

Alicja Sobczak¹

Izabela Rydlewska-Liszkowska²

ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI SŁUŻBY MEDYCZYNY PRACY – KONCEPCJA I ZASTOSOWANIE LEAN MANAGEMENT

OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE MANAGEMENT – THE CONCEPT AND APPLICATION OF LEAN MANAGEMENT

¹ Uniwersytet Warszawski / University of Warsaw, Warszawa, Poland
Wydział Zarządzania, Katedra Teorii Organizacji / Organization Theory Chair, Faculty of Management

² Uniwersytet Medyczny / Medical University of Łódź, Łódź, Poland
Katedra Polityki Ochrony Zdrowia / Health Care Policy Department

STRESZCZENIE

Jednym z najskuteczniejszych systemów zarządzania organizacjami jest lean management (LM). W polskiej literaturze przedmiotu bywa często tłumaczony jako oszczędne lub „odchudzone” zarządzanie. System ten jest ukierunkowany na minimalizację strat w działaniu organizacji, a zarazem na maksymalizację wartości (korzyści) odbiorców oraz ich satysfakcji z oferowanych produktów i usług. Zakres wdrożeń LM obejmuje nie tylko typowe obszary biznesowe, ale także ochronę zdrowia. Celem artykułu jest zaprezentowanie jego istoty i możliwości zastosowania w zarządzaniu jednostkami medycyny pracy. Z uwagi na wieloprofilowe zadania oraz wielość i różnorodność relacji z otoczeniem stanowią one dobre pole do implementacji LM, gdzie w perspektywie operacyjnej obowiązuje 5 wytycznych: określenie wartości oczekiwanych przez finalnego odbiorcę, zaprojektowanie systemu operacyjnego – tzw. strumienia wartości – do ich osiągnięcia, eliminacja elementów zbędnych oraz stworzenie zintegrowanej, spójnej i płynnej sekwencji działań, wytworzenie wartości dla klientów oraz nastawienie się na stałe doskonalenie. Obszarami działalności jednostek medycyny pracy, objętymi LM, powinny być szczególnie: czasowa i przestrzenna koordynacja zadań, „uszczuplenie” jednych zadań na rzecz rozbudowania innych w celu maksymalizacji wartości dla odbiorcy, racjonalizacja kosztów oraz poprawa jakości świadczeń, eliminacja błędów i duplikacji działań z uwagi na popełnione błędy. Med. Pr. 2012;63(5):599–606

Słowa kluczowe: świadczenia służby zdrowia, podmioty opieki zdrowotnej, zarządzanie, LM

ABSTRACT

One of the most effective management systems is the so-called lean management (LM) aimed at loss minimization of institutions' activities while maximizing value and satisfaction to the clients. The system implementation comprises not only typical business areas but also health care sectors. The aim of the article is to present the concept and opportunity of improving the management of occupational health units. Due to its multi-profile nature of tasks and diverse relations with the environment occupational health could be a good institutional example of LM implementation. Operational perspective consists of five guidelines: describing values expected by final clients, setting value flow eliminating needless elements, creating the integrated, coherent and smooth sequence of valuable activities, offering the values to clients, and aiming at continuing improvement. LM could be implemented in occupational health units in the following areas: timing and tasks coordination, leaning some tasks and expanding others in order to maximize clients' value, cost rationalizing, improving the quality of services by eliminating mistakes, avoiding repetition of activities. Med Pr 2012;63(5):599–606

Key words: occupational health services, health units, lean management

Adres autorów: Katedra Teorii Organizacji, Uniwersytet Warszawski,
ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa, e-mail: asobczak@wz.uw.edu.pl
Nadesłano: 3 września 2012, zatwierdzono: 4 września 2012

WPROWADZENIE

Idea i praktyka lean management (LM) pochodzi z koncernu Toyota. Wysoka efektywność kulturowo odmiennego japońskiego zarządzania skłoniła analityków amerykańskich do gruntownego przestudiowania tego systemu w celu zrozumienia idei, opanowania metod i technik oraz ich adaptacji do organizacyjnej kultury Zachodu (1). Nazwę lean management nadał mu Jon Krafcik, uczestnik projektu badawczego International

Motor Vehicle Program poświęconego źródłom sukcesów firm japońskich, realizowanego w Massachusetts Institute of Technology pod koniec lat 80. XX wieku. Po raz pierwszy użył on określenia 'lean', zwracając uwagę na znacznie szczuplejsze zasoby zużywane w Toyocie, osiągającej jednocześnie dużo lepsze rezultaty niż jej amerykańscy i europejscy konkurenci. Z czasem pojęciem 'lean management' nazwano zarówno koncepcję, jak i towarzyszące jej instrumentarium zarządzania, zapewniające wyższą efektywność działania organizacji.

