

Kanownik Greta. Hospital management strategy in the aspect of visualization of the pandemic COVID-19. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021;11(11):143-156. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.11.013>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2021.11.11.013>
<https://zenodo.org/record/5732846>

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. § 8. 2) and § 12. 1. 2) 22.02.2019.
© The Authors 2021;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 03.11.2021. Revised: 20.11.2021. Accepted: 28.11.2021.

HOSPITAL MANAGEMENT STRATEGY IN THE ASPECT OF VISUALIZATION OF THE PANDEMIC COVID-19

Greta Kanownik

<https://orcid.org/0000-0002-2797-0846>

g.kanownik@interia.pl

CMKP w Warszawie

Summary: The article addresses an important issue regarding the impact of the coronavirus pandemic on the operation of hospitals and the use of management strategies at the present time and in reality after the pandemic. Based on the analysis performed, the article indicates four key areas that require immediate action to improve the functioning of the health care system and maintain the public health of the population. Based on the analysis of 9 crisis levers of the business model of A. Osterwalder, Y. Pigneur, four main areas requiring immediate intervention were identified, namely: development of medical personnel, development of computerization and digital competences, optimization of revenues and costs, identification of decision-making centers - appropriate division of tasks and responsibility.

In these areas, the Polish health care system has failed, they require urgent strengthening and strategic long-term solutions, which will translate into optimization of activities aimed at securing the health of the society.

It turns out that during the pandemic, it was not costs that turned out to be the biggest problem, but above all staff shortages, lack of access to health services, or equipment and organizational shortages. The time of the pandemic has shown that the researchers' theories that quality and not cost are the most important have proved successful. According to M.E. Porter and E. Teisberg, despite the limitations, the health care system can achieve excellent results in terms of both quality and effectiveness, which, however, often requires transformation and implementation of new competition rules aimed at increasing the value created

Key words: health policy, strategy, business model, public health, health care system, case study

STRATEGIA ZARZĄDZANIA SZPITALAMI W ASPEKCIE DOŚWIDZCIEŃ PANDEMII COVID-19

Streszczenie: W artykule podjęto istotny problem dotyczący wpływu pandemii koronawirusa na działanie szpitali i wykorzystanie strategii zarządczych w obecnym czasie i w rzeczywistości po pandemicznej. W artykule na podstawie dokonanej analizy wskazano na cztery kluczowe obszary, które wymagają natychmiastowych działań zmierzających do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i zachowania zdrowia publicznego populacji. W oparciu o dokonaną analizę 9 dźwigni kryzysowych modelu biznesowego A. Osterwalder, Y. Pigneur, zidentyfikowano cztery główne obszary wymagające natychmiastowej interwencji,

czyli: rozwój personelu medycznego, rozwój informatyzacji i kompetencji cyfrowych, optymalizację przychodów i kosztów, wskazanie ośrodków decyzyjności – odpowiedni podział zadań i odpowiedzialności. W tych obszarach polski system ochrony zdrowia nie sprawdził się, wymagają one pilnego wzmocnienia i strategicznych długofalowych rozwiązań, co przełoży się na optymalizację działań w dążeniu do zabezpieczeniu zdrowotnego społeczeństwa.

Okazuje się, że w czasie pandemii nie koszty okazały się największym problemem a przed wszystkim braki kadrowe, brak dostępności do świadczeń zdrowotnych, czy też braki sprzętowe i organizacyjne. Czas pandemii pokazał, że teorie badaczy wskazujące na fakt, iż jakość a nie koszty są najważniejsze sprawdziły się. Zdaniem M.E. Portera i E. Teisberg, pomimo ograniczeń, system opieki zdrowotnej może osiągnąć doskonałe wyniki zarówno w obszarze jakości, jak i skuteczności, co jednak często wymaga transformacji i wdrożenia nowych zasad konkurencji, nakierowanej na wzrost tworzonej wartości

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, strategia, model biznesowy, zdrowie publiczne, system ochrony zdrowia, case study

Wprowadzenie

W czasie przed pandemią przedsiębiorstwa w celu zdobycia i utrzymania trwałej oraz trudnej do podważenia przez konkurentów przewagi konkurencyjnej musiały permanentnie poszukiwać nowych rozwiązań w zakresie zarządzania, co nie jednokrotnie wiązało się z koniecznością podejmowania nowatorskich i innowacyjnych przedsięwzięć, które pozwoliły wyróżnić je na tle rywali, a zarazem były trudne do naśladowania przez innych.

Oczywiste jest, że nie ma gotowych rozwiązań czy też wzorcowych modeli postępowania, gwarantujących każdemu przedsiębiorstwu zdobycie trwałej przewagi konkurencyjnej oraz osiągnięcie sukcesu rynkowego. Jednakże, jednym ze sposobów w drodze do osiągnięcia sukcesu jest zastosowanie skutecznej strategii działania. Dzięki dobrze dobranej strategii przedsiębiorstwo jest w stanie trafnie określić swoje miejsce wobec konkurentów a także, co jest bardzo istotne, zaplanować, swoje miejsce na rynku w przyszłości, w dalszej lub bliższej perspektywie czasowej. Jednak tu nasuwa się pytanie, czy współcześnie długofalowa strategia, to naprawdę drogowskaz wskazujący prostą drogę do sukcesu? Definicja strategii, jako osiąganych celów w długiej perspektywie czasowej wywodzi się z definicji strategii określonych przez takich klasyków tematu jak m.in.; R.L. Ackoff, oraz A.D. Chandler [1,2].

