



Złożenie pracy online:  
2016-06-01 17:25:45  
Kod pracy:  
145/3696/CloudA

Anna Kurzawska  
(nr albumu: 22358 )

Praca magisterska

**ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ USŁUG MEDYCZNYCH NA  
PRZYKŁADZIE SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU  
OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA IM. DR. J. DIETLA W  
KRYNICY-ZDROJU**

**MANAGING THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES BASED ON  
THE EXAMPLE OF THE INDEPENDENT PUBLIC HEALTHCARE  
INSTITUTION, JÓZEF DIETL HOSPITAL IN KRYNICA-ZDRÓJ**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i  
Informatyki

Kierunek: Zarządzanie

Specjalność: zarządzanie firmą

Promotor: dr Dariusz Reško

Pragnę serdecznie podziękować promotorowi  
dr Dariuszowi Reśko za pomoc otrzymaną przy realizacji  
niniejszej pracy magisterskiej



## Streszczenie

W niniejszej pracy magisterskiej skupiono się na poszukiwaniu podobieństw i różnic pomiędzy stosowanymi w podmiotach leczniczych metod, technik i koncepcji skutecznego systemu zarządzania. Zamysłem autorki było przedstawienie metod uważanych za najbardziej przydatne w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Głównym celem niniejszej pracy magisterskiej była analiza poziomu świadczonych usług medycznych udzielanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju oraz określenie wpływu wprowadzonego systemu zarządzania ISO na satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług medycznych.

Autorka pracy w kontekście postawionych celów i problemów badawczych wysunęła hipotezy badawcze, które zweryfikowała za pomocą przeprowadzonego kwestionariusza ankiety. Badaniami objęto 100 pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologii i Położnictwie oraz w oddziale Chorób Wewnętrznych.

Otrzymane wyniki z przeprowadzonych ankiet oraz analiza literatury krajowej i zagranicznej pozwoliły wysunąć wiele wniosków, których podstawą jest, że system zarządzania jakością ISO, wprowadzony w SPZOZ Szpitalu im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju zwiększa gwarancję uzyskania usług zdrowotnych na najwyższym poziomie.

## Słowa kluczowe

system opieki zdrowotnej, zarządzanie jakością, jakość w usługach medycznych, system ISO, kwestionariusz ankiety



## Abstract

The main emphasis of the following MA thesis was placed on finding similarities and differences among methods, techniques and concepts of an effective management system applied in various medical entities. For this reason, the author's goal was to present the methods that were considered to be of the immense significance in managing medical facilities.

The key issue the author wished to focus on was a thorough analysis of the level of services rendered by SPZOZ Józef Dietl Hospital in Krynica-Zdrój along with the assessment of the impact the implemented ISO management system had on the level of satisfaction of patients making use of medical services offered in the above-mentioned infirmary.

Having taken both the goals and the research problems into consideration, the author put forward several research hypotheses which were verified by the questionnaire completed by 100 patients hospitalized in SPZOZ Józef Dietl Hospital in Krynica-Zdrój.

The research findings combined with the in-depth analysis of domestic and foreign medical literature made it possible for the author to draw many conclusions based on one fundamental deduction that ISO quality management system implemented in SPZOZ Józef Dietl Hospital in Krynica-Zdrój increases the guarantee of receiving the highest standard of medical services.

## Keywords

Healthcare system, quality management, quality of medical services, ISO system, a questionnaire



## Spis treści

Wstęp .....	2
Rozdział 1. System opieki zdrowotnej .....	5
1.1 Pojęcie, cele i zadania systemu opieki zdrowotnej .....	5
1.2 Elementy systemu opieki zdrowotnej .....	14
Rozdział 2. Zarządzanie jakością .....	20
2.1 Pojęcie i istota jakości .....	20
2.2 Podstawowe narzędzia i metody zarządzania jakością .....	29
Rozdział 3. Jakość w usługach medycznych .....	34
3.1 Definicja „jakości” i usług medycznych .....	34
3.2 Kryteria jakości w usługach medycznych .....	43
3.3 Standaryzacja i wskaźniki jakości świadczeń medycznych .....	48
3.4 Systemy i mechanizmy zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej ....	58
3.4.1 Systemy zarządzania jakością .....	58
3.4.2 Mechanizmy zapewnienia jakości świadczeń medycznych .....	60
3.5 Metody doskonalenia jakości .....	64
3.5.1 Benchmarking- porównywanie .....	64
3.5.2 Kaizen- doskonalenie .....	66
3.5.3 Reengineering- reinżynieria .....	68
3.5.4 Lean management- szczupłe zarządzanie .....	69
Rozdział 4. Zarządzanie jakością w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju .....	72
4.1 Charakterystyka SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju .....	72
4.2 Polityka Jakości .....	76
Rozdział 5. Metodologia badań własnych .....	81
5.1 Cel główny pracy i cele szczegółowe .....	81
5.2 Problemy i hipotezy badawcze .....	81
5.3 Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	83
5.4 Charakterystyka badanej grupy i terenu badań .....	84
Rozdział 6. Analiza wyników badań własnych .....	88
6.1 System zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej .....	88
6.2 System zarządzania jakością w ocenie pozostałych pracowników szpitala .....	90
6.3 Porównanie wybranych aspektów oceny systemu zarządzania jakością w grupie kadry kierowniczej i przez pozostałych pracowników .....	92
6.4 Pacjenci .....	95
6.4.1 Przyjęcie do szpitala, Izba Przyjęć .....	95
6.4.2 Warunki panujące w oddziale .....	99
6.4.3 Opieka medyczna .....	101
Podsumowanie i wnioski .....	105
Spis tabel .....	116
Spis wykresów .....	117
Spis rysunków .....	117
ANEKS .....	119



## Wstęp

Kluczem do sukcesu każdego podmiotu leczniczego jest wysoki poziom jakości oferowanych przez nie produktów oraz usług medycznych. Celem działań placówek medycznych jest osiągnięcie satysfakcji pacjentów oraz zdobywanie ich zaufania. Aby taki efekt uzyskać, należy zidentyfikować źródło problemów związanych ze złą jakością świadczonych usług, dając możliwość wdrażania procedur doskonalących ich wadliwą jakość.

W literaturze polskiej i światowej pojawia się wiele prac na temat współczesnych koncepcji i metod zarządzania w placówkach medycznych. Należy zaznaczyć, że dynamiczny rozwój podmiotów medycznych, walka konkurencyjna, postęp technologiczny, skutkują rynku eliminowaniem z rynku słabych graczy, w tym tych nie potrafiących sprostać jakościowym oczekiwaniom pacjentów.

Wzrost świadomości pacjentów oraz ich potrzeb dotyczących usług medycznych, sprawiło, że rozwój placówek medycznych zależy od oferowanej przez nie jakości. Pojęcie to odnosi się do szerokiej gamy aspektów funkcjonowania szpitala, m.in.: zakresu oferowanych usług medycznych, szybkości realizowania tych usług, przebiegu procesu leczenia, stosowania nowoczesnych metod diagnostycznych, wykonywania usług medycznych z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu itp. Aby pacjent był zadowolony z zastosowanego leczenia i oferowanych usług należy także wziąć pod uwagę postawy i zachowania personelu. Kadra zarządcza danego podmiotu leczniczego powinna zapewnić ciągłe doskonalenie personelu, zgodnego z aktualnymi trendami i rozwojem medycy.

W niniejszej pracy magisterskiej skupiono się na poszukiwaniu podobieństw i różnic pomiędzy stosowanymi w podmiotach leczniczych metodami, technikami i koncepcjami skutecznego systemu zarządzania. Zamysłem autorki było przedstawienie wybranych koncepcji i metod uważanych za najbardziej przydatne w zarządzaniu placówkami medycznymi. Trudno wyobrazić sobie placówkę, nie stosującą zarządzania jakością, elementów benchmarkingu, akredytacji czy lean management'u. Poza wymienionymi w pracy koncepcjami w zarządzaniu szpitalem może być wykorzystywana większość rozwiązań stosowanych w przedsiębiorstwach, np. outsourcing czy just in time.

Powodem zainteresowania się zagadnieniem jakości w służbie zdrowia i podjęcia badań w tym zakresie były wieloletnie obserwacje autorki niniejszej pracy magisterskiej, dotyczące funkcjonowania placówek medycznych, w tym SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju oraz chęć głębszego poznania i zrozumienia wszelkich aspektów i wzajemnych zależności procesu wdrażania systemów jakości w tym szpitalu.



Niniejsza praca składa się z 6 rozdziałów. Zagadnieniom teoretycznym poświęcono rozdziały 1, 2, 3 i 4, natomiast kwestiom empirycznym rozdział 5 i 6.

W rozdziale pierwszym scharakteryzowano system opieki zdrowotnej, przybliżając jego definicję, a także cele i zadania jakie realizuje. Rozdział ten prezentuje również modele oraz elementy systemów opieki zdrowotnej.

Rozdział drugi poświęcono zagadnieniu zarządzania jakością. Przedstawiono ogólną definicję jakości oraz omówiono podstawowe narzędzia i metody zarządzania jakością, w tym zagadnienia dotyczące TQM.

W rozdziale trzecim zaprezentowano problematykę jakości w usługach medycznych. Omówiono podstawowe ich definicje, zidentyfikowano kryteria jakości oraz opisano standaryzację świadczeń medycznych i jej wskaźniki. Przybliżono normę ISO oraz pojęcie akredytacji. Omówiono wybrane metody doskonalenia jakości: benchmarking, kaizen, reengineering oraz lean management.

Rozdział czwarty poświęcono charakterystyce SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju. Przedstawiono krótką historię jego powstania, strukturę organizacyjną, profil, skład personelu, finanse oraz prowadzoną przez szpital politykę jakości. Rozdział ten zawiera także charakterystykę obszaru badań.

W rozdziale piątym zaprezentowano cel pracy, cele szczegółowe, problemy i hipotezy badawcze oraz zastosowane metody i narzędzia badawcze. Scharakteryzowano badaną populację.

Głównym celem niniejszej pracy magisterskiej była analiza poziomu świadczonych usług medycznych udzielanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju oraz określenie wpływu wprowadzonego systemu zarządzania jakością ISO na zadowolenie (satysfakcję) pacjentów z tych usług.

Za cele szczegółowe prowadzonych badań autorka pracy uznała:

1. Analizę oceny usług medycznych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju, w których funkcjonuje System Jakości ISO, dokonanej przez pacjentów.
2. Analizę oceny wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO sformułowanej przez kadrę kierowniczą szpitala.
3. Analizę oceny wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO dokonanej przez pozostałych pracowników szpitala.



Autorka pracy wyłoniła następujące problemy badawcze:

1. Czy system zarządzania jakością, zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO, oddziałuje na wzrost jakości świadczeń medycznych oferowanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju?
2. Jak funkcjonuje system zarządzania jakością zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO, w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju?

Autorka pracy w kontekście wyżej postawionych celów i problemów badawczych wysunęła następujące hipotezy badawcze:

W odniesieniu do problemu badawczego nr 1:

1. Jakość usług medycznych świadczonych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju w subiektywnej ocenie pacjentów zależy od posiadania przez placówkę certyfikatu ISO. Szpitale certyfikowane postrzegane są przez pacjentów jako świadczące usługi o wyższej jakości. Placówki takie wzbudzają większe zaufanie wśród pacjentów.
2. Zastosowane standardy postępowania kształtują postawy oraz zachowania pracowników. Pracownicy są odpowiedzialni za sukces szpitala.

W odniesieniu do problemu badawczego nr 2:

3. Wprowadzony system zarządzania jakością, zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO, wymusza doskonalenie zawodowe pracowników.
4. SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju wykazuje różny stopień doskonałości w obszarach objętych systemem zarządzania jakością ISO.

W rozdziale 6 przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań. Pracę zakończono podsumowaniem oraz wnioskami.

Na zakończenie warto dodać, że prowadzone reformy w polskiej służbie zdrowia wpłynęły na konieczność zmiany podejścia do systemów zarządzania podmiotami leczniczymi. Bez nowoczesnego zarządzania rozwiązanie problemów w służbie zdrowia jest niemożliwe. Kadra kierownicza szpitali często sięga po rozwiązania, które sprawdzają się w biznesie.





## Rozdział 1. System opieki zdrowotnej

### 1.1 Pojęcie, cele i zadania systemu opieki zdrowotnej

Pojęcie zdrowia i jego ochrony ulega ciągłym zmianom, poprzez postęp społeczny i cywilizacyjny. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagania<sup>1</sup>.

Ważne jest tworzenie programów ochrony zdrowia, uwzględniających proces starzenia się społeczeństwa w Polsce oraz wysoka świadomość społeczeństwa w zakresie usług ochrony zdrowia, które wyznaczają poziom zachowania i poprawy zdrowia<sup>2</sup>.

Obecnie za profilaktykę zdrowotną odpowiedzialna jest głównie rodzina. Aby była ona skuteczna, musi obejmować wszystkie sfery życia człowieka. Stan zdrowia społeczeństwa można ocenić poprzez uwzględnienie czynników ekologicznych, indywidualnych cech społeczno-zawodowych i kulturowych jednostki oraz poziom i styl życia, jaki prowadzą. Ochrona zdrowia, aby była skuteczna powinna stale wprowadzać zmiany w zakresie parametrów determinujących funkcjonowanie jednostki. Konieczna jest nauka oraz propagowanie umiejętności życiowych, które pomogą człowiekowi napotykanemu zagrożenia dla prozdrowotnego stylu życia<sup>3</sup>.

Celem ochrony zdrowia jest podejmowanie działań, poprawiających stan zdrowia społeczeństwa albo przynajmniej służący temu, aby ów stan nie uległ pogorszeniu. W obecnych czasach brakuje jednolitej formuły tych działań, bez względu na miejsce i czas. M. Golberg za istotne czynniki, które rozwiązują problemy zdrowia uważa<sup>4</sup>:

- dostępną wiedzę oraz analizę zdarzeń z zakresu demografii, etyki, socjologii, ekonomii, epidemiologii, psychologii, prawa, ekologii i wielu innych,
- działania użytkowników i biorców świadczeń zdrowotnych, personelu służby zdrowia, personelu pomocy społecznej, menedżerów opieki zdrowotnej, polityków, instytucji publicznych i prywatnych,
- dostępne procedury, metody i techniki związane z organizacją oraz funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej.

<sup>1</sup> B. Woynarowska, Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa, 2000, s. 126.

<sup>2</sup> A. Szulc, B. Marchlewska, Ochrona zdrowia jako wielostronny program medycyny zapobiegawczej, „Zdrowie Publiczne” 2001 nr 1, s. 37.

<sup>3</sup> Tamże.

<sup>4</sup> S. Poździej, Strategie działania w dziedzinie zdrowia publicznego, [w:] Zdrowie publiczne, A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), Vesalius, Kraków 2000, s. 27.



Ochrona zdrowia dotyczy różnych aspektów zdrowia jednostki i zbiorowości. Jej zadaniem jest podtrzymywanie, promocja zdrowia oraz rozwiązywanie problemów związanych z chorobą, inwalidztwem i niesprawnością. Ochrona zdrowia stanowi centralny element polityki społeczno- ekonomicznej państwa (rys. 1)<sup>5</sup>.

**Rys. 1. Ochrona zdrowia a polityka społeczno-ekonomiczna**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: S. Poździej, Strategie działania w dziedzinie zdrowia publicznego, [w:] Zdrowie publiczne, A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), Vesalius, Kraków 2000, s. 28.

---

<sup>5</sup> Tamże.

System opieki zdrowotnej można zdefiniować jako uporządkowany zespół czynników oraz warunków, który utworzono w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa<sup>6</sup>.

C. Włodarczyk system opieki zdrowotnej określa jako zespół współzależnych części (ludzi, produktów, procesów, usług), których łączy wspólny cel. Według autora, aby system ten dokładnie określić należy wyodrębnić obszary oddziaływania polityki zdrowotnej<sup>7</sup>:

- służbę zdrowia, stanowiącą trzon systemu,
- instytucje finansujące oraz administrujące służbą zdrowia,
- działania na rzecz zdrowia publicznego.

Ogólne cele działania systemu opieki zdrowotnej według S. Poździocha to<sup>8</sup>:

- zabezpieczenie i dostarczenie pełnego zakresu świadczeń medycznych wszystkim ludziom (dostępność opieki),
- zapewnienie usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (zasada ciągłości opieki i globalnego podejścia),
- organizowanie opieki przy wykorzystaniu zasobów materialnych, finansowych oraz osobowych (efektywność opieki zdrowotnej),
- wdrażanie działań poprawiających funkcjonowanie systemu.

Według C. Włodarczyka do celów działania systemu opieki zdrowotnej zalicza się<sup>9</sup>:

- dostępność opieki zdrowotnej przynajmniej w zakresie podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych,
- ochrona dochodów: pacjenci nie powinni być narażeni na wydatki, które spowodują obniżenie poziomu ich życia,
- makroekonomiczna efektywność: przeznaczanie odpowiedniej wielkości środków na opiekę zdrowotną w dzielonym produkcie krajowym brutto,
- mikroekonomiczna efektywność: efekty zdrowotne powinny być możliwie największe,
- swoboda wyboru miejsca leczenia i personelu medycznego: pacjenci sami powinni decydować gdzie chcą się leczyć i u kogo, na poziomie podstawowym oraz specjalistycznym,
- odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców.

---

<sup>6</sup> M. D. Głowacka, Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej - wybrane zagadnienia, [w:] Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne, M. D. Głowacka (red.), Poznań 2004, s. 12.

<sup>7</sup> R. Arrington, S. Kurz, Quality Management and Improvement, [w:] Handbook of Health Care Management, edited by W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne, Blackwell Publishers, Malden, Oxford 1998, s. 291.

<sup>8</sup> S. Poździoch, System zdrowotny [w:] Zdrowie publiczne, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), Kraków 2000, s. 127-128.

<sup>9</sup> C. Włodarczyk, S. Poździoch, Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 31.



Do nadrzędnych celów systemu zdrowotnego można zaliczyć: zdrowie społeczeństwa, sprawiedliwość w zakresie finansowania opieki zdrowotnej oraz wrażliwość na potrzeby pacjentów. Pomiary osiągnięcia celów nadrzędnych przez systemy zdrowotne stanowią podstawę ogólnej oceny ich działania<sup>10</sup>.

