

LILLA PAWLIK-SOBECKA¹, BEATA WASICIONEK², JAN SKALIK³, IRENA CHOROSZY-KRÓL⁴,
MONIKA BIERNAT⁵

Total Quality Management as a Quality Improvement Model in Health Care – Opportunities and Barriers in the Context of Transformations in Health Care System

Total Quality Management jako program zarządzania przez jakość w opiece zdrowotnej – szanse i bariery w kontekście przemian w ochronie zdrowia

¹ Department of Practical Education of Analytics, Silesian Piasts University of Medicine in Wrocław, Poland

² Babiński Voivodship Hospital in Wrocław, Poland

³ Department of National Economy, Wrocław University of Economy, Poland

⁴ Department of Basic Sciences, Silesian Piasts University of Medicine in Wrocław, Poland

⁵ Department of Microbiology, Silesian Piasts University of Medicine in Wrocław, Poland

Streszczenie

W pracy przedstawiono podstawowe założenia i przesłanki filozofii TQM – kompleksowego zarządzania przez jakość, w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej. Mimo iż zarządzanie jakością weszło do kanonu biznesu już w latach 80. XX w., w Polsce TQM w usługach medycznych jest wciąż nowością. Dlatego celowa wydaje się analiza przydatności tej metody zarządzania w praktyce polskich placówek medycznych. Autorzy opisują teorię kompleksowego zarządzania jakością. Przedstawiają podstawowe założenia tej koncepcji. Analizie poddają jakość opieki zdrowotnej jako pojęcia specyficznego, interpretowanego inaczej niż w pozostałych dziedzinach gospodarki narodowej. Przedstawiają też proces wdrażania polityki projakościowej w jednostkach ochrony zdrowia. Prezentują ponadto argumenty za wprowadzeniem TQM w usługach medycznych; szanse, jakie mogą mieć zakłady opieki zdrowotnej korzystające z zaleceń tej filozofii. Zwracają też uwagę na bariery będące przeszkodą w unowocześnianiu metod zarządzania placówkami służby zdrowia (*Adv Clin Exp Med* 2007, 16, 2, 269–275).

Słowa kluczowe: TQM, zarządzanie, jakość, opieka zdrowotna.

Abstract

In this study the basic guidelines and philosophy of TQM – total quality management in health care was presented. Although the idea of quality management was introduced to the principles of business in the 80s, the application of TQM in Polish medical services is still a great novelty. That is why it seems appropriate to analyze the usefulness of this model of management in practice of Polish medical institutions. The authors explain the theory of TQM and its basic approaches. The health care quality is presented as potentially very valuable and should be interpreted differently in comparison to the other field of the national economy. The implementation of quality improvement politics in health care structures is also shown in the study. The authors not only give the arguments for introducing TQM in health services and emphasize the chances for medical units assessing this philosophy but also point out the barriers in modernization of management strategies in health care services (*Adv Clin Exp Med* 2007, 16, 2, 269–275).

Key words: TQM, management, quality, health care.

Znaczące zmiany, jakie zaszły w ostatnich latach w sektorze ochrony zdrowia, postawiły przed kadrą kierowniczą jednostek służby zdrowia nowe wyzwania. Zakłady opieki zdrowotnej, działając jako firmy usługowe, muszą samodzielnie walczyć o przetrwanie na konkurencyjnym rynku usług medycznych. Najważniejsze jest z pewnością zadowolenie pacjentów. Aby osiągnąć ten cel jest konieczne wprowadzenie zmian w całej organizacji ochrony zdrowia. Ich powodzenie zależy nie tylko od profesjonalizmu i skuteczności działania kadry kierowniczej – menedżerów, ale również od zainteresowania i akceptacji wśród personelu placówek służby zdrowia.

