

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 422

**Zasoby organizacji.
Zagadnienia epistemologiczne
i metodologiczne**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2016

Redakcja wydawnicza: Anna Grzybowska, Joanna Świrska-Korlub

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania

znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa

www.pracnaukowe.ue.wroc.pl

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska

(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2016

ISSN 1899-3192

e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-572-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

53-345 Wrocław, ul. Komandorska 118/120

tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl

www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

| | |
|------------|---|
| Wstęp..... | 9 |
|------------|---|

Część 1. Wiedza i organizacyjne uczenie się oraz kultura organizacyjna

| | |
|---|----|
| Paweł Bartkowiak: Znaczenie procesu współkreowania wartości dla klienta z perspektywy przedsiębiorstwa (Value-co-creation process for a customer from company's perspective) | 13 |
| Jarema Batorski, Ewa Wszendybył-Skulska: Zmiany w kapitale ludzkim jako rezultat organizacyjnego uczenia się (Changes in human capital as a result of organizational learning)..... | 27 |
| Katarzyna Boczkowska: Wybrane aspekty kultury bezpieczeństwa na uczelni technicznej (Some aspects of safety culture at technical university)..... | 39 |
| Sylwia Flaszewska: Bariery utrudniające realizację procesów zarządzania wiedzą w przedsiębiorstwach wysokich technologii (Barriers to implementation of knowledge management processes in high technology companies)..... | 52 |
| Marta Juchnowicz, Łukasz Sienkiewicz: Kultura organizacyjna kreatorem kapitału ludzkiego (Organisational culture as a creator of human capital) | 61 |
| Piotr Pachura: <i>Ba</i> jako przestrzeń kontekstu w procesie zarządzania wiedzą (<i>Ba</i> as contextual space in knowledge management) | 72 |
| Sylwia Stańczyk: Paradoksy kultury organizacyjnej (Paradoxes of organizational culture)..... | 81 |
| Monika Stelmaszczyk, Jarosław Karpacz: Związek między dzieleniem się wiedzą a innowacjami mediowany zaufaniem – poziom indywidualny (Relationship between knowledge sharing and innovations mediated by trust – individual level)..... | 95 |

Część 2. Reputacja, marki, relacje

| | |
|--|-----|
| Ewa Głuszek: Paradoksy dobrej i złej reputacji przedsiębiorstwa (A good and bad corporate reputation – some paradoxes) | 109 |
| Paweł Mielcarek: Ekosystem innowacji w świetle paradygmatu otwartej innowacji (Innovation ecosystem in view of open innovation paradigm | 122 |
| Łukasz Sułkowski: Teorie, paradygmaty, metafory i ideologie zarządzania – kontrowersje wokół współczesnego dyskursu organizacji i zarządzania | |



| | |
|--|-----|
| (Theories, paradigms, metaphors and ideologies of management – different ways of performing organizational and managerial discourse)..... | 131 |
| Janina Stankiewicz, Hanna Bortnowska: Wizerunek zawodowy studentów na rynku pracy w świetle badań empirycznych (Professional image of students on labour market in the light of empirical research) | 144 |
| Anna Walecka: Kapitał relacyjny przedsiębiorstw w kryzysie (Enterprises relational capital in crisis)..... | 158 |

Część 3. Ludzie w organizacji: postawy, przywództwo

| | |
|--|-----|
| Piotr Górski: Ludzka strona zarządzania. Zagadnienia metodologiczne (Human side of management. Methodological issues)..... | 173 |
| Teresa Kraśnicka, Tomasz Ingram: Rola przywództwa transformacyjnego w kształtowaniu zachowań innowacyjnych pracowników (The role of transformational leadership in shaping employee innovative behaviors)... | 181 |
| Katarzyna Piórkowska: Wybrane menedżerskie postawy społeczne w ujęciu dualnym (Selected managerial social attitudes from a dual perspective)... | 193 |
| Barbara A. Sypniewska: Cechy i postawy przedsiębiorcze szansą własnej działalności gospodarczej (Proactive enterprise -like attitude as a chance to run own business activity) | 210 |
| Dorota Wójcik-Kośla: Orientacja prorynkowa kadry kierowniczej w podejmowaniu decyzji strategicznych – wyniki badań (Market orientation of the managers in the proces of strategic decision-making – results of the research)..... | 222 |
| Aleksandra Zaleśna: Motywowanie menedżerów i kształtowanie wizji przyszłości firmy (Incentives for managers and the company’s vision creation) | 235 |

Część 4. Zachowania organizacji i w organizacji

| | |
|---|-----|
| Katarzyna Bratnicka, Monika Kulikowska-Pawlak: Organizacyjny umysł i innowacyjność przedsiębiorstwa (Organizational mind and firm innovativeness) | 247 |
| Radosław Drozd, Wioleta Kucharska: Paradoks rozwoju przez innowacje produktowe (Development paradox through product innovations)..... | 257 |
| Aldona Glińska-Noweś, Andrzej Lis: Paradoks współwystępowania organizacyjnych zachowań obywatelskich i kontrproduktywnych (The paradox of co-existence of organisational citizenship behaviours and counterproductive work behaviours) | 265 |