Do celów szczegółowych oraz funkcji systemu ochrony zdrowia należy<sup>11</sup>:

- zaspokojenie indywidualnych potrzeb zdrowotnych (potrzeby wynikające z chorób, nieдомagań, wypadków).
- zapewnienie takich potrzeb zdrowotnych, które minimalizują lub likwidują ryzyko utraty zdrowia lub życia.

System opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń medycznych powinien zaspokajać oczekiwania społeczeństwa, do których należą<sup>12</sup>:

- poszanowanie godności osobistej pacjenta (poufność informacji o stanie zdrowia, możliwość wyrażenia przez pacjenta zgody lub odmowy na proponowane leczenie, zaufanie, zapewnienie intymności),
- zapewnienie odpowiednich warunków przy uzyskiwaniu potrzebnego świadczenia zdrowotnego (prawidłowy stan techniczny szpitali, gabinetów lekarskich, sal zabiegowych i operacyjnych, wysoki poziom opieki pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej, psychologicznej oraz duszpasterskiej).

Aby system ochrony zdrowia działał prawidłowo konieczne jest współdziałanie dwóch działów, tj. indywidualnej opieki zdrowotnej (służb medycznych) oraz zbiorowej ochrony zdrowia (służb zdrowia publicznego)<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> E. Kocot, Wskaźnik oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych- koncepcja WHO, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom I, nr 1/2003, s. 41.

<sup>11</sup> J. Leowski, M. Miller, Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 2/2004, s. 18.

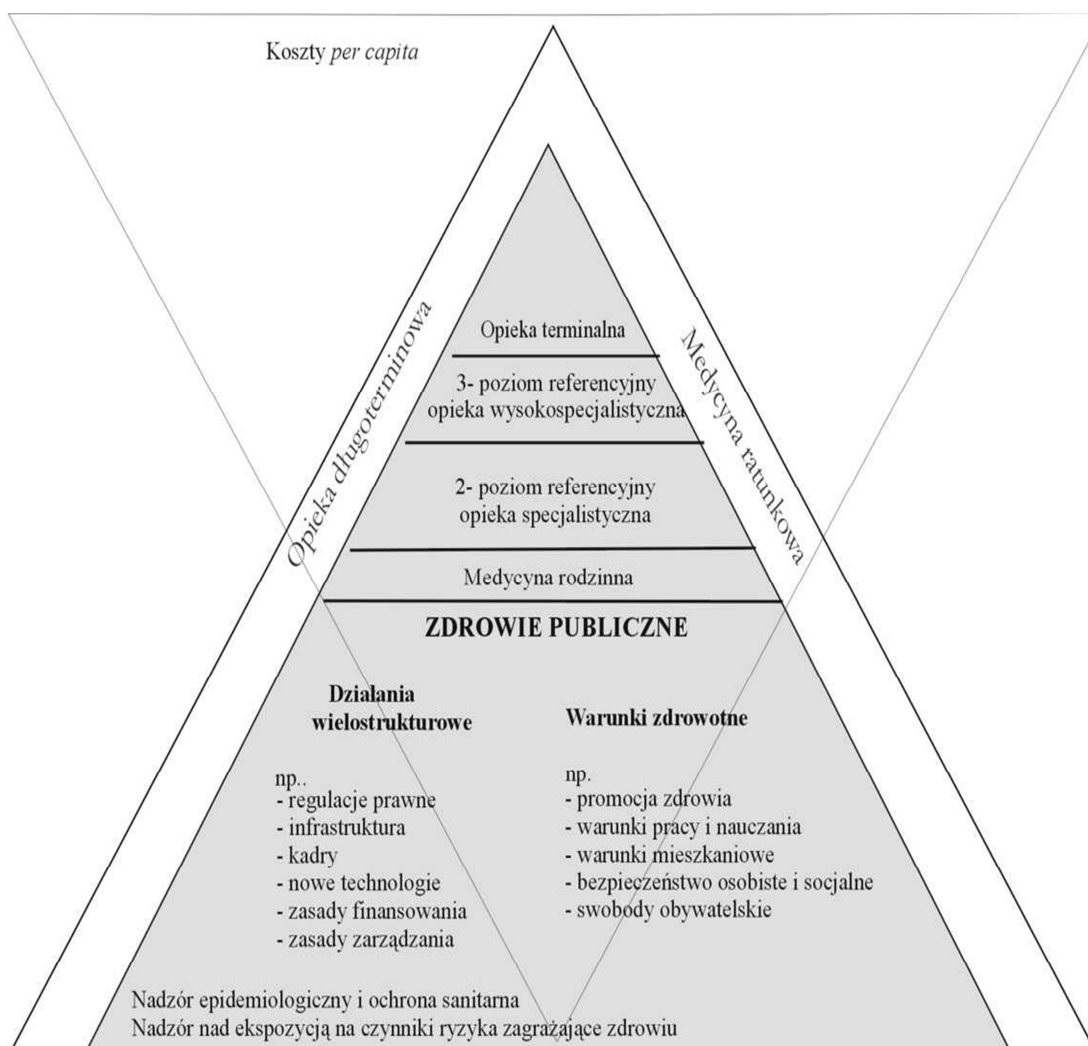
<sup>12</sup> J. Leowski, Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia- o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 4/2001, s. 220.

<sup>13</sup> Tamże, s. 18.



Na rysunku 2 przedstawiono funkcje systemu ochrony zdrowia.

**Rys. 2. Funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej**



Źródło: J. Leowski, M. Miller, Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 2/2004, s. 19.

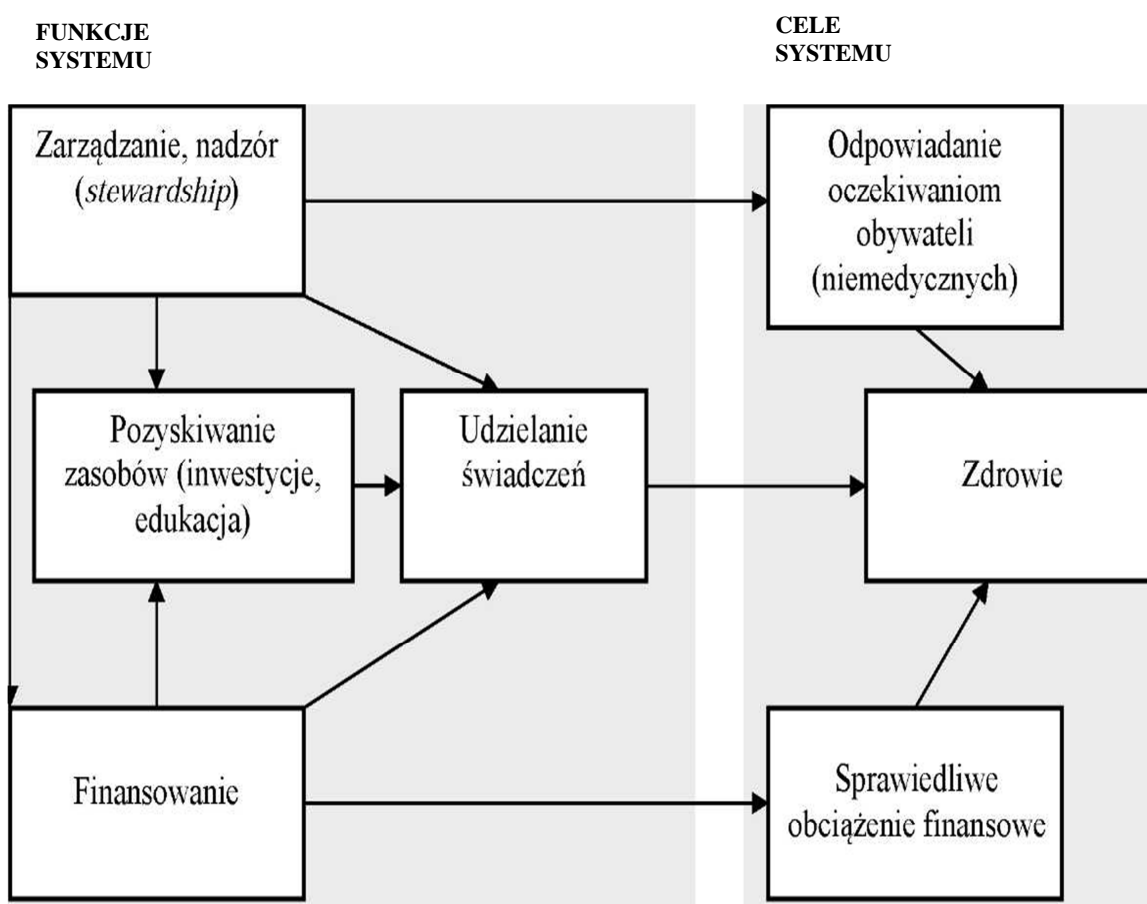
Analizując rysunek 2 można stwierdzić, że żaden z poziomów działania systemu nie będzie funkcjonował w oderwaniu od pozostałych. Ich skuteczne funkcjonowanie zależy od zapewnienia społeczeństwu podstawowych warunków utrzymujących zdrowie oraz zapobiegających chorobom. Ważne jest zapewnienie tym poziomom racjonalnych struktur organizacyjnych, finansowych oraz prawnych.

Pojęcie i zrozumienie działania systemu zdrowia wymaga budowy modelu, który opisuje relacje między uczestnikami w obrębie systemu opieki zdrowotnej. Uczestnikami tymi są<sup>14</sup>:

- konsumenci (pacjenci),
- rząd państwa,
- dostawcy opieki zdrowotnej (podstawowej i specjalistycznej),
- płatnicy trzeciej strony.

Na rysunku 3 przedstawiono relacje zachodzące między nimi.

**Rys. 3. Relacje pomiędzy celami a funkcjami systemu zdrowotnego**



Źródło: WHO, The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance, Genewa 2000, s. 25.

<sup>14</sup> M. Kautsch, M. Whitfield, Zdrowie i opieka zdrowotna - zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne, [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Kraków 2001, s. 31.

## 1.2. Modele systemów opieki zdrowotnej

Odwołując się do niemieckiej, brytyjskiej oraz amerykańskiej tradycji budowania systemów opieki zdrowotnej wymienia się trzy ich zasadnicze modele: model Bismarcka, model Beveridge'a oraz model rynkowy, rezydualny (tabela 1).

**Tabela 1. Modele systemów opieki zdrowotnej**

Model	Uprawnienia	Finanse	Kontrola	Status
Bismarcka	uniwersalne	podatki	publiczna	świadczenia społeczne
Beveridge'a	uniwersalne	społeczne ubezpieczenie	mieszana	uprawnienia społeczne
Rynkowy	częściowe	prywatne ubezpieczenie	indywidualna	ryzyko ubezpieczeniowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: C. Włodarczyk, S. Poździej, Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Kraków 2001, s. 82.

### MODEL NIEMIECKI BISMARCKA

W systemie ubezpieczeniowym za stan zdrowia społeczeństwa odpowiedzialne są władze państwowe. Nazwa modelu pochodzi od nazwiska Otto von Bismarcka, który zaproponował wdrożenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych w roku 1881. Model wszedł w życie w roku 1883<sup>15</sup>. Głównymi ideami systemu są<sup>16</sup>:

- obowiązkowe ubezpieczenie (składka uzależniona jest od dochodów beneficjenta),
- niezależność instytucji ubezpieczeniowych od organów administracji publicznej państwa.

Model ubezpieczeniowy Bismarcka oparty jest na istnieniu kas chorych oraz funduszy zdrowia, które zbierają składki od ubezpieczonych zawierając przy tym umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z lekarzami i zakładami opieki zdrowotnej.

Model Bismarcka opiera się na oddzieleniu formalnoprawnym ubezpieczycieli od świadczeniodawców. System charakteryzuje się autonomią. Model ten wprowadza konkurencję pomiędzy ubezpieczycielami. Dzieje się tak poprzez nakładanie się na siebie

<sup>15</sup> W. Misiński, Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 104.

<sup>16</sup> Tamże.



obszarów funkcjonowania podmiotów. Świadczeniobiorcy zyskują w ten sposób możliwość wyboru ubezpieczyciela<sup>17</sup>.

### **MODEL BRYTYJSKI BEVERIDGE'A**

Model brytyjski to system zdrowotny zakładający, że państwo odpowiada za zdrowie jednostki oraz zapewnia jej dostęp do usług medycznych<sup>18</sup>. Głównymi zasadami wprowadzenia tego modelu było zagwarantowanie wszystkim opieki zdrowotnej, obejmującej obszerny zakres świadczeń<sup>19</sup>.

System finansowany jest z ogólnych dochodów podatkowych. W systemie podatkowym może występować podatek celowy na sfinansowanie służby zdrowia, jednak zwykle nie jest on zwykle głównym źródłem finansowania świadczeń. W przeciwieństwie do systemów ubezpieczeniowych, fakt opłacania podatku nie wpływa na uprawnienia do korzystania z publicznej służby zdrowia. W brytyjskim wariacie modelu za organizację systemu jest odpowiedzialny rząd centralny, natomiast w innych krajach obowiązek zapewnienia świadczeń medycznych dla obywateli znajduje się w zakresie kompetencji samorządów terytorialnych (np. Hiszpania, Szwecja). Świadczeniodawcy najczęściej są podmiotami należącymi do sektora finansów publicznych - występuje połączenie funkcji płatnika i świadczeniodawców. W Wielkiej Brytanii National Health Service (NHS) jest właścicielem większości placówek medycznych, a przez to jednym z największych pracodawców. Część placówek, w szczególności praktyk lekarzy pierwszego kontaktu (*General Practitioner - GP*), należy do podmiotów prywatnych<sup>20</sup>.

Podsumowując, model ten zakłada odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli i zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń medycznych bez ponoszenia przez nich znacznych kosztów czy obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych.

### **MODEL RYNKOWY, REZYDUALNY, AMERYKAŃSKI**

Amerykański model systemu opieki zdrowotnej zakłada brak odpowiedzialności państwa za zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu, pozostawiając sposób dostępu do świadczeń medycznych do wolnego wyboru obywatelom. W czystej wersji tego modelu,

---

<sup>17</sup> Tamże, s.105.

<sup>18</sup> National Health Service Act, 1946, 9 & 10 Geo. 6, s. 81.

<sup>19</sup> C. Webster, *The National Health Service. A Political History*. Oxford University Press: Oxford, 2002, [za:] A. Olivier, *The English National Health Service: 1979-2005*, Health Economics Vol. 14 Special Issue: Analysing the Impact of Health System Changes in the EU Member States, John Wiley & Sons, Ltd. 2005, s. 75.

<sup>20</sup> J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń*. Tom II - produkty, J. Monkiewicz (red.), Poltext Warszawa 2002, s. 416.





państwo nie finansuje żadnych świadczeń dla swoich obywateli. Mają oni swobodny wybór, czy się ubezpieczać, czy nie. Finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się głównie za pośrednictwem prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych, a w mniejszym stopniu przez usługi kupowane na zasadach płatności bezpośrednich i organizacji dobroczynnych<sup>21</sup>.

W niektórych przypadkach, państwo przejmuje część odpowiedzialności za leczenie osób, które nie mogą samodzielnie zapewnić sobie dostępu do świadczeń. Dotyczy to głównie osób starszych, niepełnosprawnych oraz rodzin osiągających dochody niższe niż ustalone minimum. Opieka państwa jest zapewniona przez wiele publicznych programów opieki zdrowotnej, z których największymi są Medicare i Medicaid<sup>22</sup>.

W 2009r. około 64% Amerykanów posiadało jakąś formę ubezpieczenia prywatnego. Ubezpieczenia zdrowotne pracowników są w większości w gestii pracodawców, którzy zwykle wykupują plany ubezpieczeniowe w prywatnych, wyspecjalizowanych firmach oferujących szeroką gamę usług medycznych. Inną formą zabezpieczenia opieki medycznej przez pracodawcę jest zawarcie umowy z instytucją, przez którą pracodawca sam organizuje opiekę medyczną, gromadząc odpowiednie środki na pokrycie przyszłych wydatków ulgami podatkowymi. Ubezpieczenia oferowane przez pracodawców nie mają jednego określonego zakresu opieki, może się on znacznie różnić w zależności od woli pracodawcy oraz legislacji danego stanu<sup>23</sup>.

Pojęcie modelu systemu opieki zdrowotnej w analizach ochrony zdrowia jest opisem systemu określonego kraju, których systemy są podobne. Stanowi także narzędzie porównywania systemów funkcjonujących w różnych krajach, które przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Porównanie modeli systemów opieki zdrowotnej**

	<b>Model Bismarcka (ubezpieczeniowy)</b>	<b>Model Beveridge'a (usługowy)</b>	<b>Model rezydualny (pluralistyczny)</b>
<b>Idea tworzenia systemu:</b>	ochrona przed zdarzeniami losowymi, które mogą pogorszyć sytuację ekonomiczno-materialną	bezpieczeństwo obywateli na poziomie podstawowych potrzeb	odciążenie państwa od zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych

<sup>21</sup> C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-238, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, U.S. Government Printing Office, Washington, DC 2010, s. 22.

<sup>22</sup> Tamże.

<sup>23</sup> Tamże.



<b>Finansowanie usług</b>	fundusze ubezpieczeniowe (składki pracowników i pracodawców)	podatki z budżetu państwa	sfera zdrowia publicznego finansowana z budżetu państwa, sfera zdrowia indywidualnego finansowana z prywatnych ubezpieczeń
<b>Udział państwa</b>	- nadzór nad całością, - tworzy prawne ramy systemu, - instytucje ubezpieczeniowe funkcjonują poza publiczną administracją państwa	- nadzór nad całością, - odpowiedzialność za dostęp do usług zdrowotnych, - w aktach prawnych potrzeby zdrowotne są określone jako podstawowe	- ograniczona kontrola rządu nad wydatkami - rezygnacja państwa z odpowiedzialności za dostęp do opieki zdrowotnej
<b>Przywileje konsumentów</b>	osoby z wysokimi dochodami mogą korzystać z ubezpieczeń prywatnych	swoboda wyboru lekarza pierwszego kontaktu	osoby starsze, z niskich klas społecznych są objęci opieką medyczną zagwarantowaną przez państwo
<b>Prawo do świadczenia</b>	ubezpieczony opłaca składkę,	dostęp do opieki medycznej każdy ma na takich samych zasadach	w sektorze prywatnym dostęp jest uwarunkowany poziomem zamożności obywatela
<b>Kraje</b>	Francja, Niemcy, Belgia	Irlandia, Wielka Brytania, kraje skandynawskie	Stany Zjednoczone

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kautsch M., Whitfield M., Zdrowie i opieka zdrowotna -zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne, [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Kraków 2001, s. 36-37.

