



# Czas na jakość

Krystyna Lisiecka

Instytucja, która chce osiągnąć długotrwały sukces rynkowy musi *iść pod rękę* z jakością; sukces zawsze chodzi w parze z jakością. Instytucja taka powinna postrzegać oferowanie i realizację swoich usług jako wartość oferowaną klientowi – pacjentowi. A wartością dla pacjenta jest dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz uzyskanie dobrych, tj. bezpiecznych i prawidłowych świadczeń.

Na wstępie można zadać retoryczne pytanie: Czy aktualna, kryzysowa sytuacja w sektorze ochrony zdrowia sprzyja lansowaniu strategii dobrej jakości usług zdrowotnych i towarzyszących jej mniej lub bardziej finezyjnych metod oraz technik zarządzania jakością?

Zarządzanie jest nauką społeczną. Odnosi się do każdego rodzaju ludzkiej działalności, która gromadzi w jednej instytucji ludzi różniących się zasobem wiedzy, doświadczeniami i umiejętnościami. Instytucjom ochrony zdrowia potrzebne jest sprawne zarządzanie, tj. skuteczne i ekonomicznie efektywne, realizowane przez profesjonalny organ kierowniczy danej instytucji świadczącej usługi zdrowotne. Organ ten powinien oddziaływać na personel, kształtować pożądane motywy, postawy i zachowania personelu, pracującego w określonej strukturze i w określonej kulturze organizacyjnej dla realizacji misji i celów podstawowych tej instytucji. Powinien odpowiednio ukierunkowywać dążenia i wysiłki personelu, pobudzać pracę zespołową i zharmonizować indywidualne cele różnych osób z dobrem wspólnym, tj. z celami, do realizacji których dana instytucja świadczeń zdrowotnych została powołana. Zadanie naczelnego kierownictwa polega więc na poprowadzeniu ludzi do osiągnięcia celu instytucji. Żeby jednak poprowadzić ludzi za sobą, trzeba umieć wykorzystać potencjał każdej osoby, każdy gram inteligencji pracownika w systemie jakości na rzecz pacjenta.

W środowisku ochrony zdrowia wzrasta zainteresowanie potrzebą podejmowania systemowych, tj. świadomych, planowanych przyczynowo-skutkowych działań, skierowanych na podnoszenie jakości usług zdrowotnych. Do tej pory nie sięgano w sposób dostatecznie uświadomiony po metody oraz techniki poprawy i/lub doskonalenia jakości usług zdrowotnych tkwiących w warstwie zarządzania, czego wyrazem może być opracowana strategia jakości jako *produkt* planowania strategicznego.

Systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych nie traktowano jako **wiodącej kompetencji** instytucji świadczeń zdrowotnych, a jakości świadczonych usług jako rynkowego, **strategicznego czynnika** konkurencyjności. Zagadnienie budowania konkurencyjności i kształtowania atrybutów przewagi konkurencyjnej instytucji świadczącej usługi zdrowotne pojawiło się w związku z procesami restrukturyzacji opieki zdrowia, w związku z przejściem z systemu centralnie administrowanego na system funkcjonujący wg mechanizmów rynkowych. Wraz z tymi zmianami następuje wzrost zapotrzebowania na wiedzę i praktykowanie o zarządzaniu tymi organizacjami oraz zarządzania w tych organizacjach, także w aspekcie jakości usług.

Ma miejsce zmiana paradygmatu – przesunięcie punktu zainteresowań z jednostki chorobowej – na podmiot, na pacjenta, z ingerencji w nagłych przypadkach i leczenia ostrych przypadków chorobowych na świad-

czenie ciągłych, skoordynowanych, etycznych i przyjaznych procesów usługowych na rzecz pacjenta, w tym i procesów profilaktycznych. To sprzyja systematycznej poprawie stanu zdrowia, zarówno pacjentów indywidualnych, jak i grup społecznych.

