

dr Beata Detyna

Autoreferat

opis kariery zawodowej oraz istotnej aktywności naukowej

Wałbrzych 2020

Spis treści

1. Imię i nazwisko.....	4
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej	4
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych	5
4. Omówienie osiągnięcia, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.....	6
4.1. Charakterystyka problematyki omawianej w osiągnięciu naukowym i przesłanki podjęcia tematu.....	6
4.2. Omówienie celu naukowego.....	25
4.3. Omówienie metodyki badawczej.....	27
4.4. Omówienie wyników badań	31
4.4.1. Wyniki badań literaturowych.....	32
4.4.2. Wyniki badań dotyczących zaproponowanego autorskiego modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H.....	38
4.4.3. Wyniki z przeprowadzonych badań ankietowych w szpitalach.....	53
4.4.4. Wyniki dotyczące badania zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali a jakością usług medycznych	55
4.5. Podsumowanie przeprowadzonych badań.....	58
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.....	62
5.1. Projekt badawczy pn. „Metodologia tworzenia systemu mierników jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale” - współpraca z Wydziałem Zarządzania, Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Katedrą Statystyki	62
5.2. Projekt naukowy pn. „Doskonalenie organizacyjne uczelni przyszłości (UNIFUT.PL)” - współpraca z Wydziałem Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedrą Zarządzania Instytucjami Szkolnictwa Wyższego.....	65
5.3. Badania w zakresie wykorzystania narzędzi statystycznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości – współpraca z Wydziałem Mechanicznym Politechniki Wrocławskiej, Katedrą Mechaniki, Inżynierii Materiałowej i Biomedycznej	68

5.4.	Badania w zakresie logistyki społecznej – współpraca z Kolegium Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katedrą Logistyki Społecznej	70
5.5.	Badania w zakresie zarządzania logistycznego w sektorze publicznym – współpraca z Wydziałem Ekonomicznym Uniwersytetu Opolskiego, Katedrą Logistyki i Marketingu.....	73
5.6.	Badania w zakresie społecznej odpowiedzialności w sektorze publicznym – współpraca z Wydziałem Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Katedrą Nauk o Przedsiębiorstwie.....	74
5.7.	Ogólnopolski projekt koncepcyjny pn. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” - współpraca z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego	76
5.8.	Informacja o współpracy naukowej z zagranicznymi instytucjami naukowymi.....	81
6.	Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę	83
6.1.	Osiągnięcia dydaktyczne	83
6.2.	Osiągnięcia organizacyjne	92
6.3.	Osiągnięcia popularyzujące naukę	100
7.	Informacje dotyczące kariery zawodowej – inne niż wymienione w pkt. 1-6.....	103
7.1.	Realizacja grantu naukowego Prezydenta Miasta Wałbrzycha pn. „Wpływ wybranych systemów zarządzania jakością na jakość usług medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Miasta Wałbrzycha w latach 2010 – 2012”	103
7.2.	Realizacja projektu badawczego pn. „Wpływ rozwoju logistyki na konkurencyjność Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza i ocena współczesnych trendów” – grant wewnętrzny.....	105
7.3.	Realizacja projektu operacyjnego pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!”	110
7.4.	Współpraca z Urzędem Miejskim w Wałbrzychu w ramach Rady Rozwoju Gospodarczego	112
7.5.	Nagrody za działalność naukową, organizacyjną i dydaktyczną.....	113
	Wykaz załączników	114

1. Imię i nazwisko

BEATA DETYNA

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

- **dyplom licencjata** – 20.03.2000 r., Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wydział Gospodarki Regionalnej i Turystyki w Jeleniej Górze, kierunek: ekonomia, specjalność: zarządzanie przedsiębiorstwem, studia ukończone z wyróżnieniem, nr dyplomu: 5489;
- **dyplom magistra** – 05.07.2002 r., Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wydział Gospodarki Regionalnej i Turystyki w Jeleniej Górze, kierunek: ekonomia, specjalność: zarządzanie przedsiębiorstwem, studia ukończone z wyróżnieniem, praca magisterska pt. *Wpływ reformy systemu opieki zdrowotnej na organizację i mechanizmy funkcjonowania Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wałbrzychu* (ocena celująca), numer dyplomu: 6768;
- **stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu, specjalności: zarządzanie jakością w sektorze usług, ocena jakości, logistyka usług** – 15.12.2009 r., Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów, rozprawa doktorska pt. *Metodyka oceny jakości procesów w usługach medycznych, w zakładach opieki zdrowotnej*. Praca wyróżniona przez Radę Wydziału Zarządzania, Informatyki i Finansów - dyplom wyróżnienia z 17.12.2010 r.;
- **ukończenie studiów podyplomowych w zakresie: przygotowanie pedagogiczne** – 14.01.2018 r., Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (studia 3-semesterne), nr świadectwa: 1247/2018.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

- 2002 – 2008 – Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu, pracownik naukowo-dydaktyczny, umowa zlecenie;
- od 2004 – aktualnie – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, pracownik naukowo-dydaktyczny, umowa o pracę, stanowisko: starszy wykładowca, pełnione funkcje:
 - zastępca dyrektora Instytutu Przyrodniczo-Technicznego (od 01.09.2008 r. do 30.09.2014 r.),
 - dyrektor Instytutu Przyrodniczo-Technicznego (od 01.10.2014 r. - aktualnie),
 - pełnomocnik Rektora ds. nauki i studentów (od 1.10.2016 r. do 30.09.2017 r.),
 - pełnomocnik Rektora ds. współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym (od 01.10.2017 r. - aktualnie),
 - kierownik studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox, realizowanych przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu wspólnie z firmą Lean Management Consulting Group z Wrocławia (rok akademicki 2018/2019),
 - członek Senatu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (od 22.12.2010 r. - aktualnie).

4. Omówienie osiągnięcia, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy

4.1. Charakterystyka problematyki omawianej w osiągnięciu naukowym i przesłanki podjęcia tematu

O znaczeniu dostępności i jakości usług medycznych oraz efektywności placówek opieki zdrowotnej w kontekście funkcjonowania krajowych systemów ochrony zdrowia pisze wielu autorów (Czerw, Religioni, 2013; Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012; Dodwad, 2013; Guzy, 2016; Lisiecka, Czyż-Gwiazda, Lisiecka-Biełanowicz, 2017; Rysiak et al., 2014). Trwają na ten temat liczne debaty i dyskusje. Szczególne zainteresowanie skupione jest na szpitalach, które tworzą podstawowy system zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, potocznie zwany „siecią szpitali” (Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*). Istota i znaczenie tego systemu wynika przede wszystkim z jego kompleksowości, która wyraża się w zapewnieniu powszechnego dostępu do świadczeń w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii, a także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W Polsce do sieci szpitali zakwalifikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest aktualnie: 594 placówek, z czego 516 stanowią szpitale publiczne, a 78 niepubliczne (<http://siecszpitali.mz.gov.pl/>). Placówki te zobligowane są do zapewnienia pacjentom pełnej opieki medycznej w całym cyklu leczenia i stanowią ok. 62,5% wszystkich funkcjonujących w Polsce stacjonarnych szpitali ogólnych.

Współcześnie dowiadujemy się o licznych problemach dotyczących krajowych systemów ochrony zdrowia. Towarzyszą temu pojawiające się nowe wyzwania społeczne, cywilizacyjne, a obecnie epidemiczne dotyczące występującej na świecie pandemii choroby zakaźnej COVID-19 wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2. Wśród najczęściej wymienianych problemów dotyczących polskiego systemu ochrony zdrowia znajdują się: niedobór kadry medycznej (pielęgniarskiej i lekarskiej), biurokracja, relatywnie wysoki średni wiek pracowników medycznych, konieczność likwidacji części łóżek szpitalnych z powodów niespełnianych przez placówki norm zatrudnienia personelu na oddziałach, niewystarczające środki finansowe na pokrycie kosztów leczenia pacjentów, długi placówek medycznych, a także limity NFZ dotyczące niektórych świadczeń.

Dlatego **uzasadniona jest moim zdaniem większa aktywność środowiska naukowego oraz praktyków na rzecz stałego doskonalenia systemów zarządzania placówkami medycznymi**. Zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ) potrzebują wsparcia w postaci kreowania nowych koncepcji i rozwiązań w zakresie: udostępniania dedykowanych baz danych, odpowiedniego oprogramowania, a także tworzenia przystających do potrzeb pacjentów i ZOZ rozwiązań dotyczących np. monitorowania jakości usług medycznych, w tym procesów im towarzyszących (Benneyan, 2003; Brzozowski, 2018; Burgess, Radnor, 2013; Burlikowska, 2018; Cholewa-Wiktor, 2013; Cygańska, 2007; Czerw et al., 2012; Czerw, Religioni, 2013; Detyna, 2016; Detyna, Detyna, 2017; Grossman, 2018; Kludacz, 2009; Kobylińska, 2014; Lisiecka et al., 2017; Lombarts, Rupp, Vallejo, Sunol, Klazinga, 2009; Mans, van der Aalst, Vanwersch, 2015; Thor et al., 2007; Vom Brocke, Rosemann, 2010; Witczak, 2012).

Powołując się na doniesienia naukowe, według wielu autorów kluczową determinantą zarówno jakości, jak i efektywności jest dojrzałość organizacji (Brajer-Marczak, 2015; Christiansson, van Looy, 2017; Cieśliński, Chomiak-Orsa, Mierzyński, 2014; Czubasiewicz, Grajewski, Sliż, 2018; Enkel, Bell, Hogenkamp, 2011; Kalinowski, 2017; Nowosielski, 2012; Skrzypek, 2014b; Sliż, 2016; Vom Brocke Rosemann, 2010). Dojrzałość ta oznacza pewien poziom umiejętności (doskonałości) i może być rozpatrywana jako: dojrzałość zarządcza, procesowa, projektowa, w obszarze technologii, jakości, wiedzy, kultury itp. (Borys, Rogala, 2011; Wolniak, 2011; Kucińska-Landwójtowicz Kołosowski, 2012; Skrzypek, 2014a; Cieśliński et al., 2014; Czubasiewicz et al., 2018). Przykładowo E. Skrzypek przedstawia w swoich badaniach istotę i znaczenie dojrzałości jakościowej organizacji, wykazując zależności zachodzące pomiędzy dojrzałością jakościową, a efektywnością finansową i ekonomiczną (Skrzypek, 2014b). Podobnie zagadnienie to przedstawia W. Łukasiński, skupiający się na dojrzałości organizacji zarządzanej projakościowo (Łukasiński, 2016).

Analiza polskiego i światowego piśmiennictwa wskazuje, że dominującym obszarem badawczym w tym zakresie jest dojrzałość organizacyjna, rozpatrywana w kontekście podejścia procesowego (Kerzner, 2001; Harmon, 2004; Rosemann, de Bruin, Bruin, 2005; Kenny, 2006; Grajewski, 2007; Mutafelija, Stromberg, 2008; Hüner, Ofner, Otto, 2009; Rohloff, 2009; Jia et al., 2011; Pöppelbuß, Röglinger, 2011; Nowosielski, 2012; Albliwi, Antony, Arshed, 2014; Brajer-Marczak, 2014; Cieśliński et al., 2014; de Boer, Müller, ten Caten, 2015; Dijkman, Lammers, de Jong, 2016; Tarhan, Turetken, Reijers, 2016; Kalinowski, 2017). Ma to związek ze wzrostem zainteresowania wielu organizacji (w tym ZOZ), wdrażaniem standardów zarządzania jakością, w tym normy ISO 9001:2015 (Mutafelija, Stromberg, 2008; Rogala, 2011; Szetela, 2012; Czerw, Religioni, 2013; Bitkowska, 2013; Kobylińska, 2014; Ludwiczak,

2017). Od ponad trzydziestu lat, począwszy od modelu dojrzałości procesowej CMM (ang. *Capability Maturity Model*) z 1987 r. powstają kolejne rozwiązania w tym zakresie: Software Acquisition: SA-CMM, System Engineering: SE-CMM, Integrated Product Development: IPD-CMM, Organizational Workforce Capability Development: People CMM - PCMM (1989); CMMI-SE/SW v.1.0. (2000); CMMI-SE/SW/IPPD/SA v.1.1.; CMMI for Development v.1.2. - CMMI-DEV (2006). **Rozwiązania te dedykowane są różnym branżom i profilom działalności, niestety relatywnie rzadko sektorowi usług, w tym usług medycznych** (Mitchell, 2005; Lee, Lee, Kang, 2007; Mutafelija, Stromberg, 2008; Röglinger, 2011; Poels, 2011; Pöppelbuß, Röglinger, 2011; Röglinger, Pöppelbuß, Becker, 2012; van Looy, de Backer, Weske, 2012; Debreceny, Gray, 2013; Hutchison, Niehaves, Poeppelbuss, Plattfaut, Becker, 2014; Albliwi et al., 2014). W świetle badań naukowych, zarządzanie procesowe, w tym stałe podnoszenie poziomu dojrzałości procesowej organizacji, ma ścisły związek z jakością, konkurencyjnością, sprawnością oraz efektywnością prowadzonej działalności (Curatolo, Lamouri, Huet, Rieutord, 2014; Hensel, 2013; Hutchison, Mitchell, 2005; Kunasz, 2011; Tyagi, Gupta, Jaworska, 2013; Walas-Trębacz, 2013). Z tego powodu, działając na rzecz podnoszenia wartości oferowanych usług medycznych ZOZ powinny być zdeterminowane, aby w coraz pełniejszy sposób definiować, opisywać, organizować i zarządzać procesami, które w kluczowy sposób wpływają na wyniki placówek, w tym ocenianą przez pacjentów jakość usług medycznych (Boyer, Gardner, Schweikhart, 2012; Chluska, 2017; Cygańska, 2007; de Mast, Kemper, Does, Mandjes, van der Bijl, 2011; Detyna, Detyna, 2017; Drotz, Poksinska, 2014; Kobza, Syrkiewicz-Świtała, 2014; Lisiecka et al., 2017). Można zaryzykować stwierdzenie, że opracowując koncepcje i modele doskonalenia systemów zarządzania należy uwzględnić modele dojrzałości procesowej organizacji.

Pomimo obserwowanej na rynku wydawniczym rosnącej liczby publikacji naukowych, dotyczących problematyki zarządzania szpitalami **brakuje w mojej ocenie pozycji dotyczących zarządzania procesowego w ZOZ, w tym propagujących koncepcję dojrzałości procesowej**. Idea podejścia procesowego w środowisku medycznym jest relatywnie często traktowana powierzchownie, stając się jedynie wymuszeniem wynikającym z chęci posiadania certyfikatu ISO 9001:2015. Analiza literatury, a także przeprowadzone przeze mnie badania w środowisku szpitalnym jednoznacznie wskazują, że **koncepcja dojrzałości procesowej w szpitalach jest relatywnie mało rozpoznana**. Ze względu na złożoność prowadzonej przez szpitale działalności, relatywnie niewielu badaczy zagadnienie dojrzałości procesowej odnosi do wszystkich procesów szpitalnych (dotyczących zarządzania, procesów głównych i pomocniczych). Doniesienia naukowe wskazują na **fragmentaryczny**,

funkcjonalny sposób wykorzystania modeli dojrzałości w tym środowisku. Dominują badania cząstkowe, obejmujące jedynie wybrany, jeden obszar działalności szpitala, np. funkcjonujące systemy informacyjne, rozwiązania w zakresie obrazowania cyfrowego i diagnostyki obrazowej, archiwizację danych medycznych, analizę danych, procesy zarządzania zakupami i dostawami, procesy opieki zdrowotnej na oddziałach szpitalnych, procesy zarządzania placówką, czy współpracy szpitalnej (van de Wetering, Batenburg, 2008; Mettler, 2010; Groene, Mora et al., 2011; Mettler, Blondiau, 2012; Ostrowski et al., 2012; Jelonek, Chluski, 2014; Tarhan et al, 2015; Tontini, de Carvalho et al., 2016; Sullivan, P. E. Rivard et al., 2016; Dan, Arafeh, 2016; Mallek-Daclin, Daclin, 2017; Gomes, Romão, 2018; Carvalho, Rocha, 2018; Raulinajtys-Grzybek, W. Baran i in., 2019; Williams et al., 2019). Wśród nielicznych przykładów podejścia całościowego znajduje się propozycja A. K. Clevena, R. Wintera, F. Wortmanna oraz T. Mettlera, którzy na podstawie badań przeprowadzonych w szpitalach szwajcarskich opracowali model dojrzałości zdolności etapowych szpitala (Cleven, Winter et al., 2014). Z kolei J. F. Mens, R.S. Batenburg, M. R. Spruit oraz J.P.P. Ravesteyn zaproponowali implementację modelu dojrzałości (opartego na BPM) w szpitalach holenderskich (Mens et al., 2016). Wyraźny deficyt opracowań naukowych stwierdzam także w zakresie kompletnego przeglądu dotychczasowych badań dotyczących dojrzałości procesowej w szpitalach oraz możliwości wykorzystania modeli dojrzałości w warunkach szpitalnych. Według autorów jednego z modeli (oceny dojrzałości procesów w oddziałach szpitalnych), A. Tarhana, O. Turekna oraz F. J. H. M. van den Biggelaara, **choć w ostatniej dekadzie zaproponowano szereg modeli dojrzałości o zróżnicowanym ukierunkowaniu i głębi dla procesów biznesowych, to jednak liczba badań, które dostosowują te modele do specyfiki opieki zdrowotnej (proponują modele dojrzałości właściwe dla tej opieki) jest bardzo mała.** Na bardzo rzadkie wdrożenia modeli dojrzałości w szpitalach, a także sporadycznie występujące autorskie pomysły dedykowane tego typu placówkom zwracają uwagę też inni badacze (Mettler, 2010; Ostrowski et al., 2012; Cleven, Winter et al., 2014; Tarhan et al, 2015; Tontini, de Carvalho et al., 2016; Sullivan, P. E. Rivard et al., 2016; Ramadan, Arafeh, 2016; Gomes, Romão, 2018; Williams et al., 2019).

W polskiej literaturze znalazłam nieliczne przykłady badań dotyczących oceny poziomu dojrzałości szpitali. Przy tym nie dotyczą one oceny dojrzałości procesów szpitalnych, a jedynie wybranych obszarów działalności placówek medycznych. Jako przykłady chciałbym wskazać badania prowadzone przez D. Jelonek i A. Chluskiego - w zakresie oceny poziomu dojrzałości i rozwoju IT w polskich szpitalach (Jelonek, Chluski, 2014) a także M. Raulinajtys-Grzybek, W. Baran, M. Cygańskiej, M. Kludacz-Alessandri oraz M. Macudy - dotyczące budowy 4-

poziomowego modelu dojrzałości rachunku kosztów szpitala (RKS) (Raulinajtys-Grzybek, W. Baran i in., 2019). W przypadku badań D. Jelonek i A. Chluskiego (przeprowadzonych w 2012 r.), analizowano sposoby postrzegania poziomu dojrzałości i rozwoju IT szpitali przez menedżerów, w zależności od wielkości placówek. Badane podmioty podzielono na grupy: miejskie, powiatowe, wojewódzkie i specjalistyczne oraz pozostałe niesamorządowe (resortowe, kliniki, szpitale uniwersyteckie). Autorzy opracowali model pomiaru poziomu dojrzałości IT, uwzględniający cztery wymiary, które pełnią rolę zmiennych wskaźnikowych: strategiczną rolę IT, stopień wykorzystania IT, stopień wykorzystania aplikacji (oprogramowania) oraz stopień integracji IT. Zaproponowano, aby wartości badanych zmiennych określone były za pomocą odpowiednio skonstruowanego kwestionariusza ankiety (Jelonek, Chluski, 2014). Badania obejmowały 86 polskich szpitali, losowo wybranych z rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Autorzy przedstawili syntetyczne wskaźniki dojrzałości IT dla szpitali, obliczając średnie wyniki z przeprowadzonych badań ankietowych (gdzie najwyższa ocena 7 oznaczała najwyższy poziom dojrzałości). Zaproponowany model nie nawiązuje jednak do modeli dojrzałości procesowej, w których wyróżniamy zwykle 5 lub 6 poziomów, zależnych od stopnia koncentracji na procesach oraz podejmowania decyzji opartych na wynikach ich pomiaru. W przypadku 4-poziomowego modelu oceny dojrzałości rachunku kosztów (RKS) autorki nawiązały do modelu 12 poziomów dojrzałości rachunku kosztów według Międzynarodowej Federacji Księgowych (IFAC – ang. *International Federation of Accountants*). Według IFAC poszczególne poziomy dojrzałości można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Osiem pierwszych poziomów (1-8) odnosi się do zakresu śledzenia przepływu kosztów oraz raportowania kosztów i stawek zużycia zasobów. Ostatnie cztery poziomy (9-12) dotyczą planowania działań, a także potencjału zasobów (IFAC, 2009). Autorki, dla każdego z czterech poziomów RKS określiły kryteria (szczegółowe rozwiązania) pozwalające na ocenę dojrzałości rachunku kosztów z uwzględnieniem specyfiki szpitali. Badania przeprowadzono w sześciu polskich szpitalach, posiadających status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Wykazano, że o stopniu dojrzałości rachunku kosztów szpitali decydują zarówno przesłanki formalne, jak i potrzeby zarządcze. Podkreślono, że większe znaczenie ma przy tym merytoryczna integracja gromadzonych danych, która wynika z potrzeb informacyjnych zarządzających, niż techniczna integracja systemu informatycznego szpitala (Raulinajtys-Grzybek, Baran i in., 2019). Podobnie jak w przypadku badań D. Jelonek i A. Chluskiego model RKS nie pozwala jednak na kompleksową ocenę poziomu dojrzałości procesowej placówki medycznej. Przedmiotem analizy i oceny są jedynie rozwiązania dotyczące prowadzenia rachunku kosztów. **Przegląd literatury o zasięgu**

krajowym pozwala na stwierdzenie, że brakuje doniesień naukowych na temat badań dotyczących dojrzałości procesowej szpitali, rozpatrywanej w sposób całościowy i kompleksowy.

Znacznie bogatszy od polskiego jest w tym zakresie dorobek międzynarodowy, chociaż i w tym przypadku **zdecydowanie dominuje podejście funkcjonalne, gdzie ocenie poddawane są wybrane obszary szpitala.** Najczęściej przedmiotem zainteresowania badaczy i praktyków są modele dojrzałości dotyczące: szpitalnych systemów informacyjnych (dojrzałości cyfrowej szpitali), rozwiązań w zakresie obrazowania cyfrowego i diagnostyki obrazowej, archiwizacji danych medycznych w szpitalach, oceny IT szpitali w odniesieniu do analizy danych, niezawodności opieki zdrowotnej, w tym oceny wyników klinicznych szpitali, oceny funkcji zaopatrzenia szpitali, w tym procesów zarządzania zakupami i dostawami, procesu opieki zdrowotnej na danym oddziale szpitalnym, jakości opieki zdrowotnej, organizacji i systemów zarządzania placówką medyczną, ciągłości opiekuńczej, a także współpracy szpitalnej. Przeprowadzone przeze mnie badania literaturowe, dotyczące wykorzystywania modeli dojrzałości w środowisku szpitalnym obejmowały koncepcje i modele opublikowane przez badaczy: amerykańskich, brazylijskich, brytyjskich, hiszpańskich, niemieckich, szwajcarskich, holenderskich, francuskich, tureckich, a także pracujących w instytucjach naukowych Kuwejtu, czy Jordanii.

Przykładem propozycji w zakresie metody oceny dojrzałości szpitalnych systemów informacyjnych jest opracowanie przez HIMSS (ang. *Healthcare Management Systems Society*) modelu Elektronicznej Adaptacji Dokumentacji Medycznej EMRAM (ang. *Electronic Medical Record Adoption Model*). Jest to ośmiostopniowy (0–7) model do analizy i oceny szpitali pod kątem ich możliwości w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR – ang. *Electronic Medical Record*). Szpital wykorzystując EMRAM może ocenić swój obecny poziom wdrożenia EMR, a także porównać się z innymi świadczeniodawcami (<https://www.himssanalytics.org/emram>). Etap 0 w modelu oznacza brak systemów informatycznych i pracę głównie na papierowej dokumentacji medycznej, a etap najwyższy (7) – działanie w środowisku elektronicznym z danymi medycznymi pacjenta, automatyczną wymianą informacji, zastosowaniem systemów wspomaganie decyzji klinicznych, a także skoordynowaną opieką medyczną. W branży znany jest także opracowany przez HIMSS model DIAM (ang. *Digital Imaging Adoption Maturity Model*), który służy do oceny poziomu dojrzałości rozwiązań w zakresie obrazowania cyfrowego i diagnostyki obrazowej.

W Polsce badania dojrzałości cyfrowej szpitali podległych Ministrowi Zdrowia przeprowadzane są przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Według przeprowadzonych w 2017 roku badań, opartych na modelu EMRAM (aktualnie najbardziej popularnym w USA i Europie narzędziu) średni poziom dojrzałości dla Polski wyniósł - 2,34. Dla porównania wynik dla Europy to - 3,25, a dla USA - 5,21. Wyniki dla Polski związane są z relatywnie niewielkimi nakładami na rynek cyfrowej ochrony zdrowia w naszym kraju (<https://csioz.gov.pl/analizy-i-opracowania/>).

Ciekawą w mojej ocenie rekomendację modelu dojrzałości cyfrowej szpitala opartą na koncepcji HIMSS przedstawili Ł. Ostrowski, P. Petkov oraz M. Helfert (Ostrowski et al., 2012). Autorzy, na przykładzie 16 szpitali intensywnej terapii z całej Europy i Ameryki Północnej opisali jak placówki te zaplanowały kompleksowe podejście do strategii, wdrażania i prowadzenia EMR. Model dedykowany jest placówkom, których celem jest osiągnięcie lepszych wyników w zakresie e-zdrowia. Zdaniem autorów wykorzystanie zaproponowanego modelu ułatwia szpitalom systematyczną poprawę wyników i osiąganie korzyści z wyższych poziomów inwestycji EMR. Z kolei P.A. Williams, B. Lovelock, T. Cabarrus oraz M. Harvey, w oparciu o model dojrzałości CMM opracowali ramy oceny dojrzałości infrastruktury szpitala opartej na wynikach (Williams et al., 2019). W zaproponowanym przez autorów modelu zdefiniowano osiem poziomów dojrzałości systemów informatycznych i związanych z nimi możliwościami IT. Model ten ocenia zdolność infrastruktury szpitala do wspierania działalności, w tym wymagań klinicznych i administracyjnych. Badania w zakresie wykorzystania modeli dojrzałości systemu informacyjnego w ochronie zdrowia prowadzili także J. Gomes i M. Romão. Autorzy wykazali, że zastosowanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia (HIS) ma kluczowe znaczenie dla poprawy efektywności, jakości oraz bezpieczeństwa świadczenia opieki medycznej. Zaproponowane modele dojrzałości oparli na przesłankach, że ludzie, organizacje, obszary funkcjonalne i procesy ewoluują poprzez proces rozwoju lub wzrostu w kierunku bardziej zaawansowanej dojrzałości, przechodząc przez określoną liczbę poziomów. Autorzy zidentyfikowali szerokie spektrum modeli dojrzałości HIS, stosowanych w sektorze opieki zdrowotnej i potwierdzili, że wzrost dojrzałości może przyczynić się do poprawy jakości informacji i zarządzania wiedzą w tym sektorze (Gomes, Romão, 2018). Przykładem funkcjonalnego podejścia do oceny dojrzałości procesów szpitalnych jest także opracowany do oceny archiwizacji danych medycznych model PMM (ang. *The PACS Maturity Model*). Stanowi on model dojrzałości technologii PACS w szpitalach. Jego autorzy, R. van de Wetering i R. Batenburg uzasadnili znaczenie dojrzałości organizacyjnej i skutecznego wdrożenia PACS (ang. *Physics and Astronomy Classification Scheme*) do archiwizacji danych medycznych (van de Wetering, Batenburg, 2008). W modelu opisano pięć poziomów dojrzałości PACS i odpowiadające im ukierunkowanie na procesy.

Wykazano, że PMM może pomóc szpitalom w uzyskaniu wglądu w ich (strategiczne) cele wzrostu i dojrzałości w odniesieniu do PACS, elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR) i innych systemów informacji zdrowotnej. Ponadto zaproponowany w 2008 roku model może być stosowany jako cenne w mojej opinii narzędzie do oceny organizacyjnej, monitorowania i analizy porównawczej z innymi podmiotami. Autorską propozycję pomiaru dojrzałości systemów informatycznych szpitali, ale w odniesieniu do analizy danych opisali J. V. Carvalho, A. Rocha, J. Vasconcelos oraz A. Abreu (Carvalho, Rocha, 2018). Autorzy uzasadnili, że właściwe korzystanie z *Data Analytics* w szpitalach przekształca dane w wiedzę, która może poprawić wyniki leczenia pacjentów, a także jakość i efektywność działania. Zwrócili również uwagę, że rosnąca współcześnie ilość generowanych w szpitalach danych jest zwykle większa niż zdolności placówek do ich przetwarzania (w celu poprawy wyników klinicznych, finansowych oraz jakości usług medycznych). Zaproponowany sześćoetapowy model dojrzałości w połączeniu z rozwiązaniami IT jest wskazywany jako sposób na identyfikację mocnych i słabych stron szpitala oraz jego doskonalenie.

Znaczenie procesów pomocniczych w szpitalach podkreślił T. Mettler, który prowadził badania w obszarze zarządzania zaopatrzeniem szpitala, a także oceny modeli dojrzałości do projektowania zaopatrzenia (Mettler, 2010). Autor opracował koncepcję społecznej odpowiedzialności szpitala oraz model dojrzałości, który pozwala na ocenę, dotyczącą funkcji zaopatrzenia placówki medycznej. Badania oparto na studiach przypadków, a przydatność zaproponowanego modelu wykazano z użyciem metod analitycznych, empirycznych i teoretycznych. Według T. Mettlera podstawowym warunkiem świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych jest terminowe i „uzasadnione” zamawianie materiałów i usług. Dlatego od działów zaopatrzenia oczekuje się, że będą one organizować swoje struktury i przepływy bardziej efektywnie i wydajnie. Często brakuje jednak wiedzy, jak zrealizować ukierunkowane na cel dostosowanie funkcji podaży dla szpitala (Mettler, 2010). Inspirujące badania dotyczące obszaru zaopatrzenia szpitali przeprowadzili także G. Tontini, L. Carvalho, N. F. da Costa Schlindwein oraz V. Tomarevski, którzy zaproponowali narzędzie do oceny dojrzałości w procesach zarządzania zakupami i dostawami. W ramach badań porównali specyfikę szpitali z firmami produkcyjnymi, oceniając 48 szpitali i 37 firm produkcyjnych z branży metalowej w Brazylii (Tontini, de Carvalho et al., 2016). Opracowane przez autorów narzędzie służy do pomiaru dojrzałości działań związanych z zaopatrzeniem i zarządzaniem dostawami w czterech makroprocesach: zarządzanie materiałami (1), proces zakupu (2), proces oceny dostawcy (3) i proces planowania zakupów (4). Zaproponowano model z czterema poziomami dojrzałości procesów (ocenianymi w oparciu o zidentyfikowany w organizacji poziom wiedzy, wdrażania

i zarządzania) (Tontini, de Carvalho et al., 2016). W wyniku przeprowadzonych analiz porównawczych ustalono, że najbardziej dojrzałym procesem makro w szpitalach jest zarządzanie materiałami. Autorzy przy tym podkreślili, że pomiar poziomu dojrzałości i porównywanie go z innymi firmami może pomóc organizacji (w tym szpitalowi) w doskonaleniu procesów zaopatrzenia.

Kolejnym przykładem wykorzystania modeli dojrzałości w szpitalach jest koncepcja pochodząca z Centrum Organizacji Ochrony Zdrowia i Badań Wdrożeniowych w Bostonie (CHOIR – ang. *Center for Healthcare Organization and Implementation Research*), dotycząca zastosowania modelu HRHCM (ang. *High Reliability Health Care Maturity*). Autorzy, M. R. Chassin, J. M. Loeba oraz J. L. Sullivan zaproponowali narzędzie do kategoryzowania i różnicowania szpitali według cech związanych z organizacją o wysokiej niezawodności (HRO – ang. *High Reliability Organization*). Badania przeprowadzone były w sześciu szpitalach USA i opierały się na szczegółowych wywiadach (średnio 24 wywiady w jednym szpitalu) z przedstawicielami kierownictwa wyższego i średniego szczebla oraz personelem medycznym w oddziałach szpitalnych (łącznie w badaniach uczestniczyło 138 pracowników szpitali) (Sullivan et al., 2016; Sullivan, P. E. Rivard et al., 2016). Scenariusz przeprowadzonych wywiadów autorzy zamieścili w formie załącznika do artykułu. W ramach modelu do oceny wyników szpitalnych zaproponowali niezbędne kroki do osiągnięcia statusu HRO. Wśród trzech kluczowych obszarów na rzecz rozwoju HRO wymienili: a) przywództwo - odnoszące się do zaangażowania liderów i działań na rzecz kultury i praktyk wysokiej niezawodności w szpitalu; b) kulturę bezpieczeństwa - która jest kluczowym składnikiem wysokiej niezawodności, ponieważ napędza i wspiera systematyczną identyfikację i redukcję zagrożeń oraz c) doskonalenie procesów - rozumiane jako dążenie do ciągłej poprawy bezpieczeństwa, w tym identyfikacji przyczyn niebezpiecznych zdarzeń, a także podejmowanie szybkich działań korygujących i wdrażanie programów zapewniających szpitalowi zrównoważony rozwój. Dla każdego z badanych w tych obszarach elementów (łącznie 14 elementów w czterech obszarach) wyróżniono cztery poziomy (etapy) dojrzałości: początek (1 etap), rozwój (2 etap), postęp (3 etap) i zbliżanie się (4 etap). Początkowy etap dojrzałości właściwy jest dla szpitala, który nie ocenia swoich wyników w czasie, podkreśla słabe rezultaty, nie rozpoznając ich przyczyn, nie analizuje powiązań przyczynowo - skutkowych, podejmuje ograniczone wysiłki w celu oceny swojej działalności, a także usunięcia zaistniałych problemów (nie dokonuje pomiaru tzw. kultury bezpieczeństwa). Szpital znajdujący się na najwyższym poziomie dojrzałości (na etapie zbliżania się) posiada wysoki (mierzony) poziom zaufania we wszystkich obszarach klinicznych, jego personel ponosi osobistą odpowiedzialność za utrzymanie kultury

bezpieczeństwa, pracownicy na bieżąco zgłaszają zarządowi problemy (niebezpieczne zdarzenia), a elementy kultury bezpieczeństwa traktowane są jako strategiczne (Sullivan, P. E. Rivard et al., 2016). Zdaniem autorów model HRHCM to skuteczne narzędzie do osiągnięcia przez szpitale wysokiej niezawodności (przy zerowej szkodliwości dla pacjenta). Kluczowe jest jednak zrozumienie specyficznych cech organizacyjnych szpitala.

Model rozwoju szpitala jako organizacji o wysokiej niezawodności HRHCM skupia się moim zdaniem na rozwoju procesów klinicznych i w mniejszym stopniu wpasowuje się w specyfikę procesów zarządzania oraz procesów pomocniczych. Ze względu na rozbudowany scenariusz wywiadu, w którym odpowiedzi stanowią jedynie zmienne jakościowe (brak jest ocen liczbowych) zastosowanie modelu do oceny poziomu dojrzałości w większej liczbie szpitali (np. kilkudziesięciu lub kilkuset) byłoby trudne do realizacji. Opierając się na słownie wyrażonych opiniach kierownictwa i pracowników medycznych trudno jest także dokonać porównania placówek medycznych. Brak syntetycznych, liczbowych rezultatów z ewaluacji dojrzałości (w tym również dotyczących jakości usług medycznych) powoduje, że trudne staje się także wykorzystanie modelu do analizy zależności pomiędzy dojrzałością, a jakością świadczonych usług. W tym kontekście, **uzasadniona jest w mojej opinii propozycja autorskiego modelu MMPM-H** (ang. *Multidimensional Model of Process Maturity Assessment of Hospitals*), **który stwarza możliwość relatywnie szybkiej i kompleksowej (wielowymiarowej) oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali, w tym porównywania wyników ewaluacji w czasie, a także z innymi podmiotami.**

Kolejnym przykładem funkcjonalnego podejścia do wykorzystania modeli dojrzałości procesowej w szpitalach jest propozycja A. Tarhan, O. Turetken oraz F. J. H. M. van den Biggelaar. Autorzy opisali model dojrzałości procesowej zgodny z BPMM (ang. *Business Process Maturity Model*) do oceny i ciągłego doskonalenia procesów realizowanych na oddziałach szpitalnych (Tarhan et al, 2015). Ich zdaniem w zarządzaniu procesami biznesowymi chodzi o doskonalenie nie tylko poszczególnych działań, ale o zarządzanie całym łańcuchem wydarzeń, działań i decyzji, które ostatecznie zwiększają wartość organizacji i jej klientów (w przypadku szpitala jego pacjentów). Autorzy podkreślili, że chociaż w ostatniej dekadzie zaproponowano szereg modeli dojrzałości o zróżnicowanym ukierunkowaniu i głębi dla procesów biznesowych, to jednak **liczba badań, które dostosowują te modele do specyfiki opieki zdrowotnej (proponują modele dojrzałości właściwe dla tej opieki) jest relatywnie niewielka.** Zwrócili także uwagę na **bardzo rzadkie wdrożenia modeli dojrzałości w szpitalach** oraz relatywnie rzadko występujące autorskie pomysły, skierowane do tego typu placówek. Autorzy zaproponowali, aby klasyfikacja do jednego z pięciu

poziomów dojrzałości procesowej uzależniona była od odpowiedzi na szczegółowe pytania, dotyczące realizowanych w oddziale szpitalnym praktyk (zakresu ich realizacji): nie osiągnięto (N: realizacja na poziomie 0-15%), częściowo osiągnięto (P: 16-50%), w dużej mierze osiągnięto (L: 51-85%) i w pełni osiągnięto (F: 86-100%). Szczegółowe badania dotyczyły procesów szpitalnych realizowanych na wybranym przez autorów oddziale okulistycznym, a przedmiotem oceny były procesy związane z realizacją celów głównych oddziału (dotyczących leczenia pacjentów).