Systemy typu LM spopularyzowano i zaczęto wdrażać poza Japonią, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, nie tylko w przemyśle, ale również w takich obszarach jak administracja, bankowość, policja i ochrona zdrowia (2).

W literaturze polskiej LM tłumaczy się najczęściej jako smukłe, oszczędne, „odchudzone” albo uproszczone zarządzanie (3). Te tłumaczenia mogą ograniczać jego sens, kojarząc się niezorientowanemu czytelnikowi ze strategią cięć kosztów, wymuszonych reorganizacji czy ograniczania produkcji i redukcji personelu (4). Tymczasem w LM chodzi o tworzenie i utrzymywanie systemu pozbawionego jakichkolwiek zbędnych elementów – zarówno z punktu widzenia odbiorcy, jak i poszczególnych pracowników – oraz komórek organizacyjnych. Jest to koncepcja racjonalnego i efektywnego działania organizacji. Najtrafniejsze wydaje się nazwanie jej „zarządzaniem eliminującym marnotrawstwo”, co nie jest równoznaczne jedynie z ograniczeniami i oszczędnościami, ale oznacza ciągle porządkowanie, dopasowanie zasobów do zadań wynikających z wymogów i oczekiwań odbiorców.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie możliwości usprawnienia zarządzania, jakie daje LM w jednostkach medycyny pracy. Realizują one specjalistyczne zadania w zakresie zdrowia populacji osób pracujących, a jednocześnie muszą respektować zasady organizacji i zarządzania, jakim podlegają podmioty lecznicze w systemie zdrowotnym. Skupienie się na LM w jednostkach medycyny pracy wynika ze specyfiki ich działalności, wieloprofilowości zadań oraz wielości i różnorodności relacji z otoczeniem. Z tych powodów jednostki te mogą i powinny być polem wdrażania LM.

Niniejszy artykuł, oparty na dorobku naukowym w dziedzinie zarządzania i wynikach wdrażania LM na świecie, jest skierowany do zarządów i pracowników jednostek medycyny pracy. Intencją autorów jest przekazanie wiedzy (nie instruktażu!) na temat istoty, celów i metod LM oraz wskazanie kierunków restrukturyzacji.

IDEA LEAN MANAGEMENT

Koncepcja LM jest zorientowana na doskonalenie procesów pracy i budowanie efektywnych, pozbawionych niepotrzebnych elementów, systemów organizacyjnych (5). W systemie LM dąży się do spłaszczania struktur organizacyjnych – cięcia kosztów stanowią konsekwencję, a nie motyw przewodni zmian. System organizacyjny powinien być zaprojektowany lub zrestrukturyzowany w taki sposób, aby dostarczał produk-

ty lub usługi mające wartość dla finalnego odbiorcy, a jednocześnie zapewniał płynność realizowanych procesów oraz ograniczenie zbędnych elementów, nazywanych stratami (po japońsku: muda). W efekcie system zarządzania ma zapewnić poprawę satysfakcji klienta, wzrost jakości usług, wzrost efektywności działania i poprawę wyników finansowych.

Wizualnie istotę LM przedstawia tzw. trójkąt Toyoty, w którym podstawę stanowi filozofia, ramiona – system zarządzania wraz z metodami i technikami, a powierzchnia ilustruje zaangażowanie wszystkich pracowników, bez którego nie osiągnie się założonej efektywności. Podkreśla się znaczenie ukształtowania właściwej kultury organizacyjnej, zorientowanej na bezustanne doskonalenie (6).

Idea LM zakłada długofalowy rozwój organizacji, której kierownictwo potrafi trafnie określić misję, a więc potrzeby zewnętrznego klienta (jakie potrzeby chce zaspokajać, czyje, w jaki sposób, w oparciu o jakie wartości itd.). Szacunek dla odbiorcy, rozpoznanie jego potrzeb oraz oferowanie i dostarczenie produktu/usługi wysokiej jakości to główne cele LM. W konsekwencji ich realizacja musi zapewnić satysfakcjonujące wyniki finansowe organizacji w dłuższym okresie. Teoretycy i praktycy LM przestrzegają przed stawianiem krótkookresowych celów finansowych ponad misją.

