

PODEJŚCIE PROCESOWE I DOJRZAŁOŚĆ PROCESOWA W PODMIOTACH LECZNICZYCH W KONTEKŚCIE SIECI SZPITALI

Ewa Raczyńska^{1*}

¹ Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Kolegium Ekonomii, Polska

Streszczenie: Zarządzanie procesowe jest wyzwaniem w jednostkach ochrony zdrowia, choć procesy nie są obce podmiotom leczniczym. Proces co do zasady jest dobrze udokumentowany dzięki prowadzeniu dokumentacji medycznej, jednak istnieje duża zmienność w jego realizacji ze względu na stan pacjenta. Co więcej, mimo powodzenia procesu, jego wynik może być odmienny od założonego. Mimo wystandaryzowanych ram udzielania świadczeń profesjonalista medyczny posiada dużą autonomię w zakresie postępowania z pacjentem, co powoduje trudności w mapowaniu procesów. Oprócz trudności wewnątrz podmiotu leczniczego również jego otoczenie wpływa na specyfikę zarządzania. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących dojrzałości procesowej w polskich szpitalach w kontekście przynależności do poziomu referencyjności (sieć szpitali), posiadanych certyfikatów jakości (ISO oraz akredytacja) i osiągnięcia zysku lub straty.

Słowa kluczowe: dojrzałość procesowa, jakość, ochrona zdrowia, procesy

Kod klasyfikacji JEL: H13, D47, D60, H40, I11

Wprowadzenie

Sektor ochrony zdrowia boryka się z wieloma przeciwnościami i zasady prowadzenia działalności są silnie uzależnione od polityki oraz finansowania publicznego. Każdego dnia w podmiocie leczniczym zachodzi szereg procesów – są to procesy medyczne, informacyjne, zarządcze, informatyczne, komunikacyjne itp. Procesy te znacząco różnią się od siebie, a ich powtarzalność jest zależna od problematyki

¹ Ewa Raczyńska, mgr, ul. Bogucicka 3a, 40-287 Katowice, Polska, ewa.raczynska@uekat.pl,

 <https://orcid.org/0000-0002-7834-1353>

* Autor korespondencyjny: Ewa Raczyńska, ewa.raczynska@uekat.pl

przyjmowanych pacjentów oraz specyfiki podmiotu leczniczego. Procesy zachodzące w jednej komórce organizacyjnej mogą znacząco się od siebie różnić, a ostateczną decyzję o przebiegu leczenia podejmuje lekarz. Proces medyczny jest udokumentowany każdorazowo w postaci dokumentacji medycznej, jednak cel owej dokumentacji wynika jedynie z potrzeb medycznych i prawnych. Rzadko analizuje się na tej podstawie przebieg i powtarzalność procesów. Z jednej strony jest doskonale udokumentowany proces (również informatycznie), jednak jego analiza służy głównie ocenie stanu pacjenta i rozliczeniu z narodowym płatnikiem. Aktualnie, za sprawą informatyzacji i elektronicznej dokumentacji medycznej, istniałaby możliwość analizy procesu. Niestety taka analiza wciąż należy do rzadkości, co – jak wskazuje literatura – jest złą drogą. Aktualnie tradycyjne systemy Hospital Information System (HIS) nie umożliwiają analiz przebiegu procesu na podstawie danych (Szelągowski, 2015). Dojrzałość procesów powinna przekładać się na sprawniejsze zarządzanie podmiotem oraz mieć swój wkład w efektywność. W Polsce ochrona zdrowia przechodzi od reformy do reformy – warto zadać sobie pytania dotyczące pozycji podmiotu leczniczego w świetle dojrzałości procesowej i jego oceny w systemie. Artykuł ma na celu identyfikację kluczowych czynników wpływających na dojrzałość procesową oraz zbadanie powiązań między jakością, pozycją szpitala po reformie tzw. sieci szpitali oraz dojrzałością procesową. Przeprowadzone badania empiryczne pozwalają wyciągnąć wnioski co do zależności dojrzałości procesowej i kwalifikacji do sieci, a tym samym po raz pierwszy porównać, czy aspekt dojrzałości procesowej jest skorelowany z umiejscowieniem szpitali w sieci.