| | |
|--|-----|
| Piotr Grajewski, Jacek Rybicki: Paradoks radykalizmu zmiany na przykładzie organizacji procesowej (The paradox of a change radicalism on an example of the process organization) | 275 |
| Sylwester Gregorczyk, Wioletta Mierzejewska, Agnieszka Sopińska, Piotr Wachowiak, Albert Tomaszewski: Paradoksy zachowań przedsiębiorstw w czasie kryzysu gospodarczego (Paradoxes of enterprises' behavior during the economic crisis)..... | 287 |
| Lech Miklaszewski: Twórcza destrukcja jako imperatyw rozwoju na przykładzie firmy inwestycyjnej (Constructive destruction as an imperative of development on the example of investment company) | 303 |
| Maciej Mitreęga: Dynamiczne zdolności marketingowe jako obiekt badań w zarządzaniu (Dynamic marketing capabilities as a research area in management) | 313 |
| Barbara Mróz-Gorgoń, Aleksandra Calka: Branding i rebranding na przykładzie rynku aptecznego (Branding and rebranding on the example of pharmaceutical market) | 322 |
| Zofia Patora-Wysocka: Dryf strategiczny i zmiana organizacyjna w perspektywie procesualnej (Strategic drift and organizational change in the processual perspective) | 335 |
| Grzegorz Zieliński: Błędy w działaniach zarządczych ukierunkowanych na kryzys w podmiotach leczniczych i ich wpływ na jakość usług (Mistakes in management actions directed on the crisis in health care centers and their influence on service quality)..... | 347 |



Wstęp

Zasoby niematerialne organizacji od czasu publikacji Barneya znajdują się w centrum zainteresowania badaczy zajmujących się zarządzaniem, a zwłaszcza zarządzaniem strategicznym. Zasobowa teoria firmy ewoluuje wraz z licznymi badaniami odwołującymi się do jej założeń. Początkowo zainteresowania poznawcze ukierunkowane były głównie na zasób wiedzy i organizacyjne uczenie się, a aktualnie eksplorowane są intensywniej pozostałe zasoby, szczególnie kapitał relacyjny.

Ukierunkowanie badań na wnętrze organizacji i endogeniczne uwarunkowania jej funkcjonowania, strategii i zmian tworzy fundamenty pozwalające na lepsze zrozumienie istoty organizacji i mechanizmów, które w niej tkwią, wspomagając bądź ograniczając potencjał rozwoju.

Niniejsza publikacja jest wyrazem nieustającego wysiłku badaczy, skierowanego na wyjaśnianie rzeczywistości organizacyjnej z perspektywy zasobów.

Artykuły zostały pogrupowane pod kątem merytorycznym, tworząc jednorodne problemowo części:

1. Wiedza i organizacyjne uczenie się oraz kultura organizacyjna,
2. Reputacja, marki, relacje,
3. Ludzie w organizacji: postawy, przywództwo,
4. Zachowania organizacji i w organizacji.

Autorzy postawili wiele ważnych poznawczo pytań. Podjęli także wątki metodyczno-metodologiczne. Ale myślą przewodnią opracowania są paradoksy oraz paradygmaty odnoszone do poszczególnych obszarów problemowych. Liczymy, że lektura tego zbioru będzie inspiracją do stawiania kolejnych pytań badawczych, do rozwijania istniejących teorii, do konstruowania zaleceń aplikacyjnych, do prowadzenia badań empirycznych i w końcu stanie się inspiracją do rozwijania nauki o zarządzaniu w sposób satysfakcjonujący zarówno akademików, jak i praktyków.

Życząc owocnej lektury, dziękujemy Autorom za wysiłek włożony w przygotowanie publikacji, a Recenzentom za zaangażowanie na rzecz ich jakości.

Ewa Stańczyk-Hugiet, Joanna Kacala



Grzegorz Zieliński

Politechnika Gdańska
e-mail: grzegorz.zielinski@zie.pg.gda.pl

**BŁĘDY W DZIAŁANIACH ZARZĄDCZYCH
UKIERUNKOWANYCH NA KRYZYS
W PODMIOTACH LECZNICZYCH
I ICH WPŁYW NA JAKOŚĆ USŁUG**

**MISTAKES IN MANAGEMENT ACTIONS DIRECTED
ON THE CRISIS IN HEALTH CARE CENTERS
AND THEIR INFLUENCE ON SERVICE QUALITY**

DOI: 10.15611/pn.2016.422.29
JEL Classification: L10, L80, I10, I11

Streszczenie: W opracowaniu autor zaprezentował podstawowe aspekty doskonalenia jakości w podmiotach leczniczych. Przyjęta grupa podmiotów leczniczych to przychodnie, będące placówkami najbardziej popularnymi w tej branży. Autor wskazał błędy związane z działaniami zarządczymi ukierunkowanymi na kryzys w tym sektorze. W każdej z grup działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys przedstawiono powiązania i wpływ na jakość świadczenia usługi zdrowotnej i propozycje działań zapobiegających pojawieniu się tego typu sytuacji. W przyjętej metodyce badawczej wykorzystano analizę literatury przedmiotu i bezpośrednie obserwacje przeprowadzone w placówkach medycznych należących do przychodni świadczących usługi publicznej opieki zdrowotnej. Rezultaty rozważań zawarte w opracowaniu mogą być wzięte pod uwagę przez poszczególne placówki jako zalecenia możliwe do wykorzystania zarówno w działaniach zarządczych ukierunkowanych na kryzys, jak i w doskonaleniu jakości świadczonych usług. Mogą stanowić także podstawę działań, które będą następnie indywidualnie rozwijane z uwzględnieniem specyfiki każdego podmiotu leczniczego. Celem artykułu jest identyfikacja błędów jakościowych w ukierunkowanych na kryzys działaniach zarządczych, a także analiza ich wpływu na jakość usług oraz propozycja działań zapobiegawczych.

Słowa kluczowe: jakość, ciągłe doskonalenie, kryzys, usługi zdrowotne.