Zaangażowanie wszystkich pracowników, okazywanie szacunku własnym pracownikom oraz odbiorcom i innym interesariuszom organizacji (np. dostawcom, kooperantom) stanowi warunek skutecznego wdrożenia LM.

PRZESŁANKI LEAN MANAGEMENT W JEDNOSTKACH MEDYCyny PRACY

Żadna instytucja/organizacja nie może istnieć bez okresowego audytu (przeгляdu) stosowanych w niej metod zarządzania oraz ich doskonalenia, dlatego jednostki medycyny pracy jako organizacje również podlegają tej zasadzie. Jest to wręcz wymuszone przez konieczność zapewnienia wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa, w warunkach ograniczonej zasobów w systemach zdrowotnych. Audyt wewnętrzny stanowi zadanie zarządu podmiotu, który ocenia skuteczność i efektywność działania w porównaniu z przyjętymi założeniami/celami statutowymi. Metody LM nie tylko usprawniają okresowe audyty wewnętrznego systemu zarządzania, ale umożliwiają dokonanie jego restrukturyzacji. W warstwie operacyjnej obowiązuje 5 wytycznych LM (7):

- określenie wartości oczekiwanych przez finalnego odbiorcę,
- ustalenie strumienia wartości eliminującego elementy zbędne (zadania, działania, ludzi, wyposażenie itd.),
- stworzenie zintegrowanej spójnej płynnej sekwencji działań tworzących wartość,
- wytworzenie wartości dla odbiorców,
- nastawienie się na stałe doskonalenie.

Techniki LM dotyczą więc identyfikacji elementów wnoszących wartość (value-added – VA) i niewnoszących wartości (non-value-added – NVA) oraz na tym tle porządkowania przebiegu procesów w celu ograniczenia strat.

W przypadku jednostek medycyny pracy pojęcie straty w rozumieniu LM może dotyczyć wielu przejawów nieefektywności, m.in.:

- braku koordynacji działań w czasie, co powoduje nieuzasadnione oczekiwanie pacjentów, pracowników z tej samej lub innej komórki organizacyjnej, odbiorców, dostawców, np. zbyt długie oczekiwanie pracodawców na realizację świadczeń zdrowotnych, programów dla ich pracowników, oczekiwanie pracowników skierowanych na badania profilaktyczne w opłaconym czasie pracy, skutkujące wymiernymi stratami finansowymi pracodawców itd.;
- wszelkiego rodzaju defektów wykonania świadczeń, np. źle wykonanego badania diagnostycznego, co wymaga korekty lub powtórzenia, a więc zużycia dodatkowych zasobów materialnych i nakładu pracy oraz dodatkowej kontroli; w przypadku korzystania z usług outsourcingowych błędy mogą występować po stronie podwykonawców, co skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla jednostki medycyny pracy i jej odbiorców (pracodawców i pracowników);
- wykonania zbędnych z punktu widzenia odbiorcy czynności lub zaniechania ich albo wykonania zbyt późno, np. braku analizy i wniosków z zakresu promocji i prewencji do wykorzystania przez pracodawców w celu kształtowania prozdrowotnego środowiska pracy (brak informacji o skutkach zdrowotnych wynikających z zastosowanej technologii, wyposażenia i organizacji stanowisk pracy, co skłaniałoby pracodawcę do właściwego zdefiniowania problemów zdrowia i oczekiwań w tym zakresie, poniesienia nakładów na restrukturyzację techniczną czy organizacyjną itp.);
- niepotrzebnego przemieszczania ludzi i rzeczy, wynikającego ze złej organizacji i aranżacji przestrzennej, np. straty czasu i energii pacjentów będące skut-

kiem rozmieszczenia w dużej odległości od siebie infrastruktury ochrony zdrowia i pracowników medycznych, wykonujących poszczególne elementy badania profilaktycznego;

