

uzależnione. Przy powszechnej dostępności technologii przewagę nad konkurencją można zdobyć dzięki wykorzystaniu technologii przez wysoko wykwalifikowany personel (interdyscyplinarne zespoły) niż dzięki samej tylko dostępności tejże technologii¹.

O satysfakcjonującym wzroście popytu usług szpitalnych decydują – oprócz czynników ilościowych: majątku trwałego oraz zasobów ludzkich podmiotów – przede wszystkim czynniki jakościowe: postęp technik diagnostyczno-terapeutycznych, kapitał ludzki oraz uwarunkowania instytucjonalne wpływające na konkurencyjność szpitali publicznych.

Zaangażowany personel (kadra medyczna) jest istotnym elementem subprocesów² szpitali publicznych w doskonaleniu jakości procesu świadczenia usług szpitalnych. Ukierunkowanie procesów przedsiębiorstwa medycznego na prosumenta podkreśla rolę i znaczenia zasobów ludzkich (interdyscyplinarnych zespołów) oraz relacji zachodzących między nimi w procesie świadczenia usług szpitalnych. Gdy wymagania klientów wewnętrznych zostaną uzgodnione (zakończony proces diagnostyczny), powstaje łańcuch wartości (kompleksowa usługa szpitalna) dla klienta zewnętrznego – prosumenta, redukująca ryzyko decyzyjne, powodująca wzrost satysfakcji zdrowotnej.

Przymus efektywności - *efficiency obligation* rozwiązanie dobre, ale zdaniem autorów efektywne. Chyba że ktoś potrafi udowodnić, iż regulator (MZ, NFZ) działa efektywniej niż rynek usług szpitalnych w Polsce.

Holistyczne podejście do problematyki zarządzania szpitalami publicznymi wymaga nabycia przez kadrę zarządzającą oraz medyczną istotnych umiejętności, związanych ze świadomym kreowaniem organizacyjnych systemów, wartości, norm.

„Czynniki twarde” zarządzania, jak struktura, technika oraz technologia procesu świadczenia usług szpitalnych, tracą na sile oddziaływania na rzecz „czynników miękkich”, jak kultura³ – kształtowanie kultury organizacyjnej jest najważniejszą funkcją kierowniczą w organizacji (szpitali publicznych) XXI wieku.

Rola i zadania kapitału ludzkiego w szpitalach publicznych

Kapitał ludzki stanowi siłę napędową rozwoju organizacji oraz kryje w sobie niezwykle możliwości motywacyjne⁴. Efektywna strategia decyduje o sukcesie rynkowym poprzez poprawę jakościowych wskaźników efektywności w procesie świadczenia usług szpitalnych.

¹ M. Whitfield, R. Deja, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, (red.) Kautsch M., Whitfield M., Klich J., Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 241.

² J.J. Dahlgaard, K. Kristensen, G.K. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, Wyd. PWN, Warszawa 2000, s. 34.

³ E.H. Schein, *Corporate Culture. Survival Guide*, Jossey-Bass, San Francisco 2004, s. 22.

⁴ J. Dzieńdziora, *Obraz zarządzania zasobami ludzkimi w administracji celnej*, [w:] *Zachowania adaptacyjne podmiotów TSL na europejskim rynku transportowym*, (red.) M. Michałowskiej, Wyd. AE w Katowicach, Katowice 2006, s. 148.

Kompleksowa efektywność podmiotów publicznych zależy od efektywności poszczególnych stanowisk diagnostyczno-terapeutycznych, które ją tworzą. Analiza efektywności na poziomie pojedynczego stanowiska ma istotne znaczenie zarówno dla kadry zarządzającej, jak i medycznej. Jest istotnym czynnikiem motywacyjnym i pozwala na jakościową ocenę (samocенę) pracy (subprocesu) każdego zatrudnionego lekarza.