Koncepcja TQM w zarządzaniu – podstawowe cele i założenia

Geneza filozofii TQM

Pojęcie TQM (*Total Quality Management*) pojawiło się już w latach 50. XX w., gdy japoński przemysł samochodowy podjął próbę walki konkurencyjnej ze Stanami Zjednoczonymi Ameryki Północnej. Przewaga konkurencyjna japońskich koncernów miała zostać oparta na strategii jakości, wypracowanej na bazie trzech głównych zasad inspirujących nowy sposób pracy: 1) klient został uznany za najważniejsze ogniwo systemu produkcji; to jego potrzeby miały determinować politykę firmy, 2) rentowność przedsiębiorstwa zależy od klienta, 3) o wartości wyrobu decydują umiejętności personelu, który jest atutem strategicznym przedsiębiorstwa. Należy dążyć do tego, aby pracownicy nie tyle wykonywali zadania określone przez przełożonych, ile sami poszukiwali stałej poprawy procesu produkcji [1].

Filozofia TQM została natomiast sformułowana w Stanach Zjednoczonych jako odpowiedź na japońską strategię jakości. Szybko stała się podstawą zarządzania na całym świecie – wraz z globalną tendencją do poprawy jakości. Do jej rozwoju i upowszechnienia przyczyniły się m.in. prace takich naukowców, jak Deming, Juran, Imai, Ishikawa i Toyoda. W Europie zasady TQM upowszechnił Oakland, na gruncie polskim natomiast – Kindlarski [1–3].

W latach 70. XX w. działania przedsiębiorstw zaczęły nabierać charakteru systemowego. Pierwsze systemy zapewnienia jakości pojawiły się w przemyśle nuklearnym, następnie w przemyśle farmaceutycznym, w produkcji sprzętu medycznego, w przemyśle motoryzacyjnym i elektronicznym.

Globalizacja rynku międzynarodowego, powstanie międzynarodowych organizacji gospodarczych (EWG, EFTA) i związane z tym rozszerzenie rynków zbytu wymusiło podjęcie działań prowadzących do ujednolicenia pojęć, norm, parametrów i reguł tworzących spójne systemy zapewnienia jakości. Przedsiębiorstwa zaczęły opracowywać księgi jakości, ubiegać się o przyznanie stosownych certyfikatów uznawanych na arenie międzynarodowej (m.in. normy ISO 8402, ISO serii 9000–9004) [4].

Podstawowe założenia koncepcji

Total Quality Management to filozofia zarządzania, w której jakość jest pojmowana jako nadrzędny cel działalności przedsiębiorstwa.

Jakość w kontekście TQM to „stopień spełnienia wymagań klienta – to wszechstronna satysfakcja klienta” [5]. Według normy ISO 8402: „Zarządzanie jakością i zapewnienie jakości. Terminologia”: „Jakość to ogół właściwości obiektu wiążących się z jego zdolnością do zaspokojenia stwierdzonych i przewidywanych potrzeb”. Obiektem może być przedmiot materialny, wytwór intelektualny, usługa, działanie, proces, organizacja, osoba lub dowolna kombinacja tych elementów.

Jest oczywiste, że jakość nie istnieje w oderwaniu od klienta, dla którego wyrób lub usługa są przeznaczone, i którego potrzeby mają zaspokajać.

Zarządzanie jakością natomiast to planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrola wszystkich działań dotyczących jakości. Aby je realizować, trzeba posiadać (lub stworzyć) w organizacji odpowiednią strukturę organizacyjną, określającą jednoznacznie odpowiedzialność i uprawnienia, trzeba zidentyfikować procesy, czyli wzajemnie powiązane działania i środki, przekształcające różne stany wejściowe w stany wyjściowe, procedury, czyli ściśle określone sposoby postępowania podczas realizacji procesów, oraz zasoby – szczególnie zasoby ludzkie, a więc pracownicy z ich umiejętnościami i kwalifikacjami. Te wszystkie niezbędne aspekty tworzą system jakości w przedsiębiorstwie [3].

TQM wiąże się z ciągłym doskonaleniem organizacji w celu osiągnięcia najlepszych rezultatów we wszystkich podejmowanych decyzjach i formach działalności. Poprawa skuteczności działań i pozycji rynkowej następuje przez planowanie strategiczne kierownictwa, a następnie włączenie wszystkich zatrudnionych (działów, dostawców, personelu) do realizacji tej strategii i w następstwie spełnienia oczekiwań klienta. Kompleksowy program poprawy jakości jest wdrażany na wszystkich szczeblach organizacji,

dzięki stwarzanym systemom motywacji i zachęty do kreatywnego i innowacyjnego włączania się w rozwój firmy [1].