Inni badacze określają pojęcie strategii, jako:

- ciąg decyzji określających zachowanie w pewnym przedziale czasu H.A. Simon, 1976 [3],
- kompromis pomiędzy maksimum możliwości a minimum ryzyka dla przedsiębiorstwa H.H. Hinterhuber [4],
- sposób kształtowania relacji między organizacją i jej otoczeniem H. Mintzberg [5].

Nowe spojrzenie w zakresie tworzenia strategii przez przedsiębiorstwa przedstawia Profesor Rita Gunter McGrath z Columbia Business School, która uważa, że osiągnięcie trwałej przewagi konkurencyjnej jest już obecnie prawie nie możliwe (6). Wynika to, z daleko posuniętej rewolucji cyfrowej, zanikania barier wejścia na rynek i globalizacji, co sprawia, że

we współczesnym świecie przewaga większości przedsiębiorstw nie trwa długo. A zatem, jaka powinna być współczesna strategia. Okazuje się, że strategia powinna być mniej związana z branżą, a bardziej skoncentrowana na klientach. Menedżerowie, którzy rozumieją tę zmianę, nie opracowują strategii, polegając wyłącznie na analizach. Swoją uwagę koncentrują na zastosowaniu narzędzi nakierowanych na zaawansowane metody rozpoznawania prawidłowości i bezpośrednie obserwacje, wskazują ogólne obszary zainteresowania, a następnie eksperymentują w ich obrębie. Co ważne przy podejmowaniu decyzji stosują mierniki, które wspierają przedsiębiorczość - dla przykładu, zamiast formuły zaktualizowanej wartości netto stosują podejście oparte na określeniu realnych do osiągnięcia opcji. Rozumiejąc, że rywale mogą błyskawicznie skopiować cechy oferowanych przez nich produktów czy usług, koncentrują się na zapewnianiu klientom ich oczekiwań oraz, co ważne na rozwiązywaniu ich problemów. Relacje z klientami stają się obecnie mocną barierą wejścia na rynek dla nowych graczy

Powstaje, zatem pytanie, jakie strategie w świetle przedstawionych powyżej problemów, mogą być skutecznie zastosowane przez szpitale, by podnieść ich konkurencyjność i czy ten mechanizm funkcjonuje także w sektorze opieki zdrowotnej? Usługi medyczne ze względu na swoją specyfikę związaną z ratowaniem życia i zdrowia człowieka, znacząco różnią się od usług oferowanych przez inne przedsiębiorstwa. Jednak konkurencja musi funkcjonować również i w sektorze zdrowotnym, choćby z uwagi na wyzwania, z jakimi obecnie musi się zmierzyć ochrona zdrowia na całym świecie jak: wzrost populacji osób starszych, wzrost kosztów dotyczących technologii medycznych oraz wzrost oczekiwań pacjentów.

Tak literatura przedmiotu odniosła się do zarządzania strategicznego w czasie gdy działania przedsiębiorstw nie były nakierowane na walkę z pandemią. Pandemia COVID-19 stanowi bezprecedensowe wyzwanie dla gospodarek całego świata, ale przede wszystkim wobec sektora ochrony zdrowia. Ostatnie miesiące pokazały, że skuteczne przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 i zwalczanie jego skutków niestety przerosło możliwości wielu krajów, także tych zamożniejszych niż Polska i ze sprawniej zorganizowanymi systemami ochrony zdrowia. W chwili obecnej powstaje jednak inne pytanie, czy system ochrony zdrowia w Polsce i na świecie był w stanie udźwignąć nagle załamanie wynikające z zagrożenia epidemiologicznego a w konsekwencji załamania ekonomicznego, zarządczego i efektywnego wykorzystania zasobów. Czy strategie opisane w literaturze przedmiotu i z powodzeniem zaadaptowane w praktyce w ochronie zdrowia w sytuacji przed wybuchem pandemii, dziś w innej rzeczywistości – rzeczywistości kryzysu epidemiologicznego a przez to również gospodarczego sprawdzają się, a jeśli nie co

