Piotr Czajka, Maria Danuta Głowacka

Zjawiska kryzysowe w wybranych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej

Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 19, 155-163

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

ZESZYTY NAUKOWE UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO

NR 666 PROBLEMY ZARZĄDZANIA, FINANSÓW I MARKETINGU NR 19 2011

PIOTR CZAJKA, MARIA DANUTA GŁOWACKA
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

ZJAWISKA KRYZYSOWE W WYBRANYCH OBSZARACH FUNKCJONOWANIA ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Tempo rozwoju współczesnych organizacji ochrony zdrowia, wieloaspektowość zmian zachodzących w ich otoczeniu czy realizowanie przedsięwzięć angażujących wiele pionów zakładu sprawiają, że pojawienie się w jednostkach ochrony zdrowia zjawiska kryzysu wydaje się nieuchronne. O kryzysie można mówić jako o fenomenie, wobec którego podejmuje się próby rozłożenia na czynniki pierwsze holistycznego ujęcia zjawiska, zwrócenia uwagi na jego krytyczne faktory.

W literaturze tematu znajduje się wiele prób wyjaśnienia terminu. Biorąc pod uwagę pochodzenie słowa, możemy mówić o załamaniu, pęknięciu czy rozłamie. Takie ujęcie tematu, z punktu widzenia organizacji, może oznaczać dojście do punktu zwrotnego, krytycznego, zmieniającego radykalnie bieg zdarzeń. W ten sposób możemy patrzeć na zjawisko dwutorowo. Po pierwsze, można określić zaistniały stan rzeczy jako trudny, negatywnie oddziałujący na organizację, prowadzący do jej upadku (niemniej samo wystąpienie kryzysu nie namaszcza jednostki piętnem „przegranej"). Po drugie, można postrzegać to zjawisko jako szansę, możliwość służącą i sprzyjającą wdrażaniu pozytywnych zmian. Definiując kryzys, nie można zapominać o kluczowej roli czynników (zewnętrznych lub wewnętrznych) inicjujących zjawisko. Co więcej, mianem kryzysu można określić zjawisko oddziaływań zewnętrznych inicjujące ciąg najczęściej negatywnych zdarzeń lub też traktować je jako przyczynę wystąpienia

kryzysu w organizacji. Niemniej poza wszystkimi rozważaniami bezdyskusyjny pozostaje fakt przełomowości kryzysu w działalności zakładu.

Obecnie największym problemem wydaje się ustalenie źródła, punktu zapalnego, zarzewia kryzysu. Nagłe, niespodziewane sytuacje, zdarzenia losowe nie są kluczowymi faktorami inicjującymi powstanie kryzysu w organizacji. Uważa się, że kryzys w organizacjach narasta stopniowo, a jego zauważalna eskalacja ma swoje podstawy w wielu działaniach o charakterze przyczynowo-skutkowym. Zdefiniowanie przyczyn, podstawowych faktorów, źródeł kryzysu jest niezwykle trudne szczególnie w sytuacji, kiedy jego eskalacja rodzi wymierne skutki[1].

Zakłady opieki zdrowotnej powinny na bieżąco badać, monitorować, audytować obszary zmian, zjawiska, zachowania, działania czy zdarzenia, które w konsekwencji lub przy współudziale sprzyjających okoliczności mogą doprowadzić do powstania zjawiska kryzysowego. Merytoryczne podejście do tematu ma szczególne znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę hipotetyczne skutki kryzysu, a więc upadek, walkę o przetrwanie, szansę rozwoju. Niniejsza praca w decydującym stopniu skupia się na odnalezieniu źródeł kryzysu we wnętrzu zakładów opieki zdrowotnej.

1. Kryzys wizerunku zakładu opieki zdrowotnej

Kryzys może wynikać z braku świadomości funkcjonowania w warunkach otoczenia konkurencyjnego. Szczególnie może odznaczać się to w przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które najczęściej sprowadzają czynniki konkurencyjne do zaawansowania technologicznego sprzętu, otrzymanych środków finansowych czy liczby pacjentów. Wypieranie ze świadomości wkraczających mechanizmów wolnorynkowych jest błędem. Wejście na rynek dużych, prywatnych firm medycznych, obsługujących nie tylko rynek ambulatoryjnych usług zdrowotnych, ale także oferujących w swoim zakresie specjalistyczną opiekę szpitalną, szerokie zainteresowanie firm włączaniem w pakiety socjalne dla pracowników abonamentów medycznych, rozwijający się rynek prywatnych, indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych, traktowanie pacjenta jako klienta, stosowanie szeroko rozumianych instrumentów marketingowych stanowiących współczesne tendencje rozwoju rynku usług medycznych, stają się orężem w walce o klienta (pacjenta). Tym samym brak świadomości istnienia nowych reguł, skostniałość wewnętrznych mechanizmów działania w odniesieniu do