Summary: This paper presents the main aspects of the quality improvement in health care services. There were chosen health care centers which belonged to the most popular group of companies in this sector. The author presents mistakes connected with the management actions directed on the crisis in this line of business. In every management action directed on the crisis there were described connections with these mistakes and health care service quality, as well as suggestions how to avoid these situations. In research methodology the author used literature review as well as direct observation in health care centers in public health care service area. The results presented in this paper could be used by the health care centers to



take steps connected with management actions directed on the crisis as well as on health care service quality improvement. It could be used as such kind of basic direction, which could be developed individually by every health care center. The aim of this paper is to identify quality mistakes in management actions directed to crisis as well as their connection with service quality and prevention to this kind of mistakes.

Keywords: quality, continuous improvement, crisis, health care services.

1. Wstęp

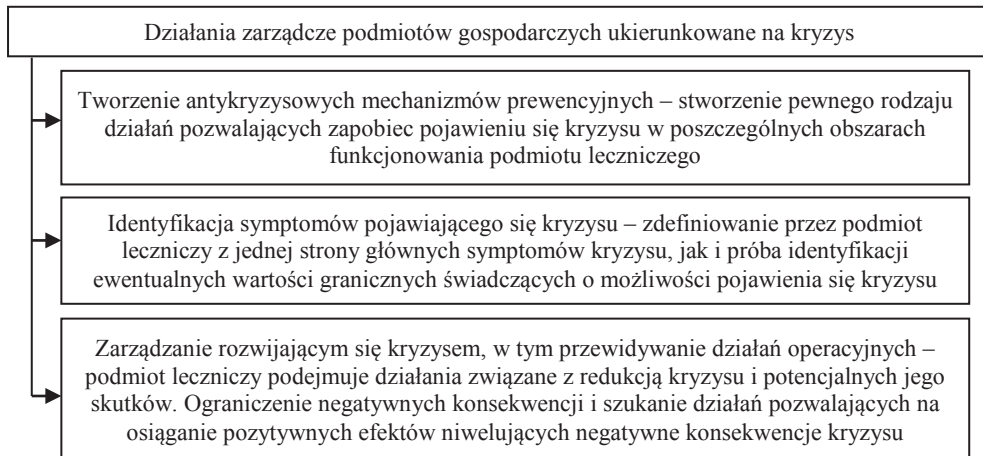
Doskonalenie jakości stanowi obecnie kluczowy obszar funkcjonowania przedsiębiorstw każdej branży. Wiąże się to z koniecznością wyróżnienia wśród przedsiębiorstw konkurencyjnych i zmieniającego się podejścia do zaspokojenia potrzeb klienta. Istotne jest także to, iż działają one w warunkach, które mogą doprowadzić do pojawienia się sytuacji kryzysowych wpływających na ich stabilność. Stanowi to konieczność szukania form doskonalenia funkcjonowania podmiotów obejmujących interdyscyplinarne i wielowymiarowe podejście. Przedsiębiorstwa tym samym podejmują szereg działań z jednej strony doskonalących ich funkcjonowanie, z drugiej zaś strony ukierunkowanych na zapobieganie kryzysowi i radzenie sobie z nim. Rosnąca rola orientacji na klienta przy jednoczesnym funkcjonowaniu w warunkach konkurencyjności, a także zachodzących ustawicznie zmianach widoczna jest także w działalności usługowej, w tym w usługach zdrowotnych. Wiele placówek zdrowotnych funkcjonuje w warunkach ograniczoności zasobów oraz w warunkach sprzyjających pojawieniu się sytuacji kryzysowych. Podejmują działania zarządcze ukierunkowane na kryzys, jednakże w działaniach tych powinny wystrzegać się popełnienia błędów mogących w dalszej konsekwencji mieć wpływ na jakość świadczonych usług. Stąd też celem niniejszego opracowania jest wstępna identyfikacja błędów jakościowych w działaniach zarządczych (dowolnego obszaru zarządzania) ukierunkowanych na kryzys w podmiotach leczniczych, jakimi są przychodnie, jak również analiza wpływu tych błędów na jakość usługi zdrowotnej oraz zaproponowanie działań zapobiegawczych. Przyjęta metodyka badawcza, oparta na obserwacjach własnych i wywiadach pogłębionych w wybranych placówkach, pozwoliła na zaprezentowanie wstępnych wyników stanowiących podstawę do dalszych badań empirycznych.

2. Zarządzanie kryzysowe

Podejście do zarządzania kryzysowego jest szeroko podejmowane w literaturze przedmiotu. Wskazuje się bardzo często na to, iż zarządzanie kryzysowe powiązane jest z takimi zagadnieniami, jak: analiza ryzyka i zagrożenia wraz z monitorowaniem kluczowych czynników, prewencji czy też podejmowania działań związanych z wystąpieniem kryzysu i szeregiem problemów, które mogą podczas podejmowania tego typu działań wystąpić (m.in. [Seidl, Šimák, Zamiar 2009, s. 61; Krzakiewicz,