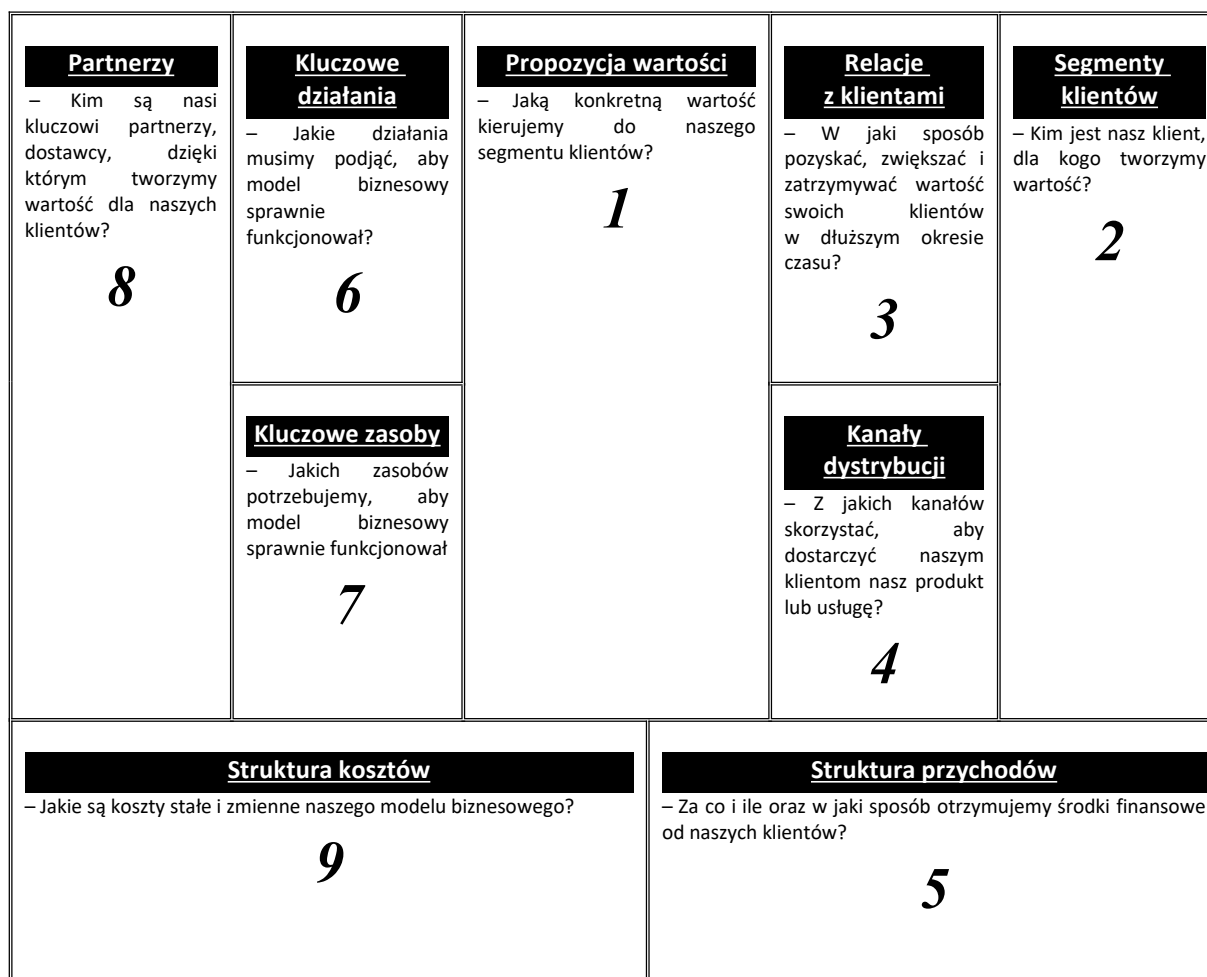
należałoby zweryfikować, zmienić by przetrwać w czasie zagrożenia zdrowia i życia obywateli a jednocześnie efektywnie działać i rozwijać się ? Obecna sytuacja wskazuje, że musimy być przygotowani na permanentne działanie szpitali w stanie kryzysu. W oparciu o model biznesowy A. Osterwaldera i Y. Pigneura zostanie dokonany w artykule przegląd działań jakie należy podjąć by system ochrony zdrowia nie uległ załamaniu poprzez wykorzystanie **strategii dźwigni kryzysowej (SDK)**.

Celem artykułu jest, zatem przedstawienie 9 dźwigni modelu biznesowego skutecznych w rozwoju szpitali podczas sytuacji kryzysowych na przykładzie pandemii COVID -19 – studium przypadku

1. Dźwignie modelu biznesowego A. Osterwaldera i Y. Pigneura

M. Doubosson-Torbay, A. Osterwalder i Y. Pigneur określili model biznesowy jako architekturę firmy i jej sieć powiązań z partnerami w celu tworzenia, wprowadzania, dostarczania wartości i kapitału relacyjnego do jednego lub kilku segmentów klientów dla generowania określonych strumieni zysków i zrównoważonych dochodów [7]. W późniejszym czasie Osterwalder i Pigneur dokonali uściślenia tej definicji, przedstawiając model biznesowy jako koncepcyjne i architektoniczne wdrażanie strategii oraz jako podstawę do realizacji procesów biznesowych. Według nich model biznesowy opisuje fundamentalne przesłanki, na podstawie których organizacja tworzy wartość oraz zapewnia i czerpie zyski z wytworzonej wartości. Ogólnie rzecz ujmując, model biznesowy określa sposoby generowania dochodów w organizacji. Dobry model biznesowy ma na celu uzyskanie lub utrzymanie przewagi konkurencyjnej. Struktura modelu biznesowego zaproponowana przez ww. autorów jest zbudowana jako suma zasobów i czynności, które dana jednostka organizuje i realizuje, by dostarczyć konkretną wartość konkretnemu klientowi. Centralną częścią tego modelu jest propozycja wartości (*Value Proposition*). To właśnie wokół niej dla konkretnych grup klientów buduje się część przychodową i część kosztową biznesu, które zostały uporządkowane w kontekście dziewięciu kluczowych elementów, opisujących model działania każdej firmy, niezależnie od jej pozycji rynkowej i stopnia rozwoju, takich jak: kluczowi partnerzy (*Key Partners*), kluczowe aktywności – działania (*Key Activites*), kluczowe zasoby (*Key Resources*), wartość dodana (*Value Proposition*), kanały dystrybucji (*Channels*), struktura kosztów (*Cost Structure*), struktura przychodów (*Revenue Streams*), segmentacja klientów (*Customer Segment*) oraz relacje z klientami (*Customer Relationships*).

