

Mariusz Florkiewicz

Zarządzanie jakością w komercyjnej placówce ochrony zdrowia

System zarządzania jakością jest charakterystycznym zbiorem norm zarządzania organizacją ukierunkowanych na zapewnienie jakości. W odniesieniu do operatora usług zdrowotnych system ten opiera się na dwóch kwestiach: przewidywalności oraz troski o pacjenta

System ochrony zdrowia to dziedzina o specyficznym charakterze – związana jest z istotnymi oczekiwaniami społecznymi. Jest postrzegana zarówno jako biznes, jak i misja publiczna. Niezależnie jednak od formy własności, placówka świadcząca usługi zdrowotne musi być ukierunkowana na tworzenie oraz podtrzymywanie stabilnych relacji z otoczeniem. Mają one znaczenie dwojakie – z jednej strony chodzi bowiem o bezpieczeństwo i zaufanie towarzyszące oferowanym usługom, z drugiej zaś o długofalowość kontraktów między zakładami opieki zdrowotnej a płatnikami instytucjonalnymi. Kontrakty te są zawierane w rezultacie mniej lub bardziej rozwiniętych procedur przetargowych, których podstawą jest zaufanie płatnika do świadczeniodawcy oraz długookresowa stabilność kosztów świadczeń. Podstawą takiego zaufania jest z kolei jakość współpracy i jakość świadczeń. Zarządzanie jakością jest zatem fundamentem zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Jakość usług medycznych można podzielić na sześć sfer przedmiotowych. Pierwsza z nich to sfera zarządcza, która

jest związana z zarządzaniem zasobami i procesami organizacji. Druga to sfera marketingu, służąca poznaniu preferencji odbiorców, promocji organizacji i badaniu stopnia satysfakcji. Kolejna to sfera administracyjna, która służy: utrzymaniu działań zgodnie z prawem, sprawozdawczości i statystyce.

W czwartej sferze, opieki medycznej, zawiera się zgodność działania ze sztuką i procedurami medycznymi przy wykorzystaniu bieżącego stanu wiedzy, oraz skuteczność podjętych działań. Kolejna sfera obejmuje informowanie pacjentów oraz sposoby przekazywania im informacji. Ostatnia sfera, techniczna, dotyczy obiektów w których świadczone są usługi, oraz ich wyposażenia.

Fundamentem zarządzania jakością jest wykrycie błędów i braków w obszarze jakości, które muszą zostać naprawione, usunięte. Jednym z pierwszych celów, do jakiego powinien dążyć operator usług medycznych, jest zapewnienie systematycznego pomiaru jakości. Błędy, które obniżają jakość usług zdrowotnych, można podzielić na trzy podstawowe kategorie:

- 1) świadczenia niedostateczne – pacjenci nie otrzymują dostatecznych świadczeń, lub są to świadczenia o niższej intensywności niż te, które im przysługują;
- 2) świadczenia niewłaściwe – pacjenci otrzymują świadczenia niedopasowane do ich rzeczywistych potrzeb i stanu zdrowia;

3) świadczenia o takim zakresie lub intensywności, które wykraczają poza rzeczywiste potrzeby pacjentów.

W celu wyeliminowania powyższych błędów należy podejmować działania, mające na celu poprawę jakości usług zdrowotnych. Do tej kategorii można zaliczyć działania takie, jak:

- 1) Popularyzacja najnowszej wiedzy medycznej – w ciągu roku na całym świecie ukazują się tysiące artykułów z dziedziny najnowszej medycyny, z drugiej jednak strony lekarze praktycy mają mało czasu na zapoznanie się z ich treścią. Należy zatem stworzyć narzędzia systematycznej popularyzacji tej wiedzy, np. poprzez kompendia w postaci przeglądów bibliograficznych.
- 2) Pełna wiedza o przeszłości zdrowotnej pacjenta – lekarz wskutek rozproszenia informacji medycznej między wieloma placówkami, oraz ograniczeń prawnych związanych z wykorzystaniem dokumentacji medycznej, ma niewielką wiedzę na temat całości stanu zdrowia pacjenta. W celu poprawy jakości usług należy zatem tworzyć systemy informacji medycznej.
- 3) Kompleksowa i ciągła opieka zdrowotna – wielu pacjentów cierpi na choroby przewlekłe mające rozległe konsekwencje dla całego organizmu. Są oni szczególnie narażeni na niewłaściwą jakość usług medycznych, a nawet szkody kliniczne. Jedynym sposobem poprawy sytuacji jest zapraszanie ich na okresowe konsultacje, co wymaga zaplanowania dla nich usług odpowiedniej jakości.
- 4) Koordynacja usług zdrowotnych między lekarzami – pacjenci często konsultują się z wieloma lekarzami w przypadku poważnych lub nieznanymi im problemami zdrowotnymi. W celu obniżenia kosztów usług zdrowotnych i podwyższenia jakości, konieczna jest wymiana informacji i koordynacja leczenia między wieloma lekarzami.

