategor,¹² Ch. W. L. Hilla i G.R. Jonesa,¹³ S.C. Certo i J.P. Petera,¹⁴ A. Thompsona i A. Stricklanda¹⁵ czy Z. Pierścionka.¹⁶

Reasumując, należy stwierdzić, iż strategia rozwoju pozwala określić kierunki i sposoby rozwoju organizacji w ujęciu ogólnym. Decyduje o kształcie całego portfela działalności podmiotu: liczbie i rodzaju biznesów (sektorów i branż), w których zamierza funkcjonować organizacja, zakresie geograficznym działania, poziomie własnego zaangażowania (integracji pionowej) oraz wyborze odpowiedniego sposobu rozwoju. Rozstrzygnięcie powyższych dylematów i wybór określonej strategii rozwoju uruchamia kolejne dylematy, tym razem na poziomie poszczególnych sektorów (biznesów). Ich rozstrzygnięciem zajmuje się strategia konkurencji.

Bibliografia

1. Ackoff R.L., *O system pojęć systemowych*, „Prakseologia” 1973, nr 2.
2. Andrews K., *The Concept of Corporate Strategy*, Dow-Jones-Irwin, New York 1971.
3. Ansoff H., *Corporate Strategy*, McGraw-Hill Book Comp., New York 1965.
4. Ansoff H., *Strategies for diversification*, „Harvard Business Review” 1957, Vol. 35, No. 2.
5. Barney J., *Gaining and Sustaining Competitive Advantage*, Addison-Wesley, New York 1997.
6. Certo S.C., Peter J.P., *Strategic management. Concepts and applications*, Random House, New York 1998.

¹¹ B. de Witt, R. Meyer, *Synteza strategii*, PWE, Warszawa 2007, s. 185–189.

¹² Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995, s. 157–167.

¹³ G.R. Jones, Ch. W.L. Hill, *Strategic management. Essentials*, 2nd ed., South-Western, Cengage Learning 2008, s. 162–182.

¹⁴ S.C. Certo, J.P. Peter, *Strategic management. Concepts and applications*, Random House, New York 1998, s. 9.

¹⁵ A.A. Thompson, A.J. Strickland, *Strategic management. Concepts and cases*, Irwin, Home-wood–Boston 1993, s. 167–190.

¹⁶ Z. Pierścionek, *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007, s. 281–289.

7. Chandler A., *Strategy and structure. Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*, The MIT Press, Cambridge, Mass. 1962.
8. Detrie J., Ramanantsora B., *Diversification – the Key Factor for Success*, „Long Range Planning” 1986, Vol. 19, No. 1.
9. Dytwald J.D., *Współczesne koncepcje zarządzania korporacjami*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 1997.
10. Faulkner C., Bowman C., *International Strategic Alliances. Co-operating to Compete*, McGraw Hill Book Comp., London 1995.
11. Gierszewska G., Olszewska B., Skonieczny J., *Zarządzanie strategiczne dla inżynierów*, PWE, Warszawa 2013.
12. Gluck W., *Strategic Management and Business Policy*, McGraw-Hill, New York 1980.
13. Janasz K., Janasz W., Kozioł K., Szopik K., *Zarządzanie strategiczne. Koncepcje, metody, strategii*, Difin, Warszawa 2008.
14. Johnson G., Scholes K., Wittington R., *Podstawy strategii*, PWE, Warszawa 2010.
15. Jones G., Hill Ch., *Strategic management. Essentials*, 2nd ed., South-Western, Cengage Learning 2008.
16. Kaleta A., *Realizacja strategii*, PWE, Warszawa 2013.
17. Krupski R., Niemczyk J., Stańczyk-Hugiart E., *Koncepcje strategii organizacji*, PWE, Warszawa 2009.
18. Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J., *Strategic Safari. A Guide Tour Trough the Wilds of Strategic Management*, The Free Press, New York 1998.
19. Obłój K., *Pasja i dyscyplina strategii. Jak z marzeń i decyzji zbudować sukces firmy*, Poltext, Warszawa 2010.
20. Obłój K., *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 1998.
21. Obłój K., *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2007.
22. Pierścionek Z., *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007.
23. Pierścionek Z., *Zarządzanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 2012.
24. Quinn J., *Strategies for Change. Logical Incrementalism*, Irwin, Homewood 1980.
25. Rokita J., *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005.
26. Romanowska M., *Planowane strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009.
27. Sopińska A., *Ewolucja zarządzania strategicznego w kontekście narastającej niepewności otoczenia*, w: *Strategie przedsiębiorstw w otoczeniu globalnym*, red. Z. Dworzeczki, M. Romanowska, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.
28. Sopińska A., *Planowanie strategiczne w warunkach niepewności*, w: *Planowanie strategiczne w warunkach niepewności*, red. R. Krupski, „Prace Naukowe WWSZiP”, Wałbrzych 2007.

29. Sopińska A., *Racjonalizm i rozmyślność czy kreatywność i samorzutność – podstawowe dylematy tworzenia strategii*, w: *Zarządzanie strategiczne. Problemy, kierunki badań*, red. R. Krupski, „Prace Naukowe WWSZiP”, Wałbrzych 2009.
30. Sopińska A., *Wiedza jako strategiczny zasób przedsiębiorstwa. Analiza i pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2010.
31. Steiner G., Miner J., *Management Policy and Strategy*, Addison-Wesley, New York 1977.
32. Strator, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995.
33. Sudoł S., *Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Teorie i praktyka zarządzania*, TNOiK, Toruń 1999.
34. Thompson A., Strickland A., *Strategic Management. Concept and Cases*, Irwin, Burr Ridge 1993.
35. Witt B., Meyer R., *Synteza strategii*, PWE, Warszawa 2007.
36. *Zarządzanie strategiczne. Koncepcje, metody*, red. R. Krupski, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 1998.

STRATEGIE KONKURENCJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Wstęp – istota strategii konkurencji

Strategie konkurencji są budowane na niższym poziomie strategicznym niż strategie rozwoju i dotyczą jednego określonego rynku, sektora. Duże podmioty lecznicze oferują różnego typu usługi od konsultacji i leczenia ambulatoryjnego po leczenie szpitalne. Tak naprawdę oferowanie poszczególnych usług (grupy usług) to działanie w sektorach o odmiennej charakterystyce klientów, dostawców, konkurentów, a także sposobów pozyskiwania środków i opłacalności. Ze względu na różnice między sektorami dla każdego rynku powinna być budowana odmienna strategia konkurencji.

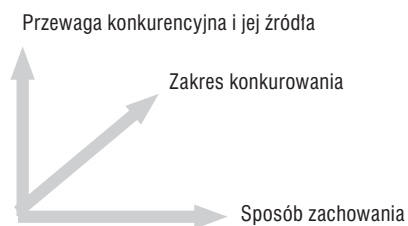
Strategia konkurencji to generalnie sposób radzenia sobie z konkurencją w danym sektorze. Pozwala ona odpowiedzieć na pytanie: jak być lepszym od swoich konkurentów? Strategia konkurencji ma za zadanie doprowadzić przedsiębiorstwo do zajęcia najkorzystniejszej pozycji konkurencyjnej na rynku. M. Raynor² strategię konkurencji zdefiniował jako sposób, w jaki przedsiębiorstwo tworzy i przechwytuje wartość w określonym sektorze. Oczywiście w pierwszej kolejności powinno się dobrze zdefiniować sektor działania oraz jego parametry.

Projektowanie strategii konkurencji wiąże się z dokonywaniem wielu wyborów. Można jednak stwierdzić, że trzy dylematy mają priorytetowe znaczenie. Są to wybory odnośnie do: przewagi konkurencyjnej i jej źródeł, zakresu konkurowania oraz sposobu zachowania wobec konkurencji. Zostaną one omówione w kolejnych częściach tego rozdziału. Różne kombinacje tych wyborów składają się na modelowe strategie konkurencji, które stanowią część ostatnią, spinającą rozdział.

¹ Dr Wioletta Jakubowska, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² M.E. Raynor, *What is corporate strategy, really?*, „Ivey Business Journal” November/December 2007.

Rysunek 1. Dylematy strategii konkurencji



Źródło: A. Sopińska, *Wybory strategiczne w przedsiębiorstwie – strategia rozwoju i konkurencji*, materiały studiów podyplomowych, Warszawa 2013.

1. Przewagi konkurencyjne i ich źródła

Przewaga konkurencyjna to tworzenie wartości dla klienta lepiej niż robią to konkurenci. Przewaga konkurencyjna rozumiana jest jako atuty przedsiębiorstwa cenione przez rynek i sprzyjające utrzymaniu efektywności i rozwojowi przedsiębiorstwa.³ A zatem zdefiniowanie, czym przedsiębiorstwo będzie konkurowało na rynku, to tak naprawdę zidentyfikowanie przewagi konkurencyjnej. Jednakże budowanie przewagi konkurencyjnej powinno być oparte na podstawach tkwiących wewnątrz przedsiębiorstwa. Tymi podstawami mogą być zasoby i umiejętności przedsiębiorstwa. Obecnie bardzo duży nacisk kładzie się na identyfikowanie i budowanie źródeł przewagi konkurencyjnej. W zależności od koncepcji źródła przewag konkurencyjnych upatrywane są w kluczowych procesach (G. Stalk, P. Evans), kluczowych kompetencjach (G. Hamel, C.K. Prahalad) czy też wyróżniających firmę zdolnościach (J. Kay).⁴ Na rynku usług medycznych źródłem przewag konkurencyjnych mogą być umiejętności negocjowania kontraktów z NFZ, wypracowana przez lata reputacja podmiotu czy też doskonale zorganizowane procesy wewnętrzne. Źródłem przewagi konkurencyjnej może być także tworzenie sieci powiązań z dostawcami, klientami lub konkurentami. Przykładem może być Centrum Medyczne ENEL-MED, które wskazuje, że jednym z celów strategicznych jest rozszerzenie współpracy z warszawską przychodnią nOvum w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności oraz przygotowania pacjentek do zabiegu *in vitro*.⁵

³ M. Romanowska, *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009, s. 202.

⁴ Z. Pierścioneck, *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007, s. 17.

⁵ <http://inwestor.enel.pl> (czerwiec 2013).

Działając na rynku i uczestnicząc w procesach konkurencyjnych, przedsiębiorstwa dążą do osiągnięcia i utrzymania przewagi konkurencyjnej. Często mówi się o trwałej przewadze konkurencyjnej. Jednakże w dzisiejszych czasach utrzymanie przewagi konkurencyjnej w długim okresie jest niemal niemożliwe. O umiejętności utrzymania względnie trwałej przewagi konkurencyjnej w dłuższym okresie można mówić, gdy przedsiębiorstwo jest w stanie generować krótkookresowe przewagi konkurencyjne. Przewagą konkurencyjną jednego z warszawskich szpitali położniczych było wprowadzanie nowych metod rodzenia. Bardzo szybko jednak były one kopiowane przez inne szpitale. A zatem bazowanie na jednej nowej metodzie rodzenia jako przewadze konkurencyjnej nie zapewni żadnemu szpitalowi długotrwałej dobrej pozycji rynkowej. Dopiero umiejętność wprowadzania kolejnych nowinek z zakresu położnictwa i budowanie tym samym wizerunku nowoczesnego i przyjaznego matce i dziecku szpitala składa się na długookresową przewagę konkurencyjną.

W klasycznym ujęciu rozróżnia się dwie przewagi konkurencyjne:

- kosztową,
- jakościową.

Przewaga kosztowa wynika z umiejętności obniżania kosztów. Jest ona związana ze stosowaniem strategii niskich kosztów/przywództwa kosztowego. Przewaga kosztowa najczęściej związana jest z dużym wolumenem wytwarzania, co pozwala na obniżanie kosztów jednostkowych. Umożliwia to przedsiębiorstwu stosowanie strategii niskich cen i zajmowanie w ten sposób lepszej pozycji rynkowej w stosunku do konkurentów mających wyższe koszty. Źródłem przewagi kosztowej w przedsiębiorstwie może być inwestowanie w potencjał wytwórczy w celu korzystania z efektów skali. Właśnie tak motywuje swoje kolejne inwestycje Centrum Medyczne ENEL-MED. Zwiększanie istniejącego potencjału połączone z optymalizacją kosztów i pełnym wykorzystaniem placówek ma wpłynąć na poprawę wyniku finansowego placówki.⁶ Inne źródła przewagi kosztowej to:⁷

- wprowadzanie nowoczesnych, mniej kosztochłonnych technologii,
- automatyzacja pracy ludzkiej,
- standaryzacja usług,
- ograniczanie zakresu usług do tych przeznaczonych dla dużych segmentów klientów,
- współpraca z innymi podmiotami w celu ograniczania kosztów badawczo-rozwojowych i innych,

⁶ Ibidem.

⁷ Por. M. Romanowska, op.cit., s. 209.

- przerzucanie części kosztów na dostawców i/lub nabywców,
- wprowadzanie systemów motywacyjnych stymulujących większą wydajność pracy,
- kładzenie dużego nacisku na kontrolę kosztów.

Przewaga jakościowa związana jest z oferowaniem klientowi unikalnego produktu/usługi, wyróżniającego się na tle konkurencji. Przewaga jakościowa łączy się ze strategią zróżnicowania (dyferencjacji). Polega ona na takich działaniach, aby nadać oferowanemu produktowi/usłudze cechy i funkcje poszukiwane przez klientów, ale na wyższym poziomie niż konkurenci. W przypadku produktów przewaga jakościowa wiąże się często z lepszą jakością techniczną produktów. Przewaga jakościowa może mieć źródło w innowacjach, marce, systemie obsługi i innych elementach. Przewagę jakościową bardzo mocno eksponowały w początkach swego istnienia sieci prywatnych placówek medycznych. Jakość przejawiała się w obsłudze pacjenta, łatwości dostępu do specjalistów, wystroju wnętrz itd. Źródłem przewagi jakościowej może być:⁸

- kreowanie marek i dbałość o wizerunek firmy i świadczonych przez nią usług,
- inwestowanie w technologie w celu wprowadzania innowacji,
- inwestowanie w zasoby informacyjne i ich ochrona,
- utrzymywanie wysoko wykwalifikowanej kadry,
- pełny wachlarz usług w celu kompleksowego obsłużenia klienta,
- dbałość o bliski kontakt z klientem.

Obecnie uważa się, że nie jest właściwe rozdzielanie omówionych przewag. Przedsiębiorstwa starają się wprowadzać różne kombinacje tak, aby otrzymać najbardziej optymalną relację ceny do jakości.

Przewaga kosztowa oraz jakościowa oraz ich kombinacje nie wyczerpują listy możliwych przewag konkurencyjnych. K. Obłój⁹ wskazuje na istnienie przewagi naturalnej. Jej źródłami mogą być: lokalizacja, dostęp do zasobów i regulacje prawne. Niektóre przedsiębiorstwa czerpią korzyści z faktu dobrej lokalizacji lub też sprzyjających przepisów prawnych. W przypadku rynku usług medycznych taką naturalną przewagą konkurencyjną w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej posiadają w małych miejscowościach lokalne publiczne podmioty lecznicze. Jednakże w przypadku miejscowości położonych w okolicach dużych aglomeracji atut ten jest mocno ograniczony ze względu na zwiększającą się mobilność ludzi. Naturalną przewagą konkurencyjną publicznej służby zdrowia zmniejszyły także regulacje prawne dopuszczające zakładanie prywatnych podmiotów leczniczych.

⁸ Por. *ibidem*, s. 214.

⁹ K. Obłój, *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 2007, s. 412–424.

Inną przewagą konkurencyjną jest przewaga oparta na czasie. Odnosi się ona do wyprzedzenia czasowego konkurenta. Przy czym czas może być rozumiany w różny sposób. Na rynku usług medycznych można mówić o następujących ujęciach czasu jako przewagi konkurencyjnej:

- czas istnienia na rynku,
- czas obsługi klienta,
- czas komercjalizacji nowych usług,
- czas reakcji na zmiany popytu.

Czas istnienia na rynku może być elementem budowy wizerunku poprzez eksponowanie doświadczenia, prowadzenia długoletnich badań. Prywatne podmioty lecznicze konkurują z państwowymi (ale również między sobą) czasem obsługi klienta. Jest to rozumiane jako czas od kontaktu do realizacji wizyty lekarskiej lub zabiegu szpitalnego. Czas komercjalizacji usług jest również ważny. Przedsiębiorstwo, które jako pierwsze wprowadza daną usługę lub sposób jej sprzedaży na rynek, zajmuje pozycję lidera, innowatora. Dotyczy to zarówno oferowania nowych usług medycznych, jak i sposobów płatności za nie. W tym drugim obszarze przykładem może być Centrum Medyczne POLMED,¹⁰ które jako jedno z pierwszych wprowadziło karty *prepaid*. Czas reakcji na zmiany popytu jest również bardzo istotny. Pojawienie się większej liczby pacjentów z określoną jednostką chorobową lub też zmiany w opłacalności kontraktacji określonych procedur przez NFZ powinny wymusić zmiany w podmiocie leczniczym. Opóźnione dostosowanie się do nich może oznaczać porażkę na rynku.

Kolejny typ przewagi konkurencyjnej to przewaga budowana w oparciu o kompleksowość. Kompleksowość może być rozumiana w dwojaki sposób. Pierwsze znaczenie odnosi się do oferowania wszystkich usług w ramach danego sektora. Jeśli podmiot leczniczy działa w sektorze ortopedycznym, to stosując przewagę kompleksowości usług, powinien oferować wszystkie procedury medyczne z zakresu ortopedii. Można jednak zupełnie inaczej rozumieć kompleksowość. Jest to spojrzenie od strony klienta i jego potrzeb. Podmiot leczniczy może wyspecjalizować się w leczeniu określonego typu pacjenta, np. osób starszych, i mieć w swojej ofercie wszystkie procedury medyczne dostosowane do tego typu pacjenta. Przewaga konkurencyjna w oparciu o kompleksowość często jest związana z realizacją strategii koncentracji, która zostanie omówiona w dalszej części.

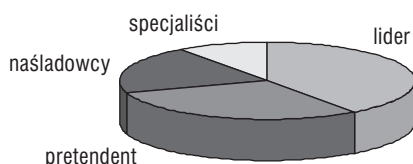
¹⁰ <http://www.parkiet.com/temat/1291694.html> (lipiec 2013).

2. Zakres konkurowania

Wybór zakresu czy też obszaru konkurowania to bardzo ważna decyzja. W najprostszym ujęciu można rozważyć, czy chcemy konkurować w wymiarze całego rynku, czy też szukamy niszy, która dotąd nie była zagospodarowana.

Konkurowanie na całym rynku polega na działaniu w każdym z segmentów rynku, oferowaniu wszystkich usług i zaspokajaniu potrzeb wszystkich grup klientów. Jest to tzw. konkurencja czołowa. Jej zaletą jest możliwość szybkiego rozwoju, wiąże się jednak z ponoszeniem dużych kosztów. W ramach całego rynku konkurują przedsiębiorstwa z trzech kategorii: lider, pretendent oraz naśladowca (rysunek 2).

Rysunek 2. Hipotetyczna struktura rynku



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Felberg SJA, Warszawa 1999, s. 355.

Lider rynkowy to przedsiębiorstwo o największej sprzedaży. Jest ono nieustannie zagrożone atakami drugiego pod względem wielkości, czyli pretendenta rynkowego. Przedsiębiorstwa o dużym udziale w rynku, ale bez szans na zajęcie dominującej pozycji, to często tzw. naśladowcy, którzy działają, wzorując się na czołowych podmiotach, albo dodatkowo wprowadzają usprawnienia. Niestety, wśród naśladowców pojawiają się też przedsiębiorstwa klony, które fałszują i podrabiają produkty/działania czołowych przedsiębiorstw, co oczywiście jest niezgodne z prawem.¹¹

Alternatywą wobec konkurencji czołowej jest koncentracja na niszy, czyli działanie tylko w jednym z segmentów rynku. Zaletą jest ograniczanie kosztów konkurencji, ale przy pogodzeniu się z mniejszymi możliwościami rozwoju. Działanie w niszy często wybierają małe i średnie przedsiębiorstwa. Są to tzw. specjaliści. Muszą one jednak mieć kompetencje, aby obsługiwać daną niszę oraz

¹¹ Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Felberg SJA, Warszawa 1999, s. 355–373.

reputację, aby wybronić się przed atakami dużych przedsiębiorstw. Dodatkowo, aby nisza była atrakcyjna i działanie w niej przynosiło zyski, powinna być wystarczająco duża, aby zapewnić rentowność oraz mieć perspektywę wzrostu.¹² Często przedsiębiorstwa tak wyspecjalizują się w określonej działalności, że stają się tzw. ukrytymi mistrzami.¹³

Na rynku usług medycznych konkurowanie w wymiarze całego rynku to np. działanie jako szpital onkologiczny. Natomiast swego rodzaju niszą, która obecnie bardzo się rozrasta, są szpitale jednodniowe, oferujące zabiegi, które mogą być wykonane w ciągu jednego dnia.

3. Sposób zachowania wobec konkurentów

Kolejnym elementem strategii konkurencji jest wybór sposobu zachowania się przedsiębiorstwa wobec konkurentów. Można mówić o czterech typowych zachowaniach, są nimi:¹⁴

- konfrontacja,
- ograniczanie konkurencji,
- unikanie konkurencji,
- ignorowanie konkurencji.

Konfrontacja oznacza podejmowanie bezpośredniej walki konkurencyjnej. Jednakże przedsiębiorstwo powinno być przygotowane na konsekwencje takiego działania. Jeśli zatem nie ma dobrych podstaw swojej przewagi konkurencyjnej, to nie powinno dążyć do czołowej konfrontacji. Ograniczanie konkurencji to poszukiwanie sojuszników przy jednoczesnej konkurencji czołowej. Unikanie konkurencji sprowadza się do wyboru niszy lub tworzenia monopolu. Natomiast ostatnia postawa konkurencyjna, czyli ignorowanie konkurencji, jest irracjonalnym działaniem, które może doprowadzić do upadku przedsiębiorstwa.¹⁵

Przedsiębiorstwo może przyjmować różne postawy wobec swoich konkurentów. Nie powinien być to jednak wybór podejmowany w oderwaniu od analizy własnych możliwości oraz otoczenia konkurencyjnego. Poszczególne sposoby zachowania wobec konkurentów wynikają m.in. z etapu rozwoju przedsiębiorstwa, posiadanych kompetencji czy też charakterystyki rynku działania. Określona

¹² Ibidem, s. 373.

¹³ Więcej o działaniu „ukrytych mistrzów” można przeczytać w: H. Simon, *Tajemniczy mistrzowie XXI wieku. Strategie sukcesu nieznanych liderów na światowych rynkach*, Difin, Warszawa 2009.

¹⁴ Z. Pierścionek, op.cit., s. 277–279.

¹⁵ M. Romanowska, op.cit., s. 233.

postawa konkurencyjna może być też związana z możliwościami znalezienia partnera do aliansu, współpracy. Mając silnego sojusznika, można z jednej strony ograniczyć konkurencję poprzez podjęcie wspólnych działań, z drugiej zaś dążyć do czołowej konfrontacji z pozostałymi uczestnikami sektora.

4. Modelowe strategie konkurencji

Omawiając strategie konkurencji, warto zwrócić uwagę na zaproponowane przez różnych badaczy modele, które zawierają opisane wcześniej elementy. Jednym z najbardziej znanych modeli jest model M.E. Portera,¹⁶ w którym główny nacisk zostaje położony na dwa wybory, dotyczące sposobu konkurowania oraz zakresu konkurencji. Na tej podstawie M.E. Porter proponuje trzy podstawowe strategie konkurencji:

- strategię zróżnicowania (dyferencjacji),
- strategię przywództwa pod względem kosztów,
- strategię koncentracji na niszy rynkowej.

Strategia zróżnicowania opiera się na przewadze jakościowej. Konkutowanie polega na oferowaniu lepszego od standardowego produktu lub usługi, przy jednoczesnym wyższym jego pozycjonowaniu cenowym. Stosowanie strategii zróżnicowania wiąże się z generowaniem wyjątkowej wartości dla klienta. Należy jednak uważać, aby nie wpaść w pułapki związane z tą strategią. Taką pułapką może być niewłaściwe rozpoznanie potrzeb klienta oraz jego wrażliwości cenowej. Może to doprowadzić do stworzenia usługi, która w rzeczywistości nie przedstawia wartości dla klienta, lub też zastosowania zbyt wysokiej ceny. W obu przypadkach przedsiębiorstwo straci zamiast polepszyć swoją pozycję konkurencyjną. Inną pułapką może być niedoszacowanie kosztów świadczenia usługi na wyższym poziomie lub też niedostosowanie do tego cen. Strategia zróżnicowania nie będzie przynosić efektów także wówczas, gdy klient nie zostanie poinformowany o dodatkowej wartości.¹⁷ Dlatego tak ważne w tej strategii są, oprócz działań nakierowanych na jakość, analiza kosztów, odpowiednie kształtowanie polityki cenowej oraz bliski kontakt z klientem.

Druga strategia to strategia przywództwa pod względem kosztów. Bazuje ona na przewadze kosztowej. Przedsiębiorstwo dąży do obniżania kosztów

¹⁶ M.E. Porter, *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1992, s. 50–54

¹⁷ M.E. Porter, *Przewaga konkurencyjna. Osiąganie i utrzymywanie lepszych wyników*, Helion, Gliwice 2006, s. 205–207.

tak, aby móc zastosować ceny niższe niż konkurencja. W realizacji tej strategii na uprzywilejowanej pozycji są duże podmioty, które mogą korzystać z efektu skali, rozkładając koszty stałe na większą liczbę jednostek. Wypracowana dobra pozycja kosztowa pozwala na stosowanie różnych strategii cenowych względem konkurentów. Jednakże przy jej realizacji często popełniane są błędy związane z identyfikacją czynników kosztowych. Jednym z takich błędów jest nadmierne koncentrowanie działań na kosztach związanych z bieżącą działalnością bez szerszej perspektywy lub też skupienie się tylko na obniżaniu kosztów pracy bez analizy pozostałych kosztów.¹⁸

Strategia koncentracji na niszy rynkowej to strategia działania w wybranym segmencie rynku. Jest to świadome ograniczanie swojej działalności w celu uniknięcia konkurowania z silnymi podmiotami w skali całego rynku. Nisza może być wyodrębniona m.in. ze względu na:

- typ klienta – przedsiębiorstwo zaspokaja potrzeby określonej grupy klientów, wyodrębnionej ze względu na wiek, dochody lub inne kryteria,
- obszar geograficzny – przedsiębiorstwo skupia się na działaniu tylko na wąsko wybranym obszarze geograficznym,
- rodzaj oferowanych usług – przedsiębiorstwo koncentruje się na wybranej usłudze lub grupie usług.

Przykładem działania w niszy na rynku medycznym jest EURO-MED,¹⁹ który prowadzi w Oświęcimiu ośrodek rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego oraz słuchu i mowy dla dzieci i młodzieży. Nisza została w tym przypadku wyodrębniona ze względu na typ klienta oraz oferowane usługi. Należy podkreślić, że działanie w niszy może polegać zarówno na konkurowaniu jakością, jak i kosztami. Skala tych działań jest jednak odpowiednio niższa.

Model M.E. Portera był krytykowany za pokazywanie strategii niskich kosztów i zróżnicowania jako strategii alternatywnych, pomiędzy którymi przedsiębiorstwa muszą wybierać. Wymagający rynek i intensyfikacja konkurencji spowodowały zmiany w działaniu przedsiębiorstw, które dotychczas stosowały jedną z podstawowych strategii Porterowskich. Liderzy kosztowi podwyższali jakość, a przedsiębiorstwa stosujące strategię zróżnicowania dążyły do obniżenia kosztów, a co zatem idzie ceny. Na podstawie analizy empirycznej zaproponowano model, który uwzględnia możliwość jednoczesnej koncentracji na kosztach i jakości. Strategię, w której przedsiębiorstwa poszukują równowagi między

¹⁸ Ibidem, s. 154–156.

¹⁹ <http://www.medicalnet.pl/> (lipiec 2013).

jakością i kosztami, nazwano strategią zintegrowaną lub hybrydową.²⁰ Jest ona bardzo trudna w realizacji, ponieważ uzyskanie wysokiego poziomu jakości jest zazwyczaj kosztowne. Strategia ta zakłada dostarczanie klientowi jak najwyższej wartości po jak najniższym koszcie. Przewagą konkurencyjną osiągają, według tej koncepcji, przedsiębiorstwa oferujące zwiększoną wartość klientom przy cenach niższych od konkurentów lub też oferujące dodatkowe korzyści uzasadniające podwyższoną cenę.²¹ Mimo dążeń do obniżania kosztów nadal postulowane jest znalezienie wyróżniającej wartości, korespondującej z faktycznymi atutami przedsiębiorstwa i trzymanie się jej. Tylko to pozwoli odróżnić się od konkurentów i zająć lepszą pozycję rynkową.²²

Oprócz omówionego modelu M.E. Portera można spotkać jeszcze wiele innych modeli strategii konkurencji. Różnią się one przyjętymi podejściami co do sposobu walki konkurencyjnej, zaspokajania potrzeb klientów czy też określania obszaru konkurencji. W różnych ujęciach prezentują zestaw strategii, które pozwalają odpowiedzieć na pytania: jak konkurować?, gdzie konkurować?, z kim konkurować? o kogo konkurować? Należy podkreślić, że każdy z modeli podkreśla konieczność wyboru. Może to być wybór:

- kombinacji ceny i jakości (model strategii jakościowo-cenowej),
- typu produktu/rynku i sposobu konkurowania (model K. Ohmae),
- rodzaju przewagi i orientacji strategii na konkurentów/klientów (model K. Obłója),
- tempa wprowadzania innowacji, stopnia elastyczności technologii produkcji i sposobu zarządzania przedsiębiorstwem (model R. Milesa i Ch. Snowa),
- sposobu tworzenia wartości dla klienta poprzez operacyjną doskonałość, przywództwo produktowe lub bliski kontakt z klientem (model M. Treacy i F. Wiersema).

W procesie formułowania strategii konkurencji należy wziąć pod uwagę wiele zmiennych i dlatego wyróżnia się wiele klasyfikacji strategii konkurencji. Podział strategii konkurencji dokonywany jest najczęściej pod kątem problemów, z jakimi spotykają się przedsiębiorstwa na wybranych rynkach. Warto zapoznać się z różnymi modelami strategii konkurencji, stanowią one bowiem bazę pomocnych idei, które można z powodzeniem stosować w praktyce. Jednocześnie ich

²⁰ W.D. Reitsperger, S. Daniel, S. Tallman, W. Chrismar, *Produkt quality and cost leadership: compatibles strategies?*, „Management International Review” 1993, No. 1.

²¹ *Podstawy wyborów strategicznych w przedsiębiorstwach*, red. E. Urbanowska-Sojkin, PWE, Warszawa 2011, s. 323.

²² J. Brillman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 139–141.

znajomość może być swego rodzaju sprawdzianem, czy nie popełniamy błędów, które już wcześniej popełnili inni.

Podsumowanie

Strategia konkurencji określa sposób zachowania się wobec konkurentów, zakres konkurowania oraz rodzaj przewagi konkurencyjnej i jej źródła. Powinna być budowana osobno dla każdego z rynków, na którym działa przedsiębiorstwo. Wynika to z faktu, że poszczególne rynki mają różne charakterystyki konkurentów, klientów, ogólnej atrakcyjności.

Dokonywane wybory w procesie budowania strategii konkurencji mają zapewnić podmiotowi leczniczemu zajęcie lepszej pozycji konkurencyjnej na rynku. Są one jednak uwarunkowane różnymi czynnikami. Wybór strategii konkurencji uzależniony jest zarówno od czynników wewnętrznych, charakteryzujących przedsiębiorstwo, jak i od czynników zewnętrznych, charakteryzujących sektor i dlatego powinien być poprzedzony rzetelną analizą potencjału przedsiębiorstwa oraz sektora działania. Dodatkowo kluczem do sukcesu jest nie tylko poprawne sformułowanie strategii konkurencji, ale przede wszystkim jej wdrożenie. Wdrażanie strategii przypomina według K. Obłója poruszanie się z mapą (strategią) po stale zmieniającym się terenie.²³ W takich warunkach ważna jest elastyczność działania połączona z konsekwencją w dążeniu do celu. Pomocne są wtedy modele strategii konkurencji, które ułatwiają ukierunkowanie działania.

Bibliografia

1. Brillman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.
2. Kotler Ph., *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Felberg SJA, Warszawa 1999.
3. Obłój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 2007.
4. Pierścionek Z., *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2007.
5. *Podstawy wyborów strategicznych w przedsiębiorstwach*, red. E. Urbanowska-Sojkin, PWE, Warszawa 2011.
6. Porter M.E., *Przewaga konkurencyjna. Osiąganie i utrzymywanie lepszych wyników*, Helion, Gliwice 2006.

²³ K. Obłój, op.cit., s. 460.

7. Porter M.E., *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1992.
8. Raynor M.E., *What is corporate strategy, really?*, „Ivey Business Journal” November/December 2007.
9. Reitsperger W.D., Daniel S., Tallman S., Chrismar W., *Produkt quality and cost leadership: compatible strategies?*, „Management International Review” 1993, No. 1.
10. Romanowska M., *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2009.
11. Simon H., *Tajemniczy mistrzowie XXI wieku. Strategie sukcesu nieznanych liderów na światowych rynkach*, Difin, Warszawa 2009.

UBEZPIECZENIA W OCHRONIE ZDROWIA

Wstęp

Ubezpieczenie zdrowotne to zabezpieczenie na wypadek ryzyka poniesienia kosztów związanych z koniecznością skorzystania z usług zdrowotnych. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne określane jest jako dobrowolne ze względu na swój nieprzymusowy charakter lub rynkowe, czy komercyjne, z powodu zastosowania mechanizmów rynkowych. Ubezpieczenia te mogą funkcjonować jako dodatek do publicznych ubezpieczeń społecznych, ich wsparcie i uzupełnienie. Ubezpieczenia zdrowotne (określane też jako chorobowe) zabezpieczają przed ponoszeniem kosztów związanych ze świadczeniami medycznymi, jeśli dojdzie do realizacji ryzyka określonego w umowie. W dotychczasowej praktyce w Polsce występuje kilka instrumentów pozwalających skorzystać z dodatkowej pomocy medycznej w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia. Mogą to być doraźne odpłatne wizyty w gabinecie lekarskim, abonamenty medyczne, bądź dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Ten ostatni instrument będzie tematem rozważań.

1. Ubezpieczenia zdrowotne – historia i zakres ochrony

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne rozwinęły się dopiero w XX w., a popularność zyskały po II wojnie światowej, czyli stosunkowo późno w porównaniu z ubezpieczeniami np. przewozów lub ubezpieczeniami na życie.² Ich początków można upatrywać w połowie XIX w. w Stanach Zjednoczonych, gdzie robotnikom zatrudnionym przy budowie kolei na trasie Atlantyck–Pacyfik zapewniano ochronę zdrowia przy zastosowaniu instrumentów ubezpieczeniowych. W początkowym okresie system komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych był odpowiedzią

¹ Dr Renata Pajewska-Kwaśny, Zakład Ryzyka i Ubezpieczeń, Instytut Bankowości i Ubezpieczeń Gospodarczych, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² A. Sobczak, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2004, s. 15.

na dążenia obywateli do zabezpieczenia się przed ryzykiem chorób i wypadków, które wymuszają korzystanie z opieki medycznej. Z biegiem lat dostrzeżono, iż zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wymaga szerszej gamy świadczeń, m.in. diagnostyki i profilaktyki, usług pielęgnacyjnych, promocji zdrowia. Dlatego też oferta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej uległa rozbudowie i dywersyfikacji.

Obecnie ubezpieczenia zdrowotne (wraz z wypadkowymi) obejmują dwa rodzaje ryzyka:

- ryzyko utraty dochodów,
- ryzyko zwiększonych wydatków.³

Utrata dochodów spowodowana jest czasową lub trwałą niezdolnością do pracy. Pojawia się ona w następstwie choroby lub wypadku i przybiera charakter pełnej lub ograniczonej niezdolności do pracy. Niezdolność ta może oznaczać ograniczenie lub całkowitą niemożność wykonywania wyuczonego zawodu, ale może też być pojmowana szerzej – jako ograniczenie lub całkowity brak możliwości wykonywania jakiejkolwiek pracy. Zależnie od przyjętej definicji niezdolności do pracy ochroną ubezpieczeniową objęte są różne obszary ryzyka, różna jest jego wysokość oraz poziom pobieranej składki. Utrata dochodów może być wyrównywana poprzez jednorazowe odszkodowanie wypadkowe, świadczenia chorobowe lub rentę (czasową lub stałą).

Ryzyko zwiększonych wydatków związane jest przede wszystkim z koniecznością pokrycia kosztów leczenia wskutek choroby lub wypadku. Ryzyko to jednak nie ogranicza się do pokrycia kosztów usług medycznych, leków i hospitalizacji (choć stanowią one podstawowy obszar pokrycia ubezpieczeniowego). Obejmuje ono także dwa inne rodzaje wydatków:

- związane pośrednio z chorobą lub wypadkiem,
- związane z długoterminową opieką pielęgnacyjną.⁴

Pierwsza kategoria odnosi się do wydatków mających swoje pośrednie źródło w ryzyku inwalidztwa lub choroby. Składają się na nią np. koszt utrzymania specjalnej diety, koszt wynajęcia osoby towarzyszącej. Druga kategoria wiąże się z ryzykiem utraty przez ubezpieczonego zdolności do samodzielnej egzystencji poprzez niemożność wykonywania codziennych czynności życiowych – przygotowania posiłków, zrobienia zakupów, mycia czy ubierania. Konieczność wydatków jest tu nie tyle skutkiem choroby, ile wynikiem ogólnie obniżonej sprawności występującej w podeszłym wieku.

³ J. Monkiewicz, J. Bogutyn, *Ubezpieczenia zdrowotne*, w: *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001, s. 426.

⁴ Ibidem, s. 428.

Ubezpieczenia zdrowotne mogą występować jako ubezpieczenia krótkoterminowe (polisa nie przekracza okresu roku) lub długoterminowe (okres pokrycia znacznie przekracza rok). W przypadku ubezpieczeń krótkoterminowych technika ich prowadzenia staje się zbliżona do ubezpieczeń majątkowych, zaś dla długoterminowych przypomina ubezpieczenia na życie. Znajduje to bezpośrednie odzworowanie w charakterze płaconej składki. W pierwszym przypadku jest ona oparta na ryzyku (*risk premium*), czyli odzwierciedla faktyczne ryzyko związane z konkretnym ubezpieczonym w okresie roku. Dla ubezpieczeń długoterminowych ma zaś charakter wyrównawczy (*level premium*), a jej poziom wynika z uśrednionego ryzyka zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego w całym okresie ubezpieczenia.

Świadczenia dla beneficjentów ubezpieczeń zdrowotnych mogą przyjmować dwojaką postać:⁵

- świadczeń zryczałtowanych, polegających na wypłacie z góry określonych kwot w momencie pojawienia się wypadku ubezpieczeniowego,
- świadczeń odszkodowawczych, których istota polega na zwrocie faktycznych wydatków poniesionych w związku z wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego.

Świadczenia zryczałtowane są dogodniejsze dla ubezpieczyciela i zwykle stosuje się je, gdy brak jest wystarczająco rozbudowanych statystyk chorobowych/wypadkowych oraz stabilnego rynku usług medycznych. Ich zaletą jest łatwa kalkulacja oraz prosta administracja likwidacji szkód. Odszkodowania są z kolei dogodniejsze dla ubezpieczonego, pozwalają mu bowiem otrzymać świadczenie w wysokości faktycznie poniesionych kosztów.

2. Rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne można podzielić na trzy rodzaje: substytucyjne, komplementarne i suplementarne.

Ubezpieczenia substytucyjne nazywane są też ubezpieczeniami równoległymi, gdyż stanowią rozwiązanie konkurencyjne dla podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym wariantcie obywatele dostają do wyboru kilka możliwości uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego, co jednocześnie umożliwia

⁵ Ibidem, s. 429.

zrezygnowanie z uczestnictwa w bazowym systemie ubezpieczeń społecznych.⁶ Żaden zakład ubezpieczeń nie może nikomu odmówić członkostwa ani ustalać wysokości składki w zależności od ryzyka zdrowotnego. Konkurencja obejmuje jedynie jakość kontraktowanych usług. W Polsce wprowadzenie ubezpieczeń substytucyjnych przewidywała początkowo ustawa o kasach chorych, ostatecznie jednak koncepcja ta upadła.⁷

Ubezpieczenia komplementarne są rozwiązaniem zapewniającym osobie ubezpieczonej możliwość skorzystania ze świadczeń, które nie są uwzględnione przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W razie potrzeby ubezpieczenie może też pokrywać koszty dodatkowe, wymagane przy korzystaniu z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, takich jak obowiązkowe współpłacenie za wykonanie niektórych zabiegów.

Ubezpieczenia suplementarne zapewniają swoim posiadaczom szybszy i lepszy dostęp do systemu opieki zdrowotnej od osób korzystających jedynie z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednocześnie rozszerzając zakres ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową. Ponieważ ubezpieczenia suplementarne nie zapewniają możliwości opuszczenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, więc niektóre ryzyka są chronione podwójnie.⁸ Takie rozwiązanie pojawia się najczęściej wtedy, gdy dostęp do systemu opieki zdrowotnej opłacanego z powszechnej składki jest utrudniony lub też jakość oferowanych w nim świadczeń jest na tyle niska, że – w opinii osób decydujących się na korzystanie z ubezpieczeń suplementarnych – jest niewystarczająca dla zapewnienia odpowiedniego stanu zdrowia.

3. Nastawienie społeczeństwa do komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych

Wśród czynników warunkujących nastawienie społeczeństwa do ubezpieczeń zdrowotnych można wymienić przede wszystkim kwestie dbałości o zdrowie, zasoby materialne gospodarstw domowych, świadomość ubezpieczeniową

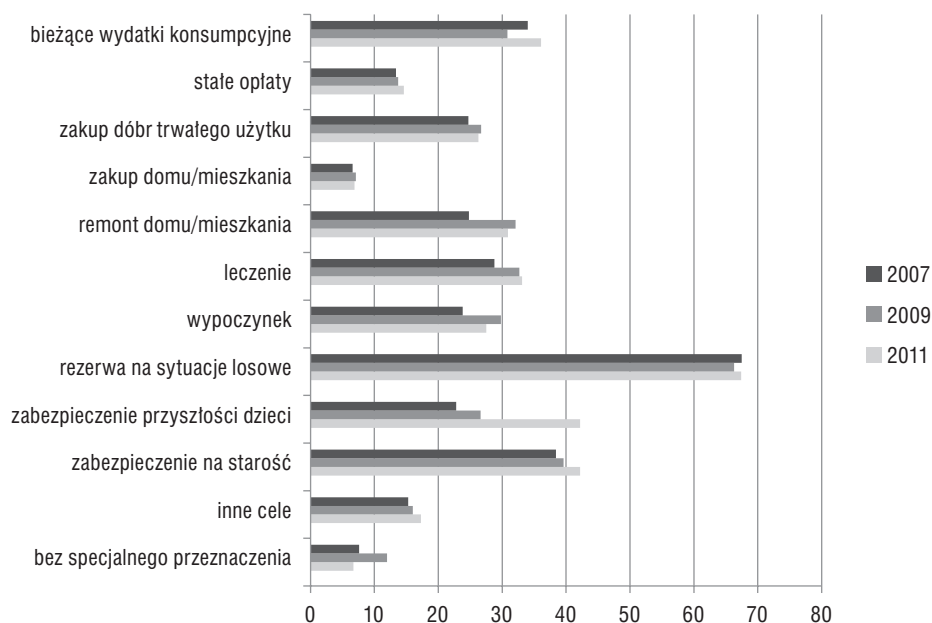
⁶ T. Szumlicz, B. Więckowska, *Uwarunkowania zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych w polityce zdrowotnej*, w: *Polityka zdrowotna. Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu koszyka świadczeń*, red. R. Holly, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia, Warszawa 2004, s. 15.

⁷ M. Rutkowska, *Ekonomiczne aspekty funkcjonowania kas chorych w Polsce*, Oficyna Wydawnicza PWR., Wrocław 2000, s. 49.

⁸ R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, w: *Polityka zdrowotna*, op.cit., s. 11.

oraz stan zdrowotny społeczeństwa, jak również poziom opieki zdrowotnej w państwie. Podstawowych informacji o kształtowaniu się tych czynników dostarczają nam cyklicznie przeprowadzane badania przez Główny Urząd Statystyczny oraz grupę fachowców skupionych wokół profesorów J. Czapińskiego i T. Panka, weryfikujących warunki i jakość życia Polaków w badaniu o nazwie „Diagnoza społeczna”.

Rysunek 1. Cele gromadzenia oszczędności przez gospodarstwa domowe w latach 2007–2011 (w %)



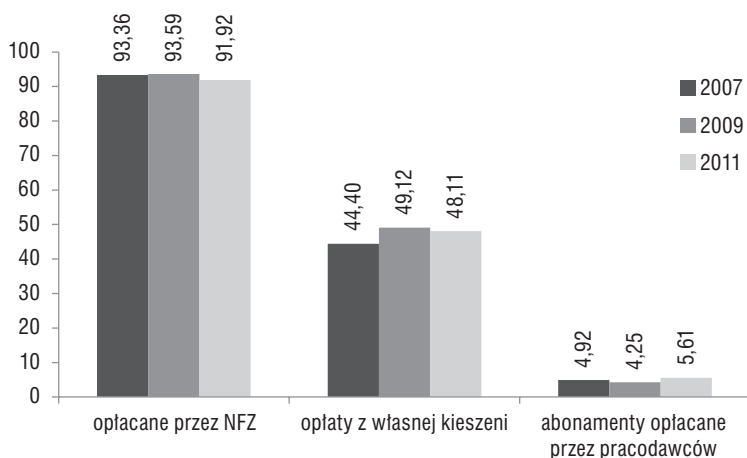
Źródło: *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012.

Cechą charakterystyczną społeczeństwa polskiego jest wyjątkowa zapobiegliwość i troska o przyszłość. Wyraża się to m.in. poprzez cele, na które z trudem gromadzone są oszczędności w gospodarstwach domowych. Wśród kryteriów zaproponowanych we wspomnianym badaniu znajduje się m.in. motyw zdrowotny, który dostrzega około 30% gospodarstw domowych. Należy jednak zauważyć, że oprócz wskazanego wprost kryterium leczenia wiele gospodarstw domowych oszczędza wolne środki tytułem rezerwy na sytuacje losowe czy starość. W tych dwóch przypadkach pośrednio również można dopatrzeć się motywu związanego z troską o zdrowie i ewentualne koszty związane z leczeniem. Tak więc

przewidywalność zwiększonych wydatków na cele zdrowotne jest dominującym motywem gromadzenia oszczędności wśród Polaków.

Skoro większość gospodarstw domowych liczy się ze wzmożonymi wydatkami na leczenie, należy przyrzeć się kwestii, skąd bierze się obawa o to, że w przyszłości może dojść do eskalacji wydatków związanych z utrzymaniem zdrowia w odpowiedniej kondycji. Mimo że wszyscy Polacy mają dostęp do publicznej opieki zdrowotnej, co gwarantuje nam art. 68 Konstytucji RP, to jednak doskonale zdajemy sobie sprawę, iż czas oczekiwania na wizytę u lekarza czy leczenie szpitalne ulega znacznemu wydłużeniu, a generalnie jakość świadczonych usług w publicznym systemie ochrony zdrowia znacznie odbiega od oczekiwań. W związku z tym coraz częściej Polacy już od wielu lat korzystają z prywatnej pomocy medycznej, przeznaczając na ten cel znaczące środki finansowe.

Rysunek 2. Gospodarstwa domowe korzystające z opieki zdrowotnej wg źródeł finansowania w latach 2007–2011 (w %)

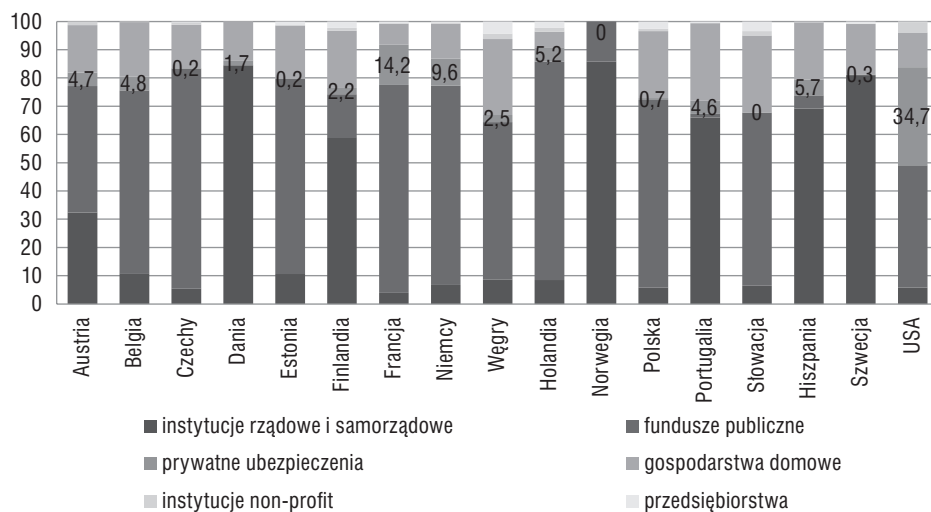


Źródło: *Diagnoza społeczna 2011*, op.cit.

Z rysunku 2 wynika, że prawie połowa gospodarstw domowych od kilku lat regularnie korzysta z komercyjnej pomocy medycznej, przeznaczając na ten cel dodatkowe środki finansowe, nie rezygnując jednocześnie z publicznej służby zdrowia. Pod tym względem struktura finansowania opieki zdrowotnej w Polsce nie odbiega od struktury zarejestrowanej w innych krajach europejskich, z wyjątkiem Norwegii. Zarówno w Polsce, jak i w większości innych krajów dominujące znaczenie mają środki publiczne, jednak wydatki gospodarstw domowych

w postaci dodatkowych ubezpieczeń czy doraźnych opłat, bądź innych form, jak abonamenty, stanowią znaczący ponad 20% odsetek.

