

Koncepcje zarządzania jakością w służbie zdrowia

Greta Kanownik

*Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Instytut Finansów, Korporacji i Inwestycji,
Zakład Zarządzania Ryzykiem, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*

W artykule podjęto istotny problem dotyczący możliwości wykorzystania współczesnych koncepcji zarządzania jakością stosowanych w komercyjnych przedsiębiorstwach (produkcyjnych i usługowych) dla stymulowania wyższej jakości świadczenia usług zdrowotnych w placówkach medycznych. W nauce występuje wiele koncepcji zarządzania przedsiębiorstwem, wspomagających osiągnięcie efektywności i konkurencyjności, które mogą być także z powodzeniem wykorzystane w szpitalach. Jednak za najbardziej skuteczne narzędzia zarządcze o charakterze pro jakościowym uważane są metody kompleksowe lub zintegrowane, jak np. bardzo obecnie popularny Zintegrowany System Zarządzania Jakością. W artykule przedstawione zostało wykorzystanie współczesnych koncepcji zarządzania jakością w szpitalach na świecie i w Polsce.

Słowa kluczowe: jakość, usługa medyczna, konkurencja, konkurencyjność, współczesne koncepcje zarządzania.

Wprowadzenie

Kluczową determinantą sukcesu przedsiębiorstwa jest jakość oferowanych produktów lub usług. Efektem działań przedsiębiorstwa zmierzających do identyfikowania źródeł problemów związanych ze złą jakością wytwarzanych produktów i usług, dających w następstwie możliwość zaplanowania i wdrażania procedur doskonalących wadliwą jakość w zdiagnozowanych obszarach, jest osiąganie coraz wyższej satysfakcji klientów.

Walka konkurencyjna, szybki postęp technologiczny, dynamiczny rozwój przedsiębiorstw sprawiają, że z rynku eliminowani są ci gracze, którzy nie potrafią sprostać jakościowym oczekiwaniom klientów, a jakość w wielu wypadkach wiąże się z koniecznością poniesienia dodatkowych, niejednokrotnie wysokich, kosztów

funkcjonowania przedsiębiorstwa. Strategia w sferze jakości stwarza szansę przetrwania i rozwoju. Pojawiające się jednak dylematy związane z określeniem roli kompleksowego zarządzania jakością w aspekcie zarządzania przedsiębiorstwem stanowią wyraźne przesłanki do prowadzenia dalszej eksploracji badawczej jakości w ramach nauk o zarządzaniu.

Celem artykułu jest analiza możliwości wykorzystania współczesnych koncepcji zarządzania jakością stosowanych w komercyjnych przedsiębiorstwach (produkcyjnych i usługowych) dla stymulowania wyższej jakości świadczenia usług zdrowotnych w placówkach medycznych.

Pojęcie i istota jakości w naukach o zarządzaniu

Obecnie przedsiębiorstwa wykorzystują różne koncepcje zarządzania jakością, dążąc do wzmocnienia swojej konkurencyjności na rynku, przy czym jakość często jest określana z punktu widzenia samych przedsiębiorstw jako niezawodność czy trwałość. Jednakże takie jednostronne pojmowanie jakości nie jest poprawne, na co wskazują autorytety w zakresie zarządzania jakością. Według nich, jakość to (Hamrol, Mantura, 1998):

- stopień zaspokojenia potrzeb i spełnienia wymagań klienta (Oakland, 2000),
- przede wszystkim przydatność użytkowa (Juran, 1951),
- zgodność wyboru z wyspecjalizowanymi wymaganiami (Crosby, 1979),
- przewidywany stopień jednorodności i niezawodności, przy możliwie niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku (Deming, 1982),
- zbiorcza charakterystyka produktu i serwisu, z uwzględnieniem marketingu, projektu, wykonania i utrzymania, które powodują, że dany produkt i serwis spełniają oczekiwania użytkownika (Feigenbaum, 1992).

Dzisiaj klient techniczną jakość wyrobu traktuje jako coś normalnego, co stanowi podstawę każdego produktu, a poszukuje dodatkowych aspektów jakościowych towaru czy usługi, która zaspokoi indywidualne potrzeby i preferencje konsumentów.

Postrzeganie jakości jako podstawowej wartości organizacyjnej, której celem jest spełnienie istniejących wymagań, w konsekwencji stało się kluczowym wyznacznikiem działania współczesnych przedsiębiorstw na konkurencyjnym rynku, dla których niezmiernie istotnym elementem przetrwania stało się wykorzystywanie koncepcji zarządzania przez jakość. Strategiczne znaczenie jakości dla przedsiębiorstwa wynika z następujących powodów (Kasiewicz, 2002):

- istotnej poprawy jakości nie da się osiągnąć w krótkim czasie,

- poprawa jakości wymaga takiego skonstruowania podstawowych mechanizmów, aby wspierały one nieustannie ten proces, czego nie da się wdrożyć bez opracowanej strategii,
- kreowanie wysokich parametrów jakości wymaga zaangażowania naczelnego kierownictwa i wszystkich pracowników,
- dążenie do większej satysfakcji konsumenta niejednokrotnie zmusza do wdrożenia w firmie nowego podejścia względem klienta, a w tym uwzględnienia jego potrzeb, wymagań i oczekiwań,
- nie można wyobrazić sobie konkurencyjnej firmy, która nie potrafi w sposób skuteczny zarządzać jakością.