Cały proces opieki nad pacjentem cechować powinna świadoma orientacja na pacjenta, myślenie w kategoriach jego dobra. Strategię postępowania z pacjentem powinna cechować chęć autentycznego i uważnego wsłuchiwania się w jego głos. Wymaga to pielęgnowania pro jakościowej kultury pracy, **integrowania** wszystkich komponentów procesów świadczenia usług, takich jak kwalifikacje medyczne i pozamedyczne, w ślad za tym idące kompetencje, poziom jakości środków technicznych, stan infrastruktury, przyjętych standardów medycznych i standardów postępowania okołomedycznego. Niezbędnym jest również wypracowanie odpowiednich relacji wśród personelu organizacji świadczącej usługi, doprecyzowanie celów – zadań i odpowiedzialności za zakresy świadczeń oraz dopracowanie skutecznej komunikacji, wspartej właściwymi programami komputerowymi oraz formami sprzyjającymi wizualizacji postępów w działaniach na rzecz pacjenta.

Narzędziem integrowania i koordynowania procesów – ciągów działań jest **system**. W budowie systemu koordynującego zespół różnorodnych działań oraz systemu inte-

ców, jak i usługobiorców, oraz oczekiwania społeczne powodują, że wprowadzanie mechanizmów rynkowych pobudzało motywację do dobrej jakości świadczeń, zarówno ze strony praktyków, jak i pomysłodawców.<sup>1</sup>

Współczesne wymogi gospodarki rynkowej, a także dążenia środowisk związanych z opieką zdrowotną do traktowania usług zdrowotnych jako przedmiotu obrotu rynkowego sprowadzają się w istocie do przyjęcia perspektywy gospodarczej.

Oznacza to poszukiwanie efektywności ekonomicznej w działalności operacyjnej, a także kierowanie się kryteriami racjonalności gospodarowania w danej instytucji, tj. skutecznością, ekonomicznością i korzystnością. Te prakseologiczne kategorie są integralną częścią zarządzania, w tym także zarządzania jakością usług zdrowotnych.

Organizacje ochrony zdrowotnej, jako instytucje mające w swej misji troskę o stan zdrowia społeczeństwa, a dokładniej pomoc w utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia pacjentów kierują się w działalności następującymi kryteriami:

- niesienia pomocy i ulgi w cierpieniu,
- bezpieczeństwa usługi, jakiej oczekuje pacjent,
- szeroko rozumianej ochrony środowiska, w tym gospodarowania różnego rodzaju odpadami – infekcyjnymi, chemicznymi i radioaktywnymi,<sup>2</sup>
- satysfakcji pacjentów,

## » Czy aktualna, kryzysowa sytuacja w sektorze ochrony zdrowia sprzyja lansowaniu strategii dobrej jakości usług? «

grującego odpowiedzialność osób za kształtowanie i dostarczanie jakości świadczeń zdrowotnych upatruje się możliwości poprawy i/lub doskonalenia jakości tychże świadczeń dla dobra pacjenta. System powinien uwzględniać zarówno interesy pacjenta, tj. świadczenie skutecznych usług dla jego dobra, jak i interesy organizacji, tj. jej strony ekonomiczno-finansowej, dotyczącej zarządzania majątkiem i zasobami, w tym także finansowym. Budowa systemu zarządzania jakością ma służyć **integrowaniu**:

- procesów operacyjnych – świadczenia usług opieki zdrowotnej zorientowanych na pacjenta oraz procesów zarządzania – zorientowanych na kryteria gospodarcze,
- kryteriów etycznych z kryteriami ekonomicznymi,
- interesu pacjenta z interesem instytucji świadczącej usługę.

Obok integrowania łańcucha świadczeń *stricte* merytorycznych, tj. procesów podstawowych, specjalistycznych i technicznych w układzie: personel – pacjent, procesów mierzonych stopniem usatysfakcjonowania pacjentów, wskazane jest także **integrowanie** łańcucha w układzie: procesy merytoryczne – procesy biznesowe, czyli procesy ekonomicznej efektywności, mierzone pieniądzem.