Szpital jako podmiot leczniczy

Szpital to według definicji ustawowej zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy zajmuje się wykonywaniem działalności w rodzaju świadczenia szpitalnego, gdzie jako świadczenia szpitalne rozumie się kompleksowe świadczenia zdrowotne wykonywane przez całą dobę, obejmujące diagnozowanie, leczenie, pielęgnację i rehabilitację, których charakter wyklucza możliwość ich realizacji w innych podmiotach stacjonarnych, całodobowych lub ambulatoryjnych. W ramach świadczeń szpitalnych wykonywać można również świadczenia z zamiarem zakończenia ich udzielania w trakcie 24 godzin (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...). Witczak (2009) definiuje szpital jako zakład opieki zdrowotnej, w którym udzielane są świadczenia pacjentom wymagającym całodobowego świadczenia opieki zdrowotnej – jest to uporządkowany system działań powołany, by realizować cele przy wykorzystaniu zasobów, ma własną strukturę i działa według ustalonych reguł. Szpital jest bez wątpienia podmiotem leczniczym. „Podmiot leczniczy” jest pojęciem szerszym, ponieważ obejmuje przedsiębiorców, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe mające w swej działalności ambulatoria, instytuty badawcze, fundacje oraz stowarzyszenia, ambulatoria z izbą chorych, instytuce POZ (lekarza, pielęgniarkę i położną), osoby prawne i jednostki Kościoła katolickiego oraz wojskowe zajmujące się działalnością leczniczą (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...). Określenie podmiotu leczniczego obejmuje więc szeroką gamę jednostek zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>). Na koniec 2021 roku w Polsce funkcjonowało

899 szpitali ogólnych i 219 dziennych, co przekłada się na 168,8 tys. łóżek i 5,8 tys. miejsc dziennych. Na 100 tys. mieszkańców przypada 2,9 szpitala, a w województwie śląskim aż 4,3 (GUS, 2022). W budżecie NFZ zapisanym na rok 2023 na szpitalnictwo zaplanowano blisko 50% wydatków ([https://www.nfz.gov.pl/...](https://www.nfz.gov.pl/)). Szpitale pełnią funkcję zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji – ich podstawowym celem jest ratowanie życia i przywracanie zdrowia pacjentom. Szpitale zwykle są placówkami publicznymi, co powoduje ich znaczne upolitycznienie, a także nierynkowe działanie (szpitale często utrzymują nierentowne oddziały celem zapewnienia populacji dostępu do opieki zdrowotnej), co odbija się bezpośrednio na ich finansach. Według raportu dotyczącego sytuacji szpitali powiatowych aż 90,5% z nich przyniosło w 2022 roku stratę, co wskazuje na złą sytuację zarówno szpitali, jak i całego sektora. Niestety szpitalnictwo od dawna przynosi straty, co z kolei wymogło szereg reform skrajnie od siebie różnych – zaczynając od komercjalizacji nierentownych szpitali (Kachniarz, 2008), po sieć szpitali, która funkcjonuje do dziś.

Sieć szpitali

Reformę szpitalnictwa, zwanego siecią szpitali, wprowadzono w 2017 roku jako odpowiedź na problemy sektora. Szpitale nie tylko miały problemy finansowe i organizacyjne, ale również musiały między sobą rywalizować w procedurze konkursu ofert, przez co występował brak ciągłości, niepewność otrzymania kontraktu, fragmentaryzacja procesów oraz brak skupienia na potrzebach pacjenta (Jarosz-Żukowska, 2020). Reforma podzieliła szpitale na te, które funkcjonują w sieci, oraz te poza nią. Do szpitali w sieci zalicza się szpitale I stopnia, szpitale II stopnia i szpitale III stopnia oraz szpitale onkologiczne, pulmonologiczne, pediatryczne i ogólnopolskie (Hellich & Wierzowiecka, 2017). Szpitale do sieci były kwalifikowane według warunków w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W teorii sieci szpitali szpitale I stopnia to szpitale podstawowe zapewniające świadczenia niezbędne dla populacji, nieudzielające świadczeń wysokospecjalistycznych – najczęściej do tej grupy kwalifikowano szpitale powiatowe. Szpitale II stopnia to szpitale wieloprofilowe wykonujące bardziej rozbudowane procedury, z większą liczbą oddziałów; ten poziom to zwykle szpitale wojewódzkie. Ostatni poziom trzystopniowego zabezpieczenia pełnią szpitale III stopnia (instytuty, szpitale kliniczne, część szpitali wojewódzkich); wykonują one skomplikowane procedury z wykorzystaniem najnowocześniejszych technologii. Kwalifikacja do sieci jest rewidowana co 4 lata i ostatnie zmiany w rankingu miały miejsce we wrześniu 2022 roku. Sieć szpitali w swoich założeniach miała za zadanie zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania, gwarancję bezpieczeństwa dla systemu opieki zdrowotnej, ciągłości i poprawienia dostępności do opieki zdrowotnej i finansowania, optymalizację liczby oddziałów specjalistycznych i kosztów leczenia, zwiększenie elastyczności zarządzania szpitalem oraz powstanie poradni przyszpitalnych mających za zadanie skoordynowanie dwóch poziomów leczenia (leczenia szpitalnego