Zmiany, które obecnie zachodzą w gospodarce światowej wymuszają rozwój nauk o zarządzaniu, a ciągła zaostrzająca się walka konkurencyjna staje się bodźcem do poszukiwania przez przedsiębiorstwa skutecznych metod i koncepcji zarządczych zapewniających im osiągnięcie przewagi na rynku. Koncepcja zarządzania jakością jest obecnie uważana za koncepcję strategicznego zarządzania przedsiębiorstwem, z czego można wnioskować, iż zarządzanie jakością będzie przez wiele lat znajdowało się na czele wiodących koncepcji zarządczych wykorzystywanych przez przedsiębiorstwa.

W odpowiedzi na potrzeby współczesnych przedsiębiorstw rodzą się nowe koncepcje zarządzania oraz innowacyjne strategie działania. Koncepcje zarządzania jakością są coraz częściej stosowane przez przedsiębiorstwa jako instrumenty wzrostu ich konkurencyjności. Jednakże dla usystematyzowania podjętych rozważań w zakresie jakości należy na wstępie określić pojęcie zarządzania przedsiębiorstwem. Jedna z definicji stwierdza, że zarządzanie jest to działanie skierowane na zasoby organizacji, wykonywane z zamiarem osiągnięcia celów w sposób sprawny i skuteczny (Griffin, 2005).

A zatem, zarządzanie jakością stanowi spójną całość z systemem zarządzania w przedsiębiorstwie, gdyż umożliwia realizację celów w zakresie spełnienia wymagań i oczekiwań klientów oraz usprawnia funkcjonowanie procesów zachodzących w przedsiębiorstwie, minimalizuje ryzyko biznesowe, a swoim zasięgiem obejmuje: klientów, pracowników, dostawców, udziałowców, kontrahentów oraz pozostałych interesariuszy.

Do koncepcji zarządzania uwzględniających podejście pro jakościowe wykorzystywanych we współczesnych przedsiębiorstwach, w tym także i placówkach medycznych, zaliczyć można m.in.: kompleksowe zarządzanie jakością (*total quality management*), *kaizen*, *reengineering*, *benchmarking*, *lean management*, *business intelligence*.

Pojęcie i istota jakości z perspektywy usług zdrowotnych

Aby możliwe było określenie definicji jakości w odniesieniu do usług zdrowotnych, należy najpierw wyjaśnić, czym jest usługa zdrowotna. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm. z dnia 15 kwietnia 2011 roku, art. 2, ust. 1, pkt. 10 „usługa zdrowotna to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”.

Usługi zdrowotne mają charakter dóbr niematerialnych i w przeciwieństwie do wyrobów nie można ich dotknąć ani ocenić zanim się z nich nie skorzysta, gdyż pacjent nie widzi natychmiastowych rezultatów przed wykonaniem zabiegu operacyjnego oraz nie jest w stanie dokładnie ocenić efektów odbytej wizyty lekarskiej. W związku z tym, pacjent, aby zmniejszyć swoje obawy i niepewność związaną z efektami prowadzonej wobec niego terapii leczniczej, poszukuje materialnych dowodów realizacji usługi zdrowotnej, dokonując obserwacji i oceny personelu medycznego, pomieszczeń, wyposażenia medycznego, miłej obsługi, itp. Kolejne cechy usług niematerialnych według P. Kotlera to „niejednorodność, nierozdzielność oraz nietrwałość” (Kotler, 2005), które to cechy można odnieść także do usług zdrowotnych. Niejednorodność usług zdrowotnych jest zależna od wielu czynników, np. różnych świadczeniodawców, miejsca oraz czasu realizacji usługi, która z uwagi na niepowtarzalność okoliczności określonych wcześniej nigdy nie będzie taka sama. Ta niejednorodność może prowadzić do występowania błędów medycznych. Pacjenci mają świadomość występowania różnorodności usług. Pewnym rozwiązaniem tej niezbyt korzystnej cechy usługi w stosunku do pacjentów jest standaryzacja usług, ale czy to jest w ogóle możliwe?

