

5

Implementacja strategii

5.1. Istota i zadania implementacji

5.1.1. Pojęcie implementacji

Dobrym punktem wyjścia do rozważań nad pojęciem implementacji¹ jest struktura fazowa strategii (zob. rysunek 2.2), gdzie klamrą spinającą są planowanie strategiczne i kontrolowanie strategii (czyli to, co nazywa się dzisiaj controllingiem strategicznym). Pośrodku znajdują się dwie grupy czynności przygotowujących realizację (organizowanie i motywowanie) i sama realizacja. Gdyby przedsiębiorstwo było systemem podobnym do komputera czy osoby uczącej się, a więc mającym strukturę makroskopowo niezmienną, można implementację utożsamić z organizowaniem, motywowaniem i pierwszym krokiem realizacji, to jest z rozruchem. W rezultacie rozruchu „przedsiębiorstwo-urządzenie” czy „przedsiębiorstwo-uczeń” zostałoby wdrożone („przyuczono”) do działania zapisanego w planie strategicznym. Problem w tym, że w przypadku przedsiębiorstwa chodzi o zmienne w czasoprzestrzeni osiągnięcia strategiczne i sytuację strategiczną, w tym jego wewnętrzną strukturę, co uwidacznia rysunek 5.1.

W T_0P_0 przedsiębiorstwo ma określone poziom osiągnięć i sytuację strategiczną, ukształtowane historycznie i wyuczone, również w sensie umiejętności, kompetencje co do prowadzenia jakiejś strategii. Plan strategiczny zawiera zbiór decyzji co do nowej strategii, zmierzającej do uzyskania nowych pozycji strategicznych, a w rezultacie — nowych osiągnięć w horyzoncie strategicznym. Jednak faktyczne przyjęcie nowej strategii, uzy-

¹ Terminowi „implementacja” trudno przypisać w języku polskim wyraźne odniesienie semantyczne. Można go rozumieć jako przystosowanie jakiegoś programu do pracy na określonym typie urządzenia, uprządkowanie się czegoś, spełnienie, wywiązanie się z czegoś, wprowadzenie w czyn. Jest on bliskoznaczny „wdrażaniu”, które dotyczy wyrabiania poprzez ćwiczenia w kimś jakiejś umiejętności, obznajmiania i przysposabiania kogoś do czegoś, wprowadzania czegoś w życie. Nie prowadzi się tu wywodów etymologicznych i analizy semiotycznej, potrzebne jest więc przyjęcie konwencji językowej.

Rysunek 5.1

Idea implementacji strategii



T_0P_0, T_nP_n — odpowiednio osiągnięcia i sytuacja strategiczna przedsiębiorstwa w czasoprzestrzeni rzeczywistej T_0P_0 i czasoprzestrzeni planowanej T_nP_n (horyzoncie strategicznym);
 SWO — System Wczesnego Ostrzegania (Rozpoznania).

skanie nowych pozycji i osiągnięć strategicznych wymaga zrealizowania planu strategicznego. W tym szerszym znaczeniu, które uwzględnia również zmienność sytuacyjną przedsiębiorstwa oraz związki z diagnozą strategiczną i kontrolą strategiczną, implementacja jest w istocie ciągłym procesem organizowania, motywowania i realizowania strategicznego.

Implementacji można przypisać węższe znaczenie i ograniczyć do organizowania i motywowania oraz rozruchu w realizacji strategii, przyjmując pewne założenie. Gdyby odrzucić osiągnięcia strategiczne i sytuację strategiczną w odniesieniu do stanu otoczenia oraz nowy stan przedsiębiorstwa — pozostaną: nowa strategia (plan strategiczny) oraz „stary” (T_0P_0) stan przedsiębiorstwa.

Takie podejście umożliwia interpretowanie **implementacji** jako przystosowania „starego” stanu przedsiębiorstwa do realizacji nowej strategii (planu strategicznego), uzyskiwania nowego stanu przedsiębiorstwa w relacji do nowego stanu otoczenia (nowa sytuacja strategiczna) i uzyskiwania nowych osiągnięć.

W dalszym wywodzie uwaga dotyczy węższego rozumienia i kluczowych zagadnień implementacji strategii, bez wyróżniania określonego systemu (metody) implementacji, natomiast mając na względzie rozpatrywanie w szerszym kontekście. Taką postawę sugerują na przykład R.S. Kaplan i D.P. Norton, propagując tzw. zrównoważoną kartę wyników nie tylko jako metodę wąsko rozumianego wdrażania, lecz także jako wręcz całości-

wą metodę zarządzania strategicznego, łączącą w sobie controlling i implementację². Podziela się zdanie autorów w tej kwestii. Strategiczna Karta Wyników (SKW) proponuje porządek logiczny, według którego powinny być ułożone i zogniskowane kluczowe składniki strategii (perspektywa finansowa, perspektywa klienta, perspektywa procesu, perspektywa rozwoju). Takie podejście może być przydatne na etapie zarówno formułowania strategii, jak i implementacji oraz kontrolowania. Sądzi się jednak, że jej podstawowe przesłanie (przełożenie strategii na zarządzanie operacyjne) oraz niemożność opisanie (sformułowania) całej strategii według zasady SKW przesądza o przypisaniu jej statusu metody zarządzania strategicznego o szczególnej przydatności dla implementacji i kontrolowania.

5.1.2. System implementacji

Z metodologicznego punktu widzenia do implementacji strategii można podejść zgodnie z logiką zarysowaną w rozdziale 1. Oznacza to, że implementacja ma swoje własne wartości i cele, wywodzi się z określonych założeń *a priori* (np. strategiczna karta wyników), stanowi system oraz podlega rozmaitym ograniczeniom i innym uwarunkowaniom. Jest oczywiste, że logika ta musi być spójna z logiką zarządzania strategicznego i danej strategii jako całości.

Problem implementacji strategii to trudność odpowiedzi na pytanie, jak przekształcić strategiczny plan w działanie, a następnie w oczekiwane osiągnięcia (tablica 5.1).

Tablica 5.1
Formułowanie a implementacja strategii

Formułowanie strategii	Implementacja strategii
Polega na kreowaniu i wykorzystaniu przedsiębiorczości	Polega na administrowaniu
Pozycjonowanie sił między działaniami	Zarządzanie siłami podczas działania
Koncentracja na efektywności	Koncentracja na skuteczności
Głównie proces intelektualny	Głównie proces operacyjny
Wymaga dobrej wprawy analitycznej i intuicji	Wymaga specjalnej motywacji i wprawy przywódczej
Wymaga koordynacji między projektującymi strategię (niewiele osób)	Wymaga koordynacji między wieloma osobami

Źródło: F.R. David, *Strategic Management*, Macmillan Publishing Co, New York 1991, s. 253.

² Zob. R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001; R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Praktyka, CIM*, Warszawa 2001.

Sposób implementacji (a nawet strategia implementacji) powinien być dostosowany do specyfiki przedsiębiorstwa i okoliczności jego działania oraz specyfiki strategii. Tak więc przedsiębiorstwo będące w dobrej kondycji będzie inaczej wdrażało niż będące w kryzysie, a zwłaszcza znajdujące się w okresie gwałtownej transformacji i wdrażające strategię po raz pierwszy. To ostatnie spotka się nie tylko z odmiennymi problemami wdrożeniowymi niż przedsiębiorstwo w dobrej kondycji, ale praktycznie z pełnym wachlarzem zupełnie nowych problemów, sięgających jego najgłębszych warstw natury społecznej, technicznej i ekonomicznej. Inne zasady wdrażania należy także zastosować w zależności od tego, czy strategia przewiduje intensywny wzrost portfela produktów, czy odwrotnie — wąsko wyspecjalizowany portfel na ograniczonym terytorialnie rynku. Wreszcie nie bez znaczenia jest zakres zmiany strategii. Zwrot strategiczny (nowa strategia) powoduje inne problemy wdrożeniowe niż kontynuowanie starej strategii przy niewielkich korektach.

Wdrażanie strategii w wąskim znaczeniu to przede wszystkim czynności zarządcze, ukierunkowane na konkretyzację i spowodowanie jej realizacji. To ostatnie oznacza podejmowanie czynności przywódczych, organizatorsko-koordynacyjnych i motywujących w stosunku do ludzi i zasobów zatrudnionych w przedsiębiorstwie oraz przedsiębiorstwa jako całości, a także w stosunku do otoczenia. Inną grupę czynności wdrożeniowych stanowi działalność wspierająca, tworząca okoliczności rzutujące pozytywnie na wdrożenie strategii.

Podmiotem wdrażającym strategię są wszystkie osoby pełniące funkcje kierownicze (stanowiska kierownicze) oraz eksperci wewnętrzni i zewnętrzni pracujący bezpośrednio na ich potrzeby — wszyscy adekwatnie i w ramach ich umocowań wynikających z zakresu władzy, obowiązków i odpowiedzialności. Tak więc dyrektor przedsiębiorstwa jest odpowiedzialny m.in. za określenie kierunków implementacji strategii jako całości i sprawowanie generalnego przywództwa wdrożeniowego, pobudzanie osób bezpośrednio mu podległych do wysiłków wdrożeniowych, inicjowanie zmian kultury przedsiębiorstwa, przygotowanie budżetów krótkookresowych dla przedsiębiorstwa jako całości. Szef funkcji zatrudnienia i kadr będzie się koncentrował na określeniu celów krótkookresowych w obszarze zatrudnienia i kadr, przygotowywaniu propozycji nagród i budżetów powiązanych z zadaniami strategicznymi, przygotowaniu projektów w dziedzinie kształtowania procedur zatrudnieniowych, kadrowych i innych. Powinnością dyrektora SJB mogą być wszystkie zadania implementacyjne (zob. tablica 5.2) w odniesieniu do macierzystej dywizji. Może on je wykonywać samodzielnie (co byłoby trudne) lub przy wsparciu i współpracy innych podmiotów. Zależy to od przyjętego podziału pracy i struktury organizacyjnej.

5.1.3. Zadania implementacji

Kluczowe zadania implementacji strategii zostały przedstawione w tablicy 5.2.

Operacjonalizacja celów, pozyskiwanie i alokacja zasobów wiążą się ściśle z bieżącym gospodarowaniem, czyli rozwiązywaniem problemu, jak ograniczone zasoby podzielić między różne cele. Cele horyzontu strategii (np. trzy lata) trzeba przełożyć na zadania roczne i krótsze oraz dobrać odpowiednie zasoby do ich osiągnięcia.

Tablica 5.2

Kluczowe zadania implementacji strategii

Operacjonalizacja celów, pozyskiwanie i alokacja zasobów	Budowanie organizacji zdolnej do skutecznego egzekwowania strategii	Kształtowanie budżetów wprowadzających strategię
Budowanie wspierającego systemu zarządzania	Agenda wdrażającego ▲ co zrobić wcześniej, a co później ▲ co wymaga więcej czasu i osobistej uwagi ▲ co można delegować innym	Dostosowanie kultury przedsiębiorstwa do strategii
Kształtowanie systemu motywacji (nagród i bodźców) ściśle powiązanych z osiągnięciem celów i strategii		Wykonywanie strategicznego przywództwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A.A. Thompson, A.J. Strickland, *Strategic Management*, R.D. Irwin, Boston 1990, s. 217.

Budowanie organizacji zdolnej do skutecznego egzekwowania strategii polega przede wszystkim na skonstruowaniu statycznej i dynamicznej struktury organizacyjnej opisującej szczegółowo ład, porządek, harmonię współdziałania oraz koordynację elementów i części składowych przedsiębiorstwa w zakresie podziału pracy, władzy, odpowiedzialności, jasności i ściśłości ich przyporządkowania. Przedmiotem organizowania jest także standaryzacja działań i organizacji oraz utrwalenie ich w odpowiednim systemie dokumentacji.

Kształtowanie budżetów wprowadzających strategię dotyczy działań i przedsięwzięć oraz jednostek organizacyjnych kluczowych dla powodzenia strategii. „Budżety” w szerokim tego słowa znaczeniu odnoszą się do zdobywania kapitału (źródeł finansowania), analizowania przychodów i wydatków oraz wartości całego przedsiębiorstwa lub jego zorganizowanego fragmentu (np. oddziału) czy też pojedynczych składników majątkowych.

