



**Krystyna Lisiecka**

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Zarządzania  
Katedra Zarządzania Przedsiębiorstwem  
krystyna.lisiecka@ue.katowice.pl

**Ewa Czyż-Gwiazda**

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Zarządzania  
Katedra Zarządzania Przedsiębiorstwem  
ewa.czyz-gwiazda@ue.katowice.pl

## SYSTEM POMIARU WYNIKÓW ORGANIZACYJNYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH. WYNIKI BADAŃ PILOTAŻOWYCH

**Streszczenie:** W ostatnim czasie można zauważyć pojawiającą się presję na potrzebę poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów w podmiotach leczniczych, także na konieczność poprawy efektywności funkcjonowania tych jednostek. W literaturze przedmiotu i praktyce zarządzania istnieje wiele modeli systemów pomiaru wyników organizacyjnych. Konieczna jest identyfikacja obecnie stosowanych systemów miar wyników w podmiotach leczniczych i taka ich modyfikacja/przeprojektowanie, by spełniały oczekiwania obiektywizacji oceny dokonań podmiotów leczniczych. Celem opracowania jest rozpoznanie zestawu stosowanych miar pozwalających na ustalenie stopnia pomiaru dokonań w wybranych do badań podmiotach leczniczych. Na potrzeby badań przyjęto następującą hipotezę: stosowane systemy miar wyników organizacyjnych w badanych podmiotach leczniczych nie sprzyjają efektywnej działalności tychże placówek.

**Słowa kluczowe:** system pomiaru wyników, ochrona zdrowia, zarządzanie jakością.

**JEL Classification:** M42.

### Wprowadzenie

Świadczenie usług zdrowotnych jest złożonym ciągiem procesów, gdzie przeprowadzane szacunki/oceny dokonań są niezbędne, aby z posiadanych danych uzyskać informacje pozwalające podejmować trafne decyzje [Opolski, Dykowska i Możdzonek, 2011; Opolski i Waśniewski, 2012]. Wskazać można wiele kierunków zmian w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Wymienia się takie kwestie, jak: konieczność dalszego podnoszenia skuteczności i efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych; permanentny niedobór środków finan-

sowych niezbędnych do zaspokajania stale rosnących potrzeb społecznych; rosnącą konkurencję w zakresie świadczenia niektórych usług; zwiększające się wymagania pacjentów w zakresie jakości świadczonych usług, konieczność sprostania nowym wyzwaniom cywilizacyjnym (np. starzenie się społeczeństwa, gospodarka oparta na wiedzy) [Głód, 2016, s. 8].

Kształtowaniu pro jakościowej świadomości i nastawieniu do jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze sprzyjają sprawdzone koncepcje zarządzania wraz z instrumentami je wspierającymi. W literaturze krajowej tworzy go m.in. dorobek z zarządzania jakością usług zdrowotnych [Lisiecka, 2002; Trocki (red.), 2002; Opolski, Dykowska i Możdżonek, 2011; Dobska i Dobski, 2012; Opolski i Waśniewski, 2012; Wiśniewska i Jasiak-Kujawska, 2012; Frączkiewicz-Wronka, 2014; Lisiecka-Bielanowicz, 2016; Trocki i Bukłaha (red.), 2016]. Konieczna jest zmiana filozofii zarządzania organizacji ze względu na potrzebę doskonalenia jakości pracy i świadczonych usług [Lisiecka i Czyż-Gwiazda, 2014, s. 11].

Wprowadzony do używanej w tym opracowaniu narracji termin „wyniki”/ „dokonania” (*performance*) jest różnie tłumaczony w literaturze przedmiotu; pojawia się w różnych kontekstach [Neely, 2007, s. 126 i n.; Kostur, 2009, s. 152 i n.; Nojszewska, 2011; Lisiecka, 2012, s. 252-270; Czyż-Gwiazda, 2013b, s. 7-22; Lisiecka i Czyż-Gwiazda, 2013]. Rozumie się go statycznie jako wydarzenia, dynamicznie jako działania, a także jako działania i efekty działania, porównane do wzorca. Ostatnie podejście wyraża – w opinii autorek – kompletne, całościowe ujęcie dokonań. Dokonania obejmują więc obszar zasobów, procesów i efektów całej organizacji. Tak szeroki zakres działalności pomiaru dokonań wymaga wsparcia; tu pomocny jest m.in. controlling procesów, który stanowi niezbędne narzędzie do poprawy wyników organizacji [Czyż-Gwiazda, 2013a, 2014].

Dokonania wymagają sprecyzowania rezultatów funkcjonowania organizacji oraz sposobów ich pomiaru i oceny. Mają miejsce, gdy rezultaty mogą być opisane lub zmierzone oraz zakomunikowane odbiorcom w celu podjęcia decyzji.

Pomiar wyników staje się funkcją, a zarazem elementem modelu proefektywnościowego zarządzania placówką świadcząca usługi zdrowotne. Model ten, rozciągnięty na zarządzanie publicznymi organizacjami zdrowia, ma korzenie w koncepcji „nowego zarządzania publicznego” (*New Public Management* – NPM).

Wpływanie na dokonania organizacji w zakresie uzyskiwanych wyników wymaga:

- opisanie procesu tworzenia wartości w określonych warunkach funkcjonowania i w czasie,
- wyposażenia modelu w podmioty/obiekty, które mają podejmować decyzje zgodnie z modelem,
- identyfikowania i selekcji mierników opisujących procesy [Lisiecka, Papaj i Czyż-Gwiazda, 2011].