5) Wprowadzenie elementu płacenia za jakość – system oceny ofert stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwi wynegocjowanie przez świadczeniodawcę wyższej ceny, pod warunkiem zagwarantowania wyższej jakości. Należy zatem zastosować podobne rozwiązania i np. zróżnicować wynagrodzenia w zależności od jakości usług.

6) Zaangażowanie pacjenta w proces leczenia – pełna wiedza dla pacjenta na temat jego dolegliwości oraz odpowiednia motywacja mają szczególnie znaczenie dla jakości usług zdrowotnych.

Filozofia zarządzania jakością związana z kontrolą jakości znalazła swój odpowiednik praktyczny w postaci różnorodnych systemów zarządzania jakością opartych na certyfikacji. Spośród nich najbardziej znanym jest system ISO. Z drugiej strony, nurt zarządzania związany z rozwijaniem kompetencji organizacji i rozumieniem przyczyn złej jakości, znalazł swoje odzwierciedlenie w systemie Total Quality Management – TQM. Praktyczne systemy zarządzania jakością stosowane przez przedsiębiorstwa łączą w sobie w różnych proporcjach oba te podejścia.

Podstawę zarządzania jakością poprzez certyfikację stanowi zinstytucjonalizowany system kontroli jakości, która jest dokumentowana świadectwami jakości. Stanowią one z jednej strony podstawę do licencjonowania pewnych typów działalności, a z drugiej – podstawę do wystawiania świadectw jakości. Licencja daje prawo do wykonywania określonego typu działalności, pod warunkiem pozytywnych wyników wcześniejszych kontroli jakości. Licencjonowanie może mieć postać koncesji, akredytacji lub kontraktu. Koncesja jest licencją o trwałym charakterze – nie ma ograniczeń czasowych. Akredytacja polega na udzieleniu zezwolenia na działalność przez określony okres czasu. Z

kolei licencjonowanie poprzez kontrakty polega na tym, że podmiot licencjonujący kontroluje jakość działalności podmiotu licencjonowanego, co daje podstawę do podjęcia decyzji na temat zakontraktowania u niego określonych dóbr lub usług.

System licencyjny ma ogromne znaczenie w zarządzaniu jakością na rynku usług medycznych. System zarządzania jakością jest podporządkowany głównie akredytacji i licencjonowaniu poprzez kontrakty. Akredytacji podlegają operatorzy usług zdrowotnych, którzy zarazem muszą pozyskać kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi płatnikami instytucjonalnymi. Kontrakty te mają tak ogromne znaczenie, że działają w zasadzie jak system licencyjny. Z kolei system zarządzania jakością opiera się na logice certyfikacji – operator usług medycznych musi się poddawać obowiązkowym kontrolom jakości, i podporządkowywać wymogom kontrolującego. Musi też zwracać szczególną uwagę na to, aby nie zawęzić zarządzania jakością do zgodności z wymogami, które są narzucane przez system akredytacji i kontraktów z płatnikami instytucjonalnymi.

Certyfikacja w systemie ISO wymaga przystosowania organizacji do określonych zasad. Zgodnie z podstawową zasadą zapewnienie dobrej jakości jest oparte na procesach, które są skupione na potrzebach i oczekiwaniach klienta. Należy w tym celu zaangażować wszystkie szczeble kierownictwa w organizacji, oraz systematycznie je kontrolować i ulepszać. Z tej podstawowej zasady wynikają priorytety zmian w organizacji:

- skupienie się na kliencie i procesach gwarantujących zapewnienie mu jakości;
- zapewnienie rzeczywistego przywództwa w zakresie zarządzania jakością;
- zaangażowanie wszystkich członków organizacji w poprawę jakości;
- całościowe spojrzenie na organizację jako spójny system;

- podejmowanie decyzji w oparciu o fakty, a nie o przekonania;
- dbałość o wzajemnie korzystne stosunki z dostawcami i klientami.