i świadczeń ambulatoryjnych) (Łęgowski, 2017). Zmienił się również system finansowania, sieć szpitali oznaczała odejście od płacenia za usługi, a szpitale zaczęły otrzymywać ryczałt określony przez NFZ zgodnie z rozporządzeniem MZ (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. ...).

Jakość certyfikowana w podmiocie leczniczym

Jakość usług bywa oceniana subiektywnie w zależności od posiadanej przez oceniającego wiedzy, zapotrzebowania i doświadczenia. W ocenie jakości ważna jest też sytuacja sektora, dostęp do informacji oraz świadomość, jak usługa powinna być wykonana, i samych wymagań klienta (Bielawa, 2011). Ocena jakości usług medycznych z jednej strony to duża dysproporcja między wiedzą profesjonalisty medycznego a świadomością i oczekiwaniami pacjenta; dodatkowo obie strony w swoich ocenach mogą być nieobiektywne (Raczyńska, 2020). Konieczna jest więc pewna obiektywizacja oceny jakości w placówkach ochrony zdrowia. W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad uregulowaniem oceny jakości, jednak na obecną chwilę obowiązuje system weryfikacji na poziomie kontraktowania (ocena wykształcenia, umiejętności i kompetencji personelu czy użytkowany sprzęt), a także zewnętrzne oceny poprzez certyfikację ISO i/lub akredytację (Trela, 2014). Akredytacja CMJ jest najbardziej pożądanym przez szpitale certyfikatem jakości, ponieważ bezpośrednio wpływa na ryczałt poprzez współczynnik korygujący (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. ...). Certyfikat akredytacyjny nadaje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a szereg wytycznych do spełnienia określa w Zestawie Standardów Akredytacyjnych osobno dedykowanych szpitalom (CMJ, 2009) i podstawowej opiece zdrowotnej. W ramach standardów ocenianych uwzględnia się ciągłość opieki, przestrzeganie praw pacjenta, ocenę jego stanu i opiekę nad nim. Kontrolę zakażeń, zabiegi i znieczulenia, farmakoterapię, laboratorium, diagnostykę obrazową, żywienie, poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta, zarządzanie oraz zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, zarządzanie środowiskiem opieki (CMJ, 2009). Warto wskazać, że akredytacja jest dedykowana systemowi ochrony zdrowia, natomiast normy ISO skierowane są do wszystkich sektorów gospodarki, a zadaniem podmiotu wdrażającego jest implementacja normy. NFZ wyróżnił pięć norm, których posiadanie jest gratyfikowane w procedurze konkursowej, tj. ISO 9001 – certyfikat zarządzania jakością, ISO 14001 – certyfikat systemu zarządzania środowiskowego, ISO 27001 – certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ISO 18001 – certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ISO 22000 – certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności (Raczyńska, 2020).

Podejście procesowe w jednostkach ochrony zdrowia

Podejście procesowe, zwane również orientacją procesową, jest uważane za pewną ideę zarządzania procesami w organizacji, stanowi filozofię, gdzie istotą zainteresowania pracowników i zarządzających jest proces oraz klient, co sprzyja