[1] Z. Kral, A. Zabłocka-Kluczka, *O istocie zjawisk kryzysowych organizacji*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk kryzysowych*, J. Skalik (red.), Cornetis sp. z o.o., Wrocław 2003, s. 17–19.

konkurencji, na przykład nieznajomość zasad benchmarkingu, mogą przysparzać kryzysowych kłopotów. Czynnikiem ściśle powiązanym z postrzeganiem zachowań konkurencyjnych jest otwartość i elastyczność w reagowaniu na otoczenie, które powinny być jednymi z kluczowych kryteriów ważności w zarządzaniu instytucją ochrony zdrowia[2].

Kluczowe znaczenie przypisać należy także działaniom o charakterze wizerunkowym. Nieświadome, nieumiejętne prowadzenie działań w tym obszarze lub, co gorsza, pomijanie aspektu zarządzania wizerunkiem przedsiębiorstwa oraz nieimplementowanie działań w obszarze *public relations* może inicjować kryzys. Brak podejmowania działań promujących placówkę, nieumiejętność inicjowania przedsięwzięć marketingowych, szczególnie tych nagłaśnianych przez media, nikłe zaangażowanie w organizację wydarzeń wzmacniających prestiż zakładu opieki zdrowotnej to czynniki, które wpływają ujemnie na percepcję jednostki przez pacjentów w aspekcie zaufania, jakości, innowacyjności, otwarcia na pacjenta. Rozpatrując zagadnienia wizerunkowe, należy wspomnieć o niewykorzystywaniu atutów świadczących o wdrożeniu nowoczesnych systemów zarządzania, jak na przykład certyfikat ISO czy akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia[3].

W nawiązaniu do zagadnienia przedstawionego w poprzednim akapicie, niezwykle istotne jest także odejście od schematyzacji w zakresie tworzenia produktów czy usług, braku specjalizacji, chęci zaspokajania potrzeb wszystkich uczestników rynku. Metod na uniknięcie wystąpienia kryzysu szukać można miedzy innymi w indywidualizacji oferty produktowej/usługowej zakładu, tworzeniu wartości dodanej, to jest budowaniu lojalności pacjenta oraz maksymalizowaniu jego satysfakcji poprzez włączanie go w proces tworzenia produktu/usługi na wszystkich jego etapach. Jednocześnie błędem byłoby zapominanie o wykorzystywaniu instrumentów oddziaływania na rynek, takich jak kompozycja marketingowa (marketingu mix), 4P – produkt, cena, dystrybucja, promocja czy 7P – 4P + ludzie, proces oraz świadectwa materialne. Brak optymalnej odpowiedzi na oczekiwania klientów wiąże się ściśle z występowaniem ryzyka jakościowego, czyli niespełnieniem określonych lub antycypowanych oczekiwań

---

[2] J. Kacała, *Kryzys a kształtowanie strategii w szpitalach*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk…*, s. 66–68.

[3] K. Libor, *Działania prywatnych przedsiębiorstw medycznych w obliczu kryzysu rynku usług medycznych w Polsce*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk…*, s. 99–102.

pacjentów – powstaniem rozłamów w fundamentalnej sferze funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej.