Kolejna cecha usługi zdrowotnej to nierozdzielność procesu świadczenia usługi. Otóż pomiędzy pacjentem i osobą świadczącą usługę (lekarz, pielęgniarka, położna itd.) zachodzi swoista interakcja, przebieg wykonania usługi zależy od tych osób, efekt końcowy jest zależny od ich wiedzy, doświadczenia zawodowego oraz posiadanych umiejętności zawodowych i interpersonalnych. Ostatni element usługi zdrowotnej to nietrwałość, polegająca na niemożliwości jej przechowywania i magazynowania, co oznacza, że nie jest możliwe wytwarzanie tych usług na zapas i sprzedawanie ich w momencie zwiększonego popytu na nie. Wiąże się z tym brak możliwości zapewnienia wszystkim pacjentom pełnej dostępności do wszystkich usług, która jest bardzo kosztowna, stąd występujące ograniczenia w dostępności do określonych usług. Należy jednakże zaznaczyć, iż niektóre z usług medycznych są pozbawione cechy nietrwałości. Przykład stanowią banki

krwi, narządów do transplantacji itp.; występująca tu konieczność przechowywania czy transportowania jest elementem niezbędnym w realizacji złożonej usługi.

Przedstawiona powyżej charakterystyka usługi zdrowotnej wskazuje na to, że to świadczeniodawca ma istotny wpływ na jej jakość, jednocześnie nie zawsze mogąc w pełni usatysfakcjonować pacjenta, gdyż efekt usługi zdrowotnej nie zależy jedynie od lekarza, ale również od stanu zdrowia pacjenta. A zatem jak można zdefiniować jakość w aspekcie usług zwrotnych?

Zdaniem M.E. Portera i E. Teisberg (2005), pomimo ograniczeń, system opieki zdrowotnej może osiągnąć doskonałe wyniki zarówno w obszarze jakości, jak i skuteczności, co jednak często wymaga transformacji i wdrożenia nowych zasad konkurencji, mających na celu wzrost tworzonej wartości. W wypadku usług zdrowotnych, celem nadrzędnym jest dbanie o zdrowie i życie człowieka, a głównym elementem bezpieczeństwa pacjenta jest właśnie wysoka jakość świadczonych usług zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje model jakości w ochronie zdrowia jako wypadkową efektywności klinicznej, ekonomicznej i kadrowej, z uwzględnieniem bezpieczeństwa pracowników oraz bieżących potrzeb otoczenia (Fal, 2012). Kompleksowość wymienionych elementów modelu jakości ma wpłynąć na zapewnienie bezpieczeństwa prowadzonego procesu leczniczo-terapeutycznego i większe zorientowanie na pacjenta i jego potrzeby, co w dobie narastającej konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych jest jeszcze ważniejsze niż w przeszłości.

A zatem, konkurencja na rynku usług zdrowotnych mobilizuje zarządzających do poszukiwania takich koncepcji i instrumentów zarządzania, które zapewnią omawiane powyżej bezpieczeństwo wszystkim interesariuszom systemu. Adekwatnym rozwiązaniem jest tutaj zastosowanie koncepcji zarządzania o charakterze projekcyjnym, które będą obejmować cały szpital i wszystkie fazy związane z dostarczaniem pacjentom odpowiedniej jakości usług: ich planowanie, projektowanie, wykonywanie oraz monitorowanie jakości. Należy podkreślić, iż stosowanie przez szpital koncepcji zarządzania jakością powinno także uwzględniać ocenę ryzyka związanego z prowadzoną działalnością leczniczą, ale chodzi tu bardziej o możliwość przewidywania zdarzeń niepożądanych, niż wprowadzanie działań korygujących w momencie, gdy takie zdarzenia już wystąpią.

Możliwości implementacji koncepcji i technik zarządzania jakością w placówkach medycznych

W warunkach konkurencji, ciągłego postępu technologicznego oraz wciąż rosnących potrzeb i oczekiwań pacjentów wobec podmiotów leczniczych wysoka

jakość świadczonych usług medycznych jest niezbędnym elementem funkcjonowania każdej placówki medycznej.

Przedstawiony poniżej przegląd dotyczy możliwości zastosowania w praktyce w placówkach medycznych współczesnych wybranych koncepcji zarządzania jakością i ich wpływu na jakość usług zdrowotnych.

Pierwsza z omawianych koncepcji to **kompleksowe zarządzanie jakością (TQM)**. W odniesieniu do podmiotów leczniczych możemy aktualnie wyróżnić cztery podstawowe modele oceny jakości w ochronie zdrowia wykorzystywane w Europie (Szetela, 2012):

- system wizytacji,
- model EFQM (Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością),
- system zarządzania jakością wg normy ISO 9001,
- system akredytacji.

Idea akredytacji placówek opieki zdrowotnej powstała w Stanach Zjednoczonych; wiele krajów, obserwując sukcesy tej metody, zaadaptowało ją do swoich celów. W pierwszej kolejności system ten wprowadziły: Kanada, Australia, Nowa Zelandia i Afryka Południowa. W latach 80. XX w. rozpoczęto wdrażanie programów akredytacji szpitali w Wielkiej Brytanii (w szpitalach świadczących usługi pacjentom w trybie nagłym – Kings Found oraz w szpitalach długoterminowych – CASPE) i Hiszpanii. Polska, razem z Włochami, Szwecją, Finlandią i Holandią, należy do grupy krajów europejskich, które zdecydowały się wprowadzić akredytację w drugiej połowie lat 90. XX wieku.

