

# przegląd

organizacji

3

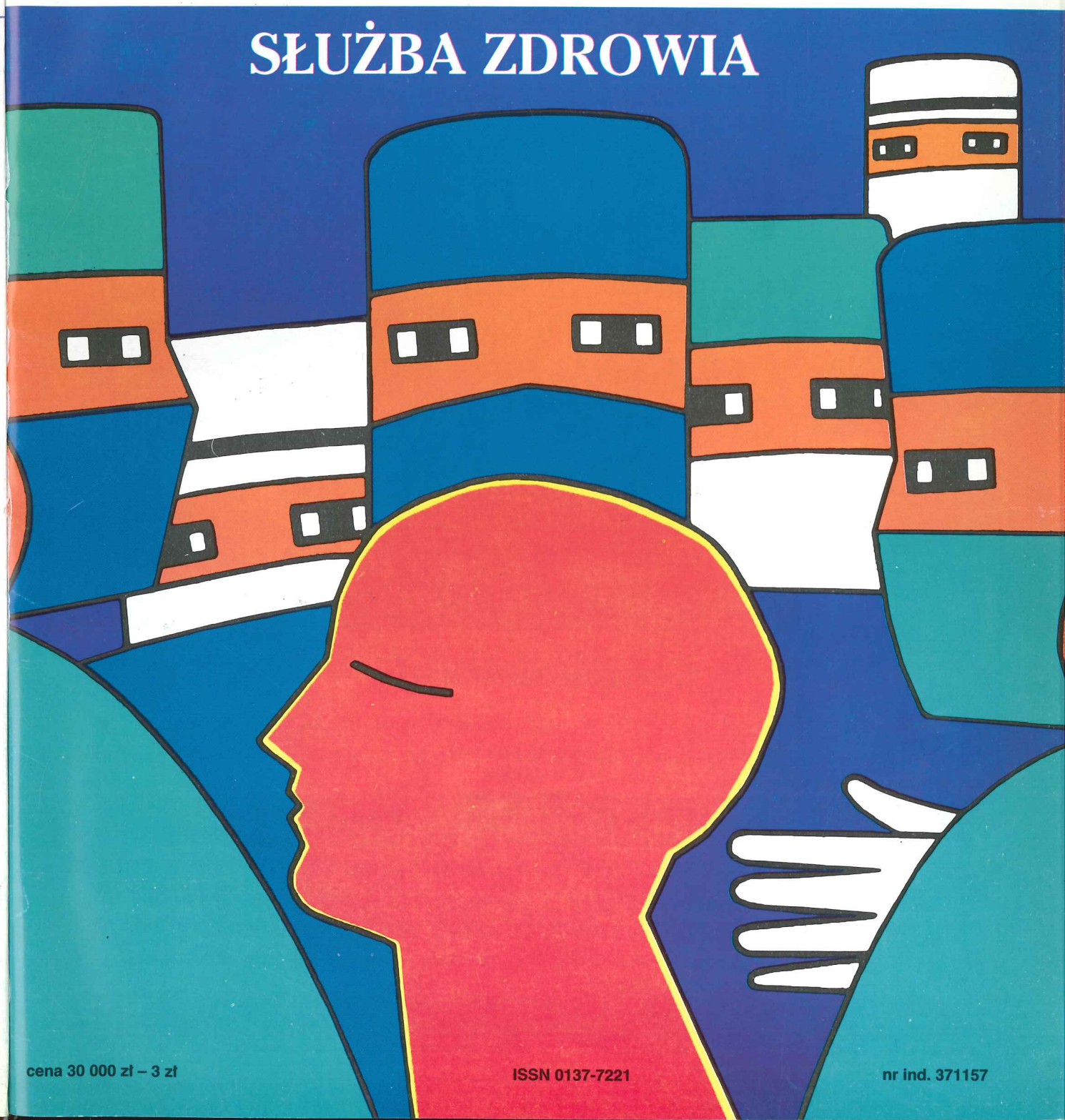
95

**TNOiK**

Miesięcznik

Założył Karol Adamiecki w 1926 r.

## SŁUŻBA ZDROWIA



**SŁUŻBA ZDROWIA**

- Rola menedżera w systemie opieki zdrowotnej – Michał A. Kornatowski . . . . . 3
- Ucieczka w strategię – rozmowa z lek. med. MARKIEM HABEREM,  
dyrektorem ZOZ w Suchej Beskidzkiej . . . . . 7
- Przemysł zdrowia – Jan Ciszewski . . . . . 11
- Polityka zdrowotna – Marian Miśkiewicz . . . . . 13
- Rola stowarzyszeń zawodowych w rozwoju zarządzania opieką zdrowotną w Polsce –  
Mieczysław Pasowicz . . . . . 15
- Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego –  
Andrzej Ryś . . . . . 16

**UŚWIADOMIONA NIEKONIECZNOŚĆ**

- Trzecia szuflada – Dariusz Teresiński . . . . . 18

- Efekty i zagrożenia opracowania i zastosowania biznes-planu – Zdzisław Pierścionek 19

**SMALL BUSINESS**

- Alternatywne strategie działania dla małych i średnich przedsiębiorstw – Ewa Mroczek 23

**MARKETING**

- Neuronowy model do prognozowania ceny nowego produktu – Andrzej Zawisza . . . . . 27

**JAKOŚĆ**

- Program poprawy jakości na przykładzie firmy Wallace – Katarzyna Szczepańska . . . 30
- Burza mózgów – efektywne narzędzie w zarządzaniu jakością – Jacek Łuczak . . . . . 33

**Z CZASOPISM ZAGRANICZNYCH**

- Nowa jakość w biznesie – wiedza! (II) – „Harvard Business Review” – opr. Marek Wojnar 36
- Thodore Modis: „Powróćmy do scentralizowanych modeli zarządzania” – „Revue  
française de gestion” – opr. Katarzyna Mikunda . . . . . 38

**KRONIKA TNOiK . . . . . 40**

Michał A. Kornatowski

# Rola menedżera w systemie opieki zdrowotnej

Według „Słownika języka polskiego” wydanego przez PWN w 1979 roku menedżer to kierownik lub dyrektor wielkiego przedsiębiorstwa kapitalistycznego. Czas idzie nieubłaganie naprzód, trwa transformacja ustrojowa, a więc i w tak konserwatywnej dziedzinie jak ochrona zdrowia pojawili się menedżerowie. Czy są nimi rzeczywiście, czy też nazwano ich tak nieco na wyrost? Odpowiedź na to w sumie proste pytanie jest jednak dość trudna.

W sektorze ochrony zdrowia można wyróżnić trzy typy decyzji, dotyczących funkcjonowania systemu: decyzje w zakresie polityki zdrowotnej, podejmowane przez władze administracyjne, decyzje w zakresie leczenia, przynależne lekarzom i w pewnym stopniu pielęgniarkom oraz decyzje w zakresie zarządzania środkami, zasobami i informacją. Te ostatnie to domena menedżerów opieki zdrowotnej. W systemach z silną centralną władzą wykonawczą decyzje polityczne mogą dominować nad decyzjami w zakresie zarządzania na niższych szczeblach. W systemach zdecentralizowanych ciężar przesuwają się w kierunku decyzji menedżerskich i medycznych. Funkcjonowanie sektora zdrowotnego staje się wypadkową decyzji medycznych i menedżerskich w ramach ogólnych zasad polityki zdrowotnej realizowanej przez państwo.

W Polsce znajduje się około sześciuset publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zarządza nimi liczna grupa menedżerów. Dyrektorami naczelnymi są zazwyczaj lekarze, a tylko około 5% to ludzie innych zawodów. Często pojawia się w tym miejscu pytanie, kto powinien być kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej, czy ma nim być lekarz, czy też lepiej byłoby zatrudnić profesjonalnego menedżera? Na tak postawione pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. W polskich warunkach jeszcze długo dominującą rolę będzie odgrywał lekarz, często z formalnym wykształceniem menedżerskim. Sądzę, że **dopiero wprowadzenie zasad rynkowych, poprzez na przykład wdrażanie modelu jednostek samodzielnych, zaowocuje powstaniem zupełnie nowego zawodu menedżera opieki zdrowotnej. Istnieją olbrzymie różnice między sferami działania menedżera i lekarza.** Wiedza i kompetencja, potrzebne do sprawnego zarządzania, są inne od wiedzy i kompetencji medycznej. Działanie instytucji medycznych jest często nielogiczne, złożone i nieprzewidywalne, bez jasnej struktury, charakterystycznej dla zakładów przemysłowych. Menedżer musi często szybko reagować na zmiany sytuacji, polegając nierzadko na intuicji. W instytucji medycznej nie ma jednolitej zależności służbowej, mamy do czynienia z wieloma zmieniającymi się rodzajami relacji. Klasycznym

przykładem jest podwójne podporządkowanie pielęgniarki oddziałowej: ordynatorowi oddziału i pielęgniarskiej naczelnej.

W odróżnieniu od bardzo wielu krajów, nie ma w Polsce specjalnego systemu szkolenia osób zarządzających ochroną zdrowia. Nie spełnia tej roli system specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia i medycyny społecznej, prowadzony przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Tylko 9% kierowników zakładów opieki zdrowotnej o długim stażu pracy ma taką specjalizację. Jedyną w kraju Szkołę Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego opuścili dopiero trzy pierwsze roczniki absolwentów, którzy jednak tylko w pojedynczych przypadkach rozpoczęli swoją karierę zawodową od kierowania szpitalem czy przychodnią. Oprócz wymienionej Szkoły menedżer ma możliwość dokształcania się w Podyplomowym Studium Funkcjonowania Gospodarki Narodowej o specjalności ekonomika zdrowia. To roczne Studium, prowadzone przez doc. Katarzynę Tymowską, mieści się na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Inną formą zdobywania wiedzy są liczne kursy, organizowane przez Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

Nie ma ustalonych zasad kariery zawodowej menedżera opieki zdrowotnej. Nie wytyczono dróg awansu tej grupy zawodowej, nie opracowano do tej pory zasad kształcenia dyrektorów i warunków ich pracy, a co ważniejsze kryteriów oceny tejże pracy. Zbyt często takim najważniejszym kryterium są czynniki polityczne, czy też mówiąc szerzej, sprawy pozamerytoryczne. I trudno się w zasadzie temu dziwić, ponieważ ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku bardzo ogólnie określa pozycję i odpowiedzialność kierownika zakładu. Sprawę tę zawarto w artykule 44, który mówi, że kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej, kieruje jego działalnością i reprezentuje na zewnątrz. Kierownik jest przełożonym pracowników zakładu i podejmuje samodzielnie decyzje, dotyczące funkcjonowania zakładu. Pozostałe uregulowania zawarto, podobnie jak w odniesieniu do menedżerów działających w innych dziedzinach





gospodarki, w przepisach Kodeksu Pracy, prawa administracyjnego, cywilnego i karnego. Nie są rzadkością sytuacje, kiedy dyrektor szpitala latami pracuje bez pisemnego zakresu obowiązków. Jedy- nym sprawdzianem wywiązywania się menedżera z obowiązków jest ostateczny efekt działania, nie- stety bardzo często po prostu niemierzalny. Wydaje się, że konieczne jest opracowanie koncepcji sieci zakładów publicznej ochrony zdrowia wraz z ich kategoryzacją i, co za tym idzie, opracowanie za- kresu kompetencji kierowników w zależności od umiejscowienia zakładu. Takie rozwiązanie jest od lat stosowane z powodzeniem we Francji.

Menedżer klasycznie opisywany jest jako czło- wiek zajmujący się planowaniem lub przewidywa- niem, organizowaniem, przewodzeniem czy też roz- kazodawstwem i motywowaniem oraz kontrolowa- niem. Szeroko rozumiane „zarządzanie” jest więc pojęciem szerszym od „kierowania”. **Planowanie, a zwłaszcza planowanie strategiczne, jest je- szcze zbyt często obcym pojęciem w ochronie zdrowia. Brak jasnych zasad polityki zdrowot- nej, poza ogólnymi celami Narodowego Pro- gramu Ochrony Zdrowia, oraz brak docelo- wych rozwiązań ustawowych, określających źródła finansowania sektora zdrowotnego, nie dopingują kierowników do tworzenia dłu- gofalowych planów.** Istnieją oczywiście przykła- dy prób formułowania planów strategicznych na terenach Konsorcjów Zdrowia (Pomorskie, Wielko- polskie, Ciechanowskie), czy na przykład w Żywcu. Organizowanie jest pochodną procesu planowania. Wraz z przewodzeniem należy do zadań dobrze zazwyczaj realizowanych przez menedżerów opieki zdrowotnej. Pewien problemem stanowi kontrolo- wanie. Zakład opieki zdrowotnej jest organizacją, w której niejednokrotnie niezwykle trudno jest zde- finiować mierniki efektywności. Z suchych danych statystycznych nie zawsze można wyciągnąć jasne i sprawiedliwe wnioski. Podstawą koordynacji wszystkich wymienionych elementów zarządzania jest dobra wzajemna komunikacja i przepływ infor- macji. Sprawna koordynacja pozwala całemu per- sonelowi sektora zdrowotnego brać udział w podej- mowaniu decyzji i być rzeczywistym podmiotem tych decyzji.

Kierownik publicznego zakładu opieki zdrowot- nej pracuje z niejednorodnym, ukształtowanym his- torycznie zespołem ludzkim. Popularny jest zazwy- czaj podział na „personel biały” i „personel pomoc- nicy”. O ile zrozumiała jest pozycja i rola tej pierwszej grupy, to niedoceniany nadal jest wpływ na funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej gru- py drugiej. A przecież należą do niej między innymi tak wysoko kwalifikowani profesjonalści, jak na przykład inżynierowie kliniczni, informatycy, spec-jaliści zarządzania. Odpowiedzialność za zarządza- nie zakładem opieki zdrowotnej zwyczajowo roz- kłada się pomiędzy całą grupę ludzi, realizujących cele organizacji. Kierownik zakładu ponosi odpo-

wiedzialność za własną pracę i oczywiście za pracę innych. Za poziom usług medycznych odpowiada dyrektor medyczny, naczelną pielęgniarką oraz grupa ordynatorów i kierowników działów diagnos- tycznych, przychodni i innych komórek działalności podstawowej. Za wynik finansowy, bezpośrednio uzależniony od zakresu działalności medycznej, od- powiada dyrektor ekonomiczny i główny księgowy. Za codzienne funkcjonowanie zaplecza zakładu od- powiada dyrektor techniczny. Kierownik zakładu oceniany jest za zapewnienie realizacji zadań za- kładu opieki zdrowotnej, którymi są zazwyczaj udzielanie świadczeń zdrowotnych, nadzór facho- wy, kształcenie ustawiczne i promocja zdrowia. Dokumentem określającym cele funkcjonowania publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest Narodo- wy Program Ochrony Zdrowia, służący realizacji polityki zdrowotnej państwa.

Menedżer opieki zdrowotnej ustala priorytety i doprowadza do równowagi między konkurencyj- nymi celami funkcjonowania zakładu. **W otocze- niu i wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej działa wiele grup nacisku, wywierających wpływ na podejmowanie decyzji. Największą, choć jak dotąd nie sformalizowaną grupą są oczywiście pacjenci, którzy w przyszłości określani będą jako klienci czy też nabywcy usług. Ich oczekiwania są jasne: możliwość uzyskania o każdej porze usługi medycznej na odpowiednim poziomie.** Ostatnio coraz częściej podnoszony jest ekonomiczny aspekt otrzymania usługi medycznej.

Kolejną grupą nacisku jest administracja rządo- wa i samorządowa, pełniąca rolę organu założyciel- skiego zakładu opieki zdrowotnej. Nieprecyzyjny i niedostatecznie jasny jest podział kompetencji organów zarządzających publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcje związane z zarządza- niem rozdzielono w cytowanej ustawie na trzy or- gany: organ założycielski, radę nadzorczą i kierow- nika zakładu. Skład rady nadzorczej powoływany jest przez organ założycielski. Niestety, zbyt często członkami rad nadzorczych zostają osoby nie przy- gotowane do tej pracy, a więc niekompetentne. Nie określono żadnych wymogów, jakim winny odpo- wiadać osoby zasiadające w radach nadzorczych. Do wyjątków należą sytuacje, w których przeprowa- dzane są szkolenia członków rad nadzorczych. Mi- mo iż ustawowo rola rady nadzorczej jest rolą opiniotwórczą i doradczą, często zdarzają się ich ingerencje w sposób zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Nasz system ochrony zdrowia jest system budże- towo-zaopatrzeniowym – **kluczową sprawą staje się prawidłowa alokacja zasobów finanso- wych i to począwszy od alokacji na szczeblu centralnym, a skończywszy na szczeblu lokal- nym, gminnym lub wojewódzkim.** Zasady alo- kacji budżetu są nadal niejasne, oparte głównie na przesłankach historycznych, warunkujących otrzy-



manie budżetu na podstawie wyników finansowych okresu poprzedniego. Zminimalizowana jest rola procesu budżetowania na poziomie zakładu opieki zdrowotnej. **Menedżer nie ma praktycznie wpływu, poza nielicznymi wyjątkami, na wysokość budżetu swojej placówki.**

Coraz większą rolę odgrywają samorządy zawodowe, a przede wszystkim izby lekarskie. Mają one decydujący wpływ na obsadzanie kluczowych stanowisk, jakimi są bez wątpienia ordynatorzy oddziałów szpitalnych. **Korporacje zawodowe z samej definicji są nastawione na ochronę interesów swojej grupy profesjonalnej. Ostatnio często podkreśla się negatywny wpływ lobby profesorsko-ordynatorskiego na założenia i proces reformowania ochrony zdrowia.**

Ministerstwo Zdrowia i organy nadzoru fachowego wyznaczają zakładom opieki zdrowotnej do realizacji cele, stojące niekiedy w sprzeczności z interesami organów założycielskich, które przecież dysponują środkami finansowymi na funkcjonowanie zakładów. Niekorzystne jest usytuowanie Ministerstwa Zdrowia, które dysponuje budżetem jedynie dla zakładów finansowanych centralnie, nie mając wpływu na wielkość środków przydzielanych na przykład przez wojewodów na obszarach przez nich zarządzanych. Ani Ministerstwo Zdrowia, ani nadzór fachowy nie mają żadnego bezpośredniego wpływu na kadre menedżerską w zakładach zarządzanych przez wojewodów.

Dużą rolę, niestety najczęściej roszczeniową, odgrywają związki zawodowe. W wielu zakładach opieki zdrowotnej obserwuje się powstawanie coraz większej liczby organizacji związkowych. **Nieprecyzyjna ustawa o związkach zawodowych utrudnia i komplikuje często pracę kierownika zakładu, zwłaszcza przy negocjacjach płacowych, stanowiących główne, jeśli nie jedyne, pole zainteresowania związków.**

Powołanie kierownika zakładu opieki zdrowotnej, a więc jedna z najmniej korzystnych form nawiązywania stosunku pracy, odbywa się w wyniku postępowania konkursowego. W składzie komisji konkursowej ustawodawca umieścił przedstawicieli organu założycielskiego, rady nadzorczej zakładu, organu samorządu terytorialnego, przedstawicieli izby lekarskiej i izby pielęgniarstwa, i wreszcie przedstawicieli wszystkich związków zawodowych, działających w zakładzie pracy. Dziwić może fakt nieuwzględnienia w składzie komisji przedstawiciela profesjonalnych organizacji menedżerskich, a są nimi zrzeszające ponad 1000 osób Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, czy też niedawno powstałe Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali. Mimo określenia czasu trwania kadencji kierownika zakładu na pięć lat, wcale nie rzadkie są przypadki wcześniejszego odwoływania z funkcji. Należałoby też przywołać w tym miejscu stanowisko Konwentu Wojewodów z września 1994 r., żądające zwiększenia składu osobowego ko-

misji konkursowych, tak by osiągnięta została zdecydowana przewaga w składzie przedstawicieli organu założycielskiego. Ustawa nie określa przyczyn uzasadniających podjęcie przez organ założycielski decyzji odwołującej kierownika zakładu. Mogą to być więc przyczyny wynikające z przepisów prawa pracy lub ze stosunku podporządkowania: kierownik zakładu – organ założycielski.

Z badań socjologicznych prowadzonych przez T. Borkowską-Kalwas i M. Pączkowską z Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia wynika, że polscy menedżerowie to ludzie młodzi, co trzeci z nich nie przekroczył 40 roku życia, a trzy czwarte spośród nich nie osiągnęło 50 lat. Ponad 40% ogółu pracuje na stanowisku kierowniczym dłużej niż 10 lat, a 60% powyżej 6 lat. **Menedżerowie są ludźmi o dużej zdolności uczenia się rzeczy nowych, o wysokim potencjale energii, a długoletnie doświadczenie rekompensuje w jakiejś mierze brak fachowego przygotowania do zawodu.** Jak już wspomniano wcześniej, nasi kierownicy nie mają praktycznie żadnej możliwości weryfikacji nabytego długoletniego doświadczenia zawodowego. Tylko co trzeci dyrektor naczelny Zespołu Opieki Zdrowotnej i szpitala identyfikuje się z zawodem menedżera. Odsutek ten radykalnie zmniejsza się wśród zastępców dyrektora i pozostałych kierowników komórek organizacyjnych niższego szczebla. Istnieje korelacja między identyfikacją zawodową a wiekiem i stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Liczba kierowników traktujących swoje stanowisko równoznacznie z zawodem menedżera jest najwyższa wśród osób najstarszych wiekiem i o dłuższym stażu kierowniczym. Autorzy badania wyciągają smutny, ale prawdziwy wniosek: brak fachowego przygotowania do pełnienia funkcji kierowniczych wśród menedżerów opieki zdrowotnej i stosunkowo mały stopień identyfikacji z rolą menedżera.

Działania pojedynczego lekarza podporządkowane są dobru pojedynczego pacjenta, natomiast działania menedżera mają wymiar systemowy. Zadania wypełniane przez menedżera wymagają także innego typu predyspozycji psychicznych, na przykład prowadzenie negocjacji ze świadomością celu instytucji wymaga umiejętności obstawiania przy nim. **Oprócz wiedzy dotyczącej zasad funkcjonowania instytucji medycznej, menedżer powinien opanować umiejętności dotyczące działań w warunkach ryzyka finansowego, kierowania zasobami ludzkimi, negocjacji i rozwiązywania częstych konfliktów.** I tutaj sama wiedza nie wystarczy, potrzebne jest doświadczenie i obycie z wieloma różnymi sytuacjami.

Kierownikiem publicznego zakładu opieki zdrowotnej zostaje się w wyniku postępowania konkursowego. Jakie pobudki kierują osobami składającymi dokumenty konkursowe? Interesujące wyniki badań socjologicznych przedstawiła B. Danecka z Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Najczę-



ciej wymieniane powody wyboru tej drogi zawodowej to możliwość samodzielnego podejmowania decyzji, a także określenie pracy jako ciekawej i społecznie użytecznej. Tylko 5% menedżerów decyduje się pracować ze względu na wysokie zarobki. Dzisiejszy kierownik zakładu może być zaszerogowany w najwyższych grupach, co skutkuje uposażeniem zasadniczym od 350 do 750 zł. Do tego dochodzi dodatek stażowy, dodatek funkcyjny (do 50% uposażenia zasadniczego) i premia motywacyjna (zazwyczaj między 30 a 60%). Tak więc całkowite wynagrodzenie miesięczne wynosi zazwyczaj około 1200 do 1500 zł brutto. Dyrektor – lekarz ma możliwość, i często z tego korzysta, dodatkowej pracy na oddziale szpitalnym lub w przychodni, a także w pogotowiu ratunkowym.

Jakie predyspozycje są najwyżej cenione u menedżerów? Na pierwszym miejscu wymieniana jest umiejętność współpracy z ludźmi, a także talent organizatorski i konsekwencja w działaniu. Menedżerowie opieki zdrowotnej najwyżej cenią w swoim zakładzie i środowisku fachowość, dobrą atmosferę i dobrą organizację pracy. Zakład opieki zdrowotnej jest specyficznym organizmem, grupującym stosunkowo wysoki odsetek profesjonalistów, jakimi są przede wszystkim lekarze. Grupa lekarska jest hermetyczną zbiorowością o dość dużym stopniu integracji wewnątrzgrupowej i solidarności zawodowej. Lekarze – wolny do niedawna zawód – wysoko cenią sobie własną niezależność i źle znoszą wszelkie ograniczenia i zakazy, związane z niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia. Niedopuszczalne są również ingerencje menedżera w proces diagnostyczny i leczniczy, aczkolwiek zdarzają się one częściej niż sądzimy, a to za sprawą decyzji o charakterze ekonomicznym. Grupa zawodowa lekarzy postrzegana jest przez menedżerów jako główny przeciwnik zmian i reform. Dopiero na dalszych miejscach znalazły się związki zawodowe i administracja wyższego szczebla (sic!). Zmiany wprowadzane przez menedżerów naruszają dotychczasowe układy i przywileje lekarzy, a także podważają pozycję związków zawodowych. **Zhierarchizowana struktura klinik i oddziałów szpitalnych powoduje mobilizację wszystkich grup pracowników do niedopuszczania do zmian funkcjonującej struktury ochrony zdrowia. Nie zaspokojone potrzeby finansowe i brak uregulowań prawnych w otoczeniu nieprzychylnym zmianom stanowią główny powód braku postępu reformy ochrony zdrowia.** Menedżerowie opieki zdrowotnej uświadamiają sobie odpowiedzialność za przeprowadzenie koniecznych zmian systemowych ochrony zdrowia, ale jednocześnie w miarę przedłużania się okresu przejściowego coraz częściej wybierają pracę na własny rachunek, poza sektorem publicznym. Na taki wybór wpływa wiele czynników, takich jak osamotnienie w podejmowanych działaniach, niedoinwestowanie zakładów,

niskie zarobki czy w końcu zagrożenie utratą pracy. **Głównym kierunkiem działalności menedżerów opieki zdrowotnej jest angażowanie personelu medycznego w proces alokacji i kontroli wydatków. Będzie to możliwe dzięki wprowadzeniu, istniejącej w ustawie, ale nie w rzeczywistości, instytucji jednostki samodzielnej. Jednostka samodzielna posiada osobowość prawną, prawo dysponowania pełną sumą nie wykorzystanych środków publicznych, prawo zaciągania kredytów bankowych, prawo ustalania cen dla świadczeń udostępnianych osobom nie uprawnionym, prawo ustalania własnych zasad kształtowania wynagrodzeń. Menedżer jednostki samodzielnej będzie *ex definitione* menedżerem, kierownikiem przedsiębiorstwa kapitalistycznego, o większej autonomii w zarządzaniu, zwłaszcza zasobami ludzkimi, będzie mógł też pozyskiwać środki od dysponentów publicznych, innych niż organ założycielski.**

Michał A. Kornatowski

#### BIBLIOGRAFIA

- [1] BORKOWSKA-KALWAS T., PĄCZKOWSKA M., *Potrzeby edukacyjne menedżerów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 4/1992.
- [2] CHRZANOWSKI R., *Poszukiwanie porozumienia między medycznymi i menedżerskimi grupami interesów*, „Antidotum”, 12/1992.
- [3] DANECKA B., *Wyniki socjologicznego badania wśród menedżerów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 1/1994.
- [4] KUCHARSKI P., *O regulacji prawnej wymagań stawianych osobom na różnych stanowiskach w zakładzie opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 6/1994.
- [5] MIŚKIEWICZ M., *Od dyrektora klinicznego do menedżera*, „Szpital Polski”, 1/1994.
- [6] PASOWICZ M., POŹDZIOCH S., RYŚ A., *Co może dyrektor?*, „Szpital Polski”, 2/1994.
- [7] STONER J.A.F., WANKEL Ch., *Kierowanie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, 1994.
- [8] TYMOWSKA K., *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – dylematy tworzenia i finansowania*, „Antidotum”, 2/1994.
- [9] Ustawa z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315.
- [10] WOJTCZAK K., *Organy publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 10/1993.
- [11] WOJTCZAK K., *Uprawnienia władz samorządowych i administracyjnych wobec szpitali*, „Szpital Polski”, 4/1994.
- [12] WOYNAROWSKI M., opr., *Etyczne aspekty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 7/1992.
- [13] ŻUKOWSKI T., *Lekarz – menedżer, blaski i cienie łączenia funkcji*, „Antidotum”, 5/1993.