Ciekawą moim zdaniem propozycję dotyczącą modelu oceny dojrzałości systemu zarządzania jakością opieki zdrowotnej (opartym na czynnikach jakości) przedstawili w 2016 roku N. Ramadan i M. Arafah (Ramadan, Arafah, 2016). Autorzy opracowali model z pięcioma poziomami dojrzałości jakościowej: chaotyczną (1), prymitywną (2), ustrukturyzowaną (3), dojrzałą (4) i biegłą (5). Przy tym za kluczowe uznali sześć czynników pro jakościowych: najwyższe kierownictwo (1), ludzi (2), operacje (3), kulturę organizacyjną (4), ukierunkowanie na jakość (5) oraz akredytację (6). Model ten rekomendowany jest do identyfikacji obecnego stanu, niedociągnięć w jakości, a także oceny ciągłego postępu w zakresie zarządzania jakością. Opracowany przez Autorów interaktywny arkusz programu Excel umożliwia wizualizację mierników ryzyka na danym poziomie dojrzałości.

Wśród modeli dojrzałości dedykowanych szpitalom znajdują się również model CCMM (ang. *Continuity of Care Maturity Model*) oraz HCMM (ang. *Hospital Cooperation Maturity Model*). Model CCMM został opracowany przez amerykańską instytucję HIMSS Analytics (<https://www.himssanalytics.org/ccmm>). Jest to narzędzie do analizy i oceny dojrzałości ciągłości opiekuńczej. Ośmiostopniowy model (0–7) pozwala na pomiar zdolności organizacji do zapewnienia ciągłości opieki medycznej nad pacjentami i populacjami. Model ten określany jest jako system oceny dojrzałości skoordynowania i kontynuacji opieki nad pacjentem, wymiany informacji w ramach łańcucha usług, a także synchronizacji w skali regionu lub kraju. Propozycja natomiast zastosowania modelu HCMM dotyczy oceny poziomu dojrzałości współpracy szpitalnej, która może stanowić istotny element składający się na przewagę konkurencyjną danej placówki medycznej (Mettler, Blondiau, 2012). Założeniem modelu jest stwierdzenie, że zwiększona konkurencja i dynamika rynku medycznego zmusza szpitale do zintensyfikowania wysiłków na rzecz specjalizacji i współpracy z innymi. Dlatego autorzy, T. Mettler, A. Blondiau rekomendują wykorzystanie narzędzia, które może pomóc szpitalom w rozwijaniu wymaganych zdolności strategicznych, organizacyjnych i technicznych, tak aby tworzone struktury i procesy współpracy stawały się coraz bardziej wydajne i skuteczne. Zapropionowany model opiera się na 36 punktach referencyjnych, odzwierciedlających 3 różne

wymiary organizacyjne (istotne dla zdolności do współpracy). Może być on wykorzystywany jako podstawa do oceny jakości współpracy między szpitalami, a także ich partnerami biznesowymi. Użyteczność i możliwości zastosowania HCMM zostały wzmocnione poprzez przedstawienie przez autorów prototypu oprogramowania. Model testowano na grupie 30 pracowników w pięciu różnych szpitalach zlokalizowanych w Szwajcarii i Niemczech. Próba obejmowała 9 członków kierownictwa (30%), 10 lekarzy (33%) i 11 pielęgniarek (37%) (Mettler, Blondiau, 2012).

Kolejnym przykładem badań, dotyczących wykorzystania autorskich modeli dojrzałości procesowej w szpitalach jest praca A. K. Cleven, R. Winter, F. Wortmann oraz T. Mettler, którzy opracowali w 2014 roku model dojrzałości zdolności etapowych, wyprowadzony na podstawie danych empirycznych ze 129 szpitali w Szwajcarii (Cleven, Winter et al., 2014). Wyróżnili przy tym pięć poziomów dojrzałości (etapów na ścieżce dojrzewania): zachęcanie do ukierunkowania procesów (1); obsługa poszczególnych procesów (2); zdefiniowane procesy (3); okazjonalne działania naprawcze (4); poprawa w zamkniętej pętli (5) (Cleven, Winter et al., 2014). Podstawę koncepcyjną modelu dojrzałości zdolności etapowych tworzy przy tym pięć obszarów zdolności: kultura, strategia, struktura, stosowane praktyki i informatyka. Jego Autorzy wyjaśnili dlaczego istniejące, ogólne modele dojrzałości procesowej nie znajdują zastosowania w placówkach medycznych, w tym w szpitalach. Wśród powodów wyróżnili m.in. wysoką złożoność i często nieprzewidywalność realizowanych procesów, a także relatywnie słabą integrację systemów IT placówek medycznych z ich procesami.

Z kolei J. F. Mens, R.S. Batenburg, M. R. Spruit oraz J.P.P. Ravesteyn zaproponowali implementację autorskiego modelu w szpitalach holenderskich (Mens, et al., 2016). Autorzy dokonali analizy i oceny jedenastu modeli BPMM pod kątem ich struktury i zawartości, określając pięć poziomów dojrzałości specyficznych dla opieki zdrowotnej: działania wykonywane doraźnie (1); zaczyna pojawiać się myślenie procesowe (2); procesy szpitala stają się coraz bardziej zintegrowane i sterowane (3); procesy szpitalne są mierzone, kontrolowane i rozumiane przy użyciu danych ilościowych (4); szpital kładzie nacisk na ciągłe doskonalenie, optymalizację i innowacje procesów (5) (Mens, et al., 2016). Wskazano także pięć kluczowych dla rozwoju procesów szpitalnych czynników: ludzi, kulturę, zarządzanie, dostosowanie strategiczne i IT. Zaproponowany model zweryfikowano poprzez opracowanie przyrządu pomiarowego i zaimplementowanie w jednym ze szpitali holenderskich, wykorzystując badanie Delphi (wieloetapową technikę ankietową). W badaniach uczestniczyli eksperci zarówno z holenderskich szpitali, jak i środowisk akademickich. Podsumowując badania podkreślono, że model pomaga szpitalowi zidentyfikować istotne punkty wymagające

poprawy. Badane przez autorów szpitale miały przy tym niski lub średni poziom dojrzałości. Podkreślono, że spośród kluczowych czynników determinujących procesy szpitalne największy wpływ na poprawę dojrzałości procesowej mają ludzie i kultura organizacyjna. Z kolei na ogólnym modelu dojrzałości procesowej CMM oparta jest rekomendacja oceny szpitali polowych, opracowana przez S. Mallek-Daclin, N. Daclin, G. Dusserre, B. Lhéritier, J. Blanchard oraz I. Arnaud (Mallek-Daclin, Daclin., 2017). Autorzy zwrócili uwagę, że mobilne szpitale polowe tworzone są w trybie pilnym w celu reagowania na wszelkiego rodzaju sytuacje kryzysowe, a wszelkich braków nie można naprawić „w biegu”, aby w pełni zareagować na daną sytuację. W związku z tym, aby upewnić się, że są one zdolne do reagowania na nagłe wypadki zaproponowali autorski model dojrzałości dedykowany nowej generacji placówkom tego typu. Badania zostały zrealizowane w ramach projektu „HOPICAMP”, finansowanego przez FUIF (fr. *French Unique Interministerial Fund*).

Podsumowując szczegółowy przegląd literatury, opisywane modele dojrzałości dedykowane szpitalom nie dają możliwości badania zależności pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej, a dokonaniem szpitala w zakresie jakości świadczonych usług. Brakuje w nich w mojej ocenie wyraźnego podkreślenia nadrzędności misji i strategii szpitala, w których to pacjent – jego zdrowie i życie – odgrywa kluczową rolę. Proponowane modele nie uwzględniają również specyfiki szpitali w postaci powszechnego wdrażania wymagań dotyczących systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001: 2015. Studia literaturowe wykazały **deficyt w zakresie opracowań naukowych dotyczących propozycji metodycznych, implementacji i ewaluacji modelu oceny dojrzałości procesowej, obejmującego wszystkie procesy szpitalne (zarządzania, główne, pomocnicze), z jednoczesnym uwzględnieniem oceny jakości świadczonych usług medycznych, a także specyfiki definiowania i opisywania procesów szpitalnych, zgodnie z wymaganiami ISO 9001:2015.**

O relatywnie słabym rozpoznaniu przez badaczy problematyki dojrzałości procesowej szpitali świadczy m.in. fakt, że **brakuje opracowania naukowego, opisującego poziom dojrzałości procesowej polskich szpitali (dotychczas nie przeprowadzono badań dedykowanych polskim szpitalom).** Zidentyfikowana przeze mnie luka badawcza stała się przyczynkiem do przeprowadzenia badań, których wyniki opracowałam w monografii habilitacyjnej. Podsumowując, **do głównych przesłanek realizacji badań zaliczyłam:**

- relatywnie małą aktywność środowiska naukowego na rzecz doskonalenia systemów zarządzania szpitalami,

- deficyt badań, dotyczących analizy i oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali w ujęciu całościowym (obejmującym kompleksowo wszystkie procesy szpitalne) – dominuje fragmentaryczny, funkcjonalny sposób wykorzystania modeli dojrzałości w tym środowisku,
- deficyt propozycji w zakresie modeli oceny dojrzałości procesowej szpitali, uwzględniających ich specyfikę, w tym realizowane procesy szpitalne (zarządzania, główne i pomocnicze),
- brak propozycji w zakresie kompleksowych, wielowymiarowych modeli oceny dojrzałości procesowej szpitali, uwzględniających ocenę jakości usług medycznych,
- brak monograficznej publikacji dotyczącej analizy i oceny poziomu dojrzałości procesowej polskich szpitali,
- deficyt opracowań naukowych dotyczących badania zależności pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej szpitali, a jakością usług medycznych,
- relatywnie niską świadomość pracowników szpitali w zakresie zarządzania procesowego, w tym koncepcji dojrzałości procesowej,
- potrzebę zaprezentowania praktycznych wskazówek właścicielom procesów szpitalnych w zakresie implementacji koncepcji dojrzałości procesowej na rzecz doskonalenia procesów oraz rozwoju szpitala w kierunku organizacji procesowej.

Ponadto w mojej ocenie **zdecydowana większość publikowanych wyników badań w zakresie dojrzałości procesowej szpitali opiera się na relatywnie małych próbach badawczych**, niejednokrotnie stanowiących jeden lub kilka szpitali. Opisywane przez badaczy modele są często złożone i ze względu na powszechnie występujące w szpitalach problemy kadrowe napotykać na opór kierownictwa i pracowników medycznych. Zdecydowana większość z nich to propozycje dotyczące oceny dojrzałości w wybranych obszarach działalności, dotyczącej np. systemu zarządzania jakością, szpitalnego systemu informacyjnego, systemu zarządzania zaopatrzeniem itp. **W dostępnych modelach, w sposób marginalny traktowane są zwykle wymiary strukturalne i kulturowe**, które w silny sposób determinują funkcjonowanie szpitali – stanowią o ich specyfice. W większym stopniu natomiast podkreślane są wymiary dotyczące wsparcia IT oraz integracji. W mojej opinii **położenie akcentów na poszczególne wymiary w modelach dojrzałości procesowej (społeczne i techniczne) powinno być bardziej zrównoważone**. Dlatego zaproponowany przeze mnie autorski **model MMPM-H jest propozycją wykorzystania narzędzia wielowymiarowego**, dzięki któremu szpitale mogą w relatywnie prosty sposób dokonywać

systematycznej ewaluacji swojej działalności w oparciu o podejście procesowe. W tym przypadku możliwa jest nie tylko analiza i ocena dojrzałości procesów zarządzania, głównych i pomocniczych, ale także ocena poziomu zdolności organizacyjnej w zakresie realizacji procesów szpitalnych oraz poziomu natężenia problemów w tych procesach.

W tym miejscu chciałabym także podkreślić, że w literaturze znajdują się relatywnie **nieliczne przykłady badań, dotyczących oceny współzależności pomiędzy dojrzałością (SZJ, procesową, jakościową, organizacyjną itd.) szpitala, a jego wynikami: efektywnością, jakością usług, wynikami klinicznymi itp.** Przykład stanowią badania przeprowadzone przez O. Groene, N. Mora, A. Thompson, M. Saez, M. Casas i R. Suñol - dotyczące wpływu dojrzałości systemów poprawy jakości szpitali na wyniki kliniczne (Groene, Mora et al., 2011). Schemat klasyfikacji dojrzałości autorzy opracowali na podstawie wyników ankiety, przeprowadzonej w 389 szpitalach, w ośmiu krajach europejskich, a badania korelacji obejmowały 43 szpitale hiszpańskie, w tym uniwersyteckie. Poszukiwano powiązań pomiędzy dojrzałością systemu zarządzania jakością szpitali, a miarami i wskaźnikami, tj.: śmiertelność, czas hospitalizacji itp. Wyniki wykazały, że bardziej rozwinięty system zarządzania jakością przekłada się na niższy odsetek powikłań szpitalnych. Jednak podkreślono, że istnieje wiele przeszkód (metodycznych, organizacyjnych itp.), aby w sposób jednoznaczny ocenić wpływ systemu zarządzania szpitalem na jego wszystkie wyniki. Dlatego, dalsze badania w tym zakresie, zdaniem autorów powinny mieć na celu identyfikację ukrytych wymiarów (czynników), które w sposób kluczowy wpływają na jakość usług medycznych i bezpieczeństwo pacjentów. To bowiem, w sposób istotny zwiększyłoby wiedzę na temat wdrażania strategii organizacyjnych w szpitalach.

Naprzeciw zgłaszanym przez autorów rekomendacjom wychodzi propozycja modelu MMPM-H, który pozwala na identyfikowanie czynników, które w największym stopniu determinują jakość usług medycznych. Opracowany przeze mnie kwestionariusz ankietowy (spójny z modelem MMPM-H) zawiera m.in. część dotyczącą dwuwymiarowych badań (siły oddziaływania oraz oceny zdolności) zarówno czynników wpływających na realizację procesów, jak również realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015. Przy tym, **model odnosi się także do wskaźników jakości usług medycznych, co stwarza możliwość przeprowadzenia analiz porównawczych** – weryfikacji na ile rozwój dojrzałości procesowej szpitala wpływa na jakość usług medycznych.

Piśmiennictwo wykorzystane do charakterystyki problematyki omawianej w osiągnięciu naukowym przesłankach podjęcia tematu

- 1) Albliwi S. A., Antony J., Arshed N., *Critical literature review on maturity models for business process excellence*, IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management, 9-12 Dec. 2014, pp. 79–83, DOI: 10.1109/IEEM.2014.7058604.
- 2) Benneyan J. C., *Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement*, "Quality and Safety in Health Care", 12 (6), 2003, pp. 458–464, DOI: 10.1136/qhc.12.6.458.
- 3) Bitkowska A., *Zarządzanie procesowe we współczesnych organizacjach*, Wyd. Difin, Warszawa 2013, s. 50, 83-87, 141-150.
- 4) Borys T., Rogala P., *Doskonalenie sformalizowanych systemów zarządzania*, Wyd. Difin, Warszawa 2011.
- 5) Boyer K. K., Gardner J. W., Schweikhart S., *Process quality improvement: An examination of general vs. outcome-specific climate and practices in hospitals*, "Journal of Operations Management", Vol. 30, Issue 4, 2012, pp. 325-339, DOI: 10.1016/j.jom.2011.12.001.
- 6) Brajer-Marczak R., *Dojrzałość procesowa przedsiębiorstw do doskonalenia procesów z perspektywy zdolności organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 376, 2015, s. 264—274, DOI: 10.15611/pn.2015.376.18.
- 7) Brajer-Marczak R., *Efektywność organizacji z perspektywy modelu dojrzałości procesowej*, [in:] *Zarządzanie i Finanse*, red. P. Antonowicz, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, R. 10, nr 1, cz. 3, Sopot 2012, s. 516.
- 8) Brzozowski T., *Zarządzanie jakością w Polsce na tle pozostałych państw Unii Europejskiej*, „Problemy Jakości”, 2018, s. 17-22, DOI: 10.15199/48.2018.2.3.
- 9) Burgess N., Radnor Z., *Evaluating Lean in healthcare*, "International Journal of Health Care Quality Assurance", 26 (3), 2013, pp. 220–235, DOI: 10.1108/09526861311311418.
- 10) Burlikowska M., *Kompleksowe zarządzanie jakością w nowoczesnej organizacji - wyniki badań*, „Problemy Jakości”, 2018 1 (11), s. 18–24, DOI: 10.15199/48.2018.11.2.
- 11) Carvalho J. V., Rocha A., *A health data analytics maturity model for hospitals information systems*, "International Journal of Information Management", 2018, DOI: 10.1016/j.ijinfomgt.2018.07.001.
- 12) Chluska J., *Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie”, 2017, s. 30-38, DOI: 10.17512/znpcz.2016.3.2.07.
- 13) Cholewa-Wiktor M., *Ocena efektywności zarządzania szpitalem publicznym*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 1, cz. 2, 2013, s. 39-49.
- 14) Christiansson M., van Looy A., *Business Process Management Forum*, [in:] Business Process Management Conference Business Process Management Forum, Eds. J. Carmona, G. Engels, A. Kumar, 2017, DOI: 10.1007/978-3-319-65015-9.
- 15) Cieśliński W. B., Chomiak-Orsa I., Mierzyński J., *Dojrzałość projektowa i procesowa przedsiębiorstw – aspekty metodologiczne*, „Marketing i Rynek”, nr 5/2014 (CD), s. 26-32.
- 16) Cieśliński W. B., *Doskonalenie procesowej orientacji przedsiębiorstw. Model platformy treningu procesowego*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 155, 2011, s. 251. Clevel, Winter et al., 2014;
- 17) Curatolo N., Lamouri S., et al., *A critical analysis of Lean approach structuring in hospitals*, "Business Process Management Journal", 2014, DOI: 10.1108/BPMJ-04-2013-0051.
- 18) Curtis B., et al., *The Capability Maturity Model for software. Version 1.1.*, Software Engineering Institute, Carnegie Mellon University Pittsburgh, Pennsylvania 1996, pp. 1-63.
- 19) Cygańska M., *Metody zarządzania szpitalami*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, nr 10, 2007, s. 65-71
- 20) Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Probl Hig Epidemiol”, 93 (2), 2012, s. 269-273.
- 21) Czerw A., Religioni U., *Wdrażanie systemu zarządzania jakością w budowaniu przewagi konkurencyjnej podmiotów świadczących działalność leczniczą*, „Ekonomia i Prawo”, nr 12 (2), 2013, DOI: 10.12775/EiP.2013.023.
- 22) Czubasiewicz H., Grajewski P., Sliż P., *Dojrzałość procesowa hoteli i obiektów noclegowych w Polsce – wyniki badania empirycznego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej Organizacja i Zarządzanie”, nr 76/2018, s. 243–258, DOI: 10.21008/j.0239-9415.2018.076.18.

- 23) de Boer F. G., Müller C. J., ten Caten C. S., *Assessment model for organizational business process maturity with a focus on BPM governance practices*, "Business Process Management Journal", 21 (4), 2015, pp. 908–927.
- 24) de Mast J., Kemper B., et al., *Process improvement in healthcare: overall resource efficiency*, "Quality and Reliability Engineering International", No. 27 (8), 2011, pp. 1095–1106, DOI: 10.1002/qre.1198.
- 25) Debreceeny R. S., Gray G. L., *IT governance and process maturity: a multinational field study*, "Journal of Information Systems", No. 27 (1), 2013, pp. 157–188, DOI: 10.2308/isis-50418.
- 26) Detyna B., Detyna J., Dudek-Kajewska A., *Evaluation of training programs by medical employees in a chosen hospital in Poland*, „Managerial Economics”, Vol. 17, no. 2/2016, AGH University of Science and Technology in Krakow, s. 203-215, DOI: 10.7494/manage.2016.17.2.203.
- 27) Detyna B., Detyna J., *Possibility of using control cards in the improvement of medical services quality*, "International Journal of Current Advanced Research", Vol. 6, Issue 3, March 2017, pp. 2564-2570, DOI: 10.24327/ijcar.2017.2570.0050.
- 28) Detyna B., *Mierzenie potencjału kadrowego szpitala w kontekście bezpieczeństwa pacjentów*, [w:] *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Bezpieczeństwo w perspektywie następných pokoleń- zdrowe życie, dorastanie i starzenie się*, tom 1, red. I. Babets, H. Marek, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa w Poznaniu, Poznań 2016b, s. 307-319.
- 29) Detyna B., *Monitorowanie aspektu finansowego w procesie doskonalenia jakości usług medycznych – propozycje metodyczne dla szpitali*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły HUMANI-TAS „Zarządzanie”, nr 2/2016., s. 287-288; 296-297, DOI: 10.5604/18998658.1210131.
- 30) Dijkman R., Lammers S. V., de Jong A., *Properties that influence business process management maturity and its effect on organizational performance*, "Information Systems Frontiers", 18 (4), 2016, pp. 717–734.
- 31) Dodwad S., *Quality management in healthcare*, "Indian Journal of Public Health", Vol. 57, Issue 3, 2013, p. 138, DOI: 10.4103/0019-557X.119814.
- 32) Drotz E., Poksinska B., *Lean in healthcare from employees' perspectives*, "Journal of Health Organization and Management", 28 (2), 2014, pp. 177–195, DOI: 10.1108/JHOM-03-2013-0066.
- 33) Enkel E., Bell J., Hogenkamp H., *Open innovation maturity framework*, "International Journal of Innovation Management", Vol. 15, No. 6, December 2011, pp. 1161-1189, DOI: 10.1142/s1363919611003696.
- 34) Gomes J., Romão M., *Information System Maturity Models in Healthcare*, "Journal of Medical Systems", No. 42 (12), December 2018, pp. , DOI: 10.1007/s10916-018-1097-0.
- 35) Grajewski P., *Organizacja procesowa. Projektowanie i konfiguracja*, PWE, Warszawa 2007.
- 36) Groene O., Mora N., et al., *Is the maturity of hospitals' quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety?*, "BMC Health Services Research", Vol. 11, December 2011, DOI: 10.1186/1472-6963-11-344.
- 37) Grossman R. L., *A framework for evaluating the analytic maturity of an organization*, "International Journal of Information Management", 38 (1), 2018, pp. 45–51, DOI: 10.1016/j.ijinfomgt.2017.08.005.
- 38) Guzy J., *Praktyczne aspekty funkcjonowania systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych - wybrane obszary*, „Gospodarka Materiałowa & Logistyka”, nr 10 (CD), 2016, s. 85-98.
- 39) Hammer M., Stanton R., *How process enterprises really work*, "Harvard Business Review", November/December 1999, pp. 108-118.
- 40) Hammer M., *The process audit*, "Harvard Business Review", Vol. 85, No. 4, April 2007, pp. 111-123.
- 41) Harmon P., *Evaluating an organization's business process maturity*, "Business Process Trends", Vol. 2, No. 3, March 2004, pp. 1-11.
- 42) Hensel P., *Organizowanie działalności oraz zarządzanie procesami*, [w:] *Zarządzenie. Tradycja i nowoczesność*, 2013.
- 43) <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> (dostęp 15.08.2019).
- 44) Hüner K. M., Ofner M., Otto B., *Towards a maturity model for corporate data quality management*, [in:] *Proceedings of the 2009 ACM Symposium on Applied Computing - SAC '09*, p. 231, DOI: 10.1145/1529282.1529334.
- 45) Hutchison D., Mitchell J. C., *Business process management. Waves of efficiency*, "Health Management Technology", No. 26 (2), 2005, pp. 46-48.
- 46) Jelonek D., Chluski A., *Ocena dojrzałości technologii informacyjnych w polskich szpitalach*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych”, Szkoła Główna Handlowa, nr 35, 2014, s. 193-206.
- 47) Jia G., Chen Y., et al., *Program management organization maturity integrated model for mega construction programs in China*, "International Journal of Project Management", 2011, DOI: 10.1016/j.ijproman.2011.03.003.
- 48) Kalinowski T. B., *Dojrzałość procesowa a wyniki organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 463/2017, s. 171-182.

- 49) Kenny J., *Strategy and the learning organization: a maturity model for the formation of strategy*, "The Learning Organization", 13 (4), 2006, pp. 353–368, DOI: 10.1108/09696470610667733.
- 50) Kerzner H., *Strategic planning for project management using a project management maturity model*, John Wiley & Sons, Inc., New York 2001, pp. 2-235.
- 51) Kludacz M., *Plaszczyzny pomiaru i oceny dokonania szpitala w zrównoważonej karcie wyników*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego We Wrocławiu”, nr 56, 2009, s. 177-185.
- 52) Kobylińska U., *Ewolucja czy rewolucja? Zmiany w standardzie ISO 9001:2015*, „Economics and Management”, nr 1/2014, s. 205-216.
- 53) Kobza J., Syrkiewicz-Światała M., *Zarządzanie czasem w systemie opieki zdrowotnej – wybrane aspekty*, „Medycyna Pracy”, 2014, DOI: 10.13075/mp.5893.00050.
- 54) Kucińska-Landwójtowicz A., Kołosowski M., *Determinanty dojrzałości procesowej organizacji*, Instytut Innowacyjności Procesów i Produktów, Politechnika Opolska, Opole 2012, [on-line:] http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2012/p059.pdf (dostęp 14.07.2019).
- 55) Kunasz M., *Praktyczne aspekty zarządzania procesami*, Wyd. Economicus, Szczecin 2011.
- 56) Lee J., Lee D., Kang S., *An Overview of the Business Process Maturity Model (BPMM)*, [in:] *Advances in Web and Network Technologies and Information Management*, 2007, pp. 384–395, DOI: 10.1007/978-3-540-72909-9_42.
- 57) Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., Lisiecka-Bielanowicz M., *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia : diagnoza i kierunki doskonalenia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, Katowice 2017, s. 188.
- 58) Lombarts M. J. M. H., Rupp I., et al., *Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project*, "Quality and Safety in Health Care", No. 18 (Suppl 1), 2009, pp. 28-37, DOI: 10.1136/qshc.2008.029363.
- 59) Ludwiczak A., *Pozyskiwanie informacji od klienta w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych w ujęciu procesowym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 463/2017, s. 204-215, DOI: 10.15611/pn.2017.463.17.
- 60) Łukasiński W., *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016, s. 114-120, 155-156.
- 61) Mallek-Daclin S., Daclin N., *Maturity model-driven assessment of field hospitals*, "IFAC-PapersOnLine", Vol. 50, Issue 1, July 2017, pp. 4642-4647, DOI: 10.1016/j.ifacol.2017.08.685.
- 62) Mans R. S. et al., *Process Mining in Healthcare. Evaluating and Exploiting Operational Healthcare Processes*, *Briefs in Business Process Management*, Book Series, Springer, New York, London 2015, pp. 11-26, 53-78, DOI: 10.1007/978-3-319-16071-9.
- 63) Mens J. F., et al., *A maturity model for BPM capability assessment in Dutch hospitals*, Utrecht University Faculty of Science, Utrecht 2016, pp. 1-112.
- 64) Mettler T., Blondiau A., *HCMM - A Maturity Model for measuring and assessing the quality of cooperation between and within hospitals*, Conference: Proceedings of the 25th IEEE Conference on Computer-Based Medical Systems, At Università Campus Bio-Medico, Vol. 25, Rome, Italy, June 2012, DOI: 10.1109/CBMS.2012.6266397.
- 65) Mettler T., *Upply management im krankenhaus - konstruktion und evaluation eines konfigurierbaren reifegradmodells zur zielgerichteten gestaltung*, Dissertation, Nr 3752, Sierke Verlag, Göttingen 2010, [on-line:] [https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3752/\\$FILE/dis3752.pdf](https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3752/$FILE/dis3752.pdf) (dostęp 25.10.2019).
- 66) Mutafelija B, Stromberg H., *Capability Maturity Model Integration (CMMI)*, [in:] *Process improvement with CMMI® v1.2 and ISO Standards*, 2008, pp. 25–63, DOI: 10.1201/9781420052848.ch3.
- 67) Niehaves B., Poepelbuss J., et al., *BPM capability development – a matter of contingencies*, "Business Process Management Journal", No. 20 (1), 2014, pp. 90–106, DOI: 10.1108/BPMJ-07-2012-0068.
- 68) Nowosielski S., *Dojrzałość procesowa a wyniki ekonomiczne organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 264/2012, Orientacja na wyniki - modele, metody i dobre praktyki, s. 354-369.
- 69) Ostrowski Ł., Petkov P., Helfert M., *Process for assessment data quality in complex service oriented architectures using design science approach*, [in:] *Communications in computer and information science*, Book Series, Vol. 388, Springer, 2012, pp 76-87, DOI: 10.1007/978-3-319-04090-5_8.
- 70) Pöppelbuß J., Röglinger M., *What makes a useful maturity model? A framework of general design principles for maturity models and its demonstration in business process management.*, European Conference on Information Systems 2011 Proceedings, DOI: 10.3758/BF03209403.
- 71) Ramadan N., Arafeh M., *Healthcare quality maturity assessment model based on quality drivers*, "International Journal of Health Care Quality Assurance", April 2016, DOI: 10.1108/IJHCQA-08-2015-0100.

- 72) Raulinajtys-Grzybek M., Baran B. i inni, *Model oceny dojrzałości rachunku kosztów w szpitalu - koncepcja i empiryczne wykorzystanie*, „Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości”, nr 102 (158), 2019, s. 131-154.
- 73) Rogala P., *Zarządzanie procesami według norm ISO serii 9000*, [w:] *Podjęcie procesowe w organizacjach*, red. S. Nowosielski, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- 74) Röglinger M., Pöppelbuß J., Becker J., *Maturity models in business process management*, “Business Process Management Journal”, No. 18(2), 2012, pp. 328–346, DOI: 10.1108/14637151211225225.
- 75) Rohloff M. (2009), *Case study and maturity model for business process management implementation*, “Lecture Notes in Computer Science”, vol. 57, no. 1., p. 128–142.
- 76) Rosemann M., de Bruin T., *Application of a holistic model for determining BPM Maturity*, “BP Trends”, February 2005 [on-line:] <http://bpm-training.com/wp-content/uploads/2010/04/applicationholistic> (dostęp 12.09.2019).
- 77) Skrzypek E., *Dojrzałość jakościowa organizacji w świetle teorii i doświadczeń organizacji*, „Marketing i Rynek”, nr 5/2014a (CD), s. 579-588.
- 78) Skrzypek E., *Dojrzałość organizacji i jej wpływ na doskonalenie zarządzania przedsiębiorstwem*, „Problemy Jakości”, nr 11/2014b, s. 8.
- 79) Sliż, P., *Dojrzałość procesowa organizacji - wyniki badań empirycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego We Wrocławiu”, nr 421, 2016, DOI: 10.15611/pn.2016.421.42.
- 80) Sullivan J. L., P. E. Rivard, et al., *Applying the High Reliability Health Care Maturity Model to Assess Hospital Performance: A VA Case Study*, “The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety”, Vol. 42, Issue 9, September 2016, Elsevier, pp. 389–399, DOI: 10.1016/S1553-7250(16)42080-5.
- 81) Szetela A., *Zewnętrzne metody oceny jakości w ochronie zdrowia - akredytacja i system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2008*, „Problemy Zarządzania”, nr 10 (2), 2012, 211–228, DOI: 10.7172/1644-9584.37.13.
- 82) Tarhan A, Turetken O., Reijers H. A., *Business process maturity models: A systematic literature review*, “Information and Software Technology”, Vol. 75, Jul 2016, pp. 122–134, DOI: 10.1016/j.infsof.2016.01.010.
- 83) Tarhan A., et al., *Assessing healthcare process maturity: challenges of using a Business Process Maturity Model*, “ProCare”, May 2015, pp. 1-4, DOI: 0.4108/icst.pervasivehealth.2015.259105.
- 84) Thor J., Lundberg J., et al., *Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review*, “Quality and Safety in Health Care”, No. 16 (5), 2007, pp. 387–399. DOI: 10.1136/qshc.2006.022194.
- 85) Tontini G., de Carvalho L. C., et al., *Maturity model of procurement and supply management in small and medium-size enterprises*, “International Journal of Quality and Service Sciences”, No. 8 (3), September 2016, pp. 315-333, DOI: 10.1108/IJQSS-04-2016-0036.
- 86) Tyagi R. K., Gupta P., *Strategiczna karta wyników firm usługowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- 87) van de Wetering R., Batenburg R., *A PACS maturity model: A systematic meta-analytic review on maturation and evolvability of PACS in the hospital enterprise*, “International Journal of Medical Informatics”, No. 78 (2), September 2008, pp. 127-140, DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2008.06.010.
- 88) van Looy A., de Backer M., Poels G., *Defining business process maturity. A journey towards excellence. Total Quality Management and Business Excellence*, 2011, DOI: 10.1080/14783363.2011.624779
- 89) vom Brocke J., Rosemann M., *Handbook on Business Process Management 1. Introduction, Methods, and Information Systems*, Springer, Heidelberg New York Dordrecht London, 2015, DOI: 10.1007/978-3-642-45100-3.
- 90) Walas-Trębacz, *Analiza procesów kształtujących łańcuch wartości przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Zarządzanie”, nr 922, s. 5-26.
- 91) Williams P.A., Lovelock B., Cabarrus T., Harvey M., *Improving digital hospital transformation: development of an outcomes-based infrastructure maturity assessment framework*, “JMIR Med Inform”, No. 7 (1), January 2019, DOI: 10.2196/12465.
- 92) Witzak I., *Poprawa skuteczności i efektywności usług zdrowotnych w szpitalach poprzez wdrażanie standardów akredytacyjnych – analiza polskich i międzynarodowych doświadczeń*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 265, 2012, s. 365-373.
- 93) Wolniak R., *Parametryzacja kryteriów oceny poziomu dojrzałości systemu zarządzania jakością*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.

4.2. Omówienie celu naukowego

Mając na uwadze opisane przesłanki realizacji badań, za główny cel pracy przyjąłam: **zbadanie zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością świadczonych usług medycznych**. Realizacja tego celu wymagała wyznaczenia i osiągnięcia szeregu **celów szczegółowych**, do których zaliczyłam:

- 1) usystematyzowanie terminologii w zakresie dojrzałości procesowej szpitali oraz jakości usług medycznych, w tym zaproponowanie definicji dojrzałości procesowej szpitala, jakości usług medycznych oraz jakości procesów w usługach medycznych;
- 2) analizę i ocenę opisanych w literaturze modeli dojrzałości procesowej w kontekście ich użyteczności w środowisku szpitalnym;
- 3) przygotowanie autorskiego, wielowymiarowego modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H (ang. *Multidimensional Model of Process Maturity Assessment of Hospitals*);
- 4) przygotowanie formularza ankietowego oceny dojrzałości procesowej, spójnego z modelem MMPM-H;
- 5) przeprowadzenie analizy i oceny poziomu dojrzałości procesowej polskich szpitali – na podstawie badań empirycznych opartych na autorskim modelu i formularzu ankietowym skierowanym do wszystkich (951) szpitali ogólnych (ogólnodostępnych), w tym wszystkich (594) szpitali sieciowych, tworzących w Polsce System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (zwany podstawowym systemem zabezpieczenia – PSZ);
- 6) przeprowadzenie analizy zależności pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej szpitali, a jakością usług medycznych, przy uwzględnieniu poziomu satysfakcji pacjentów z usług medycznych, oceny opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, oceny dostępności do usług medycznych placówki oraz czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie w Izbach Przyjęć lub w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR).