## 1.2 Elementy systemu opieki zdrowotnej

Każdy system opieki zdrowotnej powinien być ukierunkowany na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, których poziom i stopień realizacji znajduje odzwierciedlenie w ilości i jakości świadczeń oraz usług medycznych. W skład elementów systemu opieki medycznej wchodzi m.in.: rodzaj, ilość i rozmieszczenie instytucji medycznych, zakładów opieki zdrowotnej, wyposażenie placówki w sprzęt medyczny, personel medyczny, pracownicy administracyjni, techniczni, środki finansowe, itp. Działania systemowe opieki



zdrowotnej powinny zmierzać do poprawy stanu zdrowia jednostki lub utrzymania go, tak aby się nie pogarszał<sup>24</sup>.

Elementy systemów opieki zdrowotnej przedstawia tabela 3.

**Tabela 3. Elementy systemów opieki zdrowotnej**

<b>Funkcja</b>	<b>Definicja</b>	<b>Kategorie</b>
Bezpośrednie świadczenie usług	Poprawa i podtrzymywanie zdrowia. Diagnozowanie i leczenie.	Oparte na kontakcie indywidualnym i zbiorowym.
Wspierająca. Pomocnicza.	Świadczenia na rzecz organizacji społecznych.	Finansowe. Regulujące. Konsultacyjne. Zaopatrujące. Badawcze. Reprezentujące.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: C. Włodarczyk, S. Poździoch, Systemy zdrowotne. Zarysy problematyki, Kraków 2001, s. 129.

Aby w pełni zrozumieć działanie systemu opieki zdrowotnej należy wziąć pod uwagę wzajemne zależności występujące pomiędzy jego elementami<sup>25</sup>:

- zasobami, którymi dysponuje system,
- aktywnością mierzoną ilością i jakością świadczeń i usług,
- stanem zdrowia populacji,
- poziomem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

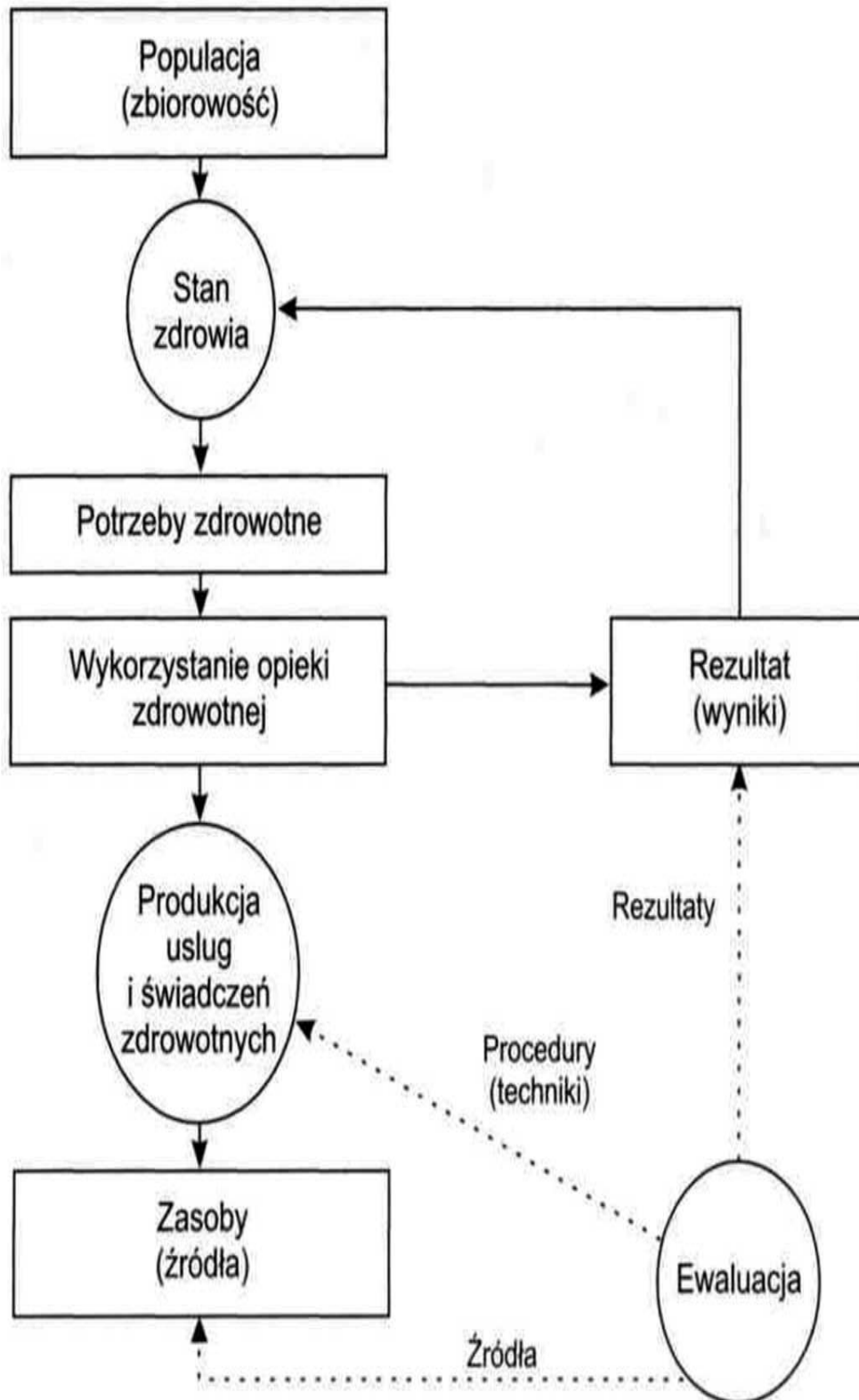
Zależności te, uwzględniające element ewaluacji, przedstawia rysunek 4. Problemy szczegółowe przedstawiono na rysunku 5.

<sup>24</sup> S. Poździoch, System zdrowotny..., op. cit., s. 128.

<sup>25</sup> Tamże.



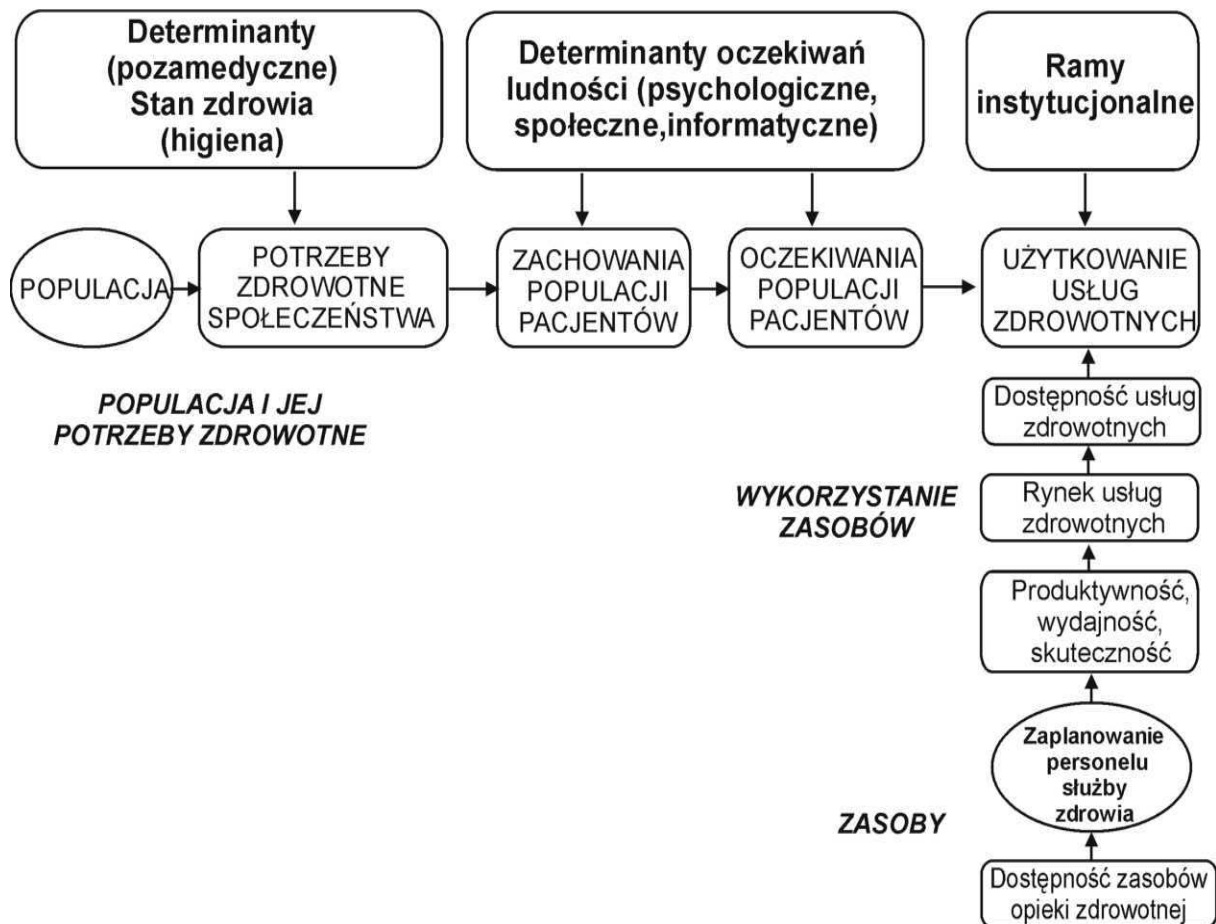
Rys. 4. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej wg Contandriopouloosa



Źródło: S. Poździoch, System zdrowotny, [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 130.



Rys. 5. Model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej



Źródło: S. Poździoch, System zdrowotny, [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 131.

L. Chambaud wyróżnił sześć grup elementów systemu opieki zdrowotnej<sup>26</sup>:

- wykorzystanie opieki zdrowotnej,
- zasoby systemu,
- kontekst społeczno-demograficzny,
- zarządzanie i administracja systemem,
- system ochrony socjalnej,
- organizacja opieki zdrowotnej.

Analizując funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej należy wziąć pod uwagę<sup>27</sup>:

- dostępność, kompleksowość i ciągłość opieki,
- skuteczność i jakość opieki,
- produktywność i dynamikę systemu,

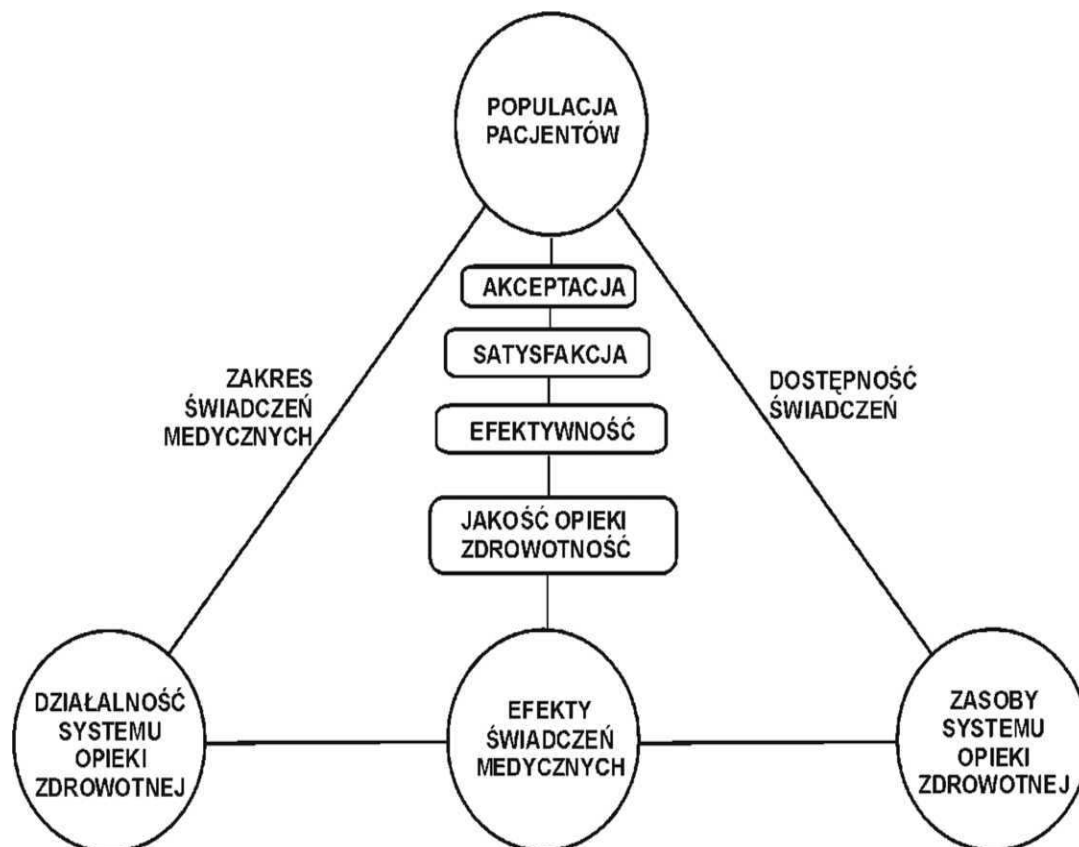
<sup>26</sup> S. Poździoch, System zdrowotny..., op. cit., s. 129.

<sup>27</sup> Tamże, s. 132.

- satysfakcję pacjentów i pracowników opieki,
- zdolność do adaptacji systemu.

Kryteria efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są ze sobą powiązane, wzajemnie się warunkując. Opisują zależności występujące pomiędzy zasobami, aktywnością służby zdrowia a stanem zdrowia danej populacji (rys. 6).

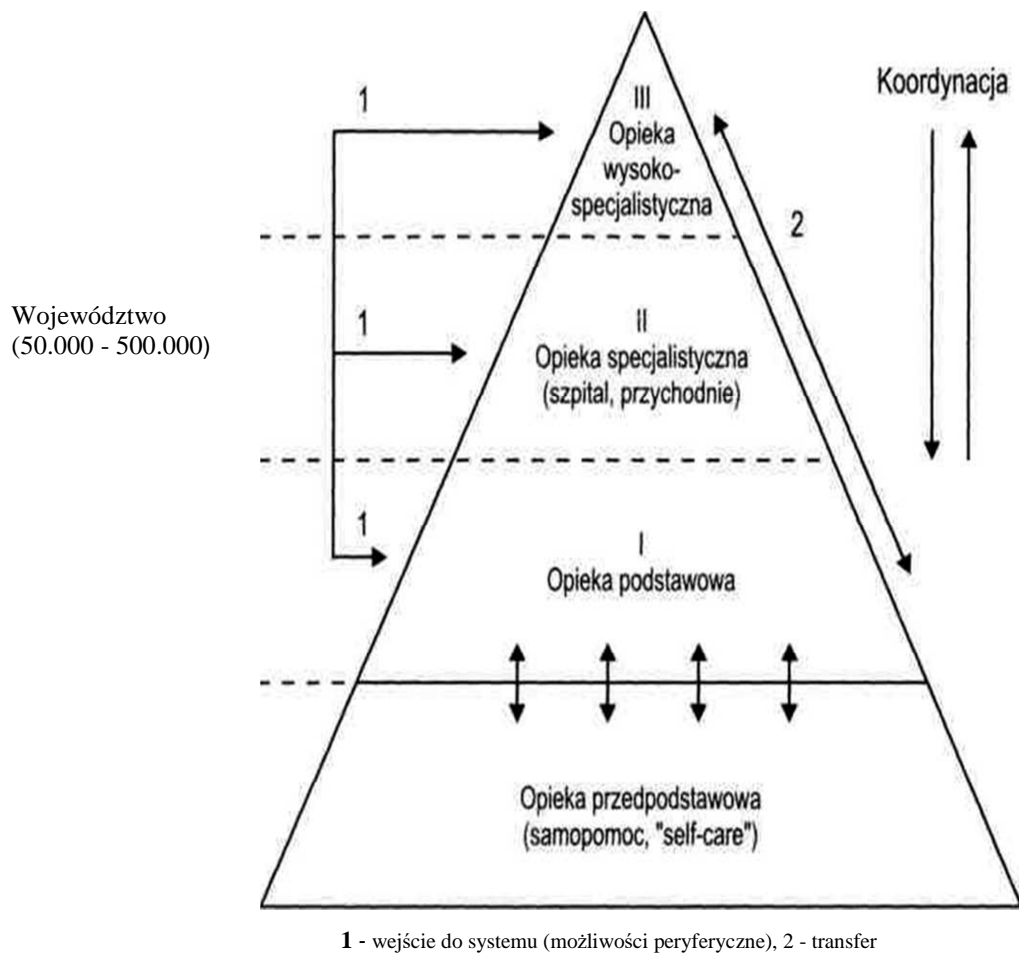
**Rys. 6. Elementy opieki zdrowotnej i kryteria jej sprawności**



Źródło: S. Poździoch, System zdrowotny, [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s.138.

Zadania opieki zdrowotnej wykonywane są przez zakłady lecznictwa zamkniętego (szpitale, sanatoria, itp.) i lecznictwa otwartego (przychodnie ogólne oraz specjalistyczne). Tak też opiekę zdrowotną można podzielić na podstawową i specjalistyczną. Zasadniczą częścią systemu jest podstawowa opieka zdrowotna, która - dobrze zorganizowana i prawnie funkcjonująca - pozwala prowadzić działania w zakresie opieki specjalistycznej. Taki model systemu opieki zdrowotnej przedstawia rysunek 7.