Opieka zdrowotna postrzegana jest jako wysokospecjalistyczny rodzaj działalności gospodarczej. Cechy szczególne sektora ochrony zdrowia, takie jak: rynek świadczeniodawcy, polityka informacyjna, wartości etyczne, złożoność procesu chorobowego, skutki leczenia, generowanie kosztów, zarówno przez usługodaw-

- ekonomicznym – efektywności ekonomicznej, w tym rachunku kosztów świadczeń oraz kondycji finansów całej instytucji.

Placówki z taką wartością jak **jakość** mają nie tylko w misji i swojej polityce, ale i w konstytucji działania jasno określony cel końcowy. Jest nim wyleczony pacjent, pacjent w dobrostanie. W realizacji tego celu dominujący udział mają (np. wg struktury nośników kosztów): kompetentny personel, materiały i energia oraz usługi obce.

Organizacje opieki zdrowotnej jako organizacje usługowe cechuje odmiennność od innych organizacji, szczególnie przemysłowych, produkujących w głównej mierze zmaterializowane wyroby. Usługi świadczone przez organizacje ochrony zdrowia określane są jako: niepowtarzalne, specyficzne, odmienne także od świadczonych przez organizacje usługowe, *stricte* biznesowe, takie jak bankowość, transport, hotelarstwo, gastronomia. Te różnice uważa się za ważne w podejściu do zarządzania tymi procesami. A można je sprowadzić do charakteru udzielanych świadczeń oraz zaangażowania specyficznych, w tym wysokospecjalistycznych zasobów.

Organizacje opieki zdrowotnej cechują poniższe charakterystyki:<sup>3</sup>

- większość działań ma charakter natychmiastowy i nie daje się odłożyć na później;
- normowanie i pomiar wyników pracy jest trudniejszy,
- praca ma charakter kompleksowy – wymaga respektowania w pełni zasad etyki zawodowej, całkowitej oraz

- pełnej odpowiedzialności i kompetencji, w tym profesjonalizmu reprezentowanej specjalizacji;
- czynności w pracy są niezależne od siebie i wymagają dużego stopnia koordynacji pracy różnych grup specjalistów,
  - członkowie organizacji ochrony zdrowia są wysoce wyspecjalizowani i są bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji,
  - lekarze czyli grupa najbardziej odpowiedzialna za generowanie usług i wydatków, są mało skuteczni pod względem organizacyjnym i kierowniczym,
  - ma miejsce podwójne podporządkowanie służbowe (kliniczne i administracyjne), szczególnie w szpitalach, co stwarzać może problemy koordynowania działań.

Na podstawie powyższych charakterystyk, a także i doświadczeń autorki zebranych w praktyce można sformułować następujące możliwości, potencjał poprawy jakości usług zdrowotnych:

- personel organizacji świadczącej usługi zdrowotne powinien w większym stopniu internalizować, łączyć interesy-cele organizacji z celami-interesami swoich grup zawodowych;
- doprecyzowanie zakresów zadań, kompetencji i odpowiedzialności za świadczone procesy zlikwiduje niejednoznaczność w tym zakresie; zlikwidowane zostaną źródła, gdzie często *iskrzy*, szczególnie w punktach styku, na łącznikach procesów; uzyska się transparentność, przejrzystość działań zgodnie z tzw. organizacyjną zasadą kongruencji czyli zasadą pokrywania się zakresu zadań, kompetencji i odpowiedzialności,
- lekarze, tj. grupa w największym stopniu odpowiedzialna za świadczenie usług zdrowotnych, w tym medycznych, i za związane z tym wydatki powinna częściej pracować wg *reżimu* organizacyjnego i finansowego – *controllingu*, w tym budżetowania,
- wzmocnić nadzór wykonywany przez lekarzy nad wcześniej zaplanowanymi działaniami, istotnymi w procesie kształtowania jakości świadczonych usług; nadzór ten powinien być systematycznie dokumentowany poprzez prowadzenie zapisów w tym zakresie;
- nikłe jest zainteresowanie w środowisku zawodowym – szczególnie lekarskim – planowaniem, zaimplementowaniem oraz *pielęgowaniem* wbudowanego systemu jakości, czyli stałych sposobów postępowania – mechanizmów poprawy i/lub doskonalenia przebiegu procesów jakości świadczonych usług,
- niska jest pozycja pacjenta w całym systemie opieki zdrowotnej; pacjent o przysługujących mu prawach często nie wie:
  - z przyczyn obiektywnych – niepełna świadomość, cierpienie,
  - z przyczyn subiektywnych – personel także nie wie, brak czasu personelu, aby ponieść dodatkowy wysiłek i przybliżyć je pacjentowi w bardziej przystępnej formie, lub rzadziej
  - niechęć i lekceważenie, czyli niegodne traktowanie pacjenta;
- okresowe badania satysfakcji pacjentów jako narzędzie komunikacji i sprzężenia zwrotnego między dawcą i biorcą świadczeń zdrowotnych są kruchym i słabo