Główny problem badawczy sformułowałam w formie pytania: Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej szpitali, a jakością świadczonych usług medycznych? Problem ten oraz wyznaczone cele pracy wpłynęły na sformułowane przeze mnie **szczególne pytania badawcze**:

- 1) Jaka jest świadomość pracowników szpitali na temat dojrzałości procesowej?
- 2) Czy wyższy poziom dojrzałości procesowej posiadają szpitale, których system zarządzania jakością oparty jest na wymaganiach ISO 9001:2015?

- 3) Czy poziom zadowolenia pacjentów z pobytu w szpitalu zależy od poziomu dojrzałości procesowej rozwoju pracowników szpitala?
- 4) Czy lepsza jakość usług medycznych zależy od poziomu dojrzałości procesów zarządzania szpitalem?
- 5) Czy lepsza jakość usług medycznych zależy od poziomu dojrzałości procesowej dotyczącej procesów głównych i procesów pomocniczych?
- 6) Czy poziom dojrzałości procesów związanych z doskonaleniem systemu zarządzania jakością uzależniony jest od poziomu dojrzałości procesowej zarządzania infrastrukturą szpitala?
- 7) Jakie czynniki umożliwiające realizację procesów mają największą siłę oddziaływania na jakość usług medycznych?
- 8) Które spośród siedmiu zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015 mają największą siłę oddziaływania na jakość usług medycznych?
- 9) Czy osoby odpowiedzialne w szpitalu za poszczególne procesy (właściciele procesów) mają rzeczywisty wpływ na ich kształt, a także czy je monitorują i są rozliczani z realizacji wyznaczonych celów?
- 10) Czy ocena rzeczywistego poziomu dojrzałości procesowej szpitali, oparta na spełnianiu przez nie określonych kryteriów jest niższa od subiektywnych opinii placówek w tym zakresie?
- 11) W jakich procesach szpitalnych (obszarach) występują największe problemy?
- 12) Jakie główne problemy i bariery dotyczące prawidłowego funkcjonowania podejścia procesowego zgłaszają pracownicy szpitali?
- 13) Jakie rozwiązania (organizacyjne, informatyczne itp.), mające na celu doskonalenie procesów planują w najbliższym czasie wdrożyć szpitale?
- 14) Jakie działania, zdaniem pracowników szpitali są konieczne aby dojrzałość procesowa placówek wzrosła?

Moje rozważania na temat dojrzałości procesowej szpitali oraz jakości usług medycznych pozwoliły na sformułowanie **głównej hipotezy badawczej: im wyższy poziom dojrzałości procesowej szpitali tym wyższa jakość świadczonych usług medycznych.**

Jako jej uzupełnienie przyjąłem również **hipotezy szczegółowe:**

- 1) Im wyższy poziom dojrzałości procesowej rozwoju pracowników szpitala, tym wyższa jakość usług medycznych, w tym poziom zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu;

- 2) Im wyższy poziom dojrzałości procesowej zarządzania infrastrukturą szpitala tym wyższy poziom dojrzałości procesów związanych z doskonaleniem systemu zarządzania jakością;
- 3) Im wyższy poziom dojrzałości procesów zarządzania szpitalem tym wyższa jakość usług medycznych;
- 4) Im wyższy poziom dojrzałości procesowej dotyczącej procesów głównych (świadczenia usług medycznych i diagnostyki) tym wyższy poziom zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu;
- 5) Im wyższy poziom dojrzałości procesowej dotyczącej procesów pomocniczych tym wyższy poziom zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu;
- 6) Im większa zdolność organizacyjna szpitala w zakresie realizacji procesów tym wyższa jakość usług medycznych;
- 7) Im wyższy poziom dojrzałości procesowej dotyczącej procesów zarządzania (doskonalenia SZJ, zarządzania ogólnego, zarządzania zasobami finansowymi) tym wyższy poziom dojrzałości procesowej dotyczącej procesów głównych (świadczenia usług medycznych i diagnostyki) oraz pomocniczych;
- 8) Rzeczywisty poziom dojrzałości procesowej szpitali (wyznaczony na podstawie spełnionych kryteriów według autorskiego wielowymiarowego modelu oceny) jest niższy od subiektywnych opinii placówek w tym zakresie;
- 9) Wśród czynników umożliwiających realizację procesów w szpitalu największą siłę oddziaływania na jakość usług medycznych mają kompetencje kadry zarządzającej oraz wszystkich pracowników, a także komunikacja oraz infrastruktura (w tym IT);
- 10) Spośród siedmiu zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015 największą siłę oddziaływania na jakość usług medycznych mają zasady: orientacji na pacjenta oraz przywództwa;
- 11) Szpitale posiadające certyfikat ISO 9001:2015 wykazują wyższy poziom dojrzałości procesowej niż te, które nie posiadają.

4.3. Omówienie metodyki badawczej

Realizacja głównego celu pracy oraz celów szczegółowych wymagała przygotowania strategii badawczej, w ramach której zaplanowałam kolejne **etapy badań**:

- Etap I: określenie przesłanek podjęcia tematu (wskazanie luki badawczej);
- Etap II: określenie celu badań, założeń badawczych oraz zakresu pracy;

- Etap III: przyjęcie metodyki badawczej i opisanie modelu postępowania badawczego;
- Etap IV: opracowanie autorskiego, wielowymiarowego modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H - określając jego merytoryczny zakres (zbiór elementów podlegających analizie i ocenie w odniesieniu do dojrzałości procesowej oraz jakości usług medycznych);
- Etap V: przygotowanie kwestionariusza ankietowego do pomiaru poziomu dojrzałości procesowej szpitali spójnego z MMPM-H;
- Etap VI: przeprowadzenie wywiadów głębinowych oraz badań pilotażowych w kilku szpitalach woj. dolnośląskiego – w celu weryfikacji założeń modelu MMPM-H oraz pytań zawartych w kwestionariuszu ankietowym;
- Etap VII: dokonanie korekty opracowanego modelu oraz kwestionariusza ankietowego z uwzględnieniem uwag i rekomendacji wynikających z przeprowadzonych wywiadów i badań pilotażowych;
- Etap VIII: przeprowadzenie badania dojrzałości procesowej szpitali: badań ankietowych oraz wywiadów (zogniskowanych i głębinowych);
- Etap IX: zebranie i uporządkowanie materiału empirycznego do przeprowadzenia badania zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością usług medycznych;
- Etap X: przeprowadzenie badania zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi z wykorzystaniem metod statystycznej analizy danych (weryfikację przyjętych hipotez badawczych);
- Etap XI: przygotowanie graficznej i opisowej prezentacji wyników badań;
- Etap XII: opracowanie wniosków z badań oraz rekomendacji.

Zaplanowane czynności w procesie realizacji celu badań podzieliłam na trzy główne etapy: przyjęcie koncepcji badawczej (1), realizację badań (2) oraz opracowanie sprawozdania naukowego (3). Podczas wstępnego etapu realizacji celu badań przyjąłam model postępowania badawczego. Poszukiwanie odpowiedzi na pytania badawcze wymagało zaplanowania i realizacji wielu badań poznawczych, diagnostycznych i stosowanych:

- 1) badania poznawcze – pozwoliły na wzbogacenie wiedzy w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości, w tym systematyzację pojęć dotyczących dojrzałości procesowej szpitali, jakości usług medycznych oraz jakości procesów w usługach medycznych, stworzenie autorskiego, wielowymiarowego modelu oceny dojrzałości procesowej

szpitali MMPM-H, a także podbudowy do kolejnych koncepcji i modeli dedykowanych sektorowi ochrony zdrowia,

- 2) badania diagnostyczne – umożliwiły wykrycie rzeczywistych zależności pomiędzy badanymi zjawiskami (dojrzałością procesową szpitali, a jakością usług medycznych),
- 3) badania stosowane – których efektem stało się sformułowanie nowych pragmatycznych dla szpitali wniosków, w tym rekomendacji dotyczących implementowania zaproponowanego modelu MMPM-H.

W ramach realizowanych badań zastosowałam diagnostyczną i korelacyjną procedurę badawczą. Procedura diagnostyczna umożliwiła mi ustalenie aktualnego stanu rzeczy w obszarze dojrzałości procesowej oraz jakości usług medycznych w badanych szpitalach, a także przyczyn tego stanu. Procedura korelacyjna natomiast pozwoliła na określenie zależności pomiędzy badanymi zjawiskami, w tym ustalenie czynników, które w wysokim stopniu różnicują badane zmienne. Wśród metod badawczych dominowały: obserwacyjna, monograficzna, badania dokumentów, indywidualnych przypadków, sondażu diagnostycznego, analizy i krytyki piśmiennictwa, analizy i konstrukcji logicznej, a także metoda statystyczna.

Z uwagi na przyjęte hipotezy badawcze oraz cel badań **statystyczna analiza danych** polegała na ocenie istotności zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością usług medycznych. Do tego celu wykorzystałam: jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA - w przypadku spełnienia założeń), testowanie nieparametryczne (w przypadku niespełnienia założeń dla testów parametrycznych lub założeń wątpliwych), parametryczną i nieparametryczną analizę korelacji, a także tradycyjną analizę dyskryminacyjną.

Realizacja celu głównego pracy wymagała przygotowania modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali, a następnie spójnego z nim kwestionariusza ankietowego. Przyjęcie ostatecznych rozwiązań w tym zakresie, a także przeprowadzenie badań ankietowych poprzedziłam badaniami pilotażowymi, które zrealizowałam w kilku szpitalach woj. dolnośląskiego, w okresie 13-24.01.2020 r. Ich celem była weryfikacja założeń przyjętych w autorskim modelu oceny dojrzałości procesowej. Po uwzględnieniu uwag i rekomendacji pracowników szpitali (kadry odpowiedzialnej w szpitalach za funkcjonujące systemy zarządzania jakością) dokonałam korekty modelu, a także formularza ankietowego. Korekta dotyczyła przede wszystkim uproszczenia modelu, a także poszerzenia opcji odpowiedzi w niektórych pytaniach ankietowych. Ocena jedynie alternatywna (Tak, Nie) w przypadku wielu kryteriów okazała się w warunkach szpitalnych niewystarczająca (nie odzwierciedlała stanu faktycznego i znacznie obniżała wyniki szpitala). Opracowanie autorskiego modelu MMPM-H

poprzedziłam nie tylko badaniami pilotażowymi, ale także szczegółowymi badaniami poznawczymi i diagnostycznymi, zarówno w obszarze teoretycznym (krytyczna analiza literatury, „myślone eksperymenty”), jak i praktycznym (analiza dokumentacji szpitalnej, sposobów opisywania i monitorowania procesów, wywiady z pracownikami szpitali). Badania te prowadziłam w latach 2018-2020. W tym czasie przeprowadziłam dogłębną analizę dorobku naukowego w zakresie dojrzałości procesowej, a także jakości usług medycznych. Zebrałam także obszerny materiał dotyczący specyfiki szpitali, w tym ich struktur organizacyjnych, dominujących więzi organizacyjnych, zakresów odpowiedzialności, występujących problemów, prowadzonej dokumentacji (np. dotyczącej procesów, procedur, standardów), a także funkcjonujących systemów zarządzania jakością. Szczególną uwagę skupiłam na zebraniu materiału empirycznego dotyczącego podejścia procesowego w szpitalach. Szczegółowa analiza sposobów zarządzania szpitalami pozwoliła mi na przyjęcie założeń do opracowanego modelu.

Właściwe badania ankietowe przeprowadziłam w okresie 03-14.02.2020 r. za pośrednictwem Internetu. Kwestionariusze do samodzielnego wypełnienia skierowałam do wszystkich 951 szpitali ogólnych w Polsce, w tym do wszystkich szpitali zaklasyfikowanych do PSZ. Obecnie w sieci szpitali znajduje się 594 placówek, w tym 516 to szpitale publiczne, a 78 niepubliczne. Szpitale sieciowe stanowią ok. 62,5% wszystkich szpitali ogólnych. Formularz ankietowy (który stanowi integralną część monografii habilitacyjnej) zawiera 40 pytań, w tym sześć początkowych dotyczy podstawowych informacji o szpitalu.

Charakterystyka badanej próby

Liczba szpitali, które aktywnie uczestniczyły w badaniach empirycznych wyniosła 122 - co stanowi 12,83% szpitali ogólnych, do których skierowano prośbę (online) o wypełnienie formularza ankietowego.¹ Przy tym wszyscy respondenci (100%) należą do sieci szpitali (PSZ). Zdecydowana ich większość to placówki publiczne (ok. 91%), a ok. 9% niepubliczne.

Prośbę o udział w badaniach skierowałam do osób nadzorujących proces doskonalenia systemu zarządzania jakością w szpitalach: dyrektorów naczelnych, zastępców dyrektorów ds.

¹ Prośba o udział w badaniach z linkiem do formularza ankietowego przesłana została do szpitali za pośrednictwem i z rekomendacją Klubu POLSKIE FORUM ISO 9000 – który zrzesza jednostki organizacyjne oraz osoby fizyczne zainteresowane wymianą doświadczeń w zakresie doskonalenia działalności organizacji w kontekście: zarządzania jakością, wdrażania, doskonalenia i rozwoju systemów zarządzania, systemu oceny zgodności. Klub w swojej działalności wykorzystuje postanowienia: norm międzynarodowych ISO serii 9000, innych norm ISO oraz europejskich dotyczących systemów zarządzania; współpracuje m.in. z Polskim Centrum Akredytacji (PCA), jednostkami certyfikującymi oraz Polskim Komitetem Normalizacyjnym (PKN).

lecznictwa, pełnomocników ds. zarządzania jakością, pielęgniarek naczelnych, a także pełnomocników ds. zarządzania procesami. Decyzja ta podyktowana była m.in. powszechnym stosowaniem w szpitalach wymagań normy ISO 9001:2015, która obliguje organizacje do przestrzegania zasad zarządzania jakością, w tym podejścia procesowego. Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań potwierdziły to – 95,08% uczestniczących w badaniach placówek posiada certyfikat ISO 9001, a ponad połowa (ok. 54,10%) akredytację Centrum Monitorowania Jakości (CMJ). Przy tym wszystkie badane szpitale zadeklarowały, że mają opracowaną politykę jakości.

Poddane analizie i ocenie szpitale działają na obszarze całej Polski, we wszystkich województwach. Największą grupę respondentów stanowiły placówki z województw: mazowieckiego (15,56%), dolnośląskiego (11,47%), śląskiego (9,83%), małopolskiego (7,38%) oraz kujawsko-pomorskiego (7,38%). Przy tym grupa 122 badanych szpitali reprezentowała wszystkie poziomy w ramach PSZ: szpitale I, II i III stopnia, onkologiczne, pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie. Najliczniejszą grupę stanowiły szpitale I stopnia (44,26%), a następnie II (20,49%) i III stopnia (18,03%) – łącznie 82,79%. Szpitale ogólnopolskie, pediatryczne, onkologiczne i pulmonologiczne stanowiły łącznie 17,21%. Klasyfikując próbę badawczą według kategorii szpitali, dominowały szpitale zabiegowe wielospecjalistyczne (74,59%), szpitale niezabiegowe stanowiły 18,85%, a zabiegowe monospecjalistyczne 6,56%.

Podsumowując, próbę badawczą reprezentowały (relatywnie licznie) placówki z obszaru całej Polski, ze wszystkich województw, publiczne i niepubliczne, a także działające w ramach wszystkich, sześciu poziomów PSZ oraz kategorii. Ilościowy i jakościowy dobór próby badawczej pozwolił na realizację wyznaczonego przeze mnie celu pracy – zbadanie zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością świadczonych usług medycznych.

4.4. Omówienie wyników badań

Wyniki przeprowadzonych badań chciałabym zaprezentować w czterech odsłonach:

- 1) wyniki badań literaturowych,
- 2) wyniki dotyczące zaproponowanego autorskiego modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H,
- 3) wyniki z przeprowadzonych badań ankietowych szpitali,
- 4) wyniki badania zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali a jakością usług medycznych.

4.4.1. Wyniki badań literaturowych

Podsumowując dostępną współcześnie wiedzę na temat modeli dojrzałości procesowej stwierdzam, że opisane w literaturze modele zakładają występowanie najczęściej pięciu lub sześciu poziomów dojrzałości. Skale oraz sposoby definiowania poszczególnych poziomów są różne, jednak wykazują wiele cech wspólnych. W modelach uwzględniana jest przy tym różna liczba procesów, od jednego lub kilku (wybranych) do wszystkich, w ramach funkcjonowania całej organizacji. Mogą być one wykorzystywane w różnych sytuacjach, w zależności od potrzeb danej organizacji. Ich podstawowym założeniem jest identyfikacja bieżącego poziomu dojrzałości procesowej oraz określenie sposobów osiągnięcia poziomu wyższego. W zależności od specyfiki organizacji oraz wymagań, stawianych np. przez menedżerów odpowiedzialnych za zarządzanie procesami, modele mogą pełnić różne funkcję, w tym: opisową, doskonalącą i porównawczą. Problematyka dojrzałości procesowej, odnoszącej się do zakładów opieki zdrowotnej jest w mojej ocenie słabo rozpoznana. Przykładowo w polskiej literaturze brakuje monograficznej publikacji dotyczącej analizy i oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali, uwzględniającej uwarunkowania zarządzania procesowego w tych placówkach. Brakuje również propozycji wielowymiarowego modelu oceny dojrzałości procesowej, który stanowiłby narzędzie do przeprowadzenia jej ewaluacji w szpitalach.

Podczas szczegółowej analizy literatury podejmowałam rozważania terminologiczne w zakresie sposobów definiowania i interpretowania takich pojęć jak: proces, podejście procesowe, zarządzanie procesowe, organizacja procesowa, a także dojrzałość procesowa, czy dojrzałość organizacji. W efekcie **zaproponowałam następującą definicję:**

dojrzałość procesowa szpitala – to zdolność szpitala do odpowiedzialnego, elastycznego i efektywnego zarządzania procesami, wyrażająca się w osiągnięciu coraz lepszych wyników prowadzonej działalności (celów strategicznych, taktycznych i operacyjnych), w tym zaspokajaniu potrzeb i oczekiwań klientów zewnętrznych (pacjentów i pozostałych interesariuszy) oraz klientów wewnętrznych (pracowników szpitala). To także zorientowanie szpitala na przyszłość i kompleksowy, stały rozwój (ciągłe doskonalenie), stanowiące swoisty wyznacznik dojrzałości całej organizacji.

Dokonany przeze mnie krytyczny przegląd literatury, dotyczący opisanych modeli dojrzałości procesowej oraz ich wykorzystania w warunkach szpitalach pozwolił mi na **sformułowanie następujących wniosków:**

- dojrzałość procesowa organizacji jest pojęciem wielowymiarowym, odnoszącym się do różnych obszarów działalności organizacji (procesów) i opisywanym w różnych płaszczyznach: organizacyjnej, finansowej, społeczno-kulturowej, informatycznej, rozwojowej, innowacyjnej, czy wiedzy;
- dojrzałość procesowa może być oceniana i opisywana za pomocą wielu kryteriów: elastyczności, efektywności, zdolności, jakości, sprawności, doskonałości, umiejętności, skuteczności, adekwatności, racjonalności itp.;
- podstawą dojrzałej procesowo organizacji jest zarządzanie procesowe, a podstawą zarządzania procesowego jest tzw. podejście procesowe, rozumiane jako swoista filozofia współdziałania i współprzyczyniania się wszystkich pracowników, procesów i elementów systemu jakim jest organizacja do jej wyników (efektów działania);
- wśród czynników najsilniej wpływających na skuteczność i efektywność zarządzania procesowego, a tym samym dojrzałość procesową organizacji znajdują się takie elementy jak: świadomość wymagań i oczekiwań klientów (zewnętrznych i wewnętrznych), struktura organizacyjna, elastyczność organizacji (w tym realizowanych procesów), praca zespołowa, kultura organizacyjna, rozwój pracowników, formalna identyfikacja procesów, standaryzacja i ciągłe doskonalenie procesów, wykorzystywane narzędzia (metody, techniki) doskonalenia prowadzonej działalności, pomiar rezultatów procesów, funkcje właścicieli procesów, system motywacyjny pracowników, system zarządzania jakością, a także zarządzanie wiedzą, w tym dotyczącą procesów;
- proces ewoluowania organizacji w kierunku zarządzania procesowego najczęściej odbywa się poprzez właściwe kształtowanie struktury organizacyjnej;
- wdrażanie rozwiązań organizacji procesowej (rozumianej jako zarządzanej procesowo) ogranicza się w praktyce najczęściej do opracowania zbioru zidentyfikowanych procesów i projektowania ich przebiegu, rzadziej projektowania mierników i wskaźników, dostosowywania struktury organizacyjnej, czy wprowadzania zasad wewnętrznych relacji rynkowych;
- nie ma jednego uniwersalnego modelu dojrzałości procesowej, który bez stosownych korekt odpowiadałby na potrzeby wszystkich typów organizacji;

- wdrożenie modelu oceny dojrzałości procesowej nie gwarantuje, że organizacja stanie się dojrzała, jest to jedynie narzędzie mogące skutecznie wesprzeć podejmowane działania doskonalące;
- w każdym systemie opieki zdrowotnej szczególne miejsce zajmują szpitale, które tworzą podstawowy system zabezpieczenia opieki zdrowotnej w danym kraju, co wynika m.in. z kompleksowości wyrażanej w zapewnieniu powszechnego dostępu do świadczeń w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki medycznej, rehabilitacji, programów lekowych itd.;
- domeną sektora opieki zdrowotnej, bez względu na sposób organizacji i finansowania usług medycznych, a także przyjęte rozwiązania systemowe jest zdrowie pacjentów;
- misją każdego szpitala jest ochrona zdrowia i życia pacjentów – o czym należy pamiętać podczas wyznaczania i realizacji celów, w tym implementacji modelu dojrzałości procesowej szpitala;
- koncepcja dojrzałości procesowej szpitali jest relatywnie mało rozpoznana;
- w zakresie analizy i oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali dominuje fragmentaryczny, funkcjonalny sposób wykorzystania modeli dojrzałości w tym środowisku, odnoszący się najczęściej do: systemów informacyjnych, obrazowania cyfrowego i diagnostyki, archiwizowania danych medycznych, analizy danych, procesów zarządzania zakupami i dostawami, a także systemu zarządzania jakością;
- opracowanie modelu oceny dojrzałości procesowej szpitala wymaga uwzględnienia specyfiki i uwarunkowań w jakich funkcjonują tego typu placówki (elementów mikro i makrootoczenia);
- brakuje opracowań naukowych dotyczących zależności pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej szpitali, a jakością usług medycznych.

W ramach badań literaturowych prowadziłam także **rozważania dotyczące jakości usług medycznych w kontekście ewaluacji i doskonalenia procesów**, w tym rozważania terminologiczne w zakresie sposobów definiowania i interpretowania takich pojęć jak: jakość i usługa medyczna. W efekcie **zapropoноваłam definicje** jakości procesów w usługach medycznych oraz jakości usług medycznych:

jakość procesów w usługach medycznych - to stopień zgodności procesów z wymaganiami interesariuszy, przy czym jakość tę można rozpatrywać z punktu widzenia interesariuszy zewnętrznych (pacjentów i ich rodzin, płatników, właścicieli, organów założycielskich, dostawców, odbiorców instytucjonalnych, partnerów strategicznych) oraz wewnętrznych (pracowników medycznych, pomocniczych i administracyjnych).

jakość usług medycznych – jest funkcją potrzeb i oczekiwań pacjentów (odbiorców usług) oraz możliwości ich zaspokojenia przez zakład opieki zdrowotnej (np. szpital). Jest pojęciem wielowymiarowym, które należy odnosić do struktury usług medycznych, ich specyfiki i złożoności, w tym różnych kryteriów oceny: skuteczności klinicznej, kryteriów zawodowych, dostępności, obsługi, komunikatywności, czy prestiżu. To rezultat wielu procesów: obsługi pacjenta, procesów techniczno-informatycznych, zarządzania, czy ekonomiczno-administracyjnych.

Przeglądu literatury dotyczył także wdrażanych w szpitalach zewnętrznych systemów zarządzania jakością oraz metod i narzędzi monitorowania procesów szpitalnych w kontekście doskonalenia jakości usług medycznych. Przeprowadzone rozważania pozwoliły mi na **sformułowanie następujących wniosków:**

- jednym z podstawowych problemów ewaluacji jakości usług medycznych (w tym procesów) jest wielowymiarowość samego pojęcia jakość, a także złożoność realizowanych w zakładach opieki zdrowotnej (szczególnie w szpitalach) procesów i działań;
- do sfer determinujących jakość usług medycznych należą przede wszystkim sfery: profesjonalna (obsługi pacjenta), techniczna, informacyjna, zarządzania, ekonomiczno-administracyjna oraz marketingu;
- jakość usług może być różnie postrzegana przez pacjentów i inne grupy interesariuszy np. rodziny chorych, pracowników (medycznych, pomocniczych, administracyjnych), czy właścicieli;
- pewne zmiany w jakości usług medycznych mogą wynikać ze zdarzeń przypadkowych (losowych), np. stanu emocjonalnego lekarza lub pielęgniarki, absencji danego pracownika, awarii środka transportu itp. Dlatego, istotne jest umiejętne klasyfikowanie przyczyn „słabszej” oceny jakości na tzw. przyczyny losowe i systemowe, które (w przeciwieństwie do tych przypadkowych) wymagają działań korygujących;

- doskonalenie jakości usług medycznych nie jest możliwe bez dokładnego rozpoznania zarówno specyfiki procesów, uwarunkowań ich realizacji, znajomości wymaganych i stosowanych procedur, jak również rozpoznania oczekiwań różnych grup interesariuszy. Tym samym istnieje uzasadniona potrzeba wykorzystania przez szpitale relatywnie mało znanych w tym środowisku modeli dojrzałości procesowej;
- do niezbędnych warunków doskonalenia jakości usług medycznych zalicza się m.in.: wiedzę o systemach jakości (w tym o metodach i narzędziach jej doskonalenia), rzeczową ocenę potrzeb i możliwości w zakresie wprowadzanych koncepcji i realizowanych procedur, inwestowanie w rozwój pracowników, zaangażowanie zarządzających i wszystkich pozostałych pracowników, właściwą komunikację, a także efektywny system pomiaru i oceny jakości, odpowiadający potrzebom pacjentów i innych grup interesariuszy;
- doskonalenie procesów i jakości usług medycznych wymaga systematycznego monitorowania wybranych mierników i wskaźników, we wszystkich obszarach prowadzonej działalności (procesach), a następnie ich właściwego wykorzystania;
- w procesie monitorowania dokonania szpitala kluczowe znaczenie ma dostosowana do potrzeb infrastruktura, w tym systemy informatyczne;
- do analizy danych z monitorowania procesów przydatnych jest wiele koncepcji, metod i technik, w tym: SPC (z kartami kontrolnymi), VBM, karty wyników CSR, BSC, metoda Servqual i wiele innych;
- istotnym dylematem podczas projektowania systemu monitorowania procesów i jakości w szpitalu jest wyłonienie tzw. procesów kluczowych;
- w modelu łańcucha wartości szpitala znajdują się przede wszystkim dwa rodzaje procesów: operacyjne (z odpowiednimi procedurami/standardami zachowań pracowników medycznych, pomocniczych i administracyjnych, a także obsługą pacjentów na oczekiwanym, profesjonalnym poziomie) oraz prorozwojowe (innovacyjne);
- szpital powinien wypracować własny łańcuch procesów, tworzących wartość dla pacjentów i innych grup interesariuszy;
- kluczową rolę w zapewnieniu właściwej jakości usług medycznych mają właściciele procesów, czyli osoby za nie odpowiedzialne, przykładowo wśród personelu medycznego mamy właścicieli procesów: diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych itd., a wśród pracowników administracyjnych

mamy właścicieli procesów: zaopatrzeniowych, inwestycyjnych, logistycznych, transportowych itd.;

- jednym z największych współczesnych wyzwań w obszarze zarządzania jakością w szpitalach jest zapewnienie pacjentom dostępności do usług oraz bezpieczeństwa;
- do najistotniejszych form pracy w koncepcji ciągłego doskonalenia procesów i jakości należy zespołowość, przy tym zespół musi być nie tylko merytorycznie przygotowany do realizacji powierzonych zadań, ale także zmotywowany i świadomy swojej odpowiedzialności za realizowane procesy;
- wyzwaniem dla zarządzających szpitalami jest integracja funkcjonujących w placówkach systemów zarządzania jakością (np. akredytacji, ISO 9001:2018, ISO 14001:2015; ISO/IEC 27001:2013 i wielu innych), która musi mieć miejsce na każdym etapie realizacji świadczeń medycznych, od projektowania usług oraz procesów, poprzez ich realizację, aż do ewaluacji jakości i oceny efektywności funkcjonowania szpitala;
- realizacja procesów szpitalnych wiąże się z licznymi dylematami natury etycznej, ponieważ w „codziennosci” szpitalnej zderzają się dwa światy, wymiar materialny i wymiar wartości, swoiste zderzenie idei i możliwości ekonomicznych.

Reasumując, wnikliwe badania literaturowe pozwoliły mi na sformułowanie wniosków, które wykorzystałam w kolejnych etapach procesu badawczego. Mając na celu potwierdzenie hipotezy, że wyższy poziom dojrzałości procesowej szpitali oznacza wyższą jakość usług medycznych przygotowałam autorski, wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej, w którym uwzględniłam m.in. analizę wskaźników jakości usług medycznych. W wyborze zbioru elementów (zmiennych) podlegających analizie i ocenie uwzględniłam przede wszystkim:

- złożoność i wielowymiarowość pojęcia jakości usług medycznych, w tym kryteria jej oceny,
- specyfikę (cechy) usług medycznych świadczonych przez szpitale,
- oczekiwania co do jakości usług medycznych najczęściej zgłaszane przez pacjentów (np. dostępność do usług medycznych, czas oczekiwania na Izbie Przyjęć/SOR, wysoka jakość opieki pielęgniarskiej i lekarskiej),
- komplementarność wymiaru technicznego i funkcjonalnego, składającego się na realizację procesów szpitalnych.

4.4.2. Wyniki badań dotyczących zaproponowanego autorskiego modelu oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H

Zaprezentowany przeze mnie autorski, wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej szpitali może być rozumiany jako swoisty „wzór” i narzędzie służące szpitalom do identyfikacji rzeczywistego poziomu rozwoju całej organizacji w kierunku zarządzania procesowego. Określając poziom dojrzałości procesowej szpitala można bowiem, w mojej opinii określić poziom rozwoju organizacji jako całości – od organizacji funkcjonalnej do procesowej. **Nowatorskim rozwiązaniem, które rekomenduję w ramach opracowanego przez siebie modelu jest połączenie ewaluacji dojrzałości procesowej szpitala z ewaluacją jakości usług medycznych.** Model pozwala tym samym na dokonanie porównania wyników szpitala w tych dwóch płaszczyznach. Ma to swoje uzasadnienie w nadrzędności potrzeb pacjenta (realizowanej przez szpital misji) nad pozostałymi dokonaniem placówki. Podstawowe założenia, jakie przyjąłem dla modelu to jego: wielowymiarowość, kompatybilność, prostota, spójność, elastyczność, użyteczność, oddziaływanie motywujące na pracowników szpitala (medycznych, administracyjnych, pomocniczych), a także wspierające znaczenie tego narzędzia w doskonaleniu jakości usług medycznych.

Założenia te są spójne z moimi wnioskami i spostrzeżeniami po przeprowadzonych badaniach literaturowych. Zarówno z nich, jak i badań empirycznych wynika, że **model oceny dojrzałości procesowej szpitali powinien być: wielowymiarowy, spójny z misją i strategią szpitala, komplementarny z wymaganiami normy ISO 9001:2015, prosty, elastyczny, pozytywnie oddziałujący na motywację pracowników, a przede wszystkim użyteczny jako narzędzie doskonalenia jakości usług medycznych.**

Odpowiadając na te wyzwania **opracowałam autorski, wielowymiarowy model, który nazwałam MMPM-H** (ang. *Multidimensional Model of Process Maturity Assessment of Hospitals*). Na jego strukturę składają się dwie zasadnicze części, stanowiące kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali:

- kryteria główne (Tab. 1),
- elementy uzupełniające (Tab. 2).

Kluczowe kryteria oceny dojrzałości procesowej szpitali według MMPM-H podzieliłam na kilka grup. Zaliczyłam do nich: cele ogólne szpitali (COS), obszary procesowe szpitali (OPS), szpitalne praktyki ogólne (SPO), kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej rozwoju pracowników szpitala (RPS), a także kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej w odniesieniu do właścicieli procesów (WP).

Do wyłonionych w modelu celów ogólnych szpitali, które są wspólne dla wielu obszarów procesowych zaliczyłam:

- 1) COS1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów - właściwe dla 2 poziomu dojrzałości (zarządzanego),
- 2) COS2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów - właściwe dla 3 poziomu dojrzałości (zdefiniowany),
- 3) COS3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych ilościowo - właściwe dla 4 poziomu dojrzałości (zarządzany ilościowo),
- 4) COS4: Zinstytucjonalizowanie procesów optymalizujących - właściwe dla 5 poziomu dojrzałości (optymalizujący).

Spełnienie przez szpital poszczególnych celów ogólnych decyduje o tzw. instytucjonalizacji wdrażanego obszaru procesowego w placówce – potwierdzona jest tym samym faktyczna realizacja procesów (i ich kwalifikacja do konkretnego poziomu dojrzałości procesowej).

Poszczególne kryteria oceny, jakie zastosowałam w modelu odnoszą się także do **jedenastu obszarów procesowych szpitali**, wśród których znajdują się:

- 1) OPS1: Planowanie,
- 2) OPS2: Monitoring i kontrola
- 3) OPS3: Miary i analizy,
- 4) OPS4: Zapewnienie jakości procesów i usług medycznych,
- 5) OPS5: Szkolenia,
- 6) OPS6: Koncentracja na procesach,
- 7) OPS7: Definicja procesów,
- 8) OPS8: Przebieg procesów,
- 9) OPS9: Ilościowe zarządzanie procesami,
- 10) OPS10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia,
- 11) OPS11: Analiza przyczyn i rozwiązań.

Uwzględniając specyfikę szpitali i warunków w jakich funkcjonują, w modelu MMPM-H zdefiniowałam dwie podstawowe kategorie obszarów procesowych:

- 1) Zarządzanie procesem – do którego przypisałam osiem obszarów, które dotyczą definiowania, planowania, wdrażania oraz monitorowania procesów szpitalnych (OPS1, OPS2, OPS5, OPS6, OPS7, OPS8, OPS9, OPS10);
- 2) Wsparcie – w którym wyodrębniłam trzy obszary, porządkujące procesy związane z zarządzaniem zmianą w szpitalu, zapewnieniem jakości, zbieraniem i analizą miar, wskaźników oraz mechanizmami podejmowania decyzji (OPS3, OPS4, OPS11).

Kryteria oceny, jakie w modelu odnoszą się do poszczególnych wymiarów (procesów) to tzw. szpitalne praktyki ogólne, które są wspólne dla wielu obszarów procesowych. Od ich realizacji w mojej ocenie zależy spełnienie określonych celów ogólnych, a co za tym idzie instytucjonalizacja wdrażanego obszaru procesowego w szpitalu. Za podstawę określenia poziomu dojrzałości procesowej szpitala uznałam **trzydzieści kryteriów, stanowiących szpitalne praktyki ogólne:**

- 1) SPO1: Procesy są planowane,
- 2) SPO2: Zapewniono zasoby,
- 3) SPO3: Przydzielono odpowiedzialności,
- 4) SPO4: Organizowane są szkolenia,
- 5) SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy,
- 6) SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane,
- 7) SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem,
- 8) SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów,
- 9) SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane,
- 10) SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów,
- 11) SPO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów,
- 12) SPO12: Zapewniono ciągłe doskonalenie procesów,
- 13) SPO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów.

Model MMPM-H przewiduje wielowymiarową analizę i ocenę dojrzałości procesów, z uwzględnieniem identyfikacji właściwej dla wypełniania wymagań normy ISO 9001:2015. Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że szpitale stosują zwykle podział procesów na trzy podstawowe grupy: procesy zarządzania, procesy główne i pomocnicze. W ich ramach, w modelu **wyróżniłam łącznie czterdzieści procesów (wymiarów oceny poziomu dojrzałości procesowej):**

- 1) Procesy zarządzania:
 - Doskonalenie SZJ,
 - Zarządzanie ogólne,
 - Zarządzanie zasobami finansowymi,
- 2) Procesy główne:
 - Świadczenie usług medycznych – leczenie,
 - Diagnostyka,
- 3) Procesy wspomagające:

- Nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym,
- Nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy,
- Zarządzanie zasobami ludzkimi,
- Zarządzanie infrastrukturą,
- Zakupy i zaopatrzenie,
- Nadzór nad aparaturą medyczną,
- Nadzór nad żywieniem,
- Analiza danych,
- Nadzór nad udokumentowaną informacją.