udynamicznieniu organizacji, jej elastyczności, gotowości do zmiany oraz holistycznemu ujęciu przedsiębiorstwa (Nowosielski, 2008). Sam proces jest pewnym zestawem działań i czynności realizowanych sekwencyjnie, o określonych, zdefiniowanych wejściach, które zmierzają do założonego rezultatu, są one uporządkowane w czasie i przestrzeni (Bitkowska, 2013). Wyznacznikiem wdrażania podejścia procesowego w jednostce ochrony zdrowia są holistyczne podejście do problemów jednostki, koncepcja związków przyczynowo-skutkowych, zintegrowane zarządzanie ryzykiem, zaangażowanie personelu, monitorowanie procesu na każdym jego etapie, wiedza jako bardzo ważny czynnik wpływający na proces, wsparcie informatyczne i dobra komunikacja wewnątrz organizacji (Szwiec, 2017). Podejście procesowe skupia się na kliencie, w przypadku jednostki ochrony zdrowia jest to pacjent. Bez uwzględnienia jego punktu widzenia w kwestiach organizacyjnych, współtworzenia procesów podejście procesowe nie może być prawidłowo zaimplementowane w organizacji (Ludwiczak, 2017). Bardzo ważne jest również uwzględnienie w strategii szpitala podejścia procesowego jako dobrej praktyki dla tworzenia procedur organizacyjnych. Niezwykle istotne jest mapowanie procesów, co pozwala na analizę działalności podmiotu leczniczego. Tworząc modelowanie procesów w szpitalu, uwzględnia się diagramy procesów wewnętrznych, procesów publicznych, diagram kolaboracji, choreografii i konwersacji (Dziembała & Pańkowska, 2017). Z sukcesem podejmuje się próby zmapowania procesu od wejścia do wyjścia z jednostki ochrony zdrowia (Graban, 2011), jednak nigdy nie jest to pełna wariacja dotycząca procesów, a próby dokładnej charakterystyki wszystkich procesów oraz ich wariacji nie przynoszą szpitalowi wartości (Cleven et al., 2014). Identyfikacja procesów powinna się skupiać na drogach pacjenta z pozostawieniem swobody ich modyfikacji z powodów medycznych (Raczyńska, 2022). Warto przy tym uwzględnić ograniczenia obserwacji procesu spowodowane przepisami prawnymi i etyką (wykluczenie obecności osób trzecich czy nagrywanie procesu) (Mleczo, 2012).

Dojrzałość procesowa

Dojrzałość procesowa zakłada pewien punkt odniesienia do stopnia wdrożenia podejścia procesowego, które może być wskaźnikiem pozwalającym zmierzyć jej poziom w organizacji (Sliż, 2016). Dojrzałość procesowa wyraża się zakresem, w jakim procesy podlegają formalnemu zdefiniowaniu, zarządzaniu, mierzeniu i jak bardzo są efektywne (Grajewski, 2016). Za cechy organizacji dojrzałej procesowo uznaje się jej zdolność do usprawniania produktu/usługi, pełne identyfikowanie procesów oraz umiejętność przekazywania wiedzy o nich, planowanie projektowania procesów, obserwację procesów, usprawnianie i eksperymentowanie oraz analizę stosunku kosztu do efektu, jasny podział ról i odpowiedzialności, monitorowanie jakości produktów i zadowolenia klientów, stworzenie obiektywnej bazy do oceny jakości działań (Grela, 2013). Większa dojrzałość procesowa poprawia wyniki organizacji, zwiększa jej rentowność, rotację kapitału, zysk oraz innowacyjność (Brajera-Marczak, 2017). Ochrona zdrowia jako system znajduje się na różnych etapach dojrzałości również administracyjnie – tak więc w celu poprawy dojrzałości procesowej warto przyrzeć się modelom systemu ochrony zdrowia i wsparcia podmiotów

(Carvalho et al., 2016). Przyjmuje się, że w jednostkach ochrony zdrowia przebiega wiele procesów. Standardy postępowania, w tym procedury medyczne są nauczane już w czasie studiów medycznych i specjalizacji – skomplikowanie procedur wymaga specjalistycznej i rozbudowanej wieloletniej wiedzy. Również sposób rozliczania usług przez NFZ polega na realizacji procedur. W badaniach Kaltenbrunner i in. (2018) podkreślona jest dojrzałość procesowa na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Wśród autorów polskich warto wskazać prace Kalinowskiego (2012, 2014, 2015, 2017) i Brajer-Marczak (2014, 2017, 2018, 2019) dotyczące dojrzałości procesowej i nakreślające problemy jednostek, w tym z sektora ochrony zdrowia. Badane są również same wdrożenia zarządzania procesowego przez takich autorów jak Bitkowska (2013), Nowosielski (2008), Nogalski et al. (2013).