- obciążania pracowników zbyt dużą liczbą zbędnych działań, nieprzynoszących nic wartościowego dla odbiorcy ani z punktu widzenia wewnętrznej koordynacji działań i wymogów zewnętrznych, np. zbędna lub duplikująca się sprawozdawczość, nakładające się zadania i kompetencje;
- nierównomiernego podziału pracy, w wyniku czego część pracowników jest przeciążona, a część niedociążona, co niesie za sobą negatywne konsekwencje dla motywacji i jakości pracy, powoduje konflikty, reakcje obronne itd.;
- braku pełnego wykorzystania potencjału pracowników, wynikającego z nieumiejętnego motywowania, w tym ograniczania inicjatywy, ignorowania postulatów, zwłaszcza w zakresie bardziej racjonalnej organizacji procesów oraz zaspokajania oczekiwań pacjentów i pracodawców zlecających świadczenia. Do najważniejszych przesłanek zastosowania LM w podmiotach wykonujących zadania z zakresu ochrony zdrowia w środowisku pracy zaliczyć można:
- rosnące koszty świadczeń zdrowotnych i innych zadań jednostek medycyny pracy w sytuacji ograniczonych zasobów finansowych płatników (samorządy terytorialne, przedsiębiorstwa, podmioty lecznicze, instytucje ubezpieczeniowe);
- ograniczenia w pozyskiwaniu środków finansowych na działalność, wynikające z ram nakładanych przez przepisy prawne lub z niewystarczającej analizy otoczenia i braku wykorzystania dostępnych możliwości finansowania;
- opłacanie jednostek medycyny pracy za ilościowe wykonanie umów ze zleceniodawcami, a nie za osiągnięte wymierne efekty, bezpośrednio wpływające na zdrowie (pay-related-performance, czyli płacenie za rezultaty); np. brana jest pod uwagę liczba pracowników objętych programem zdrowotnym w przedsiębiorstwie, a nie liczba pracowników, którzy zmienili swoje zachowania pod jego wpływem, albo liczba wykonanych kontroli w jednostkach podstawowych, a nie liczba wdrożonych zaleceń;
- wysokie wymagania pracodawców w warunkach rosnących kosztów realizacji świadczeń;
- brak systemów motywacyjnych dla pracowników bądź dla całych podmiotów leczniczych oraz wynikająca z tego frustracja i bierność (dotyczy zwłaszcza podmiotów działających jako jednostki publiczne);

- zróżnicowanie struktur organizacyjnych, składających się z wielu różnych funkcjonalnie części (jak np. w przypadku wojewódzkich ośrodków medycyny pracy);
- realizacja świadczeń wymagających całego zestawu procesów i działań, realizowanych przez wielu wykonawców o różnym profilu i poziomie wykształcenia, funkcjach, uprawnieniach i odpowiedzialności;
- wewnętrzne problemy koordynacyjne, konieczność współpracy różnych specjalistów o wysokich kwalifikacjach, obsługujących nowoczesną aparaturę medyczną;
- brak skoordynowanej ciągłej opieki nad pacjentem, przerzucanie go do różnych podmiotów w systemie zdrowotnym (jednostki medycyny pracy, inne publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze działające w systemie opieki zdrowotnej, instytucje ubezpieczenia społecznego);
- konieczność uwzględnienia indywidualnych potrzeb pacjenta w ramach standardowych działań, w zależności od warunków pracy, rodzaju wykonywanej pracy, występujących problemów zdrowotnych, związanych z pracą i zdrowotnych problemów pozazawodowych;
- bezwzględny wymóg podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, konkurowania jakością;
- występowanie błędów w realizacji zadań, konieczność ich szybkiej identyfikacji i korekty, rola samokontroli i kontroli grupowej obok kontroli menedżerskiej.

Jednostki działające w systemie ochrony zdrowia osób pracujących podlegają nie tylko przepisom zasadniczego aktu prawnego regulującego zadania, organizację i finansowanie służby medycyny pracy – Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (8) – ale są także podmiotami objętymi regulacjami prawnymi, które odnoszą się do podmiotów leczniczych działających w systemie zdrowotnym w Polsce, m.in. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (9). Z tego powodu zasady organizacji, zarządzania i zasady gospodarowania zasobami – w tym zasobami finansowymi w jednostkach medycyny pracy – nie odbiegają od zasad obowiązujących inne podmioty systemu zdrowotnego.

Przy wychodzeniu naprzeciw nowoczesnym tendencjom zarządzania w ochronie zdrowia całkowicie uzasadnione jest stwierdzenie, że LM jako jedna z dobrych praktyk – podobnie jak planowanie biznesowe czy płacenie za rezultaty i wiele innych – z powodzeniem może zostać implementowane w podmiotach leczniczych

działających jako jednostki medycyny pracy. Analiza założeń i zastosowań LM na świecie wskazuje, że jednostki medycyny pracy spełniają kryteria podmiotów, dla których ten rodzaj zarządzania może okazać się szczególnie korzystny w następujących zakresach: poprawa satysfakcji klienta, wzrost jakości, wzrost efektywności działania i poprawa wyników finansowych.