Zarządzanie tego typu nastawione jest na definiowanie, wymiarowanie i kwantyfikację rezultatów działania organizacji, stanowiąc warunek efektywnego zarządzania jednostkami sektora ochrony zdrowia. Dane wejściowe placówki występują w postaci identyfikacji choroby, a dane wyjściowe w postaci procesu ukierunkowanego na poprawę zdrowia pacjenta i poziomu zadowolenia pacjenta. Między początkiem a końcem owego układu znajduje się ciąg procesów i podprocesów realizowanych przez takie podmioty, jak: poradnie zdrowia, szpitale, placówki rehabilitacyjne, firmy farmaceutyczne, jednostki rehabilitacyjne, apteki. Wszystkie procesy i podprocesy oraz ich cele i miary stanowią część systemu przewidującego spełnienie głównego przesłania systemu ochrony zdrowia, jakim jest „[...] wzrost procentu ludności zdrowej”. Gdy działalność placówki ochrony zdrowia zostanie przełożona na mapę procesów, można przejść do jednego z filarów Viable Vision, które jest jednym z narzędzi w ramach teorii ograniczeń – 5 Focusing Steps – 5FS [Wadhwa, 2007, s. 905]. Zdrowie jest wartością nadrzędną w systemie wartości człowieka [Lisiecka-Biełanowicz, 2016, s. 9].

W ramach prowadzonej przez podmiot działalności leczniczej ważne jest ustalenie kto jest za co odpowiedzialny, bo to pozwala zmierzyć efekty działań osób odpowiedzialnych (właścicieli procesów) za przydzielone im zadania. Pozwoli to na określenie, w jakim stopniu zadania zostały wykonane w poszczególnych obszarach i ogniwach. Wskazane jest wykorzystywanie istniejących źródeł danych i informacji do oceny stopnia realizacji celów i zadań, tak by nie generować danych, które będą niepotrzebne. W realnym świecie medycznym występują jednak sytuacje, gdy zjawiska, które chcielibyśmy zmierzyć, są trudne, a czasami nawet niemożliwe do skwantyfikowania. Trafnie ten stan rzeczy uchwycił A. Einstein, według którego nie wszystko, co da się policzyć, się liczy i nie wszystko, co się liczy, da się policzyć (*Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted*).

Celem niniejszego opracowania jest rozpoznanie stosowanych rodzajów miar pozwalających na ustalenie stopnia pomiaru dokonań w wybranych do badań podmiotach leczniczych. Do oceny systemu pomiaru wyników w placówkach ochrony zdrowia wykorzystano ilościowe badania ankietowe (pilotaż). Badania te z wykorzystaniem opracowanego kwestionariusza ankiety przeprowadzone zostały wśród kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. Badane podmioty reprezentowały sektor publiczny, jak i niepubliczny.

## **1. Proces projektowania miar wyników organizacyjnych**

System ochrony zdrowia podlegał i nadal podlega ciągłym modyfikacjom, a ich przebieg miał – jak do tej pory – charakter raczej ewolucyjny niż rewolucyjny. Oczekuje się na wdrożenie zasad skoordynowanej reformy tego systemu.

Uzasadnione jest więc poszukiwanie i ciągle dostosowywanie mechanizmów ekonomiczno-zarządczych, kształtujących wymianę między ilością i jakością zapotrzebowania na usługi zdrowotne dla ich racjonalizowania. Kluczem do powodzenia jest system pomiaru dokonań i związanej z tym metodyki doboru mierników, tj. wskaźników i wielkości bezwzględnych. Z edycji XVII raportu przygotowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP – PZH) wynika, że ludność Polski liczy 38 mln obywateli. Każdego roku odnotowuje się ok. 395 tys. zgonów (ok. 1080 zgonów dziennie), przy czym 45% przypadków związanych jest z chorobami układu krążenia, 25% z nowotworami, a 7% z urazami i zatruciami. Przyczyny pozostałej części zgonów nie są wyjaśnione [por. Wojtyniak i Goryński, 2016].

Zaprojektowane i stosowane wskaźniki, by mogły służyć za podstawę w procesie podejmowania decyzji, powinny być wiarygodne i dobrze zrozumiane przez wszystkich zainteresowanych – wewnątrz organizacji i poza nią. Powinny też niwelować funkcjonalne bariery organizacyjne [Czyż-Gwiazda, 2016, s. 181-191]. Przy tworzeniu lub wyborze wskaźników warto skorzystać z wzorca, dzięki któremu wszystkie aspekty wskaźnika zostaną w jasny i przejrzysty sposób wyjaśnione. Przykładowy szablon do wykorzystania przy tworzeniu wskaźników zaprezentowano w tab. 1.

**Tabela 1.** Szablon wykorzystywany przy tworzeniu wskaźnika

Nazwa	Wyjaśnienie, do czego służy wskaźnik
<b>Strategiczny element, który będzie oceniany</b>	Identyfikacja strategicznego elementu, który będzie oceniany (np. konkretny zasób lub kluczowa kompetencja)
<b>Zastosowanie</b>	Opis głównego zastosowania dla wskaźnika
<b>Sposób gromadzenia danych</b>	Krótki opis sposobu, w jaki dane zostają zgromadzone
Formuła i/lub skala	Przedstawienie skali, na podstawie której będzie dokonywana ocena
Źródło danych	Identyfikacja źródła informacji
Częstotliwość	Jak często informacje będą gromadzone?
Wprowadzanie danych	Kto jest odpowiedzialny za gromadzenie i wprowadzanie danych?
<b>Odpowiedzialność</b>	Kto jest odpowiedzialny za oceniany element?
<b>Cele i skala oceny</b>	Identyfikacja wartości docelowych oraz skali
<b>Raportowanie/komunikowanie</b>	
Odbiorcy / dostęp do informacji	Kim są odbiorcy i kto powinien mieć dostęp do tych informacji?
Częstotliwość raportowania	Jak często wartości wskaźnika mają być raportowane?
Sposób raportowania	W jakiej postaci ma być przedstawiany wskaźnik (liczbowo, graficznie, opia słowny)?
Przepływ informacji	Kolejność przekazywania informacji
<b>Data ważności ponownej weryfikacji wskaźnika</b>	Jak długo wskaźnik ma obowiązywać?
<b>Szacunkowy koszt</b>	Oszacowanie kosztów związanych z gromadzeniem danych
<b>Wiarygodność wskaźnika</b>	Ocena słowna

Źródło: Marr [2006].