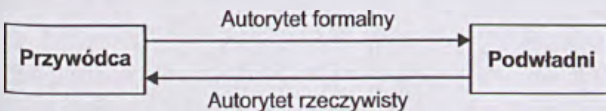
Budowanie wspierającego systemu zarządzania jest przede wszystkim związane z kształtowaniem programów i planów wspierających, polityk i procedur operacyjnych oraz systemu informacyjnego mającego na celu wdrażanie strategii i powiązanego z globalnym systemem informacyjnym zarządzania strategicznego. Te składniki systemu zarządzania powinny być wyznaczane także w odniesieniu do kluczowych działań i przedsięwzięć, funkcji i jednostek organizacyjnych.

Dostosowanie kultury przedsiębiorstwa do strategii skupia się na przedsiębiorstwie jako całości, ale również na głównych jednostkach składowych czy grupach zatrudnionych (np. robotnicy, administracja). Jego przedmiotem jest stworzenie przyjaznego dla strategii klimatu świadomości i zachowań.

Kształtowanie systemu motywacji jest zorientowane na powiązanie celów i osiągnięć strategii. Chodzi o podniesienie, w oczach zatrudnionych i współpracujących z przedsiębiorstwem, wartości działań biznesowych i ich wyników. W istocie zmierza się tu do silnego popierania zachowań i postaw probiznesowych i hamowania niekorzystnych.

Wykonywanie strategicznego przywództwa uzupełnia dostosowanie kultury i kształtowanie systemu motywacji. Dostosowanie kultury tworzy przede wszystkim tło świadomościowe „w głowach” personelu przedsiębiorstwa. Kształtowanie systemu motywowania jest obliczone na — w pewnym sensie — przymuszanie ludzi do określonych postaw i zachowań. Ideą przywództwa jest natomiast podejmowanie działań i prezentowanie postaw, które mają stworzyć przykład dla personelu, mają go „pociągnąć” za liderem (przywódcą). Idea przywództwa łączy w sobie w sposób integralny i zrównoważony stosowanie przymusu (autorytet formalny) z autorytetem rzeczywistym (rysunek 5.2), z położeniem nacisku na autorytet rzeczywisty.

Rysunek 5.2
Idea przywództwa



Kontrola strategiczna nie leży bezpośrednio w obszarze wąsko rozumianego wdrażania strategii, lecz jest z nim silnie i bezpośrednio związana. Przedmiotem kontrolowania jest zgodność skutków z planem strategicznym oraz przebiegu całego cyklu z założeniami. W procesie kontrolowania stwierdza się istotę i przyczyny niezgodności planu strategicznego ze skutkami, konstatując albo potrzebę korekt planu (kiedy był zbyt napięty, nierealny itp.), albo potrzebę zmiany systemu wdrażania (ponieważ skutki nie są zgodne z planem), albo jedno i drugie. Bez kontrolowania nie ma więc skutecznego korygowania systemu wdrażania i dostosowania go do okoliczności.

5.2. Operacjonalizacja celów i alokacja zasobów

5.2.1. Istota i funkcje operacjonalizacji celów

Przedsiębiorstwo zazwyczaj nie zakłada kontynuowania swoich interesów przez rok. W tym czasie nie mogłoby nawet wystarczająco dobrze rozwinąć swojego potencjału. Strategia musi być zatem rozpatrywana w horyzoncie odpowiednim do dynamiki zmian w bezpośrednim otoczeniu i niekoniecznie przy założeniu tego samego obszaru (geografii) działalności.

Cele strategiczne opisują więc to, co ma być osiągnięte przez całe przedsiębiorstwo i jego główne części (dziedziny) w dłuższym okresie i przez wszystkie lub główne obszary aktywności.

Operacjonalizacja celów to nic innego jak nadanie im operacyjnego charakteru, czyli przystosowanie ich do potrzeb realizacji strategii. W istocie polega na zawężeniu zakresu celów, precyzyjnej parametryzacji tego, co ma być osiągnięte, przetłumaczeniu celów wyższego rzędu na cele niższego rzędu. Podobnie jest w odniesieniu do alokacji zasobów — fizycznych (np. składniki majątku), technicznych (np. metody i procedury operacyjne), ludzkich (zasób pracy i gotowość do pracy), informacyjnych (zasób wiedzy) i finansowych.

Po pierwsze, globalne zasoby i struktura zasobów muszą być zoperacjonalizowane dla krótszych okresów, mniejszych procesów i obszarów oraz drobniejszych jednostek organizacyjnych. Po drugie, każdy rodzaj zasobu powinien być przyporządkowany celom operacyjnym.

Cele operacyjne pełnią określoną funkcję we wdrażaniu. Przede wszystkim stanowią bazę dla implementacji zasobów — wiadomo, na jakie kierunki i ile zasobów (zakładając standardy efektywności ich wykorzystania) przydzielić. Cele operacyjne ustalają priorytet dla jednostek organizacyjnych, które mają je realizować. Inną funkcją celów operacyjnych jest to, że stanowią podstawy do oceny sprawności działania menedżerów. Wreszcie są one głównym instrumentem monitorowania postępu na drodze osiągania celów strategicznych. Cele ekonomiczne stanowią istotną grupę w wiązce kluczowych celów strategii. Przykład ich operacjonalizacji dla szpitala został opisany w następnym podrozdziale.

5.2.2. Zasady operacjonalizacji celów

Cel długookresowy dla szpitala jako przedsiębiorstwa na poziomie korporacji albo inaczey — poziomie globalnym został ustalony dla trzech lat i określony jako 30-procentowa obniżka kosztu świadczenia usług medycznych. Miesięczny koszt pobytu jednego pacjenta w szpitalu przedstawia tablica 5.3, natomiast przebieg operacjonalizacji kosztu świadczenia usług medycznych — rysunek 5.3.

Tablica 5.3

Miesięczny koszt pobytu jednego pacjenta w szpitalu (ok. 30 osobodni)

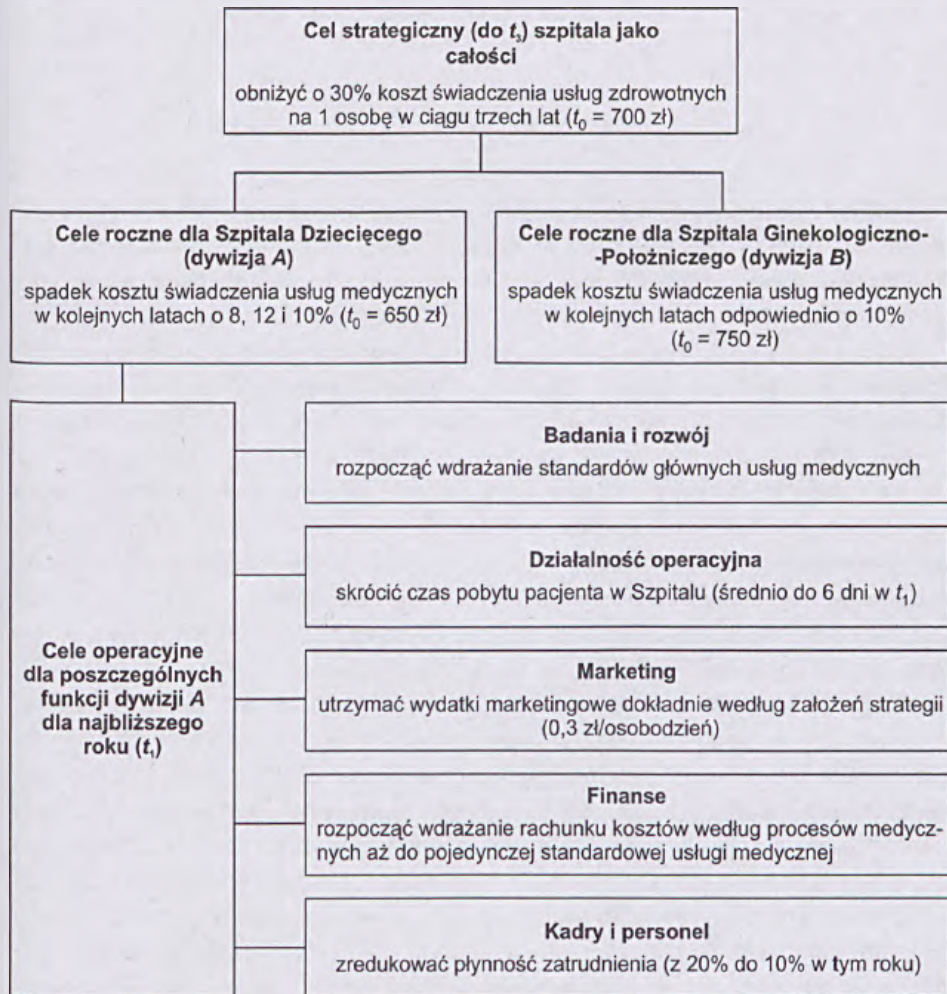
(zł/1 osobę)

Jednostka \ Okres strategii	Rok			
	t_0	t_1	t_2	t_3
Szpital Dziecięcy (dywizja A)	650,0	598,0	520,0	455,0
Szpital Ginekologiczno-Położniczy (dywizja B)	750,0	675,0	600,0	525,0
Szpital jako całość (średnia)	700,0	636,5	560,0	495,0

Pierwszy problem to **wybór formuły celu**: koszt/1 osobę/miesiąc lub osobodzień czy też średni koszt grupy świadczeń zdrowotnych (usług medycznych). Następna kwestia to ustalenie **jednostek pomiaru opłacalności** (celów) — jednostki naturalne, relatywne, przeliczeniowe. Operacjonalizacja celów polega na skróceniu horyzontu, a więc przełożeniu okresu trzech lat na okresy roczne i krótsze, w skrajnym przypadku nawet na zadania dzienne i dekadowe.

Rysunek 5.3

Operacjonalizacja kosztu świadczenia usług medycznych

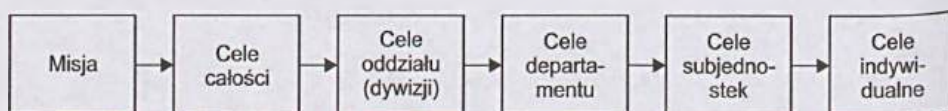


Zawężeniu musi także ulec **zakres podmiotowy i funkcjonalny celu**. Cele z poziomu całego szpitala powinny być przełożone na cele głównych procesów, głównych jednostek organizacyjnych, a dalej na poziom funkcji tych jednostek (rysunek 5.4). Ujęcie pro-

cesowe polega na sporządzeniu mapy procesów biznesowych, poczynając od makroprocesów (procesy główne) aż do mikroprocesów według przyjętego klasyfikatora. W odniesieniu do każdego z nich należy alokować cele strategiczne w odpowiednich kategoriach, takich jak wartość dodana, zadowolenie klienta, jakość rezultatu, koszt i czas przebiegu leczenia itp.

Rysunek 5.4

Hierarchia celów w ujęciu podmiotowym



Źródło: L.W. Rue, Ph. Holland, *Strategic Management*, McGraw-Hill, New York 1986, s. 295.

Ujęcie funkcjonalne polega na przyporządkowaniu celów szczegółowych poszczególnym funkcjom przedsiębiorstwa, rozwijanym w ramach danej dywizji czy przedsiębiorstwa jako całości. Przez **funkcje** rozumie się zbiory względnie jednorodnych, powtarzalnych czynności, skierowane na jeden lub wiele celów.

Cele operacyjne wywodzone z celów długoterminowych strategii muszą razem stanowić system, co oznacza spójność poziomą i pionową. Cele dywizji sumują się w cele całości (korporacji) lub też wzajemnie dopełniają. Natomiast cele niższych rzędów wynikają z celów wyższych rzędów, stanowią składniki (narzędzia) ich osiągania. Tak więc obniżenie kosztów ma być osiągnięte dzięki wprowadzeniu standaryzacji usług medycznych, skróceniu czasu pobytu pacjenta w szpitalu itd. Jak łatwo zauważyć, następuje **tłumaczenie celu** wyrażonego w jednej kategorii (koszty) na cele wyrażone w innych kategoriach (standardy, liczba dni pobytu itp.). Cele te należy rozpatrywać w relacjach związków przyczynowo-skutkowych lub uwarunkowań koniecznych w stosunku do głównych celów strategii.

Alokacja zasobów podąża za celami operacyjnymi również w podobnych przekrojach (procesowym, podmiotowym, funkcjonalnym). Tak więc np. całkowite zasoby pracy przewidywane w strategii powinny być rozłożone na poszczególne krótsze okresy oraz alokowane między cele różnych rzędów, podmioty różnych szczebli, funkcje szpitala czy główne procesy. Jest jasne, że analiza zasobów, wzięwszy pod uwagę celowość i koszt ich utrzymania (np. koszty pracy) oraz ich efektywność (np. produktywność — liczba zabiegów na jednostkę czasu pracy lub osobę), wskaże, w jakim stopniu będą to zasoby własne przedsiębiorstwa, a w jakim kupione w otoczeniu. W rezultacie taka operacyjna analiza pokaże, ile z całkowitych zasobów pracy przeznaczymy na badania i rozwój standardów, działalność operacyjną czy całkowity rozmiar i strukturę zatrudnienia w Szpitalu Dziecięcym w t_1 .