Autor jest lekarzem, pracownikiem Biura Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia, w latach 1991 – 1995 był dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Ciechanowie.

# Ucieczka w strategię

**Rozmowa z lek. med. MARKIEM HABEREM, dyrektorem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

**Czy dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej jest bardziej administratorem czy menedżerem?**

To bardzo trudne pytanie! W ciągu prawie pięciu lat pełnienia funkcji dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej wielokrotnie miałem nadzieję, że zarządzanie w ochronie zdrowia stanie się faktem. Zawsze jednak myliłem się. Mimo wielu deklaracji kolejnych ekip rządzących nie zmienił się do tej pory sposób finansowania ochrony zdrowia. W dalszym ciągu brak jest powiązania wysokości przyznanego budżetu z wielkością prowadzonej działalności, jednostki nie posiadają pełnej osobowości prawnej (nie mogą zaciągać kredytów, nie mogą swobodnie decydować o wykorzystaniu środków na zasadach budżetu globalnego). Mimo istnienia formalnych możliwości, kontraktowanie usług medycznych przez dysponentów środków publicznych jest zjawiskiem marginalnym. Na rynku świadczeń zdrowotnych – myślę o sektorze publicznym – nie istnieje konkurencja, a pacjent nie jest traktowany jako klient przynoszący zakładowi zysk. Jedyna „walka” o pacjenta rozgrywa się w obszarze działania „szarej strefy”.

Można jednak zanotować silne parcie środowiska w kierunku uzyskania samodzielności prawnej i finansowej przez zakłady opieki zdrowotnej. Takie możliwości daje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Niestety, brak jest jednak aktów wykonawczych.

**Czy istniejący system organizacji i finansowania opieki zdrowotnej stwarza jakiekolwiek pole do działań przedsiębiorczych?**

Wspominałem już o braku ścisłej korelacji między działalnością a jej finansowaniem. Środki finansowe nie podążają za pacjentem. Nie ma jednolitego systemu finansowania ochrony zdrowia. W różnych województwach podejmowane są próby uporządkowania sytuacji i wprowadzenia jednolitych norm alokacji środków. W większości przypadków mamy jednak ciągle do czynienia z „historycznym” podziałem budżetu, tj. kształtowaniem nowego budżetu w oparciu o wykonanie budżetu w latach poprzednich. Nie są to fakty sprzyjające szukaniu nowych rozwiązań i rozwijaniu przedsiębiorczości.

Czynnikiem wyzwającym przedsiębiorczość w opiece zdrowotnej okazały się nie rynek i konieczność konkurencji, ale walka o przetrwanie. Kryzys budżetowy lat dziewięćdziesiątych szczególnie mocno dotknął służbę zdrowia, zwłaszcza jednostki



Fot. – Jacek Sielski

świadczące specjalistyczne, drogie usługi. Tam, gdzie panował poprzednio bałagan, marnotrawstwo środków, łatwo było znaleźć rezerwy i oszczędności. Gorzej wyglądała sytuacja w jednostkach dobrze administrowanych, uporządkowanych. Tu trzeba było nie lada pomysłowości i zaangażowania, by utrzymać swoją pozycję, pozyskać środki pozabudżetowe, wprowadzić nowe rozwiązania organizacyjne.

**Czy czuje się Pan bardziej lekarzem czy menedżerem?**

Decydując się na objęcie stanowiska dyrektora, zdawałem sobie sprawę, że będę musiał dokonać wyboru. Dotychczasowe moje doświadczenia zawodowe były związane głównie z pracą lekarza. Praca na nowym stanowisku i związane z tym zadania sprawiły, iż musiałem pomyśleć o uzupełnieniu swojej wiedzy z dziedziny ekonomii, finansów, rachunkowości i zarządzania. Czas pracy dzieliłem





między załatwianie spraw bieżących, planowanie zmian oraz zdobywanie wiedzy. Początkowo próbowałem być na swoim macierzystym oddziale, dyżurować, pracować w Poradni K i zarządzać równocześnie, ale szybko okazało się to niemożliwe. Obecnie mój kontakt z praktyką medyczną ogranicza się do 4 godzin pracy w Poradni K.

Rezygnacja z praktyki umożliwiła mi zrealizowanie wielu pomysłów związanych z funkcjonowaniem całego ZOZ-u, rozpoczęcie i kontynuację studiów podyplomowych w Szkole Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a co najważniejsze – realizowanie na bieżąco planów związanych z reformowaniem opieki zdrowotnej.

Czy czuję się lekarzem, czy menedżerem? Nie chciałbym stracić zupełnie kontaktu z pacjentem, ale jeżeli będą stworzone ku temu warunki, pragnę dalej zajmować się zarządzaniem. Znam lekarzy, którzy godzą pracę na oddziale z zarządzaniem. Niektórzy z nich są nawet ordynatorami. Podziwiam ich, ja tego nie potrafiłem. Dokonałem wyboru, a czas pokaże, czy się nie pomyliłem.

### **Jak duża jest jednostka, którą Pan kieruje? Jak duży jest jej roczny budżet?**

ZOZ w Suchej Beskidzkiej składa się z lecznictwa otwartego (13 przychodni rejonowych i jedna specjalistyczna), zamkniętego (2 szpitale posiadające łącznie 460 łóżek), pogotowia i transportu sanitarnego. Rejon działania ZOZ-u zamieszkuje około 60 tys. mieszkańców. Jednak około 40% przyjęć pochodzi spoza rejonu – faktyczny rejon działania jest odpowiednio większy. ZOZ zatrudnia około 1200 osób, a budżet w 1994 roku wyniósł blisko 100 mld starych złotych. Pod względem liczby zatrudnionych i wielkości budżetu jesteśmy największym zakładem w okolicy.

### **Co zdecydowało, iż wraz z grupą współpracowników podjął się Pan stworzenia planu strategicznego dla ZOZ – Sucha Beskidzka?**

Początek lat dziewięćdziesiątych okazał się bardzo trudny dla polskiej służby zdrowia, a szczególnie dla szpitala w Suchej Beskidzkiej. Baza, którą dysponujemy, jest stosunkowo nowa, dobrze wyposażona. Świadczymy specjalistyczne, drogie usługi. Rejon działania jest mały, stąd niepełne wykorzystanie możliwości, prowadzące do wzrostu kosztów jednostkowych. Duża liczba pacjentów pochodzi spoza rejonu administracyjnego ZOZ-u, a część nawet z innych województw. Przy braku mechanizmu rozliczeń pomiędzy ZOZ-ami i województwami stwarza to określone trudności w finansowaniu naszej działalności. Pogarszająca się sytuacja zmusiła nas do szukania odpowiedzi na pytania: jak najlepiej wykorzystać posiadaną bazę kadrową, szpitalną, diagnostyczną? Jaką działalność rozwijać, a jaką zredukować? Jak doprowadzić do zmniejszenia

kosztów osobowych? Jakie działania uzyskają akceptację władz wojewódzkich i wsparcie finansowe? To tylko niektóre z pytań, jakie sobie zadawaliśmy.

Sytuację ZOZ-u pogarszał fakt, iż jako zakład dobrze zorganizowany, bez przerostów zatrudnienia, nie posiadaliśmy takich prostych rezerw, których uwolnienie pozwoliłoby nam na wykazanie w statystykach istotnej poprawy efektywności gospodarowania.

Dlatego jako jedni z pierwszych w okolicy zaczęliśmy dzierżawić pomieszczenia na prowadzenie działalności gospodarczej, świadczyć odpłatne ponadstandardowe usługi, gromadzić środki na koncie dobrowolnych świadczeń na rzecz ZOZ-u. Wszystko to było działaniem doraźnym. Potrzebowaliśmy polityki długofalowej, która określiłaby pozycję ZOZ-u w województwie, pozwoliła zaplanować jego rozwój i pełne wykorzystanie (oczywiście przy odpowiednim finansowaniu).

Po licznych dyskusjach, spotkaniach i konsultacjach, które odbywaliśmy w gronie pracowników Szkoły Zdrowia Publicznego UJ i ENSP z Rennes we Francji zaczął krystalizować się pomysł opracowania planu strategicznego.

### **Jaki był udział konsultantów z Francji w tym projekcie?**

Jak wspominałem, nasze poszukiwania zaowocowały bliskimi kontaktami ze Szkołą Zdrowia Publicznego w Krakowie, a następnie Narodową Szkołą Zdrowia Publicznego w Rennes i Ministerstwem Zdrowia Francji. Dzięki uprzejmości i hojności Fundacji Francja – Polska mieliśmy możliwość gościć u siebie francuskich ekspertów z dziedziny zarządzania ochroną zdrowia. Tak zrodził się pomysł opracowania planu strategicznego dla szpitala. Dodajmy, że we Francji każdy szpital ma obowiązek opracowania takiego planu. Naszym partnerem ze strony francuskiej był zespół ze szpitala Metz-Thionville, który wykonał jeden z najlepszych projektów we Francji. Nasi partnerzy musieli zapoznać nas z metodą, którą mieliśmy się posługiwać, konstruując plan strategiczny, a następnie pomagali nam w stosowaniu tej metody – już na etapie prac nad planem.

Wbrew pozorom sprawa nie była prosta ani łatwa. Metoda zakłada wykonanie projektu przy dużym zaangażowaniu pracowników. Należało więc do całej idei przekonać lekarzy i pielęgniarki szpitala, a dopiero potem uczyć ich metody, tak by mogli już sami stosować ją w swoich jednostkach. Środowisko medyczne jest środowiskiem bardzo hermetycznym, konserwatywnym, niechętnie przyjmującym zmiany. A tu nagle taka rewolucja! Przekonanie środowiska o słuszności zamierzeń wymagało z mojej strony dużego zaangażowania i elastyczności. Pocieszające było stwierdzenie partnerów z Francji, że i oni mieli podobne problemy.

**Z jakich podstawowych faz składał się cały projekt?**

Plan strategiczny zakładu opieki zdrowotnej składa się z czterech zasadniczych elementów: projektu medycznego, który jest centralną i najważniejszą częścią planu, projektu pielęgniarstwa i logistycznego, komplementarnych do projektu medycznego, i wreszcie projektu wdrożenia, określającego zasady realizacji celów, nakreślonych w projektach zasadniczych.

W Suchej zajęliśmy się opracowaniem projektów zasadniczych, pozostawiając wykonanie projektu logistycznego na później (lepsze czasy).

Wstępem do opracowania projektu medycznego było zorganizowanie w Szkole Zdrowia Publicznego UJ seminarium dla lekarzy z Suchej, na którym Francuzi zaprezentowali swoją metodę. Z grona osób uczestniczących w seminarium wyłoniona została grupa strategów składająca się z lekarzy i osób reprezentujących kierownictwo szpitala. Zadaniem tej grupy była koordynacja prac, prowadzenie im oraz kontakt między oddziałami szpitala a dyrekcją. Pierwszym etapem realizacji projektu medycznego było wykonanie segmentacji prowadzonej w ZOZ-ie działalności. Segmenty poddawane są w dalszych etapach ocenie, tak iż określona zostaje ich wartość dla samego zakładu oraz ich konkurencyjność. W oparciu o wyróżnione segmenty gromadzone są następnie informacje statystyczne, określające zakres prowadzonej działalności. Zgromadzone dane oraz dokonana ocena stają się podstawą do stworzenia portfeli działalności. Na podstawie ich analizy oddziały określają swoje strategie i konstruują plany działania. Zadaniem dyrekcji i grupy strategów jest zbudowanie – z przedstawionych taką drogą propozycji – strategii dla całego zakładu, zastąpienie indywidualnych dążeń wspólnie wypracowaną strategią.

Projekt pielęgniarstwa realizowany był przez zespół pielęgniarek i położnych. Określono w nim strukturę pionu pielęgniarstwa i zakresy obowiązków poszczególnych stanowisk, zbadano obciążenie pracą w różnych porach i dniach tygodnia.

**Z tego, co słyszę, wynika, iż realizowany w Pańskim szpitalu projekt wykorzystuje metodologię i narzędzia z klasycznej teorii zarządzania...**

Tak. Metodologia została zaproponowana przez Francuzów, ale konkretne narzędzia dostosowane zostały do realiów i rzeczywistości polskiej służby zdrowia. Aby sprawnie zrealizować projekt, musieliśmy uzupełnić naszą wiedzę o elementy teorii zarządzania.

**Proszę powiedzieć, jak przebiegała realizacja projektu?**

Grupa strategów składała się z osób cieszących się zaufaniem i prestiżem, reprezentujących środowisko lekarskie i administrację. Na czele grupy stanęła osoba znająca system francuskiej służby zdrowia, wykształcona we francuskiej Narodowej Szkole Zdrowia Publicznego w Rennes. Grupa strategów organizowała w zasadzie całe przedsięwzięcie, musiała poznać dokładnie metodologię, przewodzić pracom, promować ideę projektu. Na każdym oddziale szpitala organizowane były spotkania, na których członkowie grupy strategów zapoznawali personel oddziałów z zakresem prac, jakie musiały zostać wykonane. Kolejno omówiona została działalność oddziału, jego współpraca z innymi jednostkami szpitala, innymi szpitalami w województwie i poza jego granicami. Dokonana została symulacja i ocena segmentów. Dane statystyczne o prowadzonej działalności zbierane były przez trzy miesiące. Wykorzystywany był w tym celu stosowany tradycyjnie w lecznictwie wzór karty statystycznej. Zebrałiśmy w ten sposób dane o ponad trzech tysiącach pacjentów. Dane te, i wykonana ocena, posłużyły do opracowania portfeli działalności, a ich analiza – do określenia strategii oddziału. Każdy z etapów pracy był konsultowany z ordynatorem i przez niego zatwierdzany. Z efektami pracy lekarzy zapoznawany był personel pielęgniarstwa, którego zadaniem było opracowanie komplementarnego projektu pielęgniarstwa. Osobiście byłem pozytywnie zaskoczony zaangażowaniem w pracę i zainteresowaniem personelu pielęgniarstwa. Dotychczas była to grupa zawodowa stojąca raczej na uboczu. Okazało się, że potrafiliśmy wspaniale współpracować; pojawiło się z ich strony wiele pomysłów i propozycji rozwiązań zmieniających organizację pracy.

**Co było efektem całego przedsięwzięcia?**

W wyniku prac na poszczególnych oddziałach szpitala powstało 56 planów działania. Zostały one na wspólnym spotkaniu dyrekcji i grupy strategów podzielone na sześć grup tematycznych, tworząc tzw. główne kierunki działania. Plany działania w każdym z kierunków rada ordynatorów szpitala uszeregowwała według hierarchii ważności przyjętej przez radę. W ten sposób wyznaczona została wspólna strategia działania. Teraz czeka nas opracowanie projektu wdrożenia. Będzie on zawierał zasady i harmonogram realizacji głównych kierunków działania.

**Stworzenie planu strategicznego w oparciu o rzetelną metodologię zasługuje na uznanie. Przekornie zapytam jednak: czy nie za wcześnie na takie inicjatywy? Czy to ma sens tu i teraz?**

Nie ukrywam, że mieliśmy bardzo duże wątpliwości. Ochrona zdrowia jest sferą prawie nie



tkniętą przez działania reformatorskie. Jest jednak dziedzina pochłaniająca sporą część budżetu państwa i musi doczekać się reformy. W innym wypadku grozi nam załamanie całego systemu opieki zdrowotnej. Tak więc zrobiliśmy założenie, że system finansowania ochrony zdrowia zmieni się i rozpocznie się rywalizacja o pacjenta. W nowym systemie dysponent środków (województwo lub gmina, sam pacjent czy instytucja ubezpieczeniowa) będzie wykupywał usługi medyczne. Zniknie rejonizacja, przywiązanie pacjenta do danego ośrodka czy szpitala. Mamy nadzieję, że w nowej rzeczywistości będziemy w stanie zaoferować taki zakres usług medycznych i na takim poziomie, że wykorzystamy w pełni posiadane możliwości. Pomoże nam w tym plan strategiczny, który wypracowaliśmy.

Jeżeli jednak zmiany nie nastąpią, to i tak będziemy mieli satysfakcję z wykonania czegoś nowego, ciekawego. Podczas prac nad planem strategicznym pracownicy szpitala mieli rzadką okazję do pogłębionej refleksji na temat swojej pracy i wspólnych problemów. Zauważalny wzrost integracji środowiska jest niejako ubocznym produktem całego projektu.

**Wiem o inicjatywie przeniesienia doświadczeń ZOZ – Sucha Beskidzka na teren całego województwa bielskiego. Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na ten temat?**

Efekty naszych prac zaprezentowaliśmy podczas dwóch seminariów: w Warszawie i Bielsku-Białej. Nasze doświadczenia spotkały się z zainteresowaniem ministra zdrowia Krzysztofa Kuszewskiego oraz dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Bielsku-Białej, dr Zofii Tarnawy. Na spotkaniu w Międzybrodziu Żywieckim w grudniu ubiegłego roku, w którym, oprócz osób przed chwilą wymienionych, wzięli udział m.in. specjaliści z Francji, Szkoły Zdrowia Publicznego UJ oraz dyrektorzy szpitali województwa, zapadła decyzja opracowania planu strategicznego dla całego województwa bielskiego. Równorzędnymi projektami mają być objęte działania w zakresie reorganizacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozwoju promocji zdrowia. Przedsięwzięcie jest bardzo ambitne i jeżeli chodzi o zakres planowanych prac i ich zasięg – bez precedensu w skali kraju. Czy uda się nam je zrealizować? O tym będziemy się mogli przekonać w połowie 1996 roku. Wtedy planowane jest zakończenie prac.

**Dziękuję za rozmowę.**

*Rozmawiał Jacek Klich*

Dyskusja na temat reformy ochrony zdrowia trwa od wielu lat i ostatnio nabrała tempa. Nie oznacza to, że znaleziono skuteczne rozwiązania. Przyspieszenie jest wymuszone pogarszaniem sytuacji w ochronie zdrowia i narastającym niezadowoleniem pacjentów i pracowników.

W rozważanych projektach powielane są hasła i schematy nie zawsze mające uzasadnienie merytoryczne, ale mocno utrwalone w świadomości społecznej.

Pierwszy z nich to przeświadczenie, że reformę powinny przeprowadzić środowiska medyczne (Izby Lekarskie, Pielęgniarskie, odpowiednie związki zawodowe, medycy zasiadający w ciałach samorządowych – od gmin do Sejmu i Senatu). Tymczasem bez udziału i akceptacji programu reformy przez medyków – usługodawców nie będzie można dokonać zmian, ale w procesie tym musi być także uwzględniona opinia, oczekiwania oraz dobro pacjentów – czyli całego społeczeństwa.

Oczekiwania społeczne to poprawa dostępności leczenia i ograniczenie jego kosztów.

Lekarze i inni pracownicy chcą poprawy warunków leczenia (odpowiedniego sprzętu, leków itd.) oraz zwiększenia zarobków, stosownego do liczby i jakości świadczonych usług. Mimo że, przy tak skrótowno przedstawionych oczekiwaniach, wydaje się istnieć sprzeczność interesów pacjentów i leczących – istnieje wola jej łagodzenia na płaszczyźnie dobra nadrzędnego. Najdramatyczniejszym wyrazem tej postawy były postulaty strajkowe głodujących pracowników służby zdrowia z grudnia ub. r., kiedy to pokazano, że dobro pacjenta stawiane jest ponad interesy środowiskowe.

Stanowisko społeczeństwa w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia nie jest ugruntowane. Praktycznie nie wiadomo, jak zostanie przyjęta podstawowa zmiana konstytucyjnego zapisu o bezpłatności leczenia. Już obecnie obywatele ponoszą bardzo poważne ciężary związane z rosnącymi opłatami za leki, koniecznością wnoszenia opłat „oficjalnych” i „prywatnych”, mimo iż nie są przekonani, że płacąc uzyskują wymierne korzyści.

Istniejące programy poprawy dostępności usług medycznych przez wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, utworzenie instytucji lekarzy rodzinnych, wprowadzenie wolnego wyboru lekarza, usług gwarantowanych czy programów ubezpieczeń są przyjmowane z rezerwą – zarówno przez społeczeństwo, jak i środowiska medyczne.

Dalsze zmiany nie będą możliwe bez społecznego poparcia, dlatego niezbędne jest uporządkowanie i uczynienie „przejrzystym” istniejącego systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to finansowania, spraw własności, odpowiedzialności za realizację celów polityki zdrowotnej i zarządzania na wszystkich poziomach.



*Jan Ciszewski*

# Przemysł zdrowia

Istniejący system finansowania i zarządzania w ostatnich latach ulegał zmianom i praktycznie nie jest kontrolowany. **Obecnie finansowanie ochrony zdrowia w ramach podziału budżetu państwa jest rozdzielane na wiele „strumieni”:**

■ Fundusz dla 49 województw (na podstawie wniosków ich wojewodów – cz. 85 budżetu), przeznaczony na lecnictwo podległe wojewodom („na zdrowie” przeznaczane jest ponad 60% wydatków z budżetów zbiorczych województw).

■ Fundusz ministra zdrowia – cz. 35 budżetu (nauka, szkolnictwo i leczenie w szpitalach instytutowych i klinicznych).

■ Odrębne nakłady przeznaczane są na lecnictwo resortowe MON, MSW i PKP.

■ Dodatkowe środki uruchamiane są przez gminy ze środków własnych na dofinansowanie ochrony zdrowia. W oficjalnych analizach nie są uwzględniane fundusze pozyskiwane przez jednostki ochrony zdrowia w formie działalności gospodarczej, opłat i darów.

Analiza przepływu pieniędzy nie uwzględnia udziału własnego obywateli w opłatach. Według badań szacunkowych wynosi on ok. 30% kosztów ponoszonych przez budżet (udział „wydatków własnych” z kieszeni obywateli jest bardzo wysoki i co gorsza, znaczne te środki wpływają do tzw. szarej strefy).

**B**rak jednolitych zasad rozdziału, nieznana wielkość nakładów i brak nadzoru budżetowego pogłębiają kryzys. Objawem tej sytuacji jest narastanie deficytu. Zakłady nie są rozliczane z ilości i jakości wykonanych usług. Mimo ograniczeń i rejonizacji, pacjenci, szczególnie w dużych, „akademickich” miastach, korzystają z leczenia w jednostkach finansowanych z różnych źródeł (lecznictwo otwarte, przemysłowe, szpitale rejonowe, wojewódzkie, kliniczne, resortowe). Nie są rozliczane koszty leczenia pacjentów z innych województw, kierowanych na znacznie droższe leczenie specjalistyczne (np. stanowią oni ponad 20% hospitalizowanych w szpitalach Warszawy).

Praktycznie nie można określić rzeczywistych wydatków przeznaczonych na zdrowie statystycznego mieszkańca. System rozdziału budżetu państwa na wiele strumieni nie daje bowiem możliwości kontrolowania przepływu pieniędzy. Wiadomo, ile pieniędzy przeznaczono na ten cel w budżecie; następnie trafiają one do wielu „czarnych dziur”:

budżetów zbiorczych wojewodów, gmin, uczelni medycznych, instytutów, resortów. Dalej poszczególne szpitale i instytucje otrzymują informacje o przyznanej budżecie rocznym i bardziej lub mniej regularnie otrzymują części „swoich” pieniędzy. O nieskuteczności tego systemu świadczą powstające co roku zadłużenia zakładów ochrony zdrowia. Minister zdrowia, minister finansów, wojewodowie, lekarze wojewódzcy zajmują się walką o wysokość budżetu w chwili jego tworzenia – natomiast nie kontrolują, co dzieje się z rozdysponowanymi środkami.

Opracowanie jasnego, przejrzystego systemu przepływu środków finansowych powinno stać się podstawą i pierwszym krokiem reformy.

Bardzo poważnym i pomijanym w dotychczasowych dyskusjach problemem są sprawy własności obiektów ochrony zdrowia. Uporządkowanie spraw finansowania i własności umożliwi opracowanie zasad kontroli i zarządzania.

Naturalnym i uzasadnionym rozwiązaniem jest przekazanie spraw własności i kontroli samorządowi. Dotyczy to przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej (a w miastach tzw. lecznictwa otwartego, obejmującego gabinety i poradnie specjalistyczne). Rozwiązanie to zostało wprowadzone z inicjatywy własnej gmin/miast oraz w ramach tzw. pilotaży. Ma ono uzasadnienie i rozwinięcie w „Strategii dla zdrowia”, przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia i zakładającej wzmocnienie podstawowej opieki medycznej, promocję zdrowia oraz wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego. Mimo trudności i kłopotów, spowodowanych ograniczeniem obiecanych nakładów, zmiany te spowodowały poprawę funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia przejętych przez samorządy, bardziej efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów i wspomaganie przychodni i szpitali z dochodów własnych gmin.