Kapitał strukturalny analizowanych szpitali publicznych

Analiza kapitału strukturalnego przeprowadzona w szpitalach publicznych pozwoliła ocenić rozmiar problemu zarówno dostępu do nowoczesnej aparatury diagnostycznej, zarządzania zasobami ludzkimi, jak również wzrostu ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Zarządzanie zasobami technicznymi - *Enterprise Asset Management* obejmuje szereg istotnych zagadnień, które wiążą się z całym cyklem życia obecnego w szpitalach publicznych wyposażenia. Wszystko co ma wpływ na projektowanie, wdrażanie do eksploatacji fizycznych zasobów (aparatury diagnostycznej, środków transportu, infrastruktury) oraz przynosi wartość dodaną, stanowi fundament działalności operacyjnej podmiotów publicznych - procesów świadczenia usług szpitalnych.

Tabela 1. Kapitał strukturalny w analizowanych w szpitalach publicznych

Lp.	Województwo	Ludność	Ilość hospitalizowanych pacjentów	Gamma kamera	Akcelerator liniowy	Aparat RTG z torem wizyjnym	Tomograf komputerowy	Rezonans magnetyczny
1.	Warmińsko-mazurskie	1427241	265 975	3/0,2	0/0,0	33/2,3	6/0,4	0/0,0
2.	Pomorskie	2240319	406 568	7/0,3	8/0,4	46/2,1	19/0,9	6/0,3
3.	Wielkopolskie	3419426	786 807	5/0,1	7/0,2	81/2,4	34/0,1	6/0,2

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik na 100 tys. osób.

Tabela 2. Rozmieszczenie kadry medycznej analizowanych województw

Lp.	Województwo	Lekarze			Dentyści		Farmaceuci		Pielęgniarki		Położne	
		Ilość	L/10 tys. osób	Podwójnie wykonujący zawód	Ilość	L/10 tys. osób	Ilość	L/10 tys. osób	Ilość	L/10 tys. osób	Ilość	L/10 tys. osób
1.	Pomorskie	7544	34,5	8	2174	9,9	1848	8,4	12477	57,0	1457	6,7
2.	Warmińsko-mazurskie	3333	23,3	2	857	6,0	484	3,4	8246	57,7	1017	7,1
3.	Wielkopolskie	9475	28,2	52	2677	8,0	1893	5,6	19944	59,4	2632	7,8

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Rozmieszczenie oraz struktura własnościowa szpitali

Lp.	Województwo	Liczba szpitali publicznych	Liczba szpitali niepublicznych	Liczba szpitali niepublicznych samorządowych
1.	Pomorskie	19	9	5
2.	Warmińsko-mazurskie	25	13	5
3.	Wielkopolskie	46	13	4

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce

Lp.	Wyszczególnienie	Łóżka w szpitalach		
		Ogółem	w tym prywatnych	na 10 tys. mieszkańców
1.	Pomorskie	8259	667	36,5
2.	Warmińsko-mazurskie	5873	746	39,9
3.	Wielkopolskie	15402	773	44,4

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Pracownicy radiologii oraz diagnostyki izotopowej

Lp.	Województwo	Pracownicy rentgenodiagnostyki	Pracownicy ultrasonografii	Pracownicy diagnostyki izotopowej	Pracownicy tomografii komputerowej	Pracownicy rezonansu magnetycznego
1.	Warmińsko-mazurskie	30	32	4	9	3
2.	Pomorskie	32	32	6	19	10
3.	Wielkopolskie	53	58	8	37	10

Źródło: opracowanie własne.

Cel i zakres badań

Przeprowadzone badania na celowo wybranym obszarze, standaryzowanym kwestionariuszem, inspirowanym między innymi doświadczeniem autorów (brak czasu kadry medycznej na czynności niezwiązane z procesem świadczenia usług szpitalnych), miały za zadanie określić poziom wdrożenia jakościowych determinantów oceny efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych.

