

Honorata TRZCIŃSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

WYBRANE MODELE DOSKONAŁOŚCI JAKO PRZYKŁAD KSZTAŁTOWANIA JAKOŚCI W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Streszczenie

W obecnej rzeczywistości, zarówno w literaturze przedmiotu, jak też praktyce, zwraca się szczególną uwagę na znaczenie terminu „jakość”, a w tym „jakość usług” we wszystkich gałęziach gospodarki. Na przestrzeni jednak wielu lat jakość w usługach medycznych ewaluowała i nabierała coraz większego znaczenia. Obecnie powinna być priorytetem tak dla kadry zarządzającej, jak również osób kreujących kształt polityki zdrowotnej w myśl definicji jakości – zgodność z wymaganiami – zaproponowanej przez P.B. Crosby’ego (Kindalski, Bagiński, 1997). Jakości nie da się osiągnąć metodami kontroli, weryfikacji czy częściowych programów zapewnienia jakości. Musi to być działanie systemowe całej organizacji – oparte o sprawny system zarządzania, efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych dla osiągnięcia wyznaczonych celów przy zaangażowaniu wszystkich pracowników, na każdym poziomie funkcjonalnym jednostki medycznej.

W niniejszym artykule przedstawiono jedynie wybrane elementy dotyczące zarządzania jakością w placówkach medycznych, jednocześnie Autorka chce zwrócić uwagę na istotę i wagę podejmowania skutecznych działań projakościowych przez kadrę zarządzającą, opartych na wypracowanych modelach, narzędziach i systemie zarządzania jakością.

Celem publikacji jest dokonanie przeglądu i identyfikacja metod zarządzania jakością podmiotami leczniczymi, ze szczególnym uwzględnieniem wdrażania modelu doskonałości EFQM. Skupiono się głównie na jego charakterystyce, ponieważ jest to jeden z najczęściej stosowanych modeli doskonałości, dlatego szczególnie powinien znaleźć swoje odzwierciedlenie w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce. Artykuł ma charakter teoretyczny, a do realizacji celu głównego wykorzystano analizę dostępnej literatury i wybrane przykłady.

Słowa kluczowe: jakość, jakość usług medycznych, system zarządzania jakością.

SELECTED MODELS OF EXCELLENCE AS AN EXAMPLE OF QUALITY SHAPING IN MEDICAL FACILITIES

Summary

In the current reality, both in the literature on the subject and in practice, particular attention is paid to the meaning of the term quality, including service quality, in all branches of the economy. Over the years, however, quality in medical services has evolved and become increasingly important. Currently, it should be a priority for both the management and people shaping health policy in accordance with the definition of quality – a compliance with requirements – suggested by P.B. Crosby (Kindalski, Bagiński, 1997). Quality cannot be achieved by means of control, verification or partial quality assurance programs. It has to be a systemic activity of an entire organization, an activity based on an efficient management system, an effective use of human and material resources to achieve the set goals with an involvement of all employees at every functional level of a medical unit.

The prime objective of the article is to encourage decision-makers to take comprehensive and effective pro-quality initiatives based on available, developed and tested models as well as tools and quality management systems. What is more, its intention is to motive those concerned with a broadly understood quality to systematize their knowledge in the field of standardization in health care, according to the quality standards functioning in this field.

The purpose of this publication is to review and identify methods of quality management in healthcare entities, with particular emphasis on the implementation of the EFQM excellence model. The focus was mainly on its characteristics, as it is one of the most frequently used models of excellence, therefore it should be particularly reflected in health care units in Poland. The article is theoretical, the analysis of the available literature and selected examples were used to achieve the main goal.

Key words: quality, quality of medical services, quality management system.

Wprowadzenie

Na przestrzeni wieków jakość w usługach medycznych nabierała coraz większego znaczenia. Stopniowo wpływ na nią przypisywano lekarzom, personelowi medycznemu i szerokiemu gronu osób zajmujących się zdrowiem. Pojęcie „jakość w usługach medycznych” ewaluowało na przestrzeni lat i rozszerzało swoją semantykę. Dynamiczny wzrost jego znaczenia oraz proces reformowania tego sektora w latach 90. XX wieku zapoczątkowały nowe warunki rynkowe, które wymusiły na podmiotach ochrony zdrowia wprowadzenie ówczesnych metod zarządzania świadczonymi usługami. Jednocześnie zwrócono uwagę na wiele niedoskonałości służby zdrowia i opieki medycznej, m.in. na złożony problem jakości oraz zarządzania nią. Zagrożenia z tym związane, w tym niekorzystna kondycja wielu podmiotów leczniczych, nie zawsze satysfakcjonująca opinia publiczna na temat sektora, wzrastające oczekiwania ze strony klientów/pacjentów, determinują konieczność podejmowania działań, które w pewnej perspektywie czasowej mogłyby przyczynić się do poprawy aktualnej sytuacji.

Na świecie podejmowane są różnorodne inicjatywy na rzecz zwiększania wydajności i efektywności pracy podmiotów leczniczych, jak dotychczas wykorzystując szereg programów i modeli, w tym koncepcje Nowej Administracji Publicznej (ang. *New Public Administration*), Nowego Zarządzania w Sektorze Publicznym (ang. *New Public Management*), Programu Najwyższej Jakości (ang. *Best Value*), Program Dobrego Rządzenia (ang. *Good Governance*), Strategicznej Karty Wyników (ang. *Balanced Scorecard*), programów bazujących m.in. na normach serii ISO 9001 (system zarządzania jakością), modelu EFQM (model Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością), modelu CAF (Powszechny Model Oceny – ang. *Common Assessment Framework*) (Lenik, 2017).

Zmiana zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej implikuje zatem konieczność nieustannego jej doskonalenia, staje się instrumentem wspomagającym dążenie do doskonałości organizacyjnej, do inicjowania nowych wyzwań w kontekście poszukiwania i podejmowania bardziej efektywnych metod zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Jakość w ochronie zdrowia można poprawić jedynie systematycznym i kompleksowym działaniem, przy pełnym zaangażowaniu wszystkich pracowników i w tym wyłonieniu liderów – zarówno wśród kadry medycznej, jak i administracyjnej.

Wysoka jakość świadczonych usług medycznych, a w szczególności zarządzanie przez jakość, zwiększenie satysfakcji klienta/pacjenta, m.in. poprzez coraz trafniejsze dopasowanie oferty do ich potrzeb, to jeden z wielu niedocenianych, a bardzo istotnych problemów współczesnego systemu ochrony zdrowia.

Placówka medyczna – jako współczesna organizacja zorientowana na zarządzanie jakością – powinna przyjąć orientację przyszłościową, co oznacza, że staje wobec nowych wyzwań, tj. kompleksowego podejścia do problemu zarządzania jakością, przełożenia wieloaspektowego pojęcia „jakość usługi” na konkretne działania operacyjne w wielu zakresach profilaktyki i promocji zdrowia, szerokiej diagnostyki oraz mierzenia jej rezultatów. Zapewnienie wysokiej jakości usług powinno zatem pomagać w bardziej efektywnym zarządzaniu instytucją, wspomagać proces gospodarowania posiadanymi zasobami, m.in. takimi, jak medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe, co znacząco może wpływać na obniżenie kosztów działalności.

System zarządzania jakością jest tym narzędziem, który umożliwia każdemu przedsiębiorstwu, a w tym jednostkom medycznym, podnoszenie poziomu jakości oferowanych usług poprzez ciągłe doskonalenie metod i sposobów działania. To również część systemu zarządzania organizacją, która jest ukierunkowana na osiągnięcie wyników odniesionych do celów, dotyczących jakości spełniających potrzeby, oczekiwania i wymagania stron zainteresowanych. Jakość usług należy do jednych z podstawowych czynników, które determinują wyniki prowadzonej działalności placówki ochrony zdrowia. Wymagania im stawiane przez pacjentów oraz innych odbiorców, interesariuszy w odniesieniu do jakości usług stale rosną. Sprostanie tym wymaganiom oraz osiągnięcie i utrzymanie dobrych wyników ekonomicznych możliwe jest jedynie przez systematyczną poprawę jakości. System zarządzania jakością, jeśli jest zgodny ze wszystkimi normami, gwarantuje placówkom medycznym stabilną pozycję na rynku oraz stały postęp i rozwój.

Obecnie w polskich instytucjach ochrony zdrowia stosuje się systemy zarządzania, zgodne z różnymi standardami oraz normami, które najczęściej dotyczą zarządzania jakością, zarządzania środowiskowego oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Spośród wymienionych systemów zarządzania, najczęściej wdrażanym w zakładach opieki zdrowotnej jest system zarządzania jakością, zgodny z międzynarodową normą ISO. Pomimo wielu występujących barier w dążeniu do sprostania wymogom określonych standardów i norm, instytucje ochrony zdrowia wykazują jednak dużą determinację i chęć działania w kierunku doskonalenia jakości świadczonych usług medycznych. Zmieniające się potrzeby i oczekiwania pacjentów/klientów, konieczność poprawy wizerunku, konkurencja i postęp techniczny – mimo nieustabilizowanej sytuacji politycznej, ekonomicznej i prawnej – stawiają przed zakładami opieki zdrowotnej wyzwania do nieustannego doskonalenia ich usług. Z tego też względu coraz większego znaczenia nabiera termin „jakość”, rozumiany potocznie jako stopień, w jakim zbiór cech, właściwości stanowiących o istocie usługi spełnia stawiane wymagania (prawne, NFZ, klienta, wobec organizacji). Uzyskanie w tym zakresie zadawalających wskaźników warunkowane jest nie tylko zapewnieniem kompetentnego personelu czy wysokiej klasy aparatury medycznej, ale w dużej mierze zależy od skuteczności zarządzania, wdrażania systemów projakościowych, stosowanych instrumentów i narzędzi z tego zakresu czy opracowanych modeli doskonałości. Spośród wielu modeli opisanych w literaturze, w artykule skupiono się głównie na dokonaniu charakterystyki modelu EFQM. Jest to jeden z bardziej znanych i powszechnie stosowanych modeli doskonałości w krajach europejskich, który wskazuje zarządzającym zarówno to, jak można mierzyć, planować, monitorować potrzeby i wymagania zainteresowanych stron, jak też śledzić największe osiągnięcia w tym zakresie innych organizacji, dlatego istotnym, zdaniem Autorki, wydaje się wskazać na jego zastosowanie w jednostkach sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Spostrzeżenia dokonane na przestrzeni kilku ostatnich lat pozwalają na stwierdzenie, że certyfikowane systemy zarządzania jakością odgrywają coraz większą rolę w świadomości kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej. Z tego też względu charakterystyka i przedstawienie możliwości prowadzenia polityki projakościowej przy użyciu opracowanych modeli na podstawie literatury przedmiotu stanowi główny cel artykułu.

Niniejsze opracowanie jest jedynie wprowadzeniem do złożonego problemu jakości, stosowania skutecznych narzędzi i wypracowanych w tym zakresie modeli doskonałości. Można je uznać za punkt wyjścia do prowadzenia badań w zakresie doskonalenia i poprawy jakości usług medycznych, a także dostosowywania standardów jakości do specyfiki usług medycznych.