Rys. 1. Schemat modelu biznesowego – według A. Osterwaldera i Y. Pigneura



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Osterwalder A, Pigneur Y, *Tworzenie modeli biznesowych. Podręcznik wizjonera*, Onepresss, Gliwice 2014, s. 22–23

Autorzy doszli do wniosku, że każdy biznes złożony jest z przedstawionych powyżej takich samych obszarów i najwygodniej jest przedstawić je w formie graficznego szablonu, na którym wszystkie zależności są doskonale widoczne, a model biznesowy to suma wszystkich wskazanych i zależnych od siebie elementów (rys. 1).

Tworząc model biznesowy, należy pamiętać o odpowiedniej kolejności określania każdego z elementów, zawsze należy rozpocząć od *proponcji wartości* oznaczonej cyfrą 1 na rysunku 1. Ostatnim elementem budowania modelu jest *struktura kosztów*, co oznaczono jako ostatni, czyli 9 etap tworzenia modelu biznesowego. Kolejność tworzenia modelu biznesowego pokazano na rysunku 3, numeratywnie od liczby 1 do 9. Budowę modelu biznesowego rozpoczyna się od zdefiniowania propozycji wartości i określenia klienta (czyli dla kogo określona przez nas propozycja wartości jest przygotowywana). Te dwa elementy

stają się kluczem, swego rodzaju wyznacznikiem dla ułożenia zasobów i czynności, które są niezbędne dla wytworzenia i dostarczenia tej wartości klientowi. Taka koncepcja działania odzwierciedla definiowanie przez M. Portera strategii, którą określa jako „wykonywanie innych czynności niż czyni to konkurencja, lub wykonywanie tych samych czynności, tylko inaczej, celem dostarczenia wartości dla klienta”[8]. Osterwalder i Pigneur przekuwają wspomnianą koncepcję Portera na model biznesowy złożony z dziewięciu standardowych elementów, dodatkowo w sposób niezwykle jasny i przejrzysty.

Do podstawowych zalet koncepcji modelu biznesowego **Osterwaldera** i **Pigneura** można zaliczyć:

- prostotę modelu,
- uniwersalność modelu, co znaczy, iż jest on adekwatny do różnych typów biznesu niezależnie od branży, sprowadzając je do jednej prostej struktury, w której jest klient i sposób dotarcia do niego, koszty zasobowe i organizacyjne, które pozwalają na budowę konkretnej wartości dla klienta,
- tworzenie wartości dla klienta stanowi najważniejszy element modelu.

Model A. Osterwaldera skupia wszystkie czynności wokół propozycji wartości, co pozwala myśleć o niej jako o misji.

Pomimo wspomnianych zalet modelu, nie wolno zapomnieć także i o tym, że model ten ma również swoje słabe strony i są to:

- koncepcja ma charakter statyczny i w swojej naturze nie ma tendencji do zmiany, a raczej do obrony już posiadanej pozycji,
- model jest bardziej odpowiedni dla dojrzałych organizacji, które już posiadają zasoby, w takich organizacjach część kosztowa staje się kluczowa; natomiast dla organizacji, w których podstawowym zasobem jest pomysł i potencjał pracowników, dodatkowo muszą ciągle dostosowywać się do zmieniającego się środowiska zewnętrznego i wyzwań biznesowych, koncepcja ta staje się mało elastyczna.

Konkludując, niezależnie od przedstawionych wad model biznesowy A. Osterwaldera i Y. Pigneura jest prostym i niekłopotliwym do wykorzystania narzędziem, który pozwala ogólnie spojrzeć na planowaną lub obecnie prowadzoną działalność. Dzięki niemu bez większego problemu możemy określić, kto jest naszym klientem, jaką wartość dla niego zamierzamy wytworzyć, w jaki sposób się z nim skontaktujemy oraz jak pozyskamy od niego zapłatę za produkt. I takie spojrzenie na powyższy model biznesowy było adekwatne w momencie stałej nie kryzysowej sytuacji. Model zawiera dziewięć znaczących dla rozwoju organizacji (szpitala) dźwigni, które wzajemnie się dopełniając zapewniają możliwość

rozwoju, jednak w sytuacji kryzysu znaczenie i jak i rola tych dźwigni ulega znacznemu przedefiniowaniu i wymaga nowego ujęcia i opisanie teoretycznego, a więc dalszej ewolucji danego modelu biznesowego. Poniżej zostanie przedstawione studium przypadku wykorzystania w praktyce modelu biznesowego A. Osterwaldera i Y. Pigneura przez szpitale zarówno publiczne, jak i prywatne w Polsce w czasie ich funkcjonowania i walki z pandemią COVID – 19. Na podstawie opisanego studium przypadku zostanie dokonana analiza porównawcza 9 dźwigni tego modelu z perspektywy funkcjonowania polskich szpitali w okresie przed i panedmicznym.

2. Warunki kryzysu pandemicznego a zagrożenia realizacji modelu biznesowego w szpitalach

Okres pandemii obnażył przed nami problemy ochrony zdrowia na całym świecie. Wszystkie kraje podejmowały konkretne działania nakierowane na ratowanie życia i zdrowia swoich obywateli, jednak były to i są nadal działania rekatywne na zastaną sytuację kryzysową. W każdym kryzysie należy jednak dostrzec możliwość wprowadzenia zmian które sprzyjają rozwojowi. W niniejszym opracowaniu dokonano teoretycznej analizy 9 dźwigni modelu biznesowego A. Osterwaldera i Y. Pigneura, która pozwoli zidentyfikować problemy szpitala w walce z pandemią i wskaże skuteczne drogowskazy do zmiany polityk stosowanych w poszczególnych krajach w zakresie rozwoju systemowego ochrony zdrowia. Poniższe studium przypadku dotyczy polskiej rzeczywistości i będzie stanowić teoretyczny wkład dla naukowego rozwoju dyscypliny zarządzania zdrowiem publicznym obywateli.