Dysponując odpowiednio przygotowanym zestawem wskaźników, które są zrozumiałe dla wszystkich stron, możemy nie tylko skuteczniej zarządzać personelem, monitorując ich pracę przy użyciu precyzyjnych wskaźników, ale również, a może przede wszystkim, podejmować strategiczne decyzje, korzystając z obiektywnych danych liczbowych lub opisowych obciążonych mniejszym marginesem błędu niż miary stosowane intuicyjnie.

W placówkach ochrony zdrowia wyróżnić można kilka obszarów projektowania, wdrażania i analizy systemu pomiarów dokonań. Proponuje się wziąć pod uwagę obszary:

- a) skuteczności i efektywności medycznej, która obok obiektywnej „oceny” poziomu jakości świadczeń medycznych jest uzupełniana subiektywną oceną jakości tych świadczeń dokonywaną przez pacjenta. Warto podkreślić specyfikę kategorii jakości usług – podstawą obiektywnych właściwości świadczeń jest subiektywna ich ocena przez pacjenta;
- b) efektywności kosztowo-finansowej, który to obszar uwzględnia również infrastrukturę i administrowanie w placówce/jednostce medycznej.

Można również prowadzić monitoring pozwalający ocenić obszary cząstkowe pomiaru dokonań, takie jak:

- zapewnienie jakości i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów,
- efektywność medyczna,
- efektywność kosztowo-finansowa,
- infrastruktura i administrowanie.

Problemem jest uzyskanie spójności systemu miar oceny dokonań w wybranych obszarach. Rozwiązanie tego problemu wymaga odpowiedzi na pytania:

1. Kto ma brać udział w metodyce opracowania systemu oceny dokonań?
2. W jaki sposób mają przebiegać kanały informacyjne zaplanowanych i uzyskanych efektów miar dokonań?
3. Kto ma stać na straży konsekwentnego stosowania wdrożonego systemu pomiarów w podmiotach leczniczych?

Konieczne jest więc precyzyjne określenie mechanizmu zbierania informacji o konkretnych wskaźnikach, ich monitorowania, a także oceny w odniesieniu do przyjętych wzorcowych miar – benchmarków. Rzetelna, wiarygodna informacja o dokonaniach, w tym i przyczynach zdarzeń niepożądanych, ma kluczowe znaczenie dla wiedzy o stanie zdrowia społeczeństwa, a w kraju mamy problem z pomiarem i kanałami komunikowania.

W procesie projektowania miar warto zwrócić uwagę na ryzyka proponowanych miar. Wiara w mierniki może być złudna, jak pisał T. Freemman [2011, s. 385]. W odniesieniu do zewnętrznej kontroli wykorzystanie mierników nie za-

stępuje zaufania, ale przenosi je z wewnętrznych systemów kontroli zawodowej na systemy audytu zewnętrznego. W takich warunkach systemy mierników efektywności medycznej i efektywności kosztowo-finansowej mogą uzupełnić istniejące systemy pomiaru, które wynikają z tworzonych i wdrażanych w podmiotach leczniczych systemów zarządzania jakością. Do oceny efektywności funkcjonowania organizacji wykorzystać można m.in. metodę DEA – Data Envelopment Analysis [Czyż-Gwiazda, 2013c, s. 103-116].

Projektowane nowe struktury mogą zająć miejsce dotychczasowych nieformalnych strategii, a próba kontroli organizacji może wzbudzać podejrzliwość i strach, a tym samym podważać zaufanie i otwartość, podważać wartości wymagane w procesie poprawy i doskonalenia jakości świadczonych usług. Miernikami są wskaźniki oraz wielkości bezwzględne.

W związku z tym, że systemy wskaźników procesów świadczeń medycznych mogą odzwierciedlić jedynie fragment istotnego obrazu ochrony zdrowia, niezbędna jest ich selekcja. Zbyt mała liczba wskaźników do określonego obszaru działalności i do określonej procedury medycznej spowoduje pominięcie ważnych aspektów. Zbyt wiele wskaźników zaś sprawi, że to narzędzie będzie niepraktyczne w użyciu, nieskuteczne i kosztowne w utrzymaniu. Eksponując niektóre obszary i aspekty działalności medycznej, wskaźniki oraz wyróżniki (opisujące liczbowo wskaźniki) spowodują, że inne aspekty są/będą minimalizowane, a czasami niezauważone. Ograniczenie liczby wskaźników w systemie spowoduje marginalizację problemów, bo wskaźniki ich nie opiszą. Wskaźniki mogą stwarzać błędne wrażenie obiektywności w obliczu słabych i niejednoznacznych dowodów, a powinny oddawać cechy systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest więc wypracowanie równowagi między kompleksowością i praktycznością.

## **2. Ograniczenia stosowanych systemów miar**

Wykorzystanie wskaźników w badaniu i ocenie efektywności funkcjonowania placówki zdrowia stwarza wiele problemów natury metodycznej i „technicznej”. Rzecz idzie o dowody statystyczne, wybór mierników trafnych, „odpowiednich”, ich istotności oraz możliwości wyodrębnienia czynników współzależnych.