Za „ojca” ruchu pro jakościowego na świecie uważa się Deminga, który zapoczątkował powstawanie tzw. kół jakości, czyli zgromadzeń pracowników mających na celu analizę i rozwiązywanie problemów związanych z jakością w firmie. Podstawą filozofii TQM uczynił przekonanie, że przeciętny pracownik może aktywnie uczestniczyć w procesie doskonalenia organizacji, pod warunkiem delegowania na niego części uprawnień decyzyjnych i kontrolnych [3, 4].

„Światowe zarządzanie jakością rozwinęło się na podstawie 14 tez sformułowanych przez Deminga:

1. Stwarzaj warunki do ciągłego doskonalenia pracy, wyrobów i usług – w przedsiębiorstwie powinien być określony cel długofalowy. Natomiast każdy pracownik powinien mieć jasno określoną pozycję w przedsiębiorstwie, tak aby mógł się zaangażować w realizację tego celu.

2. Przyjmij nową filozofię postępowania; odrzuć dotychczasowe normy dotyczące problemów wadliwości, opóźnień, reklamacji, itp. – tylko przy wzajemnym zaufaniu zmiany mogą przynieść oczekiwane rezultaty. Wiodącą rolę w zachęcaniu do zmian musi pełnić zarząd przedsiębiorstwa oraz kierownicy wyższego szczebla.

3. Nie polegaj na masowej kontroli jakości; stosuj metody statystyczne, potwierdzające, że jakość wyrobów jest wbudowana w twój system produkcji – jakości nie można osiągnąć jedynie przez kontrole. Od początku trzeba wytwarzać produkt o wysokiej jakości. Kontrolę jakości produktu trzeba przenieść na każde stanowisko, a nie opierać się jedynie na kontroli finalnej produktu. Tak wytwarzany produkt będzie wysokiej jakości i pozwoli uniknąć strat związanych z produkcją wadliwych wyrobów.

4. Nie dokonuj zakupów, kierując się wyłącznie ceną. Wybieraj dostawców (kooperantów), uwzględniając całkowitą obniżkę kosztów, a nie tylko kosztów początkowych – należy budować trwałe związki z dostawcą określonego produktu, a kryterium wyboru powinna być jakość produktów bądź oferowanych usług.

5. Wspieraj nieustannie wszelkie działania poprawiające jakość i produktywność. W ten sposób zmniejszysz swoje koszty – do zwiększenia jakości i produktywności należy ciągle usprawniać system wytwarzania. Przez ciągle usprawnianie systemu wytwarzania poprawia się jakość oraz następuje redukcja odpadów, tym samym zmniejszenie kosztów.

6. Wprowadź instytucjonalną zasadę ciągłych szkoleń i nauki pracowników. Do tej aktywności

włącz bezwzględnie naczelne kierownictwo przedsiębiorstwa lub instytucji – ponieważ ze względu na dokonywane w przedsiębiorstwie zmiany zmienia się również zakres obowiązków pracowników, w trakcie restrukturyzacji przedsiębiorstwa należy w miejscu pracy prowadzić szkolenia, co umożliwi pracownikom szersze spojrzenie na cały proces. Pozwoli to łatwiej proponować zmiany w organizacji.

7. Stosuj właściwe formy nadzoru. Jego celem powinna być pomoc w osiąganiu lepszych wyników w pracy – struktura organizacyjna powinna opierać się na liderach, którzy powinni dobrze znać każdą fazę procesu i zamiast kontroli pracowników powinni pomagać podwładnym w realizacji założonych celów.

8. Odrzuć strach. Wprowadź swobodę pytań i sugestii, tak aby pracownik nie czuł żadnej obawy związanej z prezentowaniem swoich wątpliwości lub propozycji i pomysłów – należy zlikwidować wszelkie czynniki stresotwórcze, aby pracownicy mogli efektywnie wykonywać swoją pracę. Liderzy muszą wytłumaczyć pracownikom konieczność zmian, przekwalifikowania się oraz ewentualność utraty pracy przez część pracowników.