Proponuję, aby realizowane w szpitalach, poszczególne procesy oceniać pod względem ich dojrzałości odrębnie, badając poziom realizacji SPO. W celu uproszczenia procedury zastosowałam trzy warianty odpowiedzi (Tak, Częściowo, Nie).

Opierając się na doniesieniach naukowych, a także badaniach własnych, wskazujących, że wśród kluczowych czynników umożliwiających realizację procesów w organizacjach są wykonawcy, a wśród niezbędnych zdolności organizacyjnych kompetencje pracowników (Hammer, Stanton, 1999; Hammer, 2007; Curtis, Hefley, Miller, 2009; Detyna, Detyna, Dudek-Kajewska, 2016; Detyna 2016b) – zaproponowałam w ramach modelu MMPM-H **klasyfikację dojrzałości procesowej szpitala pod względem rozwoju pracowników**. Wśród kryteriów oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali znajdują się także **pytania, odnoszące się do roli właścicieli procesów**, czyli komórek i osób odpowiedzialnych za procesy. Najwyższy, piąty poziom dojrzałości osiągają te szpitale, w których właściciele procesów, nie tylko zapewniają niezbędne zasoby, monitorują realizację celów procesów i są z nich rozliczani, ale także są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach i sami mają na te zmiany rzeczywisty wpływ.

Stosując kryteria zaproponowanego przeze mnie modelu MMPM-H szpital może ocenić, na którym poziomie dojrzałości procesowej znajduje się obecnie cała organizacja, a także jego poszczególne procesy (wymiar) – co w przypadku systematycznej ewaluacji może stanowić w mojej opinii skuteczne narzędzie doskonalenia procesów w ramach ściśle zdefiniowanej ścieżki rozwoju. Ścieżkę tę wyznacza pięć poziomów dojrzałości, których charakterystykę, właściwą dla warunków szpitalnych przedstawia Tab. 1. Z każdym kolejnym, osiąganym poziomem procesy zarządzane są bardziej proaktywnie, a cała organizacja dużo lepiej. Przy tym warunkiem osiągnięcia wyższego poziomu jest spełnienie wszystkich kryteriów,

odpowiadających poziomowi niżej (przykładowo szpital znajdujący się na 5. poziomie musiał osiągnąć wszystkie cele właściwe dla poziomów 2., 3. i 4.).

Tab. 1 Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali według autorskiego modelu MMPM-H

POZIOM DOJRZAŁOŚCI PROCESOWEJ	KRYTERIA GŁÓWNE					
	REALIZACJA CELÓW OGÓLNYCH SZPITALI - COS	REALIZACJA SZPITALNYCH PRAKTYK OGÓLNYCH - SPO	PODEJMOWANE DZIAŁANIA W OBSZARACH PROCESOWYCH SZPITALA - OPS	SPEŁNIENIE KRYTERIÓW DOTYCZĄCYCH ROZWOJU PRACOWNIKÓW - RPS	ROLA WŁAŚCICIELI PROCESÓW - WP	CHARAKTERYSTYKA POZIOMU DOJRZAŁOŚCI
POZIOM 1	<p>CO1: Brak zinstytucjonalizowania zarządzanych procesów;</p> <p>CO2: Brak zinstytucjonalizowania zdefiniowanych procesów;</p> <p>CO3: Brak zinstytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo;</p> <p>CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących.</p>	<p>SPO1: Procesy nie są planowane lub jedynie częściowo;</p> <p>SPO2: Nie zapewniono w pełni zasobów;</p> <p>SPO3: Nie przydzielono odpowiedzialności lub jedynie częściowo;</p> <p>SPO4: Nie są organizowane szkolenia lub jedynie okazjonalnie;</p> <p>SPO5: Nie zidentyfikowano i nie zaangażowano (lub jedynie częściowo) odpowiednich interesariuszy;</p> <p>SPO6: Procesy nie są monitorowane i kontrolowane lub jedynie częściowo;</p> <p>SPO7: Przebieg procesów nie jest przeglądany z kierownictwem lub jedynie częściowo;</p> <p>SPO8: Nie jest przeprowadzana ewaluacja wdrożonych procesów lub jedynie częściowo;</p> <p>SPO9: Procesy nie są zdefiniowane i opisane;</p> <p>SPO10: Nie są gromadzone informacje na temat doskonalenia procesów;</p> <p>SPO11: Nie wyznaczono ilościowych celów dla procesów;</p>	<p>Brak podejmowanych działań w OPS</p>	<p>RPS1: Środowisko pracy w szpitalu spełnia wyłącznie rolę obsadzenia stanowisk;</p> <p>RPS2: Program wynagrodzeń nie jest zdefiniowany lub jest tylko częściowo;</p> <p>RPS3: Polityka zarządzania efektywnością nie funkcjonuje lub tylko częściowo;</p> <p>RPS4: System komunikacji nie funkcjonuje lub tylko częściowo;</p> <p>RPS5: Szpital nie posiada programu szkoleń i rozwoju pracowników (lub jedynie częściowo);</p> <p>RPS6: Nie funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR - rozwoju pracowników;</p> <p>RPS7: Nie są opracowywane plany rozwoju kariery dla pracowników;</p> <p>RPS8: Nie istnieje system planowania pracy w zespołach;</p> <p>RPS9: Szkolenia nie są planowane są w oparciu o analizę kompetencji;</p> <p>RPS11: Nie rozszerza się uprawnień zespołom;</p> <p>RPS12: Nie są wykorzystywane metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością;</p> <p>RPS13: Kompetencje pracowników nie są traktowane jako kluczowe zasoby szpitala;</p>	<p>WP1: Nie zapewniają lub raczej nie zapewniają zasobów niezbędnych do usprawniania procesów;</p> <p>WP2: Nie monitorują realizacji celów swoich procesów;</p> <p>WP3: Nie są rozliczani z realizacji celów swoich procesów;</p> <p>WP4: Nie są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach;</p> <p>WP5: Nie mają rzeczywistego wpływu na kształt swoich procesów.</p>	<p>Procesy nie są zidentyfikowane, mają charakter chaotyczny, brakuje świadomości w zakresie korzyści z wykorzystywania podejścia procesowego, trudno przypisać odpowiedzialność za poszczególne działania, szpital uczy się jak zarządzać swoimi procesami, wyniki szpitala zależą od indywidualnego wysiłku pracowników, obserwuje się brak stabilizacji i ciągłe zmiany podczas realizacji projektów, na tym etapie szpital znajduje się na początku swojego rozwoju - w kierunku dojrzałości procesowej.</p>

		SPO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów; SPO13: Nie są suwane podstawowe przyczyny problemów.		RPS14: Szpital nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły; RPS15: Pracownicy szpitala nie są zachęceni do innowacji; RPS16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami pacjentów.		
POZIOM 2	CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów; CO2: Brak zinstytucjonalizowania zdefiniowanych procesów; CO3: Brak zinstytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo; CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących.	SPO1: Procesy są planowane; SPO2: Zapewniono zasoby; SPO3: Przydzielono odpowiedzialności; SPO4: Organizowane są szkolenia; SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy; SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane; SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem; SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów; SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane jedynie częściowo; SPO10: Informacje na temat doskonalenia procesów gromadzone są jedynie częściowo; SPO11: Nie wyznaczono ilościowych celów dla procesów; SPO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów; SPO13: Nie są usuwane podstawowe przyczyny problemów.	OPS1: Planowanie; OPS2: Monitoring i kontrola; OPS3: Miary i analizy; OPS4: Zapewnienie jakości procesów i usług medycznych; OPS5: Szkolenia.	RPS1: Środowisko pracy w szpitalu nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk; RPS2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń; RPS3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością; RPS4: Funkcjonuje system komunikacji; RPS5: Szpital posiada program szkoleń i rozwoju pracowników; RPS6: System HR - rozwoju pracowników, oparty na kompetencjach funkcjonuje jedynie częściowo; RPS7: Jedynie częściowo opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników; RPS8: System planowania pracy w zespołach istnieje tylko częściowo; RPS9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji jedynie częściowo; RPS10: Nie jest wdrożony system monitorujący rozwój pracowników; RPS11: Nie rozszerza się uprawnień zespołom; RPS12: Nie są wykorzystywane metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością; RPS13: Kompetencje pracowników nie są traktowane jako kluczowe zasoby szpitala;	WP1: Zapewniają (lub raczej zapewniają) zasoby niezbędne do usprawniania procesów; WP2: Raczej nie monitorują realizacji celów swoich procesów; WP3: Raczej nie są rozliczani z realizacji celów swoich procesów; WP4: Raczej nie są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach; WP5: Raczej mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów.	procesy są planowane i realizowane zgodnie z przyjętą polityką organizacyjną, procesy objęte są monitorowaniem i kontrolą, których wyniki analizuje się z kierownictwem, pracownicy mają świadomość wzajemnego wpływu poszczególnych czynników na siebie, brak formalnych opisów procesów, w tym miar ich oceny, zaczyna się jednak dokumentować podstawowe parametry procesów, w szpitalu wdrożono podstawowe procesy związane z zarządzaniem projektami, a ich instytucjonalizacja możliwa jest dzięki realizacji ogólnych celów i praktyk przewidzianych dla tego poziomu, zatrudniane są osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zapewnia się wszystkie niezbędne zasoby umożliwiające realizację celów projektowych, pracownicy

				RPS14: Szpital nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły; RPS15: Pracownicy szpitala nie są zachęceni do innowacji; RPS16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami pacjentów.		uczestniczą w niezbędnych szkoleniach, definiuje się punkty, które wyznaczają główne (istotne) zdarzenia dla realizacji projektów.
POZIOM 3	CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów; CO3: Brak zinstytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo; CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących.	SPO1: Procesy są planowane; SPO2: Zapewniono zasoby; SPO3: Przydzielono odpowiedzialności; SPO4: Organizowane są szkolenia; SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy; SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane; SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem; SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów; SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane; SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów; SPO11: Ilościowe cele dla procesów wyznaczono jedynie częściowo; SPO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów; SPO13: Nie są usuwane podstawowe przyczyny problemów.	OPS1: Planowanie; OPS2: Monitoring i kontrola; OPS3: Miary i analizy; OPS4: Zapewnienie jakości procesów i usług medycznych; OPS5: Szkolenia; OPS6: Koncentracja na procesach; OPS7: Definicja procesów.	RPS1: Środowisko pracy w szpitalu nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk; RPS2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń; RPS3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością; RPS4: Funkcjonuje system komunikacji; RPS5: Szpital posiada program szkoleń i rozwoju Pracowników; RPS6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR - rozwoju pracowników; RPS7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników; RPS8: Istnieje system planowania pracy w zespołach; RPS9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji; RPS10: Jedynie częściowo wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników; RPS11: Jedynie częściowo rozszerza się uprawnienia zespołom; RPS12: Jedynie częściowo wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością; RPS13: Kompetencje pracowników nie w pełni traktowane są jako kluczowe zasoby szpitala; RPS14: Szpital nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły;	WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów; WP2: Monitorują (lub raczej monitorują) realizację celów swoich procesów; WP3: Raczej są rozliczani z realizacji celów swoich procesów; WP4: Raczej są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach; WP5: Raczej nie mają rzeczywistego wpływu na kształt swoich procesów.	procesy są dobrze zdefiniowane i precyzyjnie opisane, prace projektowe w ramach procesów są standaryzowane, procesy są powtarzalne, u pracowników występuje pełna świadomość prowadzenia działalności zgodnej z podejściem procesowym, procesy opisane są w postaci map, brak jednak systemu pomiaru realizacji celów procesów – ilościowe cele dla procesów wyznaczone są jedynie częściowo, szpital osiągnął wszystkie cele dla poziomu 2. W strukturze opisanych procesów zauważa się takie elementy jak: cel, aktywności, wejścia, wyjścia, kryteria wejściowe, kryteria wyjściowe, rolę, kontekst procesu (np. hierarchia), procedury. Procesy zarządzane są bardziej proaktywnie, a cała organizacja dużo lepiej niż na poziomie 2, na tym etapie szpital zyskuje poczucie własnej tożsamości.

				RPS15: Pracownicy szpitala nie są zachęceni do innowacji; RPS16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami pacjentów.		
POZIOM 4	CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów; CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów; CO3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych jakościowo; CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących	SPO1: Procesy są planowane; SPO2: Zapewniono zasoby; SPO3: Przydzielono odpowiedzialności; SPO4: Organizowane są szkolenia; SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy; SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane; SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem; SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów; SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane; SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów; SPO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów; SPO12: Ciągłe doskonalenie procesów zapewniono jedynie częściowo; SPO13: Podstawowe przyczyny problemów są usuwane jedynie częściowo.	OPS1: Planowanie; OPS2: Monitoring i kontrola; OPS3: Miary i analizy; OPS4: Zapewnienie jakości procesów i usług medycznych; OPS5: Szkolenia; OPS6: Koncentracja na procesach; OPS7: Definicja procesów; OPS8: Przebieg procesów; OPS9: Ilościowe zarządzanie procesami.	RPS1: Środowisko pracy w szpitalu nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk; RPS2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń; RPS3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością; RPS4: Funkcjonuje system komunikacji; RPS5: Szpital posiada program szkoleń i rozwoju pracowników; RPS6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR - rozwoju pracowników; RPS7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników; RPS8: Istnieje system planowania pracy w zespołach; RPS9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji; RPS10: Wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników; RPS11: Rozszerza się uprawnienia zespołom; RPS12: Wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością; RPS13: Kompetencje pracowników traktowane są jako kluczowe zasoby szpitala; RPS14: Szpital nie w pełni udoskonala swoje możliwości; RPS15: Pracownicy szpitala jedynie częściowo zachęceni są do innowacji; RPS16: Osiągnięcia organizacji są tylko częściowo zbieżne z potrzebami pacjentów	WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów; WP2: Monitorują realizację celów swoich procesów; WP3: Są rozliczani z realizacji celów swoich procesów; WP4: Są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach; WP5: Raczej mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów.	procesy są w pełni opisane i zarządzane ilościowo, śledzony jest ich przebieg, analizowane są przyczyny zmienności, z wykorzystaniem narzędzi SPC (<i>Statistical Process Control</i>). Przebieg procesów w szpitalu jest przewidywalny, jednak pomiary nie są wykorzystywane do podejmowania decyzji zarządczych, a jedynie do korygowania przebiegu procesów, brak jeszcze systemowego doskonalenia, szpital osiągnął wszystkie cele właściwe dla poziomów 2. i 3, podstawowa różnica pomiędzy poziomami 3. i 4. polega na większej przewidywalności przebiegu procesów.

<p style="text-align: center;">POZIOM 5</p>	<p>CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów; CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów; CO3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych jakościowo; CO4: Zinstytucjonalizowanie procesów optymalizujących</p>	<p>SPO1: Procesy są planowane; SPO2: Zapewniono zasoby; SPO3: Przydzielono odpowiedzialności; SPO4: Organizowane są szkolenia; SPO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy; SPO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane; SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem; SPO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów; SPO9: Procesy są zdefiniowane i opisane; SPO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów; SPO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów; SPO12: Zapewnione jest ciągłe doskonalenie procesów; SPO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów.</p>	<p>OPS1: Planowanie; OPS2: Monitoring i kontrola; OPS3: Miary i analizy; OPS4: Zapewnienie jakości procesów i usług medycznych; OPS5: Szkolenia; OPS6: Koncentracja na procesach; OPS7: Definicja procesów; OPS8: Przebieg procesów; OPS9: Ilościowe zarządzanie procesami; OPS10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia; OPS11: Analiza przyczyn i rozwiązań.</p>	<p>RPS1: Środowisko pracy w szpitalu nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk; RPS2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń; RPS3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością; RPS4: Funkcjonuje system komunikacji; RPS5: Szpital posiada program szkoleń i rozwoju pracowników; RPS6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR - rozwoju pracowników; RPS7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników; RPS8: Istnieje system planowania pracy w zespołach; RPS9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji; RPS10: Wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników; RPS11: Rozszerza się uprawnienia zespołom; RPS12: Wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością; RPS13: Kompetencje pracowników traktowane są jako kluczowe zasoby szpitala; RPS14: Szpital stale udoskonala swoje możliwości; RPS15: Pracownicy szpitala zachęceni są do innowacji; RPS16: Osiągnięcia organizacji są zbieżne z potrzebami pacjentów.</p>	<p>WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów; WP2: Monitorują realizację celów swoich procesów; WP3: Są rozliczani z realizacji celów swoich procesów; WP4: Są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach; WP5: Mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów.</p>	<p>procesy są ciągle doskonalone na podstawie metod SPC, analizowane są przyczyny zmienności procesów, podejmuje się działania korygujące. Szpital wdraża innowacyjne rozwiązania oraz technologie w zakresie doskonalenia procesów, wyniki monitorowania wykorzystywane są w procesie podejmowania decyzji zarządczych, w szpitalu funkcjonuje zasada ciągłego doskonalenia procesów, organizacja osiągnęła wszystkie cele właściwe dla poziomów 2., 3. i 4., definiowane są mierzalne cele doskonalenia procesów, które na bieżąco podlegają aktualizacji, zdiagnozowane przyczyny pojawiających się błędów są na bieżąco eliminowane.</p>
--	--	--	--	--	---	--

Źródło: opracowanie własne.

Zakładając, że istnieją kluczowe czynniki (w tym zdolności organizacyjne) umożliwiające realizację procesów szpitalnych zaproponowałam dwanaście czynników, które w modelu podlegają dwuwymiarowej ocenie: siły oddziaływania na jakość usług medycznych (skala 1-5) oraz oceny zdolności czynników do realizacji procesów w szpitalu (skala 1-5). **Do ocenianych aspektów zaliczyłam:** planowanie, zarządzanie, kulturę organizacyjną, kompetencje kadry zarządzającej, kompetencje pracowników medycznych, administracyjnych i pomocniczych, właściwą obsadę stanowisk, komunikację, infrastrukturę, w tym IT, nadzór oraz finanse. Na podstawie wyników przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest zbudowanie swoistej **mapy zdolności organizacyjnej szpitala w zakresie realizacji procesów**. To relatywnie proste, narzędzie pozwala na identyfikację tych czynników, które wymagają pilnej interwencji (działań doskonalących), na rzecz poprawy sprawności i efektywności procesów, a w konsekwencji na rzecz poprawy jakości usług medycznych. Model pozwala na rozpoznanie czynników, których siła wpływu (oddziaływania) na jakość usług jest największa, a także tych, których potencjał nie jest w pełni realizowany. Po przeprowadzeniu obliczeń: średniej siły oddziaływania i średniej oceny dla każdego z wybranych czynników możliwa jest graficzna prezentacja wyników w postaci mapy. W modelu MMPM-H zaproponowałam, aby wyniki oceny poszczególnych czynników umożliwiających realizację procesów w szpitalu przedstawiać nie tylko w postaci map zdolności organizacyjnej, ale także w postaci diagramów radarowych. Wyszłam bowiem z założenia, że forma prezentacji graficznej wyników oceny dokonań szpitala powinna umożliwiać relatywnie szybkie (przemawiające do świadomości pracowników) porównanie wyników w czasie (np. rocznych raportów oceny dojrzałości procesowej). Analiza wyników, przedstawionych w postaci **radaru zdolności organizacyjnej** pozwala zidentyfikować priorytety w procesie doskonalenia procesów – na drodze do jak najlepszego wykorzystania posiadanych przez szpital zasobów (ludzkich, finansowych, rzeczowych i niematerialnych).

Uwzględniając fakt, że zdecydowana większość badanych przeze mnie autorkę szpitali (95,08%) ma wdrożony system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015 proponuję, aby w ramach MMPM-H przeprowadzać analizę i ocenę podejmowanych działań w zakresie doskonalenia SZJ (którego istota opiera się na podejściu procesowym). Wychodząc z założeń, przyjętych także w modelach dojrzałości, zawartych w normach PN-ISO 10014:2008 (*Zarządzanie jakością - Wytyczne do osiągnięcia korzyści finansowych i ekonomicznych*) oraz PN-EN ISO 9004:2018-16 (*Zarządzanie jakością - Jakość organizacji - Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu*), gdzie wśród kryteriów oceny dojrzałości wyróżniono: zarządzanie, strategię, politykę, zarządzanie zasobami, zarządzanie procesami, monitorowanie, pomiary,

doskonalenie, innowacje, a także uczenie się (<https://www.iso.org/standard/70397.html>) – zaproponowałam w ramach modelu przeprowadzenie dwuwymiarowej **oceny realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością** (w odniesieniu do specyfiki szpitali):

- 1) orientacji na pacjenta – w tym realizacji misji szpitala;
- 2) przywództwa – w tym motywowania personelu do angażowania się w realizację założonych celów;
- 3) zaangażowania wszystkich pracowników szpitala – w tym właściwego doboru pracowników do stanowisk;
- 4) podejścia procesowego – uwzględniającego procesy główne (operacyjne), pomocnicze i zewnętrzne;
- 5) ciągłego doskonalenia - z uwzględnieniem warunków wewnętrznych i zewnętrznych;
- 6) podejmowania decyzji opartych na dowodach - w tym rozumienia zależności przyczyny i skutku;
- 7) wzajemnych korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami – w tym dbania o relacje z interesariuszami zewnętrznymi.

Podobnie jak w przypadku analizy i oceny dwunastu czynników umożliwiających realizację procesów poszczególne zasady podlegają w MMPM-H dwuwymiarowej ocenie: siły oddziaływania na jakość usług medycznych (skala 1-5) oraz oceny realizacji (skala 1-5). Na podstawie wyników przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest opracowanie dla szpitala arkusza oceny siły oddziaływania i realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością oraz graficznej prezentacji wyników w postaci mapy i diagramu radarowego. Integralną częścią modelu MMPM-H jest także **ocena procesów szpitalnych (14 wymiarów) w kontekście występujących problemów** (skala 1-5).

Przyjęte przeze mnie założenia, dotyczące wielowymiarowości i spójności MMPM-H z misją i strategią szpitala wpłynęły na uwzględnienie w nim **pytań dotyczących jakości usług medycznych** - to pozwala na porównanie wyników oceny dojrzałości procesowej szpitala z jego wynikami dotyczącymi poziomu zaspokojenia potrzeb pacjentów. Dlatego w zaproponowanym arkuszu oceny znajdują się odniesienia (pytania) dotyczące oceny:

- 1) poziomu zadowolenia (satisfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu, według ostatniego badania ankietowego przeprowadzanego w placówce,
- 2) opieki pielęgniarskiej, według ostatniego badania ankietowego,
- 3) opieki lekarskiej, według ostatniego badania ankietowego,
- 4) dostępności do usług medycznych szpitala,
- 5) czasu oczekiwania pacjentów w Izbie Przyjęć/SOR.

Tab. 2. Elementy uzupełniające główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali według MMPM-H – ich istota i zaproponowane narzędzia

ASPEKTY ELEMENTÓW OCENY	PRZEDMIOT ANALIZY I OCENY ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE GŁÓWNE KRYTERIA OCENY W MMPM-H				
	CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA REALIZACJĘ PROCESÓW W SZPITALU	ZASADY ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WEDŁUG ISO 9001:2015	WYSTĘPUJĄCE W PROCESACH PROBLEMY	JAKOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH	INWESTYCJE I DZIAŁANIA NA RZECZ POPRAWY DOJRZAŁOŚCI PROCESOWEJ
ISTOTA	2-wymiarowa analiza i ocena wybranych dwunastu czynników wpływających na realizację procesów w szpitalu	2-wymiarowa analiza i ocena siedmiu zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015 oraz ich wpływu na jakość usług medycznych	Ocena procesów szpitalnych (czternastu wymiarów) w kontekście występujących problemów.	Możliwość porównania wyników oceny dojrzałości procesowej szpitala z jego wynikami, dotyczącymi poziomu zaspokojenia potrzeb pacjentów.	Uzupełnienie informacji na temat inwestycji i działań podejmowanych i planowanych przez szpital w celu doskonalenia procesów oraz jakości usług medycznych..
NARZĘDZIA	<ul style="list-style-type: none"> • Arkusz oceny siły oddziaływania oraz zdolności wybranych czynników do realizacji procesów w szpitalu • Mapa zdolności organizacyjnej szpitala w zakresie realizacji procesów • Radar zdolności organizacyjnej szpitala w zakresie realizacji procesów 	<ul style="list-style-type: none"> • Arkusz oceny siły oddziaływania oraz realizacji zasad zarządzania jakością w szpitalu • Mapa oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w szpitalu • Radar poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w szpitalu 	<ul style="list-style-type: none"> • Radar natężenia problemów w badanych procesach szpitalnych. 	<p>Wskaźniki jakości usług medycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poziomu zadowolenia (satisfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu, według ostatniego badania ankietowego przeprowadzanego w placówce, • opieki pielęgniarskiej, według ostatniego badania ankietowego, • opieki lekarskiej, według ostatniego badania ankietowego, • dostępności do usług medycznych szpitala, • czasu oczekiwania pacjentów w Izbie Przyjęć/SOR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pytania zamknięte: <ul style="list-style-type: none"> - Czy szpital ma opracowaną politykę jakości? - Czy szpital planuje w najbliższym czasie (np. roku) wdrożenie rozwiązań (organizacyjnych, informatycznych itp.) mających na celu doskonalenie procesów? • Pytania częściowo otwarte: <ul style="list-style-type: none"> - Kto nadzoruje proces doskonalenia systemu zarządzania jakością w szpitalu? • Pytania otwarte: <ul style="list-style-type: none"> - Jakie stanowiska powołano w szpitalu w celu doskonalenia podejścia procesowego? - Jeżeli szpital planuje wdrożenie nowych rozwiązań mających na celu doskonalenie procesów to jakie są to działania, inwestycje itp.?

					<p>- Jakie główne problemy i bariery dotyczące prawidłowego funkcjonowania podejścia procesowego występują w szpitalu?</p> <p>- Jakie działania szpitala są konieczne, aby dojrzałość procesowa placówki wzrosła?</p>
SKALA OCEN	<ul style="list-style-type: none"> • Skala ocen siły oddziaływania na jakość usług medycznych od 1 do 5, gdzie 1 – to siła oddziaływania najmniejsza, a 5 – siła oddziaływania największa, wyróżniono pięć poziomów siły: F-1, F-2, F-3, F-4, F-5, • Skala ocen zdolności czynników do realizacji procesów w szpitalu od 1 do 5, gdzie: gdzie 1 – to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa, wyróżniono pięć poziomów zdolności: C-1, C-2, C-3, C-4, C-5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skala ocen siły oddziaływania na jakość usług medycznych od 1 do 5, gdzie 1 – to siła oddziaływania najmniejsza, a 5 – siła oddziaływania największa, wyróżniono pięć poziomów siły: F-1, F-2, F-3, F-4, F-5, • Skala ocen realizacji od 1 do 5, gdzie: gdzie 1 – to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa, wyróżniono pięć poziomów zdolności: I-1, I-2, I-3, I-4, I-5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skala ocen od 1 do 5: gdzie 1 – oznacza brak problemów, a 5 – problemy występujące praktycznie stale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skala ocen w przypadku zadowolenia pacjentów, oceny opieki pielęgniarskiej i lekarskiej od 1 do 5: do 20% pozytywnych odpowiedzi – 1, powyżej 20 - do 40% pozytywnych odpowiedzi – 2, powyżej 40 – do 60% pozytywnych odpowiedzi – 3, powyżej 60 – do 80% pozytywnych odpowiedzi – 4, powyżej 80 – do 100% pozytywnych odpowiedzi – 5; • Skala ocen w przypadku dostępności do usług medycznych od 1 do 5: ocena bardzo dobra – 5, dobra – 4, przeciętna – 3, zła – 2, bardzo zła - 1; • Skala ocen w przypadku czasu oczekiwania pacjentów w SOR od 1 do 9: <ul style="list-style-type: none"> - czas do 30 min. - 9, - powyżej 30 - do 60 – 8, - powyżej 60 – do 90 - 7, - powyżej 90 – do 120 – 6, - powyżej 120 – do 150 – 5, - powyżej 150 – do 180 – 4, - powyżej 180 – do 210 – 3, - powyżej 210 – do 240 – 2, - powyżej 240 – 1. 	Brak

Źródło: opracowanie własne

Wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej szpitala MMPM-H odpowiada na wyzwania i potrzeby, zarówno środowiska naukowego, jak i praktyków. Stanowi według mnie potrzebne narzędzie doskonalenia nie tylko podejścia procesowego w tego typu placówkach, ale także (a może przede wszystkim) jakości usług medycznych.

Na nowatorskie ujęcie zaproponowanego modelu składają się w mojej opinii następujące jego elementy i charakterystyki:

- połączenie głównych kryteriów oceny dojrzałości procesowej z elementami uzupełniającymi. Kryteria główne odnoszą się do: ocenianych obszarów/procesów, rozwoju pracowników oraz roli właścicieli procesów, a elementy uzupełniające dotyczą: czynników wpływających na realizację procesów, zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015, występujących w procesach problemów, wskaźników jakości usług medycznych, a także inwestycji i działań na rzecz poprawy dojrzałości procesowej;
- umożliwienie jednoczesnej ewaluacji dojrzałości procesowej szpitala z ewaluacją jakości usług medycznych – co stwarza możliwość porównania wyników placówki w tych dwóch płaszczyznach;
- analiza i ocena dojrzałości procesowej we wszystkich obszarach (procesach) szpitala z podziałem na procesy: zarządzania, główne i pomocnicze;
- kompatybilność modelu z wymaganiami normy ISO 9001:2015, co przejawia się w rekomendowaniu analizy i oceny zidentyfikowanych i opisanych w ramach SZJ procesów (np. w postaci map procesów, tabelarycznych zestawień), a także analizie i ocenie realizacji zasad zarządzania jakością;
- dwuwymiarowa analiza i ocena czynników wpływających na realizację procesów szpitalnych - siły ich oddziaływania na jakość usług medycznych oraz oceny zdolności tych czynników do realizacji procesów (model umożliwia prezentację wyników w postaci mapy zdolności organizacyjnej szpitala w zakresie realizacji procesów, a także radarów zdolności organizacyjnej);
- dwuwymiarowa analiza i ocena realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością - siły ich oddziaływania na jakość usług medycznych oraz oceny ich faktycznej realizacji (model umożliwia prezentację wyników w postaci mapy oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w szpitalu, a także radarów poziomu realizacji zasad zarządzania jakością);

- opracowany, spójny z modelem arkusz samooceny poziomu dojrzałości szpitala, pozwalający na porównanie wyników ewaluacji w czasie (z możliwością modyfikacji w zależności od potrzeb placówki);
- przygotowana propozycja implementacji MMPM-H z wskazówkami do jego wprowadzenia.

Proponuję następującą definicję modelu MMPM-H:

wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej szpitala (MMPM-H) – to narzędzie służące szpitalom do identyfikacji rzeczywistego poziomu rozwoju całej organizacji w kierunku dojrzałości procesowej, pozwalające na weryfikację postępów szpitala w przekształcaniu (doskonaleniu) sposobów i efektów jego działania, w tym jakości usług medycznych.

4.4.3. Wyniki z przeprowadzonych badań ankietowych w szpitalach

Przeprowadzone badania empiryczne w 122 szpitalach pozwoliły mi na wysnucie wielu wniosków dotyczących dojrzałości procesowej w tych placówkach:

- Największe osiągnięcia badanych szpitali w zakresie dojrzałości procesowej dotyczącej procesów zarządzania dotyczą sfery doskonalenia SZJ;
- Osiągnięcia szpitali w zakresie dojrzałości procesowej dotyczącej procesów diagnostyki i leczenia są podobne w tych dwóch obszarach, przy tym dojrzałość procesowa diagnostyki medycznej jest nieznacznie wyższa od dojrzałości procesowej leczenia;
- Średni wynik dojrzałości procesowej dla procesów głównych (diagnostyki i leczenia) jest nieco większy od średniego rezultatu dla dojrzałości procesowej procesów zarządzania;
- Najlepsze osiągnięcia szpitali w zakresie dojrzałości procesowej dotyczącej procesów pomocniczych dotyczą nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym;
- Średni wynik dojrzałości procesowej dla dziewięciu wymiarów (badanych procesów pomocniczych) jest nieco wyższy od średniego rezultatu dla procesów głównych oraz znacznie wyższy od średniego rezultatu dla dojrzałości procesowej procesów zarządzania;

- Najniższe średnie wyniki poziomu dojrzałości procesowej odnotowałam dla obszarów: zarządzania zasobami finansowymi, zarządzania ogólnego oraz zarządzania infrastrukturą;
- Największe grupy badanych szpitali stanowią placówki sklasyfikowane do 4 poziomu dojrzałości procesowej (43,44%) oraz reprezentujące 3 poziom dojrzałości (35,25%);
- Odnotowałam zaskakująco dużą liczbę szpitali, które reprezentują w zakresie rozwoju pracowników poziom dojrzałości 2 (47,54%) oraz poziom 1 (14,75%) – łącznie 62,29%. W wielu badanych szpitalach środowisko pracy spełnia jedynie rolę obsadzania stanowisk. W prawie co drugim szpitalu nie wdrożono systemu monitorującego rozwój pracowników, nie wykorzystuje się metod ilościowych w zarządzaniu efektywnością, a także nie zachęca pracowników do innowacji. W odczuciu respondentów kompetencje zatrudnionych w szpitalach osób nie są traktowane jako kluczowe zasoby, a uprawnienia zespołów nie są rozszerzane;
- W przypadku dojrzałości procesowej dotyczącej właścicieli procesów dominującą grupę stanowią szpitale reprezentujące 2 poziom dojrzałości (36,06%), co oznacza, że właściciele procesów raczej nie monitorują realizacji celów procesów, za które odpowiadają i rzadko są z tej realizacji rozliczani;
- Rzeczywiste wyniki dojrzałości procesowej różnią się znacznie od wyników deklarowanych przez szpitale i są od nich niższe;
- Najmniejsze zdolności organizacyjne odnotowałam w zakresie wykorzystania kompetencji pracowników pomocniczych, infrastruktury (w tym IT), kultury organizacyjnej, nadzoru i finansów. Największe natomiast w obszarze kompetencji pracowników medycznych;
- Według respondentów najlepiej realizowane w szpitalach są działania dotyczące zasad orientacji na pacjenta i ciągłego doskonalenia, najniższy poziom realizacji dotyczy: przywództwa, podejmowania decyzji opartych na dowodach oraz podejścia procesowego;
- Największe natężenie problemów respondenci wskazali w procesach: zarządzania zasobami finansowymi, zarządzania zasobami ludzkimi, nadzoru nad stanem sanitarno-higienicznym, zarządzania infrastrukturą, nadzoru nad żywnością, diagnostyki, analizy danych oraz zarządzania ogólnego. Wśród głównych problemów i barier dotyczących prawidłowego funkcjonowania podejścia procesowego w szpitalach najczęściej wymieniane są niewystarczające zasoby ludzkie (braki kadrowe), a także brak wiedzy

(świadomości, przekonania) pracowników (w tym kierownictwa) na temat podejścia procesowego oraz SZJ;

- Stanowiskami najczęściej wskazywanymi przez badane szpitale jako odpowiedzialne za doskonalenie procesów w szpitalach są pełnomocnicy ds. jakości oraz pełnomocnicy ds. SZJ. Relatywnie rzadko powoływani są pełnomocnicy ds. zarządzania procesami lub kierownicy odpowiedzialni za poszczególne procesy;
- Zdecydowana większość badanych szpitali planuje w najbliższym czasie wdrożenie rozwiązań mających na celu doskonalenie procesów. Wśród najczęściej wymienianych znajdują się rozwiązania dotyczące informatyzacji szpitala, w tym większego wykorzystania narzędzi informatycznych;
- Wśród planowanych w najbliższym czasie działań doskonalących, badane szpitale nie wymieniają inwestycji w rozwój pracowników (ich wiedzy dotyczącej procesów, zarządzania procesowego, SZJ itp.). W swoich planach placówki skupiają się w większym stopniu na zasobach materialnych. Nie planuje się także zmian w strukturach organizacyjnych, powoływania nowych komórek, stanowisk i zespołów.