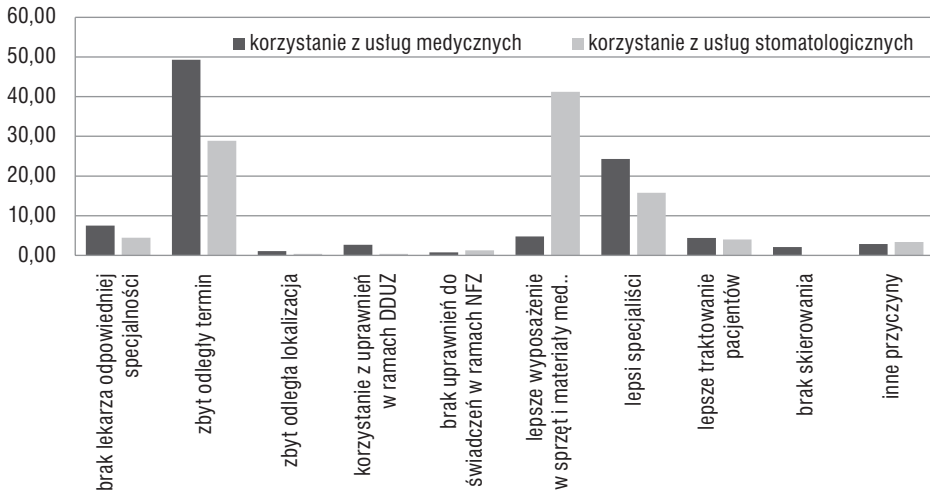
Rysunek 3. Struktura finansowania opieki zdrowotnej w wybranych krajach w 2010 r. (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Data 2012*, <http://stats.oecd.org/> (kwiecień 2013).

Przechodząc do sytuacji panującej w Polsce, zasadne wydaje się dokładniejsze przyjrzenie się motywom, które skłaniają gospodarstwa domowe do korzystania z komercyjnej opieki zdrowotnej. W pierwszej kolejności należy oddzielić kwestię zabiegów stomatologicznych, które od wielu lat prawie w 100% zostały skomercjalizowane i z niewielkimi wyjątkami funkcjonują poza systemem publicznym, od pozostałych procedur medycznych, zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego. Wśród najczęściej wskazywanych czynników dominuje zbyt długie oczekiwanie na planowaną wizytę zarówno u lekarza pierwszego kontaktu, jak i u specjalisty. Nie mniej ważnym czynnikiem jest dostęp do lepszej, fachowej kadry specjalistów. W niewielkim stopniu na korzystanie z komercyjnej opieki zdrowotnej wpływają ograniczenia w dostępie do specjalistów, co prawdopodobnie wynika z nasycenia rynku lekarzami poszczególnych specjalności.

Rysunek 4. Motywy korzystania przez gospodarstwa domowe z usług medycznych i stomatologicznych finansowanych poza NFZ w 2010 r. (w %)



Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, GUS, Warszawa 2012.

Zostawiając na boku problematykę leczenia stomatologicznego, kluczowe wydaje się zagadnienie dotyczące struktury wydatków na leczenie z uwzględnieniem podziału na wydatki związane z zakupem leków, leczenie w warunkach ambulatoryjnych i leczenie szpitalne. W takim podziale dominujący udział w kosztach mają wydatki związane z zakupem leków i innych artykułów kupowanych w aptekach, bądź sklepach ze sprzętem medycznym. Inne badania wykazują, że wraz z upływem czasu, mimo względnego porządkowania przez Ministerstwo Zdrowia spraw związanych z funkcjonowaniem tzw. listy leków refundowanych, rośnie liczba osób, które musiały w ostatnich latach zrezygnować z zakupu leków ze względu na znaczący ich koszt. Z roku na rok odsetek rezygnacji rośnie i w ostatniej „Diagnozie społecznej” z 2011 r. zanotowano w tym przypadku aż 18% wskazań. Jednocześnie z wizyty u lekarza z tych samych powodów zrezygnowało 14% badanych gospodarstw domowych, a około 7% zrezygnowało z odpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych.

Wyniki te pokazują jednoznacznie, iż narastają kłopoty finansowe i wzrasta liczba rezygnacji z zaspokojenia podstawowej potrzeby, jaką jest bezpieczeństwo w zakresie dostępu do opieki medycznej i leczenia.

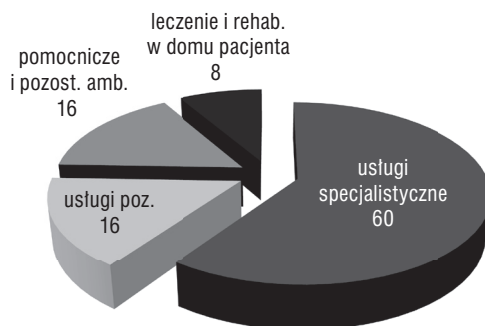
Rysunek 5. Struktura wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną w 2010 r. (w %)



Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, op.cit.

Przechodząc do szczegółowej analizy drugiego pod względem wysokości ponoszonych kosztów rodzaju leczenia komercyjnego (po wydatkach na zakup leków), jakim są wydatki na leczenie ambulatoryjne, w tym zestawieniu dominują koszty leczenia u lekarzy specjalistów (60% wydatków). O wiele mniej gospodarstwa domowe przeznaczają na finansowanie wizyt lekarskich u lekarzy tzw. pierwszego kontaktu oraz na rehabilitację, diagnostykę itp. Z tego zestawienia wynika, iż największy popyt w ramach komercyjnej opieki zdrowotnej skierowany jest na leczenie specjalistyczne w warunkach ambulatoryjnych.

Rysunek 6. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2010 r. (w %)

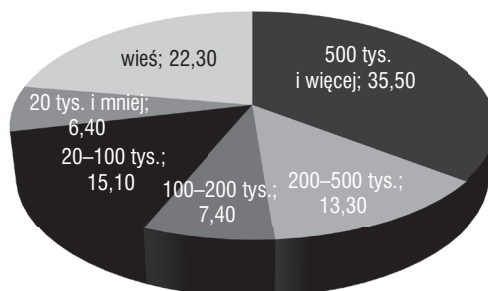


Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, op.cit.

Główny Urząd Statystyczny w swoich badaniach wyróżnia osobną kategorię wydatków na opiekę zdrowotną w postaci dodatkowych dobrowolnych ubezpie-

czeń zdrowotnych (DDUZ). Analizując dostęp i korzystanie przez gospodarstwa domowe z tej formy ochrony, jak również nakładając na ten problem pryzmat podziału Polski pod względem urbanizacyjnym na miasta i wieś, nie widać w tym zakresie znaczącego zróżnicowania. Zarówno gospodarstwa domowe z dużych i średnich miast, jak i zamieszkałe na wsiach w zbliżonym stopniu korzystają z płatnej opieki medycznej, do której dostęp umożliwiają im DDUZ. Wiąże się to z coraz węższą grupą gospodarstw domowych prowadzących typowo wiejski styl życia oraz tzw. procesem urbanizacji wsi, który postępuje w Polsce od kilku dziesięcioleci, zwłaszcza w sąsiedztwie dużych aglomeracji miejskich.

Rysunek 7. Osoby mające uprawnienia do świadczeń z DDUZ wg miejsca zamieszkania, stan na 2010 r. (w %)



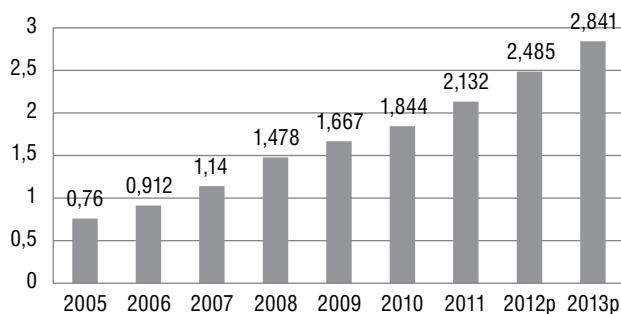
Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, op.cit.

Historia rozwoju rynku komercyjnej opieki zdrowotnej w Polsce ma swoją specyfikę. Cechą charakterystyczną tego sektora jest szybki rozwój tzw. abonentów medycznych, przez niektórych nazywanych quasi-ubezpieczeniami. Usługi te, których średnioroczny wzrost wartości szacuje się obecnie na około 14% rocznie, pierwotnie wywodziły się z medycyny pracy. Dostęp do komercyjnej opieki medycznej oferowanej przez firmy abonentowe znacznie poprzedził zaistnienie na rynku polskim dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (początki lat 90. ubiegłego stulecia) i zyskał popularność dzięki korzystnym rozwiązaniom podatkowym oraz wmontowaniu tego mechanizmu w systemy motywacyjne wielu szybko rozwijających się przedsiębiorstw w Polsce.

Obecnie abonamenty medyczne stanowią alternatywę wobec dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednakże przewiduje się, iż w przypadku wejścia w życie regulacji prawnych, na mocy których dotychczasowa działalność firm abonentowych zostanie zastrzeżona do kompetencji zakładów ubezpieczeń,

dotychczasowi gracze na tym rynku skoncentrują swoją działalność na oferowaniu usług leczniczych, jako świadczeniodawcy dla właścicieli polis zdrowotnych.

Rysunek 8. Wartość rynku abonamentów medycznych w Polsce w latach 2005–2011 i prognoza na 2012–2013 (w mld zł)



Źródło: Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2011, PMR Publications, czerwiec 2011.

Podsumowując tę część analizy, stanowiącej wprowadzenie do zagadnień z zakresu funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych, warto jeszcze wskazać na kwestię związaną generalnie z nakładami na ochronę zdrowia w Polsce. Dotychczas poruszono wyłącznie aspekt samych kosztów leczenia, pomijając m.in. nakłady na inwestycje. Wraz ze spowolnieniem gospodarczym odnotowuje się spadek odsetka udziału nakładów na zdrowie w stosunku do PKB, zarówno w obszarze sfery publicznej, jak i prywatnej.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2009–2010

Wyszczególnienie	2009		2010	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
Publiczne wydatki bieżące	64 763	4,82	66 505	4,70
Prywatne wydatki bieżące, w tym:	25 622	1,91	25 629	1,81
• gospodarstw domowych	22 018	1,64	21 817	1,54
• inne	3 605	0,27	3 312	0,27
Razem	90 385	6,72	92 134	6,5
Inwestycje	6 590	0,49	6 710	0,47
Ogółem wydatki	96 976	7,21	98 845	6,98

Źródło: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych, GUS, Warszawa 2012.

Wobec odnotowanego w latach 2011 i 2012 dalszego obniżenia tempa wzrostu PKB i spodziewanej kontynuacji tego trendu w 2013 r. należy liczyć się z dalszym spadkiem wskaźnika udziału nakładów na ochronę zdrowia w PKB zarówno w zakresie finansowania kosztów leczenia, jak i nakładów inwestycyjnych. Świadczą o tym dane zawarte w tabeli 1.

Konkludując, należy wskazać na potencjalnie dużą lukę w zakresie stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, która z czasem będzie się poszerzać i może stanowić okazję do szybkiego rozwoju komercyjnych form ochrony zdrowia, których istotną część mogą zająć dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

4. Warunki upowszechnienia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

W dyskusji na temat poprawy polskiego systemu opieki zdrowotnej często postuluje się wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Autorzy tego postulatu traktują go jako użyteczne hasło, najczęściej nie decydując się na jego doprecyzowanie. Tymczasem jest ono niezbędne, jeśli ma rzeczywiście pomóc w budowie spójnego i efektywnego – a przy tym możliwie taniego – systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Inaczej pozostanie jeszcze jednym hasłem, pod którym każdy będzie mógł umieścić dowolną treść, zależnie od własnych oczekiwań.

Najpierw należy odróżnić prywatne ubezpieczenie zdrowotne oparte na zasadach rynkowych od powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pozornie obydwa spełniają podobną funkcję, czyli pozwalają – drogą przekazania następstw realizacji ryzyka stronie trzeciej – uwolnić się w pewnym zakresie od ponoszenia go przez osobę ubezpieczoną, w tym konkretnym wypadku pozwalając zabezpieczyć się przed skutkami utraty zdrowia. Nie należy przy tym traktować tego pojęcia zbyt wąsko, jako że ubezpieczenie zdrowotne pokrywa nie tylko koszty świadczeń medycznych, gdyż produkt o takim zakresie ochrony ubezpieczeniowej to ubezpieczenia medyczne. Ubezpieczenia zdrowotne obejmują nie tylko koszty świadczeń medycznych, ale także promocję zdrowia, profilaktykę i – w razie gdyby jednak doszło zdarzenia mającego negatywne skutki dla zdrowia – rehabilitację, są zatem pojęciem o wiele szerszym.⁹

⁹ A. Sobczak, E. Dudzik-Urbaniak, G. Juszczyk, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2004, s. 32.

Jeśli chodzi o spełnianie zadania, to zarówno powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jak i prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają identyczne zadanie, czyli właśnie zabezpieczenie osoby ubezpieczonej przed negatywnymi konsekwencjami utraty zdrowia. Różnice zawierają się w samej konstrukcji obu tych produktów.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane są przez zakłady ubezpieczeń, które w swoim postępowaniu kierują się przede wszystkim zyskiem. Ponieważ ich wykupienie jest indywidualną decyzją każdego klienta, istnieje możliwość – w ramach istniejących na rynku ofert – wyboru takiego zakresu usługi, jaka jest najbardziej pożądana. Można również zdecydować się w ogóle nie nabywać ubezpieczenia, jako że nie jest to w żadnym razie narzucane przez prawo. Podobnie ubezpieczyciel może odmówić potencjalnemu klientowi zawarcia umowy ubezpieczenia.¹⁰

Ponieważ jest to w pełni inicjatywa prywatna, więc podlega zasadom obowiązującym w każdym innym rodzaju ubezpieczeń. Przede wszystkim źródłem jej finansowania są jedynie składki uczestników, ewentualnie – w razie straty – kapitał firmy ubezpieczeniowej. Generalnie nie dochodzi do takich sytuacji, w których prywatne ubezpieczenia są dotowane z budżetu państwa. Kolejnym ważnym elementem dotyczącym składek jest ich zróżnicowanie według przyjętych kryteriów. Przyczyną różnic może być nie tylko wiek czy przebyte choroby, ale np. także wykonywany zawód. Jako generalną zasadę przyjmuje się sytuację, w której wpłacana składka odzwierciedla wielkość wnoszonego ryzyka.

Ponieważ prywatne ubezpieczenie odbywa się na zasadach rynkowych, nie jest więc szczegółowo uregulowane prawnie. Państwo pozwala dowolnie kształtować stosunek ubezpieczeniowy, chociaż spełnia ogólne funkcje nadzorcze oraz kontrolne.

Najważniejszym problemem dotyczącym prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce jest charakter, jaki docelowo mają przyjąć. Biorąc pod uwagę opinie formułowane przez obecnych decydentów, ubezpieczenia o charakterze substytucyjnym nie są aktualnie rozważane jako alternatywa dla Narodowego Funduszu Zdrowia, a rezygnacja w ogóle z ochrony zdrowia organizowanej przez państwo – choćby w minimalnej formie – jest nie do pomyslenia. Biorąc to pod uwagę, jedynym rozwiązaniem, jakie wydaje się pożyteczne, są ubezpieczenia dodatkowe. Wtedy system opieki zdrowotnej połączy w sobie ubezpieczenia społeczne z ubezpieczeniami prywatnymi.

¹⁰ *Polityka zdrowotna. Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia w Polsce*, red. R. Holly, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006, s. 25.

Warunkiem podstawowym funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowane określenie, co jest finansowane przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a więc ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Bez tego jakiegokolwiek próby budowania segmentu usług zdrowotnych opartych na zasadach dobrowolności muszą skończyć się niepowodzeniem.

Pytaniem otwartym jest także to, kto płaciłby za świadczenia. Możliwe są dwa rozwiązania: pacjent albo ubezpieczyciel. W pierwszym wypadku pieniądze wydane na leczenie byłyby później – w ramach określonych w umowie – refundowane. Badania opinii społecznej pokazują jednak, że takie rozwiązanie cieszy się bardzo małą akceptacją. Być może pewną rolę odgrywają tu złe doświadczenia związane z uzyskiwaniem pieniędzy z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej pojazdów mechanicznych, które mogą być skomplikowane i trwać bardzo długo.

5. Typy oferowanych świadczeń

Działające na polskim rynku zakłady ubezpieczeń oferują najczęściej polisy zdrowotne zapewniające wypłatę świadczeń w określonej wysokości w przypadku choroby, bądź dostęp do określonych świadczeń medycznych. Coraz więcej towarzystw ubezpieczeniowych wprowadza na rynek polisy oferujące świadczenia rzeczowe w postaci usług medycznych świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z danym zakładem ubezpieczeń. Połowa to ubezpieczyciele z działu I (ubezpieczeń na życie), którzy stworzyli produkt łączący ubezpieczenia zdrowotne z ochroną życia, jest to jednak opcja przeznaczona głównie dla klientów grupowych. W przypadku towarzystw ubezpieczeniowych z działu II adresatami mogą być zarówno klienci instytucjonalni, jak i indywidualni. Grupa ubezpieczycieli oferujących usługi medyczne stale się powiększa o kolejne zakłady ubezpieczeń wprowadzające na rynek tego rodzaju produkt.

Decydując się na ubezpieczenia dodatkowe, rozszerzające zakres ochronny ubezpieczenia na życie, klient może być zobligowany do wykonania określonych przez ubezpieczyciela badań medycznych. W przypadku tego rodzaju umów częstą praktyką zakładów ubezpieczeniowych jest ograniczanie okresu obowiązywania polisy wypadkowej lub chorobowej do kilku lat i ewentualne przedłużanie jej klientom o dobrym stanie zdrowia. Ponadto każdy ubezpieczyciel indywidualnie wyznacza limit wieku ubezpieczanych (najczęściej jest to 60 lat).

Standardowo odpowiedzialność zakładów ubezpieczeń jest wyłączona w przypadkach, w których poważna choroba i/lub pobyt w szpitalu są wynikiem działania alkoholu i/lub narkotyków, samookaleczenia, chorób wywołanych HIV i AIDS

i wad wrodzonych. Ponadto warunki ubezpieczenia nie obejmują leczenia chorób psychicznych, nerwic, chirurgii plastycznej oraz jej następstw. Na ogół ochronie nie podlegają także pobyty w sanatoriach, placówkach rehabilitacyjnych lub ośrodkach leczenia odwykowego.

Standardowym rozwiązaniem ubezpieczeniowym w przypadku polis zdrowotnych jest stosowanie tzw. okresów karencji. Oznacza to, iż ochrona ubezpieczeniowa nie zaczyna się od momentu podpisania polisy lub wpłaty pierwszej składki. Zakłady ubezpieczeń wprowadzają okresy, podczas których ochrona ubezpieczeniowa jest wyłączona i w zależności od ubezpieczyciela wynoszą one 90, 120 lub 180 dni od momentu podpisania umowy ubezpieczenia. Dotyczy to zwłaszcza dostępu do leczenia stomatologicznego, pobytu w szpitalu, zwrotu kosztów zakupu leków na receptę.

Podsumowanie

Po przeprowadzeniu analizy nasuwają się następujące ogólne wnioski:

- w porównaniu z rynkami krajów Europy Zachodniej rynek ten jest w fazie narodzin, bez większych zmian w dynamice wzrostu; świadczy o tym przede wszystkim umiarkowane tempo wzrostu, zainteresowanie ubezpieczeniami, znajomość oferty przez potencjalnych klientów i stosunkowo krótki okres, od kiedy usługi te są oferowane;
- głównym motorem rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest słabość publicznej ochrony zdrowia;
- rozwój ubezpieczeń hamują niejednoznaczne interpretacje dotychczas obowiązujących przepisów i brak oddzielnych regulacji w tym zakresie;
- w wyniku historycznych zaszczości większą popularnością cieszą się abonamenty medyczne ubezpieczenia zdrowotne;
- w największym stopniu rozwijają się ubezpieczenia w zakresie leczenia ambulatoryjnego i diagnostyki medycznej;
- rozwój ubezpieczeń szpitalnych hamuje niejasna sytuacja prawna i rygorystyczne stanowisko NFZ w zakresie podpisywania umów z ubezpieczycielami przez szpitale publiczne;
- do spopularyzowania ubezpieczeń zdrowotnych konieczne jest przełamanie barier społecznych oraz wzbudzenie większego zaufania do instytucji ubezpieczeniowych.

Obecnie oferta zakładów ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego jest dość zbliżona do siebie. Ubezpieczyciele proponują swoje usługi za pomocą

internetu, tradycyjnie, czyli głównie przez agentów i brokerów, oraz we współpracy z bankami (*bancassurance*). Przełomem w procesie rozwoju rynku było powstanie ubezpieczycieli zawodowych, np. Towarzystwa Ubezpieczeniowego Medica Polska SA (obecnie TU Zdrowie), które zajmuje się wyłącznie obsługą ubezpieczeń zdrowotnych w ramach działu II. Jednakże dalszy rozwój ubezpieczeń zdrowotnych w dużym stopniu będzie zależeć od stanowiska rządu i tempa wprowadzanych reform w zakresie funkcjonowania zarówno NFZ oraz innych instytucji zajmujących się obsługą procesu świadczenia usług medycznych.

Bibliografia

1. *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czpiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012.
2. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, GUS, Warszawa 2012.
3. *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001.
4. *Polityka zdrowotna. Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia w Polsce*, red. R. Holly, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
5. *Polityka zdrowotna. Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu koszyka świadczeń*, red. R. Holly, Instytut Polityki Ochrony Zdrowia, Warszawa 2004.
6. Rutkowska M., *Ekonomiczne aspekty funkcjonowania kas chorych w Polsce*, Oficyna Wydawnicza PWR., Wrocław 2000.
7. *Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2011*, PMR Publications, czerwiec 2011.
8. Sobczak A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2004.
9. Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2004.
10. *Ubezpieczenia osobowe*, red. E. Wierzbicka, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.

SYSTEMY INFORMACYJNE WSPOMAGAJĄCE ZARZĄDZANIE W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Wstęp

Aby osiągnąć cele, organizacja (podmiot leczniczy) musi podejmować decyzje. Skuteczne podejmowanie decyzji jest niemożliwe bez dostępu do informacji. Współcześnie funkcjonująca organizacja nie jest w stanie obejść się bez gromadzenia i przetwarzania informacji. Systemy informacyjne organizacji służące podejmowaniu właściwych decyzji opisują proces przetwarzania różnych danych dostępnych ze źródeł zewnętrznych i wewnętrznych w informacje dostarczane menedżerom różnego szczebla w celu planowania, sterowania i kontrolowania działań, za które są oni odpowiedzialni.

W rozdziale przedstawiono kategorie informacji, które w codziennym zarządzaniu przedsiębiorstwem są wymagane lub mogą być przydatne i wartościowe. Jednocześnie wiedza zawarta w opracowaniu ma uwrażliwić czytelnika na poszczególne kategorie informacji, ich priorytet w zarządzaniu przedsiębiorstwem i możliwości wykorzystania w celu określenia założeń i osiągnięcia planów rozwoju organizacji.

1. Definicje podstawowe

Charakteryzując systemy informacyjne, należy zacząć od podstawowych pojęć dotyczących poszczególnych ich składowych, takich jak dane, bazy danych czy informacje.

Dane są to znaki w formie nadającej się do przetwarzania lub, inaczej mówiąc, znakowe postaci informacji. Dane mogą być nośnikami określonej wiedzy lub tylko znakami nieniosącymi ze sobą żadnej wiedzy.

¹ Dr n. med. Jacek Sawicki, dyrektor w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach.

Bazy danych są zestawami zbiorów utrzymywanych w określony sposób przez użytkowników w procesach zakładania, aktualizacji i obsługi zapytań. Zbiory w bazie danych są dostępne za pośrednictwem nazw (identyfikatorów) dostarczanych przez użytkownika.

Informacje to zinterpretowane dane, którym nadano znaczenie (przykład: 100 – dana liczbowa; 100 – cena porady lekarskiej – dana, której nadano znaczenie). Informacje odwzorują rzeczywistość i są miarą złożoności i różnorodności organizacji i jej otoczenia. Są również czynnikiem sprawczym, a więc stanowią podstawę procesu podejmowania decyzji.

Informacje medyczne są danymi, którym nadano znaczenie medyczne. Zasoby informacyjne są to wszelkie informacje będące w posiadaniu organizacji, do których mają dostęp upoważnieni użytkownicy. Posiadane zasoby informacji stanowią kapitał organizacji i pozwalają zmniejszać ryzyko w podejmowaniu decyzji. Informacje są przekazywane odbiorcom w formie komunikatów.

Komunikat to zestaw informacji (liczbowych, tekstowych, graficznych) stanowiących przedmiot przekazu (wymiany) między dowolnymi komunikującymi się partnerami.

Wymienione pojęcia stanowią fundament, na którym opierają się wszystkie systemy informacyjne. Znajomość definicji składowych tych systemów ułatwia zrozumienie procesów zarządzania informacją związanych m.in. z pozyskiwaniem danych, ich przekształceniem w informację oraz tworzeniem komunikatów w celu podejmowania na ich podstawie właściwych decyzji.

2. Proces przetwarzania danych

Systemy informacyjne towarzyszą człowiekowi przez całe jego życie. Obecnie w każdej organizacji system informacyjny jest tym czynnikiem, który pozwala jej efektywnie funkcjonować. Definicji systemu informacyjnego jest wiele, zarówno w literaturze krajowej, jak i zagranicznej. Można powiedzieć, że system informacyjny tworzą wzajemnie z sobą powiązane procesy informacyjne. Bardziej formalne definicje odwołują się do generalnych cech systemów i są przedstawiane za pomocą modelu:

WEJŚCIE (DANE) – PROCES – WYJŚCIE (INFORMACJA)

Rysunek 1. Proces przetwarzania danych w informację



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Systemy informacyjne w zarządzaniu*, oprac. zb., PRET SA, Warszawa 2006.

Wejściem procesu w tym ujęciu są zasoby informacyjne, które system pozyskuje ze swojego otoczenia lub z wewnętrznych generatorów informacji (pracownicy, klienci itd.). Wyjściem natomiast są informacje dostarczane do otoczenia lub do innych systemów wewnętrznych. Procesy przetwarzania danych to działania, które przekształcają informacje wejściowe w informacje wyjściowe.

Cechą charakterystyczną systemów informacyjnych jest ich otwartość na związki z otoczeniem i innymi systemami informacyjnymi, zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi. Według Adama Nowickiego systemem informacyjnym jest „[...] wyróżniony przestrzennie i uporządkowany czasowo zbiór informacji, nadawców informacji, odbiorców informacji, kanałów informacyjnych oraz technicznych środków przesyłania i przetwarzania informacji, których funkcjonowanie służy do sterowania obiektem gospodarczym”.²

System informacyjny przedsiębiorstwa jest systemem złożonym, a decyduje o tym nie tylko to, że podstawowym elementem systemu jest człowiek, ale także to, że w jego skład wchodzi wiele wzajemnie z sobą powiązanych podsystemów informacyjnych. Obserwujemy sytuację, w której złożoność takiego systemu jest proporcjonalna do integracji (współdziałania) przedsiębiorstwa z jego otoczeniem. Tę część systemu informacyjnego przedsiębiorstwa, która jest odpowiedzialna za zasilanie procesów decyzyjnych, można nazwać systemem informacyjnym zarządzania (SIZ).

SIZ pełni wobec przedsiębiorstwa następujące funkcje:

- 1) stanowi główne źródło informacji, które pozwalają na podjęcie decyzji kształtujących bieżącą sytuację przedsiębiorstwa i jego dalszy rozwój;
- 2) zapewnia interakcje między systemami zarządzania a systemem wykonawczym;
- 3) wpływa na poziom kosztów ponoszonych przez przedsiębiorstwo (przez stworzenie możliwości podejmowania działań korygujących wcześniej podjęte

² A. Nowicki, *Informatyka dla ekonomistów*, PWN, Warszawa 1997.

decyzje czy poprzez zapewnienie komunikacji między nadawcami i odbiorcami informacji);

- 4) przyczynia się do rozwoju konkurencyjnych produktów i usług;
- 5) pozwala na znalezienie nowych, nieznanych wcześniej zasobów materialnych (surowców, materiałów, energii).³

W złożonych systemach informacyjnych funkcjonuje wielu uczestników systemu. Wyróżnić w nich można wiele procesów informacyjnych oraz generujących różnorodne produkty. Opisanie takiego złożonego systemu informacyjnego nie jest łatwym zadaniem. Wprawdzie w dalszym ciągu obowiązuje podejście modelowe, czyli wejście – proces – wyjście, ale składowe tego modelu wykazują daleko idącą różnorodność oraz złożoność.

Układ wejścia do systemu informacyjnego to bardzo rozproszona i różnorodna struktura danych, informacji, kanałów informacyjnych oraz nośników informacji, które mogą przybierać formy:

- 1) danych i informacji wejściowych: pochodzących z dokumentów papierowych, generowanych przez różne urzędy, dostarczanych kanałami telekomunikacyjnymi, dostarczanych ustnie (np. uwagi od klientów), generowanych wewnątrz organizacji;
- 2) kanałów informacyjnych, takich jak: informacje przekazywane w trakcie rozmowy, informacje przekazywane kanałami telekomunikacyjnymi, poczta, dokumenty biznesowe, media, urzędy;
- 3) tradycyjnych nośników informacji, takich jak: papier, głos, pamięć ludzka, taśma magnetyczna, taśma filmowa, dysk twardy czy płyta optyczna, fale elektromagnetyczne.

W praktyce struktura układu zasilania może być uzupełniona innymi jeszcze elementami, co świadczy o tym, że w rzeczywistej organizacji zasilanie systemu informacyjnego może być zorganizowane w bardzo różny sposób. Oznacza to, że nawet posiadanie wszystkich wymienionych wcześniej składników układu wejścia nie gwarantuje poprawnego zasilania systemu informacyjnego w niezbędne dla jego funkcjonowania informacje. Trzeba pamiętać o tym, że układ wejścia nie ma charakteru statycznego, a wręcz odwrotnie.

W układzie przetwarzania systemu informacyjnego zachodzą takie procesy, jak:

- 1) zapisywanie informacji i danych na trwałych nośnikach (np. zrobienie notatki po spotkaniu biznesowym);

³ P. Beynon-Davies, *Inżynieria systemów informacyjnych*, WNT, Warszawa 1999.

- 2) klasyfikowanie i porządkowanie informacji – informacja dostarczona przez układ wejścia jest zapisywana w bazie danych w ściśle określonej strukturze, co pozwala później na szybki dostęp do niej;
- 3) przetwarzanie danych i informacji – dane pozyskane z układu wejściowego są przetwarzane w określonym celu (np. ustalenia, czy student może być promowany);
- 4) przechowywanie danych i informacji – w różnych postaciach (papier, nośniki cyfrowe).

Sposób, w jaki zaprojektowany jest system, decyduje o zaspokajaniu potrzeb informacyjnych członków organizacji. Trzeba pamiętać o tym, że o jakości końcowej informacji decydują wszystkie ogniwa systemu informacyjnego. Jeżeli dane wejściowe nie są wystarczające, to przygotowanie potrzebnej informacji końcowej jest utrudnione, a nieraz po prostu niemożliwe.

W tradycyjnym systemie informacyjnym w układzie wyjścia można wyróżnić takie elementy, jak: dokumenty papierowe (zestawienia, raporty, opracowania), bezpośrednie spotkania, urządzenia telekomunikacyjne.

Tradycyjnie zorganizowane fragmenty systemu informatycznego stanowią ważny, a często dominujący obraz organizacji przedsiębiorstwa. Komputerowa technologia informacyjna w coraz większym stopniu wpływa na organizację systemów informacyjnych. Niezależnie od tego, jak dobrze system informacyjny wyposażony jest w urządzenia teleinformacyjne, jego najważniejszym elementem i tak jest człowiek. Trzeba jednak także pamiętać o tym, że to człowiek jest najbardziej zawodnym zasobem systemu informacyjnego.⁴

2.1. Charakterystyka systemu informacyjnego zarządzania

Za najważniejsze cechy systemu informacyjnego zarządzania można uznać:

- 1) celowość – właściwości i działanie systemu służą osiągnięciu celów przedsiębiorstwa, a zwłaszcza realizacji misji i przyjętych strategii organizacji;
- 2) wiarygodność – informacje pozyskiwane z systemu informacyjnego opierają się na sprawdzalnych co do prawdziwości i rzetelności źródłach oraz metodach pozyskania informacji, jej przechowywania i przetwarzania; gdy uzyskanie 100% pewności nie jest możliwe, dodatkowo powinno być skalkulowane ryzyko dotyczące możliwego błędu;

⁴ A. Kwasek, *Systemy informacyjne w zarządzaniu*, „Biuletyn POU” 2010, 5 (39).

- 3) dostępność – upoważnieni odbiorcy informacji generowanych przez SI mogą ją uzyskać w dowolnym czasie, z dowolnego miejsca i za pomocą różnych urządzeń;
- 4) aktualność – informacje dostępne w SI są aktualizowane tak często, jak jest to możliwe i konieczne;
- 5) efektywność – suma korzyści uzyskiwanych z SI powinna przewyższać koszty związane z jego utrzymaniem;
- 6) wydajność – system zapewnia wystarczającą wydajność przy zachowaniu innych kryteriów jakościowych;
- 7) niezawodność – system zapewnia niezawodność w pracy przy zachowaniu pozostałych kryteriów jakościowych; pod tym pojęciem rozumie się także powtarzalność w tym sensie, że przy powtórzeniu określonego zapytania SI wygeneruje taką samą odpowiedź;
- 8) elastyczność – system zapewnia zachowanie pozostałych parametrów jakościowych na niezmiennym poziomie w różnych warunkach jego użytkowania; elastyczność polega także na możliwości adaptacji SI do zmieniających się warunków (parametryzacja);
- 9) kompleksowość – system zaspokaja ilościowo i asortymentowo oczekiwania jego użytkowników;
- 10) poufność – system zapewnia dostęp do określonej informacji tylko upoważnionym odbiorcom; w skomputeryzowanych SI osiąga się to poprzez zróżnicowanie praw dostępu, w tradycyjnych poprzez rozwiązania organizacyjne;
- 11) bezpieczeństwo – system zapewnia nienaruszalność zbiorów danych i informacji oraz procedur ich przetwarzania, chroniąc je przed nieuprawnioną ingerencją z zewnątrz;
- 12) przyjazność – system w maksymalny sposób ułatwia dostęp użytkownikowi; w skomputeryzowanych SI osiąga się to poprzez poprawne zbudowanie formularzy;
- 13) inteligencja – system ma wbudowane mechanizmy będące symulacją ludzkiej inteligencji: wnioskowania, przetwarzania informacji, uczenia się, reagowania na sygnały z otoczenia, symulowania rzeczywistości; osiąga się to poprzez wykorzystywanie metod sieci neuronowych w SI.

2.2. Zarządzanie informacją

Definicja zarządzania obejmuje kompleks działań służących kierowaniu organizacją w celu realizacji jej zadań (planowanie, organizowanie, kontrola). Zbiór działań, które obejmują pełen cykl procesu zarządzania, nazywamy systemem

zarządzania w organizacji. System ten obejmuje planowanie i podejmowanie decyzji, organizację i kierowanie ludźmi oraz kontrolowanie skierowane na zasoby organizacji (ludzkie, rzeczowe, finansowe i informacyjne).

2.3. Zarządzanie wiedzą

Aby organizacja była w pełni konkurencyjna na globalnym i lokalnym rynku, powinna spełniać dwa warunki:

- posiadać odpowiednią wiedzę,
- umieć posiadaną wiedzę wykorzystać.

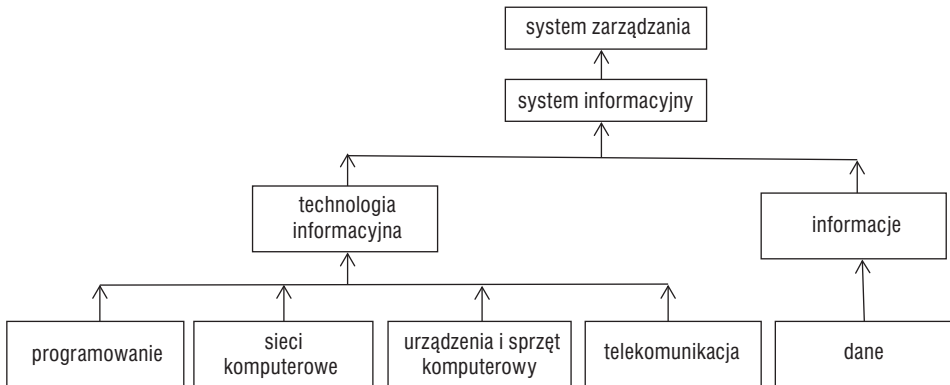
Wiedza to niematerialne zasoby organizacji, związane z ludzkim działaniem, których zastosowanie może być źródłem przewagi konkurencyjnej organizacji. Jest ona związana z danymi, informacją, doświadczeniem, wykształceniem. Ma na nią wpływ etyka, kultura, intuicja. Wiedza jest zasobem nieuchwytnym, który się nie zużywa. Jest dobrem wolnym i dostępnym w sieciach informacyjnych, ale niestosowana nie posiada żadnej wartości. Tylko jej intensywne wykorzystywanie nadaje jej ogromną wartość.

Zarządzanie wiedzą to systematyczny proces ukierunkowany na wykorzystanie wiedzy zgromadzonej w firmie przez zbieranie, weryfikowanie, przechowywanie i upowszechnianie wiedzy poszczególnych pracowników oraz zasobów wiedzy zgromadzonych w archiwach, bazach danych, bazach modeli i bazach wiedzy oraz hurtowniach danych. Zarządzanie wiedzą oznacza takie działanie, dzięki któremu wiedza (różnica między posiadanymi zasobami wiedzy a potrzebą dla podejmowania decyzji) jest jak największa. Zarządzanie wiedzą jest procesem, w którym dla osiągnięcia określonych celów umiemy wykorzystać posiadane zasoby wiedzy. Potrafimy przeszukać i zaabsorbować zewnętrzne zasoby wiedzy oraz stworzyć takie warunki, aby wszyscy uczestnicy procesu decyzyjnego zobowiązali się do dzielenia się posiadanymi zasobami wiedzy i jej kreowaniem. Kwantyfikacja wiedzy (poszatkowanie)

- *know what* – wiedzieć co?
- *know why* – wiedzieć dlaczego?
- *know how* – wiedzieć jak?
- *know who* – wiedzieć kto?

Proces zarządzania wiedzą polega na przekształceniu jej w kapitał intelektualny.

Rysunek 2. System zarządzania informacją – składowe systemu



Źródło: opracowanie własne.

3. System informatyczny

3.1. Charakterystyka systemu informatycznego

System informatyczny jest częścią systemu informacyjnego organizacji, dla której efektywne jest zastosowanie środków informacyjnych, komputera, oprogramowania, sieci komunikacji danych.

Elementami systemu informatycznego są: sprzęt (*hardware*), oprogramowanie (*software*), baza danych, telekomunikacja (internet); użytkownicy: personel placówki, kierownictwo placówki, pracownicy centrali (firma/grupa), zarząd (firma/grupa), serwisanci, helpDesk, dział infrastruktury (firma/grupa), dział IT (organizacja IT, zmiany, wdrożenia, szkolenia) (firma/grupa). System informatyczny to wielopoziomowa struktura, dzięki czemu użytkownik ma możliwość transformowania określonej informacji wejścia na pożądaną informację wyjścia za pomocą odpowiednich procedur i modeli.

Zasadniczymi funkcjami systemu informatycznego są: gromadzenie informacji, przetwarzanie informacji, przechowywanie informacji, prezentowanie informacji, przesyłanie informacji.

Cechy dobrego systemu informatycznego

Dokonując wyboru systemu informatycznego dla placówki medycznej, powinniśmy zwrócić uwagę na jego określone istotne cechy, które wpływają

na przyszłe prawidłowe jego użytkowanie. Powinien on być przede wszystkim funkcjonalny, czyli zawierać opcje zaspokajające w pełni nasze obecne potrzeby. Nie należy wybierać systemów „kompletnych”, gdyż jest to nieekonomiczne i niepraktyczne. System powinien się rozbudowywać wraz z rozwojem naszej placówki, zawierając tylko takie funkcje, które w danym czasie są nam potrzebne. Podejście takie wymaga, by system był dynamiczny, czyli łatwy do rozbudowy, tak aby w dowolnym czasie w prosty i tani sposób można było go zmienić, powiększając zakres jego działania o niezbędną funkcjonalność. Codzienne korzystanie z systemu wpływa znacząco na proces obsługi pacjenta w placówce medycznej. Przy wyborze systemu należy zatem zwrócić uwagę na łatwe jego użytkowanie. Prostota działania systemu jest jego największą zaletą; dzięki niej pracownicy placówki są w stanie sprawnie z niego korzystać, nie zakłócając prawidłowej obsługi pacjentów.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na dwie podstawowe cechy SI:

- niezawodność (SI powinien być łatwy do serwisowania),
- taniość (odpowiednio wynegocjowana cena licencji umowy serwisowej itp.).

System informatyczny w placówce medycznej jest niezbędny jako narzędzie administracyjne i jako źródło przewagi konkurencyjnej.

Jako narzędzie administracyjne SI pozwala w przychodni, szpitalu na: administrowanie placówką, podstawową obsługę pacjentów, rozliczanie z płatnikami (NFZ), podstawowe raportowanie zarządcze.

Jako źródło przewagi konkurencyjnej dla grupy poradni i szpitali prywatnych lub spółek SI pozwala na: administrowanie firmą/grupą, zarządzanie strategiczne, pełną obsługę pacjentów, obsługę sieci (podwykonawców, poddostawców), budowanie wizerunku (PR), rozwój pozycji na rynku.

Moduły systemu informatycznego placówki medycznej dzielą się na:

- podstawowe (niezbędne do funkcjonowania małej placówki medycznej), tj. moduł operacyjny (obsługa pacjenta, raporty), moduł księgowo-finansowy,
- dodatkowe (prywatne firmy/grupy medyczne), tj. moduł sprzedażowy, moduł reklamacji i zgłoszeń, moduł Call Center, moduł komunikacji zewnętrznej (www, portal), moduł HR.

3.2. Cykl życia systemu informatycznego

- 1) Pozyskanie systemu
- 2) Wdrażanie
- 3) Eksploatacja
- 4) Doskonalenie

Pozyskanie systemu:

- zakup systemu (powielarnego) [a nie powielanego],
- budowa systemu dedykowanego (indywidualnego).

Wdrożenie systemu:

- przystosowanie obiektu gospodarczego do wymagań systemu informatycznego,
- ostateczne ustalenie parametrów pracy i weryfikacji działania systemu informatycznego,
- wprowadzenie systemu do bieżącej eksploatacji.

Na cykl życia systemu informacyjnego składają się etapy jego pozyskania, wdrożenia i eksploatacji oraz ciągłego doskonalenia. Jeżeli system nie podlega rozwojowi, a nasze potrzeby nie są przez niego spełniane, należy zastanowić się nad pozyskaniem kolejnego systemu.

Rysunek 3. Cykl życia sytemu informatycznego



Źródło: opracowanie własne.

Pomimo wielu pozytywnych aspektów posiadania systemu informacyjnego wspierającego proces zarządzania organizacją są również sytuacje, w których jego wprowadzenie nie jest ekonomiczne dla podmiotu.

Pięć powodów, dla których nie powinno się wprowadzać systemu informatycznego:

- 1) Koszt – ręczne gromadzenie informacji i wykonywanie funkcji systemu może być tańsze.
- 2) Wygoda – system skomputeryzowany może zajmować zbyt wiele miejsca (serwery i sprzęt), nadmiernie hałasować, wytwarzać zbyt wiele ciepła, zużywać zbyt wiele prądu.

- 3) Bezpieczeństwo – jeśli w systemie przechowywane są poufne, ważne dane, które wymagają fizycznej ochrony i zamknięcia, to system informatyczny może nie spełnić tych wymagań lub spełniając, bardzo utrudnić pracę. Ochrona danych w systemie to jeden z najdroższych jego elementów, który dodatkowo musi być cały czas monitorowany i aktualizowany.
- 4) Konserwacja – system może być opłacalny przy pozyskiwaniu, ale brak wykwalifikowanych użytkowników i możliwości taniego doskonalenia w trakcie eksploatacji czynią go nieopłacalnym.
- 5) Polityka – użytkownicy mogą nie chcieć systemu (obawa o posadę, nuda i mechanizacja pracy, „zbyt dokładne” informacje). Jeśli użytkownicy nie zaakceptują systemu, a zostaną zmuszeni do jego użytkowania, zrobią wszystko, co w ich mocy, aby zawiódł.

3.3. Pozyskanie systemu

Jak wspomniano, pozyskanie odpowiedniego dla naszej organizacji systemu informatycznego można osiągnąć dwoma następującymi sposobami:

- zakupując gotowy system (małe pojedyncze placówki medyczne),
- opracowując system dedykowany (duże placówki medyczne, szpitale, grupy przychodni).

Wariant pierwszy, czyli zakup systemu, można zrealizować przy użyciu gotowych pakietów oprogramowania narzędziowego. Ma to sens przy wykonywaniu małych aplikacji, najczęściej rozszerzających możliwości już eksploatowanych systemów (np. generowanie dodatkowych zestawień analitycznych). Wykonują je na ogół przeszkoleni pracownicy użytkownika. Drugą możliwością jest pełny cykl wykonawczy, kiedy należy powołać zespół specjalistów i przeprowadzić cały ciąg czynności związanych z tworzeniem systemu.

Budowa systemu dedykowanego jest uzasadniona, gdy nieopłacalna jest modyfikacja pakietu standardowego lub gdy potrzeby obiektu gospodarczego są wyjątkowo nietypowe.

Zalety zakupu gotowego systemu:

- dostępność pełnej oferty rynkowej produktów informatycznych,
- korzystanie z rozwiązań sprawdzonych w wielu obiektach, zweryfikowanych i aktualnie używanych przez wielu użytkowników (mniej błędów, szybsza reakcja na konieczność modyfikacji, mniejszy koszt koniecznych modyfikacji),
- przejmowanie standardów organizacyjnych informacyjnych i proceduralnych (transfer wiedzy),

- możliwość realizacji projektu i wdrożenia w krótszym czasie (łatwym do przewidzenia na podstawie wdrożeń u innych klientów),
- czasem niższe koszty pozyskania systemu i prac wdrożeniowych,
- możliwość przyszłego rozwoju systemu w pożądanym kierunku.

Wady zakupu gotowego systemu:

- nie w pełni i nie zawsze da się dostosować gotowy system do wymagań określonego użytkownika,
- nadmierny uniwersalizm rozwiązań może być w praktyce utrudnieniem, a nie ułatwieniem (konieczność skomplikowanych ustawień parametrów – trudne do uchwycenia zależności, zbędne funkcje zaciemniające obraz systemu i komplikujące cykl pracy).

Procedura zakupu gotowego systemu

Rysunek 4. Procedura pozyskania gotowego systemu informatycznego



Źródło: opracowanie własne.

Ustalenia decyzyjne to proces planowania sekwencji działań po stronie oferentów i po stronie obiektu gospodarczego. Inicjatorem działań jest obiekt gospodarczy lub prowadząca w jego imieniu przetarg firma konsultingowa. W tym momencie jest planowana wizja przebiegu przedsięwzięcia od wstępnej identyfikacji potrzeb do podjęcia decyzji o wyborze. Etap ten ma określoną szczegółową procedurę postępowania (sposób akceptacji poszczególnych etapów, zasady raportowania).

Identyfikacja potrzeb użytkownika to określenie aktualnych i przyszłych potrzeb użytkownika oraz przedstawienie podstawowych problemów skłaniających do poszukiwania systemu informatycznego. Może się ona odbywać we współpracy z oferentem (oferentami) lub być dokonana przez firmę konsultingową.

Ocena informacyjna bieżącej sytuacji przedsiębiorstwa w zakresie przetwarzania danych to analiza funkcjonujących w przedsiębiorstwie systemów informatycznych. Jest na ogół dokonywana przez zewnętrznych specjalistów przy współpracy doświadczonych pracowników użytkownika. Na tym etapie zapada decyzja o klasie kupowanego systemu (duży, zintegrowany system czy wiele współpracujących ze sobą systemów autonomicznych).

Założenia informatyzacji są rezultatem działań przeprowadzonych na poprzednich etapach. Określa się tu podstawowe wymagania funkcjonalne, informacyjne i techniczne przyszłego systemu, ustala się ogólną koncepcję struktury funkcjonalnej i informacyjnej, określa priorytetowe cechy, które powinien mieć przyszły system, oraz płaszczyznę techniczną (klasę komputerów, rodzaj technologii przetwarzania).

Zapytanie ofertowe tworzone przez użytkownika i przedstawiane oferentom zawiera wymagania funkcjonalne i inne wynikające z założeń informatyzacji. Powinno zawierać specyfikację elementów podlegających ocenie oraz kryteria oceny (włącznie z wagami przypisanymi ocenianym elementom).

Ocena produktów proponowanych przez oferentów jest na ogół wielostopniowa. W wyniku selekcji dokonuje się wyboru jednego lub kilku konkurencyjnych produktów. Poza kryteriami sformułowanymi w zapytaniu ofertowym niezwykle ważnym elementem jest wiarygodność oferenta. Na tym etapie istotna jest znajomość sytuacji rynkowej (reprezentatywność grupy oferentów, którzy przystąpili do przetargu; ich dotychczasowa i aktualna pozycja na rynku).

Prezentacja produktów następuje po wstępnej selekcji i jest dwuetapowa:

- u użytkownika (poglądowe omówienie systemu – slajdy, Power Point),
- u oferenta (pokaz działania systemu na konkretnych danych – możliwie bliższych tym, które będą występowały u użytkownika); wskazane jest „przejście” zamkniętego cyklu przetwarzania.