W tym celu poddano analizie następujące dźwignie modelu biznesowego:

1. Propozycja wartości (Jaką konkretną wartość kierujemy do naszego segmentu klientów?)
2. Segmenty klientów (Kim jest nasz klient, dla kogo tworzymy wartość?)
3. Relacje z klientami (W jaki sposób pozyskać, zwiększać i zatrzymywać wartość swoich klientów w dłuższym okresie czasu?)
4. Kanały dystrybucji (Z jakich kanałów skorzystać, aby dostarczyć naszym klientom nasz produkt lub usługę?)
5. Struktura przychodów (Za co i ile oraz w jaki sposób otrzymujemy środki finansowe od naszych klientów?)
6. Kluczowe działania (Jakie działania musimy podjąć, aby model biznesowy sprawnie funkcjonował?)

7. Kluczowe zasoby (Jakich zasobów potrzebujemy, aby model biznesowy sprawnie funkcjonował?)
8. Partnerzy (Kim są nasi kluczowi partnerzy, dostawcy, dzięki którym tworzymy wartość dla naszych klientów?)
9. Struktura kosztów (Jakie są koszty stałe i zmienne naszego modelu biznesowego?)

Dźwignia 1 oraz Dźwignia 2 – szpitale w momencie pandemii nakierowały swoją ofertę leczniczą na pacjentów zakażonych wirusem SARS - COV 2, wszystkie zasoby szpitali kadrowe, infrastrukturalne były i są wykorzystywane do walki z pandemią. Wąskie gardło tej dźwigni to dostępność do świadczeń zdrowotnych dla pozostałych pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi. W okresie pandemii nastąpiło zahamowanie terapii wobec pacjentów skierowanych do tzw.: zabiegów planowych, swoją działalność na pewien okres wstrzymały placówki leczenia sanatoryjnego, ambulatoryjnego i stomatologicznego. Powyższe było i jest podyktowane koniecznością nie przeciążania posiadanej infrastruktury szpitalnej oraz ograniczeniem transmisji wirusa poprzez unikanie nadmiernych skupisk ludzkich. Wszystkie działania są jak najbardziej logiczne, jednakże jest to element, który wymaga strategicznego i długofalowego rozwiązania w aspekcie zdrowia publicznego. Ochrona zdrowia powinna być wydolna i dostępna dla wszystkich pacjentów, również w czasie pandemii [10].

Dźwignia 3 – skupienie przez szpitale uwagi na pacjentach zakażonych SARS – COV 2 uniemożliwia utrzymanie dalszych pozytywnych relacji z pacjentami. Jest to niebezpieczna sytuacja z punktu widzenia zachowania zdrowia populacji, ponieważ pacjenci czują się na swój sposób „odrzućeni” pozbawieni opieki medycznej, co powoduje ich rezygnację z dbania o zdrowie i zrywanie kontaktów ze swoim lekarzem, pielęgniarką. Jest to kolejny element, który wymaga strategicznego i długofalowego rozwiązania mający wpływ na zdrowie publiczne.

Dźwignia 4 – To co zaobserwowano podczas pandemii to szybki rozwój informatyzacji w ochronie zdrowia, który z pewnością nie nastąpiłby w takim tempie przed pandemią. Pacjenci mogli skorzystać z e-recept, e-skierowań, e-zwolnień i tzw.: e –wizyty lekarskiej czy pielęgniarskiej. Pomimo dużych pozytywów w aspekcie możliwości zastosowania w praktyce teleporad, pacjenci w większości negatywnie odnosili się do tego typu rozwiązań, powstaje pytanie dlaczego?. Można przypuszczać, że nagła zmiana wymuszająca niejako nowe podejście personelu medycznego do sytuacji i wykorzystania technologii informatycznych na wysoką skalę, jednak podczas studiów medycznych nie wszyscy medycy mogli skorzystać z oferty dydaktycznej na wysokim poziomie w zakresie ich rozwoju kompetencji cyfrowych

może prowadzić do nieumiejętnego wykorzystywania tych narzędzi przez personel i jest to kolejny element, który wymaga strategicznego i długofalowego rozwiązania mający wpływ na zdrowie publiczne populacji.

Dźwignia 5 – W sytuacji nie kryzysowej głównym płatnikiem za usługi medyczne jest Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i sami pacjenci. W czasie pandemii, gdzie ilość i struktura wykonywanych świadczeń ulega zmniejszeniu pojawił się problem z wysokością przychodów, dokonano zmiany płatności według tzw.: 1/12 limitu kontraktu a nie według wykonania ryczału. W przypadku placówek POZ, które środki otrzymują według stawki kapitałowej zmiana sposobu ich działania w oparciu o teleporady i nie zadowolenie pacjentów z tym zakresie zmusza do przemyślenia modelu finansowania świadczeń w szpitalach i całej ochrony zdrowia.