Ocenę szpitali w Polsce pod kątem akredytacji prowadzi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które zostało powołane do życia przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1994 r. Zadaniem tej instytucji jest ocena wewnętrznych mechanizmów wpływających na jakość w podmiotach leczniczych oraz wdrażanie programów zmierzających do poprawy jakości.

Kolejny z systemu ocen jakości w ochronie zdrowia to tzw. ISO, którego nazwa wiąże się z Międzynarodową Organizacją Normalizacyjną (International Organization for Standardization), zajmującą się wyznaczaniem standardów i norm w zakresie jakości produktów i systemów. Obecnie do ISO należy ponad 150 krajów, w tym Polska (Szetela, 2012).

Do podstawowych korzyści z prawidłowo funkcjonującego systemu zarządzania jakością można zaliczyć (Szetela, 2012): wzrost konkurencyjności jednostki na rynku usług zdrowotnych (warunek dodatkowo oceniany w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia); ograniczenie liczby błędów, a tym samym obniżenie liczby spraw sądowych; racjonalizację elementów zarządzania, w tym uporządkowanie podległości, obowiązków i kompetencji pracowników, procesów udzielania świadczeń i metod pracy. Efektem

wymienionych korzyści jest obniżenie kosztów ogólnych funkcjonowania szpitala; zagwarantowanie prawidłowego wykonania każdej operacji za pierwszym razem i za każdym razem; systematyczna poprawa jakości świadczonych usług; wzrost zaufania pacjentów do placówki medycznej; obniżenie strat związanych z niską jakością; zaufanie personelu do własnej placówki medycznej oraz wpływ na poprawę atmosfery i klimatu pracy, co powoduje wzrost zaangażowania pracowników; większe zaufanie instytucji finansujących ułatwiające uzyskiwanie pożyczek (kredytów) oraz zawieranie kontraktów; możliwość korzystania z usług wysokiej jakości, gwarantowanej niezawodności i ustalonych, powtarzalnych właściwościach.

Oba systemy, czyli akredytacja i certyfikacja ISO, zapewniają i nadzorują uzyskanie jak najwyższej jakości świadczonej usługi medycznej dla pacjentów, co powoduje, że podmiot leczniczy staje się silniejszy organizacyjnie i rynkowo oraz jest konkurencyjny wobec innych świadczeniodawców.

Kolejna z koncepcji – *kaizen* – sprawdziła się także w placówkach medycznych. *Kaizen* jest metodą ciągłej poprawy procesów i wyrobów w przedsiębiorstwie, stałego wykorzystywania możliwości wszelkich usprawnień, choćby najdrobniejszych. Jest to zarazem filozofia zarządzania, która ma wykształcać w ludziach świadomość potrzeby zmian. Podstawą *kaizen* jest przekonanie, że każdej firmie grozi upadek, jeżeli nie będzie stale doskonała (Oleksyn, 2001, s. 178). Metoda ta po raz pierwszy została zastosowana w ochronie zdrowia w Stanach Zjednoczonych w roku 2003. W polskich placówkach medycznych jednym z przykładów możliwości zastosowania koncepcji *kaizen* była próba wykorzystania elementów filozofii *kaizen* w procesie wdrażania okołooperacyjnej karty kontrolnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Ośrodku Badawczo-Rozwojowym (Witkiewicz, Cymbała, Fiałkowska, 2012). Na podstawie wyników przeprowadzonego badania odnośnie zastosowania koncepcji *kaizen* wykazano, że okazała się ona być bardzo pomocna w fazie przygotowania, wdrażania i stosowania karty. Należy podkreślić, że okołooperacyjna karta kontrolna jest narzędziem mającym na celu zapobieganie występowania zdarzeń niepożądanych, np. przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta, nieprawidłowego przeprowadzenia operacji, przeprowadzenia operacji na zdrowej części ciała itp. Stąd rodzi się wniosek, że bezpieczeństwo pacjenta jest nieodłącznym elementem usługi medycznej o wysokiej jakości, a istotny wpływ na to bezpieczeństwo ma liczba zdarzeń niepożądanych. Opisany powyżej przykład zastosowania koncepcji *kaizen* wskazuje, iż z powodzeniem może ona być wykorzystana także w innych obszarach działalności szpitala, znacznie ograniczając liczbę występowania zdarzeń niepożądanych.