2008 s. 32; Valackiene, Virbickaite 2011, s. 322; Urbanowska-Sojkin 2002, s. 157; Sudoł 1999, s. 266]). Podejście do zarządzania kryzysowego doczekało się wielu opracowań definiujących kluczowe fazy, które z reguły obejmują okres przed kryzysem (kiedy można zapobiegać kryzysowi i się na niego przygotować), w trakcie i po wystąpieniu kryzysu (m.in. [Jaques 2007, s. 153-156]). Analiza literatury przedmiotu wskazuje także na wiele przyczyn pojawienia się kryzysu, zarówno tych z zewnątrz, jak i wewnątrz przedsiębiorstwa (m.in. [Kucharek, Tokarski 2009, s. 509]). Zgodnie z przyjętym tematem opracowania warto jednak zawęzić rozważania bezpośrednio do działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys. Organizacje dowolnej branży (w tym także branży usług zdrowotnych) podejmować mogą bowiem szereg różnorodnych działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys. W przypadku usług zdrowotnych działania te mogą pozwolić podmiotom leczniczym na zredukowanie prawdopodobieństwa pojawienia się kryzysu, ale także na zredukowanie negatywnych konsekwencji jego wystąpienia. Placówka medyczna, przygotowana na kryzys i podejmująca wiele działań zapobiegawczych, może uniknąć w wielu obszarach wystąpienia kryzysu. Dokonując analizy literatury przedmiotu, można stwierdzić, iż istnieją podziały tego typu działań. Na przykładzie zilustrowanym na rys. 1 zaprezentowano jeden z podziałów, uzupełniony o adaptację do potrzeb obszaru usług zdrowotnych.



Rys. 1. Działania zarządcze podmiotów gospodarczych ukierunkowane na kryzys

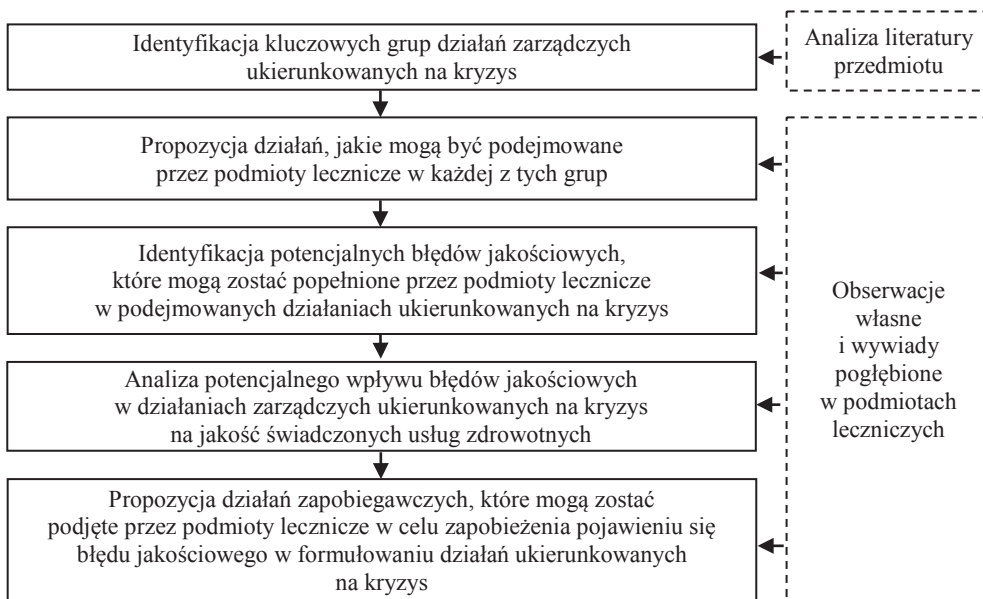
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Radzevičius 2003, s. 219].

Umiejętne identyfikowanie symptomów kryzysu i zdefiniowanie mierników pozwalających na określenie wartości granicznych informujących o zbliżającym się kryzysie jest niezwykle trudnym zadaniem, jednakże pozwolić może na wprowadzenie mechanizmów pozwalających na wcześniejsze ostrzeżenie w przypadku pojawienia się zagrożenia wystąpienia kryzysu.

3. Analiza błędów w działaniach zarządczych ukierunkowanych na kryzys w przychodniach

Usługi zdrowotne stanowią jedną z bardziej specyficznych działalności usługowych. Poza standardowymi cechami usług, takimi jak m.in. niematerialność, nierozdzielność, nietrwałość, różnorodność (m.in. [Jasiński 2005, s. 14; Payne 1997, s. 21]), cechują je m.in.: duża złożoność procesów, stres pacjenta, dysproporcja wiedzy, stała interakcja z personelem medycznym, brak gwarancji skuteczności [Bukowska-Piastrzyńska 2007, s. 17-18; Opolski, Dykowska, Możdżonek 2005, s. 20-21].

Te wszystkie cechy przekładać się będą na jakość postrzeganą przez klientów oraz pozostałe strony zainteresowane jakością tego typu usług. Z wcześniejszych badań prowadzonych przez autora wynika, iż istotne staje się ustawiczne poszukiwanie obszarów (m.in. [Zieliński 2009a]) i form doskonalenia podmiotów leczniczych w celu zaspokojenia potrzeb klienta (m.in. [Zieliński 2010; Zieliński 2013]), jak również zwiększenia trafności diagnozy i skuteczności zalecanej terapii. Przykłady takich form doskonalenia obejmować mogą definiowanie różnych standardów (m.in. [Zieliński, Dąbek 2014]), w tym standardów akredytacyjnych [Zieliński 2011], czy też bezpośredniego odniesienia się do podstaw zarządzania jakością [Zieliński 2009b]. Z drugiej zaś strony istotne staje się poszukiwanie różnorodnych działań ukierunkowanych na otoczenie, w którym funkcjonuje podmiot leczniczy,



Rys. 2. Przyjęty schemat postępowania w analizie błędów jakościowych w działaniach zarządczych ukierunkowanych na kryzys

Źródło: opracowanie własne.

a w tym w szczególności na warunki dynamicznych zmian i wzrostu konkurencyjności placówek medycznych (ze szczególnym uwzględnieniem przychodni). To właśnie z usług przychodni bowiem najczęściej korzystają pacjenci. W usługach zdrowotnych, jak w każdej działalności gospodarczej, pojawić się może prawdopodobieństwo wystąpienia kryzysu. Stąd też niezwykle ważne jest podejmowanie działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys. Dalsze analizy dotyczące błędów jakościowych w działaniach zarządczych ukierunkowanych na kryzys zostaną zaprezentowane według schematu zamieszczonego na rys. 2.