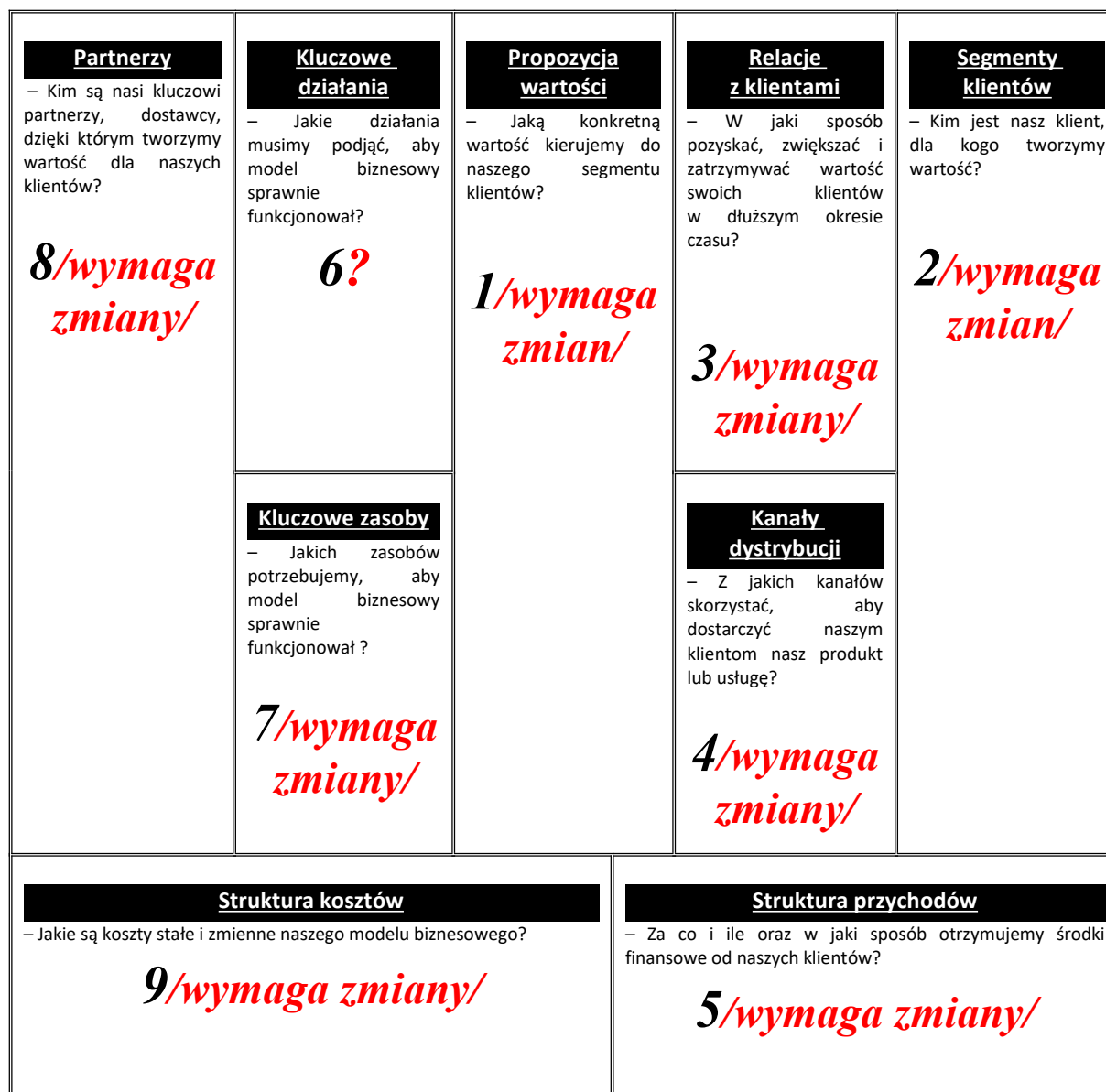
Dźwignia 6 – Jakie działania może i musi podjąć szpital by model biznesowy funkcjonował sprawnie? Ta dźwignia zostanie omówiona w podsumowaniu artykułu.

Dźwignia 7 – W czasie pandemii szpitale borykają się z dużymi brakami kadrowymi na każdym poziomie działania placówki [11]. Nie zawsze udaje się osobom zarządzającym skutecznie i w sposób elastyczny dokonywać przesunięć personelu pomiędzy oddziałami szpitalnym czy też z otwartej opieki leczniczej do lecznictwa zamkniętego. Część personelu nie wykazuje postawy otwartej na tego typu zmiany ich dotychczasowego miejsca pracy. Dodatkowo motywatorem takich działań okazuje się wynagrodzenie i warunki pracy, a także nie dostosowanie kompetencyjne personelu do zmian. Jest to kolejny element, który wymaga strategicznego i długofalowego rozwiązania mający wpływ na zdrowie publiczne populacji.

Dźwignia 8 – Podczas pandemii szpitale musiały otworzyć się na szerszą współpracę z jednostkami JST, władzą wojewódzką i rządową. Na linii tych partnerów można było dostrzec działania, które nie sprzyjały dążeniu do jednego celu i brak koordynacji w podejmowanych decyzjach i działaniach [12, 13]. Powyższy problem również wymaga strategicznego i długofalowego rozwiązania mający wpływ na zdrowie publiczne populacji.