Istota i rola zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia – zagadnienia definicyjne

Ochrona zdrowia, jak wskazuje jeden z autorów, to zorganizowana działalność, której najważniejszym celem jest utrzymanie w dobrym stanie zdrowia człowieka w jego środowisku (w którym rozwija się, żyje i pracuje), zdobywanie i szerzenie wiedzy sanitarnej, stosowanie profilaktyki oraz promocji zdrowia, organizowanie leczenia chorób, przedłużanie życia, a także poprawa stanu zdrowia – zarówno psychicznego, jak też fizycznego, organizowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, co tworzy tzw. system (Gasińska, 2003).

Biorąc pod uwagę system ochrony zdrowia, to jest on definiowany jako zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń profilaktyczno-diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, mających na celu zapewnienie stanu zdrowia jednostki i społeczeństwa. Jest wyodrębnioną całością, złożoną z wielu skoordynowanych elementów, powiązanych relacjami, więziami, między którymi zachodzą różnorodne interakcje i które realizują cele dotyczące zdrowia obywateli (Lisiecka-Bielanowicz, 2016). Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej oznacza natomiast kształtowanie relacji z otoczeniem w sposób zapewniający dostateczne zasilanie w środki z zewnątrz (ze środków publicznych i niepublicznych), a przy tym polega na takim wzajemnym dostosowaniu elementów wewnętrznych, który umożliwi wysoki stopień ich współdziałania. Chodzi tu przede wszystkim o utrzymanie równowagi zarówno w stosunkach systemu opieki zdrowotnej z otoczeniem, jak również w jego wnętrzu¹ (Ibidem).

W literaturze przedmiotu C.W. Włodarczyk szeroko identyfikuje cele, jakie stoją przed systemem ochrony zdrowia, a w tym opieki zdrowotnej, wskazując, że powinien on realizować m.in.:

- zabezpieczenie i dostarczenie całemu społeczeństwu pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ono wymaga, bez względu na różniące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe, geograficzne (dostępność opieki medycznej);
- zapewnienie na najwyższym poziomie pakietu usług oraz świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- organizowanie opieki medycznej, w sposób zapewniający racjonalne wykorzystanie istniejących zasobów medycznych, jak i finansowych przeznaczonych na jej działalność, materialnych, doświadczonej kadry medycznej oraz jej kwalifikacji i kompetencji;
- systematyczne wdrażanie działań doskonalących system oraz zwiększających satysfakcję zarówno jej użytkowników jak i personelu realizującego świadczenia i usługi medyczne;
- zatrudnienie wykwalifikowanej kadry medycznej, przygotowanej do działania w odpowiednich dziedzinach ochrony zdrowia (Włodarczyk, 2009).

Usługi medyczne² stanowią obecnie jedną z najpowszechniejszych, a także bardziej złożonych oraz niejednorodnych form usług. Wynika to zwłaszcza z różnorodnych aspektów postrzegania ich jakości, która inaczej jest ujmowana przez osoby zatrudnione w jednostkach medycznych, a inaczej przez pacjentów tych placówek. Świadczenia medyczne w Polsce zaliczane są do tzw. usług profesjonalnych, które charakteryzują się w swej specyfice m.in. specjalistyczną

¹ Równowaga, definiowana jako stan, jest to pewien układ relacji, trwałe i zmienny tylko w określonych granicach, między organizacją a otoczeniem oraz w ramach samej organizacji. Tworzony jest w dynamicznym procesie wymiany, której warunki się zmieniają (*Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*, M. Lisiecka-Bielanowicz, 2016, Warszawa: Difin).

² Biorąc pod uwagę cechy usługi medycznej, jest ona rozumiana jako szereg czynności o charakterze niematerialnym, począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej, aż do jej opuszczenia, podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia (jej zachowania, ratowania, przywracania i poprawy) lub wzbogacania walorów osobistych. Przebieg usługi medycznej zależy od charakteru relacji między personelem a pacjentem i aktywności każdej ze stron. Istotną cechą usługi, jak wynika z przytoczonej definicji, jest relacja powstająca w trakcie świadczenia, która decyduje o całym procesie usługowym, wpływając na jego kształt, jakość oraz zadowolenie pacjenta (*Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*, G. Moroz, Z. Orzeł, 2014, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck).

wiedzą i wysokimi kwalifikacjami personelu medycznego, ich stałym doskonaleniem, postępowaniem zgodnie z prawem i etyką zawodową, wpływem na życie innych oraz występującymi trudnościami w procesie ustalania standaryzacji procesu świadczenia usługi.

Zarządzanie usługami medycznymi jest regulowane stosownymi przepisami prawnymi, w tym mówiącymi m.in. o:

- świadczeniu usług, gdzie ich realizacja podyktowana jest aktualną wiedzą medyczną;
- warunkach, jakie musi spełnić świadczeniodawca w zakresie odpowiedniej infrastruktury i produktów medycznych;
- wymaganiach, kwalifikacjach stawianych osobom wykonującym zawód medyczny;
- przebiegu całego, wieloetapowego, procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej ich dostępności i wysokiej jakości;
- możliwości wydania certyfikatu akredytacyjnego, który potwierdza spełnienie określonych w systemie standardów jakości;
- nakazie uwzględnienia wysokiej jakości w udzielanych przez oferenta świadczeniach medycznych przy zawieraniu kontraktów;
- właściwym nadzorze, kontroli przez jednostkę NFZ – poziomu wysokiej jakości świadczeń medycznych, udzielanych przez świadczeniodawców (Moroz, Orzeł, 2014).

Zarządzanie jakością w podmiocie gospodarczym, w ogólnym rozumieniu, jest systemowym działaniem na wszystkich poziomach struktury organizacyjnej i na każdym stanowisku pracy. Poprawnie zaprojektowany system zarządzania jakością, niezależnie od formy prawnej przedsiębiorstwa i rodzaju prowadzonej działalności, powinien uwzględniać aspekt strukturalny, podmiotowy, funkcjonalny, instrumentalny i celowościowy (Hamrol, Mantura, 1998).

Podejście do zarządzania jakością (TQM)³ wprowadzone zostało w latach 70. XX wieku, przy założeniu, że system ten musi angażować całą organizację w proces kontroli i czuwania nad jakością. Definiowano, że jest to sposób zarządzania poprzez cele, prowadzący do włączenia zarówno całej organizacji, każdego wydziału, jak i indywidualnego pracownika na wszystkich poziomach działalności w poprawę jej funkcjonowania. Jest to najpełniejszy wymiar troski o zapewnienie i poprawę jakości, która powinna być fundamentem filozofii zarządzania organizacją medyczną. Jest to również system organizowania w niej jakości, w którym wykorzystuje się techniki pracy zespołowej, wiedzę i doświadczenie personelu w wykrywaniu i rozwiązywaniu problemów. Jakość mierzy się poprzez systematyczne monitorowanie ustalonych kryteriów oceny (wskaźników), kontrolujących ważne aspekty działalności. Zarządzanie jakością opiera się na zmianie sposobu zarządzania oraz potrzebach i oczekiwaniach klientów (Kautsch, Whitfield, Klich, 2001).

W literaturze polskiej nie ma jednoznacznego przekładu terminu „TQM”. Jest on zagadnieniem interdyscyplinarnym, a najczęściej tłumaczy się go jako totalne zarządzanie jakością, globalne zarządzanie jakością, kompleksowe zarządzanie jakością czy też zarządzanie przez jakość (Dobska, Rogoziński, 2008).

³ Total – objęcie tym systemem całej organizacji oraz możliwości zastosowania we wszystkich rodzajach produkcji i usług, w każdej komórce organizacyjnej, na każdym stanowisku w sposób nieograniczony.

Quality – spełnienie wymagań klientów wewnętrznych (w ramach organizacji) i zewnętrznych (poza nią) w sposób w pełni ich zadowalający.

Management – metoda rozwiązywania problemów i osiągania poprawy poprzez dążenie do lepszej jakości pracy i jej efektów, czyli podejmowanie decyzji pro-jakościowych, z wykorzystaniem skutecznych procedur i metod realizacji (*Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, 2008, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN).

Definiowane w literaturze pojęcie „jakość” jest terminem niejednoznacznym, a w jego specyfikę wpisuje się wiele kategorii i elementów, na które składają się m.in. poprawność realizacji wszystkich etapów usługi medycznej zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i istniejących standardów, jak również wartości istotne z punktu widzenia pacjenta/klienta. Współcześnie rozumiany TQM stanowi zbiór różnorodnych technik zarządczych, które służą podniesieniu jakości usług i jej doskonaleniu, dążą do obniżenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także poprawieniu powszechnej dostępności do usług opieki zdrowotnej. Niemniej jednak – ze względu na to, że ich skuteczne wykorzystanie wymaga rewolucyjnej zmiany w podejściu zarówno do organizacji, jak i jakości, przywództwa, kompleksowego zarządzania jakością, w tym ocena poziomu jakości udzielanych świadczeń – nie jest to zagadnienie proste. Tego rodzaju podejście w literaturze określa jakość usług zdrowotnych w dwóch jej wymiarach, tj.:

- technicznym – z punktu widzenia podmiotu świadczącego usługi zdrowotne. Jakość techniczna obejmuje elementy niezbędne do wytworzenia produktu właściwego, a więc wszystko to, co wpływa na wynik procesów operacyjnych, takich jak sprzęt medyczny, infrastruktura oraz wyposażenie, wiedza, umiejętności pracowników, wykorzystywane technologie medyczne, stosowane procedury i instrukcje czy przyjęte standardy. Stanowi ona dużą barierę do poprawnej oceny przez pacjentów, dlatego też na znaczeniu zyskuje tzw. jakość funkcjonalna, determinowana przez wymiar kontaktów między usługodawcą a usługobiorcą;
- funkcjonalnym – z punktu widzenia pacjenta. Jakość funkcjonalna jest wynikiem oceny usługi medycznej przez pacjenta i stanowi sumę jego doświadczeń w relacji z określonym podmiotem leczniczym (Staszewski, Kautsch, 2010).

Biorąc powyższe pod uwagę, uważa się, że punktem wyjścia w procesie zarządzania jakością tych usług powinna być zatem realizacja wymagań poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia, a efektem końcowym – zgodność usługi oferowanej pacjentom z ich oczekiwaniami. Realizacja tych zaplanowanych zamierzeń powinna odbywać się poprzez wdrożone działania, ukierunkowane tak na pracowników, pacjentów, jak i całą społeczność lokalną, przy jednoczesnej dbałości o pozostałe aspekty funkcjonowania placówki.