Reengineering rozpatrywany z perspektywy placówki medycznej zakłada przeprojektowanie placówki w zakresie jej najistotniejszych procesów. Z założenia

proces ten ma być realizowany radykalnie i szybko w celu osiągnięcia wyraźnej poprawy w krótkim czasie. Różni się więc od typowej koncepcji zarządzania jakością, gdzie zmiany są jedynie korygujące i dokonywane sukcesywnie, choć w obu wypadkach działania modernizujące koncentrują się na pacjentach i procesach. Innymi słowy, *reengineering* nie naprawia, tylko tworzy od nowa. Ma zatem opinię przedsięwzięcia trudnego, wymagającego, kosztownego i ryzykownego (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003). Zastosowanie reinżynierii, czyli „zbudowania” od początku całej organizacji szpitala według nowych zasad, może być rozwiązaniem alternatywnym do jego likwidacji, zwłaszcza w publicznych placówkach zdrowotnych. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele przykładów bardziej lub mniej udanych procesów restrukturyzacji polskich placówek medycznych. W sytuacji gdy dotychczas stosowane typowe przedsięwzięcia usprawniające, mające charakter zmian stopniowych, okazują się niewystarczające, aby szpital mógł utrzymać się na rynku czy powrócić do stanu równowagi, dokonanie radykalnej zmiany może być dużą szansą. Należy jednak pamiętać, że koncentracja na samych tylko procesach czy planach, bez uwzględnienia czynnika ludzkiego, nie przyczyni się do osiągnięcia sukcesu, co często jest zarzucane tej koncepcji. Konkludując, można stwierdzić, że *reengineering* pozostaje najlepszą metodą przeprowadzania zmian, ale musi być odpowiednio przeprowadzany i zharmonizowany z możliwościami szpitala.

Benchmarking – metoda porównywania się do najlepszych jest bardzo popularna w Stanach Zjednoczonych również w zakresie ochrony zdrowia. Pierwsze inicjatywy zastosowania tego procesu w jednostkach opieki zdrowotnej miały miejsce w Catholic Health Corporation oraz Voluntary Hospitals of America na terenie Stanów Zjednoczonych (Cygańska, 2007).

W zależności od celów, jakie postawili zarządzający przed *benchmarkingiem*, można zastosować jedną albo kilka równocześnie wyodrębnionych metod *benchmarkingu*. W praktyce nie są one jednak stosowane pojedynczo, gdyż w szpitalach, które korzystają z tej metody zarządzania, najczęściej funkcjonuje cały system stosowanych metod *benchmarkingu* wykorzystywanych w różnym stopniu, w zależności od potrzeb i możliwości szpitala. Mogą to być następujące rodzaje metod (Cygańska, 2007):

- *benchmarking* wewnętrzny – jest podstawą analizy i porównania działalności poszczególnych jednostek organizacyjnych w obrębie jednej organizacji. W szpitalu porównania te mogą być dokonywane na poziomie poszczególnych oddziałów i dotyczyć takich wskaźników, jak: udział kosztów usług pomocniczych w kosztach całkowitych oddziałów, liczba lekarzy i pielęgniarek przypadająca na jednego hospitalizowanego, liczba osobodni, procent obłożenia łóżek w ciągu roku, itp.,

- *benchmarking* odnoszący się do konkurencji – polega na szukaniu organizacji wzorcowych należących do tej samej branży, a następnie przeniesieniu i adaptowaniu nowych rozwiązań do działań własnych jednostki. W ramach tego rodzaju *benchmarkingu* można porównywać szpitale o podobnym profilu, wielkości, referencyjności. Analizie poddawane mogą być zasady funkcjonowania apteki przyszpitalnej, laboratorium lub działów technicznych, a także rozwiązania w zakresie transportu wewnętrznego, systemów wynagrodzeń, systemów motywacyjnych,
- *benchmarking* funkcjonalny – wiąże się z analizowaniem i porównywaniem własnych rozwiązań z rozwiązaniami przedsiębiorstw spoza branży. W wypadku działalności szpitala ten rodzaj *benchmarkingu* można zastosować do takich obszarów działalności, jak zasady funkcjonowania działu żywienia oraz stołówki przyszpitalnej, działalność pionu technicznego czy laboratorium. Analizie można poddać również zasady magazynowania materiałów, zasady zapewniania bezpieczeństwa, utrzymanie czystości czy zasady współpracy szpitala np. z organizacjami opieki socjalnej,
- *benchmarking* strategiczny – może polegać na porównaniu wizji, misji oraz strategii innych szpitali w celu identyfikacji kluczowych czynników ich powodzenia. Misja szpitala powinna być punktem wyjścia do określenia celów na poziomie strategicznym, taktycznym i operacyjnym. Zestawienie misji szpitala z poszczególnymi celami oraz oczekiwanymi efektami pozwala na jasną i prostą analizę ogólnych założeń działalności szpitala oraz na porównanie parametrów, za pomocą których przykładowy szpital zamierza realizować swoje założenia,
- *benchmarking* procesów – polega na analizie efektywności kosztowej podstawowej działalności jednostki. W wypadku szpitali analiza taka może dotyczyć wysokości kosztów ponoszonych na leczenie jednego pacjenta, określonej jednostki chorobowej czy kosztu wykonywania określonych procedur medycznych,
- *benchmarking* metod zarządzania – polega na porównywaniu stosowanych metod zarządzania, narzędzi wspomagających ten proces, polityki dotyczącej zarządzania zasobami ludzkimi, systemów motywacyjnych, a także zasad gospodarki materiałami, urządzeniami i aparaturą medyczną.