Wizyty referencyjne służą za weryfikację ocen podjętych w trakcie oceny ofert i prezentacji. Oferent powinien przedstawić listę dotychczasowych użytkowników jego systemu, z których wybiera się odpowiednie (zbliżone profilem działalności, wielkością, rodzajem problemów) przedsiębiorstwa. Wyboru produktu dokonuje się nie tylko na podstawie kryteriów merytorycznych. Istotne są takie elementy komercyjne, jak: cena, rabat, warunki dostawy (instalacji), warunki płatności, gwarancje.

Wdrożenie systemu

Prace wdrożeniowe dotyczą zarówno wdrażanego systemu, jak i informatyzowanego obiektu gospodarczego. Mają na celu ich wzajemne dopasowanie: systemu do wymagań i ograniczeń obiektu, natomiast obiektu do wymagań i ograniczeń systemu.

Prace przygotowawcze w obiekcie

Przygotowanie organizacyjne obiektu składa się z kilku etapów:

- 1) przygotowania użytkowników (przedstawienie koncepcji nowych rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych, przygotowanie psychiczne – w celu uzyskania właściwego nastawienia);
- 2) przygotowania symboliki systemowej [opracowanie zgodnej z przepisami, możliwej do realizacji przez system informatyczny i odpowiadającej specyfice przedsiębiorstwa metody kodowania materiałów i wyrobów (towarów), struktury planu kont, numeracji dokumentów i faktur, symboli magazynów i rejestrów itp.];
- 3) przygotowania bazy norm [weryfikacja istniejących norm (technologicznych, czasowych, jakościowych) lub opracowanie ich na nowo];
- 4) przygotowania wzorów dokumentów źródłowych (PZ, WZ, zamówienie, faktura, dyspozycja produkcyjna, przyjęcie środka trwałego);
- 5) zalecane jest też przeprowadzenie analizy procesów w przedsiębiorstwie (aspekt funkcjonalny, organizacyjny, informacyjny – weryfikacja pod kątem czasowym, kosztowym i jakościowym).

Przygotowanie personelu eksploatacyjnego dotyczy co najmniej dwóch grup użytkowników: informatyków – jako przyszłych administratorów systemu oraz pozostałych pracowników – jako zwykłych użytkowników poszczególnych modułów systemu.

Pozyskując/szkoląc programistów, operatorów, konserwatorów sprzętu, administratora systemu, na ogół ogranicza się tę kadre, zlecając np. prace programistyczne czy konserwacyjne zewnętrznym firmom lub producentowi systemu. Nie powinno się jednak rezygnować z zatrudnienia administratora systemu, który przejdzie cały cykl szkoleń technologicznych i będzie uczestniczył w szkoleniach merytorycznych, aby mieć orientację w całości funkcjonowania systemu.

Szkolenia przyszłych użytkowników obejmują podstawową obsługę komputera oraz szkolenia merytoryczne z obsługi systemu. Przy planowaniu szkoleń dla poszczególnych pracowników należy myśleć o konieczności zastępstw podczas urlopów i zwolnień chorobowych.

Przygotowanie bazy technicznej obejmuje: sporządzenie kosztorysu i harmonogramu dostaw sprzętu, opracowanie projektu technicznego adaptacji pomieszczeń na potrzeby sprzętu komputerowego i sieci transmisji danych, zakup sprzętu, akcesoriów i materiałów eksploatacyjnych, wykonanie niezbędnych prac montażowych i adaptacyjnych, instalację i rozruch sprzętu komputerowego.

Prace przygotowawcze w systemie

Instalacja systemu polega na uruchomieniu oprogramowania na posiadanym sprzęcie. Jest wykonywana jednorazowo przed rozpoczęciem pracy z systemem. Później dokonuje się jej przy każdorazowej modernizacji oprogramowania.

Parametryzacja systemu polega na wprowadzeniu danych umożliwiających pracę na danym sprzęcie komputerowym (karty graficzne komputerów, drukarki, konfiguracja pamięci i liczby otwartych plików, nadawanie uprawnień, w tym bardzo ważne uprawnienia do nadawania uprawnień) oraz zgodnie z przyjętymi założeniami organizacyjnymi [liczba i nazwy magazynów, liczba i nazwy rejestrów zakupu i sprzedaży, kasy, struktura numerów dokumentów i sposób ich zwiększania (inkrementacji), występujące stawki VAT, stawki i progi podatkowe].

Uprawnienie do modyfikacji parametrów ogólnosystemowych powinno zostać przydzielone konkretnej, upoważnionej osobie.

Próbna eksploatacja systemu przebiega trzyetapowo poprzez:

- 1) przygotowanie danych testowych,
- 2) próbne przetwarzanie,
- 3) analizę rezultatów przetwarzania.

Modyfikacja oprogramowania

W przypadku zakupu gotowego oprogramowania powielarnego często okazuje się, że system nie w pełni odpowiada potrzebom przedsiębiorstwa. Wtedy konieczne są zmiany w wersji źródłowej programów.

Umowa z dostawcą powinna być tak skonstruowana, żeby zmiany nieingerujące w istotę systemu były wykonywane bezpłatnie bez konieczności dodatkowych zleceń.

Ochrona danych w systemie informatycznym

Ochrona danych osobowych w systemie informatycznym powinna być priorytetowym zadaniem. Utrata tych danych oznacza konsekwencje prawne dla organizacji oraz utratę wizerunku.

Ochrona integralności danych oznacza zapewnienie poprawności, kompletności i dostępności danych, natomiast ochrona dostępu do danych to uzyskanie odpowiedniego poziomu tajności i poufności danych.

Środki ochrony danych dzielą się na: prawne, administracyjno-organizacyjne, sprzętowe, programowe (w systemie operacyjnym i aplikacji).

Zagrożeniami integralności danych są: przekłamanie pojedynczej danej w trakcie wprowadzania do systemu, zagubienie rekordu lub powiązania między rekordami, zniszczenie pliku lub części bazy danych, utrata wszystkich plików lub całej bazy danych.

Przeciwdziałaniem utracie integralności danych jest: kontrola danych podczas wprowadzania, redundancja informacyjna (cyfry i sumy kontrolne), *backup* i archiwizacja danych, specjalizowane rozwiązania sprzętowe i programistyczne (system transakcji, monitoring, dupleksing, macierze dyskowe), programy diagnostyki danych, programy antywirusowe.

Zagrożenia ochrony dostępu do danych występują w wyniku wykonywania zadań przez nieuprawnionych użytkowników czy odczytywania i/lub niszczenia danych tajnych lub poufnych.

Przeciwdziałanie utracie danych obejmuje: fizyczną kontrolę dostępu do pomieszczeń lub stanowisk, karty identyfikacyjne uprawniające do pracy, indywidualne hasła dostępu do zasobów systemu, nadawanie użytkownikom systemu uprawnień do wykonywania określonych zadań i kontrolę ich wykorzystania, prowadzenie dziennika ochrony systemu, szyfrowanie zawartości plików i przesyłanych komunikatów.

4. Informatyzacja placówek medycznych

Podstawy prawne: rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z dnia 10 października 2007 r.).

Na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.) wprowadza definicję pojęcia „dokumentacja medyczna” (dokumentacja).

Rozporządzenie dzieli dokumentację na:

- dokumentację indywidualną („odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej”; wewnętrzną i zewnętrzną); dokumentacja indywidualna jest prowadzona dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych,

w formie formularzy lub druków, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej formie;

- dokumentację zbiorczą („odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów”); dokumentacja zbiorcza jest prowadzona w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.

Dokumentacja może być prowadzona w formie pisemnej lub elektronicznej. Powstaje tu problem, jak pogodzić formę druków i formę elektroniczną.

Zgodnie z rozporządzeniem zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane na elektronicznych nośnikach informacji pod warunkiem:

- zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
- zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
- zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem,
- sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji indywidualnej w sposób określony w § 2 ust. 2 („w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej formie”).

Cykl życia systemu:

- 1) utrzymywanie systemu,
- 2) ulepszanie systemu,
- 3) unowocześnianie systemu,
- 4) obejmowanie systemem nowych obszarów działalności,
- 5) wdrażanie nowych systemów/lepszych rozwiązań.

Jakie dane gromadzić

Obecnie zawansowanie systemów informatycznych pozwala nam gromadzić praktycznie każdy rodzaj informacji i, co najważniejsze, łączyć i powiązać je ze sobą.

Systemy niezbędne dla placówki medycznej: podstawowe (niezbędne do funkcjonowania placówki) – system operacyjny (obsługa pacjenta, raporty), system księgowo-finansowy.

Dodatkowe systemu (wymagane dla rozwoju firmy/grupy): system sprzedażowy, system reklamacji i zgłoszeń, system Call Center, system komunikacji zewnętrznej (www, portal), system HR.

Cechy dobrego systemu informatycznego: funkcjonalność (spełnia nasze wymagania), dynamiczność (łatwy do rozbudowy), prostota (łatwy do obsługi), niezawodność (dostępny całą dobę, łatwy do serwisowania), taniłość (licencje, umowy), posiadający funkcjonalności systemów medycznych, posiadający budowę modułową, jego poszczególne moduły związane są z odrębnymi procesami operacyjnymi.

Zalety budowy modułowej: możliwość lepszego dopasowania rozwiązania informatycznego do naszych potrzeb, rozłożenie w czasie procesu informatyzacji, lepsza efektywność zarządzania projektem dzięki możliwości podzielenia go na etapy, zmniejszenie nakładów potrzebnych na uruchomienie projektu – rozplanowanie w przyszłych budżetach, wdrożenie kolejnego modułu nie powoduje konieczności migracji wcześniej zebranych danych lub ich utraty, możliwość przerwania procesu wdrożenia bez utraty dotychczasowych korzyści.

Podstawowe moduły systemu medycznego: rejestracja, moduł kasowy, rejestracja *on-line*, medycyna pracy, gabinet lekarski, gabinet zabiegowy i szczepień, gabinet stomatologiczny, gabinet diagnostyczny, integracja z diagnostyką obrazową, system PACS – system archiwizacji i transmisji obrazów, system RIS – system przetwarzania obrazów radiologii.

Dodatkowe moduły systemu medycznego: recepta, rozliczenia z NFZ, integracja z laboratorium, protokół HL7 (z ang. Health Level Seven) – standard elektronicznej wymiany informacji w środowiskach medycznych (obejmuje komunikaty dotyczące: dostępu do danych, pobierania danych, przesyłania danych, sterowania, pobierania wyników i obserwacji klinicznych), integracja z systemem finansowo-księgowym, sprzedaż, wynagrodzenia i moduł zarządzania zasobami ludzkimi, użytkownicy systemów informatycznych.

Oprogramowanie bazodanowe medycznych systemów informatycznych:

- płatne: Microsoft – MS SQL Serwer (dla baz poniżej 4GB istnieje darmowy odpowiednik MS SQL Server Express) Oracle – Oracle Database (dla baz poniżej 4GB istnieje darmowy odpowiednik Oracle XE) Sybase – SQL Anywhere;
- bezpłatne: Firebird Foundation – Firebird – wolnodostępowy/darmowy PostgreSQL Global Development Group – PostgreSQL – wolnodostępowy/darmowy.

5. Rynkowe systemy informatyczne dla placówek medycznych

Wśród producentów oprogramowania dla placówek medycznych należy wymienić: Infomed Software, Eurosoft, KAMSOFIT, iMED24 (Comarch), UHC CliniNet oraz Asseco.

Poniżej przedstawiona jest krótka charakterystyka oferowanych przez ww. producentów systemów informatycznych, przeznaczonych dla organizacji działających w sektorze medycznym.

Infomed zawiera moduły przeznaczone dla gabinetu, przychodni, szpitala. Najważniejsze cechy systemu to dopasowanie systemu do indywidualnych wymagań, tworzenie grafików pracy lekarzy, wyliczanie wynagrodzeń na ich

podstawie, ewidencjonowanie i rejestrowanie pacjentów, terminarz umożliwiający planowanie wizyt, umawianie wizyt *on-line* przez pacjenta.

Moduł IC Szpital jest system wspierającym pracę klinik i szpitali. System rejestruje wszystkie zdarzenia zachodzące w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu oraz umożliwiające dokonywanie rozliczeń z podmiotami zewnętrznymi (np. NFZ).

Eurosoft skutecznie wspomaga i przyspiesza pracę w zakresie obsługi pacjenta i świadczenia usług medycznych przez placówki lecznictwa zamkniętego. Został stworzony w oparciu o najnowocześniejsze technologie informatyczne.

Kamssoft umożliwia placówce medycznej zastąpienie papierowej dokumentacji medycznej pacjentów dokumentacją elektroniczną. Takie rozwiązanie pozwala zoptymalizować wydatki placówki oraz funkcjonować zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zgodnie z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia wszystkie dokumenty medyczne utworzone po 31 lipca 2014 r. przez zakłady opieki zdrowotnej będą musiały mieć postać elektroniczną. Dysponuje narzędziem służącym do wspomaganie wyznaczania Jednorodnych Grup Pacjentów. W programie zaimplementowane zostały funkcje wspomagające wyznaczanie grupy, dzięki czemu system KS-MEDIS daje użytkownikowi szeroki wachlarz udogodnień oraz wariantów pracy podczas procesu wyznaczania grupy (np. kalkulator JGP) Moduł terminarza – rezerwacja wizyt, organizacja czasu pracy pracowników, wyszukiwanie wolnych terminów.

iMED24 to aplikacja przeznaczona dla placówek medycznych, umożliwiająca kompleksowe zarządzanie każdą jednostką służby zdrowia. Dzięki połączeniu architektury nowej generacji oraz sprawdzonej technologii system iMed24 pozwala na zastosowanie go zarówno w dużej sieci medycznej, jak i w prywatnym gabinecie lekarskim.

UHC oferuje pakiet oprogramowania CliniNET. Jest to kompleksowe rozwiązanie stworzone z myślą o potrzebach polskich szpitali i lecznictwa otwartego. System obsługuje pełny rekord medyczny pacjenta, udostępniając wszelkie dane poprzez standardową przeglądarkę WWW. Modułowa budowa zapewnia dopasowanie do wymogów funkcjonalnych każdej jednostki. System szpitalny CliniNET jest autorskim produktem firmy UHC, stanowi kompleksowe rozwiązanie stworzone z myślą o potrzebach polskich szpitali i lecznictwa otwartego.

Asseco oferuje kompleksowy zintegrowany pakiet systemów informatycznych, których zadaniem jest obsługa dużych oraz średnich szpitali, klinik, centrów medycznych, przychodni i ambulatoriów.

Podsumowanie

Dostęp do informacji jest warunkiem podejmowania skutecznych decyzji w organizacji. Zarządzanie informacją jest strategicznym wielopłaszczyznowym procesem niezbędnym w planowaniu i rozwoju przedsiębiorstwa. Potrzeby dzisiejszego rynku i sytuacja wszechobecnej konkurencyjności sprawiają, że systemy informacyjne stają się niezbędne dla prawidłowo działającej organizacji nie tylko ze względu na konieczność sprostania wymaganiom, lecz często jako warunek istnienia przedsiębiorstwa.

W rozdziale przedstawiono podstawy działania systemów informacyjnych, ich wpływ na działanie organizacji oraz poszczególne składniki tychże systemów, które implementuje się w zależności od potrzeb organizacji. Zdobyta wiedza ma nakreślić wiodącą rolę informacji i zarządzania zdobytą wiedzą w celu skutecznego działania.

Bibliografia

1. Beynon-Davies P., *Inżynieria systemów informacyjnych*, WNT, Warszawa 1999.
2. Kwasek A., *Systemy informacyjne w zarządzaniu*, „Biuletyn POU” 2010, 5 (39).
3. Nowicki A., *Informatyka dla ekonomistów*, PWN, Warszawa 1997.

ZARZĄDZANIE PRZEZ JAKOŚĆ W PODMIOCIE LECZNICZYM

Wstęp

Przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) definicja określa zdrowie jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko wolności od choroby lub niepełnosprawności.² Zdrowie często definiowane jest jako podstawowy zasób jednostki warunkujący pomyślne, twórcze życie, czyli pełną zdolność do wypełniania oczekiwanych ról osobistych, rodzinnych, społecznych i zawodowych. Co prawda według modelu M. Lalonda kondycja zdrowotna społeczeństwa zależy w 50% od modyfikowalnych elementów stylu życia i tylko w 10% od sektora opieki zdrowotnej, ale i tak ów ostatni pozostaje przedmiotem licznych ocen, krytyk, rankingów, politycznych sporów i zainteresowania mediów.³ Cytowany wpływ sektora opieki zdrowotnej na kondycję zdrowotną społeczeństwa zgoła odmiennie postrzegany jest przez człowieka zagrożonego poważnym ubytkiem zdrowia lub utratą życia. Podobnie uwaga jego bliskich skupiona jest na podmiocie leczniczym i osobach sprawujących opiekę nad chorym. Tu wpływ opieki zdrowotnej może oznaczać sukces, porażkę, a czasami tragedię pacjenta i jego bliskich: nadzieję i powrót do zdrowia, albo cierpienie – a nawet śmierć. Szczególna wartość zdrowia dla jednostki i społeczeństwa, a także pozycja podmiotów leczniczych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia powodują rosnące zainteresowanie jakością świadczeń zdrowotnych.

Problemu jakości nie można uniknąć w żadnym sektorze produkcji i usług. Wysoka jakość jest warunkiem subiektywnie odczuwanej satysfakcji oraz obiektywnie doznawanych korzyści, niska zaś – przyczyną niezadowolenia oraz

¹ Dr n. med. Krystian Oleszczyk, dyrektor Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty”, ordynator II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej.

² <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (maj 2013).

³ M. Lalonde, *A New perspective on the Health of Canadians. A working document*, Government of Canada 1974.

potencjalnych lub rzeczywistych szkód. Kupujący jest zawsze zainteresowany, aby zaangażowanie środków finansowych wiązało się z nabyciem produktu (usługi) najwyższej jakości. W przypadku sektora opieki zdrowotnej klient (pacjent) ma pełną świadomość, że ostatecznym efektem dokonanego wyboru świadczeniodawcy będzie poprawa (jej brak) lub pogorszenie jego zdrowia, podstawowego zasobu warunkującego pomyślny przebieg jego życia.

1. Rankingi w opiece zdrowotnej

System opieki zdrowotnej w Polsce w latach powojennych odwoływał się do scentralizowanego radzieckiego modelu Siemaszki. Z powodów kulturowych i społecznych w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej funkcjonował w ograniczonym zakresie rynek prywatnej inicjatywy gospodarczej, indywidualnych gospodarstw rolnych i prywatnych gabinetów lekarskich. W systemie tym pojęcie jakości w opiece zdrowotnej nie funkcjonowało ani w oficjalnym obiegu, ani w aktach prawnych czy praktyce zespołów opieki zdrowotnej. W obiegu społecznym jednak sława wybranych ośrodków klinicznych, szpitali terenowych, pojedynczych oddziałów, specjalistycznych przychodni czy prywatnych gabinetów lekarskich wyrażała się w niepublikowanych, ugruntowanych zwyczajowo rankingach opinii. Przełom lat 80. i 90. XX w. przyniósł systemową zmianę rynku podmiotów leczniczych. Obok siebie zaczęły funkcjonować publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.⁴ Nowy ustrój prawny samorządu lekarskiego uporządkował formy indywidualnych i zespołowych praktyk lekarskich.⁵ Samorząd pielęgniarski objął pieczę nad praktykami pielęgniarskimi.⁶ Współistnienie i konkurencja zróżnicowanych form podmiotów leczniczych oraz naturalna potrzeba wartościowania świadczeń i świadczeniodawców spowodowały zainteresowanie jakością usług oferowanych na rynku opieki zdrowotnej. Ostatnie 20-lecie zaowocowało licznymi rankingami szpitali publikowanymi przez znane dzienniki („Rzeczpospolita”, „Super Ekspres”) i tygodniki opinii („Newsweek”, „Wprost”), a także konkursami (Ogólnopolski Konkurs „Perły Medycyny”, Konkurs „Sukces Roku

⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: DzU 2007, nr 14, poz. 89).

⁵ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2009, nr 219, poz. 1708).

⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (DzU 2011, nr 174, poz. 1038).

w Ochronie Zdrowia”) i akcjami przyznawania tytułów, takich jak: „Szpital przyjazny dziecku”, „Szpital bez bólu” czy „Rodzić po ludzku”.⁷

2. Definicja jakości

Jakość stanowi przedmiot rozważań już od starożytności. Pojęcie jakości jako wyniku sądu wartościującego znajdujemy u Platona. Arystoteles definiował jakość jako „to, na mocy czego rzeczy są w pewien sposób określone”. Umieścił on jakość wśród dziesięciu podstawowych kategorii, takich jak: substancja, ilość, relacja, czas, miejsce, położenie, działanie, posiadanie i doznawanie⁸. Definicje jakości skupiają się na produkcji, produkcie, użyteczności, wartości, doskonałości, zgodności ze specyfikacją (standardami, wymaganiami, normami), spełnieniu lub przewyższeniu oczekiwań klienta.⁹ Podkreśla się, że co prawda wysoka jakość nie gwarantuje powodzenia produktu, ale niska jakość z pewnością podnosi ryzyko jego fiaska.¹⁰ Jakość jest to suma odpowiednich właściwości i cech produktu, procesu bądź usługi, które są istotne dla spełnienia złożonych wymagań.¹¹ Avedis Donabedian zwraca uwagę, że wysoka jakość cechuje ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę korzyści i kosztów towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach.¹² Od zawsze, gdy w rodzinie pojawiała się choroba, najbliżsi starali się sprowadzić do chorego najlepszego z dostępnych medyków. Kiedy nad domem zawisła choroba i groźba utraty bliskiej osoby, pojawiała się gotowość poniesienia wysiłku finansowego. Kiedy mówimy: „najlepszego z dostępnych medyków”, mamy na myśli jakość udzielanej przez niego pomocy (świadczenia, opieki); kiedy mówimy o „najlepszym, na jakiego kogoś stać”, mamy na myśli koszty świadczenia.

Historycznie pierwszymi wyznacznikami jakości w opiece zdrowotnej były motywacje, cechy, predyspozycje i umiejętności osoby niosącej pomoc, czyli zespół

⁷ 10 lat nagród i rankingów w polskiej medycynie, „Magazyn VIP”, wydanie spec., *Jakość w ochronie zdrowia*, Warszawa 2011.

⁸ Arystoteles, *Kategorie i hermeneutyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1975, s. 27.

⁹ D. Waters, *Zarządzanie operacyjne. Towary, usługi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 117.

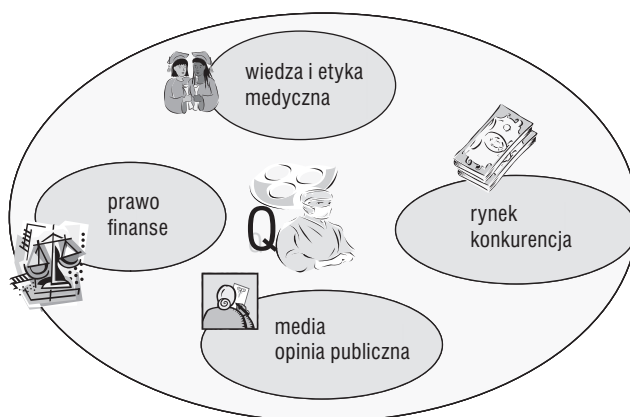
¹⁰ Ibidem, s. 117.

¹¹ *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*, red. E. Hauke, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. Ludwika Boltzmana, Wiedeń, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995.

¹² D. Chmielewski, *Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 5–8.

pojęć i uwarunkowań, które określa się jako tradycję samarytańską. Percepcja jakości opieki zdrowotnej zmieniała się z upływem czasu w związku z rozwojem nauk medycznych, techniki w medycynie oraz systemów kształcenia lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. O jakości świadczeń medycznych w znacznym stopniu decydować zaczęła zdolność do ponoszenia rosnących nakładów finansowych. Wraz z rozwojem przemysłu i systemów edukacyjnych powstawały i umacniały się systemy ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, osiągające w krajach rozwiniętych standard powszechnej dostępności opieki zdrowotnej dla obywateli. To ważny etap w postrzeganiu jakości w sektorze opieki zdrowotnej, rodzący także powszechną konieczność ekonomicznego podejścia do problemów zapewnienia tejże opieki. Połowa lat 80. to czas zahamowania wzrostu udziału wydatków na opiekę zdrowotną w produkcie krajowym większości rozwiniętych państw półkuli północnej. Utrwalona zasada powszechnej dostępności do opieki zdrowotnej i zapewnienia jakości świadczeń z jednej strony i ograniczone zasoby z drugiej obok ekonomicznego podejścia wymusiły konieczność koncentrowania się na jakości jako podstawowym warunku utrzymania pozycji rynkowej podmiotów opieki zdrowotnej.

Rysunek 1. Opieka zdrowotna (otoczenie wpływające na zarządzanie jakością)



Źródło: opracowanie własne.

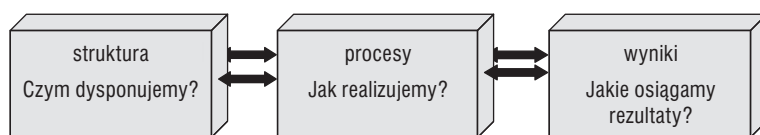
Elementami dopełniającymi współczesne pojmowanie i praktykowanie jakości w opiece zdrowotnej są: rosnąca społeczna świadomość wpływu elementów stylu życia na zdrowie i odpowiedzialność za własne zdrowie, a także konieczność publikowania informacji o potrzebach i prawach pacjenta, alternatywnych możliwościach postępowania diagnostycznego i leczniczego, kosztach i efektywności

procedur oraz wynikach leczenia.¹³ Rysunek 1 ilustruje złożoność perspektywy kształtowania i postrzegania jakości w ochronie zdrowia.

3. Obszary jakości w opiece zdrowotnej

Z punktu widzenia możliwych korzyści pacjenta kryterium jakości ma podstawowe znaczenie; jakość powinna także decydować w sytuacji, gdy wyboru podmiotu leczniczego w imieniu pacjenta dokonuje lekarz lub płatnik.¹⁴ Współczesne podejście do problematyki jakości w opiece zdrowotnej odwołuje się do modelu zaproponowanego przez Avedisa Donabediana w latach 60. Pomyślny wynik sprawowanej opieki pod postacią wyleczenia, przywrócenia funkcji czy przeżycia utożsamiany jest z jej wysoką jakością. Prezentowanie mierzalnych wyników klinicznych postępowania leczniczego umożliwia porównywanie efektów terapeutycznych w grupach opisywanych pacjentów oraz porównywanie wyników osiągniętych przez różne ośrodki. Użyteczne jest także prezentowanie i porównywanie społecznych efektów (korzyści), poprawy jakości życia i poziomu satysfakcji pacjentów. Donabedian zwrócił uwagę na celowość oceny przebiegu procesów sprawowania opieki, która stanowi potencjał doskonalenia postępowania. Analiza procesów terapeutycznych w podmiocie leczniczym i porównanie ich pomiędzy badanymi ośrodkami pozwala na pogłębienie oceny jakości opieki zdrowotnej i dalszą poprawę wyników. Kontynuując takie podejście do oceny jakości, Donabedian wykazał, iż analiza procesów postępowania leczniczego wymaga dodatkowo uwzględniania zasobów wykorzystywanych do ich przeprowadzenia.

Rysunek 2. Jakość w opiece zdrowotnej (model A. Donabediana – obszary jakości)



Źródło: opracowanie własne.

¹³ M. Trocki, *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, IPiS, Warszawa 2002, s. 17–39.

¹⁴ T.E. Getzen, *Ekonomia zdrowia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 234.

Zaproponowany przez niego model oceny jakości w opiece zdrowotnej obejmuje trzy podstawowe segmenty: zasoby, procesy i wyniki (rysunek 2).¹⁵ Funkcjonujące w opiece zdrowotnej systemy zewnętrznej oceny jakości podmiotów wykonujących świadczenia w różnej mierze zorientowane są na analizę posiadanych przez te podmioty zasobów, procesów sprawowania opieki i osiągniętych wyników.

4. Zewnętrzna ocena jakości w podmiotach leczniczych

Wybrane obszary funkcjonowania podmiotów leczniczych decydujące o jakości sprawowanej opieki podlegają kontroli przez upoważnione z mocy prawa zewnętrzne instytucje. W zakresie zakażeń takie kontrole wykonuje nadzór sanitarno-epidemiologiczny. Spełnianie wymogów w zakresie kwalifikacji i liczby pracowników medycznych (lekarze specjaliści, psychologzy, logopedzi, fizjoterapeuci) weryfikuje płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia. Wymagania płatnika dotyczą także posiadanego wyposażenia i stosowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Z mocy prawa podmioty lecznicze kontrolowane są także w zakresie przestrzegania prawa pracy i prawa finansów publicznych. W opiece zdrowotnej funkcjonują liczne systemy zewnętrznej oceny jakości, których istotą nie jest kontrola spełniania wymogów prawa. Systemy te w różnych proporcjach wykorzystują m.in. następujące czynniki i mechanizmy: świadomość i wola do spełniania standardów jakości, podporządkowanie funkcjonowania podmiotu polityce bezpieczeństwa pacjenta, dążenie do osiągnięcia znaczącej pozycji na rynku świadczeń poprzez realizację strategii jakościowej. Stosowane są takie systemy, jak: system wizytacji, audyt medyczny, system Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (EFQM), grupy rówieśnicze, certyfikacja ISO, akredytacja.¹⁶ Popularny w Holandii system wizytacji polega w szczególności na ocenie działalności lekarskiej przez zespoły specjalistów powołanych przez stowarzyszenia medyczne w celu stwierdzenia zgodności praktyki z ustalonymi standardami i wskazania potencjału poprawy. System audytów medycznych koncentruje się na ocenie przez zewnętrzne grupy ekspertów sposobów postępowania medycznego w celu zapewnienia optymalnego, zgodnego z określonymi wymogami funkcjonowania świadczeniodawców. W Wielkiej Brytanii system ten powiązany jest z kontrakowaniem świadczeń i nosi cechy zewnętrznej kontroli. Znana w Stanach Zjednoczo-

¹⁵ A. Donabedian, *Evaluating the Quality of Medical Care*, „Milbank Quarterly” 2005, Vol. 83, s. 691–721.

¹⁶ *Zarządzanie podmiotami leczniczymi*, red. M. Pasowicz, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012, s. 121–132.

nych i krajach Europy Zachodniej metoda grup rówieśniczych sprowadza się do wykorzystania przez zainteresowane gremia specjalistów, wyników analiz w celu określenia potencjalnych obszarów poprawy jakości. Metoda zakłada wymianę doświadczeń i wzajemną edukację rówieśniczych partnerów zainteresowanych procesem poprawy bezpieczeństwa i jakości.¹⁷

5. Akredytacja podmiotu leczniczego

Etymologia terminu „akredytacja” związana jest z łacińskimi wyrazami *credo* – wierzę i *accredito* – zawieram, ufam. W praktyce oznacza to, że uprawniony podmiot oceniający wydaje osąd (opinię) wskazujący na zaufanie do podmiotu leczniczego poddanego ocenie na podstawie określonych standardów. W międzynarodowym systemie standaryzacji (ISO) termin „akredytacja” oznacza uprawnienia do prowadzenia certyfikacji systemów zarządzania.

Systemy akredytacji w ochronie zdrowia wywodzą się ze Stanów Zjednoczonych, a ich początek wiąże się z osobą Ernesta Codmana, chirurga z Bostonu, który, zainspirowany występowaniem istotnych różnic w zakresie wyników leczenia i powikłań obserwowanych w „podobnych” szpitalach chirurgicznych, zainicjował systematyczne prace dotyczące porównania potencjału posiadanego przez te szpitale, zasad sprawowania opieki i osiągniętych rezultatów klinicznych. Wyniki tych rozważań członkowie Amerykańskiego Kolegium Chirurgów (American College of Surgeons – ACS) ujęli w formie pięciu podstawowych wymagań (standard minimum):

- Lekarze interniści i chirurdzy tworzą zespół.
- Lekarze interniści i chirurdzy posiadają prawo wykonywania zawodu.
- Prowadzi się analizę wybranych przypadków klinicznych.
- Każdy pacjent posiada odrębną dokumentację medyczną.
- Szpital odpowiada za sprawność i konserwację sprzętu medycznego.

Ten prosty zestaw wymagań (standardów) dotyczył kwalifikacji personelu medycznego i wyposażenia (zasoby, struktura), zasad sprawowania opieki (praca zespołowa, dokumentacja) i analizy określonych wskaźników klinicznych. W latach 1917–1951 na podstawie wymienionych wymogów ACS dokonywało oceny oddziałów chirurgicznych. Ten dobrowolny proces spontanicznie rozwijał się i towarzyszyło mu rosnące przekonanie o lepszej jakości opieki w oddziałach akredytowanych. Kolejnym etapem historii akredytacji szpitali było utworzenie

¹⁷ Ibidem, s. 128.

w roku 1951 Komisji Wspólnej ds. Akredytacji Szpitali, którą obok ACS tworzyły Amerykańskie Kolegium Lekarzy (American College of Physicians), Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitali (American Hospital Association), Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarskie (American Medical Association) i Kanadyjskie Stowarzyszenie Lekarskie (Canadian Medical Association). Rozwijający się proces akredytacji amerykańskich szpitali cechuje: dobrowolność, oparcie na publikowanych standardach, zgodność z określoną procedurą akredytacyjną, autonomia instytucji oceniającej, zasada przeglądu rówieśniczego (*peer review*), edukacyjny charakter procesu wdrażania i samooceny oraz cykliczność oceny.¹⁸ W roku 1987 Komisja Wspólna ds. Akredytacji Szpitali przekształciła się w Komisję Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO). Aktualnie w Stanach Zjednoczonych stosowane są odrębne zestawy standardów akredytacyjnych dla wszelkich typów podmiotów leczniczych.¹⁹ Owemu systemowi akredytacji szpitali warto poświęcić nieco więcej uwagi ze względu na jego wartość edukacyjną dla polskiego czytelnika. Jego szczególna pozycja wynika z szeregu historycznych i merytorycznych aspektów. Wykorzystuje on bogate, niemal 100-letnie doświadczenie amerykańskiego systemu akredytacji podmiotów opieki zdrowotnej nadzorowanego przez JCAHO, posługuje się zespołem pojęć zrozumiałych dla pracowników ochrony zdrowia, obejmuje ocenę struktury (zasobów), procesów sprawowania opieki i realizacji polityki jakości oraz wyników postępowania medycznego (nawiązuje do modelu Donabediana), postuluje także procesowe podejście do opieki nad pacjentem (od badania wstępnego i ustalenia planu opieki do zaleceń przy wypisie ze szpitala i oceny wyników odległych), podobnie jak system zarządzania jakością ISO. Warto podkreślić, że zestaw standardów akredytacyjnych przeznaczony dla szpitali można traktować jako przydatny wzorzec dla systemów zarządzania jakością w innych niż szpitale podmiotach opieki zdrowotnej

6. Polski system akredytacji szpitali

Początki polskiego systemu akredytacji szpitali sięgają roku 1996. Kierowany przez Rafała Niżankowskiego zespół pracowników Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) podjął prace nad pierwszym zestawem stan-

¹⁸ B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 10, s. 140–147.

¹⁹ Ibidem, s. 140.

dardów akredytacyjnych. Dla uwiarygodnienia systemu do współpracy zaproszono przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Centrum Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Początkowy etap tworzenia standardów akredytacyjnych i pilotażowe wizyty akredytacyjne wspierane były przez przedstawicieli JCAHO. W połowie roku 1997 opublikowano pierwszą wersję Standardów Akredytacyjnych (w liczbie 46). Pracownicy CMJ przeszkolili pierwszą grupę wizytatorów. We wrześniu 1998 r. rozpoczęto wizyty akredytacyjne na podstawie opublikowanego przez CMJ zestawu standardów.²⁰ Pierwszej dekadzie systemu akredytowania polskich szpitali towarzyszyła rzeczywistość braku jednoznacznych regulacji prawnych. Istotnym wydarzeniem było wejście w życie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.²¹ Ustawa definiuje cel akredytacji jako potwierdzenie spełnienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu. Wskazuje się instytucję powołaną do urzeczywistniania celu ustawy. Jest nią ośrodek akredytacyjny – jednostka podległa ministrowi właściwemu ds. zdrowia właściwa w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych, która m.in. opracowuje standardy akredytacyjne. Ustawa powołuje organ doradczy ministra w dziedzinie akredytacji: Radę Akredytacyjną. Zgodnie z zapisami ustawy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego wystąpić do ministra zdrowia z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Ośrodek akredytacyjny dokonuje przeglądu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pod względem spełniania standardów akredytacyjnych. Niezwłocznie po zakończeniu przeglądu sporządzany jest zeń raport. W następnej kolejności jest on (w terminie do 14 dni) udostępniany podmiotowi, który poddał się procedurze oceniającej. Podmiot oceniany może w terminie do 14 dni wnieść do niego zastrzeżenia. Ośrodek akredytacyjny może uwzględnić zastrzeżenia podmiotu ocenianego i dokonać niezbędnych korekt w raporcie. Jeśli ich nie uwzględni, dołącza je (zastrzeżenia) wraz ze swoim stanowiskiem do raportu, a całość dokumentacji przekazuje Radzie Akredytacyjnej. Rada analizuje otrzymane dokumenty, dokonuje oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów i przedstawia ministrowi zdrowia rekomendację w zakresie udzielenia (lub odmowy udzielenia) akredytacji. Rekomendację wydaje się w formie uchwały podjętej większością 2/3 głosów

²⁰ *Program Akredytacji Szpitali, zestaw standardów. Przewodnik po procesie*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.

²¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (DzU 2009, nr 52, poz. 418).

w obecności co najmniej połowy składu Rady (głos przewodniczącego rozstrzyga w przypadku równej liczby głosów). W przypadku odmowy udzielenia akredytacji podmiot oceniany może w terminie do 14 dni wnieść sprzeciw do ministra, który po rozpatrzeniu sprzeciwu uzna go za zasadny i udzieli akredytacji lub nie uwzględni sprzeciwu i odmówi udzielenia akredytacji. Ta odmowa udzielenia akredytacji jest ostateczna. Podmiot może ponownie podjąć procedurę akredytacji.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej określa tryb powołania członków Rady Akredytacyjnej (RA) i jej szczegółowe zadania²². Radę akredytacyjną powołuje i odwołuje minister zdrowia, przy czym: 8 osób powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne działające na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Rada składa się z 12 osób, przy czym jedną osobę powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez ministra obrony narodowej i jedną spośród kandydatów przedstawionych przez ministra właściwego ds. wewnętrznych i minister zdrowia wskazuje spośród członków RA przewodniczącego, a Rada wybiera zastępców przewodniczącego. Minister zdrowia zatwierdza uchwalony przez RA regulamin organizacyjny, który określa szczegółowy sposób działania Rady. Ośrodek Akredytacyjny przedstawia standardy akredytacyjne Radzie Akredytacyjnej, która je akceptuje albo zgłasza zastrzeżenia. W razie zastrzeżeń Ośrodek w terminie 30 dni przedstawia Radzie uzupełnione standardy akredytacyjne. Zaakceptowane przez Radę standardy akredytacyjne przedstawia się ministrowi zdrowia do zatwierdzenia, po czym publikowane są one w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia.²³

Przebieg procedury akredytacyjnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie.²⁴ Ośrodek akredytacyjny proponuje podmiotowi ocenianemu harmonogram przeglądu (nie później niż 14 dni przed przeglądem). Harmonogram przeglądu obejmuje: jego rozpoczęcie, wizytację pomieszczeń, ocenę dokumentacji medycznej, ocenę dokumentacji dotyczącej pracowników

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (DzU 2009, nr 130, poz. 1074).

²³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (DzUrz.MZ 2010, nr 2, poz. 24).

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (DzU 2009, nr 15, poz. 1216).

podmiotu, ocenę dokumentacji dotyczącej struktury organizacyjnej podmiotu udzielającego świadczeń, ocenę dokumentacji dotyczącej funkcjonowania podmiotu oraz wywiady z pracownikami i pacjentami podmiotu ocenianego.

7. Zapewnienie jakości i bezpieczeństwa

Zestaw standardów polskiego programu akredytacji szpitali, będący zatwierdzonym przez ministra zdrowia szczegółowym katalogiem wymagań dla szpitali, można traktować jako uniwersalny wzorzec polityki jakości i bezpieczeństwa dla innych podmiotów opieki zdrowotnej. Zwraca się w nim szczególną uwagę na istotne elementy oceny stanu pacjenta i sprawowania opieki nad pacjentem od pierwszego z nim kontaktu do zakończenia opieki. Podkreśla się wagę dokumentacji medycznej jako nośnika informacji o pacjencie na wszystkich etapach sprawowania opieki. Aktualnie obowiązująca wersja standardów kładzie nacisk na nadzór nad procesami klinicznymi i podkreśla konieczność wykorzystywania wyników analiz działalności klinicznej. Bezpieczeństwo opieki mają gwarantować z jednej strony indywidualnie opracowany dla pacjenta plan opieki, z drugiej – postępowanie zgodnie z przyjętymi standardowymi procedurami operacyjnymi (*standard operating procedure* – SOP). Powszechnie uznaną i stosowaną na oddziałach chirurgii standardową procedurą operacyjną jest okołooperacyjna karta kontrolna. Procedura ta poprzez systematyczny przegląd krytycznych elementów: identyfikacji pacjenta, wyposażenia, oceny stanu pacjenta, działań profilaktycznych, planowanego rodzaju interwencji chirurgicznej i prawdopodobnych ryzyk istotnie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych w chirurgii.²⁵ Podmiot leczniczy powinien dokonywać regularnej analizy zdarzeń związanych ze sprawowaniem opieki. Dla szpitali są to: wczesna i odległa analiza przeprowadzonych operacji i leczenia interwencyjnego, analiza reoperacji, analiza przyczyn przedłużonej hospitalizacji, analiza przyczyn zgonów (w tym zgonów okołooperacyjnych na oddziałach zabiegowych), analiza powtórnych nieplanowanych hospitalizacji czy analiza przeprowadzonych resuscytacji. Każdy podmiot powinien zidentyfikować istotne obszary analiz wczesnych i odległych wyników wypełnianych świadczeń. Dla poprawy bezpieczeństwa konieczna jest rejestracja, analiza i działania zapobiegawcze dotyczące tzw. zdarzeń niepożądanych, czyli szkód (lub ryzyk ich wystąpienia) powstałych w związku ze sprawowaną opieką,

²⁵ B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Okołooperacyjna Karta Kontrolna – niełatwe, ale istotne rozwiązanie dla zmniejszenia ryzyka zabiegów chirurgicznych*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 12 (262), s. 137–142.

niezwiązanych z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta.²⁶ Czasopisma medyczne „The Lancet” (2008), „The New England Journal of Medicine” (2009), „Medycyna Praktyczna” (2012) zwracają uwagę na poziom bezpieczeństwa pacjentów leczonych w szpitalach i redukcję zdarzeń niepożądanych w związku z zastosowaniem procedur nadzoru nad jakością świadczeń medycznych.²⁷

8. Akredytacja szpitala – opis przypadku

Prowadzenie polityki jakości, czyli świadome zarządzanie przez jakość w podmiocie leczniczym, jest wieloetapowym procesem będącym wynikiem przyjęcia przez kierownictwo aktywnego podejścia do odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów i pracowników. Sformułowanie celów jakościowych i wdrożenie mechanizmów zapewnienia jakości powinno być poprzedzone gruntownym przygotowaniem kierownictwa, wyznaczonych liderów zarządzania przez jakość, a także wszystkich bez wyjątku pracowników. Dobór właściwej tematyki szkoleń i podmiotów szkolących ma istotne znaczenie. Kierownictwo podmiotu leczniczego powinno być przekonane, że faza przygotowawcza umożliwiła osiągnięcie właściwego poziomu świadomości, motywacji i kompetencji do podjęcia drugiego etapu: opracowania założeń i podstawowej dokumentacji systemu zarządzania przez jakość. Kierownictwo powinno podjąć decyzję dotyczącą ewentualnego wszczęcia działań w kierunku ustanowienia certyfikowanego systemu zarządzania jakością (akredytacja, ISO). W takim wypadku dodatkowe szkolenia prowadzone przez specjalistów są nieodzowne. Trzecim etapem zastosowania systemu zarządzania przez jakość jest jego pierwsza ocena. Może to być symulowany audyt certyfikujący, wizyta akredytacyjna albo rzeczywisty formalny audyt czy wizyta akredytacyjna. Zasada ciągłego doskonalenia jakości (*continuous quality improvement* – CQI) nakazuje przejście do kolejnego etapu: utrzymania i doskonalenia systemu zarządzania przez jakość. Opracowanie zasad i mechanizmów polityki jakości wymaga zaangażowania pracowników o wysokich kwalifikacjach i znaczącym autorytecie zawodowym. Pracownikom tym należy wyznaczyć rolę we właściwych zespołach zadaniowych.

Autor opracowania jest kierownikiem wieloprofilowego specjalistycznego szpitala rehabilitacyjnego (560 łóżek) z poradniami i ośrodkiem dziennej reha-

²⁶ P. Gajewski, M. Bała, *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 11 (261), s. 121–125.

²⁷ R. Niżankowski, *Bezpieczeństwo pacjentów w polskich szpitalach – może należałoby się przejąć?*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 12 (62), s. 143–146.

bilitacji kardiologicznej. Szpital od roku 1999 posiada Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia (wcześniej Centrum Monitorowania Jakości) i od roku 2004 zintegrowany system zarządzania jakością i zarządzania środowiskowego według norm ISO.²⁸ Do prowadzenia polityki jakości powołano zespoły zadaniowe do spraw: planowania strategicznego, praw pacjenta, standardowych procedur postępowania i dokumentacji medycznej, kontroli zakażeń szpitalnych, farmakoterapii, ratownictwa, profilaktyki odleżyn, żywienia, edukacji i promocji zdrowia, zasobów osobowych i szkoleń oraz zespół ds. środowiska opieki. Przewodniczący wymienionych zespołów wchodzi w skład zespołu ds. jakości, któremu przewodniczy dyrektor szpitala. Zespoły zadaniowe przygotowują instrukcje i standardowe procedury operacyjne, zatwierdzane do realizacji przez kierownika podmiotu.²⁹ Metody polityki jakości, liczba i profil zespołów zadaniowych oraz wybór wskaźników jakości powinny odpowiadać indywidualnym uwarunkowaniom podmiotu leczniczego.³⁰ Istotne doświadczenia kliniczne dotyczące wypełnianych świadczeń warto prezentować w formie doniesień w pismach specjalistycznych.³¹

9. System zarządzania jakością ISO w podmiocie leczniczym

Międzynarodowy system zarządzania jakością opracowany i aktualizowany przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną ISO (International Organisation for Standardization, Organisation Internationale de Normalisation) jest uniwersalnym narzędziem polityki jakości dla wszelkich podmiotów gospodarczych, a także organizacji opieki zdrowotnej, kultury, oświaty czy administracji. ISO jest międzynarodową organizacją pozarządową założoną 23 lutego 1947 r.; jej siedzibą jest Genewa. Organizacja zrzesza ponad sto krajów członkowskich, wydała niemal 9 tys. norm międzynarodowych. Polski Komitet Normalizacyjny należy do grupy członków założycieli ISO. W zakresie zarządzania jakością obowiązuje polska norma PN-EN ISO 9001 (wersja z lutego 2009).³² Uniwersalny charakter normy wyznacza

²⁸ K. Oleszczyk et al., *Akredytacja szpitala – wspólny sukces*, V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2000, s. 148–215.

²⁹ K. Oleszczyk et al., *Standardowe procedury operacyjne w rehabilitacji kardiologicznej*, XVI Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2012, s. 18–21.

³⁰ J. Rybicki, K. Oleszczyk, *Wskaźniki jakości w rehabilitacji kardiologicznej*, XII Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2008, s. 47–50.

³¹ K. Oleszczyk et al., *Drugi etap rehabilitacji chorych z mechanicznym wspomaganie lewej komory serca typu HeartWare*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 2010, nr 7 (2), s. 188–190.

³² *Polska Norma PN-EN ISO 9001 (luty 2009). Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2009.

podstawowe wymagania dotyczące systemu. Kolejne rozdziały normy stanowią swoistą mapę drogową. Kierownictwo podmiotu zobowiązane jest do zdefiniowania zorientowanej na klienta polityki jakości i osiągnięcia do jej prowadzenia właściwego zaangażowania wszystkich pracowników. Podkreśla się istotność silnego przywództwa i zaangażowania ludzi realizujących politykę jakości. Przystępując do wdrażania systemu, organizacja musi posiadać zdolność zdefiniowania głównych i dodatkowych (ale istotnych) procesów decydujących o zadowoleniu klienta (realizacja zasady procesowego podejścia do zarządzania jakością). W podmiocie leczniczym oznacza to identyfikację procedur diagnostycznych i terapeutycznych oraz zasady pomiaru osiąganych wyników (pomiary kliniczne) i poziomu subiektywnej satysfakcji klienta (pacjenta). Zasada systemowego zarządzania i ciągłego doskonalenia polityki jakości zobowiązuje kierownictwo podmiotu do ustanowienia mechanizmów zarządczych umożliwiających pozyskiwanie i analizę obiektywnych danych dotyczących procesów decydujących o wynikach wypełnianych świadczeń medycznych, a także procesów wpływających na obiektywne wyniki i subiektywną satysfakcję. Nadzór nad dokumentami i zapisami, audyty wewnętrzne i okresowe przeglądy zarządzania skierowane są na ciągłe doskonalenie systemu. Norma podkreśla wagę precyzyjnie formułowanych celów jakościowych i wymóg ich mierzalności. Wśród dokumentów systemu zarządzania jakością ISO (procedury, instrukcje) szczególne miejsce zajmuje tzw. Księga jakości, będąca rodzajem zwięzłego, czytelnego komunikatu skierowanego do klientów, dostawców i pozostałych interesariuszy podmiotu. W roku 2013 Polski Komitet Normalizacyjny przyjął i opublikował nową normę dla wszelkich podmiotów sektora ochrony zdrowia niezależnie od ich struktury, wielkości, organizacji, rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych i formy własności³³. Norma ta, będąca rozwinięciem zasad zarządzania jakością znanych z normy ISO 9001, dostarczy nowych doświadczeń menedżerom i pracownikom podmiotów leczniczych, jej uniwersalny charakter pozwala sądzić, że zdobędzie ona licznych zainteresowanych.