**Rys. 7. Optymalny model systemu opieki zdrowotnej**



Źródło: S. Poździoch, System zdrowotny, [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, A.Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), tom I, Kraków 2000, s. 139.

## Rozdział 2. Zarządzanie jakością

### 2.1 Pojęcie i istota jakości

Jakość jest terminem trudnym do zdefiniowania. Wynika to z następujących przyczyn<sup>28</sup>:

- jakość to pojęcie wielowymiarowe i interdyscyplinarne,
- ocena jakości jest uzależniona od doświadczenia oraz wiedzy,
- pojęcie jakości ulega przemianom na skutek rozwoju gospodarki,
- poziom świadomości właścicieli przedsiębiorstw, kadry kierowniczej i pracowników oraz stopień stosowanych koncepcji jakościowych w danym przedsiębiorstwie wpływają na ocenę jakości,
- coraz większe wymagania klientów określają poziom jakości produktu.

Pojęcie „jakość” pierwotnie pojawiło się w języku greckim w postaci słowa *poiotes*, wprowadzonego na użytek dysput filozoficznych, oznaczającego posiadanie pewnych cech pozwalających ocenić konkretne rzeczy. Cyceon przetłumaczył je na łacinę jako wyraz *qualitas*, określający właściwości jakiegoś przedmiotu. Platon uznał, że jakość to „pewien stopień doskonałości” (porównał „jakość” do „piękna”). Arystoteles natomiast uważał ją za „różnicę istoty”<sup>29</sup>. W aspekcie filozoficznym jakość definiowana jest jako coś do czego dąży się intuicyjnie lub co dotyczy „sądu wartościującego wyrażonego przez użytkownika”<sup>30</sup>. Przegląd ujęć jakości w filozofii prezentuje tabela 4.

**Tabela 4. Definicje „jakości” w ujęciu filozoficznym**

Autor	Definicja	Pojmowanie jakości
Platon	Poiotes	sąd oceniający zależny od doświadczenia
Stagiryta	Teleion	doskonałość
Arystoteles		określenie rzeczy (to, co odróżnia jedną rzecz od drugiej)
Cyceon	Qualitas	własność (właściwość) przedmiotu
Lao Tse	Kung fu	doskonałość, perfekcja wykonania
Kant		zbiór cech części postrzeganej rzeczywistości
Kartezjusz		jakość pierwotna, która tkwi w przedmiocie oraz jakość wtórna emitowana przez przedmiot (odbierana przez zmysły)

<sup>28</sup> M. Bugdol, Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej, „Teoria i praktyka”, Difin, Warszawa 2008, s. 18.

<sup>29</sup> J. Frańś, Zarządzanie jakością w instytucjach gospodarczych, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2000, s. 10.

<sup>30</sup> W. Prussak, Zarządzanie jakością. Wybrane elementy, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2006, s. 15.





Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Horbaczewski, Filozoficzne źródła współczesnego pojmowania jakości, „Problemy Jakości” 2006, nr 10, s. 10.

W ujęciu socjologicznym „jakość” pojmowana jest jako ustosunkowanie się konsumentów do określonych cech jakości, w humanistycznym rozumiana jest jako tworzenie odpowiedniej jakości życia i pracy podnoszącej poziom kultury w społeczeństwie natomiast w technicznym budowana jest po minięciu odbiorcy gdzie wzorcem jest norma, standard<sup>31</sup>. Przegląd definicji „jakości” w ujęciu technicznym przedstawia tabela 5.

**Tabela 5. Definicje „jakości” w ujęciu technicznym**

Autor	Pojmowanie „jakości”
B.A. Dubowikow	właściwości określające przydatność przedmiotu przemysłowego do jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem
S. Dulski	jakość techniczna wyrobu i produkcji
B. Oyrzanowski	zespół cech fizycznych, chemicznych, biologicznych określających dany produkt
W. Krencik	zespół cech towaru, dotyczących poziomu nowoczesności, użytkowej wydajności, trwałości, kształtu, barwy, mody itp.
R. Chwieduk	jakość produktu określona jest jego właściwościami fizykochemicznymi
B. Miszewski	zespół cech fizycznych, które zaspokajają potrzeby ludzkie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Horbaczewski, Filozoficzne źródła współczesnego pojmowania jakości, „Problemy Jakości” 2006, nr 10, s. 10.

„Jakość” w ujęciu ekonomicznym określana jest jako „*stopień zgodności produktu z wymaganiami odbiorcy*”, wynikającymi „*z jego potrzeb, dochodów i cen*”. Ujęcie marketingowe dotyczy usług, które są obiektem jakości, określanej poziomem usatysfakcjonowania nabywcy. Natomiast „jakość” z punktu widzenia podmiotu to „*zdolność produktu do zaspokajania ludzkich potrzeb*”<sup>32</sup>.

Jakość produktu to spełnianie wymagań klientów zewnętrznych (użytkowników/konsumentów) i wewnętrznych (pracowników, handlowców, producentów), którzy są użytkownikami procesu realizacji projektu. Jakość projektowa procesów realizacji

<sup>31</sup> Tamże, s. 16.

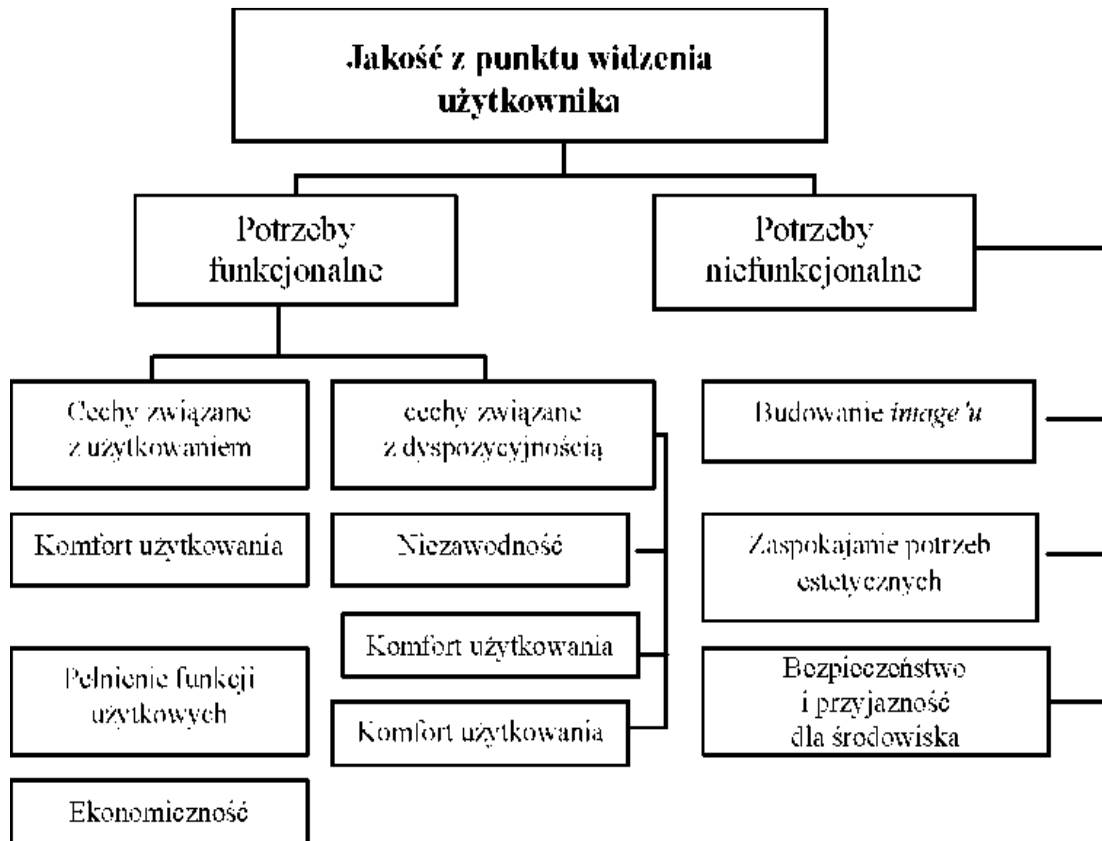
<sup>32</sup> K. Rogoziński, Nowy marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000, s. 205.



to skuteczność zrealizowania wymagań jakości projektowej. Jakość wykonania, nazywana jakością produkcji jest miarą zgodności gotowego produktu z wcześniej zaplanowaną i ustaloną normą<sup>33</sup>.

Jakość z punktu widzenia użytkownika prezentuje rysunek 8.

**Rys. 8. Jakość z punktu widzenia użytkownika**

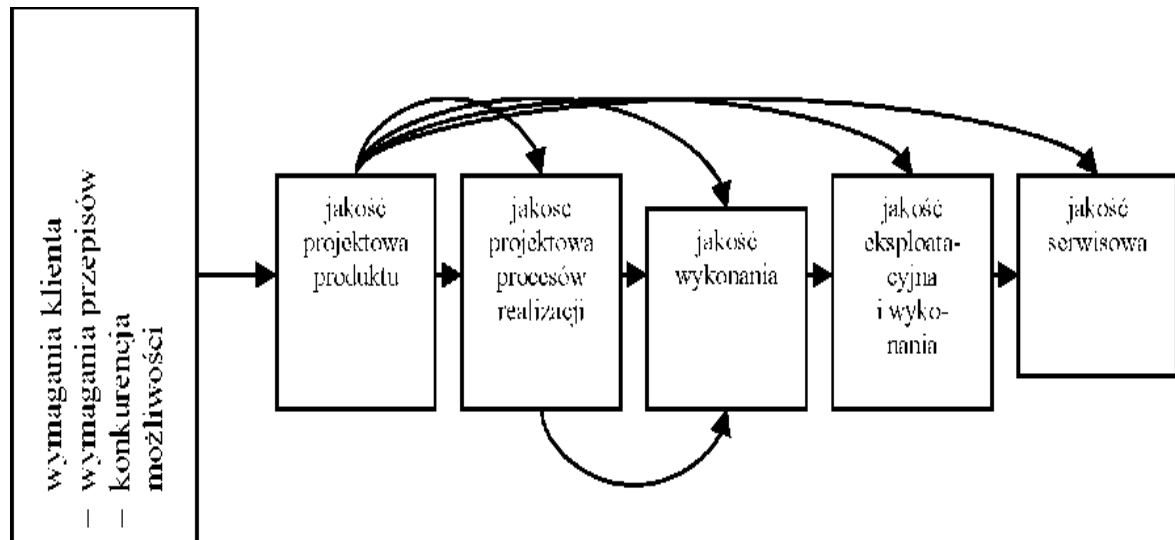


Źródło: J. Fraś, Zarządzanie jakością w instytucjach gospodarczych, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2000, s. 16.

<sup>33</sup> R. Karaszewski, Zarządzanie jakością. Koncepcje, metody i narzędzia stosowane przez liderów światowego biznesu, Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 19.

Biorąc pod uwagę kryterium cyklu życia produktu, jakość zdefiniować można jako spełnienie wymagań konkretnej fazy w cyklu życia produktu (rys. 9).

**Rys. 9. Jakość w cyklu życia produktu – łańcuch jakości**



Źródło: A. Hamrol, Zarządzanie jakością z przykładami, PWN, Warszawa 2007, s. 27.

W obecnych czasach przedsiębiorstwa wykorzystują różne koncepcje zarządzania jakością, wzmacniając swoją konkurencyjność na rynku. Autorytety w zakresie zarządzania jakością określają ją jako<sup>34</sup>:

- stopień zaspokojenia potrzeb i wymagań klienta (Oakland),
- zgodność wyrobu z określonymi wymaganiami (Crosby),
- stopień jednorodności i niezawodności, przy niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku (Deming),
- charakterystykę produktu z uwzględnieniem marketingu, projektu, wykonania i utrzymania, które spełniają oczekiwania użytkownika (Feigenbaum).

Jakość jako podstawowa wartość organizacyjna stała się wyznacznikiem działania obecnych przedsiębiorstw na rynku, gdzie czynnikiem ich przetrwania jest wykorzystywanie koncepcji zarządzania przez jakość. Kluczowe znaczenie jakości dla przedsiębiorstwa wynika z następujących powodów<sup>35</sup>:

- poprawy jakości nie osiągnie się w krótkim czasie. Wymaga to skonstruowania odpowiedniej strategii,

<sup>34</sup> G. Kanownik, Koncepcje zarządzania jakością w służbie zdrowia, „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, nr 4 (34) 2014, s. 140.

<sup>35</sup> S. Kasiewicz, Zarządzanie operacyjne w dobie globalizacji, Difin, Warszawa 2002.

- wysoki poziom jakości osiągnię się poprzez zaangażowanie kierownictwa i pozostałych pracowników,
- osiągnięcie satysfakcji konsumenta będzie możliwe poprzez wdrożenie, uwzględnienie potrzeb, wymagań oraz oczekiwań klienta,
- konkurencyjna firma nie będzie istniała bez skutecznego sposobu zarządzania jakością.

Zmiany zachodzące w gospodarce światowej stają się bodźcem do poszukiwania przez przedsiębiorstwa skutecznych metod oraz koncepcji zarządzania, które zapewnią im przewagę na rynku. Koncepcja zarządzania jakością stała się główną koncepcją zarządzania wykorzystywaną przez przedsiębiorstwa<sup>36</sup>.

Każde potrzeby danego przedsiębiorstwa powodują potrzebę tworzenia się nowych koncepcji zarządzania i strategii działania. Koncepcje zarządzania jakością stosowane są jako narzędzia wzrostu ich konkurencyjności na rynku. Aby w pełni zrozumieć jakość przedsiębiorstwa należy wyjaśnić czym jest zarządzanie przedsiębiorstwem. Można je zdefiniować jako działanie z zamiarem osiągnięcia określonych celów w sposób sprawny i skuteczny skierowany na zasoby organizacji<sup>37</sup>.

Zarządzanie jakością obejmuje całość systemu zarządzania w przedsiębiorstwie. Dzięki niemu możliwa jest realizacja celów w obszarze spełnienia oczekiwań klientów oraz usprawnianie funkcjonowania procesów zachodzących w przedsiębiorstwie. Zarządzanie jakością obejmuje: klientów, udziałowców, pracowników, dostawców, kontrahentów<sup>38</sup>.

Zarządzanie jakością może być rozumiane dwojście: jako *Total Quality Management* – TQM- kompleksowe zarządzanie jakością lub jako PN-EN ISO 9001:2009 - system zarządzania jakością. Skrót TQM oznacza<sup>39</sup>:

- *Total* (kompleksowe) - jakość jest obecna na wszystkich szczeblach zarządzania przedsiębiorstwem (dotyczy wszystkich pracowników).
- *Quality* (jakość) - spełnianie zidentyfikowanych potrzeb i wymagań klientów w sposób ich zadowolający,
- *Management* (zarządzanie) - rozwiązywanie problemów i osiąganie poprawy przez dążenie do wysokiej jakości pracy.

<sup>36</sup> G. Kanownik, Koncepcje zarządzania jakością w służbie zdrowia, Edukacja ekonomistów i menedżerów, nr 4 (34) 2014, s. 141.

<sup>37</sup> R.W. Griffin, Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 2009, s. 332.

<sup>38</sup> Tamże.

<sup>39</sup> M. Spychała, System TQM - Total Quality Management w przedsiębiorstwie, Poznań 2003, s. 6, <http://neur.am.put.poznan.pl/Skrypty/Projekt.pdf>, (data odczytu 10.01.2016r.)



Rozumienie zarządzania jakością jako TQM opiera się na poniższych założeniach<sup>40</sup>:

- jakość jest podstawą działania przedsiębiorstwa,
- każdy pracownik posiada swojego klienta, zna jego wymagania,
- jakość zapobiega powstawaniu defektów w teraźniejszości i doskonaleniu w przyszłości,
- organizacja powinna spełniać oczekiwania klienta,
- jakość związana jest z aspektami zarządzania oraz funkcjonowania przedsiębiorstwa.

TQM skierowane jest na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań klientów oraz na poprawę jakości usługi przez zaangażowanie wszystkich pracowników przedsiębiorstwa (zorientowanie na jakość)<sup>41</sup>. To system zarządzania składający się z wartości, metod, procedur oraz narzędzi. Jego celem jest wzrost satysfakcji klientów połączony ze zmniejszeniem zużycia zasobów<sup>42</sup>. Uwzględnia kryteria zarządzania: podmiotowe, przedmiotowe, funkcyjne. Kryterium podmiotowe obejmuje stanowiska występujące w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa, kryterium funkcyjne określa funkcje realizowane przez system zarządzający przedsiębiorstwem, a kryterium przedmiotowe odnosi się do struktury zasobów zarządzanych przez przedsiębiorstwo<sup>43</sup>. Na podstawie poniższej tabeli 6 można wywnioskować, że obecne poglądy dotyczące zarządzania jakością są wypadkową nauk o zarządzaniu produkcją oraz przedsiębiorstwem.

**Tabela 6. Rozwój jakości**

Data	Opis
1989	Kompleksowe zarządzanie jakością - J.S. Oakland
1988	Reengineering (przeprojektowanie organizacyjne) - M. Hammer
1987	Systemy zapewniania jakości - normy ISO
1982	Polityczno-kulturowy system gier społecznych w organizacji - M. Crozier, E. Friedberg
1980	Ogólna teoria systemów - L.von Bertalanfy, G.M. Weinberg (tzw. trójca systemowa), D. Katz, R.L. Kahn (społeczne role organizacyjne)
1975	Role kierownicze - H. Mintzberg
1970	Koła jakości - K. Ishikawa
1965	Program „Zero braków” - P. Crosby
1962	Koncepcja organizacji jako koalicji politycznej; behawiorystyczna teoria celów organizacji - R.M. Cyert, J.G. March
1960	Teoria X i Y D. McGregora; japońskie podejście do jakości (CWWQC) - K. Ishikawa, G. Taguchi

<sup>40</sup> K. Szczepańska, Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości, C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 15.

<sup>41</sup> Tamże, s. 16.

<sup>42</sup> J. Łańcucki, Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM, AE w Poznaniu, Poznań 2006, s. 26.