Zaprezentowane rozważania mogą pozwolić podmiotom na łatwiejsze zidentyfikowanie niezbędnych działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys, a także na redukcję prawdopodobieństwa popełnienia błędu w ich formułowaniu, a tym samym redukcję prawdopodobieństwa pojawienia się ich negatywnego wpływu na jakość świadczonych przez przychodnie usług. Podmioty lecznicze mogą podejmować szereg działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys, a propozycje takich działań zaprezentowano w tab. 1.

Tabela 1. Propozycje podejmowanych przez przychodnie działań zarządczych, które mogą być ukierunkowane na kryzys

| Grupa działań | Działania, które mogą być podejmowane przez przychodnie |
|---|--|
| Tworzenie antykryzysowych mechanizmów prewencyjnych | Wprowadzenie programów monitorujących liczbę zapisanych pacjentów Programy monitorujące obciążenia poszczególnych lekarzy Programy monitorujące należności i przepływy pieniężne związane z refundacją wykonywanych świadczeń Wprowadzanie nowoczesnych form obsługi i rejestracji pacjentów |
| Identyfikacja symptomów pojawiającego się kryzysu | Ustanowienie wartości granicznych dla monitorowanych mierników (takich jak np. zmniejszająca się liczba zapisanych do przychodni pacjentów, liczba skarg, problemy z rozliczaniem refundowanych świadczeń itd.) Analiza zmian reputacji placówki z wykorzystaniem nowoczesnych środków komunikacji Sprawdzanie poprawności realizacji procesu obsługi i rejestracji pacjenta |
| Zarządzanie rozwijającym się kryzysem, w tym przewidywanie działań operacyjnych | Podejmowanie prób zwiększenia liczby pacjentów zapisanych do przychodni Zwiększenie przepływu informacji o pozytywnych osiągnięciach placówki Podejmowanie działań redukujących błędy w obsłudze pacjenta, w tym np. redukcji błędów w rejestracji |

Źródło: opracowanie własne.

Poszczególne działania zarządcze podejmowane w przypadku zarządzania kryzysowego stanowią ogólną propozycję działań, które mogą być podjęte w trzech zidentyfikowanych wcześniej grupach. Każda z placówek może dobierać i odpowiednio adaptować poszczególne działania, biorąc pod uwagę specyfikę otoczenia, w którym się znajduje. W tabeli 2 zaprezentowano potencjalne błędy jakościowe, jakie mogą pojawić się w formułowaniu tego typu działań.



Tabela 2. Potencjalne błędy jakościowe w formułowaniu działań zarządczych, które mogą być ukierunkowane na kryzys

| Działania | Potencjalne błędy |
|---|--|
| <i>Tworzenie antykryzysowych mechanizmów prewencyjnych</i> | |
| Wprowadzenie programów monitorujących liczbę zapisanych pacjentów | Błędnie przygotowany program monitorujący liczbę zapisanych pacjentów Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian liczby zapisanych pacjentów |
| Programy monitorujące obciążenia poszczególnych lekarzy | Błędnie przygotowany program monitorujący obciążenia poszczególnych lekarzy Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian obciążenia poszczególnych lekarzy Brak uwzględnienia potrzeb zgłaszanych przez lekarzy odnośnie do preferowanych godzin wizyt i liczby możliwych do przyjęcia pacjentów |
| Programy monitorujące należności i przepływy pieniężne związane z refundacją wykonywanych świadczeń | Błędnie przygotowany program monitorujący należności i przepływy pieniężne związane z refundacją wykonywanych świadczeń Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian w przepisach i świadczeniach gwarantowanych |
| Wprowadzanie nowoczesnych form obsługi i rejestracji pacjentów | Brak synchronizacji systemów obsługi i rejestracji konwencjonalnej i internetowej Błędy w przepływie informacji pomiędzy kilkoma osobami obsługującymi pacjenta i punktem rejestracji w przychodni Nieprawidłowo przeprowadzone szkolenia lub brak szkoleń personelu w zakresie obsługi tego typu systemów |
| <i>Identyfikacja symptomów pojawiającego się kryzysu</i> | |
| Ustanowienie wartości granicznych dla monitorowanych mierników (takich jak np. zmniejszająca się liczba zapisanych do przychodni pacjentów, liczba skarg, problemy z rozliczaniem refundowanych świadczeń itd.) | Błędne zdefiniowanie mierników do prowadzonych analiz Błędy w określeniu wartości granicznych odnośnie do identyfikacji potencjalnego zagrożenia |





| | |
|--|---|
| Analiza zmian reputacji placówki z wykorzystaniem nowoczesnych środków komunikacji | Błędy w dobrze źródle komunikacji z klientem Nieprawidłowo określone mierniki i prowadzone analizy związane ze spadkiem reputacji placówki |
| Sprawdzanie poprawności realizacji procesu obsługi i rejestracji pacjenta | Brak sprawdzania poprawności procesu rejestracji i obsługi pacjenta Brak działań reakcyjnych w przypadku błędnego zarejestrowania pacjenta |
| <i>Zarządzanie rozwijającym się kryzysem, w tym przewidywanie działań operacyjnych</i> | |
| Podejmowanie prób zwiększenia liczby pacjentów zapisanych do przychodni | Błędne zidentyfikowanie potrzeb okolicznych mieszkańców Nieprawidłowa analiza konkurencyjnych placówek medycznych znajdujących się w otoczeniu i ich oferty skierowanej do pacjentów Redukcja czasu pracy lekarzy i placówki Redukcja personelu zaangażowanego w realizację procesu świadczenia usługi medycznej w obszarze zarówno obsługi i rejestracji, jak i poszczególnych specjalizacji lekarskich |
| Zwiększenie przepływu informacji o pozytywnych osiągnięciach placówki | Błędny dobór informacji przekazywanych do otoczenia Nieprawidłowy dobór kanałów informacyjnych |
| Podejmowanie działań redukujących błędy w obsłudze pacjenta, w tym np. redukcja błędów w rejestracji | Brak kontaktu z pacjentem i ustalenia z nim zmian odnośnie do obsługi i rejestracji Brak wprowadzania systemów weryfikacji i kontroli poprawności rejestracji i obsługi pacjenta |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Wpływ błędów na jakość usługi zdrowotnej i propozycje działań zapobiegawczych