Kłopoty dotyczą współdziałania gmin w utrzymaniu szpitali. Istniejąca sieć szpitali oparta jest na bazie szpitali powiatowych, obsługujących kilka okolicznych gmin. Rozwiązaniem jest odtworzenie powiatów lub tworzenie dobrowolnych związków gmin dla nadzoru samorządowego nad całością opieki zdrowotnej na danym obszarze.

Samorządowy nadzór nad ochroną zdrowia na terenie województwa mogą pełnić Samorządowe Sejmiki Wojewódzkie. Należy również pamiętać, że sztuczny podział na województwa nie odpowiada

wytworzonemu historycznie przepływowi pacjentów i rozmieszczeniu bazy specjalistycznej. Tworzą ją ośrodki regionalne, związane z akademiami medycznymi. W ramach tych regionów można dokonywać analizy potrzeb leczniczych na wszystkich poziomach referencyjnych, dokonywać oceny kosztów i efektywności oraz prowadzić politykę zdrowotną. Rozwiązania takie są przygotowane i częściowo wprowadzane w życie w Programach Konsorcjów Zdrowia – Wielkopolskiego, Pomorskiego i Ciechanowskiego. Opracowania te powstały w ramach współpracy i przy udziale ekspertów Banku Światowego – i ciągle czekają na wdrożenie!

**Z**aangażowanie samorządów terytorialnych z jednej strony i samorządów zawodowych – głównie Izby Lekarskiej – z drugiej, poszerza i wzmacnia grupę wprowadzających reformę w zakresie kontroli merytorycznej i tworzenia założeń polityki zdrowotnej „dla siebie”. Udział samorządów w kontroli nad finansowaniem i funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej pozwoli na przygotowanie kadr dla rad nadzorczych ubezpieczeń zdrowotnych.

Udział i kontrola funkcjonowania ochrony zdrowia przez samorządy reprezentujące obywateli i środowiska medyczne powinny zmienić pogląd, że reforma może dotyczyć wyłącznie relacji pacjent – lekarz. Planowanych zmian nie można ograniczyć jedynie do stosunków potrzebującego i dającego pomoc, chorego i lekarza (częstym określeniem tych zależności jest termin „usługodawcy” i „usługobiorcy”). Pacjenci i lekarze nie dostrzegają, że ponad bezpośrednią, wyżej opisaną relacją działa system ochrony zdrowia, o którym decydują:

- koszty, jakie są potrzebne na działania ochrony zdrowia i wpływy, jakie pacjent (ubezpieczenie, państwo) może zapewnić;
- sprawy własności prywatnej, publicznej, państwowej...
- zarządzanie, zapewniające najbardziej efektywne realizowanie zadań, określanych przez właściciela.

W toczącej się dyskusji powraca przeświadczenie, że wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych zwiększy nakłady. Niestety, ilość pieniędzy nie zależy od sposobu ich zbierania, ale od zasobności naszych kieszeni. To z naszych podatków jest tworzony budżet „na zdrowie” i wnoszone wszystkie opłaty. Dążenie do wprowadzenia ubezpieczeń wiąże się z brakiem zaufania do obecnego rozdziału nakładów przez państwo – nim powstaną ubezpieczenia, rozwiązaniem może być społeczna/samorządowa kontrola nad wydatkowaniem naszych pieniędzy.

Pomijanym zagadnieniem jest problem własności. Często obiekty ochrony zdrowia są dobrem niechcianym, ze względu na koszty utrzymania i stan dewastacji, w jakim są obecnie, a także brak odpowiednich przepisów prawnych. Określenie własności prywatnej, komunalnej i państwowej jest konieczne do przeciwdziałania „dzikiej prywatyzacji” (proces taki miał miejsce w przypadku aptek), tworzenia podstawowej sieci szpitali itd.

Komunalizacja mienia, przejmowanie finansowania i kontroli przez samorządy prowadzi do uprządkowania problemu finansowania i użytkowania mienia publicznego, podejmowania decyzji na szczeblu lokalnym i regionalnym z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb. Konieczne jest określenie odpowiedzialności samorządów różnych szczebli i roli państwa w tworzeniu i realizacji polityki zdrowotnej. Sukcesy zależeć będą od skuteczności i efektywności zarządzania. Menedżer efekty ekonomiczne musi łączyć z koniecznością zapewnienia leczenia i opieki pacjentom oraz satysfakcji pracownikom służby zdrowia. Powstanie zakładów prywatnych, komunalnych, państwowych i wprowadzenie finansowania na podstawie kontraktów spowoduje powstanie konkurencji w świadczeniu usług – od gabinetu lekarza opieki podstawowej poczynsz, na szpitalach skończywszy.

Mimo że upadający system ochrony zdrowia i dotychczasowa opieszałość we wprowadzaniu zmian wymuszają podejmowanie decyzji, to bez rozważenia wszystkich składników, które muszą ulec zmianie, grozi nam rozbite istniejącego, już i tak bardzo słabego, systemu.

Należy uwzględnić fakt, że ochrona zdrowia to nie tylko chorzy i lekarze oraz przychodnie i szpitale. Jest to bardzo skomplikowany organizm, korzystający z usług banków, firm ubezpieczeniowych, prawników itd., powiązany z całymi gałęziami przemysłu farmaceutycznego, zatrudniający wielu pracowników – od producentów aparatury diagnostycznej i leczniczej, sprzętu medycznego, transportu, łączności itd., po rolników produkujących zdrową żywność.

Amerykanie określają ten kompleks jako przemysł zdrowia. Pochłania on olbrzymie nakłady i daje wielkie zyski, ale jego najważniejszym „produktem” jest zdrowie i poczucie bezpieczeństwa w chorobie. Program reformy zdrowia wykracza daleko poza ramy resortu, a jego przeprowadzenie jest sprawą ogólnonarodową.

*Jan Ciszewski*

Autor – dr n. med. – jest dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie przy ul. Niekańskiej, ekspertem Międzynarodowego Stowarzyszenia Ekspertów ORDINEX z siedzibą w Genewie oraz członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa.

*Marian Miśkiewicz*

# Polityka zdrowotna

Dwa główne problemy wyznaczają aktualnie kierunek przemian polityki zdrowotnej. Pierwszym jest dokuczliwie odczuwana – prawie w całym świecie – kwestia zagwarantowania szerokim rzeszom ludności warunków i możliwości opieki zdrowotnej, drugim zaś pilna potrzeba intensywnej, międzynarodowej współpracy w ograniczaniu nierówności w dostępie do tej opieki.

Oba problemy pochodzą wprost z zasadniczego przesłania i celu istnienia opieki zdrowotnej, która bez względu na motywy polityczne, ekonomiczne, etniczne i religijne, kierujące polityką zdrowotną poszczególnych państw, ma za zadanie dostarczać w równej mierze odpowiednie świadczenia zdrowotne każdemu potrzebującemu człowiekowi – niezależnie od jego osobistej i ekonomicznej sytuacji. Takie, i temu podobne, jednobrzmiące oświadczenia wydają wszyscy politycy, głosząc je w ślad za celem sformułowanym przez Światową Organizację Zdrowia. Wiemy jednak, jak bardzo oddaleni jesteśmy od realizacji tego szczytnego zamierzenia.

Sytuacja w świecie jest silnie zróżnicowana z każdego punktu widzenia. Istnieje przepaść pomiędzy Północą i Południem, krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się. Jedni są już dostatni, wyposażeni w najlepsze i najkosztowniejsze technologie i techniki, inni odczuwają dotkliwy brak nawet najbardziej podstawowych, koniecznych imponderabiliów. Zdarzają się sytuacje, że kraje (narody) nie są w stanie ocenić własnych zagrożeń zdrowia i życia, a w konsekwencji oszacować środków zaradczych, są i takie, które nie doceniają ich, umniejszając ich znaczenie społeczne. Większość jednak, wśród nich część krajów tzw. Trzeciego Świata i kraje bezpośrednich wpływów byłego ZSRR, ma świadomość zagrożeń zdrowia swych społeczeństw i posiada wiedzę i umiejętności niezbędne do zaradzenia im. Na przeszkodzie stoi jednak zła sytuacja ekonomiczna, brak zasobów, zakłócenia organizacyjne, niedostateczna wydolność i zbyt mała efektywność systemu świadczeń.

Różnice takiego lub podobnego rodzaju dotyczą również poszczególnych regionów wewnątrz kraju, czego przykłady spotkać można nawet w niektórych krajach rozwiniętych.

Przytoczone przykładowo przyczyny głębokich odmienności w dostępie do opieki zdrowotnej narzucają pytanie: jak świat, społeczność międzynarodowa powinna pomóc w ich minimalizowaniu, tak aby podstawowy poziom ogólnej higieny, bezpieczne środowisko i zapewnienie zasadniczych świadczeń zdrowotnych było w wielu krajach gwarantowane. Rzeczą o kapitalnym znaczeniu, o którą potyka się wiele dobrze przygotowanych projektów poprawy sytuacji, jest relacja pomiędzy wydolnością ekonomii określonego kraju, stanem służby zdrowia i innych służb społecznych. Jeżeli polityka społeczna, której częścią jest polityka zdrowotna, stawia sobie za zadanie zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego, to należy sobie zdawać sprawę, że przysporzy to wielu wydatków na

różne świadczenia społeczne i zdrowotne. Były już wyraźne przykłady lansowania hasła o powszechnej dostępności, bezpłatności i zaspokajaniu wszelkich potrzeb na najwyższym poziomie współcześnie zalecanych przez naukę. Ponieważ jednak nie znajdowały one pokrycia w zdolności krajowej ekonomii do zadośćuczynienia im, hasła te rozczarowały wszystkich, poza ideologami, którzy je preparowali. Chcąc być w zgodzie z prawdą i rezygnując z tworzenia pozorów, trzeba uznać za pewnik, że istnieje ścisła, nierozzerwalna zależność pomiędzy stanem ekonomii kraju a poziomem zabezpieczenia społecznego i standardem opieki zdrowotnej. Jedynie poprawa sytuacji ekonomicznej państwa i podniesienie dobrobytu jego obywateli jest w stanie przy każdej formie opieki zdrowotnej – tak prywatnej, jak też publicznej – przyczynić się do znaczącej poprawy zakresu i poziomu świadczeń i odczuwalnych ułatwień/wygód w korzystaniu z nich.

Ta konstatacja skłania do wyrażenia poglądu, że pomoc dla krajów w krytycznej sytuacji socjalnej, z drastycznymi trudnościami w zapewnieniu opieki zdrowotnej i społecznej powinna być kierowana w równym stopniu na rozwój ekonomiczny, co i socjalny.

Bez mała cały świat odczuwa powszechnie, że zwiększające się potrzeby zdrowotne zderzają się z twardą rzeczywistością, jaką stanowią ograniczone zasoby. Potrzeby rosną na skutek działania dwóch czynników, z których jednym jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia, zaś drugim postęp medyczny. Postęp jako proces jest kosztowny, nawet jeżeli w niektórych jego elementach daje się zauważyć pewne ograniczanie kosztów. Przemianom demograficznym towarzyszącym wydłużeniu życia towarzyszy nieodmiennie narastanie chorób przewlekłych, specyficzne dla zaawansowanego wieku. Następstwem jest większe, a zatem i kosztowniejsze, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Poprawa jakości i warunków życia, a nawet tylko utrzymanie ich na osiągniętym poziomie, powoduje wysokie koszty społeczne. Wzrost wydatków na zabezpieczenie społeczne starszej i chorej części społeczeństwa nie powinien być przedmiotem utyskiwań, ponieważ jest to zjawisko naturalne i nieodwracalne. Takie stwierdzenie jest wyrażone w koncepcji polityki zdrowotnej Światowej Organizacji Zdrowia, zalecającej nie tylko opiekę wobec chorych, aby przywrócić ich do zdrowia, ale również poprawę poziomu ich życia. Jest oczywiste, że jednym z ważniejszych elementów takiego wieloczynnikowego postępowania jest odpowiednia do potrzeb, skuteczna opieka medyczna. Trzeba w tym miejscu ponownie podkreślić, że pożądana i oczekiwana nowoczesna medycyna praktyczna i teoretyczna, przynosząca korzyści społeczeństwu, nie jest możliwa bez zapewnienia koniecznych środków finansowych. Postęp ma zawsze swoją cenę.

Jest oczywiste, iż nie ma warunków po temu, aby pokryć wydatki dla każdego, w każdej sytuacji i w każdym czasie. Takimi możliwościami nie dysponuje żaden kraj.





Nigdzie nie udało się to w równej mierze dla całej populacji w odniesieniu do najnowszych technologii medycznych.

Nienadążanie za nowoczesnością nie powinno jednak prowadzić do dokuczliwego pogorszenia się zapotrzebowania społeczeństwa w wymagane świadczenia zdrowotne i zwolnienia polityków, organizacji i ludzi, dostarczających opieki, z poszukiwania rozwiązań łagodzących skutki powodowane niedoborem środków finansowych, brakami materialnymi i ludzkimi. Konieczność ograniczenia pewnych wymagań, zastępowania niektórych wysokorozwiniętych procedur medycznych prostszymi, alternatywnymi, mniej kosztownymi, powinna być również uświadomiona społeczeństwu, potencjalnym konsumentom.

Bez względu na rzeczywiste bariery ekonomiczne w państwie, opieka zdrowotna powinna w polityce społecznej być traktowana na równi z innymi ważnymi zadaniami socjalnymi, takimi jak np. gospodarka mieszkaniowa, rodzina, oświata itp. Wartość zdrowia należy rozpatrywać na tle innych wartości istotnych dzisiaj i w przyszłości dla narodu. Zdrowie ma bowiem, podobnie jak inne składowe programu socjalnego, również swą wagę polityczną. Ważne jest również w tym kontekście staranne wyważenie priorytetów społecznych i zdrowotnych oraz towarzyszące temu kierowanie środków na te kierunki.

Przy formułowaniu priorytetów konieczne jest zdecydowanie, które zadania na rzecz zdrowia społeczeństwa i w jakiej skali powinny być realizowane. Tylko w następstwie takich decyzji można odpowiedzialnie stawiać pytanie o wysokość i sposób finansowania.

Spółeczeństwo, ubiegające się o całościową opiekę zdrowotną, musi być zorientowane i systematycznie infor-

mowane, jak jest ona finansowana. W wielu rozwiniętych krajach problematyka zdrowia znajduje się na czele listy osobistych życzeń i oczekiwań większości obywateli. Politycy nie mogą tego ignorować lub pomniejszać – bez narażania się na niepowodzenia. W każdym przypadku powinno się jasno określić w polityce socjalnej, co z oczekiwań społeczeństwa może być zaspokojone oraz przez kogo, biorąc pod uwagę administrację państwową, samorządową, system ubezpieczeń (powszechny i dobrowolny) oraz to, co pozostaje w osobistej odpowiedzialności finansowej obywatela.

Pytanie o priorytety dotyka również problemów etycznych natury socjalnej i zawodowej. Powstaje ważne zagadnienie, kto ma decydować, ogólnie i w indywidualnych przypadkach, jakie świadczenia mogą, bądź nie mogą, być dostarczane. Politycy nie są w stanie uciec od tej odpowiedzialności. Kiedy w państwie ma miejsce krytyczne limitowanie zasobów, nie można wyłącznie na lekarzy czy szpitale przerzucać decyzji, który z pacjentów będzie mógł być np. poddany hemodializie, endoprotezowaniu czy operacji serca. Tej ważnej jednostkowo i społecznie sprawy nie rozwiązują listy oczekujących, pomimo że z konieczności używa się ich w wielu krajach. Wyłączenie z możliwości uzyskania świadczenia ważnego dla zdrowia jest decyzją polityczną i polityk nie może się od tego odżegnać.

*Marian Miśkiewicz*

Autor – dr n. medycznych, były minister zdrowia, dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie.



**Akademia Controllingu**



prowadzi kompleksowe usługi w dziedzinie  
controllingu

- seminaria ogólnodostępne i wewnątrzzakładowe
- działalność wydawniczą
- oprogramowanie komputerowe controllingu
- wdrażanie controllingu w przedsiębiorstwach

**Controlling to poszukiwanie i znajdowanie drogi do zysku!**

OŚRODEK DORADZTWA I TRENINGU KIEROWNICZEGO

80-286 Gdańsk, ul. Jaśkowa Dolina 78 tel.: 41-10-65, 41-02-22, 41-13-85 tlx: 0512346

*Mieczysław Pasowicz*

# Rola stowarzyszeń zawodowych w rozwoju zarządzania opieką zdrowotną w Polsce

Funkcjonowanie zawodowych stowarzyszeń kadr kierowniczych i menedżerskich szpitali w krajach o rozwiniętym systemie demokracji ma już blisko stuletnią tradycję.

W krajach Europy Środkowej stowarzyszenia tego typu pojawiły się ostatnio w okresie przemian ustrojowych i dynamicznie się rozwijają.

Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali powstało w Krakowie i uzyskało osobowość prawną w czerwcu 1993 roku.

Jest organizacją samorządową o zasięgu ogólnopolskim, zrzeszającą dyrektorów naczelnych szpitali i zakładów opieki zdrowotnej. Zajmuje się problematyką zarządzania w opiece zdrowotnej.

Jako organizacja pozarządowa utrzymuje się ze składek członkowskich, środków pozabudżetowych i darowizn.

Celem Stowarzyszenia jest m.in. wymiana doświadczeń zawodowych, budowanie prestiżu zawodowego i wspieranie dyrektorów szpitali w realizacji ich zadań statutowych. Stowarzyszenie realizuje swe zamierzenia poprzez organizowanie konferencji, spotkań i konsultowanie aktów prawnych oraz współpracę z podobnymi organizacjami w krajach europejskich.

Od września ubiegłego roku (1994) Stowarzyszenie jest aktywnym członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali (European Association of Hospital Managers) i poszukuje swojej drogi w integracji ze Stowarzyszeniami Europejskimi.

Jednym z głównych zadań Stowarzyszenia jest praca nad statusem dyrektora szpitala.

Tym zagadnieniom było poświęcone sympozjum, zorganizowane wspólnie ze Szkołą Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, które odbyło się w lutym 1994 r. w Krakowie pod patronatem Fundacji Polska – Francja.

Stowarzyszenie opowiada się za wprowadzaniem kontraktów menedżerskich dla dyrektorów zakła-

dów opieki zdrowotnej i większą samodzielnością szpitali oraz nadaniem im osobowości prawnej. Ocena kadry zarządzającej powinna być dokonywana przy zastosowaniu jednolitych kryteriów merytorycznych wypracowywanych przez zespół, w którego składzie powinni znaleźć się przedstawiciele Stowarzyszenia Dyrektorów.

Nowoczesne zarządzanie w systemie opieki zdrowotnej w Polsce wymaga intensywnej i ciągłej edukacji kadry kierowniczej na każdym poziomie – poczynając od dyrektorów, poprzez ordynatorów, a na kierownikach administracji kończąc. Wydaje się, że największe potrzeby w tym zakresie dotyczą kierownictwa oddziałów, przychodni, administracji i księgowości szpitalnej.

Pojawiające się liczne pytania z zakresu farmakoekonomii, oceny kosztów, wprowadzania nowych technologii medycznych, zarządzania informacją, wyceny procedur medycznych i wielu innych tematów pozostają nadal bez odpowiedzi.

Tę lukę stara się zapełnić Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali poprzez działania zmierzające do integracji środowiska menedżerów oraz tworzenie wspólnych programów edukacyjnych i rozwijanie projektów współpracy ze szpitalami europejskimi przy udziale Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Członkowie naszego Stowarzyszenia poprzez pracę w Radzie Programowej Szkoły i zajęcia ze studentami przekazują swe zawodowe doświadczenie.

Studenci Szkoły Zdrowia Publicznego w trakcie prowadzonych praktyk dyplomowych opracowują natomiast analizy, które są następnie wykorzystywane w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej przez dyrektorów-praktyków.

Autor – dr n. med. – jest Prezydentem Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, a także dyrektorem Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie.

Szkoła Zdrowia Publicznego jest międzynarodową szkołą podyplomową powołaną przez Senaty Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej przy wsparciu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w odpowiedzi na zapotrzebowanie na wysoko kwalifikowanych menedżerów szpitali i innych jednostek opieki zdrowotnej. Pierwsza grupa 42 studentów rozpoczęła naukę w październiku 1991 roku, co dało Szkole pozycję pierwszej i najstarszej tego typu szkoły w Europie postkomunistycznej. W 1993 roku, po włączeniu Akademii Medycznej do Uniwersytetu Jagiellońskiego, Szkoła zmieniła nazwę na:

# Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ stawia sobie następujące cele:

- nauczanie w zakresie zdrowia publicznego w Polsce;
- prowadzenie badań nt. zarządzania opieką zdrowotną, polityki zdrowotnej, ekonomiki zdrowia, medycznych systemów informacyjnych, epidemiologii klinicznej, edukacji i promocji zdrowia;
- współpraca z praktykami;
- służenie informacją i konsultacją władzom państwowym i lokalnym w kwestiach dotyczących zdrowia; oraz
- bycie ośrodkiem wymiany informacji i myśli związanych z najbardziej aktualnymi i nowoczesnymi aspektami opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie.

## Kształcenie

**S**zkoła Zdrowia Publicznego prowadzi różnorodne typy działalności edukacyjnej. Oprócz podyplomowych dwuletnich studiów dziennych (zapoczątkowanych w roku 1991), w marcu 1993 roku wszedł w życie program trzyletnich studiów zaocznych dla osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w jednostkach opieki zdrowotnej (obecnie ok. 150 osób). Jesienią 1992 roku, dzięki funduszom programu TEMPUS, rozpoczęło się jednoroczne szkolenie dla inspektorów nadzoru farmaceutycznego (30 inspektorów rocznie), zorganizowane przy współpracy z Narodową Szkołą Zdrowia Publicznego w Rennes, Francja. Szkolenie zostało powtórzone w roku następnym dla kolejnej grupy inspektorów. Szkoła współpracuje również z Hogeschool van Amsterdam oraz z Maastricht w zakresie promocji zdrowia (jednoroczne studia zaoczne w tym zakresie rozpoczęło w lutym 1995 roku). Corocznie prowadzi się 45-godzinne zajęcia dla studentów IV roku Wydziału Lekarskiego w za-

kresie zdrowia publicznego. W roku 1994 Szkoła zdobyła grant z programu TEMPUS, przeznaczony na rozbudowanie programów nauczania w zakresie zarządzania we współpracy z partnerami: francuskim, holenderskim, niemieckim i greckim. Szkoła prowadzi także na zamówienie kursy dla kadry menedżerskiej służby zdrowia na terenie całej Polski. Programy realizowane w Szkole Zdrowia Publicznego obejmują wykłady m.in. z następujących zagadnień (program jest kombinacją MBA i MPH – Master of Public Health):

- systemy opieki zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych,
- zarządzanie (wstęp, zarządzanie operacyjne i strategiczne),
- systemy informacyjne,
- mikro-, makroekonomia i ekonomika zdrowia,
- rachunkowość i rachunkowość zarządcza,
- finanse publiczne i zarządzanie finansami,
- zachowania w organizacji oraz zarządzanie zasobami ludzkimi,
- statystyka, demografia, epidemiologia,
- zagadnienia prawne,
- planowanie strategiczne,
- marketing,
- jakość w opiece zdrowotnej,
- ocena technologii medycznych,
- języki obce i laboratorium komputerowe.

Podczas drugiego roku studiów dziennych studenci opracowują, oparte na praktyce, projekty wybrane w porozumieniu z ich przełożonymi – opiekunami. Dwa miesiące są poświęcone na naukę stacjonarną w Szkole – seminaria i warsztaty dotyczące sektorów opieki zdrowotnej (np. opieki psychiatrycznej czy rehabilitacji). Doświadczenie zdobyte w ciągu drugiego roku studiów stanowi podstawę przygotowania pracy dyplomowej. W ciągu drugiego roku studiów studenci odbywają również staże w jednostkach opieki zdrowotnej.



## Badania naukowe

**S**zkola rozwija bogaty program badań naukowych we współpracy z pozostałymi jednostkami Uniwersytetu Jagiellońskiego i innymi szkołami wyższymi oraz praktykami w kraju i ośrodkach zagranicznych (proces COST Unii Europejskiej). Jako przykłady bieżących badań można wymienić następujące prace:

- metoda studium przypadku w nauczaniu menedżerów opieki zdrowotnej,
- opracowanie zakresu kompetencji lekarza rodzinnego,
- finansowanie lekarza rodzinnego w Polsce,
- promocja zdrowia ludzi w wieku podeszłym,
- pozycja prawna i kompetencje dyrektora szpitala,
- budowa i rozwój krajowej sieci informacyjnej w zdrowiu publicznym,
- szpitalny system informacyjny – kryteria i wymagania,
- ogólnopolski sieciowy system inspekcji farmaceutycznej PHARMNET,
- multimedialny system edukacyjny „dno oka w chorobach układułowych”,
- utworzenie ośrodka informacji o technikach i technologiach medycznych,
- słownik słów kluczowych z dziedziny zdrowia publicznego,
- opracowanie metodyki badań nad jakością świadczeń medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz na oddziałach intensywnej terapii,
- program MONICA-WHO, realizowany w województwie tarnobrzescskim.

Od momentu powstania Szkoły zorganizowano ponad 40 międzynarodowych i krajowych seminariów, w tym XVI konferencję Europejskiego Stowarzyszenia Szkół Zdrowia Publicznego (październik '94).

## Współpraca międzynarodowa

Szkola współpracuje z różnymi instytucjami i agencjami z wielu krajów, w tym:

- |                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Francja</b>    | - Ecole Nationale de la Santé Publique (Rennes)                                   |
|                   | - Université de Nancy, Faculté de Medecine  |
| <b>Grecja</b>     | - University of Athens School of Nursing, Athens School of Public Health          |
| <b>Holandia</b>   | - Hogeschool van Amsterdam  |
|                   | - Rotterdam Polytechnic Health Education Unit                                     |
|                   | - Maastricht University School of Public Health                                   |
| <b>Hiszpania</b>  | - Madrid School of Public Health  |
|                   | - Valencia School of Public Health  |
| <b>Litwa</b>      | - Department of Personnel and International Relations, Ministry of Health         |
| <b>Niemcy</b>     | - School of Public Health, University of Bielefeld                                |
| <b>Słowacja</b>   | - School of Public Health, Postgraduate Medical School (Bratysława)               |
| <b>Szwajcaria</b> | - Institute for Public Health   |
| <b>Szwecja</b>    | - Nordic School of Public Health  |
| <b>USA</b>        | - J. Hopkins University School of Hygiene and Public Health (Baltimore, Maryland) |
|                   | - University of North Carolina Chapel Hill School of Public Health                |
|                   | - University of Illinois School of Public Health (Chicago)                        |

- Albany Medical College (Albany, New York)
- The Medical University of South Carolina (Charleston, SC)
- The Agency for Care Policy and Research (Maryland)
- School of Public Health, University of Alabama at Birmingham
- University of South Florida
- London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Nuffield Institute (Leeds)
- King's Fund College (London).