Zgodnie z ustawą o służbie medycynie pracy (8) zadania realizowane przez jednostki medycyny pracy obejmują zadania z zakresu:

- ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, organizowania i udzielania pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki;
- inicjowania i realizowania promocji zdrowia, inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji (w zakresie informowania pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego, wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników z grup szczególnego ryzyka, tworzenia warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej, wdrażania programów promocji zdrowia, organizowania pierwszej pomocy przedmedycznej);
- prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy;
- gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Zgodnie z ustawą o służbie medycynie pracy (8) jednostki medycyny pracy realizują zadania we współpracy z:

- pracodawcami i ich organizacjami;
- pracownikami i ich przedstawicielami, a zwłaszcza ze związkami zawodowymi;
- lekarzami udzielającymi pracującym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Pełnomocnikiem Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, zespołami do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz Narodowym Funduszem Zdrowia;
- Państwową Inspekcją Pracy, Państwową Inspekcją Sanitarną oraz innymi organami nadzoru i kontroli warunków pracy;

- jednostkami badawczo-rozwojowymi, szkołami wyższymi oraz innymi organizacjami i instytucjami, których działalność służy ochronie zdrowia pracujących. Różnorodność wymienionych zadań oraz rodzajów powiązań wewnętrznych oraz z wymienionymi podmiotami zewnętrznymi stwarza konieczność (10):
 - sprawnej koordynacji wewnętrznej i zewnętrznej (relacje z podmiotami zewnętrznymi),
 - rozpisania zadań oraz ról pracowników/komórek organizacyjnych w jednostkach,
 - określenia wartości dla odbiorcy,
 - alokacji zasobów dostosowanej do wykonywanych zadań.

METODY I TECHNIKI LM

W organizacji punktem wyjścia jest rozważenie, jakie cele i zadania realizować, w jaki sposób najefektywniej wykorzystać potencjał ludzi, a nie pozbywać się ich lub nadmiernie obciążać. Służą temu konkretne metody i techniki LM, omówione poniżej (11).

Metoda analizy celów i oczekiwanych rezultatów

Punktem wyjścia wprowadzenia LM w jednostkach medycyny pracy powinno być określenie celów, w odróżnieniu od ich zadań ramowo ujętych w przepisach prawnych. Mają one stanowić podstawę do wyznaczenia konkretnych celów i zadań osób i grup, być punktem odniesienia do ich oceny. W przypadku jednostek medycyny pracy różnorodność zadań w ramach badań profilaktycznych powinna wymuszać rozpisanie ich na poszczególne elementy, podobnie jak to ma miejsce w sytuacji opracowania standardów postępowania świadczeń zdrowotnych. Cele innych rodzajowo zadań, np. tworzenie programów zdrowotnych czy poradnictwo, mogą zostać opisane w sposób etapowy rozłożony w czasie czy jako poszczególne czynności. Warunkuje to precyzyjne odniesienie efektów zadań do celów etapowych i wykorzystania zasobów osobowo-rzeczowych.

Mapa strumienia wartości

Jest to zaprojektowanie złożonych ciągów działań organizacji, które odnoszą się do wspólnego produktu, usługi, odbiorcy. Mapa zawiera listę realizowanych procesów, pracowników, klientów, dostawców, środków transportu, przekazywania informacji (w formie elektronicznej i bezpośredniej), korespondencji, przemieszczania itd. w celu określenia, które z nich są potrzebne z punktu widzenia klienta i właściwej koordynacji pracy. Stosuje się zasadniczy podział na elementy tworzące

wartość (VA) i niewnoszące wartości (NVA), których należy się pozbyć. Analiza strumienia wartości służy opracowaniu optymalnego przebiegu działań, wyeliminowaniu lub wprowadzeniu nowych elementów w odpowiedniej sekwencji.