9. Usuń bariery między wydziałami firmy. Rozwijaj ich współdziałanie, a także współpracę z dostawcami, kooperantami i klientami – należy promować wszelkiego rodzaju inicjatywy pracy zespołowej, szczególnie gdy jej celem jest poprawa jakości. Trzeba likwidować bariery między działami funkcjonalnymi organizacji. Organizacja powinna być przeprojektowana zgodnie ze zorientowaniem na procesy

10. Nie stosuj pustych sloganów do podwyższenia produktywności i jakości. Pokazuj pracownikom, jak rozwiązywać problemy – w istniejącej organizacji należy unikać celów i sloganów postulujących wykonanie pracy na poziomie „zero braków”. Założenia takie powinny być formułowane jako cel w przypadku projektowania nowej organizacji zorientowanej na procesy.

11. Z rozważą używaj norm pracy opartych na liczbach; mogą one mieć szkodliwy wpływ na jakość i poziom produkcji. Stosuj metody opisowe i nadzór wspomagający wykonanie pracy – liczba wytworzonych produktów nie powinna być celem nadrzędnym organizacji, nie prowadzi to bowiem do zmniejszenia kosztów oraz nie umożliwia stosowania koncepcji ciągłego usprawniania procesów. Nadrzędnym celem zawsze powinna być jakość.

12. Usuń przeszkody i pozwól pracownikom oceniać własną pracę. Daj im prawo odczuwania dumy z jej wykonywania – wszyscy pracownicy powinni być dumni z wykonywanej pracy, dlatego należy usunąć wszelkie bariery niszczące zadowo-

lenie z pracy. Nacisk należy położyć na jakość, a nie na liczbę.

13. Stosuj dokształcanie w zakresie najnowszych metodologii oraz idei. Ucz pracowników nowych umiejętności. Są one konieczne do wprowadzania zmian w zakresie nowych technik, materiałów i procesów – należy tworzyć programy szkoleniowe i umożliwić pracownikom samokształcenie w ramach tworzonych zespołów.

14. Daj każdemu pracownikowi możliwość uczestnictwa w pracy zespołowej w celu organizowania i dokonywania zmian – każdy powinien uczestniczyć w procesie transformacji przedsiębiorstwa. Należy ustalić nadrzędny cel organizacji, który będzie realizowany wspólnie przez wszystkich pracowników, a następnie uświadomiony każdemu z nich. Pozwoli to na generowanie pomysłów zmian, lepsze zrozumienie przedsiębiorstwa oraz miejsca każdego w nowej strukturze” [1, 3, 6].

Powyższe tezy stały się bazą filozofii zarządzania przez jakość. Ich konsekwentne stosowanie ma harmonizować politykę jakości w przedsiębiorstwie.

Problematyka jakości w ochronie zdrowia

Pojęcie jakości opieki zdrowotnej

Zakłady opieki zdrowotnej to przedsiębiorstwa specyficzne. Ich celem nie jest działalność dla zysku, lecz zaspokajanie potrzeb pacjentów wiążących się z szeroko pojętą ochroną zdrowia. Według art.1 p.1 ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, są to wyodrębnione organizacyjnie zespoły osób i środków majątkowych, utworzone i utrzymywane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia [7]. Dlatego też pojęcie jakości opieki zdrowotnej różni się od przyjętych definicji jakości w jednostkach gospodarczych.

Czarnecka i Różański tak definiują jakość opieki zdrowotnej: „wiarygodność uzyskania przez wszystkie zainteresowane strony oczekiwanych rezultatów usług zdrowotnych, świadczonych obecnie zarówno pacjentowi, jak i całej populacji oraz ich efektów w przyszłości, a także zgodność tych usług z aktualną profesjonalną wiedzą” [8]. Zauważają następnie, że zarówno pojęcie jakości, jak i jej mierniki są inaczej postrzegane z punktu widzenia świadczeniodawcy, pacjenta oraz płatnika. Według świadczeniodawcy jakość to właściwe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną, postępowanie terapeutyczne. Powinno być rów-

nież skuteczne, bezpieczne i sprawowane we właściwym czasie. Według pacjenta jakość jest determinowana przez dostępność usług, dostateczną informację i edukację zdrowotną, dobrą komunikację z personelem służby zdrowia, szacunek i opiekę okazywaną przezeń pacjentowi, koordynację i ciągłość procesu leczenia oraz satysfakcję z otrzymanej opieki. Dla płatnika jakość wiąże się z wydajnością i skutecznością opieki zdrowotnej, a to – z osiąganiem pożądanych rezultatów medycznych z jednoczesną minimalizacją kosztów.