Metodologia badań, charakterystyka grupy badawczej i hipotezy badawcze

Badania przeprowadzono od października 2022 roku do lutego 2023 roku metodą ankiety wspomaganą telefonicznie w grupie szpitali (dobór losowy), uzyskując 100 pełnych ankiet (liczba przebadanych szpitali 100). Niniejsze wyniki zostały opracowane na bazie danych będących podstawą do obrony pracy doktorskiej autorki artykułu. Skala pomiarowa dojrzałości procesowej została zaczerpnięta z *Process Management in Hospitals: An Empirically Grounded Maturity Model* autorstwa Cleven, Wintera, Wortmanna, Mettlera (Cleven et al., 2014). Narzędzie zostało przetłumaczone i dopasowane do polskich warunków. Respondenci udzielali odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Co ważne, badanie odbyło się po nowej klasyfikacji do sieci szpitali. Respondentami byli samodzielni specjaliści niemédycznych, kierownicy komórek organizacyjnych (médycznych i niemédycznych). W badaniu brały udział szpitale z sieci i spoza sieci, gdzie szpitale I-III stopnia stanowiły aż 77% próby badawczej. W badaniu pewną nadreprezentację miały szpitale posiadające akredytację, ponieważ aż 94% badanych posiadało certyfikat akredytacyjny, gdzie w populacji tylko 171 szpitali na dzień 31.12.2022 r. było pozytywnie zakredytowanych. 73% badanych szpitali posiadało certyfikat jakości ISO 9001, 18% ISO 14001, 22% ISO 27001, ISO 18001 29%, a ISO 2200 4%. W 2021 roku 53% badanych szpitali osiągnęło zysk, a 47% stratę. Konstrukty dotyczące dojrzałości procesowej obejmował 21 pytań dotyczących takich aspektów jak strategia, praca zespołowa, system informatyczny, przebieg procesów, podejmowanie decyzji, inicjatywy pracowników, regulacje prawne, hierarchia i komunikacja. W ramach procesu badawczego opracowano następujące hipotezy badawcze:

- H1. Umiejscowienie szpitala w sieci odzwierciedla poziom dojrzałości procesowej.
- H2. Istnieje zależność między osiąganiem zysku a straty a poziomem dojrzałości procesowej.
- H3. Istnieje zależność między akredytacją a poziomem dojrzałości procesowej.
- H4. Istnieje zależność między posiadaniem certyfikatem ISO a poziomem dojrzałości procesowej.

Wyniki badań i weryfikacja hipotez

W celu weryfikacji hipotez badawczych analiza przebiegła na podstawie współczynnika korelacji Pearsona służącego do przedstawienia powiązań liniowych między dwoma zmiennymi (Ścibor-Rylski, 2013). Zastosowanie korelacji Pearsona jest uznaną metodą statystyczną ukazującą związek między zmiennymi. Przedstawione w artykule wyniki badań są pierwszym opracowaniem pozyskanych danych, a dalsze wyniki zostaną przedstawione w późniejszym okresie. Obliczenia dokonano dla trzech przypadków: dla całej bazy szpitali, dla szpitali z sieci i tylko dla szpitali I, II i III stopnia. Średnia dla poziomu dojrzałości wynosi 71%, co wskazuje na dość wysoką ocenę dojrzałości w szpitalach, a odchylenie standardowe wynosi 9%.

Hipoteza pierwsza została oparta na założeniu, że im wyższa pozycja w sieci, tym wyższy poziom dojrzałości procesowej. Z założeń sieci szpitali wynika, że im wyżej szpital został sklasyfikowany, tym jest bardziej specjalistyczny, realizuje więcej procedur i procedury są bardziej skomplikowane. W związku z tym naturalnie szpitale w sieci powinny być bardziej dojrzałe procesowo niż te poza siecią, a im lepsza pozycja, tym większy poziom dojrzałości procesowej. Korelacja Pearsona powinna być znacząca. Wyniki korelacji zamieszczono w Tabeli 1. Na podstawie opracowanych danych hipotezę H1 należy odrzucić. Współczynnik korelacji mówi o słabym związku między dojrzałością procesową a umiejscowieniem w sieci.

Tabela 1. Współczynnik korelacji, dojrzałość procesowa a umiejscowienie w sieci szpitali

Rodzaj szpitali	Współczynnik korelacji
Szpitala – cała populacja	0,051
Tylko szpitale w sieci	0,020
Tylko szpitale I, II i III stopnia	0,130

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Hipoteza druga dotyczyła zależności dojrzałości procesowej i osiągnięcia zysku/straty. Z badań literaturowych wynika, że dojrzałość procesowa powinna wpływać zarówno na efektywność, jak i poziom zysku w organizacji. Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje słabe powiązanie między dojrzałością procesową a osiągnięciem przez podmiot straty/zysku w badanej grupie szpitali. W Tabeli 2 zobrazowano zależność między dojrzałością procesową a zyskiem/stratą szpitala.