Cykl czasowy, wyrównywanie nakładu pracy oraz płynne przebiegi

Polegają one na:

- ustaleniu czasu wykonania zadania, kombinacji podziału zadań i nakładu pracy, które odnoszą się do poszczególnych zadań lub pojedynczych działań albo do zespołu operacji wykonywanych przez jedną osobę, a także do złożonych zadań wykonywanych przez grupy;
- eliminowaniu sytuacji przeładowania systemu organizacyjnego, które prowadzi do zatorów i oczekiwania oraz do przepracowania pracowników w jednym okresie i niedociążenia w innym;
- aranżacji przestrzennej oraz organizacyjnej w taki sposób, aby działania, klienci, produkty, usługi itd. przechodzili przez kolejne fazy w ramach procesu lub ciągu procesów bez oczekiwania albo z minimalnym czasem oczekiwania;
- organizacji i kontroli nastawionych na zachowanie chronologicznej kolejności przemieszczania się przedmiotu „obróbki” od wcześniejszych do późniejszych faz – tzw. system FIFO (first in first out), czyli jakiegokolwiek element, który wcześniej wszedł do systemu, przechodzi kolejne fazy i praca nad nim jest zakończona przed pracą nad elementem, który wszedł później, np. wyniki z próbki materiału pobranego do badań laboratoryjnych najwcześniej, pojawiają się jako pierwsze);
- projektowaniu systemu dostaw dla odbiorcy zewnętrznego lub wewnętrznego (w organizacji) w taki sposób, aby następowały one w odpowiednim momencie, we właściwej ilości i docierały do właściwego odbiorcy – tzw. system JIT (just in time, czyli dokładnie na czas), który z jednej strony służy wzrostowi efektywności przez ograniczanie czasu i kosztów magazynowania, eliminacji strat z tytułu przeterminowania surowców, materiałów czy półproduktów, a z drugiej strony – eliminacji przestoju i przypadków niewykonania produktu z powodu braku dostawy.

Wykrywanie błędów

Powinno dotyczyć przede wszystkim tych procesów, w których tych błędów i pomyłek jest najwięcej i które w największym stopniu wpływają na jakość procesów.

Jest to szczególnie ważna metoda, która pozwala nie tylko poprawić jakość produktów/usług i zwiększyć tym samym zadowolenie odbiorcy, ale również skorygować procesy i wyeliminować czynniki odpowiedzialne za błędy – ludzkie, techniczne i organizacyjne – a także ograniczyć konieczność korekt i powtórzeń.

Six Sigma

Jest to oparte na danych empirycznych i ich statystycznym opracowaniu podejście do wykrywania i eliminacji wszelkich defektów. Odnosi się do klienta i jego wymagań oraz atrybutów produktu czy usługi (12).

Kaizen

Oznacza bezustanne krytyczne analizowanie zbędnych elementów i zastępowanie ich właściwymi w danych warunkach. W praktyce to ciąg szkoleń i treningów pracowników oraz sterowanie procesem wdrażania i posługiwania się przez nich narzędziami LM.

Całe instrumentarium stanowi system podlegający wizualizacji (na kartach, formularzach, tablicach informacyjnych, mapach, oznaczeniach, w instrukcjach, schematach, wskazówkach, alarmach, kodach itp.) i standaryzacji (tworzenie i wdrażanie optymalnych procedur i algorytmów).

POTENCJALNE OBSZARY WDRAŻANIA LM W JEDNOSTKACH MEDYCYNY PRACY

Skuteczne funkcjonowanie jednostek medycyny pracy uzależnione jest od stopnia dostosowania ich działalności do zmieniającego się otoczenia, które stanowi źródło nowych wyzwań. Należą do nich przede wszystkim nowe technologie wytwarzania w gospodarce, pojawiające się narażenia zdrowotne dotąd niewystępujące lub występujące w ograniczonym zakresie, zmiany organizacji pracy (w tym również wywołane różnorodnością form zatrudniania pracowników), zmiany demograficzne i strukturalne zmiany zatrudnienia. Nakładają się na to opinie międzynarodowych środowisk specjalistów o zmianie roli podmiotów medycyny pracy na bardziej powiązaną z przedsiębiorstwami i ich potrzebami. Wymienia się tu wzmocnienie funkcji doradczej, koordynacyjnej i edukacyjnej.

Uwarunkowania systemowe, organizacyjne i ekonomiczne jednostek medycyny pracy powodują, że LM jest szczególnie przydatny do restrukturyzacji systemu zarządzania podmiotami medycyny pracy. Kluczem ich efektywnego działania jest znaczny wzrost efektywności poszczególnych podmiotów, przy

czym efektywność w LM rozumie się szeroko, włączając responsywność, czyli nastawienie na potrzeby i oczekiwania klienta, wysoki poziom jakości i dostępności, osiągniętych po niskich kosztach (13).