W podanym przykładzie całkowity koszt pracy dywizji A (Szpitala Dziecięcego) przyjęto w horyzoncie strategii na identycznym poziomie (tablica 5.4). Przy założeniu, że średni jednostkowy koszt pracy na osobę dla całego szpitala rośnie w tempie ok. 11% rocznie, Szpital Dziecięcy musi ograniczyć zatrudnienie, również corocznie. Oczywiście, jeśli nie zgodzimy się na ograniczenie zakresu i jakości świadczonych usług medycznych, to wniosek jest prosty: powinny wzrosnąć intensywność pracy oraz doskonałość organizacji pracy i zarządzania. To są także operacyjne cele strategiczne planu dla dywizji A.

Tablica 5.4
Rozwój kosztów pracy i zatrudnienia w strategii

Wyszczególnienie \ Okres strategii	Rok			
	t_0	t_1	t_2	t_3
Średni jednostkowy koszt pracy dla całego szpitala na osobę w skali roku (w zł)	18 000	20 000	22 000	24 000
Całkowity roczny koszt pracy Szpitala Dziecięcego (w zł)	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000
Liczba zatrudnionych ogółem w Szpitalu Dziecięcym	400	360	327	300
Liczba zatrudnionych w celach badań i rozwoju w Szpitalu Dziecięcym	2	2	2	2

Operacjonalizacja celów i alokacja zasobów powinny być prowadzone według określonych reguł. Cele operacyjne należy formułować z zachowaniem wymogów mierzalności, spójności, przyczynowości. Wszędzie tam, gdzie to jest możliwe, opisuje się je w kategoriach ilościowych, jakościowych, czasowych i kosztowych, z precyzyjnym podaniem jednostek miary i poziomu osiągnięć. Trzeba unikać takich określeń, jak np. „maksymalizacja”, „minimalizacja”, „tak szybko jak tylko możliwe”, „adekwatnie”, „doskonalenie osiągnięć”, które są właściwe do zarysowania kierunków strategicznego rozwoju, lecz nie do celów operacyjnych. Cele operacyjne powinny być wykonalne i podatne na weryfikację. Ich komunikowanie załodze na dowolnym szczeblu nie może budzić wątpliwości. Jasność prezentacji, uzasadnienie przyczynowe jednych celów drugimi ułatwia percepcję, zrozumienie i identyfikowanie się realizatorów z tymi celami. W razie spodziewanych konfliktów między celami trzeba ustanowić procedury koordynacji i nadrzędne priorytety.

5.3. Organizacja

5.3.1. Idea organizacji wspierającej strategię

Budowanie organizacji zdolnej do skutecznego egzekwowania strategii polega w istocie na połączeniu ludzi i innych zasobów w całość organizacyjną zdolną podjąć realizację zadań (organizowanie). Ogólnie rzecz biorąc, istotne znaczenie dla budowania organizacji zdolnej do skutecznego egzekwowania strategii mają: wdrożenie sprawnej struktury organizacyjnej, przyjęcie wspierającego strategię systemu zarządzania czynnikiem ludzkim, dostosowanie menedżerów do ról i zadań, jakie wynikają z treści strategii, oraz alokacja zasobów materialnych i finansowych. Ta ostatnia już częściowo była omówiona (co do zasad), będzie zaś uzupełniona przy omawianiu budżetów.

Struktury organizacyjne, statyczne i dynamiczne, muszą ulec przebudowie stosownie do treści i celów strategii oraz zgodnie z regułami sztuki, co zapewni efektywność. **Efektywność struktury organizacyjnej** to z jednej strony sprawność, z drugiej zaś koszty, które są związane z jej budową. Na przykład zwiększenie liczby szczebli zarządzania (czasem uzasadnione) może pociągnąć za sobą wzrost liczby kierowników (wzrost kosztów), rozbudowanie procedury komunikowania się i koordynacji w układzie pionowym (wzrost kosztów i zaangażowanego czasu) itp.

Podstawową rolę dla organizacji statycznej i dynamicznej, a także dla zarządzania czynnikiem ludzkim odgrywają **opisy procesów** i **opisy pracy** (prac), które mają być wykonane w czasie realizacji strategii. W istocie dla przedsiębiorstwa już działającego większość procesów i prac jest (lub powinna być) formalnie opisana. Nowe opisy pojawiają się tylko dla czynności zawartych w strategii, których do tej pory nie wykonywano. Opisy pracy dla szpitala jako przedsiębiorstwa to nic innego jak opisy procedur i czynności medycznych z zakresu działalności podstawowej (diagnostyka, leczenie, opieka, rehabilitacja, profilaktyka i inne), prac i czynności zarządczych (planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie) oraz prac i czynności pomocniczych (czynności administracyjne, remontowe, logistyczne i inne). Powinny one mieć charakter kart opisowych pracy (tablica 5.5), prezentujących treść i strukturę pracy, logikę, metodę i uwarunkowania wykonania oraz wskazanie uzasadnienia podjęcia i skutków przeprowadzenia. Opis pracy jest bezpośrednią podstawą do jej standaryzacji (standardy) wartościowania (wyceny wartości), opracowania kart kwalifikacyjnych, taryfikatorów kwalifikacyjnych, kształtowania produktywności czy kart organizacji stanowisk pracy. Z kolei opisy (mapy) procesów mogą posłużyć, z jednej strony, do rozwinięcia systemów i procedur rachunkowości według tzw. metody ABC (*Activity Based Costing*), z drugiej zaś — do prowadzenia BPR (*Business Process Re-engineering*).

Organizacja statyczna jest zaprojektowana w strategii w formie zasad i schematów ogólnych struktury organizacyjnej. W rozwiniętej formie, do celów wdrażania ujmuje się ją w dokumentacji organizacyjnej, np. w regulaminie organizacyjnym (tablica 5.6), szczegółowych schematach organizacyjnych, teczkach organizacyjnych komórek organizacyj-

Tablica 5.5

Przykład założeń karty opisowej pracy

1. Nazwa pracy	2. Numer rejestru prac	
3. Stan opisu na rok	4. Korekta opisu	5. Sporządził
6. Cele pracy		
7. Treść i struktura głównych czynności składowych		
8. Logika i metoda wykonania		
9. Istotne prace związane (nadrzędne, podrzędne, poprzedzające, następujące, wspomagające, pomocnicze)		
10. Niezbędne narzędzia i warunki pracy		
11. Ludzie, ich kwalifikacje, konieczne warunki pracy		
12. Klienci i oczekiwane skutki		
13. Pomiar pracy (ilość, jakość, czas, koszty)		
14. Istotne dla wykonania regulacje formalne i prawne		

Tablica 5.6

Przykład typowej treści regulaminu organizacyjnego

1. Zasady organizacji i zarządzania
 - 1.1. Sytuacja prawna
 - 1.2. Zasady funkcjonowania
 - 1.3. Zasady zarządzania
 - 1.4. Zasady kształtowania struktury organizacyjnej
 - 1.5. Tryb powoływania kadry kierowniczej
 - 1.6. Zasady podejmowania decyzji
 - 1.7. Zasady wydawania wewnętrznych aktów normatywnych
 - 1.8. Zasady planowania i kontroli wewnętrznej
 - 1.9. Ogólny zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności:
 - pracownika na stanowisku kierowniczym
 - pracownika na stanowisku wykonawczym
2. Opis pionów i głównych komórek organizacyjnych
 - 2.1. Ogólna struktura organizacyjna
 - 2.2. Opis zadań i funkcji
3. Schematy struktury organizacyjnej
 - 3.1. Ogólny schemat organizacyjny
 - 3.2. Szczegółowe schematy organizacyjne
4. Postanowienia końcowe (zasady wprowadzania zmian w regulaminie organizacyjnym)

Tablica 5.7

Przykład założeń karty organizacji stanowiska pracy (KOSP)

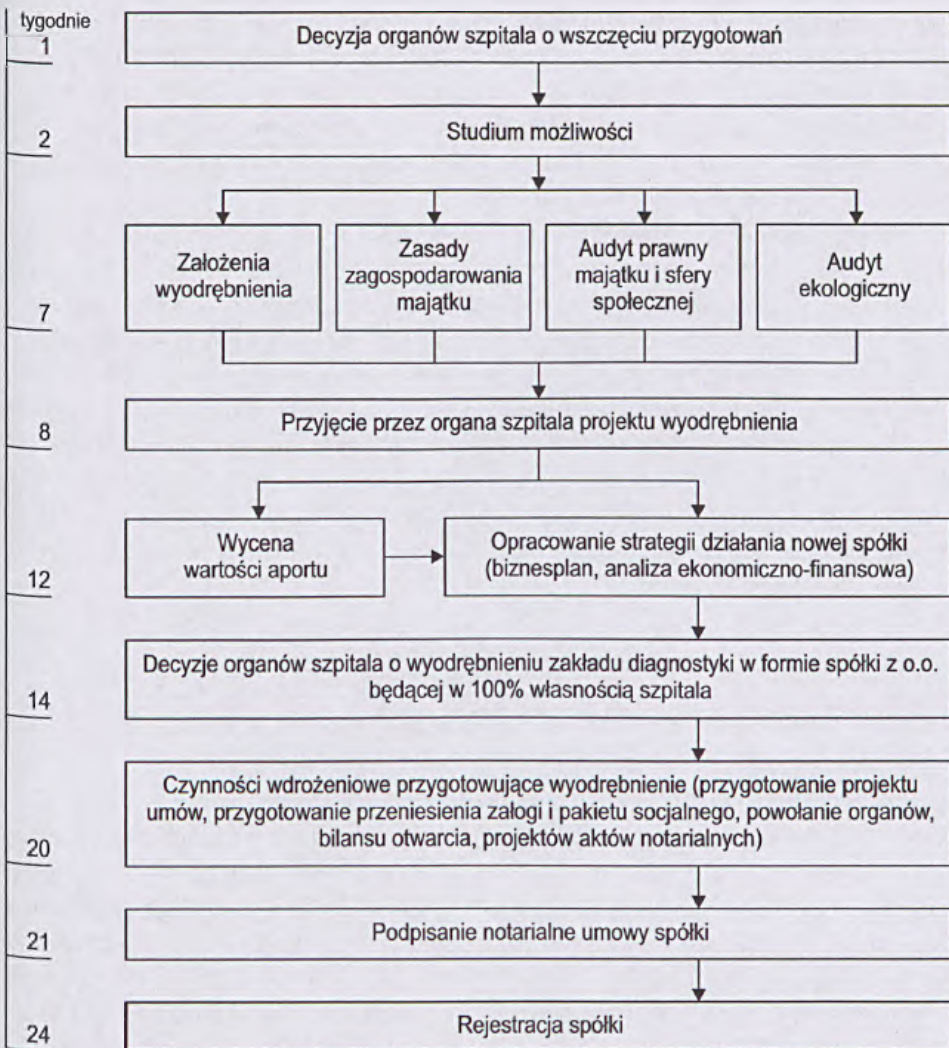
Karta organizacji stanowiska pracy	Numer	Nazwa stanowiska pracy	Symbol
Nazwa komórki organizacyjnej	Symbol	Data przyjęcia i podpisania KOSP	
		Daty aktualizacji KOSP	
Nazwisko i imię pracownika			
1. Usytuowanie stanowiska pracy w strukturze organizacyjnej			
stanowisku podlega			
stanowisko podlega			
2. Główny cel stanowiska pracy oraz standardy osiągnięć			
cel główny			
standardy osiągnięć			
3. Zadania (funkcje, czynności) realizowane na stanowisku pracy, traktowane jako obowiązki			
4. Zakres uprawnień decyzyjnych w dziedzinie (tu: układ funkcjonalny)			
zaopatrzenia			
sprzedaży			
działań operacyjnych			
zatrudnienia i polityki kadrowej			
finansów			
organizacji i zarządzania			
inne (jakie?)			
5. Zakres odpowiedzialności związanej z realizacją celów i zadań na stanowisku pracy stosownie do posiadanych uprawnień decyzyjnych			
odpowiedzialność służbowa			
odpowiedzialność materialna			
odpowiedzialność karna			
odpowiedzialność porządkowa			
6. Prawa pracownicze związane z realizacją celów i zadań na stanowisku pracy			
7. Wymagania kwalifikacyjne związane z realizacją celów i zadań na stanowisku pracy			
Poziom wymagań		Niezbędne	Pożądane
Typ wymagań			
Wykształcenie formalne			
Doświadczenie zawodowe			
Umiejętności praktyczne			
Cechy osobowości			
8. Zasady zastępowania			
jest zastępowany przez			
zastępuje			
9. Zasady zmian i aktualizacji KOSP			
10. Oświadczenie o przyjęciu treści KOSP, zobowiązaniu do jej przestrzegania pod rygorem środków prawnych			

nych czy kartach organizacji stanowisk pracy, wprowadzając do nich stosowne korekty i zmiany (tablica 5.7).