Tabela 2. Współczynnik korelacji, dojrzałość procesowa a zysk/starta szpitali

Rodzaj szpitali	Współczynnik korelacji
Szpitala – cała populacja	0,150
Tylko szpitale w sieci	0,140
Tylko szpitale I, II i III stopnia	0,120

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Akredytacja CMJ jest jedynym dedykowanym tylko sektorowi ochrony zdrowia, głównie szpitalom, certyfikatem jakości uznawanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podejście procesowe w literaturze jest silnie powiązane z jakością, w związku z tym hipoteza trzecia wydaje się naturalnym wnioskiem, jednak w badanej populacji związek między dojrzałością procesową a akredytacją jest słaby. W Tabeli 3 zobrazowano współczynnik korelacji dla hipotezy trzeciej, na tej podstawie odrzucono hipotezę nr 3.

Tabela 3. Współczynnik korelacji, dojrzałość procesowa a akredytacja

Rodzaj szpitali	Współczynnik korelacji
Szpitala – cała populacja	0,080
Tylko szpitale w sieci	0,130
Tylko szpitale I, II i II stopnia	0,130

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Tabela 4. Współczynnik korelacji, dojrzałość procesowa a liczba certyfikatów ISO

Rodzaj szpitali	Współczynnik korelacji
Szpitala – cała populacja	0,060
Tylko szpitale w sieci	0,120
Tylko szpitale I, II i II stopnia	0,060

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Tabela 5. Współczynnik korelacji, dojrzałość procesowa a posiadane certyfikaty ISO

Rodzaj szpitali	ISO	Współczynnik korelacji
Szpitale – cała populacja	ISO 9001	0,080
	ISO 14001	0,040
	ISO 27001	0,150
	ISO 18001	0,060
	ISO 22000	0,800
Tylko szpitale w sieci	ISO 9001	0,040
	ISO 14001	0,010
	ISO 27001	0,220
	ISO 18001	0,100
	ISO 22000	0,080
Tylko szpitale I, II i II stopnia	ISO 9001	0,040
	ISO 14001	0,010
	ISO 27001	0,170
	ISO 18001	0,100
	ISO 22000	0,150

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Hipoteza nr 4, podobnie jak hipoteza nr 3, oparta była na wniosku z przeglądu literatury dotyczącym podejścia procesowego i jakości. Najpierw ustalono liczbę posiadanych certyfikatów i na tej podstawie dokonano oceny współczynnika korelacji (Tabela 4). Podobnie jak w przykładzie akredytacji zachodzi tu słaby związek, jednak jest on jeszcze niższy, powiedzieć można, że wręcz przypadkowy. Dokonano więc obliczeń dla poszczególnych certyfikatów i również stwierdzono słabą korelację. Jedynym certyfikatem wyróżniającym się na tym tle był certyfikat ISO 27001 dotyczący zarządzania bezpieczeństwem informacji, jednak związek nadal jest słaby. Wyróżnienie się ISO 27001 może być spowodowane silną presją dotyczącą informatyzacji podmiotów leczniczych i ich wysokim niebezpieczeństwem (opór, socjotechniki, cyberbezpieczeństwo), choć wciąż określa się związek między dojrzałością procesową a posiadaniem certyfikatu ISO 27001 jako słaby (Tabela 5). Hipoteza nr 4 na podstawie obliczeń została odrzucona.

Kierunki dalszych badań i dyskusja

Przeprowadzone badania pozwalają odrzucić wszystkie hipotezy badawcze. Wynik badań jest niepokojący z punktu widzenia systemu. Brak korelacji między poziomem dojrzałości procesowej a umiejscowieniem w sieci lub uzyskanymi certyfikatami jakości. Podmioty określają średnio swoją dojrzałość na 70%, co w świetle przeprowadzonych na potrzeby artykułu analiz prezentuje wysoką wartość. Prowadzone badanie zostało poprzedzone pilotażem mającym miejsce w 2021 roku. Po przeprowadzeniu pilotażu dokonano zmian w narzędziu badawczym mających za zadanie ułatwić odpowiadającym zrozumienie pytania. Po analizie wyników badania właściwego część wyników może być zawyżona w przypadku wybranych pytań, np. na pytanie: „proces (również medyczny) jest udokumentowany” 54% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 36% „tak”, 10% „raczej tak”. Średnia kształtowała się tu na poziomie 6,44, a mediana 7 „zdecydowanie tak”. Respondenci mogli to pytanie zrozumieć jako pytanie o tworzenie dokumentacji medycznej lub postępowanie zgodnie z procedurami medycznymi. Dobór próby był losowy, jednak w grupie ankietowanych placówek jest znacząco więcej szpitali akredytowanych, niż wynikałoby to z populacji. Badania warto pogłębić o badania jakościowe, co byłoby uzupełnieniem wiedzy uzyskanej w ramach badań ilościowych. Ciekawym ujęciem tematu byłaby również analiza różnic w szpitalach w poszczególnych województwach.