<sup>43</sup> A. Bielawa, J. Frąs, M. Gołębiowski, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2008, Nr 1, 165-170, [za] Z. Kłós, Wprowadzenie strategii TQM do polskich przedsiębiorstw – analiza uwarunkowań, „Organizacja i Kierowanie” 1994, Nr 1.



1956	System kontroli jakości - A.V. Feigeitbaum
1950	Proces statystycznej kontroli - W.E. Deming; J.M. Juran
1940	Metody statystyczne - W.E. Deming
1931	Założenia kierunku stosunków międzyludzkich – E. Mayo Matematyczne modele W. Shewharta
1922	Klasyczna nauka administracji - M.Weber (idealny typ organizacji biurokratycznej), H. Fayol (zasady, funkcje przedsiębiorstwa)
1916	Klasyczna teoria organizacji - H. Fayol
1915	Teoria naukowej organizacji - F.B. Gilbreth; L.M. Gilbreth (trójpoziomy plan awansów); H. Gantt (harmonogramowanie)
1903	Zasady naukowego zarządzania - F.W. Taylor, K. Adamiecki

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Szczepańska, Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości, C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 16.

Złożony charakter TQM implikuje stosowanie podejścia systemowego, na które składają się podsystemy - „*celowe jest wydzielenie odrębnych płaszczyzn analizy przedsiębiorstwa i stosowanie dla każdej z nich odrębnej metody opisu i właściwego języka*”<sup>44</sup>.

Terminologia TQM, stosowana z dziedziny zarządzania czy marketingu mieści się w modelach przedsiębiorstwa z zakresu ekonomii, finansów, w sektorze organizacyjnym, behawioralnym oraz etyczno-kulturowym<sup>45</sup>.

Każda instytucja powinna dążyć do doskonalenia jakości. Taką uniwersalną drogę, znaną jako cykl Deminga, cykl PDCA stworzył W. E. Deming. Składa się z 4 etapów<sup>46</sup>:

1. Planuj - należy ustalić cele i procesy potrzebne do dostarczenia wyników zgodnych z wymaganiami klienta i polityką organizacji.
2. Wykonaj - należy wdrożyć zaplanowane działania (początkowo w małej skali, następnie we wszystkich obszarach).
3. Sprawdź - należy monitorować i mierzyć procesy oraz wyroby w odniesieniu do polityki, celów i wymagań dotyczących wyrobu.
4. Działaj - należy podjąć działania udoskonalające funkcjonowanie procesu.

Powyższe etapy są zależne od siebie i ściśle ze sobą powiązane, tworząc spójny system. Etapy te przedstawia rysunek 10.

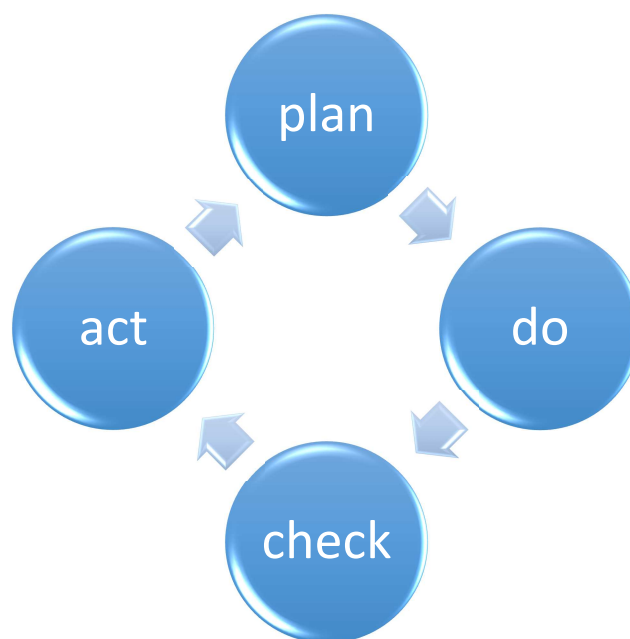
<sup>44</sup> T. Gruszecki, Współczesne teorie przedsiębiorstwa, PWN, Warszawa 2002, s. 32.

<sup>45</sup> Tamże.

<sup>46</sup> A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa-Poznań 1999, s. 93.



**Rys. 10. Cykl PDCA Deminga**



Źródło: Opracowanie własne.

Cykl Deminga to podstawa stałego doskonalenia oraz opracowania planu działań. Jest wzorem do budowy podejść o charakterze systemowym (np. ISO 9001, ISO 22000, ISO 14001) oraz innych koncepcji zarządzania jakością (np. Six Sigma, Lean)<sup>47</sup>.

Sposób wdrażania TQM w organizacji W. E. Deming przedstawił w tzw. planie akcji, zawierającym następujące założenia<sup>48</sup>:

- kierownictwo opiera się w swoich działaniach na 14 zasadach wprowadzania TQM,
- kierownictwo podejmuje nowe wyzwania,
- kierownictwo przedstawia zatrudnionym kierunki zmian,
- działalność przedsiębiorstwa należy podzielić na etapy,
- polepszanie metod funkcjonowania przedsiębiorstwa powinno odbywać się na każdym poziomie działalności organizacji,
- usprawnianie jakości należy podejmować jak najszybciej,
- każdy pracownik powinien brać udział w usprawnieniu funkcjonowania działalności organizacji.

<sup>47</sup> Tamże.

<sup>48</sup> R. Karaszewski, Zarządzanie jakością, Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 113-114.

W.E. Deming wskazał na „*siedem śmiertelnych chorób*”, które stoją na przeszkodzie prawidłowego wdrożenia koncepcji TQM. Należą do nich<sup>49</sup>:

- weryfikacja działań nieuwzględniająca pracy zespołowej oraz zmienności systemu,
- rotacja kierownictwa oraz zmiany zakresu obowiązków,
- brak stałości celów,
- cele krótkoterminowe oraz brak wizji,
- zarządzanie oparte na mierzalnych danych, nie uwzględniające danych niemierzalnych,
- wysokie koszty opieki medycznej,
- wysokie koszty ponoszone przez producenta z tytułu gwarancji.

### **System jakości ISO**

Zarządzanie jakością według ISO to „*skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości. Kierowanie i nadzorowanie (...) zazwyczaj obejmuje ustanowienie polityki jakości, celów dotyczących jakości, planowanie jakości, sterowanie jakością, zapewnienie jakości i doskonalenie*”. Analizując wymagania normatywne zarządzania jakością, można dojść do przekonania, że w gruncie rzeczy sprowadzają się one bardziej do kontroli produktu niż procesu dostarczania klientowi wartości oraz do kontroli skuteczności działań realizowanych przez pracowników.

Podstawowa różnica między TQM a ISO polega na ujęciu filozoficzno-koncepcyjnym. ISO jest przykładem systemu zarządzania, który wykorzystuje niektóre elementy filozofii TQM.

Przedstawienie głównych różnic pomiędzy systemem ISO a TQM ilustruje tabela 7.

---

<sup>49</sup> H. Obora, Podstawowe problemy implementacji zasad TQM w przedsiębiorstwie, „Acta Universitatis” Lodzensis. Folia Oeconomica” 2012, Nr 265, s. 141-152, cyt.za: E. Kindlarski, Zarządzanie przez jakość, „Problemy Jakości” 1995, Nr 11.





**Tabela 7. Różnice między ISO a TQM**

ISO	TQM
Jakość zgodna z wymaganiami	Jakość jako proces ciągłej poprawy
Potrzeby klienta zdefiniowane są w umowie	Uwzględnia potrzeby i oczekiwania klienta wewnętrznego i zewnętrznego
Skupia się na procesie dostawy właściwego produktu, zgodnego ze specyfikacją	Koncentruje się na dostawcy i jego kulturze, traktując go jako element łańcucha tworzenia wartości dla klienta
Pomija powiązania: klient – firma	Skupia się na powiązaniach: klient (wew./zew.) - firma
Skupia się na określonych obszarach, np. projektowaniu produkcji	Dotyczy całego przedsiębiorstwa

Źródło: Opracowanie własne

System zarządzania jakością ISO zostanie szerzej opisany w rozdziale trzecim.

## 2.2 Podstawowe narzędzia i metody zarządzania jakością

Narzędzia i metody zarządzania jakością są różnorodne. Można je zdefiniować jako<sup>50</sup>:

- narzędzia - służą do zbierania oraz przetwarzania danych. Stosuje się je w obszarze określonej techniki lub metody. Są zazwyczaj proste, ograniczone w czasie, stosowane wobec konkretnego obszaru o charakterze operacyjnym.
- techniki - określone środki i czynności. Dotyczą konkretnego problemu. Służą do osiągnięcia celów cząstkowych w obrębie danej metody.
- metody- złożone sposoby postępowania, oparte na technikach i narzędziach o charakterze, naukowym, warunkowane planowaniem i powtarzalnością.
- koncepcje - plan działania, ukierunkowany na osiągnięcie długoterminowych celów, których realizacja zależy od przyjętych metod i narzędzi.

<sup>50</sup> M. Wiśniewska, E. Malinowska, Zarządzanie jakością żywności. Systemy. Koncepcje. Instrumenty, Difin, Warszawa 2011, s. 179-180.



Zadaniem narzędzi zarządzania jakością jest identyfikacja i zdiagnozowanie problemów organizacji o charakterze operacyjnym oraz propozycja rozwiązania danej sytuacji. Narzędzia stosuje się w odniesieniu do problemów dotyczących produktów, usług czy konkretnych procesów. Narzędzia dzieli się na tzw. stare, tradycyjne (elementarne), oraz na nowe, będące ich uzupełnieniem<sup>51</sup>. Poniżej przedstawiono stare oraz nowe narzędzia zarządzania jakością (tabela 8 i 9).

**Tabela 8. Stare narzędzia zarządzania jakością**

<b>Funkcja</b>	<b>Charakterystyka</b>	<b>Narzędzia</b>
Zbieranie danych	Arkusz kontrolny (lista kontrolna, zbiorcza i wad, arkusz kreskowy i liczeniowy)	Formularz służący do zbierania danych z pomiarów i obserwacji. Analiza informacji o wyrobie i/lub procesie.
	Karta kontrolna Shewharta	Statyczne kontrolowanie procesów. Dzięki niemu można ocenić czy proces jest stabilny i kiedy trzeba go regulować.
	Diagram słupkowy i kolumnowy	Przedstawia zebrane dane w sposób wizualny. Dzięki niemu możliwa jest analiza wyników procesu, aby je doskonalić.
Analiza danych	Diagram Ishikawy	Przedstawia zebrane dane w sposób graficzny. Określa powiązania między czynnikami działającymi na proces a skutkami ich oddziaływania.
	Diagram Pareto	Grupuje dane oraz przedstawia je w całkowitym wyniku.
	Wykres korelacji zmiennych	Wykrywa i potwierdza zależności pomiędzy dwoma zbiorami danych.
	Schemat blokowy	W sposób graficzny przedstawia czynności następujące po sobie w procesie.

Źródło: A. Hamrol, Zarządzanie jakością z przykładami, PWN, Warszawa 2005, s. 228.

<sup>51</sup> Tamże.



**Tabela 9. Nowe narzędzia zarządzania jakością**

<b>Funkcja</b>	<b>Charakterystyka</b>	<b>Narzędzia</b>
Analiza „specyfikacji” problemów	Diagram pokrewieństwa	Przyporządkowuje i segreguje przyczyny analizowanego problemu
	Diagram relacji (diagram współzależności, zależności, wykres współzależności przyczyn)	Prezentuje powiązania i zależności pomiędzy czynnikami wpływających na analizowany temat
Podejmowanie decyzji o działaniach	Diagram drzewa (diagram systematyki)	Ustala zadania służące rozwiązaniu problemu
	Diagram macierzowy (diagram macierzowy, diagram tablicowy)	Ustala wzajemną zależność pomiędzy analizowanymi obiektami
	Macierzowa analiza danych	Systematyzuje priorytety wyznaczone w diagramie macierzowym danych
Kolejność działań - planowanie zasobów	Diagram PDPC – (diagram decyzji i działań składowych)	Analizuje stopień ważności poszczególnych zadań
	Diagram strzałkowy (diagram sieciowy i planowania)	Graficznie przedstawia przebieg zadań procesu realizacyjnego

Źródło: A. Hamrol, Zarządzanie jakością z przykładami, PWN, Warszawa 2005, s. 229.  
 J. Łuczak i A. Matuszak-Flejszman proponują klasyfikację narzędzi według ich użyteczności na poszczególnych etapach wcześniej opisanego cyklu Deminga (tabela 10).

**Tabela 10. Podział nowych narzędzi zarządzania jakością według J. Łuczaka i A. Matuszak-Flejszman**

<b>Etap cyklu Deminga</b>	<b>Tradycyjne i nowe narzędzia</b>
Planowanie	Diagram: Ishikawy, drzewa, pokrewieństwa, relacji, strzałkowy, PDPC - planowania procesu decyzyjnego oraz schemat blokowy
Wykonanie	Histogram, Arkusz kontrolny, Karty kontrolne Shewharta
Sprawdzanie	Diagram: Pareto, macierzowy
Działanie	Macierzowa analiza danych, wykres korelacji zmiennych

Źródło: J. Łuczak, A. Matuszak-Flejszman, Metody i techniki zarządzania jakością. Kompendium wiedzy, Quality Progress, Poznań 2007, s. 88-384.

Podsumowując powyższe tabele, każda klasyfikacja ma charakter umowny. Wybór narzędzia, metody zależy od potrzeb i specyfiki przedsiębiorstwa. Wskazówką może być przypisanie danego narzędzia, metody, koncepcji czy zasad do etapów w cyklu realizacji produktu.

Metody zarządzania jakością można podzielić na dwie grupy<sup>52</sup>:

- metody projektowania i doskonalenia jakości (typu off-line), które wykorzystuje się w projektowaniu, badaniach prototypu i przygotowaniu produkcji,
- metody sterowania jakością (typu on-line), które wykorzystuje się w toku procesu wytwarzania/realizacji usług.

Metody projektowania jakości ze względu na sposób i miejsce stosowania w cyklu rozwoju dzieli się na<sup>53</sup>:

- metody projektowania parametrów produktów oraz zapewnieniu możliwości uzyskiwania wysokiej jakości projektowej w procesie wytwarzania oraz sterowania jakością w toku procesu produkcyjnego i jego użytkowania (eksploatacji),

<sup>52</sup> M. Z. Wiśniewska, P. Grudowski, Zarządzanie jakością i innowacyjność w świetle doświadczeń organizacji Pomorza, Innobaltica, Gdańsk 2013, s. 50.

<sup>53</sup> Tamże.



- metody przeciwdziałania występowaniu wad w opracowaniach projektowych oraz niezgodnościom wykonania, które służą także wytypowaniu i monitorowaniu etapów, miejsc krytycznych w procesie i/lub produkcji.



## Rozdział 3. Jakość w usługach medycznych

### 3.1 Definicja „jakości” i usług medycznych

Naukę o jakości nazywa się kwalitologią. Jest to młoda dyscyplina naukowa, w której osiągnięcia powiązane są z wymaganiami stosowania kontroli technicznej produktów w przedsiębiorstwach wytwórczych. W miarę postępu procesów wytwarzania produktów, obrotu towarowego i eksploatacji oraz wzrostu wymagań, swoją pozycję ugruntowały kategorie jakościowe. Rozwinęły się także narzędzia pozwalające kierować jakością w jednostkach gospodarczych<sup>54</sup>. Nowoczesne spojrzenie na jakość ukształtowali m.in.: P.B. Crossy – „zgodność z wymaganiami”, E.W. Deming – „przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy możliwie niskich kosztach dopasowaniu do wymagań rynku”, J.M. Juran – „przydatność użytkowa”<sup>55</sup>.

W definiowaniu jakości usług medycznych dominują dwie kluczowe koncepcje<sup>56</sup>:

1. Jakość jako zgodność z wyznaczonymi standardami.
2. Jakość jako spełnienie wymagań pacjenta, jego określonych lub domniemanych potrzeb.

To właśnie tej definicji poświęcony został rozdział trzeci. Należy zaznaczyć, że obecnie usługi medyczne są najbardziej pożądane przez społeczeństwo. Każdy człowiek przynajmniej raz w życiu korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Usługi medyczne są grupą specyficznych usług, które nie mogą być jednakowo określone poprzez swoją wartość ilościową, jakościową, kosztową i dochodową oraz pracochłonność i niepewność pozytywnego rezultatu ich wykonania.

Aby w pełni określić czym jest jakości usług medycznych (zdrowotnych), należy najpierw zdefiniować, co to jest usługa zdrowotna. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.) „*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*”<sup>57</sup>.

<sup>54</sup> A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością, Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2002, s. 15.

<sup>55</sup> M. Sobkowski, R. Staszewski, Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003, s. 88–98.

<sup>56</sup> Tamże.

<sup>57</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. z 2011r., Nr , poz. 654 z późn. zm.)



Przepisy niniejszej ustawy wdrażają postanowienia dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 381)<sup>58</sup>.

M. Lisiecka - Biełanowicz usługę zdrowotną definiuje jako usługę szczególną, czyli<sup>59</sup>:

- dostarczenie świadczeń przez wykonawcę na rzecz odbiorcy,
- wyniki działań między dostawcą a pacjentem,
- wyniki wewnętrznej działalności dostawcy w celu spełnienia potrzeb i oczekiwań pacjenta.

Usługi medyczne (zdrowotne) mają charakter dóbr niematerialnych, nie można ich ocenić póki się z nich nie skorzysta. Wynika to z faktu, że pacjent nie widzi efektów przed wykonaniem usługi medycznej. Pacjent, chcąc zmniejszyć swe obawy dotyczące skutków prowadzonego wobec niego leczenia, szuka materialnych dowodów realizacji usługi medycznej (zdrowotnej). Poszukuje informacji i dokonuje oceny personelu medycznego, wyposażenia placówki medycznej, itp. Według P. Kotlera usługi niematerialne cechuje<sup>60</sup> „*niejednorodność, nierozdzielność oraz nietrwałość*”, które można odnieść do usług zdrowotnych. Niejednorodność zależna jest od świadczeniodawców, miejsca i czasu realizacji usługi, może prowadzić do błędów medycznych. Pacjenci są świadomi różnorodności usług<sup>61</sup>.