Organizacja dynamiczna, w odróżnieniu od statycznej, zajmuje się harmonizacją działań ze szczególnym uwzględnieniem ich przebiegu w czasie i przestrzeni. W strategii organizację dynamiczną sprowadza się do układania przebiegów działań i przedsięwzięć globalnych. Wdrożenie strategii polega na zastosowaniu operacyjnych harmonogramów, schematów przebiegów organizacyjnych, schematów blokowych opisujących

Rysunek 5.5

Schemat postępowania w celu wyodrębnienia spółki zależnej



logikę procesów. Przykład schematu blokowego dla przedsięwzięcia zaplanowanego w strategii „wyodrębnienie zakładu diagnostyki w formie spółki zależnej” przedstawia rysunek 5.5.

5.3.2. Zarządzanie ludźmi

Przyjęcie systemu **zarządzania czynnikiem ludzkim**, wspierającego strategię, polega przede wszystkim na przeprowadzeniu systemu szkoleń przygotowujących wdrożenie strategii oraz wprowadzeniu polityki kluczowego personelu. Zarządzanie czynnikiem ludzkim, zorientowane na cele strategii, jest zwykle opisane w strategii funkcjonalnej. Zajmuje się ono **zarządzaniem zatrudnieniem** (czynnik ludzki traktowany przedmiotowo jako zasób pracy — potencjał pracy i jego wykorzystanie) oraz **polityką kadrową** (czynnik ludzki traktowany podmiotowo jako podmiot podejmujący decyzje — potencjał zdolności do realizacji zadań strategii i jego wykorzystanie). Aby więc skutecznie wdrożyć plan zarządzania zatrudnieniem i politykę kadrową (część funkcjonalną strategii), potrzebne są działania wspierające wdrożenie w tej dziedzinie.

System szkoleń ma przynieść wiedzę i umiejętności potrzebne do przejścia od realizacji obecnych zadań do zadań strategicznych przedsiębiorstwa oraz wymagane dla realizacji strategii. W pierwszym przypadku chodzi o wiedzę i umiejętności co do sposobu przedstawiania się z kompetencji „przedstrategicznych” na kompetencje wymagane ze względu na realizowaną strategię (przykładowo, w szpitalu wymagania w stosunku do lekarzy, personelu medycznego i personelu administracyjno-pomocniczego). W drugim przypadku celem jest osiągnięcie takich treści, struktury i poziomu kompetencji przez wymieniony personel, jakie są wymagane strategią. Powinny temu służyć specjalnie dla przedsiębiorstwa skonstruowany program oraz odpowiednia organizacja szkoleń. Przeprowadzenie szkoleń należy oprzeć na własnym lub wynajętym potencjale szkoleniowym oraz specjalnie przyjętym budżecie.

5.3.3. Polityka kluczowego personelu

Wprowadzenie **polityki kluczowego personelu** pozwala odpowiedzieć na pytania, na jakie role organizacyjne należy postawić i jakie dla nich osoby przewidzieć, aby zapewnić sobie powodzenie strategii. Chodzi tu przy tym o politykę wobec personelu zarówno wykonawczego, jak i kierowniczego. Na sukces strategii składają się niewątpliwie wszyscy zatrudnieni, każdy w ramach swojej roli w przedsiębiorstwie. Jednak na niektóre dziedziny strategii należy zwrócić szczególną uwagę. Przykładowo, w początkowym okresie reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce mogły to być dla szpitali: zdolność do wynegocjowania korzystnej umowy z kasą chorych, zdolność do trafnego prognozowania kosztów usług me-

dycznych, zdolność do rejestrowania i kalkulowania kosztów procedur medycznych, zdolność do racjonalizacji działalności podstawowej, pomocniczej i administracyjnej, tworzenie wiarygodnej bazy informacyjnej o rynku usług medycznych.

Innym powodem polityki kluczowego personelu może być ważność danej dziedziny ze względu na szczególną wielkość potencjalnych zysków, strat lub ryzyka z nim związanych. Kierownicy i personel odpowiedzialni za zarządzanie i realizację zadań strategii w tych dziedzinach powinni być objęci polityką kluczowego personelu. Polityka taka przewiduje specyficzne cechy odpowiednich (właściwych) ról organizacyjnych (np. specjalne zadania, uprawnienia, odpowiedzialność), specyficzne systemy koordynacji funkcjonowania tych ról (np. planowania operacyjnego, udział w naradach, komisjach, komitetach), specjalne wymagania kwalifikacyjne dla osób odgrywających takie role lub przewidzianych do nich lub wreszcie specyficzne zasady kontrolowania wyników działań takich osób (wraz z ukształtowaniem systemów motywacji związanych ze stopniem osiągnięcia zadań strategii).

Niewątpliwie istotna rola we wdrażaniu strategii przypada menedżerom wszystkich szczebli. Ich dostosowanie do ról i zadań, jakie wynikają z treści strategii, jest kolejnym problemem wdrażania na obszarze organizacji. Kierownicy działalności podstawowej szpitala (pracowni, zespołów, oddziałów, ordynatorzy i inni), pomocniczej (obsługi konserwatorsko-remontowej, zaopatrzenia w leki, sprzęt i aparaturę medyczną, usług hotelarskich, żywieniowych i innych) oraz administracyjnej (rejestracja medyczna, sprawy kadrowe, finansowe, działalność metodyczno-organizacyjna i inna) zarządzają, każdy w ramach przydzielonych zadań, uprawnień i odpowiedzialności, „własnymi” obszarami przedmiotowymi. Do ich czynności zarządczych należą nie tylko te związane z wnętrzem „własnego” obszaru, lecz także obowiązki współdziałania z kierownictwem innych obszarów (komórek). Takie wzajemne współdziałanie ma wpływ na sprawność działania jednostek zarówno macierzystych, jak i związanych kooperacją i koordynacją. Dlatego też każdy z kierowników powinien być odpowiedzialny także za właściwy dla jego zakresu i roli fragment kluczowych zadań w implementacji strategii oraz wykonanie swoich zadań wynikających z kooperacji i koordynacji z innymi komórkami. Taka strategiczna odpowiedzialność może się wyrażać w odpowiedniej konstrukcji systemów motywowania, uwzględniających osiągnięcia własne jednostki, jednostek współpracujących i korporacji.

Tak więc poszczególni kierownicy muszą aktywnie operacjonalizować cele i alokować zasoby na właściwym obszarze, modelować kulturę przedsiębiorstwa czy wykonywać strategiczne przywództwo. Inicjatywa oddolna tych kierowników musi być jednak wsparta centralną koordynacją, sprawowaną przez naczelne kierownictwo przedsiębiorstwa. W żadnym wypadku nie może to doprowadzić do sytuacji, w której każdy z kierowników implementuje strategię na własną rękę lub robi, co chce, albo też — co gorsza — czeka w nieskończoność na inicjatywy i dyrektywy odgórne. Jest to zatem kwestia strategicznej organizacji implementacji, a nie pozostawienia biegu spraw przypadkowi (co też jest jakąś strategią...).

Dobre określenie zadań implementacyjnych dla każdego z kierowników to nie

wszystko. Strategia organizowania wszystkich kierowników wokół implementacji opiera się na ich postawie probiznesowej i kwalifikacjach odpowiednich do zadań strategii w danych warunkach. W okresach przełomowych reform nie wszyscy kierownicy będą skłonni podnosić kwalifikacje, starać się zrozumieć ideę strategii, zaakceptować jej założenia i zaangażować w implementację. Trzeba zatem stworzyć dodatkowe mechanizmy pobudzające tę skłonność (szkoleniowe, promocyjne, motywacyjne). Inną metodą jest włączenie wszystkich kierowników w proces przygotowywania i konstruowania strategii, co może zapobiegać poczuciu alienacji i zmniejszyć opór przeciwko zmianom. Wreszcie, w szczególnych przypadkach niedostosowania, stosuje się strategiczną wymianę osób, w tym na pochodzące spoza przedsiębiorstwa. Liczy się na to, że wprowadzenie nowej osoby, nie obciążonej tradycją, zwiększy skuteczność implementacji.

5.4. Budżety

5.4.1. Założenia budżetowania

Strategia opracowana na dłuższe okresy dla całego przedsiębiorstwa nie może być fetyszem, czyli czymś uświęconym i niezmiennym. Oznacza to potrzebę wprowadzenia mechanizmów zapewniających niezbędną elastyczność oraz zdolność do korygowania jej składników i struktury. Strategia nie może być jednak nadmiernie labilna (płynna), gdyż straci swoją funkcję sterującą, funkcję przewodnika dla działań operacyjnych.

W istocie **budżetowanie** polega na dezagregacji i uszczegółowieniu strategii dla okresów rocznych i krótszych (kwartalnych, miesięcznych). Budżet zasadniczy dla przedsiębiorstwa jako całości powstaje przez zharmonizowanie i sumowanie budżetów szczegółowych. Składa się on z rachunku zysków i strat, bilansu i rachunku przepływów pieniężnych. Każde z tych sprawozdań finansowych zawiera szczegółowe pozycje (np. sprzedaż, przychody, koszty, wpływy, wydatki), które mają swój wymiar rzeczowy i wartościowy. Za każdą z tych szczegółowych pozycji dla przedsiębiorstwa jako całości (np. sprzedaż ogółem, koszty ogółem) kryją się ich elementy składowe, które można przypisać poszczególnym ośrodkom odpowiedzialności.

Przez **ośrodek odpowiedzialności** należy rozumieć jednostkę struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, której przypisano odpowiednie zadania, uprawnienia i odpowiedzialność za dany fragment budżetu. Tak więc np. przychody ogółem szpitala mogą być podzielone na przychody ze sprzedaży usług medycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) ogółem, przychody ze świadczenia usług medycznych odpłatnych przez pacjentów ogółem, przychody z działalności pozamedycznej ogółem,

przychody z tytułu darowizn i legatów ogółem, przychody z tytułu grantów ogółem i inne. Na przychody ze sprzedaży usług medycznych finansowanych przez NFZ ogółem mogą się składać wyłącznie przychody Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w $x\%$ (ośrodek odpowiedzialności A) i Szpitala Dziecięcego w $y\%$ (ośrodek odpowiedzialności B). Z kolei usługi medyczne odpłatne mogły być wyłącznie domeną Laboratorium jako ośrodka odpowiedzialności. To samo Laboratorium świadczy jednak wiele usług medycznych na rzecz szpitali Ginekologiczno-Położniczego i Dziecięcego, generując koszty. W ten sposób powstają mniej lub bardziej zagregowane budżety według kategorii przedmiotowych (np. ogólny budżet kosztów, a w tym budżet zużycia materiałów bezpośrednich), funkcjonalnych (np. budżet zaopatrzenia, budżet marketingu, w tym sprzedaży) czy podmiotowych (np. budżet Szpitala Dziecięcego, a w tym budżet sprzedaży, budżet zużycia materiałów bezpośrednich).

Budżetowanie z jednej strony wywodzi się z kierunkowych wytycznych i założeń strategii, z drugiej zaś tworzy warunki do jego ewentualnej korekty dzięki mechanizmowi planowania kroczącego i procedurze oddolnego kształtowania budżetów.

5.4.2. Budżet sprzedaży

Wiodącą rolę w systemie budżetowania spełnia **budżet sprzedaży**. Taki całkowity, skonsolidowany, a więc po wyeliminowaniu przepływu sprzedaży między jednostkami szpitala, budżet sprzedaży szpitala-przedsiębiorstwa zawiera wyłącznie sprzedaż zewnętrzną (tablica 5.8). Należy go koniecznie rozłożyć na krótsze (kwartalne i miesięczne) okresy i zharmonizować z budżetami sprzedaży w innym ujęciu.