W przypadku rynku usług medycznych występuje dwóch klientów: pacjent i płatnik. Na rynku usług czysto komercyjnych jest to zwykle ta sama osoba. W przypadku wystąpienia jednak płatnika instytucjonalnego, orientacja na klienta ma dwóch adresatów. Należy zapewnić satysfakcję zarówno klientom – pacjentom z jednej strony, i płatnikowi z drugiej.

System zarządzania jakością Total Quality Management ma inną genezę i filozofię niż systemy oparte na certyfikacji. Skupia się on przede wszystkim na doskonaleniu funkcjonowania organizacji. Podstawą tego systemu jest założenie, że wysoka jakość wynika z procesów, które są sprawne, przewidywalne i optymalne ekonomicznie. Z drugiej strony słaba jakość jest efektem niesprawności i braku logiki tych procesów. W systemie TQM wysoka jakość powinna się wiązać z niskimi kosztami. Jeśli organizacja odznaczająca się wysoką jakością ma problem z utrzymaniem rentowności, to według zasad TQM jedynie pozornie osiąga wysoką jakość, umiejętnie tuszując i kompensując błędy i braki w procesach wewnętrznych. Priorytetem systemu TQM jest eliminacja błędów u źródeł, co pozwala minimalizować koszty. Kluczowe znaczenie ma zarządzanie procesami wewnątrz organizacji, które polega na ich analizie, wpływaniu na ich przebieg i na efekty końcowe. Zatem podstawą TQM jest identyfikacja błędów i ich skutków, opierająca się na precyzyjnym pomiarze jakości.

Wdrożenie TQM na rynku usług medycznych napotyka zwykle problemy strategiczne. System ten bowiem miał swoją genezę w firmach szukających sposobów na szybką ekspansję i zwiększenie udziału w rynku. Polegał na pozyskiwaniu stałych

klientów przy minimalizacji zaangażowania kapitałowego. Jakość była oceniana przez pryzmat wyników finansowych firmy. Praktyka stosowania TQM wiązała się z systemem premiowania pracowników, którzy przyczyniali się do poprawy jakości i wyników finansowych. W systemie usług zdrowotnych sytuacja wygląda nieco inaczej. Priorytetem jest zgodność z określonym systemem norm i standardów. Efektywność jest podnoszona jedynie w ramach tej zgodności. Czasem stosuje się premiowanie lekarzy, którzy cieszą się uznaniem ze strony pacjentów. Nie są to jednak tak wysokie premie jak np. w przemyśle. W przypadku usług zdrowotnych podstawową kadrę stanowią lekarze, których proces podnoszenia kwalifikacji jest długi, żmudny i ograniczony przez przepisy prawa. Lekarze już w chwili przystępowania do wykonywania zawodu są kadrą wysoko wykwalifikowaną, i w ich przypadku system podnoszenia kwalifikacji nie podnosi efektywności jakości w takim stopniu, jak w przypadku niewykwalifikowanych robotników.

Skuteczność systemu poprawy jakości opartego na założeniach TQM polega na wychodzeniu naprzeciw zjawiskom, które utrudniają zapewnienie jakości w usługach zdrowotnych. Do tych zjawisk zalicza się: presję na obsługiwanie pacjentów w jak najkrótszym czasie, bardzo ograniczone zasoby w stosunku do potrzeb, chroniczne przepracowanie lekarzy, pracę w warunkach systematycznego nadmiaru informacji w stosunku do możliwości poznawczych, niepewność diagnostyczną oraz problematyczny pomiar efektów końcowych.

Prawidłowe wdrożenie TQM powinno przynieść zmniejszenie ilości dokumentacji wewnętrznej i odciążenie pracowników w zakresie raportowania. Z kolei nieprawidłowe wdrożenie TQM opiera się na dołożeniu dodatkowych raportów wewnętrznych do tych już istniejących,

prowadząc w konsekwencji do gorszego wykorzystania czasu i umiejętności pracowników.