W praktyce występują problemy z dostępnością danych. Mierzy się to, na co pozwalają dane, a nie to, co ma znaczenie z punktu widzenia celów określonych w systemie. Ważna jest dokładność danych i to, czy różnice są w jakości danych, czy w jakości opieki. Występują również problemy z przypisaniem wyników do procesów ze względu na istnienie czynników współzależnych, gdzie współzależności nie da się wyeliminować.

Procesy ekonomiki podmiotów funkcjonujących na rynku opisuje m.in. kategoria efektywności odnoszona do różnych zakresów i zasobów. Miara ta zależy od wykorzystania zasobów, jakimi dysponuje podmiot oraz od umiejętności dostosowania się do warunków zewnętrznych, wymagań rynku, układów konkurencyjnych i zdolności przewidywania przez kierownictwo przyszłych warunków świadczenia usług zdrowotnych oraz podejmowania na tej podstawie trafnych decyzji.

Uzasadnione jest poszukiwanie i ciągle dostosowywanie mechanizmów ekonomiczno-finansowych, zarządzania kształtujących wymianę między ilością i jakością zapotrzebowania na usługi zdrowotne dla ich racjonalizowania. Racjonalność jest definiowana jako dokonywanie najlepszych możliwych wyborów pozwalających osiągnąć cele przy danych ograniczeniach zasobów. Miara racjonalności, jaką jest efektywność ekonomiczna, rośnie przy maksymalizowaniu efektów przy danych nakładach oraz przy minimalizowaniu nakładów przy danych efektach [Folland, Goodman i Stano, 2011]. Systemy pomiaru wyników organizacyjnych mogą spowodować powstanie przeciwnych bodźców oraz niepożądanych konsekwencji. To wynika z faktu, że personel przewiduje reakcję tych, którzy kontrolują ich pracę.

Pojawiają się ukryte bodźce wbudowane w systemy mierników. J. Smith w swych badaniach doszła do wniosku, że wskaźniki efektywności w niepożądanym sposobie ingerują w działania organizacji. A niepożądane konsekwencje systemów wskaźników efektywności w sektorze publicznym, w szczególności w szpitalach publicznych, to:

- nacisk głównie na czynniki uwzględnione w systemie mierników,
- dążenie do ograniczonych, lokalnie ustalonych celów, które mogą być sprzeczne z celami całej organizacji,
- dążenie do celów krótkoterminowych,
- realizacja strategii poprawiających mierniki, a nie realizujących celów,
- celowa manipulacja danymi,
- wyciąganie błędnych wniosków na podstawie surowych/nieopracowanych danych,
- celowa manipulacja zachowaniem w celu zapewnienia strategicznej przewagi wybranej komórki organizacyjnej,
- paraliż organizacyjny związany ze sztywną procedurą ewaluacji [Walshe i Smith (red.), 2011, s. 389].

Porównanie wskaźników jest trudne i potencjalnie może być mylące. Ważne jest, by wskaźniki pomogły zidentyfikować obszary o słabej efektywności oraz by obszary wskazane jako mało skuteczne rzeczywiście takie były. Błędy

popelnione w tym względzie mogą prowadzić do fałszywych wniosków i oczerzania, czyli do sytuacji, gdy źle dobrane wskaźniki, błędy w interpretacji wskaźowanych przez nie wyników oraz nieświadomość ograniczeń stosowanego systemu miar sprawią, że otoczenie będzie miało wrażenie o występowaniu niezgodności, w tym i błędów w ocenie.

### 3. Pomiar świadczeń medycznych w podmiotach leczniczych

Pomiar efektywności funkcjonowania organizacji na poziomie stanowiska pracy, procesu i całej organizacji powinien być postrzegany zarówno jako przedmiot dociekań naukowo-badawczych, jak też jako złożona umiejętność, która wymaga doświadczenia, elastyczności myślenia o projekcji przyszłości, a więc umiejętności przewidywania oraz adaptacji biznesowej do „skrojonego” systemu i wrażliwości ekonomicznej. Popularnym systemem pomiaru jest zrównoważona karta wyników, którą powszechnie stosują organizacje biznesowe [Kaplan i Norton, 2011]. Jej zmodyfikowane wersje spotkać można także w jednostkach ochrony zdrowia.

W procesie dojrzewania do potrzeby pomiaru świadczeń medycznych ustanowiono rejestry medyczne. Rejestry medyczne uregulowane zostały w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r.]. Artykuł 19 ust. 1 tej ustawy stanowi, że minister właściwy do spraw zdrowia może tworzyć i prowadzić lub tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych i informacji o zachorowaniach, chorobach, stanie zdrowia, metodach leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów w leczeniu oraz zagrożeniach związanych z występowaniem niektórych chorób. Może to czynić w celu:

- 1) monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- 2) monitorowania stanu zdrowia usługobiorców,
- 3) prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej,
- 4) monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych [ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r.].

Docelowo rejestry medyczne mają pozwolić na ocenę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poszczególne podmioty w warunkach rzeczywistych lub ocenę sposobów postępowania (technologii medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych) w warunkach rzeczywistych oraz poprawę bezpieczeństwa i skuteczności opieki sprawowanej nad pacjentami. Ważne jest



dopracowanie ścieżki przekazu informacji zawartych w rejestrach medycznych, a także wyraźne wskazanie, komu dane będą przesyłane i w jaki sposób będą wykorzystywane.