Techniką badawczą były badania ankietowe, narzędziem kwestionariusz ankiety. Anonimowe kwestionariusze skierowano do 104 szpitali publicznych (20,43% ogółu), województwa „A”, „B” oraz „C”. Do dalszej analizy dopuszczono 203 prawidłowo wypełnione ankiety 81,20% (250).

Badana, celowo wybrana populacja, liczyła 8975 tys. uczestników interdyscyplinarnych zespołów (kadra medyczna analizowanych podmiotów). Zebrany materiał poddano analizie, gdzie za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Pozwoliło to na uporządkowanie zgromadzonego materiału badawczego, a tym samym realizację założonego celu.

W pracy, oprócz kategoryzacji zawodowej, wprowadzono podział osób uwzględniający staż pracy, wykształcenie, płeć badanego. Według kryterium stażu pracy, największą grupę stanowią osoby w przedziale do 5 lat, 39,84% (3575). Pod względem liczebności w dalszej kolejności są osoby między 6-10, 10,42% (935 badanych), następnie 11-15, 14,22% (1276), 16-20, 17,82% (1601). Powyżej 20 lat i więcej było 17,70% (1588) badanej populacji (tab. 6).

Kolejnym kryterium podziału uwzględnionym w pracy jest płeć badanego. Szpitale publiczne są w istotnym stopniu podmiotami sfeminizowanymi, tak też jest i w tym przypadku. W badanych podmiotach płeć żeńska stanowi 65,83% (5907) składu osobowego kadry medycznej, M - 34,17% (3067).

Badania wykazały, że 39,83% respondentów cechuje brak wystarczającego doświadczenia (staż pracy 1-5 lat). Specjalizację I^o oraz II^o posiada 35,57% (3193), stopień doktora nauk medycznych posiada 22,06% (1979) ankietowanych. Stopień naukowy prof. nauk medycznych posiada 2,54% (228). Pozwoliły również na określenie jakościowych czynników efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych oraz redukcji ryzyka decyzyjnego stosowanych w analizowanych podmiotach.

Tabela 6. Szczegółowa struktura badanej zbiorowości - kadry medycznej szpitali publicznych

Lp.	Oddziały	Staż pracy na oddziałach w latach					Wykształcenie				Płeć	
		do 5	6-10	11-15	16-20	Pow. 20	Bez specjalizacji	I ^o i II ^o	dr	prof.	K	M
1.	Interna	10255	870	1470	2137	2093	4580	3408	3285	370	12775	4865
2.	Ginekologia i położnictwo	2108	696	1226	1925	1065	3894	3712	919	130	5290	1655
3.	Neurologia	1245	990	1045	920	1335	2753	2891	1840	280	5100	2515
4.	Ortopedia	2915	965	1145	1470	1370	3071	2930	2145	155	996	3835
5.	Kardiologia	1355	1155	1495	1545	2080	3576	3021	1710	205	5380	2464
Suma		17878	4676	6381	7997	7943	17874	15962	9899	1140	29541	15334

Źródło: opracowanie własne.

Zakres czasowy badań własnych obejmował funkcjonowanie szpitali publicznych w okresie 2007-2011 r. Jako zakres przedmiotowy uznano jako-

ściowe determinanty zmiany w obszarze zarządzania procesem efektywności w świadczeniu usług szpitalnych oraz ich wpływu na kompleksową efektywność szpitali publicznych. Zakres merytoryczny przeprowadzonego badania koncentrował się między innymi na:

1. Partycypacji w zarządzaniu.
2. Posiadaniu bazy danych.
3. Przejrzystości ścieżek rozwoju kariery.
4. Wyposażaniu szpitali publicznych.
5. Programach osłonowych w procesie restrukturyzacji.
6. Wykorzystanie posiadanej wiedzy oraz doświadczenia.
7. Elastyczności (skuteczności) czasu pracy uczestników interdyscyplinarnych zespołów.