Podsumowanie

Sektor ochrony zdrowia jest specyficzną, bardzo upolitycznioną, borykającą się z kryzysami gałęzią gospodarki. Szpitale przechodziły trudną drogę reform, jednak żadna z nich nie przyniosła oczekiwanych skutków. Stopień zadłużenia szpitalnictwa w Polsce powinien pobudzać do głębokiej dyskusji celem ewolucyjnej poprawy, a nie kolejnej rewolucji. Jednym z elementów zwiększenia efektywności może być podejście procesowe. W artykule przedstawiono cztery hipotezy dotyczące związku

między dojrzałością procesową a pozycją szpitala i jej podejściem do jakości. Niestety wszystkie cztery hipotezy zostały odrzucone. W badanej populacji nie ma związku między dojrzałością procesową a umiejscowieniem w sieci szpitali, osiąganym zyskiem lub stratą, a także nie mają związku posiadane certyfikaty jakości, jak akredytacja CMJ, czy posiadane certyfikaty ISO. Bez wątplenia powinno się dążyć do zwiększenia dojrzałości procesowej szpitali i uwzględnić przy tym poziom wiedzy personelu na temat zarządzania procesami. Na chwilę obecną, na podstawie badań, w analizowanej populacji nie stwierdzono związku między dojrzałością a pytaniami charakteryzującymi podmiot.

Literatura

- Bielawa, A. (2011). Postrzeganie i rozumienie jakości – przegląd definicji jakości. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 21, 143-152.
- Bitkowska, A. (2013). *Zarządzanie procesowe we współczesnych organizacjach*. Difin.
- Brajer-Marczak, R. (2014). Dojrzałość procesowa w przestrzeni wewnątrzorganizacyjnej. *Marketing i Rynek*, 5 [CD], 19-25.
- Brajer-Marczak, R. (2017). Dojrzałość procesowa i dojrzałość projektowa organizacji – analiza porównawcza. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 18(3), 2, 51-66.
- Brajer-Marczak, R., & Wiendlocha, A. (2018). Lean Management Concept in Hospital Management – Possibilities and Limitation. *Management Sciences*, 23(1), 4-12. DOI: 10.15611/ms.2018.1.01
- Brajer-Marczak, R. (2019). Doskonalenie procesów biznesowych – analiza występujących problemów. W: J. Lichtarski (Red.), *Sukcesy i niepowodzenia w zarządzaniu organizacjami* (s. 63-76), Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
- Carvalho, J., Rocha, A., & Abreu, A. (2016). Maturity Models of Healthcare Information Systems and Technologies: A Literature Review. *Journal of Medical Systems*, 40, 1-10. DOI: 10.1007/978-3-319-31307-8_9
- Cleven, A. K., Winter, R., Wortmann, F., & Mettler, T. (2014). Process Management in Hospitals: An Empirically Grounded Maturity Model. *Business Research*, 7, 191-216. DOI: 10.1007/s40685-014-0012-x
- CMJ. (2009). *Program akredytacji, szpitale*. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- Dziembała, M., & Pańkowska, M. (2017). Audyt wymagań, procedur i procesów organizacyjnych szpitala. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 342, 22-38.
- Graban, M. (2011). *Lean Hospitals – Doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*. ProdPublishing.
- Grajewski, P. (2016). *Organizacja procesowa*. PWE.
- Grela, G. (2013). Ocena poziomu dojrzałości procesowej organizacji. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 35, 169-181.
- GUS. (2022). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 roku*. Główny Urząd Statystyczny.
- Hellich, E., & Wierzowiecka, A. (2017). Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 333, 78-89.
- <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp: 26.06.2023).
- <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 12.06.2023).
- Jarosz-Żukowska, S. (2020). Konstytucyjne prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych po wprowadzeniu „sieci” szpitali. Uwagi o racjonalności ustawodawcy. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji*, 120/1(3978), 159-174. DOI: 10.19195/0137-1134.120.13
- Kachniarz, M. (2008). *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*. ABC.