Konieczne wydają się przemyślane analizy w oparciu o wybrane rejestry, aby na bieżąco reagować i wprowadzać konieczne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zakłada, że rejestry medyczne do celów oceny jakości będą finansowane lub współfinansowane przez ministra zdrowia. Priorytetem systemu pomiaru w obszarze jakości świadczonych usług i bezpieczeństwa pacjenta są zdarzenia niepożądane. Szerzej o zdarzeniach niepożądanych pisze M.Z. Wiśniewska [2016, s. 49 i n.].

Zagadnienie finansowania służby zdrowia od początku transformacji stanowi najpoważniejszy problem finansów publicznych obciążający uczestników systemu, tu głównie budżet państwa. Zapowiedź tworzenia nowych jednostek nadzoru, kontroli i autoryzacji w sektorze ochrony zdrowia przyczyni się do dalszych oczekiwań na dorzucenie do systemu środków finansowych [Minister Zdrowia, 2017]. Jednostki te – ze swej natury – stanowią koszt, więc nie podniosą rentowności działalności podmiotu leczniczego – rentowności medycznej, finansowej, administracyjnej. Można więc mieć i obawy, czy te zagospodarowane środki poprawią jakość świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjenta?

#### **4. Założenia prowadzonych badań**

Do oceny systemu pomiaru wyników w placówkach ochrony zdrowia wykorzystano ilościowe badania ankietowe (pilotaż). Badania te z wykorzystaniem opracowanego kwestionariusza ankiety przeprowadzone zostały wśród zarządzającej podmiotami leczniczymi. Łącznie rozesłano 51 kwestionariuszy. Zwrotność wyniosła 55% (w pełni wypełnionych ankiet otrzymano 28). Celem badań była identyfikacja, analiza i ocena przydatności zestawu stosowanych mierników wyników funkcjonowania badanych jednostek ochrony zdrowia. Na potrzeby badań przyjęto następującą hipotezę: stosowane systemy miar wyników organizacyjnych w badanych podmiotach leczniczych nie sprzyjają efektywnej działalności tychże placówek, ponieważ nie są oparte na uznanych w naukach o zarządzaniu modelach i nie pozwalają na wielowymiarową diagnozę stanu organizacji.

Analiza zgromadzonych danych wykazała, że badane podmioty reprezentowały zarówno sektor publiczny (61%), jak i niepubliczny (39%). W przeważającej części reprezentowały województwo śląskie (75%), pozostałych 25% podmiotów reprezentowało inne województwa (mazowieckie, podkarpackie, małopolskie).

Pod względem liczby pracowników przeważały podmioty lecznicze zatrudniające do 500 osób (54%), pozostałą część stanowiły podmioty zatrudniające powyżej 500 osób (46%). Zakres świadczonych usług przez badane jednostki obok lecznictwa szpitalnego obejmował także lecznictwo ambulatoryjne, specjalistyczne, laboratoria. Większość badanych podmiotów deklarowała posiadanie certyfikatu na zgodność z wymaganiami ISO 9001 (71%), jedna jednostka wskazała posiadanie certyfikatu na zgodność z treścią normy ISO 14001 (4%).

Posiadanie akredytacji Centrum Monitorowania Jakości zadeklarowały cztery podmioty (14%), wśród których dwa posiadają również certyfikat ISO 9001. Sześć badanych organizacji (21%) nie posiada żadnego certyfikatu. Pod względem pozycji hierarchicznej respondentów przeważał personel tzw. średniego szczebla (43%), w tym księgowi, pielęgniarki oddziałowe, zastępcy kierowników działów, niższego szczebla (32%) – kierownicy działów. Szczebel kierownictwa podmiotu reprezentowany był przez dyrektorów/prezesów i ich zastępców (25%).

## **5. Wyniki badań**

W badanych podmiotach leczniczych stosowanych jest wiele różnych miar, dotyczących zarówno obszaru bezpośrednio medycznego, jak i organizacyjnego. Wśród najczęściej wskazywanych miar, które pojawiają się na różnych szczeblach zarządzania placówką medyczną, badani wymieniali przede wszystkim te dotyczące wprost odpowiedniej organizacji pracy w placówce. Są to zarówno ilościowe, jak i jakościowe miary, w tym: wielkość zatrudnienia, jakość kwalifikacji personelu w zakresie zajmowanego stanowiska, jakość sprzętu medycznego, terminowość realizacji świadczeń, kontrola wykorzystanych łóżek, kontrola zakażeń szpitalnych, czas pobytu pacjenta w szpitalu, procent wykorzystania łóżka szpitalnego, koszt osobodnia itp.

Większość badanych wskazywała także na miary gromadzone na użytek różnego rodzaju sprawozdań w zależności od zajmowanego stanowiska. Na najwyższych stanowiskach respondenci najczęściej odwoływali się do sprawozdań: dla organu założycielskiego, do NFZ, sprawozdań finansowych (bilans, rachunek zysków i strat, sprawozdanie o stanie zobowiązań i należności, sprawozdanie dotyczące sprawności wykorzystania zasobów), poziomu wykorzystania kontraktu NFZ, przystąpienia do certyfikacji oraz do akredytacji.

Na niższym szczeblu organizacyjnym zajmowanego stanowiska respondenci bardziej zwracali uwagę na czas pobytu pacjentów w placówce, stopień ich

zadowolenia, stopień wykorzystania łóżka szpitalnego, liczbę zdarzeń niepożądanych i ich ewentualne przyczyny, zużycie sprzętu, czas oczekiwania pacjentów do specjalistów-konsultantów.

Pod względem poufności stosowanych miar opinie badanych były zbieżne. Wyniki analizy wskazały, że zbiór miar, jakimi posługują się badane organizacje, składa się z dwóch grup, z czego jedną stanowią tzw. miary poufne, a druga jawne.