Przykładowy całkowity budżet sprzedaży Zakładu Diagnostyki przedstawiono w tablicy 5.9. Pokazuje ona budżet przedmiotowo-podmiotowy bez konsolidacji. Zwraca się uwagę na to, że łączna wartość usług diagnostycznych (76 mln zł) obejmuje sprzedaż zewnętrzną w wysokości 15 mln zł (z zakładaną marżą) oraz sprzedaż wewnętrzną w wysokości 61 mln zł po kosztach własnych Zakładu Diagnostyki. Zakład Diagnostyki jest więc ośrodkiem sprzedaży i ośrodkiem kosztów. Jego sprzedaż wewnętrzna stanowi element kosztu pozostałych jednostek organizacyjnych szpitala (w najwyższym stopniu — Zespołu Poradni Specjalistycznych, przy założeniu, że Zespół ten sprzedaje wyłącznie usługi poza szpital).

Harmonizowanie budżetu sprzedaży może także przebiegać w układzie podmiotowo-przedmiotowym i źródeł finansowania. W tablicy 5.10 przedstawiono budżet w układzie podmiotowo-źródłowym, a tablicy 5.11 — w układzie przedmiotowo-źródłowym.

Tablica 5.8

Całkowity, skonsolidowany budżet sprzedaży szpitala w t₁ w układzie podmiotowo-przedmiotowym (w mln zł)

Usługi	Jednostki					
	Szpital Ginekologiczno- -Położniczy	Szpital Dziecięcy	Zespół Poradni Specjalistycznych	Zakład Diagnostyki	Ośrodek Rehabilitacji	Razem
Diagnostyka	–	–	–	15	–	15
Leczenie ambulatoryjne	–	–	20	–	–	20
Leczenie szpitalne	100	150	–	–	–	250
Rehabilitacja lecznicza	–	–	–	–	5	5
Profilaktyka	2	2	5	–	5	14
Promocja zdrowia	1	1	1	–	1	4
Szkolenie	1	1	–	–	1	3
Nadzór specjalistyczny	1	1	–	–	–	2
Razem	105	155	26	15	12	313

Tablica 5.9

Całkowity budżet sprzedaży usług diagnostycznych Zakładu Diagnostyki w t₁
(w mln zł)

Diagnostyka	Diagnostyka obrazowa	Dignostyka endoskopowa	Diagnostyka laboratoryjna	Razem
Sprzedaż				
Sprzedaż zewnętrzna	5,0	5,0	5,0	15,0
Sprzedaż wewnętrzna	30,5	10,5	20,0	61,0
Szpital Ginekologiczno-Położniczy	10,0	5,0	5,0	20,0
Szpital Dziecięcy	15,0	1,0	14,0	30,0
Zespół Przychodni Specjalistycznych	5,0	4,0	1,0	10,0
Ośrodek Rehabilitacji	0,5	0,5	–	1,0
Razem	35,5	15,5	25,0	76,0

Tablica 5.10

Całkowity budżet sprzedaży szpitala w t₁ w układzie podmiotowo-źródłowym
(w mln zł)

Źródła finansowania	Narodowy Fundusz Zdrowia	Samorząd lokalny	Budżet państwa	Środki własne pacjentów i instytucji	Razem
Jednostki					
Szpital Ginekologiczno-Położniczy	95	1	4	5	105
Szpital Dziecięcy	145	1	4	5	155
Zespół Poradni Specjalistycznych	–	2	4	20	26
Zakład Diagnostyki	–	–	–	15	15
Ośrodek Rehabilitacji	–	3	4	5	12
Razem	240	7	16	50	313

Tablica 5.11

Całkowity budżet sprzedaży szpitala w t₁ w układzie przedmiotowo-źródłowym
(w mln zł)

Źródła finansowania	Narodowy Fundusz Zdrowia	Samorząd lokalny	Budżet państwa	Środki własne pacjentów i instytucji	Razem
Usługi					
Diagnostyka	–	–	–	15	15
Leczenie ambulatoryjne	–	–	–	20	20
Leczenie szpitalne	240	–	–	10	250
Rehabilitacja lecznicza	–	–	–	5	5
Profilaktyka	–	4	10	–	14
Promocja zdrowia	–	1	3	–	4
Szkolenie	–	1	2	–	3
Nadzór specjalistyczny	–	1	1	–	2
Razem	240	7	16	50	313

5.4.3. Budżet wiodący

Zanim jednak nastąpi harmonizowanie budżetów sprzedaży, jest również możliwe harmonizowanie całkowitych budżetów ośrodków odpowiedzialności. Sytuacja taka wystąpi wówczas, gdy szpital będzie się składał z silnie wyodrębnionych jednostek organizacyjnych, tzw. dywizji.



Dywizja to jednostka organizacyjna o znacznym zakresie samodzielności ekonomicznej, organizacyjnej i prawnej; praktycznie może być tzw. centrum zysku.

Oznacza to, że już na poziomie dywizji mogą być sporządzane rachunek zysków i strat, bilans i rachunek przepływów pieniężnych, czyli budżet całościowy dywizji. W takim wypadku całościowy budżet szpitala nabiera charakteru **budżetu wiodącego** lub **budżetu głównego** (*master budget*), który jest sumą całościowych budżetów dywizji. Wyróżnienie w szpitalu np. takich dywizji, jak w główce tablicy 5.8, ma określone konsekwencje dla odpowiedzialności ich kierownictw oraz wzajemnych stosunków. Odpowiedzialność za zyski, majątek i przepływy pieniężne może być przez kierownictwa ponoszona i realna tylko wtedy, kiedy będą one miały uprawnienia decyzyjne (władcze, stanowiące) dotyczące czynników wpływających na zyski, majątek i przepływy pieniężne. Krótko mówiąc, kierownictwa szpitali, poradni itd. musiałyby mieć uprawnienia do podejmowania decyzji sprzedażnych i kosztowych (majątku trwałego i obrotowego) oraz wpływów i wydatków (przepływy pieniężne).

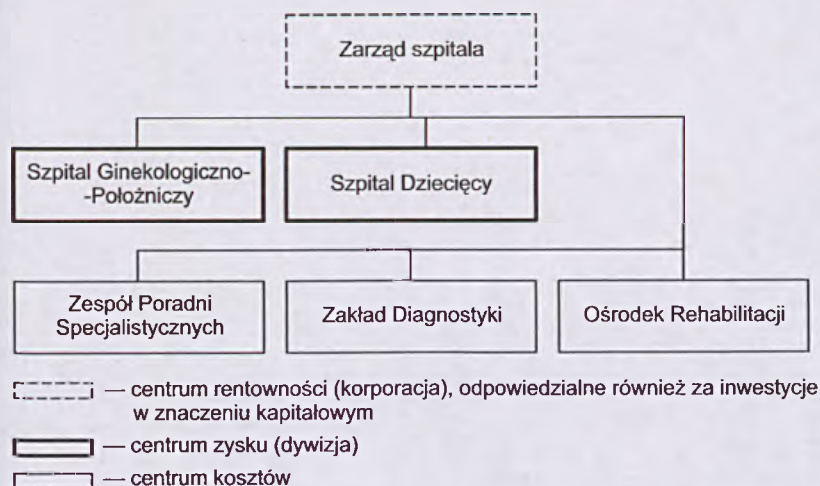
Z organizacyjnego punktu widzenia oznacza to delegowanie tych uprawnień ze szczebla szpitala jako korporacji (zarząd szpitala) na poziom dyrektorów szpitali, poradni itd. (czyli musi nastąpić „odebranie” uprawnień). Oprócz tego niezbędne jest wyposażenie ich w kompetencje (służby i osoby) zdolne przeprowadzić rejestrację, ewidencję i kalkulację na potrzeby wykonywania uprawnień zarządczych i przygotowania budżetu. Możliwą strukturę ośrodków odpowiedzialności szpitala przedstawia rysunek 5.6.

Wzajemne **przepływy między dywizjami** muszą być zorganizowane w sposób umożliwiający kalkulowanie i rozliczanie w kategoriach quasi-zewnętrznych zakupów i sprzedaży. Podstawowym problemem staje się określenie zasad stosowania wewnętrznych cen zakupów i sprzedaży w obrocie wewnętrznym korporacji (przedsiębiorstwa). Sprawa jest prosta, jeśli wewnętrzna kooperacja jest śladowa, ale komplikuje się wraz ze wzrostem jej zakresu. W omawianym przykładzie (tablica 5.9) Zakład Diagnostyki mógłby być potraktowany jako dywizja. Jednak ponad 80% jego sprzedaży to sprzedaż wewnętrzna, głównie na rzecz szpitali, sprzedających swoje usługi wyłącznie na zewnątrz. Ustalenie wewnętrznych cen sprzedaży procedur diagnostycznych musi mieć podwójny walor: umożliwić Zakładowi Diagnostyki kalkulowanie zysku (jaka marża?) oraz zapewnić szpitalom konkurencyjność na rynku sprzedaży usług medycznych (możliwie niski koszt pozyskania usług diagnostycznych). Problem ten musi być rozwiązany na poziomie korporacji (zarząd szpitala).

Pomija się w tym miejscu fundamentalne zagadnienia celowości **segmentacji strategicznej** przedsiębiorstwa i wyróżnienia w nim jakichkolwiek dywizji (strategicznych jedno-

Rysunek 5.6

Możliwa struktura ośrodków odpowiedzialności szpitala



stek biznesu). W skrajnym przypadku może się okazać, że podział przedsiębiorstwa na dywizje mija się z celem — przedsiębiorstwo jako całość pozostanie więc centrum biznesu i wyłącznie na jego poziomie zostanie sporządzony budżet wiodący.

Innym typem ośrodka odpowiedzialności jest **centrum kosztów**. Jest to taka jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, której przypisuje się określone zadania, uprawnienia decyzyjne i odpowiedzialność za ponoszone koszty. Poza jej kompetencjami leżą więc decyzje i odpowiedzialność za sprzedaż, ceny, zyski — właściwe dla dywizji (przedsiębiorstwa). W jej gestii znajdują się jednak te decyzje majątkowe, personalne czy dotyczące wydatków, które mają wpływ na koszty.

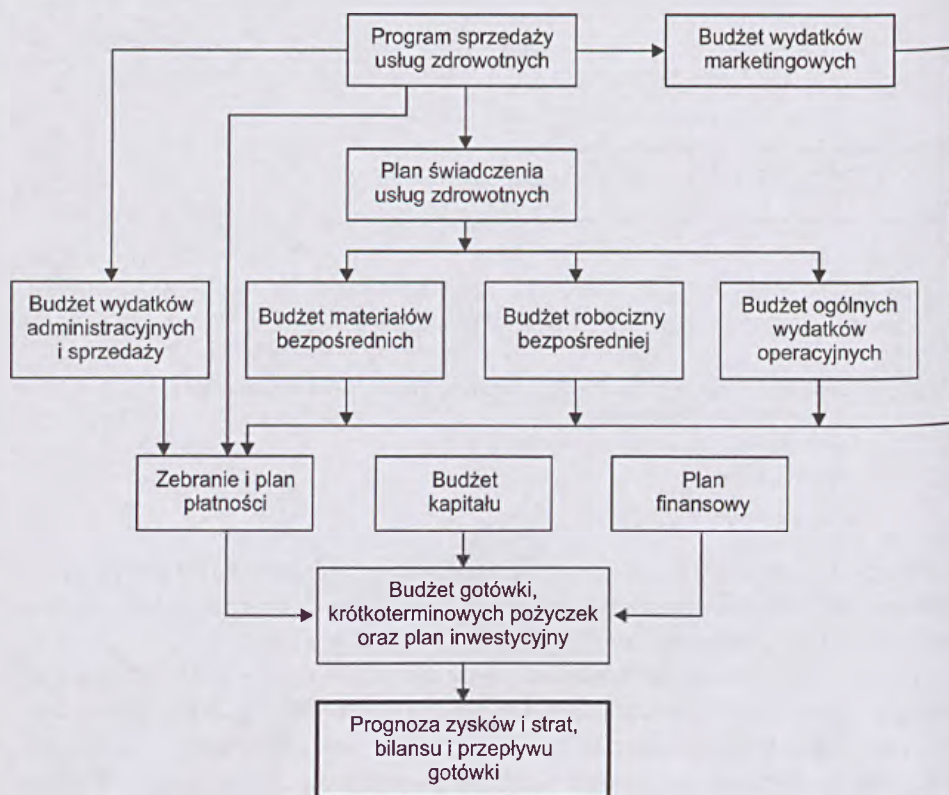
Podstawą do zarządzania centrum kosztów są koszty planowane lub standardowe, w których preliminowaniu centrum uczestniczy i jest rozliczane za odchylenia. Jednostki organizacyjne szpitala świadczące usługi wyłącznie na rzecz innych, wewnętrznych jednostek organizacyjnych mają szansę stać się ośrodkami kosztów, działającymi na podstawie standardowych kosztów procedur medycznych, kosztów na osobę, kosztów na jedno łóżko szpitalne i innych. Jest oczywiste, że taka jednostka organizacyjna przygotowuje i realizuje własny budżet kosztów. Strukturę budżetu wiodącego szpitala przedstawia rysunek 5.7.