4.4.4. Wyniki dotyczące badania zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali a jakością usług medycznych

Odnosząc się do przyjętych przeze mnie hipotez badawczych, szczegółowa analiza danych wykazała statystycznie istotne zależności pomiędzy:

- dojrzałością procesową szpitali, a jakością świadczonych usług medycznych (**hipoteza główna**),
- dojrzałością procesową rozwoju pracowników szpitala, a jakością usług medycznych, w tym poziomem zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu (**hipoteza szczegółowa nr 1**),
- dojrzałością procesową dotyczącą zarządzania infrastrukturą szpitala, a dojrzałością dotyczącą procesów doskonalenia SZJ szpitalu (**hipoteza szczegółowa nr 2**),
- dojrzałością procesów zarządzania szpitalem, a jakością usług medycznych (**hipoteza szczegółowa nr 3**),
- dojrzałością procesową dotyczącą procesów głównych (leczenia i diagnostyki), a poziomem zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu (**hipoteza szczegółowa nr 4**),

- dojrzałością procesową dotyczącą procesów pomocniczych, a poziomem zadowolenia (satysfakcji) pacjentów z pobytu w szpitalu (**hipoteza szczegółowa nr 5**),
- zdolnością organizacyjną szpitala w zakresie realizacji procesów, a jakością usług medycznych (**hipoteza szczegółowa nr 6**),
- dojrzałością procesową dotyczącą procesów zarządzania (doskonalenia SZJ, zarządzania ogólnego, zarządzania zasobami finansowymi), a dojrzałością procesową dotyczącą procesów głównych oraz pomocniczych (**hipoteza szczegółowa nr 7**).

Testy statystyczne wykazały także, że rzeczywisty poziom dojrzałości procesowej szpitali istotnie różni się (jest niższy) od subiektywnych (deklarowanych) opinii placówek w tym zakresie (**hipoteza szczegółowa nr 8**). Zatem **wnioski dotyczące potwierdzenia hipotezy głównej oraz hipotez szczegółowych (1-8) mogą być przeniesione na populację generalną. Hipotezy szczegółowe 9-10** pomimo pozytywnej i częściowo pozytywnej weryfikacji powinny być odniesione jedynie do próby badawczej (badanych 122 szpitali). Jedna **hipoteza szczegółowa nr 11** nie znalazła potwierdzenia w toku badań. Domniemanie, że posiadanie przez szpital certyfikatu ISO 9001:2015 oznacza wyższy poziom rozwoju procesów szpitalnych, a w konsekwencji wyższą jakość okazało się błędne. Nie potwierdzono bowiem takich zależności.

Główny cel pracy, jakim było zbadanie zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością świadczonych usług medycznych, w pełni został zrealizowany – co stanowi w mojej ocenie istotny wkład w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości. Potwierdzone hipotezy (główna i szczegółowe) stały się dla mnie podstawą do wielu **wniosków**, w tym **rekomendowania szpitalom działań na rzecz podnoszenia poziomu dojrzałości procesowej**. Statystyczna analiza danych jednoznacznie wykazała bowiem występowanie:

- 1) **Zależności pomiędzy dojrzałością procesową szpitali, a jakością świadczonych przez nie usług medycznych** – co powinno skutkować systematycznymi wysiłkami szpitali na rzecz stopniowego rozwoju podejścia funkcjonalnego w kierunku podejścia procesowego, a następnie w kierunku zarządzania procesowego (dojrzałości procesowej na coraz wyższym poziomie). Istotne jest przy tym, aby rozwój dojrzałości procesowej odbywał się z uwzględnieniem specyfiki placówki - jej potrzeb i możliwości, realizowanej misji oraz strategii;
- 2) **Związku o umiarkowanie-wyższym nasileniu pomiędzy dojrzałością procesową rozwoju pracowników szpitala, a jakością usług medycznych, w tym poziomem zadowolenia pacjentów z pobytu w szpitalu** – co powinno skłonić liderów do

większego zaangażowania na rzecz programów rozwoju pracowników, wprowadzania skutecznych systemów motywacyjnych, a także zachęcania pracowników do pracy zespołowej, kreatywności i innowacyjności;

- 3) **Zależności pomiędzy dojrzałością procesową dotyczącą zarządzania infrastrukturą szpitala, a dojrzałością dotyczącą procesów doskonalenia SZJ** – co powinno zachęcić pracowników szpitali do większego zaangażowania się w poprawne, odpowiadające rzeczywistości zdefiniowanie i opisanie procesów w ramach funkcjonujących SZJ, w tym powiązanie ich z procesami dotyczącymi zarządzania infrastrukturą. W wyniku badań ustalono bowiem, że lepsze zarządzanie infrastrukturą szpitalną skutkuje poprawą procesów zarządzania jakością (w tym wykorzystywanych metod i narzędzi);
- 4) **Wysokiej zależności pomiędzy dojrzałością procesów zarządzania szpitalem, a jakością usług medycznych** – to powinno przekonać właścicieli placówek medycznych oraz samą kadrę kierowniczą szpitali (na różnych szczeblach i w różnych obszarach), aby zintensyfikować działania doskonalące procesy zarządzania zarówno ogólnego, zarządzania jakością, jak również zarządzania zasobami finansowymi. Poprawa w tych obszarach w efekcie skutkuje lepszymi wskaźnikami jakościowymi;
- 5) **Wysokiej zależności pomiędzy dojrzałością procesową dotyczącą procesów głównych, a poziomem zadowolenia pacjentów z pobytu w szpitalu** – co powinno upewnić pracowników szpitala realizujących procesy diagnostyczne i lecznicze, że ich działania w sposób kluczowy i bezpośredni wpływają na odczuwaną przez pacjentów satysfakcję z pobytu w szpitalu;
- 6) **Wysokiej zależności pomiędzy dojrzałością procesową dotyczącą procesów pomocniczych, a poziomem zadowolenia pacjentów z pobytu w szpitalu** – co w mojej opinii powinno skutkować wyższym zainteresowaniem i skupieniem uwagi kadry kierowniczej na doskonaleniu procesów pomocniczych, a także docenieniu wysiłków pracowników działów odpowiedzialnych za ich realizację. Badania bowiem potwierdziły, że jest to grupa relatywnie niedoceniana w środowisku szpitalnym, a mająca kluczowe znaczenie w sprawnej i efektywnej realizacji wszystkich procesów;
- 7) **Związku o przeciętnym nasileniu pomiędzy zdolnością organizacyjną szpitala w zakresie realizacji procesów, a jakością usług medycznych** – co powinno skłonić kadrę zarządzającą i wszystkich pracowników szpitali do większego angażowania się w poprawę zdolności organizacyjnych. Rozwój tych zdolności wiąże się z lepszą oceną kluczowych dla realizacji procesów szpitalnych czynników tj.: planowanie,

zarządzanie, kultura organizacyjna, kompetencje kadry zarządzającej, kompetencje pracowników medycznych, administracyjnych i pomocniczych, właściwa obsada stanowisk, komunikacja, infrastruktura, w tym IT, nadzór oraz finanse. Wyniki badań wskazują, że największe deficyty w poziomie wykorzystania potencjału ww. czynników dotyczą infrastruktury (w tym IT), kultury organizacyjnej, nadzoru oraz finansów;

- 8) wysokiej zależności pomiędzy dojrzałością procesową dotyczącą procesów zarządzania, a dojrzałością procesową dotyczącą procesów głównych oraz pomocniczych** – dlatego rekomenduje się szpitalom zweryfikowanie procesów zarządzania, w tym zarządzania ogólnego, finansowego, a także dotyczącego SZJ. Obszary te w bardzo wysokim stopniu determinują bowiem realizację pozostałych procesów szpitalnych – głównych i pomocniczych. Jak wykazała statystyczna analiza danych, rozwój tych obszarów (procesów) istotnie wpływa na jakość usług medycznych, w tym zadowolenie pacjentów z hospitalizacji.

Badania ujawniły także, że spośród siedmiu zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015 **największą siłą oddziaływania na jakość usług medycznych mają zasady: orientacji na pacjenta oraz przywództwa**. Ten argument powinien również wpływać na podjęcie w szpitalach swoistej rewizji stosowanych praktyk w zakresie realizacji opisanych w normie zasad. Samo posiadanie przez szpital certyfikatu ISO 9001 nie powoduje bowiem, że w placówkach tych procesy są lepiej zorganizowane, a jakość usług wyżej oceniana. W toku badań wyraźnie potwierdziła się siła oddziaływania na jakość usług nie tylko kompetencji pracowników medycznych, ale również kadry kierowniczej. Wykazano, że przyczyn niskiej jakości usług medycznych należy upatrywać m.in. w niezarządzanych procesach, nie tylko tych głównych (dotyczących leczenia i diagnostyki), ale także zarządzania i pomocniczych.

4.5. Podsumowanie przeprowadzonych badań

Opisane w przygotowanej przeze mnie monografii modele dojrzałości procesowej, przykłady ich wykorzystywania w szpitalach, a także propozycja dotycząca zastosowania autorskiego, wielowymiarowego modelu MMPM-H dają moim zdaniem nadzieję, że naukowe i praktyczne działania w tym obszarze zostaną w najbliższym czasie zdynamizowane. Zdecydowane potwierdzenie założonych hipotez badawczych powinno w mojej opinii wpłynąć na większe zainteresowanie rozwojem dojrzałości procesowej w środowisku szpitalnym (w tym wykorzystaniem modeli dojrzałości). Wyzwania cywilizacyjne (a w ostatnim czasie także epidemiczne) stojące przed sektorem opieki zdrowotnej powodują, że niezbędne staje się ciągle

poszukiwanie nowych koncepcji, metod i narzędzi doskonalenia procesów realizowanych w placówkach medycznych. Jak wynika z moich badań, są one wyraźnie skorelowane z jakością usług medycznych, w tym z poziomem zadowolenia pacjentów. Przygotowana przeze mnie **publikacja wypełnia zidentyfikowaną lukę badawczą** w zakresie nie tylko oceny poziomu dojrzałości procesowej szpitali, ale także badania zależności pomiędzy dojrzałością procesową placówek tego typu, a jakością świadczonych przez nie usług.

Wartość utylitarną opracowania podnosi w mojej ocenie zaproponowany przeze mnie wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej szpitali MMPM-H, który:

- 1) pozwala na ewaluację poziomu dojrzałości procesowej wszystkich obszarów szpitala (procesów zarządzania, głównych i pomocniczych),
- 2) łączy główne kryteria oceny dojrzałości procesowej z elementami uzupełniającymi, co pozwala na pełniejszą analizę realizowanych w ramach procesów działań,
- 3) daje możliwość jednoczesnej ewaluacji dojrzałości procesowej szpitala z ewaluacją jakości usług medycznych, co umożliwia porównanie wyników placówki w tych dwóch płaszczyznach,
- 4) odnosi się do kluczowych czynników, w tym zdolności organizacyjnych szpitala wpływających na efektywność zarządzania procesowego,
- 5) jest kompatybilny do wymagań powszechnej w szpitalach normy ISO 9001:2015 - odnosi się nie tylko do poziomu realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością, ale także definiowanych i opisywanych w ramach SZJ procesów,
- 6) pozwala na porównywanie wyników dotyczących poziomu dojrzałości procesowej w różnych obszarach szpitala (procesach), w tym porównywanie ich w czasie,
- 7) stanowi narzędzie wspierania szpitali w podnoszeniu świadomości pracowników - zrozumieniu zasad i uwarunkowań implementacji koncepcji dojrzałości procesowej,
- 8) daje możliwość dokonywania analiz porównawczych z innymi podmiotami.

Dla podniesienia wartości praktycznej przeprowadzonych badań, w monografii **przedstawiłam propozycję implementacji modelu**, w tym etapy stopniowego wdrażania koncepcji oraz arkusz ewaluacyjny.

Do podstawowych, **potencjalnych korzyści** poprawnego wdrożenia i systematycznego wykorzystywania modelu MMPM-H zaliczam przede wszystkim: lepsze poznanie potencjału szpitala (posiadanych zasobów), zidentyfikowanie obszarów wymagających usprawnienia, a także zdobycie wiedzy na temat możliwości poprawy efektów prowadzonej działalności, w ramach realizowanych procesów. **Fundamentalne jednak znaczenie w mojej opinii może mieć wpływ praktycznego wykorzystania modelu na podniesienie świadomości wszystkich**

pracowników na temat ich roli w procesach, a w efekcie osiągniętych przez szpital wynikach. Nie jest bowiem powszechna w środowisku szpitalnym świadomość związków pomiędzy zarządzaniem procesowym, a efektywnością placówki, w tym jakością świadczonych usług medycznych. Według mnie, zastosowanie zaproponowanego modelu zwiększa także szansę na poprawę komunikacji pomiędzy poszczególnymi stanowiskami i komórkami, lepsze zrozumienie istoty zespołowości i w konsekwencji podniesienie kultury organizacyjnej. Optymalizacja i usprawnienie procesów realizowanych w poszczególnych obszarach zapewne korzystnie wpłynie także na eliminowanie nadmiernie ponoszonych kosztów, wynikających np. z marnotrawstwa, błędnie zaplanowanych i realizowanych procesów.

Reasumując, przeprowadzone **badania w sposób istotny w mojej ocenie pogłębiają wiedzę naukową i wypełniają zidentyfikowaną lukę badawczą.** Szczegółowe i wielowymiarowe badania empiryczne oparte zostały bowiem na wnikliwej analizie obecnego dorobku w przedmiocie zarówno dotyczącym modeli dojrzałości procesowej, jak również kształtowania i ewaluacji jakości usług medycznych. Osiągnięte przeze mnie wyniki **wzbogaciły dyscyplinę nauk o zarządzaniu i jakości nie tylko o wiedzę z zakresu metodyki i wyników oceny dojrzałości procesowej szpitali (ich procesów zarządzania, głównych i pomocniczych), ale także w zakresie potwierdzonych statystycznie zależności pomiędzy poziomem dojrzałości procesowej, a jakością świadczonych usług medycznych.** Oczywiście zdaję sobie sprawę z niewyczerpania w opublikowanej monografii tak złożonej problematyki. Mam jednak nadzieję, że zaprezentowane kwestie i zagadnienia staną się przedmiotem wielu dalszych dyskusji i badań naukowych.

Opierając się na badaniach literaturowych oraz uzyskanych wynikach z przeprowadzonych badań empirycznych widzę wiele **kierunków ewentualnych dalszych prac badawczych** w tym zakresie. Według mnie dalsze prace badawcze będą skupiały się przede wszystkim na następujących zagadnieniach:

- doskonaleniu systemów zarządzania placówkami medycznymi (w tym SZJ),
- doskonaleniu metod i narzędzi zarządzania procesowego w szpitalach,
- nowych koncepcjach i rozwiązaniach w zakresie udostępniania dedykowanych baz danych, a także oprogramowania dla szpitali i innych placówek medycznych,
- narzędziach do monitorowania jakości usług medycznych,
- narzędziach do monitorowania procesów szpitalnych (zarządzania, głównych i pomocniczych),

- kolejnych propozycjach modeli dojrzałości procesowej, w tym dotyczących ewaluacji wszystkich procesów szpitalnych (nie tylko jednego obszaru),
- tworzeniu nowych modeli dojrzałości rozwoju pracowników,
- badaniach w zakresie tworzenia modeli dojrzałości procesowej dedykowanych dla współpracujących ze sobą placówek medycznych (np. kilku),
- analizie i ocenie dojrzałości procesowej placówek medycznych (nie tylko szpitali),
- badaniach skuteczności praktycznego zastosowania modeli dojrzałości procesowej w szpitalach,
- badaniach efektywności szpitali, w tym dotyczących nowych narzędzi do jej monitorowania,
- badaniach struktur organizacyjnych szpitali, w tym ich elastyczności i zdolności do realizacji wyznaczonych celów,
- badaniach dotyczących integracji systemów zarządzania w szpitalach,
- analizach i propozycjach dotyczących współpracy pomiędzy placówkami medycznymi (dotyczących zarządzania siecią szpitali),
- badaniach porównawczych, dotyczących np. kilku szpitali w zakresie zarządzania procesowego,
- rozwiązaniach mających na celu poprawę bezpieczeństwa i jakości pracy pracowników szpitali, w tym pracowników medycznych,
- kolejnych propozycjach w zakresie metodyki oceny jakości usług medycznych,
- propozycjach w zakresie usprawniania i zwiększania efektywności systemów monitorujących procesy szpitalne,
- badaniach dotyczących stopnia realizacji wymagań normy ISO 9001 w szpitalach i pozostałych placówkach medycznych.

Większość z wymienionych powyżej zagadnień mieści się w obszarze moich zainteresowań badawczych. Jednak głównym zadaniem naukowym jakie planuję wyznaczyć sobie w najbliższej przyszłości jest udoskonalenie opracowanego przeze mnie modelu MMPM-H - tak aby zwiększyć szansę na jego praktyczne wykorzystanie w szpitala

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej

5.1. Projekt badawczy pn. „Metodologia tworzenia systemu mierników jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale” - współpraca z Wydziałem Zarządzania, Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Katedrą Statystyki

W latach 2011-2014 współpracowałam w międzyuczelnianym zespole badawczym, realizującym **projekt badawczy pn. „Metodologia tworzenia systemu mierników jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale”** – finansowanym ze środków Narodowego Centrum Nauki (66 492, 50 PLN) w ramach umowy nr UMO-2011/01/B/HS4/05924 (nr identyfikacyjny w bazie danych systemu Obsługi Strumieni Finansowania 157126). Umowa została zawarta z Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu, a kierownikiem projektu był dr Cyprian Kozyra z Katedry Statystyki (Załącznik: potwierdzenie udziału w projekcie). Projekt rozliczono.

W projekcie **pełniłam rolę wykonawcy** – przygotowałam opracowanie naukowe dotyczące pomiaru aspektu finansowego oraz wykorzystania kart kontrolnych w zarządzaniu jakością usług szpitalnych. Wyniki prowadzonych przeze mnie badań zostały opublikowane w czasopiśmie „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły HUMANITAS. Zarządzanie”:

- *Monitorowanie aspektu finansowego w procesie doskonalenia jakości usług medycznych – propozycje metodyczne dla szpitali*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły HUMANITAS. Zarządzanie”, tom XVII, z. 2, 2016, s. 285-299, ISSN: 1899-8658, Open Access, DOI: 10.5604/18998658.1210131, 8 pkt. MNiSW (2016), aktualnie czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych – 20 pkt.

W opracowaniu zwróciłam uwagę na istotę i znaczenie monitorowania aspektu finansowego w procesie doskonalenia jakości usług medycznych. Wykazałam, że aspekt ten jest kluczowy dla tworzenia sprzyjających warunków realizacji misji i celów, dla jakich powołane zostały zakłady opieki zdrowotnej (poprawy zdrowia i ratowania życia). Badania literaturowe w zakresie metodyki pomiaru jakości w warunkach szpitalnych, a także przeprowadzone badania empiryczne dotyczące rodzajów wewnętrznych analiz finansowych pozwoliły mi na prezentację przykładowych wskaźników pomiaru aspektu finansowego w ocenie jakości usług

medycznych, świadczonych przez szpitale (badania przeprowadziłam w kilku szpitalach woj. dolnośląskiego).

- **Wnioski z przeprowadzonych badań naukowych**

W konkluzjach badawczych podkreśliłam, że kluczowe w procesie monitorowania wyników finansowych jest posiadanie przez szpital sprawnego systemu informacyjnego, który będzie jednocześnie systemem całościowym (umożliwiającym sprawne i szybkie gromadzenie danych oraz przekazywanie ich do komórek decyzyjnych w formie jak najbardziej ujednoliconej i spójnej, a także łatwej do dalszego przetworzenia). Na rynku istnieją systemy informatyczne, które oprócz modułów obsługujących normalną pracę organizacji mają udostępniony zintegrowany moduł controllingowy (np. systemy Columb Controlling). Systemy te stanowią narzędzie do analiz, budżetowania i raportowania i są zintegrowane z MS Excel oraz popularnymi systemami ERP, zbierają przy tym dane z wszystkich obszarów działalności i zestawiają w formie raportów do analizy i wyciągnięcia wniosków. Większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ) nie stać jednak na ich wprowadzenie. Alternatywą jest przystosowanie istniejących systemów do zbierania i przekazywania danych w formie maksymalnie zintegrowanej. Zgromadzone i przetworzone dane wraz z opisem analitycznym oraz komentarzem powinny być przekazane kierownictwu, a stamtąd przejść w dwóch kierunkach do komórek „usługowych” (oddziałów) i „zadaniowych” (działów pomocniczych). Integracja informacji powinna odbywać się przy tym na kilku poziomach: całości zakładu opieki zdrowotnej, poszczególnych zakresów leczenia, a także poszczególnych komórek organizacyjnych. W artykule rekomendowałam, że raport z analizy i oceny aspektów finansowych, który uwzględnia wszystkie elementy (jest raportem pełnym), powinien składać się przede wszystkim z: zestawienia parametrów wykonania z planem, identyfikacji odchyleń (negatywnych i pozytywnych), uwzględnienia wpływu czynników zewnętrznych i wewnętrznych, wniosków z analizy przyczyn powstania odchyleń, oceny odchyleń, propozycji rozwiązań i projektów zmian, propozycji korekt w planach na różnych poziomach, a także propozycji dotyczących elementów motywowania pracowników ZOZ.

Współpracę z Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu, Katedrą Statystyki rozpoczęłam w 2011 roku, kiedy to nakładem Wydawnictwa Difin w Warszawie ukazała się książka pt. *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne* (autorzy: Beata Detyna, Jerzy Detyna). Współpraca ta zaowocowała moim aktywnym udziałem w dwóch konferencjach organizowanych przez Katedrę, a także związanymi z nimi trzema publikacjami naukowymi (zespołowymi):

- **Wrocławskie Obchody 100-lecia Istnienia Polskiego Towarzystwa Statystycznego połączone z Ogólnopolską Konferencją Naukową** - Wrocław 18-19.09.2012 – organizatorzy: Katedra Statystyki Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz Polskie Towarzystwo Statystyczne:
 - Referat nr 1 (zespołowy) i sesja plakatowa: B. Detyna, J. Detyna, M. Donocik, B. Kisiała, M. Mróz, *Karty kontrolne w ocenie jakości kruszyw dla budownictwa drogowego*; Publikacja [w:] *Społeczno-gospodarcze aspekty statystyki*, red. E. Mazurek, Z. Rusnak, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 309, Wrocław 2013, ISSN 1899-3192, 7 pkt. MNiSW;
 - Referat nr 2 (zespołowy) i sesja plakatowa: B. Detyna, J. Detyna, M. Donocik, B. Kisiała, M. Mróz, *Przydatność testów nieparametrycznych Kruskala-Wallisa i mediany w długoterminowej ocenie parametrów kruszyw melafirowych*; Publikacja [w:] *Społeczno-gospodarcze aspekty statystyki*, red. E. Mazurek, Z. Rusnak, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 309, Wrocław 2013, ISSN 1899-3192, 7 pkt. MNiSW;
 - Materiały konferencyjne: *Wrocławskie obchody 100-lecia istnienia Polskiego Towarzystwa Statystycznego, 18-19 października 2012 r.*, Katedra Statystyki Uniwersytetu we Wrocławiu, Urząd Statystyczny we Wrocławiu, ISBN: 978-83-934509-0-9, s. 65-66; s. 67-68.

- **V Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Jakość życia a zrównoważony rozwój”** - Wrocław 20-21.09.2012 – organizator: Katedra Statystyki Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu:
 - Referat nr 1 (zespołowy): B. Detyna, J. Detyna, A. Dudek-Kajewska, *Wypalenie zawodowe jako następstwo stresu w pracy zawodowej pracowników medycznych*; [w:] *Jakość życia a zrównoważony rozwój*, red. Z. Rusnak, B. Zmysłona, Prace Naukowe UE nr 293, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013, ISSN 1899-3192, 7 pkt. MNiSW;
 - Referat nr 2 (zespołowy): B. Detyna, J. Detyna, A. Dudek-Kajewska, *Wpływ zarządzania czasem na jakość życia nauczycieli języków obcych*;
 - Materiały konferencyjne: *Quality of life and Sustainable Development. Conference Proceedings*, Wrocław, September 20-21, 2012, s. 32-33.

5.2. Projekt naukowy pn. „Doskonalenie organizacyjne uczelni przyszłości (UNIFUT.PL)” - współpraca z Wydziałem Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedrą Zarządzania Instytucjami Szkolnictwa Wyższego

W latach 2017-2019 aktywnie uczestniczyłam w pracach międzyuczelnianego zespołu badawczego w ramach projektu naukowego pn. „**Doskonalenie organizacyjne uczelni przyszłości (UNIFUT.PL)**” w ramach programu „Dialog” MNiSW - nr wniosku: DIALOG 0146/2017 (wartość projektu: 1 mln PLN). Jednostką prowadzącą był Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, a kierownikiem projektu prof. dr hab. Łukasz Sułkowski, kierownik Katedry Zarządzania Instytucjami Szkolnictwa Wyższego UJ. Zespół projektowy składał się kilkunastu naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego, Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Politechniki Gdańskiej, a także Społecznej Akademii Nauk. Ja reprezentowałam Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu. Prace zespołu dotyczyły badań w dziesięciu obszarach:

- Obszar 1. zarządzanie strategiczne uczelniami,
- Obszar 2. zarządzanie umiędzynarodowieniem szkół wyższych,
- Obszar 3. innowacje organizacyjne w uczelniach,
- Obszar 4. zarządzanie kapitałem ludzkim w uczelni,
- Obszar 5. przedsiębiorczość i przywództwo akademickie,
- Obszar 6. doskonalenie i rozwój kadry akademickiej,
- Obszar 7. marketing uczelni,
- Obszar 8. zarządzanie jakością w uczelniach,
- Obszar 9. zarządzanie finansami uczelni,
- Obszar 10. zarządzanie wiedzą i informacją w uczelniach.

Celem projektu była „praca nad wzmocnieniem procesu uczenia się uczelni w zakresie stosowania wartościowych koncepcji i metod zarządzania, które są badane i opisywane w światowej i polskiej literaturze przedmiotu”.

W projekcie **pełniłam rolę wykonawcy** – przygotowałam dwa opracowania naukowe w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim w uczelni (obszar 4) oraz zarządzania jakością w uczelniach (obszar 8). Opracowania te stanowią rozdziały w monografiach, które zostały opublikowane nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Wydawnictwa Społecznej Akademii Nauk w Łodzi:

- B. Detyna, *Lean Management jako koncepcja zarządzania uczelnia – możliwości i bariery implementacji*, [w:] *Doskonalenie systemów organizacyjnych*, red. Ł. Sułkowski, K. Wach, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019, s. 43-60, ISBN: 978-83-233-4729-3, ISBN: 978-83-233-7013-0 (e-book), Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I;
- B. Detyna, *Monitorowanie zaangażowania i kreatywności pracowników naukowo-dydaktycznych – propozycje metodyczne*, [w:] *Zarządzanie kapitałem ludzkim w uczelniach*, red. Ł. Sułkowski, J. Fijałkowska, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2019, s. 213-232, ISBN: 978-83-64971-80-8, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I.

Idea dialogu w projekcie realizowana była poprzez komunikację pomiędzy badaczami i osobami specjalizującymi się w problematyce zarządzania uczelniami, kadra kierowniczą (np. rektorami, prorektorami, dziekanami) oraz innymi interesariuszami (przedstawicielami administracji, studentów i otoczenia społeczno-gospodarczego). Poszukiwane były i analizowane na przykładach polskich i zagranicznych skuteczne praktyki w zarządzaniu uczelniami na różnych poziomach i obszarach funkcjonalnych. Podczas badań przyjęto założenie, że skuteczne stosowanie koncepcji, metod i praktyk zarządzania w uczelniach służy doskonaleniu działalności akademickiej. Prace zespołu miały na celu m.in. analizę i ocenę rozpowszechnionych na świecie koncepcji, metod i praktyk zarządzania uczelniami pod kątem możliwości ich adaptacji w warunkach polskich (Załącznik: potwierdzenie udziału w projekcie, zaproszenie do publikacji).

- **Wnioski z przeprowadzonych badań naukowych**

Podsumowując przeprowadzone przeze mnie badania w ramach udziału w projekcie UNIFUT.PL, dotyczące *Lean Management jako koncepcji zarządzania uczelnia* wskazałam zarówno na możliwości, jak i występujące bariery jej implementacji. Uważam, że siłą sprawczą w prawidłowo wdrożonej i funkcjonującej koncepcji *Lean* jest jej systemowe i holistyczne odniesienie oraz oddziaływanie na wszystkie elementy organizacji. Jej istotę widzę w integrowaniu zdywersyfikowanych komórek organizacyjnych, co w środowisku akademickim mogłoby stanowić ważny krok na drodze ku efektywniejszemu i udoskonalonemu funkcjonowaniu. Przyjęcie przez szkoły wyższe filozofii *Lean Management*, w tym zasad *Kaizen* mogłoby w mojej ocenie, w relatywnie krótkim czasie, bez konieczność znacznych nakładów finansowych doprowadzić m.in. do zaoszczędzenia czasu, który podczas realizacji różnego typu zadań i projektów jest często marnowany. Pomimo wzmacniania działalności uczelni nowymi technologiami informatycznymi nadal można wskazać liczne *muda*, które powinno się eliminować. Stosowanie w praktyce zasad *Lean* mogłoby z czasem przyczynić się

do uzyskania wartości dodanej, która będzie wymierna zarówno w kontekście organizacyjnym, finansowym, jak i społecznym. Przy tym uważam, że nie należy spodziewać się, iż implementacja LM oraz postępowanie zgodne z *Kaizen* przyniosą spektakularne wyniki ekonomiczne w krótkim czasie. Jest to bowiem filozofia wymagająca wytrwałego i konsekwentnego budowania kultury organizacyjnej, opartej na wzajemnym szacunku współpracujących ze sobą ludzi (pracowników, studentów, różnych grup interesariuszy). Niezbędne według mnie jest przy tym przywództwo zdeterminowanych i zaangażowanych liderów zmian. W swoim opracowaniu naukowym rekomendowałam, aby zaangażowanie i podejmowane przez pracowników uczelni działania skupiały się na kluczowych dla studentów i innych grup interesariuszy procesach. W tym celu niezbędne jest zdefiniowanie i właściwe organizowanie strumieni wartości. Zaś eliminowaniu marnotrawstwa powinny być dedykowane długoterminowe programy ciągłego doskonalenia – oparte na metodzie naukowej oraz wiedzy i umiejętnościach wszystkich tych, którzy na co dzień realizują poszczególne procesy.

Druga część przeprowadzonych przeze mnie badań w ramach udziału w projekcie UNIFUT.PL dotyczyła opracowania **propozycji metodycznych w zakresie monitorowania zaangażowania i kreatywności pracowników akademickich**. W wydanej przez Społeczną Akademię Nauk publikacji zaproponowałam narzędzie w postaci audytu zaangażowania i kreatywności pracowników. Podkreśliłam przy tym, że aby zwiększyć ich zaangażowanie na rzecz rozwoju uczelni, na wstępie należy ocenić jaki jest obecny jego poziom i jakie elementy kształtują obecną aktywność pracowników. W diagnozie tej pomocna może okazać się proponowana przeze mnie karta kontrolna, której skuteczność i efektywność będzie zależała od właściwego dostosowania jej do specyfiki uczelni oraz potrzeb jej interesariuszy. Kluczowe znaczenie w procesie aktywizowania pracowników w mojej opinii ma zachowanie i przykład zarządzających, którzy podczas realizacji strategii i programów HR powinni wykazać się wiarygodnością oraz konsekwencją. Kierowane pod adresem pracowników deklaracje powinny zatem urzeczywistniać się w codziennej działalności organizacyjnej, dydaktycznej i naukowej – być pozytywnie weryfikowane w praktyce. W opracowanym rozdziale monografii podkreśliłam, że doskonalenie realizowanych w uczelni procesów (naukowych, dydaktycznych, zarządczych, organizacyjnych itd.) wymaga właściwego zrozumienia i wdrożenia przywództwa, które powinno przyczyniać się do zwiększania zaangażowania i pobudzania kreatywności pracowników. Przy tym warunkiem realizacji tego celu jest w mojej opinii utrzymanie otwartej komunikacji z pracownikami, która z jednej strony musi dostarczać informacji o realizowanych procesach, a z drugiej o wizji, misji, celach, podziale zadań,

uprawnień i odpowiedzialności. Jedną z form komunikacji może być także regularna ocena aktywności pracowników naukowo-dydaktycznych. We wnioskach z przeprowadzonych badań wskazałam, że niezbędnym warunkiem doskonalenia systemu motywowania pracowników do większej aktywności na rzecz rozwoju całej uczelni jest także odpowiedni klimat organizacyjny, czyli panująca atmosfera współdziałania ludzi w miejscu pracy. Przy tym, kluczową rolę w kształtowaniu i rozwoju funkcji personalnej uczelni, w tym w zakresie podejmowanych działań motywujących powinny pełnić komórki personalne (działy kadr, HR). Komórki te, niestety w warunkach polskich uczelni dosyć wolno się przeobrażają, koncentrując swoją uwagę zbyt mocno na działaniach administracyjnych, a nie tak jak powinny w mojej ocenie na doradztwie i wsparciu działań strategicznych (celów długofalowych) szkoły wyższej.

Prowadzone przeze mnie badania w ramach realizacji projektu pn. **„Doskonalenie organizacyjne uczelni przyszłości (UNIFUT.PL)”** wpisują się w moje zainteresowania naukowe, co potwierdzają liczne publikacje dotyczące tego obszaru. Dotychczas ukazało się łącznie **26 publikacji naukowych** mojego autorstwa z zakresu zarządzania w szkołach wyższych, w tym jakości i efektywności kształcenia, a także pomiaru i oceny jakości usług edukacyjnych.

5.3. Badania w zakresie wykorzystania narzędzi statystycznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości – współpraca z Wydziałem Mechanicznym Politechniki Wrocławskiej, Katedrą Mechaniki, Inżynierii Materiałowej i Biomedycznej

Od 2010 roku współpracuję z Katedrą Mechaniki, Inżynierii Materiałowej i Biomedycznej Politechniki Wrocławskiej. Współpraca naukowa dotyczy przede wszystkim zagadnień związanych z:

- ilościową oceną jakości usług medycznych – wykorzystaniem w tym celu mierników i wskaźników,
- wykorzystaniem metod statystycznych w długoterminowej ocenie jakości usług medycznych, w tym kart kontrolnych Shewhart’a,
- kształtowaniem i oceną procesów w placówkach medycznych z wykorzystaniem zaawansowanych metod analizy danych, w tym: analiz wielowymiarowych, analiz procesu, analiz PLS i PCA, sieci neuronowych i data mining.

W wyniku podjętych z dr hab. inż. Jerzym Detyną, prof. uczelni, wspólnych działań wydano w okresie 2010-2020 kilkanaście publikacji naukowych (Załącznik: potwierdzenie współpracy). Wśród nich znajdują się m.in.:

- B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wyd. Difin, Warszawa 2011, s. 350, ISBN: 978-83-7641-507-9, 40 pkt. MNiSW, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I – książka stanowi cenne źródło informacji dla zakładów opieki zdrowotnej różnego typu,
- B. Detyna, J. Detyna, *Mapa jakości oferty szkoleniowej jako narzędzie wspomagające zarządzanie szpitalem*, [w:] *Determinanty zarządzania jakością życia. Usługi i żywność*, red. T. Sikora, U. Balon, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2012, s. 45-65, ISBN: 978-83-929209-6-0, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Monitorowanie procesów logistycznych szpitala – przykład wykorzystania kart kontrolnych Shewhart’a*, „Logistyka”, nr 3, 2013, s. 44-48, ISSN: 1231-5478, Open Access, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Zastosowanie wskaźników tempa zmian oraz sezonowości w analizie dynamiki procesów logistycznych w usługach medycznych*, „Logistyka”, nr 5, 2013, s. 45-48, ISSN: 1231-5478, Open Access, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, A. Dudek-Kajewska, *Wypalenie zawodowe jako następstwo stresu w pracy zawodowej pracowników medycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, *Jakość życia a zrównoważony rozwój*, red. Z. Rusnak, B. Zmyślona, nr 293, 2013, s. 57-73, ISSN: 1899-3192, 7 pkt. MNiSW, Czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych - aktualnie 20 pkt.;
- B. Detyna, J. Detyna, M. Donocik, B. Kisiała, M. Mróz, *Karty kontrolne w ocenie jakości kruszyw dla budownictwa drogowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, *Spoleczno-gospodarcze aspekty statystyki*, red. Z. Rusnak, E. Mazurek, nr 309, 2013, s. 42-53, ISSN: 1899-3192, 7 pkt. MNiSW, Czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych– aktualnie 20 pkt.;
- B. Detyna, J. Detyna, M. Donocik, B. Kisiała, M. Mróz, *Przydatność testów nieparametrycznych Kruskala-Wallisa i mediany w długoterminowej ocenie parametrów kruszyw melafirowych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, *Spoleczno-gospodarcze aspekty statystyki*, red. Z. Rusnak, E. Mazurek, nr 309, 2013, s. 27-41, ISSN: 1899-3192, 7 pkt. MNiSW, Czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych - aktualnie 20 pkt.;
- B. Detyna, J. Detyna, *Karty kontrolne jako narzędzie oceny jakości procesów w usługach medycznych – przykłady zastosowania*, [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 5)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, s. 135-147, ISBN: 978-83-63839-16-1, ISSN: 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *The Importance of Integration in Hospital Quality Management*, [in:] *Current trends in Management: Business and Public Administration*, ed. A. Świrska, Siedlce University of Natural Sciences and Humanities Publishing House, Siedlce 2015, pp. 31-42, ISBN: 978-83-7051-791-5, 5 pkt. MNiSW, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I (20 pkt. za rozdział);

- B. Detyna, J. Detyna, J. Banasiak, *Wyzwania stojące przed logistyką produkcji w rolnictwie*, „Logistyka”, nr 4, 2015, s. 12-16, ISSN: 1231-5478, Open Access, Czasopismo do 2014 roku na liście czasopism punktowanych - w 2013-2014 – 10 pkt.;
- B. Detyna, J. Detyna, *Multidimensionality of management efficiency - measurement proposal in public administration*, [in:] *Effectiveness of management: micro and macro level*, ed. A. Świrska, K. Wąsowska, Siedlce University of Natural Sciences and Humanities Publishing House, Siedlce 2016, pp. 68-80, ISBN: 978-83-7051-822-6, 6 pkt. MNiSW, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I (20 pkt. za rozdział);
- B. Detyna, J. Detyna, A. Dudek-Kajewska, *Evaluation of training programs by medical employees in a chosen hospital in Poland*, „Managerial Economics”, AGH University of Science and Technology Press, Kraków, Vol. 17, No. 2, 2016, pp. 203-216, ISSN: 1898-1143, e-ISSN: 2353-3617, Open Access, DOI: <http://dx.doi.org/10.7494/manage>, 13pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, A. Dudek-Kajewska, *Analiza satysfakcji z pracy oraz potrzeb szkoleniowych z zakresu zarządzania czasem – wyniki badań wśród lektorów*, „Problemy Jakości”, nr 5, 2016, s. 24-30, ISSN: 0137-8651 e-ISSN: 2449-9862, Open Access, 11 pkt. MNiSW;
- J. Banasiak, J. Detyna, B. Detyna *Problems in agro logistics – a proposals to the use of selected indicators*, „International Journal of Engineering Research and Applications” (IJERA), Vol. 6, Issue 9, (Part III) September 2016, pp. 32-38, ISSN: 2248 9622, Open Access, Impact Factor 1.69 (By Google Scholar Citation Report).
- B. Detyna, J. Detyna, *Possibility of using control cards in the improvement of medical services quality*, “International Journal of Current Advanced Research”, Vol. 6; Issue 3; March 2017, pp. 2564-2570, ISSN: 2319-6505, e-ISSN: 2319-6475, Open Access, DOI: <http://dx.doi.org/10.24327/ijcar.2017.2570.0050>, Impact Factor: SJIF: 6.614.