## Wielka Brytania

Szkola jest również zaangażowana w różnorodne przedsięwzięcia wspierane przez U.S. Agency for International Development, Project Hope, Fundację Francja – Polska oraz Wspólnotę Europejską, m.in. przez TEMPUS.

Szkola bierze udział w pracach nad stworzeniem europejskiego programu Master of Public Health (tradycyjnie wywodzi się on z USA).

## Wykładowcy

**W**ykładowcy Szkoły Zdrowia Publicznego wywodzą się spośród pracowników Uniwersytetu Jagiellońskiego, Akademii Ekonomicznej, Akademii Górniczo-Hutniczej, Politechniki Krakowskiej. Obecnie większość kadry nauczycielskiej jest zatrudniona na pełnych etatach w Szkole. Szkola zaprasza również naukowców z innych ośrodków polskich oraz zagranicznych do prowadzenia wykładów oraz do wspólnych badań naukowych.

## Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego CM UJ

**F**undacja Szkoły Zdrowia Publicznego CM UJ została utworzona w celu finansowego wspierania działalności Szkoły. Wydawnictwo Fundacji, VESALIUS, wydaje wysokiej jakości książki, albumy i publikacje okolicznościowe dotyczące opieki zdrowotnej.

Od roku 1993 we Fundacji działa także sekcja komputerowa. Fundacja prowadzi także projekty związane z tłumaczeniem i wdrażaniem systemów kodowych ICD (międzynarodowa klasyfikacja diagnoz i procedur medycznych).

Szkola znajduje się na terenie szpitala klinicznego w centrum Krakowa. Zajmuje dwa piętra pięciokondygnacyjnego budynku. Pięć sal wykładowych i seminaryjnych, biblioteka, centrum informacji, pomieszczenia biurowe, a także bliskość dobrej jakości hotelu Collegium Medicum oraz studenckiej restauracji gwarantuje dobre warunki dla studiujących studentów.

Osoby pragnące uzyskać bardziej szczegółowe informacje zapraszamy do kontaktu z Dyrektorem oraz pracownikami Szkoły Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego – 31-521 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, tel. (12) 21-74-47.

**Andrzej Ryś**

Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

*Dariusz Teresiński*

# Trzecia szuflada

Jest rzeczą godną dogłębnych antropologicznych badań, dlaczego człowiek chętnie dzieli włos na troje. Trójca Św., trójpolówka, trójpodział władzy, trójkąt, trojka, trojak, trójniak i trzy po trzy – oto pierwsze z brzegu przykłady ludzkiej skłonności do „roztrajania” rzeczywistości. Czyżbyśmy zatem, jako istoty zasadniczo dwunożne, podświadomie doceniali wagę dodatkowego, paraarchimedesowego punktu podparcia?

Podziały dychotomiczne są właściwe logice i innym dziedzinom nauki – zero powinno być więc doskonale odróżnialne od jedynki, dobro od zła, kobieta od mężczyzny itd. W praktyce te i inne rozróżnienia nie są już tak oczywiste – i nigdy takie nie były. Po prostu dawniej nie można było tego precyzyjnie wykonać: dopiero w 1927 roku Heisenberg sformułował zasadę nieoznaczoności, zgodnie z którą pomiar wpływa na przedmiot pomiaru. Zasada nieoznaczoności w fizyce ma jednak ściśle zdefiniowany obszar zastosowania; wiadomo dokładnie, gdzie i jakie powoduje błędy. Socjologia, antropologia i etnografia – ani teoria zarządzania – nie dają takiej pewności. Klasyczny model interakcji, zgodnie z którym można badać ludzi i wpływać na nich, trwale ich nie modyfikując przy okazji, nie został jeszcze wyrzucony do kosza tylko dlatego, że próby uwzględnienia tej pomijanej samozurotności prowadzą do zagadnień skrajnie nieliniowych, podobnych stopniem zawiłkaniu do podróży w pętli czasu.

Niezależnie od technicznych (ale i filozoficznych) problemów z określeniem, co jest zerem, a co jedynką np. w elektronicznych układach cyfrowych, wymyślono logikę wielowartościową i zaczęto penetrować obszary związanej z nią algebry. Praktyczne kłopoty z oddzieleniem dobra od zła stworzyły moralność Kalego, dylemat Czerniakowa i szarą strefę w gospodarce. Natomiast panie (?) zajmujące się sportem wyczynowym, poddawane testom na zawartość pierwiastka damskiego, okazują się w wielu przypadkach nie spełniać normy bycia kobietą.

Wprowadzenie trzeciej kategorii, szuflady z napisem „Inne”, wydaje się więc ze wszech miar słuszne. Jest wszakże i przyczyna wewnętrzna, tkwiąca w samym człowieku, która każe serio zastanawiać się nad troistością natury. Od innych nosicieli kodu genetycznego różnimy się jako gatunek. Od przedstawicieli innych kultur odróżniają nas instytucje społeczne, zaś jako indywidua różnimy się potencjałem intelektualnym i zasobami informacyjnymi.

Jest rzeczą godną wszechstronnych badań – tym razem w dziedzinie jakiejś post-neo-antropologii porównawczej – stosunek, w jakim występują w człowieku te trzy składniki. Odpowiedź na pytanie, jak dalece człowiek jest biologiczny, jak bardzo kulturowy i do jakiego stopnia intelektualny, pozwoliłaby nam spojrzeć na siebie z dystansu. Żeby jednak nie

pogrążyć się w dywagacjach, mających wartość poznawczą teorii flogistonu, należy znaleźć wspólny mianownik dla biologii, kultury oraz intelektu. Wydaje się, że możliwe są tutaj dwa punkty widzenia.

Pierwszy, ewolucyjny, badałby wpływ każdego ze składników na zdolności adaptacyjne gatunku, poszczególnych społeczeństw i osobników. Narzędziem do opisu tego typu zależności mogłaby być zatem teoria użyteczności. Drugą płaszczyzną, na jakiej można sobie wyobrazić takie porównania, jest informacja. Przyjęcie takiej miary pozwala uwolnić się od zależności od środowiska, charakterystycznych dla wszelkich oszacowań sprawności. Należy bowiem pamiętać, że dla każdej strategii można dobrać takie środowisko, w którym będzie ona najlepsza, jak i takie, w którym będzie najgorsza – obiektywny pomiar dopasowania jako cechy osobniczej nie jest zatem możliwy, bo jest to parametr z natury swojej relatywny.

Nie należy się wszakże łudzić, że kiedy poznamy „wzór na człowieka” typu  $B_x K_y I_z$ , objawi nam się także odpowiedź na zasadnicze pytania, które od tysięcy lat zadają sobie filozofowie. Filozofa jest sztuką zadawania tych samych pytań w ramach coraz to innej mody czy też estetyki intelektualnej. Tymczasem nauka z dziecięcą prostodusznością znajduje coraz to nowe odpowiedzi, przyprawiając filozofów o coraz głębszą konfuzję.

Kiedy czyta się katalog eksperymentów genetycznych uznanych za niedopuszczalne przez Unię Europejską – włos podnosi się na głowie: zakazane (choć technicznie wykonalne) jest między innymi zagnieżdżanie w organizmie ludzkim embrionów zwierzęcych i vice versa, krzyżowanie ludzkiego i zwierzęcego materiału genetycznego itd. Zakładając optymistycznie, że zakazy te będą respektowane, trzeba jednak pamiętać o rezultatach – nie zakazanych dotychczas – badań ilorazu inteligencji, przeprowadzonych w USA. Wynika z nich czarno na białym, że biali mają średnio 102 IQ, podczas gdy czarni – 87<sup>\*</sup>). Oczywiście pytanie, które w związku z takimi wynikami badań zada każde dziecko, brzmi – jaki użytek zrobimy z tej wiedzy? Czy propagandowe kretylizmy produkowane przez zwyrodniałych „naukowców” w służbie kolejnych totalitarnych reżimów mają się okazać nie tak odległe od prawdy? Cóż jest prawdą?

Dziecko zada te pytania nie bez kozery – przecież właśnie dzieciom odmawia się praw wyborczych, a także utrudnia im się posiadanie dzieci. Na szczęście dzieciństwo – jakkolwiek uwarunkowane genetycznie – nie jest stanem trwałym.

<sup>\*</sup>) Richard Herrnstein, Charles Murray, *The Bell Curve*; omówienia: „Newsweek” 43, 24 X 1994, „Gazeta Wyborcza”, 5-6 XI 1994.

# Efekty i zagrożenia opracowania i zastosowania biznes-planu

Biznes-plan – to plan prowadzenia interesów firmy. Tak ogólne określenie *biznes-planu* oznacza, iż można wyodrębnić wiele jego rodzajów. Biorąc pod uwagę wyjściową sytuację, można mówić o *bp* firm istniejących, dotyczących planowanych przedsięwzięć rozwojowych firmy już ukształtowanej, oraz o *bp* firmy potencjalnej, tj. prezentującym biznes, który ma dopiero być uruchomiony. Z punktu widzenia horyzontu czasowego można wyodrębnić *bp* krótkookresowy, dotyczący 1 roku (lub kilku miesięcy) i przedstawiający sposoby wykorzystania istniejących możliwości firmy (*bp* krótkookresowy dotyczy istniejącej firmy; *bp* nowego biznesu powinien wybiegać poza horyzont jednego roku), oraz *bp* rozwoju firmy (czy biznesu potencjalnego) o horyzoncie czasowym wynoszącym na ogół 3-5 lat, który prezentuje przesłanki, kierunki i metody rozwoju oraz sposoby ich wdrożenia. Ważnym rozróżnieniem rodzajów *bp* jest cel, któremu służy; można ich wyodrębnić dwa, tj. cel (cele) wewnętrzny oraz cele zewnętrzne.

Wewnętrzna rola *bp* polega na usprawnieniu zarządzania rozwojem firmy. Adresatem *bp* jest w tym przypadku zarząd firmy, ale także średni szczebel zarządzania, który kieruje wdrożeniem, oraz załoga, która powinna rozumieć, jakimi metodami i do czego firma dąży. *Bp* sformułowany w celu usprawnienia zarządzania firmą określamy jako wewnętrzny; jest tajny, przedstawia bowiem strategię rozwoju firmy, co stanowi jedną z najbardziej strzeżonych jej tajemnic. Dlatego też średni szczebel zarządzania oraz załoga firmy informowani są tylko o niektórych założeniach tego planu.

Biznes-plan spełnia również określone cele zewnętrzne. Po pierwsze, jest podstawowym instrumentem, pozwalającym na zdobycie środków na realizację planu rozwoju bądź założenie nowej firmy. W tym przypadku jest on adresowany do banków i innych instytucji udzielających kredytów, a także dotacji (fundacje, agendy rządowe, władze lokalne), oraz do potencjalnych inwestorów. Po drugie, *bp* jest adresowany do odbiorców i dostawców firmy, aby wytworzyć u nich odpowiedni obraz naszej firmy i perspektyw jej rozwoju. Ponadto *bp* może być adresowany do różnego rodzaju organizacji społecznych, politycznych, władz centralnych i lokalnych oraz opinii publicznej, służąc tworzeniu odpowiedniego klimatu wokół firmy. W tym zakresie *bp* jest instrumentem marketingowym, prezentującym w odpowiednim świetle firmę i jej perspektywy klientom, dostawcom, władzom, ośrod-

kom opiniotwórczym, stanowi więc oręż w walce konkurencyjnej.

Biznes-plan wewnętrzny, służący bezpośrednio zarządzaniu rozwojem firmy, różni się istotnie od biznes-planu (planów?) tej firmy opracowanego na potrzeby zewnętrzne, tak co do zakresu, jak i co do treści. Wynika to z faktu, iż wewnętrzna oraz zewnętrzna rola *bp* są zupełnie inne. Najczęściej wersje *bp* na potrzeby zewnętrzne są bardziej optymistyczne aniżeli wersja wewnętrzna oraz mniej szczegółowe, nie ujawniające źródeł przewagi konkurencyjnej firmy.

Podstawowe rodzaje biznes-planu są zatem następujące: krótkookresowy oraz długookresowy, biznes-plan wewnętrzny oraz zewnętrzny. Biznes-plan krótkookresowy opracowywany jest dla istniejącego przedsiębiorstwa. Biznes-plan długookresowy może być tworzony zarówno dla nowego przedsiębiorstwa, jak i dla już istniejącego. Należy zauważyć, że długookresowy *bp* bardzo często zawiera, obok planów w dłuższym horyzoncie, również plan działań na pierwsze 12 miesięcy, a więc plan krótkookresowy. Biznes-plan wewnętrzny może być krótkookresowy lub długookresowy, zewnętrzny z reguły jest planem długookresowym. Największe znaczenie oraz największe zastosowanie mają dwa rodzaje biznes-planów, a mianowicie zewnętrzny długookresowy, przedstawiający plan założenia nowego przedsiębiorstwa, oraz długookresowy, przedstawiający strategię dalszego rozwoju już istniejącego przedsiębiorstwa. Ten drugi ma charakter planu wewnętrznego, ale i zewnętrznego; można go określić jako *bp* rozwoju firmy.

Treść, układ i proporcje biznes-planu rozwoju dla celów wewnętrznych wynikają z przyjętej koncepcji formułowania strategii rozwoju firmy, a także zależne są od sytuacji danego przedsiębiorstwa oraz jego otoczenia. Treść, układ i proporcje biznes-planu zewnętrznego, dotyczącego utworzenia nowego przedsiębiorstwa, wynikają z określonych standardowych wymagań banków i innych instytucji. W tym drugim przypadku standard biznes-planu składa się z następujących elementów (rozdziałów):

- uzasadnienie predyspozycji i kwalifikacji założyciela przedsiębiorstwa,
- opis biznesu,
- charakterystyka rynku,
- charakterystyka konkurencji,
- przewidywana sprzedaż, nakłady i wyniki finansowe,
- zapotrzebowanie na środki i plan wdrożenia.



Biznes-plan rozwoju przedsiębiorstwa jest produktem końcowym procesu zarządzania strategicznego. Jest dokumentem prezentującym, w określonej formie, wyniki analizy strategicznej, warianty strategii, ich ocenę, wybrany wariant i jego uzasadnienie oraz plan wdrożenia wybranego wariantu w życie. Można go określić jako zintegrowany plan wzrostu i rozwoju przedsiębiorstwa. Zintegrowany, gdyż prezentuje plan rozwoju całej firmy (odpowiada to zarządzaniu strategicznemu na poziomie *corporate*), plan działań zapewniających przewagę konkurencyjną, czyli strategię konkurencji (odpowiada to poziomowi *strategic business unit*) oraz działania w najważniejszych sferach funkcjonalnych, tj. plan marketingowy, finansowy, rozwoju kadr, produkcji oraz badań (odpowiada to poziomowi *functional level*). Ponadto integruje działania długookresowe oraz krótkookresowe, włączając do bp, jak wspomniano, plan szczegółowych działań na pierwszy rok.

W dalszym ciągu przedstawimy trzy wersje konstrukcji biznes-planu, które można uznać za typowe, a następnie dokonamy ich oceny.

Pierwsza przykładowa wersja biznes-planu, proponowana przez C. i P. Barrowów, składa się z następujących rozdziałów i podrozdziałów<sup>1)</sup>:

#### **Wprowadzenie**

##### ● **Zarządzanie**

- ▲ historia oraz obecna pozycja firmy,
- ▲ misja firmy,
- ▲ cele krótkookresowe i długookresowe,
- ▲ charakterystyka zarządu,
- ▲ forma prawna przedsiębiorstwa,
- ▲ charakterystyka konsultantów.

##### ● **Produkty lub usługi**

- ▲ opis produktów, ich zastosowania,
- ▲ zdolność wejścia na rynek,
- ▲ porównania z produktami konkurentów,
- ▲ usługi gwarancyjne i pogwarancyjne,
- ▲ prawa własności,
- ▲ potencjalne udoskonalenia produktu,
- ▲ źródła zaopatrzenia.

##### ● **Rynek oraz konkurencja:**

- ▲ charakterystyka nabywców,
- ▲ potrzeby nabywców,
- ▲ segmentacja rynku,
- ▲ kryteria postępowania nabywcy,
- ▲ rozmiary i wzrost popytu,
- ▲ prognozy popytu,
- ▲ konkurencja.

##### ● **Strategia przedsiębiorstwa:**

- ▲ polityka cenowa,
- ▲ plan promocji,
- ▲ wybór lokalizacji i lokalu,
- ▲ wybór kanałów dystrybucji,
- ▲ reakcja konkurentów,
- ▲ planowany udział w rynku,
- ▲ wpływ czynników ekonomicznych, politycznych, społecznych oraz prawnych na strategię.

##### ● **System sprzedaży:**

- ▲ obecne metody sprzedaży,
- ▲ proponowane metody sprzedaży,

- ▲ organizacja działu sprzedaży,

- ▲ sprzedaż „domowa”.

##### ● **Proces produkcyjny:**

- ▲ produkować czy kupować?
- ▲ proces wytwarzania,
- ▲ niezbędne budynki,
- ▲ wyposażenie oraz maszyny,
- ▲ ograniczenia produkcyjne oraz możliwości wzrostu produkcji,
- ▲ prace projektowe,
- ▲ systemy kontroli jakości,
- ▲ wymagania dotyczące kwalifikacji personelu,
- ▲ główne źródła zaopatrzenia w materiały i surowce.

##### ● **Prognozy oraz dane finansowe:**

- ▲ prognozy sprzedaży,
- ▲ stopa zwrotu nakładów,
- ▲ rachunek wyników,
- ▲ zestawienie przepływów pieniędzy,
- ▲ bilans,
- ▲ analiza punktu opłacalności,
- ▲ analiza wrażliwości.

##### ● **Potrzeby finansowe:**

- ▲ dotychczasowi udziałowcy,
- ▲ pożyczki do spłacenia,
- ▲ harmonogram zapotrzebowania na fundusze,
- ▲ wykorzystanie zysków,
- ▲ przewidywanie polityki bankowej,
- ▲ sposoby pozbywania się udziałów przez inwestorów.

##### ● **Kontrola działalności:**

- ▲ kontrola finansowa,
- ▲ kontrola sprzedaży i marketingu,
- ▲ kontrola produkcji.

##### **Załączniki:**

- ▲ życiorysy członków zarządu,
- ▲ informacje o konsultantach,
- ▲ dane techniczne oraz projekty techniczne,
- ▲ szczegóły patentowe, dane o prawach autorskich, ochronie wzoru użytkowego,
- ▲ dane dotyczące biegłych księgowych,
- ▲ dodatkowe dane na temat produktu oraz rynków.

Druga typowa wersja biznes-planu zawiera odpowiedzi na następujące pytania<sup>2)</sup>:

##### ● **Czy przedsiębiorca ma dostateczne kwalifikacje konieczne do zrealizowania zamierzonego przedsięwzięcia?**

##### ● **Jak wypadło rozpoznanie rynku?**

- ▲ jak duży jest rynek dla planowanego przedsiębiorstwa,
- ▲ kim są konsumenci, którym firma może sprzedawać swoje produkty,
- ▲ jak duża jest konkurencja na rynku.

##### ● **Jaką strategię marketingową wybierze firma?**

- ▲ jakie produkty ma oferować i dlaczego będą to właśnie te produkty,
- ▲ jaką strategię w dziedzinie cen przyjmuje firma i dlaczego,
- ▲ jak zorganizuje dystrybucję towarów,
- ▲ jak będzie się reklamować, i w jaki sposób dotrze

z reklamą do tych konsumentów, którym chce sprzedać swoje produkty.

● **Jakich pracowników będzie potrzebować przedsiębiorstwo?**

- ▲ ilu pracowników potrzeba,
- ▲ jakie muszą mieć kwalifikacje,
- ▲ czy tak wykwalifikowani pracownicy będą dostępni na rynku pracy.

● **Techniczny plan działania firmy:**

- ▲ jakie wyposażenie i kiedy będzie potrzebne do działania,
- ▲ kwestie prawne: czy potrzebne są jakieś zezwolenia do prowadzenia planowanej działalności,
- ▲ jaką formę ma przybrać przedsiębiorstwo,
- ▲ harmonogram uruchomienia działalności.

● **Jak wypadła analiza opłacalności przedsiębiorstwa?**

- ▲ jaki kapitał będzie potrzebny do działalności przedsiębiorstwa i skąd weźmiemy potrzebny kapitał,
- ▲ jak będzie wyglądać zestawienie zysków firmy w pierwszym roku działalności i w latach następnych,
- ▲ przy jakim poziomie obrotów przedsięwzięcie zaczyna przynosić zysk,
- ▲ jaki będzie bilans przedsiębiorstwa,
- ▲ jaki będzie dochód właściciela,
- ▲ czy firmie nie zabraknie gotówki w każdym z początkowych 12 miesięcy działalności oraz w późniejszym okresie.

Pierwsza wersja *bp* może mieć zastosowanie nie tylko dla nowego biznesu, ale i dla istniejącego przedsiębiorstwa, choć jej zakres dostosowany jest przede wszystkim do tego pierwszego. Wersja ta proponuje stosunkowo wąski zakres analizy konkurencji oraz obecnej pozycji firmy. Nie zawiera też pełnej analizy zasobów firmy: materialnych, finansowych, umiejętności, organizacji, wartości niematerialnych. Proponuje natomiast rozbudowaną analizę rynku: charakterystykę nabywców, potrzeby nabywców, segmentację rynku, kryteria postępowania nabywców, rozmiary i wzrost popytu, prognozy popytu. Rozbudowana jest także analiza proponowanego produktu. Opis strategii jest fragmentaryczny i obejmuje głównie plan działań marketingowych (polityka cen, plan promocji, wybór kanałów dystrybucji). Brak jest sformułowania strategii konkurencji oraz strategii wzrostu. Wystarczająco rozbudowana jest natomiast część prezentująca przewidywane skutki finansowe przedsięwzięcia oraz plan wdrożenia i kontroli przedsięwzięcia.

Proponowany w powyższej wersji *bp* zakres analizy oraz jej kolejność pozwalają na stwierdzenie, iż ta wersja odzwierciedla podejście określane jako *industry-oriented* oraz w zasadzie dotyczy nowego biznesu.

Druga wersja biznes-planu dotyczy tylko nowo uruchamianego biznesu. Nie zawiera więc analizy pozycji firmy i jej zasobów. Stosunkowo niewielki akcent położono w tej wersji na analizę konkurencji, co także w przypadku nowego przedsiębiorstwa ma decydujące znaczenie dla jego powodzenia. Strategia rozumiana jest w drugiej przykładowej wersji

*bp* jako strategia marketingowa, nie zaś jako strategia konkurencji i wzrostu, jest to więc opis strategii niepełny. Stosunkowo rozbudowany jest plan wdrożenia przedsięwzięcia w życie, zawierający plan zatrudnienia kadr oraz techniczny plan działania. Także dość rozbudowana jest część dotycząca przewidywanych skutków finansowych przedsięwzięcia.

W sumie druga przykładowa wersja biznes-planu może być oceniona jako mająca zastosowanie do nowych biznesów. Jej podstawowym celem jest zdobycie środków finansowych. Ta wersja opisuje gotowy już pomysł biznesu, zatem proces dochodzenia do tego biznesu nie jest w tym *bp* odzwierciedlony. Obie wersje nie sugerują tworzenia i oceny wielu wariantów działania.

Przedstawimy następnie trzecią przykładową wersję biznes-planu, która bardziej odpowiada idei planu rozwoju firmy i dotyczy głównie firm już istniejących. Wersja ta zawiera następujące rozdziały i podrozdziały<sup>3)</sup>:

● **Charakterystyka ogólna przedsiębiorstwa:**

- ▲ krótka historia firmy,
- ▲ status prawny, forma własności,
- ▲ misja, cele, zadania,
- ▲ struktura i zakres działalności,
- ▲ posiadane oraz planowane środki.

● **Analiza otoczenia:**

- ▲ obecne rynki,
- ▲ przewidywane zmiany otoczenia,
- ▲ zagrożenia i możliwości,
- ▲ ocena konkurencyjności firmy.

● **Analiza organizacyjna:**

- ▲ charakterystyka środków, którymi obecnie firma dysponuje,
- ▲ sytuacja finansowa firmy,
- ▲ mocne i słabe strony firmy,
- ▲ mocne i słabe strony konkurencji.

● **Strategia rozwoju firmy:**

- ▲ warianty wyboru i ich uzasadnienie,
- ▲ określenie wybranej strategii,
- ▲ cele krótko-, średnio- i długoterminowe,
- ▲ skutki finansowe przyjętej strategii.

● **Plan wdrożenia strategii**

- ▲ strategia wdrożenia,
- ▲ wybór środków,
- ▲ określenie harmonogramu działań,
- ▲ metody kontroli.

Przedstawiony powyżej schemat *bp*, w przeciwieństwie do dwóch poprzednich wersji, odpowiada sytuacji istniejącego przedsiębiorstwa i kreśli wizję jego rozwoju w dłuższym okresie. Dwie poprzednie wersje dotyczą nowego biznesu i koncentrują się na krótkookresowych działaniach firmy. Za niedociągnięcia trzeciej wersji można uznać niewielki proponowany zakres analizy konkurencji oraz wadliwie usystematyzowaną analizę. Można stwierdzić, iż ta wersja odzwierciedla schemat procesu zarządzania strategicznego, tj. obejmuje opis rezultatów analizy strategicznej wewnętrznej, analizy strategicznej zewnętrznej, opis wariantów strategii firmy, a w szczególności strategii wybranej, jak też jej skutki finansowe, a na końcu opis planu wdrożenia wybranej strategii w życie.