Budżet sprzedaży ujmuje ilościowe zestawienie wszystkich procedur medycznych, jakie szpital zamierza sprzedać, oraz określenie ich jednostkowych cen sprzedaży. W rezultacie prognozuje się rozmiary przychodów ze sprzedaży ogółem. Stanowi to podstawę do oszacowania wpływów pieniężnych od klientów oraz przygotowania innych budżetów. Plan świadczenia usług medycznych obejmuje tylko zestawienie ilościowe procedur medycznych.

Sens takiego zestawienia sprowadza się do odpowiedzi na pytanie, czy szpital dysponuje odpowiednim potencjałem „wytwórczym” (świadczenie usług medycznych, wykonywanie procedur medycznych) zdolnym zrealizować plan sprzedaży. Taki budżet

Rysunek 5.7

Struktura budżetu wiodącego szpitala w układzie przedmiotowym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: G.K. Świderska, *Rachunkowość w zarządzaniu firmą*, Framax, Skierniewice 1994, s. 44.

musi rozliczać procedury medyczne, które „weszły” ze starego roku, a które zostaną zakończone w nowym roku, procedury zrealizowane całkowicie w nowym roku oraz procedury niezakończone w nowym roku (kwartale, miesiącu). Podstawą sporządzenia budżetu są: bilans zdolności do świadczenia usług medycznych, analiza poziomu wykorzystania tych zdolności (analiza produktywności i wydajności wykonywania procedur medycznych) oraz działalności jednostek organizacyjnych i innych.

5.4.4. Organizacja budżetowania

Podobnie rzecz się ma z pozostałymi budżetami: określają one zadania ilościowe i zaangażowanie zasobów, ich wymiar ilościowy i wartościowy, opierający się na zakładanym poziomie racjonalności oraz koszty i wydatki. Należy przy tym pamiętać, że w zależności od misji rola zysku i budżetów może być odmienna. Dla prywatnego szpitala zysk i budżety

mają wyraźnie charakter dążenia — stanowią cele nadrzędne, którym podporządkowane jest świadczenie usług medycznych. Wynika to z istoty niecharytatywnej, prywatnej działalności gospodarczej, która z natury rzeczy jest nastawiona komercyjnie.

W odniesieniu do publicznego szpitala na pierwszym planie mogą się znajdować cele rzeczowe związane ze świadczeniem usług medycznych, natomiast zysk i budżety są istotnymi i, w rzeczy samej, koniecznymi warunkami ich osiągnięcia. Środki publiczne muszą być bowiem zagospodarowane na poziomie racjonalności porównywalnym z działalnością prywatną, mimo że motyw podejmowania publicznej opieki zdrowotnej nie jest bezpośrednio podporządkowany zyskowi. Niższy poziom gospodarowania środkami publicznymi oznacza marnotrawstwo pieniędzy publicznych oraz narażenie obywateli, którzy są świadczeniobiorcami usług medycznych, na konieczność ponoszenia wyższych obciążeń.

Budżetowanie powinno mieć charakter partycypacyjny, oddolny i ciągły. Najważniejszymi etapami w procesie budżetowania są³:

- 1) przekazywanie szczegółowych danych o przyjętej polityce budżetowej i wytycznych dla osób odpowiedzialnych za sporządzenie budżetów,
- 2) określenie czynników ograniczających wielkość świadczonych usług zdrowotnych,
- 3) sporządzenie budżetu sprzedaży,
- 4) wstępne sporządzenie różnych budżetów,
- 5) negocjowanie budżetów z przełożonymi,
- 6) koordynowanie i weryfikacja budżetów,
- 7) finalne zatwierdzenie i przyjęcie budżetów,
- 8) stała weryfikacja budżetów w trakcie ich realizacji.

Administrowanie nowym budżetem wiodącym może być powierzone — w części dotyczącej koordynacji — komisji budżetowej. Wspiera ona zarząd przedsiębiorstwa oraz kierowników ośrodków odpowiedzialności i kierowników funkcjonalnych (głównego księgowego, szefa zaopatrzenia i innych) w procesie budżetowania.

5.5. System zarządzania wspierający implementację

5.5.1. Zogniskowanie na kluczowych czynnikach sukcesu

Konstrukcja systemu zarządzania musi wesprzeć realizację strategii zarówno wewnątrz przedsiębiorstwa, jak i w powiązaniach z otoczeniem. Zarządzanie powinno przede wszystkim się skoncentrować na podjęciu **czynności zarządczych dotyczących kluczo-**

³ C. Drury, *Rachunek kosztów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 375.

Tablica 5.12
Program kształtowania kluczowych czynników sukcesu (KCS)

Kluczowe czynniki sukcesu	Działania podstawowe					Działania podtrzymujące
	logistyka wejściowa	działania operacyjne	logistyka wyjściowa	marketing (sprzedaż)	serwis	
1. Stosunki z NFZ	▲ Przygotowanie profesjonalnego planu świadczenia usług medycznych do negocjacji z NFZ	▲ Przeprowadzenie negocjacji w sposób zorganizowany, z pomocą doradców i wyraźną opcją wyjścia z negocjacji	▲ Utrzymywanie stałego kontaktu z NFZ, wymiana informacji	▲ Prowadzenie działań z zakresu promocji i public relations szpitala, koordynowanie stosunków umownych	▲ Powołanie specjalnego stanowiska (zespołu), budżetu działania podstawowego i podtrzymującego	▲ Okresowe spotkania z NFZ ▲ Okresowe spotkania koordynacyjne wewnętrzne ▲ Raporty dla zarządu szpitala
2.						

wych czynników sukcesu (powodzenia) strategii. Lista takich czynników pojawi się w odpowiedzi na pytanie, od jakich głównych czynników zależy powodzenie (sukces) strategii. Bez popełnienia większego błędu można wskazać, że w początkowym okresie reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce (od 1997 r.) do kluczowych czynników sukcesu przeciętnego szpitala mogły np. należeć: stosunki z oddziałami NFZ, stosunki z lekarzami rodzinnymi (podstawowej opieki zdrowotnej) i lekarzami specjalistami, znajomość zasad reformy i postawa w kierunku ich aktywnej adaptacji, panowanie nad informacją dla zarządzania, w tym zarządzania strategicznego, panowanie nad strukturą społeczną (stosunki społeczne, kultura) szpitala, stosunki z pacjentami, zdolność do kontrolowania czynników konkurowania, stosunki z dostawcami długookresowego kapitału.

W odniesieniu do każdego z tych kluczowych czynników sukcesu strategii trzeba przygotować program działań, które w przebiegu całego łańcucha wartości dodanej pozwolą kształtować (kontrolować) dany czynnik sukcesu dla dobra szpitala (tablica 5.12).

Innym przedsięwzięciem w systemie zarządzania wspierającym implementację może być **przygotowanie szczególnie ważnych programów funkcjonalnych**, rozwijających ustalenia strategii (tablica 5.13). Programy funkcjonalne powinny być, oczywiście, uzupełnione budżetami i szczegółami operacyjnymi.

Tablica 5.13

Programy funkcjonalne rozwijające ustalenia strategii

Obszar dziedzinowy i nazwa programu	Kluczowe zadania i przedsięwzięcia według priorytetów	Harmonogram		Koordynator programu
		przygotowanie	wdrożenie	
1. Dziedzina				
Organizacja i zarządzanie:	Przygotowanie procesu i personelu	IV kw. t_1		Kierownik Departamentu Organizacyjno- Metodycznego
wprowadzenie standardów procedur medycznych i uzyskanie akredytacji przez szpital	Opracowanie programu standaryzacji	I kw. t_2		
	Wdrożenie programu		do końca t_2	
	Poddanie się ocenie Rady Akredytacyjnej		I kw. t_3	
	Uzyskanie akredytacji		II kw. t_4	

5.5.2. Procedury

Do działań zarządczych implementujących strategię zalicza się także **procedury**. Przez procedury rozumie się w praktyce wszelkie specyficzne przewodniki, metody, zasady, formy i praktyki administracyjne, które:

- ▲ podtrzymują pracę w kierunku osiągnięcia celów ustanowionych w strategii;
- ▲ pobudzają pracę;
- ▲ przyjmują postać sformalizowaną i instruktywną;
- ▲ wskazują co, kto, gdzie, kiedy i jak.

PRZYKŁAD

1. **Cel strategii:** wprowadzenie mieszanej, wirtualno-sieciowej struktury organizacyjnej szpitala.
2. **Zasady wspierające:**
 - ▲ definicja struktury organizacyjnej wirtualno-sieciowej
 - powołanie na szczeblu podstawowym elementarnych komórek organizacyjnych skoncentrowanych wokół procedur medycznych lub ich grup,
 - udzielenie komórkom organizacyjnym dużej samodzielności działania, w tym odpowiedzialności,
 - zbudowanie systemu koordynacji na szczeblach wyższych niż podstawowy, z uwzględnieniem wiodącej roli komórek podstawowych,
 - zapewnienie swobody tworzenia konfiguracji organizacyjnej ze względu na rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej i złożonych procedur medycznych;
 - ▲ w roku t_1 zatrudnieni i kierownicy jednostek organizacyjnych przejdą na kontraktowe stosunki pracy;
 - ▲ do końca t_1 kontakty między elementarnymi komórkami organizacyjnymi zostaną oparte na zasadach wewnętrznej kooperacji lub na stosunkach umownych;
 - ▲ do końca t_1 zostanie kompletnie przygotowany plan wdrożenia systemu komputerowego obsługującego strukturę organizacyjną, służący zarządzaniu, w tym ewidencji i kalkulacji kosztów procedur medycznych;
 - ▲ „wierzchołek strategiczny” (zarząd szpitala) będzie elastyczną strukturą (z dyrektorem jako elementem stałym) występującą również jako podmiot zamawiający usługi w wewnętrznych jednostkach organizacyjnych;
 - ▲ do końca t_1 zostaną ukształtowane elastyczne systemy zarządzania czasem pracy, z uwzględnieniem przepisów prawa.

Innymi przykładami procedur mogą być:

- ▲ zasada, że pacjent nigdzie w szpitalu nie może czekać dłużej niż 10 minut na udzielenie świadczenia zdrowotnego (wspiera cele związane ze stosunkiem do pacjenta);
- ▲ zasada, że leki służące standardowym procedurom medycznym muszą być bezpośrednio i natychmiast dostępne personelowi medycznemu danej jednostki organizacyjnej.

5.5.3. System informacyjny implementacji

Implementację strategii wspierają **systemy informacyjne (komunikowania się i uczenia się)**, skonstruowane stosownie do przyjętego modelu systemu zarządzania (np. zarządzanie przez cele, zarządzanie przez wyjątki, strategiczna karta wyników). System informacyjny powinien być dostosowany przede wszystkim do celów raportowania postępów we wdrażaniu strategii oraz osiągnięć realizacji strategii.

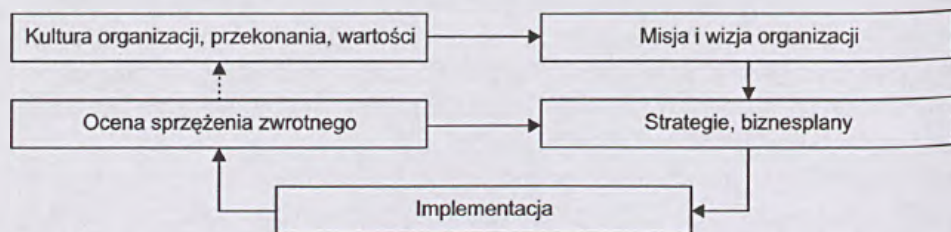
Zadaniem **systemu komunikowania się** jest zapewnienie możliwie najsprawniejszych: bieżącego porozumiewania się, analizowania i oceny treści i wyników działalności oraz partycypacji bezpośredniej i pośredniej związanej z wdrażaniem strategii. Wreszcie **strategiczny system edukacji** służy uzyskaniu zrozumienia przez wszystkich pracowników oraz ich zaangażowania się we wdrażanie i realizację strategii. Operacyjnie przekłada się to np. na odpowiednią konstrukcję i redakcję raportów, komunikatów, wdrażanie specjalnych technik typu koordynacyjnego, współuczestnictwo w wypracowywaniu decyzji, stosowaniu szkoleń oraz spotkań edukacyjnych czy wydawaniu specjalistycznych broszur informacyjnych, opisujących i wyjaśniających istotę strategii oraz zasady jej wdrażania i realizacji.