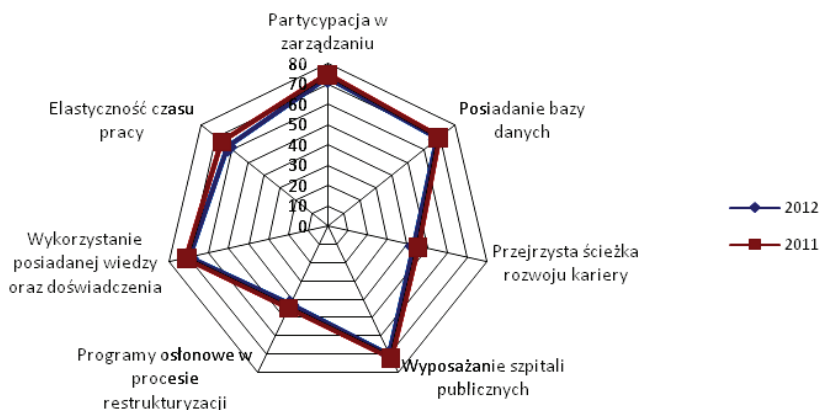
Problem badawczy sformułowano w postaci następującego pytania ogólnego: W jakim stopniu znajomość czynników (przez kadrę medyczną) determinujących wdrożenie jakościowych mierników wpływa na efektywność procesu świadczenia usług szpitalnych, redukcję ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych?

Analiza wypowiedzi respondentów pozwoliła na postawienie następującej tezy: Stan wiedzy kadry medycznej szpitali publicznych w zakresie wpływu jakościowych czynników na efektywność procesu świadczenia usługi szpitalnej oraz redukcji ryzyka decyzyjnego jest zadowalający.

Tabela 7. Jakościowe determinanty efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych

Lp.	Kryteria oceny	na pewno nie	raczej nie	trudno powiedzieć	raczej tak	na pewno tak
1.	Partycypacja w zarządzaniu	5,51%	6,88%	14,79%	32,87%	39,95%
2.	Posiadanie bazy danych	10,50%	13,89%	6,68%	33,15%	35,78%
3.	Przejrzysta ścieżka rozwoju kariery	8,79%	20,04%	27,67%	19,85%	23,65%
4.	Wyposażanie szpitali publicznych	1,15%	10,18%	18,64%	30,12%	39,91%
5.	Programy osłonowe w procesie restrukturyzacji	8,16%	21,12%	27,99%	18,96%	23,77%
6.	Wykorzystanie posiadanej wiedzy oraz doświadczenia	1,66%	7,98%	20,67%	31,72%	37,97%
7.	Elastyczność czasu pracy	9,71	8,43%	19,23%	29,85%	32,78%

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 1. Determinanty jakościowej oceny efektywności w procesie świadczenia usług szpitalnych
Źródło: opracowanie własne.

Uczestnictwo w zarządzaniu zadeklarowało 72,82% ankietowanych, niepokojącym zjawiskiem jest brak zdania u 14,79% respondentów. Za wykorzystaniem szpitalnych repozytoriów danych w ocenie jakościowych aspektów efektywności opowiedziało się tylko 68,93%, świadczy to o niedrożnych kanałach przesyłu danych (brak efektywnej ogólnokrajowej sieci informatycznej).

Planowanie indywidualnych ścieżek kariery to tylko 43,50% pozytywnych wypowiedzi (ilościowe braki etatów prezydenckich - 444 w 2012 r.), podstawą awansu zawodowego oraz nabywania kolejnych stopni specjalizacji medycznych. W niniejszych założeniach przyjęto, że system rotacji na stanowiskach pracy oraz indywidualne ścieżki kariery w szpitalach publicznych to narzędzia najmniej popularne, nieplanowane do wdrożenia. Według autora, przyczyną takiego stanu rzeczy jest to, że są to narzędzia skomplikowane, wymagające indywidualnego podejścia do kadry medycznej (lekarza) oraz stworzenia rozwiązań „skrojonych na miarę” przedsięwzięciom medycznych.