Wydaje się, że na tych podstawach powinna się opierać właściwej jakości opieka medyczna. Problemem, który nasuwa się jednak przy głębszej analizie, jest wzajemna konkurencyjność i sprzeczność pewnych celów. Chodzi tu m.in. o postulat zapewnienia możliwie wysokiej jakości przy jednoczesnej minimalizacji kosztów, który ostatnio nabrał szczególnego znaczenia wraz ze stworzeniem rynku usług medycznych i poddaniu zakładów opieki zdrowotnej grze konkurencyjnej. Pojawienie się silnego i wymagającego płatnika, jakim była kasa chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia, wymusza na jednostkach służby zdrowia zmiany organizacyjne, zarówno kadrowe, jak i dotyczące szeroko rozumianej gospodarki finansowej.

Decydujący wpływ na satysfakcjonujące wyniki działań terapeutycznych ma wiedza i kwalifikacje personelu. Należy zatem położyć nacisk na ciągłe doskonalenie umiejętności i szkolenie, co również pozostaje w sprzeczności z postulatem obniżki kosztów działalności.

Ponieważ konkurencja jest rozwinięta, niezmienne ważne stają się relacje usługodawca-usługobiorca. Także i w tej dziedzinie zaszły w ciągu ostatnich lat znaczące zmiany. Możliwość wyboru lekarza i placówki świadczącej usługę oznacza nie tylko konieczność pozyskania, ale i utrzymania pacjentów [9].

Uwarunkowania wdrażania systemu jakości w jednostkach opieki zdrowotnej

Jak już stwierdzono powyżej, nowe zasady finansowania usług zdrowotnych za pośrednictwem instytucji ubezpieczeniowych wymuszają na świadczeniodawcach zmianę sposobu myślenia i zmianę celów stojących przed zakładami opieki zdrowotnej [10].

Weryfikacja zasad działania instytucji ma prowadzić do podjęcia decyzji o zmianie dotychczasowej organizacji pracy. TQM może być pomocne w procesie wdrażania polityki projakościowej, da-

jąc odpowiedź na pytania: co zmienić i jak te zmiany wprowadzić? [4, 11].

Należy przede wszystkim jasno i zrozumiale określić misję zakładu, wytyczyć cele, które trzeba osiągnąć, a następnie zadbać o to, aby strategia rozwoju została przyjęta i zaakceptowana przez personel. Każdy pracownik powinien być przekonany, że jakość usługi jest celem nadrzędnym. Dlatego też kierownictwo, w specjalnym dokumencie, zwanym „Księgą jakości”, musi jasno i zrozumiale określić najważniejsze cele i zobowiązania dotyczące jakości. Uświadomienie pracownikom ich roli w realizacji strategii pozwoli na zwiększenie ich zaangażowania we wdrażanie polityki TQM. Pracownicy, którzy są świadomymi uczestnikami procesu powstawania usługi, dostrzegają zalety kooperacji i pracy zespołowej. Stają się też współodpowiedzialni za rezultaty działań. Proces diagnostyczno-leczniczy zależy przecież od wielu osób i struktur, zatem jedynie współpraca przynosi pożądane wyniki [4].