TQM w praktyce zakładu opieki zdrowotnej oznacza przede wszystkim podnoszenie sprawności całej organizacji wewnątrz, troskę o jej bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta, a przede wszystkim zmianę kierunków zarządzania, w której strategiczne miejsce zająć muszą działania na rzecz poszerzania oferty usług, monitorowania i podnoszenia poziomu ich jakości. Realizacja filozofii TQM przez kadre zarządzającą placówką medyczną wymaga również precyzyjnego określenia celów jakościowych na każdym jej szczeblu funkcjonowania. Muszą być one konkretne, mierzalne – posiadające wskaźniki, akceptowane – uzgodnione z pracownikami, realne – posiadające niezbędne zasoby i terminowe, tj. uzależnione od czasu. Styl zarządzania i wdrożone rozwiązania systemowe powinny uwzględniać rolę zespołów zadaniowych w doskonaleniu jakości, ale przy jednoczesnej eliminacji źle pojętego współzawodnictwa wśród pracowników organizacji. TQM uważa się za klucz do skutecznego przywództwa poprzez zaangażowanie całej kadry, a zwłaszcza personelu medycznego. Zaangażowanie personelu medycznego w doskonalenie jakości zwiększa skuteczność wdrażanych rozwiązań, pozwala na ich analizę i rozwiązywanie problemów przy zastosowaniu interdyscyplinarnego podejścia (Lenik, 2017). Kompleksowa realizacja filozofii TQM wymaga również precyzyjnego określenia celów jakościowych na każdym szczeblu organizacji. Ważne, by były one określone jako konkretne, mierzalne (posiadające wskaźnik), akceptowane (co oznacza, że muszą być uzgodnione w porozumieniu z pracownikami zaangażowanymi w ich

realizację), realne (instytucja musi posiadać odpowiednie zasoby, by je zrealizować) i terminowe (czyli uzależnione od czasu) (Kautsch, 2010).

Podsumowując, TQM w odniesieniu do placówek opieki zdrowotnej rozumie się głównie jako:

- Total (kompleksowe) – objęcie systemem zarządzania jakością całego podmiotu medycznego, wszystkich jego pracowników, z kadrą zarządzającą na czele oraz możliwość zastosowania go we wszystkich rodzajach świadczonych usług i realizacji procesów opieki medycznej.
- Quality (jakość usług medycznych, jakość zarządzania) – spełnienie wymagań wszystkich interesariuszy, wewnętrznych i zewnętrznych, na czele z pacjentem, w sposób ich zadowalający.
- Management (zarządzanie) – jakość to sposób zarządzania placówką medyczną; to podejście służące rozwiązywaniu problemów i osiągania poprawy przez systematyczne dążenie do coraz wyższej jakości pracy i jej efektów (Wiśniewska, 2016).

Kryteria jakości stanowią odzwierciedlenie wymagań jakościowych stawianych rozpatrywanej usłudze medycznej. Do najważniejszych i najczęściej stosowanych w praktyce komponentów procesu udzielania świadczeń medycznych zalicza się wyposażenie i urządzenia medyczne, kwalifikacje personelu, wydajność pracowników, czas zarówno oczekiwania na realizację usługi, jak też trwania całego procesu usługowego, terminowość ich wykonania, warunki pracy zatrudnionej kadry, wizerunek i estetykę otoczenia. Za podstawę pomiaru jakości bierze się natomiast sześć ich wymiarów, zaproponowanych w 1986 roku przez R.J. Maxwella – dostępność, równość, adekwatność, akceptacja, efektywność i skuteczność. Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie wyodrębniło z kolei trzy aspekty wpływające na postrzeganie i ocenę jakości opieki realizowanej w szpitalu, tj. relacje interpersonalne – kontakt z lekarzem, kontakt z pielęgniarką, kontakt z pozostałym personelem; warunki bytowe – czystość, estetyka, temperatura, jakość posiłków; a także procedury – przyjęcie, wypis (Siwiec, 2000).

W Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Raport Euro Health Consumer Index, 2018), badającym jakość systemów opieki zdrowotnej w Europie, Polska znalazła się na 32. miejscu, spośród 35 przebadanych krajów⁴. Biorąc pod uwagę takie elementy, jak prawa pacjenta i kryterium dostępu do informacji, nasz kraj uplasował się aż na 31. pozycji. Wynikać to może przede wszystkim z braku wystarczającej informatyzacji systemu i skutecznego przepływu informacji. Analizując z kolei inne kryteria, takie jak dostępność czy wyniki leczenia oraz zasięg i rozmiar świadczeń gwarantowanych, Polska znalazła się kolejno na 28., 28. i 29. pozycji. Najwyższe lokaty zajęła zaś w kategorii prewencja zdrowia, leczenie farmaceutyczne – odpowiednio 16. i 23. miejsce w rankingu (www.obserwatorfinansowy.pl, dostęp: 16.09.2020).

Z przygotowanego i opublikowanego Raportu, przedstawiającego przeprowadzone w kilku ostatnich latach badania i jego wyniki z kontroli NIK, można wnioskować, że istnieje potrzeba pilnego wprowadzenia szeroko idących zmian w organizacji całego systemu ochrony zdrowia. Badania jednoznacznie wskazują, że system ten nie jest przyjazny dla pacjenta, gdzie według opublikowanych w 2018 roku wyników badań opinii publicznej aż 66% dorosłych

⁴ Health Consumer Powerhouse opublikował najnowsze wydanie – Euro Health Consumer Index (EHCI), czyli Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia za rok 2018. EHCI jest raportem, w którym systemy ochrony zdrowia państw europejskich porównywane są – z punktu widzenia pacjenta – w takich obszarach jak prawo i informowanie pacjentów, dostępność, wyniki leczenia, zasięg gwarantowanych świadczeń, prewencja oraz leczenie farmaceutyczne. Wyniki uzyskane przez poszczególne kraje w wymienionych wyżej kategoriach tworzą po agregacji ogólny wskaźnik jakości systemu ochrony zdrowia (www.obserwatorfinansowy.pl, dostęp: 16.09.2020).

Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, w tym aż 27% zdecydowanie negatywnie (Raport NIK, 2019).

Zasadnym, według opinii NIK, punktem wyjścia nowej reformy systemu ochrony zdrowia powinno być m.in. opracowanie długookresowej strategii jego rozwoju, która zakładać powinna przede wszystkim uzyskanie powszechnej akceptacji społecznej, a także wyznaczać nowe cele strategiczne i innowacyjną wizję jego rozwoju. Podstawowym celem systemu powinno być zatem osiągnięcie maksymalnego efektu zdrowotnego przy efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów, co przełoży się na wydłużenie życia polskiego społeczeństwa. Realizacja tego celu uzależniona jest jednak od wielu czynników, np. poprawy jakości i dostępności świadczeń, co powinno wpłynąć na lepsze efekty leczenia oraz wzrost satysfakcji pacjentów. Strategia powinna zakładać również w tym zakresie wprowadzenie nowego systemu oceny jakości udzielanych świadczeń. NIK zakłada, że zbuduje to ogólne zaufanie społeczeństwa do zreformowanego systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń. Placówki ochrony zdrowia, które leczą skutecznie i bezpiecznie, powinny być premiowane. System oceny jakości powinien zaś zakładać możliwość publikacji wskaźników jakościowych dla poszczególnych podmiotów leczniczych w ogólnodostępnych nośnikach komunikacji (np. na stronie internetowej). Kolejnym założeniem reformy systemu w omawianym zakresie powinno być wprowadzenie zasady odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie, jak dotychczas, za wykonanie procedury medycznej (Raport NIK, 2019).

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń⁵ na rynku usług zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem dla uzyskania pozytywnej oceny funkcjonowania danej jednostki i całego systemu ochrony zdrowia⁶. O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje jednak nie tylko jakość realizowanych świadczeń medycznych, ale także jakość opieki pielęgniarskiej, relacje zachodzące pomiędzy personelem medycznym i pacjentami oraz warunki organizacyjno-techniczne (Hanke, 1995).

Ciągłe doskonalenie jakości usług powinno być nadrzędnym celem każdej organizacji medycznej, ponieważ jest ona jednoznaczna z bezpieczeństwem pacjenta, co w efekcie przekłada się na zaufanie i lojalność skierowaną do jednostki medycznej. Jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług medycznych odgrywają zatem istotną rolę w medycynie na całym świecie. Wartym podkreślenia aspektem, stanowiącym swoistą klamrę pierwszej części artykułu, jest konieczność wdrażania systemów zarządzania jakością, tak aby dążyć do standaryzowania wszystkich działań, szybszego identyfikowania błędów i podejmowania skutecznych decyzji, eliminujących ich przyczynę oraz ryzyko pojawienia się ich w przyszłości, co stanowić może z kolei znacznie większą przewidywalność oraz stabilizację planowanych do realizacji procesów.

⁵ Jakość w sferze ochrony zdrowia określa się różnie, m.in.:

- jakość – społeczny konstrukt, reprezentujący nasze koncepcje i wartości zdrowia, nasze oczekiwania co do realizacji pomiędzy świadczącymi opiekę a odbiorcami, oraz nasz punkt widzenia na funkcję i rolę systemu ochrony zdrowia,
- jakość opieki – poprawa stanu zdrowia i zadowolenia całego społeczeństwa w ramach istniejących ograniczeń technologicznych, finansowych oraz związanych z ciężkim stanem zdrowia pacjenta,
- jakość – stopień, do którego opieka zdrowotna nad jednostkami i populacją podwyższa możliwość uzyskania pożądaných wyników zdrowotnych i jest zgodna z aktualną wiedzą profesjonalną,
- jakość – stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów (*Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*, G. Moroz, Z. Orzeł, 2014, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck).

⁶ W odniesieniu do rynku usług zdrowotnych nie można mówić o pełnych regułach gry rynku, ponieważ istota rynku obejmuje ogół stosunków wymiennych, zachodzących między podmiotami reprezentującymi nabywców a podmiotami reprezentującymi sprzedawców, zaś w przypadku usług ochrony zdrowia związanych z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym występują mechanizmy regulujące i instytucje pośrednie. Rynek usług zdrowotnych należy do złożonych, gdyż nie występuje na nim klasyczna rynkowa relacja partnerów (*Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*, A. Piątek, 1997, Warszawa: Wydawnictwo NRPIP).

Wykorzystanie strategii pro jakościowej w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej

Wśród prekursorów współczesnej wiedzy o zarządzaniu jakością był W.A. Shewhart. Jego znaczącym wkładem naukowym w tej dziedzinie było wprowadzenie tzw. kart kontrolnych oraz algorytmu działań korygujących, nazwanego nieco później cyklem Shewharta. Kolejne, nowe, idee – rozpoczynające drugi etap rozwoju koncepcji i metod zarządzania jakością – zaczęły pojawiać się na początku lat 50., a za ich prekursorów uważani są W.E. Deming i J.M. Juran (Dobska, Rogoziński, 2008). Cykl Deminga stał się podstawową metodą ciągłej, niekończącej się, pracy nad doskonaleniem jakości. Filozofia Deminga oparta jest na trzech podstawowych zasadach, tj. zorientowaniu na klienta, ciągłym doskonaleniu oraz jakości określonej przez system (Drummond, 1998). Uważał on, że organizację należy postrzegać jako sieć wzajemnie powiązanych procesów, gdzie niejednokrotnie koniec procesu jest początkiem jednego lub kilku następnych (Kautsch, 2010). Tego rodzaju podejście procesowe w jednostkach ochrony zdrowia będzie oznaczać, że nie mogą one koncentrować się wyłącznie na procesach klinicznych, ale też muszą doskonalić procesy związane z dostarczaniem usług okołomedycznych, np. pranie, żywienie, utrzymanie czystości. Inną ważną grupą procesów zachodzących w organizacjach ochrony zdrowia jest nadzór nad aparaturą medyczną, kontrolno-pomiarową, zarządzanie zasobami ludzkimi, infrastrukturą oraz finansami, i jeżeli chodzi o organizację ochrony zdrowia, to właśnie zastosowanie normy w tych procesach może być najskuteczniejsze, tzn. może przynieść największą poprawę jakości procesów.