5.4. Badania w zakresie logistyki społecznej – współpraca z Kolegium Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katedrą Logistyki Społecznej

Od 2008 roku współpracuję z Panem Prof. dr hab. inż. Jackiem Szołtyskiem, kierownikiem Katedry Logistyki Społecznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, a także jej pracownikami: dr hab. Ewą Płaczek, prof. UE i dr Sebastianem Twarogiem. Moje zainteresowania naukowe mieszczą się w obszarze badawczym Katedry Logistyki Społecznej w Katowicach. Jej perspektywa badawcza koncentruje się bowiem na współczesnych wyzwaniach jakie otoczenie stwarza dla prawidłowego funkcjonowania społeczności. Kilkunastoletnia już współpraca zaowocowała wieloma wspólnymi inicjatywami naukowymi i działaniami. Ich efektem i potwierdzeniem jest **kilkanaście wspólnie wydanych publikacji:**

- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 2)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2011, ISBN: 978-83-88425-59-2, 4 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 3)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2012, ISBN 978-83-638339-02-4, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, S. Twaróg, J., *Logistyka w obszarze usług publicznych w świetle współczesnych uwarunkowań*, [w:] *Demograficzne uwarunkowania logistyki społecznej*, red. J. Szołtysek, G. Trzpiot, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 175, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013, ISSN 2083-8611, 7 pkt. MNiSW, Czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych - aktualnie 20 pkt.;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 4)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2013, ISBN 978-83-638339-12-3; ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 5)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Matuszek, J. Szołtysek, *Praca dyplomowa inżynierska. Poradnik metodyczny*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN: 978-83-6389-24-6, 20 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Monitorowanie procesów logistycznych szpitala w procesie doskonalenia jakości usług medycznych*, red. J. Szołtysek, S. Twaróg, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 249, 2015, ISSN 2083-8611, 10 pkt. MNiSW, Czasopismo znajduje się na liście czasopism naukowych - aktualnie 20 pkt.;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 6)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN 978-83-88425-63839-28-4, 4 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 7)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2016, ISBN 978-83-638339-35-2, 5 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 8)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2017, ISBN 978-83-638339-45-1, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Matuszek, J. Szołtysek, *Praca dyplomowa inżynierska, magisterska*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2018, ISBN: 978-83-63839-57-4, 20 pkt. MNiSW.

Moja współpraca naukowa z Katedrą Logistyki Społecznej nie dotyczyła jedynie przygotowywania wspólnych publikacji. Pracownicy Katedry wielokrotnie uczestniczyli w organizowanej przez Koło Naukowe Młodych Logistyków „Just in Time” (którego jestem opiekunem od 2010 roku) Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Logistyków „POLLOGUS” - skupiającej corocznie (od 11 lat) uczestników z wielu ośrodków akademickich, a także przedstawicieli środowiska społeczno-gospodarczego. Swoje referaty i wystąpienia podczas cyklicznie odbywających się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu konferencji mieli prof. dr hab. inż. Jacek Szołtysek, dr hab. Ewa Płaczek, prof. UE oraz dr Sebastian Twaróg. Pracownicy Katedry uczestniczyli także w Jubileuszowej (z okazji 15-lecia PWSZ AS w Wałbrzychu) Konferencji Naukowej pn. „Rola logistyki miasta w kształtowaniu jakości życia mieszkańców” – 14.05.2014 r. (której byłam głównym organizatorem).

Z Panem dr S. Twarogiem realizowałam w okresie 2012-2013 wspólne badania, których efektem jest publikacja pt. *Logistyka w obszarze usług publicznych w świetle współczesnych uwarunkowań*, [w:] *Demograficzne uwarunkowania logistyki społecznej*, red. J. Szołtysek, G. Trzpiot, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 175/2013.

Celem naszych wspólnych badań było wykazanie przesłanek wdrożenia rozwiązań znanych w logistyce do szeroko pojętego sektora usług publicznych. Współczesne społeczeństwa mając coraz szerszy dostęp do informacji wymagają bowiem od świadczeniodawców, aby usługi spełniały coraz wyższe wymagania pod względem dostępności i jakości. W opracowanej przez nas publikacji wykazaliśmy, że wdrażanie koncepcji zarządzania logistycznego do organizacji publicznych (w tym szpitali) wymaga identyfikacji procesów towarzyszących świadczeniu usług, zrozumienia ich wzajemnych powiązań i zależności, a także ich systemowego ujęcia. Wspólne badania miały także na celu przedstawienie nowych kierunków zarządzania w sektorze publicznym. We wnioskach rekomendowaliśmy, że kadra kierownicza tego sektora powinna być zdolna do niezbędnych zmian struktury organizacyjnej w zarządzanych podmiotach – tak, aby zapewnić jej elastyczność w reagowaniu na nowe wyzwania. Za kluczową w tym kontekście uznaliśmy umiejętność pracy w zespole. Przy tym wykazaliśmy, że styl kierowania powinien dostosowywać się do indywidualnych potrzeb współpracowników, specyfiki realizowanych zadań, ich złożoności, ważności, a także stopnia podejmowanego ryzyka i odpowiedzialności. Podkreśliliśmy również znaczenie działań w kierunku podniesienia wartości całej organizacji, a nie jedynie na krótkofalowe wyniki finansowe, czy poprawę sondaży. W konkluzjach po przeprowadzonych badaniach odnotowaliśmy, że znane z

logistyki koncepcje zarządzania są cennym źródłem wiedzy, która może wpłynąć na racjonalizację działań podejmowanych w sektorze publicznym – poprawę relacji z klientami, zacieśnianie współpracy z partnerami oraz tworzenie sieciowych powiązań

Podsumowując dotychczasową współpracę z pracownikami Katedry Zarządzania Logistycznego Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach uważam, że w sposób istotny przyczyniła się ona do wzbogacenia mojego dorobku naukowego o wiele ciekawych prac badawczych, zarówno zespołowych, jak też indywidualnych.

Ponad to w latach 2013-2017 Członkiem Rady Programowej monografii pt. *Logistyka. Współczesne wyzwania* (red. Jacek Szołtysek, Beata Detyna) był prof. dr hab. Sławomir Smyczek, kierownik Katedry Badań Konsumpcji Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach – w ramach podpisanej umowy z Wydawnictwem Uczelnianym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (wydano wspólnie pięć numerów monografii).

5.5. Badania w zakresie zarządzania logistycznego w sektorze publicznym – współpraca z Wydziałem Ekonomicznym Uniwersytetu Opolskiego, Katedrą Logistyki i Marketingu

Od 2013 roku współpracuję z Panią dr hab. Sabiną Kauf, prof. UO, kierownikiem Katedry Logistyki i Marketingu w Instytucie Nauk o Zarządzaniu i Jakości, na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu Opolskiego. Nasza współpraca naukowa skupia się głównie na takich zagadnieniach jak:

- logistyka i jej współczesne wyzwania,
- oddziaływanie logistyki na rozwój miast i regionów,
- kształtowanie procesów logistycznych w środowisku zakładów opieki zdrowotnej.

Efektom wieloletniej współpracy z Katedrą Logistyki i Marketingu jest szereg publikacji naukowych, a w szczególności cyklicznie ukazująca się monografia pt. *Logistyka. Współczesne wyzwania*. W latach 2013-2018 współpracowałam z Panią Profesor Sabiną Kauf, która pełniła funkcję Członka Rady Programowej monografii (Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu). Ja w tym okresie realizowałam zadania jako sekretarz Rady Programowej i współredaktor kolejnych numerów:

- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 4)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2013, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;

- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 5)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 6)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 7)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2016, ISSN 2300-083X, 5 pkt. MNiSW;
- *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 8)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2017, ISSN 2300-083X, 5 pkt. MNiSW;

Wspólne działania dotyczyły także organizacji konferencji naukowych, w tym kilku edycji Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Młodych Logistyków „POLLOGUS”, a także Jubileuszowej (z okazji 15-lecia PWSZ AS w Wałbrzychu) Konferencji Naukowej pn. „Rola logistyki miasta w kształtowaniu jakości życia mieszkańców” – 14.05.2014 r.

Aktualnie moja współpraca z Panią Profesor Sabiną Kauf dotyczy **badania w zakresie logistycznego zarządzania placówkami opieki zdrowotnej**, której zwieńczeniem ma być wspólna publikacja naukowa (Załącznik: potwierdzenie współpracy). Prace koncepcyjne rozpoczęły się w semestrze zimowym, roku akademickiego 2019/2020. Aktywnie uczestniczą w nich także dr Agnieszka Tłuczak, reprezentująca Wydział Ekonomiczny Uniwersytetu Opolskiego oraz dr Piotr Kowalski, reprezentujący Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.

5.6. Badania w zakresie społecznej odpowiedzialności w sektorze publicznym – współpraca z Wydziałem Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Katedrą Nauk o Przedsiębiorstwie

Od 2016 roku moja aktywność naukowa związana jest także ze współpracą z Wydziałem Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, z Panią dr hab. Agnieszką Sokołowską - Durkalec, prof. UEW, kierownikiem Katedry Nauk o Przedsiębiorstwie. Współpraca ta dotyczy m.in. mojego **wsparcia opieki naukowej nad przygotowywaną rozprawą doktorską** Pana mgr. Mirosława Potapowicza, której opiekunem naukowym jest Pani Profesor (Załącznik: potwierdzenie współpracy). Tytuł przygotowywanej dysertacji to: *Spoleczna odpowiedzialność jednostek samorządu terytorialnego*. Cel główny pracy

doktorskiej określony został jako: *Rozpoznanie i ocena realizacji koncepcji społecznej odpowiedzialności organizacji w jednostkach samorządu terytorialnego oraz propozycja modelowych rozwiązań w tym zakresie.*

Moje wsparcie opieki naukowej dotyczy przede wszystkim kwestii **właściwego doboru metodyki badawczej** do celu pracy Doktoranta. W ramach badań empirycznych zaplanowano bowiem badania ankietowe. Opracowana została, przy moim wsparciu merytorycznym ankietowa badania zachowań pracowników administracji samorządowej w zakresie etyki pracy urzędniczej. Na jej podstawie planowane są badania w wybranych jednostkach samorządu terytorialnego (JST). Ich celem jest poznanie opinii pracowników JST na temat najczęściej stosowanych w pracy urzędniczej zasad i formuł etycznych, ich ważności i skuteczności. Zebrany materiał empiryczny pozwoli Doktorantowi na ujawnienie opinii pracowników administracyjnych na temat preferowanych formuł postępowania oraz ich postaw etycznych. Wyniki badań zostaną opisane w przygotowywanej pracy doktorskiej.

Współpraca z Katedrą Nauk o Przedsiębiorstwie dotyczy także wspólnych publikacji poruszających problematykę odpowiedzialności społecznej w różnego typu organizacjach, nie tylko związanych z biznesem. Obecnie trwają prace nad wspólnym z p. M. Potapowiczem artykułem planowanym do cyklicznej monografii:

- *Administracja publiczna. Zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania*, nr 4/2020, red. B. Detyna, P. Szymaniec (publikacja planowana w Instytucie Naukowo-Wydawniczym „Spatium” w Radomiu, Wydawnictwo. z listy Wydawnictw Naukowych MNiSW.

Współpraca z Katedrą zaowocowała w moim przypadku pogłębieniem badań, dotyczących koncepcji CSR i jej zastosowania w sektorze publicznym. W 2016 roku wydałam publikację:

- B. Detyna, *Biznes a administracja publiczna w kontekście koncepcji CSR*; [w:] *Problemy przeobrażeń współczesnego społeczeństwa i gospodarki: perspektywy rozwoju i ograniczenia. Ujęcie interdyscyplinarne*, red. K. Zawieja-Żurowska, A. Waligórska-Kotfas, Wyd. PWSZ Konin, Konin 2017, ISBN 978-83-65038-27-2, 5 pkt. MNiSW.

Przeprowadzone przeze mnie badania wskazują, że *Corporate Social Responsibility* to nie tylko jedna z kluczowych współcześnie koncepcji zarządzania (stanowiąca często nośne hasło o znaczeniu marketingowym) ale przede wszystkim zobowiązanie, na którego realizację czekają interesariusze wielu organizacji. W swoim opracowaniu naukowym pokreśliłam, że najczęściej koncepcja ta opisywana jest w odniesieniu do organizacji biznesowych, a stosunkowo rzadko rozważana i prezentowana w kontekście warunków funkcjonowania podmiotów administracji publicznej. W przygotowanym rozdziale monografii przedstawiłam

potencjalne korzyści z wdrożenia i funkcjonowania CSR na tle uwarunkowań mikro i makroekonomicznych. Przy tym istotę koncepcji przedstawiłam z podkreśleniem znaczenia etyki podczas prowadzenia działalności społecznej i gospodarczej. W swoim opracowaniu wykazałam, że CSR w administracji publicznej wiąże się nie tylko z potencjalnymi korzyściami, ale także pewnymi trudnościami. Odnotowałam bowiem, że organizacje, które wprowadziły do swoich strategii CSR często nie opracowują żadnych raportów dotyczących prowadzonych w tym zakresie działań.

Pomimo występujących trudności warto jednak w mojej opinii, aby koncepcją tą interesowały się nie tylko organizacje biznesowe, ale także sektor publiczny (JST, szpitale, uczelnie itp.). Rekomendując jej implementację do organizacji zaproponowałam podjęcie konkretnych działań, a szczególnie aktywności na rzecz: praw człowieka, standardów pracy, przeciwdziałania korupcji oraz środowiska przyrodniczego. Obszary te mają bowiem niezwykle silne powiązania z odczuwaną przez obywateli (w tym: mieszkańców, inwestorów, odwiedzających dany teren) jakością życia. Instytucje publiczne powinny przy tym podejmować działania związane z ochroną i pomnażaniem dobrobytu społecznego, a także zaangażowaniem społecznym oraz rozwojem społeczności lokalnej. W mojej opinii istotne jest także dokładniejsze identyfikowanie potrzeb pracowników oraz oceny wpływu proponowanych w ramach CSR działań na ich motywację i zaangażowanie. Jedną z moich propozycji dedykowanych JST jest wykorzystanie tzw. mapy odpowiedzialności organizacji wobec pracowników (obejmującej osiem kluczowych aspektów w ramach których proponuje się podjęcie konkretnych działań).

W kontekście wyników z przeprowadzonych przeze mnie badań literaturowych i koncepcyjnych dotyczących zastosowania CSR w sektorze publicznym, uważam, że cele naukowe jakie wyznaczył sobie Doktorant, p. M. Potapowicz są trafną odpowiedzią na współczesne wyzwania tego sektora. Zagadnienia te będą również przedmiotem badań naukowych, które planuję realizować w najbliższej przyszłości.

5.7. Ogólnopolski projekt koncepcyjny pn. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” - współpraca z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego

W latach 2016 - 2020 aktywnie współpracowałam z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także Członkami powołanych przez MNiSW Zespołów (wywodzących się m.in. z Państwowych Wyższych Szkół Zawodowych oraz środowiska społeczno-gospodarczego) w

zakresie realizacji **projektu koncepcyjnego pn. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych”**. Ten ogólnopolski projekt rozwojowy to program pozakonkursowy MNiSW, **dofinansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju**, realizowany w ramach działania 3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, dla Osi III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

- **Całkowita wartość projektu wyniosła** - 135 937 750,00 PLN, w tym krajowy wkład publiczny stanowił 21 369 414,30 PLN;
- **Wnioskodawca:** Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego;
- Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu wnioskodawcy oraz kontaktów roboczych : dr Andrzej Kurkiewicz;
- **Cel szczegółowy POWER:** Podniesienie kompetencji osób uczestniczących w edukacji na poziomie wyższym, odpowiadających potrzebom gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa.

W projekcie uczestniczyłam:

- w okresie 2016 - 2018 – jako **Członek Specjalnego Zespołu Ekspertów** – od 22.04.2016 r. do 30.09.2018 r. - Umowa z MNiSW, przewodniczącym Zespołu był Pan prof. dr hab. inż. Zbigniew Walczyk, Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Elblągu, inauguracyjne spotkanie odbyło się 14.03.2016 r. w Elblągu (Załącznik: Umowa z MNiSW);
- w okresie 2019 - 2020 – jako **Członek Zespołu Doradczego** - od 06.12.2019 r. do 31.03.2020 r. - Zarządzenie MNiSW z dnia 05.12.2019 roku, Dz. U. z dnia 6 grudnia 2019 r., poz. 81, przewodniczącym Zespołu był Pan dr inż. Jarosław Niedojadło, prof. uczelni (Załącznik: Zarządzenie MNiSW).

Inicjatywa realizacji projektu pn. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” powstała w 2015 roku, na wniosek Konferencji Rektorów Publicznych Szkół Zawodowych (KRePSZ). Konferencja Rektorów zaproponowała projekt organizacji systemu praktyk zawodowych we wszystkich 36 polskich publicznych uczelniach zawodowych, mający na celu wzmocnienie kompetencji zawodowych absolwentów szkół wyższych, dostosowanych do lokalnych rynków pracy w regionach właściwych uczelniom. Współpraca MNiSW z PWSZ w Elblągu zaowocowała opracowaniem szczegółowych założeń

planowanego projektu, który został złożony w Narodowym Centrum Badań i Rozwoju w dniu 17.08.2015 r. Beneficjentami projektu byli:

- studenci jako praktykanci, z powodu: wzrostu kwalifikacji zawodowych, wzrostu zatrudnialności, poprawy znajomości środowiska pracy;
- pracodawcy, z powodu: lepszego zrozumienia uczelnianych procesów kształcenia prowadzonych na uczelniach, zwiększenia wpływu na przebieg procesu kształcenia, zmniejszeniu problemów kadrowych;
- uczelnie, z powodu: rozwoju współpracy z pracodawcami, posiadania jednolitego systemu praktyk zawodowych we wszystkich uczelniach zawodowych, podwyższenia zatrudnialności absolwentów, wdrożenie platformy e-learningowa obsługi praktyk zawodowych oraz łatwiejszego wdrażania w uczelniach nowych rozwiązań prawnych na studiach o profilach praktycznych.

Za **cel główny projektu** uznano: wypracowanie ogólnopolskiego, jednolitego systemu praktyk zawodowych w publicznych uczelniach zawodowych dla kierunków studiów o profilu praktycznym. Do realizacji tego celu **powołano zespoły**:

- Specjalny Zespół Ekspertów – składający się z 15 osób – przygotowujący jednolity system prowadzenia praktyk zawodowych;
- Zespół Weryfikujący – kwalifikujący aplikujące uczelnie do projektu.

Do zadań postawionych przed projektem (zespołami go realizującymi) należało:

- Zadanie 1: Opracowanie programu praktyk dla uczelni zawodowych;
- Zadanie 2: Przygotowanie procedury naboru, ocena i wybór kwalifikujących się ofert uczelni;
- Zadanie 3: Realizacja praktyk zawodowych;
- Zadanie 4: Działania wspomagające realizację i wdrażanie systemu praktyk.

Kluczowym elementem realizacji projektu było przygotowanie programu praktyk zawodowych przez Specjalny Zespół Ekspertów, którego byłam aktywnym uczestnikiem. W skład Zespołu weszli **eksperci z zakresu kształcenia na profilach praktycznych**, wywodzący się ze środowiska wyższego szkolnictwa zawodowego, w tym również przedstawiciele organizacji pracodawców.

Do zadań Specjalnego Zespołu Ekspertów (w tym moich) należało przygotowanie (opracowanie):

- wstępnej dokumentacji przebiegu pilotażowych 6-miesięcznych praktyk zawodowych (w 2016 roku przygotowany został zarys programu praktyk, który stanowił bazę do

modyfikacji i rozbudowy dla poszczególnych obszarów (dziedzin) i kierunków kształcenia realizowanych przez uczelnie);

- regulaminu naboru praktykantów i pracodawców uczestniczących w projekcie;
- założeń do struktury, zasad funkcjonowania i sposobów korzystania z platformy e-learningowej;
- zasad weryfikacji efektów kształcenia (uczenia się) uzyskanych w trakcie praktyki;
- zasad zaliczania praktyk;
- zakresu szkolenia uczelnianych opiekunów praktyk;
- zakresu szkolenia zawodowych opiekunów praktyk.

Realizacja zadań w pierwszym etapie mojej współpracy (w ramach SZE) z MNiSW (2016-2018) skutkowałą uruchomieniem w uczelniach zawodowych (na obszarze całej Polski), „pilotażowych programów płatnych praktyk zawodowych”. Program ten cieszył się dużym zainteresowaniem studentów i pracodawców.

Pod koniec roku 2019 zostałam powołana Zarządzeniem MNiSW do **Zespołu doradczego** do opracowania programu praktyk zawodowych w ramach kończącego się projektu. Zgodnie z treścią Zarządzenia, **do zadań zespołu należało:**

- dokonanie śródkresowej ewaluacji wdrażania pilotażowego programu praktyk zawodowych w ramach projektu pozakonkursowego o charakterze koncepcyjnym „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” oraz przedstawienie MNiSW opinii dotyczącej wyników tej ewaluacji;
- analiza raportu końcowego z audytu pilotażowych praktyk zawodowych realizowanych w ramach projektu oraz przedstawienie MNiSW opinii dotyczącej wyników tej analizy;
- opracowanie programu praktyk zawodowych dla studiów o profilu praktycznym.

Mój udział w pracach Zespołu był bardzo aktywny. Uczestniczyli w nim, podobnie jak poprzednio (w SZE) przedstawiciele uczelni zawodowych oraz pracodawców (**łącznie 17 osób** z obszaru całej Polski). Wśród przedstawicieli środowiska społeczno-gospodarczego były trzy osoby reprezentujące Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej oraz Związku Przedsiębiorców i Pracodawców. Opracowanie powyższych ekspertyz (wymienionych w Zarządzeniu) wymagało od Członków Zespołu doradczego przeprowadzenia szczegółowych badań ewaluacyjnych w uczelniach, które uczestniczyły w projekcie.

Moim zadaniem było opracowanie sprawozdań – arkuszy ewaluacyjnych dotyczących płatnych praktyk zrealizowanych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (PWSZ AS). Przygotowałam odrębne sprawozdania z kierunków:

administracja, bezpieczeństwo i higiena pracy, filologia angielska, kosmetologia, logistyka, pedagogika i techniki dentystyczne. Ponadto opracowałam całościowe sprawozdanie z ewaluacji programu w PWSZ AS (w latach 2016-2019). Uczestniczyłam w licznych spotkaniach i pracach nad przygotowaniem dokumentacji podsumowującej realizację projektu. Wszystkie powierzone Zespołowi zadania zostały zrealizowane terminowo - **do dnia 31.03.2020 r. złożona została pełna dokumentacja z prac Zespołu w MNiSW.**

Współpraca w obu opisanych Zespołach przyniosła mi wiele satysfakcji zawodowej. Pozwoliła także na podjęcie współpracy z osobami zatrudnionymi w uczelniach całej Polski. Udział w projekcie o tak dużej skali i tak pozytywnych efektach jest dla mnie ważnym doświadczeniem, które wykorzystam w przyszłej pracy dydaktycznej i naukowej. Od wielu lat bowiem **realizuję badania naukowe w obszarze zarządzania w szkołach wyższych, w tym dotyczących jakości i efektywności kształcenia, a także pomiaru i oceny jakości usług edukacyjnych.** Przykładem mogą być następujące publikacje, powstałe w latach 2013- 2020:

- B. Detyna, *Profile kształcenia na kierunku logistyka – nowe wyzwania stojące przed uczelniami wyższymi*, „Logistyka”, nr 1/2013, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Realizacja praktyk zawodowych przez studentów studiów inżynierskich kierunku logistyka – ocena i oczekiwania pracodawców*, [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 4)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2013, ISBN 978-83-638339-12-3; ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Rola uczelni wyższych w budowaniu marki i promocji Regionu Wałbrzyskiego*, [w:] *Marka i promocja jednostek terytorialnych. Dylematy i wyzwania współczesności*, red. K. Malicki, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2013, ISBN 978-83-7667-127-7, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Analiza postaw studentów kierunku logistyka wobec pracy*, [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 5)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Promocja absolwentów kierunku logistyka w regionie – możliwości praktycznego wykorzystania rankingu absolwentów wśród pracodawców*, [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 6)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN 83-88425-63839-28-4, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Studia dualne jako źródło potencjalnych korzyści dla różnych grup interesariuszy, w tym rozwoju postaw przedsiębiorczych i kompetencji zawodowych studentów*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów”, nr 2 (40)/2016, ISSN 1734-087X, 12 pkt. MNiSW;

- B. Detyna, *Problemy i wyzwania stojące przed współczesną edukacją logistyczną na poziomie studiów wyższych*, [w:] *Problemy współczesnej logistyki*, red. D. Wolak, Wyd. Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna, Bielska-Biała 2016, ISBN 978-83-63649-01-2, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Absolwenci kierunku administracja – ich postawy i oczekiwania wobec rynku pracy*, [w:] *Administracja publiczna – zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania (nr 2)*, red. P. Borszowski, B. Detyna, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. A. Silesiusa w Wałbrzychu, Wałbrzych 2016, ISBN 978-83-63839-37-6, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Jakość kształcenia na kierunku logistyka w ocenie studentów – przykład wykorzystania diagramów radarowych*, [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 8)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wyd. Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Agelusa Silesiusa w Wałbrzychu, Wałbrzych 2017, ISBN 978-83-63839-45-1, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Zaangażowanie studentów kierunku logistyka w rozwój kompetencji zawodowych – analiza porównawcza postaw studentów stacjonarnych i niestacjonarnych* [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 9)*, red. B. Detyna, Wyd. Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2018, ISBN 978-83-63839-58-1, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Pomiar i próba oceny postaw przedsiębiorczych oraz zaangażowania studentów w proces doskonalenia kompetencji zawodowych - propozycje metodyczne*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów”, nr 2 (48)/2018, ISSN 1734-087X, 12 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Efektywność procesu kształcenia – dylematy i propozycje ewaluacji*, „Marketing i Rynek”, nr 12/2018, 9 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Klaster Edukacyjny INVEST in EDU – podsumowanie trzech lat współpracy nauki i biznesu (2015-2018)*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły HUMANITAS Zarządzanie”, nr 1/2019 – 20 pkt. MNiSW.
- B. Detyna, *Współpraca z otoczeniem społeczno-gospodarczym jako potrzeba i wyzwanie dla szkół wyższych*, „Humanizacja Pracy”, nr 2/2020, na liście czasopism MNiSW do 2018 - 8 pkt.

5.8. Informacja o współpracy naukowej z zagranicznymi instytucjami naukowymi

- Współpraca z **Wysoka Škola Technicka a Ekonomicka w Czeskich Budejovicich (Czechy)** – w latach 2013-2017 Członkiem Rady Programowej monografii pt. *Logistyka. Współczesne wyzwania*, której byłam współredaktorem (w latach 2011-2018), a obecnie redaktorem (od 2019) była doc. dr Xenie Lubaszova – w ramach podpisanej umowy z Wydawnictwem Uczelnianym Państwowej Wyższej Szkoły

Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (wydano wspólnie pięć numerów monografii);

- Współpraca z **Petersburskim Uniwersytetem Transportowym (Rosja)** – w latach 2013-2017 Członkiem Rady Programowej monografii pt. *Logistyka. Współczesne wyzwania* (red. Jacek Szołtysek, Beata Detyna) był prof. dr Evgenij Korovnikov – w ramach podpisanej umowy z Wydawnictwem Uczelnianym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (wydano wspólnie pięć numerów monografii);
- Współpraca w ramach przygotowywania **projektu transgranicznego pomiędzy Polską, a Republiką Czeską - EFR Program Interreg V-A pn. „Uczelnie wyższe wspólnie dla rozwoju rynku pracy”** (praca w semestrze letnim roku akademickiego 2016/2017, od kwietnia 2017 r.). Partner wiodący: Europejskie Ugrupowanie Współpracy Terytorialnej NOVUM Sp. z o.o. Partnerzy projektowi: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, **Technická Univerzita v Liberci, Univerzita Pardubice, Univerzita Hradec Králové**, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu. Pełniłam rolę członka komisji opracowującej wniosek. Pomimo zaawansowanych prac nad projektem nie został on zgłoszony (trwają rozmowy na temat wznowienia współpracy w tym zakresie);
- Współpraca z **Rezekne Academy of Technologies (Litwa)** – od 2018 roku, w zakresie publikacji wyników badań naukowych w cyklicznie ukazującej się monografii, której byłam współredaktorem (w latach 2011-2018), a obecnie redaktorem (od 2019) – w ramach podpisanej umowy z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu. Nakładem Wydawnictwa swoje badania opublikowały: PhD Lienite Litavniece, M.soc.sc. Inese Silicka oraz M.oec. Iveta Dembovska:
 - Litavniece L., Silicka I., Dembovska I., *Role of primary and secondary food packaging in distribution logistics the consumers' point of view*, [w:] *Logistyka. współczesne wyzwania (nr 10)*, red. B. Detyna, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN: 978-83-66017-69-6, e-ISBN: 978-83-66017-70-2;
- Współpraca z **Lwowskim Uniwersytetem Handlu i Ekonomii (Ukraina)** – od 2019 roku, w zakresie publikacji wyników badań naukowych w monografii pt. *Logistyka*.

Współczesne wyzwania – w ramach podpisanej umowy z Uczelnią. Współpraca dotyczy autorów rozdziału: dr hab. M.J. Barna, dr I.I. Tuczowska, B.J. Połotaj:

- Barna M.J., Tuczowska I.I., Połotaj B.J., *Logistyka informacji jako środek diagnostyki usług turystycznych Ukrainy*, [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania*, (nr 11), red. B. Detyna, monografia w przygotowaniu, planowana do publikacji w Instytucie Naukowo-Wydawniczym „Spatium” w Radomiu (2020).

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę

6.1. Osiągnięcia dydaktyczne

Prowadzenie swoich pierwszych zajęć dydaktycznych ze studentami rozpoczęłam w 2002 r. w Wałbrzyskiej Wyższej Szkole Zarządzania i Przedsiębiorczości, w Wałbrzychu (gdzie pracowałam do 2008 roku). Początkowo były to zajęcia praktyczne z mikroekonomii, makroekonomii i zarządzania logistycznego, a następnie (od 2004 r.) ćwiczenia i wykłady z ekonomii. W tym też roku rozpoczęłam pracę w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (PWSZ AS), z którą jestem związana do dnia dzisiejszego. Doświadczenie jako nauczyciel akademicki zdobywałam prowadząc przedmioty z zakresu ekonomii, statystyki, logistyki oraz zarządzania. Aktualnie prowadzę zajęcia na:

- kierunku logistyka, studiach pierwszego stopnia, inżynierskich: normalizację i zarządzanie jakością w logistyce, techniki decyzyjne i organizatorskie oraz metodykę badań i projektów w logistyce,
- kierunku logistyka, studiach drugiego stopnia: branżowe systemy zarządzania jakością i sztukę autoprezentacji,
- kierunku techniki dentystyczne: organizację i zarządzanie w ochronie zdrowia,
- kierunku kosmetologia: podstawy pisania prac dyplomowych z elementami statystyki.

W tabeli poniżej wymieniłam tytuły kursów i formy prowadzonych przez siebie zajęć - w latach 2002-2020.

LP.	PRZEDMIOT	FORMA ZAJĘĆ	OKRES PROWADZENIA ZAJĘĆ
1.	Mikroekonomia	ćwiczenia	2002- 2009
2.	Makroekonomia	ćwiczenia	2002 - 2010
3.	Zarządzanie logistyczne	ćwiczenia	2004 - 2008
4.	Ekonomia	ćwiczenia, wykłady	2004 – 2010, 2014
5.	Statystyka	ćwiczenia	2006 - 2008
6.	Techniki decyzyjne i organizatorskie	ćwiczenia	2004 – 2006, 2016-2020
7.	Teoria organizacji i zarządzania	ćwiczenia, wykłady	2004 -2012
8.	Zarządzanie	ćwiczenia, wykłady	2009 – 2014
9.	Normalizacja i zarządzanie jakością w logistyce	ćwiczenia, wykłady	2009 - 2020
10.	Logistyka usług	ćwiczenia, wykłady	2009 - 2013
11.	Praktyka zawodowa	praktyka	opiekun praktyk 2010 - 2017
12.	Kierowanie zespołami ludzkimi	ćwiczenia, wykłady	2013-2017
13.	Metodyka badań i projektów w logistyce	wykłady, seminaria dyplomowe	2014-2020
14.	Technika pisania i prezentowania projektów inżynierskich	seminaria dyplomowe	2014-2019
15.	Pracownia inżynierska	seminaria dyplomowe	2014-2016
16.	Branżowe systemy zarządzania jakością	wykłady, ćwiczenia	2015-2020
17.	Podstawy logistyki	wykłady, ćwiczenia	2015-2017
18.	Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia	wykłady	2014-2020
19.	Zarządzanie jakością	wykłady, ćwiczenia	2017-2018
20.	Total Quality Management (TQM)	wykłady, ćwiczenia	2017-2018
21.	Sztuka autoprezentacji	ćwiczenia	2018-2020
22.	Podstawy pisania prac dyplomowych z elementami statystyki	wykład	2018-2020

Od 2013 roku jestem powoływana jako **opiekun prac dyplomowych** – inżynierskich na kierunku logistyka, studiach pierwszego stopnia. Dotychczasowy dorobek w tym zakresie

obejmuje **37 prac**, w tym wszystkie o charakterze aplikacyjnym. Ich tematyka związana jest przede wszystkim z: zarządzaniem logistycznym, usprawnianiem procesów, doskonaleniem jakości wyrobów i usług, poprawą życia mieszkańców miast i regionów, dostosowywaniem infrastruktury publicznej do potrzeb społeczeństwa, modernizacją różnego typu podmiotów, racjonalizacją działań itp.