Wprowadzenie i utrzymanie systemu jakości należy udokumentować. Dokumentacja powinna dotyczyć infrastruktury organizacyjnej, odpowiedzialnych osób, metod, zasad i procesów służących zapewnieniu jakości. Podstawą jest „Księga jakości” wraz z odsyłaczami do procedur, instrukcji roboczych oraz planów jakości i różnego rodzaju materiałów dokumentujących fakty i umożliwiających realizację działań, np. rysunków, specyfikacji wymagań, raportów i innych. Posiadanie „Księgi jakości” ze schematem organizacyjnym oraz strukturą odpowiedzialności jest niezbędnym warunkiem do uzyskania przez placówkę, a następnie utrzymania, certyfikatu zgodności z wybranym modelem systemu zapewnienia jakości. Kolejnymi dokumentami są procedury jakości, opisujące działania poszczególnych oddziałów jednostki, funkcje, wzajemne zależności personelu, sposób wykonania czynności, ich dokumentowania i kontroli. Instrukcje robocze dokumentują poziom operacyjny, czyli działania na szczeblu wykonawczym. Ich rolą jest dostarczenie odpowiedzi na pytanie, jak i w jaki sposób dane postępowanie terapeutyczne ma przebiegać.

Podsumowaniem procesu wdrażania polityki TQM może stać się certyfikacja systemu jakości. Zgodnie z art. 18c ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakład taki „może wystąpić z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego w celu stwierdzenia spełnienia określonych i podawanych do ogólnej wiadomości standardów jakości, poprzez dobrowolne poddanie się przeglądowi prowadzonemu przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego. Certyfikat akredytacyjny jest wydawany każdorazowo na okres nie dłuższy niż 3 lata.” [12]. Należy przy tym zaznaczyć, że otrzymanie certyfi-

katu nie oznacza zakończenia procesu wdrażania polityki jakościowej. Zgodnie bowiem z filozofią TQM, kompleksowe zarządzanie jakością wiąże się z ciągłym usprawnianiem i doskonaleniem poziomu świadczeń i organizacji pracy.

Zalecenia dla zakładów opieki zdrowotnej według zasad Deminga

1. Konieczne jest wyznaczenie nowej wizji i celów, adekwatnych do aktualnej sytuacji w służbie zdrowia, potrzeb społecznych i pozycji szpitala na rynku lokalnym. Należy jasno określić misję szpitala i dążyć do tego, aby każdy pracownik mógł aktywnie włączyć się w jej realizację.

2. Dotychczasowe normy postępowania należy zweryfikować pod kątem ich przydatności w kontekście rozwoju wiedzy medycznej, postępu technicznego, ale także np. oczekiwań pacjentów, będących odbiorcami świadczeń, czy też wymagań płatnika.

3. Kontrola nie powinna ograniczać się tylko do okresowego sprawdzania poprawności wykonywanych usług. Uwaga wszystkich pracowników powinna być nieustannie skierowana na poprawę jakości świadczeń. Należy przestrzegać stosowania sankcji w przypadku popełnienia błędów w sztuce lekarskiej.

4. Niezbędne jest kształtowanie odpowiednich relacji z otoczeniem szpitala: płatnikiem, firmami farmaceutycznymi, cateringowymi, pralniąmi itp. Współpraca z nimi powinna mieć na celu zapewnienie możliwie wysokiej jakości dostarczanych produktów.

5. Trzeba stwarzać zachęty do ciągłego usprawniania i poprawy skuteczności procedur, gdyż powoduje to długofalową obniżkę kosztów.

6. Konieczne jest zapoznanie pracowników z istotą wprowadzanych zmian. Ma to na celu nie tylko pozyskanie akceptacji nowej polityki jakości, ale i stanowić bodziec do składania własnych propozycji dotyczących niezbędnych przekształceń.

7. Celem działania ordynatorów i kierowników działów powinna być pomoc podwładnym w staraniach osiągnięcia jak najwyższej jakości. Dlatego też kierownicy muszą dobrze znać każdą fazę procesu terapeutycznego.

8. System motywacji powinien zachęcać pracowników do przedstawiania wątpliwości na temat organizacji pracy lub wysuwania propozycji zmian. Pracownik ma najlepszą orientację co do koniecznych usprawnień dotyczących jego własnego stanowiska pracy.

9. Należy dążyć do stworzenia systemu skutecznego współdziałania różnych grup zawodo-

wych. Szczególną rolę powinny odgrywać pielęgniarki, które mając częstszy kontakt z pacjentem, są lepiej zaznajomione z jego faktycznym stanem i potrzebami.