Zastosowanie biznes-planu w zarządzaniu przedsiębiorstwem przynosi bardzo istotne korzyści. Biznes-plan można uznać za jeden z podstawowych instrumentów zarządzania przedsiębiorstwem, niezależnie czy podstawowe decyzje podejmowane są w procesie sformalizowanym, czy też nie. Opracowanie określonego biznes-planu skłania zarząd przedsiębiorstwa do szerokiej, kompleksowej i systematycznej analizy zasobów firmy oraz otoczenia: skłania do określenia mocnych i słabych stron firmy oraz okazji i zagrożeń pojawiających się w otoczeniu, skłania do kompleksowej analizy rynku oraz analizy konkurentów, jak również polityki gospodarczej. Opracowanie biznes-planu wymusza tworzenie wielu wariantów rozwoju oraz określenie skutków ich realizacji. Ponadto, wymusza zastanowienie się nad środkami i metodami wdrożenia strategii rozwoju do praktyki, a w tym określenie zadań, które firma ma realizować w danych okresach. Opracowanie biznes-planu wzbogaca system informacji firmy: zostaje utworzony bank danych o rynku i konkurentach.

Biznes-plan może prezentować przedsięwzięcia powstałe w formalnym procesie bądź też w wyniku nieformalnych działań. W tym drugim przypadku pomysł biznesu powstaje poza planem, a biznes-plan jedynie opisuje, na czym ten biznes ma polegać, uzasadnia szanse jego powodzenia, określa skutki finansowe oraz zapotrzebowanie na środki niezbędne do jego uruchomienia. W tym przypadku biznes-plan jest opracowywany w celu przedłożenia w banku, aby zdobyć potrzebne środki. Jednakże odgrywa on również określoną rolę w procesie tworzenia pomysłu. Opracowanie biznes-planu zmusza do szerszej analizy i zastanowienia się nad wieloma powiązаныmi aspektami biznesu, pozwala zatem na weryfikowanie i udoskonalanie pomysłów. Należy dodać, iż brak biznes-planu w danym przedsiębiorstwie nie oznacza, iż nie stosuje ono żadnej strategii, choć w większości przypadków tak właśnie jest.

Opracowanie i realizacja biznes-planu mogą nieść określone zagrożenia. Po pierwsze, skłania on system zarządzania do formalnego planowania. Po drugie, zastosowanie danego schematu biznes-planu (na przykład w wersji pierwszej, drugiej lub trzeciej) oznaczać może, iż twórcy planu przyjęli nieświadomie narzuconą przez konstrukcję *bp* metodę formułowania strategii, podejście do analizy strategicznej, zakres i kolejność analizy, zakres oceny wariantów planu, zakres planu wdrożenia. Na przykład zastosowanie wersji pierwszej *bp* oznacza przyjęcie podejścia do analizy strategicznej, określanego jako *industry-oriented*, o czym świadczą proporcje i kolejność analizy zewnętrznej i wewnętrznej. Jak wiadomo, istnieją różne podejścia do opracowywania strategii rozwoju firmy. Można wyróżnić m.in. takie podejścia, jak *industry-oriented* oraz *resource-oriented*. Może się też zdarzyć, że biznes-plan jest fetyszyzowany, jest uznawany za panaceum na kłopoty firmy. Zarząd przedsiębiorstwa może wierzyć, iż wystarczy opracować biznes-plan (jakikolwiek), aby pozbyć się wszystkich trudności. Opracowany *bp* może być uznany przez zarząd, na mocy dokumentu, za w pełni uzasadniony, niezależnie od jego jakości.

Tak więc decydent, po pierwsze, świadomie musi określić, jakie postępowanie chce zastosować, a następnie, zgodnie z tym podejściem, przeprowadzona

będzie analiza strategiczna, sformułowana zostanie strategia, określone jej skutki oraz określony plan wdrożenia. Opis wyników analizy strategii, jej skutków, środków i metod wdrożenia stanowi właśnie biznes-plan przedsięwzięcia rozwojowego. Tak więc biznes-plan rozwoju jest wtórny do procesu zarządzania strategicznego, stanowi jego rezultat w postaci dokumentu o określonym układzie. Zatem dobry biznes-plan rozwoju można opracować tylko wtedy, jeżeli zostanie prawidłowo zrealizowany proces zarządzania strategicznego. Dobry biznes-plan rozwoju może być opracowany tylko przez zespół składający się ze specjalistów w zakresie zarządzania strategicznego, w dziedzinie marketingu, finansów, a także ekspertów z danej branży. Biznes-plan może być opracowany przez zespół pracowników danej firmy, ale najczęściej jest opracowywany przez zespół wyspecjalizowanej firmy konsultingowej, ewentualnie przez zespół pracowników z udziałem ekspertów z zewnątrz, czy z podzleceniami na niektóre analizy (np. analiza konkurencji, analiza rynku).

Wiele biznes-planów opracowanych dla polskich przedsiębiorstw ma istotne niedociągnięcia. Bardzo często analiza, na podstawie której określono strategię rozwoju, jest niepełna: nie zawiera dostatecznego rozeznania istniejącej konkurencji (bezpośredniej i pośredniej) oraz potencjalnej (bezpośredniej i pośredniej), nie zawiera dostatecznego rozeznania rynku (rozmiarów popytu, tendencji zmian, segmentów rynku, odbiorców), polityki gospodarczej oraz innych składników otoczenia. Często niedociągnięcia dotyczą analizy zasobów firmy: zasobów fizycznych, finansowych, umiejętności i zasobów niematerialnych. Innym istotnym niedociągnięciem opracowanych dla polskich firm biznes-planów jest ograniczony zbiór możliwych strategii. Na ogół brane są pod uwagę strategie zachowawcze, takie jak penetracja rynku, rozwój produktu, w pewnym zakresie rozwój rynku. Natomiast strategie przełomowe, dające duże możliwości rozwoju, właściwe dla otoczenia globalnego, takie m.in. jak dywersyfikacja, globalizacja, fuzje i wchłonięcia, alianse strategiczne, tworzenie struktur holdingowych, nie są brane pod uwagę. Niedociągnięciem także jest fragmentaryczne ujęcie strategii konkurencji oraz, z reguły, brak określenia kilku wariantów rozwoju. Wreszcie, ocena wariantu (wariantów) rozwoju nie jest pełna i koncentruje się zazwyczaj na rachunku efektywności przedsięwzięcia na podstawie głównych metod oceny projektów inwestycyjnych (okres zwrotu, prosta stopa zysku, wartość zaktualizowana netto, wewnętrzna stopa zwrotu, punkt opłacalności, ewentualnie analiza wrażliwości). Niska jakość tych planów wynika głównie z faktu, iż nie są one opracowywane przez kompetentne, odpowiednio dobrane, zorganizowane i umotywowane zespoły.

Zdzisław Pierścioneł

<sup>1)</sup> C. i P. BARROW, *Business Plan*, UP International, 1988, str. 275–278.

<sup>2)</sup> M. S. MULAK, *Jak opracować Business Plan*, Communications, Montreal – Warszawa 1988, str. 16, 17.

<sup>3)</sup> Por. E. FILAR, *Biznes Plan*, Poltext, Warszawa 1991, str. 43, 44.

Ewa Mroczek

# Alternatywne strategie działania dla małych i średnich przedsiębiorstw

**Wzrastająca niepewność otoczenia, którego nieodłącznym elementem jest ryzyko, wymaga od polskich przedsiębiorstw zmiany kierunku ich orientacji – od intuicji do racjonalnego zarządzania, a tym samym przyjęcia przez nie w swym działaniu podejścia strategicznego. Zwłaszcza małym i średnim firmom coraz trudniej jest zachować konkurencyjność na rynku i zapewnić sobie korzystne warunki egzystencji i rozwoju. Muszą więc one formułować strategie swego działania, aby osiągnąć zamierzone cele.**

W literaturze można spotkać wiele klasyfikacji strategii, u podstaw których leżą rozmaite kryteria, np. stosunek do konkurencji, rodzaj przewagi konkurencyjnej, stopień globalizacji działań, forma działalności przedsiębiorstwa, stopień koncentracji i rozproszenia geograficznego, itp.<sup>1)</sup>

M.E. Porter wyróżnia trzy zasadnicze strategie, prowadzące do uzyskania strategicznej przewagi nad konkurencją: strategię niskich kosztów, zróżnicowania i koncentracji<sup>2)</sup>. Implementacja tych strategii przez małe i średnie przedsiębiorstwa w Polsce wymaga jednak uwzględnienia ich wewnątrzstrukturalnych atutów i słabości oraz specyfiki polskiego rynku.

Budowa strategii każdego przedsiębiorstwa, również małego, powinna koncentrować się na obniżaniu kosztów i podwyższaniu jakości. Strategia niskich kosztów, umożliwiająca konkurowanie niską ceną, była szeroko stosowana przez wiele firm w latach 70. na skutek popularyzacji koncepcji krzywej doświadczeń. Koncepcja ta wskazuje na korzyści skali produkcji, wpływające na redukcję kosztów jednostkowych. Efekty krzywej doświadczeń najłatwiej można zauważyć w branżach lub grupach produktów o najszybszych procesach innowacyjnych.

Ograniczoność zasobów finansowych i ludzkich w przypadku małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce sprawia, że strategia minimalizacji kosztów i niskich cen nie wydaje się być dla nich właściwym sposobem konkurowania na rynku. Aby odnosić korzyści ze strategii niskich cen, trzeba być bowiem „pierwszym” na rynku. Zagrożenia, wynikające z bezpośredniej walki cenowej czy pojawienia się produktów substytucyjnych, które eliminują efekt doświadczenia *leadera*, są zbyt duże, aby mogły im sprostać małe firmy. Nie oznacza to jednak, że małe i średnie przedsiębiorstwa mają zaniechać przedsięwzięć zmierzających do obniżania kosztów swej działalności. Wydaje się, że zwłaszcza umiejętne wykorzystanie logistyki może pomóc małym i średnim firmom w Polsce zredukować koszty i zniwelować dystans technologiczny, jaki dzieli je od firm w rozwiniętych krajach zachodnich.

Chodzi tu głównie o to, aby dzięki zastosowaniu „bezinwestycyjnych” technologii ze sfery organizacji i zarządzania poprawić efektywność przepływu towarów do sklepów i ostatecznych odbiorców oraz usprawnić funkcjonowanie dystrybucji wewnątrz przedsiębiorstwa (magazynowanie, dopływ surowców, przygotowanie i realizacja zamówień, przygotowanie towarów do wysyłki i sprzedaży, organizacja przepływów towarów i informacji itp.). Konkretnym rozwiązaniem w tym zakresie jest tzw. *just-in-time-production*, czyli wprowadzenie zasad produkcji na ściśle określony czas i w ściśle określonej ilości. Zastosowanie tego rozwiązania w polskich warunkach pozwoliłoby małym i średnim firmom zmniejszyć ich zapasy, lepiej wykorzystywać powierzchnię magazynową i kapitał obrotowy, a w konsekwencji obniżyć koszty.

Innym sposobem redukcji kosztów przedsiębiorstwa, możliwym również w przypadku polskich firm, jest tzw. *outsourcing*. Obejmuje on działania zmierzające do przekazywania na zewnątrz realizacji różnych funkcji przedsiębiorstwa innym firmom współpracującym, co prowadzi do obniżenia jego kosztów. Przykłady przedsięwzięć typu *outsourcing* dotyczą różnych dziedzin działalności przedsiębiorstw. Niektóre z nich to:<sup>3)</sup>

- przekazanie doradcom ds. personalnych części funkcji w zakresie organizacji i zarządzania (np. określenie kwalifikacji nowych pracowników, organizacja szkoleń pracowników),
- zlecenie badań rynku specjalistycznym instytucjom,
- wykorzystanie systemu logistycznego *just-in-time*,
- *sub-contracting system* zorganizowanej sieci poddostawców, niewielkich firm wytwarzających elementy wyrobu finalnego.

Brak chęci korzystania z usług takich firm współpracujących, a także brak tradycji tego typu współpracy, to powód niskiego poziomu wykorzystania możliwości, jakie niesie ze sobą *outsourcing*. Prowadzi to do ograniczenia np. działalności eksportowej małych i średnich firm, będąc też przyczyną niepotrzebnej rozbudowy struktur wewnętrznych w przedsiębiorstwach.



Obok niewątpliwych zalet *outsourcingu* należy również wskazać na liczne zagrożenia związane z tym przedsięwzięciem. Należą do nich między innymi: zależność od innych przedsiębiorstw, mniejsze możliwości elastycznego kierowania funkcjami przekazywanymi na zewnątrz, gorsza jakość realizacji funkcji, zmiany cen usług zewnętrznych, różne ukryte koszty, zmniejszenie motywacji własnych pracowników.

W związku z tym szansa zbudowania dostatecznie trwałej przewagi konkurencyjnej dla małych i średnich firm w Polsce leży nie tyle w ich koncentracji na walce kosztami i cenami, co w wysokiej jakości ich wyrobów i usług.

Głównym źródłem kłopotów ze sprzedażą, z jakimi boryka się wiele polskich firm, są nie tylko rosnące wymagania konsumentów, związane z niezawodnością i wielofunkcyjnością wyrobów oraz pojawienie się nowych konkurentów na rynku (głównie zagranicznych), połączone z intensywną reklamą, lecz przede wszystkim ciągle jeszcze niska jakość oferowanych produktów. Produkt wytwarzany przez małą firmę nie musi być wcale gorszy od wyrobu konkurenta, ale jeśli nie jest on od niego znacznie lepszy, to nabywca nie będzie do końca przekonany o jego jakości. Jednocześnie agresywne opanowanie rynku przez konkurentów i wzmocniona promocja powodują przestawienie się nabywców na inne wyroby. Ponieważ wysokie koszty uniemożliwiają elastyczne reagowanie ceną, jedyną właściwą strategią jest skoncentrowanie się na poprawie jakości oferowanych produktów i usług<sup>4)</sup>.

Tworząc strategiczną przewagę w obszarze jakości produktu, należy spośród jego wielu cech, takich jak: cechy użytkowe, wygląd, sposób opakowania, sposób obsługi, niezawodność, oryginalność, elitarność, marka produktu itd., wybrać jedną lub kilka, tworząc „koszyk” jakościowy danego wyrobu, będący jego *signum specificum* na rynku. Warto też podkreślić, że jakość musi być rozpatrywana w kategoriach nabywców, a nie menedżerów i technologów firmy. Nabywca bowiem decyduje o tym, czy i w jaki sposób kupowany przez niego produkt zaspokaja jego potrzebę snobizmu, poczucia luksusu, komfortu i bezpieczeństwa, piękna itd., będącą wyznacznikiem ponadprzeciętnej jakości. Za tę ponadprzeciętność „... jest gotów zapłacić więcej niż za porównywalne wyroby innych producentów.”<sup>5)</sup>

Polscy menedżerowie małych i średnich przedsiębiorstw wydają się mieć pełną świadomość znaczenia wysokiej jakości wyrobów i usług w walce konkurencyjnej, jakkolwiek obok konkurowania jakością, cena odgrywa ich zdaniem równie ważną rolę. Niestety, problem realizacji idei poprawy jakości napotyka w praktyce polskich firm na poważne bariery, zwłaszcza barierę kapitałową. Jednym z możliwych rozwiązań tej kwestii jest np. tworzenie przedsięwzięć typu *joint-ventures*, umożliwiających przepływ nowych technologii, czy wspólna działalność badawczo-rozwojowa w ramach tzw. inkubatorów przedsiębiorczości.

W świetle przedstawionych argumentów w zakresie strategii niskich cen i konkurencji jakościowej wydaje się oczywiste, że droga do sukcesu dla małych i średnich firm w Polsce leży w wysokiej jakości oferowanych produktów i usług, w umacnianiu dotychczasowych mocnych stron

przedsiębiorstwa i tworzeniu nowych obszarów przewagi, bazujących na coraz lepszej jakości wyrobów. Tezę tę potwierdzają również badania I. Bambergera oraz C. Y. Woo i A. C. Coopera, wskazujące na jakość produktów jako na najważniejszy wyznacznik sukcesu małych firm<sup>6)</sup>.

Kolejną alternatywą strategiczną dla sektora *small businessu* w Polsce może być **strategia dyferencjacji**, u podstaw której leży takie zróżnicowanie produktu, które przesądza o jego wyjątkowości i oryginalności. Zróżnicowanie to może dotyczyć różnych elementów marketingu: przede wszystkim samego produktu, sposobu świadczenia usług towarzyszących, *image*, sposobu obsługi nabywców, sprawności sieci dystrybucji itd.

Wymóg dużej elastyczności i zdolności dostosowywania się do warunków rynku przy stosowaniu tej strategii wydaje się w pełni odpowiadać charakterowi zwłaszcza małych i średnich przedsiębiorstw, które z natury cechuje elastyczność działania i szybkość reakcji na zmiany zachodzące na rynku. Wybierając tę strategię, polskie przedsiębiorstwa powinny dostosować swoje działania do cech określonych segmentów rynku i dążyć do ukształtowania wśród nabywców lojalności wobec marki towarowej przedsiębiorstwa. Stosowanie strategii dyferencjacji, obejmującej zwłaszcza jednocześnie zróżnicowanie wielu elementów i aspektów działania firmy, może doprowadzić do osiągnięcia przez małe przedsiębiorstwo pozycji quasi-monopolistycznej na rynku polskim lub w określonych segmentach ze wszystkimi pozytywnymi tego konsekwencjami. Konstrukcja takiej strategii unikalności firmy, opartej na dyferencjacji kilku elementów, nie jest wcale łatwa; zwiększa jednak szansę na sukces, gdyż najtrudniej jest powielić przewagę zbudowaną jednocześnie w wielu obszarach. Realizacja strategii dyferencjacji wymaga jednak spełnienia różnych warunków. Do najważniejszych należą:<sup>7)</sup>

- wysoka efektywność działań marketingowych,
- wysoka jakość produktu,
- korzystne wyobrażenie o produkcie i jego wytwórcy lub sprzedawcy (*image*) wśród nabywców,
- innowacyjność przedsiębiorstwa,
- systematyczne prowadzenie analizy własnych działań oraz obserwacja sytuacji na rynku, zwłaszcza zachowania się konkurencji.

Biorąc pod uwagę fakt, że firmy polskie sektora *small businessu* cechuje na ogół bardzo słaba efektywność marketingu, brak skutecznego systemu informacji rynkowej i pozytywnego *image'u*, a wytwarzane produkty nie odznaczają się najwyższą jakością, wydawać by się mogło, że strategia dyferencjacji traci prawo bytu w polskich warunkach; jednakże w długim horyzoncie czasowym może ona być z pewnością alternatywnym rozwiązaniem dla małych i średnich firm w stosunku do strategii niskich cen i kosztów. W miarę bogacenia się polskiego społeczeństwa, ewolucji stylów życia i systemów wartości oraz stopniowej realizacji marketingowej koncepcji zarządzania przez polskie przedsiębiorstwa, o przewadze konkurencyjnej małych i średnich firm będzie decydowała unikalność i oryginalność ich produktów/usług, a nie tylko niska cena.

Wybierając tę strategię działania, polskie firmy muszą mieć jednak świadomość określonych rodzajów ryzyka związanych z jej realizacją. Należy tu wymienić:<sup>8)</sup>

- możliwość imitacji ze strony firm konkurencyjnych,
- możliwość zmniejszenia się znaczenia czynnika różnicowania produktu, np. na skutek zmiany preferencji odbiorców,
- powstanie zbyt dużej różnicy kosztów działania w stosunku do konkurentów i w konsekwencji dużej różnicy cen, co może osłabić lojalność nabywców wobec marki i spowodować przerzucenie się części odbiorców na tańsze produkty.

Kolejną strategią konkurowania na rynku, właściwą dla małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce, jest strategia koncentracji na zaspokajaniu popytu określonego kręgu nabywców poprzez świadomy wybór specjalnej kombinacji w układzie produkt–nabywca–rynek, czyli koncentracji na wybranym segmencie rynku, po uprzednim ustaleniu nisz rynkowych (strategia segmentacji). W budowie niszy rynkowej główne znaczenie ma aspekt jakości oferowanych wyrobów lub usług oraz sposób dystrybucji i obsługi nabywców.

Strategia segmentacji rynku i silna koncentracja na wybranym segmencie jest mniej kosztowna niż działanie zgodnie z założeniami strategii dyferencjacji. Dlatego też jest ona szansą, zwłaszcza dla małych i średnich przedsiębiorstw w polskich warunkach, dysponujących z reguły ograniczonymi zasobami finansowymi i gorszą pozycją konkurencyjną.

Znalezienie na rynku luk, w których nie ma wielu konkurentów, i ograniczenie przez to skali działania, pozwala na lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów i daje większą szansę na odniesienie sukcesu. Koncentracja działalności przedsiębiorstwa na wybranych segmentach wymaga jednak od niego przeprowadzenia szczegółowych badań marketingowych w celu identyfikacji korzystnych dla niego grup odbiorców (segmentów) oraz określenia odpowiedniej kombinacji decyzji marketingowych (*marketingu-mix*). Nie jest to zadanie łatwe, zwłaszcza dla polskich firm *small businessu*. System informacji marketingowej w tych przedsiębiorstwach pozostawia bowiem jeszcze wiele do życzenia. Intuicja i improwizacja nie przyniosą tu oczekiwanych rezultatów. Jedynie rzetelna i wielostronna informacja o rynku pozwoli zmniejszyć ryzyko działalności firmy i zamienić intuicję w zdarzenia o wysokim prawdopodobieństwie. Niestety, problem ten ciągle jeszcze nie jest należycie oceniany przez polskich przedsiębiorców. Co prawda, według badań autorki, aż 60% respondentów deklaruje prowadzenie własnych badań rynku, sprowadzają się one jednak najczęściej do bezpośrednich kontaktów z klientami i w związku z tym nie mogą być utożsamiane z fachowymi metodami i technikami badań marketingowych.

Pewnym rozwiązaniem, prowadzącym do zmniejszenia luki informacyjnej o potrzebach rynku w polskich warunkach, wydaje się być możliwość skorzystania w tym zakresie z pośrednictwa izb handlowo-przemysłowych czy regionalnych izb biznesu. Ich zadaniem byłoby stworzenie i doskonalenie systemu gromadzenia informacji oraz dokonywanie wstępnej analizy i oceny przynajmniej podstawowych danych. Nie bez znaczenia jest tu również doskonalenie własnych umiejętności poszukiwania i posługiwania się dostępnymi źródłami informacji wśród

wszystkich pracowników firmy. Często bowiem zwykła niewiedza o tym, gdzie szukać potrzebnych danych i jak je odpowiednio wykorzystać sprawia, że system informacji marketingowej w polskich przedsiębiorstwach *small businessu* po prostu nie funkcjonuje. Nic więc dziwnego, że do najczęściej stosowanych przez polskie firmy kryteriów segmentacji rynku należą: kryterium geograficzne i, znacznie rzadziej, ekonomiczno-społeczne. Natomiast tworzenie segmentów na podstawie czynników psychologicznych, których rozpoznanie wymaga intensywnych badań rynkowych, można spotkać tylko w sporadycznych przypadkach.

Polskie przedsiębiorstwa małego biznesu powinny w przyszłości zmierzać w kierunku identyfikacji segmentów o charakterze jakościowym, wykorzystując przy tym np. typologię stylów życia polskich konsumentów. Wymaga to naturalnie wzmocnionych badań marketingowych, a przede wszystkim usunięcia braków polskich menedżerów w zakresie wiedzy z dziedziny szeroko rozumianego biznesu oraz przyjęcia przez nich marketingowej koncepcji zarządzania firmą jako podstawy swej działalności gospodarczej.

Fachowo przeprowadzona segmentacja rynku i wynikające z niej operowanie w niszach rynkowych pozwolą polskiemu *small businessowi*:

- skoncentrować swoje wysiłki (w tym również wysiłki w zakresie stosowanej koncepcji marketingowej) na wybranych rynkach (segmentach) działania,
- uzyskać przewagę konkurencyjną przy wykorzystaniu ograniczonych środków finansowych i innych zasobów firmy, pod warunkiem, że zostaną one wykorzystane w odpowiedni sposób,
- dokładnie rozpoznać rynki cząstkowe i potrzeby konsumentów, co pozwoli na intensywne rozpracowanie problemów odbiorców i opracowanie adekwatnych rozwiązań,
- osiągnąć lepszy stosunek kosztów do korzyści przy zastosowaniu instrumentów marketingowych,
- stosować argumentację opartą na znajomości potrzeb klientów,
- prowadzić przekonującą reklamę i podejmować bardziej racjonalne decyzje w zakresie wyboru środków i kanałów reklamy.

Biorąc pod uwagę brak wystarczających zasobów personalnych, spełniających określone wymagania, oraz ograniczoność środków finansowych polskich przedsiębiorstw *small businessu*, jak również niewielką siłę przetargową na rynku tych firm, a tym samym rosnące ryzyko ich działalności, wydaje się oczywiste, że te przedsiębiorstwa w Polsce powinny koncentrować się na relatywnie jasno określonych wąskich segmentach. W nawiązaniu do matrycy strategicznych przedsięwzięć według H. J. Ansofa oznacza to jednoznaczną preferencję dla strategii penetracji rynku (intensyfikacja sprzedaży dotychczasowych produktów na tym samym rynku) w stosunku do strategii rozwoju rynku (wprowadzenie tego samego produktu na nowe rynki) czy rozwoju produktu (wprowadzenie nowego produktu na dotychczasowym rynku). Najbardziej zaś ryzykowną alternatywą dla małej firmy jest wybór strategii dywersyfikacji (wprowadzenie nowych produktów na nowe rynki). Badania G. Robsona, C. Gal-

laghera i M. Daly wykazały bowiem, że strategia ta może być skutecznie stosowana tylko przez te małe przedsiębiorstwa, które osiągnęły już mocną pozycję na rynku w swej podstawowej działalności. W przeciwnym wypadku dywersyfikacja okaże się dosyć kosztownym eksperymentem<sup>9)</sup>.

Alternatywną strategią działania na rynku dla polskich małych i średnich przedsiębiorstw, których atuty nie są na tyle silne, aby umożliwiły im samodzielne osiągnięcie sukcesu, jest również **strategia kooperacji**. Wybór tej strategii przez małe i średnie przedsiębiorstwa w Polsce stwarza im możliwość przynajmniej częściowego wyeliminowania barier efektywnego działania na rynku, jakimi są zwłaszcza ograniczoność zasobów ludzkich i finansowych przedsiębiorstw *small businessu* oraz wysokie koszty działań marketingowych.