2. Sytuacje problemowe w obszarze zasobów ludzkich

Krytyczne wydaje się także zjawisko zarządzania informacją w zakładzie opieki zdrowotnej w aspekcie jej obiegu czy dostępności rozumianej jako bezproblemowe rozprzestrzenianie na wszystkich szczeblach struktury organizacyjnej jednostki. Nieumiejętne administrowanie informacjami może przyczyniać się do spowalniania organizacji pracy (tworzenia wąskich gardeł, wydłużenia czasu obsługi zainteresowanych pacjentów czy wprowadzania chaosu organizacyjnego w tym zakresie – niedotrzymywania obowiązujących terminów, utrudnień we współpracy pomiędzy komórkami organizacyjnymi zakładu), co jednocześnie będzie obniżało jakość obsługi interesantów. Kluczowe może okazać się także niewykorzystywanie obydwu kanałów komunikacji (formalnych i nieformalnych) bądź ich marginalizacja, która może sprowadzać się na przykład do wykorzystywania kanałów nieformalnych do celów tylko i wyłącznie towarzyskich. Sumarycznie takie podejście nie sprzyja włączaniu i angażowaniu pracowników w proces zarządzania jednostką czy budowaniu ich motywacji. Problemem stać się może także brak kontaktu zakładu opieki zdrowotnej z rynkiem na wszystkich jego obszarach. W tym aspekcie punkt krytyczny stanowić może także zarządzanie czynnikiem ludzkim czy też ogólnie gospodarowanie zasobami ZOZ-u. Ostatecznie występować mogą niestabilności i zmiany w rozwoju przedsiębiorstwa[4].

Konflikty, złe funkcjonowanie grupy pracowniczej, identyfikowanie wśród podwładnych takich emocji, jak agresja, dominacja, zależność czy blokowanie, spadek efektywności pracy czy ułomne funkcjonowanie programów budowania zespołu mogą przyczyniać się do powstania kryzysu w organizacji. W tej kategorii istnieje bardzo wiele czynników identyfikujących problem. Mogą one wynikać z problemów w kontaktach służbowych z przełożonym, z braku zrozumienia wśród pracowników jego decyzji, delegowanych zadań czy też z niedoceniania lub niewystarczającego nagradzania przez przełożonego efektów pracy, a w konsekwencji wszystkich składowych – z braku zaufania. Z drugiej strony, należy zwrócić uwagę na symptomy, takie jak zobojętnienie, brak inicjatywy, zaangażowania w działalność zakładu czy chęci podejmowania

[4] K. Zadros, *Czynniki systemu ochrony zdrowia kształtujące zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk…*, s. 103–107.

ryzyka. Ostatecznie źródeł kryzysu możemy upatrywać w braku zrozumienia fundamentalnych założeń czy braku spójności pomiędzy celami pojedynczego pracownika a całej jednostki[5].

Obecnie szeroko dyskutowanym tematem jest także znaczenie lidera organizacji, popełnianych przez niego błędów jako stymulatorów rozwoju sytuacji kryzysowych w zakładzie opieki zdrowotnej. Liderzy, którzy nie rozpatrują funkcjonowania swojego zakładu w perspektywie długofalowej, nie biorą pod uwagę zmian wynikających z makrotrendów, wahań koniunkturalnych, nie umieją korzystać ze zdobytych doświadczeń, są powodem podejmowania złych decyzji w okresach przejściowych (kryzysowych). Krytycznie oddziałują także na organizację liderzy, którzy nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat problemów swoich pracowników bądź koncentrują się tylko i wyłącznie na swoich dylematach nie mając tym samym holistycznego obrazu własnej jednostki. Liderzy mogą nie zapewniać poczucia bezpieczeństwa przez zbyt trudne, jednorazowe i bardzo ogólnikowe przekazywanie informacji, budowanie systemów komunikacyjnych. Odrębną kwestią jest brak wypracowania przez lidera standardów postępowania w przypadku zaistnienia sytuacji kryzysowej czy też zbyt małe jego zaangażowanie w łagodzenie skutków, przyczyniające się do osłabienia wizerunku jednostki ochrony zdrowia. Inny wątek stanowi brak staranności w zakresie rekrutacji i selekcji pracowników, nieumiejętne określanie profilu poszukiwanego kandydata, jego cech, doświadczenia czy zgodności posiadanego doświadczenia z profilem działalności zakładu czy, uszczegóławiając, stanowiska pracy. Tym samym prowadzić to może do deprecjonowania wartości lidera, podejmowania przez niego niepopularnych decyzji, na przykład redukcji zatrudnienia, samodzielnego zwalniania się pracowników, zbyt dużej fluktuacji wśród kadry pracowniczej, innymi słowy – do kryzysu w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi zakładu opieki zdrowotnej[6].

Ustrzeganie przed wystąpieniem kryzysu powinno być postrzegane także w kategoriach budowania organizacji uczącej się, to znaczy, jak już wcześniej wspomniano, dzielenia się informacją z pracownikami, umiejętnego premiowania czy też pozafinansowego gratyfikowania pracowników, którzy chętnie biorą udział w szkoleniach, podnoszą swoją wiedzę i umiejętności, ale także dzielą

---

[5] A. Bukowska-Piestrzyńska, *Marketing usług zdrowotnych – od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu Sp. z o.o, Warszawa 2007, s. 276 –278.