TQM jest bardzo skutecznym narzędziem służącym poprawie jakości oraz rozwiązywaniu wcześniej wyszczególnionych problemów. Należy dokonać jednak pewnej modyfikacji tego systemu, uwzględniającej specyfikę rynku usług zdrowotnych. Modyfikacja powinna polegać na dostosowaniu systemu edukacji lekarzy do wymogów zarządzania jakością już na etapie akademickim. Wdrażanie TQM w systemie usług zdrowotnych wiąże się też z problemem praktycznego pomiaru jakości – lekarze i menedżerowie pochodzący ze środowiska lekarskiego na ogół nie potrafią stworzyć systemu celów i miar efektywności, które są typowe dla TQM.

Inną ważną kwestią zarówno ze względu na zapewnienie jakości, jak i na szerszy kontekst ekonomiczny, jest system pomiaru efektywności usług zdrowotnych. Operatorzy usług medycznych szukają oparcia dla swej działalności w długofalowych kontraktach z płatnikami instytucjonalnymi, co wiąże się ze sztywnością cen i niepewnością przyszłych kosztów. Sztywne ceny w parze z jakościowymi wymaganiami płatników instytucjonalnych są właśnie podstawą określenia standardów efektywności. Sztywne ceny powodują, że operator usług zdrowotnych musi panować nad kosztami, co wymaga optymalizacji procesów.

Efektywność usług zdrowotnych jest mierzona w trzech obszarach: struktury, procesu i efektów. Na poziomie struktury należy zidentyfikować możliwość dublowania się czynności, o ile nie jest to konieczne z punktu widzenia przepisów prawa. Wyższą efektywność można osiągnąć przy zminimalizowaniu dublowania się wzajemnie funkcji.

Jakość usług zdrowotnych jest pojęciem złożonym. Należy przy tym wyróżnić jakość indywidualnego kontaktu

pacjenta z lekarzem i jakość funkcjonowania całej organizacji, i systemu ochrony zdrowia. W przypadku usług z zakresu ochrony zdrowia należy też stosować miary efektywności ekonomicznej, specyficzne dla konkretnych rodzajów świadczeń zdrowotnych czy nawet konkretnych procedur. W celu oceny jakości usług zdrowotnych można zastosować kryterium efektu końcowego dla pacjenta w kontekście jego wyzdrowienia, przywrócenia mu istotnych funkcji życiowych czy też fizycznego przetrwania. Na końcowy efekt kontaktu lekarza z pacjentem ma wpływ zarówno stan wiedzy medycznej w danej dziedzinie, jak również sposób zastosowania wiedzy w konkretnej sytuacji przez lekarza. W rutynowych przypadkach jakość działania lekarza wynika ze stosowania znanych procedur, a błędy biorą się z odstępstwa od tych procedur. Z kolei w skomplikowanych przypadkach, podstawą jakości jest twórcze łączenie procedur z odkrywczym i naukowym podejściem ze strony lekarza, błędy zaś biorą się z nadmiaru rutyny.

Na efekt końcowy kontaktu lekarza i pacjenta ma wpływ szereg różnych czynników, które są inne niż samo działanie lekarza, np. stan zdrowia pacjenta w chwili rozpoczęcia leczenia, czy też stosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. W wielu sytuacjach zdefiniowanie efektu końcowego ma istotne znaczenie dla oceny jakości usług zdrowotnych. Musi być jednak uzupełnione o ocenę procesu świadczenia usługi i otoczenia tego procesu. Ocena takiego procesu jest wielopoziomowa i obejmuje takie zagadnienia, jak: kompletność i adekwatność rozpoznania klinicznego, przebieg badań diagnostycznych oraz adekwatność diagnozy, zasadność zastosowanej terapii, techniczna poprawność przeprowadzonych zabiegów, ciągłość i kompleksowość leczenia, akceptowalność procesu przez pacjenta, itp. Jest to zatem złożona i skomplikowana ocena jakości, która wymaga sto-

sowania wielu kryteriów i miar. Daje ona jednak odpowiedź na zasadniczą kwestię, dotyczącą jakości usług zdrowotnych i związaną z zapewnieniem właściwej opieki pacjentowi.

Przyjmując określony zestaw kryteriów należy wybrać praktyczną metodę obserwacji jakości i wyznaczyć dla niej standardy. Taka obserwacja może się odbyć na trzy sposoby:

- 1) poprzez obserwację bezpośrednią,
- 2) pośrednio, poprzez analizę dokumentacji medycznej,
- 3) poprzez analizę zachowań i opinii.