Tematykę prac dyplomowych (realizowanych w latach 2013-2019) prezentuje poniższa lista:

- Projekt implementacji wybranych narzędzi statystycznego sterowania procesami w doskonaleniu jakości w Elektrolux Poland Sp. z o.o.;
- Koncepcja poprawy jakości wyrobu gotowego poprzez usprawnienie procesów technologicznych w Tester Sp. z o.o. w Świebodzicach;
- Projekt usprawnienia procesów logistycznych w przedsiębiorstwie branży odzieżowej;
- Koncepcja rozbudowy infrastruktury rowerowej na terenie miasta Wałbrzycha oraz okolic;
- Koncepcja dostosowania infrastruktury punktowej oraz towarzyszącej transportowi publicznemu w Wałbrzychu do potrzeb użytkowników;
- Problem kongestii w mieście Wałbrzych – analiza oraz propozycja rozwiązań naprawczych;
- Koncepcja budowy zintegrowanego węzła przesiadkowego Wałbrzych - Piaskowa Góra;
- Koncepcja usprawnienia procesów transportowych w TRANSMaster Sp. z o.o. w Wałbrzychu
- Projekt usprawnienia kontroli dostaw w przedsiębiorstwie produkcyjnym NSK Steering Systems Europe (Polska) Sp. z o.o.
- Analiza i ocena szans uruchomienia przedsiębiorstwa ekologicznego zlokalizowanego w Görlitz
- Projekt usprawnienia gospodarki magazynowej poprzez wprowadzenie kodów kreskowych w przedsiębiorstwie PHU Hajdamowicz w Sobótce;
- Koncepcja racjonalizacji gospodarki magazynowej w przedsiębiorstwie handlowym Caffee Duet S.C. w Szczawnie Zdroju;
- Koncepcja usprawnienia procesów logistycznych w dziale technicznym przedsiębiorstwa Invent Sp. z o.o. we Wrocławiu
- Projekt usprawnienia procesów magazynowania towarów w przedsiębiorstwie JAR-POL;
- Koncepcja usprawnienia procesów logistycznych linii produkcyjnej na przykładzie przedsiębiorstwa branży tworzyw sztucznych w Radomierzu;
- Koncepcja poprawy elektromobilności na obszarze Kotliny Jeleniogórskiej;
- Projekt racjonalizacji gospodarki złożem magnezytu poprzez zaproponowanie usprawnień procesów wydobywczych w Kopalni MAGNEZYTY „GROCHÓW” S. A.;
- Projekt usprawnienia procesów magazynowych w Zakładzie Porcelany Stołowej „Karolina” Sp. z o.o. w Jaworzynie Śląskiej;
- Koncepcja usprawnienia procesów magazynowych na przykładzie przedsiębiorstwa produkcyjnego;
- Koncepcja usprawnienia procesów logistycznych w dziale montażu CAR-LIFT SERVICE Sp. z o.o. w Ostrowie Wielkopolskim;

- Koncepcja racjonalizacji gospodarki magazynowej w przedsiębiorstwie produkcyjnym GROPEX Sp. z o.o. w Świdnicy;
- Projekt optymalizacji procesów produkcyjnych w Tester Sp. z o.o. w Świebodzicach;
- Projekt racjonalizacji gospodarki magazynowej w przedsiębiorstwie Total Gastro w Świdnicy;
- Projekt usprawnienia przepływu komponentów chemicznych w Faurecia Wałbrzych S.A.;
- Projekt optymalizacji procesu dostarczania komponentów dla linii montażowej przedsiębiorstwa produkcyjnego z branży motoryzacyjnej;
- Projekt optymalizacji poziomu zapasów w magazynie przedsiębiorstwa dystrybucyjnego;
- Projekt modernizacji środków transportu w TAURON Dystrybucja S.A. Oddział w Wałbrzychu;
- Projekt wdrożenia automatycznej identyfikacji danych w magazynie przedsiębiorstwa produkcyjnego;
- Projekt usprawnienia linii produkcyjnej w dziale obróbki wstępnej komponentów do skrzyń biegów w Toyota Motor Manufacturing Poland Sp. z o.o. w Wałbrzychu;
- Projekt racjonalizacji kosztów dostaw realizowanych transportem lotniczym w obsłudze logistycznej przedsiębiorstwa Faytech Co. Ltd.;
- Projekt systemu rezerwacji sal dla Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu;
- Projekt modernizacji taboru samochodowego w Przedsiębiorstwie Komunikacji Samochodowej Sp. z o.o. w Kamiennej Górze;
- Projekt przeorganizowania linii produkcyjnej w DongSeo Display Poland Sp. z o.o.;
- Alternatywne koncepcje racjonalizacji procesu ważenia pojazdów z ładunkiem w Poland Smelting Technologies „POLST” Sp. z o.o.
- Projekt racjonalizacji procesu metkowania odzieży w Droper Logistic Sp. z o.o.;
- Projekt zagospodarowania hałd kamienia odpadowego w zakładzie górnictwem „Grabinex” Sp. z o.o.

Do największych moich osiągnięć w **zakresie opieki naukowej i kształcenia młodej kadry** zaliczyłabym przede wszystkim:

- **Rozwój kierunku logistyka w Instytucie Przyrodniczo-Technicznym Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa (PWSZ AS) w Wałbrzychu** – m.in. poprzez opracowywanie od 2008 roku (jako zastępca dyrektora Instytutu ds. kierunku logistyka, a następnie jako dyrektor) programów kształcenia i planów studiów, a także systematyczne dostosowywanie ich do potrzeb lokalnego i regionalnego rynku pracy; podejmowanie skutecznych działań na rzecz rozwoju naukowego pracowników Instytutu oraz studentów kierunku, co doprowadziło do **uruchomienia w 2015 roku studiów drugiego stopnia** (3-semestralnych dla inżynierów). Kierunek dwukrotnie otrzymał pozytywną ocenę Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a podczas ostatnio

przeprowadzonej (w 2018 roku) z uznaniem podkreślono wprowadzone na kierunku dobre praktyki w zakresie współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym;

- **Twórczy udział w rozwoju studenckiego ruchu naukowego w PWSZ AS w Wałbrzychu** – przede wszystkim w ramach **opieki nad Kołem Naukowym Młodych Logistyków „Just in Time”** (od 2011 r.), a także uruchomieniem w 2010 r. Studenckiego Koła Naukowego Przedsiębiorczości „EVENTUS” (które prowadziłam do 2011 r.). Wspólnie ze studentami organizuję cykliczne spotkania naukowe m.in. Ogólnopolską Konferencję Naukową Młodych Logistyków „POLLOGUS” (dotychczas odbyło się 10 edycji) oraz Konwersatorium Naukowe „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej” (4 edycje). Podczas konwersatorium prezentowane są studenckie projekty badawcze, które powstają pod moją opieką merytoryczną (dotychczas zrealizowanych zostało kilkanaście takich projektów, o których napisałam w części Autoreferatu 6.2). Wspieram studentów w ich wysiłkach dydaktycznych, naukowych i organizacyjnych, czego efektem są m.in. liczne publikacje naukowe Członków KNML „Just in Time”, aktywny ich udział (z wygłaszanymi referatami) w ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych, a także liczne nagrody w konkursach logistycznych. Więcej o mojej działalności w tym obszarze opisałam w części Autoreferatu 6.2.;
- **Inicjatywę i rozwój oferty studiów dualnych w Instytucie Przyrodniczo-Technicznym PWSZ AS w Wałbrzychu** – oferowanych studentom II roku kierunku logistyka, studiów stacjonarnych. Doprowadziłam do podpisania umów w tym zakresie z trzema przedsiębiorstwami: NSK Steering Systems Europe (Polska) Sp. z o.o. (w roku akademickim 2017/2018), Ronal Polska Sp. z o.o. (2018/2019) oraz „PKP Intercity” S.A. (Zakładem Zachodnim we Wrocławiu) w roku akademickim 2019/2020). Studia w tej formie cieszą się coraz większym zainteresowaniem studentów;
- **Rozwój praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych w Polsce** – poprzez aktywną współpracę (w latach 2016 – 2020) z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach ogólnopolskiego **projektu „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych”** przyczyniłam się do wprowadzenia na studiach o profilach praktycznych obowiązkowych obecnie 6-miesięcznych praktyk zawodowych, co w mojej ocenie korzystnie wpływa na efektywność procesów dydaktycznych. Wydłużenie praktyk zawodowych skutkuje relatywnie lepszymi pracami dyplomowymi (najczęściej aplikacyjnymi), a absolwenci studiów o profilach praktycznych są lepiej przygotowani do warunków realnego

środowiska pracy. Swój udział w projekcie opisałam w części 5.7 Autoreferatu (Załącznik: dokumentacja potwierdzająca mój udział – umowa z 2016 roku z MNiSW oraz Zarządzenie MNiSW z dnia 05.12.2019 r.). W latach 2010-2017 pełniłam w PWSZ AS funkcję **opiekuna praktyk** na kierunku logistyka (studiach pierwszego i drugiego stopnia) – m.in. opracowałam kwestionariusz ankietowy dla pracodawców przyjmujących studentów na praktyki, który obecnie wykorzystywany jest na wszystkich kierunkach;

- **Autorstwo i współautorstwo książek, w tym cyklicznych monografii**, które dedykowane są m.in. studentom, kierunków: logistyka, administracja, zarządzanie, BHP itp.. W okresie swojej pracy naukowo-dydaktycznej opublikowałam książki, które **wykorzystywane są w procesie przygotowywania prac dyplomowych inżynierskich i magisterskich, a także podczas nauki przedmiotów** tj.: organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, normalizacja i zarządzanie jakością w logistyce, branżowe systemy zarządzania jakością, logistyka miasta, seminaria dyplomowe, metodyka badań i projektów w logistyce itd.:
 - B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011, ISBN: 978-83-7641-507-9, 40 pkt. MNiSW, Wydawnictwo z aktualnej listy Wydawnictw Naukowych;
 - B. Detyna, *Zarządzanie jakością w logistyce. Metody i narzędzia wspomagające. Przykłady, zadania*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2011, ISBN: 978-83-88425-54-7, 20 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 2)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2011, ISBN: 978-83-88425-59-2, 4 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 3)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2012, ISBN 978-83-638339-02-4, 4 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 4)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2013, ISBN 978-83-638339-12-3; ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;
 - *Administracja publiczna – zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania (nr 1)*, red. P. Borszowski, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, ISBN 978-83-63839-13-0, 4 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 5)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW;

- B. Detyna, J. Matuszek, J. Szołtysek, *Praca dyplomowa inżynierska. Poradnik metodyczny*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN: 978-83-6389-24-6, 20 pkt. MNiSW;
 - B. Detyna, *Zarządzanie jakością w logistyce. Koncepcje, metody i narzędzia wspomagające. Ujęcie praktyczne*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN: 978-83-63839-31-4, 20 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 6)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2015, ISBN 978-83-88425-63839-28-4, 4 pkt. MNiSW;
 - *Administracja publiczna – zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania (nr 2)*, red. P. Borszowski, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2016, ISBN 978-83-63839-37-6, 5 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 7)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2016, ISBN 978-83-63839-35-2, 5 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 8)*, red. J. Szołtysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2017, ISBN 978-83-63839-45-1, 5 pkt. MNiSW;
 - *Administracja publiczna - zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania (nr 3)*, red. B. Detyna, K. Stelmaszczyk, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2018, ISBN: 978-83-63839-60-4, 5 pkt. MNiSW;
 - B. Detyna, J. Matuszek, J. Szołtysek, *Praca dyplomowa inżynierska, magisterska*, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2018, ISBN: 978-83-63839-57-4, 20 pkt. MNiSW;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 9)*, red. B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2018, ISSN: 2300-083X;
 - B. Detyna, A. Mroczek-Czterwertyńska, *Logistyka w Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza i ocena współczesnych trendów rozwojowych*, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN: 978-83-66017-55-9, e-ISBN: 978-83-66017-56-6, 80 pkt. MNiSW, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I;
 - *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 10)*, red. B. Detyna, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN: 978-83-66017-69-6, e-ISBN: 978-83-66017-70-2, 20 pkt. MNiSW, Wydawnictwo na liście Wydawnictw Naukowych – poziom I;
- **Uruchomienie i realizację projektu operacyjnego pn. Stawiamy na kształcenie praktyczne!** – poprzedzona przygotowaniem wniosku w ramach konkursu POWER (nr 03.05.00-IP.08-00-PZ1/17) , który otrzymał dofinansowanie NCBiR i jest realizowany

w PWSZ AS od 2018 roku – współpracuję w zespole, pełniąc funkcję asystenta kierownika projektu ds. monitorowania i ewaluacji oraz koordynatora kierunkowego ds. logistyki (Załącznik: potwierdzenie pracy w zespole – Zarządzenie Rektora PWSZ AS). Swój udział w projekcie opisałam w części Autoreferatu 7.3. W ramach realizacji zadań rozpisanych na 4 lata (2018-2022) stale rozwijam współpracę z przedsiębiorstwami w zakresie udziału przedstawicieli firm w procesie dydaktycznym realizowanym na kierunku logistyka, w tym przede wszystkim z: NSK Steering Systems Europe (Polska) Sp. z o.o., Toyota Motor Manufacturing Sp. z o.o., Mando Corporation Polska Sp. z o.o., Centrum Sterowania Ruchem ITS w Wałbrzychu itd. W ramach realizacji projektu zmodyfikowałam karty prowadzonych przez siebie przedmiotów, wprowadzając do nich cykliczne wyjścia studyjne oraz warsztaty realizowane przez przedstawicieli przedsiębiorstw. Zmiany te dotyczą przedmiotów tj.: Normalizacja i zarządzania jakością w logistyce (II rok, studia pierwszego stopnia na kierunku logistyka), Branżowe systemy zarządzania jakością (I rok, studia drugiego stopnia), Metodyka badań i projektów w logistyce (III rok, studia pierwszego stopnia), Sztuka autoprezentacji (I rok, studia drugiego stopnia);

- **Uruchomienie i prowadzenie w PWSZ AS studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox** – studia prowadzone były w roku akademickim 2017/2018 oraz 2018/2019 wspólnie z Lean Management Consulting Group (LMCG), W roku akademickim 2018/2019 pełniłam funkcję kierownika tych studiów. Wspólnie z zespołem opracowałam niezbędną dokumentację: program kształcenia oraz plan studiów. Na studiach tych prowadziłam też zajęcia z przedmiotów: Zarządzanie jakością oraz Total Quality Management. Współpracując z firmą , uczestniczyłam ze studentami kierunku logistyka w cyklicznych spotkaniach szkoleniowych pt. „Lean Exchange Club”. W dniu 20.09.2019 r. podczas jednego z takich spotkań odebrałam w imieniu Rektora PWSZ AS nagrodę przyznaną Uczelni za współpracę w zakresie prowadzenia studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox;
- **Współpracę z Klastrem Edukacyjnym „INVEST in EDU” Wałbrzyskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej „INVEST PARK”** na rzecz stałego dostosowywania programów kształcenia w PWSZ AS do potrzeb pracodawców. Jestem inicjatorem i koordynatorem współpracy z Klastrem od 2017 roku, w którym to Uczelnia podpisała stosowny list intencyjny. Dotychczasowa moja współpraca z Klastrem dotyczy wsparcia przedsiębiorstw WSSE w zakresie dydaktyki, organizacji wyjść studyjnych, prowadzenia warsztatów, większego angażowania się pracodawców w kształcenie

przyszłych pracowników itp. Współpracę od strony podejmowanych działań organizacyjnych opisałam szerzej w części Autoreferatu 6.2.

- **Uruchomienie i realizację projektu pt. „Logistycy na Start”** - grantu przyznanego PWSZ AS w 2017 roku, w ramach ogólnopolskiego Konkursu Grantowego pn. „Wspieramy Rozwój”, organizowanego przez firmę CEDROB S.A. Aktywnie uczestniczyłam w przygotowaniu i złożeniu wniosku. Głównym celem projektu było ułatwienie studentom kierunku logistyka (studiów pierwszego i drugiego stopnia) wejścia na rynek pracy, poprzez podniesienie kompetencji w obszarach oczekiwanych przez pracodawców (szczególnie na lokalnym rynku pracy). Projekt „Logistycy na Start” uzyskał wsparcie finansowe w wysokości 10 tys. PLN. Środki przeznaczone zostały na przede wszystkim na certyfikowane szkolenia dla uczestników (beneficjentami było 12 studentów);
- **Uruchomienie i realizacja projektu pn. „Wałbrzyskie Warsztaty Biznesowe”** - finansowanego przez Fundację Banku Zachodniego WBK w ramach programu Bank Ambitnej Młodzieży – aktywnie uczestniczyłam w przygotowaniu wniosku i realizacji projektu, który skierowany był do młodzieży akademickiej PWSZ w Wałbrzychu (która nie ukończyła 26 roku życia). Celem była aktywizacja młodzieży akademickiej w kierunku samorozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem podniesienia umiejętności biznesowych, w tym przygotowywania biznes planów. Beneficjentami było 20 studentów różnych kierunków: logistyki, pedagogiki, kosmetologii, architektury wnętrz oraz BHP. Wartość otrzymanego dofinansowania to 5 tys. PLN. Projekt realizowany był od 01.03.2018 r. do 10.06.2018 r.;
- **Realizacja przedsięwzięć inwestycyjnych pn. „Dydaktyczna inicjatywa doskonałości”** – działania te realizowałam jako członek Komisji powołanej przez Rektora PWSZ AS Zarządzeniem nr 21/2019 z dnia 27 marca 2019 roku w sprawie powołania Komisji ds. rozdysponowania środków finansowych w wysokości 1 mln. zł otrzymanych w ramach realizacji przedsięwzięcia pn. „Dydaktyczna inicjatywa doskonałości”. Moje działania dotyczyły kierunków prowadzonych w Instytucie Przyrodniczo-Technicznym PWSZ AS, w obszarze rozwoju infrastruktury dydaktycznej (wyposażenia sal, szczególnie ćwiczeniowych, laboratoryjnych itd.);
- **Wspieranie opieki naukowej nad przygotowywaną rozprawą doktorską w Katedrze Nauk o Przedsiębiorstwie Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu** – moje wsparcie dotyczy Doktoranta Pana mgr M. Potapowicza, którego opiekunem

naukowym jest dr hab. Agnieszka Sokołowska - Durkalec, prof. UEW, kierownik Katedry Nauk o Przedsiębiorstwie. O współpracy w tym obszarze szerzej pisałam w części Autoreferatu 5.6. (Załącznik: potwierdzenie współpracy z Katedrą Nauk o Przedsiębiorstwie);

- **Rozwój oferty studiów w postaci aktywnego udziału w pracach zespołu przygotowującego wniosek o uruchomienie studiów pierwszego stopnia na kierunku *zarządzanie*** – moja rola w pracach zespołu polegała na przygotowaniu w roku akademickim 2018/2019 wstępnej koncepcji studiów, opisu przesłanek do prowadzenia studiów na kierunku *zarządzanie* w kontekście potrzeb lokalnego i regionalnego rynku pracy, planu studiów, wstępnej koncepcji programu kształcenia, a także zebraniu wielu oświadczeń pracodawców, potwierdzających gotowość przyjęcia studentów na praktyki zawodowe.

6.2. Osiągnięcia organizacyjne

Ze względu na pełnione przeze mnie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu funkcje (od 2008 roku) opisując swoje osiągnięcia organizacyjne chciałabym podzielić je na kilka grup:

- 1) osiągnięcia dotyczące wdrażania systemów zapewnienia jakości w PWSZ AS;
- 2) osiągnięcia dotyczące opracowania wielu programów kształcenia dla:
 - kierunku logistyka studiów pierwszego stopnia (inżynierskich), drugiego stopnia (3-semestralnych) oraz studiów dualnych na tym kierunku,
 - studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox;
 - kierunku zarządzanie, studiów pierwszego stopnia (licencjackich) – do MNiSW przesłano wniosek o zgodę na prowadzenie studiów (planowane uruchomienie 01.10.2020);
- 3) osiągnięcia dotyczące rozwoju kierunku logistyka w PWSZ AS, w tym rozwój studenckiego ruchu naukowego;
- 4) osiągnięcia związane z koordynowaniem współpracy pomiędzy pracownikami naukowo-dydaktycznymi PWSZ AS – redagowanie dwóch cyklicznie ukazujących się monografii naukowych.

Osiągnięcia organizacyjne dotyczące wdrażaniu systemów zapewnienia jakości w PWSZ AS w Wałbrzychu

W latach 2008-2020 podejmowałam liczne działania organizacyjne w tym zakresie jako:

- pełnomocnik Rektora ds. współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym (2017-aktualnie);
- pełnomocnik Rektora ds. nauki i studentów (2016-2017);
- przewodnicząca Instytutowego Zespołu Zapewnienia Jakości Kształcenia przy Instytucie Przyrodniczo-Technicznym w PWSZ AS, w Wałbrzychu (2008 – 2011);
- zastępca przewodniczącego Kierunkowego Zespołu Zapewnienia Jakości Kształcenia przy Instytucie Przyrodniczo-Technicznym, na kierunku logistyka, w PWSZ AS (od 2011 – aktualnie);
- członek Zespołu ds. Oceny Jakości Kształcenia w PWSZ AS (od 27.03.2013 r. - aktualnie);
- członek Uczelnianego Zespołu Zapewnienia Jakości Kształcenia w PWSZ AS (od 2008 do 2013);
- członek Uczelnianej Komisji ds. oceny nauczycieli akademickich (2016-aktualnie);
- członek Specjalnego Zespołu Ekspertów w projekcie pozakonkursowym (NCBiR) pt. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” - eksperci powołani zostali umową z MNiSW (2016-2018);
- członek Zespołu doradczego w projekcie pozakonkursowym (NCBiR) pt. „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” – eksperci powołani zostali Zarządzeniem MNiSW z dnia 05.12.2019 roku, Dz. U. z dnia 6 grudnia 2019 r., poz. 81 (2019-2020);
- członek Zespołu ds. opracowania Strategii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. A. Silesiusa w Wałbrzychu (zespół powołany 17.02.2016 r.);
- członek Zespołu oceniającego realizację „Strategii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. A. Silesiusa w Wałbrzychu na lata 2010-2015” i przygotowującego założenia do nowej strategii (Zarządzenie nr 37/2014 z dnia 6 października 2014 r.);
- koordynator w Zespole ds. opracowania projektu Regulaminu studiów, zgodnie z Ustawą 2.0 (Zarządzenie nr 61/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.);
- przewodnicząca Zespołu ds. opracowania procedury oszacowania ryzyka wystąpienia nadużyć finansowych oraz określenia skutecznych i proporcjonalnych

środków przeciwdziałania wystąpieniu nadużyć finansowych (Zarządzenie nr 22/2017 z dnia 17 maja 2017 r.);

- członek Zespołu przygotowującego wniosek do konkursu nr POWR.03.05.00-IP.08-00-PZ1/17 na Zintegrowane Programy Uczelni w ramach Ścieżki I, działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych. Oś III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 – wniosek pt. Stawiamy na kształcenie praktyczne! (projekt uzyskał dofinansowanie, w trakcie realizacji (2018-2022));
- członek Komisji ds. rozdysponowania środków finansowych w ramach realizacji przedsięwzięcia pn. „Dydaktyczna inicjatywa doskonałości”, otrzymanego 1 mln zł od MNiSW (2019);
- asystent kierownika ds. monitorowania i ewaluacji, koordynator kierunkowy ds. logistyki - członek zespołu odpowiedzialnego za realizację projektu pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!” w ramach konkursu nr POWER.03.05.00-IP.08-00. (Zarządzenie nr 18/2019 z dnia 13 marca 2019 r.).

Osiągnięcia organizacyjne dotyczące opracowania wielu programów kształcenia w Instytucie Przyrodniczo-Technicznym PWSZ AS w Wałbrzychu

W latach 2008-2020 podejmowałam liczne działania organizacyjne w tym zakresie jako:

- dyrektor Instytutu Przyrodniczo – Technicznego (IPT) w PWSZ AS – prowadzącego kierunki studiów: logistyka, bezpieczeństwo i higiena pracy, architektura wnętrz, architektura krajobrazu, gospodarka przestrzenna - od 01.10.2014 r. (aktualne) – osiągnięcia m.in. w zakresie opracowywania programów studiów na kierunku logistyka, studiach pierwszego stopnia – inżynierskich, profilach ogólnoakademickich (do 2015 r.) i praktycznych (od 2016 r.) oraz drugiego stopnia (profilach praktycznych); koordynowanie prac dotyczących przygotowywania programów studiów na prowadzonych w IPT wszystkich kierunkach; opracowanie koncepcji i programu studiów dualnych na kierunku logistyka (od 2017); opracowanie koncepcji i programu studiów podyplomowych pn. Lean Management i zaawansowane metody zarządzania jakością (2017), a rok później dla studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox (2018);

- zastępca dyrektora IPT (kierunek studiów: logistyka) w PWSZ AS - od 01.09. 2008 roku do 30.09.2014 r. - osiągnięcia m.in. w zakresie opracowywania programów studiów na kierunku logistyka, studiach pierwszego stopnia (inżynierskich);
- kierownik studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox w PWSZ AS – od roku akademickiego 2018/2019 – opracowywanie programów studiów podyplomowych;
- zastępca przewodniczącego Zespołu opracowującego efekty i program kształcenia, w tym plany studiów dla kierunku logistyka - studia pierwszego i drugiego stopnia o profilu praktycznym prowadzonego w IPT (2016).

W latach 2008-2020 podejmowałam liczne działania organizacyjne także jako:

- członek Senatu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (2010 - aktualnie);
- członek Uczelnianej Komisji Wyborczej (2016 - aktualnie);
- członek Rady Biblioteczno-Wydawniczej PWSZ AS (od 2008 – aktualnie);
- opiekun Koła Naukowego Młodych Logistyków „Just in Time” (2011 - aktualnie); m.in. opieka merytoryczna nad studenckimi projektami badawczymi, realizowanymi przez Członków Koła, prezentowanych podczas cyklicznego Konwersatorium Naukowego „Młodzi Logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej” – od 2016 roku przygotowano 19 projektów;
- opiekun Studenckiego Koła Naukowego Przedsiębiorczości „EVENTUS” (2010-2011);
- członek Komitetu Naukowego oraz Komitetu Organizacyjnego Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Młodych Logistyków „POLLOGUS” (2010-aktualnie);
- organizator cyklicznego (corocznego) Konwersatorium Naukowego „Młodzi Logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej” (2016-aktualnie);
- koordynator współpracy pomiędzy PWSZ AS, a szkołami średnimi, m.in.: Zespołem Szkół nr 5 im. M. T. Hubera w Wałbrzychu, Zespołem Szkół Politechnicznych „Energetyk” w Wałbrzychu, Zespołem Szkół w Głuszycy, Zespołem Szkół Handlowych i Usługowych im. Jana Kochanowskiego w Bolesławcu itd. (na podstawie podpisanych przez PWSZ AS porozumień ze szkołami);
- koordynator współpracy pomiędzy PWSZ AS, a przedstawicielami przedsiębiorstw i instytucji, w tym m.in. z: Mando Corporation Polska Sp. z o.o. w Wałbrzychu (od 2017 r.), MINERAL Polska Sp. z o.o., Oddziałem EE w Czarnym Borze (od 2017

- r.), NSK Steering Systems Europe (Polska) Sp. z o.o. w Wałbrzychu (od 2017 r.), RONAL POLSKA Sp. z o.o. w Wałbrzychu (od 2017 r.), Wojewódzkim Ośrodkiem Ruchu Drogowego w Wałbrzychu (od 2017 r.), Dolnośląską Agencją Rozwoju Regionalnego S.A. z siedzibą w Szczawnie-Zdroju (od 2018 r.);
- członek kilku towarzystw naukowych: Wałbrzyskiego Towarzystwa Naukowego (od 2012), Polskiego Towarzystwa Towaroznawczego (od 2016), Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją (od 2016), Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego (od 2016), Towarzystwa Zdrowia Publicznego (od 2019), Europejskiego Stowarzyszenia Zdrowia Publicznego (The European Public Health Association - EUPHA) (od 2019), Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego (od 2016), Polskiego Towarzystwa Towaroznawczego (od 2016), Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją (od 2016);
 - członek Polskiego Forum ISO 9000 – jako Członek Wspierający Klubu (od 2016);
 - koordynator współpracy w ramach podpisanego przez PWSZ AS porozumienia ze Związkiem Banków Polskich, Biurem Informacji Kredytowej S.A. oraz Biurem Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. ws. Programu „Nowoczesne Zarządzanie Biznesem” (2016-aktualnie);
 - członek Komisji Konkursowej ds. przyznawania i wypłacania stypendiów dla pracowników i studentów PWSZ AS oraz Nagrody Santander Universidades ufundowanych przez Fundację Banku Zachodniego WBK S.A. (2017);
 - przewodnicząca Zespołu ds. organizacji „Święta Uczelni” PWSZ AS (2017);
 - przewodnicząca Komisji Konkursowej w celu przeprowadzenia konkursu „Najlepszy Dyplom Roku” w PWSZ AS, nagrody przyznawanej przez Marszałka Województwa Dolnośląskiego (2017);
 - współpraca z CKE (od 2017 r.) w obszarach: AU.35 Planowanie i prowadzenie działalności gospodarczej - technik ekonomista oraz AU 27 Wykonywanie prac biurowych - technik prac biurowych.

Osiągnięcia dotyczące rozwoju kierunku logistyka w PWSZ AS, w tym rozwój studenckiego ruchu naukowego

Na moje osiągnięcia organizacyjne, dotyczące rozwoju kierunku logistyka w PWSZ AS w Wałbrzychu składają się w mojej opinii przede wszystkim takie efekty jak:

- uruchomienie studiów drugiego stopnia na kierunku logistyka, profil praktyczny (rok akademicki 2015/2016);
- aktywny udział w programie pozakonkursowym pn.: „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” - efekty opisywanych wcześniej działań Specjalnego Zespołu Ekspertów (2016-2018) oraz Zespołu doradczego (2019-2020);
- uruchomienie studiów pierwszego stopnia (inżynierskich) na kierunku logistyka, profil praktyczny (2016);
- przystępowanie Uczelni do programu współpracy z przedsiębiorcami WSSE „IVEST PARK” w ramach Klastra Edukacyjnego „INVEST in EDU” (2017);
- uruchomienie nowej pracowni logistycznej dla kierunku logistyka (2017-2018);
- przygotowanie koncepcji studiów dualnych na kierunku logistyka w PWSZ AS (realizowanych wspólnie z firmami m.in. Wałbrzyskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej „INVEST PARK”);
- uruchomienie studiów dualnych realizowanych wspólnie z NSK Steering Systems Europe (Polska) Sp. z o.o. - od roku akademickiego 2017/2018;
- uruchomienie studiów dualnych realizowanych wspólnie z RONAL POLSKA Sp. z o.o. - od roku akademickiego 2018/2019;
- uruchomienie studiów dualnych realizowanych wspólnie z PKP „Intercity” (Zakład Zachodni - Wrocław) - od roku akademickiego 2019/2020;
- aktywny udział w uruchomieniu i realizacji projektu „Logistycy na start!” (2017) – w ramach ogólnopolskiego Konkursu Grantowego pn. „Wspieramy Rozwój”, organizowanego przez firmę CEDROB S.A.;
- aktywny udział w uruchomieniu i realizacji projektu pn. „Wałbrzyskie Warsztaty Biznesowe” - finansowanego przez Fundację Banku Zachodniego WBK w ramach programu Bank Ambitnej Młodzieży (2018);

- aktywny udział w uruchomieniu i realizacji projektu operacyjnego pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!” w ramach konkursu POWER, jako asystent kierownika ds. monitorowania i ewaluacji oraz koordynator kierunkowy ds. logistyki (2018-2022);
- organizacja studiów podyplomowych pn. Lean Management Toolbox wspólnie z Lean Management Consulting Group (Wrocław) – prowadzonych w PWSZ AS w latach 2017-2019;
- organizacja cyklicznej (od 10 lat) Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Młodych Logistyków „POLLOGUS” - wspólnie ze Kołem Naukowym Młodych Logistyków „Just in Time”;
- organizacja cyklicznego (od 4 lat) Konwersatorium Naukowego „Młodzi Logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej” - wspólnie ze Kołem Naukowym Młodych Logistyków „Just in Time”, podczas którego prezentowane są wyniki studenckich projektów badawczych (w obecności przedstawicieli środowiska społeczno-gospodarczego i akademickiego);
- opieka merytoryczna nad studenckimi projektami badawczymi Członków KNML „Just in Time”. Wszystkie tematy projektów zrealizowanych w latach 2015-2019 dotyczyły Aglomeracji Wałbrzyskiej:
 - Koncepcja poprawy atrakcyjności turystycznej Aglomeracji Wałbrzyskiej w kontekście rozwoju geocachingu – jako nowoczesnej formy turystyki,
 - Przystosowanie komunikacji miejskiej do osób niepełnosprawnych na przykładzie miasta Wałbrzycha,
 - Ocena jakości usług komunikacji miejskiej na przykładzie miasta Wałbrzycha,
 - Analiza dostosowania wybranych obiektów użyteczności publicznej miasta Wałbrzycha do potrzeb osób niepełnosprawnych,
 - „Mapa emocjonalna” na przykładzie miasta Wałbrzycha,
 - Jakość usług transportowych świadczonych przez Koleje Dolnośląskie w ocenie użytkowników z Aglomeracji Wałbrzyskiej,
 - Problem kongestii w mieście Wałbrzych – analiza oraz propozycja rozwiązań naprawczych,
 - Wpływ stref parkowania na komfort podróży i życia w Wałbrzychu,
 - Analiza i ocena rozwoju tras rowerowych na obszarze Aglomeracji Wałbrzyskiej,

- Propozycje usprawnień w zakresie gospodarki odpadami komunalnymi na przykładzie miasta Wałbrzycha i Boguszowa - Gorc,
 - Agroturystyka w gminach Aglomeracji Wałbrzyskiej,
 - Wybrane atrakcje turystyczne Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza popularności w kontekście rozwoju infrastruktury logistycznej,
 - Przestrzeń publiczna, a wizerunek miasta w ocenach mieszkańców Wałbrzycha,
 - Jakość życia w Wałbrzychu – ocena młodzieży akademickiej w świetle strategii rozwoju miasta,
 - Koncepcja szybkiego tramwaju w Wałbrzychu,
 - System ITS jako element Smart City w Wałbrzychu,
 - Koncepcja usprawnień dotyczących dróg dojazdowych służb pożarniczych na obszarze Aglomeracji Wałbrzyskiej,
 - Gospodarka odpadami komunalnymi w Wałbrzychu,
 - Analiza rynku pracy Aglomeracji Wałbrzyskiej pod kątem zapotrzebowania na specjalistów ds. logistyki;
- wspieranie studentów w ich aktywności naukowej – jestem pomysłodawczynią Studenckich Zeszytów Naukowych „Młodzi Logistycy w Nauce” (nakładem Wydawnictwa Uczelnianego PWSZ AS w Wałbrzychu ukazały się dotychczas trzy zeszyty, a kolejny jest w planie na 2020 roku), wybrane artykuły studenci publikują również na łamach cyklicznej monografii pt. *Logistyka. Współczesne wyzwania*, której jestem redaktorem;
 - organizacja certyfikowanych szkoleń, wyjść studyjnych, praktycznych warsztatów, wykładów otwartych – na rzecz wspierania kształcenia praktycznego.

Osiągnięcia związane z koordynowaniem współpracy pomiędzy pracownikami naukowo-dydaktycznymi PWSZ AS – redagowanie dwóch cyklicznie ukazujących się monografii naukowych.

Moim osiągnięciem w tym obszarze jest wieloletnia praca redakcyjna nad cyklicznie ukazującymi się monografiami naukowymi:

- *Logistyka. Współczesne wyzwania*, red. B. Detyna – aktualnie przygotowywany jest do publikacji kolejny numer (11/2020) w Instytucie Naukowo-Wydawniczym „Spatium” w Radomiu, Wydawnictwo z listy Wydawnictw naukowych, poziom I;

- *Administracja publiczna - zagadnienia prawne i koncepcje zarządzania*, red. B. Detyna, P. Szymaniec – aktualnie przygotowywany jest do publikacji kolejny numer (4/2020) w Instytucie Naukowo-Wydawniczym „Spatium” w Radomiu, Wydawnictwo z listy Wydawnictw naukowych, poziom I;

Autorami rozdziałów są wykładowcy PWSZ AS, a także współpracujący z Uczelnią pracownicy naukowcy z krajowych i międzynarodowych ośrodków akademickich. Monografie stanowią potrzebną w mojej opinii platformę wymiany myśli naukowej, która integruje środowisko akademickie.