Powiązania kooperacyjne w polskich warunkach mogą obejmować związki między konkurentami lub firmami nie konkurującymi ze sobą. W tym drugim przypadku mamy do czynienia z tzw. symbiozą marketingową, którą można spotkać głównie w przedsiębiorstwach wytwarzających i sprzedających produkty komplementarne. Tego rodzaju kooperacja może dotyczyć również podobnych dóbr, przeznaczonych jednak na różne rynki lub dla różnych segmentów rynku.

Ostatnio coraz częściej stosowanym sposobem powiązań kooperacyjnych jest tworzenie sieci wspólnych przedsięwzięć z potencjalnymi konkurentami, czyli budowa tzw. strategicznych aliansów. Porozumienia te mogą mieć charakter wspólnych przedsięwzięć kapitałowych, licencyjnych, wymiany informacji rozwojowych, produkcyjnych czy marketingowych, itd. Ich celem jest ograniczenie konkurencji w wybranych dziedzinach i rozłożenie ryzyka oraz zaangażowanego kapitału<sup>10)</sup>. Wydaje się, że jest to właściwe rozwiązanie, zwłaszcza w odniesieniu do polskich firm małego biznesu, które borykając się na co dzień z brakiem kapitału, problemem przestarzałych technologii czy niedostatkami wiedzy marketingowej, mogłyby dzięki kooperacji z innymi jednostkami gospodarczymi, zwłaszcza z przedsiębiorstwami zagranicznymi, zmniejszyć dzielący je dystans i wykorzystując efekty synergii, zwiększyć szansę swego przetrwania i rozwoju. Doświadczenia niemieckie dowodzą, że ważną rolę pośrednika między poszczególnymi przedsiębiorstwami sektora małego biznesu w przedsięwzięciach kooperacyjnych odgrywa ją izby handlowo-przemysłowe. Ideę tę można byłoby przenieść również na grunt polski, zwłaszcza iż jednym z głównych celów funkcjonowania tych instytucji jest działanie zmierzające do stworzenia warunków dla takiej kooperacji, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb małych i średnich przedsiębiorstw w tym zakresie.

Rozważając możliwości i celowość stosowania przedstawionych strategii działania przez małe i średnie przedsiębiorstwa, często zaleca się im wybiórcze kopiowanie rozwiązań liderów na swoich lokalnych rynkach. Analiza uwarunkowań sukcesów i porażek lidera ich rynku mogłaby ułatwić tym przedsiębiorstwom budowanie własnej strategii, zmniejszającej dzielący je dystans, czy też pozwolić dokonać wyboru właściwego wzorca zachowania konkurencyjnego, np. takiego jak budowanie niszy rynko-

wej lokalnych nabywców, połączone z tworzeniem różnorodnych barier wejścia na swój rynek, czy też unikanie konkurencji przez podział rynku lub kooperację. Takie rozwiązanie proponuje np. K. Obłój<sup>11)</sup>. Odmienne stanowisko w tej kwestii zajmuje natomiast P. Schulz, stwierdzając, że naśladowanie osiągnięć innych firm zamiast tworzenia własnych innowacji wydaje się być wątpliwą strategią dla przedsiębiorstw *small businessu*<sup>12)</sup>.

Biorąc pod uwagę realia polskiej gospodarki oraz stan zasobów (materialnych i niematerialnych) sektora małego i średniego biznesu w Polsce, należałoby opowiedzieć się za propozycją K. Obłója. Trzeba jednak pamiętać, że nie naśladownictwo, nawet wybiórcze, lecz oryginalność i niekonwencjonalność rozwiązań decydują najczęściej o sukcesie rynkowym. Dlatego, mimo ograniczonych środków, polski *small business* powinien oprzeć budowę strategii swego działania na kreatywnym szukaniu nowych rozwiązań, a nie na imitacji.

W świetle przedstawionych rozważań należy stwierdzić, że zapewnienie sobie długofalowej przewagi konkurencyjnej przez polskie przedsiębiorstwa *small businessu* wymaga dokonania przez nie świadomej segmentacji rynku i wyboru segmentów o nowych możliwościach rozwoju w oparciu o szczegółowe rozpoznanie rynku. Podjęcie działalności w atrakcyjnej niszy rynkowej (koncentracja na określonym segmencie rynku) wymaga z kolei poznania, a nawet wykreowania, nowych potrzeb odbiorców. Tylko wtedy, gdy oferowane przez przedsiębiorstwo wyroby będą inne, inaczej – nowocześniejsze – sprzedawane i dostarczane, ma ono szansę na sukces. Ważną rolę odgrywa przy tym wysoka jakość produktów i usług oraz sprawny system obsługi klientów. Główną podstawą rozwoju polskiego *small businessu* i umocnienia jego pozycji konkurencyjnej na rynku powinna być więc orientacja firm na najwyższą jakość. Oznacza to, iż cecha ta musi stać się jednym z podstawowych atrybutów tworzonej strategii, co pozwoli małym i średnim przedsiębiorstwom w Polsce nie tylko przetrwać na rynku, lecz również umożliwi im dalszą ekspansję.

Ewa Mroczek

#### PRZYPISY

- <sup>1)</sup> Por. np. A. SZNAJDER, *Strategie marketingowe na rynku międzynarodowym*, Warszawa 1992, s. 69 i następne.
- <sup>2)</sup> Por. M.E. PORTER, *Strategia konkurencji*, Warszawa 1994, s. 60 i następne.
- <sup>3)</sup> Por. A. SZNAJDER, op. cit., s. 110–111 oraz A. BAUER, D. GEYER, *Lean Marketing*, Landsberg am Lech 1993, s. 167–175.
- <sup>4)</sup> Por. K. OBŁÓJ, *Strategia sukcesu firmy*, Warszawa 1994, s. 150.
- <sup>5)</sup> Ibidem, s. 39.
- <sup>6)</sup> Por. I. BAMBERGER, *Portfolio Analysis for the Small Firm*, „Long Range Planning”, Vol. 15, nr 6/1982, s. 49–57 oraz C. Y. WOO, A. C. COOPER, *The Surprising Case for Low Market Share*, „Harvard Business Review”, November–December 1982, s. 106–113.
- <sup>7)</sup> Por. T. LEVIT, *Marketing-Erfolg durch Differenzierung*, „Harvard Manager” 1982, nr 3, s. 79–86.
- <sup>8)</sup> Por. M. E. PORTER, op. cit., s. 61.
- <sup>9)</sup> Por. G. ROBSON, C. GALLAGHER, M. DALY, *Diversification Strategy and Practice in Small Firms*, „International Small Business Journal”, Vol. 11, nr 2/1993, s. 37–53.
- <sup>10)</sup> Por. J. E. FORREST, *Strategic Alliances and the Small Technology-Based Firm*, „Journal of Small Business Management”, Vol. 28, Nr 3/1990, s. 37–45.
- <sup>11)</sup> Por. K. OBŁÓJ, op. cit., s. 72.
- <sup>12)</sup> Por. P. SCHULZ, *Die Portfolio-Analyse als Instrument der Strategischen Planung in industriellen Klein- und Mittelbetrieben*, Möglichkeiten, Probleme und Lösungsansätze, Frankfurt/Main 1988, s. 218.



*Andrzej Zawisza*

# Neuronowy model do prognozowania ceny nowego produktu

Przedsiębiorstwo, rozważające możliwość wprowadzenia nowego produktu/usługi na rynek, we wstępnej fazie analiz opłacalności przedsięwzięcia musi oszacować m.in. cenę rynkową potencjalnego produktu, za jaką będzie on oferowany klientom i przez nich akceptowany, a następnie powinno odnieść ją do przewidywanych kosztów produkcji, dystrybucji i oczekiwanych zysków. Jeżeli planowany produkt nie jest zupełną nowością na rynku, jego cena powinna być kształtowana nie tylko przez wartość funkcjonalną proponowanych rozwiązań, ale i przez pozycję przedsiębiorstwa na rynku oraz ceny stosowane przez przedsiębiorstwa konkurencyjne, oferujące podobne produkty/usługi.

Narzędziem ułatwiającym rozwiązanie tego problemu może być model cenowy produktu/usługi, który w swym działaniu będzie uwzględniał zarówno cechy użytkowe, jak i czynniki związane z konkurencyjnym otoczeniem. Są to informacje trudne do sparametryzowania i przedstawienia w formie analitycznego opisu przy zastosowaniu klasycznych metod modelowania, w myśl których do istniejących danych, metodą prób i błędów, dobiera się formułę najlepiej opisującą rzeczywistość w ramach przyjętych ograniczeń. O jakości wypracowanego w ten sposób modelu decyduje m.in. wiedza badacza (znajomość narzędzi analitycznych, służących budowie i ocenie funkcjonowania modelu), jego doświadczenie i intuicja. W związku z tym, modele budowane klasycznie nie opisują rzeczywistych zależności między parametrami, a odpowiadają jedynie przyjętym *a priori* wyobrażeniom o ich charakterze.

Alternatywnym rozwiązaniem, ściśle związanym z postępem prac nad problemami sztucznej inteligencji, może być użycie sieci neuronowej, której struktura i właściwości są formowane automatycznie na podstawie rzeczywistych danych wejściowych i wyjściowych. Oznacza to, że realizowana przez sieć neuronową formuła wiążąca parametry wejściowe i wyjściowe jest tworzona bez potrzeby ustalania wstępnych założeń, dotyczących występujących zależności. Zadaniem budującego model jest jedynie przygotowanie zestawu danych w formie zbiorów **D** i **X**, gdzie każdy z elementów należących do **D** i **X** jest odpowiednio wielowymiarowym wektorem **d<sub>i</sub>** żądanej odpowiedzi modelu na dane wejściowe **x<sub>i</sub>**. W interakcyjnym procesie „uczenia się” współczynniki wewnętrzne sieci zostają dopasowane w ten sposób, aby dla każdego *i* zminimalizować

rozbieżność między odpowiedzią sieci **y<sub>i</sub>** przy wymuszeniu **x<sub>i</sub>**, a oczekiwaną, idealną odpowiedzią **d<sub>i</sub>**.

Podstawowym elementem składowym sieci jest neuron, który realizuje pojedynczą funkcję:

$$y = f\left(\sum_{j=1}^n w_j x_j\right)$$

gdzie **n** jest liczbą sygnałów wejściowych **x**, a współczynniki wagowe **w<sub>j</sub>** pozwalają regulować ich wpływ na odpowiedź neuronu. Kombinacje wartości współczynników wagowych mają decydujące znaczenie dla właściwości neuronu i całej sieci. Najczęściej stosowane w praktyce funkcje **f** to funkcja skokowa, liniowa i sigmoidalna:

$$(f(x) = (1 - e^{-x}) / (1 + e^{-x}))$$

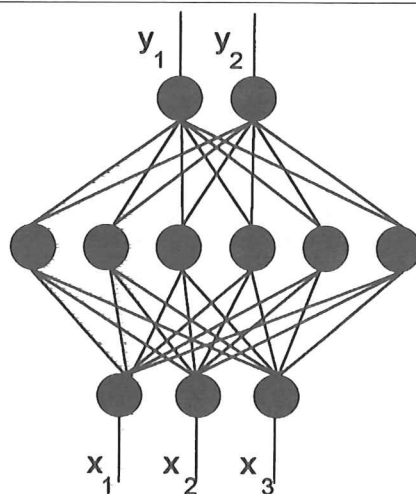
Sieć neuronowa jest zestawem neuronów odbierających sygnały z zewnątrz (z wejścia) lub z wyjść innych neuronów i przekazujących swoją odpowiedź do otoczenia (na wyjście) lub innym neuronom. Każdemu z połączeń w sieci odpowiada indywidualny współczynnik wagowy **w**. Przykładowa struktura sieci została przedstawiona na rys. 1. W ogólnym przypadku nie ma ograniczeń na liczbę neuronów wejściowych, wyjściowych, liczbę poziomów pośrednich i liczbę neuronów w każdym z nich.

Sieć neuronowa, jako całość, realizuje skomplikowaną funkcję analityczną, wynikającą z istnienia dużej liczby neuronów, połączeń między nimi i przypisanych im współczynników wagowych. Zapamiętywanie informacji w strukturze sieci neuronowej następuje przez modyfikację wartości współczynników wagowych w procesie uczenia. Im większa jest liczba zróżnicowanych danych wykorzystywanych w procesie uczenia, tym bardziej ogólna jest charakterystyka sieci, tzn. tym pełniej odpowiada ona rzeczywistym zależnościom wiążącym dane wyjściowe z wejściowymi.

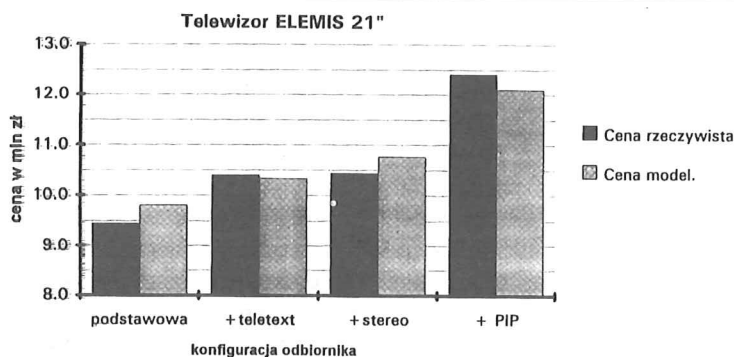
O przydatności sieci neuronowej w modelowaniu decyduje fakt, że poza zapamiętywaniem (nauczona sieć odpowiada na wektory wejściowe **X** wykorzystane w procesie uczenia zgodnie z żądanymi wektorami **D**), wykazuje ona również właściwości uogólniające. Oznacza to, że prezentacja na wejściu dowolnego wektora **x** spowoduje otrzymanie odpowiedzi **y** zgodnie z wykrytymi podczas nauki regułami.

Jako przykład zastosowania sieci neuronowych do budowy modeli marketingowych, w kontekście

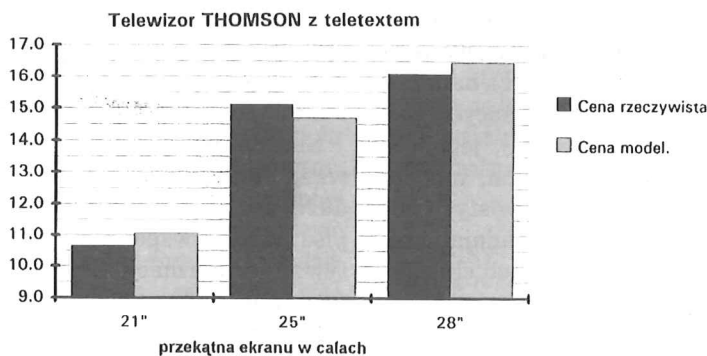




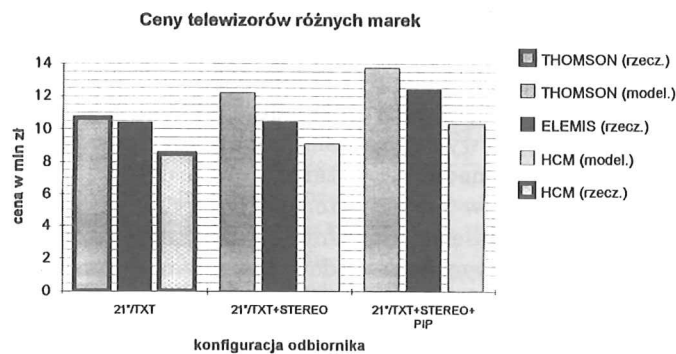
Rys. 1 Przykładowa struktura sieci neuronowej



Rys. 2. Zestawienie wyników działania modelu z wartościami rzeczywistymi przy zmiennej konfiguracji odbiornika



Rys. 3. Zestawienie wyników działania modelu z wartościami rzeczywistymi przy zmiennej wielkości ekranu



Rys. 4 Przykład właściwości uogólniających i wnioskujących sieci neuronowej

problemów ustalania ceny dla nowego produktu, opracowano prosty model neuronowy, wyznaczający cenę odbiornika telewizyjnego na podstawie parametrów określających producenta i wybrane cechy użytkowe.

Ponieważ współcześnie działające firmy stosują podobne technologie i komponenty, przyjęto założenie, że najistotniejszy wpływ na ostateczną cenę telewizora ma jego marka (nazwa firmy i związany z nią *image*), wielkość ekranu i występowanie trzech dodatkowych elementów: teletextu, stereo i PIP. Poza postulatami istnienia zależności między wymienionymi parametrami wejściowymi a ceną odbiornika, nie czyniono żadnych założeń dotyczących jej charakteru. Jako dane wstępne wykorzystane w nauce sieci posłużyły uśrednione ceny z października 1994 r. dla 70 odbiorników telewizyjnych 10 firm; telewizory pochodziły z pięciu łódzkich sklepów oferujących sprzęt RTV, a więc z naturalnego otoczenia klientów. Do budowy modelu neuronowego użyto programu BRAINMAKER v. 2.3 firmy California Scientific Software. W rezultacie otrzymano sieć neuronową o strukturze zawierającej 23 neurony w trzech warstwach. Ogólna liczba współczynników wagowych wyniosła 144. Za funkcję  $f$  przyjęto funkcję sigmoidalną o wartościach granicznych 0 i 1.

Prezentowane wyniki pozwalają ocenić skuteczność uzyskaną podczas uczenia przy modelowaniu odpowiedzi dla wybranego producenta przy ustalonych wielkości ekranu i różnych parametrach użytkowych (rys. 2) i dla różnych wielkości ekranu przy ustalonych pozostałych danych (rys. 3). Wartość bezwzględna błędu jest porównywalna z różnicami cen tego samego telewizora w zależności od sklepu. Wykres na rys. 4 stanowi ilustrację właściwości uogólniających i wnioskujących modelu. W pierwszej grupie danych przedstawiono rzeczywiste relacje cenowe odbiorników o tych samych parametrach użytkowych, ale pochodzących od różnych producentów. Dalsze elementy wykresu pokazują relacje między cenami zamodelowanymi dla odbiorników o parametrach nie występujących wśród danych pierwotnych (a więc „nowych produktów”) w odniesieniu do rzeczywistych cen jednego z producentów. Jak widać, zostają zachowane zarówno relacje między cenami porównywalnych produktów różnych firm, jak i tendencje cenowe związane ze zmianami konfiguracji odbiorników. Wypracowany w powyższy sposób model pozwala na szybkie wyznaczenie orientacyjnej ceny dla produktu stanowiącego uzupełnienie asortymentowe w ofercie przedsiębiorstwa.

#### **Zaproponowana metoda modelowania wykazuje kilka zalet:**

■ Model został zbudowany bez konieczności przewidywania charakteru zależności między parametrami wejściowymi a danymi wyjściowymi, co znacznie skraca czas potrzebny na wypracowanie i weryfikację modelu. Czas samych obliczeń (nauki) na

mikrokomputerze 486DX 66 MHz trwał ok. 1 godziny.

■ Tworzenie struktury modelu i ustalanie współczynników wagowych odbywa się automatycznie i nie wymaga znajomości analitycznych metod przetwarzania danych.

■ Podstawą tworzenia modelu neuronowego są „surowe” dane rzeczywiste, co w połączeniu z możliwością realizacji przez sieć neuronową bardzo skomplikowanej funkcji matematycznej pozwala na wyszukiwanie i modelowanie rzeczywiście występujących, a nie domniemyanych zależności.

■ Modyfikacja właściwości modelu, w celu uwzględnienia nowych faktów, może być łatwo dokonana przez „douczenie” sieci po uzupełnieniu zestawu wektorów wykorzystywanych w procesie uczenia, co może stanowić zadanie niezwykle trudne w przypadku konieczności aktualizacji klasycznego modelu analitycznego.

■ Istnieje duża swoboda w formułowaniu problemu – dobór wektorów wejściowych i wyjściowych ograniczony jest głównie dostępnością danych i możliwością wystąpienia poważnych sprzeczności w procesie nauczania.

#### **Do ograniczeń opisanej metody można zaliczyć następujące fakty:**

■ Otrzymywane wartości mają charakter przybliżony, szacunkowy – błąd wprowadzony już w danych wejściowych (uśrednione ceny) wynika z konieczności eliminacji danych sprzecznych i niejednoznacznych. Poza tym cena, po jakiej oferowany jest produkt, zależy również od indywidualnych zapatrywań sprzedawcy.

■ W procesie uczenia sieci wymagana jest stosunkowo duża liczba zróżnicowanych wektorów, pokrywająca w miarę możliwości pełen zakres możliwych rozwiązań i pozwalająca na wykrycie jak najbardziej ogólnych zależności. Jeżeli jako zestaw danych wstępnych posłużą wektory pochodzące jedynie z wybranego fragmentu przestrzeni parametrów, to model będzie sprawnie działał tylko w tym szczególnym obszarze i uwzględni tylko szczególne (lokalne) zależności między parametrami wejściowymi i wyjściowymi (w opracowanym modelu zakres wektorów wejściowych został ograniczony tylko do 10 firm).

Przedstawiony model neuronowy jest prostym przykładem możliwości wykorzystania nowoczesnych metod obliczeniowych w praktyce marketingowej. W związku z niezwykle dynamicznym postępem technicznym i rozwojem badań nad sztuczną inteligencją wydaje się, że zastosowania sieci neuronowych w naukach ekonomicznych będą zdobywały coraz większą popularność, szczególnie w zakresie modelowania i prognozowania zjawisk.

Andrzej Zawisza

Katarzyna Szczepańska

# Program poprawy jakości na przykładzie firmy Wallace

Zaostrzenie się walki konkurencyjnej w skali światowej doprowadziło do zmiany orientacji z ilości na jakość produktów i usług. Osiągnięcie odpowiedniego poziomu jakości wymagało poniesienia określonych kosztów – zarówno w aspekcie technologicznym, jak i organizacyjnym, w celu realizacji programów poprawy jakości. Wydatki, między innymi na szkolenia, modernizację, usprawnienia technologiczne, w nowych warunkach stały się więc koniecznością. Statystyczna Kontrola Procesu, Kompleksowe Zarządzanie Jakością należały do kluczowych programów działania zorientowanych na jakość. W istocie rzeczy przemiany jakościowe stały się mocną stroną wielu czołowych firm amerykańskiego przemysłu.

Swoistą stymulację działań na rzecz jakości stanowiła nagroda Malcolma Baldride'a, która została ustanowiona w 1987 roku jako krajowa nagroda jakości. Nagroda ta miała stanowić zachętę dla firm amerykańskich, działających w obszarze produkcji i usług, do wprowadzania programów poprawy jakości. Do grona zdobywców tej nagrody należą między innymi: Motorola, Federal Express, Xerox Business Products and Systems Group, General Motors Cadillac Division i Wallace Company. Przedmiotem oceny firm ubiegających się o nagrodę jest siedem kategorii [1], które ujmują takie aspekty jakości, jak:

- przywództwo – 100 punktów,
- informacje i analizy – 70 punktów,
- planowanie strategiczne – 60 punktów,
- wykorzystanie zasobów ludzkich – 150 punktów,
- zapewnienie jakości – 140 punktów,
- rezultaty w jakości – 180 punktów,
- zadowolenie klienta – 300 punktów.

W kategorii 1 ocenie podlega szeroko rozumiana działalność kierownictwa na rzecz jakości, przyjęte w firmie wartości odnoszące się do jakości, sposób zarządzania firmą i jej zasobami w celu osiągnięcia odpowiedniego poziomu jakości oraz odpowiedzialność publiczna.

W kategorii 2 oceniany jest zasięg informacji dotyczących jakości oraz sposób zarządzania nimi, metodologia prowadzonych przez firmę analiz dotyczących jakości i wykorzystywanie przez firmę otrzymanych wyników w celu wprowadzania udoskonaleń.

W kategorii 3 ocenie podlega proces strategicznego planowania jakościowego: cele i plany jakości w krótkim i długim horyzoncie czasowym.

W kategorii 4 ocenia się sposób zarządzania zasobami

ludzkimi, zaangażowanie pracowników w sprawę jakości, system edukacji jakościowej, system oraz instrumenty oceny pracowników.

W kategorii 5 ocenie poddany jest proces projektowania wyrobów i usług, sterowanie oraz doskonalenie jakości procesów i podprocesów, wewnętrzny audit przedsiębiorstwa, dokumentacja.

W kategorii 6 oceniany jest poziom jakości wyrobów bądź usług, działalność służb głównych i pomocniczych firmy, efekty działań firmy w aspekcie jakości wobec dostawców.

W kategorii 7 oceniana jest znajomość potrzeb i wymagań klientów oraz stopień ich spełnienia, analiza stosunków z klientami, normy dotyczące obsługi klienta, system obsługi klienta. Jak wynika z przedstawionych kategorii, system ocen kładzie nacisk przede wszystkim na zadowolenie klienta, efekty jakościowe, czynnik ludzki i zapewnienie jakości. Stąd też można wysnuć wniosek, że główne kategorie nagrody obliczone są na sukces i konkurencję w jakości, są one bowiem najwyższe punktowane.

Pod koniec lat 90. prestiżową nagrodę Malcolma Baldride'a zdobył Wallace.

Firma Wallace, założona w 1942 roku, jest jednym z amerykańskich dystrybutorów wyposażenia i aparatury dla rafinerii, przemysłu petrochemicznego oraz chemicznego. W 1990 roku firma zatrudniała 280 osób, a wartość sprzedaży wynosiła 90 milionów dolarów.

Na początku lat 80. firma wprowadziła program poprawy jakości. Głównym powodem podjęcia tej decyzji było określenie przez strategicznego klienta – firmę Hoechst Celanese – wymagań jakościowych wobec swoich dostawców. Jednym słowem tylko ci dostawcy, którzy spełniali warunki określone przez Hoechst Celanese, mogli należeć do grona partnerów handlowych. Tak więc decyzja Wallace'a była z jednej strony odpowiedzią na żądania klienta, z drugiej zaś stanowiła o utrzymaniu pozycji firmy na rynku.

Program poprawy jakości w firmie Wallace, podobnie jak w większości firm wprowadzających ten program, zorientowany był głównie na proces statystycznej kontroli jakości. System ten dostarczał informacji ze wszystkich poziomów firmy, które następnie analizowano i określano działania korygujące (naprawcze). Budowano także miesięczne wykresy poziomu jakości wykonywanych zadań, które przedstawiano pracownikom firmy w celu

zobrazowania osiągnąć (bądź uchybień) w realizowanym zamierzeniu. Zastosowanie przez Wallace'a systemu komputerowego w dziale sprzedaży umożliwiło bezpośredni dostęp do informacji o stanie i strukturze zapasów magazynowych. Podobny system funkcjonował w dziale zamówień. Klienci firmy mieli dostęp do danych firmy, dzięki czemu przyspieszono proces składania zamówień i znacznie obniżono liczbę błędów w tym procesie.