W tab. 2 zaprezentowano podział wskazywany przez badanych ekspertów. Ciekawym okazało się pojawienie się trzeciej grupy miar, które wskazywane były albo jako miara poufna, albo jawna.

**Tabela 2.** Miary poufne i jawne. Wyniki badań

Miary poufne	Miary jawne
sprawozdania dotyczące wynagrodzeń	sprawozdawczość finansowa (przychody, koszty, wynik finansowy)
ocena pracowników i stosowane instrumenty pomiaru – ankiety, testy itp.	ilość zakażeń szpitalnych – zdarzeń niepożądanych
miary dotyczące satysfakcji pacjentów (wyniki ankiet)	sprawozdawczość dotycząca liczby wykonanych procedur: podstawowych, specjalistycznych
miary obrazujące poziom realizacji poszczególnych procedur ratujących życie	liczba procedur zrefundowanych
realizacja zaleceń Sanepidu i PIP	
realizacja kontraktu z NFZ	
realizacja planu inwestycyjnego i rzeczowo-finansowego	
miary medyczne: liczba hospitalizacji, chorób zakaźnych, zgonów	

Źródło: Na podstawie wyników badań.

Wśród najczęściej wskazywanych rodzajów miar w opinii badanych można wyróżnić, obok miar finansowych i kadrowych (liczba zatrudnionych, kwalifikacje, rodzaj umowy, udział poszczególnych grup zawodowych w zatrudnieniu ogółem), także tzw. miary statystyczne, czyli: dane dotyczące rozpoznań, powtórnych przyjęć do 30 dni, reoperacji, wieku pacjenta, płci, średniego obłożenia łóżek, wykorzystania łóżek. Inny reprezentowany pogląd na rodzaj miar stosowanych w podmiotach leczniczych to tzw. miary subiektywne (np. pomiar satysfakcji pacjenta) oraz obiektywne, do których zostały zaliczone sprawozdania finansowe (np. bilans), sprawozdania przygotowywane do NFZ czy do Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

W badaniach proszono również o wskazanie celu, w jakim miary są gromadzone w organizacji. Blisko 90% badanych odpowiedziało, że celem jest poprawa oraz doskonalenie jakości udzielanych świadczeń medycznych, doskonalenie organizacji, racjonalizacja działalności, bardziej efektywne zarządzanie podmio-

tem leczniczym. W kilku przypadkach badani wskazali powody natury zewnętrznej, tj. pomiary dokonywane na potrzeby zewnętrznego raportowania (do celów sprawozdawczych), czy też wręcz jako obowiązek prawny.

Z analizy zgromadzonych danych wynika, że wśród najczęściej wskazywanych przez badanych adresatów miar są: NFZ, GUS, Ministerstwo Zdrowia, organ założycielski (np. Wojewoda, Urząd Marszałkowski, Prezydent), ZUS, Urząd Skarbowy, PIP, Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (Sanepid), Stacja Krwiodawstwa. Tylko nieliczni badani, obok wymienionych powyżej interesariuszy, zaproponowali także użytek własny, tj. miary dla zarządzających podmiotem leczniczym i jego wewnętrznych jednostek.

Oznaczać to może, że zarządzający w niewystarczającym stopniu korzystają z miar. Wyniki badań wskazują, że wiele obowiązkowych sprawozdań przygotowywanych dla zewnętrznych podmiotów może być wykorzystywana przez zarządzających do analiz wewnętrznych, na podstawie których podejmowane mogą być decyzje zarządcze.

Obligatoryjność sporej liczby miar (medycznych, organizacyjnych, finansowych) może zatem korzystnie stymulować świadomość zarządzających na temat bieżącej sytuacji organizacji. Potwierdza to analiza wyników kolejnego pytania, w którym badani przedstawili powody dokonywanych pomiarów w organizacjach.

W rezultacie informacje w badanych placówkach są gromadzone głównie z dwóch powodów: pierwszy wynika z konieczności spełnienia wymagań narzuconych przez podmioty zewnętrzne, drugi zaś z chęci doskonalenia wyników podmiotu leczniczego dla prawidłowego, efektywnego zarządzania jednostką.

Wyniki badań potwierdzają, że stosowane w badanych organizacjach miary są przydatne. W szczególności są niezbędne do podejmowania decyzji, budżetowania, racjonalizacji kosztów, poprawy jakości świadczonych usług, lepszej organizacji procesu leczenia pacjenta. Miary dotyczące kosztów i ilości hospitalizacji przydatne są także zarządzającym (kierownikom, ordynatorom) do dostosowania hospitalizacji do zawartego kontraktu. Z punktu widzenia pacjenta zjawisko to może być niekorzystne, ponieważ wiąże się z tzw. pracą na miernik. Prawie wszyscy eksperci potwierdzili, że w badanych organizacjach korzysta się z miar i tylko w sporadycznych sytuacjach zdarza się, że obliczane miary są tylko częściowo wykorzystywane lub w ogóle. Wśród niezupełnie wykorzystywanych miar badani wskazali m.in. ocenę pracowniczą (prowadzoną na potrzeby spełnienia wymagań normy ISO 9001), wycenę procedur medycznych, potencjał aparatury medycznej, kategoryzację pacjentów.

Układ czasowy przygotowywanych miar pokrywa się z okresami obowiązującej sprawozdawczości podmiotów leczniczych i najczęściej dotyczy okresu: miesięcznego, kwartalnego, półrocznego i rocznego. Miary obrazujące sytuację bieżącą (przygotowywane min. raz w tygodniu) w odpowiedziach badanych pojawiają się rzadko.