Usługi medyczne (zdrowotne) cechuje nierozdzielność procesu świadczenia usługi. Między pacjentem a osobą świadczącą usługę (lekarz, pielęgniarka, itd.) zachodzi interakcja, w której przebieg wykonania usługi zależy od świadczeniodawców, a efekt końcowy (efekt leczenia) jest zależny od ich wiedzy, zdobytego doświadczenia i umiejętności zawodowych<sup>62</sup>.

Kolejną cechą usługi medycznej (zdrowotnej) jest nietrwałość, czyli niemożność jej przechowywania. Inaczej mówiąc nie jest możliwe wykonywanie tych usług na zapas i sprzedawanie ich w chwili popytu. Ta cecha powoduje, że nie można zapewnić wszystkim pacjentom pełnej dostępności do bardziej kosztownych usług medycznych, stąd ograniczenia w zaspokojeniu popytu na część z nich. Tylko niektóre z usług medycznych są pozbawione tej cechy. Przykładem są banki narządów do transplantacji, banki krwi itp.<sup>63</sup>.

---

<sup>58</sup> Tamże.

<sup>59</sup> M. Lisiecka-Biełanowicz, Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, „Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera”, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2001, s. 151.

<sup>60</sup> P. Kotler, Marketing, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2006, s. 356.

<sup>61</sup> G. Kanownik, Koncepcje zarządzania..., op.cit., s. 142.

<sup>62</sup> Tamże, s. 143.

<sup>63</sup> Tamże, s. 143.



Powyższa charakterystyka usługi medycznej (zdrowotnej) pozwala stwierdzić, że to świadczeniodawca ma kluczowy wpływ na jej jakość, chociaż, co należy podkreślić, nie zawsze może w pełni zadowolić pacjenta, ponieważ efekt usługi zdrowotnej zależy także od stanu zdrowia pacjenta<sup>64</sup>.

Usługi medyczne określają między innymi następujące ustawy i rozporządzenia<sup>65</sup>:

- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997r., Nr 28, poz. 152 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008r.,Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r., Nr 112 poz. 654 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 15 lipca 2011r., o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039).
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011r., Nr 151, poz. 896),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012r., poz. 739).
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013r., poz. 15).
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2012r. poz. 1531).
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2012, poz. 1545).

---

<sup>64</sup> Tamże.

<sup>65</sup> Akty prawne, <http://isap.sejm.gov.pl>, (data odczytu 6.02.2016r.)





Do cech usług medycznych zaliczamy<sup>66</sup>:

- niezawodność - pacjenci oczekują dokładności, niezawodności i zgodności z ofertą świadczonych usług. Spodziewają się również, że personel będzie wykonywał te usługi zgodnie z przyjętymi standardami oraz zasadami etyki,
- wrażliwość - pracownicy placówki medycznej powinni wykazywać się empatią,
- wygląd - placówka medyczna oraz wygląd pracowników powinna spełniać standardy estetyki i higieny,
- dostępność – personel i usługi instytucji medycznej powinny być dostępne dla pacjentów w czasie i miejscu, odpowiednim do potrzeb,
- kompetencja - pacjenci wymagają od personelu medycznego profesjonalizmu,
- uprzejmość - personel placówki medycznej powinien być przyjazny i traktować pacjentów z szacunkiem,
- komunikatywność - personel powinien umiejętnie komunikować się z pacjentami,
- bezpieczeństwo – zapewnione jest na każdym etapie opieki medycznej.

Tabela 11 podsumowuje charakterystykę usług medycznych.

---

<sup>66</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 32-33.



**Tabela 11. Charakterystyka usług medycznych**

<b>Cecha usługi medycznej</b>	<b>Charakterystyka</b>
<b>Niematerialność</b>	Zdrowie jest kategorią niematerialną. Nie można go dotknąć. To samo dotyczy świadczeń zdrowotnych. Pacjenci poszukują dowodów jakości usługi medycznej (doświadczenie personelu, wyposażenie placówki w sprzęt medyczny itp.).
<b>Niepodzielność/nierozdzielność</b>	Udzielanie i otrzymywanie usługi medycznej wymaga obecności pacjenta.
<b>Nieskładowalność/nietrwałość</b>	Nie można magazynować usługi medycznej na zapas. Nie można jej użyć kiedy się chce czy sprzedać. Jeżeli pacjent nie przyjdzie n zaplanowaną wizytę to usługa przepada.
<b>Zmienność/niestandardowość</b>	Udzielanie i konsumowanie usługi medycznej jest zmienne. Usługa jest różna w zależności od czasu i sposobu wykonania.
<b>Niemożliwość odsprzedaży</b>	Dana usługa medyczna jest skierowana dla konkretnego pacjenta.
<b>Asymetria informacji</b>	Pacjent nie posiada odpowiedniej wiedzy merytorycznej, aby podejmować decyzje w sprawie leczenia.
<b>Niepewność i ryzyko</b>	Dotyczy czasu trwania, możliwych urazów, komplikacji i skutków zastosowanego leczenia.
<b>Kwalifikacja kadr</b>	Czynności medyczne wykonuje personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach. Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny jest procesem ciągłym.
<b>Swoboda w wyborze technologii świadczenia</b>	Decyzja o wyborze technologii i narzędzi w celu postawienia diagnozy należy do lekarza.
<b>Ograniczenie suwerenności konsumenta</b>	Dotyczy stanów nagłych, takich jak np. wypadek, utrata przytomności - pacjent nie jest w stanie określić co mu dolega i jest zdany na działania personelu medycznego.
<b>Złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych</b>	Dotyczy kwalifikacji personelu medycznego, procedur postępowania, aparatury oraz sprzętu medycznego.
<b>Delegowanie uprawnień i zaufania</b>	Pacjent deleguje swą decyzję w sprawie leczenia w ręce osób, do których ma zaufanie.
<b>Efekty zewnętrzne</b>	Trudno jest uściślić wpływ otoczenia na powstawanie u pacjenta określonych chorób.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 19-21.



Zdefiniowanie terminu jakości usług medycznych nie jest sprawą prostą. Spowodowane jest to specyficznym charakterem usług medycznych, na które składają się takie cechy jak<sup>67</sup>: społeczny charakter, niepewność, ryzyko, niespodziewany odbiór usługi, przymus oddzielenia funkcji płatnika oraz usługobiorcy.

Błędem jest zawężanie jakości usługi wyłącznie do uzyskiwanych efektów (wyników leczenia). Równie ważny jest sposób i warunki procesu leczenia, atmosfera, w jakiej udzielane są pacjentom świadczenia, relacja ponoszonych kosztów do uzyskiwanych skutków prowadzonego leczenia. Dopiero zestawione razem czynniki te składają się na jakość usług medycznych<sup>68</sup>.

Jakość w systemie opieki zdrowotnej jest konieczna zarówno dla przetrwania organizacji jak i dla zdrowia/życia osób korzystających z tych usług. Jakość jest kwestią zasadniczą: zła jakość powoduje zbędny ból i cierpienie, wyznacza różnicę pomiędzy życiem i śmiercią, jest czynnikiem który decyduje o powodzeniu przedsiębiorstwa na rynku<sup>69</sup>.

D. Blumenthal uważa, że płatnika usług medycznych (pacjenta) interesuje także koszt realizacji usługi oraz efektywność opieki medycznej. Kadra medyczna przez jakość usług medycznych rozumie efekty procesu terapeutycznego oraz relacje interpersonalne między pacjentami a pracownikami szpitala<sup>70</sup>.

Aby w pełni zrozumieć czym jest „jakość” w usługach medycznych warto przytoczyć definicję jakości W.E. Deminga czyli to „*co zadawala, a nawet zachwyca klienta*”.

Jakość to stopień jednorodności i niezawodności przy małych kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku. J.J. Juran wprowadził pojęcie jakości rozumianej jako<sup>71</sup>:

- stopień zaspokajania potrzeby określonego nabywcy np. pacjenta,
- stopień, w jakim klasa usługi ma potencjalną zdolność zapewnienia satysfakcji pacjentowi,
- stopień zgodności z modelem lub ujętymi w określonej formie wymaganiami,
- cecha lub zespół cech dających się wyodrębnić,
- sposób świadczenia usługi.

<sup>67</sup> Cechy usług medycznych, <http://www.jakosc.biz/> (data odczytu 6.02.2016r.)

<sup>68</sup> G. Kanownik, *Koncepcje zarządzania...*op.cit., s. 143.

<sup>69</sup> M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 311.

<sup>70</sup> D. Blumenthal, *Quality of care – what is it?*, „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996, s. 891.

<sup>71</sup> E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, UMC-S, Lublin 2000, s. 29.



Podsumowując powyższe rozważania można uznać, że jakość usług medycznych określa się jako<sup>72</sup>:

1. Zgodność z wyznaczonymi standardami, czyli dostosowanie dostarczanych usług do wymaganych bądź zalecanych norm.
2. Użyteczność dla odbiorcy sprecyzowaną poprzez jego wymagania.
3. Wypadkowa trzech elementów, jakimi są: jakość usługi, zgodność usługi z oczekiwaniami konsumenta - pacjenta, jakość wykonania.

W 1951 roku powstała organizacja zajmująca się działaniami w obszarze jakości w ochronie zdrowia - Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO - czyli Zespólna Komisja do spraw Akredytacji Szpitali. JCAHO obejmuje<sup>73</sup>:

- opracowanie standardów jakości,
- opracowanie wskaźników jakości,
- opracowanie wytycznych postępowania w określonych sytuacjach klinicznych,
- opracowanie systemu zbierania i przetwarzania danych,
- opracowanie systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej.

Jakość w ochronie zdrowia JCAHO definiuje jako „*stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów*”<sup>74</sup>.

WHO jakość świadczeń medycznych określa jako sposób użycia środków, organizacji usług oraz zadowolenie pacjenta. Jakość opieki to wiedza, umiejętności personelu, technologia, stosunki międzyludzkie (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług (komfort, estetyka itp.)<sup>75</sup>.

Jakość opieki to<sup>76</sup>:

- zastosowanie osiągnięć nowoczesnej medycyny,
- poziom opieki, który jest dostępny dla wszystkich, akceptowany, ciągły oraz udokumentowany,
- podniesienie poziomu zdrowia społeczeństwa,
- twór kompleksowy.

---

<sup>72</sup> B. Kulik, M. Latański Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej, Czelej, Lublin 2002, s. 117.

<sup>73</sup> JCAHO <http://www.mz.gov.pl/> (data odczytu 6.02.2016r.)

<sup>74</sup> Tamże.

<sup>75</sup> WHO Working Group. Quality Ace In Heath Care, 1989, I, p. 79-95.

<sup>76</sup> M. Szczepka, Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i w Europie, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1996, s. 105.



Wymiar jakości i jej znaczenie zależy niewątpliwie od subiektywnego spojrzenia badanej grupy. Wynika to z wielości korzyści i spraw, jakimi kierują się zainteresowani. Pacjenci zwracają uwagę przede wszystkim na wynik uzyskany z danej usługi oraz na materialne elementy danego świadczenia. Pracownicy skupiają się na wykonaniu świadczenia w sposób najbardziej profesjonalny i rzetelny, oparty na wiedzy. Władze danej placówki skoncentrowane są na konkurencyjności, nowoczesności oraz końcowym aspekcie finansowym związanym z popytą danej usługi.

A. Donabedian jakość usług medycznych definiuje jako specyficzny rodzaj usług, w którym zwiększa się dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę korzyści i strat, jakie towarzyszą procesowi opieki we wszystkich jego etapach<sup>77</sup>.

Istotne są trzy wymiary jakości<sup>78</sup>:

- wymiar techniczny - technika rozwiązania problemu zdrowotnego,
- wymiar pozatechniczny - psychologiczne interakcje między podmiotem świadczącym usługi a pacjentem,
- wymiar środowiskowy- miejsce świadczenia usług.

Jakość w opiece medycznej polega na zaspokojeniu zapotrzebowania na usługi zdrowotne przy niskich kosztach własnych i świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze i instytucje finansujące usługi. Jakość usług medycznych wymaga zapewnienia realizacji działań placówki medycznej w kilku sferach<sup>79</sup>, które prezentuje rysunek 11.

---

<sup>77</sup> K. Lisiecka, Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 23.

<sup>78</sup> Tamże.

<sup>79</sup> M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996, s. 12.



**Rys. 11. Sfery jakości w usłudze medycznej**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka, Warszawa 2003, s. 29.

Przedstawione sfery można scharakteryzować następująco<sup>80</sup>:

- sfera usług medycznych obejmuje obszar, w którym pacjenci zwracają uwagę na relacje interpersonalne z pracownikami placówek medycznych. W tej sferze powinno się doskonalić jakość poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych przez profesjonalistów medycznych. W tej sferze wykonywanie świadczeń zdrowotnych powinno być zgodne ze stanem wiedzy medycznej uwzględniając bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu,
- sfera komunikacyjna obejmuje informacje, które są przekazywane pacjentom (np. jak zażywać przepisane leki, jak zapobiegać rozwojowi choroby itp.). W tej sferze często niedostateczny jest przepływ informacji, ponieważ lekarz wie więcej o udzielanej usłudze niż pacjent, który nie zadaje żadnych pytań. Często pacjenci wyrażają negatywne opinie na temat placówek medycznych, co wynika z niedoinformowania o stosownym leczeniu. Ważne jest wyeliminowanie barier, które stawia skomplikowany język medyczny. Znaczenie ma tu zarówno lekarz, jak i personel pomocniczy (utrzymanie kontaktu z pacjentem, wzbudzenie zaufania itp.),

<sup>80</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez ..., op. cit., s. 29-31.

- sfera techniczna obejmuje poziom technologii w urządzeniach diagnostycznych używanych w trakcie badań, terapii i innych sprzętach wykorzystywanych do leczenia. Sfera ta obejmuje również wygląd personelu, gabinetów zabiegowych, sal chorych, rejestracji, laboratoriów itp.
- sfera marketingu obejmuje czynności, których celem jest rozpoznawanie potrzeb pacjentów, ich oczekiwań, a efekcie dostosowanie do potrzeb odbiorców. Aby zadania te zostały zrealizowane zakłady opieki zdrowotnej tworzą marketingowe komórki organizacyjne lub zatrudniają osoby ds. marketingu, które zajmują się badaniem zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług, wydawaniem ulotek i broszur informacyjnych oraz podejmowaniem starań mających doprowadzić do zdobycia certyfikatu jakości,
- sfera zarządzania oraz sfera administracyjna dotyczą zarządzania zasobami (w tym ludzkimi) oraz efektywnego wykorzystania tych zasobów w ramach limitów zakontraktowanych przez płatnika. Obie sfery wpływają na wszystkie pozostałe sfery.

Podsumowując niniejszy podrozdział można stwierdzić, że jakość jest podstawowym narzędziem zarządzania. Jakość w usługach medycznych jest jednym z najważniejszych elementów sprawnego działania opieki zdrowotnej.

### 3.2 Kryteria jakości w usługach medycznych

Sprecyzowanie jakości w aspekcie konkretnych dóbr wymaga określenia kryteriów jakości. Placówki medyczne dążą do poznania najważniejszych dla pacjentów czynników jakości. Aby czynniki te określić stosowane są badania marketingowe, umożliwiające kształtowanie jakości w oparciu o preferencje odbiorców. Aby dokładnie określić kryteria jakości w usługach medycznych, pod uwagę należy wziąć stopień obiektywizmu oraz podział na medyczne i pozamedyczne czynniki jakości usług medycznych.<sup>81</sup>

Uwzględniając powyższe stwierdzenia w procesie oceny jakości stosuje się<sup>82</sup>:

1. Kryterium struktury – obejmuje czynniki umożliwiające personelowi placówki medycznej wykonywanie swoich obowiązków, tj.:
  - infrastrukturę (wyposażenie budynków oraz pomieszczeń),
  - zasoby materialne (sprzęt i aparatura medyczna),
  - zasoby ludzkie (liczba, kwalifikacje personelu).

<sup>81</sup> S. Harrison, C. Pollitt, *Controlling Health Professional*, Open University Press, Buckingham, 1994.

<sup>82</sup> Tamże.



2. Kryterium procesu - wszelkie czynności personelu administracyjnego, pielęgniarskiego oraz lekarskiego wykonywanych wokół pacjenta w trakcie leczenia pacjenta, tj.:
  - dostępności do świadczeń medycznych,
  - kompleksowości usługi medycznej,
  - kultury obsługi pacjentów,
  - komunikacji z personelem medycznym.
3. Kryterium wyniku - to osiągnięte rezultaty, które są podstawą oceny przeprowadzonych świadczeń medycznych, tj.:
  - powikłań (np. zakażenia szpitalne, liczba powtórnych przyjęć, powtórne operacje),
  - wskaźników śmiertelności i sprawności,
  - średniego czasu pobytu w szpitalu,
  - satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej.

Jak wcześniej wspomniano w określaniu kryteriów jakości bardzo pomocne są badania marketingowe, które pozwolą, danemu podmiotowi ustalić determinanty, wpływające na osiągnięcie przez pacjentów satysfakcji. Każde kryteria jakości mają charakter indywidualny. Różnią się one w zależności od rodzaju obsługiwanych odbiorców oraz od specyfiki świadczonych usług. WHO określiła sześć wymiarów jakości opieki medycznej<sup>83</sup>:

- skuteczność - świadczenia spełniają swoją funkcję,
- równość - wszyscy mają taki sam dostęp do świadczeń medycznych,
- adekwatność - świadczenia dopasowane do potrzeb populacji,
- akceptacja - odbiorcy wyrażają zgodę na zaproponowane świadczenie medyczne,
- dostępność - oferowane usługi są wykorzystywane,
- efektywność - świadczenia osiągają najwyższą jakość przy najniższym koszcie.

Literatura przedmiotu wymienia kilkanaście powtarzających się czynników określających jakość usług. Najczęściej wymienia się podział autorstwa A. Parasuraman'a, V. A. Zeithaml'a i L.L. Berry'ego, uwzględniający, że to pacjenci oceniają jakość usług<sup>84</sup>:

1. Dostępność usługi- możliwość skorzystania z usługi w określonym czasie i miejscu (lokalizacja placówki, godziny otwarcia, krótki czas oczekiwania). Dostępność to także łatwość uzyskania pomocy medycznej niezależnie od: barier kulturowych, finansowych, organizacyjnych oraz emocjonalnych.