Czy *benchmarking* szpitali może wpłynąć istotnie na poprawę ich działalności? Okazuje się, że tak. Przykładem na to może być ranking Hospital Compare (USA), którego efektem było ustanowienie i rozpowszechnienie najlepszych praktyk w leczeniu takich chorób jak: ostry zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca i zapalenie płuc. Ponadto ranking ten otworzył pacjentom drogę do tego, by stali się oni aktywnymi uczestnikami rynku i świadomie podejmowali decyzję o tym, w jakim szpitalu chcą być leczeni (Codagnone, Lupianez, 2011).

Benchmarking daje menedżerom ochrony zdrowia narzędzia zarządcze służące poprawie jakości świadczonych usług i poziomu konkurencyjności. Pacjentom z kolei daje on możliwość aktywnego włączenia się w kształtowanie rynku usług medycznych poprzez dokonywanie wyboru szpitala, w którym chcą być leczeni, bo to właśnie pacjent stanowi kluczowy element konkurencji. Jego decyzja wpływa na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konsekwencji na decyzje podejmowane przez płatnika, czego obecnie brak na polskim rynku usług zdrowotnych. Stąd tak ważne jest, aby zainicjowany został mechanizm zabiegania o pacjenta, a *benchmarking* daje taką możliwość.

Od kilku już lat obserwuje się wzrastające zainteresowanie zastosowaniem koncepcji *lean management* w służbie zdrowia. W Australii, Wielkiej Brytanii i USA wiele szpitali od kilku lat wdraża zasady Toyota Production System i to z dużym sukcesem. Przykładowo w jednym ze szpitali ThedaCare w Appleton w stanie Wisconsin postanowiono rozwiązać problem dwu- lub trzytygodniowego oczekiwania przez pacjentów w kolejce na badanie tomografem komputerowym. Przez trzy dni grupa ludzi z laboratorium diagnostyki obrazowej wspólnie z lekarzami z izby przyjęć, radiologami, pielęgniarkami, specjalistami technicznymi przeprowadzała mapowanie każdego kroku procesu od zlecenia badania wydanego przez lekarza aż po uzyskanie raportu z badania. Zidentyfikowano 16 problemów, przy czym trzema z nich postanowiono natychmiast się zająć. W rezultacie zwiększono radykalnie produktywność z dwóch do sześciu zdjęć na godzinę. Umożliwiło to wyeliminowanie kolejki pacjentów w oczekiwaniu na badanie, które mogło być wykonane jeszcze w tym samym dniu, w którym zostało ono zlecone. Uniknięto przy tym zakupu nowego tomografu, które to rozwiązanie wydawało się na początku jedynym możliwym (LEI POLSKA, 2013).

Wprowadzenie w praktyce koncepcji *lean management* doprowadziło do poprawy przepływu pacjentów w szpitalu i zmniejszenia czasu oczekiwania chorego na usługę oraz czasu jej trwania, zwiększając jednocześnie dostępność łóżek szpitalnych i zmniejszając zużycie materiałów medycznych.

Ponadto uzyskano minimalizację liczby błędów medycznych oraz wskaźników zakażeń szpitalnych, co przyniosło obniżenie śmiertelności pacjentów. Wszystkie powyższe i wiele innych pozytywnych efektów stosowania japońskiej filozofii *lean management* w szpitalach prowadzi do znacznego obniżenia nie tylko kosztów leczenia pacjentów, ale globalnego kosztu funkcjonowania placówek medycznych (Jones, Mitchell, 2006). Spojrzenie na leczenie pacjenta z perspektywy całego procesu wiąże się z koniecznością współpracy poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitali w układzie horyzontalnym, niezbędnej w podejściu procesowym. Wdrożenie *lean* wymaga bieżącej współpracy oddziałów, poradni, gabinetów dla dobra pacjenta poprzez eliminację barier. Wiąże się to nie tylko ze zmianą

kryteriów pomiaru efektywności działania szpitala i jego poszczególnych działów oraz sposobu ich rozliczania, ale przede wszystkim wymaga zmiany podejścia personelu do współpracy. Doświadczenia w zakresie zastosowania *lean healthcare* w ochronie zdrowia pokazują, że najwyższa jakość wcale nie musi kosztować więcej, ponieważ sprawnie działająca placówka medyczna niekoniecznie wymaga wyższych nakładów finansowych, tylko lepszego zarządzania.

Obecnie w większości placówek medycznych informacje z zakresu rachunkowości finansowej i zarządczej są najczęściej dostępne w postaci łatwej do analizy pod kątem podejmowania decyzji, jednakże do kompleksowej oceny dokonań jednostki i przewidywania przyszłych sytuacji konieczne jest dostarczenie decydentom (menedżerom, regulatorom systemu zdrowotnego, pacjentom) informacji szerszej, nie tylko finansowej, udostępnianej w różnych przekrojach (Hass-Symotiuk, 2011).