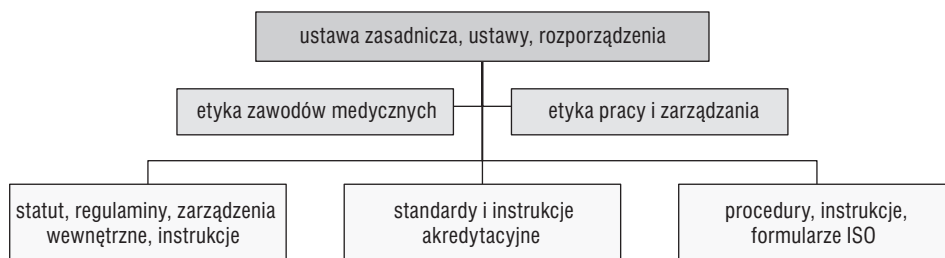
10. Niecertyfikowane systemy zarządzania jakością w podmiocie leczniczym

Rynek opieki zdrowotnej w Polsce – z powodów historycznych, prawnych i ekonomicznych – charakteryzuje współistnienie gwarantowanych świadczeń

³³ Polska Norma PN-EN 15224:2013-04E (maj 2013). *Usługi sektora ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością – Wymagania – oparte na EN ISO 9001:2008*, PKN, Warszawa 2013.

finansowanych ze środków publicznych i oferty świadczeń możliwych do indywidualnego nabycia bez uprawnień wynikających z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tej różnorodności dostępu towarzyszy różnorodność podmiotów opieki zdrowotnej. Obok samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podmiotów prowadzonych przez spółki prawa handlowego z przewagą kapitału samorządowego, instytutów i klinik wyższych uczelni istnieją niepubliczne podmioty lecznicze oraz praktyki lekarskie i pielęgniarskie. W niektórych regionach duże samorządowe szpitale są jedynymi świadczeniodawcami w zakresie stacjonarnej opieki w podstawowych dziedzinach medycyny. W takich wypadkach podmiot nie ma konkurencji.

Rysunek 3. Źródła prawa w szpitalu (zewnętrzne i wewnętrzne)



Źródło: opracowanie własne.

Opieka niestacjonarna niemal w całym kraju działa w warunkach znacznego nasycenia rynku. Tu pojawia się konkurencja, a strategie jakości odgrywają istotną rolę. W wielu podmiotach leczniczych świadoma polityka jakości i podejmowane wysiłki w celu zewnętrznej oceny (akredytacja, certyfikacja ISO) mimo braku konkurencji są przejawem kultury organizacji i woli skierowania do lokalnej społeczności wyraźnego sygnału o nadrzędności dobra (interesu) pacjenta. W warunkach rynku trwanie i rozwój podmiotu zawsze zależy od wyborów klienta, a zarządzanie jakością jest warunkiem pomyślności organizacji ochrony zdrowia. Elementy zarządzania jakością zawsze funkcjonują we wszelkiego rodzaju podmiotach gospodarczych. W opiece zdrowotnej wybrane obszary zarządzania podlegają nadzorowi z mocy prawa. Newralgiczny w opiece zdrowotnej obszar kontroli zakażeń reguluje ustawa.³⁴ Wprowadza ona obowiązek powołania w szpitalach kolejalnych ciał odpowiedzialnych za zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych.

³⁴ Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU 2008, nr 234, poz. 1570).

Ten obszar zarządzania jakością i bezpieczeństwem podlega nadzorowi służb sanitarno-epidemiologicznych. Państwowa Inspekcja Pracy ma uprawnienia do nadzoru nad przestrzeganiem prawa pracy. Ten obszar jest także istotnym elementem polityki jakości. Organy państwa mogą również nadzorować obszar praw pacjenta,³⁵ w szczególności w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.³⁶ Publiczny płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia) posiada instrumenty nadzorcze w zakresie liczby i kwalifikacji personelu medycznego i wyposażenia (jakość zasobów, struktury), a także postępowania zgodnie z procedurami medycznymi (jakość procesów) w zakresie regulowanym właściwymi tzw. koszykowymi rozporządzeniami ministra zdrowia i zarządzeniami prezesa NFZ określającymi warunki niezbędne do kontraktowania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Są to przykłady zewnętrznych uwarunkowań jakościowych w podmiotach opieki zdrowotnej bez względu na ich gotowość implementacji i certyfikacji systemów zarządzania jakością. Powszechnie obowiązujące prawo (ustawa zasadnicza, ustawy i rozporządzenia, zarządzenia prezesa NFZ) same w sobie wyznaczają jakościowe „standardy minimum”. Kierownictwo podmiotu leczniczego zobowiązane jest poprzez akty prawa wewnętrznego (statut, regulaminy, zarządzenia wewnętrzne, procedury, instrukcje) zapewnić realizację przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Rysunek 3 ilustruje relacje zachodzące pomiędzy systemami zarządzania jakością i powszechnie obowiązującym prawem. Uznawane dzięki dekadom stosowania i doskonalenia certyfikowane systemy zarządzania jakością ułatwiają systematyczną implementację regulacji prawnych, kształtując kulturę organizacji skierowaną na bezpieczeństwo i satysfakcję klienta (pacjenta), wzmacniając jednocześnie prestiż podmiotu leczniczego.

Bibliografia

1. Arystoteles, *Kategorie i hermeneutyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1975.
2. Chmielewski D., *Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 5–8.
3. Donabedian A., *Evaluating the Quality of Medical Care*, „Milbank Quarterly” 2005, Vol. 83.

³⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: DzU 2012, nr 159).

³⁶ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: DzU 2011, nr 231, poz. 1375).

4. *10 lat nagród i rankingów w polskiej medycynie*, „Magazyn VIP”, wyd. spec., *Jakość w ochronie zdrowia*, Warszawa 2011.
5. Gajewski P., Bała M., *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 11 (261).
6. Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., *Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 10 (260).
8. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., *Okłooperacyjna Karta Kontrolna – niełatwe, ale istotne rozwiązanie dla zmniejszenia ryzyka zabiegów chirurgicznych*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 12 (262).
9. Lalonde M., *A New perspective on the Health of Canadians. A working document*, Government of Canada 1975.
10. Niżankowski R., *Bezpieczeństwo pacjentów w polskich szpitalach – może należałoby się przejść?*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 12 (262).
11. Oleszczyk K. et al., *Akredytacja szpitala – wspólny sukces*, V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2000.
12. Oleszczyk K. et al., *Drugi etap rehabilitacji chorych z mechanicznym wspomaganiem lewej komory serca typu HeartWare*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska” 2010, nr 2.
13. Oleszczyk K. et al., *Standardowe procedury operacyjne w rehabilitacji kardiologicznej*, XVI Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2012.
14. *Polska Norma PN-EN ISO 9001 (luty 2009). Systemy zarządzania jakością. Wymagania*, PKN, Warszawa 2009.
15. *Polska Norma PN-EN 15224:2013-04E (maj 2013). Usługi sektora ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością – Wymagania – oparte na EN ISO 9001: 2008*, PKN, Warszawa 2013.
16. *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*, red. E. Hauke, Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. Ludwika Bolzmana, Wiedeń, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995.
17. *Program Akredytacji Szpitali, zestaw standardów. Przewodnik po procesie*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.
18. Rybicki J., Oleszczyk K., *Wskaźniki jakości w rehabilitacji kardiologicznej*, XII Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, Kraków 2008.
19. Trocki M., *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, IPiS, Warszawa 2002.
20. Waters D., *Zarządzanie operacyjne. Towary, usługi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
21. *Zarządzanie podmiotami leczniczymi*, red. M. Pasowicz, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012.
22. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (wrzesień 2013).

23. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (DzUrz.MZ 2010, nr 2, poz. 24).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (DzU 2009, nr 130, poz. 1074).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (DzU 2009, nr 15, poz. 1216).
26. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: DzU 2007, nr 14, poz. 89).
27. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: DzU 2011, nr 231, poz. 1375).
28. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (DzU 2009, nr 52, poz. 418).
29. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: DzU 2012, nr 159)
30. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU 2008, nr 234, poz. 1570).
31. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2009, nr 219, poz. 1708).
32. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (DzU 2011, nr 174, poz. 1038).

MARKETING NA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

Wstęp

Jest taka stara anegdota. Trzy osoby postanawiają otworzyć sklepy na jednej ulicy. Traf chciał, że każdy z nich zaplanował salon sprzedaży obuwia. Pierwszy z nich, po zorientowaniu się w silnej konkurencji, umieścił nad swoim sklepem szyld: „Najlepsze buty na świecie”. Widząc to, drugi zawiesił jeszcze większe ogłoszenie nad swoim salonem sprzedaży: „Najtańsze buty na świecie”. Trzeci z nich przyczepił niewielką, ale bardzo dobrze widoczną informację z napisem: „Tu jest wejście”. I właśnie marketing jest „wejściem” do sukcesu każdej firmy na rynku przy jednym założeniu: nie istnieje system dotacji i centralnej regulacji cen za oferowane produkty i usługi. Dlatego też w przypadku służby zdrowia marketing kończy się tam, gdzie zaczynają się regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia. Sądzymy jednak, że w miarę wprowadzania i rozwoju rynkowych rozwiązań w opiece zdrowotnej funkcja marketingu będzie wzrastała w tym sektorze.

W literaturze przedmiotu formułuje się bardzo wiele definicji marketingu. Tutaj przyjmujemy definicję zaproponowaną przez Ph. Kotlera: „Marketing jest procesem społecznym i zarządczym, dzięki któremu konkretne osoby i grupy otrzymują to, czego potrzebują i pragną osiągnąć poprzez tworzenie, oferowanie i wymianę posiadających wartości produktów”.²

W odniesieniu do podmiotów służby zdrowia używa się terminu „usługi”, które są:

- nienamacalne: osoba poddająca się operacji wyrostka robaczkowego nie pozna efektów zabiegu przed jego dokonaniem;
- nierozłączne: są wytwarzane i konsumowane jednocześnie;

¹ Mgr Anna Winch, prezes firmy szkoleniowo-doradczej „Winch”..

² Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 6.

- różnorodne: bardzo się różnią w zależności od tego, kto je wykonuje, jak je wykonuje i jak dba o jakość;
- niemożliwe do przechowywania: usługi nie da się umieścić w magazynie i przechować, konkretne działania wykonywane są „tu i teraz”.

Klasycznie pojmowany marketing służy kontroli czterech podstawowych elementów operacyjnych firmy (4P), które są określane mianem marketingu mix. Odnoszą się one do następujących, kluczowych funkcji marketingu:

- 1) identyfikacji produktu (*product*),
- 2) polityki cenowej (*price*),
- 3) promocji (*promotion*),
- 4) dystrybucji (*place*).

Produkt i cena są skoncentrowane na potrzebach klienta, kolejne na sposobach dotarcia do niego. W ostatnich latach opisuje się marketing także w aspekcie piątego P – *personal quality* (kwalifikacje personelu).

1. Marketing – plan marketingowy

Niezależnie jednak od ilości „P”, określających sfery działań firmy, niezbędną konstrukcją dla podejmowanych działań jest plan marketingowy. Formuluje się go po to, aby móc planowo przeciwdziałać pomyłkowym przedsięwzięciom. W zależności od przekroju czasowego wyróżniamy plany: strategiczne (długookresowe, np. 5 lat), operacyjne (średniookresowe – od roku do 3 lat) oraz taktyczne (krótkookresowe – rok).

W procesie tworzenia planu marketingowego występują następujące etapy:

- a) sformułowanie misji,
- b) cele działania,
- c) strategia,
- d) taktyka, harmonogram działań,
- e) analiza finansowa,
- f) kontrola działań.

Misja to odpowiedź na pytania: czym jest?, czym ma być moja firma?, jaki długofalowy cel jej przyświeca?, jakie potrzeby klientów ma ona zaspokajać?

Istnieje co najmniej kilka powodów, dla których formułujemy misję:

- jest to zasadnicze kryterium przy planowaniu działań,
- pozwala oddzielić sprawy ważne od pilnych,
- wiąże pracowników z miejscem ich pracy,
- kreuje wizerunek firmy,

- stwarza szansę na zwiększenie zysków ekonomicznych.

Przykładowo można wymienić następujące misje firm medycznych: „leczymy kompleksowo”, „zdrowie najwyższą wartością”.

Cel to odpowiedź na pytanie: co chcę uzyskać?, a odpowiedziami są konkretne wskazania liczbowe dotyczące przede wszystkim:

- obrotu ze sprzedaży w okresie zakładanym przez plan w ujęciu produktu i segmentu rynku,
- udziału w rynku zakładanym przez plan w ujęciu produktu i segmentu rynku,
- zysku brutto ze sprzedaży.

Działania marketingowe dzieli się na różne sekwencje. Jedną z propozycji podziału działalności marketingowej wygląda następująco:

- a) badanie rynku (jakie są oczekiwania rynku?, jakie warunki oferuje konkurencja?),
- b) segmentacja rynku (jakich klientów obsługuję/będę obsługiwać?, czym wyróżniam się na tle konkurencji?),
- c) elementy marketingu mix (celowo dobrane: produkt, cena, dystrybucja, promocja, personel),
- d) kontrola działań.³

W praktyce przedsiębiorstw bardzo rzadko dokonuje się badań rynkowych. Jednym z powodów są koszty, drugim zaś ich historyczny charakter. Każde badania dotyczą zjawisk zachodzących „tu i teraz” i nie zawsze mamy pewność, że wnioski z nich wynikające będzie można wykorzystać w przyszłości. Między innymi z tego powodu warto poddać analizie „coś”, co jest trwałe w czasie, np. potrzeby klientów,⁴ którym należy poświęcić nieco więcej uwagi. Jeżeli badania nie są przeprowadzane, to podstawę do dalszych działań marketingowych stanowią doświadczenie oraz intuicja.

2. Badania rynku

„Badania marketingowe to proces definiowania problemu marketingowego i szans marketingowych za pomocą systematycznego gromadzenia i analizowania informacji oraz zalecenia działań usprawniających działalność marketingową

³ A. Bukowska-Piestrzyńska, *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 20.

⁴ W służbie zdrowia powszechnie – i słusznie – obowiązuje termin „pacjent”. Z punktu widzenia marketingu każda osoba korzystająca z usług, kupująca dany produkt jest „klientem” i dlatego to pojęcie obowiązuje w prezentowanym opracowaniu.

danej organizacji”.⁵ Metoda badań empirycznych oznacza określony, powtarzalny sposób uzyskiwania informacji o rzeczywistości. Najczęściej wykorzystywanymi metodami są:

- badania gabinetowe – analiza danych zastanych, np.: roczniki statystyczne, dane o klientach pozyskiwane przy ich rejestracji – badania ilościowe;
- wywiad bezpośredni (niestandardyzowany) – osobisty kontakt z nabywcami, pozwalający na nagrywanie lub notowanie ich wypowiedzi, tego typu badania często określa się mianem jakościowych – badacz bardziej interesuje rozumienie pewnych zjawisk i ich interpretacja niż ich wymiar ilościowy;
- obserwacja – badacz rejestruje obserwowaną rzeczywistość pod kątem interesujących go cech, np.: natężenie liczby klientów w zależności od pory dnia, wprowadzania nowych lekarstw, urządzeń itd.;
- ankieta – strukturalizowany zestaw pytań, w którym badacz otrzymuje informacje od respondentów; ankieta należy do technik standaryzowanych, ilościowych i istotną rolę pełni w niej formularz zawierający jednakowe pytania dla wszystkich respondentów.

Wyniki badań stanowią podstawę do segmentacji rynku. Działaniom podmiotów leczniczych towarzyszy konkurencja, zmienne zachowania klientów itd. Jednym z narzędzi służących do redukcji niepewności podejmowanych działań marketingowych jest właśnie segmentacja rynku – podział aktualnych (potencjalnych) nabywców ze względu na wybrane kryteria podziału.

Do najczęściej – tradycyjnych – wykorzystywanych kryteriów podziału rynku należą: płeć, wiek, wykształcenie, poziom dochodów, miejsce zamieszkania, charakter zatrudnienia. Gdy klientem są instytucje, kryteriami podziału mogą być: forma własności, lokalizacja, obroty ze sprzedaży czy liczba zatrudnionych. Innym typem klasyfikacji klientów jest ich podział ze względu na korzyści związane ze stylem życia, prestiżem, ceną itp. Kolejnym kryterium segmentacji może być częstotliwość korzystania z danej usługi czy też cechy o charakterze psychospołecznym, np.: stopień konformizmu czy autorytaryzmu, przywiązanie do tradycji.

Podstawowym celem segmentacji rynku jest identyfikacja nabywców danego produktu oraz oszacowanie popytu. Segmentacja rynku jest procesem, w którym wyróżniamy następujące etapy:

Identyfikacja potrzeb. Potrzeba jest „czymś”, na czym ludziom zależy, jest ludzkim pragnieniem, motywem zachowań. Niektórzy nabywcy kupują samochody, by skrócić czas dojazdu do pracy, inni chcą podkreślić swój status majątkowy itd.

⁵ *New Marketing Research Definition Approved*, „Marketing News” 1987, No. 1.

Część pacjentów korzysta z usług podmiotów leczniczych dla ochrony zdrowia, ale też bywają usługi, np. chirurgia plastyczna, których powodzenie wynika z narzucanych przez media wzorów kulturowych.

Kryteria podziału rynku. Wybór kryteriów jest subiektywny, a ich obiektywizacji sprzyjają m.in. doświadczenie oraz analiza sprzedaży. Dlatego też najczęściej wykorzystuje się te kryteria, które wcześniej określono mianem „tradycyjnych”, ponieważ są one obserwowalne – wiek, płeć (w przypadku osób indywidualnych) oraz branża, liczba zatrudnionych (w przypadku klientów instytucjonalnych).

Charakterystyka segmentów. Po dokonaniu podziału rynku według przyjętych kryteriów przystępujemy do szczegółowego opisu segmentów, np. nabywcami danej usługi medycznej są mężczyźni: wiek 35–40 lat, mieszkający w miastach powyżej 200 000 mieszkańców, żonaci, zajmujący stanowiska kierownicze. Następnie dokonujemy porównań pomiędzy segmentami (określamy nisze rynkowe), patrząc, które z cech są wspólne, a które rozłączne. Wnioski stanowią przesłanki do decyzji o ewentualnej kampanii reklamowej czy wyborze kanałów dystrybucji.

Oszacowanie popytu. Jednym z powszechnie stosowanych wzorów jest:

$$P = l \times i \times c$$

gdzie:

P – wielkość popytu,

l – liczba potencjalnych klientów,

i – liczba zakupów danej usługi dzielona przez liczbę klientów korzystających z niej w danym czasie (np. roku),

c – cena jednostkowa produktu.

Przykład: Załóżmy, że na podstawie danych statystycznych przedstawiciele podmiotu leczniczego „Tydzień” Sp. z o.o. określili liczbę potencjalnych klientów na poziomie 6000. W poprzednim roku z danej usługi skorzystało 1000 osób. Sprzedano 2000 usług po cenie jednostkowej 1000 zł. Wielkość potencjalnego popytu będzie zatem wynosiła:

$$P = 6000 \times (2000 : 1000) \times 1000 \text{ zł} = 12\,000\,000 \text{ zł}$$

Potencjalny popyt wynosi 12 000 000 zł.

Prezentowany wzór, przy rzetelności danych, jest bardzo prosty, ale jednocześnie obarczony błędem szacowania, np.: na jakiej podstawie można zakładać, że zostanie utrzymana tendencja sprzedaży z roku poprzedniego?, jaka jest

gwarancja stabilizacji rynku odbiorców? Im więcej uszczegółowień dotyczących grupy klientów, tym bardziej rzetelny wynik oszacowania potencjalnego popytu. Uszczegółowienia dotyczyć mogą np. dynamiki rozwoju punktów sprzedaży czy zmiany preferencji klientów.

3. Promocja

Zapewne wszyscy wiedzą, że kury znoszą jajka. Jak już to zrobią, to „robią wiele hałasu” – gdaczą, machają skrzydłami. Czy kaczka zachowuje się tak samo? Nie. Siedzi cicho. I może dlatego jaja kurze są tak popularne na całym świecie? W działalności marketingowej promocja pełni funkcję kury – ma zwrócić uwagę na ofertę danej firmy.

W literaturze przedmiotu termin „promocja” bywa różnie definiowany. Główna przyczyna tkwi w wąskim i szerokim pojmowaniu tego pojęcia. Pierwsza perspektywa aktywizuje oraz wspiera sprzedaż. Druga perspektywa odwołuje się do pojęcia dwukierunkowej komunikacji marketingowej: przedsiębiorstwo – rynek.⁶

Zadaniem strategii promocji produktów/usług jest optymalne wykorzystanie dostępnych jej narzędzi do urzeczywistniania celów przedsiębiorstwa/usługodawcy, np. wprowadzenie produktu lub usługi na nowe segmenty rynku.

W przypadku ZOZ-ów efektem działania akcji promocyjnej mogłyby być m.in.:⁷

- a) budowa tożsamości organizacyjnej placówki, czyli udzielenie sobie odpowiedzi na pytanie kim jesteśmy?, pozwala ona zwrócić uwagę na to, co nas wyróżnia spośród innych; tożsamość organizacyjną tworzy konfiguracja różnych cech: misja, kultura organizacyjna, historia, styl zarządzania czy zachowania pracowników;
- b) wyróżnienie oferty usługowej dla klienta, czyli szukanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego warto przyjść do nas; możemy identyfikować korzyści pacjenta na bardzo wielu płaszczyznach: obsługi, czasu, ceny, wykorzystywanych metod leczenia itp.

Podstawowymi narzędziami wykorzystywanymi w promocji są: reklama, promocja sprzedaży, *public relations* (PR), marketing bezpośredni czy marketing relacyjny. Ze względów prawnych⁸ i z uwagi na specyfikę usług medycznych nie

⁶ J.W. Wiktor, *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, PWN, Warszawa 2005.

⁷ A. Bukowska-Piastryńska, op.cit.

⁸ www.mz.gov.pl (marzec 2013).

wszystkie te instrumenty można wykorzystać, lecz wszystkie warto znać, bo mogą stać się inspiracją do konstruowania innowacyjnych strategii promocyjnych w służbie zdrowia.

4. Reklama

J. Thomas Russel i W. Ronald Lane z Uniwersytetu w Georgii stwierdzili, że „Reklama to więcej niż sposób rozpowszechniania informacji o produkcie. Jest to podstawowe narzędzie komunikacji w naszym ustroju gospodarczym [...]. Bywa, że reklama służyła promowaniu akcji charytatywnych, idei politycznych oraz zmian społecznych czy ekonomicznych [...]. Spełnia funkcję środka perswazji wielorakiego rodzaju, jest również częścią kultury codziennej [...]. Nie jest neutralna, nie jest obiektywna. Wręcz przeciwnie. Trudno jest ustalić granicę pomiędzy informacją a reklamą”.⁹ Z tego powodu warto ewentualną akcję informacyjną (reklamową) konsultować z prawnikiem. Wydaje się, że proces komercjalizacji podmiotów leczniczych „wymusi” zmiany w przepisach prawa.¹⁰

Ze względu na nośniki reklamy możemy wyróżnić reklamę: prasową, telewizyjną, radiową, kinową, pocztową, zewnętrzną (*outdoor*), internetową. W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny rozwój reklamy internetowej. Najpopularniejszymi formami są: bannery (reklamowe paski tekstów i grafiki), *pop-up* (okienko przeglądarki otwierające się podczas ładowania strony danego serwisu), *intersitial* (reklama przerywająca oglądanie stron WWW), *toplayer* (reklama przybierająca dowolne kształty i jednocześnie przemieszczająca się po ekranie), *direct-e-mail*. W komunikacji marketingowej za pomocą e-maili istotna jest ich synergia z bannerami oraz możliwość personalizacji (np. wysyłka do pacjentów korzystających z danej placówki). Kampanie internetowe powinny być adekwatne do wizerunku firmy, jaki chcemy wykreować. Z jednej strony usługa medyczna jest „towarem”, ale z drugiej strony nie należy jej trywializować, ponieważ odwołuje się ona do fundamentalnych potrzeb człowieka – zdrowia.

⁹ [www. Nowoczesna Klinika, Marketing w służbie zdrowia \(marzec 2013\).](#)

¹⁰ [www. Prawo i medycyna \(marzec 2013\).](#)

5. Promocja sprzedaży

Przekaz promocyjny zawiera bezpośrednią zachętę do dokonania zakupu. Ze względu na adresata działań promocyjnych może się ona odnosić do:¹¹

- klienta,
- własnego personelu sprzedażowego,
- pośredników.

Promocja nastawiona na klienta to strategia *pull* polegająca na wciąganiu nabywcy do zakupu poprzez szczególne zachęty, np. obniżka cen, bezpłatne konsultacje, kupony rabatowe, premie od liczby wizyt, konkursy, loterie czy programy lojalnościowe.

Gdy nasze działania promocyjne skierowane są do własnego personelu lub pośredników, odwołujemy się do strategii *push*, czyli „pchania” produktu usługi przez kanały dystrybucji.

Najczęściej wykorzystywanymi instrumentami promocji zorientowanej na własny personel są systemy wynagrodzeń, premie, szkolenia. Podobne narzędzia mogą wchodzić w zakres oddziaływania na pośredników.

6. Public relations

Spośród wielu (około 2000) definicji PR przyjmujemy, iż jest to „Forma komunikacji kierownictwa przedsiębiorstwa, której celem jest oddziaływanie na odczucia, opinie lub przekonania klientów, zarówno obecnych, jak i potencjalnych, akcjonariuszy, dostawców, pracowników i innych grup docelowych, dotyczących organizacji, jej produktów lub usług”.¹² Wydaje się, że właśnie ta definicja oddaje istotę tego instrumentu promocji.

Można wyróżnić trzy podstawowe funkcje *public relations*:

- integracyjną – dostosowanie organizacji do otoczenia w celu stworzenia sprawnego systemu gospodarczego;
- koordynacyjną – dbanie o to, aby wszelkie stosowane przez nas narzędzia, ich konfiguracje były spójne, tworząc w ten sposób efekt synergii;
- komunikacyjną – planowe, dwukierunkowe działania komunikacyjne mające na celu stworzenie pożądanego wizerunku.

¹¹ J.W. Wiktor, op.cit.

¹² P.D. Benett, *Dictionary of Marketing Terms*, AMA, Chicago 1995, s. 231.

Pozostaje kwestia sposobu realizacji wyróżnionych funkcji. Narzędzi jest bardzo wiele. Ich podział ze względu na grupę docelową przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Narzędzia PR ze względu na grupę docelową

Grupy odniesienia (publiczność)	Instrumenty PR	
	o charakterze osobowym	o charakterze bezosobowym
Publiczność wewnętrzna	informowanie doradztwo narady, zebrania zakładowe imprezy dla załogi zebranie udziałowców, akcjonariuszy	gazetki, biuletyny zakładowe kształcenie, szkolenie imprezy sportowe, turystyczne
Publiczność zewnętrzna	wykłady, prelekcje konferencje branżowe akcje specjalne, np. „Żółty tydzień” lobbying konferencje prasowe	sprawozdania, raporty z działalności materiały jubileuszowe filmy artykuły sponsorowane sponsoring

Źródło: H. Meffer, J. Bolz, *International Marketing – Management*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart–Berlin–Köln 1998, s. 213.

Podstawowe elementy programu PR są następujące:

- analiza sytuacji wyjściowej – ocena pozycji wizerunkowej w otoczeniu (badania i ocena wizerunku), ocena poparcia dla obecnej polityki firmy i jej konkretnych przedsięwzięć, ocena identyfikacji wizualnej;
- ustalenie barier rozwoju *public relations* w firmie (np. bariery finansowe, ograniczenia prawne, struktura organizacyjna, brak zainteresowania);
- ustalenie potrzeb informacyjnych otoczenia;
- ogólna ocena własnych możliwości oraz potrzeb działania.

7. Marketing bezpośredni

Leksykon marketingu określa marketing bezpośredni jako „[...] niekonwencjonalne, interpersonalne kontakty sprzedawcy z nabywcą” i dalej stwierdza, że jako jego synonimy używane są takie określenia, jak „marketing dialogu”, „marketing relacji (*relationship*), marketing oparty na bazie danych”.¹³

Wyróżnikiem marketingu bezpośredniego jest zastosowanie w wielkiej liczbie transakcji jednorazowych (incydentalnych). Zaliczamy do nich takie działania, jak sprzedaż wysyłkowa, telemarketing, większość transakcji internetowych,

¹³ J. Altkorn, T. Kramer, *Leksykon marketingu*, PWE, Warszawa 1998, s. 143–144.

marketing „mobilny”, sprzedaż z wykorzystaniem telewizji, marketing „sieciowy”, sprzedaż w drodze przetargu w obrotach krajowych i międzynarodowych czy sprzedaż domokrężna.

8. Marketing relacyjny

Specyfika sektora zdrowia, wielorakość produktów i usług sprzyja wykorzystaniu w działalności rynkowej przede wszystkim marketingu zwanego relacyjnym, partnerskim lub interaktywnym. „Marketing relacyjny jest to zyskowna budowa, utrzymywanie i rozwijanie relacji z konsumentami i innymi partnerami przy osiągnięciu wzajemnych celów obu stron poprzez wymianę wartości i spełnianie zobowiązań”¹⁴.

W marketingu relacyjnym szczególny nacisk kładzie się na budowanie relacji z klientem i jego utrzymanie w czasie. Koncepcja 4P jest zastępowana koncepcją 5I (identyfikacja, indywidualizacja, interakcja, integracja, uczciwość).

Identyfikacja służy idei poznania i uczenia się konsumenta. Indywidualizacja oznacza skonfigurowanie usługi do niepowtarzalnych potrzeb usługobiorcy. Interakcja to fakt ciągłego procesu uczenia się i dostosowywania usług. Wiedza o konsumentach i wiedza o organizacji wymagają integracji, aby zapewnić przedsiębiorstwu stabilność i zyskowność. Uczciwość relacji jest jej istotą pozwalającą zachowywać się lojalnie konsumentowi wobec firmy i firmy wobec konsumenta, stabilizując sytuację rynkową.

Tabela 2. Marketing tradycyjny a relacyjny

Marketing relacyjny	Marketing tradycyjny
<ul style="list-style-type: none"> • Funkcja firmy nastawiona na integrację z otoczeniem i utrzymanie klienta • Koncentracja na obsłudze klienta • Cena zorientowana na wartości postrzegane przez konsumenta • Dystrybucja personalizowana • Sprzedaż to ciągły proces • Komunikacja dwubiegunowa 	<ul style="list-style-type: none"> • Funkcja przedsiębiorstwa nastawiona na zrealizowanie sprzedaży • Koncentracja na produkcji • Cena zorientowana na koszty • Dystrybucja anonimowa • Sprzedaż stanowi zamknięte zdarzenie • Komunikacja masowa

Źródło: opracowanie własne.

¹⁴ Ch. Gronroos, *Service Quality Model and, Its Marketing Implications*, „European Journal of Marketing” 1984, No. 18.

Innymi słowy, zaufanie i zaangażowanie to istota marketingu relacyjnego, w którym zasoby ludzkie, kultura organizacji są bardzo ważnymi elementami osiągnięcia sukcesu rynkowego.

Podstawowe różnice pomiędzy marketingiem tradycyjnym a relacyjnym przedstawia tabela 2.

Warto zwrócić uwagę, że niektóre podmioty służby zdrowia wykorzystują marketing relacyjny poprzez udostępnianie internetu, ciągle utrzymywanie kontaktu z klientem czy zbieranie informacji o stanie jego zdrowia.

9. Ocena działań marketingowych

Po przedstawieniu różnych narzędzi marketingowych pozostaje odpowiedź na pytanie: jak zmierzyć ich skuteczność? Wydaje się, że najprostszą odpowiedzią jest ocena wzrostu zysku podmiotu leczniczego. Nie zawsze jednak zwiększenie przychodów ma charakter natychmiastowy, bywa, że działaniom marketingowym stawia się inne cele, które w dłuższym okresie mają przynieść korzyść finansową. Przez lata istnienia marketingu wypracowano wskaźniki oceny działań na różnych szczeblach zarządzania. Udział w rynku, wskaźnik utrzymania klientów, lojalności klienta i satysfakcji klienta są miernikami działań marketingowych na poziomie strategicznym.

Udział w rynku jest miarą pozycji rynkowej przedsiębiorstwa na tle konkurencji. Gdy wskaźnik ten rośnie, oznacza to, że sprzedaż rośnie szybciej niż u konkurentów. Jest to powód do satysfakcji zarządzających. Gdy wskaźnik maleje, nasza pozycja konkurencyjna osłabia się i jest to sygnał ostrzegawczy. Badając ten wskaźnik w określonym czasie, np. roku czy 5 lat, można analizować dynamikę pozycji rynkowej podmiotu leczniczego. Wyróżnia się dwa wskaźniki udziału w rynku:

- bezwzględny – udział w całym rynku,
- względny – udział w sprzedaży największego konkurenta.

Bezwzględny udział w rynku przybiera następującą formułę matematyczną:

$$\text{bezwzględny udział w rynku} = \frac{\text{sprzedaż przedsiębiorstwa}}{\text{sprzedaż całego rynku}} \times 100\%^{15}$$

¹⁵ *Wskaźniki marketingowe*, red. R. Kozielski, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.

Sprzedaż możemy określać ilościowo, w sztukach sprzedaży, lub wartościowo, w złotych. Warto i tak, i tak, gdyż wtedy mamy przesłanki do zastanawiania się nad strategią ceny naszych produktów/usług.

Wskaźnik utrzymania klienta służy do kontroli skuteczności działań mających na celu powtórny zakup produktu lub usługi – określa skuteczność strategii penetracji rynku i w pewnym stopniu strategii rozwoju produktu. Posługiwanie się w zarządzaniu tym wskaźnikiem wymaga systematycznego gromadzenia danych o zakupach klientów (kto, gdzie, kiedy korzysta z usług podmiotu leczniczego?). Wskaźnik utrzymania klientów przyczynia się do efektywnego zarządzania relacjami. Formuła matematyczna tego wskaźnika wygląda następująco:

$$\text{wskaźnik utrzymania klientów} = \frac{\text{liczba klientów powtarzających zakup w danym czasie}}{\text{liczba klientów dokonujących zakupów w poprzednim okresie}} \times 100\%^{16}$$

Wskaźnik lojalności klienta pokazuje, jaki odsetek klientów deklaruje chęć zakupu konkretnego produktu/usługi, np. konsultacji lekarskiej. Lojalność korzystających z danych usług jest względnie stałą pozytywną postawą wobec produktu czy placówki zdrowia. Najrzetelniejszą metodą badania lojalności klientów w danym momencie są wywiady na reprezentatywnej grupie badawczej (np. wywiady bezpośrednie, ankiety telefoniczne lub informacje pozyskiwane drogą elektroniczną), do analizy zmian postaw służą badania panelowe. Standardowy wskaźnik lojalności może być wykorzystany do zarządzania portfelem klientów, a w przypadku marketingu wewnętrznego, np. zatrudniania lekarzy czy pielęgniarek, do tworzenia siatki płac, motywowania, budowania kultury organizacyjnej, kreowania programów lojalnościowych, kampanii *public relations*. Występują dwa rodzaje tego wskaźnika: standardowy i wzmocniony. Standardowy wskaźnik lojalności klienta ma następującą formułę matematyczną:

$$\text{standardowy wskaźnik lojalności klientów} = \frac{\text{liczba klientów wyrażających bezwarunkową + warunkową chęć zakupu}}{\text{liczba badanych klientów}} \times 100\%^{17}$$

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

Wskaźnik satysfakcji klientów jest miernikiem jakościowym pomiaru działań marketingowych. Satysfakcja jest wynikiem procesu psychicznego, podczas którego następuje konfrontacja i ocena tego, co zostało zaoferowane, z oczekiwaniami. Pomiaru satysfakcji klienta można dokonać metodami pośrednimi, takimi jak trendy sprzedaży, udział w rynku, zwrot z inwestycji, benchmarking czy reklamacje. Jednak najrzetelniejsze wyniki przynosi systematyczne badanie ankietowe lub wywiady. Można uciec się także do techniki pozorowanego zakupu. Uważa się, że badanie poziomu satysfakcji klientów świadczy o marketingowej orientacji przedsiębiorstw. Wiedza płynąca z takich badań może być wykorzystywana do doskonalenia produktów/usług, ich poszczególnych etapów, np. relacji z klientami, a także całego przedsiębiorstwa. Występują dwa wskaźniki pomiaru satysfakcji klienta: wskaźnik satysfakcji i ważony wskaźnik satysfakcji. Formuła pierwszego z wymienionych wskaźników jest następująca:

$$\text{wskaźnik satysfakcji klienta} = \frac{\text{suma punktów przyznanych przez klientów w poszczególnych kategoriach}}{\text{liczba kategorii}} \times 100\%^{18}$$

Podsumowanie

Potocznie marketing kojarzy się nam z efektownymi reklamami, zaskakującymi pomysłami, niecodziennymi znakami graficznymi. Tymczasem jest to efekt ogromu pracy, która rzadko jest tak efektowna. Podstawą marketingu są bowiem badania rynku i analiza tychże. Wiedza płynąca ze zbieranych systematycznie danych pozwala na skonstruowanie planu marketingowego, dającego możliwość wykorzystania szans rynkowych i osiągnięcia zakładanej w strategii pozycji rynkowej. Kontrola realizacji i trafności planu marketingowego poprzez wskaźniki, a więc ilościowe miary, pozwala nie tylko cieszyć się z osiągnięć, ale także szybko reagować zmianą, gdy np. następuje pogorszenie lub polepszenie warunków działania.

Podmioty – tak ja większość firm – posiadają ograniczone zasoby finansowe. Przedstawione tu instrumenty nie wymagają uruchomienia „potężnych” środków. Wystarczy prowadzenie standardowej ewidencji klientów, obserwacja konkurencji i nowości pojawiających się na rynku usług medycznych.

¹⁸ Ibidem.

Bibliografia

1. Benett P.D., *Dictionary of Marketing Terms*, AMA, Chicago 1995.
2. Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa 2012.
3. Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008.
4. Gronroos Ch., *Service Quality Model and Its Marketing Implication*, „European Journal of Marketing” 1984, No. 18.
5. Kowalski S., *Zastosowanie marketingu na rynku usług: medycyna, ratownictwo, turystyka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Medycznej, Sosnowiec 2012.
6. *Leksykon marketingu*, red. J. Altkorn, T. Kramer, PWE, Warszawa 1998.
7. *New Marketing Research Definition Approved*, „Marketing News” 1987, No. 1.
8. Wiktor J.W., *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, PWN, Warszawa 2005.
9. *Wskaźniki marketingowe*, red. R. Kozielski, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.
10. [www.Nowoczesna klinika](#) (marzec 2013).
11. [www.Marketing w służbie zdrowia](#) (marzec 2013).
12. [www.mz.gov.pl](#) (marzec 2013).

BIZNESPLAN

Wstęp

Planowanie jest jednym z elementów procesu zarządzania i zajmuje w nim wiodącą rolę, a polega na ścisłym sprecyzowaniu celów oraz sposobów ich osiągnięcia. Można je również zdefiniować jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: kiedy? gdzie? w jaki sposób? w jakim czasie? przy pomocy kogo? Sporządzenie dobrego planu w działaniu człowieka czy organizacji przedsięwzięć ułatwia podjęcie ważnych i trudnych decyzji. Plan jest wytyczną, drogą, która ukierunkowuje działanie ludzi, jednocześnie wprowadza porządek w działaniu podmiotów leczniczych. Umożliwia odpowiednie wykorzystanie czasu i zasobów, a więc ogranicza marnotrawstwo i rozrzutność, a także ułatwia działanie poprzez rozłożenie go na mniejsze elementy składowe (fazy i etapy). Dobry plan to również ograniczenie ryzyka błędów, a co za tym idzie – porażek i strat w działaniu człowieka. Planowanie jest zespołem czynności o charakterze koncepcyjnym (tj. związanych z procesami myślenia), stanowiących początek każdego racjonalnego działania. Prawidłowe wypełnianie zadań planistycznych wymaga wysokich kwalifikacji, głównie wiedzy, doświadczenia, ale także szczególnych umiejętności i predyspozycji. W pierwszej kolejności wymienić trzeba zdolności twórcze (kreatywność), niezbędne do tworzenia wizji przyszłego działania. Ważna jest dyspozycyjność, czyli umiejętność łatwego, szybkiego dokonywania wyborów. Dobre planowanie wymaga odwagi, potrzebnej przy formułowaniu ambitnych celów, a zarazem realizmu w ocenie możliwości ich urzeczywistnienia. W planowaniu przydają się także umiejętność przewidywania przyszłości, wyczucie, intuicja.

„*They don't plan to fail. They fail to plan*” – ta często przytaczana sentencja wygłoszona przez Johna L. Beckleya (1913–1998) wcale nie straciła na aktualności. Wprawdzie gry słów nie można oddać, ale sens przytoczonej wypowiedzi coraz bardziej nabiera znaczenia: wszelkie niepowodzenia są nieplanowane i zazwyczaj wynikają z braku planów. Wynika stąd wniosek: bez poprawnego planu osiągnięcie

¹ Dr Małgorzata Winter, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski.

sukcesu może być bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe. Dlatego też coraz większe znaczenie przykładane jest do prawidłowo opracowanego biznesplanu, pozwalającego kadrze zarządzającej na wytyczenie i utrzymanie właściwego kierunku rozwoju jednostki. Celem autorki jest przybliżenie istoty, celów i formy oraz zakresu tematycznego typowych biznesplanów.

1. Pojęcie i istota biznesplanu

Biznesplan definiowany jest jako „kompleksowa i długofalowa projekcja działalności gospodarczej przedsiębiorstwa lub przedsięwzięcia inwestycyjnego. Projekcja ta jest podejmowana w związku z planowanymi zmianami, powodującymi długookresowe skutki dla przedsiębiorstwa. Ma ona charakter wielowymiarowy poprzez ukazanie aspektów marketingowych, zasobowych, organizacyjnych oraz finansowych. Do podstawowych celów biznesplanu należy określenie skutków realizowanego przedsięwzięcia według kryteriów: efektywności, wypłacalności oraz stopnia ryzyka”.² Biznesplan jest też definiowany jako zbiór określonych, uporządkowanych celów oraz zadań i sposobów realizacji zamkniętych w ramach pisemnego dokumentu. W tym szczególnym dokumencie uwzględnia się co i w jaki sposób ma być robione, jakie zasoby będą zużywane i jaki będzie koszt realizacji tych zamierzeń.³ Zestawia się zasoby firmy z możliwościami rynkowymi. Realne osiągnięcie oraz utrzymywanie osiągniętych celów działania jest już nadrzędnym obowiązkiem kadry zarządzającej, stąd też biznesplan bywa określany mianem „planu menedżerów”.⁴ Biznesplan jest więc szczególną formą decyzji, tzn. stanowi efekt wyboru jednej spośród co najmniej kilku możliwości. Jest postanowieniem będącym wytyczną dla zarządzających i jednocześnie dyrektywą do ich przyszłego działania.

Biznesplan spełnia w nowoczesnym podmiocie leczniczym podstawowe funkcje: wewnętrzną i zewnętrzną. Powyższy podział jest uzależniony od tego, czy biznesplan został skonstruowany na potrzeby wspierania zarządzania placówką, czy też w celu pozyskania obcych źródeł finansowania, zewnętrznych organizacji do współpracy z firmą na określonej płaszczyźnie.

² *Biznesplan*, red. J. Kowalczyk, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010, s. 29.

³ J. Pasieczny, *Biznesplan – skuteczne narzędzie pracy przedsiębiorcy*, PWE, Warszawa 2007, s. 11.

⁴ E. Filar, J. Skrzypek, *Biznesplan*, Poltext, Warszawa 2003, s. 20.

Funkcja wewnętrzna cechuje się tym, że biznesplan jest sporządzany zazwyczaj dla kadry kierowniczej, jest niezbędny do kierowania podmiotem leczniczym, pełni rolę przewodnika dla pracowników zarządzających oraz umożliwia profesjonalne koordynowanie i kierowanie firmą. Zarazem, uściślając działania, które warunkują prawidłowe funkcjonowanie organizacji, pomaga w analizie planowanych zadań, zewnętrznych zagrożeń i działań konkurencji w celu poprawy sytuacji jednostki na rynku. Odpowiada za zagadnienia stanowiące przedmiot zarówno zarządzania strategicznego, jak i operatywnego.

Funkcja zewnętrzna ma za zadanie przedstawić podmiot leczniczy z jak najlepszej strony w celu pozyskania od inwestorów środków finansowych niezbędnych do realizacji zamierzonych przedsięwzięć. Biznesplan jako dokument opracowywany dla odbiorców zewnętrznych musi być sporządzony tak, aby przekonać odbiorcę zawartych w nim informacji zarówno do pomysłu, jak i sposobu realizacji zadań. Odbiorcami takiego dokumentu są zazwyczaj inwestorzy lub banki, które mają z góry określone kryteria oceny przedsięwzięcia. Biznesplan musi więc spełniać wymogi stawiane przez tych odbiorców oraz odpowiadać na ich ewentualne pytania i wątpliwości. Odbiorcy zewnętrzni biorą głównie pod uwagę stopień ryzyka przedsięwzięcia; taki plan musi zatem w pewnym stopniu przekonać inwestora, że zainwestowane środki będą bezpieczne i mogą przynieść większe zyski niż u konkurencji.⁵

Przy procesach wdrażania zapisów biznesplanu w praktyce wykorzystywane są podstawowe funkcje zarządzania. Funkcja planistyczna ma na celu przygotowanie planów krótkookresowych, które charakteryzują się tym, że uskuteczniają strategię działania firmy. Funkcja organizacyjna jest wykorzystywana do uporządkowania działań, procedur oraz środków potrzebnych do osiągnięcia wyznaczonych zadań i jest realizowana poprzez nadzorowanie pracy jednostek organizacyjnych oraz kierowanie przez zarząd działaniami tych jednostek. Funkcja motywacyjna biznesplanu jest wykorzystywana w sposób odpowiedni do realizacji zadań firmy, czyli kreowania odpowiedniego podejścia do biznesu wśród menedżerów oraz pracowników. Ma za zadanie sprecyzować plany finansowe oraz pozafinansowe organizacji. Funkcja kontrolna jest odpowiedzialna za wyszczególnienie głównych wskaźników sukcesu biznesplanu oraz wyników finansowych organizacji. Biznesplan umożliwia ocenę realnych wyników wobec wartości zaplanowanych oraz ustalenie działań koordynujących lub zapobiegawczych. Wszystkie wymienione funkcje sprawiają, że biznesplan staje się

⁵ A. Czepurko, J. Łukasiewicz, *Biznesplan w praktyce zarządzania firmą*, Wyższa Szkoła Handlu i Prawa, Warszawa 2005, s. 13–15.

prawdziwym przewodnikiem firmy, a nie tylko dokumentem formalnym. Poza omówionymi funkcjami związanymi z procesami zarządzania można jeszcze wyróżnić dodatkowe funkcje biznesplanu, takie jak: informacyjna, decyzyjna, optymalizująca, kreująca oraz systematyzująca.

2. Zasady sporządzania biznesplanu

Istnieje kilka zasad, które powinny być przestrzegane w przygotowaniu biznesplanu, a w szczególności dla odbiorców zewnętrznych. Należą do nich:⁶

- **Kompleksowość**, czyli zdolność przewidywania w podmiocie leczniczym jego istotnych aspektów, tj. sprzedaży usług medycznych, nakładów, źródeł finansowania, zatrudnienia, struktury organizacyjnej. Częstym błędem przy sporządzaniu biznesplanu jest dążenie do ujęcia jak największej ilości szczegółowych informacji, co powoduje wydłużenie okresu analizy oraz podjęcia stosownej decyzji. Bywa również tak, że wcześniejsze założenia nie potwierdzają się później w praktyce, co skutkuje odstępstwami od planu, i wówczas trzeba dokonać licznych korekt.
- **Adekwatność**, która oznacza, że biznesplan powinien być dostosowany pod względem formy, a także treści do celu, wymagań oraz potrzeb odbiorców. Dla każdego z pacjentów może więc mieć nieco odmienne standardy.
- **Czytelność** – ponieważ biznesplan służy decydowaniu, z tego powodu dokument ten powinien być czytelny, jasny i przejrzysty. Przy jego sporządzaniu należy dążyć do syntetycznego ujęcia danych, część opisowa powinna mieć przejrzystą formę. Ważnym elementem biznesplanu są zawarte w nim prezentacje tabelaryczne i graficzne (wykresy, schematy, rysunki, diagramy), a także obliczenia, które są poprzedzone ustalonymi założeniami. Wnioski końcowe należy formułować w sposób jednoznaczny. Warto w tym miejscu zauważyć, że choć nie ma żadnych ogólnych, formalnych wymogów dotyczących biznesplanów, to w literaturze przedmiotu postuluje się, aby jego objętość zawierała się w przedziale 45–55 stron znormalizowanego maszynopisu.⁷
- **Długofalowość**, czyli okres od momentu wydatkowania pierwszych nakładów do czasu pełnego zwrotu zainwestowanych środków. Okres zwrotu kapitału może się znacznie różnić dla odmiennych wariantów.

⁶ Por. m.in. M. Ciechan-Kujawa, *Biznesplan – standardy i praktyka*, Dom Organizatora, Toruń 2007; A. Tokarski, *Biznesplan w praktyce*, CeDeWu, Warszawa 2010.

⁷ J. Pasieczny, *Biznesplan. Problemy i metody*, WSPiZ im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2002, s. 15.