<sup>83</sup>H. Lenartowicz, Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie - materiały dydaktyczne specjalizacji Organizacji i Zarządzanie, Warszawa 1998, s. 39.

<sup>84</sup> Ph. Kotler, Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York 1988, s. 484- 485.





2. Informacja o usługach placówki - informacje przekazywane w jasny i zrozumiały sposób. Sprawne komunikowanie się z pacjentem wymaga rozwijania umiejętności społecznych personelu (nawiązania i podtrzymywania kontaktu, słuchania, koncentrowania się na osobie pacjenta itp.)
3. Kompetencje - obejmują kwalifikacje zawodowe, wiedzę, wykształcenie oraz umiejętności społeczne, potrzebne do budowania kontaktu z pacjentem.
4. Uprzejmość - traktowanie pacjenta w miły, przyjazny sposób, z należyтым szacunkiem.
5. Zaufanie - wiarygodność personelu, troskliwość, gotowość do udzielania pomocy.
6. Rzetelność - dokładność i precyzja wykonywanych usług medycznych.
7. Odpowiedzialność- uwzględnianie potrzeb, oczekiwań nabywców, która wyraża się w podejmowanych działaniach, przestrzeganiu terminów czy prawidłowym prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz administracyjnej itp.
8. Bezpieczeństwo - ograniczenie stresu, który może być spowodowany pobytem w placówce medycznej, zmniejszanie ryzyka związanego z korzystaniem z usługi.
9. Zastosowane środki materialne - elementy kształtujące wizerunek placówki, które wzbudzają zaufanie pacjenta (stan placówki, wyposażenie, sprzęt, identyfikatory noszone przez pracowników, czyste i schludne uniformy personelu).
10. Znajomość potrzeb świadczeniobiorców, dążenie do ich zaspokojenia.



Warto zwrócić uwagę, że odbiorcami informacji o jakości są również inne grupy odbiorców<sup>85</sup>:

- nabywcy świadczeń (Narodowy Fundusz Zdrowia, firmy ubezpieczeniowe).
- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.
- dostawcy sprzętu medycznego, środków opatrunkowych itp.

Ocena jakości usług medycznych z punktu widzenia pacjenta to wypadkowa jego odczuć dotyczących świadczonych usług medycznych. W przypadku pacjentów jest to zazwyczaj subiektywna ocena, na którą składają się: pułap oczekiwań, wymagań oraz stan emocjonalny, doświadczenia rodziny pacjenta i jego znajomych<sup>86</sup>. Kryteria oceny pacjenta przedstawia tabela 12. Rysunek 12 prezentuje wewnętrzne i zewnętrzne czynniki jakości usług medycznych.

**Tabela 12. Kryteria świadczeń usług medycznych**

Rodzaj usługi medycznej	Kryteria oceny
Wizyta lekarza w domu pacjenta	czas oczekiwania na przybycie lekarza, życzliwość, wiedza i doświadczenie lekarza
Wizyta w izbie przyjęć	życzliwość oraz gotowość personelu, pierwsza ocena stanu zdrowia przez pielęgniarkę, rzetelne wyjaśnienia, prawidłowe warunki socjalne, trafna wstępna diagnoza i właściwy dobór leczenia
Badania i testy	uprzejmi i mili pracownicy, sprawna aparatura, udzielenie informacji o wykonanych badaniach, właściwie przeprowadzone testy, brak komplikacji
Przyjęcie do szpitala	wstępna informacja, dotrzymanie terminu przyjęcia
Leczenie	wyjaśnienie co się dzieje, skuteczność leczenia, brak powikłań
Pielęgnowanie	uprzejmość pielęgniarki, opieka indywidualna, właściwe rozpoznanie choroby, zaplanowanie oraz prawidłowe wykonanie usługi medycznej, brak powikłań
Zaplanowanie wypisu	odpowiedni termin wypisu, poinformowanie rodziny, nauka samoopieki, zainicjowanie społecznego wsparcia

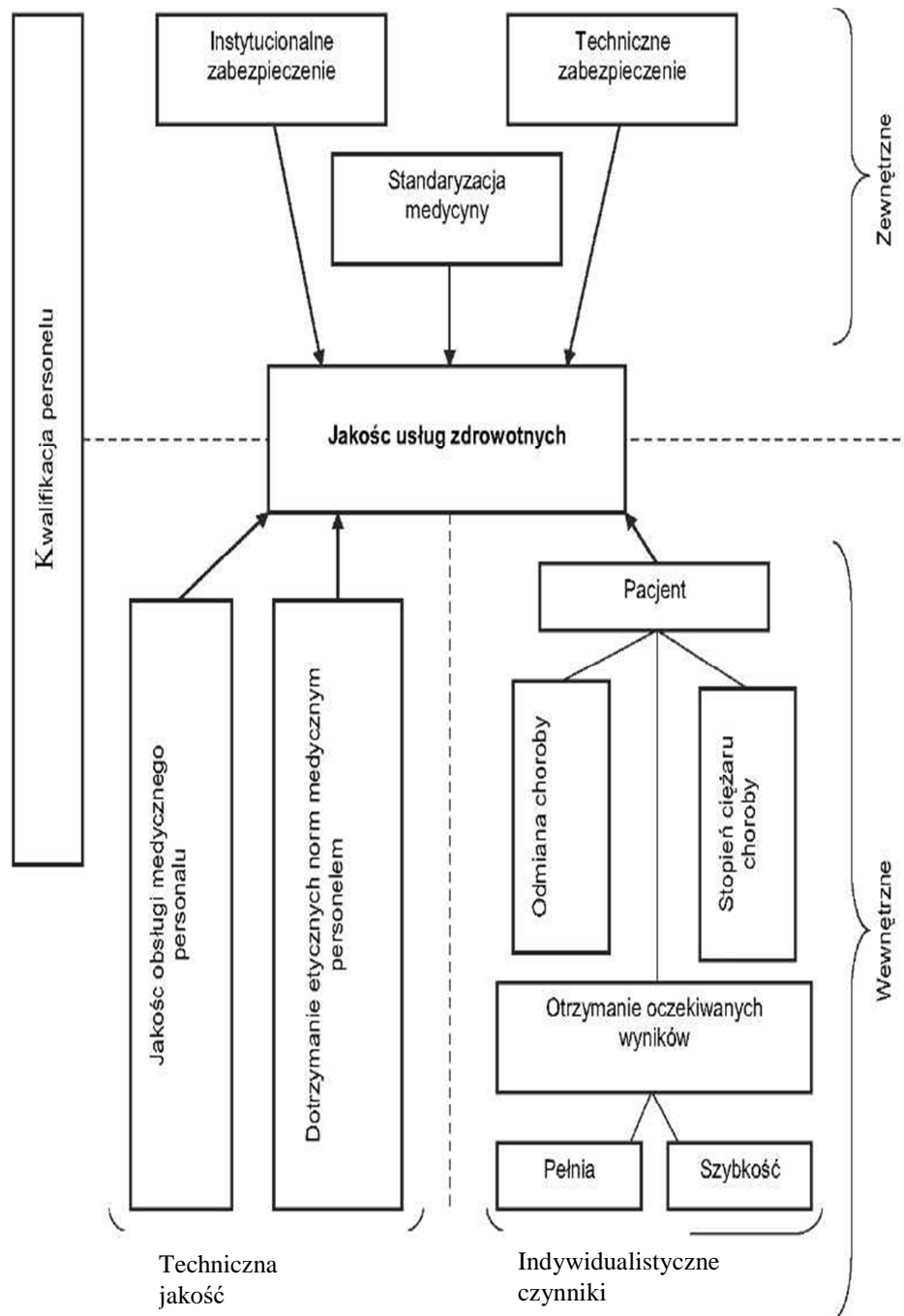
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: H. Lenartowicz, Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji. Organizacja i Zarządzanie, Warszawa 1998, s. 40-44.

<sup>85</sup> Tamże.

<sup>86</sup> A. Krawczyńska, D. Trzmielak, Jakość usług medycznych. „Przegląd Organizacji”, nr 2, 2001, s. 34.



**Rys. 12. Czynniki jakości usług medycznych**



Źródło: V. Grynchutskiy, N. Machuga, Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne wymiary jakości usług zdrowotnych, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2007, (24) 93, s. 129.

### 3.3 Standaryzacja i wskaźniki jakości świadczeń medycznych

Rozwój instytucji poprawiających jakość w opiece medycznej zaczął się w roku 1919. W 1951r. w Stanach Zjednoczonych utworzono Zespoloną Komisję do Spraw Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), którą następnie przekształcono w Zespoloną Komisję do Spraw Akredytacji Zakładów Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Organizacja ta opracowała standardy jakości, wskaźniki jakości oraz wytyczne w postępowaniu problemów, przetwarzania danych oraz akredytacji zakładów opieki medycznej. Kongres Stanów Zjednoczonych w 1989r. utworzył Agencję do Spraw Polityki i Badań w Opiece Zdrowotnej (AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research), która wypracowała schematy działania w konkretnie sprecyzowanych problemach zdrowotnych<sup>87</sup>.

Powstanie tych organizacji posłużyło opracowaniu ocen poziomu i wymogów opieki medycznej, co pozwoliło określić standardy i wskaźniki jakości świadczeń medycznych. Ocena jakości jest powiązana ze świadczeniem usług medycznych. Można wyróżnić cztery modele: system wizytacji, model ISO, system akredytacji, model Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością. Nowoczesne mechanizmy zmierzające do zapewnienia jakości to: monitorowanie wskaźników, certyfikacja i akredytacja. Wyżej wymienione systemy nie będą funkcjonowały w sytuacji, w której brakuje warunków do podejmowania wysiłku w celu doskonalenia jakości<sup>88</sup>.

Próbie zdefiniowania standaryzacji w opiece medycznej podjął F. Hansen<sup>89</sup>:

- standardy to regularne właściwości przedmiotów, procesów czy osób. Opisują akceptowany poziom jakości świadczenia i pełnią rolę indyktorów produktu lub usługi. Stanowią wskaźnik oczekiwanego działania.
- standardy to instrumenty sterowania. Umożliwiają porównanie wystrukturyzowane, np. świadczeń w podobnych przypadkach. Tworzą bazę dla weryfikacji relacji cel-środek, mając znaczenie dla ewaluacji i oceny jakości.

Można wyróżnić następujące rodzaje standardów<sup>90</sup>:

- Standardy „ustawowe” - oparte są na ustawach i aktach prawnych (rozporządzenia, przepisy administracyjne). Ich funkcją jest sprecyzowanie oraz zabezpieczenie

<sup>87</sup> K. Szczerbińska, Poprawa jakości usług medycznych. Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia, Szkoła zdrowia publicznego Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 142.

<sup>88</sup> Tamże.

<sup>89</sup> F. Hansen, Standardy w pracy socjalnej, Uniwersytet w Kassel, Berlin 2010, (13) 34.

<sup>90</sup> P. Erath, N. Eszlinger, F. Schwarzkopf, Standardy jakości w pracy socjalnej, Baden-Baden 2005, str. 165.



przestrzegania wymagań służących realizacji określonych usług społecznych. Odstąpienie od ich przestrzegania wymaga zezwolenia,

- standardy „eksperckie” - opierają się na badaniach naukowych, weryfikowane są pod kątem przydatności w ramach działań między instytucjami naukowymi a wykonawcami usług społecznych. Mają charakter zaleceń. Dotyczą grup wykonawców usług społecznych.

Standardy można zdefiniować także jako uzgodniony poziom wykonywania określonej praktyki lub jej elementów, którego celem jest opisywanie, poddawanie ocenom dla osiągnięcia wysokiego poziomu jakości opieki<sup>91</sup>.

Standard to postępowanie zgodne z określonymi zasadami, polecane przez różnych specjalistów, wytyczające zakres wymogów świadczonych usług zdrowotnych. Tak definiowany standard to ujednolicone postępowanie w stosunku do danej jednostki chorobowej. Jest realizowane na podobnych warunkach, wykonywane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz za pomocą jak najwyższej jakości techniki medycznej<sup>92</sup>.

Standardy jakości określają wymagania stawiane pracownikom/instytucjom opieki medycznej. Standardy i ich wytyczne stworzone są ze sfer medycyny wymagających usystematyzowania z powodów finansowych, prawnych, klinicznych czy organizacyjnych. Standaryzacja w opiece medycznej obejmuje świadczenia medyczne oraz warunki ich udzielania. Ich rola wzrasta wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i leczniczych, lepszym dostępem do informacji oraz zachodzącymi zmianami w organizacji świadczącej usługi medyczne. Obszar standardów obejmuje: prawa pacjenta, rejestrację, wyżywienie, zabiegi bezoperacyjne i operacyjne, rozmowy z rodziną, kontynuację opieki, itp.<sup>93</sup>.

Standardy mają charakter dynamiczny. Określają wizję doskonalonego zarządzania informacją. Spełniają wymagania takie jak<sup>94</sup>:

- precyzyjność- doskonalenie i opracowywanie danych,
- odpowiedzialność niezależna od czasu, subiektywizmu itp.,
- wrażliwość,
- przestrzeganie- przyjęcie określonego standardu postępowania,
- właściwość- standard jest potrzebny dla pacjentów i pracowników,
- wymierność- standard można mierzyć i porównywać stosując kontrolne.

<sup>91</sup> M. Murkowski, W. Nowacki, A. Koronkiewicz, Zastosowanie standardów..., op. cit., s. 26.

<sup>92</sup> Tamże.

<sup>93</sup> Tamże.

<sup>94</sup> R. Niecikowska, Standardy - spojrzenie i praktyka, „Pielęgniarstwo i My”, 1995, s. 19-20.



Standardy w opiece zdrowotnej można podzielić na pięć grup<sup>95</sup>:

- grupy porównawcze - standardy te pozwalają na porównywanie czasowe dla tego samego wskaźnika w ocenie funkcjonowania organizacji. Porównywanie wewnętrzne określają ten sam wskaźnik w populacji kilku pacjentów lub świadczeniodawców,
- grupy nakazowe - wyznaczają dolny próg, którego nie należy przekroczyć. Tworzone są teoretycznie lub losowo,
- standardy świadczeń medycznych - to opis warunków, gdzie wykonywane są świadczenia zdrowotne. Wyznacza je płatnik usługi zdrowotnej lub osoba/instytucja, która świadczenie to podpisuje, np. Narodowy Fundusz Zdrowia,
- standardy świadczeń medycznych - skierowane są do personelu medycznego i pacjentów. to algorytm postępowania leczniczego. Standaryzującym jest całe zaplecze medyczne oraz naukowe.
- standardy w pielęgniarstwie - są to oceny i kryteria stosowane w celu podniesienia jakości pielęgnowania pacjentów.

Standardy usług medycznych zostały opisane w tabeli 13. Należy zaznaczyć, że zawarte w niej wytyczne są uniwersalne. Znajdują zastosowanie w różnych usługach medycznych, np. w geriatrici, pediatrii, opiece okołoporodowej i wielu innych.

**Tabela 13. Źródła standardów usług medycznych**

Regulacje prawne (ustawy, rozporządzenia, przepisy)	Szpitala publiczne. Ośrodki zdrowia. Administracja.
	Zapewnienie jakości i zadowolenie konsumenta
Wytyczne Ministerstwa Zdrowia	Cele i założenia polityki w ochronie zdrowia
	Koszty pacjenta związane z leczeniem i rehabilitacją
<b>Badania ogólnokrajowe, audyty, raporty</b>	
Standardy o różnym źródle pochodzenia	Literatura o szpitalach
	Międzynarodowe, np. ISO

<sup>95</sup> K. Łanda, Wytyczne i standardy kliniczne- aktualna wiedza medyczna. Materiały konferencyjne: Jakość w opiece zdrowotnej, Centrum monitorowania jakości w Ochronie Zdrowia. Towarzystwo promocji zdrowia, Kraków 1999, s. 51-53.



<b>Badania naukowe</b>	
Oczekiwania społeczne	Potrzeby lokalowe, wyposażenie
	Wymagania pacjentów
	Opinie lekarskie
	Praktyka medyczna zgodna z aktualnymi wymaganiami

Źródło: Opracowanie własne na podstawie K. Burda, Standaryzacja w opiece zdrowotnej elementem troski o satysfakcję pacjenta, „Antidotum”, Kraków 2003, (3) s. 42-48.

Standardy usług medycznych wymagają współpracy z osobami ze środowiska medycznego. Jest to warunkiem funkcjonowania kontroli ekonomicznej i medycznej, pozwalające zapewnić przestrzeganie praw pacjenta. Działanie to obejmuje kwalifikacje personelu, algorytmy postępowania medycznego oraz wyposażenie placówek medycznych<sup>96</sup>.

Standardy nabywane przez płatnika usług medycznych opisane są za pomocą<sup>97</sup>:

- kwalifikacji personelu,
- standardów pomieszczeń i wyposażenie w sprzęt medyczny,
- czasu realizacji usługi,
- zakresu jednostek chorobowych objętych terapią oraz procedur medycznych.

Standardy produktów wykorzystywane są podczas<sup>98</sup>:

- kontraktowania świadczeń medycznych,
- dokonywania oceny oferty świadczeń medycznych,
- wyboru oferty,
- określania kosztów i ceny świadczenia medycznego,
- negocjacji umów z płatnikiem świadczeń zdrowotnych, np. z NFZ.

Standard postępowania medycznego definiuje się jako algorytm postępowania z pacjentem skierowanym dla lekarzy. Algorytm ten ustala formy opieki zdrowotnej, stosowane w danej jednostce chorobowej. Uwzględnia częstotliwość jej występowania, koszt terapii, ryzyko niepowodzenia leczenia. Ułatwia ocenę przydatności procedury pod względem medycznym i epidemiologicznym<sup>99</sup>.

<sup>96</sup> Dekalog racjonalnego systemu opieki zdrowotnej, Gabinet prywatny, Kraków 2003.(8) s. 8-9.

<sup>97</sup> A. Ostrowska, J. Stępień, Standardy medyczne w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, „Standardy Medyczne”, 1999, nr 2, s. 32.

<sup>98</sup> Tamże.