5.6. Kultura organizacji a implementacja strategii

5.6.1. Rola kultury organizacji

Kultura należy do „miękkich” albo „niedotykalnych” składników organizacji. Jej wpływ na implementację strategii nie może być przeceniony. Każda organizacja ma swoją kulturę, wyrażającą się m.in. w specjalnej historii i tradycji, obowiązujących wartościach i przekonaniach, wzorcach, standardach i zwyczajach zachowań, symbolach, folklorze. Mówi się o swoistej atmosferze, klimacie czy „chemii” organizacji.

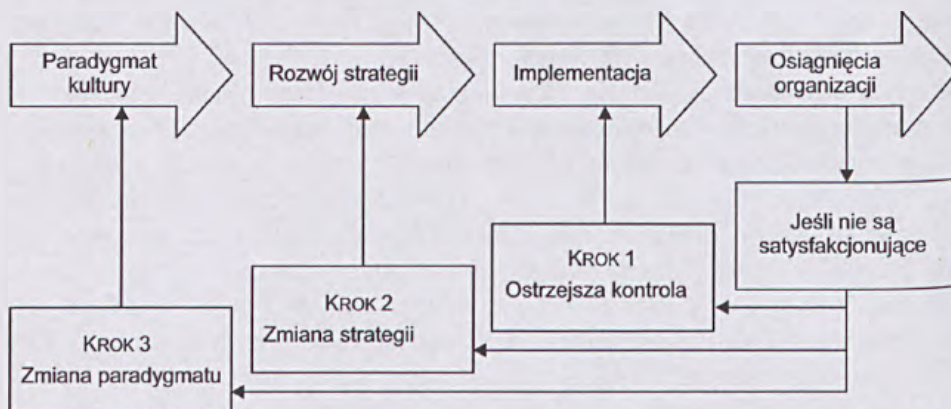
Jak łatwo zauważyć, kultura organizacji leży u podstaw formułowania i implementacji strategii (rysunek 5.8). Po wdrożeniu lub w trakcie wdrażania następuje ocena sprzężenia zwrotnego. W istocie ocena dotyczy efektywności strategii i jej wdrażania. Jeśli wszystko idzie dobrze, strategia jest spójna z kulturą. Niespójność pojawia się w momencie, kiedy w kulturze albo w strategii lub jej implementacji (bądź w jednym i drugim równocześnie) pojawiają się zmiany nieasymlowane bezkonfliktowo w którymś z tych dwu składników. Na przykład nowe poglądy i wzorce zarządzania, które pojawiły się na uniwersytetach czy w praktyce, mogą nie przystawać do stosowanych w konkretnej organizacji. Z kolei proponowane nowe przedsięwzięcia strategiczne, silnie motywujące (w tym restrukturyzujące pracę załogi) dotychczasową działalność mogą nie być adekwatne do kultury typu: „czy się stoi, czy się leży — swoje się należy”.

Rysunek 5.8**Strategiczna hierarchia wartości**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A.J. Rowe, K.E. Dickel, R.O. Mason, N.E. Snyder, *Strategic Management*, Addison-Wesley, New York 1990, s. 52.

Dysonans kultura–strategia może się pojawić na każdym etapie prowadzenia biznesu (diagnoza, plan biznesu, implementacja), jednak jest on najbardziej prawdopodobny i widoczny podczas implementacji. Dopiero wtedy następuje rzeczywista konkretyzacja dotychczasowych planów, zostają naruszone rzeczywiste interesy, nawyki, przekonania. Jest niezwykle ważne, aby odkryć na etapie planowania ewentualne różnice między dotychczasową kulturą organizacyjną a kulturą organizacyjną, która jest wymagana do prowadzenia strategii. Ustalenie takiej luki kulturowej wymaga:

- ▲ przeprowadzenia audytu kulturowego w celu zidentyfikowania dotychczasowej kultury organizacji,
- ▲ analizy i symulacji przyszłej kultury organizacji podtrzymującej nową strategię,
- ▲ określenia strategii przejścia od obecnej do pożądanej kultury.

Rysunek 5.9**Dynamika zmiany paradygmatu kulturowego**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: G. Johnson, K. Scholes, *Exploring Corporate Strategy*, Prentice Hall, New York 1993, s. 64.

Rysunek 5.9 pokazuje, jak trudno wprowadzać zmiany w kulturze lub w jakiej kolejności to robić, jeśli inne przedsięwzięcia zmierzające do uzyskania satysfakcjonujących osiągnięć strategii nie są skuteczne. Menedżerom i pracownikom — tradycyjnym zwolennikom demokratycznego stylu zarządzania — niełatwo pogodzić się ze strategią zakładającą głęboką restrukturyzację i zmianę zasad zarządzania z powodu kryzysu organizacji. Będą raczej skłonni zaostrzyć kontrolę bądź zmodyfikować strategię, niż spojrzeć na siebie i zmienić sposób myślenia, postawę, nawyki i zwyczaje.

5.6.2. Wartości i standardy etyczne

Podstawową rolę w modelowaniu kultury wspierającej strategię odgrywa ustalenie **wartości i standardów etycznych** organizacji. Są one wyrażane przez kierownictwo zarówno werbalnie (np. podczas narad koordynacyjnych czy ważniejszych wydarzeń w życiu organizacji), jak i formalnie (w postaci dokumentów i innych systemów znaków). System wartości musi być spójny z konkretnymi przedsięwzięciami przewidzianymi w strategii danego przedsiębiorstwa. Może on np. w szpitalu dotyczyć:

- ▲ znaczenia pacjenta i obsługi pacjenta,
- ▲ znaczenia zaangażowania się szpitala w jakość świadczonych usług medycznych,
- ▲ znaczenia racjonalności metodologicznej (kiedy przygotowujesz i planujesz pracę) i rzeczowej (kiedy ją wykonujesz) na każdym stanowisku pracy,
- ▲ szacunku dla każdego członka personelu szpitala, poczynając od najniższego szczebla.

Do składników kodeksu etycznego szpital może zaliczyć (także dokonując wyboru przy uwzględnieniu strategii):

- ▲ zasady przestrzegania prawa, w tym praw pacjenta;
- ▲ zasady rozwiązywania konfliktu interesów;
- ▲ zasady sprawiedliwości i uczciwości w stosunkach z NFZ i pacjentami;
- ▲ zasady pobierania wynagrodzenia za świadczone usługi medyczne zgodnie z oficjalnymi standardami i w sposób przejrzysty dla publiczności.

Instytucjonalizacja wartości i kodów etycznych polega na ich włączeniu do praktyki implementacji strategii. Można tu sięgnąć do następujących metod:

- ▲ włączanie ustanowionych wartości i kodów etycznych do szkoleń pracowniczych i programów edukacyjnych;
- ▲ poświęcenie uwagi wartościom i etyce w procesach rekrutacji i zatrudnienia zarówno w celach indoktrynacji, jak i odkrycia kandydatów o cechach kulturowo nie przystających do strategii;

- ▲ komunikowanie wartości i kodów etycznych wszystkim zatrudnionym i wyjaśnianie zastosowanych procedur;
- ▲ włączenie wszystkich kierowników do procesu modelowania i nadzór nad nim.

5.6.3. Dostosowanie istniejącej kultury do kultury wspierającej strategię

Działania na rzecz przekształcenia obecnej kultury w pożądaną z punktu widzenia strategii nie mogą być czymś pozornym i jedynie deklaratywnym. Dlatego też dobrze jest, kiedy są one zarówno konkretne, jak i symboliczne, osobiste i przez oświadczenia. Mogą tu odegrać rolę takie formy, jak kreowanie „nowych bohaterów organizacji”, których postawa i osiągnięcia uchodzą za wzorzec z punktu widzenia strategii. Równie pożądaną formą jest osobisty przykład. W epoce strategii zorientowanej na oszczędności szef przedsiębiorstwa powinien być pierwszą osobą, która zrezygnuje z opłacanego przez firmę parkingu dla jego prywatnego samochodu.

Szczególną rolę należy przypisać motywowaniu do wysokich osiągnięć w kulturze organizacji. Uzyskuje się to przez traktowanie zatrudnionych z szacunkiem i respektem, dokładne szkolenie, ośmielanie personelu do wykazywania się inicjatywą i kreatywnością, określanie uzasadnionych i jasnych oczekiwań co do osiągnięć, tak aby każdy wiedział, jaka jest miara oceny rezultatów jego pracy. Niezbędne jest wyraźne i jasne powiązanie osiągnięć z systemem kar i nagród, egzekwowanie odpowiedzialności menedżerów za rozwijanie swoich podwładnych, posługiwanie się decentralizacją w celu wyzwolenia ducha przedsiębiorczości i odpowiedzialności. Wskazanie liderów lub osiągnięć na poziomie czempiona może stanowić punkt odniesienia, do którego każdy może się porównać.

Dostosowanie istniejącej kultury do kultury wspierającej strategię nie jest zabiegiem łatwym z różnych powodów, m.in. zależy od naprawdę dobrego i jednolitego zrozumienia „nowej” kultury przez kierownictwo i całą załogę. Można powiedzieć, że im większa organizacja i im bardziej odbiegająca strategia od kursu znanego z przeszłości, tym trudności większe i czas, który trzeba poświęcić na dostosowanie — dłuższy. Ocenia się, że dostosowanie kultury przebiega w istocie przez cały okres realizacji strategii, a więc jest procesem ciągłym i musi uwzględniać zarządzanie konfliktami.

5.7. System motywacji

5.7.1. Postawa motywacyjna

Ludzie będą skłonni zaangażować się w realizację strategii pod warunkiem, że bilans zaangażowania się i jego skutków zostanie oceniony pozytywnie jako osiągnięcie pożądanego stanu rzeczy. Ważne jest, aby strategia i jej składniki były postrzegane jako element tego „pożądanego stanu rzeczy”. Problem w tym, że sama strategia może mieć dla różnych

osób i grup odmienną wartość. To może być tak jak z oceną obrazu przez dwóch oglądających: dla jednego jest on sam w sobie bezcenny, dla drugiego nie przedstawia żadnej wartości.

W konsekwencji pobudki do zainteresowania i zakupu obrazu czy też zaangażowania się w realizację strategii będą zgoła odmienne. Rzeczom jednak, oprócz wartości wewnętrznej, można przypisać wartość zewnętrzną wynikającą z wyceny kontekstu sytuacyjnego, relacji, związków, w jakie one wchodzi — zdaniem wyceniającego — z otoczeniem. Może to spowodować wzrost lub spadek wyceny przedmiotu (strategii, obrazu) i w rezultacie decyzję o zwiększeniu lub zmniejszeniu zaangażowania się. Zwolennikowi teorii o „kiczowatości” nowoczesnych obrazów, ale ceniącemu posiadanie rzeczy modnych, na czasie, można szepnąć, że obraz jest dziełem bardzo znanego artysty. Taka relacja może spowodować zmianę wyceny i wzrost skłonności do zakupu, niekoniecznie dzięki zmianie zdania o samej wartości obrazu.

Podobnie rzecz się ma ze strategią. Powiązanie strategii z czynnikami sytuacyjnymi, wzmacniającymi postawy i zachowania korzystne dla strategii oraz hamującymi postawy i zachowania niekorzystne, może zmienić wycenę wartości w kierunku: „zaangażowanie się w realizację strategii jest w sumie osiąganiem pożądanego stanu rzeczy”.

Dowartościowywanie strategii obejmuje przyjęcie właściwej postawy do motywowania oraz zastosowanie odpowiedniej motywacji, pobudek i sankcji związanych z zakładanymi w strategii wynikami. **Postawa do motywowania** musi rozstrzygać stosunek (proporcje) między nagrodami a karą w systemie motywowania. Można przyjąć zasadę, że zrealizowanie założeń strategii, czyli zadań w niej ujętych, jest osiągnięciem normalnym, stąd należy karać za jakiekolwiek odstępstwa *in minus*. Inną zasadą może być stosowanie wyłącznie bodźców pozytywnych, ale tylko za każde wykonanie wyróżnionych zadań strategii lub ich przekroczenie. Wtedy za odstępstwa *in minus* nie karze się.