Kluczowym obszarem decyzyjnym dla podmiotów realizujących zadania z zakresu medycyny pracy są oczekiwania pracodawców i pracowników, które dotyczą m.in.:

- skrócenia czasu realizacji świadczeń – bazując na doświadczeniach we wdrażaniu LM w innych systemach zdrowotnych, można oczekiwać, że dzięki zrestrukturyzowaniu systemu zarządzania w jednostkach medycyny pracy może nastąpić skrócenie czasu przeprowadzenia badań profilaktycznych o 19–24%, co spowoduje zwiększenie wartości tego produktu dla odbiorców i obniżenie kosztów;
- nastawienia na osiągnięcie efektów zgodnych z oczekiwaniami odbiorców – może to dotyczyć wykonywania szerszego zakresu badań profilaktycznych i diagnostycznych, które umożliwiają zwiększenie kompleksowości i trafności wydawanych diagnoz i opinii;
- intensyfikacji kontaktów z pracodawcami w zakresie analizy stanowisk pracy i formułowania wytycznych dla pracujących na nich osób, włączając w to prewencję chorób, które zmniejszają zdolność do pracy;
- zaprojektowania sprawnego przebiegu realizacji świadczeń z punktu widzenia bezpośrednich usługobiorców/pacjentów, który zapewnia ich satysfakcję – istotną rolę mogą odegrać działy jednostek wojewódzkich zajmujące się nadzorem nad jednostkami podstawowymi, które wspomagają usprawnianie przebiegu procesów pracy;
- troski o właściwe przygotowanie technologiczne – pozwala ona uniknąć zniechęcenia pracowników i pacjentów oraz wzrostu kosztów i strat, które wynikają np. ze złych jakościowo wyników badań diagnostycznych wymagających powtórzenia, przestoju, odwołań wykonania świadczeń itp.;
- zwiększenia jakości realizowanych zadań – sprzyja to wzmocnieniu trwałych relacji między jednostkami medycyny pracy a odbiorcami ich produktów.

Jednostki medycyny pracy powinny zwłaszcza aktywnie wpływać na pracodawców, których obowiązki w zakresie ochrony zdrowia pracowników zostały zapisane w Ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy (14), a nowe wyzwania wynikają z przynależności Polski do Wspólnoty Europejskiej. W tym kontekście od jednostek medycyny pracy oczekuje się nie tylko schematycznych działań, związanych ze świad-

zeniami zdrowotnymi, ale również inicjowania coraz większego zakresu działań doradczych i edukacyjnych.

Najważniejszą finalną wartością, której oczekuje pracodawca od jednostek medycyny pracy, jest udział w zapewnianiu zdrowia pracowników – od diagnozy i oceny stanu zdrowia poprzez spectrum różnorodnych świadczeń (promocji zdrowia, profilaktyki i prewencji chorób, świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych). Ta złożona wartość – rozpisana na cały zestaw zadań, które powinny być realizowane na wysokim jakościowo poziomie, czyli we właściwym czasie, odpowiednim usługobiorcom i we właściwy sposób – powinna być rozpoznawana i odczuwana nie tylko przez niego, ale także przez pracowników. Zróżnicowani pod względem specjalności i zadań pracownicy jednostek medycyny pracy muszą partycypować w realizacji zadań jednostek medycyny pracy, m.in. w diagnozowaniu, wydawaniu orzeczeń, realizacji badań diagnostycznych, funkcjach doradczych dla pracodawcy, koordynowaniu programów zdrowotnych, wizytowaniu stanowisk pracy itd.

Z różnorodności zadań i specjalności wynika odmienne postrzeganie roli i inny sposób pojmowania wartości produktu, jakiego oczekuje odbiorca. Dla przykładu lekarz zwykle kładzie nacisk na rzetelną, opartą na wynikach badań diagnostycznych, ocenę stanu zdrowia pacjenta i na jego leczenie. Aspektem, na którym skupiają się technicy laboratoryjni i technicy o innych specjalnościach, jest pozbawienie defektów przeprowadzenie badań diagnostycznych, wynikające z jakości użytych materiałów, sprzętu i technologii. Z kolei od sekretarek medycznych oczekuje się wspomaganie innych grup personelu, aby uzyskać płynność realizowanych zadań – w interesie usługobiorcy, czyli pracownika, a pośrednio również pracodawcy. Nie zawsze pozycja, prestiż i uprawnienia sekretarek medycznych pozwalają na sprawne osiągnięcie tego celu. Istnieje wiele zadań i czynności z „pogranicza” o charakterze porządkującym czy koordynującym, co do których nie ma jasności, kto powinien je wykonywać i w jaki sposób. Bardzo często wykonuje się je w przypadkowy sposób, w zależności od okoliczności i z różnym skutkiem.