- Rzetelność założeń i wiarygodność danych – odpowiednio sporządzony biznesplan opiera się na realizmie, dokładności, staranności oraz obiektywizmie. Dość często spotyka się opracowania zawierające założenia i dane nierealistyczne, tzn. zaniżone lub zawyżone. Dzieje się to np. wśród nierzetelnych klientów banków, którzy za wszelką cenę chcą uzyskać kredyt. Wnikliwa analiza i ocena przedsięwzięcia przez kompetentnych specjalistów pozwala wykryć próby takich manipulacji, dlatego też przy podejmowaniu ważnych decyzji opierających się na biznesplanie powinien być on zaopiniowany przez jednego, dwóch, a nawet więcej niezależnych ekspertów. Decyzję dotyczącą przyjęcia biznesplanu można podjąć po uzyskaniu pozytywnych ocen recenzentów.
- Wariantowość wiążąca się z faktem, że przy sporządzaniu biznesplanu nie da się uniknąć większych czy mniejszych błędów, pomimo wszelkich przewidywań przyjętych w planie. Istnieją trzy takie przypadki rozwoju sytuacji rzeczywistej w stosunku do przewidywań przyjętych w planie, tzn. obecna sytuacja układa się korzystniej w porównaniu z przewidywaniami, sytuacja rzeczywista układa się mniej korzystnie oraz sytuacja rzeczywista jest na ogół zgodna z przewidywaniami. Podane odchylenia pokazują, jak – pomimo dołożenia należytych starań – planowanie może prowadzić do różnych pomyłek. Wariantowość dotyczy przede wszystkim aspektów finansowych biznesplanu.
- Elastyczność jest tą zasadą, zgodnie z którą biznesplan nie może być planem niezmiennym i nie może stanowić wyłącznie sztywnego zbioru obligatoryjnych wytycznych i wskaźników. Musi być podatny na wprowadzenie korekt, różnych poprawek czy uzupełnień, adekwatnie do zmieniającej się sytuacji. W związku z tym przy sporządzaniu biznesplanu w kilku wariantach należy uwzględnić rezerwę na nakłady i koszty. Biznesplan opiera się na przewidywaniu, co jest w sposób nierozwalny związane z ryzykiem popełnienia błędu. W celu uniknięcia tego błędu wprowadza się rezerwę przy sporządzaniu zestawienia nakładów i kosztów, przy czym należy brać poprawkę przy projekcji finansowej, by nie doprowadzić do zafałszowania wyników finansowych. Należy pamiętać, że nawet kilkuprocentowy wzrost kosztów może doprowadzić do znacznego spadku rentowności. Przy tworzeniu biznesplanu w jednym wariantcie za niedopuszczalne uważa się tworzenie takiej rezerwy, zdecydowanie bardziej zaleca się maksymalną staranność planowania. Inaczej przedstawia się sytuacja przy sporządzaniu kilku wariantów biznesplanu, gdyż wówczas możliwe jest uwzględnienie rezerwy na koszty (nakłady) nieprzewidziane.
- Wysoka jakość biznesplanu, który jest dokumentem ukierunkowującym główne cele i decyzje firmy. Biznesplan to jednocześnie swoista „wizytówka”

ustanawiająca relacje z podmiotami zewnętrznymi, np. bankiem finansującym przedsiębiorstwo.

3. Struktura biznesplanu – elementy składowe

Biznesplan – podobnie jak podmioty lecznicze – różnią się od siebie i nigdy nie zidentyfikuje się dwóch takich samych. Dzieje się tak z wielu istotnych powodów, jak chociażby jego cel, przeznaczenie, przynależność sektorowa jednostki, dla której biznesplan został utworzony, a także okoliczności jego powstania – sporządzenie biznesplanu na potrzeby nowo powstającej organizacji czy inwestycji w kolejny produkt jednostki już istniejącej. Wprawdzie nie istnieje jeden wzorzec biznesplanu, można jednak wyróżnić powtarzające się trzy podstawowe jego części:

- 1) prezentacja podmiotu leczniczego lub projektu inwestycyjnego,
- 2) plan właściwy z elementami analizy strategiczno-marketingowej oraz finansowej,
- 3) podsumowanie biznesplanu.⁸

Ta klasyczna, modułowa konstrukcja zapewnia uszeregowanie niezbędnych części biznesplanu pod względem istotności i tematyki. Poszczególne moduły tematyczne mogą różnić się objętością i stopniem istotności, w zależności od przedmiotu konstruowanego planu.⁹

Budowa biznesplanu powinna być podporządkowana potrzebom, dla których jest on opracowywany. Z tego punktu widzenia można wyróżnić skrócony (uproszczony) lub rozwinięty biznesplan. W przypadku relatywnie małych przedsięwzięć lub w sytuacji dynamicznie zmieniających się parametrów decyzyjnych, obarczonych dużym ryzykiem nieprzewidywalności, zasadne jest stworzenie uproszczonej wersji biznesplanu. Obejmuje on wtedy następujące elementy: charakterystykę przedsiębiorstwa lub planowanego przedsięwzięcia, krótką analizę rynku, personel kierowniczy i zarządzanie, czynniki ryzyka, plan sprzedaży obejmujący 2–3-letni okres, sprawozdanie finansowe zawierające bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych. Uproszczony wariant biznesplanu nie powinien przekraczać objętości 20–25 stron maszynopisu.¹⁰

Standardowa struktura rozwiniętego biznesplanu powinna natomiast zawierać typowe elementy, które zostaną poniżej pokrótce scharakteryzowane.¹¹

⁸ *Biznesplan*, op.cit., s. 42.

⁹ M. Ciechan-Kujawa, op.cit., s. 57.

¹⁰ J. Pasieczny, *Biznesplan. Problemy i metody*, op.cit., s. 18–19.

¹¹ Za: J. Pasieczny, *Biznesplan – skuteczne...*, op.cit.

3.1. Podsumowanie wykonawcze (menedżerskie)

Jest to pierwsza, a zarazem jedna z najważniejszych części biznesplanu, która ma na celu skłonić czytelnika do zapoznania się z całą treścią dokumentu. Można powiedzieć, że jest to synteza całego opracowania i powinna ona zawierać takie treści merytoryczne, jak: opis przedsięwzięcia z mocno zaakcentowanym celem; krótką charakterystykę podmiotu gospodarczego, którego dotyczy biznesplan; wskazanie, na czym polega szansa i jaki będzie docelowy rynek; określenie przewagi konkurencyjnej w stosunku do innych podmiotów działających w tym samym obszarze; charakterystykę zespołu, jeśli jednostka nie jest powszechnie znana; informację o planowanych kosztach wraz ze wskazaniem źródeł finansowania planowanego przedsięwzięcia oraz o przewidywanych efektach finansowych. W tej części biznesplanu należy też zawrzeć krótką informację o potencjalnych zagrożeniach.

3.2. Opis przedsięwzięcia i jego celów

Ta część biznesplanu powinna zawierać podstawowe informacje o jednostce lub przedsięwzięciu oraz przedstawić najważniejsze cele i zadania, które mają być realizowane. W związku z tym powinna być w skrócie obrazowana historia danej firmy, czym się ona zajmuje, na jakich rynkach funkcjonuje, jak zyskuje przewagę nad konkurentami oraz w jaki sposób jej obecna działalność przyczyni się do powiększenia szans na powodzenie planowanego przedsięwzięcia. Należy pokazać, jaki jest jej majątek i omówić w syntetyczny sposób dane pochodzące ze sprawozdań finansowych za poprzednie lata dla oddania ogólnego zarysu tendencji finansowych występujących w podmiocie leczniczym. W przypadku nowego przedsięwzięcia przedstawia się te uwarunkowania i zasoby, które nowe przedsiębiorstwo już posiada, a dzięki którym będzie mogło lepiej prowadzić działalność. Zaprezentowane w podsumowaniu wykonawczym cele powinny być w tym miejscu biznesplanu szczegółowo omówione, ze wskazaniem dla każdego z nich dlaczego przyjęto dany cel, co umożliwi podjęcie danego przedsięwzięcia, jakie są dokładne zamierzenia oraz w jaki sposób mają być zrealizowane. W konsekwencji należy omówić takie kwestie, jak: dotyczące lokalizacji, formy organizacyjno-prawnej dla nowo tworzonych firm, kompetencje i kwalifikacje kluczowych osób w projekcie, scharakteryzować posiadane zasoby rzeczowe i niematerialne.

3.3. Opis produktu (usługi)

W tym punkcie biznesplanu należy wszechstronnie opisać świadczoną usługę lub wytwarzany wyrób. Charakteryzując wyrób, trzeba przedstawić stopień jego rozwoju i te wszystkie jego cechy, które zapewniają mu przewagę nad produktami konkurencji.¹² Zawarte w tym miejscu informacje powinny przybliżyć produkty (wytwarzane wyroby lub świadczone usługi) przedsiębiorstwa osobom z zewnątrz, nieznającym specyfiki działalności firmy. Produkt należy opisać możliwie jak najdokładniej, uwzględniając m.in. takie informacje, jak: rodzaj, główne cechy fizyczno-techniczne, zalety w porównaniu z produktami konkurentów, koszt świadczenia usługi lub wytwarzania wyrobu oraz proponowaną cenę. Przedstawione główne zalety i cechy produktu powinny wzbudzić zainteresowanie potencjalnych inwestorów. Muszą one przekonać, że jest to wyrób lub usługa specyficzna, która m.in. swoją atrakcyjnością, jakością, ceną i użytecznością może pokonać konkurentów. Warto już na wstępnym etapie biznesplanu ukazać pobieżną analizę otoczenia, która wraz barierami wejścia i wyjścia uwzględni silne i słabe strony.

3.4. Analiza rynku oraz marketing

Celem opracowania planu marketingowego i jego prezentacji w biznesplanie jest wskazanie, że strategia i cele marketingowe podmiotu leczniczego zbudowane są w oparciu o rzetelną i szczegółową analizę sytuacji na rynku docelowym. Organizacja w walce o dany rynek powinna poszukiwać takich działań, które zapewniają osiągnięcie zamierzonych celów strategicznych i umożliwią zwiększenie prawdopodobieństwa sukcesu. Analiza rynku powinna udzielić odpowiedzi na pytanie, czy oferowany wyrób lub usługa znajdą nabywców, a jeśli tak, to ilu z nich faktycznie zdecyduje się na ofertę danej firmy. W dalszej kolejności należy określić cechy typowego i/lub głównego odbiorcy, oszacować popyt na analizowaną usługę lub wyrób oraz przeprowadzić analizę konkurencji. Rzetelnie przeprowadzona analiza rynku stanowi podstawę do opracowania skutecznej strategii marketingowej i dobrego planu marketingowego. Plan marketingowy ma na celu wybór i zaprojektowanie takich działań, które pozwolą na urzeczywistnienie założonych celów, a w szczególności na osiągnięcie zakładanej pozycji rynkowej. Przy tworzeniu planu marketingowego wskazane jest, aby skorzystać z koncepcji mieszanki marketingowej, nazywanej inaczej marketing-mix. Tym terminem nazywane są znajdujące się pod

¹² J. Skrzypek, *Biznesplan – model najlepszych praktyk*, Poltext, Warszawa 2012, s. 43.

kontrolą przedsiębiorstwa zmienne, które łączone są razem po to, aby zaspokoić potrzeby i pragnienia ostatecznych nabywców. Najpopularniejsze ujęcie zakłada czteroczynnikową klasyfikację narzędzi – 4P, w której skład wchodzi: produkt, cena, dystrybucja oraz promocja.¹³ Poprawnie opracowany plan marketingowy zawiera ustalenie, co jest do zrobienia, jak to robić, kiedy będzie to robione oraz kto jest za to odpowiedzialny. Prawidłowo przeprowadzony cykl działań marketingowych pozwala organizacji na podjęcie określonej strategii marketingowej, sporządzenia budżetu i w końcowym etapie ustalenia harmonogramu działania – inaczej mówiąc, wdrażania tych koncepcji w praktyce.

3.5. Zarządzanie

Ten fragment biznesplanu jest najczęściej poświęcany przedstawieniu informacji o sposobie kierowania przedsiębiorstwem i zazwyczaj zawiera informacje dotyczące takich zagadnień, jak: zasoby ludzkie, planowany system motywacji oraz struktura organizacyjna. W odniesieniu do zasobów ludzkich należy przede wszystkim określić podstawowe typy stanowisk oraz sposób doboru i doskonalenia (szkolenia) kadr. Z zarządzaniem zasobami ludzkimi nieodłącznie wiąże się kwestia zaplanowania właściwego systemu motywacji, zarówno płacowej, jak i pozapłacowej. Warto zwrócić uwagę, że właśnie te ostatnie, pozapłacowe sposoby motywowania pracowników nabierają coraz większego znaczenia. W odniesieniu do struktury organizacyjnej kluczowe jest określenie stopnia centralizacji/decentralizacji uprawnień decyzyjnych. Niestety, nie ma żadnej „recepty”, która wskazałaby, jak ten problem rozwiązać. Każda organizacja jest inna, ma swoją własną kulturę organizacyjną, więc rozstrzygnięcie tego problemu wymaga szczególnej uwagi. Ze względu na to, że pokaźna część założeń dotyczących organizacji podejmowanego przedsięwzięcia jest zazwyczaj ujęta w pozostałych częściach biznesplanu, część poświęcona zarządzaniu stanowi swoiste dopełnienie pozostałych.

3.6. Analiza finansowa

Przeprowadzona krótka charakterystyka poszczególnych elementów biznesplanu dotyczyła tych części, które można określić mianem „opisowe”. Przełożenie ujętych w nich założeń na wymiar finansowy odbywa się w ramach analizy

¹³ Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 89.

finansowej projektowanego przedsięwzięcia. Analiza ta powinna obejmować ocenę kondycji finansowej istniejącego przedsiębiorstwa oraz prognozę finansową dla planowanej działalności. Uważa się, że plan finansowy spełnia pokładane w nim oczekiwania, jeśli:

- zawiera dane dotyczące bieżącej kondycji finansowej firmy;
- każdemu przeprowadzanemu działaniu nadaje wartość pieniężną;
- precyzuje wydatki, aby wszelkie zasoby pożytkowane były na potrzeby urzeczywistnienia celów firmy;
- umożliwia analizę celów i działań w odniesieniu do ich rzeczywistych kosztów;
- ustala prawdopodobieństwo osiągnięcia wyniku finansowego firmy zgodnie z przyjętym biznesplanem;
- wyjaśnia zależność pomiędzy kosztami;
- prezentuje próg rentowności dla projektowanej działalności i wrażliwość zysku na przypuszczalne zmiany poszczególnych zmiennych wpływających na wynik finansowy;
- określa przewidywane nakłady na planowaną inwestycję i ich rezultaty;
- pokazuje źródła, z których pozyskiwany będzie kapitał.

Wymienione informacje prezentowane są przede wszystkim w formie sprawozdań finansowych obejmujących bilans, rachunek zysków i strat oraz rachunek przepływów pieniężnych, uzupełnionych innymi zestawieniami. Zalecane jest zawarcie w tej części biznesplanu wskaźników finansowych umożliwiających pogłębioną analizę i ocenę planowanych działań.

3.7. Harmonogram realizacji

Klamrą spinającą wszystkie części biznesplanu jest harmonogram jego realizacji. Wskazane jest, aby miał on formę graficznego narzędzia umożliwiającego dokładne uporządkowanie poszczególnych czynności składających się na dany proces. W harmonogramie powinno się ustalić nie tylko kolejność, czas rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych czynności, ale także osoby odpowiedzialne za ich realizację. Rozszerzeniem harmonogramu są plany wykonawcze, które zawierają szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych czynności.

4. Ocena biznesplanu i związana z nim odpowiedzialność

Każdy biznesplan posiada swojego autora lub autorów, a najczęściej bywają nimi członkowie zarządu podmiotu leczniczego, właściciele, specjaliści, konsul-

tanci lub wszystkie wymienione osoby działające wspólnie. Głównymi odbiorcami biznesplanu są inwestorzy, partnerzy gospodarczy, wierzyciele przedsiębiorstwa, instytucje finansowe, instytucje wspierania przedsiębiorczości, fundacje oraz urzędy i agencje rządowe.

Decydent, który odbiera biznesplan, wymaga od jego autora głębokiej analizy, wszechstronnego rozważenia, a przede wszystkim profesjonalizmu w znajomości dokonania biznesplanu. W podsumowaniu można stwierdzić, że profesjonalny biznesplan powinien:

- zawierać wszystkie niezbędne informacje podane w logicznym i przejrzystym układzie,
- uwzględniać elementarne zasady sztuk budowy biznesplanu,
- opierać się na realnych i przemyślanych danych i założeniach,
- być bezwzględny pod względem rachunkowym.

Ocena biznesplanu obejmuje zatem następujące elementy:

- 1) ocenę poprawności formalnej,
- 2) ocenę poprawności metodologicznej,
- 3) ocenę poprawności rachunkowej.¹⁴

Przy biznesplanie podmiotu leczniczego potrzebne jest podanie misji, wizji, celów strategicznych oraz planów finansowych, wycinkowych wraz z oceną. Plan przedsięwzięcia inwestycyjnego musi zawierać plan inwestycji, plan finansowy, a także ocenę opłacalności i ryzyka. W przypadku braku któregoś z ważnych elementów albo niezrozumiałego układu treści biznesplan może zostać odrzucony. Do uzyskania akceptacji biznesplanu potrzebne jest zachowanie poprawności metodologicznej, a także zachowanie poprawności przyjętych danych i założeń, które obejmują pozycje kosztów, nakładów, przychodów, ceny, stopy procentowe, zdolności produkcyjne itp.

Opracowywane przez podmioty lecznicze biznesplany nie są wolne od różnych uchybień. Do najczęściej występujących mankamentów należą: zachwiana struktura oraz błędy formalne, niedostateczna elastyczność planu, błędnie sformułowane cele i brak realizmu twórców biznesplanu, opracowywanie planu wyłącznie na cele wewnętrzne organizacji. Z kolei do najczęściej występujących błędów i manipulacji danymi zalicza się:

- zaniżanie kosztów,
- zaniżanie nakładów,
- zawyżanie cen,
- zawyżanie zdolności produkcyjnych,

¹⁴ Z. Pawlak, *Biznesplan – zastosowanie i przykłady*, Poltext, Warszawa 2005, s. 35.

- pomijanie pozycji kosztów bądź nakładów,
- nieuwzględnianie czasu niezbędnego do osiągnięcia maksymalnych zdolności produkcyjnych,
- zaniżanie stopy dyskonta.

Przy ocenie biznesplanu rozpatrywane jest kryterium poprawności rachunkowej. Część obliczeń należy do najważniejszych części planu, łatwo tu popełnić błędy, dlatego wskazane jest powtórzenie wszystkich operacji rachunkowych, a także sprawdzenie poprawności części opisowej.

Jeżeli chodzi o zakres odpowiedzialności przy sporządzaniu biznesplanu, przedstawia się ona następująco:

- osoba zlecająca opracowanie jest odpowiedzialna za wybór autora, cenę oraz wszystkie warunki kontraktowe,
- osoba donosząca informacje autorowi biznesplanu odpowiada za jakość tych informacji,
- autor biznesplanu jest odpowiedzialny za stronę formalną, za poprawne opracowanie, terminowość wykonania,
- recenzent odpowiada za kompleksową dokładną weryfikację planu,
- decydent podejmuje decyzje o podjęciu lub niepodjęciu decyzji na podstawie biznesplanu.

Bibliografia

1. *Biznesplan*, red. J. Kowalczyk, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010.
2. Ciechan-Kujawa M., *Biznesplan – standardy i praktyka*, Dom Organizatora, Toruń 2007.
3. Czepurko A., Łukasiewicz J., *Biznesplan w praktyce zarządzania firmą*, Wyższa Szkoła Handlu i Prawa, Warszawa 2005.
4. Filar E., Skrzypek J., *Biznesplan*, Poltext, Warszawa 2003.
5. Kotler P., *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994.
6. Pasieczny J., *Biznesplan. Problemy i metody*, WSPiZ im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2002.
7. Pasieczny J., *Biznesplan – skuteczne narzędzie pracy przedsiębiorcy*, PWE, Warszawa 2007.
8. Pawlak Z., *Biznesplan – zastosowanie i przykłady*, Poltext, Warszawa 2005.
9. Skrzypek J., *Biznesplan – model najlepszych praktyk*, Poltext, Warszawa 2012.
10. Tokarski A., *Biznesplan w praktyce*, CeDeWu, Warszawa 2010.

RACHUNKOWOŚĆ PODMIOTÓW LECZNICZYCH – SPÓŁEK PRAWA HANDLOWEGO

Wstęp

Proces przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe dotyczy wszystkich sfer działalności tych szczególnych podmiotów leczniczych, ale faktyczny zakres zmian określonego obszaru uzależniony jest od konkretnych zadań realizowanych przez daną spółkę oraz jej poszczególne komórki organizacyjne. Celem autorki jest zaprezentowanie podstawowych zagadnień związanych z rachunkowością podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki handlowej – kapitałowej. Takie zawężenie zakresu podmiotowego zostało dokonane z uwagi na fakt, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą być przekształcane wyłącznie w spółki kapitałowe.

1. Pojęcie i istota rachunkowości

Rachunkowość bywa różnie definiowana, m.in. jako „system informacyjny służący użytkownikom do podejmowania decyzji gospodarczych, zwłaszcza finansowych, oraz rozliczania kierownictwa z odpowiedzialnego i efektywnego zarządzania powierzonym majątkiem”,² „zorganizowany system ujmowania, pomiaru i przedstawiania zjawisk oraz procesów gospodarczych występujących w przedsiębiorstwie”,³ „system ewidencji gospodarczej oparty na dokumentach i ujęty w mierniku pieniężnym”,⁴ a przede wszystkim jako „szczególny system

¹ Dr Małgorzata Winter, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski.

² E. Kalwasińska, D. Maciejowska, *Rachunkowość finansowa*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2006, s. 9.

³ E. Nowak, *Rachunkowość – kurs podstawowy*, PWE, Warszawa 2011, s. 13.

⁴ J. Sawicka, A. Stronczek, *Rachunkowość finansowa: podstawy i ewidencje szczegółowe*, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 9.

informacyjny, międzynarodowy język biznesu (rachunek ekonomiczny polegający na porównaniu kosztów z efektami) lub system pomiaru działalności gospodarczej”.⁵ W powyższych definicjach podkreśla się aspekt informacyjny rachunkowości. Rachunkowość można więc określić jako szczególny system funkcjonujący w spółce, którego zadaniem jest zasilenie w informacje procesów zarządzania operacyjnego, taktycznego i strategicznego. Istotą rachunkowości jest więc generowanie informacji. Poza tą najbardziej ogólną funkcją rachunkowości można jeszcze wyróżnić wiele innych, a wśród nich takie, jak: sprawozdawcza, analityczna, dowodowa, kontrolna, optymalizacyjna. Współczesna rachunkowość odróżnia trzy zazębiające się części będące jej podsystemami: rachunkowość finansową, zarządczą i podatkową.

Z uwagi na ograniczoną objętość w dalszej części rozdziału będą omówione wyłącznie te zagadnienia, które dotyczą rachunkowości finansowej⁶ podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej. Jest to ta część rachunkowości, która ze względu na głównych odbiorców generowanej informacji podlega swoistej standaryzacji poprzez obowiązujące regulacje prawne.

Zasadniczym aktem dotyczącym rachunkowości finansowej jest ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷ wraz z rozporządzeniami wykonawczymi wydanymi w oparciu o delegacje ustawowe; dodatkowo, na mocy art. 10 ustawy, spółki kapitałowe mogą przy prowadzeniu rachunkowości korzystać z rozwiązań zawartych w Krajowych i Międzynarodowych Standardach Rachunkowości (tzw. KSR oraz MSR/MSSF).

2. Zakres przedmiotowy rachunkowości finansowej

Do zakresu zadań rachunkowości finansowej podmiotu leczniczego – spółki kapitałowej ustawodawca zaliczył:

- opracowanie polityki rachunkowości,
- prowadzenie ksiąg rachunkowych,
- przeprowadzenie inwentaryzacji,
- dokonywanie wyceny aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
- sprawozdawczość, w tym: sporządzanie sprawozdań finansowych,
- ochronę zbiorów księgowych.

⁵ *Encyklopedia rachunkowości*, red. M. Gmytrasiewicz, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005, s. 639.

⁶ W dalszej części zwana także „rachunkowością”.

⁷ Tekst jednolity: DzU 2013, nr 47, poz. 330.

2.1. Przyjęte zasady rachunkowości – polityka rachunkowości

Podstawę do prowadzenia rachunkowości stanowi opracowany odrębnie dla każdego podmiotu leczniczego dokument opisujący przyjęte indywidualnie rozwiązania i określany mianem polityki rachunkowości. W tymże dokumencie muszą być uwzględnione wszystkie ustalenia związane ze spełnieniem obowiązków księgowych, zarówno te narzucone przez przepisy, jak i wszystkie dokonane przez jednostkę wybory, do których miała umocowania. Minimalny zakres rozwiązań, który jednostka musi posiadać w formie dokumentu, to:

- określenie stosowanego roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych; spółka kapitałowa może przyjąć inny niż rok kalendarzowy okres trwający 12 kolejnych pełnych miesięcy kalendarzowych, stosowany również do celów podatkowych;
- opis metod wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego w zakresie, w jakim pozostawiono jednostce prawo wyboru;
- uszczegółowienie sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych poprzez:
 - opracowanie zakładowego planu kont zawierającego: wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej – w podmiotach leczniczych będących spółkami kapitałowymi nie ma narzuconych ogólnie nazw i numerów kont;
 - sporządzenie wykazu ksiąg rachunkowych;
 - opisanie systemu przetwarzania danych – ten obowiązek może być realizowany w postaci instrukcji (regulaminów) wystawiania (sporządzania), obiegu i kontroli dokumentów;
- opis systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów.

Dodatkowo, w przypadku prowadzenia ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera, ustawa nakazuje uwzględnienie w dokumentacji przyjętych zasad również:

- przedstawienia wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na komputerowych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i procesach przetwarzania danych;
- opisu systemu informatycznego zawierającego wykaz programów, procedur i funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym

w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania;

- wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji.

2.2. Prowadzenie ksiąg rachunkowych

Prowadzenie ksiąg rachunkowych związane jest z bieżącą ewidencją wszystkich zdarzeń gospodarczych. Ustawa stawia wymóg, aby księgi rachunkowe były prowadzone rzetelnie, bezbłędnie, sprawdzalnie i bieżąco. Zapewnia to wiarygodność informacji pochodzących z systemu informacyjnego rachunkowości finansowej. Ustawodawca uznał, że księgi są prowadzone rzetelnie, jeśli dokonane w nich zapisy odzwierciedlają stan rzeczywisty. Wprowadzenie do ksiąg rachunkowych kompletnie i poprawnie wszystkich zakwalifikowanych do zaksięgowania w danym okresie dowodów księgowych, zapewnienie ciągłości zapisów oraz bezbłędność działania stosowanych procedur obliczeniowych zapewniają spełnienie wymogu bezbłędności. Za sprawdzalne uznaje się te księgi rachunkowe, które zapewniają zachowanie śladu rewizyjnego, czyli umożliwiają stwierdzenie poprawności dokonanych w nich zapisów, stanów oraz działania stosowanych procedur obliczeniowych. Prowadzone na bieżąco są te księgi, które umożliwiają terminowe sporządzenie obowiązujących jednostkę sprawozdań, zestawienia obrotów i sald oraz ujmują operacje dotyczące obrotu gotówkowego w dniu ich dokonania.

2.3. Inwentaryzacja

Kolejne zadanie stojące przed każdym podmiotem leczniczym to przeprowadzenie inwentaryzacji. Pod tym pojęciem kryje się szereg czynności, których zadaniem jest wiarygodne ustalenie rzeczywistego stanu majątku i zobowiązań jednostki gospodarczej, skonfrontowanie go ze stanem księgowym, wyjaśnienie ewentualnych różnic i doprowadzenie danych w ewidencji księgowej do zgodnych ze stanem faktycznym. Należy mocno zaakcentować, że inwentaryzacją obejmuje się zarówno wszystkie składniki aktywów, jak i pasywów. Stąd też ustawodawca określił trzy metody inwentaryzacji: spis z natury, uzyskanie potwierdzeń od kontrahentów oraz porównanie danych księgowych z odpowiednimi dokumentami. Jakkolwiek ustawa o rachunkowości nie narzuca wprost takiego obowiązku, jednakże zasady przeprowadzania inwentaryzacji ustalone przez kierownika jednostki powinny mieć postać pisemną. Wydaje się zasadne – zwłaszcza w przypadku większych jednostek, w których odpowiedzialność materialna jest rozproszona na wiele osób – sporządzić instrukcję inwentaryzacyjną, szczegółowo wskazującą

kiedy, w jaki sposób i kto ma przeprowadzić inwentaryzację. Rzetelnie przeprowadzona inwentaryzacja i dokonane w sposób poprawny rozliczenie jej wyników ma podstawowe znaczenie dla realizacji podstawowego zadania rachunkowości, którym jest przedstawienie jasnego i rzetelnego obrazu jednostki w sporządzanych sprawozdaniach finansowych.

2.4. Wycena aktywów i pasywów oraz ustalenie wyniku finansowego

Logicznym następstwem inwentaryzacji jest rzetelne ustalenie realnej wartości posiadanych zasobów majątkowych oraz określenie wartości wszystkich ciężących na spółce zobowiązań (także tych zobowiązań, których termin realizacji i/lub kwota nie są pewne). Wraz z koniecznością ustalenia wyniku finansowego wycena aktywów i pasywów stanowi kolejne zadanie w zakresie rachunkowości ciężące na spółce kapitałowej. Warto dodać, że bez względu na przyjęty wariant rachunku zysków i strat oraz sposób bieżącej ewidencji kosztów wynik finansowy ustalony dla obu podejść zawsze musi wykazywać taką samą wartość.

2.5. Sprawozdawczość

Sprawozdawczość można uznać za kwintesencję rachunkowości finansowej. To zadanie wiąże się obowiązkiem sporządzania sprawozdań finansowych i sprawozdań z działalności, poddania sprawozdania finansowego badaniu przez biegłego rewidenta, obowiązkiem upubliczniania informacji oraz innymi obowiązkami sprawozdawczo-informacyjnymi spełnianymi w oparciu o dane pochodzące z rachunkowości (np. sprawozdania statystyczne). Sprawozdanie finansowe każdego podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej składa się zawsze z co najmniej trzech elementów: bilansu, rachunku zysków i strat oraz z informacji dodatkowej. Gdy sprawozdanie finansowe podlega obowiązkowo badaniu przez biegłego rewidenta, należy wówczas dodatkowo przygotować jeszcze dwa raporty: zestawienie zmian w kapitale własnym oraz rachunek przepływów pieniężnych. Badaniu podlegają zawsze sprawozdania finansowe spółek akcyjnych, bez względu na skalę prowadzonej działalności, a w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością tylko tych, które działalność prowadzą w relatywnie dużym wymiarze.⁸ Jeśli porównywalność danych

⁸ Mierzonym przez trzy parametry: wielkość zatrudnienia, wysokość sumy bilansowej oraz wartość przychodów (sumy przychodów ze sprzedaży produktów i towarów oraz przychodów finansowych).

wykazywanych w sprawozdaniu finansowym za okres bieżący i okres poprzedni jest zakłócona (np. przy zmianach wprowadzonych do polityki rachunkowości), to w „dodatkowych informacjach i wyjaśnieniach” należy przedstawić zmiany w polityce rachunkowości dokonane w ciągu roku, za który sporządzane jest sprawozdanie, i liczbowo zilustrować skutki tych zmian. Sprawozdanie finansowe trzeba sporządzić nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia bilansowego – datą sporządzenia sprawozdania jest data złożenia podpisu przez wszystkie osoby wchodzące w skład zarządu spółki oraz przez osobę, której powierzono prowadzenie ksiąg rachunkowych. Ustawodawca przewidział swoisty „ekwiwalent” podpisu pod sprawozdaniem finansowym: odmowę podpisu, która wymaga wyjaśnienia pisemnego i musi być dołączona do sprawozdania. Zatwierdzenie sprawozdania finansowego powinno być dokonane przez zgromadzenie wspólników (w spółce z o.o.) lub walne zgromadzenie akcjonariuszy (w spółce akcyjnej) nie później, niż w ciągu 6 miesięcy od dnia bilansowego. Zarządy spółek kapitałowych – oprócz dopilnowania sporządzenia sprawozdań finansowych – muszą jeszcze przygotować sprawozdanie z działalności za dany rok obrotowy. Jak zaznaczono wcześniej, spośród wielu funkcji rachunkowości tą główną jest funkcja informacyjna. Sprawozdanie z działalności wraz ze sprawozdaniem finansowym pozwalają na kompleksowe przedstawienie sytuacji majątkowej i finansowej podmiotu leczniczego, jego perspektyw i zagrożeń – razem stanowią swoiste „kompendium” wiedzy o spółce. Dostęp do tych informacji jest nie ograniczony przepisami prawa, a wręcz odwrotnie: sprawozdanie finansowe (nawet jeśli nie zostanie zatwierdzone przez „walne”) musi być złożone do Krajowego Rejestru Sądowego najpóźniej w terminie 6 miesięcy i 15 dni od dnia bilansowego. Wszystkie dane dotyczące spółek kapitałowych zarejestrowanych w KRS są jawne i każdy ma prawo swobodnego wglądu do nich, bez podawania interesu prawnego.

2.6. Ochrona zbiorów księgowych

Powiązaniem wszystkich poprzednio opisanych zadań jest ostatni z enumeratywnie wyliczonych w ustawie obowiązków: ochrona zbiorów księgowych. Ustawodawca zalecił przechowywanie zbiorów księgowych w sposób zapewniający ich ochronę przed niedozwolonymi zmianami, nieupoważnionym dostępem i rozpowszechnianiem, uszkodzeniem i zniszczeniem. Szczególne warunki zostały ustalone dla ksiąg rachunkowych prowadzonych przy użyciu komputera. Trwałemu przechowywaniu podlegają zatwierdzone sprawozdania finansowe, natomiast pozostałe zbiory przechowuje się przez okres od roku do 5 lat, lub dłużej, jeśli taki obowiązek wynika z odrębnych przepisów (np. emerytalnych).

3. Odpowiedzialność za rachunkowość

Za wypełnienie scharakteryzowanych zadań zasadniczo odpowiedzialność ponosi kierownik jednostki. Warto podkreślić, że w przypadku podmiotu leczniczego będącego spółką z o.o. lub akcyjną odpowiedzialność za rachunkowość ciąży na wszystkich członkach zarządu, chyba że z tego grona została wskazana określona osoba (ten wybór niekoniecznie oznacza konkretną osobę, ale może to być stanowisko lub pełniona funkcja). Jednocześnie ustawodawca przewidział możliwość przekazania części zadań (oraz odpowiedzialności za ich realizację) w zakresie rachunkowości innym osobom, za ich pisemną zgodą.⁹ W szczególności taką osobą może być pracownik spółki, który wcale nie musi zajmować stanowiska głównego księgowego. W tym miejscu warto wspomnieć o opcji *outsourcingu* księgowości, czyli skorzystania z usług tzw. biura rachunkowego. Jeśli zarząd spółki podejmie decyzję o skorzystaniu z usługi prowadzenia ksiąg przez podmiot zewnętrzny, to powinien zwrócić uwagę na stawiane takiemu podmiotowi gospodarczemu wymogi prawne. W aktualnym stanie prawnym¹⁰ nie ma natomiast możliwości zlecenia osobie fizycznej, nieprowadzącej działalności gospodarczej, żadnego z zadań dotyczących rachunkowości w powiązaniu z przekazaniem choćby częściowej odpowiedzialności. Z odpowiedzialnością za rachunkowość wiąże się jeszcze jedna kwestia: ustawowego zobligowania członków rad nadzorczych oraz komisji rewizyjnych do zapewnienia, aby sprawozdanie finansowe oraz sprawozdanie z działalności spełniały wymagania przewidziane w tejże ustawie. Jednakże w świetle przepisów ustawy Kodeks spółek handlowych członkowie rad nadzorczych i komisji rewizyjnych nie mogą wydawać wiążących poleceń członkom zarządu.¹¹ W konsekwencji, dyskusyjna jest odpowiedzialność członków organów nadzorujących za sprawozdania finansowe.¹²

4. Nadrzędne zasady rachunkowości

Realizacja zadań związanych z rachunkowością podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej wymaga respektowania norm zawar-

⁹ Nie ma prawnej możliwości przekazania przez zarząd spółki kapitałowej wszystkich obowiązków związanych z rachunkowością innej osobie; ustawodawca *explicite* przypisał pewne czynności kierownikowi jednostki.

¹⁰ Stan na 30 czerwca 2013 r.; wobec zapowiadanych zmian związanych z tzw. drugą deregulacją zawodów w przyszłości warunki korzystania z usług prowadzenia rachunkowości mogą ulec zmianie.

¹¹ Art. 219 § 2 oraz art. 375¹ Kodeksu spółek handlowych (DzU 2000, nr 94, poz. 1037 ze zm.).

¹² Więcej na ten temat: M. Winter, *Odpowiedzialność za rachunkowość a badanie sprawozdań finansowych*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 4 (34).

tych w przepisach ustawy o rachunkowości, stanowiących o odrębności tego systemu i jednocześnie będących podstawą do realizacji podstawowej funkcji rachunkowości, a mianowicie funkcji informacyjnej. Normy zawarte w polskiej ustawie o rachunkowości oparte są na uznanych, fundamentalnych koncepcjach i metodach, wzbogaconych przez podporządkowane im reguły. Stanowią one o odrębności systemu informacyjnego rachunkowości wśród wszystkich systemów informacyjnych. Do najważniejszych koncepcji i zasad rachunkowości finansowej należy zaliczyć:

- Koncepcję wiernego i rzetelnego obrazu przedsiębiorstwa, uznawaną w teorii rachunkowości za naczelną, gdyż podporządkowane są jej wszystkie inne zasady. Dotyczy ona sprawozdań finansowych, w których odzwierciedlenie rzeczywistości powinno być wierne, zgodne z prawdą. Została zawarta w treści ustawy o rachunkowości w ten sposób, że na jednostki objęte jej przepisami został nałożony obowiązek rzetelnego i jasnego przedstawienia sytuacji majątkowej i finansowej oraz wyniku finansowego.
- Zasadę przewagi treści nad formą. Zasada ta wynika wprost z koncepcji wiernego i rzetelnego obrazu. Jej przyjęcie oznacza, że zdarzenia (operacje) gospodarcze muszą być wykazane zgodnie z ich treścią ekonomiczną i prawdą materialną, nawet jeśli forma będzie odbiegać od powszechnie przyjętych rozwiązań.
- Koncepcję podmiotu gospodarczego, zgodnie z którą obserwacja i opis dokonywane przez system rachunkowości finansowej dotyczą działalności konkretnego podmiotu gospodarczego. Rachunkowość zawsze ma jednostkowy charakter, nawet w przypadku sporządzania skonsolidowanych sprawozdań finansowych (wtedy w odniesieniu do podmiotów leczniczych taką „jednostką” jest grupa kapitałowa, składająca się z przynajmniej dwóch spółek kapitałowych). Zgodnie z przepisami podlegają regulacjom ustawy o rachunkowości m.in. wszystkie podmioty posiadające osobowość prawną, a więc podmioty lecznicze prowadzone w formie spółek kapitałowych. Jakkolwiek podmiotem w rachunkowości finansowej jest każda spółka kapitałowa jako całość, to przepisy ustawy przewidują rozwiązanie, które właśnie w odniesieniu do podmiotów leczniczych nabiera szczególnego znaczenia. Spółka kapitałowa może przyjąć rozwiązanie polegające na samodzielnym sporządzaniu sprawozdań finansowych¹³ przez wchodzące w jej skład jednostki organizacyjne; w takim przypadku spółka sporządza tzw. sprawozdanie łączne, będące sumą sprawozdania finansowego jednostki i wszystkich jej

¹³ A więc i samodzielnym prowadzeniu ksiąg rachunkowych.

oddziałów, z uwzględnieniem stosownych wyłączeń. Trzeba podkreślić, że chociaż ustawa o działalności leczniczej – wyłącznie na potrzeby tejże ustawy – definiuje¹⁴ przedsiębiorstwo jako „zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej”, to w przypadku podmiotów leczniczych prawo do takiego rozwiązania: sporządzania łącznego sprawozdania finansowego wynika wprost z treści art. 2 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.¹⁵

- Zasadę ciągłości polegającą na tym, że przyjęte rozwiązania księgowe jednostka powinna stosować w taki sam sposób w kolejnych latach obrotowych. Dopuszczalna jest zmiana dotychczas stosowanych rozwiązań, jeśli ma ona na celu lepsze (rzetelne i jasne) przedstawienie sytuacji jednostki. W takim przypadku w informacji dodatkowej należy określić wpływ tych zmian na sprawozdanie finansowe i inne sprawozdania wymagane odrębnymi przepisami prawa.
- Zasadę kontynuacji działania. Podmiot gospodarczy jest rozpatrywany jako działający nieograniczenie w czasie, tzn. że będzie prowadził działalność bez znaczącego zmniejszenia jej rozmiarów. U podstaw tej zasady leży założenie domniemania dalszego prowadzenia przez jednostkę działalności – w dającej się przewidzieć przyszłości – w takim samym lub podobnym zakresie.
- Zasadę ujęcia memoriałowego. Przestrzeganie tej zasady oznacza, że w księgach rachunkowych jednostki ujmowane są wszystkie zdarzenia gospodarcze, które wystąpiły w danym roku (okresie), bez względu na to, czy miało miejsce równoczesne wydatkowanie lub uzyskanie środków pieniężnych. Ustawodawca w sposób szczególny podkreśla konieczność ujęcia memoriałowego przychodów i kosztów. Zasada ujęcia memoriałowego gwarantuje kompletność obrazu zmian finansowo-rzeczowych w aktywach jednostki w danym okresie.
- Zasadę współmierności, która dotyczy kategorii kosztowych oraz przychodowych i zakłada merytoryczną i czasową zgodność kosztów i strat z przychodami oraz zyskami uwzględnianymi w procedurze ustalania wyniku finansowego. W celu określenia wyników działalności podmiotu gospodarczego istnieje konieczność odniesienia kosztów danego okresu – zarówno rzeczywiście poniesionych, jak i przypisanych do dane go okresu – do przychodów zrealizowanych w tym samym okresie.

¹⁴ Art. 2 ust. 1 pkt 8.

¹⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: DzU 2013, nr 0, poz. 217).

- Zasadę ostrożności, zgodnie z którą elementy zysku wykazywane są tylko po ich zrealizowaniu, zaś koszty wykazywane są nawet wówczas, gdy tylko zostaną uprawdopodobnione, natomiast składniki aktywów wycenia się po cenach historycznych nie wyższych od cen rynkowych. Stosowanie tej zasady zapewnia możliwość odtworzenia aktywów jednostki, przy wymuszeniu realnej wyceny, i ujawnia rzeczywiste wyniki finansowe wy gospodarowane przez jednostkę.
- Zasadę istotności. Wszystkie znaczące ekonomiczne i finansowe informacje powinny być zawarte w samych sprawozdaniach finansowych, bądź w danych uzupełniających. Pełne ujawnienie nie oznacza, że podmioty gospodarcze zmuszone są do wykazywania wszystkich informacji. Zasada istotności polega więc na tym, że dokonując wyboru rozwiązań dopuszczonych ustawą i dostosowując je do potrzeb jednostki, należy zapewnić wyodrębnienie w rachunkowości finansowej wszystkich zdarzeń gospodarczych rzutujących na ocenę sytuacji majątkowej, finansowej oraz wyniku finansowego, przy równoczesnym zachowaniu zasady ostrożności.

Zaprezentowane nadrzędne koncepcje i zasady dotyczące systemu informacyjnego rachunkowości finansowej, uzupełnione o takie reguły, jak:

- reguła neutralności, zakładająca bezstronność ujawnianych przez rachunkowość finansową informacji,
- reguła zrozumiałości, dzięki której informacje pochodzące z systemu informacyjnego rachunkowości mogą być komunikatywne dla ich użytkownika, decydują o wiarygodności i przydatności informacji pochodzących z tego systemu.

Podsumowanie

W przedstawionej krótkiej charakterystyce rachunkowości finansowej podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółek kapitałowych uwzględniono trzy aspekty: zakres zadań stojących przed każdą spółką, odpowiedzialność za ich realizację oraz reguły, których należy przy tym przestrzegać. Ograniczony zakres opracowania nie pozwolił na dokładne omówienie poszczególnych pojęć, jednakże już nawet tak pobieżny rys ukazał odrębność tego systemu i rolę, jaką pełni w podmiocie leczniczym, a także jak duży zakres prac związany jest z rachunkowością. Jednocześnie warto raz jeszcze podkreślić, że rachunkowość dostarcza obiektywne informacje o każdej spółce, stanowi więc istotne narzędzie w procesie zarządzania jednostką gospodarczą.

Bibliografia

1. *Encyklopedia rachunkowości*, red. M. Gmytrasiewicz, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2005.
2. Kalwasińska E., Maciejowska D., *Rachunkowość finansowa*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2006.
3. Nowak E., *Rachunkowość – kurs podstawowy*, PWE, Warszawa 2011.
4. Sawicka J., Stronczek A., *Rachunkowość finansowa: podstawy i ewidencje szczegółowe*, CeDeWu, Warszawa 2011.
5. Winter M., *Odpowiedzialność za rachunkowość a badanie sprawozdań finansowych*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 4 (34).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jednolity: DzU 2013, nr 47, poz. 330).
7. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (DzU 2000, nr 94, poz. 1037 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: DzU 2013, nr 0, poz. 217).

NEGOCJACJE W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Wstęp

Służba zdrowia jest bardzo zróżnicowaną branżą zarówno od strony pełnionych funkcji, jak i uwarunkowań prawnych. Obok publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej działa sieć prywatnych przychodni, obok szpitali i przychodni uniwersyteckich funkcjonuje sieć szpitali prywatnych, obok sanatoriów powołanych przez gminy działają firmy w oparciu o kapitał zewnętrzny itd. Funkcje zarządcze, finansowania i nadzoru skupione są w Ministerstwie Zdrowia, Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), w samorządzie terytorialnym oraz wśród prywatnych właścicieli. W ramach systemu zdrowia swoją działalność prowadzą firmy farmaceutyczne, producenci sprzętu medycznego, fundacje, stowarzyszenia itd. Jak widać, jest to cały system powiązań instytucjonalnych, w którym każdy z elementów ma swoją odrębną specyfikę.²

W tym kontekście uwarunkowania negocjacji są kształtowane w zależności od zaangażowanych w nie podmiotów. I tak np. rozmowy pomiędzy prywatnym właścicielem szpitala a jego personelem mają inny przebieg niż w publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej. Tym, co powinno łączyć i być nadrzędnym celem wszystkich instytucji wchodzących w skład systemu służby zdrowia, jest dobro pacjenta. Nie zawsze interes pacjenta jest realizowany, ale zwykle jego dobro stanowi uzasadnienie przy podejmowaniu decyzji negocjacyjnych.

Celem autora jest przedstawienie głównych koncepcji negocjacji oraz pokazanie ich specyfiki w kontekście podmiotów leczniczych. Akcent został położony na te elementy rozmów, które są wspólne dla wszystkich wymienionych wcześniej instytucji służby zdrowia.

¹ Dr Sławomir Winch, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² Por. *Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012*, red. S. Golinowska, Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

1. Pojęcie negocjacji

Przyjmuje się, że negocjacje są instrumentem regulacji konfliktów.³ Konflikt ma miejsce wtedy, gdy co najmniej dwie grupy inaczej postrzegają swoje cele i interesy. W kolejnym kroku zaczynają być świadome faktu, iż bez uzgodnień z drugą stroną (grupą) nie ma możliwości ich realizacji. Jednocześnie uczestnicy negocjacji odrzucają instrumenty oddziaływania związane z wykorzystaniem fizycznych środków przymusu.

Klasyczną definicję pojęcia negocjacji stanowi propozycja R. Fischera, W. Urego i B. Pattona. Twierdzą oni, że „Negocjacje są podstawowym sposobem uzyskiwania od innych tego, czego chcemy. Jest to zwrotny proces komunikowania się w celu osiągnięcia porozumienia, w sytuacji, gdy ty i druga strona związani jesteście pewnymi interesami, w których jedno są wspólne, a inne przeciwstawne”.⁴ Ten punkt widzenia jest bardzo często obecny w literaturze dedykowanej podmiotom leczniczym.⁵

Inni autorzy – R.E. Walton i McKersy – ujmują negocjacje jako „[...] przemyślaną interakcję dwóch lub więcej skomplikowanych jednostek społecznych, za pomocą których próbują one definiować lub redefiniować warunki wzajemnej zależności”.⁶ Opozycję do tego punktu widzenia – czyli traktowania rozmów jako „przemyślanego procesu” – stanowi podejście G. Karrasa, twierdzącego, że „Negocjacje to proces stresujący, pełen nerwowości, który często przebiega wbrew logice, zarządzeniom i regulaminom [...] w sferze stosunków między ludzkich”.⁷

D.A. Lax i J. Sebenius ujmują negocjacje jako grę rozgrywaną się pomiędzy stronami w trzech wymiarach: taktyki, projektowania porozumienia, ustawienia (tj. działań poza negocjacyjnych – „kularowych”). Również oni kładą ogromny nacisk na umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.⁸

W naukach o zarządzaniu negocjacje są traktowane jako proces nieustannej gry o władzę i organizacyjne zasoby.⁹ W ujęciu tym zakłada się, że przedsiębiorstwo

³ A. Winch, S. Winch, *Negocjacje – organizacja, jednostka, kultura*, Difin, Warszawa 2010.

⁴ R. Fischer, W. Ury, B. Patton, *Dochodząc do Tak. Negocjowanie bez poddawania się*, PWE, Warszawa 1994, s. 27–28.

⁵ Por. L.J. Marcus et al., *Renegocjowanie opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów poprzez budowanie współpracy*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.