Najczęściej są stosowane systemy mieszane z przewagą nagradzania. Na ogół uważa się, że motywacja pozytywna jest bardziej efektywna ze względu na koncentrowanie się na dążeniu do czegoś (nagrody), a nie na ograniczaniu (kary, uczucia negatywne). Jak łatwo zauważyć, przy wyborze postawy do motywowania należy się odwołać do kultury organizacji, wartości i przekonań oraz kodeksów etycznych. Postawy tej nie można wyjaśnić ani opisać wyłącznie na gruncie analizy technokratycznej o charakterze psycho-socjologicznym czy ekonomicznym (np. tzw. teoria akceptacji Ch. Barnarda⁴).

Istotną kwestią jest **powiązanie oceny pracy z osiąganiem zadań strategii**. Wymaga to zdefiniowania pracy i jej oceny w kategoriach rezultatów, które mogą być osiągnięte, a nie w kategoriach obowiązków czy funkcji, które muszą być spełnione, aby te rezultaty zostały osiągnięte. Innymi słowy, chodzi o położenie nacisku na efekt końcowy czynności, a nie na czynność. Bycie stale zajęтым, ciężka praca (wysiłek) wcale jeszcze nie gwarantują, że w rezultacie pojawi się oczekiwany wynik. Położenie punktu ciężkości na

⁴ Według Ch. Barnarda pracownik zaakceptuje polecenie m.in. wtedy, kiedy jest ono zgodne z jego celami oraz celami przedsiębiorstwa i wykonalne. Zob. J. Zieleniewski, *Organizacja i zarządzanie*, jw., s. 120.

wynik oznacza także wskazanie: dobierz takie czynności i postawę, zaangażowanie oraz środki, aby zamiar przekształcił się (lecz nie za wszelką cenę) w rzeczywistość. Zasada, o której mowa, powinna oczywiście dotyczyć wszystkich poziomów zarządzania przedsiębiorstwem, wszystkich kierowników i wykonawców.

5.7.2. Zasady motywowania

Omówiona zasada motywowania nie może być jednak stosowana ślepo w każdym przypadku. Pozostając kierunkową wytyczną, musi być dostosowana np. w szpitalu do specyfiki świadczenia usług medycznych. Wiąże się to z miarami osiągnięć. Wszędzie tam, gdzie to możliwe, powinny one mieć charakter ilościowy. Takie podejście może dotyczyć zadań konkretnych, wydajnościowych, związanych z czasem, liczbą zabiegów czy porad, wielkością zakupów czy inwestycji, udziałem rynkowym, wykorzystaniem łóżek szpitalnych i innych.

Trzeba jednak pamiętać, że niektóre osiągnięcia mają wymiar jakościowy (np. satysfakcja pacjenta, sukces promocyjny) lub są agregatami składającymi się z kategorii elementarnych. Takim przykładem jest ocena wzrostu bądź spadku pozycji konkurencyjnej szpitala, która zawiera w sobie wielkość i ocenę relatywnego poziomu ceny usług medycznych, jakości świadczonych usług medycznych, sprawności obsługi pacjenta itp.

Głównym problemem jest jednak pomiar i ocena osiągnięć w działalności operacyjnej szpitala, gdzie kluczowymi zagadnieniami są przywracanie, zachowanie i ratowanie zdrowia pacjentów. Na wyniki (osiągnięcia) w tej dziedzinie wpływa nie tylko operacyjne postępowanie zdrowotne (medyczne), ale wiele innych czynników. Ustalenie więc osiągnięć wyłącznie za pomocą takich miar, jak zmniejszenie liczby zgonów w okresie strategii czy przyrost liczby wyleczeń związanych z danymi jednostkami chorobowymi, nie wchodzi w grę. Miary te nie mogą mieć charakteru bezwzględnie obowiązującego i nie mogą być stosowane jako wyłączne kryteria oceny. Ich znaczenie jest istotne dla pomocniczo-wskaźnikowej oceny szpitala.

Dlatego też znacznie poważniejszą rolę w ocenie i motywowaniu w działalności operacyjnej przypisuje się procedurom i standardom dotyczącym przebiegu czynności medycznej niż bezwzględnemu oczekiwaniu rezultatu. Wychodzi się bowiem z założenia, że jeśli czynność została wykonana zgodnie z procedurą (logika przebiegu, wymagania technologiczne itp.) oraz standardami jej wykonania (normy środków medycznych, obrady personelu itp.), to prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego rezultatu jest większe. Stąd też duże znaczenie akredytacji, która oficjalnie i niezależnie potwierdza, że szpital działa zgodnie z procedurami i standardami. Podobną rolę pełnią dla przedsiębiorstw standardy ISO.

Zasadą motywowania powinno być wpajanie, że dobra robota to osiąganie rezultatów zapisanych, określonych w strategii. Sankcje i nagrody powinny podążać niezwłocznie za indywidualnymi i grupowymi osiągnięciami. Takie podejście jest swego rodzaju kontraktem, który musi być jasno określony co do miar, sposobu oceny itp. i skrupulatnie przestrzegany.

A.A. Thompson i A.J. Strickland formułują następujące zasady motywowania w celu wywołania i utrzymania pożądanego zaangażowania⁵:

- ▲ nagrody (bądź kary) muszą stanowić znaczącą część zasadniczych korzyści pracownika z tytułu pracy,
- ▲ specyficzny system motywowania na potrzeby implementacji strategii musi zawierać zasady i instrumenty odnoszące się do wszystkich kierowników i pozostałych pracowników,
- ▲ administrowanie specyficznym systemem motywowania na potrzeby implementacji nie może odbiegać od zasad skrupulatności i sprawiedliwości,
- ▲ sankcje należy wiązać z wykonalnością zadań, uwzględniającą indywidualną zdolność personelu do ich osiągnięcia (co oznacza różnicowanie nagród i kar).

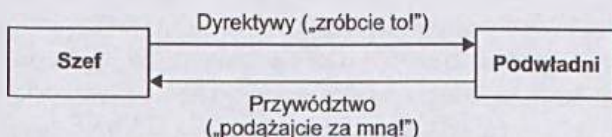
W mechanizmie nagród i kar na potrzeby implementacji strategii wykorzystuje się klasyczny układ metod i instrumentów motywowania. Można tu wymienić: podnoszenie płac (wynagrodzeń), bonusy, motywowanie kafeteryjne, opcje na zakup preferencyjny akcji, premie, awanse, tworzenie obawy związanej z pozycją zawodową i pracą, pochwały, dowody uznania, tworzenie napięcia zadań i presji na dorównywanie „w górę”, zwiększenie lub zmniejszenie zakresu uprawnień i odpowiedzialności.

5.8. Strategiczne przywództwo

Zarządzanie jest w istocie sprzężeniem zwrotnym, jakie zachodzi między szefem a podwładnymi i układa się w skomplikowaną strukturę zależności (rysunek 5.10).

Rysunek 5.10

Sprzężenie zwrotne w zarządzaniu



W tym miejscu tylko wskazuje się na to, że w zarządzaniu spotykają się dwa nierozłączne pierwiastki (jeśli proces rozpatrywany jest z pozycji szefa): autokratyczny i demokratyczny („podążajcie za mną!”). W takim ujęciu trzeba głęboko rozwinąć klasyczne funkcje zarządzania (planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie).

⁵ A.A. Thompson, A.J. Strickland, *Strategic...*, jw., s. 254.

Pominąwszy rolę autokraty, szef jako przywódca stojący na czele załogi realizującej strategię ma wiele ważnych ról do odegrania: przedsiębiorczego szefa, szefa-administradora, rozwiązującego kryzysy, ustawiającego zadania, rzecznika, alokującego zasoby, negocjatora, inspiratora, doradcy, budującego zgodę, prowadzącego politykę, mentora, „przewodnika stada” itp.

Szef musi być w „pierwszym szeregu”, na szczycie przemian, w pełnym bieżącym zaangażowaniu („dzianiu się”) spraw. Nie osiągnie się tego, zarządzając z wysokości i w odosobnieniu gabinetu. Rolą szefa jest praca z ludźmi, bycie wśród ludzi, bezpośredni kontakt z realizatorami strategii. Nieformalna informacja, więź osobista, poczucie wspólnoty — to tylko niektóre z cech **stosunku przywództwa**, budujące klimat osiągnięć.

Wzmocnienie klimatu i kultury wspierającej strategię wymaga użycia zarówno słów, jak i czynów. Przekonywanie, inspirowanie i wyjaśnianie musi być wsparte konkretnymi faktami i przykładami. „Deklaratywność” nie mająca pokrycia w rzeczywistości, „która nic nie kosztuje”, czy dawanie osobistego przykładu nie nawiązującego ściśle do idei i założeń strategii są niedopuszczalne. Dyrektor szpitala, ordynator, lekarz, przełożona pielęgniarek i inni kierownicy powinni osobistym przykładem dowodzić prawdziwości norm deontologicznych, kultury obsługi pacjenta, kultury wysokiej jakości usług medycznych.

Inną powinnością przywództwa spełnianego przez kierownictwo przedsiębiorstwa jest utrzymywanie żywego, niegasnącego zaangażowania w realizację strategii, wrażliwości załogi na nowe idee, szanse, zmianę wewnętrznych i zewnętrznych warunków działalności. Ma to szczególne znaczenie w początkowym okresie wdrażania strategii i koniecznego dostosowania się przedsiębiorstwa. Przy tak złożonej materii nie wszystko można przewidzieć, a liczba zdarzeń losowych (przypadków) może spowodować wymykanie się realizacji zadań strategii spod kontroli.

Kreatywność i przedsiębiorczość to konieczne **cechy przywódców** oraz każdego pracownika. Branie spraw w swoje ręce — oto wyzwanie w okresach przejściowych. Wewnątrz przedsiębiorstwa każdy ważniejszy proces dostosowawczy, program czy procedura powinny mieć swoich promotorów, liderów czy gospodarzy. Bez tego zaangażowanie i wrażliwość umrą śmiercią naturalną — nie będzie bowiem czynnika sprawczego i odpowiedzialnego.

Wreszcie jest rolą przywódcy prowadzenie polityki wspierającej strategię, polegającej na kształtowaniu interesów różnych podmiotów (osób, grup, instytucji). Nawet w warunkach głębokiej reformy czy kryzysu nie można do końca stosować stylu autokratycznego. Przywódca (lider) powinien podjąć kluczowe decyzje i przedstawić wytyczne, a następnie zaangażować się w tworzenie koalicji mających na celu ich realizację. Wymaga to dobrego rozpoznania zwolenników i przeciwników, kluczowych osób poszczególnych stronnictw czy lobbies oraz prowadzenia stałego dialogu. Odwoływanie się do krytyki „starego systemu” nie jest dobrą metodą, gdyż już z początku uwrażliwia opozycję. Skoncentrowanie się na dniu jutrzejszym i przyszłości, pokazywanie konkretnych korzyści, jakie osiągają poszczególne podmioty, szans — oto skuteczniejsza postawa.

5.9. Ciągłość zarządzania strategicznego

Ciągłość i elastyczność zarządzania strategicznego są podstawową zasadą. Oznacza to, że w każdym roku prowadzenie strategii powinno być przedłużone o rok — strategia na lata t_1-t_2 , opracowana i przyjęta w t_0 powinna być w t_1 przedłużona na horyzont t_2-t_3 itd. Przepływ danych i organizacja planowania powinny być tak skonstruowane, aby z systemu kontroli strategicznej i Systemu Wczesnego Ostrzegania napływały stale informacje uzupełniające bazę informacyjną ośrodków koordynacyjnych. Powinny one oceniać prawdziwość tych informacji, a dalej, jeśli trzeba, podjąć działania korygujące strategię.

Zaniedbania w tej dziedzinie są niedopuszczalne ze względu na ciężar gatunkowy i zakres skutków, jakie mogą wywołać w odniesieniu do misji, wizji i celów długookresowych przedsiębiorstwa. W warunkach konkurencji i swobody wyboru partnerów biznesowych prowadzi to nieuchronnie do pogorszenia pozycji strategicznej, a przy szczególnie niekorzystnym splocie okoliczności może zachwiać zdolnością do długookresowego przeżycia przedsiębiorstwa.

Szczególne znaczenie kontroli strategicznej w procesie zarządzania strategicznego uzasadnia kompleksowe podejście do jej istoty, zasad, funkcji, zadań, organizacji i informacyjnego wspomagania.