Zróżnicowanie ról i uprawnień, a w ślad za tym inne pojmowanie celów i zadań do zrealizowania, często stanowi przyczynę zakłóceń w zarządzaniu jednostką jako całością (15). Wdrożenie LM wymaga uświadomienia personelowi istoty nowego sposobu zarządzania. Punktem wyjścia jest opis wartości dla różnych grup odbiorców (pracodawców i pracowników), a następnie opraco-

wanie strumieni wartości, czyli ciągów zadań i działań koniecznych do ich wypracowania. Przykładowo wartością jest rozpoznanie zagrożeń zdrowotnych w miejscach pracy, co wiąże się z określeniem zadań pracowników, sekwencji wykonywanych czynności, czasu ich trwania, ich efektu oraz sposobu pomiaru skuteczności i jakości ich realizacji. Następnie można przystąpić do szczegółowych charakterystyk zadań grup i czynności poszczególnych pracowników w ramach przypisanych im ról i stanowisk (16). Ogromną rolę odgrywa przygotowanie i przestrzeganie zarówno standardów wykonywania poszczególnych zadań, jak i standardów współpracy pracowników i koordynacji ich działań.

Podsumowując przedstawione wybrane problemy zastosowania LM w jednostkach medycyny pracy, warto zauważyć różnice w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych w Polsce i innych systemach zdrowotnych o rozległych doświadczeniach w dziedzinie dobrych praktyk zarządzania. Coraz mniejsze znaczenie przypisuje się w nich restrykcyjnym regulacjom prawnym, a coraz większego znaczenia nabierają tzw. dobre praktyki, które bazują na wypracowywaniu relacji z pracodawcami. Ich skuteczność wynika nie tylko z nakładanych na pracodawców obowiązków w zakresie ochrony zdrowia pracowników, ale również ze skutecznie funkcjonujących systemów bodźców ekonomicznych ukierunkowanych na pracodawców i realizatorów polityki w zakresie zdrowia pracowników (17).

PIŚMIENNICTWO

1. Womack J.P., Jones D.T., Roos D.: The machine that changed the world: the story of lean production. Toyota's secret weapon in the global car wars that is now revolutionizing world industry. Free Press, New York 2007
2. Graban M.: Lean hospitals. Improving quality, patients safety, and employee satisfaction, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York 2009, ss. 1–16
3. Martyniak Z.: Nowe metody i koncepcje zarządzania. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2002
4. Cholewicka-Goździk K.: Metoda LEAN – doskonalenie procesów i produktów. Probl. Jakości 2001;1:21–25
5. Womack J.P., Jones D.T.: Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation, Simon and Schuster, New York 1996
6. Graban M.: Lean hospitals. Improving quality, patients safety, and employee satisfaction, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York 2009, ss. 19–27
7. Encyklopedia Zarządzania [cytowany 26 sierpnia 2012]. Adres: http://mfiles.pl/pl/index.php/Lean_production

8. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 2008 r. nr 220, poz. 1416 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. DzU z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.
10. Stabryła A. [red.]: *Koncepcje zarządzania współczesnym przedsiębiorstwem*. Wydawnictwo Mfiles.pl, Kraków 2010, ss. 119–124
11. Hadfield D., Holmes S.: *The lean healthcare pocket guide XL. Tools for elimination of waste in hospitals, clinics, and other healthcare facilities*. MCS Media, Education for Lean Healthcare Institute, ELHI.org, Chelsea, Michigan 2008
12. Harry M., Schroeder R.: *Six Sigma, wykorzystanie programu jakości do poprawy wyników finansowych*. Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, ss. 24–29
13. Graban M.: *Lean hospitals. Improving quality, patients safety, and employee satisfaction*, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York 2009, s. 15
14. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. DzU z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.
15. Nielsen A.P., Edwards K.: *Improving healthcare through lean management: Experiences from the Danish healthcare system* [cytowany 27 sierpnia 2012]. Adres: <https://conference.cbs.dk/index.php/nohr/health/paper/viewFile/982/477>
16. Mazzocato P., Holden R.J., Brommels M., Aronsson H., Bäckman U., Elg M. i wsp.: *How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden* [cytowany 25 sierpnia 2012]. BMC Health Services Research 2012. Adres: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28>
17. Elsler D., Eeckelaert L.: *Factors influencing the transferability of occupational safety and health economic incentive schemes between different countries*. Scand. J. Work Environ. Health 2010;36(4):325–331