6.3. Osiągnięcia popularyzujące naukę

- **Aktywne uczestnictwo w XIII Dolnośląskim Festiwalu Nauki pod hasłem *Piękno Różnorodności*** - prowadzenie wykładu oraz warsztatów dotyczących różnych technik prowadzenia tzw. sesji pomysłowości („burzy mózgów”), zajęcia pt. *Poznaj metody wspomagające twórcze myślenie. Japońskie koła jakości* – miejsce: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, październik 2010;
- **Współpraca z Wałbrzyskim Towarzystwem Naukowym** (członek WTN od 2012 r.), którego celem jest wspieranie i propagowanie nauki, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb gospodarki i kultury Regionu Wałbrzyskiego – aktywny udział w pracach Towarzystwa, w tym włączanie Członków WTN w prowadzoną przez studentów PWSZ AS w Wałbrzychu działalność naukową. Towarzystwo tradycyjnie już od wielu lat obejmuje honorowym patronatem Ogólnopolską Konferencję Naukową Młodych Logistyków „POLLOGUS” oraz Konwersatorium Naukowe „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej”, organizowane przez KNML „Just in Time” w PWSZ AS;
- **Aktywny udział w spotkaniu akademickim promującym kierunki inżynierskie pt. *Dlaczego warto studiować kierunki matematyczne, przyrodnicze i techniczne?***, połączonym z wystawą pt. „**Nauka Polska**” – w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej (w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego) – przedstawienie referatu pt. *Kierunki inżynierskie – logistyka i architektura krajobrazu*, mającego na celu prezentację kierunków studiów inżynierskich prowadzonych w Instytucie Przyrodniczo-Technicznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu – miejsce PWSZ AS – 19.02.2013 r.;

- **Aktywne uczestnictwo w XVII Dolnośląskim Festiwalu Nauki pod hasłem *Ścieżki rozumu*** – prowadzenie praktycznych warsztatów w zakresie przeprowadzania i prezentacji wyników badań ankietowych dotyczących poziomu zadowolenia (uczniów, klientów itp.), zajęcia pt. *Mapa jakości jako graficzna prezentacja poziomu zadowolenia – warsztaty metodyczne* – miejsce: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu – 16.10.2014 r. Prowadzone przeze mnie warsztaty polegały na prezentacji „mapy jakości” jako narzędzia, które może być powszechnie wykorzystane przez osoby interesujące się oceną i doskonaleniem szeroko rozumianej jakości (np. w pracy zespołowej, w usługach, w procesie realizacji projektów, w ocenie stopnia zadowolenia klientów różnego typu organizacji i przedsiębiorstw) – w zajęciach uczestniczyła młodzież szkół gimnazjalnych;
- **Aktywne uczestnictwo w „Światowym Tygodniu Przedsiębiorczości”** - prowadzenie dyskusji i prezentacja wyników badań własnych pt. *Postawy studentów wobec pracy*, miejsce: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu – 20.11.2014 r.;
- **Aktywne uczestnictwo w XVIII Dolnośląskim Festiwalu Nauki pod hasłem *Światło nauki*** - prowadzenie wykładu i warsztatu na temat potrzeby rozwoju kompetencji społecznych, w tym osobistych dla poprawy efektywności pracy zespołowej, zajęcia pt. *Jak budować dobre relacje w zespole?*, miejsce: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu – 16.10.2015 r.;
- **Aktywny udział w I Konwersatorium Naukowym „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej”** - wystąpienie podsumowujące wyniki studenckich projektów badawczych realizowanych (pod moją opieką merytoryczną) przez Członków Koła Naukowego Młodych Logistyków „Just in Time”, podsumowanie prowadzonych w roku akademickim 2015/2016 badań dotyczących obszaru Aglomeracji Wałbrzyskiej (m.in. dostosowania komunikacji publicznej oraz wybranych obiektów użyteczności publicznej do osób z niepełnosprawnościami). Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele środowiska akademickiego (studenci, wykładowcy), społeczno-gospodarczego (samorządowcy i przedstawiciele biznesu), a także młodzież szkół ponadgimnazjalnych, miejsce: Centrum Nauki i Sztuki „Stara Kopalnia” w Wałbrzychu - 02.06.2016 r.;

- **Aktywny udział w II Konwersatorium Naukowym „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej”** - wystąpienie podsumowujące wyniki studenckich projektów badawczych realizowanych (pod moją opieką merytoryczną) przez Członków Koła Naukowego Młodych Logistyków „Just in Time”, podsumowanie prowadzonych w roku akademickim 2016/2017 badań dotyczących obszaru Aglomeracji Wałbrzyskiej (m.in. oceny poziomu kongestii transportowej oraz stref parkingowych w Wałbrzychu, oceny jakości usług świadczonych przez Koleje Dolnośląskie, oceny stanu ścieżek rowerowych na obszarze Aglomeracji Wałbrzyskiej). Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele środowiska akademickiego (studenci, wykładowcy), społeczno-gospodarczego (samorządowcy i przedstawiciele biznesu), a także młodzież szkół ponadgimnazjalnych, miejsce: Centrum Nauki i Sztuki „Stara Kopalnia” w Wałbrzychu - 02.06.2017 r.;
- **Aktywny udział w III Konwersatorium Naukowym „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej”** - wystąpienie podsumowujące wyniki studenckich projektów badawczych realizowanych (pod moją opieką merytoryczną) przez Członków Koła Naukowego Młodych Logistyków „Just in Time”, podsumowanie prowadzonych w roku akademickim 2017/2018 badań dotyczących obszaru Aglomeracji Wałbrzyskiej (m.in. agroturystyki, przestrzeni publicznej w kontekście wizerunku miasta, jakości życia mieszkańców). Uczestnikami spotkania byli tradycyjnie przedstawiciele środowiska akademickiego (studenci, wykładowcy), społeczno-gospodarczego (samorządowcy i przedstawiciele biznesu), a także młodzież szkół średnich, miejsce: Centrum Nauki i Sztuki „Stara Kopalnia” w Wałbrzychu - 08.06.2018 r.;
- **Aktywny udział w IV Konwersatorium Naukowym „Młodzi logistycy dla Aglomeracji Wałbrzyskiej”** - wystąpienie podsumowujące wyniki studenckich projektów badawczych realizowanych (pod moją opieką merytoryczną) przez Członków Koła Naukowego Młodych Logistyków „Just in Time”, podsumowanie prowadzonych w roku akademickim 2018/2019 badań dotyczących obszaru Aglomeracji Wałbrzyskiej (m.in. systemu ITS w Wałbrzychu, gospodarki odpadami komunalnymi, analizy rynku pracy pod kątem zapotrzebowania na specjalistów ds. logistyki). Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele środowiska akademickiego,

społeczno-gospodarczego, a także młodzież szkół średnich, miejsce: PWSZ AS w Wałbrzychu - 08.05.2019 r.

7. Informacje dotyczące kariery zawodowej – inne niż wymienione w pkt. 1-6

7.1. Realizacja grantu naukowego Prezydenta Miasta Wałbrzycha pn. „Wpływ wybranych systemów zarządzania jakością na jakość usług medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Miasta Wałbrzycha w latach 2010 – 2012”

W latach 2010-2012 realizowałam projekt naukowy pn. „Wpływ wybranych systemów zarządzania jakością na jakość usług medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Miasta Wałbrzycha, w latach 2010 – 2012”- grant naukowy Prezydenta Miasta Wałbrzycha przyznany w konkursie ofert na realizację zadania „Współpraca z wyższymi uczelniami”, w ramach umowy nr UM/WEiSS/I/2046/523/1955-W/2010, zawartej w dniu 30.11.2010 r.

Rola w projekcie: kierownik (grant indywidualny)

Wartość dofinansowania: 4 000 PLN

Celem projektu było zdefiniowanie aktualnego stanu zarządzania procedurami jakościowymi w wałbrzyskich zakładach opieki zdrowotnej, zaproponowanie narzędzi do monitorowania procesów oraz przygotowanie szerszych wniosków dotyczących procedur zarządzania jakością w warunkach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Projekt badawczy w opinii dr n. med. Romana Szelemeja, ówczesnego zastępcy dyrektora ds. lecznictwa w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu był potrzebny i możliwy do szybkiego wdrożenia (Załącznik: dokumentacja potwierdzająca udział w projekcie, opinia dyrektora z 08.09.2010 r.). Wyniki przeprowadzonych badań wykorzystane zostały do **przygotowania cyklu publikacji:**

- B. Detyna, *System controllingu w zakładach opieki zdrowotnej, Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 1)*, red. J. Szoltysek, M. Jedliński, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ im. A. Silesiusa w Wałbrzychu, Wałbrzych 2010, ISBN: 978-83-88425-39-4, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Ocena jakości procesów w usługach medycznych. Warunki wdrożenia proponowanej metodyki w zakładach opieki zdrowotnej*, [w]: *Jakość życia a procesy zarządzania rozwojem i funkcjonowaniem organizacji publicznych*, red. A. Noworól, Monografie i Studia Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Tom II, Kraków 2010, ISBN: 978-83-9312-53-5-7, (wydanie elektroniczne), 4 pkt. MNiSW;

- B. Detyna, *Ocena jakości w zakładach opieki zdrowotnej*, [w]: *Aktualne problemy zarządzania jakością i personelem*, red. A. Gąsiorowska, S. Minta, Wyd. Stowarzyszenie Aktywnego Wspierania Gospodarki, Wrocław 2010, ISBN: 978-83-931799-0-9, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011, ISBN: 978-83-7641-507-9, 40 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Integracja efektów działań w usługach medycznych*, [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 2)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2011, ISBN: 978-83-88425-59-2, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Usługa medyczna jako produkt logistyczny*, [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 2)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2011, ISBN: 978-83-88425-59-2, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Karty kontrolne w ocenie efektywności procesów w usługach medycznych*, [w]: *Rzeczywistość społeczna w badaniach młodych naukowców*, red. Z. Dziemianko, W. Stach, Instytut Naukowo - Wydawniczy MAIVSCVLA, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług w Poznaniu, Poznań 2012, ISBN: 978-83-61449-48-5, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Mapa jakości oferty szkoleniowej jako narzędzie wspomagające zarządzanie szpitalem* [w:] *Determinanty zarządzania jakością życia. Usługi i żywność*, red. T. Sikora, U. Balon, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2012, ISBN 978-83-929209-6-0, 4 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Monitorowanie procesów logistycznych szpitala – przykład wykorzystania kart kontrolnych Shewharta*, „Logistyka”, nr 3/2013, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, J. Detyna, *Zastosowanie wskaźników tempa zmian oraz sezonowości w analizie dynamiki procesów logistycznych w usługach medycznych*, „Logistyka”, nr 5/2013, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, *Projekt modelu zbilansowanej karty wyników dla szpitala*. [w]: *Logistyka. Współczesne wyzwania (nr 4)*, red. J. Szoltysek, B. Detyna, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ AS w Wałbrzychu, Wałbrzych 2013, ISBN 978-83-638339-12-3; ISSN 2300-083X, 4 pkt. MNiSW.

Moje ogólne konkluzje po zakończeniu projektu były takie, że chociaż badane zakłady opieki zdrowotnej dużą wagę przykładały do jakości świadczonych usług (podejmując ciągłe nowe działania na rzecz dostosowania jej do potrzeb pacjentów), to jednak brakowało w nich podejścia systemowego. Wiele metod i narzędzi zarządzania wdrażanych było bez odpowiedniego rozpoznania potrzeb komórek organizacyjnych, a także ich możliwości kadrowych. Odnotowałam także relatywnie małe zainteresowanie pracowników szpitali i innych placówek służby zdrowia podnoszeniem swoich kompetencji organizacyjnych i

zarządczych. W przygotowanych publikacjach wielokrotnie podkreślałam, że w sposób marginalny wykorzystywane są w procesie zarządzania jakością usług medycznych metody i narzędzia SPC (nie tylko te niestandardowe, ale również klasyczne). W swoich opracowaniach naukowych rekomendowałam m.in. większe angażowanie się kadry zarządzającej ZOZ w rozwój kompetencji zawodowych pracowników (medycznych, pomocniczych i administracyjnych), a także spojrzenie na efekty działalności placówki przez pryzmat realizowanych procesów.

Projekt zakończono zgodnie z wyznaczonym terminem: 28.02.2013 r.

7.2. Realizacja projektu badawczego pn. „Wpływ rozwoju logistyki na konkurencyjność Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza i ocena współczesnych trendów” – grant wewnętrzny

W okresie od 16.12.2016 r. do 16.03.2019 r. realizowałam **projekt badawczy** (grant wewnętrzny w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu - zgodnie z zapisami Umowy nr 53/IPT/2016 (z dnia 07.12.2016 r.). Projekt zaplanowany był na dwa lata, jednak przedłużony został o trzy miesiące.

Przyznana kwota dofinansowania przez PWSZ AS w Wałbrzychu: 15 tys. PLN.

Rola w projekcie: kierownik

Wykonawca: dr Agnieszka Mroczek-Czterwertyńska

Za **cel główny badań** przyjęliśmy: rozpoznanie realizowanych w Aglomeracji Wałbrzyskiej (AW) koncepcji rozwojowych, w kontekście społeczno-gospodarczych uwarunkowań rozwoju logistyki (w tym infrastruktury logistycznej) Wałbrzycha oraz gmin należących do AW, a także wskazanie rekomendowanych działań prorozwojowych w wybranych obszarach. Ze względu na szeroki zakres przeprowadzonych w ramach projektu badań, a także ich duże (w mojej opinii) znaczenie dla społeczności lokalnej i regionalnej chciałabym w sposób syntetyczny opisać efekty tej pracy. Badania uzyskały akceptację i wsparcie (merytoryczne oraz organizacyjne) Prezydenta Miasta Wałbrzycha dr Romana Szelemeja (Załącznik: pismo potwierdzające uzyskane poparcie).

W ciągu pierwszego roku realizacji badań (grudzień 2016 – grudzień 2017):

- Przygotowałyśmy koncepcję i metodykę badawczą, adekwatną do celu projektu;
- Przeprowadziłyśmy rozmowy z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego (JST), działających w ramach Aglomeracji Wałbrzyskiej (AW), m.in. z Prezydentem Miasta Wałbrzycha, zastępcą kierownika Biura Zarządzania Strategicznego Nadzoru

Właścicielskiego Funduszy Europejskich i Rozwoju Gospodarczego, kierownikiem Centrum Sterowania Ruchem (ITS) i Monitoringu Wizyjnego – uzyskałyśmy przy tym **pisemne potwierdzenie wsparcia (merytorycznego i organizacyjnego) Prezydenta Miasta Wałbrzycha w realizacji celu projektu;**

- Przygotowałyśmy trzy formularze ankietowe – skierowane online do: mieszkańców AW, przedstawicieli przedsiębiorstw, działających na obszarze AW, przedstawicieli JST – wójtów, burmistrzów, ich zastępców, sekretarzy oraz głównych księgowych;
- Przeprowadziłyśmy analizę danych ze sprawozdań z realizacji budżetu miasta Wałbrzycha (lata 2008-2015) - w celu identyfikacji trendów, jakie towarzyszą rozwojowi infrastruktury logistycznej Wałbrzycha;
- Podałyśmy analizie i ocenie wydatki inwestycyjne miasta Wałbrzycha w kontekście realizacji strategii zrównoważonego rozwoju (lata 2008-2015);
- Przeprowadziłyśmy analizę i wstępną ocenę istniejących dróg i linii kolejowych oraz występującego w ich obszarze zjawiska kongestii, na terenie gmin wchodzących w skład Aglomeracji Wałbrzyskiej;
- Przeprowadziłyśmy analizę i ocenę pojętych działań prorozwojowych i promujących, prowadzonych przez JST AW, ukierunkowanych na turystykę;
- Przygotowałyśmy strukturę planowanej monografii.

W ciągu kolejnych kilkunastu miesięcy realizacji badań (grudzień 2017 – marzec 2019):

- Przeprowadziłyśmy internetowe badania ankietowe wśród:
 - mieszkańców AW (od 01.04.2017 r. do 30.03.2018 r. - trwały 12 miesięcy),
 - przedstawicieli przedsiębiorstw, działających na obszarze AW (od 01.04.2017 r. do 30.03.2018 r. – trwały 12 miesięcy,
 - przedstawicieli JST – wójtów, burmistrzów, ich zastępców, sekretarzy oraz głównych księgowych (od 26.02.2018 r. do 31.03.2018 r. – trwały 35 dni);
- Przeprowadziłyśmy, w nawiązaniu do badań ankietowych wywiady pogłębione z przedstawicielami mieszkańców, przedsiębiorców oraz JST, w tym z kierownikiem Centrum Sterowania Ruchem (ITS) i Monitoringu Wizyjnego w Wałbrzychu;
- Przeprowadziłyśmy badania stron internetowych gmin AW, w zakresie realizowanych przez gminy (od 2007 roku) inwestycji w infrastrukturę logistyczną, realizowanych projektów rozwojowych, podejmowanej współpracy transgranicznej, prowadzonych działań promujących gminy, alokacji środków finansowych z Regionalnego Programu

Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 - na Zintegrowane Inwestycje Terytorialne Aglomeracji Wałbrzyskiej;

- Kontynuowałyśmy badania dokumentacji gmin AW, w zakresie dokumentacji strategicznej i finansowej, analizy zapisów długoterminowych planów i programów rozwojowych, realizowanych strategii, raportów z ich realizacji, planów budżetowych, raportów z wykonania budżetów gmin w zakresie inwestycji w infrastrukturę logistyczną w latach 2015-2017, realizowanego programu „Smart City dla miasta Wałbrzycha” w tym wdrażanego „Inteligentnego Systemu Transportu w Wałbrzychu” (ITS Wałbrzych);
- Przeprowadziłyśmy badania statystyczne, których celem było m.in. przedstawienie uwarunkowań społeczno-gospodarczych, realizowanych na obszarze AW koncepcji, programów i strategii rozwojowych. Obejmowały one analizę wybranych mierników i wskaźników:
 - demograficznych – w latach 2006-2017;
 - opisujących potencjał gospodarczy gmin AW – w latach 2013-2018;
 - makroekonomicznych – dotyczących rynku pracy AW w latach 2008-2017,
 - publikowanych przez Powiatowy Urząd Pracy (PUP).

W badaniach wykorzystane zostały także informacje PUP, dotyczące potrzeb rynku pracy w zakresie specjalistów ds. logistyki (i zawodów pokrewnych);

- Przeprowadziłyśmy szczegółową analizę i ocenę zapisów znajdujących się w „Strategii Zrównoważonego Rozwoju Miasta Wałbrzycha do 2020 roku” oraz kluczowych obszarów zadaniowych powołanej w mieście Rady Programowej „Smart City”, w tym Zespołów Zadaniowych wdrażających projekty inteligentnych rozwiązań miejskich. Analiza pozwoliła nam na **wskazanie rekomendowanych rozwiązań aplikacyjnych – dla wsparcia rozwoju programu w kierunku „Smart City 3.0. dla Wałbrzycha”**, w tym rozwiązań z zakresu e-turystyki, jakie mógłby wprowadzić wałbrzyski samorząd, w ramach rozpoczętych w 2017 roku działań na rzecz rozwoju koncepcji Smart City;
- Przeprowadziłyśmy weryfikację atrakcyjności inwestycyjnej Wałbrzyskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej „Invest Park” na tle pozostałych stref ekonomicznych w Polsce – wykorzystując w tym celu analizą porównawczą 14 specjalnych stref ekonomicznych (SSE), gdzie w ocenach uwzględniliśmy takie czynniki jak: obszar strefy, stopień jej zagospodarowania, wartość inwestycji w infrastrukturę wewnętrzną, nakłady na

promocję, liczbę wydanych zezwoleń na prowadzenie działalności oraz wartość udzielonych zwolnień podatkowych;

- Poddałyśmy ocenie stan aktualnej współpracy transgranicznej gmin należących do Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza dotyczyła podpisanych w ostatnich piętnastu latach umów międzynarodowych (od 2003 roku). W wyniku przeprowadzonych badań **wskazałyśmy perspektywy rozwoju dla dalszej współpracy transgranicznej gmin**;
- Przeprowadziłyśmy badania dotyczące oferty kształcenia na poziomie wyższym w zakresie logistyki – analiza oferty edukacyjnej pod kątem potrzeb lokalnego i regionalnego rynku pracy, w kontekście społeczno-gospodarczych uwarunkowań rozwoju logistyki, w tym infrastruktury logistycznej Wałbrzycha oraz gmin należących do AW. Podczas analiz wykorzystaliśmy m.in. informacje PUP, dotyczące potrzeb rynku pracy w zakresie specjalistów ds. logistyki (i zawodów pokrewnych);
- Dokonałyśmy podsumowania ponad 3-letniego funkcjonowania Klastra Edukacyjnego „INVEST in EDU” - analizie poddałyśmy zapisy w dokumentach strategicznych Klastra, a także działania podejmowane w latach 2015-2018. Wskazałyśmy **rekomendacje, dotyczące współpracy pomiędzy przedstawicielami biznesu i nauki**, które oparto na doświadczeniach Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (która została Członkiem Klastra w czerwcu 2017);
- Przygotowałyśmy do druku **podsumowującą wyniki badań monografię naukową**:
 - B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Logistyka w Aglomeracji Wałbrzyskiej – analiza i ocena współczesnych trendów rozwojowych*, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN: 978-83-66017-55-9, e-ISBN: 978-83-66017-56-6, liczba stron: 382, liczba punktów 80 pkt. (Wydawnictwo z aktualnej listy Wydawnictw Naukowych).

W wyniku realizacji projektu wydanych zostało kilkanaście innych publikacji:

- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Wydatki inwestycyjne miasta Wałbrzycha w kontekście realizacji strategii zrównoważonego rozwoju (lata 2008-2015)*, [w:] *Finanse samorządu terytorialnego w Polsce. Bariery, wyzwania*, red. E. Kielska, P. Możyłkowski, T. Śmietaka, S. Wrzosek, Wyd. Wyższej Szkoły Handlowej w Radomiu, Radom 2017, ISBN 978-83-62491-30-8, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Koncepcja Smart City dla miasta Wałbrzycha – perspektywy rozwoju*, [w:] *Nowa Kronika Wałbrzyska*, nr 5, red. S. Bielawska, Wyd. Fundacja MUSEION, Wałbrzych 2017, ISBN 978-83-93683-44-4 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Wydatki na rozwój infrastruktury logistycznej miasta Wałbrzycha – obserwowane trendy*, [w:] *Transport i logistyka w przedsiębiorstwie, mieście i regionie. Wybrane zagadnienia*, red. R. Rogaczewski, Sz.

Zimniewicz, A. Zimny, Wydawnictwo Naukowe Sophia, Katowice 2017, ISBN 978-83-65929-08-2, 5 pkt. MNiSW;

- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Próba oceny działań prorozwojowych i promujących gminy w obszarze turystyki przez jednostki samorządu terytorialnego tworzące Aglomerację Wałbrzyską*, [w:] *Turystyka a rozwój regionalny. Szanse – Wyzwania – Perspektywy*, red. B. Gierczak-Korzeniowska, P. Żegleń, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2017, ISBN 978-83-7996-516-8, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *The concept of e-tourism in Smart City premises as a Chance for the development of tourism in Wałbrzych*, „Economic and Regional Studies/Studia Ekonomiczne i Regionalne”, Vol. 11, No. 3/2018, czasopismo dwujęzyczne, ISSN 2083-3725, <https://doi.org/10.2478/ers-2018-0028>, 9 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Kierunki rozwoju infrastruktury transportowej Aglomeracji Wałbrzyskiej*, „Studia Miejskie”, nr 29/2018, ISSN 20082-4793, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Infrastruktura logistyczna Aglomeracji Wałbrzyskiej w opinii mieszkańców – trendy i współczesne wyzwania*, „Gospodarka Materiałowa & Logistyka”, 2018, nr 7, ISSN 1231-2037, 10 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Koncepcja Smart City na rzecz zrównoważonego rozwoju miasta Wałbrzycha – rekomendacje aplikacyjne w kontekście zmian demograficznych miasta*, Studia i Materiały „Miscellanea Oeconomicae”, tom II, zeszyt 2/2018, ISSN: 2081-2345, 9 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Wałbrzyska Specjalna Strefa Ekonomiczna „Invest Park” – analiza oferty inwestycyjnej i potencjału rozwojowego*, [w:] *Nauka, badania i doniesienia naukowe 2018. Nauki humanistyczne i społeczne*, red. T. Wysoczański, Idea Knowledge Future, Świebodzice 2018, ISSN 978-83-945311-5-7, 5 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Logistics as a tool for development of the Wałbrzych Agglomeration in opinion of territorial self-government*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarządzanie”, nr 119 (46), 2018, ISSN 2082-5501, 9 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Współpraca transgraniczna gmin Aglomeracji Wałbrzyskiej - stan aktualny i perspektywy rozwoju*, [w:] *Funkcjonowanie jednostek samorządu terytorialnego w wymiarze finansowo-prawnym*, red. I. Kowalska, P. Możyłowski, T. Śmietanka, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN 978-83-66017-45-0, e-ISBN 978-83-66017-46-7, 20 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Rynek pracy Aglomeracji Wałbrzyskiej – perspektywa zatrudnienia dla specjalistów w dziedzinie logistyki*, „Gospodarka Materiałowa & Logistyka”, po recenzji (w druku) 2020, 20 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czetwertyńska, *Kierunki rozwoju infrastruktury logistycznej w Aglomeracji Wałbrzyskiej - opinie samorządów terytorialnych*, [w:] *Logistyka*.

Współczesne wyzwania, nr 10, red. B. Detyna, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”, Radom 2019, ISBN: 978-83-66017-69-6, e-ISBN: 978-83-66017-70-2, 20 pkt. MNiSW;

- Detyna B., A. Mroczek-Czterwertyńska, *Significance of the Wałbrzych Special Economic Zone “INVEST PARK” for development*, “Economic and Regional Studies”, Vol. 12, No. 2, 2019, ISSN 2083-3725, Open Access, eISSN 2451-182X, 9 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Mroczek-Czterwertyńska, *Policy of Wałbrzych Agglomeration communes in the field of supporting entrepreneurship and new investments - opinions of stakeholders*, [in:] *Networks, stakeholders and entrepreneurial ecosystems in current polish economy*, Gdańsk University of Technology Publishing House, Gdańsk 2019, ISBN: 978-83-7348-796-3, 20 pkt. MNiSW;
- B. Detyna, A. Gardocki, S. Kaczyński, M. Kaszubowski, U. Kobylńska, A. Mroczek-Czterwertyńska, Ł. Siemieniuk, *Networks stakeholders and entrepreneurial ecosystems in current polish economy*, Gdańsk University of Technology Publishing House, Gdańsk 2019, ISBN: 978-83-7348-796-3, 80 pkt. MNiSW.

Główny cel projektu został w pełni osiągnięty - rozpoznaliśmy bowiem realizowane w Aglomeracji Wałbrzyskiej koncepcje rozwojowe, w kontekście społeczno-gospodarczych uwarunkowań rozwoju logistyki (w tym infrastruktury logistycznej) Wałbrzycha oraz gmin należących do AW. We wnioskach **wskazaliśmy rekomendowane działania prorozwojowe w wybranych obszarach**. W podsumowującej badania monografii skupiliśmy się przede wszystkim na infrastrukturalnym i zasobowym potencjale logistycznym AW. W nieco mniejszym natomiast wymiarze opisałyśmy logistykę, jako system logistyczny opisywanego obszaru, co w naszej opinii stanowi interesujące pole do dalszych badań w tym temacie. Jako kierownik projektu liczę, że wydana książka będzie stanowiła inspirację do dalszych działań (różnych środowisk) na rzecz zrównoważonego rozwoju Wałbrzycha i poszczególnych gmin regionu – w tym infrastruktury logistycznej. Zakres przeprowadzonych w ramach projektu badań mieści się w założeniach dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości. **Projekt został rozliczony** - sprawozdanie z badań złożono 08.05.2019 r.

7.3. Realizacja projektu operacyjnego pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!”

Od 2018 roku uczestniczę w pracach zespołu odpowiedzialnego za realizację w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa projektu **pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!”** - w ramach konkursu nr POWR.03.05.00-IP.08-00-PZ1/17 (Załącznik: dokumentacja potwierdzająca udział w postaci Zarządzenia nr 18/2019 z dnia 13 marca 2019

roku w sprawie aktualizacji Zespołu odpowiedzialnego za realizację projektu pn. „Stawiamy na kształcenie praktyczne!” w ramach konkursu nr POWR.03.05.00-IP.08-00-PZ1/17):

- **Oś priorytetowa:** III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju;
- **Działanie:** 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych;
- **Czas trwania projektu:** cztery lata (2018 – 2022) – od 01.07.2018 r. do 30.06.2022 r.;
- **Uzyskane dofinansowanie:** 599 542,00 PLN;
- **Rola w projekcie:** asystent kierownika ds. monitorowania i ewaluacji, koordynator kierunkowy dla kierunku studiów logistyka (studiów stacjonarnych pierwszego stopnia – inżynierskich oraz drugiego stopnia).

Jest to projekt operacyjny, który w 2017 roku przygotowywałam w 4-osobowym Zespole z: dr Małgorzatą Babińską, dr Agnieszką Mroczek-Czterwertyńską (kierownikiem projektu) oraz dr Kaludią Stelmaszczyk. Beneficjentami projektu są studenci kierunków: logistyka, administracja, kosmetologia, architektura wnętrz, pedagogika, bezpieczeństwo i higiena pracy, a także wykładowcy Uczelni. **Główne elementy (zadania) projektu dotyczą realizacji:**

- „Spotkań z praktyką” – ścieżek wizyt studyjnych w ramach programów studiów;
- praktycznych warsztatów z pracodawcami;
- certyfikowanych kursów w ramach tzw. „pakietów zawodowych”;
- szkoleń z zakresu kompetencji społecznych;
- programu doskonalenia kompetencji nauczycieli akademickich;
- programu doskonalenia kompetencji zarządczych i administracyjnych;
- seminarium szkoleniowo-informacyjnego „Wiosna z Przedsiębiorczością

Cel szczegółowy POWER nr 1: podniesienie kompetencji osób uczestniczących w edukacji na poziomie wyższym, odpowiadających potrzebom gospodarki, rynku pracy i społeczeństwa;

Cel szczegółowy POWER nr 2: wsparcie zmian organizacyjnych i podniesienie kompetencji kadr w systemie szkolnictwa wyższego.

Jako asystent kierownika projektu ds. monitorowania i ewaluacji, a także koordynator kierunkowy dla kierunku logistyka od początku realizacji projektu podejmuję liczne działania tj.: organizacja wizyt studyjnych, praktycznych warsztatów z pracodawcami, wykładów otwartych itp. Projekt oparty jest na bardzo licznych aktywnościach i wymaga dużego zaangażowania w realizacji. Pozwala przy tym na odczuwany przez studentów i wykładowców rozwój współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym, które w mojej opinii powinno w najbliższej przyszłości skutkować większą liczbą wspólnych działań dydaktycznych i naukowych (w tym wspólnych projektów badawczych).

7.4. Współpraca z Urzędem Miejskim w Wałbrzychu w ramach Rady Rozwoju Gospodarczego

W dniu 03.08.2019 r. zostałam powołana przez dr Romana Szelemeja, Prezydenta Miasta Wałbrzycha do **Rady Rozwoju Gospodarczego** (Załącznik: potwierdzenie w postaci Zarządzenia nr 648/2019 Prezydenta Miasta Wałbrzycha). Rada jest organem konsultacyjno-opiniodawczym Prezydenta w zakresie spraw dotyczących sfery gospodarczej Gminy Wałbrzych. Do jej zadań należy przede wszystkim:

- opiniowanie projektów uchwał dotyczących rozwoju gospodarczego i rozwoju przedsiębiorczości;
- opiniowanie programów/strategii rozwoju Gminy Wałbrzych w zakresie gospodarki i przedsiębiorczości;
- diagnozowanie potrzeb w zakresie rozwoju gospodarczego i stwarzania warunków do rozwoju MŚP w Wałbrzychu oraz przygotowywanie rekomendacji dla Prezydenta w tym zakresie;
- przygotowywania opinii i rekomendacji dla Prezydenta Wałbrzycha w zakresie procesów administracyjnych występujących w Urzędzie Miejskim w Wałbrzychu oraz jednostkach organizacyjnych Gminy Wałbrzych, związanych z obsługą inwestorów, przedsiębiorców i prowadzeniem działalności gospodarczej;
- propagowanie przedsięwzięć i wspieranie inicjatyw w zakresie rozwoju gospodarczego.

Obecna Rada Rozwoju Gospodarczego Miasta Wałbrzycha składa się z ośmiu Członków:

- 3 przedstawiciele Urzędu Miejskiego w Wałbrzychu,
- 4 przedstawiciele MŚP oraz
- 1 osoby reprezentującej uczelnie wyższe (w mojej osobie).

Jako Członkowie Rady swoje funkcje realizujemy społecznie. Dotychczas aktywnie uczestniczyłam w kilku posiedzeniach, które odbywają się relatywnie często (średnio raz w miesiącu). Efektem dotychczas odbytych posiedzeń jest wypracowanie rekomendacji dla Prezydenta Miasta, które dotyczyły:

- niezbędnych zdaniem Członków RRG działań dla szerzenia przedsiębiorczość w szkołach, a także promowania kształcenia zawodowego;
- planów zagospodarowania przestrzennego Wałbrzycha - wskazówek, w kontekście oczekiwań przedsiębiorców (istniejących i potencjalnych) na lokalnym rynku;
- wsparcia lokalnych przedsiębiorców w czasie pandemii COVID-19;

- wykorzystania przez Urząd Miejski w Wałbrzychu nowego narzędzia do sieciowania lokalnych przedsiębiorców (głównie MŚP).

7.5. Nagrody za działalność naukową, organizacyjną i dydaktyczną


- 1) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu za osiągnięcia w pracy zawodowej oraz bardzo dobrą współpracę - 11.10.2007 r.;
- 2) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu – październik 2009 r.;
- 3) **Wyróżnienie przez Radę Wydziału Zarządzania, Informatyki i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu za pracę doktorską** na temat: *Metodyka oceny jakości procesów w usługach medycznych, w zakładach opieki zdrowotnej* – Wrocław 17.12.2010 r. (Załącznik: dyplom);
- 4) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2011/2012 – 15.06.2012 r.;
- 5) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2012/2013 – 14.06.2013 r.;
- 6) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2013/2014 – 16.06.2014 r.;
- 7) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2014/2015 – 15.06.2015 r.;
- 8) **Nagroda indywidualna II stopnia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za osiągnięcia organizacyjne** – Warszawa 12.10.2015 r. (Załącznik: dyplom);
- 9) **Stypendium fundacji Banku Zachodniego WBK S.A. „Santander Universidades” za osiągnięcia naukowe** oraz zaangażowanie w pracę na rzecz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. A. Silesiusa w Wałbrzychu w roku akademickim 2015/2016 - 15.06.2016 r. (Załącznik: dyplom);

- 10) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2015/2016 – 15.06.2016 r.;
- 11) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2016/2017 – 14.06.2017 r.;
- 12) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2017/2018 – 15.06.2018 r.;
- 13) Nagroda Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, w dowód uznania działalności dydaktyczno-organizacyjnej w roku akademickim 2018/2019 – 15.06.2019 r.

Wykaz załączników

- 1) Potwierdzenie udziału w projekcie badawczym - UE Wrocław, Katedra Statystyki
- 2) Potwierdzenie udziału w projekcie badawczym – UNIFUT.PL – UJ Kraków
- 3) Zaproszenie do udziału w projekcie UNIFUT.PL – UJ Kraków
- 4) Potwierdzenie – współpraca Politechnika Wrocławska
- 5) Potwierdzenie – współpraca- Uniwersytet Opolski, Katedra Logistyki i Marketingu
- 6) Potwierdzenie – współpraca – UE Wrocław, Katedra Nauk o Przedsiębiorstwie
- 7) Potwierdzenie – projekt, współpraca z MNiSW – Umowa i opis zamówienia (Specjalny Zespół Ekspertów, 2016)
- 8) Potwierdzenie – projekt, współpraca z MNiSW - Zarządzenie MNiSW (Zespół Doradczy, 2019)
- 9) Potwierdzenie – projekt badawczy – grant wewnętrzny PWSZ AS – Umowa, 2016
- 10) Poparcie projektu badawczego PWSZ AS przez Prezydenta Miasta, 2017
- 11) Potwierdzenie udziału w projekcie - zespół POWER - PWSZ AS – Zarządzenie, 2019
- 12) Potwierdzenie – grant naukowy Prezydenta Miasta, 2010-2013
- 13) Opinia – grant naukowy – Dyrektor szpitala, 2010
- 14) Potwierdzenie – Rada Rozwoju Gospodarczego Miasta Wałbrzycha – Zarządzenie Prezydenta, 2019
- 15) Certyfikat – Rada Rozwoju Gospodarczego, 2019
- 16) Certyfikat – współpraca, Prezydent Miasta, MUSEION - 2014

- 17) Certyfikat – współpraca, Prezydent Miasta, MUSEION - 2015
- 18) Podziękowanie - współpraca, Prezydent Miasta, MUSEION - 2016
- 19) Podziękowanie - współpraca, Prezydent Miasta, MUSEION - 2017
- 20) Powołanie – Pełnomocnik ds. nauki i studentów PWSZ AS, 2016
- 21) Powołanie – Pełnomocnik ds. współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym –
PWSZ AS, 2017-2020
- 22) Nagroda MNiSW – dyplom – osiągnięcia organizacyjne, 2015
- 23) Stypendium Santander Universidades – osiągnięcia naukowe, 2015-2016
- 24) Wyróżnienie – doktorat – dyplom UE Wrocław, 2010


.....
(podpis wnioskodawcy)