[6] H. Mruk, *Przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwers business, Warszawa 2010, s. 63–68.

się zdobytymi doświadczeniami z innymi, wykorzystują zdobyte kwalifikacje do podnoszenia wydajności i efektywności pracy. Z drugiej zaś strony, jednostka powinna sama wychodzić z inicjatywą dokształcania pracowników, szczególnie tych na umowach o pracę na czas nieokreślony. Tym samym narzędzi zażegnywania sytuacji kryzysowych można szukać w maksymalizowaniu zasobów intelektualnych organizacji, wspólnym ustalaniu celów rozwojowych zarówno tych indywidualnych, jak i całej jednostki[7].

Ówcześnie kwestią problematyczną, która z czasem może przerodzić się w zjawiska niekorzystne z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej, jak sytuacja problemowa czy kryzys, jest zarządzanie czasem, zarówno przez pracowników, jak i przez osoby wykonujące funkcje kierownicze. Ograniczanie kosztów związanych z zakupem materiałów, produktów, wykorzystaniem mediów może być zgubne w porównaniu z niechęcią do poszukiwania efektywnych metod wykorzystania czasu pracy. Poważnym błędem jest podejście do czasu jako kategorii nieekonomicznej i niemającej swojej wartości. Pracownicy, poprzez swoje zachowania związane z czasem, oddziaływają na niekorzyść firmy, ich czas pracy ma charakter nominalny, a nie efektywny. Zbyt dużo uwagi poświęca się realizacji spraw prywatnych w ramach czasu pracy, podtrzymywaniu więzi towarzyskich, spóźnianiu lub wychodzeniu przed czasem, znaczący jest także brak planowania pracy (odkładanie spraw). Z drugiej strony, wina może leżeć także po stronie pracodawcy – brak klientów, materiałów, nadzoru przełożonego. Karygodny jest brak zasad organizacji pracy czy mechanizmów motywowania. Działania antykryzysowe powinna także zintensyfikować kadra kierownicza zakładów opieki zdrowotnej, która pracuje zbyt długo, koncentruje się na działaniach operacyjnych, rozproszonych, nie deleguje zadań rutynowych na pracowników, nie jest skłonna do samokształcenia czy doskonalenia zawodowego, pracuje kolegialnie, a tym samym stanowić może źródło kryzysów[8].

---

[7] A. Binsztok, *Możliwości zastosowania współczesnych koncepcji organizacji i zarządzania w przedsiębiorstwach działających w warunkach kryzysu*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk…*, s. 263–269.

[8] H. Bieniok, *Złe zarządzanie czasem jako przyczyna kryzysów w rozwoju organizacji gospodarczych*, w: *Zarządzanie w kryzysie*, A. Stabryła (red.), Mfiles.pl, Kraków 2010, s. 75–80.

3. Zakłócenia zarządzania jakością i destabilizacja *outsourcingu*

Zgubne w skutkach może być także nieprawidłowe podejście oraz wykorzystywanie narzędzi zarządzania jakością w zakładzie opieki zdrowotnej, a to właśnie one w swojej istocie powinny służyć identyfikowaniu obszarów predysponowanych do wystąpienia kryzysu lub służyć łagodzeniu jego skutków. W tym wypadku problemem stać się może brak nadzoru nad prawidłowością przestrzegania przez pracowników zakładu jego wewnętrznych uregulowań, postępowania zgodnie z wyznaczonymi instrukcjami, standardami czy procedurami. Przeszkodą jest także brak systematyczności w zakresie prowadzenia działań audytujących, odpowiedniego ich zaplanowania, uniemożliwiający traktowanie go jako systemu wczesnego ostrzegania o zagrożeniach, a także niewłaściwy dobór audytorów – brak przygotowania merytorycznego, lojalności czy zaangażowania. Jednocześnie nieumiejętne prowadzenie działań w tym obszarze prowadzi do pomijania obszarów, procesów wymagających wzmożonego nadzoru, czyli bagatelizowania pierwszych zwiastunów kryzysu. Drugim punktem zapalnym obszaru zarządzania jakością jest niedocenianie roli badania satysfakcji pacjenta i możliwości, jakie za sobą niesie. Nieumiejętny dobór metod badawczych, brak zapewnienia możliwości porównywania danych w kolejnych latach prowadzi do utraty rzetelnej wiedzy o preferencjach klientów i fluktuacji ich potrzeb. Ostatecznie nieidentyfikowanie istotnych zagrożeń, zafałszowanie wyników monitoringu procesów, wynikające najczęściej z niewiedzy, utrudniają kierownictwu zakładu dostęp do wiarygodnej informacji związanej z jakością i całokształtem funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia[9].