Zapewnienie wysokiej jakości⁷ usług zdrowotnych, jak już wcześniej wspomniano, jest jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed każdym podmiotem leczniczym. Obecnie dużo mówi się o szeroko rozumianej konkurencji, w tym o konkurencji na rynku usług medycznych. Problem jakości stał się zatem jednym z najważniejszych, poruszanych w różnych dyskusjach, zagadnień. Nowoczesna organizacja, w tym zajmująca się najwyższym dobrem dla człowieka – jego zdrowiem, powinna szczególnie stawiać na jakość, gdyż to właśnie ona staje się podstawą skutecznego prowadzenia działalności i jest nie tylko czynnikiem sukcesu rynkowego, ale też ważnym elementem kultury danej organizacji.

Współcześnie, zarówno na całym świecie, jak też w Polsce, obserwuje się rosnącą tendencję do wprowadzania szeregu procedur certyfikacji i akredytacji. Pojawienie się na rynku medycznym różnego typu nagród czy certyfikatów jakości, programów akredytacyjnych dodatkowo może świadczyć o istocie i wadze problemu jakości, również w świadczonych usługach medycznych. Zapewniają one, że dana organizacja medyczna, spełniając szereg wcześniej ustalonych kryteriów i norm jakościowych, uzyskuje oczekiwany wysoki poziom jakości swoich świadczeń. Opierają się one głównie na modelu kontroli dokonywanych przez organizację zewnętrzną, która mierzy zgodność poczynań ocenianej instytucji z ustalonymi normami. Standardy jakościowe, opracowane na potrzeby zakładów opieki zdrowotnej, stanowią swego rodzaju systemy regulacyjno-kontrolne. Zadowolający poziom jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych można uzyskać tylko poprzez rzetelne i systematyczne kontrole bieżącego poziomu usług i podejmowanie skutecznych działań poprawiających ten proces. Z przeglądu literatury wynika, że dla zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki zdrowotnej i świadczonych w niej usług stosowane są metody zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne (Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek, 2013):

⁷ Zapewnienie jakości – model stosowany w wielu instytucjach, jego nadrzędnym celem jest zapobieganie problemom. Ponadto, stała poprawa jakości, oparta o udział dostawców i odbiorców usług z uwzględnieniem wszystkich operacyjnych aspektów usług. Za wprowadzenie i realizację działań odpowiadają specjalne zespoły. Metoda wprowadza zapis procedur, zbieranie i analizę danych oraz informacji (*Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, 2008, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN).

- 1) Metody wewnętrzne – opracowywane i wdrażane przez jednostki opieki zdrowotnej przy użyciu własnych zasobów programy zapewnienia jakości. Do przykładowych ww. metod zalicza się m.in. dokonywane przez kadrę kierowniczą badanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej, monitorowanie zdarzeń niepożądanych i wdrażanie programów ich zapobiegania. Do stosowanych powszechnie badań należy badanie satysfakcji pacjentów, co pozwala określić poziom zadowolenia pacjentów poprzez ich indywidualną i subiektywną ocenę, podyktowaną ich oczekiwaniami lub wymaganiami. Zadowolony z wysokiego poziomu świadczonych usług pacjent/klient to jeden z najważniejszych wskaźników branych pod uwagę w ocenie funkcjonowania placówki medycznej. Jakość usług medycznych z punktu widzenia pacjenta to wynik jego własnej oceny odczuć w procesie świadczenia usług medycznych. Jest to zazwyczaj ocena bardzo subiektywna, na którą wpływ mają wysokie oczekiwania, wymagania i przede wszystkim stan emocjonalny, wcześniejsze doświadczenia pacjenta i jego otoczenia.
- 2) Metody zewnętrzne – stosowane są wobec wszystkich zakładów na terenie całego kraju przez nadrzędne instytucje, grupy ekspertów bądź pozarządowe organizacje, zajmujące się certyfikowaniem wytwórców wyrobów usług, którymi są:
 - Licencjonowanie – obejmuje zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Zależy ono od ustawodawcy i przekłada się na dystrybucyjne (poprzez poprawę ich geograficznego rozmieszczenia polepsza dostęp do usług medycznych) oraz jakościowe (przez promowanie wybranych ośrodków) aspekty licencjonowania. Wpływa znacząco na efektywność dostarczania świadczeń i usług medycznych, pomaga w ograniczeniu kosztów działalności.
 - Rekomendacja – jasno sprecyzowany zbiór wytycznych, zaleceń dotyczących wykonywania określonych świadczeń medycznych. Wydawana jest przez specjalnie powołane do tego zespoły ekspertów-konsultantów krajowych lub wojewódzkich w poszczególnych obszarach medycznych – pielęgniarstwa, opieki położniczej – działające jako instytuty naukowo-badawcze.
 - Certyfikacja – potwierdzenie tego, że produkt, wyrób, proces lub usługa są zgodne z ustaloną normą lub właściwym jej aktem prawnym. Może być wydawany wyłącznie przez uprawnione do tego jednostki certyfikujące. Ważnym aspektem jest to, że wpływa on znacząco na poprawę jakości świadczeń i jednocześnie utrzymanie ich na wymaganym, wysokim poziomie we wszystkich obszarach działalności, poprzez m.in.: pogłębianie świadomości personelu medycznego, stałe monitorowanie wskaźników jakości, podnoszenie stopnia zadowolenia pacjentów/klientów i budowanie ich lojalności wobec danej organizacji.

Zainteresowanie podmiotów leczniczych nowymi metodami zarządzania znalazło swój wyraz w masowym wprowadzaniu strategii pro jakościowej pod postacią norm ISO bądź też w uzyskiwaniu statusu jednostki akredytowanej. Normy ISO są jednym z podstawowych czynników determinujących funkcjonowanie instytucji i konkurencyjność oferowanych przez nią usług. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości oraz pomoc dla organizacji przy tworzeniu systemu jakości.

Posiadanie certyfikatu ISO jest potwierdzeniem wysokiej pozycji ośrodka medycznego na rynku oraz jakości świadczonych przez niego usług, przez co zachęca pacjenta do skorzystania z danej jednostki. Stworzone w oparciu o normy standardy poprawiają funkcjonowanie placówek medycznych, zapewniają wymaganą przez pacjenta jakość usług, a także definiują, szeregują i udoskonalają zasady oceniania i dokumentowania systemu zarządzania jakością. Korzyści,

które wynikają dla organizacji z wdrożenia normy ISO 9001, to głównie zdolność do stałego dostarczania towarów oraz usług spełniających wymagania klientów i ustawowe, zwiększenie szans poprawy zadowolenia klientów/pacjentów, uwidacznianie zagrożeń i zdolność do wskazywania zgodności systemu zarządzania jakością z określonymi wymaganiami (Dobska, Dobski, 2016).

Przykładem jednostki medycznej, która wdrożyła System Zarządzania Jakością (SZJ), zgodnie z normą ISO, jest NZOZ Centrum Medyczne „Batorego” w Nowym Sączu⁸. Organizacja ta stosuje tę normę, chcąc w sposób ciągły dostarczać usługi spełniające najwyższe wymagania odbiorcy, a także dążąc do wzrostu zadowolenia klienta poprzez skuteczne wdrożenie systemu zawierającego procesy stałego doskonalenia. Wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością w tej jednostce oznaczało wprowadzenie szeregu efektywnych działań, tj. m.in.:

- sprecyzowania oraz zastosowania jasnych i jednolitych uregulowań w zakresie zapewnienia niezbędnych środków oraz infrastruktury do dalszej jej działalności;
- pozytywnego kształtowania środowiska pracy;
- usprawnienia komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz uruchomienia mechanizmów umożliwiających ciągłe jej doskonalenie.

W praktyce wdrożenie systemu polegało na opracowaniu i zastosowaniu takich procedur systemowych oraz operacyjnych, które uregulowałyby poszczególne obszary działalności Centrum, w którym za priorytet uznaje się pacjenta, a także rozumienie i spełnianie jego potrzeb bądź oczekiwań. Deklarowaną wysoką jakością usług realizuje omawiana jednostka poprzez następujące działania:

- 1) zagwarantowanie klientom/pacjentom usługi rzetelnej, terminowej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami;
- 2) zapewnienie kompleksowej, profesjonalnej opieki w zakresie zachowania, umacniania, przywracania i poprawy stanu zdrowia;
- 3) zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez indywidualne podejście lekarzy, zaangażowanie całego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego w opiekę nad pacjentem i rodziną w przychodni oraz w miejscu zamieszkania, zapewnienie higienicznych warunków pracy;
- 4) podnoszenie kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia jakości wykonywanej pracy;
- 5) stosowanie nowoczesnej i bezpiecznej aparatury, która podlega okresowym przeglądom;
- 6) przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych;
- 7) spełnianie wymagań prawnych, kontraktowych i innych zidentyfikowanych wymagań wpływających na funkcjonowanie placówki i zadowolenie klientów;
- 8) rozszerzanie oferty usług medycznych;
- 9) systematyczne identyfikowanie zagrożeń i szybkie wdrożenie działań do ich eliminacji;
- 10) nieustanne doskonalenie skuteczności wdrażanego systemu zarządzania jakością (Materiały Centrum Batorego).

⁸ NZOZ Centrum Medyczne „Batorego” w Nowym Sączu rozpoczęło swoją działalność z dniem 1 lutego 2011 roku. Wymieniona jednostka jest podmiotem leczniczym utworzonym przez Centrum Medyczne „Batorego” spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Nowym Sączu. Podmiot działa na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm), przepisów wykonawczych do tej ustawy oraz statutu. Nadrzędnym celem ustanowionej Polityki Jakości w ww. placówce jest świadczenie na możliwym najwyższym poziomie jakości usług medycznych z zakresu m.in. Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Medycyny Szkolnej, Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej, Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, Rehabilitacji Leczniczej, Leczenia Stomatologicznego, Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oraz Medycyny Pracy. Wykwalifikowaną kadrę medyczną jednostki stanowią w kolejności: 12 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (w tym 4 lekarzy pediatrów), 27 lekarzy specjalistów z różnych specjalności medycznych, 6 lekarzy stomatologów, 1 lekarz specjalista protetyki stomatologicznej, 2 psychologów klinicznych, 4 lekarzy medycyny pracy, 5 fizjoterapeutów (w tym 3 magistrów fizjoterapii), 26 dyplomowanych pielęgniarek, 2 dyplomowane położne oraz 4 techników RTG. Politykę Systemu Zarządzania Jakością Centrum realizuje działaniami w ramach wprowadzonego SZJ, który spełnia wymagania ISO 9001:2015.