Drugim aspektem programu poprawy jakości była edukacja. W latach 1987–1990 Wallace wydał ponad 2 miliony dolarów na szkolenie pracowników, aby mogli realizować przyjęte przez firmę założenia procesu poprawy jakości. Delegowanie uprawnień i odpowiedzialności możliwe było dopiero wówczas, gdy grupowe formy organizacji pracy stymulowały wewnętrzną współpracę członków organizacji i przyczyniały się do zrozumienia istoty działań w dziedzinie jakości – spełnienia potrzeb klienta. Wprowadzenie systemu auditu i certyfikacji dostawców było kolejnym krokiem w kierunku realizacji przyjętych założeń. Ponadto Wallace opracował program szkoleń, usprawniający proces komunikowania się, którym objęci zostali wszyscy dostawcy firmy.

Zespołowe podejście do poprawy działania stanowi kolejny wymiar programu poprawy jakości, mający bezpośredni związek z poprzednim etapem. Firma Wallace określiła grupę czynników wpływających na poprawę jakości, z których 9 dotyczyło aspektu ludzkiego w zarządzaniu jakością. Wynikało to przede wszystkim z faktu, że Wallace położył silny nacisk na obsługę klienta, którego zadowolenie było kryterium skuteczności działań jakościowych. Jednym z efektów omawianych działań była redukcja liczby dostawców firmy z 3000 do 300. Zespoły pracownicze wyselekcjonowały grupę dostawców, która zobligowana była do spełniania warunków jakościowych określonych przez Wallace'a.

Decentralizacja była kolejnym elementem strategii Wallace'a. Poszczególne jednostki organizacyjne uzyskały swobodę działania i nie musiały zwracać się o akceptację podejmowanych decyzji do najwyższej kadry zarządzającej. Położono silny nacisk na współudział pracowników w procesie poprawy jakości. Delegowanie odpowiedzialności „w dół” stało się zasadniczym elementem podejścia Wallace'a do przemian jakościowych. Rola kadry kierowniczej sprowadzała się do przewodzenia w tym procesie. Realizacja przyjętych założeń oznaczała w praktyce między innymi, że:

- pracownicy działu sprzedaży mogli bez zgody bezpośrednich przełożonych swobodnie podejmować decyzje dotyczące klienta do 1000 dolarów,
- pracownicy magazynów mogli swobodnie podejmować decyzje o odrzuceniu partii towaru, jeśli była ona uszkodzona lub niewłaściwa (niezgodna z wymaganiami).

W 1989 roku firma przyjęła kryteria nagrody Malcolma Boldrige'a jako kluczowe wyznaczniki

programu poprawy jakości. Powołano zespoły ds. jakości, mające na celu realizację tego procesu. Wyniki funkcjonowania programu poprawy jakości były następujące [2]:

- pomimo recesji na rynku odnotowano wzrost dochodów firmy,
- firma stała się liderem w „dostawach na czas” i bezbłędnych transakcjach,
- w latach 1985–1989 nastąpił wzrost sprzedaży o 40%,
- zysk ze sprzedaży wzrósł o prawie 13%,
- absencja pracowników spadła o połowę.

Realizacja programu poprawy jakości nie wyeliminowała jednak wszystkich problemów jakościowych, których głównym źródłem były powierzchowne zmiany w systemie funkcjonowania firmy i programu poprawy jakości. Brak działań obliczonych na długoterminową poprawę jakości doprowadził w pierwszych trzech kwartałach 1991 roku do spadku dochodów firmy o 20%.

Wyjaśnienie takiego stanu rzeczy stanowić mogą spostrzeżenia prezesa firmy, Johna Wallace'a, dotyczące praktycznej realizacji programu poprawy jakości [3]:

■ „*Prowadzenie zbyt wielu szkoleń jakościowych, w firmie powoduje, że ludziom trudno jest dostrzec sedno rzeczywistej działalności na rzecz jakości. Pracownicy często wyrażają pogląd, że te wszystkie szkolenia niczego nie zmieniają*”. Przedstawiona wypowiedź jest dowodem na to, że pracownicy potrzebują wyznaczenia realnych celów odnoszących się do jakości, które mogliby osiągnąć. Kształtowanie i rozwój stosunków międzyludzkich, ukierunkowanych na ciągłe doskonalenie jakości, wydaje się być pierwszym etapem oddziaływania na jakość. Punktem wyjścia jest orientacja na klienta, rozumianego szerzej niż dotychczas, jako klienta wewnętrznego i zewnętrznego. Oznacza to, że każdy dla każdego w organizacji jest klientem. Zastosowanie tego podejścia w praktyce powoduje, że jakość zostaje wbudowana w każdy obszar firmy, a pracownicy czują się za nią odpowiedzialni. Przykładem braku takiego podejścia jest pewna „fabryka włókiennicza, w której nowe pracownice przedzalni w niewłaściwy sposób wiązały przędzę. Kierownik spytał jedną z nich, dlaczego nie przestrzega wymagań wiązania. Pracownica odpowiedziała: *Jakie to ma znaczenie?* Kierownik zaprowadził ją wówczas do tkalni i pokazał, jaki wielki kłopot sprawia tkaczom niewłaściwie wiązana przędza. Pracownica z przerażeniem powiedziała: *To dlaczego nie powiedzieliście nam tego wcześniej?*” [4].

■ „*Niektórzy kierownicy uważają, że przemiany jakościowe nie powiodą się, ponieważ ludzie nie chcą dobrze pracować*”. Źródłem prezentowanego poglądu są nie tylko czynniki motywacyjne. Wynika to przede wszystkim z faktu, że kierownicy nie dostrzegają kreatywności ludzi i warunków stymulu-





jących aktywne zaangażowanie pracowników. Pracownicy muszą być przekonani, że są traktowani przez firmę nie jak marionetki, lecz jak partnerzy. Muszą rozumieć cel swoich wysiłków oraz mieć możliwość wyboru sposobu wykonania zadań. Tak więc partnerstwo, elastyczność firmy wobec potrzeb jej pracowników, zachęcanie do rozwoju, uczenia się, zdobywania nowych umiejętności, stanowią jedną z zasadniczych podstaw realizacji programu poprawy jakości.

■ „Wiele programów dotyczących przeprojektowania i zmian organizacyjnych w aspekcie jakości wydziela szkolenia adresowane tylko do kadry kierowniczej. Uważam, że dzieje się tak, dlatego że ludzie tworzą sztuczne bariery z obawy przed utratą pracy z »powodu jakości«”.

Skoro jakość jest zadaniem każdego w organizacji, to programy edukacji jakościowej powinny być jednolite dla wszystkich członków organizacji. Można jedynie dostosowywać zakres poszczególnych szkoleń do potrzeb specyficznych grup pracowników. Jedyne wyjątek stanowić może sytuacja, w której szkolenie ma na celu przekonanie kadry kierowniczej o słuszności podjęcia decyzji dotyczącej wdrażania programu poprawy jakości. Przykład stanowi firma Hewlett Packard, której ścisła kadra zarządzająca, aby przekonać kierowników średniego i najniższego szczebla zarządzania o tym, że diametralna poprawa jakości jest możliwa do osiągnięcia, wydelegowała zespoły kierowników wszystkich szczebli na szkolenie do Japonii. Po powrocie kadra kierownicza była przekonana o [5]:

- wadze jej zaangażowania w proces,
- potrzebie określania szczegółowych celów jakościowych,
- znaczeniu zmodyfikowania procesu wytwarzania i projektowania,
- potrzebie wprowadzania ciągłej poprawy jakości,
- konieczności wykonywania pracy dobrze – za pierwszym razem,
- konieczności zmiany kultury organizacji.

Najważniejszą kwestią było przekonanie kadry kierowniczej, iż poprawa jakości prowadzi do obniżenia kosztów, wzrostu produktywności i przynosi długookresowe korzyści.

Istotne jest także, aby w szkoleniach pracowników, dotyczących jakości, uczestniczyła kadra kierownicza. Efektem dodatkowym, oprócz zdobytej wiedzy, jest kształtowanie stosunków partnerstwa, a przede wszystkim zdobycie zaufania i przekonanie pracowników o „jakości – wspólnej sprawie” w organizacji. Wyeliminowany zostanie wówczas sztuczny podział w stosunkach międzyludzkich: my-oni i zniknie obawa przed utratą pracy, w „sprawie jakości” bowiem każdy będzie miał wiele do zrobienia.

■ „Jestem przekonany, że program poprawy jakości można realizować tylko poprzez intensywną pracę”.

Dowodem na to, co ludzie mogą osiągnąć, jeśli stworzy im się szansę wykorzystania własnych umiejętności, jest uzyskanie certyfikatu jakości przez Wallace’a w ciągu 6 tygodni. Wymagało to mobilizacji i ciężkiej pracy wielu zespołów, a moż-

liwe było poprzez zaangażowanie członków organizacji w ten proces. Jak twierdzi John Wallace, sukces w realizacji programu determinowany jest głównie poprzez współudział pracowników. **„Jeśli poprosisz ludzi o pomoc; gdy spytasz ich, jak najlepiej, ich zdaniem, ograniczyć koszty, aby pomóc firmie – wówczas ludzie zrozumieją, co oznacza program poprawy jakości i jakie są jego główne problemy. Ludzie staną się wtedy częścią procesu i zadziwiające jest, jak trafne potrafią być ich spostrzeżenia. Przekonasz się, że ludzie rzeczywiście myślą o firmie.”** [6] Wobec dostawców Wallace stosuje te same zasady, kryterium zaspokajania i lepszego zrozumienia potrzeb klienta bowiem stanowi nadrzędną zasadę programu poprawy jakości.

Wallace jest interesującym przykładem wprowadzania programu poprawy jakości.

Z przedstawionych doświadczeń firmy wynika, że:

- małe firmy mogą z powodzeniem wprowadzić program poprawy jakości,
- w działalności usługowej można skutecznie zastosować te same techniki statystyczne, które stosowane są w przemyśle,
- możliwa jest pełna implementacja programu poprawy jakości, nawet przy znacznym spadku ekonomicznym.

Ponadto John Wallace wskazuje na najważniejsze czynniki sukcesu w procesie wdrażania programu poprawy jakości, do których należą:

- kompleksowy system informacji – podstawowe narzędzie procesu implementacji programu, umożliwiające sprawny przepływ informacji,
- aspekt ludzki – zespołowe podejście do jakości, partnerstwo, zaangażowanie w proces, odpowiedzialność, edukacja,
- spłaszczenie struktury organizacyjnej – decentralizacja ułatwiająca przepływ informacji i podejmowanie odpowiednich działań,
- zorientowanie na poprawę procesu, stanowiące podstawę wdrożenia programu poprawy jakości.

W polskiej rzeczywistości gospodarczej potrzeba zmiany podejścia do jakości jest niezwykle pilna. Umiejętność skorzystania z doświadczeń innych pozwoli na uniknięcie wielu błędów i sprawne zarządzanie procesem poprawy jakości. Jakość nie jest kwestią aktualnie obowiązującej mody, ale wynika z twardych zasad konkurencji na rynku, a także z rosnących potrzeb i oczekiwań klientów.

Katarzyna Szczepańska

#### BIBLIOGRAFIA

- [1] European Organization for Quality, *World Quality Congress*, Helsinki 1993, volume 3, s. 59.
- [2] Academy of Management Executive, 1992, Vol 6, Nr 1, s. 79.
- [3] Academy of Management Executive, op. cit., s. 80–88.
- [4] JURAN J.M., GRZYNA F.M., *Jakość, projektowanie, analiza*, 1974, s. 498.
- [5] GAVIN D.A., *Managing Quality*, 1988, s. 28–30.
- [6] Academy of Management Executive, op. cit., s. 89.

Autorka jest członkiem Komitetu Jakości przy KIG-u oraz konsultantem ds. systemów jakości w firmie „Proxima”.

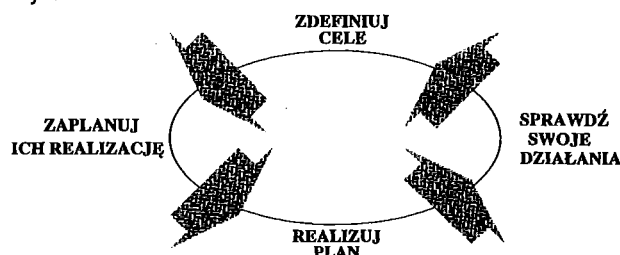
*Jacek Łuczak*

# Burza mózgów – efektywne narzędzie w zarządzaniu jakością

Na ostateczną jakość produktu (usługi) rzutują wszystkie cząstkowe procesy budujące organizację. Jakość będzie na tyle dobra, na ile mocne jest najsłabsze ogniwo w pracy przedsiębiorstwa. Bardzo pomocne, acz niedoceniane w zarządzaniu jakością, są proste narzędzia powszechnie wykorzystywane w pracy japońskich kół jakości, które w praktyce okazują się bardzo efektywne w wyszukiwaniu i analizie problemów, a ponadto są nieocenione w budowie entuzjazmu dla wdrażania systemu jakości. W niniejszym artykule chciałbym zwrócić uwagę na najbardziej uniwersalne z bogatego spektrum narzędzi, a mianowicie na burzę mózgów.

W Japonii, skąd wywodzi się większość technik jakościowych, wyrosła także kultura kół jakości. Pracownicy bezpośrednio zaangażowani w proces produkcyjny, czy też kreowania usługi, mając bezpośrednią styczność z maszynami, narzędziami i procesami, posiadają największą wiedzę z tego zakresu. W związku z tym, są najbardziej predysponowani do rozwiązywania problemów występujących na ich stanowiskach pracy. Właśnie dla tych pracowników i zespołów pracowniczych przeznaczone są bardzo proste, a zarazem niezwykle skuteczne narzędzia identyfikacji i analizy problemów. Prostota tych narzędzi pozwala na ich wykorzystanie przez wszystkich pracowników, niezależnie od wykształcenia i zajmowanego stanowiska. Znajomość i fachowe wykorzystywanie narzędzi zarządzania jakością nie tylko pozwala na rozwiązywanie wielu problemów produkcyjnych, ale i wzmacnia poczucie odpowiedzialności pracowników za jakość produktów lub usług. Poprzez stosowanie sprawdzonych metod, kreowanie atmosfery aktywności kół jakości, ciągłe zaangażowanie w kształtowanie jakości, realizuje się ideę kompleksowego zaangażowania w jakość. Związki te obrazuje koło Deminga (rys. 1).

Rys. 1



Kompleksowość powyższych poczynań wymaga ciągłego monitorowania procesu, tak produkcyjnego, jak i usługowego w organizacji. Możemy tego dokonać właśnie za pomocą narzędzi zarządzania jakością. Wykorzystywanie niżej wymienionych na-

rzędzi powinno ułatwić otrzymanie odpowiedzi na następujące pytania:

- **schemat blokowy** – co jest robione?
- **arkusze sprawdzające** – jak często jest to robione?
- **histogramy** – jaka jest zmienność naszego procesu?
- **analiza oddziaływań** – co nasręcza najwięcej problemów?
- **diagram przyczynowo-skutkowy Ishikawy** – jakie przyczyny wywołują dany problem?
- **metoda ABCD** – co powinno zostać uznane za priorytet?
- **analiza Pareto** – jakie powinny być kierunki działań naprawczych?
- **analiza sił pola** – czy możemy w ten sposób rozwiązać analizowany problem?
- **wykresy prezentacyjne** – jak powinniśmy prezentować dane do analiz oraz efekty działań korygujących?

Powyższe zestawienie zawiera narzędzia w dużej mierze uzupełniające się. Wyniki, jakie możemy uzyskać stosując jedno z nich, mogą stanowić dane wyjściowe do prac z wykorzystaniem innych. Niektóre z tych metod mogą być stosowane alternatywnie, na tym samym etapie pracy, w zależności od specyfiki analizy, czy też preferencji zespołu.

Na tle wymienionych tradycyjnych narzędzi, jak również „nowych narzędzi QFD”, na miano najbardziej uniwersalnego zasługuje burza mózgów. Możliwość jej wykorzystania bez trudu dostrzeżemy na wszystkich etapach zarządzania jakością, tak podczas projektowania, produkcji, czy kreowania usługi, jak i w kontekście obsługi posprzedażnej. Za pomysłodawcę idei burzy mózgów uważa się szefa reklamy jednej z amerykańskich firm, Alexa Osborna, chociaż do zaproponowanych przez niego podstawowych założeń dobudowano wiele innych aspektów, tworząc bardzo efektywne narzędzie wdrażania i doskonalenia *Total Quality Management*.



Burza mózgów służy dwóm celom:

- tworzy bogactwo pomysłów na temat rozpatrywanego problemu,
- poprawia umiejętność współpracy w grupie.

Efektem jej stosowania nie jest tylko osiągnięcie celu, jaki stawia sobie grupa pracowników, gdyż niejako przy okazji sprzyja ona kształtowaniu się twórczej atmosfery w zespole, wytworzeniu pewnego rodzaju entuzjazmu, powoduje, że zespół pracuje coraz bardziej efektywnie.

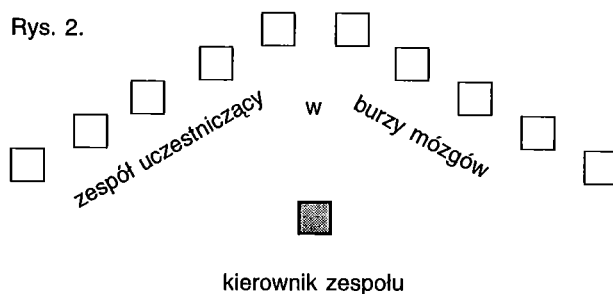
W przebiegu omawianego procesu możemy wyróżnić następujące etapy:

- Wybór tematu – należy zdecydować się, jaki jest cel naszych starań, czy np. chcemy dociec przyczyn powodujących dany problem, czy też znaleźć możliwości jego rozwiązania,
- Skompletowanie zespołu – musimy zadbać o to, aby analizowaniem problemu zajmowali się fachowcy – osoby, które bezpośrednio się z nim stykają,
- Wybór kierownika zespołu – osoby posiadającej doświadczenie w kierowaniu ludźmi i prowadzeniu burzy mózgów, szanowanej i uznawanej przez członków zespołu,
- Właściwa burza mózgów – kierownik zachęca do tego, aby każdy z członków przedstawił swoje pomysły dotyczące danego tematu; pozostali członkowie grupy powinni powstrzymać się od wszelkich uwag; wszystkie pomysły zostają zanotowane,
- Zakończenie – kierownik grupy powinien zamknąć burzę w momencie, gdy uczestnicy tracą zbyt dużo czasu na precyzowanie kolejnych pomysłów,
- Podsumowanie – po zakończonej prezentacji autorzy wyjaśniają swoje propozycje i odpowiadają na pytania, aby wszystkie pomysły były zrozumiałe dla pozostałych uczestników,
- Weryfikacja pomysłów.

Burza mózgów ma na celu zgromadzenie możliwie największej liczby różnorodnych pomysłów, dotyczących czy to przyczyn występowania problemu, czy to metod jego rozwiązania, przy jednoczesnym przestrzeganiu podstawowego założenia – „odroczonego sądu”. Zasada ta oznacza, iż żadne z wypowiedzanych propozycji nie mogą być komentowane, uwaga ta odnosi się przede wszystkim do opinii krytycznych, ale również do pochwał. Grupa robocza biorąca udział w burzy mózgów nie powinna być zbyt liczna, maksymalnie może liczyć do 15 osób. Powinna reprezentować te obszary działalności firmy, których dotyczy analiza. Ważne jest również i to, aby w zespole pracowały osoby znające się wzajemnie, nie skonfliktowane. Fakt uczestnictwa w takim spotkaniu osób wyżej postawionych w hierarchii organizacyjnej wpływa deprymująco na pozostałych uczestników. Nie sprzyja to swobodnej atmosferze, uczestnicy nie skupiają się na spon-tanicznym kreowaniu i wypowiadaniu pomysłów,

a raczej analizują je pod kątem sensowności, aby nie ośmieszyć się przed zespołem. Jedną z osób pełni funkcję kierownika zespołu i to właśnie na niej spoczywa ciężar kierowania prawidłowym przebiegiem procesu. Osoba ta, niezależnie od posiadania umiejętności kierowania zespołem i wiedzy z zakresu metodologii prowadzenia burzy mózgów, musi być lubiana i akceptowana przez pozostałych uczestników. Dla większej efektywności procesu uczestnicy powinni siedzieć w półkolu (rys. 2).

Rys. 2.



Wydaje się, że takie usytuowanie uczestników daje wszystkim jednakowe szanse wypowiedzi, siedzą bowiem oni w równej odległości od kierownika, żadna z osób nie jest zasłonięta przez inną – wszyscy są jednakowo widoczni. Ten atut traci się, kiedy uczestnicy siedzą np. w ławkach ustawionych jedna za drugą. Jest to istotne, zważywszy na fakt, że uczestnicy spotkania mają niejednakową łatwość wypowiadania się. W związku z tym osoby mało otwarte i schowane za plecami kolegów praktycznie byłyby wyłączone z tej swobodnej wymiany myśli, a przecież właśnie na swobodnej prezentacji pomysłów wszystkich uczestników polega istota tej metody. Mając ten fakt na uwadze, jak również to, że burza mózgów ma charakter dialogu pomiędzy kierownikiem a członkami zespołu, nie wydaje się również dobrym rozwiązaniem, aby zespół siedział w kole, jest bowiem więcej niż pewne, że uczestnicy będą rozpraszać się wzajemnie, mimicznie komentować propozycje kolegów. Wszystkie rzucane pomysły powinny być skrzętnie notowane przez sekretarza, całość spotkania może być nagrywana, a po jego zakończeniu zapisane wszystkie, nawet najbardziej zwariowane pomysły. W praktyce, zostaje zwykle wykorzystane około 8 do 10% propozycji.

W trakcie burzy mózgów przestrzegane powinny być pewne reguły porządkowe. Uczestnicy podają po jednej propozycji w określonej kolejności, np. zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Jeśli przypada właśnie czyjaś kolej i nie ma on pomysłu – powinien to szybko sygnalizować; kierownik zespołu przekazuje wówczas głos następnemu uczestnikowi. Ważne jest tempo całego procesu, każda propozycja, nawet najbardziej zwariowana, może okazać się cenna, może również stać się inspiracją dla innej, trafniejszej. Duże tempo prowadzenia burzy

mózgów sprzyja wypowiedaniu pomysłów bez ich uprzedniego analizowania przez autorów. Kierownik zespołu kontroluje tempo rzucanych pomysłów, może zachęcać do aktywnego włączania się, kończy wreszcie burzę, kiedy uczestnikom brakuje już pomysłów.

Podsumowując, chciałbym przedstawić najistotniejsze wskazówki dla kierownika zespołu, które powinny pomóc w prowadzeniu spotkania:

■ Musi być pewny, że wszyscy członkowie zespołu są zorientowani co do tematu i celu, jaki chce on osiągnąć na danej sesji burzy mózgów. Powinien zacząć od ogólnego przybliżenia problematyki, np. „przyczyny niezadowolenia klientów korzystających z usług naszej hurtowni”. Następnie zakres może zostać zawężony – np. „przyczyny skarg klientów na obsługę w trakcie załadunku zakupionych towarów”.

■ Powinien utrzymać duże tempo rzucanych pomysłów – pytać kolejno każdą z osób o jej spostrzeżenia. Zespół uczestniczący w burzy mózgów ma olbrzymi potencjał energii, charakter omawianej metody przypomina grę, co często powoduje duże zaangażowanie emocjonalne uczestników. Kiedy dynamika procesu maleje, energia pozostaje nie wykorzystana. Kiedy osoby muszą szybko proponować pomysły, wyrażają to, co właśnie mają na myśli i nie mają czasu na analizę własnych pomysłów – a właśnie na tym zasadza się burza mózgów.

■ Powinien przyjmować wszystkie nowe pomysły. Plonem sesji są najczęściej pomysły bardzo trafne, ale także często niefortunne i nawet głupie; na tym etapie jednak nie wartościujemy ich. Uczestnicy sesji mogą mieć zahamowania przy artykułowaniu swoich pomysłów, jeśli obawiają się, że będą oceniani. Należy pamiętać, że chociaż jesteśmy pewni, że dany pomysł jest bezwartościowy, to być może będzie on inspiracją dla innego, bardzo trafnego.

■ Kierownik nadaje ton sesji. Jeśli zachodzi taka potrzeba, powinien zachęcać do wyrażania pomysłów. Modulacją, tonem głosu powinien stwarzać atmosferę pełnego zaangażowania wszystkich uczestników.

■ Nie powinien dopuszczać w czasie sesji do krytyki ani pochwały. Musi pamiętać, że także pochwała pod czyimś adresem może spowodować obawę innego uczestnika – „grupie podoba się jego pomysł, a mój jest mniej udany”.

■ Nie powinien dobierać członków grupy z zewnątrz, bowiem może to działać hamująco na pracę zespołu. Często obecność obcych działa deprymująco, co jest szczególnie widoczne w przypadku grup z małą praktyką, mniej zżytych.

■ Prowadzący kieruje pracą zespołu, swój udział ogranicza do minimum, wydobywa natomiast po-

mysły od innych. Wszelkie jego wypowiedzi powinny służyć tylko uaktywnieniu grupy. Powinien jednak pamiętać, że zbyt długie komentarze mogą spowodować zwolnienie tempa wypowiedzi.

■ Ustala granice czasowe zależnie od analizowanego tematu i liczebności grupy. Wyznaczony limit czasowy najczęściej motywuje do większej mobilizacji i szybkości działania. Nie ma optymalnego czasu trwania sesji, również bardzo krótkie, kilkuminutowe spotkania mogą być bardzo pomocne. Jeśli wyznaczony czas upłynął, a uczestnicy wciąż uzupełniają listę pomysłów, oczywiście kontynuuje się sesję. Jedynym sygnałem do zakończenia burzy mózgów jest wyczerpanie się pomysłów grupy.

■ Po utworzeniu listy pomysłów kieruje dyskusją i wyjaśnianiem pomysłów. W tej części muszą zostać objaśnione wszystkie niezrozumiałe pomysły; być może okaże się, że niektóre są identyczne, inne wymagają uzupełnienia.

### **Warto również przedstawić reguły, których powinni przestrzegać członkowie zespołu:**

■ Przedstawiaj pomysły tylko wtedy, gdy jest twoja kolej. Taki porządek daje wszystkim równe szanse i angażuje wszystkich członków zespołu.