Dokumentacja medyczna powinna dostarczać informacji dotyczących procesu świadczenia usług zdrowotnych, i być fundamentem wewnętrznej oceny jakości. Podlega ona jednak kontroli jakości – placówka służby zdrowia powinna zestandaryzować swoją dokumentację w taki sposób, aby była ona maksymalnie wiarygodną metodą obserwacji jakości usług zdrowotnych. Obserwacja bezpośrednia procesów jest pomocna w pomiarze jakości pracy młodej kadry lekarskiej oraz personelu medycznego, zaś analiza zachowań i opinii – w pomiarze jakości procesów pozamedycznych, w części administracyjnej organizacji.

Dążenie do praktycznego i stosunkowo mało zafałszowanego pomiaru jakości usług zdrowotnych, wymaga pozostawienia poza obszarem obserwacji pracy wysoko wykwalifikowanych lekarzy specjalistów, ponieważ bezpośredni i wiarygodny pomiar ich pracy jest praktycznie niemożliwy.

Ocena jakości ma służyć określeniu standardów jakości, które można wyznaczać empirycznie lub normatywnie. Empiryczne standardy jakości usług zdrowotnych są oparte na badaniach medycznych, normatywne zaś – na ogólnie przyjętych regułach. Podejście empiryczne wiąże się z porównywaniem jakości w jednej placówce z innymi, normatywne zaś, np. stoso-

wane przez Narodowy Fundusz Zdrowia opiera się na powszechnych źródłach wiedzy: wynikach badań naukowych, decyzjach samorządów zawodowych, przepisach prawa, itp.

Podstawowe znaczenie w zarządzaniu jakością mają popełnione błędy oraz system wczesnego wykrywania zdarzeń, które mogą prowadzić do wystąpienia błędów o nieodwracalnych skutkach. Jednym z najistotniejszych obszarów występowania błędów w zarządzaniu jakością usług zdrowotnych jest proces terapeutyczny. Błędem o skutkach nieodwracalnych jest właśnie szkoda kliniczna. Należy zatem wykrywać błędy w chwili, kiedy jest możliwa ich naprawa. Zgodnie z przyjętą definicją, błędem odwracalnym jest bowiem każde niepowodzenie w przeprowadzeniu planowanego działania. Błędy odwracalne w medycynie można podzielić na pięć następujących kategorii:

- 1) Błędy farmakologiczne – polegają one na niewłaściwym dozowaniu leków czy też na pominięciu możliwych działań niepożądanych.
- 2) Błędy diagnostyczne – polegają na opóźnionej lub niewłaściwej diagnozie.
- 3) Błędy terapeutyczne – polegają na podjęciu niewłaściwych działań leczniczych.
- 4) Błędy proceduralne – polegają na zastosowaniu błędnych procedur lub na niewłaściwym ich wykonaniu.
- 5) Błędy w zapobieganiu – polegają na niepodjęciu działań mających na celu zapobieganie dolegliwościom pacjenta, lub podjęciu działań niewłaściwych.

Jednym z podstawowych obszarów poprawy jakości usług zdrowotnych jest zwiększenie wykrywalności odwracalnych błędów medycznych. Jest to możliwe dzięki odpowiedniemu udoskonalaniu komunikacji wewnętrznej. Najlepszym mechanizmem jest w tym celu upowszechnianie najnowszej wiedzy medycznej. Twórcy nowych rozwiązań

medycznych wskazują na fakt niskiej popularności w ich stosowaniu, podczas gdy lekarze ubolewają nad częstą niepraktycznością tychże rozwiązań.

Inną kwestią związaną z jakością usług zdrowotnych jest różnicowanie poziomu świadczeń w zależności od statusu społecznego pacjentów. W Polsce pacjenci są często dzieleni na tych leczonych w oparciu o refundację kosztów przez NFZ, i prywatnie, czyli na koszt pacjenta. Ogólnie zjawisko to obniża poziom jakości świadczonych usług. W takich warunkach wypracowanie standardów obniżenia kosztów złej jakości i ryzyka klinicznego może być trudne. Ponadto jest to zjawisko negatywnie traktowane przez kontrolerów jakości i łatwo przez nich wykrywalne. Oczywiście jest, że praktyki takie psują wizerunek operatora usług medycznych, a także obniżają morale samych lekarzy.