Dźwignia 9 – Koszty to jest podstawowy element jaki w polskich szpitalach weryfikują zarządzający. *Okazuje się, że w czasie pandemii nie koszty okazały się największym problemem a przede wszystkim braki kadrowe, brak dostępności do świadczeń zdrowotnych, czy też braki sprzętowe i organizacyjne. Czas pandemii pokazał, że teorie badaczy wskazujące na fakt, iż jakość a nie koszty są najważniejsze sprawdziły się. Zdaniem M.E. Portera i E. Teisberg, pomimo ograniczeń, system opieki zdrowotnej może osiągnąć doskonałe wyniki zarówno w obszarze jakości, jak i skuteczności, co jednak często wymaga transformacji i wdrożenia nowych zasad konkurencji, nakierowanej na wzrost tworzonej wartości [9].*

Rys. 2. Schemat modelu biznesowego – według A. Osterwaldera i Y. Pigneura –
dźwignie modelu wymagające zmian prowadzących do równowagi systemu ochrony zdrowia.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Osterwalder A., Pigneur Y., Tworzenie modeli biznesowych. Podręcznik wizjonera, Onepresss, Gliwice 2014, s. 22–23

Na rysunku 2 wskazano, że model biznesowy szpitali będzie mógł być realizowany, ale wymagana jest zmiana wszystkich dźwigni kryzysowych, co może przyczynić się przede wszystkim do skutecznej walki z pandemią, ale również zapewnić stabilny rozwój systemu ochrony zdrowia również po okresie pandemii. Poniżej przedstawiono kluczowe działania dla Dźwigni 6 jakie należy podjąć by osiągnąć wspomniany powyżej cel.

3. Kluczowe działania w ramach dźwigni 6 modelu biznesowego umożliwiające skuteczne działania i dalszy rozwój szpitali

W kontekście otrzymanej diagnozy dla poszczególnych dźwigni kryzysowych należy wskazać rekomendacje dla kluczowych działań w ramach dźwigni 6 jakie należy podjąć, aby model biznesowy szpitali sprawnie funkcjonował?

Dźwignia 6 - pierwszym podstawowym elementem krytycznym, który zaistniał podczas pandemii to brak wykwalifikowanej kadry medycznej. Należy zaznaczyć, że w modelu biznesowym jest to podstawowy mankament, który uniemożliwia realizację celów i założonych wartości modelu. **Dźwignia 7** (kluczowe zasoby) staje się pierwszym elementem modelu, który należy pilnie poprawić. Oczywiście braku kadry nie nadrobi się w krótkim czasie to jest długotrwały proces, ale wymaga on przemyślanych działań na poziomie polityki państwa [14]. Jednym z słuszniejszych propozycji rozwiązań tego problemu jest kaskadowanie kompetencji i umiejętności medycznych pomiędzy personel medyczny, stosowanie zachęt dla młodych ludzi by rozpoczęli studia medyczne oraz zachęt do pozostania w zawodzie [15]. **Z dźwignią 7 ściśle powiązana jest dźwignia 4** (kanały dystrybucji) w ramach której, co pokazały doświadczenia w czasie pandemii szybki rozwój informatyzacji i wykorzystanie tzw.: teleporad w sposób powszechny spowodowało dużą krytykę tego rozwiązania przez pacjentów [16]. Nie ma badań, które wskazywałyby przyczynę tej krytyki, ale może to wynikać z dwóch przyczyn, po pierwsze pacjenci preferowali wizyty stacjonarne w gabinecie, przychodni czy szpitalu a nie udzielane porad telefonicznie. Drugą bardzo istotną przyczyną tej krytyki może być fakt, że część personelu medycznego nie była merytorycznie przygotowana do udzielania porad za pomocą narzędzi informatycznych, brak odpowiednich kompetencji cyfrowych ale też i postępowania z pacjentem podczas takiej wizyty prowadzi do sytuacji, że ta forma porad jest negowana przez pacjentów i sam personel medyczny. W tym aspekcie należy zrewidować programy kształcenia personelu medycznego, które będą odpowiadać dzisiejszym wymogom co do wykorzystania narzędzi informatycznych w leczeniu pacjentów. Należy mieć na względzie to, że nowoczesna medycyna również opiera się na szeroko rozwiniętych technologiach informatycznych i tą kwestię należy rozwijać wśród personelu medycznego ale także wśród pacjentów i społeczeństwa.

Dźwignia 1 (propozycja wartości), dźwignia 2 (segmenty klientów) oraz dźwignia 3 (relacje z klientami) jest również ściśle powiązana z dźwignią 7. Ograniczenie ilościowe w zakresie

personelu medycznego w czasie szczytu pandemii (trzech fal) przyczyniło się do odwoływania planowych przyjęć i zabiegów dla pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi niż COVID-19. Ochrona zdrowia w czasie pandemii jest nakierowana w głównej mierze na walkę z wirusem, natomiast pozostali pacjenci czuli się wykluczeni, pominięci ze swoimi problemami zdrowotnymi.

Dźwignia 5 (struktura przychodów) oraz dźwignia 9 (struktura kosztów), również wymagają gruntownej zmiany. Czas pandemii wyraźnie wskazał, że koszty nie są najważniejszą rzeczą dla sprawnego i efektywnego działania a inne zasoby między innymi ludzkie. Stąd też wyzwaniem w tym aspekcie jest ponowna weryfikacja form i rodzaju płatności za usługi medyczne oraz kosztów dla całego systemu ochrony zdrowia.

Dźwignia 8 (partnerzy) wymaga uspoźnienia w kwestii koordynacji zleczanych zadań. Rozdrobnienie ośrodków decyzyjnych nie sprzyja realizowaniu celów [17, 18].