Wśród miar wpływających na podział pieniędzy przez NFZ badani podkreślili, że główne znaczenie ma wysokość środków do podziału, którymi dysponuje płatnik, wysokość realizowanego kontraktu w roku wcześniejszym, wykonanie kontraktu, rodzaj i ilość wyposażenia, czyli wymogi techniczne dotyczące sprzętu, aparatury, wymogi dotyczące zatrudnienia osób określonych specjalizacji (liczba i fachowość personelu) oraz wymogi dotyczące utrzymania standardów jakościowych. Większość badanych podmiotów leczniczych nie miała do czynienia z restrukturyzacją, choć w momencie prowadzenia badania jedna piąta placówek (20%) zadeklarowała, że jest w trakcie tego procesu.

W wyniku analizy zgromadzonych informacji ustalono najczęściej wskazywane silne i słabe strony stosowanych miar w badanych podmiotach leczniczych, co prezentuje tab. 3.

**Tabela 3.** Siły i słabości stosowanych miar – wyniki badań

Siły stosowanych miar	Słabości stosowanych miar
możliwość monitorowania i analizy realizacji świadczeń	subiektywność miar, niewiarygodność miar
możliwość monitorowania i analizy sytuacji finansowej organizacji	brak spójności pomiędzy różnymi instytucjami nadzoru, niespójność przepisów prawa w zakresie stosowanych miar, brak jednolitego sposobu analizy miar interdyscyplinarnych
możliwość doskonalenia jakości świadczonych usług	niedoskonałość systemów informatycznych, niewystarczające kompetencje personelu przygotowującego dane, opór użytkowników do wprowadzania danych
możliwość wprowadzenia działań korygujących i naprawczych	przekłamanie, szumy informacyjne przy gromadzeniu informacji
możliwość diagnozy i podejmowania rzetelnych działań, lepsza kontrola działalności placówki	„udoskonalanie” wyników (ukrywanie zdarzeń) w obawie przed karą
przepływ informacji o pożądanych i niepożądanych zdarzeniach	brak spójności, jednolitości i trudność porównywania się z innymi jednostkami
powtarzalność, pozwalająca na prowadzenie analiz	uznaniowość niektórych mierników, zbyt duża szczegółowość informacji, nadmiar informacji gromadzonych w jednym czasie
bieżąca informacja o parametrach i sytuacji organizacji (podstawa planowania)	brak monitoringu w kolejnych okresach sprawozdawczych

Źródło: Na podstawie wyników badań.

Wśród argumentów przemawiających za stosowaniem miar w organizacji respondenci wskazali możliwość monitorowania wyników, dokonywania diagnozy bieżącej sytuacji organizacji oraz prowadzenie działań doskonalących. Natomiast do mankamentów stosowanych miar w badanych organizacjach zaliczyli: subiektywność miar, przekłamania i szумы informacyjne, ich niewiarygodność, brak spójności, jednolitości, trudność porównywania się z innymi jednostkami, brak jednoznacznej konstrukcji miary i kryteriów oceny świadczonych usług, a także niedoskonałości systemów informatycznych oraz opór użytkowników do wprowadzania danych.

W ramach działań doskonalących zestawy stosowanych miar powinny w opinii badanych być racjonalizowane w czasie, dostosowywane do charakteru działalności placówki/oddziału, doprecyzowane pod kątem pożądanych parametrów. Potrzebna jest nadto większa świadomość pracowników, która możliwa jest dzięki edukacji oraz aktywnemu korzystaniu z narzędzi informatycznych.

Badani akcentowali, że miary wykorzystywane w badanych placówkach tworzą spójny system miar, jednak część ankietowanych (ok. 40%) wskazuje ich losowy charakter. Przez to raczej tworzą zbiór przypadkowych miar niż zwarty system. W opinii badanych dzieje się tak ze względu na brak koordynacji i spójności w zakresie doboru miar w placówkach. Ponadto badani dostrzegają brak odpowiedniego przygotowania i wiedzy w tworzeniu spójnych systemów miar. Zauważają też różnorodność adresatów miar i ich często zmieniające się wymagania, które nie sprzyjają budowie spójnego systemu pomiarowego w podmiotach leczniczych.

## **Podsumowanie**

Zaprezentowane wyniki badań przeprowadzonych w wybranych podmiotach leczniczych pozwoliły na sformułowanie poniższych wniosków:

1. Stosowane systemy miar wyników organizacyjnych w badanych podmiotach leczniczych nie sprzyjają efektywnej działalności tychże placówek.
2. Pacjent i jego stan zdrowia nie był wskazywany przez badanych jako priorytet działania placówek; pacjent to wielki nieobecny w tym systemie.
3. Stosowane systemy miar organizacyjnych w podmiotach leczniczych nie są oparte na uznanych w naukach o zarządzaniu modelach (np. BSC, EFQM), a stosowanie ich pozwoliłoby na wielowymiarową diagnozę stanu organizacji.
4. Stosowane systemy nie mają charakteru systematyczności i spójności. Tworzą raczej zbiór przypadkowych miar, a nie spójny system. Powodem tego stanu jest m.in. brak mechanizmu koordynacji i spójności w zakresie doboru

miar w placówkach, brak odpowiedniego przygotowania i wiedzy w tworzeniu spójnych systemów miar, różnorodność adresatów miar – interesariuszy i ich zmieniające się wymagania, co nie sprzyja budowie spójnego systemu pomiarowego w podmiotach leczniczych.

Analiza warunków zapewniających, że miary stosowane wewnątrz organizacji tworzą spójny system, będący swego rodzaju krwioobiegiem organizacji, pokazała, że podstawą są kompetentna kadra zarządzająca, sprawny system informatyczny, jasno określone zasady gromadzenia i udostępniania danych oraz dobra komunikacja i spójne, całościowe podejście z udziałem wielu środowisk. Ważna jest też bieżąca aktualizacja stosowanego systemu miar, by te były adekwatne do rodzaju działalności jednostki i jej charakteru, z wizją jej rozwoju oraz trendami demograficznymi w społeczeństwie.