Wyposażenie w sprzęt oraz aparaturę diagnostyczną pozytywnie oceniło 70,03% respondentów. Jest to pozytywne stanowisko kadry medycznej wpływające w istotny sposób na jakościowe mierniki efektywności wykorzystania posiadanego sprzętu. Tylko 42,73% badanej kadry medycznej oceniło pozytywnie programy osłonowe w procesie restrukturyzacji szpitali publicznych. Spowodowane jest to tym, że lekarzowi jest relatywnie łatwiej uzyskać ponowne zatrudnienie np. w podmiotach prywatnych, samodzielnej praktyce medycznej.

Wykorzystanie nabytej wiedzy oraz kompetencji decyzyjnych w procesach świadczenia usług szpitalnych zadeklarowało tylko 69,69% ankietowanej kadry medycznej. Jest to niepokojące zjawisko, sygnalizuje rutynowość stosowania określonych procedur oraz spadek satysfakcji zawodowej i zaangażowania.

żowania w procesie świadczenia usług szpitalnych skutkujące wzrostem ryzyka decyzyjnego.

Interesujące są wyniki w zakresie wykorzystania elastycznego czasu pracy (przychodzenia określonych specjalistów na wybrane zabiegi – zatrudnianie na umowach cywilno-prawnych) zadeklarowało 62,63%.

Przedstawiona analiza ukazuje również wpływ jakościowych czynników na poziom efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych analizowanej populacji. Przyjmując analizowany przedział czasowy 2007-2011 r. oraz liczbę 104 szpitali publicznych (tj. 20,43% z ogólnej sumy 509) można przyjąć, że następuje wzrost istotnych czynników jakościowych determinujących warunki efektywności szpitali publicznych.

Zaprezentowana analiza materiału badawczego pozwala w pełni odnieść się do przyjętych założeń. Zgromadzony w postępowaniu badawczym materiał empiryczny, opisujący istotne obszary decyzyjne, pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wśród kadry medycznej panuje relatywny brak wiedzy w zakresie infrastruktury szpitalnej.
2. Szpitale publiczne skupiają się na budowaniu pozytywnego wizerunku oraz reputacji podmiotów przychylnych prosumentom.
3. Traktowanie kadr medycznych (posiadanie interdyscyplinarnych zespołów) jako strategicznych zasobów.

Przedstawione wyniki są komunikatem z badań własnych w szpitalach publicznych analizowanych województw. Wskazują na rangę oraz istotność poruszanych zagadnień, pozwalają również poszerzyć wiedzę na temat ekonomiki szpitali publicznych.

Reasumując, można uznać istotność jakościowych aspektów oceny efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych. Występują również obszary, które wymagają wdrożenia działań naprawczo-zapobiegawczych, jednak prosumenci w większości oceniają pozytywnie wpływ infrastruktury szpitalnej oraz posiadanych kompetencji kadry medycznej szpitali publicznych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz redukcji ryzyka decyzyjnego i wzrostu satysfakcji zdrowotnej. Wymiernych wyników oczekuje się na każdym poziomie decyzyjnym (organizacji subprocesów diagnostyczno-terapeutycznych), zarówno w pracy indywidualnego lekarza, jak i interdyscyplinarnego zespołu.

Proces implementacji jakościowych mierników, pozwala zweryfikować efektywność (rzetelność i sensowność ich pracy), jak również wykryć luki w dotychczas obowiązujących standardach, procedurach oraz instrukcjach postępowania obniżających efektywność procesu świadczenia usług szpitalnych. Przyczynia się również do mentalnego dostosowania się kadry medycznej do etycznych standardów pracy w szpitalach publicznych. Realizując projekt wdrażania jakościowych mierników efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych dokonujemy m.in.:

- doboru istotnych mierników na podstawie analizy subprocesów diagnostyczno-terapeutycznych, określając:
- terminologię oraz metodykę prac, opracowując:

- mierniki analizujemy subprocesy, wybierając kluczowe dla nich działania, określamy cele końcowe (droga przyjęcia – wyjścia pacjenta), wskazując:
- jak wyniki poszczególnych mierników przekładają się na efektywność/skuteczność procesu diagnostyczno-terapeutycznego poprzez jego uczestników oraz
- zasadność budowania mierników (powiązania istotnych danych) z procesem decyzyjnym w świadczeniu usług szpitalnych.