⁶ R.E. Walton, R.C. McKersy, *A Behavioral Theory of Labor Negotiations*, Press Ithaca, New York 1995, s. 3.

⁷ G. Karras, *Dobić targu*, Businessman Book, Sopot 1990, s. 6.

⁸ D.A. Lax, J.K. Sebenius, *Negocjacje w trzech wymiarach*, MT Biznes, Warszawa 2007.

⁹ W. Piotrowski, *Organizacja i zarządzanie – kierunki koncepcje, punkt widzenia*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A. Koźmiński, W. Piotrowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 443–583.

(podmiot leczniczy) nie jest monolitem, składa się z jednostek i grup walczących pomiędzy sobą o maksymalne możliwości zaspokojenia swoich potrzeb. Zwykle są nimi: władza, prestiż, dobra materialne, czas wolny, informacja. Konflikty w przedsiębiorstwie stanowią dla niego zagrożenie tylko wtedy, gdy mają charakter ukryty, ponieważ wymykają się wtedy spod kontroli i zagrażają efektywności podejmowanych działań. Pozytywne funkcje konfliktu wynikają z faktu, iż mogą one stanowić źródło inspiracji do wprowadzenia zmian, adaptacji do przekształceń w otoczeniu, ustalaniu reguł zwiększających efektywność podejmowanych działań.¹⁰

Zróźnicowanie podejść do negocjacji ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Zróźnicowanie podejść do negocjacji

Podejście do negocjacji	Postawa wobec drugiej strony	Konsekwencje dla zarządzania
Współpraca (R. Fischer, W. Ury, R. Walton, McKersy)	Uwzględnianie interesów oraz celów partnera.	Długofalowe i wielopłaszczyznowe relacje. Konflikt jako szansa dla rozwoju przedsiębiorstwa.
Gra pomiędzy stronami (G. Karras, D.A. Lax, J. Sebenius)	Urzeczywistnienie własnych celów i interesów bez liczenia się z oczekiwaniami drugiej strony.	Tworzenie antagonizmów pomiędzy grupami i jednostkami. Konflikt jako zagrożenie dla przedsiębiorstwa.

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując, powiemy, że do negocjacji dochodzi wtedy, gdy: występuje konflikt interesów pomiędzy co najmniej dwoma grupami, każda z nich jest zależna od drugiej i dążą do jego rozwiązania. Istotnymi elementami są: merytoryczne przygotowanie, znajomość rynku oraz uwarunkowań prawnych, identyfikacja potrzeb i umiejętność komunikacji. Bycie „skutecznym negocjatorem” wymaga zatem wiedzy o przedmiocie rozmów oraz z zakresu psychospołecznych uwarunkowań w procesie podejmowania decyzji.

2. Pomiędzy grą i współpracą w negocjacjach

Wyróżnione podejścia do negocjacji nie mają wyłącznie charakteru teoretycznego i są powszechnie stosowane w praktyce gospodarczej. Podjęcie „gry” jest wtedy uzasadnione, gdy kontakty z drugą stroną mają charakter okazjonalny, nie ma obszaru wspólnych interesów lub też pozycja jednej ze stron jest tak silna, że nie

¹⁰ Por. M. Jo Hatch, *Teoria organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 301.

musi brać pod uwagę potrzeb partnera w rozmowach. Pewną barierę mogą stanowić względy natury etycznej, ale w naszej kulturze blef – w kontekście negocjacji – bywa postrzegany jako cenna umiejętność i jest oceniany pozytywnie. Granicą blefu jest prawo (nie jest blefem np. przedstawianie sfałszowanych dokumentów) i godność drugiego człowieka (świadome urażanie osób reprezentujących drugą stronę w negocjacjach).

Istotą gier negocjacyjnych jest wywieranie nacisku na drugą stronę w celu uzyskania jak najkorzystniejszego – dla siebie – porozumienia. Technik jest bardzo wiele, np.: „ekspert”, „dobry i zły policjant”, „małe-wielkie sprawy”, „maskowanie”.¹¹ Bardzo często w relacjach z NFZ używa się terminu „negocjacje”. Z punktu widzenia przyjętych tu założeń jest to termin nieadekwatny do sytuacji. Negocjacje zakładają wymianę „coś za coś”, choćby w minimalnym stopniu współzależność stron. Wspomniana tu instytucja pełni rolę monopolisty, a z nim nie ma negocjacji. Jak zatem prowadzić rozmowy? Jest kilka sposobów.

Pierwszym z nich jest „zaprzyjaźnienie”. Chodzi tutaj o stworzenie nieformalnych relacji z decydentami i na tej drodze stworzenie sobie możliwości realizacji interesów. Drugim sposobem jest „zawiązanie koalicji” i wywieranie nacisku przez media. Przykładem mogą być działania Stowarzyszenia Zielonogórskiego. Kolejnym instrumentem jest wywieranie nacisku poprzez osoby (instytucje) wpływające na proces podejmowania decyzji. Czwartą możliwością jest zmiana obowiązującego prawa – lobbings, naciski polityczne. Ostatnim sposobem jest dywersyfikacja usług medycznych i uniezależnienie się od monopolisty. Rzecz jasna każdy z tych sposobów ma swoje uwarunkowania i nie zawsze może być wykorzystywany. To, co nieraz pozostaje, to czekanie na rozwój wypadków i „cięcie” kosztów w celu minimalizowania skali zadłużenia podmiotu leczniczego.

Podejście do negocjacji jako gry pomiędzy stronami ma także miejsce wewnątrz podmiotów służby zdrowia. Bardzo ważnym pojęciem jest BATNA. „Zaplecze” BATNA¹² jest to opracowanie możliwości działania w przypadku braku osiągnięcia porozumienia. Przystępując do negocjacji, zanim odpowiemy na pytanie „co i ile będę z tego miał?”, znajdziemy odpowiedź na inne: „co zrobię, gdy nie dojdzie do porozumienia?”. Spójrzmy na BATN-ę z perspektywy np. personelu pomocniczego oraz grupy bardzo cenionych lekarzy. Zaplecze negocjacyjne pierwszej grupy jest bardzo słabe. Odpowiedź na pytanie „co będzie, gdy nie dojdzie do porozumienia?” może wiązać się z utratą pracy i brakiem możliwości znalezienia innej. W przy-

¹¹ Por. A. Winch, S. Winch, op.cit., s. 67–83.

¹² BATNA jest angielskim skrótem wyrażenia *best alternative to a negotiated agreement*. W dosłownym tłumaczeniu: najlepsza alternatywa negocjowanego porozumienia. Przekład za R.A. Rządca, tłumaczem książki: R. Fischer, W. Ury, B. Patton, op.cit.

padku drugiej grupy takich obaw z reguły nie ma. W konsekwencji dominującym podejściem wobec personelu pomocniczego będzie „gra”, zaś w przypadku drugiej grupy znacznie częściej wystąpi współpraca. Wydaje się, że jedną z niewielu barier w podejściu „growym” jest etyka i obawa przed utratą wiarygodności oraz reputacji.

Podejście do negocjacji jako współpracy występuje tam, gdzie dwie strony są ze sobą silnie związane emocjonalnie lub łączy je wiele wspólnych interesów. W podmiotach służby zdrowia może to występować w obrębie danej grupy pracowników lub w relacjach z firmami dostawczymi. Współpraca jest procesem składającym się z następujących elementów: ustalenie reguł postępowania, identyfikacja interesów, sformułowanie problemu, poszukiwanie rozwiązań, podjęcie decyzji.¹³

Jak wykazuje praktyka, najczęściej kłopotów sprawia sformułowanie problemu negocjacyjnego. Jest on pytaniem brzmiącym: „co zrobić, by było Moje i jednocześnie Twoje?”. W jednym ze szpitali związki zawodowe wystąpiły z postulatem zwiększenia wynagrodzenia o 15%. Powodem była chęć uzyskania bezpieczeństwa socjalnego. Dyrekcja placówki była skłonna dać 5% podwyżki, ponieważ obawiała się o płynność finansową szpitala. Problem można sformułować na dwóch poziomach. Pierwszy – interesów – „co zrobić, by pracownicy mieli poczucie bezpieczeństwa socjalnego i jednocześnie zarządzający mieli pewność utrzymania płynności finansowej?”. Drugi – stanowisk – „co zrobić, by uzyskać 15% podwyżki i jednocześnie nie spowodować wzrostu kosztów o 5% w skali miesiąca?”. Kłopot polega na tym, że strony z reguły nie biorą pod uwagę punktu widzenia partnerów i ich sformułowania mają charakter jednostronny, np.: „co zrobić, by mniej pracować i więcej zarabiać?” lub „co zrobić, by pracownicy więcej pracowali i nie chcieli większego wynagrodzenia?”.

Występuje wiele barier we współpracy. Część z nich ulokowana jest w emocjach. Codzienne kontakty w miejscu pracy rodzą wiele napięć pomiędzy ludźmi i nie zawsze są one możliwe do przełamania w sytuacji wspólnych działań. Pracownicy zdają sobie sprawę z różnic pomiędzy interesami i nie widzą podstaw do zaufania, że druga strona będzie uwzględniała ich potrzeby. Kolejna kwestia związana jest z przekonaniem, iż zarządzanie niepewnością (np. brak reguł, jasnych kryteriów oceny) podnosi efektywność działań. Ostatnią z barier jest obawa, że ujawnienie informacji o swoich interesach może być wykorzystane przeciwko danej stronie. Z tych powodów znacznie częściej – jak wykazują badania¹⁴ – w organizacjach mamy do czynienia z sytuacją gry pomiędzy ludźmi.

¹³ A. Winch, S. Winch, op.cit., s. 54–64; R. Fischer, W. Ury, B. Patton, op.cit.

¹⁴ A. Winch, S. Winch, op.cit.

3. Taktyka dokonywania ustępstw

Wyobraźmy sobie, że przedstawiciele związków zawodowych rozpoczynają negocjacje płacowe i formułują swoje wyjściowe stanowisko na poziomie wzrostu płac o 30%. Po chwili milczenia pracodawca zgadza się z tą propozycją. Jest wielce prawdopodobne, że konsternacja i wzajemne oskarżenia o brak rozeznania sytuacji będą przedmiotem długich dyskusji wśród przedstawicieli pracowników. Jedno z retorycznych pytań będzie zapewne sformułowane w następujący sposób: „dlaczego nie zaproponowaliśmy 35%?!”.

Ten przykład ilustruje uniwersalny mechanizm uzyskiwania satysfakcji w negocjacjach – jest ona nam dana, gdy osiągamy swoje cele po choćby krótkiej „walce”, wymianie argumentów i wzajemnych ustępstw. Jedno z największych rozczarowań w procesie negocjacji ma miejsce wtedy, gdy druga strona zawsze mówi „tak”. Stąd też jedna z maksym negocjacyjnych brzmi: „zanim w ważnej sprawie powiesz TAK, powiedz NIE!”.

Początek negocjacji to moment, w którym druga strona mówi „nie”! Dla prowadzących rozmowy jest to sytuacja postrzegana jako trudna, ale – paradoksalnie – zbliża ona oponentów do wytyczenia obszaru, w którym możliwe jest ostateczne porozumienie. Rozpoczyna się bowiem moment wymiany argumentów i dokonywania ustępstw. Jeśli jedna strona mówi ciągle „tak”, to nie ma negocjacji. Podejmujący negocjacje zwykle zakładają dokonanie ustępstw na rzecz drugiej strony. Umiejętność dokonywania ustępstw to realizacja następujących zasad:

- 1) ustępuj powoli, małymi krokami,¹⁵
- 2) ustępstwa nie muszą być równomierne (z faktu, że ktoś ustąpił o np. 10,0%, nie wynika, że druga strona jest zobowiązana do ustępstwa w tej samej skali),
- 3) ustępując, żądaj czegoś w zamian.

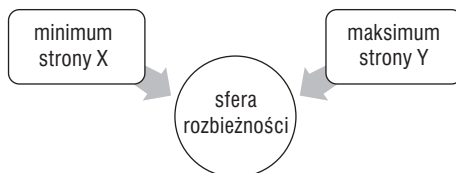
Trzecia z wymienionych zasad jest tym bardziej skuteczna, im więcej mamy wiedzy o potrzebach i uwarunkowaniach, w jakich funkcjonuje druga strona. Owe informacje mogą wynikać z indywidualnych doświadczeń, wiedzy ekspertów itp.

Narzędziem formułowania warunków – na poziomie komunikacji – jest stwierdzenie „tak i...”. Jedną z umiejętności negocjatora jest odmowa, przy jednoczesnym mówieniu „tak”. Inaczej brzmią stwierdzenia np. „nie, ponieważ...” czy „tak, ale pod warunkiem...” (wzrasta prawdopodobieństwo, że druga strona zinterpretuje sytuację jako próbę szantażu) niż „tak i...”.

¹⁵ Trudno jest w tych kwestiach użyć bardziej precyzyjnych sformułowań, albowiem miara „dużo – mało” uzależniona jest od skali transakcji i od branży. Udzielenie rabatu w wysokości 10,0% przy zakupach hurtowych sprzętu medycznego jest rzeczą codzienną. Trudno sobie wyobrazić, by przy obecnych stopach procentowych bank zgodziłby się na 10% obniżkę odsetek z tytułu spłacanego kredytu.

Formuła „tak i...” otwiera możliwość poruszania się pomiędzy granicami wyznaczonymi poprzez stanowiska i jednocześnie przywołuje inne warunki realizacji interesów drugiej strony. Zwykle początek rozmów można przedstawić za pomocą schematu przedstawionego na rysunku 1.

Rysunek 1. Rozbieżność stanowisk stron – początek rozmów

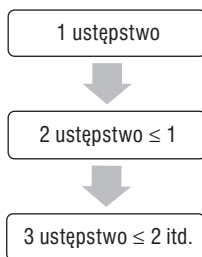


Źródło: opracowanie własne.

Początkowa rozbieżność stanowisk obu stron jest zmniejszana tylko wtedy, gdy w trakcie negocjacji odwołują się one do możliwości realizacji innych interesów drugiej strony – przedstawiane są inne korzyści osiągnięcia porozumienia.

Drogę ustępstw obrazuje rysunek 2.

Rysunek 2. Droga dokonywania ustępstw



Źródło: opracowanie własne.

Mogą oczywiście zachodzić odstępstwa od wymienionej zasady, np. $3 > 2$, ale tylko wtedy, gdy zajdą ku temu uzasadnione okoliczności, np. zwiększenie skali kontraktów, dostaw.

W jednym z doświadczeń zwracano uwagę na liczbę ustępstw dokonywanych przez strony. Okazuje się, że negocjatorzy dokonują maksimum pięciu ustępstw w danej sprawie, a 70% usztywnia swoje stanowisko w kroku trzecim.¹⁶ Jeżeli

¹⁶ Ibidem.

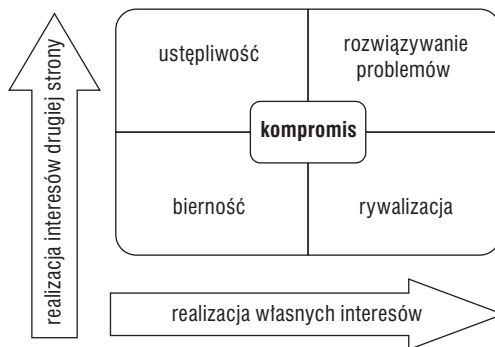
zatem druga strona dokonała już trzech ustępstw w danej sprawie, to „znajduje się u kresu wytrzymałości” – wzrasta w niej gotowość do zerwania rozmów, mimo że nie ma innych przesłanek takiej decyzji.

Dalsza zmiana jej pozycji wyjściowej jest możliwa w momencie modyfikacji naszych stanowisk lub przerwania rozmów na inną płaszczyznę ustaleń, np. warunki płatności. Jeżeli dla drugiej strony jest to warunek istotny, wtedy jest gotowa do dalszych ustępstw, także w sferze, w której już trzykrotnie zmieniła wyjściowe stanowisko.

4. Przełamywanie oporów w negocjacjach

W koncepcjach negocjacji możemy wyróżnić co najmniej pięć stylów prowadzenia rozmów. Kryterium ich wyróżnienia stanowi kryterium efektywności negocjacji: realizacja indywidualnych interesów *versus* realizacja interesów drugiej strony.¹⁷ W tym kontekście możemy wyróżnić pięć stylów prowadzenia negocjacji: ustępliwość, rozwiązywanie problemów, kompromis, bierność, rywalizacja (rysunek 3).

Rysunek 3. Style prowadzenia negocjacji



Źródło: na podstawie R. Lewicki et al., *Zasady negocjacji*, Rebis, Poznań 2005, s. 39.

Przełamywanie oporów w negocjacjach wiąże się z poszukiwaniem argumentów, których użycie powoduje zmianę stanowiska drugiej strony. Czasami określa się je mianem „asów w rękawie”. Sam proces argumentacji wiąże się z perswazją, tj. umiejętnością skłaniania ludzi do przyjęcia danego przekonania

¹⁷ Por. R. Lewicki et al., *Zasady negocjacji*, Rebis, Poznań 2005, s. 39–41.

(wartości) poprzez oddziaływanie na ich sposób myślenia i zachowania.¹⁸ Należy zwrócić uwagę, że co najmniej w trzech stylach prowadzenia negocjacji – ustępliwości, bierności i rywalizacji – argumentacja odgrywa minimalną rolę i służy wyłącznie budowaniu swojej wiarygodności. Skoro dana strona jest nastawiona wyłącznie na rywalizację, to z istoty rzeczy nie będzie brała pod uwagę punktu widzenia drugiej strony. Podobnie jest ze stylem unikania oraz bierności. Ewentualna argumentacja stanowi wyłącznie uzasadnienie dla przyjętych punktów widzenia. Przyjęcie danego stylu rozmów jest pochodną siły BATN-y. Trudno się np. spodziewać, by strona posiadająca bardzo słabe zaplecze i prowadząca rozmowy z kimś, według którego BATNA jest bardzo mocna, decydowała się na rywalizację. Z reguły przyjmie postawę ustępliwości lub bierności. Ilustracją w branży służby zdrowia mogą stanowić rozmowy z NFZ.

W przypadku stylu nastawionego na kompromis i rozwiązywanie oporów możemy mówić o perswazji i związanej z nią sile argumentów. W perswazji występują dwa generalne typy argumentacji:¹⁹

- odwoływanie się do emocji – pozytywnych i negatywnych,
- odwoływanie się do faktów (użyteczności) – pozytywnych i negatywnych.

W pierwszym przypadku przytacza się argumenty dotyczące świata wartości i ideologii, np. „dobro placówki” czy „dobro pacjentów”. Skuteczność perswazji emocjonalnej odwołującej się do zjawisk pozytywnych wynika z trudności dyskusji na tym poziomie argumentacji. Jeżeli ktoś np. twierdzi, że trzeba mieć na uwadze „dobro pacjentów”, to trudno z tym dyskutować. Głównie dlatego, że jeżeli zaprzeczymy, to wzrasta prawdopodobieństwo wykreowania własnej postawy w kategoriach egoistycznych. Za emocjami pozytywnymi kryją się też ważne idee mobilizujące ludzi do podjęcia określonych działań.

Zgoła inaczej rzecz wygląda z perswazją odwołującą się do emocji negatywnych. Generalnie uważa się, że posługiwanie się emocjami negatywnymi bardziej sprzyja konfliktom niż porozumieniom. Trudno przypuszczać, by sformułowanie typu „jesteście niepoważni” sprzyjało konstrukcji pozytywnego klimatu rozmów.

W przypadku odwoływania się do faktów pozytywnych precyzyjnie określa się konsekwencje wynikające z przyjętych propozycji – prezentacja faktów, np.: „wzrost zysku o 10,0%”, „utrzymanie zatrudnienia na obecnym poziomie”. Skuteczność odwoływania się do faktów jest funkcją posiadanych rzetelnych informacji o przedmiocie negocjacji oraz sytuacji rynkowej. W tego typu perswazji nie należy odrzucać faktów

¹⁸ Por. K. Hogan, *Psychologia perswazji*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 2000. Por. R. Fischer, D. Shapiro, *Emocje w negocjacjach*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 2009.

¹⁹ Por. Z. Nęcki, *Negocjacje w biznesie*, Profesjonalna Szkoła Biznesu, Kraków 1991, s. 52–73; J. Penc, *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Difin, Warszawa 2010.

negatywnych. Stwierdzenie, iż brak porozumienia oznacza „spadek rentowności o 10,0%”, stanowi wyłącznie wskazanie konsekwencji podejmowanych decyzji.

Idealnym zabiegiem jest połączenie faktów pozytywnych z emocjami pozytywnymi. Uruchomienie tego typu argumentacji wymaga wcześniejszego przygotowania w oparciu o badania rynkowe lub własne doświadczenie i intuicję. Ważne jest, by perswazja choć w jakimś elemencie odwoływała się do pozytywów – zwiększa się wtedy prawdopodobieństwo współpracy z drugą stroną.

Efektywność stosowanych argumentów jest funkcją uwarunkowań sytuacji negocjacyjnej. Jako zasadę należy przyjąć, że:

- 1) odwołanie się do pozytywów zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia porozumienia,
- 2) odwoływanie się do faktów sprzyja formułowaniu problemów w kategoriach praktycznych decyzji.

Argumenty „negatywne” z większym prawdopodobieństwem wzbudzają poczucie zagrożenia, wzrasta poczucie bycia szantażowanym. Groźba przymusu w negocjacjach zmniejsza szansę osiągnięcia porozumienia. Nawet gdy ono nastąpi, to jest tylko kwestią czasu, tj. do momentu, gdy groźba przestanie być postrzegana jako realna do wykonania – ponownego ujawnienia konfliktu.

Nigdzie nie jest powiedziane, że negocjacje mają zakończyć się zawarciem porozumienia. Jeżeli porozumienie jest gorsze od jego braku, to po co je zawierać? Jeżeli np. mam kupca, który oferuje za mój samochód 20 tys. zł, to dlaczego mam go sprzedać temu, który oferuje 15 tys. zł? (przyjmujemy, że jedynym kryterium przy podejmowaniu decyzji jest cena samochodu). W tym momencie decydującą rolę odgrywa BATNA – posiadanie innych możliwości realizacji interesów i osiągnięcia celów. Strategia przełamywania oporów jest realizowana w trakcie prowadzenia rozmów, ale jej sukces zależy od fazy przygotowań – opracowania alternatywnych działań w sytuacji braku porozumienia.

5. Specyfika negocjacji w podmiotach leczniczych

Branża opieki zdrowotnej w wielu elementach jest podobna do innych funkcjonujących w naszej gospodarce. W jej skład wchodzi podmioty zróżnicowane pod względem: form własności i wynikających z nich relacji władzy, technologii, wielkości itd. Podobne jak w przypadku przedsiębiorstw jest także podejście społeczeństwa do kwestii przekształcania podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego czyli, innymi słowy, prywatyzacji. Na początku ostatniej dekady XX w. proces zmian własnościowych kojarzył się ludziom z racjonalizacją

procesów decyzyjnych, poprawą jakości produktów itd. Z czasem, jak wykazują badania oraz doświadczenia przedsiębiorstw, w świadomości społecznej prywatyzacja zaczęła kojarzyć się „z cwaniactwem, kombinowaniem i łamaniem prawa, bezrobociem” – taką opinię wyrażało ponad 30% Polaków.²⁰

Przekształcanie podmiotów leczniczych związane jest z administracyjno-państwową transformacją prawa własności. W konsekwencji następuje upolitycznienie procesu, w którym bieżące partykularne interesy dominują nad kwestiami ekonomicznymi. Z drugiej strony, w opinii społeczeństwa, prywatna służba zdrowia jest synonimem lepszej jakości usług.²¹ Tak więc w odczuciu społecznym mamy jednocześnie do czynienia z obawą przed łamaniem prawa i wzrostem cen oraz nadzieją na poprawę jakości usług.

Z punktu widzenia negocjacji – i to stanowi o specyfice branży – warto spojrzeć na BATN-ę poszczególnych grup interesów. Wiele z nich może mieć poczucie braku alternatywy w sytuacji braku porozumienia. Do tej grupy należą pracownicy NFZ, Ministerstwa Zdrowia, samorządu itd. Dla nich, jak się wydaje, przekształcanie podmiotów stanowi szansę w realizacji partykularnych interesów zawodowych czy politycznych. W ambiwalentnej sytuacji są zarządzający podmiotami leczniczymi. W przypadku tych, dla których wycena procedur przez NFZ jest korzystna, przekształcenia jawią się jako szansa. Natomiast dla kierujących podmiotami oferującymi całą gamę usług, nie zawsze rentownych, jest to zagrożenie. Prawo spółek handlowych nakłada odpowiedzialność za kondycję ekonomiczną na akcjonariuszy (udziałowców). Transformacja własnościowa nie jest tożsama z poprawą rentowności. Tak więc postawa zarządzających podmiotami jest pochodną wycen procedur ustalanych przez NFZ, stanem technicznym podmiotów leczniczych oraz ich lokalizacją.

Z drugiej strony istnieje liczna grupa, dla której brak porozumienia jest lepszy niż rozpoczęcie procesu przekształceń. Należą do niej administracja podmiotów, personel pomocniczy. Dla tej grupy prywatyzacja to obawy przed utratą miejsc pracy. W najbardziej komfortowej sytuacji znajduje się grupa lekarzy – wysokiej klasy specjalistów. Dla nich możliwe jest – tak jak do chwili obecnej – funkcjonowanie w każdej formule własnościowej.

²⁰ Por. J. Tittenbrun, *Z deszczu pod rynnę. Meandry polskiej prywatyzacji*, t. I–IV, Zysk i S-ka, Poznań 2007; *Opinie o prywatyzacji. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, październik 2003 oraz październik 2009, <http://www.cbos.pl>; S. Winch, *Procesy prywatyzacji w ocenie pracowników – wyniki badań w latach 1990–2003*, w: *Współczesne zarządzanie: teoria i praktyka*, red. S. Walukiewicz, Centrum Badań Przedsiębiorczości i Zarządzania PAN, Warszawa 2004, s. 139–154.

²¹ *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, kwiecień 2012, <http://www.cbos.pl/>

Tym, co powinno łączyć wszystkie wskazane grupy interesu, jest „dobro pacjenta”. Dla S. Ossowskiego stanowi ono wartość odczuwaną, czyli „[...] uznajemy wartość jakiegoś przedmiotu wtedy, gdy w naszym przekonaniu przedmiot ten powinien być odczuwany jako wartość, czyli powinien być dla nas istotnie atrakcyjny [...]”²² Tak rozumiane wartości nie mogą być przedmiotem negocjacji. Może nim się stać sposób ich realizowania – normy. Z tego powodu w procesie przekształceń podmiotów leczniczych bardzo częstym argumentem jest właśnie „dobro pacjenta” i każda ze stron próbuje wykazać, że proponowane rozwiązania godzą w możliwość realizacji tejże wartości.

Nie wydaje się, by w tak zarysowanej sytuacji negocjacyjnej możliwa do wykorzystania byłaby strategia współpracy. Znacznie częściej będziemy mieli do czynienia ze strategią „gry”, w której realizacja interesów drugiej strony jest niewiele znacząca dla uczestników rozmów.

Podsumowanie

W proces przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego jest zaangażowanych wiele podmiotów administracji państwowej, firm prywatnych grup zawodowych i, co najważniejsze, wszyscy obywatele naszego kraju. Stąd też proces ten budzi wiele emocji, stając się obszarem gry politycznej.

Z punktu widzenia negocjacji wyróżniamy dwie przeciwstawne koncepcje: gry i współpracy. Wybór jest determinowany skalą wzajemnego uzależnienia stron oraz posiadania alternatywnych możliwości realizacji interesów (BATN-y). Zarówno badania, jak i diagnoza indywidualnych doświadczeń wskazują, że funkcjonują grupy, którym zależy na przekształcaniu podmiotów, oraz takie, dla których jest to proces zagrażający ich interesom. W konsekwencji zostanie uruchomiona „growa” koncepcja negocjacji. O jej efektywności przesądza znajomość przedmiotu rozmów, taktyka dokonywania ustępstw oraz siła BATN-y.

Bibliografia

1. Fischer R., Shapiro D., *Emocje w negocjacjach*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 2009.
2. Fischer R., Ury W., Patton B., *Dochodząc do Tak. Negocjowanie bez poddawania się*, PWE, Warszawa 1994.
3. Hatch M. Jo, *Teoria organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

²² S. Ossowski, *Dzieła. Z zagadnień psychologii społecznej*, PWN, Warszawa 1967, s. 73.

4. Hogan K., *Psychologia perswazji*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 2000.
5. Karras G., *Dobić targu*, Businessman Book, Sopot 1990.
6. *Komunikaty z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, październik 2003, październik 2009, kwiecień 2012, <http://www.cbos.pl>
7. Lax D., Sebenius J., *Negocjacje w trzech wymiarach*, MT Biznes, Warszawa 2007.
8. Lewicki R. et al., *Zasady negocjacji*, Rebis, Poznań 2005.
9. Marcus L. et al., *Renegocjowanie opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów poprzez budowanie współpracy*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
10. Nęcki Z., *Negocjacje w biznesie*, Profesjonalna Szkoła Biznesu, Kraków 1991.
11. Ossowski S., *Dzieła. Z zagadnień psychologii społecznej*, PWN, Warszawa 1967.
12. Penc J., *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Difin, Warszawa 2010.
13. Piotrowski W., *Organizacja i zarządzanie – kierunki koncepcje, punkt widzenia*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A. Koźmiński, W. Piotrowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 443–583.
14. Tittenbrun J., *Z deszczu pod rynną. Meandry polskiej prywatyzacji*, t. I–IV, Zysk i S-ka, Poznań 2007.
15. Walton R.E., McKersy R.C., *A Behavioral Theory of Labor Negotiations*, Press Ithaca, New York 1995.
16. Winch A., Winch S., *Negocjacje – organizacja, jednostka, kultura*, Difin, Warszawa 2010.
17. Winch S., *Procesy prywatyzacji w ocenie pracowników – wyniki badań w latach 1990–2003*, w: *Współczesne zarządzanie: teoria i praktyka*, red. S. Walukiewicz, Centrum Badań Przedsiębiorczości i Zarządzania PAN, Warszawa 2004, s. 139–154.
18. *Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012*, red. S. Golinowska, Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

EFEKTYWNA KOMUNIKACJA W ORGANIZACJI

Wstęp

Podstawowym czynnikiem sprawnego funkcjonowania organizacji XXI w. – bez względu na jej wielkość – jest obszar zarządzania komunikacją. Każda nowoczesna organizacja – podmiot leczniczy – aby istnieć na rynku i prowadzić swoją działalność, musi komunikować się z pracownikami, indywidualnymi klientami zewnętrznymi, dostawcami, administracją rządową, inwestorami, sponsorami, a także ze społeczeństwem. Kompetencje komunikacyjne członków organizacji stały się głównym obszarem konkurencyjności nowoczesnych struktur organizacyjnych. Konieczność posiadania owych kompetencji jest tym większa, im wyższą pozycję w hierarchii organizacyjnej zajmuje dana osoba.

Celem autorki jest charakterystyka podstawowych, wybranych czynników wpływających na efektywną komunikację w podmiotach leczniczych w kontekście mechanizmów występujących w sytuacjach komunikacji społecznej.

1. Funkcje komunikacji w nowoczesnych strukturach organizacyjnych

Istotą procesów komunikacyjnych jest zapewnienie osiągnięcia celów danej placówki. Ta perspektywa pozwala wyróżnić trzy podstawowe funkcje komunikacji biznesowej:

- koordynacyjno-realizacyjną,
- relacyjno-tożsamościową,
- interpretacyjną.

Funkcja koordynacyjno-realizacyjna dotyczy przepływu informacji między zainteresowanymi stronami, którymi mogą być jednostki, grupy, organizacje.

¹ Dr Lidia Jabłonowska, Katedra Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Sprzyja skupieniu uwagi członków organizacji na wykonywanych projektach, szczegółowych zadaniach oraz przyjętej strategii i celach działania. Pozwala na wspólny wysiłek pracowników na rzecz organizacji.

Doświadczenie wskazuje, że informacje niepełne i niejasne budzą wśród interesariuszy niepokój, informacje neutralne są przyjmowane obojętnie, zaś monopol informacji manifestuje władzę i dominację.² W nowoczesnych organizacjach funkcja koordynowania prac w celu ich realizacji nakierowana jest na innowacyjność i współuczestnictwo pracowników w podejmowaniu decyzji zarówno bieżących, jak i strategicznych (dzielenie się władzą).

Funkcja relacyjno-tożsamościowa obejmuje kształtowanie takiego klimatu wewnątrz podmiotu leczniczego i w jego otoczeniu, który sprzyja innowacyjności, kreatywności i długotrwałemu zaangażowaniu – ponad standardowy zestaw obowiązków, poza typowe metody ich wykonywania, a także poza przyjęty czas pracy. Wymiana informacji na temat efektów współpracy łączy i motywuje do osiągania lepszych niż dotychczas rezultatów. Skłania do lepszego doboru metod i technik pracy oraz powoduje, że ludzie zaczynają lepiej pracować – modyfikują dotychczasowe cele i wybierają nowe.³

W procesie komunikacji pojawia się możliwość ustanowienia swojej tożsamości profesjonalnej.⁴ Jej określenie dokonuje się na podstawie kompetencji językowych z danego obszaru zawodowego oraz komunikacyjnych kompetencji interpersonalnych. Im większe są umiejętności komunikacyjne profesjonalisty, tym większa wiarygodność jest mu przypisywana. I odwrotnie: osobom o niskich umiejętnościach komunikacyjnych przypisuje się niekompetencję profesjonalną, związaną z wiedzą ekspercką.⁵ W praktyce zarządzania ta prawidłowość przekłada się na przemieszczanie pracowników według kryterium kompetencji interpersonalnych często ze szkodą dla organizacji z powodu jednoczesnego niewykorzystania kwalifikacji i kompetencji *stricte* zawodowych.

Funkcja interpretacyjna przekazów i wiadomości dotyczy procesów konwersji komunikatów. Polega na ciągłym ich roszysfrowywaniu i tworzeniu sensu znaczeń. To zamiana informacji na znaczenie, jakie jej przypisuje interlokutor, w sposób powiązany ze strategią organizacji i podejmowaniem właściwych decyzji.

² S.W. Spreier, M.H. Fontaine, R.L. Malloy, *Leadership run amok. The destructive potential of overachievers*, „Harvard Business Review” June 2007, s. 1–10.

³ J. Łucewicz, *Organizacyjne zachowania człowieka*, Wydawnictwo AE im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1999, s. 147.

⁴ Por. M. Zalewska-Turzyńska, *Nowy wymiar komunikacji organizacyjnej*, w: *Zachowania ludzi w organizacji. Uwarunkowania i kierunki ewolucji*, red. K. Januskiewicz, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2012, s. 148.

⁵ Ibidem.

Interpretowanie to też ujawnianie powiązań między różnymi elementami komunikatów, ukazywanie związków i zależności między ich obszarami, nakreślanie szerokiego kontekstu oraz relacje zdarzeń.⁶ Funkcja ta oznacza, że ograniczanie się do komunikowania faktów to za mało. Konieczne są fakty w kontekście przyczyn i konsekwencji dla biznesu (placówki leczniczej), pracowników, właściciela i innych uczestników rynku współpracujących z danym podmiotem leczniczym. Pominięcie znaczenia tej funkcji może powodować nieporozumienia i błędy negatywnie oddziałujące na efektywność komunikacji.

2. Przebieg procesu komunikacyjnego

Teoretycznie można wyróżnić wiele koncepcji procesu komunikacyjnego o różnych rodowodach, orientacjach i przydatności. Do najważniejszych z punktu widzenia zarządzania w organizacji należą trzy podejścia: klasyczne, relewancji oraz pragmatyczno-kontekstowe.⁷

Wartość podejścia klasycznego polega na technicznym wydzieleniu elementów procesu komunikowania i operowaniu nimi, np.: nadawca, odbiorca, komunikat (treść), kanał (sensoryczny, techniczny), kod – kodowanie, dekodowanie (słowo, gest). Klasyczny model C.E. Shannona i W. Weavera uwzględnia także szum i jego źródło, tj. zakłócenia w procesie komunikowania. Najbardziej popularnym ujęciem w tym rozumieniu jest model H. Lasswella, który komunikację rozpatruje w sposób przyczynowo-skutkowy, za pomocą pięciu prostych pytań (rysunek 1).

Rysunek 1. Klasyczny sposób komunikowania



Źródło: opracowanie własne na podstawie W. Głodkowski, *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2000, s. 17.

W praktyce konotacja komunikowania ogranicza się do jednostronnej transmisji informacji, choć uwzględnia też – po pewnym czasie – sprzężenie

⁶ B. Quirke, *Komunikacja wewnętrzna krok po kroku*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 14 oraz 48–49.

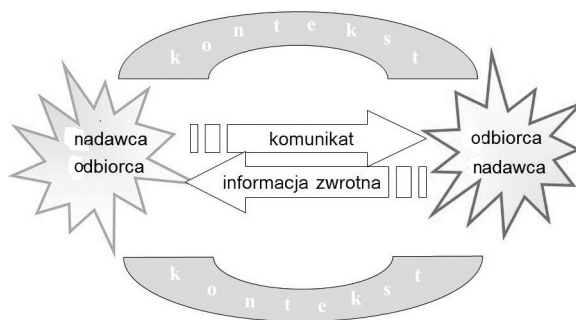
⁷ Z. Nęcki, *Komunikacja międzyludzka*, Antykwa, Kraków 2000, s. 16–57 oraz Z. Nęcki, *Teorie komunikowania się w psychologii w aspekcie relacji międzynarodowych*, referat wygłoszony na seminarium: „Komunikacja w biznesie międzynarodowym”, Warszawa, 9 listopada 2007.

zwrotne. Tak rozumiane komunikowanie to np. wydawanie poleceń, formułowanie roszczeń, skarg i gróźb, bez oczekiwania na odbiór reakcji z drugiej strony (odbiorcy). Model klasyczny zakłada, że przekazywany komunikat ma moc sprawczą i niepotrzebna jest szczególna troska nadawcy o dotarcie i zrozumienie przekazu przez odbiorcę. Konotacja komunikowania sugeruje, że ważne jest to, co czyni nadawca, i to on zawsze jest nauczającym i szefem, nigdy uczącym się i przyjacielem. Nadużywanie tej logiki powoduje, że komunikowanie łączone jest z autorytarnym stylem zarządzania.

Komunikowanie jest efektywne w sytuacjach ekstremalnych, wymagających szybkich decyzji i działań, ale też w sytuacjach prostych i rutynowych, gdy na pierwszym miejscu stawia się przewidywalność i sterowność, a sformalizowane struktury mają precyzyjnie realizować określone zadania.

Podejście relewantne (wspierające) traktuje komunikację jako proces kreowania i rozszyfrowywania kolejnych „zagadek” typu: „co nadawca informacji miał na myśli?”. Wymaga od interesariuszy dochodzenia do wspólnego rozumienia wymienianych treści. W ujęciu relewantnym istotą komunikacji jest dwustronność – naprzemienne nadawanie i odbieranie komunikatów (zwrotność) oraz znajomość i przestrzeganie form i zasad efektywnego komunikowania się.⁸ W praktyce logika komunikowania się wymaga takich kompetencji, jak: zadawanie pytań, umiejętność słuchania, udzielanie informacji zwrotnych, operowanie komunikatem „ja”, wyrażanie uczuć i potrzeb, a wreszcie świadomość stylów komunikacji.

Rysunek 2. Relewantny sposób komunikowania się

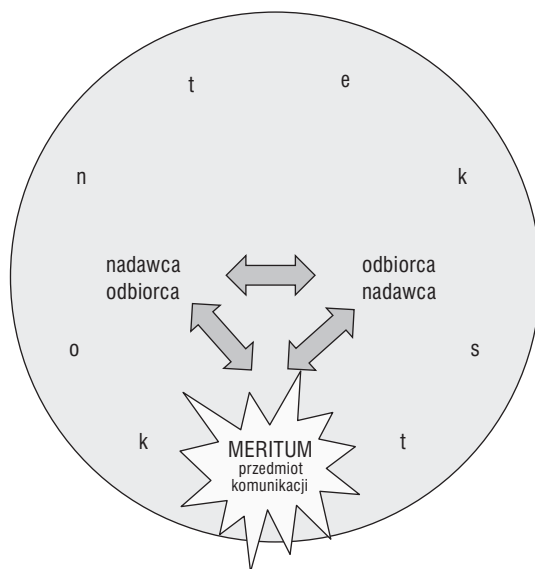


Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Frydrychowicz, *Komunikacja interpersonalna w zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe Forum, Poznań 2009, s. 49–52.

⁸ Zob. M. Davis, P. Fanning, M. McKay, *Sztuka skutecznego porozumiewania się. Praca, rodzina, zabawa*, GWP, Gdańsk 2007, s. 15–32 i 45–56.

Konotacja komunikowania się wyraźnie eksponuje czynnik emocjonalno-energetyczny, który dotyczy nie tyle samego przekazu, ile uczestników procesu. W tym sensie w komunikowaniu się znaczenia nabierają autentyczność i zaangażowanie obu stron. Przejście z pozycji komunikowania do komunikowania się umożliwia uniknięcie błędnych interpretacji, wzrost pewności we wzajemnym obcowaniu, kształtowanie wrażliwości na rozmówcę oraz budowanie bliskiego kontaktu. Umiejętność komunikowania się to sposób na budowanie relacji między interesariuszami. W nowym modelu organizacji, w którym wartością jest elastyczność oparta na współpracy i współuczestniczeniu, dwustronne komunikowanie się trudno przecenić.

Rysunek 3. Relacyjno-transakcyjny (trójstronny) sposób komunikacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Frydrychowicz, op.cit., s. 53–54.

W podejściu pragmatyczno-kontekstowym komunikacja zachodzi między członkami organizacji, ale nadawca i odbiorca skoncentrowani są nie tyle na sobie, ile na przedmiocie komunikacji – na meritum. Komunikacja przebiega poprzez meritum i ze względu na meritum, a nie ze względu na jej uczestników. Kontakt zachodzi na styku uczestników komunikacji, co pozwala na utrzymanie odpowiedniego, ustabilizowanego poziomu energetyczno-emocjonalnego – zaangażowania stron, zachowanie komfortu w sytuacji pracy, wzajemny szacunek i respekt wobec pełnionych ról, a także potraktowanie meritum z dystansu, w sposób obiektywny.

Między nadawcą, odbiorcą i meritum wytwarza się relacja trójstronna, w której najważniejszym elementem staje się meritum – przedmiot komunikacji.

Proces relacyjno-transakcyjny to proces dzielenia się informacją, który prowadzi do koordynacji wzajemnych działań bieżących (tu i teraz) oraz przyszłych (potem). Koncentruje się na tym, co członkowie organizacji robią razem, co między nimi się dzieje, na czym polega wzajemność, w jaki sposób współpracują, jakie tworzą się między nimi więzi.

3. Poziomy procesów komunikacyjnych

Procesy komunikacyjne w organizacji przebiegają na różnych poziomach i w różnych wymiarach. Poziom organizacyjny jest kluczowy i charakteryzuje się największą złożonością. Występują tu bowiem procesy komunikacji między grupami pracowniczymi i zespołami powołanymi do wykonania określonych zadań, wewnątrz tych grup i zespołów, komunikacja interpersonalna i specyficzna komunikacja interpersonalna, tj. dialog z samym sobą.

3.1. Poziom organizacyjny procesów komunikacyjnych

Komunikacja organizacyjna to kanały i sposoby przekazywania oraz wymiany informacji w celu poprawy współdziałania między wszystkimi jednostkami organizacyjnymi, poziomami statusu, władzy i decyzji. To aktywność członków organizacji zarówno w strukturach formalnych, jak i nieformalnych.

Silne sformalizowanie komunikacji wewnętrznej w pionie, tj. w dół i w górę, negatywnie wpływa na kształtowanie relacji wewnętrznych, co z kolei rzutuje na pogorszenie kapitału relacji na styku: organizacja–otoczenie zewnętrzne. Komunikowanie w dół dominuje w tradycyjnych strukturach organizacyjnych, głównie w postaci poleceń i nakazów – zgodnie z konotacją komunikowania.

W nowych organizacjach, wraz z poszerzeniem uprawnień decyzyjnych i odpowiedzialności pracowników, charakterystyczna jest komunikacja pozioma, zgodna z poziomym podziałem pracy i zarządzaniem opartym na porozumieniach i uzgodnieniach. Komunikacja pozioma w podmiocie leczniczym ma znaczenie poznawcze i emocjonalne. Sprzyja koordynacji działań, pozyskiwaniu rady, uzupełnianiu, porządkowaniu i upowszechnianiu informacji, wyjaśnianiu zdarzeń i wzajemnemu wsparciu. Wraz ze wzrostem uprawnień pracowników wzrasta ich zapotrzebowanie na informacje i komunikację. Ta z kolei tworzy relacje i poprzez budowanie bliskości pozwala członkom organizacji czuć się wspólnotą.

W praktyce zarządzania organizacje potrzebują mieszanki różnorodnych kanałów komunikacyjnych, z których każdy służy do przekazywania innego rodzaju wiadomości. Na przykład w dół: poczta elektroniczna, SMS-y, biuletyny, prezentacje, instrukcje i zarządzenia pisemne, ulotki, raporty, sprawozdania, konsultacje, spotkania integracyjne, okolicznościowe, wydarzenia specjalne oraz w górę: skrzynki pomysłów, życzeń i zażaleń, rozmowy korygujące (*consuelling*), dyskusje w czasie zebrań, konsyliów, ankietowe badania opinii, tzw. uchylone drzwi.⁹

Uzupełnieniem komunikacji formalnej są kanały nieformalne, np. pogłoski, spotkania w zespołach roboczych, swobodne spotkania z kierownictwem w czasie pracy, nieoficjalne spotkania po pracy. Specyficznym rodzajem komunikacji nieformalnej jest „zarządzanie przez krążenie po firmie”, które polega na nawiązaniu rozmowy przez kierownictwo podczas obchodu firmy z napotkanymi pracownikami. W ten sposób zarządzający sygnalizują, że są członkami załogi – jednymi z nich. Siła i znaczenie nieformalnych komunikatów uzależnione są od dostępu członków organizacji do rzetelnej informacji. Im pełniejsza jest informacja formalna, tym mniej przestrzeni dla pogłosek i plotek. Ważne jest, aby między kontaktem nieformalnym i formalnym zachowana była spójność.

Rozwój technologii internetowych pozwala na wzrost efektywności komunikacji bezpośredniej – mającej miejsce między członkami organizacji w tym samym czasie i miejscu – w sposób synchroniczny i asynchroniczny. Synchroniczność polega na tym, że wszyscy członkowie podmiotu leczniczego czy zespołu zadaniowego komunikują się ze sobą w tym samym czasie, ale z innego miejsca, np. każdy ze swojego stanowiska pracy. Komunikacja asynchroniczna nie wymaga od pracowników przebywania na swoim stanowisku pracy w tym samym czasie. Charakteryzuje się przekazywaniem i rozszyfrowywaniem komunikatów oraz reagowaniem na informacje i ich pozyskiwaniem w różnych, dogodnych dla pracowników porach, z różnych miejsc.

Wymiana wiadomości za pomocą nowoczesnych technologii komputerowych powoduje, że zaciera się granica między jednoznacznością ról uczestników komunikacji. Niejednoznaczność pełnionych ról oznacza, że w komunikacji internetowej pracownik o niższym statusie może doświadczać odgrywania roli pracownika o statusie wyższym.¹⁰ Tym samym relacje asymetryczne stają się w sieci symetryczne, co sprzyja efektywności komunikacji i nakręca spiralę bliskości między pracownikami.

⁹ Por. W. Budzyński, *Wizerunek firmy. Kreowanie, zarządzanie, efekty*, Poltext, Warszawa 2002, s. 122–128.

¹⁰ C.R. Scott, *New communication technologies and teams*, w: *Small group communication. Theory and practice*, red. R.Y. Hirokawa et al., Roxbury Publishing Co., Los Angeles 2008, s. 134–147.

Najbardziej skuteczny jest przepływ informacji w organizacji w pionie i poziomie przy wykorzystaniu połączenia formalnych systemów i nieformalnych procesów. W organizacjach wiedzy znaczenia nabiera partnerstwo w przekazywaniu informacji.

3.2. Perspektywa indywidualna w procesach komunikacyjnych

3.2.1. Różnice w percepcji a proces komunikacji

Różny sposób spostrzegania, rozumienia i interpretacji zachowań oraz wydarzeń wpływa na różnice w reagowaniu na komunikaty. Zrozumienie podstawowych przyczyn różnic percepcyjnych¹¹ ułatwia zrozumienie możliwych nieporozumień i konfliktów w procesie pracy.

Zdolność zauważania sygnałów z zewnątrz uzależniona jest od koncentracji uwagi, jej pojemności, np. liczby zauważonych faktów, zdarzeń, oraz od jej dynamiki, tj. przerzutności uwagi z informacji na informację. W praktyce komunikacyjnej istotna jest zatem umiejętność obserwacji faktów, zdarzeń, czynności oraz ich świadoma selekcja – bycie uważnym na to, co dzieje się w otoczeniu.¹²

Sposób organizowania informacji, tj. porządkowania, kojarzenia zdarzeń, ich rozumienia, uzależniony jest od tzw. schematów poznawczych: postrzegania siebie samego, stosowanych uproszczeń, stereotypów. Ograniczony schematami sposób przetwarzania informacji powoduje, że uczestnicy komunikacji są narażeni na wiele błędów związanych z percepcją. Na przykład typowy błąd „efektu halo” polega na tym, że na podstawie jednej cechy zaobserwowanej w trakcie rozmowy u pracownika, np. entuzjazmu, zwierzchnik przypisuje pracownikowi inne cechy, np. zaangażowanie w wykonywanie planowanego zadania. Zważywszy na prawidłowość, że osoby o nasilonych cechach ekstrawertycznych w relacjach zawodowych są przeceniane, szef popełnia typowy błąd atrybucji w stosunku do pracownika o cechach ekstrawertycznych.¹³

Interpretacja danych i tworzenie wrażenia o innych wymaga świadomości roli, jaką odgrywa w kontaktach pierwsze wrażenie, oraz świadomości, czy

¹¹ Percepcja to odbiór zmysłami tego, co dzieje się wokół, poprzez ukierunkowanie uwagi, organizowanie i interpretację informacji.