Centrum realizuje działania w ramach wprowadzonego SZJ, który spełnia wymagania ISO 9001:2015. Podstawą funkcjonowania placówki jest świadczenie szerokiego zakresu usług medycznych na rzecz pacjentów zarówno indywidualnych, jak też instytucjonalnych. Kolejną, znaną i sprawdzoną metodą zapewnienia jakości, polegającą na przeprowadzeniu przeglądu placówki opieki zdrowotnej z uwzględnieniem standardów akredytacyjnych, jest akredytacja⁹, czyli usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia, prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy¹⁰. Główne założenia systemu akredytacji to dobrowolne uczestnictwo, oparcie o jasno wytyczone standardy, wyznaczony cel edukacyjny, autonomiczność, postępowanie z określoną procedurą, a także jawność i równość zasad oceniania oraz podejmowania decyzji w tym zakresie. Strategiczne cele akredytacji to z kolei poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, rozpoznawanie zakładów oferujących świadczenia o wyższej jakości, umiejętność pokazania przez poszczególnych świadczeniodawców własnej wartości, pobudzenie aktywności pracowników na rzecz jakości, osiągnięcie współdziałania wewnątrz zakładu na rzecz jakości oraz samoedukacja i ułatwienie uzyskania umów z płatnikami na usługi medyczne (Rudawska, Urbańczyk, 2012). Definiowana jest również jako zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej, dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówką akredytacyjną, która przyznając akredytację wydaje stosowne świadectwo (Niżankowski, Jedlicki, Surowiec, 1996). Określone standardy mają podstawowe znaczenie w procesie stosowania akredytacji, a ich zasadniczą cechą jest tworzenie i charakteryzowanie wzorca oczekiwanego działania lub jego efektu w określonym obszarze funkcjonalnym. W swoich założeniach akredytacja ma opierać się na założeniach maksimum, co oznacza, że standardy są tak tworzone, aby ich osiągnięcie wymagało od jednostki podjęcia pracy i wysiłku przy spełnianiu zawartych w nich wymagań.

Proces oceny w szpitalach podlega funkcjonalnej całości, ale przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji¹¹. Liczba przeglądów akredytacyjnych przeprowadzanych w danym roku kalendarzowym jest zależna od wysokości środków budżetowych pozostających w dyspozycji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia¹². Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, że pojedyncza placówka, taka jak np. szpital, ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania. Określenie

⁹ Praktyka akredytowania instytucji opieki zdrowotnej wywodzi się z USA. W 1948 roku International Standardization for Organization (ISO) przyjęło określenie „akredytacja” w znaczeniu uznania kompetencji organów/osób do prowadzenia certyfikacji. W odróżnieniu od ISO, akredytacja powstała dla oceny specyfiki opieki zdrowotnej i pozwala agregować informacje o narodowym systemie opieki zdrowotnej oraz identyfikować jego problemy (Akredytacja drogą do jakości, R. Niżankowski, M. Jedlicki, J. Surowiec, 1996, *Zarządzanie & Jakość*, 2(5)). Proces akredytacji składa się z trzech faz, tj. przygotowawczej, wizyty oraz decyzji akredytacyjnej. W zależności od wyniku oceny może być przyznana akredytacja z wyróżnieniem – gdy brak jest zastrzeżeń co do spełnienia standardów akredytacyjnych, a ocena objęła pełny zakres świadczonych usług, akredytacji – gdy szpital w pełni lub w przeważającym stopniu spełnia wymagane standardy, akredytacji warunkowej – gdy szpital uzyskał niewystarczającą zgodność w spełnieniu standardów w jakimś obszarze działalności lub akredytacji tymczasowej – udzielana jest jednostkom, które rozpoczynają działalność (*Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, 2008, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN).

¹⁰ Każdy standard akredytacyjny posiada wagę w postaci przypisanej mu liczby, która kwalifikuje go do określonej grupy, ze względu na jego szczególny wpływ na bezpieczeństwo personelu podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne (*Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, 2008, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN).

¹¹ Liczba szpitali posiadających akredytację (stan na 04.02.2020) wynosi 217 (www.cmj.org.pl, dostęp: 17.09.2020).

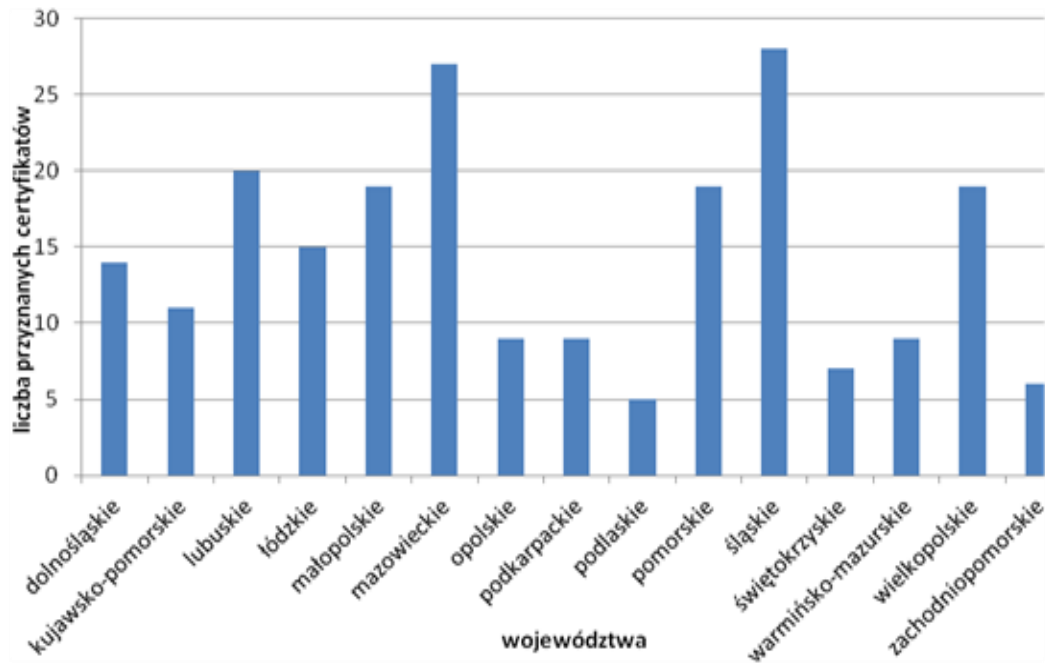
¹² Centrum Monitorowania Jakości, powołane w 1994 roku, jest jednostką o zasięgu ogólnokrajowym, podległą Ministerstwu Zdrowia, której podstawowymi celami są m.in. opracowanie i wdrożenie Programu Akredytacji Szpitali w Polsce, jak również inspirowanie oraz wspieranie działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych, ocena czynników mających wpływ na poziom świadczeń zdrowotnych oraz ocena wskaźników obrazujących poziom rezultatów świadczeniodawców (*Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński, 2008, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN).

w ten sposób słabych stron pozwala naczelnemu kierownictwu i pracownikom zajmującym się systemem jakości w danej instytucji na poszukiwania sposobów poprawy procesów funkcjonujących wewnątrz jednostki. Inicjatywy związane z akredytacją mają na celu zapewnienie takich warunków, w których zakres usług świadczonych przez opiekę zdrowotną, przy uwzględnieniu określonych indywidualnych możliwości danego państwa przyniesie maksymalne korzyści dla pacjenta. Znaczenie akredytacji we współczesnym świecie polega przede wszystkim na wyszukiwaniu obszarów zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczonych usług medycznych. Nigdzie na świecie nie ma jednolitego, wzorcowego modelu akredytacji jednostek opieki zdrowotnej. Stosowanie systemu jakości usług w Polsce wymaga analizy szeregu czynników, takich jak m.in. środki finansowe przeznaczone na cały system, budowanie pewnych nowych komponentów systemu, jego stabilność, poziom rozwoju, a także umiejętność wyciągania wniosków z doświadczeń innych krajów – związanych z wdrażaniem akredytacji.

Program Akredytacji Szpitali z pewnością przyczynia się do zmiany kultury organizacyjnej ocenianych podmiotów leczniczych. Staje się tak dzięki wprowadzaniu określonych standardami wymogów, które nie tylko skłoniły kierujących szpitalami do podjęcia modyfikacji i zmiany sposobu dostarczania opieki, ale też przyczyniły się do zmiany świadomości kadry medycznej i zarządzającej. Szpital, jako integralna część systemu opieki zdrowotnej, uzyskując akredytację, informuje o dobrym, poprawnym funkcjonowaniu i realizacji oczekiwań pacjentów. Do pożądanых zjawisk, wynikających z otrzymania akredytacji, oprócz wymienionych w artykule, należy zaliczyć również:

- stymulację poprawy jakości opieki nad pacjentem;
- zwiększenie zaufania społecznego do szpitala;
- wspieranie edukacji personelu;
- budowanie strategii marketingowej;
- redukcja kosztów;
- zwiększenie efektywności;
- kreowanie nowych trendów i kierunków rozwoju;
- identyfikacja najlepszych szpitali, w tym umożliwienie klientowi lepszego wyboru w zaspokajaniu jego oczekiwań;
- sprzyjanie konkurencyjności, zwiększanie motywacji personelu;
- identyfikacja słabych stron funkcjonowania szpitala.

Przekrój szpitali mających status jednostki akredytowanej w Polsce, w ujęciu województw obrazuje wykres 1.



Wykres 1. Liczba szpitali mających status jednostki akredytowanej według województw (stan na 04.02.2020). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych na stronie internetowej Centrum Monitorowania Jakości: www.cmj.org.pl (dostęp: 04.02.2020).

Standardy akredytacyjne dla POZ¹³ zostały opracowane przez trzy współdziałające organizacje, tj. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej. Stawiane, ograniczone przepisami, wymogi akredytacyjne, określone jasno w formie standardów, dotyczą jedynie kluczowych obszarów udzielania świadczeń w poszczególnych jednostkach POZ, a mianowicie – jego bezpieczeństwa, wszechstronności opieki, zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń pomiędzy różnymi podmiotami sprawującymi opiekę nad pacjentem, promocji, podnoszeniu świadomości i szerzeniu edukacji zdrowotnej oraz jakości prowadzonej dokumentacji medycznej.