osadzonym elementem poprawy w systemie zarządzania jakością świadczeń zdrowotnych,

- jakkolwiek proces świadczenia pracy w tym sektorze ma charakter obiektywny, to efekty tego procesu w znacznej mierze informują – i to jest charakterystyką usług – o subiektywnych korzyściach odbieranych przez pacjenta. A więc subiektywna, psychologiczno-socjologiczna kategoria satysfakcji czyli korzyści, jest kryterium pomiaru obiektywnych cech i właściwości usługi, zawierającej treści merytoryczne i aspekt lokalizacji świadczonej usługi.

Orientacja całego personelu na jakość usług zdrowotnych czyli na dobro pacjenta staje się wyzwaniem, którego nie można lekceważyć, bowiem jest to – lub będzie w bliskiej przyszłości – warunek przetrwania instytucji świadczącej usługi zdrowotne na poszerzonym, unijnym rynku. Jednocześnie zapóźnienia strukturalne, organizacyjne i obyczajowe każą upatrywać w koncepcji zarządzania przez jakość oraz technice zarządzania jakością szansy dostosowania świadczeń zdrowotnych w pierwszej kolejności do wymagań prawnych, do wymagań pozaprawnych, usankcjonowanych siłą autorytetu środowiska oraz do życzeń i oczekiwań pacjentów.

Nastał okres, w którym lekarze oraz cały personel medyczny na nowo powinni zrewidować postępowanie wobec pacjenta, przemyśleć cele i zadania związane z pakietem oferowanych wartości oraz sposoby ich realizacji, aby przyczynić się do umacniania tzw. kapitału społecznego, *ukorzenia* zasad moralnych w sieci więzi interpersonalnych, kontaktów i relacji z pacjentami oraz innymi grupami społecznymi/interesariuszami. Podejście zorientowane na pacjenta być może brzmi jak slogan lub wręcz banał, ale to autentyczny wymóg podstawowy, obejmujący wiele procesów oraz wiele aspektów towarzyszących funkcjonowaniu i rozwojowi instytucji. Stopień orientacji na pacjenta jest wypadkową inwestowania w daną instytucję, także w personel organizacji z najwyższym kierownictwem na czele, a finalnie jest wypadkową zmiany postaw, przekonań i zachowań w pracy.

Potrzebne jest praktykowanie, nabywanie doświadczeń w zakresie instrumentarium zarządzania jakością wykazanie umiejętności doboru właściwych metod i technik dla rozwiązywania wielu rodzących się problemów. Potrzebny jest menedżer jakości. Orientacja na pacjenta, upodmiotowienie i szacunek dla pacjenta, odpowiedzialne współdziałanie osób świadczących usługi na rzecz i dla dobra pacjentów to strategiczne wyzwanie pracowników służby zdrowia.

prof. Krystyna Lisiecka, konsultant ds. naukowych i szkoleń,  
audytor RWTUV Polska

#### Przypisy

1. Obserwuje się stopniową zmianę poglądów utrwalonych w poprzednim ustroju, gdzie opiekę zdrowotną postrzegano jako usługę publiczną, której nie dotyczą zasady rynkowe, a która podlega zasadom nakazowo-rozdzielczym.
2. Por. ustawa O odpadach z 27 kwietnia 2001 r. oraz Rozporządzenie z 27.09.2001 r.
3. Por. Shortell SM, Kaluzny AD. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Fundacja Zdrowia Publicznego. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, 2001, 26.