Podsumowanie

Okres pandemii jaki obecnie przechodzimy pokazał, że zarówno świat nauki jak i grono ekspertów musi skupić swoją uwagę na budowaniu nowej rzeczywistości post pandemicznej w nieco nowych, odmiennych realiach. Na podstawie przedstawione w artykule case study widać wyraźnie, że dotychczasowe wypracowane strategie zarządcze wymagają zmian i modyfikacji. Jednakże analiza dźwigni modelu biznesowego wskazała kierunki strategiczne jakie należy zrealizować by system ochrony zdrowia i szpitalnictwo mogły się rozwijać, pomimo epidemicznego kryzysu globalnego.

Pierwsza podstawowa rzecz to rozwój kadr medycznych oraz zwiększenie jej liczebności, następnie dalszy rozwój informatyzacji ochrony zdrowia oraz poprawa kompetencji informatycznych personelu medycznego, weryfikacja struktury przychodów i kosztów według nowych wyzwań i oczekiwań zdrowotnych ludności oraz nowa redefinicja zadań administracji państwowej. Wszystkie te działania przyczynią się do rozwoju potencjału systemu ochrony zdrowia i wpłyną na lepsze i efektywne realizowanie zadań, a przez to na zdrowie publiczne ludności.

W przypadku polskiej ochrony zdrowia w oparciu o przeprowadzoną w artykule analizę dźwigni strategii kryzysowych modelu biznesowego należy zająć się w trybie pilnym następującymi obszarami:

- 1. Rozwój personelu medycznego**
- 2. Rozwój informatyzacji i kompetencji cyfrowych**
- 3. Optmalizację przychodów i kosztów**

4. Wskazanie ośrodków decyzyjności – odpowiedni podział zadań i odpowiedzialności

W tych obszarach polski system ochrony zdrowia nie sprawdził się, wymagają one pilnego wzmocnienia i strategicznych długofalowych rozwiązań, co przełoży się na optymalizację działań w dążeniu do zabezpieczeniu zdrowotnego społeczeństwa.

Literatura

1. Ackoff R. L. Redesigning the Future. A Systems Approach to Societal Problems. 1974; 2(1): p. 2. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03081077508960859>.
2. Chandler A. D. Strategy and Structure, Chapters in the History of the American Industrial Enterprise. The M.I.T. Press. 1962; p. 13. <https://mitpress.mit.edu/books/strategy-and-structure>.
3. Simon H. A. Działanie administracji. PWN, 1976; s. 163.
4. Hinterhuber H. H. Strategische Unternehmensführung. Erich Schmidt Verlag. 1977; s. 119.
5. Mintzberg H. The Structuring of Organization, N. J. Pretince – Hall. 1979; p. 25. <https://www.nrc.gov/docs/ML0907/ML090710600.pdf>.
6. McGrath R. G. Krótkotrwała przewaga, Harvard Business Review Polska. 2013; 129(11): s. 42 – 53.
7. Dubosson-Torbay M., Osterwalder A., Pigneur Y. eBusiness Model Design Classification and Measurements. Thunderbird International Business Review. 2002; 44(1): p. 5–23.
8. Porter M.E. What is Strategy. Harvard Business Review. 1996; 74(6): p. 61–78.
9. Porter M.E , Teisberg E. Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej. Harvard Business Review Polska. 2005; 10(32): s. 106–128.
10. Żakowiecki P, Helak M. Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia. Fundacja Przyjazny Kraj, 2020; 1-40. http://www.pte.pl/pliki/2/12/Fundacja_Przyjazny_Kraj_.pdf.
11. Fałek A, Janiszewski R, Jakubiak K.. Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce. Modern Healthcare Institute. 2020; 1-46.
12. Konieczny J, Fiedler R, Tomaszuk M, Dajerling L, Jarczewski W, Wawrzynowicz H, Raubo J, Pilichowska – Woźniak M. PANDEMIA. Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Zakład Studiów nad Bezpieczeństwem, Nowiny Nauki o Bezpieczeństwie. 2020; 1(1): 1-56. https://wzk.poznan.uw.gov.pl/sites/default/files/aktualnosci/e-biuletyn_nr_1_pandemia.pdf.

13. Gierelak G, Siewiera J, Ryczek R. Polska misja medyczna we Włoszech. Wnioski dotyczące organizacji i zarządzania systemem ochrony zdrowia w warunkach kryzysu związanego z pandemią koronawirusa. Wojskowy Instytut Medyczny. 2020; 1- 51. https://wim.mil.pl/images/zlotkowska/22042020zapis_webinaru_misja_Wlochy/Opracowanie_COVID_ITALY-opt.pdf;
14. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Przegląd strategii walki z COVID-19 w okresie jesienno – zimowym. Opracowanie analityczne AOTMiT. 2020; 1- 44. https://www.aotm.gov.pl/media/2020/08/1_1_aotmit_strategi_walki_z_covid-19_v.1.0.pdf.
15. Duszyński J, Afelt A, Ochab-Marcinek A, Owczuk R, Pyrc K, Rosińska M, Rychard A, Smiatacz T. Zrozumieć COVID-19. Polska Akademia Nauk. 2020; 1-70. https://informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf.
16. Kocik J, Pinkas J. Rozpoznanie i leczenie łagodnych przypadków COVID-19 w warunkach domowych – wyzwania i ryzyka. Wiedza Medyczna. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. 2020; 1-4. <https://wiedzamedyczna.pl/index.php/wm/article/view/42>.
17. Jacobs L.G, Garrett R. C, Hospital Care for COVID-19: What Have We Learned?. 2020; 68(11). <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7675400>.
18. Burgansky A, Coletta-Lucas J, Garcia M.S, COVID-19 in a community hospital. 2020; 44(6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32800406/>.