Istotna kwestia poprawy jakości w placówkach służby zdrowia powinna dotyczyć całego systemu. Sytuacja byłaby idealna, gdyby wszystkie placówki służby zdrowia doskonalily jakość w takim samym tempie. Niestety system jest zbyt złożony, i poszczególne jednostki zmieniają się z różną prędkością. Zjawisko to ma znaczenie na szerszą skalę np. dla zarządów sieciowych operatorów usług zdrowotnych, czy też publicznych płatników instytucjonalnych, dla których działanie na rzecz doskonalenia jakości usług zdrowotnych jest częścią ich misji publicznej. Źródłem dobrych praktyk dla podnoszenia jakości usług zdrowotnych są badania medyczne. Opierają się one zarówno pod względem metodologicznym, jak i merytorycznym, na założeniach akceptowanych powszechnie przez środowisko medyczne. Podstawowym problemem staje się jednak fakt, iż poszczególne placówki ochrony zdrowia działają w innych warunkach i w inny sposób niż te, które są opisane w wynikach badań medycznych,

czego przyczyną jest chociażby odmienny stan wiedzy i doświadczenia kadry medycznej. Próba praktycznego przełożenia wyników badań medycznych na powtarzalne i powszechne podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych dla pacjenta, wiąże się z barierą odmiennych warunków, i w związku z tym wymaga uruchomienia właściwych procesów wdrożenia.

Z punktu widzenia pojedynczej placówki ochrony zdrowia wdrożenie indywidualnego programu poprawy usług zdrowotnych może obejmować dwa rodzaje działań: planowe wdrażanie gotowego systemu zarządzania jakością opartego na wzorcach zewnętrznych, oraz działanie metodą *action research*, krok po kroku, na zasadzie heurystycznego gromadzenia doświadczeń. Metoda ta jest szczególnie przydatna w organizacjach, które są wysoce zindywidualizowane pod względem kultury organizacyjnej, czyli również w dziedzinie usług medycznych. Mocną stroną *action research* są wielorakie korzyści wykraczające poza rozwiązywane w danym momencie problemy, wymuszają zjawisko uczenia się organizacji i poprawiają funkcjonowanie wielu obszarów w organizacji. Słabą stroną jest skupienie się tylko na samym wnętrzu organizacji, na doświadczeniu i potencjale własnych pracowników bez odpowiednich wzorców zewnętrznych.

W dziedzinie zarządzania jakością istnieje również nurt zwany metodą *positive deviance* (pozytywne odchylenie), zgodnie z którym w społeczeństwie istnieje pewien odsetek podmiotów, które stosują bardzo skuteczne rozwiązania w zarządzaniu jakością. Metoda ta w odniesieniu do usług zdrowotnych jest zbliżona do *benchmarkingu*. Prowadzi to do wniosku, że zgodnie z tą metodą poprawę jakości procesów można osiągnąć rozpowszechniając rozwiązania stosowane przez tę niewielką liczbę podmiotów.

Oprócz wymienionych, istnieją jeszcze inne systemy wspomagające, z których

najistotniejsza jest metoda zwana ogólnie *magnificent seven* (wielka siódemka). Składa się z siedmiu metod szczegółowych, z których każda może być stosowana samodzielnie, jednak w praktyce używa się wszystkich na raz. Metody te opierają się na prezentacjach graficznych i podstawowych zasadach statystyki, dlatego nazywa się je niekiedy narzędziami statystycznego sterowania procesami. Wśród tych metod wyróżnia się: diagram przebiegu procesu, kartę kontrolną, arkusz analityczny, wykres Ishikawy, diagram Pareto i metodę ABC, histogram oraz sześć sigma.