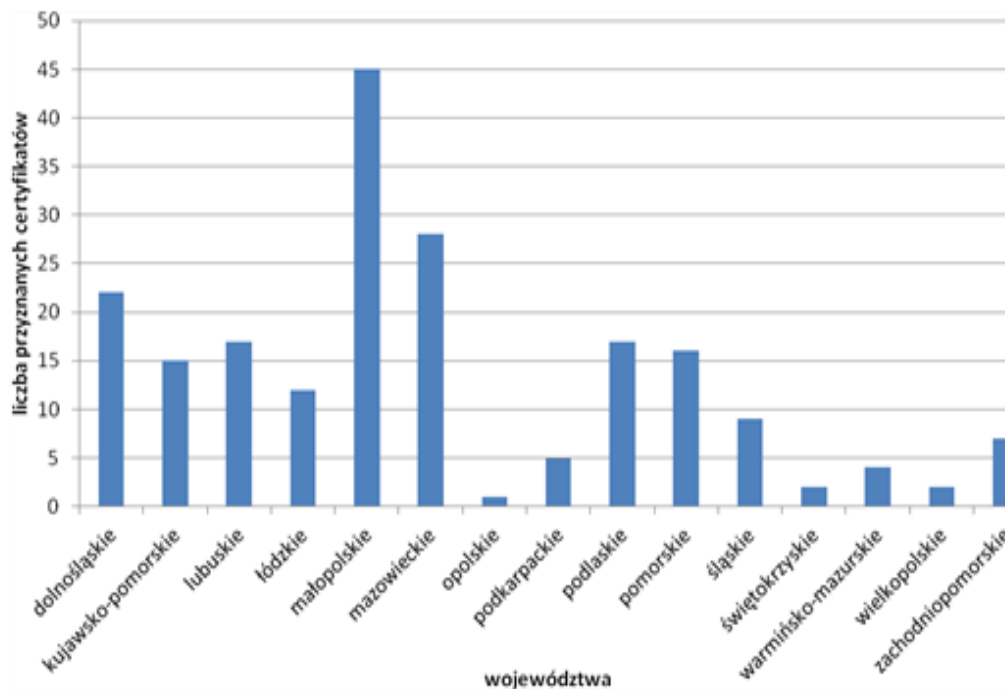
Zestaw wymienionych standardów akredytacyjnych dla POZ jest ofertą nakierowaną na twórcze kształtowanie lokalnych rozwiązań, a także na dokonywanie pomiaru i prowadzenie analizy własnej działalności medycznej. Promują one sprawną instytucję medyczną, respektując szereg oczekiwań i wydawanych opinii pacjenta oraz wyciągają, analizują wnioski z działań nad racjonalnym sposobem postępowania i ich stałym doskonaleniem. Przekrój POZ mających status jednostki akredytowanej w ujęciu województw obrazuje wykres 2.

Podsumowując, zarówno normy ISO, jak i akredytacja należą do najpowszechniej wdrażanych form standardów jakościowych w usługach medycznych¹⁴.

¹³ POZ – Podstawowa opieka zdrowotna.

¹⁴ Poza zaprezentowanymi w artykule standardami należy wspomnieć również o:

- EBM (ang. *Evidence-Based Medicine*) – sposób podejmowania decyzji w oparciu o najlepsze dostępne, osiągalne dane. Podejście to integruje doświadczenie, które można uznać za typowo kliniczne z wykorzystaniem wiedzy z opublikowanych aktualnych informacji medycznych;
- HTA (ang. *Health Technology Assessment*) – Ocena Technologii Medycznych. Służy do obliczenia realnych wartości badanych technologii medycznych i dokonania selekcji w oparciu o analizę skuteczności klinicznej oraz opłacalności leczenia (*Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, K. Opolski, B. Dykowska, M. Możdżonek, 2005, Warszawa: CeDeWu).



Wykres 2. Liczba POZ mających status jednostki akredytowanej według województw (stan na 04.02.2020). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych na stronie internetowej Centrum Monitorowania Jakości: www.cmj.org.pl (dostęp: 04.02.2020).

Swoim zasięgiem obejmują większą część organizacji, a celem ich wdrożenia jest przede wszystkim uzyskanie certyfikatu, mającego świadczyć o wysokim poziomie oferowanych usług. Akredytację jednak cechuje większy stopień szczegółowości, wymagania są znacznie bardziej skonkretyzowane, nie ma w nich miejsca na indywidualną interpretację, stąd dla kierownictwa szpitali może być trudniejsze w implementacji.

Stosowanie wybranych modeli doskonałości jako planowanie i wspieranie działań służących pro jakościowemu rozwojowi organizacji medycznej

Przytoczona w artykule koncepcja Total Quality Management, która rozwijana była na przestrzeni wielu lat przez klasyków jakości, stała się punktem wyjścia w tworzeniu tzw. modeli doskonałości¹⁵. Powodem ich rozwoju była przede wszystkim potrzeba identyfikacji przez daną organizację, w sposób najbardziej mierzalny i wymierny tego, w jakim stopniu spełnia opisane przez twórców TQM zasady kompleksowego zarządzania jakością (Wiśniewska, 2016).

Biorąc pod uwagę dążenie do doskonałości w biznesie (*ang. Business Excellence – BE*), opiera się ono na ustawicznym uczeniu się, rozwoju oraz nabywaniu umiejętności w rozwiązaniach innowacyjnych, technologii i wiedzy o spełnianiu oczekiwań i wymagań swoich klientów. Omawiane modele doskonałości odzwierciedlają w sposób precyzyjny poziom zaawansowania danej organizacji w jej dążeniu do zdobywania pozycji lidera w danej klasie. Ułatwiają również zainteresowanym,

¹⁵ Doskonałość to kategoria, która pojawiła się początkowo w rozważaniach teoretycznych mieszczących się w polu zainteresowania wielu filozofów. Według jednego z czołowych autorów opracowań filozoficznych, W. Tatarkiewicza, jest tym co jest doprowadzone do końca, co jest zupełne, do czego nie można nic dodać i od czego nie można nic ująć (*O doskonałości*, W. Tatarkiewicz, 1976, Warszawa: Wydawnictwo PWN). Natomiast, według R. Kolmana, termin ten należy rozumieć jako pewien ideał, wzorzec, stan najlepszy z najlepszych, inaczej mówiąc najkorzystniejszy z możliwych stan wszystkich przymiotów rozpatrywanego przedmiotu (*Kwalitologia. Wiedza o różnych dziedzinach jakości*, R. Kolman, 2009, Warszawa: Wydawnictwo Placet).

zrozumienie istoty biznesu, pomagają w pomiarze pozycji w dążeniu do doskonałości oraz w identyfikowaniu zaistniałych luk, które należy później wyeliminować. Proponowana w literaturze ogólna struktura poziomów systematycznego podejścia do doskonałości organizacji uwzględnia wyłącznie długoterminową ewolucję dążenia do doskonałości i jest głównie zorientowana na proces zarządzania, w coraz większym stopniu obejmując rozmaite jego obszary działalności. Ukierunkowuje również rozwój danej organizacji, prowadząc od tzw. organizacji niepewnej, skoncentrowanej wyłącznie na wytworzeniu produktu do tzw. organizacji przewidywalnej, uczącej się, wykorzystującej wiedzę do zarządzania tzw. zdolnością działania. Warto podkreślić, że zakłada też stosowanie dobrych praktyk, które są narzędziem benchmarkingu, umożliwiającym porównywanie się różnych organizacji, jak również stanowi ramę do oceny, a w tym samooceny (Jasiulewicz-Kaczmarek, Prussak 2012).

Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, że nie ma jednej, powszechnie stosowanej definicji tego pojęcia. Jeden z czołowych przedstawicieli irańskiej szkoły jakości, S. Moghadami, zdefiniował organizację doskonałą, jako tę, która w kilku obszarach charakteryzuje się wieloma cechami, jak prezentuje tabela 1.

Tabela 1
Cechy organizacji doskonałej

Obszary działania	Cechy organizacji doskonałej/charakterystyka
Klienci	pozyskują i utrzymują swoich klientów
Pracownicy	dbają o swoich pracowników, doceniają wyniki działania
Właściciele, udziałowcy	odnoszą dobre wyniki finansowe
Przyszłe pokolenia	ustanawiają wartości na przyszłość
Dostawcy i partnerzy strategiczni	wzmacniają z nimi relacje
Globalizacja	uwzględniając zjawisko globalizacji, działają tak, by zwiększyć swoje korzyści globalnie i lokalnie
Zmiana lub transformacja	doskonalenie oraz stosowanie innowacji
Uczenie się	optymalizują procesy zdobywania wiedzy i rozpowszechniają ją na wszystkich szczeblach
Przywództwo	korzystają z kompetencji przywódczych; ich decyzje pozwalają na przygotowanie przyszłych działań

Źródło: opracowanie na podstawie *Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*, M. Wiśniewska, 2016, Warszawa: CeDeWu.

Odnosząc szereg wymienionych cech w literaturze przedmiotu do placówki medycznej, zdaniem T.J. Petersa i R.H. Watermana, można wskazać osiem atrybutów, które charakteryzują organizację doskonałą. Są nimi:

- 1) ukierunkowanie na działanie – powołanie zespołów funkcjonalnych;
- 2) bliskość z pacjentem – wprowadzanie działań na rzecz poprawy jakości usług i stały ich rozwój;
- 3) autonomia i przedsiębiorczość – stworzenie warunków do rozwoju kreatywności i innowacyjności pracowników;
- 4) produktywne postawy personelu medycznego – dążenie do wzrostu produktywności;
- 5) gotowość i postępowanie zgodnie z wartościami – filozofia działania placówki medycznej, wizja oraz przyjęte wartości jako główne wytyczne postępowania w codziennych działaniach;

- 6) bycie na bieżąco – śledzenie i wykorzystywanie w pracy najnowszych trendów oraz rozwiązań w medycynie, zgodnych z nową wiedzą i osiągnięciami;
- 7) prosta forma, wyszczuplone zasoby ludzkie – struktura oraz systemy, jakie w niej funkcjonują powinny być proste, nieobciążone zbędnym zatrudnieniem;
- 8) jednoczesność swobodnych i ścisłych relacji – stwarzanie szansy na autonomiczne zachowania personelu, w tym również podejmowanie działań zespołowych służących rozwojowi oferowanej usługi medycznej i poprawie jej jakości (Wiśniewska, 2016).

Doskonałe organizacje medyczne to takie, które mierzą, liczą koszty, przewidują, monitorują potrzeby i wymagania zainteresowanych stron oraz śledzą dokonania innych organizacji. Organizacja medyczna, chcąc dążyć do modelu organizacji doskonałej, powinna nieustannie poszerzać swoje umiejętności, potrafić je wykorzystać, w celu sprostania nowym wymogom, sytuacjom i wyzwaniom, po to, aby być zdolna do identyfikacji szans i możliwości ich wykorzystania (Szczepańska, 2011).

W zależności kraju, w którym funkcjonują przedsiębiorstwa, a wśród nich liczne placówki działające w obszarze opieki zdrowotnej, zabiegają o to, by zdobyć wyróżnienie w ramach różnych programów nagród. Wykorzystuje się do tego różne koncepcje i modele zarządzania, tj. Deminga¹⁶ – najstarszy to ze wspomnianych w artykule Model M. Baldriga (MBNQA)¹⁷, model EFQM czy inne, indywidualnie już dopasowane od charakteru, specyfiki i kultury danej organizacji (Kautsch, 2010). Zainteresowanie aplikowaniem do tego typu programów nie ma wyłącznie charakteru wizerunkowego, a podyktowane jest też względami organizacyjnymi i ekonomicznymi.