10. Nie można stosować pustych sloganów. Cele muszą być ściśle określone i konsekwentnie realizowane. Należy udoskonalić system mierników stopnia realizacji celów.

11. Metody statystyczne w praktyce medycznej, choć przydatne, nie mogą dominować nad analizą jakościową.

12. Należy wprowadzić samoocenę jako jedną z metod kontroli. Osiągnięcia zawodowe pracowników muszą być dla nich źródłem satysfakcji. Istotną rolę może odegrać nowoczesny system motywacyjny, oparty nie tylko na bodźcach ekonomicznych.

13. Zapewnienie szkoleń zawodowych, umożliwienie samokształcenia w ramach zespołów, dostęp do fachowej literatury, udział w konferencjach i sympozjach – mimo że są kosztowne, w dłuższym okresie zapewnią podniesienie kwalifikacji personelu i wzrost jakości usług w placówce.

14. Każdy pracownik powinien uczestniczyć w transformacji zakładu. Pomysły zmian nie mogą być narzucane odgórnie, a raczej wypływać od personelu, najlepiej znającego problemy i bolączki na szczeblu operacyjnym.

W krajach, gdzie filozofia TQM weszła do kanonu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, zasady Deminga mogą służyć jako swego rodzaju uporządkowanie założeń polityki pro jakościowej. W polskich warunkach mogą być zestawem reguł będących punktem wyjścia transformacji placówek służby zdrowia w kierunku ich przystosowania do lepszego przewidywania i zaspokajania potrzeb pacjentów [4, 13, 14].

Szanse i bariery związane z uwarunkowaniem wdrażania programów jakościowych w jednostkach opieki zdrowotnej

Korzyści wynikające z wprowadzenia TQM

Za podjęciem decyzji o wdrażaniu strategii pro jakościowej przemawia: możliwość aktywnego kreowania reputacji, zwiększenie wiarygodności szpitala na rynku, wzrost konkurencyjności wobec innych placówek; doskonalenie obsługi i związany z tym wzrost zaufania do szpitala jako droga pozyskiwania i utrzymania pacjentów; identyfikacja

personelu z zakładem, rosnące zainteresowanie pracowników problemami organizacji; poprawa organizacji pracy przez standaryzację postępowania terapeutycznego, usprawnienie procesów działań i ograniczenie czasu trwania poszczególnych zadań; jasne określenie zakresu odpowiedzialności; lepszy nadzór nad aparaturą medyczną, skuteczniejsza gospodarka lekami, poszukiwanie źródeł oszczędności; opracowanie wewnętrznych systemów zapewnienia jakości na podstawie wskaźników, dążenie pracowników do samodzielnego wykrywania i usuwania dostrzeżonych niedoskonałości; poprawa opieki nad pacjentem i jego bezpieczeństwa podczas hospitalizacji, kontrola zakażeń szpitalnych; dążenie do zmniejszenia kosztów (korzystanie z zasobów zewnętrznych przez umowy z innymi podmiotami gospodarczymi dotyczące wyżywienia, prania, sprzątania) w celu koncentracji na ścisłej realizacji strategii jednostki opieki zdrowotnej; skuteczna gospodarka finansowa umożliwiająca samofinansowanie i pozyskiwanie nowych technologii, a także zapewnienie niezbędnych szkoleń pracowników; udoskonalenie dokumentacji medycznej na podstawie jednolitego zestawu standardowych dokumentów, prowadzenie dokumentacji pacjenta według wytycznych; stabilny system zarządzania jakością poparty certyfikatem akredytacyjnym jako argument w negocjacjach z kasą chorych [14, 15].