¹² L. Jabłonowska, *Komunikacja jako narzędzie wprowadzania zmian*, w: *Uwarunkowania zachowań ludzi w organizacji*, red. M. Czajkowska, K. Januszkiewicz, M. Kołodziejczak, M. Zalewska-Turzyńska, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” nr 282, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2013, s. 119; M. Williams et al., *Mindful Way Through Depression*, The Guilford Press 2007, s. 69–79.

¹³ L. Jabłonowska, *Osobowość a zaangażowanie w sytuacji pracy zawodowej w kontekście wybranych modeli psychologicznych*, „Pedagogika Pracy” 2009, nr 54, s. 43–55.

wyjaśnianie zachowań rozmówcy polega na odwoływaniu się do jego cech, czy wiąże się z sytuacją. Na przykład zwierzchnik, interpretując brak zaangażowania pracownika, może odwoływać się do jego lenistwa lub do niesprzyjających okoliczności rodzinnych. Do czynników wpływających na interpretację obserwacji zmysłowej, należą:

- stopień zaangażowania w relację: duże zaangażowanie to korzystniejsze spostrzeganie,
- satysfakcja w relacji: duża satysfakcja to korzystniejsza interpretacja, i odwrotnie,
- wcześniejsze doświadczenia z daną osobą,
- przyjęte założenia, np. „wszyscy ludzie są leniwi” albo „wszyscy pracodawcy to krwiożercy”,
- wiedza o pracowniku: jego sytuacji rodzinnej, materialnej.

Preferencje w przetwarzaniu informacji są stosowane przez nas w sposób systematyczny i nawykowy. To sprawia, że pewne informacje związane z konkretną sytuacją komunikacyjną zostaną uwzględnione, a inne pominięte lub całkiem niezauważone. Wzorce filtrów percepcji uczestników sytuacji komunikacyjnych¹⁴ można rozpoznać na podstawie ich sposobu mówienia i zachowania. Do najczęściej popełnianych błędów w procesie komunikacji, związanych z percepcją, należą:

- nadmierne uwzględnianie przesłanek fizycznych, np. atrakcyjny wygląd, bałagan w otoczeniu;
- stosowanie stereotypów, tj. ocenianie ludzi na podstawie łatwo zauważalnych, ale niekoniecznie ważnych cech;
- etykietowanie osób na podstawie pierwszego wrażenia, np. „to miły człowiek”;
- uleganie własnym oczekiwaniom (tzw. zjawisko skamieniałych oczekiwań), np. menedżer, korzystając z doświadczenia z przeszłości – kiedy to pracownik zawsze wywiązywał się z obowiązków – również tym razem ocenia go bardzo dobrze – jak zawsze, nawet wówczas, gdy tym razem wykonana przez niego praca zawiera dużo błędów;
- przypisywanie innym własnego sposobu myślenia, oceny, odczuwania (tzw. projekcja);
- uleganie wpływowi oczywistości, tj. uznawanie tego, co oczywiste, za prawdziwe, np. pracownik obwinia swojego szefa za przymus pozostawania w pracy po godzinach, a nie bierze pod uwagę presji, jakiej jest poddawane kierownictwo ze strony zwierzchników; inny przykład: „to oczywiste, że

¹⁴ Por. K. Stobińska, *Efektywna komunikacja interpersonalna – wybrane zagadnienia*, w: *Prezentacja profesjonalna. Teoria i praktyka*, red. L. Jabłonowska, P. Wachowiak, S. Winch, Difin, Warszawa 2008, s. 20–21.

- strona w gazecie jest nazywana kolumną, a tekst w układzie kolumny to nie kolumna, a łam – tego nie trzeba wyjaśniać/tego nie trzeba słuchać”;
- preferowanie negatywnych cech i wyobrażeń – przywiązywanie większej wagi do niepowodzeń niż do sukcesów;
 - błąd w założeniu, np. zwierzchnik zakłada, że pracownik będzie zachowywał się tak samo jak dotychczas lub tak, jak w innych sytuacjach; albo pracownik zakłada, że zwierzchnik będzie wobec niego postępował tak samo jak z innymi;
 - przecenianie znaczenia cech osobowych, a niedoceniaanie sytuacji;
 - wyjaśnianie własnych zachowań czynnikami z zewnątrz;
 - przypisywanie sukcesu własnej zdolności, a niepowodzenia – trudnościom związanym z zadaniem;
 - większa pobłażliwość wobec siebie niż innych, np. kiedy pracownik źle wykona pracę, zwierzchnik uważa, że ten go nie słuchał i trudno mu zrozumieć, że to on źle wyjaśnił, na czym polega zadanie.
- Pojawia się zatem pytanie, jakie kompetencje komunikacyjne pozwolą uniknąć błędów i sprawią, że komunikacja będzie efektywna.

3.2.2. Świadomość stylów komunikacji

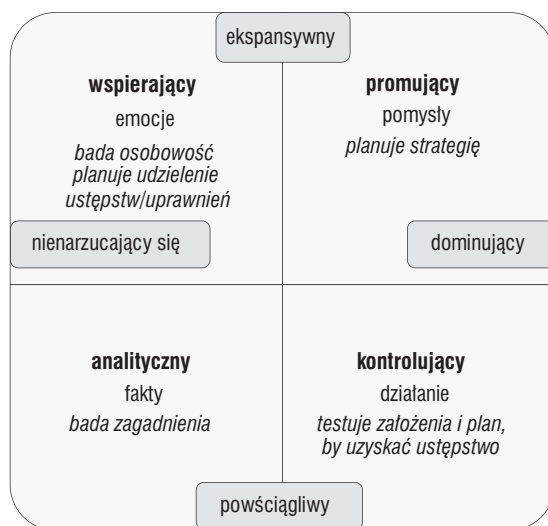
Styl zarządzania charakterystyczny w danym podmiocie leczniczym jest spójny ze stylem komunikacji kadry zarządzającej. Styl komunikacji to względnie trwałe sposoby nawiązywania, kontynuacji, utrwalania i zakończenia relacji z innymi. Styl komunikacji może ułatwić lub utrudnić kontakt, gdyż wskazuje tendencje do zachowania się i reagowania w sposób niezależny od sytuacji.

W praktyce style komunikacyjne określane są według różnych kryteriów, np. preferencji zmysłowej, respektowania praw własnych i cudzych. Styl komunikacyjny można też określić za pomocą dwóch wymiarów. Jeden wymiar to stopień dominacji wyrażony na *continuum* zdecydowania, pewności, bezpośredniości, jednoznaczności, kontroli, wywierania wpływu i dominacji aż po chwiejność, niepewność, cierpliwość, nienarzucanie się. Drugi wymiar dotyczy okazywania emocji – stopnia otwartości, tj. stopnia swobody w kontaktach z innymi i okazywania uczuć, wywoływania wrażenia osoby towarzyskiej, spontanicznej, a nawet ekspansywnej lub zamkniętej, chłodnej zdystansowanej, oficjalnej w kontaktach – powściągliwej. Skrzyżowanie tych dwóch wymiarów, tj. asertywności (dominacja – nienarzucanie się) oraz otwartości (ekspansywność – powściągliwość) tworzy cztery style komunikacji: wspierający, promujący, analityczny, kontrolujący.

Każdy uczestnik komunikacji ma swój własny, nawykowo stosowany styl kontaktowania się z innymi, w którym czuje się swobodnie i naturalnie. Wymiar

asertywności po stronie nienarzucania się sytuuje style wspierający i analityczny, a po stronie silnej dominacji, pewności siebie i jednoznaczności – style promujący i kontrolujący.

Rysunek 4. Wymiary określające style komunikacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Morgenthau, *Effective Communication, Consulting Workshop*, New York 1991; K. Oblój, *Mikroszkółka zarządzania*, PWE, Warszawa 1994, s. 195–215; M. Mandziej-Jeżyna, *Komunikacja w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, w: *Strategia personalna firmy*, red. M. Juchnowicz, Difin, Warszawa 2000, s. 157–190.

Osoby, które preferują style wspierający i analityczny, charakteryzują się tendencją do niejednoznacznej komunikacji i raczej zahamowaniem w wyrażaniu własnych opinii – postawy niepewnej. Cechuje je dociekliwość, to one częściej słuchają, niż mówią. Style promujący i kontrolujący są charakterystyczne dla osób sprawiających wrażenie pewnych siebie, stanowczych, o tendencji do jednoznacznej i dobitnej komunikacji. Osoby z preferencją stylu promującego lub kontrolującego wypowiadają się w sposób stanowczy, zdecydowanie i jednoznacznie wyrażają swoje opinie, podkreślając, że to ich własne zdanie.

Wymiar ekspansja – powściągliwość lokuje style wspierający i promujący po stronie zachowań emocjonalnych – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych – wrażliwości na innych. Osoby o preferencji stylu wspierającego lub promującego nie mają problemu z wyrażaniem swoich uczuć, łatwo nawiązują kontakty i je pielęgnują. Cechuje je wysoki entuzjazm i energia w podejmowaniu zadań oraz łatwość wywierania wpływu.

Style analityczny i kontrolujący wiążą się z tendencją do zamykania się na innych. Osoby z taką preferencją są pragmatyczne, przywiązane do swojej koncepcji. Komunikują się w sposób chłodny, oficjalny, zadaniowy, precyzyjny. Są odbierane jako skryte, panujące nad emocjami – powściągliwe.

Rozpoznanie dominującego stylu, a w konsekwencji podstawowych potrzeb osób reprezentujących dany styl sprzyja efektywności komunikacji – lepszemu współdziałaniu. Najłatwiej komunikują się ludzie o podobnych stylach. Osoby, które komunikują się stylami leżącymi na przekątnych stronach na rysunku 4, mają największe trudności we wzajemnym zrozumieniu się i najtrudniej dochodzą do porozumienia.

Efektywność zarządzania przez komunikację wyraża się w zdolności do elastycznego stosowania każdego z wymienionych stylów. Problemy związane z porozumiewaniem się i współpracą często nie wynikają z różnic o charakterze merytorycznym, lecz są pochodną różnicy stylów i związanych z nimi sposobów komunikacji. To style komunikacyjne pozwalają nam zarówno wtapiać się w otoczenie, jak i odróżniać się od innych. Im więcej wspólnego jest w stylach komunikacji interlokutorów, tym łatwiej osiągnąć im porozumienie i oddziaływać na siebie.

3.2.3. Słuchanie jako podstawowa kompetencja komunikacyjna

Sztuka słuchania to podstawowa umiejętność, ważna ze względu na efektywność komunikacji, a w konsekwencji istotna w zarządzaniu. Umiejętność słuchania pozwala wzbogacić własne doświadczenia oraz lepiej odbierać informacje, które można wykorzystać w procesie organizowania i kojarzenia danych, refleksji oraz w podejmowanych działaniach. Umożliwia rozpoznanie punktu widzenia współpracowników. Pomaga w tworzeniu, utrzymaniu oraz rozwijaniu związków z innymi, zarówno w relacjach interpersonalnych, w pracy zespołów, jak i w kontaktach międzygrupowych. Jest ważnym źródłem dowartościowania pracownika i jego motywowania. Służy realizacji funkcji wsparcia pracownika czy klienta zewnętrznego i umożliwia osobom zarządzającym skuteczne wywiązywanie się z roli mentora i coacha.

W praktyce zarządzania istotne są dwa rodzaje słuchania: uważne i empatyczne. Słuchanie uważne jest czynnością podstawową w sytuacjach, w których mamy do rozwiązania problem oraz motywację do tego, aby: usłyszeć, uczestniczyć, zrozumieć, zapamiętać, podać informację zwrotną (zareagować). Słuchanie empatyczne służy w sytuacjach wsparcia i pomagania. Wymaga kongruencji i akcep-

tacji – wczucia się w sytuację swojego rozmówcy, zrozumienia jego potrzeb, bez jakichkolwiek założeń wstępnych i uwikłania się w zaangażowanie emocjonalne.

W każdym procesie komunikacyjnym ważna jest świadomość, czemu ma służyć w danej sytuacji słuchanie: 1) Czy chodzi o to, aby zaspokoić własną potrzebę, osiągnąć własny cel, np. zdobyć zaufanie współpracownika, zyskać sympatię zwierzchnika, kolegi z działu, popisać się swoją wiedzą, czy osiągnięciami przed innymi, wykazać swoją wyższość nad rozmówcą, a może go zdyskredytować? 2) Czy ważne jest zrozumienie problemu, intencji uczestnika komunikacji, zdobycie nowego doświadczenia, nauczenie się czegoś, pomoc, zainspirowanie? W pierwszym przypadku ma miejsce tzw. pseudosłuchanie, w drugim – słuchanie autentyczne.

Badania dotyczące zachowań w sytuacjach komunikacyjnych wykazały, że wraz z upływem czasu przeznaczanego na zebranie informacji zazwyczaj zmniejsza się skłonność odbiorcy do uważnego słuchania. Po etapie koncentracji pojawia się tendencja do przywoływania własnych wspomnień, formułowania odniesień do własnych przeżyć, sytuacji, osoby („co to oznacza dla mnie?”), do ferowania ocen („on niewiele wie, ja wiem lepiej”), kwestionowania korzyści wynikających z kontaktu („niczego nowego się nie dowiem”), aż do zmiany tematu. Wraz z upływem czasu w miejsce uważnego słuchania pojawia się nadmierne skupienie na adekwatnej reakcji („jak zareagować?”) i poszukiwaniu argumentów.¹⁵

Rysunek 5. Jak przebiega proces słuchania?



Źródło: opracowanie własne.

¹⁵ I. Altrichter, *Angewandte Kreativitaet. Sondergebiet Kreativitaetstraining*, Wirtschaftsuniversitaet Wien, Institut fuer Wirtschaftspaedagogik, Wien 1995, s. 26.

W rezultacie czas przeznaczony na wysłuchanie – zebranie informacji – kończy się formułowaniem niekoniecznie oczekiwanych przez rozmówcę rad, pouczeniem, obwinianiem, uspokajaniem, osądzaniem. Taki rozwój sytuacji powoduje niedosłyszenie, niedoprowadzenie poszukiwań do końca z powodu zakłóceń i złego wykorzystania czasu przeznaczonego na autentyczne słuchanie.

Rozwój kompetencji słuchania wymaga koncentracji na poszukiwaniu odpowiedzi na trzy proste pytania:

- Co rozmówca wie?
- Jaki ma do tego stosunek?
- Jak tę myśl można wyrazić inaczej?

Maksymalne wykorzystanie czasu i energii na uważne słuchanie i przesunięcie fazy oceny znaczenia zbieranych informacji, spójności wypowiedzi i interpretacji faktów poprawia skuteczność komunikacji, a niekiedy ją wręcz warunkuje.

3.2.4. Odbieranie i udzielanie informacji zwrotnych

Informacja zwrotna służy przekazywaniu konkretnemu odbiorcy użytecznej dla niego informacji o tym, jak odbieramy jego zachowanie. *Feed-back* może dotyczyć konkretnej osoby lub grupy pracowników. W komunikacji ważna jest zarówno umiejętność udzielania informacji zwrotnych, jak i ich odbierania.

W procesie odbioru i udzielania informacji zwrotnych podstawą jest stosowanie komunikatu „ja”, który wyraża, jak odbiorca spostrzega sytuację, jak ją interpretuje, jakie uczucia mu towarzyszą i czego w tej sytuacji oczekuje. Komunikat „ty” wiąże się często z impulsywnym odreagowaniem i odbierany jest jako ferowanie wyroków, co w rezultacie pogarsza jakość komunikacji i niekorzystnie wpływa na relacje interpersonalne.

Komunikat „ja” – w przeciwieństwie do komunikatu „ty” – nie ma charakteru wartościującego uczestnika komunikacji, nie osądza go. Sygnalizuje, że nadawca nie przerzuca odpowiedzialności na odbiorcę, a w pełni odpowiada za to, co mówi/pisze, co się z nim dzieje, co czuje. Operowanie komunikatem „ja” stwarza klimat uwagi i zainteresowania, wyraża akceptację myśli i uczuć rozmówcy, wpływa pozytywnie na kształtowanie relacji. Konstrukcja pełnej ekspresji „ja” dotyczy łącznego wyrażania komunikatów w następujących rodzajach ekspresji:¹⁶

- obserwacje to opis sytuacji, faktów, zdarzeń zaobserwowanych, usłyszanych, przeczytanych, np. „W tym tygodniu spóźniłeś się trzy razy. Ustaliliśmy, że nasze spotkania rozpoczynamy o godz. 9.00”;

¹⁶ M. Davis, P. Fanning, M. McKay, op.cit., s. 46–56.

- myśli związane z sytuacją: konkluzje i wnioski wyciągnięte z faktów, synteza obserwacji, przekonania, opinie, teorie, zasady, wartości (podstawy intencji), np. „Spóźnienia zakłócają tok pracy i niepotrzebnie przedłużają czas konsylium”;
- uczucia, które towarzyszą nadawcy w tej sytuacji i czynią go wyjątkowym, np. „Irytuje mnie, kiedy pora zacząć, a Ciebie nie ma”;
- potrzeby to stwierdzenia typu co mogłoby pomóc/usprawnić w tej sytuacji, np. „Chciałbym, abyś od tego momentu zawsze zjawiał się punktualnie”.

W praktyce stosowania przytoczonej procedury informacji zwrotnej najtrudniejsze jest odróżnianie faktów (opisu sytuacji, np. „odwrócił głowę”) od interpretacji (myśli, przekonań, np. „lekceważy partnera”) oraz odróżnianie interpretacji zdarzeń, tzw. sądów wartościujących (np. „nieraz czuję, że jesteś surowy”) od uczuć (np. „czuję się obco w tym gronie i to nie daje mi spokoju”). Kolejne spostrzeżenie w odniesieniu do praktyki dotyczy sceptycznego podejścia i silnego oporu do wyrażania uczuć w sytuacji pracy. Przekonanie, że w informacji zwrotnej wystarczy skupić się jedynie na treściach rzeczowych (faktach, myślach), jest fałszywe. Taka postawa może doprowadzić do rozwiązania problemu, ale nasz rozmówca nie uzyska wglądu w swój sposób działania. Dzielenie się uczuciami buduje bliskość, pozwala na lepsze wzajemne rozumienie i wzrost otwartości.

Od jakości informacji zwrotnej zależy poziom jej akceptacji przez rozmówcę. Ta z kolei przekłada się na motywację i chęć zmiany zachowań. Umiejętności związane z udzielaniem i odbiorem informacji zwrotnych mogą być szczególnie przydatne w sytuacjach trudnych, np.: w procesie formułowania ocen pracowniczych, w rozmowach rozwojowych, dyscyplinujących, korygujących, a także w motywowaniu do podniesienia jakości wykonywanych prac – w sytuacji, gdy członkowie podmiotu leczniczego są zaangażowani w pracę, a współdziałanie nie jest satysfakcjonujące.

Podsumowanie

System procesów komunikacyjnych w podmiocie leczniczym to jego system nerwowy. Przenika niemal wszelkie działania objęte aktywnością międzyludzką i organizacyjną. Komunikacja może sprzyjać współpracy, przyczyniać się do sukcesu, ale też szkodzić współdziałaniu. Brak efektywnej komunikacji jest najczęstszym źródłem powstawania konfliktów i niesprawnego funkcjonowania organizacji. Dlatego tak ważny jest dostęp interesariuszy do pełnej informacji oraz znajomość przez pracowników wiedzy efektywnych sposobów realizacji procesów

komunikacyjnych i świadomość występujących mechanizmów, niezależnie od stosowanych kanałów, adresata czy rodzaju przekazu.

Bibliografia

1. Altrichter I., *Angewandte Kreativitaet. Sondergebiet Kreativitaetstraining*, Wirtschaftsuniversitaet Wien, Institut fuer Wirtschaftspaedagogik, Wien 1995.
2. Budzyński W., *Wizerunek firmy. Kreowanie, zarządzanie, efekty*, Poltext, Warszawa 2002.
3. Davis M., Fanning P., McKay M., *Sztuka skutecznego porozumiewania się. Praca, rodzina, zabawa*, GWP, Gdańsk 2007.
4. Frydrychowicz S., *Komunikacja interpersonalna w zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe Forum, Poznań 2009.
5. Głodkowski W., *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2000.
6. Jabłonowska L., *Komunikacja jako narzędzie wprowadzania zmian*, w: *Uwarunkowania zachowań ludzi w organizacji*, red. M. Czajkowska, K. Januszkiewicz, M. Kołodziejczak, M. Zalewska-Turzyńska, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” nr 282, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2013.
7. Jabłonowska L., *Modelling of communication processes within organizations in terms of SME development*, w: *The determinants of entrepreneurship development in SME sector companies*, Technical University of Lodz Press, Łódź 2011.
8. Jabłonowska L., *Osobowość a zaangażowanie w sytuacji pracy zawodowej w kontekście wybranych modeli psychologicznych*, „Pedagogika Pracy” 2009, nr 54.
9. Jabłonowska L., *Style komunikacyjne w budowaniu zaufania w organizacji*, „Studia i Prace KZiF” z.n. 116, SGH, Warszawa 2012.
10. Łucewicz J., *Organizacyjne zachowania człowieka*, Wydawnictwo AE im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1999.
11. Mandziej-Jeżyna M., *Komunikacja w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, w: *Strategia personalna firmy*, red. M. Juchnowicz, Difin, Warszawa 2000.
12. Morgenthau S., *Effective Communication*, Consulting Workshop, New York 1991.
13. Nęcki Z., *Komunikacja międzyludzka*, Antykwa, Kraków 2000.
14. Nęcki Z., *Teorie komunikowania się w psychologii w aspekcie relacji międzynarodowych*, referat wygłoszony na seminarium: „Komunikacja w biznesie międzynarodowym”, Warszawa, 9 listopada 2007.
15. Obłój K., *Mikroszkółka zarządzania*, PWE, Warszawa 1994.
16. Puczowski B., *Komunikacja interpersonalna w biznesie*, WUWM, Olsztyn 2006.
17. Quirke B., *Komunikacja wewnętrzna krok po kroku*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
18. Scott C.R., *New communication technologies and teams*, w: *Small group communication. Theory and practice*, red. R.Y. Hirokawa et al., Roxbury Publishing Co., Los Angeles 2008.

19. Sobkowiak B., *Interpersonalne i grupowe komunikowanie się w organizacji*, Wydawnictwo Naukowe Forum, Poznań–Wrocław 2005.
20. Spreier S.W., Fontaine M.H., Malloy R.L., *Leadership run amok. The destructive potential of overachievers*, „Harvard Business Review” June 2007.
21. Stobińska K., *Efektywna komunikacja interpersonalna – wybrane zagadnienia*, w: L. Jabłonowska, P. Wachowiak, S. Winch, *Prezentacja profesjonalna. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2008.
22. Stewart J., *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
23. Williams M. et al., *Mindful Way Through Depression*, The Guilford Press 2007.
24. Zalewska-Turzyńska M., *Nowy wymiar komunikacji organizacyjnej*, w: *Zachowania ludzi w organizacji. Uwarunkowania i kierunki ewolucji*, red. K. Januszkiewicz, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2012.

KIEROWANIE ZESPOŁEM

Wstęp

Współczesna gospodarka stwarza podmiotom leczniczym niezwykle trudne warunki funkcjonowania. Częste zmiany prawne, społeczne, kulturowe, a wreszcie konkurencyjne powodują, że trudno jest zaprojektować względnie stabilną strukturę organizacji, która pozwoli jej urzeczywistnić założone cele. Dlatego też coraz częściej wiele zadań, prowadzących do osiągnięcia celów szczegółowych podmiotów, realizowane jest za pomocą nietrwałych zespołów zadaniowych. Tworzone są one na potrzeby określonych celów, a po ich osiągnięciu następuje rozwiązanie zespołu i przydział ludzi do kolejnych zespołów, pracujących w innych konfiguracjach.

Taka dynamika struktury organizacji rodzi pewne wymagania i konsekwencje zarówno dla menedżerów, jak i pracowników. Menedżerowie muszą umieć w krótkim czasie stworzyć zespół, zorganizować go, a następnie tak nim pokierować, aby w założonym czasie osiągnąć cele podmiotu leczniczego. Pracownicy muszą umieć działać w tak niestabilnym otoczeniu, w którym praca zespołowa i wspólna odpowiedzialność za cel jest naturalnym stanem rzeczy. W funkcjonowaniu zespołów zadaniowych w organizacji można wyróżnić trzy główne fazy (etapy w cyklu życia zespołu): kształtowanie zespołu, realizacja zadań oraz rozwiązanie zespołu.² Na etapie kształtowania zespołu dokonuje się wyboru kierownika, buduje się zespół, przydziela zadania oraz organizuje zespół tak, aby był gotowy do realizacji zadań, zgodnie z wypracowanym planem. Faza realizacji koncentruje się na wykonywaniu przydzielonych zadań, jednakże ze

¹ Dr Sylwester Gregorczyk, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² Cykl życia zespołu ściśle powiązany jest z cyklem życia projektu – przedsięwzięcia, które jest przedmiotem zadań zespołu. Por. M. Trocki, B. Grucza, K. Ogonek, *Zarządzanie projektami*, PWE, Warszawa 2003.

względu na niestabilność otoczenia, zmieniające się oczekiwania interesariuszy,³ wielokrotnie zespół zmuszony jest do zmiany planów, przeorganizowania się, porzucenia dotychczasowych zadań i wypracowania nowych metod działania, przez co faza ta cechuje się dużym poziomem naładowania emocjonalnego, nerwowości. Te specyficzne warunki wymagają od członków zespołu umiejętności radzenia sobie ze stresem, konfliktami i własnymi słabościami. Faza rozwiązania zespołu to nie tylko formalne zamknięcie prac, ale także zbieranie i podsumowanie wszelkich doświadczeń, które pozwolą kierownikowi i członkom zespołu w przyszłości uniknąć błędów i niepowodzeń.

Specyficzne warunki pracy zespołu zadaniowego sprawiają, że kluczowe dla powodzenia prac zespołu wydają się być następujące zagadnienia: ustanowienie kierownika zespołu, budowa zespołu, planowanie i organizowanie prac zespołu, podejmowanie decyzji w zespole oraz rozwiązywanie konfliktów.

1. Zespół zadaniowy

Człowiek od wieków organizował się w grupy, aby przy pomocy innych ludzi móc osiągnąć to, co było niedostępne dla jednostki. W miarę rozwoju cywilizacyjnego człowiek zaczął powoływać do życia organizacje, które w sposób zinstytucjonalizowany umożliwiały osiągnięcie osobistych celów. Praca z innymi stała się dla człowieka normalną formą współistnienia zawodowego. Szczegółowo przydzielone zadania jednoznacznie wskazywały rolę danej osoby w organizacji, która wykonując swoje zadania, przyczyniała się do osiągnięcia końcowego wyniku procesu wytwarzania produktu lub świadczenia usługi. Tak zorganizowaną pracę, w której każdy uczestnik wykonuje swój fragment, bez konieczności ciągłego komunikowania się z pozostałymi wykonawcami, a suma tych działań daje na końcu procesu końcowy wynik, można określić mianem pracy grupowej. Członkowie grupy znają swoje zadania, mają określoną wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania tych zadań, jednocześnie odpowiadają za jakość wykonywanej przez siebie pracy zgodnie z logiką struktury organizacyjnej organizacji.⁴ Jednakże, jak wcześniej zaznaczono, takie precyzyjne

³ Interesariusze to osoby fizyczne lub instytucje, które mogą – pośrednio lub bezpośrednio, pozytywnie lub negatywnie – wpływać albo podlegać wpływowi działań podejmowanych przez zespół. Por. *Zarządzanie projektem europejskim*, red. M. Trocki, B. Grucza, PWE, Warszawa 2007, s. 65.

⁴ Więcej o typach struktur organizacyjnych w: *Podstawy zarządzania*, red. M. Strużycki, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 137.

rozpisanie ról w organizacji staje się we współczesnej gospodarce nieefektywne. Musi ulec zmianie podział i sposób organizacji pracy, aby odpowiednio szybko dostosowywać się do pojawiających się warunków. Konieczne jest zastąpienie pracy grupowej pracą zespołową.

Można zadać pytanie: czym różni się praca grupowa od pracy zespołowej? lub podobne: czym różni się zespół od grupy? Istnieje kilka istotnych warunków, które muszą być spełnione, aby grupa stała się zespołem. Po pierwsze, zespoły charakteryzują się niewielką liczbą osób. Konieczność wspólnej pracy, wzajemnych kontaktów, wymiany myśli sprawia, że zespół nie może być zbyt liczny. Jeżeli mamy do czynienia z dość złożonymi zadaniami, zazwyczaj tworzy się podzespoły, które w wyznaczonych obszarach pracują dla osiągnięcia wybranego fragmentu celu. Nie ma jednej, cudownej liczby, która określałaby optymalną wielkość zespołu – jest to zależne od specyfiki zadań, branży, kompetencji ludzi itp. Zazwyczaj wielkość zespołu waha się od 5 do 15 osób, przy czym o wielkości zespołu nie decyduje z góry narzucona liczbowa granica, lecz dążenie do pozyskania wszystkich kompetencji, niezbędnych do wykonania postawianego przed zespołem zadania. Jest to drugi warunek pracy w zespole – uzupełniające się kompetencje osób tworzących zespół. Kompetencje to wiedza, umiejętności i doświadczenie, jakie posiada pracownik, niezbędne do wykonywania stawianych mu zadań. Ponieważ cele zespołu zadaniowego są zazwyczaj złożone, innowacyjne, w skład zespołu zadaniowego muszą wchodzić ludzie, których kompetencje będą pozwalały sprostać zadaniu. Dzisiejszy poziom wiedzy jest już tak wysoki, że trudno znaleźć człowieka, który byłby w stanie opanować szczegółowo zagadnienia z wielu dziedzin życia. Postępująca specjalizacja z jednej strony ogranicza możliwość całościowego spojrzenia na przebieg czynności wzdłuż procesów produkcyjnych lub usługowych, ale z drugiej strony daje możliwość doskonałego opanowania wiedzy i umiejętności w wybranym fragmencie procesu, niemożliwego do osiągnięcia dla wszystkich członków organizacji. Wielokrotnie kierownik zespołu zadaniowego dysponuje niższą wiedzą w określonych obszarach niż jego współpracownicy, ale dzięki umiejętnemu skompletowaniu ludzi o uzupełniających się kompetencjach zespół cechuje unikalny poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Jedną z cech kwalifikujących człowieka do pracy w zespole jest zobowiązanie do wspólnego działania i osiągania wspólnych celów związanych z urzeczywistnianiem celów zespołu. To kolejna cecha odróżniająca zespół od grupy. Zespół nie toleruje indywidualistów. Samodzielne wykonywanie zadań możliwe jest w grupie – w zespole potrzebna jest dyskusja, wymiana poglądów, ścieranie się stanowisk, ale w końcu wspólne wypracowanie jednego stanowiska. Dlatego ludzie tworzący zespół muszą być zaangażowani we wspólne wykonywa-

nie pracy. Nie mogą być obojętni na pojawiające się problemy, muszą aktywnie włączać się w prace zespołu i, co najważniejsze, muszą akceptować wypracowany przez zespół sposób podejścia do realizacji zadań. Większość wymienionych cech pracy zespołowej wynika z kluczowego warunku sprawiającego, że grupa staje się zespołem – wzajemnej odpowiedzialności członków zespołu za urzeczywistnianie celów. W tradycyjnych grupach pracowniczych za końcowy wynik zazwyczaj odpowiada wyłącznie kierownik grupy. To on jest rozliczany z całości zadania, podczas gdy poszczególni pracownicy odpowiadają tylko za swój zakres obowiązków. W zespole wszyscy członkowie czują się odpowiedzialni za efekt pracy, przez co łatwiej ludzi motywować, kontrolować i oceniać.

Podsumowując, zespół zadaniowy to zespół ludzi, który ma za zadanie osiągnięcie określonego (zazwyczaj innowacyjnego, niepowtarzalnego) celu, jaki stawia mu organizacja. Jest on powoływany przed przystąpieniem do realizacji prac, a jego skład ma zapewnić optymalną gamę kompetencji niezbędnych do wykonania zadania, pełne zaangażowanie, motywację i odpowiedzialność za końcowy efekt pracy wszystkich członków zespołu. Kluczową rolę w budowaniu zespołu odgrywa kierownik zespołu, który oprócz tego, że kompletuje zespół, musi tworzyć atmosferę do efektywnej pracy.

2. Kierownik zespołu zadaniowego

Kierowanie ludźmi w podmiocie leczniczym oznacza wzajemne oddziaływanie na siebie kierownika i pracowników, przy nadrzędnej roli kierownika, aby urzeczywistnić założone cele organizacji, pomimo wielu czynników pochodzących z wnętrza i otoczenia organizacji, które mogą być sprzyjać lub szkodzić procesowi kierowania.⁵ Kierownik zespołu również ma zadanie tak poprowadzić swoich ludzi, aby osiągnąć założony cel, jednakże jego rola jest o wiele bardziej skomplikowana, bo i warunki pracy są o wiele bardziej złożone niż w tradycyjnej grupie.⁶ Najczęściej ambitny cel zespół musi osiągnąć w wyznaczonym terminie, mieszcząc się w określonych ramach finansowych. To sprawia, że członkami zespołu muszą być specjaliści pochodzący z różnych komórek organizacyjnych, a nawet z innych organizacji, gotowych do pracy zespołowej. Świadomość nietrwałości struktury zespołu, czasowego współistnienia sprawia, że pojawiają

⁵ Por. P. Wachowiak, *Profesjonalny menedżer. Umiejętność pełnienia ról kierowniczych*, Difin, Warszawa 2002, s. 14.

⁶ P. Wachowiak et al., *Kierowanie zespołem projektowym*, Difin, Warszawa 2004, s. 23.

się problemy personalne, które są niepowtarzalne, w stosunku do których nie można zastosować tradycyjnych rozwiązań. Dlatego zadaniem kierownika jest zbudowanie relacji opartych na zaufaniu między nim a jego współpracownikami. Tuż po skompletowaniu członków zespołu kierownik zespołu musi dużo czasu i wysiłku inwestować w budowanie wzajemnego zaufania w zespole.

Aby skutecznie pełnić funkcję kierownika zespołu, musi on charakteryzować się określoną postawą (aktywny, przedsiębiorczy, asertywny itp.), szczególnymi umiejętnościami (planowanie, organizowanie, motywowanie itp.) oraz chęcią pełnienia funkcji kierownika.⁷ Wielokrotnie menedżerowie zapominają o tym ostatnim elemencie, nominując na kierownika „na siłę” osoby, które nie mają chęci bycia kierownikiem. Najczęściej taki wybór kończy się po pewnym czasie rezygnacją kierownika lub zdominowaniem kierownika przez członków zespołu (przejęcie władzy w zespole). Obie konsekwencje nieprawidłowych wyborów kierownika są mało satysfakcjonujące z punktu widzenia celu, jaki postawiła organizacja przed zespołem. Dlatego też kluczowym (a zarazem pierwszym) elementem w kierowaniu zespołem jest wybór właściwej osoby na stanowisko kierownika zespołu zadaniowego. Wyboru tego powinna dokonać grupa menedżerów sprawujących nadzór merytoryczny nad obszarem, którego dotyczy cel stawiany przed zespołem. Mając świadomość celu, znając okoliczności, w jakich będzie prowadzony projekt, oraz rozumiejąc zadania stojące przed kierownikiem, menedżerowie powinni wybrać osobę, która, wyposażona w optymalne kompetencje, spełni ich oczekiwania. Wybór kierownika może być dokonany za pomocą profesjonalnych metod, jak np. profil kompetencyjny, ale także w wyniku otwartej dyskusji wśród menedżerów, która ma wskazać najlepszego kandydata na kierownika zespołu. Należy jednak zawsze pamiętać o zachowaniu następującej kolejności działań:

- 1) Jakie zadania stoją przed kierownikiem?
- 2) Jakimi kompetencjami powinna charakteryzować się osoba, aby należycie wykonała stawiane jej zadania?
- 3) Kto spośród pracowników organizacji (albo poza nią) najlepiej pasuje do zestawu wymaganych kompetencji?

Dyskusja wokół tych trzech pytań pozwala niekiedy w trakcie 15-minutowego spotkania wybrać optymalną osobę na kierownika zespołu, który przyjmie stawiane mu zadanie, dobierze sobie odpowiednich ludzi i osiągnie cel zgodnie z oczekiwaniami zarządu.

⁷ Ibidem s. 26.

Wybór kierownika zespołu powinien nastąpić zaraz po zdefiniowaniu celu projektu, aby mógł on dobrać sobie ludzi do zespołu i wspólnie wypracować sposób urzeczywistniania celu. Wielokrotnie powołanie kierownika następuje stosunkowo późno, kiedy część planów jest już opracowana, pozyskani są niektórzy członkowie zespołu. W takiej sytuacji kierownikowi niejako narzuca się określony sposób realizacji zadań, pozbywając się tym samym jego zaangażowania i wewnętrznej motywacji. Pamiętajmy, że w zespole zadaniowym aktywności, odpowiedzialności i inicjatywy oczekujemy od wszystkich członków, w tym też od kierownika.

3. Budowanie zespołu

Pierwszym zadaniem nowo wybranego kierownika jest skompletowanie zespołu zadaniowego. Dobór członków zespołu przebiega według podobnego schematu jak wybór kierownika. W pierwszej kolejności kierownik ogólnie definiuje zakres prac, jakie stoją przed zespołem, aby móc określić wstępną wielkość zespołu, oraz kluczowe kompetencje poszczególnych członków. Mając zdefiniowane role/stanowiska w zespole i ich kompetencje, może przystąpić do poszukiwania ludzi na obsadę poszczególnych stanowisk.

W każdym z wymienionych kroków procesu budowy zespołu kierownik może posłużyć się technikami menedżerskimi, które ułatwiają i racjonalizują dokonanie wyboru.⁸ Przy definiowaniu prac można posłużyć się techniką drzewa celów, aby z celu głównego, poprzez cele szczegółowe i zbiory zadań dojść do szczegółowych zadań, które można przypisać konkretnym stanowiskom. Można tu też wykorzystać kartę kluczowych zadań, w której definiuje się zadania kluczowe wraz z precyzyjnie określonym wynikiem końcowym zadania, wyrażonym za pomocą mierników/kryteriów oceny należytego wykonania zadania, oraz ustala się konkretne stanowiska w zespole (zajmujący je będą zaangażowani w wykonanie kluczowego zadania, wraz ze wskazaniem charakteru uczestnictwa w realizacji zadania).

Zakres definiowanych zadań kluczowych powinien być na takim poziomie szczegółowości, który umożliwi zdefiniowanie stanowisk w zespole i zidentyfikowanie kluczowych kompetencji niezbędnych do należytego wykonania zadań na poszczególnych stanowiskach. Nie może jednak być zbyt szczegółowy,

⁸ Por. *Metodyki zarządzania projektami*, pr. zb., Biblioteka Projekt Menedżera, Bizarre, Warszawa 2011, s. 31.

ponieważ podobnie jak w przypadku kierownika precyzyjne określenie zakresu prac dla członka zespołu może skutkować obniżeniem motywacji, spadkiem zaangażowania, a niekiedy niechęcią do uczestniczenia w projekcie.

Tabela 1. Przykładowa karta kluczowych zadań

Lp.	Rodzaj zadania (opisać główne zadania w ramach projektu)	Szczegółowe cele, działania do wykonania w ramach zadania	Podstawa oceny wyniku (co będzie świadczyć o należyтым wykonaniu zadania)	Wykonawcy i zakres ich prac
1	Opracowanie ogólnej koncepcji projektu	ustalenie najważniejszych etapów realizacji projektu oraz stworzenie harmonogramów wraz z uwzględnieniem zadań członków zespołu projektowego	zatwierdzony plan projektu zatwierdzony harmonogram projektu	kierownik – odpowiedzialny specjalista ds. rozwoju produktu – wykonawca specjalista ds. logistyki – wykonawca asystent ds. marketingu – wykonawca analityk finansowy – wykonawca
2				
...				
5	Pozyskanie projektantów	identyfikacja możliwości związanych z projektowaniem oraz określenie kryteriów, którymi będziemy się kierować, dokonując wyboru; określenie warunków współpracy z projektantami	podpisanie umowy z projektantami	specjalista ds. rozwoju produktu – odpowiedzialny asystent ds. marketingu
...				
n				

Źródło: opracowanie własne.

Każde ze stanowisk może zostać opisane za pomocą precyzyjnego dokumentu, np. opisu stanowiska pracy, w którym szczegółowo określa się zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności na danym stanowisku oraz, co najważniejsze, wymagane kompetencje do wykonywania przypisanych zadań.⁹ Na tej podstawie łatwiej będzie kierownikowi znaleźć odpowiednich ludzi do swojego zespołu. W pierwszej kolejności kierownik powinien próbować pozyskać ludzi z organizacji, w której realizowany jest projekt. Daje mu to większą znajomość

⁹ Por. P. Wachowiak et al., op.cit., s. 63.

kandydatów, ich kompetencji, postaw i nastawienia do projektu. Kandydaci zaś cechują się większą znajomością branży, organizacji, siebie nawzajem. Czasami jednak konieczne jest dopuszczenie do zespołu tzw. świeżej krwi, czyli ludzi spoza organizacji wnoszących nowe spojrzenie na problem, z którym ma się zmierzyć zespół, a niekiedy po prostu odpowiednich specjalistów organizacja nie posiada w swoim gronie.

Podczas doboru ludzi do zespołu obowiązuje ta sama logika co w przypadku powoływania kierownika: najpierw definiujemy zadania, później określamy kluczowe kompetencje niezbędne do wykonywania tych zadań, a na końcu poszukujemy konkretnych osób, które charakteryzują wymienione kompetencje. Te wszystkie czynności powinien wykonywać kierownik samodzielnie, lub we współpracy z wysokiej rangi menedżerami, ponieważ to na nim spoczywa odpowiedzialność za jakość stworzonego zespołu. Dobierając ludzi, kierownik musi pamiętać, że jego zadaniem jest budowa korzystnego klimatu w zespole. Dlatego też nie powinien przyjmować osób wybuchowych, kłótliwych mimo ich wysokiej wiedzy merytorycznej. Niezbędne jest tu bliższe poznanie członków zespołu, aby zidentyfikować postawy, intencje i sposoby pracy swoich ludzi. Niezwykle ważne jest tu otwarcie kierownika na propozycje członków zespołu odnośnie do sposobu wykonania zadania, pomoc w trudnych, konfliktowych sytuacjach. Kluczowym elementem pracy zespołu zadaniowego jest wymiana informacji i efektywna komunikacja, dlatego też zadaniem kierownika w nowo stworzonym zespole jest opracowanie zasad przejrzystej komunikacji i efektywnej organizacji pracy.

4. Organizowanie i planowanie prac zespołu

Aby nowo powstały zespół efektywnie pracował, powinien zdefiniować podstawowe zasady współpracy. Zazwyczaj członkowie zespołu pochodzą z różnych części organizacji, a nawet z innych podmiotów leczniczych, w których sposób pracy, komunikacji, wzajemnych relacji w zespole itp. są różne, przez co trudno wspólnie efektywnie pracować. Dlatego też zespół pod przewodnictwem kierownika powinien wypracować generalne reguły funkcjonowania zespołu, które każdy członek powinien rozumieć, zaakceptować i stosować. Tylko wtedy zespół może się ustrzec niepotrzebnych napięć, konfliktów i opóźnień.

Zaleca się, aby zespół określił następujące reguły funkcjonowania:¹⁰

¹⁰ Ibidem, s. 82.

- Sposób organizacji zebrania. Zebrania są podstawową formą pracy zespołu. Zespół w trakcie spotkań podejmuje decyzje, rozwiązuje problemy, kontroluje przebieg realizowanych zadań. Aby efektywnie wykorzystać zebrania, warto określić zasady obowiązujące na zebraniach. Dotyczy to m.in. terminu spotkań, czasu trwania, sposobu obrad, obecności, dokumentowania obrad. Przyjęcie akceptowanych przez wszystkich członków zespołu zasad prowadzenia zebrania zagwarantuje wysoką ich wydajność, a członkowie zespołu nie będą mieli poczucia zmarnowanego czasu.
- Sposób komunikacji między członkami zespołu. Sprawna komunikacja między członkami zespołu to klucz do sukcesu projektu. Zespół musi się komunikować, aby wykonywać zadania, które przed nim postawiono. Dlatego też, zanim zespół przystąpi do pracy, powinien określić podstawowe zasady komunikacji. Chodzi tu m.in. o stosowane narzędzia (telefon, mail, komunikator internetowy), język, sposób oznaczania informacji, czas dostępu itp. Sposób komunikacji musi być dostosowany do specyfiki zadania, składu zespołu i możliwości organizacji. Należy jednak pamiętać, że efektywną komunikację może zagwarantować tylko aktywna postawa zarówno nadawcy, jak i odbiorcy komunikatu.¹¹ Dlatego temu aspektowi reguł funkcjonowania zespołu powinno się poświęcić szczególnie dużo czasu.
- Sposób współpracy członków zespołu z kierownikiem zespołu. Członkowie zespołu powinni wiedzieć, że kierownik jest dla nich wsparciem w każdej trudnej sytuacji projektu. Kierownik nie może odcinać się od problemów zespołu, ale nie może także wykonywać wszystkich zadań za zespół. Dlatego też już na początku pracy zespołu warto jest ustalić formy komunikacji z kierownikiem (czy wymagają szczególnych zasad, czy też są identyczne jak dla pozostałych członków), dostępności, raportowania czy też kontroli. Doprecyzowanie sposobów współpracy zespołu z kierownikiem jest szczególnie ważne w organizacjach, w których obserwuje się tzw. duży dystans władzy,¹² czyli istnienie mocno sformalizowanych relacji między przełożonym a podwładnymi, utrudniający swobodną komunikację, wymianę poglądów, a nawet powodujące strach przed przełożonym. W takiej atmosferze trudno mówić o pracy zespołowej i efektywnym wykorzystaniu wiedzy i umiejętności ludzi.
- Sposób dokumentacji prac zespołu. Funkcjonowanie zespołu pracowniczego w nietrwałej strukturze organizacyjnej sprawia, że zazwyczaj nie istnieją odgórne mechanizmy utrwalające wyniki pracy, zbierające dokumentację,

¹¹ Por. P. Wachowiak, op.cit., s. 67.

¹² B. Kozusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005, s. 122.

doświadczenia oraz dobre praktyki. Dlatego dla zagwarantowania sobie sprawności funkcjonowania oraz uczenia się na przyszłość zaleca się wypracowanie z zespołem zasad prowadzenia dokumentacji prac zespołu. Chodzi tu m.in. o wskazanie typów i sposobu archiwizowania dokumentów, określenie sposobu dostępu do dokumentów, a co najważniejsze – wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za stan archiwum. Po zakończonej pracy zespołu warto, aby opracowany został również krótki raport zawierający zestaw dobrych praktyk (zaleceń na przyszłość) oraz zbiór przestróg (listę zagadnień, które ustrzegą kolejne zespoły przed błędami w przyszłości).

- Sposób kontroli efektów realizacji projektu. Każdy członek zespołu zadaniowego musi być świadom kontroli postępu prac w projekcie. Mimo że odpowiedzialność za projekt ponoszą wszyscy członkowie zespołu, to dla uzyskania wysokiej efektywności warto określić zasady kontroli, punkty kontrolne i osoby odpowiedzialne za kontrolę. W niektórych typach prac szczególną rolę odgrywa samokontrola (samodzielne sprawdzanie wyników swojej pracy), której sposób prowadzenia również powinien być przedyskutowany w gronie zespołu.
- Sposób nagradzania członków zespołu. Niektóre zespoły pracownicze dysponują budżetem, który pozwala na nagradzanie członków zespołu za należyte wykonywanie pracy. Warto więc jeszcze przed przystąpieniem do realizacji zadań określić zasady przydzielania nagród, ich wysokość, terminy itp. Należy jednak pamiętać, że w większości przypadków kierownik zespołu zadaniowego zazwyczaj dysponuje tylko niematerialnymi narzędziami motywowania, których sposób stosowania też powinien być przedyskutowany w gronie zespołu.

Omówiony zakres reguł funkcjonowania zespołu zadaniowego stanowi jedynie minimum elementów decydujących o efektywnej pracy zespołu. Dla wielu różnych zespołów zapewne konieczne będą dalsze ustalenia, jak choćby długość czasu pracy czy forma świętowania sukcesów zespołu. Szczególnie istotny dla funkcjonowania zespołu jest sposób podejmowania decyzji i radzenia sobie z konfliktami.

5. Podejmowanie decyzji w zespole

Praca ludzi (i życie również) opiera się na ciągłym podejmowaniu decyzji. Decydujemy o wyborze celu, strategii jego urzeczywistnienia, doborze ludzi, sposobie radzenia sobie z problemami itp. Człowiek musi umieć podejmować decyzje samodzielnie oraz w zespole. Decydowanie to akt świadomego wyboru

jednego z rozpoznanych i dostępnych wariantów czegoś, co jest przedmiotem wyboru, prowadzący do rozwiązania problemu.¹³ Problemem decyzyjnym może być istniejąca obecnie nieprawidłowość, odchylenie od stanu normalnego w funkcjonowaniu organizacji lub spodziewana w przyszłości niesprawność, którą zamierzamy już teraz wykluczyć. Świadomie wybierając, decydent nie zdaje się na los, ale postępuje zgodnie z logiką racjonalnego procesu decyzyjnego.

W pierwszej fazie procesu podejmowania decyzji następuje rozpoznanie problemu decyzyjnego, które ma pozwolić zrozumieć problem, zebrać wszelkie informacje o problemie, zdiagnozować przyczyny problemu i określić możliwości oraz ograniczenia rozwiązania problemu. Jest to najważniejsza, a jednocześnie najtrudniejsza część procesu podejmowania decyzji, ponieważ od rzetelności podjętych tu działań zależy jakość wypracowanej decyzji, jednak ze względu na bariery informacyjne wielokrotnie trudno jest dotrzeć decydentowi do sedna sprawy i poznać wszelkie okoliczności rozwiązywanego problemu decyzyjnego.