| Potencjalny błąd | Wpływ błędu na jakość usługi zdrowotnej | Propozycje działań zapobiegawczych |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| <i>Tworzenie antykryzysowych mechanizmów prewencyjnych</i> | | |
| Błędnie przygotowany program monitorujący liczbę zapisanych pacjentów | W przypadku zbyt dużej liczby pacjentów zapisanych do przychodni możliwe dłuższe oczekiwanie do lekarza | Weryfikacja rzeczywistej liczby pacjentów względem kart znajdujących się w przychodni |
| Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian liczby zapisanych pacjentów | Podobna sytuacja jak wyżej – może wpływać na kolejki do lekarzy | Bieżące wprowadzanie zmian wynikających z rotacji pacjentów |
| Błędnie przygotowany program monitorujący obciążenia poszczególnych lekarzy | W przypadku dowolnego wyboru lekarza dysproporcje liczby przyjmowanych pacjentów Brak rzeczywistych danych o obciążeniach lekarzy, mogący wpływać na błędy w rejestracji pacjentów na konkretne terminy wizyty | Weryfikacja programu monitorującego obciążenia lekarzy Bieżący kontakt lekarza z osobami tworzącymi harmonogramy przyjęć |
| Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian obciążenia poszczególnych lekarzy | Podobnie jak wyżej – dysproporcje w liczbie przyjmowanych pacjentów i błędy w rejestracji dotyczące terminów nieobsługiwanych przez konkretnego lekarza | Bieżące wprowadzanie zmian w obciążeniach pracy poszczególnych lekarzy Stały kontakt z lekarzami w celu pozyskania niezbędnych informacji o ewentualnych zmianach w terminarzu przyjęć |
| Brak uwzględnienia zgłaszanych potrzeb przez lekarzy odnośnie do preferowanych godzin wizyt i liczby możliwych do przyjęcia pacjentów | Błędne zapisy pacjentów Konieczność zmiany terminów zaplanowanych wizyt Kolejki przed gabinetem Długi czas oczekiwania | Konieczność uwzględnienia zgłaszanych potrzeb lub też uzyskiwanie kompromisów w przypadku braku możliwości uwzględnienia tego typu potrzeb |
| Błędnie przygotowany program monitorujący należności i przepływy pieniężne związane z refundacją wykonywanych świadczeń | Przekładanie świadczeń na kolejny rok w związku z błędnym oszacowaniem wykorzystanych limitów Wydłużenie czasu oczekiwania pacjenta na badania | Stała weryfikacja przepływów pieniężnych |
| Brak aktualizacji informacji odnośnie do zmian w przepisach i świadczeniach gwarantowanych | Błędna identyfikacja świadczeń, które są refundowane bądź nie | Stałe monitorowanie zmian w przepisach świadczeń gwarantowanych Bieżące wprowadzanie zmian wynikających ze zmieniających się przepisów w świadczeniach gwarantowanych |
| Brak synchronizacji systemów obsługi i rejestracji konwencjonalnej i internetowej | Błędy w rejestracji pacjenta Konieczność zmiany terminów rejestracji Błędy w kartach pacjenta Możliwość popełnienia błędu związanego z poprawnym oszacowaniem liczby wizyt pacjenta u lekarza | Synchronizacja systemów obsługi i rejestracji Stałe monitorowanie poprawności przepływu danych pomiędzy tymi systemami |