- Kalinowski, B. (2012). Ocena stopnia wdrożenia zarządzania procesowego w badanych przedsiębiorstwach. *Problemy Zarządzania*, 10/2(37), 43-57. DOI: 10.7172/1644-9584.37.3
- Kalinowski, B. (2014). Walidacja modelu dojrzałości procesowej. Raport z badań. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 4(304), 81-92.
- Kalinowski, B. (2015). Wpływ dojrzałości procesowej na efektywność organizacji. *Marketing i Rynek*, 5, 1023-1039.
- Kalinowski, B. (2017). Dojrzałość procesowa a wyniki organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 463, 171-181. DOI: 10.15611/pn.2017.463.14
- Kaltenbrunner, M., Mathiassen, S. E., Bengtsson, L., & Engström, M. (2018). Lean Maturity and Quality in Primary Care. *Journal of Health Organization and Management*, 33(2), 141-154. DOI: 10.1108/JHOM-04-2018-0118
- Ludwiczak, A. (2017). Pozyskiwanie informacji od klienta w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych w ujęciu procesowym. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 463, 204-215. DOI: 10.15611/pn.2017.463.17
- Lęgowski, P. (2017). Zmiana w systemie finansowania działalności szpitalnej w Polsce – sieć szpitali. W: A. Cwiąkała-Małys, E. Rutkowska-Tomaszewska, M. Karpińska (Red.), *Finanse wybranych jednostek organizacyjnych*, *Finanse i Rachunkowość Nr 3* (s. 107-118). Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Mleczo, K. (2012). Koncepcja doskonalenia procesów transferu zasobów wiedzy w organizacji szpitalnej. W: J. Gołuchowski, A. Frączkiewicz-Wronka (Red.), *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym* (s. 172-197). Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
- Nogalski, B., Waśniewski, J., & Wojnarowska, M. (2013). Podejście procesowe w zarządzaniu jakością jako narzędzie restrukturyzacji szpitala. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14(10), część I, 291-304.
- Nowosielski, S. (2008). Podejście procesowe a współczesne koncepcje i metody zarządzania organizacją. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 34, 58-70.
- Raczyńska, E. (2020). Problematyka jakości w ochronie zdrowia – wyzwanie dla zarządzania. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 21(2), 165-176. DOI: 10.5604/01.3001.0014.2877
- Raczyńska, E. (2022). *Lean management czy doskonalenie procesów biznesowych – co wybrać dla ochrony zdrowia?*. W: N. Iwaszczuk (Red.), *Podejmowanie decyzji w działalności gospodarczej* (s. 55-63). Wydawnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1783, z późn. zm.).
- Sliż, P. (2016). Dojrzałość procesowa organizacji – wyniki badań empirycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 421, 530-542. DOI: 10.15611/pn.2016.421.42
- Szelągowski, M. (2015). Nowe metody zarządzania procesowego w ochronie zdrowia. *E-mentor*, 5(62), 40-48. DOI: 10.15219/em62.1217
- Szwiec, M. (2017). Podejście procesowe jako ważny element stymulujący wykorzystanie wiedzy niejawniej w procesie zarządzania projektami w szpitalu specjalistycznym (onkologicznym). *Zeszyty Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 102, 359-369. DOI: 10.29119/1641-3466.2017.102.29
- Ścibor-Rylski, M. (2013). Miary związku między zmiennymi – współczynnik korelacji. W: S. Bedyńska, M. Cypriańska (Red.), *Statystyczny drogowskaz 1. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego* (s. 197-222). Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Trela, A. (2014). *Zarządzanie jakością w placówce medycznej*. Wydawnictwo Wiedza i Praktyka.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
- Witczak, I. (2009). *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*. CeDeWu.

Wkład autorów: 100% – Ewa Raczyńska.

Konflikt interesów: Brak.

Źródła finansowania: Źródła finansowania – projekt badawczy indywidualny Młodzi Naukowcy.

PROCESS MANAGEMENT AND PROCESS MATURITY IN HEALTHCARE UNITS IN THE CONTEXT OF HOSPITAL NETWORKS

Abstract: Process management is a challenge in healthcare units, although processes in healthcare are natural. The process is generally well documented due to medical records, but there is a high variability in its implementation due to the patient's condition. What is more, despite the success of the process, its result may be different from the assumed one. Despite the standardized framework for providing services, a medical professional has a lot of autonomy in dealing with the patient, which causes difficulties in mapping processes. This article discusses the subject of process management in healthcare, the issue of process maturity in healthcare companies, quality certification in healthcare, the rules of the hospital network (Polish hospitals' reform from 2017 to nowadays), and presents the results of research on process maturity conducted in Polish hospitals at the end of 2022 in the context of a hospital network, having quality certificates and making a profit.

Keywords: healthcare, process management, process maturity, quality

Articles published in the journal are made available under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Public License. Certain rights reserved for the Czestochowa University of Technology.