## Literatura

- Czyż-Gwiazda E. (2013a), *Controlling procesów narzędziem poprawy wyników organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice.
- Czyż-Gwiazda E. (2013b), *Efficiency Measurement in Organization* [w:] A. Matuszak-Flejszman, M. Kaźmierczak (eds.), *Current Trends in Commodity Science, System Approach to Management in Organizations*, Faculty of Commodity Science, Poznań University of Economics, Poznań, s. 7-22.
- Czyż-Gwiazda E. (2013c), *Koncepcje pomiaru efektywności funkcjonowania organizacji – zastosowanie metody DEA w ocenie efektywności organizacji*, „Zarządzanie i Finanse. Journal of Management and Finance”, R. 11, nr 1, cz. 1, s. 103-116.
- Czyż-Gwiazda E. (2014), *Pomiar i zarządzanie wynikami w praktyce – przykład organizacji farmaceutycznej* [w:] A. Barcik, M. Jakubiec (red.), *Wybrane problemy zarządzania – ujęcie jakościowe, innowacyjne i konkurencyjne*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Czyż-Gwiazda E. (2016), *The Measurement of an Organisation's Performance in the Conditions Requiring the Elimination of Functional Organisational Barriers*, „Jagiellonian Journal of Management”, t. 2, nr 3, s. 181-191.
- Dobska M., Dobski P. (2012), *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Folland S., Goodman A.C., Stano A. (2011), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Frąckiewicz-Wronka A. (2014), *Zarządzanie usługami społecznymi. Studium partnerstw publiczno-społecznych*, Difin, Warszawa.
- Freemman T. (2011), *Pomiar wyników i wdrażanie ulepszeń* [w:] K. Walshe i J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa.

- Głód G. (2016), *Uwarunkowania i pomiar przedsiębiorczości publicznej w jednostkach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2011), *Dopasowanie w biznesie. Jak stosować strategiczną kartę wyników*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Kostur A.M. (2009), *Istota i zakres pomiaru dokonań w jednostkach biznesowych* [w:] A.M. Kostur, H. Buk (red.), *Zintegrowany system dokonań w rachunkowości. Księga pamiątkowa wydana z okazji 60-lecia obecności prof. zw. dra hab. Z. Messnera w Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice.
- Lisiecka K. (2002), *Kreowanie jakości. Uwarunkowania. Strategie. Techniki*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice.
- Lisiecka K. (2012), *Modele pomiaru wyników w organizacjach* [w:] T. Borys, P. Rogala (red.), *Orientacja na wyniki – modele, metody i dobre praktyki*, Prace Naukowe, nr 264, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław.
- Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E. (2013), *Performance Measurement in Organizational Perspectives – the Trends of Improvements in Performance Systems* [w:] A. Matuszak-Flejszman, M. Kaźmierczak (eds.), *Current Trends in Commodity Science, System Approach to Management in Organizations*, Faculty of Commodity Science, Poznań University of Economics, Poznań, s. 35-48.
- Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E. (2014), *Zarządzanie jakością działań w organizacji. Modele i metody doskonalenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice.
- Lisiecka K., Papaj T., Czyż-Gwiazda E. (2011), *Public Governance koncepcją zarządzania w administracji publicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice.
- Lisiecka-Bielanowicz M. (2016), *Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa.
- Marr B. (2006), *Strategic Performance Management: Leveraging and Measuring Your Intangible Value Drivers*, Elsevier, Oxford.
- Minister Zdrowia (2017), *Ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów Założenia do projektu z dnia 13.01.2017*, Warszawa.
- Neely E., red. (2007), *Business Performance Measurement*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Nojszewska E. (2011), *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Opolski K., Dykowska B., Możdżonek M. (2011), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Wyd. 3, CeDeWu, Warszawa.
- Opolski K., Waśniewski K. (2012), *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa.
- Trocki M., red. (2002), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, IPiS, Warszawa.
- Trocki M., Bukłaha E., red. (2016), *Zarządzanie projektami – wyzwania i wyniki badań*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.



- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Dz.U. 2011, Nr 113, poz. 657.
- Wadhwa G. (2007), *Viable Vision for Health Care Systems* [w:] J.F. Cox III, J.G. Schleier Jr. (eds.), *Theory of Constraints Handbook*, McGraw Hill, New York.
- Walshe K., Smith J., red. (2011), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Wiśniewska M., Jasiak-Kujawska A. (2012), *Analiza przyczyn zakażeń medycznych z wykorzystaniem ważonego diagramu Ishikawy*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 3, cz. 1, s. 328-343.
- Wiśniewska M.Z. (2016), *Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*, CeDeWu, Warszawa.
- Wojtyniak B., Goryński P. (2016), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

#### PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEMS IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS. THE RESULTS OF PILOT STUDIES

**Summary:** In recent times, we can notice the need to improve service quality and patient safety in health care organizations, the need to improve the efficiency of the operations in these units. There are many models of performance measurement systems in management professional literature and business practice. Therefore, it is necessary to identify the current shape of performance measurement system in these organizations and to modify or redesign it to meet modern manager's expectations in field of health-care management. The aim of this paper is to recognize and assess the types of measures, which are used to measure achievements in the selected researched health care organizations. There was defined the following hypothesis in the research: in the surveyed healthcare organizations the applied performance measurement systems do not lead to the efficient functioning of these organizations.

**Keywords:** performance measurement system, health care, Quality Management.