Kolejną fazą procesu podejmowania decyzji jest projektowanie, w trakcie którego generowane są możliwe rozwiązania problemu oraz kryteria służące do wyboru najlepszego rozwiązania. Kryteria zawsze powinny odzwierciedlać aktualną sytuację organizacji, otoczenia oraz specyfikę problemu. Wśród najczęściej stosowanych kryteriów wymienia się trafność, ekonomiczność, łatwość realizacji, legalność, ograniczone ryzyko czy szybkość.¹⁴ Dla precyzyjniejszego wyboru wyróżnionym kryteriom nadaje się wagi, które różnicują ich ważność i pozwalają wybrać rozwiązanie, które osiągnie najwyższą wartość sumy ważonej.¹⁵

Projektując rozwiązania, należy pamiętać o sformułowaniu jak największej liczby rozwiązań (wtedy mamy rzeczywiście wybór), dzięki czemu rośnie szansa, że wygenerujemy naprawdę dobre rozwiązanie. Ważne, aby każde rozwiązanie było dostępne dla decydenta i aby były prawidłowo przewidziane przez niego skutki realizacji każdego z rozpatrywanych wariantów. Wiedza ta jest konieczna do oceny i porównania między sobą każdego z wypracowanych wariantów, które są dokonywane w ostatniej fazie procesu podejmowania decyzji – wyborze.

W fazie wyboru decydent porównuje sformułowane warianty rozwiązania i wybiera ten, który w największym stopniu spełnia jego wymagania z punktu wcześniej przyjętych kryteriów. Dla łatwiejszego dokonania wyboru warto każde z rozwiązań przeanalizować z punktu widzenia m.in. następujących elementów:

¹³ Por. P. Wachowiak et al., op.cit., s. 111.

¹⁴ *Podstawy zarządzania*, op.cit., s. 115.

¹⁵ Więcej o regule sumowania użyteczności i technice oceny ważonej punktowej patrz *Podstawy organizacji i zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2001, s. 290.

wady i zalety, ewentualne konsekwencje, ryzyko a korzyści, ocena z punktu widzenia przyjętych kryteriów.

Postępowanie zgodnie z omówionymi fazami procesu decyzyjnego sprzyja racjonalności decyzji, czyli dokonaniu wyboru, który rozwiązuje problem decyzyjny. Istnieje jednak wiele barier, które obniżają racjonalność decyzji, a ich źródło leży w otoczeniu, organizacji, a także po stronie samego decydenta. Wśród najważniejszych barier decyzyjnych wymienia się barierę informacyjną (brak właściwej informacji), barierę zasobową (brak czasu i innych zasobów na szczególne rozpoznanie problemu), barierę organizacyjną (nieefektywna struktura organizacyjna i system zarządzania), barierę kompetencyjną (ograniczenia psychologiczne decydenta) oraz barierę społeczną (relacje decydenta z innymi ludźmi w organizacji). Aby radzić sobie z ograniczoną racjonalnością decyzji, należy szkolić przyszłych decydentów, aby umieli wykorzystać różne narzędzia, metody i techniki decyzyjne oraz zalety zespołowego podejmowania decyzji.

Decyzje podejmowane zespołowo mają wiele zalet służących podniesieniu racjonalności decyzji. Zespół posiada dużo więcej informacji niż pojedynczy decydent, dzięki czemu możliwe jest dobre rozpoznanie problemu decyzyjnego i jego wariantów. Zespołowi łatwiej jest także wygenerować większą liczbę wariantów rozwiązań problemu decyzyjnego, co umożliwi wybór dobrego rozwiązania. Ponadto członkowie zespołu podejmującego decyzję cechują się dużym stopniem akceptacji wybranego wariantu, ponieważ będąc autorami rozwiązania, rozumieją je i przyjmują jako najlepsze z możliwych.

Należy jednak pamiętać o pewnych ograniczeniach zespołowego podejmowania decyzji. Wśród najważniejszych wymienia się wysoką czasochłonność (dyskusje w zespole zajmują wiele czasu), wysokie nakłady (konieczność zebrania wszystkich członków zespołu niesie ze sobą określone koszty), wypracowywanie kompromisów (nie zawsze korzystnych dla rozpatrywanego problemu decyzyjnego), przyjęcie strategii kierownika zespołu (w sytuacji zdominowania zespołu przez kierownika) lub przyjęcie strategii zwykłej większości (kiedy decyzje podejmuje się przez głosowanie). Niepomyślne skutki decydowania zespołowego często są związane z występowaniem dwóch niekorzystnych zjawisk: przesunięcia ryzyka w zespole oraz myślenia zespołowego. Pierwsze zjawisko wynika z rozłożenia odpowiedzialności za podjętą decyzję na wszystkich członków zespołu, przez co są oni gotowi podjąć bardziej ryzykowną decyzję niż podjęłyby poszczególne osoby wchodzące w skład zespołu. Zjawisko myślenia zespołowego powstaje w sytuacji, w której dążenie zespołu do porozumienia i jedności przeważa nad dążeniem do wybrania najlepszego rozwiązania. Pod wpływem takiego myślenia zespół

może podjąć decyzję, która ma na celu uniknięcie sytuacji konfliktowej.¹⁶ Aby przeciwdziałać temu zjawisku, kierownik powinien zachęcać członków zespołu do wypowiedzania krytycznego stanowiska dotyczącego rozwiązywanego problemu, jednocześnie wypowiadając się na końcu, nie narzucając swojego stanowiska członkom zespołu. Bardzo skutecznym sposobem na przeciwdziałanie zjawisku zespołowego myślenia jest podział zespołu na podzespoły, dzięki czemu rośnie rywalizacja i chęć wypracowania lepszego rozwiązania.

Rozwiązując problem decyzyjny, zespół zadaniowy w pierwszej kolejności powinien rozstrzygnąć, czy decyzję ma podjąć właściciel problemu (kierownik zespołu lub osoba odpowiedzialna za daną część zadania zgodnie z kartą kluczowych zadań), czy cały zespół. Gdy do podjęcia decyzji konieczne jest zaangażowanie zespołu, powinien on brać udział w pierwszej i drugiej fazie procesu podejmowania decyzji (rozpoznanie i projektowanie). Ostatecznego wyboru powinna dokonać jedna osoba – właściciel problemu – jednocześnie odpowiedzialna za skutki podjętej decyzji.

6. Rozwiązywanie konfliktów

Szczególnie trudne problemy decyzyjne niosą ze sobą konflikty w zespole zadaniowym. Konflikt to sytuacja, w której występują co najmniej dwie strony od siebie wzajemnie zależne, przy czym co najmniej jedna strona postrzega, że jej cele, zadania, wartości lub zachowania są sprzeczne z działaniem, wartościami lub celami drugiej strony, lub druga strona blokuje, utrudnia ich realizację.¹⁷ Ze względu na niechętnie nastawienie do siebie stron ujawniają się specyficzne, emocjonalne zachowania (atakowanie, obrażanie, szukanie popleczników itp.), nacechowane silnymi emocjami. Co istotne, sprzeczność stron wynika z postrzeganej, a nie tylko z obiektywnie istniejącej niezgodności, ponieważ zazwyczaj strony nie chcąc ze sobą rozmawiać, budują o sobie mylne wyobrażenie na podstawie obserwacji, domniemań lub plotek.

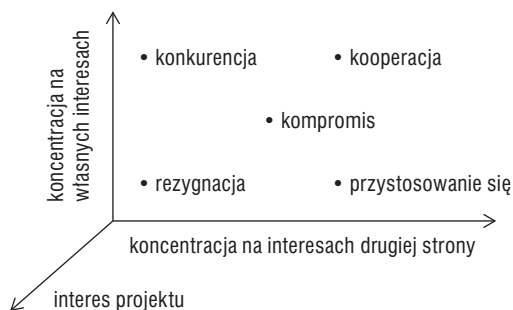
Nie każdy brak zgody pomiędzy członkami zespołu jest szkodliwy dla efektów pracy zespołu. Małe natężenie konfliktu pomiędzy członkami wpływa pozytywnie na zespół, mobilizuje członków do wysiłku i rodzi niekonwencjonalne rozwiązania. W początkowej fazie rozwoju sytuacji konfliktowej ludzie integrują się w ramach stron konfliktu, wzajemnie poznają i są gotowi do większego wysiłku,

¹⁶ Por. I. Janis, *Victims of Groupthink*, Houghton Mifflin, Boston 1972.

¹⁷ P. Wachowiak, op.cit., s. 143.

aby postawić na swoim. Jednakże nadmiar konfliktu jest szkodliwy dla organizacji, ponieważ zagrożone jest urzeczywistnienie celów zespołu. Ponadto członkowie zespołu odczuwają stres, niezadowolenie oraz brak poczucia stabilności. Dlatego też zadaniem kierownika zespołu jest niedopuszczenie do rozwoju drastycznych sytuacji konfliktowych i przygotowanie członków zespołu do radzenia sobie z konfliktami we własnym gronie. Szczególnie istotna jest tu umiejętność komunikacji, stosownego wyrażania swoich obiekcji, dokonywania wyboru w konfliktowych sytuacjach zgodnie z interesem projektu. Pomocna może tu być analiza interesów każdej ze stron i wybór takiej strategii rozwiązania konfliktu, która maksymalizuje interesy organizacji.

Rysunek 1. Mapa analizy interesów stron konfliktu



Źródło: opracowanie własne.

Kierownik zespołu powinien umiejętnie wykorzystywać konflikty jako sposób na podnoszenie efektywności pracy zespołu, stosując umiarkowaną konkurencję, wybijanie z rutyny czy rozsądne zmiany reguł działania. Jednakże zawsze powinien tłumić silne konflikty obniżające efektywność pracy zespołu (integrować, poznawać, odwracać uwagę, stale rozmawiać z ludźmi, aby zorientować się w ich nastrojach i wcześniej rozpoznawać sytuację konfliktową).¹⁸ Gdy pojawi się silny konflikt, kierownik musi przystąpić do rozwiązywania go, czyli rozpoznania uczestników konfliktu, wyjaśnienia przyczyn, określenia interesów każdej ze stron, ocenienia znaczenia (wagi) interesów, ocenienia znaczenia osób, stron dla dobra firmy i wreszcie dobrania właściwej strategii rozwiązania konfliktu z punktu widzenia interesów firmy.

¹⁸ S. Borkowska, *Negocjacje zbiorowe*, w: *Zachowania organizacyjne. Praktyka w perspektywie teoretycznej*, red. S. Chęłpa, Terra, Poznań–Wrocław 1998, s. 127.

Podsumowanie

Efektywne organizacje w przyszłości będą budowały swoją pozycję na rynku w oparciu o funkcjonowanie nietrwałych zespołów zadaniowych. Już teraz słyszy się o uruchamianiu coraz to nowych projektów w organizacjach, mających na celu dostosowanie się do wymagań otoczenia. Jednakże wciąż rosnąca zmienność otoczenia będzie zmuszała organizacje do powoływania do życia wielu zespołów, które będą rozwiązywały bieżące problemy i zaspokajały incydentalne zamówienia klientów. Od tego trendu nie ma odwrotu, należy się tylko do niego przygotować, opanowując umiejętność kierowania zespołem zadaniowym i funkcjonowania w takim zespole.

Kluczowymi kompetencjami związanymi z kierowaniem zespołem zadaniowym są m.in. umiejętność działania w niestabilnym otoczeniu, sprawna organizacja pracy, pozyskanie odpowiednich ludzi, budowanie efektywnej atmosfery pracy bazującej na wzajemnym zaufaniu. Członkowie zespołu muszą umieć pracować zespołowo, powinni radzić sobie ze stresem, unikać konfliktów oraz być gotowi na wyzwania, jakie niesie postawione zadanie. Osiągnięcie takich warunków pracy możliwe będzie tylko wtedy, gdy organizacja będzie otwarta na dynamiczne formy pracy. Aby tak się stało, podmioty lecznicze muszą szkolić swoich członków, rozwijać ich kompetencje i wspomagać się nowoczesnymi metodami i technikami zarządzania.

Bibliografia

1. Borkowska S., *Negocjacje zbiorowe*, w: *Zachowania organizacyjne. Praktyka w perspektywie teoretycznej*, red. S. Chełpa, Terra, Poznań–Wrocław 1998.
2. Janis I., *Victims of Groupthink*, Houghton Mifflin, Boston 1972.
3. Kożusznik B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005.
4. *Metodyki zarządzania projektami*, pr. zb., Biblioteka Projekt Menedżera, Bizarre, Warszawa 2011.
5. *Podstawy organizacji i zarządzania*, red. M. Romanowska, Difin, Warszawa 2001.
6. *Podstawy zarządzania*, red. M. Strużycki, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.
7. Trocki M., Grucza B., Ogonek K., *Zarządzanie projektami*, PWE, Warszawa 2003.
8. Wachowiak P., *Profesjonalny menedżer. Umiejętność pełnienia ról kierowniczych*, Difin, Warszawa 2002.
9. Wachowiak P. et al., *Kierowanie zespołem projektowym*, Difin, Warszawa 2004.
10. *Zarządzanie projektem europejskim*, red. M. Trocki, B. Grucza, PWE, Warszawa 2007.

Piotr Wachowiak¹

ZARZĄDZANIE KAPITAŁEM LUDZKIM W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Wstęp

Pracownicy są najważniejszym kapitałem każdej organizacji. Szczególne znaczenie mają w organizacjach usługowych, do których należą podmioty lecznicze. Pracownicy kształtują odpowiedni wizerunek danego podmiotu poprzez preferowane wartości i sposób zachowania, który może zachęcać lub zniechęcać pacjentów do korzystania ze świadczonych usług. Z punktu widzenia pacjentów szczególnie ważną rolę odgrywają również kompetencje pracowników. Każdy z nich chce być leczony przez kompetentnych lekarzy oraz obsługiwany przez innych kompetentnych pracowników. Z tego też względu podstawowym zadaniem kierownictwa danego podmiotu leczniczego jest zatrudnienie kompetentnych pracowników oraz utrzymanie ich jak najdłużej w organizacji. Jednym z podstawowych warunków, który musi być spełniony, aby to zadanie było zrealizowane z sukcesem, jest kształtowanie wizerunku dobrego pracodawcy, dzięki któremu potencjalni pracownicy będą zainteresowani pracą u takiego pracodawcy oraz pracownicy już u niego pracujący nie będą zainteresowani zmianą pracy. Wobec powyższego dobry pracodawca to taki, który spełnia oczekiwania aktualnych i przyszłych pracowników. Budowanie wizerunku dobrego pracodawcy jest dużym wyzwaniem i wymaga usystematyzowanego podejścia. Aby skutecznie zbudować markę pracodawcy, należy poznać oczekiwania pracowników wobec pracodawcy oraz narzędzia budowania jego wizerunku. Ważną kwestią jest jego budowanie nie tylko wobec potencjalnych pracowników, jak ma to często miejsce w organizacjach, ale również wobec pracowników, którzy są już w niej zatrudnieni.² Do pracowników pracujących w organizacji należy mieć indywidualne podejście, ponieważ każdy z nich ma inne potrzeby, które chce zaspokoić w pracy.

¹ Dr Piotr Wachowiak, Zakład Zarządzania w Gospodarce, Instytut Zarządzania, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

² Więcej: J. Leary-Joyce, *Budowanie wizerunku pracodawcy z wyboru*, Wolters Kluwer business, Kraków 2007; M. Kozłowski, *Employer Branding*, Wolters Kluwer business, Kraków 2012.

1. Rola menedżera

Zaangażowanie pracowników w swoją pracę spowoduje, że będą konsekwentnie osiągać ustalone cele. W.A. Kahn zdefiniował zaangażowanie jako „wykorzystywanie przez pracowników swoich możliwości w pracy – zaangażowani pracownicy pracując, wyrażają siebie zarówno fizycznie, poznawczo, jak i emocjonalnie”.³ Aspekt poznawczy zaangażowania pracowników dotyczy ich przekonań na temat organizacji, dla której pracują, jej przywódców oraz warunków pracy. Aspekt emocjonalny informuje o uczuciach, jakie mają pracownicy wobec tych trzech czynników. Fizyczny aspekt dotyczy natomiast energii wydatkowanej przez pracownika na stanowisku podczas wykonywania swoich zadań.⁴ Największy wpływ na zaangażowanie ma orientacja pracodawcy na pracownika.⁵ Powinien on pełnić rolę aktora, a nie statysty. Musi być włączony w działalność organizacji, np. poprzez udział w procesach decyzyjnych.

Drugim czynnikiem mającym wpływ na zaangażowanie pracowników jest adekwatność pracy. Praca dla pracownika musi być wyzwaniem. Z tego powodu ważne jest, aby pracownik podczas wykonywania zadań wykorzystywał swoje kompetencje. Duże znaczenie ma również to, aby jego praca była zgodna z jego aspiracjami. Dzięki docenianiu pracownika przez przełożonego zwiększa się także jego zaangażowanie w pracę. Pracownik oczekuje, że efekty jego pracy zostaną zauważone przez menedżera, który powinien go za nie pochwalić. Jednym z podstawowych czynników wpływających na zaangażowanie pracownika jest możliwość jego rozwoju w organizacji. Organizacje powinny podejmować działania zmierzające do kreowania takiego środowiska pracy, które będzie sprzyjało wzrostowi zaangażowania pracowników.⁶

W zarządzaniu kapitałem ludzkim szczególną rolę odgrywa menedżer. Jego pierwszym zadaniem związanym z zarządzaniem kapitałem ludzkim jest umiejętność zaplanowania kadr. Kluczowymi pytaniami, na które powinien odpowiedzieć, są następujące: jakie kompetencje powinni posiadać pracownicy, aby mogli urzeczywistniać określone cele? ilu pracowników powinno być zatrudnionych na danych stanowiskach pracy, aby cele organizacji lub zespołu

³ Zob. O.C. Andrew, S. Sofian, *Engaging People who Drive Execution and Organizational Performance*, „American Journal of Economics and Business Administration” 2011, No. 3, s. 570.

⁴ Zob. S. Kular, M. Gatenby, C. Rees, E. Soane, K. Truss, *Employee Engagement*, Kingston Business Scholl, Kingston 2008, s. 3.

⁵ A. Hewitt, *Badanie Najlepsi Pracodawcy 2012*, „Harvard Business Review Polska” 2012.

⁶ Szerzej: M. Juchnowicz, *Zarządzanie przez zaangażowanie. Koncepcja. Kontrowersje. Aplikacje*, PWE, Warszawa 2010.

były osiągnięte? Można zatem stwierdzić, że planowanie kadr jest podstawowym sposobem optymalizacji zatrudnienia i polega na identyfikacji obecnych i przyszłych potrzeb kadrowych, dzięki którym możliwe będzie urzeczywistnianie celów strategicznych i bieżących organizacji. Przy planowaniu kadr należy bardzo rozważnie podejść do określenia kompetencji pracownika, które powinny być jak najbardziej dostosowane do zadań wykonywanych przez pracownika na danym stanowisku. Powinny być one określone na podstawie opisu stanowiska pracy, którego kluczowymi elementami są: wyszczególnienie zadań, uprawnień i odpowiedzialności pracownika. Między tymi trzema zakresami powinna zachodzić równowaga, czyli z zadań muszą wynikać uprawnienia, a z uprawnień odpowiedzialność. Jednym z najbardziej uniwersalnych narzędzi służących do określania kompetencji jest profil kompetencyjny. Jest to uporządkowany zestaw kompetencji charakterystycznych dla danego stanowiska, które pozwolą pracownikowi zatrudnionemu na danym stanowisku zrealizować z sukcesem zadania. W typowym profilu kompetencyjnym wyróżnia się kwalifikacje zawodowe, umiejętności, doświadczenie oraz cechy osobowościowe, jakie powinien posiadać pracownik.⁷ Odpowiedź na drugie pytanie jest szczególnie istotna w podmiotach leczniczych. Należy zaplanować zatrudnienie na takim poziomie, żeby z jednej strony nie było przerostu zatrudnienia, z drugiej zaś pracownicy nie byli przeciążeni pracą, co wielokrotnie ma miejsce (o czym donosi prasa np. o zasłabnięciu lekarza z przepracowania).

Ważnym zadaniem jest również dobór pracowników, który, jak pisze A. Poczowski, obejmuje zbiór celowo wyodrębnionych i odpowiednio skonfigurowanych działań w obszarze funkcji personalnej organizacji, ukierunkowanych na zapewnienie odpowiedniej liczby kompetentnych osób świadczących usługę pracy.⁸ Proces doboru pracowników składa się z trzech następujących subprocesów: rekrutacji, selekcji i adaptacji. Rekrutacja zaczyna się w momencie podjęcia decyzji o konieczności zatrudnienia pracownika na dane stanowisko, kończy się zaś w chwili złożenia przez kandydatów dokumentów aplikacyjnych. Wyróżnia się dwa źródła rekrutacji: wewnętrzne i zewnętrzne. Rekrutacja wewnętrzna polega na zatrudnieniu na dane stanowisko pracownika już zatrudnionego w danej organizacji. Rekrutacja zewnętrzna to pozyskanie kandydatów do pracy z otoczenia organizacji. Należy zaznaczyć, że w pierwszej kolejności kierownictwo organizacji powinno korzystać z rekrutacji wewnętrznej, która powoduje,

⁷ Szerzej: Z. Sekuła, *Planowanie zatrudnienia*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.

⁸ A. Poczowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2007, s. 141.

że bardziej efektywnie są wykorzystane kompetencje pracowników. Są różne sposoby prowadzenia rekrutacji zewnętrznej, do których należą: emisja ogłoszeń w prasie lub na portalach internetowych, poszukiwanie pracowników przez agencje doradztwa personalnego, współpraca pracodawcy ze szkołami bądź wyższymi uczelniami, tworzenie własnych baz danych, rekomendacje pracowników zatrudnionych w organizacji.⁹ Podmioty lecznicze chcące pozyskać dobrych specjalistów powinny wykorzystywać wszystkie sposoby prowadzenia rekrutacji zewnętrznej. Błędem jest ograniczenie się tylko do sposobu tradycyjnego, jakim jest emisja ogłoszeń. Rekomendowanymi sposobami w przypadku omawianych organizacji jest współpraca z wyższymi uczelniami oraz rekomendacje pracowników zatrudnionych w danej organizacji. Należy jednak podkreślić, że rekomendowany pracownik musi tak jak każdy inny kandydat zostać oceniony w trakcie selekcji. Wyróżniamy dwa rodzaje rekrutacji: szeroką i segmentową. Rekrutacja szeroka jest wskazana przy poszukiwaniu pracowników na szeregowy stanowiska pracy. Polega na kierowaniu ofert zatrudnienia na tzw. szeroki rynek pracy. Rekrutacja segmentowa kierowana jest do kandydatów posiadających określone kompetencje. Przy rekrutacji segmentowej oferta kierowana jest do określonego segmentu rynku pracy. W przypadku podmiotów leczniczych przede wszystkim wykorzystuje się rekrutację segmentową, która pozwala na znalezienie dobrych specjalistów w danej dziedzinie, co ma duże znaczenie w przypadku lekarzy, personelu pielęgniarskiego oraz innych pracowników podmiotów leczniczych.

2. Selekcja pracowników

Selekcja to proces zbierania informacji o kandydatach do pracy i wybranie kandydata z kompetencjami najbardziej dopasowanymi do profilu kompetencyjnego pracownika, który ma być zatrudniony na danym stanowisku. Wyróżnia się dwie strategie selekcji: negatywną i pozytywną. Strategia negatywna polega na eliminowaniu mało przydatnych kandydatów za pomocą przyjęcia odpowiednich kryteriów i stosowania określonych metod selekcji. Jest to strategia asekuracyjna, mająca na celu zidentyfikować słabe strony kandydatów przy zastosowaniu określonych procedur działania. Bardzo ważne w tej strategii są kryteria formalne, które niwelują ryzyko wybrania niekompetentnych kandydatów. Strategia pozytywna polega na wybraniu najlepszych i najbardziej kompetentnych

⁹ Szerzej: B. Jamka, *Dobór zewnętrzny i wewnętrzny pracowników. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2001.

kandydatów, o kompetencjach najbardziej zgodnych z utworzonym wcześniej profilem kompetencyjnym pracownika, przy ustaleniu kryteriów i zastosowaniu określonych metod selekcji. Wybrane procedury muszą być ukierunkowane na identyfikowanie mocnych stron kandydatów. Jest to bardzo ryzykowna i trudna w zastosowaniu metoda, ale zazwyczaj daje gwarancję wyboru kandydatów co najmniej dobrych.¹⁰ W przypadku podmiotów leczniczych powinna być stosowana strategia pozytywna dająca lepsze rezultaty w poszukiwaniu pracowników o wysokich kompetencjach specjalistycznych. Typowy proces selekcji obejmuje następujące etapy:

- 1) Zapoznanie się z dokumentami aplikacyjnymi kandydata.
- 2) Wstępna rozmowa z kandydatem.
- 3) Weryfikacja informacji podanych przez kandydata.
- 4) Badanie kompetencji.
- 5) Ostateczna rozmowa kwalifikacyjna.
- 6) Badania lekarskie.
- 7) Zatrudnienie wybranego kandydata.

Do każdego etapu w procesie selekcji należy przywiązywać szczególną wagę. Pierwszy etap polega na przeanalizowaniu informacji zawartych w dokumentach aplikacyjnych kandydatów. Najczęściej jest to życiorys, list motywacyjny oraz specjalny formularz przygotowany przez pracodawcę, w który kandydaci wpisują interesujące go informacje. Dzięki niemu łatwiej jest porównać kandydatów między sobą. Przy analizie dokumentów aplikacyjnych należy zwrócić uwagę na to, czy kandydat jest rzeczywiście zainteresowany pracą na danym stanowisku, czy posiada odpowiednie kwalifikacje formalne, aby być zatrudnionym na danym stanowisku, oraz co go wyróżnia spośród innych.

Podczas wstępnej rozmowy z kandydatem należy przeanalizować, czy oczekiwania kandydata są zbieżne z oczekiwaniami pracodawcy. Szczególnie istotne są warunki finansowe, ponieważ wynagrodzenie, które będzie otrzymywał za wykonywaną pracę, powinno być dostosowane do jego oczekiwań w tym zakresie. Celem wstępnej rozmowy jest wyrobienie opinii pracodawcy o kandydacie. W trakcie selekcji należy zweryfikować informacje o kandydacie do pracy. Podstawowym sposobem jest analiza referencji. Dzięki referencjom osoba zajmująca się selekcją może nie tylko potwierdzić informacje już posiadane o kandydacie, ale może też pozyskać zupełnie nowe informacje. Istnieją cztery grupy osób mogących udzielać referencji: przełożeni lub współpracownicy z aktualnego miejsca pracy (z tego źródła informacji często nie można skorzystać, gdyż wiązałyby się

¹⁰ M. Suchar, *Rekrutacja i selekcja personelu*, C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 53.

to z ujawnieniem planów zawodowych kandydata i mogłoby mu to zaszkodzić), przełożeni lub współpracownicy z poprzednich miejsc pracy (jest to rozwiązanie najczęstsze), znający go przełożeni lub współpracownicy z firmy, do której aplikuje, jakiegokolwiek osoby godne zaufania znające kandydata, np. osoby publiczne, nauczyciele i promotorzy, członkowie lub działacze organizacji i stowarzyszeń, w których kandydat działa lub działał.¹¹ Przy analizie referencji należy wziąć pod uwagę, jaka była częstotliwość, charakter i cel relacji osoby wystawiającej referencje z kandydatem. W celu podniesienia stopnia wiarygodności referencji należy przyjąć zasadę, że każda pisemna referencja musi być potwierdzona telefonicznie. Najbardziej wiarygodnym sposobem badania kompetencji kandydata są ośrodki oceny. Kandydaci wykonują różnego rodzaju ćwiczenia związane z ich przyszłą pracą. Mają one na celu sprawdzenie umiejętności pracy indywidualnej oraz zespołowej. Przeprowadza się je w niedużych grupach liczących od 6 do 8 kandydatów. Każda kluczowa kompetencja wynikająca z profilu kompetencyjnego powinna być sprawdzana za pomocą co najmniej dwóch ćwiczeń. Kandydaci są oceniani przez dwie osoby, które formułują wspólną ocenę dotyczącą kompetencji danego kandydata. Uzupełnieniem ośrodków oceny jest przeprowadzenie testów wiedzy i testów psychologicznych.¹² Ostateczna rozmowa kwalifikacyjna ma bardzo duże znaczenie w procedurze selekcji, ponieważ na jej podstawie podejmowana jest decyzja, któremu z kandydatów zostanie złożona oferta pracy. W pierwszej części rozmowy należy przedstawić kandydatowi szczegółowe informacje o organizacji i stanowisku pracy, aby mógł podjąć świadomą decyzję. W trakcie rozmowy należy również pozyskać od kandydata informacje, których nie uzyskano w poprzednich etapach procedury selekcji. Dlatego też należy się do niej należycie przygotować, wykonując analizę mocnych i słabych stron kandydata. Zazwyczaj w trakcie rozmowy zadaje się aplikantowi pytania dotyczące jego kompetencji, chęci rozwoju, zainteresowań. Odchodzi się od zadawania pytań dotyczących sytuacji rodzinnej kandydata. Druga grupa pytań dotyczy kluczowych kompetencji, jakie powinien posiadać pracownik zatrudniony na danym stanowisku. Wszyscy kandydaci odbywający rozmowę powinni otrzymać te same pytania, co ułatwi porównanie ich między sobą. Powinny być to pytania sytuacyjne. Podczas przygotowania pytań należy się zastanowić nad pożądaną odpowiedzią. Ważną częścią ostatecznej rozmowy jest umożliwienie zadawania pytań przez kandydata. Dzięki temu pracodawca może dowiedzieć

¹¹ *System zarządzania zasobami ludzkimi przedsiębiorstwa*, red. H. Bieniok, Wydawnictwo AE im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2006, s. 108–109.

¹² Szerzej: I. Ballantyne, P. Nigel, *Ośrodki oceny i rozwoju*, Wydawnictwo ADS, Warszawa 2000.

się, co interesuje kandydata, do czego przywiązuje szczególną wagę i jakie są jego oczekiwania. Istotną kwestią jest, aby rozmowa przebiegała w miłej atmosferze opartej na partnerskich relacjach. Nie należy stwarzać sytuacji stresujących, które mogą mieć negatywny wpływ na wizerunek dobrego pracodawcy. Po podjęciu decyzji, któremu kandydatowi złożona zostanie oferta pracy, należy go skierować na badania wstępne. Po dopuszczeniu kandydata do pracy przez lekarza medycyny pracy należy zawrzeć z nim umowę o pracę.¹³ W przypadku oceny kandydatów na kluczowe stanowiska w podmiotach leczniczych powinna być stosowana opisana procedura, która w dużym stopniu gwarantuje, że wybrany kandydat będzie miał dopasowane kompetencje do kompetencji wynikających z profilu kompetencyjnego. W przypadku innych stanowisk może być stosowana uproszczona procedura, w której pomija się niektóre etapy, np. badanie kompetencji za pomocą ośrodków oceny.

Ostatnim subprocesem jest wprowadzenie do pracy mające na celu ułatwienie adaptacji społeczno-zawodowej w nowym otoczeniu. Adaptacja nowego pracownika powinna doprowadzić do sytuacji, w której nowy pracownik w możliwie krótkim czasie będzie wykonywał w sposób bardzo dobry powierzone zadania oraz będzie zaangażowany w pracę. Kluczową rolę w tym okresie odgrywa bezpośredni przełożony pracownika odpowiedzialny za zorganizowanie i zrealizowanie programu adaptacyjnego, który m.in. obejmuje: przeprowadzenie szkoleń wewnętrznych, zapoznanie pracownika z przedsiębiorstwem, wdrożenie do wykonywania zadań, integrację z zespołem, ocenę pracownika.¹⁴ Program adaptacyjny dla nowych pracowników podmiotów leczniczych powinien obejmować opisane elementy. Szczególnie istotna jest integracja z zespołem oraz szybkie wdrożenie do wykonywania zadań. Dlatego też warto przydzielić nowemu pracownikowi trenera, który będzie pomagał w okresie adaptacyjnym w realizacji zadań.

3. Motywowanie do pracy

W zarządzaniu kapitałem ludzkim istotną rolę odgrywa umiejętność motywowania pracowników do pracy. Motywowanie jest świadomym oddziaływaniem na pracowników w celu wywołania określonych zachowań. Polega na wspomaga-

¹³ Szerzej: P. Waclawska, *Jak dobrać bezbłędnych pracowników*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

¹⁴ Szerzej: A. Żarczyńska-Dobiesz, *Adaptacja nowego pracownika do pracy w przedsiębiorstwie*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008.

niu pożądaných dążeń i gaszeniu tych, które nie współgrają z przyjętą strategią.¹⁵ Warunkiem skuteczności motywowania jest indywidualne podejście menedżera do pracowników, ponieważ najbardziej ich motywują niezaspokojone potrzeby, a każdy z nich ma indywidualną hierarchię potrzeb. Drugim warunkiem jest wewnętrzna motywacja menedżera, z uwagi na to, że powinien dawać dobry przykład swoim pracownikom. Ważną kwestią jest posiadanie przez menedżera autorytetu faktycznego, który pozwoli na skuteczne oddziaływanie na pracowników. Źródłem autorytetu faktycznego są przede wszystkim kompetencje i sympatia. Powinien umieć również posługiwać się narzędziami motywacyjnymi. Sposoby pobudzania motywacji są zdeterminowane zarówno charakterem pracy, jak i oczekiwaniami pracowników. Inne narzędzia powinny być wykorzystane wobec pracowników o wysokich kompetencjach, inne zaś wobec tych z mniejszymi, inaczej motywuje się pracowników na stanowiskach wymagających kreatywności, a w inny tych, którzy wykonują pracę odtwórczą. Należy dobrać jak najskuteczniejsze narzędzia z dostępnej puli w organizacji. Podstawowym narzędziem motywowania jest wynagrodzenie podstawowe. Jednakże w dobie dążenia do rozwoju pracowników i zaspokajania ich potrzeb ważną rolę odgrywają także narzędzia pozapłacowe – zarówno materialne, czyli mające przelicznik na pieniądze, jak i niematerialne, które nie dają się przeliczyć, ale posiadają wartość dodaną dla pracowników.¹⁶ Narzędzia motywowania powinny być wobec siebie komplementarne i wzmacniać nawzajem swoje działanie. Menedżer powinien wobec swoich pracowników stosować narzędzia materialne pieniężne, narzędzia materialne niepieniężne i narzędzia niematerialne.

Do podstawowych narzędzi materialnych pieniężnych zalicza się wynagrodzenie podstawowe, premie oraz nagrody pieniężne. Wynagrodzenie podstawowe z uwagi na swoje podstawowe funkcje (zachęcenie pracownika do pracy w danej organizacji oraz utrzymanie go w niej jak najdłużej) powinno być atrakcyjne dla pracownika i zgodne z jego oczekiwaniami. Powinno również uwzględniać znaczenie danego stanowiska w realizacji kluczowych zadań w organizacji. Z tego względu wszystkie stanowiska pracy powinny być odpowiednio wycenione.¹⁷ Granice wysokości wynagrodzenia wyznaczają minimalne wynagrodzenie oraz możliwości finansowe organizacji. Premia powinna stanowić uzupełnienie

¹⁵ T. Listwan, *Słownik zarządzania kadrami*, C.H. Beck, Warszawa 2005, s. 89.

¹⁶ W.M. Kopertyńska, *Motywowanie pracowników. Teoria i praktyka*, Placet, Warszawa 2008, s. 199.

¹⁷ Szerzej: M. Juchnowicz, Ł. Sienkiewicz, *Jak oceniać pracę. Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006; Z. Juckiewicz, *Praca i jej opłacanie*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2002.

wynagrodzenia podstawowego (15–30% wynagrodzenia podstawowego).¹⁸ Premie powinny być wypłacane w taki sposób, aby było możliwe utrzymanie zbieżności czasowej między wykonaniem zadania a otrzymaniem gratyfikacji, np. w okresach kwartalnych. Powinny być przyznawane w oparciu o jasne zasady premiowania i mieć charakter pozytywny, czyli premia jest przyznawana wyróżniającemu się pracownikowi, a nieodbierana złemu. Z tego względu powinna być oparta na rzetelnej ocenie pracy. Należy zwrócić uwagę, że premia nie powinna być tylko powiązana z indywidualnymi efektami pracownika (premia indywidualna), ale także z efektami zespołów pracowniczych (premia zespołowa). Pracownik wzorowy, który osiągnął w pracy sukces, powinien otrzymać nagrodę pieniężną stanowiącą dla niego dużą wartość (100–200% wynagrodzenia podstawowego). Nagroda pieniężna powinna być połączona z narzędziem niematerialnym, jakim jest list pochwalny, co spowoduje, że pracownik będzie bardziej dowartościowany. Powinna ona być przyznawana na forum publicznym w obecności innych pracowników, co będzie bardziej motywujące dla pracownika, który otrzymał nagrodę oraz innych pracowników, którzy w przyszłości mogą otrzymać nagrodę. Narzędzia materialne niepieniężne stanowią benefity w formie rzeczowej, które pracownik otrzymuje w zamian za pracę.

Do podstawowych narzędzi materialnych niepieniężnych należą: szkolenia, bezpłatna możliwość korzystania z obiektów sportowych, różnego rodzaju ubezpieczenia, wycieczki motywacyjne czy imprezy integracyjne. Dobrym rozwiązaniem jest możliwość wyboru przez pracowników tych benefitów, które w największym stopniu zaspokajają ich potrzeby (kafeteryjny system wynagradzania). Pracodawca tworzy listę benefitów, wyceniając je np. punktowo. Pracownik otrzymuje określoną liczbę punktów i sam wybiera spośród benefitów umieszczonych na tej liście te, które w największym stopniu spełnią jego oczekiwania. Liczba przyznanych punktów pracownikowi zależy od następujących czynników: znaczenia zajmowanego stanowiska w urzeczywistnianiu kluczowych celów w organizacji, efektów pracy i udziału pracownika w realizacji innych zadań niezwiązanych z zajmowanym stanowiskiem, np. uczestniczenie w realizacji projektów. Benefity powinny trafiać w potrzeby pracowników, dlatego trzeba znać ich oczekiwania. W celu możliwości autentycznego wyboru lista powinna być stosunkowo długa i urozmaicona. Benefity powinny być tak wycenione, aby były dostępne dla pracowników. Do narzędzi niematerialnych przede wszystkim zalicza się: status stanowiska, umożliwienie rozwoju pracownika, awans pracownika, uznanie, dobre warunki pracy, samodzielność w wykonywaniu zadań, kreatywną pracę,

¹⁸ Opisana zasada nie dotyczy systemu prowizyjnego.

udział pracowników w zarządzaniu, udział pracowników w projektach, atmosferę w pracy, otwartą komunikację, elastyczny czas pracy, pewność pracy, zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom, wizerunek organizacji. Należy zaznaczyć, że narzędzia niematerialne zaczynają mieć znaczenie w motywowaniu pracowników w sytuacji, w której podstawowe ich potrzeby są zaspokojone.¹⁹ Jednak w wielu podmiotach leczniczych są to podstawowe narzędzia motywacyjne. W dużej liczbie podmiotów sposoby motywacji powinny ulec zmianie poprzez opracowanie nowych systemów wynagradzania pracowników. Warto się zastanowić nad wprowadzeniem kafeteryjnego systemu motywacyjnego. Należy w większym stopniu dopasować narzędzia do oczekiwań pracowników (indywidualizacja).

4. Ocena pracownika i planowanie rozwoju

Ocenianie pracownika jest również ważnym zadaniem menedżera w każdej organizacji. W trakcie oceny pracownik powinien otrzymywać informację zwrotną dotyczącą jego pracy. Ocena pracownika powinna być systematyczna. Wyróżnia się dwa rodzaje ocen: bieżącą, przeprowadzaną co najmniej raz w miesiącu oraz okresową, dokonywaną raz na pół roku lub raz w roku. W trakcie oceny okresowej pracownik powinien być oceniony przez przełożonego, swoich podwładnych, współpracowników, klientów wewnętrznych i zewnętrznych (model 360 stopni). Taki sposób oceny gwarantuje, że ocena jest obiektywna. Jest rekomendowany w przypadku pracowników podmiotów leczniczych, którzy mają kontakt z różnymi grupami osób. W trakcie oceny pracownik powinien dokonać samooceny swojej osoby. Podstawą do oceny pracownika i samooceny powinny być obiektywne kryteria (adekwatne do procesu pracy i jednoznaczne) znane pracownikowi przed rozpoczęciem okresu, którego dotyczy ocena. Pracownik powinien mieć pewien wpływ na ich ustalenie. Ważnym etapem w procesie oceny jest rozmowa podsumowująca, w której trakcie powinny być sformułowane wnioski w stosunku do pracownika i pracodawcy. Powinien to być dialog między przełożonym a podwładnym prowadzony w miłej atmosferze. Podczas rozmowy należy się koncentrować na pracy i rozwiązywaniu problemów. Ważne jest, aby była konstruktywna.²⁰

¹⁹ Szerzej: Z. Sekuła, *Motywowanie do pracy. Teorie i instrumenty*, PWE, Warszawa 2008.

²⁰ Szerzej: M. Sidor-Rządkowska, *Kształtowanie nowoczesnych systemów ocen pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.

Chcąc utrzymać w organizacji kompetentnych pracowników, na czym powinno zależeć szczególnie podmiotom leczniczym, należy dbać o ich rozwój, ponieważ jedną z głównych przyczyn odejścia pracowników z pracy jest brak możliwości rozwojowych.²¹ Pracownik powinien mieć poczucie, że pracując, podnosi swoje kompetencje. Dlatego tak ważne jest szkolenie pracowników. Kluczem do sukcesu w szkoleniu jest umiejętne rozpoznanie potrzeb szkoleniowych. Najlepsi pracownicy powinni brać udział w szkoleniach prowadzonych przez trenerów zewnętrznych, ponieważ jest to również jedno z podstawowych narzędzi motywacyjnych. Po odbyciu szkolenia powinni dzielić się nabytą wiedzą z innymi pracownikami. Szkolenia wewnętrzne prowadzone przez pracowników danej organizacji powinny być jednymi z podstawowych szkoleń w podmiotach leczniczych, w których bardzo istotny jest wysoki poziom wiedzy reprezentowany przez wszystkich pracowników.²² Warto też wspomnieć o szkoleniach integracyjnych, które można organizować w ramach projektów *corporate responsibility* (CR). Celem projektów CR jest rozwój empatii i proklienckiego nastawienia wśród pracowników oraz wsparcie dla lokalnych środowisk i instytucji działających na rzecz osób potrzebujących. Takiego typu szkolenia są bardzo przydatne w podmiotach leczniczych ze względu na cechy, które kształtują, i które są bardzo przydatne wśród pracowników opisywanych organizacji. Podmioty lecznicze muszą być organizacjami uczącymi się, inwestującymi w swoich pracowników. Nie należy zaniedbywać szkoleń miękkich, które kształtują postawy pracowników. Do rekomendowanych tego typu szkoleń w podmiotach leczniczych należą szkolenia dotyczące komunikacji, rozwiązywania konfliktów, asertywności oraz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pracownik, aby mógł się rozwijać, nie może wpaść w rutynę. Z tego też względu należy wzbogacać jego treść pracy, przydzielając nowe zadania do realizacji. Im pracownik jest bardziej dojrzały (umie wykonywać zadania i jest zaangażowany w ich realizację), tym większą należy mu dać samodzielność, nakładając odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Samodzielność pracowników jest ważna w aspekcie zadań wykonywanych przez kluczowych pracowników podmiotów leczniczych. Planując rozwój zawodowy pracowników, nie można pomijać rozwoju osobistego, istnieje bowiem współzależność między życiem zawodowym i pozazawodowym, warunkująca możliwości, zakres i natężenie rozwoju pracowników do pełnienia ról zawodo-

²¹ Badania Hays Poland w: M. Młynarczyk, *Jak powstrzymać odpływ talentów*, „Harvard Business Review Polska” wrzesień 2011.

²² Szerzej: L. Rae, *Planowanie i projektowanie szkoleń*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1999.

wych. Nie ma możliwości planowania rozwoju bez uwzględnienia planów z życia pozazawodowego oraz stadiów życia osobistego.²³

Do narzędzi umożliwiających rozwój możemy również zaliczyć rotację stanowisk, kształtowanie karier, zarządzanie talentami, mentoring, ośrodki rozwoju. Ciekawym sposobem na rozwój pracowników jest rotacja stanowisk. Pracownik co pewien czas zmienia swoje stanowisko pracy, aby mógł nabyć nowe kompetencje. Poprzez wykonywanie nowych obowiązków uzyskuje możliwość rozszerzenia swoich kwalifikacji, umiejętności oraz zdobywa nowe doświadczenie. To narzędzie jest stosowane w przypadku lekarzy odbywających staż. Pracownicy zajmujący kluczowe stanowiska powinni mieć zaplanowaną ścieżkę kariery zawodowej. Wiele organizacji dla swoich ponadprzeciętnych pracowników organizuje specjalne programy mające na celu zatrzymanie talentów w organizacji i ich rozwój. W ramach tych programów pracownicy uczestniczą w specjalnie organizowanych dla nich szkoleniach, uczęszczają na studia podyplomowe lub doktoranckie, odbywają staże, biorą udział w interesujących projektach, pełnią rolę ekspertów w organizacji. Mentornig jest procesem sprawowania opieki nad pracownikiem w różnych stadiach rozwoju zawodowego i kariery. Mentor bierze odpowiedzialność za wsparcie w rozwoju mniej doświadczonego pracownika. Jednym z nowoczesnych narzędzi rozwoju pracowników są ośrodki rozwoju (*development center*). Celem ośrodków rozwoju jest ocena potencjału i kompetencji pracowników oraz wyznaczenie ścieżki rozwoju. Pracownikom są przydzielane różne indywidualne lub grupowe zadania, które są oceniane przez asesorów. Następnie wyniki są omawiane z pracownikami. Podczas rozmowy największy nacisk się kładzie na możliwości rozwojowe pracownika.²⁴

Podsumowanie

Pracownika w organizacji należy traktować jak kapitał, w który się inwestuje, a nie jak zasób, który się wykorzystuje. Pracownik jest klientem wewnętrznym, który musi odnosić satysfakcję z pracy. Z tych też względów należy systematycznie (raz w roku lub raz na dwa lata) badać jego satysfakcję z pracy. W podmiotach leczniczych szczególnie istotne jest podejście podmiotowe do pracowników kształtujących wizerunek organizacji, który ma bardzo duże znaczenie. Należy

²³ M. Fryczyńska, *Praktyczny przewodnik rozwoju zawodowego pracowników*, Placet, Warszawa 2008, s. 13.

²⁴ Szerzej: I. Ballantyne, P. Nigel, op.cit.; J. Tabor, *Zarządzanie talentami w przedsiębiorstwie. Koncepcje, strategie, praktyka*, Poltext, Warszawa 2013.

cały czas pamiętać, że pracownik jest najważniejszy, ponieważ od niego zależy, w jaki sposób będą wykonywane zadania i osiągnięte cele. W podmiotach leczniczych pracownicy mają jeszcze jedno ważne zadanie do zrealizowania: przyciągnąć pacjentów do danej organizacji. Dlatego tak ważne są ich kompetencje oraz prezentowane postawy. Pracownik musi być zaangażowany w pracę, ponieważ wówczas będzie konsekwentnie urzeczywistniał cele. Kierownictwo podmiotu leczniczego powinno stworzyć odpowiednie warunki sprzyjające zaangażowaniu pracowników.

Bibliografia

1. Ballantyne I., Nigel P., *Ośrodki oceny i rozwoju*, Wydawnictwo ADS, Warszawa 2000.
2. Fryczyńska M., *Praktyczny przewodnik rozwoju zawodowego pracowników*, Placet, Warszawa 2008.
3. Jamka B., *Dobór zewnętrzny i wewnętrzny pracowników. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2001.
4. Juchnowicz M., *Zarządzanie przez zaangażowanie. Koncepcja. Kontrowersje. Aplikacje*, PWE, Warszawa 2010.
5. Juchnowicz M., Sienkiewicz Ł., *Jak oceniać pracę. Wartość stanowisk i kompetencji*, Difin, Warszawa 2006.
6. Juckiewicz Z., *Praca i jej opłacanie*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2002.
7. Kopertyńska W.M., *Motywowanie pracowników. Teoria i praktyka*, Placet, Warszawa 2008.
8. Kozłowski M., *Employer Branding*, Wolters Kluwer business, Kraków 2012.
9. Kular S., Gatenby M., Rees C., Soane E., Truss K., *Employee Engagement*, Kingston Business Scholl, Kingston 2008.
10. Leary-Joyce J., *Budowanie wizerunku pracodawcy z wyboru*, Wolters Kluwer business, Kraków 2007
11. Poczowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2007.
12. Rae L., *Planowanie i projektowanie szkoleń*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1999.
13. Sekuła Z., *Motywowanie do pracy. Teorie i instrumenty*, PWE, Warszawa 2008.
14. Sekuła Z., *Planowanie zatrudnienia*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
15. Sidor-Rządkowska M., *Kształtowanie nowoczesnych systemów ocen pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.
16. Suchar M., *Rekrutacja i selekcja personelu*, C.H. Beck, Warszawa 2008.
17. *System zarządzania zasobami ludzkimi przedsiębiorstwa*, red. H. Bieniok, Wydawnictwo AE im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2006.

18. Tabor J., *Zarządzanie talentami w przedsiębiorstwie. Koncepcje, strategię, praktyka*, Poltext, Warszawa 2013.
19. Waćławska P., *Jak dobrać bezbłędnych pracowników*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
20. Żarczyńska-Dobiesz A., *Adaptacja nowego pracownika do pracy w przedsiębiorstwie*, Wolters Kluwer business, Kraków 2008.