Koncepcja *business intelligence*, poprzez dokonywanie zintegrowanych analiz na podstawie gromadzonych danych w systemach informatycznych zarówno z działalności podstawowej jak i pomocniczej szpitala, ma za zadanie wspomóc proces podejmowania decyzji menedżerskich, podnieść jakość tych decyzji oraz pobudzić zarządzających do podejmowania działań zmierzających do osiągnięcia określonych celów.

Niewiele placówek medycznych w Polsce zastosowało w praktyce to narzędzie, mimo jego zalet. Szacuje się, że jest to 4–5% dużych placówek medycznych, co wynika w dużej mierze z ogólnego opóźnienia w zakresie informatyzacji całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz barier ekonomicznych (Głód, Jasłowski, 2013). Jednakże procesu rozwoju w tym względzie nie da się już powstrzymać, gdyż otoczenie i rosnące potrzeby interesariuszy co do przekazywanych informacji i analiz, wymuszają dokonanie zmian w aspekcie informatyzacji tego sektora gospodarki.

Sektor medyczny może wykorzystać koncepcje *business intelligence* do analizy: wyniku operacyjnego, umów i przetargów, magazynu i usług medycznych. Odnosząc się do jakości usług zdrowotnych, koncepcja ta pozwala analizować m.in. (COMARCH, 2014): **badanie jakości** zrealizowanych usług medycznych poprzez analizy czasu średniej realizacji wizyty i liczby pacjentów przyjętych w tym czasie, w celu eliminowania opóźnień w przyjęciach; dane w zakresie **rejestracji pacjentów** i **dostępnych terminów wizyt**, takie jak ilościowe informacje o odwołanych i zarejestrowanych wizytach, również powiązanych z raportowaniem danych obsługi poprzez Call Center.

Koncepcja *business intelligence* wychodzi naprzeciw oczekiwaniom pacjentów i w polskich warunkach stanowi jedno z ważniejszych narzędzi zarządzania placówką medyczną w konkurencyjnym otoczeniu.

Podsumowanie

Jednym z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia na całym świecie, oprócz rosnących kosztów, jest utrzymanie wysokiej i powtarzalnej jakości usług medycznych. Regulatorzy systemu opieki zdrowotnej starają się rozwiązać ten problem, z jednej strony zmuszając świadczeniodawców, m.in. poprzez służby sanitarne, płatników, urzędy kontrolujące z ramienia ustawodawcy, do zachowania co najmniej minimalnych standardów jakościowych. Z drugiej strony zachęcają ich do ciągłego podnoszenia jakości ponad niezbędne minimum. Takie działania podejmuje się również w Polsce. W sektorze opieki zdrowotnej jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości, jakimi są życie i zdrowie człowieka. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach stanowi podstawowy cel podmiotów leczniczych.

Konkurencja wymusza na zarządzających podmiotami leczniczymi zmianę spojrzenia na sposób funkcjonowania swojej jednostki, a także umiejętność dostosowania celów i dążeń do wciąż zmieniającego się otoczenia oraz wymagań pacjentów. Podejmowane decyzje nie mogą ograniczać się jedynie do kryteriów medycznych, ale muszą uwzględniać też kryteria ekonomiczne. Przyjęcie, słusznego zresztą, założenia, że dobro pacjenta jest dobrem nadrzędnym nie może jednak negować racjonalnych decyzji wynikających z zasad funkcjonowania jednostek służby zdrowia w warunkach gospodarki rynkowej. To właśnie czynniki rynkowe, m.in. konkurencja w zakresie jakości świadczonych usług, marketing, rachunek ekonomiczny oraz wiele innych instrumentów i mechanizmów przyczyniają się do zmiany stylu kierowania jednostkami służby zdrowia z administracyjnego na zarządczy. Nie ulega wątpliwości, że upowszechnianie koncepcji zarządzania o charakterze projakościowym staje się ważnym elementem nowoczesnej placówki medycznej.

W artykule przybliżono jedynie kluczowe koncepcje zarządzania jakością obecnie stosowane w przedsiębiorstwach. Wykazano, że mogą one być także z powodzeniem wykorzystywane w placówkach medycznych, dążących do oferowania pacjentom usług o wysokiej jakości. O tym, którą z wymienionych koncepcji oraz w jakim zakresie działalności placówki wykorzystać, decydują głównie zarządzający poszczególnymi podmiotami leczniczymi.