Omawiane modele pomagają współczesnym organizacjom medycznym, jak już podkreślono w artykule, planować, monitorować potrzeby i wymagania zainteresowanych stron oraz analizować sukcesy innych, głównie liderów rynkowych. Osiągnięte wyniki stają się podstawą do wdrożenia działań doskonalących w organizacji. Wdrażanie modeli doskonałości jest bardzo istotne – to próba holistycznego podejścia do zagadnienia doskonałości organizacji oraz skuteczne narzędzie dla menedżerów ukierunkowanych na doskonalenie zarządzania (Matusiewicz, 2017).

W artykule skupiono się na charakterystyce modelu EFQM¹⁸ i związanej z nim Europejskiej Nagrodzie Doskonałości, ponieważ jest to jeden z najważniejszych, a także najbardziej znanych i stosowanych modeli doskonałości, dlatego szczególnie powinien znaleźć swoje odzwierciedlenie w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza z uwagi na to, że stanowi innowacyjną koncepcję doskonalenia wewnątrz organizacji, opartą na zasadach całościowego zarządzania jakością. Istota jego zastosowania w podmiotach leczniczych wynika również z tego, że obejmuje on najbardziej istotne obszary funkcjonowania organizacji, a w ostatnim czasie stał się instrumentem promocji najlepszych organizacji europejskich w dziedzinie zarządzania jakością (Wiśniewska, 2016). Zakłada on w swojej istocie kompleksowy i regularny przegląd działań podejmowanych przez organizację wraz z analizą stopnia osiągnięcia zakładanych rezultatów (Kautsch, 2010). Składa się z dziewięciu kryteriów, które ujmuje się w dwóch głównych obszarach, tj. potencjału

¹⁶ Nagroda Deminga powstała w 1951 roku, by wyrazić wdzięczność W.E. Demingowi za jego zasługi dla Japonii. W ramach Nagrody Deminga oceniane podlegają takie kryteria, jak: polityka dotycząca zarządzania i jej rozwój, rozwój nowego produktu, utrzymanie ruchu i doskonalenie oraz system zarządzania, analiza informacji i wykorzystanie IT, rozwój zasobów ludzkich („Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele”, M. Wiśniewska, 2012, *Zarządzanie i Finanse*, 3(2)).

¹⁷ MBNQA – nagroda opracowana przez Ministra USA w roku 1987 po to, by kształtować świadomość jakościową, aby rozpoznawać, uznawać i doceniać osiągnięcia najlepszych organizacji Stanów Zjednoczonych oraz promować najlepsze praktyki i strategie w tym zakresie. Mogą o nią ubiegać się różne podmioty, w ramach jednej z sześciu rodzajów prowadzonej działalności, tj.: produkcja, usługi, edukacja, działalność non profit, a także opieka zdrowotna. Podstawowymi kryteriami w przypadku podmiotów zajmujących się opieką medyczną są: przywództwo, planowanie strategiczne, ukierunkowanie na klienta/pacjenta, pomiar, analiza i zarządzanie wiedzą, ukierunkowanie na zasoby ludzkie, ukierunkowanie na operacje i wyniki („Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele”, M. Wiśniewska, 2012, *Zarządzanie i Finanse*, 3(2)).

¹⁸ EFQM – European Foundation for Quality Management.

(przywództwo, pracownicy, strategia, zasoby, procesy) oraz wyników (pracownicy, klienci, społeczeństwo, kluczowe wyniki działalności). Determinanty wpływające na jakość usług medycznych w modelu EFQM można scharakteryzować w następujący sposób:

- 1) Świadczenia z punktu widzenia pacjenta – określenie obecnych i przyszłych pacjentów organizacji z segmentacją usług.
- 2) Bezpieczeństwo leczenia – tworzenie struktury szpitalnej i projektowanie procesu świadczeń minimalizujących ryzyko błędu, dbałość o bezpieczeństwo personelu.
- 3) Przywództwo i nastawienie na cele – określenie przez liderów jasnych instrukcji i zakomunikowanie ich w organizacji, określenie celów i wartości wpływających na tożsamość organizacji, osobiste zaangażowanie zarządu na rzecz doskonalenia jakości.
- 4) Efektywność kliniczna – zapewnienie technicznej sfery jakości, praca w oparciu o wytyczne i standardy.
- 5) Orientacja na rezultaty – gromadzenie informacji o oczekiwaniach interesariuszy organizacji.
- 6) Personel – dbałość o kulturę organizacyjną.
- 7) Odpowiedzialność społeczna – odpowiadanie na lokalne potrzeby (Kautsch, 2010).

W zaprezentowane kryteria wpisane zostały tzw. zasady doskonałości, które powinny służyć jako kierunki projakościowego rozwoju podmiotu leczniczego, a wśród nich wymienia się:

- tworzenie wartości dla klienta przez rozumienie, przewidywanie ich potrzeb i oczekiwań;
- zapewnienie zrównoważonej przyszłości poprzez doskonalenie swoich wyników działalności i wykazanie wpływu na otoczenie;
- rozwijanie zdolności organizacji poprzez efektywne zarządzanie nią;
- wykorzystywanie kreatywności i innowacji tworząc tym samym większą wartość;
- przywództwo oparte na wizji, inspiracji i uczciwości, wartościach i etyce;
- elastyczne zarządzanie poprzez identyfikację swoich mocnych i słabych stron oraz reagowanie na pojawiające się szanse i zagrożenia;
- odnoszenie sukcesów poprzez efektywne wykorzystywanie zasobów ludzkich, w tym ich talentów;
- utrzymywanie doskonałych wyników, które niezbędne będą do spełniania oczekiwań zainteresowanych stron w otoczeniu (Wiśniewska, 2016).

Warto pamiętać, że wdrażanie nowych koncepcji zarządzania czy modeli wiąże się zawsze zarówno z ich zaletami, jak też pewnymi trudnościami. Wybrane zalety i trudności we wdrażaniu omawianego modelu prezentuje tabela 2.

Tabela 2

Wybrane zalety i trudności we wdrażaniu modelu EFQM w placówce medycznej

Zalety	Trudności
<ul style="list-style-type: none">– odzwierciedla zaawansowanie organizacji,– zapewnia dążenie do doskonałości, identyfikacji luk, a tym samym dążenie do osiągnięcia pozycji najlepszego na rynku, nie tylko krajowym,– zastosowanie modelu ułatwia planowanie i wdrożenie systemu zarządzania, a tym samym zapewnia rozwój i doskonalenie organizacji,– dobre, skuteczne, nowoczesne zarządzanie w ramach wielu obszarów,– ułatwia identyfikacją mocnych i słabych stron, z szerszą analizą i diagnozą obszarów do poprawy,– zdecydowanie ułatwia lepsze monitorowanie osiągnięć danej organizacji medycznej, co skutkuje większym nadzorem nad efektywnością wprowadzanych zmian i podejmowanych działań,– poprzez stosowane tzw. dobre praktyki – benchmarking, daje możliwości porównania z liderami rynku w branży medycznej i stosowania najlepszych koncepcji,– rozwój i doskonalenie pracowników,– wdrażanie działań projakościowych z udziałem wszystkich pracowników, co pozwala na lepsze osiągnięcie rezultatów,– rezultaty marketingowe.	<ul style="list-style-type: none">– brak wystarczającej wiedzy i świadomości potrzeby wdrażania modelu,– brak wyszkolonej, przygotowanej kadry,– brak wystarczających zasobów finansowych na podejmowanie nowych, innowacyjnych rozwiązań związanych z podejmowanymi działaniami projakościowymi, z zastosowaniem omawianego modelu, w tym również na szkolenia kadry w tym zakresie,– czasochłonność we wdrażaniu nowych zastosowań,– duże koszty wdrażania,– brak możliwości organizacyjnych.

Źródło: opracowanie własne.

Omawiany model może szybko zidentyfikować, w jakim miejscu jednostka się znajduje oraz wskazać wytyczne i kierunki jej doskonalenia. Uzyskuje się to jedynie dzięki dwóm elementom procesu wdrażania modelu – samoocenie i benchmarkingowi¹⁹. Benchmarking jest metodą, która pozwala na ustalenie najlepszych rezultatów osiąganych przez inne organizacje, w tym jednostek medycznych na całym świecie, jak również działań, które do nich prowadzą (Lisiecka-Bielanowicz, 2016). Zdaniem M. Lisieckiej-Bielanowicz, jest to proces identyfikacji i zrozumienia najlepszych praktyk zarządzania organizacją oraz ich przejmowania od innych organizacji, w celu podniesienia efektywności podejmowanych działań. Istotnym zatem staje się doskonalenie i rozwój jednostek medycznych, a tym samym poprawa swojej konkurencyjności przez uczestnictwo w tzw.:

- benchmarkingu zewnętrznym – porównując swoje funkcjonowanie w różnych obszarach z funkcjonowaniem innych zewnętrznych placówek;
- benchmarkingu wewnętrznym – np. porównując pomiędzy sobą funkcjonowanie swoich oddziałów;

¹⁹ Benchmarking – etymologicznie pochodzi od słowa „benchmark”, które według słownika Webstera oznacza punkt orientacyjny, wyznaczający pewną pozycję, używany jako punkt odniesienia; oznacza standard, wzorzec, według którego jakaś rzecz może być oceniana lub mierzona. Jako metoda, zalecana w placówkach medycznych, opiera się na regule Sun Tzu, co w tłumaczeniu dosłownym oznacza „poznać siebie i swojego wroga” („Modele doskonałości. Korzyści i ograniczenia”, M. Wiśniewska, 2012, *Zarządzanie i Finanse*, 3(2)).

- benchmarkingu strategicznym – dokonując porównania swojej strategii, wizji, misji i polityki działania ze strategiami innych placówek;
- benchmarkingu sposobów zarządzania – np. w obszarach zarządzanie projektami, finansami czy personelem;
- benchmarkingu procesów – porównując swoje procesy, np. operacje, proces leczniczy w podobnych instytucjach medycznych (Wiśniewska, 2016).

Placówki medyczne nie powinny się ograniczać do analizy porównawczej wyłącznie w ramach własnej branży. Wiele mogą skorzystać od reprezentantów innych rodzajów usług. Benchmarking prowadzony w jednostkach świadczących usługi medyczne stanowi gruntowną podstawę do wyznaczania i stopniowania realnych do osiągnięcia celów oraz dostosowania do standardów rynkowych.