Bariery uwarunkowań wdrażania nowych form zarządzania

Najistotniejsze przeszkody, jakie można napotkać podczas wprowadzania metod TQM w zakładach opieki zdrowotnej, to: brak wykształconej kadry menedżerskiej wyspecjalizowanej w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia, znającej problemy służby zdrowia, niedoskonała komunikacja między personelem medycznym a kierownictwem szpitala; niedoskonały system motywacyjny, brak wyraźnego związku między podejmowanymi przez pracowników działaniami na rzecz poprawy jakości a zmianą warunków pracy (w postaci m.in. wzrostu wynagrodzeń, efektywnego systemu premiowania, poprawy wyposażenia stanowisk pracy); niejasna i niekonsekwentna polityka finansowa, niestymulująca pracowników do indywidualnej obniżki kosztów; znaczne zadłużenie jednostek służby zdrowia, przestarzała infrastruktura, niedostatki aparatury; brak ścisłej współpracy między różnymi grupami zawodowymi (nie doceniana rola pielęgniarek będących w bliższym kontakcie z chorymi), brak tradycji pracy zespołowej; opór samego środowiska medycznego przed

wprowadzaniem zmian, obawa utraty miejsca pracy, nieznajomość zasad rachunku kosztów i zarządzania i wynikająca stąd chęć utrzymania *status quo* [3, 16].

Podsumowanie

Współczesne zarządzanie ogromną rolę przypisuje właściwemu zaspokajaniu potrzeb klienta. To wokół klienta ogniskuje się działalność firmy. Większość przedsiębiorstw już dostrzegła konieczność ukierunkowania wszystkich swoich wysiłków na jakość produktów i usług.

Postulat zapewnienia najwyższej jakości ob-

sługi powinien stać się też celem nadrzędnym organizacji świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia. Jakość opieki zdrowotnej jest ważnym kryterium oceny zakładu, zarówno przez pacjentów, jak i płatnika. W okresie przemian w służbie zdrowia – możliwości swobodnego wyboru przez pacjentów miejsca leczenia, konieczności podpisywania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia – staje się kryterium decydującym.

Przedstawione w niniejszej pracy założenia zarządzania przez jakość w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej są próbą przystosowania tej koncepcji do szczególnych wymagań tych podmiotów. Zakłady na ich podstawie mogą tworzyć własne programy jakościowe.

Piśmiennictwo

- [1] Wawak S: Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka. Helion, Gliwice 2002, wyd. 2.
- [2] Niedrzwicki W: Zarządzanie jakością. Wybrane zagadnienia, ODDK Sp. z o.o., Gdańsk 1999, 187–188.
- [3] Dahlgaard J, Kristensen K, Kanji K: Podstawy zarządzania jakością. PWN, Warszawa 2004.
- [4] Karaszewski R: Nowoczesne koncepcje zarządzania jakością. Toruń 2006.
- [5] Lewandowski J: Zarządzanie jakością. Marcus s.c., Łódź 1998, 9.
- [6] Cyt. Lewandowski J, op. cit., 12–14.
- [7] Ust. z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 91/1991, poz. 408 z późn. zm.
- [8] Czarniecka K, Różański B: Jakość usług a polityka samorządu lokalnego. Służba Zdrowia 1999, 39–40, 2829–2830.
- [9] Kutych M, Whitfield M, Klich J: Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
- [10] Krystyna Lisiecka: Kreowanie jakości: uwarunkowania, strategie, techniki. AE, Katowice 2002.
- [11] Marek Bugdol: Zarządzanie przez jakość: zagadnienia społeczne. Uniwersytet Opolski, Opole 2003.
- [12] Cyt. za ust. z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
- [13] Barcewicz M et al: Zarządzanie przez jakość: koncepcje, metody, studia przypadków. AE, Wrocław 2006, wyd. 2.
- [14] Hamrol A, Mantura W: Zarządzanie jakością – teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2005, wyd. 3.
- [15] Nogalski B, Rybicki J: Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. TNOiK, Dom Organizatora, Toruń 2002.
- [16] Hamrol A: Zarządzanie jakością z przykładami. PWN, Warszawa 2005.

Address for correspondence:

Irena Choroszy-Król
Department of Basic Sciences
Silesian Piasts University of Medicine
Chałubińskiego 4
50-368 Wrocław
Poland
E-mail: irechor@mbio.am.wroc.pl

Conflict of interest: None declared

Received: 17.10.2006

Revised: 19.02.2007

Accepted: 8.03.2007