Bibliografia

- Codagnone, C., Lupianez-Villanueva, F. (2011). A Composite Index for Benchmarking eHealth Deployment in European Acute Hospitals. European Commission – EUR 24825 EN, 4.
- Comarch (2014). Pobrano 2 maja 2014 z: <https://www.comarch.pl/erp/business-intelligence-comarch-erp/rozwiązania-dla-branz/medycyna/>
- Crosby, P.B. (1979). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. New York: Free Press.
- Cygańska, M. (2007), Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej. Warszawa: Wolters Kluwer Business. Pobrane 16 września 2013 z: <http://www.zdrowie.abc.com.pl/ko/czytaj/-/artykul/benchmarking-w-zarzadzaniu-zakladem-opieki-zdrowotnej>.
- Deming, W.E. (1982). *Quality, Productivity and Competitive Position*, Cambridge Massachusetts: MIT Press.
- Fal, A.M. (2012). I Forum Jakości i Bezpieczeństwa w Ochronie Zdrowia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 3(1), Wrocławski Uniwersytet Medyczny, 65–66.
- Feigenbaum, A.V. (1992). *Total Quality Control*, New York: MacGraw – Hill Cooperation.
- Głód, G., Jasłowski, J. (2013). Zastosowanie narzędzi klasy business intelligence w zakładach opieki zdrowotnej – wyzwania i bariery. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*, 29, 583–594.
- Griffin, R.W. (2005). *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: PWN.
- Hamrol, A., Mantura, W. (1998). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. Warszawa–Poznań: PWN.
- Hass-Symotiuk, M. (2011). *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Jones, D., Mitchell, A. (2006). Lean thinking for the NHS. Report commissioned by the NHS Confederation, 9–24.
- Juran, J. (1951). *Quality – Control Handbok, Section I*, The Economics of Quality, New York: Mc Graw – Hill.
- Kanownik, G. (2014). Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali. *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania. Uniwersytet Szczeciński. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 65, 559–569.
- Kasiewicz, S. (2002). *Zarządzanie operacyjne w dobie globalizacji*. Warszawa: Difin.
- Kotler, P. (2005). *Marketing*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- LEI POLSKA (2013) Lean Enterprise Institute Polska. Pobrane 10 października 2013 z: <http://lean.org.pl/lean-w-obszarach-pozaprodukcyjnych/>
- Oakland, J. (2000). *Total Quality Management*. London: Butterworth Heinemann.
- Oleksyn, T. (2001). *Sztuka kierowania*. Warszawa: Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego.

- Opolski, K., Dykowska, K., Moźdzzonek, M. (2003). *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych – teoria i praktyka*. Warszawa: CeDeWu.
- Porter, M.E., Teisberg, E. (2005). Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej. *Harvard Business Review Polska*, 10(32), 106–128.
- Szetela, A. (2012). Zewnętrzne metody oceny jakości w ochronie zdrowia – akredytacja i system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2008. *Problemy Zarządzania, Uniwersytet Warszawski: Wydział Zarządzania*, vol. 10, 2(37), 211–228.
- Witkiewicz, W., Cymbała, V., Fiałkowska, M. (2012). Możliwość wykorzystania prostych narzędzi poprawy jakości opartych na filozofii kaizen przy wdrożeniu okołoperacyjnej karty kontrolnej. Materiały pokonferencyjne z dnia 28–29 maja 2012. Pobrane 14 kwietnia 2014 z: <http://www.szpital-tomaszow.pl/aktualnosci/konferencja/>

Summary

Quality Management Concepts in Health Care

The paper discussed the possibility of applying modern concepts of quality management in manufacturing and service sector companies to enhance quality of health service in medical facilities. In theory, there are many business management concepts, enabling to achieve efficiency and competitiveness, which can also be successfully used in hospitals. However, the most effective tools for quality management are the comprehensive or integrated ones, such as currently popular Integrated Quality Management System. This article focuses on the use of modern concepts of quality management in hospitals in Poland and abroad.

Keywords: quality, service, medical, competition, competitive, modern management concepts.

Резюме

Концепции управления качеством в здравоохранении

В статье был поднят существенный вопрос, касающийся возможности использования современных концепций управления качеством, применяемых в коммерческих предприятиях (производственных и оказывающих услуги)

с целью стимулировать более высокое качество предоставления санитарных услуг в медицинских учреждениях. В науке существует много концепций управления предприятием поощряющих эффективность и конкурентоспособность. Они с успехом могут использоваться в больницах. Однако наиболее эффективным управленческим инструментом имеющим ввиду повышение качества считаются комплексные методы или интегрированные, например, очень популярна в настоящее время Интегрированная система управления качеством. В статье будет представлено использование современных концепций управления качеством в больницах в мире и в Польше.

Слова ключи: качество, медицинская услуга, конкуренция, конкурентоспособность, современные концепции управления.

Mgr Greta Kanownik

Doktorantka Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Instytucji Finansów, Korporacji i Inwestycji, Zakład Zarządzania Ryzykiem. Kierownik Działu Administracji Medycznej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku. Ekspert w zakresie ochrony zdrowia, autorka publikacji z zakresu ochrony zdrowia w czasopismach branżowych, m.in. „Menedżer Zdrowia”. Obszar zainteresowań naukowych autorki to: ochrona zdrowia, konkurencja i konkurencyjność sektora zdrowotnego, metody i miernik pomiaru konkurencyjności w ochronie zdrowia, zarządzanie placówkami ochrony zdrowia, zarządzanie sektorem ochrony zdrowia. Otwarty przewód doktorski w dyscyplinie nauk o zarządzaniu, tytuł rozprawy doktorskiej: *Zintegrowany model konkurencyjności w służbie zdrowia na przykładzie szpitali powiatowych*.