■ Każdy twój pomysł zostanie zarejestrowany nawet wtedy, kiedy wydaje ci się niefortunny, czy też podobny do poprzedniego – zostanie to wyjaśnione w późniejszym etapie. Być może twój pomysł pomoże komuś innemu w wymyśleniu czegoś doskonałego.

■ Formułuj swoje pomysły zwięźle i jasno.

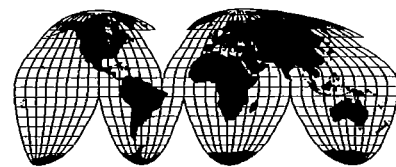
■ Powiedz „nie mam pomysłu” kiedy przychodzi twoja kolej, a nic nie przychodzi ci do głowy. Usprawnisz przez to przebieg sesji.

■ Wstrzymaj się od wszelkich komentarzy, tak słów krytyki, jak i pochwał.

Równie istotną rolę w czasie sesji burzy mózgów pełni protokolant. Jego zadaniem jest zapisywanie wszystkich pomysłów na tablicy. Pełni on również aktywną rolę, często bowiem, jeśli uczestnicy nie potrafią przedstawić pomysłów w odpowiednio syntetycznej, krótkiej formie, właśnie protokolant musi je streścić i przeredagować. W takim jednak przypadku zawsze powinien upewnić się, czy proponowany zapis jest zgodny z intencjami autora. Cenną praktyką jest również przygotowywanie protokołu dokumentującego daną sesję, bowiem pomysły, jakie przyniosła, mogą być podstawą następnej sesji.

*Jacek Łuczak*

# PRZEGLĄD CZASOPISM ZAGRANICZNYCH



„Harvard Business Review”

## Nowa jakość w biznesie – wiedza! (II)

**Inteligentne produkty i usługi przekształcą już wkrótce przedsiębiorstwa w nauczycieli, a konsumentów w uczniów**

Stan Davis, Jim Botkin, *The Coming of Knowledge-Based Business*, „Harvard Business Review”, September-October 1994.

### ■ Inteligentne produkty potrafią dostosować swoje cechy do potrzeb konkretnego użytkownika

Inteligentne produkty są w stanie określić zmienne potrzeby, zachowania oraz przyzwyczajenia użytkowników. Na przykład, przedsiębiorstwa telekomunikacyjne intensywnie pracują nad wyprodukowaniem telefonów wyposażonych w nowe, oparte na wiedzy funkcje. Telefoniczna abonencka karta kredytowa będzie wkrótce rozpoznawać język, jaki jej użytkownik preferuje podczas zamawiania połączeń międzynarodowych. Pozwoli ona również na stworzenie indywidualnego sposobu dzwonienia, po to by najbliżsi wiedzieli jeszcze przed odebraniem słuchawki, kto dzwoni. Tego rodzaju produkty pozwolą również na rozpoznawanie najczęściej wybieranych numerów poprzez proste podniesienie słuchawki i podanie komendy w stylu „zadzwoń do mojego agenta” – system sam będzie wiedział, o kogo chodzi. Rozpoznawanie konkretnego użytkownika po jego głosie to jeszcze jedna z całej palety możliwości produktów opartych na wiedzy, umiejętność, która pozwoli na znaczne

usprawnienie użycia telefonicznych kart kredytowych, a z czasem być może także na ich całkowite wyeliminowanie.

### ■ Inteligentne produkty mają relatywnie krótkie cykle funkcjonowania na rynku

Ochrona prawna własności intelektualnej nie jest wciąż tak rozwinięta, jak jej odpowiednik w postaci patentu w dziedzinie ochrony technologii przemysłowych – tak więc działanie prawa własności w stosunku do informacji jest relatywnie krótkie. Przykład stanowią tu oferowane przez banki usługi doradcze w dziedzinie wymiany walutowej. Wiedza ta jest produktem wysoko wyspecjalizowanym, często również dostosowanym do indywidualnych potrzeb klientów. Ponieważ jest ona uzależniona od konkretnych warunków rynkowych, jej żywotność jest stosunkowo krótka. Z kolei, dlatego że jest ona powszechnie publikowana, może być z łatwością przejmowana przez konkurencję. Dlatego też, aby utrzymać zyski oraz realizować swoje uprawnienia, banki zmuszone są niemal bez przerwy aktualizować swój produkt. Tego rodzaju wyzwanie organizacyjne sprawia, iż eksperci z Nowego Jorku, Londynu i Tokio pracują bez przerwy, aby dosłownie każdego dnia być o stopień lepszym i szybszym od konkurencji.

### ■ Inteligentne produkty pozwalają klientom działać we właściwym czasie

Informacja zyskuje na wartości, jeśli może być wykorzystana błyskawicznie. Plany i mapy przez długi czas były jedynymi źródłami dostarczającymi informacji o drogach, hotelach oraz innych interesujących miejscach. Obecnie producenci samochodów przygotowują system, który pozwoli na instalację urządzeń elektronicznych, dostarczających tego rodzaju informacji na bieżąco. Oznacza to, że dzięki niemu kierowcy będą informowani nie tylko o elementach stałych podróży, lecz także o natężeniu ruchu drogowego. Oczywiście, po rozważeniu wszystkich danych, to do kierowcy będzie należała decyzja, którą drogę wybrać, czy też może, w którym miejscu zatrzymać się na obiad, by przeczekać korki. Co więcej, gdyby system zaczął pracować w dwie strony, odpowiadając na pytania kierowców, stałby się jeszcze bardziej wartościowy.

Produkty oparte na wiedzy mogą również działać na bieżąco samodzielnie. Tak się dzieje, gdy pracownik serwisu dźwigowego Otis pojawia się w drapaczu chmur, informując, iż „przyszła naprawić windę nr 8”. Gdy kierownik budynku odpowiada, iż nic złego się z nią nie dzieje, mechanik odpowiada, iż „na razie wszystko jest w porządku, lecz niedługo coś się stanie”. Mecha-



nik bowiem czerpie swą wiedzę ze specjalnego systemu diagnostycznego, informującego na bieżąco o stanie urządzenia. Już dziś Xerox stosuje tego rodzaju prewencyjną diagnostykę dla niektórych swoich większych maszyn. Co więcej, wyposaża je w modemy, tak by urządzenie samo w razie potrzeby mogło połączyć się z centralą, poinformować o możliwych zagrożeniach oraz wezwać mechanika.

### Wiedzbουργery i inne inteligentne produkty

**K**ażdy produkt lub usługa ma potencjał, aby stać się inteligentnym. Jak zmienić produkcję hamburgerów w biznes oparty na wiedzy? Należy zacząć od zebrania podstawowych danych o hamburgerach, takich jak składniki i ich oddziaływanie, np. pożywność, opłacalność, ceny, smak. Jeśli przedsiębiorstwo usystematyzuje te dane we właściwy sposób, otrzyma zarówno menu, jak i zestaw celów rynkowych. W ogólnym zarysie dowiedzie się, w jakiego rodzaju warunkach rynkowych się znajduje.

Jeśli jednak mamy mówić o prawdziwej przemianie w biznes oparty na wiedzy, należy uczynić drugi krok. Oprócz serwowania smacznego i niedrogiego jedzenia, trzeba zaproponować klientowi sposób, w jaki mógłby wykorzystać zebrane wcześniej informacje. Być może dobrym rozwiązaniem byłoby drukowanie i podliczanie wartości kalorycznej oraz zawartości tłuszczu i podawanie ich na rachunku, lub nawet jeszcze przed zamówieniem potrawy, tak by klient mógł dokonać świadomego wyboru dotyczącego swojego posiłku. Efektem ubocznym takiego działania byłaby także transformacja menu w kierunku oferowania zjedzenia zdrowszego i bardziej pożywnego – innymi słowy, transformacja podstaw tego biznesu.

Wybieranie kanału telewizyjnego jest kolejnym przykładem czynności, która już wkrótce będzie wymagała inteligentnego

produktu. Dziś przeciętny widz w USA musi wybierać spośród 100 kanałów, wkrótce liczba ta wyniesie od 500 do 1500. Taki stan rzeczy powoduje, iż niemożliwe staje się przefiltrowanie i świadome wybranie interesującej telewizora propozycji. Z pomocą musi więc przyjść programator, umożliwiający przedstawianie informacji w formie list na oddzielnym kanale. Tego rodzaju produkt, działający aktywnie pomiędzy telewizorem a listą, miałby potencjał stania się inteligentnym. Wszystko jednak w tej sytuacji zależałoby od telewizora. Jeśli ograniczyłby się do szybkiego przeglądu propozycji, lista stałaby się niczym innym, jak tylko reklamówką programów, jeśli jednak użyłby go w celu wyselekcjonowania np. wszystkich komedii w tygodniu, bądź też programów na temat zanieczyszczenia środowiska czy też gotowania ryb, informacja stałaby się wiedzą.

Decyzja Federalnej Komisji Komunikacji z 1992 r., pozwalająca przedsiębiorstwom telekomunikacyjnym na transmisję telefoniczną tego rodzaju list, sprawia, iż projekt ten jest bliższy rzeczywistości niż nam się wydaje. Co prawda światłowodów i połączeń bezprzewodowych tego rodzaju nie będzie na rynku jeszcze do końca stulecia, jednakże perspektywa dostępności informacji za pośrednictwem hybrydy telefonu i telewizora jest niezwykle kusząca. Mądre użycie informacji zależeć będzie w ostatecznym rozrachunku od użytkownika, jednakże już sam projekt oznacza wcielenie w życie marzenia o multimedialnych, dostarczających niezbędnych informacji na każde żądanie.

### Biznes jako narzędzie edukacji

**W** naszym społeczeństwie prowadzona jest debata nad rozwojem przemysłu opartego na wiedzy – za nim idą bowiem transformacje głębsze niż tylko industrialne.

W dzisiejszych czasach rynek informacji zmienia się dramatycznie, tworząc ze zwykłych ludzi – uczniów na całą resztę życia.

Proces nauczania w systemach ekonomicznych opartych na rolnictwie prowadzony jest często przez kościół i skupia się z reguły na dzieciach w wieku pomiędzy 7 a 14 rokiem życia, którym wiadomości uzyskane w tych warunkach wystarczają na całe życie. W systemach industrialnych nauczanie prowadzone przez rząd obejmuje młodych ludzi w wieku od 5 do 22 lat. W warunkach tworzonych przez gospodarkę opartą na wiedzy, szybkie zmiany technologiczne zmuszają ludzi do ciągłej nauki. Wiadomości muszą być uaktualniane przez całe życie, gdyż w obecnych warunkach umiejętność uczenia się oznacza możliwość zarobkowania.

Wiedza ludzka jest „objętościowo” podwajana co około siedem lat. Szczególnie w naukach ścisłych połowa tego, czego studenci uczą się na pierwszym roku, nie nadaje się do użycia w chwili gdy kończą oni uczelnię. Dla pracowników bycie na bieżąco oznacza utrzymanie pracy, dla przedsiębiorstw z kolei jest to niezbędny warunek konkurencyjności. Możliwości rozwoju działalności na rynku pracy są więc praktycznie nieograniczone. Ze strony segmentu klientów popyt na wiedzę jest chyba jednak jeszcze większy. W miarę jak inteligentne techniki i usługi stają się coraz łatwiejsze w użyciu, może okazać się, iż dostarczanie wiedzy to potencjalnie największy rynek dwudziestego pierwszego wieku. Nigdy przedtem bowiem konsumenci nie uważali się w takim stopniu za uczniów, a przedsiębiorcy za nauczycieli.

W rezultacie biznes może edukować społeczeństwo w znacznie większym stopniu, niż dotychczas robił to rząd. System szkolny staje się bowiem jedynie częścią systemu nauczania, który zaczyna dziś obejmować wszystkie dziedziny życia, we wszelkich grupach wiekowych.

*Opr. Marek Wojnar*

„Revue française de gestion”

Z okazji 20-lecia „Revue française de gestion” ukazał się we wrześniu 1994 roku numer specjalny, poświęcony przyszłości zarządzania, zatytułowany „Zarządzanie po roku 2000”. Oto jeden z zamieszczonych w nim wywiadów.

# Théodore Modis: „Powrócimy do scentralizowanych modeli zarządzania”

**Théodore Modis:** *On revient aux modèles d'organisation centralisée*, „Revue française de gestion”, IX-X 1994.

**Thodore Modis**, fizyk, a jednocześnie konsultant w dziedzinie zarządzania i strategii w Digital Equipment Corporation, nie jest specjalistą od organizacji, który zrobił karierę akademicką. Nic więc dziwnego, że odpowiadając na pytania Alaina-Charlesa Martineta wyraża swe przekonanie o tym, że w najbliższej przyszłości ogromny wkład w badania w dziedzinie zarządzania wniosą eksperci multidyscyplinarni. Thodore Modis nie po raz pierwszy zastanawia się nad przyszłością zarządzania – w 1992 r. amerykańskie wydawnictwo Simon & Schuster opublikowało jego książkę noszącą tytuł *Predictions – Society's Telling Signature Reveals The Past and Forecasts The Future*.

**W jaki sposób będzie zmieniać się definicja przedsiębiorstwa? I jaki wpływ zmiany te będą miały na zarządzanie przedsiębiorstwami?**

Na początku XXI wieku nastąpi ożywienie gospodarcze. W przemyśle zaobserwujemy coraz większy wzrost gospodarczy, który osiągnie wartość maksymalną około roku 2020 i będzie podobny do wzrostu z lat sześćdziesiątych XX wieku.

W tej sytuacji, zdecentralizowane, rozczłonkowane modele organizacji zastąpione zostaną modelami scentralizowanymi i ujednoliconymi. Tak silne prądy kulturowe *bottom up* osłabną, ustępując miejsca zachowaniom typu *top down*. Stanowisko lidera stanie się ważniejsze od stanowiska przedsiębiorcy.

Ale nie ludźmy się, nie powrócą dawne czasy. Nieodwracalną konsekwencją przeprowadzonych dotychczas zmian jest zwiększenie liczby interakcji z dostawcami czy klientami – nawet jeśli wzrost gospodarczy będzie niewielki, liczba transakcji będzie stale zwiększać się.

**Jakie zmiany w społeczeństwie (sposobie życia) mogą poważnie wpłynąć na działalność przedsiębiorstw w XXI wieku?**

Nowe sposoby pracy: przemieszczanie się, powszechna komputeryzacja, praca bez przerwy przez całą dobę. Człowiek, dostosowując się do dzisiejszej rzeczywistości, nie będzie pracował w sposób statyczny, a raczej bę-

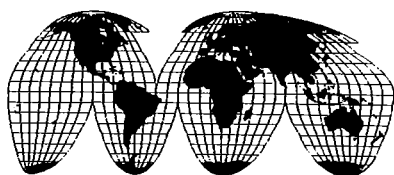
dzie się przemieszczać. Będzie mógł wykonywać swą pracę u klientów, przyjaciół czy też we własnym domu. „Skomputeryzowany” pracownik nie będzie więc zależny od jakiegokolwiek stałego miejsca geograficznego.

**W jakich dziedzinach przedsiębiorstwa i menedżerowie będą musieli nauczyć się najwięcej, zmienić sposoby postępowania?**

Zdolność do nieustannego kształcenia się i adaptacji do zmieniających się warunków odgrywać będzie coraz ważniejszą rolę, i to zarówno w przypadku pracownika, jak i przedsiębiorstwa. Do końca pierwszego dziesięciolecia przyszłego wieku znacznie zwiększy się liczba instytucji kształcących menedżerów-liderów, gdyż będzie na nich coraz większe zapotrzebowanie (nastąpi ponowny *boom* różnego rodzaju „szkół biznesu”, a szczególnie placówek szkolących liderów).

Poza tym *management* musi szybko przystosować się do zachodzących w społeczeństwie zmian kulturowych; na przykład zachowanie dyrektorów zmienić się musi z postawy typu „macho” na zachowanie „neutrale”.

**Czy przewiduje Pan znaczne zmiany w stosunkach menedżerów z personelem, klien-**



### tami, dostawcami, dystrybutorami, akcjonariuszami...?

Wysokość wynagrodzenia nie będzie zależała od zajmowanego stanowiska. Możemy wyobrazić sobie taką sytuację, że specjalista będzie zarabiał więcej niż prezes – dyrektor generalny danego przedsiębiorstwa.

W miejsce stałego zatrudnienia, przedsiębiorstwa coraz częściej oferować będą swym pracownikom „możliwość zatrudnienia”.

Nieustanne doskonalenie umiejętności pracowników spowoduje, że będą oni bardziej „odporni” na upadki przedsiębiorstw; wywoła również ich większą mobilność oraz elastyczność rynku pracy.

Dzięki rozwojowi technologii oraz poprzez zwiększenie marży osłabnie znaczenie pośredników, możliwe będzie również zaspokojenie wzrastającego popytu.

### Czy przewiduje Pan w najbliższej przyszłości poważniejsze zmiany w stosunkach pomiędzy Państwem a przedsiębiorstwem (regulacje prawne, polityka przemysłowa, pomoc finansowa, etc.)?

Wraz z pojawieniem się coraz szybszych środków transportu (samoloty ponaddźwiękowe połączą całą planetę, pozwalając przemieścić się na drugi koniec Ziemi w 70 minut) człowiek biznesu będzie mógł pracować właściwie wszędzie, bez konieczności zmiany stałego miejsca zamieszkania. W ten sposób globalizacja nie naruszy tożsamości narodowej, zachowane zostanie zróżnicowanie kulturowe, a mechanizmy rządzące państwem staną się dla społeczeństwa bardziej zrozumiałe.

Z drugiej strony, zajdą również zmiany z punktu widzenia jednostki: obowiązujący na Zachodzie rozwinięty system ubezpieczeń społecznych i ochrony praw człowieka zostanie narzucony, niejako z urzędu, także w Europie Wschodniej.

### Jaki wpływ na działalność przedsiębiorstw będzie miała „globalizacja”?

Potrzeba prowadzenia interesów na skalę światową przez 24 godziny na dobę wywoła zwiększenie liczby *partnerships* oraz relacji pomiędzy bardzo oddalonymi od siebie przedsiębiorstwami.

Filie takiego „globalnego” przedsiębiorstwa, rozrzucone po całym świecie, połączone będą za pomocą systemu komputerowego. Zaostrzą się niektóre problemy, jak np. zbyt wysokie wynagrodzenie zachodnich specjalistów.

Handel i produkcja będą przesuwać się coraz bardziej ku państwom rozwijającym się, w związku z czym nastąpi zbliżenie państw Trzeciego Świata do państw zachodnich, natomiast zwiększy się różnica pomiędzy krajami Trzeciego i Czwartego Świata, co z kolei spowoduje wzrost liczby konfliktów światowych.

### Czy występujące obecnie w zarządzaniu tendencje (jak np. dążenie do elastyczności czy też komputeryzacja) przyniosły już oczekiwane rezultaty? Czego możemy jeszcze oczekiwać?

Ogromne korzyści płynące z powszechnej komputeryzacji to jeszcze na razie kwestia przyszłości. Ostatecznym celem jest to, by personel pracował skutecznie, przemieszczając się w razie potrzeby i komunikując się bez pomocy drutu telefonicznego. Zespół pracowników staje się systemem; komputer jest zaś podrzędnym elementem, kierującym operacjami. Pomiędzy *soft* i *hard*, pomiędzy usługami i produkcją, zapanuje w końcu równowaga.

### Jakie zmiany nastąpią w sposobie pracy menedżerów i kierujących przedsiębiorstwami?

Na początku przyszłego wieku planowanie długoterminowe znów stanie się koniecznością. Coraz większe znaczenie zyskają nowe sposoby pracy, stopniowo straci je natomiast *empowerment*. Istnieje także możliwość, że scentralizowana kontrola doprowadzi znowu do zachowań konserwatywnych (ok. 2020 roku).

### Znaczenie jakich dziedzin lub dyscyplin zarządzania (np. marketing) wzrośnie, a jakich spadnie?

Wraz ze wzrostem gospodarczym wartość sprzedaży zmaleje na rzecz silnego *leadership*. Pociągnie to za sobą zmiany na rynku pracy, tzn. spadnie zapotrzebowanie na dzisiejszych przedsiębiorców-omnibusów, wykształconych wszechstronnie. Częściej zatrudniani będą natomiast specjaliści, zadaniem ich będzie wprowadzenie niezbędnych zmian w zakresie badań i rozwoju oraz stworzenie nowych, skutecznych metod produkcyjnych.

### Jak rysuje się przyszłość badań naukowych w dziedzinie zarządzania?

Badania multidyscyplinarne mają ogromną przewagę nad dotychczasowymi, prowadzonymi w poszczególnych dyscyplinach za pomocą tradycyjnych metod, które w dzisiejszym świecie są już nieskuteczne.

Przyszli liderzy będą konsultować się w jednakowym stopniu z filozofami i artystami, co z tradycyjnymi specjalistami. Ekspertci multidyscyplinarni będą stanowili nowy rodzaj badaczy w dziedzinie zarządzania.

Opr. Katarzyna Mikunda



Dnia 20 stycznia 1995 roku, w siedzibie Oddziału TNOiK w Częstochowie, odbyły się wyjazdowe posiedzenia Prezydium Zarządu Głównego oraz Zarządu Głównego Towarzystwa Naukowego Organizacji i Kierownictwa. W obu posiedzeniach uczestniczyli m.in.: przewodnicząca Głównej Rady Naukowej prof. dr hab. Alicja Sajkiewicz oraz mgr. Eugeniusz Sabarański - wiceprzewodniczący Głównej Komisji Rewizyjnej. Posiedzeniom przewodniczył Prezes Zarządu Głównego - dr Stanisław Rakowicz.

Prezydium Zarządu Głównego obrady swoje poświęciło przede wszystkim omówieniu stanu przygotowań do międzynarodowej konferencji „Transformacja w zarządzaniu organizacjami w krajach Europy Środkowej i Wschodniej” oraz przyjęciu preliminarza Zarządu Głównego TNOiK na I kwartał 1995 r.

Stan przygotowań do konferencji przedstawił Wiceprezes i Sekretarz Generalny TNOiK, Włodzimierz Hausner. Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie powierzenia prof. dr. hab. Andrzejowi K. Koźmińskiemu przewodnictwa konferencji.

Po obradach Prezydium wszyscy uczestnicy udali się do Huty Częstochowa, z którą ściśle współpracuje tamtejszy Oddział TNOiK.

Huta Częstochowa to jedno z najnowocześniejszych tego typu przedsiębiorstw - nie tylko w Polsce, ale także w tej części Europy. Po wizycie w hucie członkowie TNOiK mieli okazję spotkać się z dyrektorem naczelnym przedsiębiorstwa, mgr. inż. Józefem Wypychem, który dał się wszystkim poznać jako wybitnej klasy fachowiec, któremu nieobce są arkana nowoczesnego zarządzania.

Obrady Zarządu Głównego dotyczyły m.in.:

- podsumowania działalności

Towarzystwa w 1994 r. (wystąpienie Prezesa ZG dr. Stanisława Rakowicza),

- przyjęcia planu działalności Zarządu Głównego TNOiK na 1995 r.,

- nadania Odznak Honorowych TNOiK.

Rok 1994, zdaniem Prezesa Rakowicza, okazał się korzystny dla Towarzystwa. W swoim wystąpieniu Prezes podkreślił fakt stworzenia podwalin pod nową strukturę organizacji, w której musi być miejsce na społeczną misję, której podejmuje się wysoko kwalifikowana kadra. Prezes zasugerował także potrzebę dokonania zmian w statucie TNOiK, które mogłyby być dokonane na Nadzwyczajnym Zjeździe Towarzystwa jesienią br.

Plany i zamierzenia na rok 1995 przedstawił Wiceprezes Włodzimierz Hausner. Podkreślił on niezwykle znaczenie dorobku roku 1994 dla Towarzystwa, a przede wszystkim olbrzymią szansę, jaką niesie ze sobą dobrze zorganizowana konferencja „Transformacja w zarządzaniu organizacjami w krajach Europy Środkowej i Wschodniej” i obchody 70-lecia TNOiK w roku 1995.

Wspinała organizacja obrad to wynik doskonałej pracy Prezesa Oddziału w Częstochowie, mgr. Mieczysława Więckowskiego, oraz dyrektora tej placówki, inż. Bolesława Koćwina, oraz całego zespołu działaczy i pracowników Biura Oddziału TNOiK.

*Opr. Jarosław Kędzior*



Dnia 9 stycznia br. odbyło się uroczyste posiedzenie Zarządu Wielkopolskiego Oddziału TNOiK w Poznaniu z udziałem Przewodniczącego Rady Naukowej

Oddziału. Pod przewodnictwem Prezesa Zarządu, prof. dr. hab. Stefana Abta, dokonano podsumowania całorocznej pracy. Na uwagę zasługuje pełne reaktywowanie działalności naukowej w zakresie organizacji sympozjów i konferencji. Oprócz realizacji celów konferencji, polegających na stworzeniu płaszczyzny wymiany doświadczeń między praktykami i teoretykami, trwałymi efektami są materiały konferencyjne:

- Prawno-organizacyjne problemy funkcjonowania spółek akcyjnych w Polsce (10-11 marca 94 r.)

- Sieci komputerowe na usługach logistycznego zaopatrywania (29-30 września 94 r.)

- Problematyka zarządzania strategicznego (listopad 1994 r.).

Ta ostatnia pozycja, obejmująca 18 referatów, zainicjowała serię Zeszytów Naukowych Oddziału Wojewódzkiego TNOiK. Seria będzie kontynuowana.

Szczególną aktywnością odznaczało się Koło Środowiskowe Nauczycieli TNOiK Poznań (które podsumowało swą pracę już 15 grudnia ub. r.), mające widoczne osiągnięcia w oddziaływaniu na środowisko nauczycielskie miasta i województwa, między innymi poprzez organizowanie spotkań poselskich, a także twórczy udział w reformowaniu szkolnictwa (zwłaszcza zawodowego i rzemieślniczego).

W trakcie dyskusji dokonano podziału zadań na rok 1995, ze szczególnym zwróceniem uwagi na organizowanie konferencji na temat modernizacji zarządzania (przewiduje się wydanie 3 zeszytów naukowych), a także podjęcie nowych inicjatyw (m.in. cykle zajęć dydaktycznych, dotyczących organizacji, w szkołach średnich) oraz odnowienie dawnych form pracy (odrodzenie klubu organizatora, mającego na celu uaktywnienie środowiska).

*Opr. Tadeusz Stocki*