Warto wspomnieć, że na bazie modelu EFQM²⁰ o podobnej strukturze powstał inny model CAF – tzw. Powszechny Model Oceny, zaadresowany wyłącznie do jednostek sektora publicznego jako narzędzie do poprawy jakości usług publicznych w krajach członkowskich UE. Model ten jest odzwierciedleniem koncepcji doskonałości zdefiniowanej przez EFQM, dlatego też w swoich założeniach odwołuje się do ośmiu zasad doskonałości, wytyczając tym samym cel i kierunki doskonalenia działalności organizacji publicznych. Zastosowane zasady doskonałości wskazują na istniejące różnice pomiędzy tradycyjną, biurokratyczną, skostniałą organizacją publiczną a organizacją zorientowaną na TQM. Zasady doskonałości we wskazanym modelu to orientacja na wyniki, koncentracja na kliencie, przywództwo i stałość celów, zarządzanie poprzez procesy i fakty, rozwój i zaangażowanie pracowników, następnie ciągłe uczenie się, innowacje i doskonalenie oraz rozwój partnerstwa i odpowiedzialność społeczna²¹.

Wydaje się jednak, że dokonywana samoocena przez przedsiębiorstwa, w oparciu o Model Doskonałości EFQM, w porównaniu z innymi systemami oceny, uwzględnia znacznie szerszy zakres zagadnień odnoszących się w sposób kompleksowy do podejmowanych działań na rzecz podnoszenia jakości. Ma za zadanie wspomóc decyzje kierownictwa organizacji medycznej, aby potwierdzić prawidłowość prowadzonych przez nich działań i czynności oraz doskonalić zasady medyczne, również w realizacji standardów akredytacyjnych. Warto podkreślić, że w zaprezentowane kryteria wpisane zostały tzw. zasady doskonałości, którymi są: tworzenie wartości dla klienta, zapewnienie zrównoważonej przyszłości, rozwijanie zdolności organizacji, wykorzystywanie innowacyjności oraz kreatywności, przywództwo oparte na wizji, elastyczne zarządzanie oraz odnoszenie sukcesów dzięki talentom i utrzymywanie doskonałych wyników (Wiśniewska, 2016).

W licznych publikacjach dotyczących tego obszaru podkreśla się wagę tego, że dołączenie do grona organizacji stosujących modele doskonałości i zorientowanych na stałe doskonalenie wydatnie przyczynia się do poprawy środowiska pracy, zwiększenia efektywności procesów, lepszego niż do tej pory zrozumienia oczekiwań klientów, wzrostu zaangażowania i odpowiedzialności kierownictwa, umotywowania pracowników, a tym samym do poprawy ogólnego stylu zarządzania.

²⁰ W różnych krajach istnieje ponad 100 nagród jakości opartych na modelu EFQM. Zarejestrowano już ponad kilka tysięcy użytkowników tego modelu, z czego najwięcej we Włoszech, w Belgii i Danii. Największa liczba zastosowania modelu przypada jednak na urzędy administracji lokalnej, instytucje pomocy społecznej, policję, instytucje edukacyjne i podatkowe (*Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*, M. Wiśniewska, 2016, Warszawa: CeDeWu). W Polsce istnieje Polska Nagroda Jakości, wzorowana na modelu EFQM.

²¹ Przykładem pierwszej placówki, która zastosowała metodę CAF w Polsce jest szpital w Makowie Mazowieckim, gdzie zdefiniowano jakość usługi medycznej, na którą złożyły się kontakty interpersonalne między personelem a pacjentem, jakość techniczna, jakość marketingowa oraz jakość ekonomiczno-administracyjna i jakość informacyjna.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę współczesne standardy tzw. zarządzania projakościowego, które oparte są na założeniu podporządkowania wszystkich obszarów funkcjonalnych organizacji, jak również sposób doskonalenia efektywności i podnoszenia konkurencyjności jednostek, stały się one głównym tematem w podejmowanych dyskusjach naukowych oraz działaniach operacyjnych. Zrozumienie i wykorzystanie meandrów zarządzania jakością w praktyce pozwoli osiągnąć wymierne rezultaty w postaci organizacji zorientowanej na klienta/pacjenta, przy jednoczesnym rozwoju potencjału firmy i umacnianiu jej pozycji rynkowej.

Wdrożenie w placówce medycznej SZJ nie jest prostym zadaniem. Zważywszy na doświadczenia z dobrych praktyk, analizę dokumentacji z POZ i szpitali, podczas wdrażania kierownictwo powinno uwzględnić m.in.:

- nadzór nad dokumentami;
- nadzór nad bazą danych medycznych;
- wyłonienie i określenie standardów medycznych przy postępowaniu z pacjentem.

Aby SZJ był skuteczny, niezbędne jest zaangażowanie w ten proces wdrożeniowy całego kierownictwa, bez wyłączenia zatrudnionego personelu, stworzenie odpowiedniego systemu motywacyjnego, skłaniającego pracowników do szybkiego osiągnięcia rezultatów wdrożenia systemu jakości, identyfikacja silnych i słabych stron oraz dobra organizacja systemu poprzez odpowiednio przygotowanych menadżerów jakości. Należy pamiętać, że nieustanne doskonalenie jest procesem długotrwałym i uwarunkowanym wieloma czynnikami. Sukces w dużym stopniu oparty jest na zdolności organizacji do uczenia się i powtarzania podobnych zachowań.

Modele doskonałości, które potencjalnie mogą być zastosowane w placówce usług medycznych, mogą znacząco ułatwić zainteresowanym zrozumienie istoty założonych planów danej jednostki, a szczególnie postrzegania jej jako coraz doskonalszego, innowacyjnego systemu. Mogą być one również stosowane w różnym celu m.in. przez menadżerów kierujących jednostką medyczną jako narzędzie oceny czy te przydatne do planowania szeregu procesów doskonalenia personelowi medycznemu i innym zatrudnionym pracownikom, ale przede wszystkim pomagają pacjentom – jako klientom – oceniać i kwalifikować dostawców.

Dołączenie placówki medycznej do grona organizacji stosujących modele doskonałości i zorientowanych na stałe podnoszenie oraz doskonalenia jakości usług może znacząco przyczynić się do poprawy środowiska pracy i ogólnego stylu zarządzania placówką. Ich wdrożenie może przyczynić się również do lepszego funkcjonowania całej jednostki, tak by mogła działać sprawniej i efektywniej, a przy tym mieć wpływ na szeroko rozumianą kulturę jakości. Kluczowy jednak problem, jaki się pojawia przed kadrą zarządzającą, dotyczy horyzontu czasowego. Modele doskonałości nie należą do tych, które w dość szybki sposób usprawnią organizację – dotyczą zwykle długiego horyzontu czasowego i zaangażowania się w szereg cyklicznych działań na poziomie zarówno systemowym, jak i strategicznym.

Konieczne jest, by podczas wdrażania modeli w placówce medycznej stosować podejścia pozwalające jej zbliżyć się do stanu doskonałości. Zalicza się do nich tzw. dobre praktyki, stanowiące wybrane elementy benchmarkingu, jako punkt wyjścia w planowaniu działań projakościowych. Wśród dobrych praktyk w obszarze usług medycznych można wymienić najbardziej skuteczne procedury i podejmowane działania, programy uznane za wiodące w danym środowisku medycznym, usprawniające procedury działalności organizacyjnej, podejmowane inicjatywy w zakresie leczenia i profilaktyki, stosowane i wdrażane modele projakościowe, innowacyjne kierunki działań, wypracowane procedury samooceny czy uzyskane akredytacje.

W niniejszym artykule nie wyczerpano problematyki zarządzania jakością i zastosowania modeli doskonałości w jej tworzeniu w podmiotach leczniczych. Procesy z tym związane są bardzo złożone, mają charakter dynamiczny, ważnym jednak postulatem z tym związanym stało się podkreślenie wagi i istoty poruszanego zagadnienia w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia.

Bibliografia

- Dobska, M., Dobski P. (2016). *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Dobska, M., Rogoziński, K. (2008). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Drummond, H. (1998). *W pogoni za jakością. Total Quality Management*. Warszawa: Wolter Kluwer.
- Gasińska, M. (2003). Ochrona zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne. W: A. Kurzyński, *Polityka społeczna* (s. 9 -23). Warszawa: SGH.
- Hamrol, A., Mantura, W. (1998). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. Warszawa-Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hanke, E. (1995). *Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu*. Warszawa: Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmana w Wiedniu. Centrum Organizacji.
- Jasiulewicz-Kaczmarek, M., Prussak, W. (2012). Modele doskonałości w zarządzaniu jakością. *Zarządzanie i Finanse*, nr 3, 127-140.
- Kautsch, M. (2010). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej nowe wyzwania*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business.
- Kautsch, M., Whitfield, M., Klich, J. (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kindalski, E., Bagiński, J. (1997). *Podstawy zarządzania przez jakość (TQM)*. Warszawa: Wydawnictwo: Q Team.
- Kolman, R. (2009). *Kwalitologia. Wiedza o różnych dziedzinach jakości*. Warszawa: Wydawnictwo Placet.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lenik, P. (2017). *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lisiecka-Biełanowich, M. (2016). *Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*. Warszawa: Difin.
- Matusiewicz, M. (2017). *Wdrażanie modeli doskonałości w przedsiębiorstwach MŚP*. Wrocław: Wydawnictwo: Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria Organizacja i Zarządzanie.
- Moroz, G., Orzeł, Z. (2014). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Niżankowski, R. (2003). Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena. *Zdrowie i Zarządzanie*, V,6, 7-17.
- Niżankowski, R., Jedlicki, M., Surowiec, J. (1996). Akredytacja drogą do jakości. *Zarządzanie & Jakość*, 2(5), 56.
- Opolski, K., Dykowska, B., Możdżonek M. (2005). *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa: CeDeWu.
- Piątek, A. (1997). *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarstwa i położnej*. Warszawa: Wydawnictwo: NRPIP.
- Raport CBOS. (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Raport NIK. (2019). *Informacja o wynikach kontroli. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Warszawa: Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli.
- Rudawska, I., Urbańczyk, E. (2012). *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*. Warszawa: Difin.
- Raport Euro Health Consumer Index (EHCI) za rok 2018. *Polska na 32. miejscu w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia*. Pobrane z: www.obserwatorfinansowy.pl.

- Siwiec, J. (2000). Aspekty opieki – wymiary do pomiaru. W: *Piąta ogólnopolska konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”* (s. 125-132). Kraków: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach
- Staszewski, R. Kautsch, M. (2010). Jakość i zarządzanie jakością. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania* (s. 311-331). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Szczepańska, K. (2011). *Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Ślusarska, B. Zarzycka, D., Zahradniczek, K. (2013). *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo (t. 1. Założenia teoretyczne)*. Warszawa: PZWL.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *O doskonałości*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Włodarczyk, C.W. (2009). *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Wiśniewska, M. (2012). Modele doskonałości. Korzyści i ograniczenia. *Zarządzanie i Finanse*, 3(2), 5-17.
- Wiśniewska, M. (2016). *Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*. Warszawa: CeDeWu.
- Wiśniewska, M., Zieliński, G. (2014). *Wielowymiarowe aspekty doskonalenia podmiotów leczniczych*. Gdańsk: Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej.

www.obserwatorfinansowy.pl.