| | | |
|--|--|--|
| Błędy w przepływie informacji pomiędzy kilkoma osobami obsługującymi pacjenta i punktem rejestracji w przychodni | Błędy w dokumentacji pacjentów Brak przepływu rzetelnej informacji do pacjenta | Kontrola poprawności przepływu informacji pomiędzy personelem obsługującym pacjenta |
| Nieprawidłowo przeprowadzone szkolenia lub brak szkoleń personelu w zakresie obsługi tego typu systemów | Błędy przy wprowadzaniu danych Nieprawidłowo prowadzona dokumentacja pacjenta Problemy z określeniem realizowanych rzeczywistych świadczeń względem poszczególnych pacjentów | Stałe podnoszenie kwalifikacji i szkolenia z zakresu obsługi nowoczesnych systemów funkcjonujących w przychodni |
| <i>Identyfikacja symptomów pojawiającego się kryzysu</i> | | |
| Błędne zdefiniowanie mierników do prowadzonych analiz | Nieprawidłowe wnioski wynikające z prowadzonych analiz | Prawidłowy dobór mierników i jednoczesna stała analiza ewentualnej konieczności ich modyfikacji |
| Błędy w określeniu wartości granicznych odnośnie do identyfikacji potencjalnego zagrożenia | Niepodjęcie na czas działań reakcyjnych Doprowadzenie do trudności z bieżącą, sprawną obsługą pacjenta w przychodni | Monitorowanie wpływu wartości granicznych na jakość procesu Ewentualne zmiany wartości granicznych mierników wynikających z dostosowania się przychodni do zmieniających się warunków otoczenia |
| Błędy w doborze źródeł komunikacji z klientem | Brak skutecznej informacji do klienta Brak weryfikacji, czy informacja została przekazana klientowi | Testowanie skuteczności poszczególnych źródeł komunikacji z klientem |
| Nieprawidłowo określone mierniki i prowadzone analizy związane ze spadkiem reputacji placówki | Brak możliwości szybkiej reakcji na spadek reputacji placówki medycznej Brak identyfikacji przyczyn pojawiających się problemów wynikających m.in. z informacji pochodzących od klientów, Wydłużenie w czasie wprowadzenia działań doskonalących w przychodni | Bieżąca analiza poziomu reputacji placówki Wprowadzanie działań wpływających na wzrost reputacji przychodni Reagowanie na potrzeby pacjenta |
| Brak sprawdzania poprawności procesu rejestracji i obsługi pacjenta | Błędy w rejestracji Konieczność zmiany terminów Niezadowolenie pacjenta | Monitorowanie poprawności procesu rejestracji Sprawdzanie nakładania się pacjentów w tych samych godzinach Weryfikacja godzin przyjęć lekarzy w stosunku do proponowanego terminu wizyty |
| Brak działań reakcyjnych w przypadku błędnego zarejestrowania pacjenta | Pojawienie się pacjenta w terminie, w którym nie odbywa się wizyta Niezadowolenie pacjenta z konieczności powtórnego pojawienia się w przychodni Dodatkowe zaangażowanie pracującego w rejestracji personelu do prac związanych z koniecznością zmiany terminów wizyty | Szybka reakcja w przypadku błędów rejestracyjnych Kontakt z klientem w celu ustalenia innego terminu wizyty |

Tabela 3, cd.

| 1 | 2 | 3 |
|---|--|---|
| <i>Zarządzanie rozwijającym się kryzysem, w tym przewidywanie działań operacyjnych</i> | | |
| Błędne zidentyfikowanie potrzeb okolicznych mieszkańców | Niedostosowanie oferty przychodni do potrzeb mieszkańców Niewłaściwe zatrudnienie niezbędnego personelu Nieprawidłowo określone godziny przyjęć i funkcjonowania całej placówki Niedostosowanie placówki do specjalnych potrzeb pacjentów | Pozyskiwanie wiarygodnych informacji odnośnie do potrzeb okolicznych mieszkańców Analiza częstotliwości wizyt Próby pozyskania informacji odnośnie do wizyt pacjentów w innych placówkach |
| Nieprawidłowa analiza konkurencyjnych placówek medycznych znajdujących się w otoczeniu i ich oferty skierowanej do pacjentów | Niewłaściwe przygotowanie oferty Niewłaściwe oszacowanie niezbędnego personelu | Analiza ofert przychodni konkurencyjnych Zdobycie informacji odnośnie do godzin przyjęć, liczby specjalistów i częstotliwości przyjęć specjalistów |
| Redukcja czasu pracy lekarzy i placówki | Problemy z płynnym i bieżącym obsługiwaniem pacjentów Spadek reputacji placówki Niezadowolenie pacjentów | Prowadzenie analiz realnych potrzeb odnośnie do czasu pracy placówki i godzin przyjęć poszczególnych specjalistów, w tym uwzględnienie potrzeb pacjentów pracujących do późnych godzin |
| Redukcja personelu zaangażowanego w realizację procesu świadczenia usługi medycznej w obszarze zarówno obsługi i rejestracji, jak i poszczególnych specjalizacji lekarskich | Podobnie jak wyżej – problemy z bieżącym obsługiwaniem pacjentów i wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na wizytę | Prowadzenie analiz związanych z koniecznością zapewnienia minimum kadrowego odnośnie do poszczególnych lekarzy rodzinnych, specjalistów, personelu pomocniczego i pracowników obsługi |
| Błędny dobór informacji przekazywanych do otoczenia | Brak skutecznego informowania otoczenia o działaniach placówki Nieprzekazanie kluczowych informacji, np. o ofercie placówki | Bieżące monitorowanie tego, jakie informacje są niezbędne otoczeniu odnośnie do funkcjonowania przychodni |
| Nieprawidłowy dobór kanałów informacyjnych | Brak możliwości skutecznego dotarcia do pacjenta Brak weryfikacji, czy informacja dotarła do pacjenta i została prawidłowo zrozumiana | Analiza skuteczności poszczególnych kanałów informacyjnych Uwzględnienie potrzeb różnych grup pacjentów, w tym różnych grup wiekowych |
| Brak kontaktu z pacjentem i ustalenia z nim zmian odnośnie do obsługi i rejestracji | Niezadowolenie pacjenta Postawienie pacjenta przed wyborem – wizyta w niedogodnym terminie lub wizyta w nieokreślonej przyszłości | Wszelkie zmiany terminów wizyt ustalone z pacjentem |
| Brak wprowadzania systemów weryfikacji i kontroli poprawności rejestracji i obsługi pacjenta | Pojawienie się pacjenta w niewłaściwym terminie Pojawienie się kilku pacjentów w tym samym terminie | Weryfikowanie na bieżąco poprawności procesu rejestracji |

Źródło: opracowanie własne.