Podsumowanie

W niniejszej pracy poruszono istotne kwestie: ukazanie wpływu jakościowych determinant na osiąganie przez przedsiębiorstwa medyczne efektywności w procesie świadczenia usług szpitalnych oraz redukcji ryzyka decyzyjnego i wzrostu satysfakcji zdrowotnej pacjentów.

Kadra zarządzająca szpitalami publicznymi w niedostatecznym stopniu docenia znaczenie kapitału intelektualnego (zasobów niematerialnych), którego najcenniejszym elementem jest kadra medyczna. Świadczy o tym skłonność do redukcji zatrudnienia w sytuacjach kryzysowych.

Reasumując, wpływ jakościowych czynników kapitału przedsiębiorstw medycznych na efektywność procesu świadczenia usług szpitalnych, a tym samym osiągnięcie efektu synergii wydaje się być istotny. Sprawa pomiaru efektywności, to kolejne trudne oraz wieloaspektowe zagadnienie.

Rola metod jakościowych w zarządzaniu procesem świadczenia usług szpitalnych oraz ocenie kapitału intelektualnego interdyscyplinarnych zespołów wykazuje rosnącą tendencję. Spowodowane jest to epistemologicznym niedostosowaniem metod ilościowych do istoty kapitału intelektualnego w procesie świadczenia usług szpitalnych oraz badania wiedzy w kontekście szpitali publicznych.

O pozycji rynkowej podmiotów publicznych decyduje przede wszystkim unikalny mikst kapitału ludzkiego, organizacyjnego oraz relacyjnego – interdyscyplinarne zespoły diagnostyczno-terapeutyczne. Kapitał organizacyjny stanowi infrastrukturalne wspomaganie kapitału ludzkiego oraz funkcjonujących struktur i mechanizmów, które kadra medyczna wykorzystuje w realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Obejmuje w szczególności skodyfikowaną informację oraz wiedzę, w tym również inwestycje w systemy i narzędzia informacyjne – SWD, a także jakość zarządzania, kulturę organizacyjną itp.

Badanie efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych z uwzględnieniem aspektu jakościowego wymaga również szerokiego spojrzenia na system informacyjny. Wykorzystanie systemów zarządzania bazami danych – *database management system* – DBMS (systemów wspomaganie decyzji – SWD) w procesie świadczenia usług szpitalnych jest istotną determinantą efektywnego zarządzania procesem redukcji ryzyka decyzyjnego oraz wzrostu satysfakcji zdrowotnej pacjentów.

Wzrost strategicznej roli kapitału intelektualnego powoduje, że kompleksowe zarządzanie powinno uwzględniać różnorodne aspekty społeczne, kulturowe oraz cywilizacyjne w procesie świadczeniu usług szpitalnych (istotne wiązki ryzyk). Wartość kapitału intelektualnego szpitali publicznych zależy od jego elementów cząstkowych (np. w ramach sieci szpitali).

Bibliografia

- Dahlgard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., *Podstawy zarządzania jakością*, Wyd. PWN, Warszawa 2000.
- Dzieńdziora J., *Obraz zarządzania zasobami ludzkimi w administracji celnej*, [w:] *Zachowania adaptacyjne podmiotów TSL na europejskim rynku transportowym*, (red.) M. Michałowskiej, Wyd. AE w Katowicach, Katowice 2006.
- Schein E.H., *Corporate Culture. Survival Guide*, Jossey-Bass, San Francisco 2004.
- Whitfield M., Deja R., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, (red.) M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wyd. UJ, Kraków 2001.