Z ekonomicznego punktu widzenia niepomyślne może okazać się pomijanie rynku zewnętrznego, demonizowanie czy piętrzenie obaw związanych z poszukiwaniem źródeł różnych zasobów zakładu opieki zdrowotnej na rynku zewnętrznym. Racjonalizacja gospodarowania finansami czy przyjmowanie orientacji rynkowej powinny skłaniać ku wykorzystywaniu koncepcji *outsourcingu*. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej szczególne znaczenie ma wyprowadzanie poza jednostkę procesów pomocniczych w celu podnoszenia ich efektywności. Nie należy zapominać o gruntownym przygotowaniu merytorycznym do opisywanych w tym miejscu procesów, prawidłowym rozpoznaniu rynku, zdobyciu informacji o doświadczeniach podobnych jednostek. Kiepskim

---

[9] A. Wierzbic, *Wymagania normy ISO 9001:2000 a kryzys organizacji*, w: *Zachowanie organizacji wobec zjawisk…*, s. 332–333.

pomysłem jest wdrażanie *outsourcingu* bez przeprowadzenia szerokiej kampanii edukacyjnej wśród pracowników, mówiącej zarówno o korzyściach, jak i ewentualnych skutkach negatywnych proponowanych zmian, celem zyskania ich akceptacji. Nieumiejętne doprecyzowanie specyfikacji, wymagań w zakresie usług pomiędzy stronami umowy czy zły dobór kryteriów (na przykład 100% cena), stanowiących podstawę wyboru kooperanta, a w efekcie rzutujących na obniżenie oczekiwanej jakości, przyczynia się do piętrzenia problemów na linii zakład opieki zdrowotnej – firma zewnętrzna. Problem stać może także po stronie kontroli zlecanych prac, a więc braku wypracowanych standardów jakościowych oraz systemów oceny dostawców produktów/usług[10].

Podsumowanie

Współczesne tendencje zmian w ochronie zdrowia oraz modyfikacje mechanizmów zarządzania zakładami opieki zdrowotnej z jednej strony, dodatnio wpływają na kondycję rynkową jednostek, z drugiej zaś, w przypadku błędnych mechanizmów decyzyjnych, przyczyniać mogą się do pojawiania lub intensyfikowania sytuacji problemowych, kryzysowych. Pod ścisłą kontrolą powinien pozostawać obszar szeroko rozumianych zasobów ludzkich i kierowania nimi, a w szczególności motywowanie pracowników, *team building* czy zarządzanie czasem podwładnych. Mechanizmy wolnorynkowe nieodwracalnie wkraczają w sferę ochrony zdrowia, determinują „być albo nie być" wielu zakładów opieki zdrowotnej, jednocześnie niosąc za sobą ryzyko niekorzystnych zmian. Tym samym koordynatorzy jednostek powinni skoncentrować się na prawidłowym wdrażaniu działań marketingowych, wizerunkowych czy *public relations*. Ostatecznie należy zwrócić uwagę na wybrane, „twarde" elementy funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia, jak zarządzanie jakością czy *outsourcing*. Reasumując, funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej nie jest możliwe bez implementowania nowoczesnych technik zarządzania. Jednakże pamiętać należy o konieczności sumiennej, merytorycznie prawidłowej realizacji zadań w celu uniknięcia sytuacji problemowych.

[10] E. Marcinkowska, *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Oficyna Wolters Kluwers business, Warszawa 2010, s. 159–161.

CRISIS SITUATIONS IN THE SELECTED FUNCTIONAL ASPECTS OF HEALTH CARE INSTITUTIONS

Summary

Health care institutions just as other companies operating on the market are subject to numerous threats. Authors put emphasis on diagnosing the factors conducive to the development of problematic situations in the areas of image (identity), human resources, quality management and outsourcing in health care institutions. Article doesn't give solutions but hint, and points out critical areas of organizations that should be monitored to prevent, diagnose, develop and deploy new solutions including the elimination of potential risks.

Translated by Piotr Czajka