Poszczególne błędy mogą mieć znaczący wpływ na jakość usługi zdrowotnej, w tym na jakość samego procesu świadczenia usługi zdrowotnej, jej ostatecznego wymiaru, a także na percepcję tej usługi przez pacjenta. Tego typu wpływ w odniesieniu do poszczególnych błędów, które mogą pojawić się w zidentyfikowanych wcześniej grupach działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys, zaprezentowany został w tab. 3. Niezwykle istotne stanie się także zidentyfikowanie potencjalnych działań zapobiegających pojawieniu się tego typu błędów, co w dalszej konsekwencji może zredukować prawdopodobieństwo pojawienia się takiego błędu. Propozycje tego typu działań zapobiegawczych możliwych do wykorzystania w przypadku przychodni zaprezentowano również w tab. 3.

Zaprezentowane działania zapobiegawcze mogą być dobierane przez podmioty indywidualnie z uwzględnieniem specyfiki funkcjonowania każdego podmiotu leczniczego oddzielnie. Należy pamiętać o konieczności doboru działań do problemów w zależności od ich wpływu na proces, jak również biorąc pod uwagę fakt funkcjonowania podmiotów leczniczych w warunkach ograniczoności zasobów. W wyborze działań i problemów związanych z hierarchią ważności w dalszej kolejności wdrażania działań pomoc może bogate instrumentarium jakości, w tym przede wszystkim narzędzia z grupy przyczynowo-skutkowych i narzędzia hierarchizujące. Tym samym zaprezentowana lista działań zapobiegawczych stanowić może punkt wyjścia do indywidualnych działań podejmowanych przez poszczególne placówki medyczne.

4. Zakończenie

W niniejszym opracowaniu autor podjął temat dotyczący doskonalenia podmiotów leczniczych w warunkach kryzysu. Każda placówka zdrowotna może znaleźć się w sytuacji kryzysowej, stąd też niezwykle istotne staje się podejmowanie działań zarządczych ukierunkowanych na kryzys. Bardzo ważne jest jednak nie tylko zidentyfikowanie działań, jakie mogą zostać podjęte, ale także zwrócenie uwagi zarządzającym podmiotami leczniczymi na to, jakie potencjalne błędy mogą zostać popełnione w przypadku tego typu działań. Zaprezentowana w niniejszym opracowaniu propozycja działań została omówiona w kontekście potencjalnych błędów jakościowych, które mogą wystąpić w ich formułowaniu, ich wpływu na jakość świadczonych usług, a także propozycji podjęcia działań zapobiegawczych w celu uniknięcia tego typu błędów jakościowych. Warto zatem zweryfikować niniejsze wstępne rozważania w dalszych badaniach empirycznych na reprezentatywnej próbie badawczej, co w konsekwencji pozwoli na uzyskanie kompleksowości wyników prezentowanego podejścia.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu rozważania stanowią przyczynek do dalszych badań, które mogą być ukierunkowane na analizę percepcji osób zarządzających podmiotami leczniczymi. Interesujące może być dokonanie analiz, czy pod-



mioty lecznicze prowadzą świadomie tego typu działania, jak radzą sobie z przewidywaniem kryzysu, a także, jakie podejmują działania reakcyjne w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych.

Literatura

- Bukowska-Piestrzyńska A., 2007, *Marketing usług zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa.
- Jaques T., 2007, *Issue management and crisis management: An integrated, non-linear*, Relational Construct, *Public Relations Review*, 33(2).
- Jasiński Z., 2005, *Istota, elementy i zasady organizacji działalności operacyjnej*, [w:] *Podstawy zarządzania operacyjnego*, Jasiński Z. (red.), Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Krzakiewicz K., 2008, *Zarządzanie antykryzysowe w organizacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Kucharek D., Tokarski M., 2009, *Zagrożenia kryzysowe w działalności gospodarczej przedsiębiorstwa*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Uwarunkowania instytucjonalne*, Woźniak M.G. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, z. 14, Rzeszów.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., 2005, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.
- Payne A., 1997, *Marketing usług*, PWE, Warszawa.
- Radzevičius G., 2003, *Trends in business crisis management*, Management of Organizations: Systematic Research, March 1, 2003
- Seidl M., Šimák L., Zamiar Z., 2009, *Aktualne zagadnienia zarządzania kryzysowego*, *CI Consulting i Logistyka*, Oficyna Wydawnicza NDiO, Wrocław.
- Sudoł S., 1999, *Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Teorie i praktyka zarządzania*, Dom Organizatora, Toruń.
- Urbanowska-Sojkin E., 2002, *Antycypowanie kryzysów przedsiębiorstwa – aspekt informacyjny*, [w:] Kozyra B., Zelek A. (red.), *Praktyka zarządzania kryzysem w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin.
- Valackiene A., Virbickaite R., 2011, *Conceptualization of crisis situation in a company*, *Journal of Business Economics and Management*, vol. 12(2).
- Zieliński G., 2009a, *Determinanty jakości usług w zakładach opieki zdrowotnej*, *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, nr 2/1.
- Zieliński G., 2009b, *Quality Improvement in Health Care Services*, [w:] *The modern modeling conceptions of business systems – practice and theory*, Zawadzka L. (red.), Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
- Zieliński G., 2010, *Wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej poprzez orientację na klienta*, *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, nr 4/1.
- Zieliński G., 2011, *Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej jako uwarunkowanie sukcesu usług medycznych*, *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, nr 4/2.
- Zieliński G., 2013, *Determinanty orientacji na klienta w nowoczesnym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] *Trendy i wyzwania współczesnego marketingu*, Boguszewicz-Kreft M. (red.), *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku*, tom 21, Gdańsk.
- Zieliński G., Dąbek M., 2014, *Standardy jakości w opiece zdrowotnej*, [w:] *Wielowymiarowe aspekty doskonalenia podmiotów leczniczych*, Wiśniewska M., Zieliński G. (red.), Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.