Diagram przebiegu procesu jest prezentowany w postaci schematu blokowego, i pozwala zobrazować przebieg procesu oraz potrzebne materiały i informacje. Pomaga też ustalić odpowiedzialność za poszczególne etapy i działania w procesie, co przyczynia się do ułatwienia analizy procesu i pomaga wskazać jego słabe punkty. Karty kontrolne mają na celu zbadanie, czy realizowany proces przebiega w wyznaczonych wcześniej granicach. Analiza tych kart dostarcza informacji na temat przyczyn nadmiernych odchyżeń, co pozwala podjąć działania stabilizujące. Na arkuszu analitycznym wpisuje się cel dla którego został on stworzony, oraz rejestrację stanu faktycznego. Na wykresie Ishikawy przyczyny popełnionych błędów systematyzuje się w formie graficznej. Uporządkowanie tych przyczyn pozwala przeanalizować problem i zidentyfikować źródła niepowodzeń. Diagram Pareto – zapis występującego najczęściej zjawiska, pozwala na błyskawiczną identyfikację problemu. Histogram w analizie jakości służy do określenia częstotliwości występowania określonych wyników badanego procesu w ustalonych przedziałach czasowych. Program sześć sigma jest zbiorem technik, narzędzi i metod stosowanych do ograniczenia odchyżeń w procesach. Jest nastawiony na uzyskiwanie efektów ekonomicznych, wynikających z doskonalenia jakości.

Wymienione metody wspomagające zarządzanie jakością z powodzeniem znajdują zastosowanie w Polsce, w przemyśle motoryzacyjnym i farmaceutycznym. Biorąc pod uwagę światowe trendy należy spodziewać się wzrostu zainteresowania tymi koncepcjami również w polskim lecznictwie, ze szczególnym naciskiem na lecznictwo szpitalne.

Podsumowując należy stwierdzić, że zarządzanie jakością usług zdrowotnych musi zmierzać do jak największej przewidywalności przebiegu i efektywności kuracji. Zastosowanie metod zarządzania jakością stosowanych w przemyśle jest trudne, czego głównym powodem jest fakt, że lekarze działają w obszarze niezmiernie wrażliwym etycznie. Medycyna ma bowiem swój wymiar ekonomiczny, ale i społeczny, i podlega podobnym regułom przyczynowości, prawdopodobieństwa i organizacji, jak inne dziedziny życia społecznego. Pracę lekarza należy uzupełnić wypróbowanymi metodami zarządzania. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych należy systematycznie nazywać, identyfikować i wykrywać błędy, które są popełniane w procesie terapeutycznym, a także w procesach towarzyszących, ponieważ zarządzanie jakością usług zdrowotnych jest

bardzo zbliżone do zarządzania ryzykiem klinicznym.

Rozbudowany system certyfikacji stanowi podstawę zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych. Powinien się on z jednej strony przejawiać powszechnym wymogiem akredytacji podmiotów świadczących usługi zdrowotne, a z drugiej – koniecznością ubiegania się o kontrakty długofalowe z płatnikami instytucjonalnymi. Poza tym wielu operatorów usług zdrowotnych wybiera świadectwa jakości ISO. Certyfikacja powinna jednak wiązać się ze stałym poszukiwaniem metod podnoszenia jakości dla pacjenta. Należy też zwrócić uwagę na funkcjonowanie pozytywnych wzorców szczególnie wysokiej jakości. Wdrożenie takich zastosowanych wzorców pozwala znajdować rozwiązania trudnych problemów i podnosić jakość. Poprawa tej jakości jest procesem ciągłym. W nowo tworzonej organizacji istotną kwestią jest opracowanie i wdrażanie od samego początku właściwych standardów jakości, oraz ciągłe ich doskonalenie wraz z nabywanym doświadczeniem. Starsze organizacje muszą zatrudnić sztab ludzi, którzy wspólnie z kierownictwem wypracują metody wykrywania i eliminowania błędów medycznych.

Bibliografia:

1. Bochenek A., *7 narzędzi TQC*, http://mfiles.ae.krakow.pl/pl/index.php/7_narz%C4%99dzi_TQC.
2. Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2005.
3. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2005.
4. Opolski K., Waśniewski K., *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2011.
5. Wawak S., *Podręcznik wdrażania ISO 9001:2000*, Onepress, Gliwice 2007.
6. Wawak S., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Onepress, Gliwice 2006.
7. *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, K. Perechuda, M. Kowalewski (red.), Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.

Mgr **Mariusz Florkiewicz**, doktorant Kolegium Zarządzania i Finansów, SGH, rozprawę doktorską *Reformy finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – założenia i efekty w latach 1999-2011*, przygotowuje pod kierunkiem prof. dr hab. Mirosława Pietrewicza.