<sup>99</sup> M. Lisiecka-Biełanowicz, Zarządzanie jakością..., op. cit., s. 33.



Obok standardów medycznych istnieją także wytyczne postępowania medycznego. Opracowywane są przez różnych specjalistów, uwzględniają wartości etyczne i kulturowe, koszty, a ich realizacja dotyczy kraju, w którym je opracowano. Standardy obowiązują lokalnie, wytyczne dotyczą całego kraju. Standardy postępowania klinicznego obejmują takie wytyczne, jak: wiarygodność, korzyść, rzetelność, powtarzalność, język komunikacji z pacjentem, czas monitorowania leczenia. Standardy uaktualnia się co 3-5 lat<sup>100</sup>.

Standard postępowania leczniczego zawiera<sup>101</sup>:

- wiedzę i doświadczenie personelu medycznego,
- kolejność wykonywanych czynności,
- aparaturę medyczną,
- rodzaje procedur medycznych,
- zastosowane leki.

Standardy JCAHO obejmują<sup>102</sup>:

- opiekę medyczną nad pacjentem (diagnoza choroby, zastosowane leczenie, wyżywienie, pielęgnację, prawa pacjenta oraz etykę personelu),
- organizację i zarządzanie (np. kierowanie placówką medyczną, kierowanie personelem),
- działalność kadry kierowniczej.

Standardy JCAHO zakładają najwyższe do osiągnięcia wymagania. Zbiory standardów są aktualizowane raz w roku<sup>103</sup>.

Warto dodać, że istnieją osobne standardy dla pomocy doraźnej, radiologii, rehabilitacji, radioterapii, aptek, opieki pielęgniarskiej i lekarskiej.

Aktualne standardy udzielania świadczeń medycznych wynikają z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o działalności leczniczej, ustaw o zawodzie lekarza, pielęgniarki i położnej.

Odnoszą się do<sup>104</sup>:

- infrastruktury budowlanej - obejmują wymogi budowlane jakie placówka medyczna musi spełniać, np. powierzchnia lokalu, wysokości pomieszczeń, dostosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych, szerokość drzwi, klimatyzację, itp.

---

<sup>100</sup> Tamże.

<sup>101</sup> Tamże, s. 35.

<sup>102</sup> K. Szczerbińska, Jakość opieki zdrowotnej, [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, tom 2, Vesalius, Kraków 2001, s. 143.

<sup>103</sup> Tamże.

<sup>104</sup> D.R. Hajdukiewicz, Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej - różnice, wady i zalety obu rozwiązań, 8. Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 2003, s. 53-58.





- wyposażenia w sprzęt medyczny - obejmują wymagania ilościowe i jakościowe w sprzęt zgodnie z rodzajem świadczonych usług, oraz czy sprzęty te posiadają wymagane atesty i certyfikaty potwierdzające zgodność z normami bezpieczeństwa,
- personelu medycznego - dotyczy kwalifikacji i uprawnień personelu odpowiednich do świadczenia usług medycznych.

W celu poprawy jakości opieki zdrowotnej w 1994r. wprowadzono system wskaźników dotyczących opieki anestezyjologicznej, przedoperacyjnej, położniczej, opieki w przypadku urazów, opieki w chorobach układu sercowo-naczyniowego, opieki onkologicznej<sup>105</sup>.

Wskaźniki jakości można podzielić na:

- wskaźniki maksimum - określają poziom realizacji standardów,
- wskaźniki zdarzeń pożądaných,
- wskaźniki zdarzeń niepożądanych,
- wskaźniki stosunkowe - np. powikłania w przebiegu choroby,
- wskaźniki strażnicze - dotyczące zdarzeń mających poważne skutki, których trzeba unikać.

Wskaźniki i standardy postępowania leczniczego są narzędziami w działalności placówek medycznych, praktyk lekarskich i pielęgniarskich oraz pracy kadry administracyjnej<sup>106</sup>.

Wytyczną postępowania lekarskiego mającą charakter prawny jest art. 4 ustawy o zawodzie lekarza, który stwierdza, że<sup>107</sup>: „*lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej z należytą starannością*”.

Standardy medyczne obejmują<sup>108</sup>:

- rodzaje badań i częstości ich wykonywania,
- stosowane leki, metody nefarmakologiczne, zabiegi chirurgiczne,
- programy profilaktyczne i badania kontrolne.

Jakość usług medycznych oceniana jest przez wskaźniki i kryteria odnoszące się do standardów. Wskaźnikiem jest mierzalny element postępowania medycznego, kryterium

<sup>105</sup> K. Szczerbińska, Jakość opieki..., op. cit., s. 143.

<sup>106</sup> K. Łanda K., G. Nogas, M. Płazak, Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych, „Antidotum”, 2002, nr 11, s. 36-37.

<sup>107</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty <http://www.mz.gov.pl> (data odczytu 8.02.2016r.)

<sup>108</sup> Tamże.



to wskaźnik opieki medycznej, który można potwierdzić lub wykluczyć<sup>109</sup>. Określone wskaźniki i kryteria definiowane są w zależności od elementów struktury, procesu oraz wyniku. Służą stworzeniu standardów w wybranych jednostkach chorobowych. Przykład takiego działania zaprezentowany został w tabeli 14.

**Tabela 14. Wskaźniki i kryterium jakości struktury, procesu i wyniku – przykład dla cukrzycy**

	<b>Wskaźnik</b>	<b>Kryterium</b>	<b>Standard</b>
Struktura	Możliwość zidentyfikowania pacjenta z cukrzycą pozostającego pod opieką praktyki	Czy pacjent z cukrzycą jest wpisany do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej?	100% pacjentów z cukrzycą jest wpisanych do grupy dyspanseryjnej
Proces	Pomiar ciśnienia tętniczego u pacjenta z cukrzycą	Czy pacjent z cukrzycą miał mierzone ciśnienie co najmniej dwa razy w ciągu ostatniego roku?	90% pacjentów miało wykonywany pomiar co najmniej dwa razy w ostatnim roku
Wynik	Glikemia na czczo	Czy glikemia na czczo jest poniżej 7 mmol/l?	80% pacjentów z cukrzycą ma glikemię na czczo poniżej 7 mmol/l

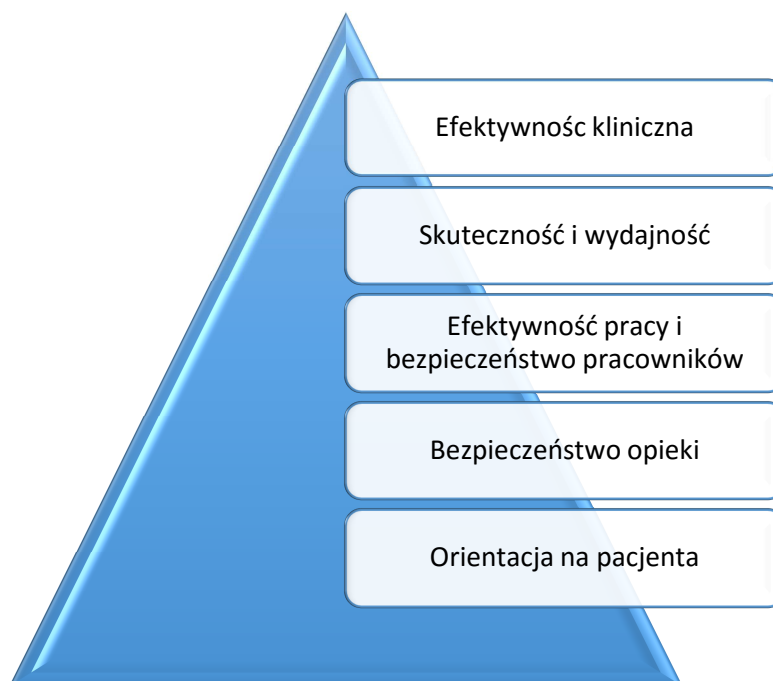
Źródło: Opracowanie własne na podstawie T. Tomasiak, Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej, „Zdrowie i Zarządzanie”, Kraków 2002, s. 42.

Przykładem oceny jakości usług zdrowotnych jest model PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), utworzony przez WHO (rys. 13). Natomiast rysunek 14 przedstawia tę ocenę okiem pacjenta (świadczeniobiorcy).

<sup>109</sup> T. Tomasiak, Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej, „Zdrowie i Zarządzanie”, Kraków 2002, s. 39.



**Rys. 13. Wymiary oceny jakości według założeń PATH**



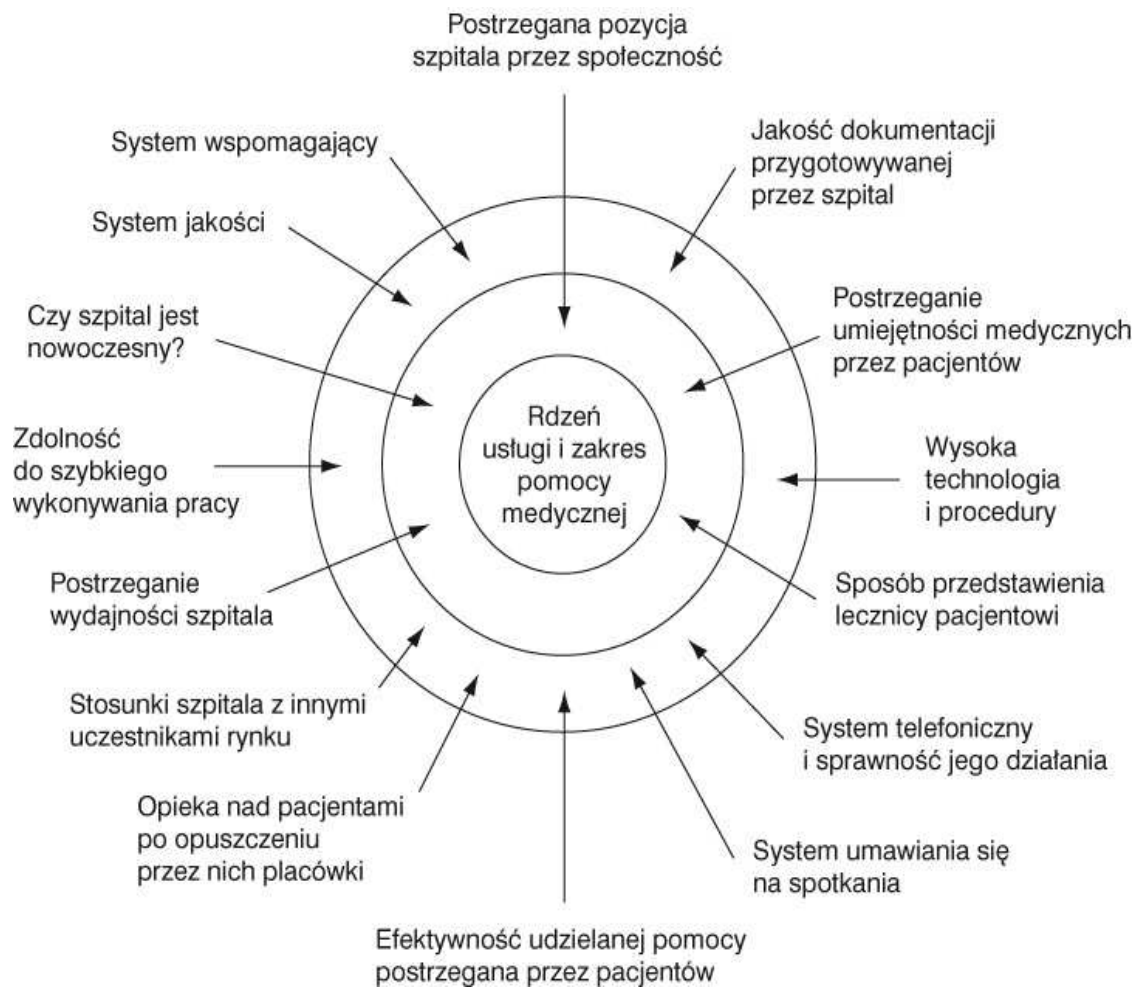
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <http://www.euro.who.int/en/home>: PATH, Performance assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, World Health Organization, (data odczytu 10.02.2016r.).

Do wskaźników modelu PATH zalicza się<sup>110</sup>:

1. Efektywność kliniczną i bezpieczeństwo: liczba cięć cesarskich w stosunku do naturalnego rozwiązania ciąży, antybiotykoterapia okołoperacyjna, śmiertelność, liczba rehospitalizacji pacjentów z: zawałem serca, udarem mózgu, zapaleniem płuc, pomostowaniem naczyń wieńcowych, astmą, cukrzycą, odsetek zabiegów w trybie jednodniowym, odsetek przyjęć po zabiegach w trybie jednodniowym, odsetek ponownych przyjęć do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Efektywność (skuteczność i wydajność): średni czas hospitalizacji, wykorzystanie bloku operacyjnego.
3. Kadry i bezpieczeństwo: koszty szkoleń, nieobecność w pracy, godziny nadliczbowe, nikotynizm wśród pracowników.
4. Potrzeby otoczenia: odsetek matek karmiących piersią, ciągłość opieki medycznej.
5. Orientację na pacjenta: potrzeby pacjentów.

<sup>110</sup> Wskaźniki PATH <http://www.euro.who.int/en/home> (data odczytu 10.02.2016r.).

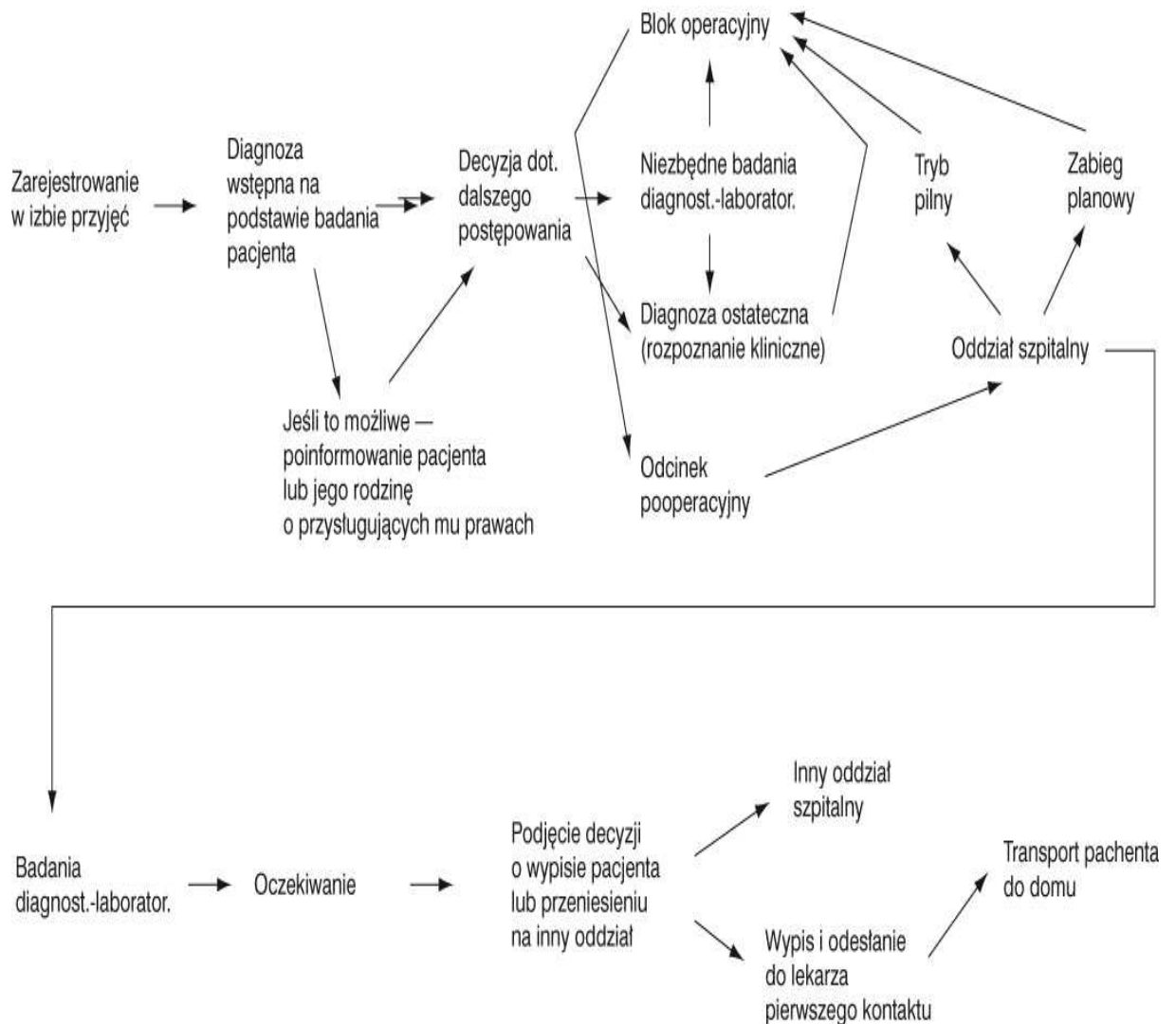
**Rys. 14. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych okiem pacjenta**



Źródło: M. Dobska, P. Dobski, Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych, Wolters Kluwers, Poznań 2012, s. 154.

Podjęte prace nad standardami i wskaźnikami postępowania medycznego skoncentrowano głównie na aspektach zdrowotnych chorób przewlekłych. Wyniki pracy wspomagają decyzje lekarzy dotyczące diagnostyki i leczenia określonych jednostek chorobowych, pozwalają określić zasady „dobrej praktyki lekarskiej”. Zebrany materiał to próba ustalenia zasad świadczeń medycznych w dostępnym systemie leczniczym. Na rysunku 15 przedstawiono przykład „łańcucha jakości”, czyli drogę jaką przebywa pacjent, chcący uzyskać usługę medyczną.

**Rys. 15. Elementy łańcucha jakości - przykład pacjenta „ostrego” z chirurgii ogólnej**



Źródło: Łańcuch jakości,  
[http://www.strony.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2\\_rozdzial\\_4.htm](http://www.strony.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2_rozdzial_4.htm), (data odczytu 10.02.2016r).

Podsumowując jakość świadczeń zdrowotnych jest postrzegana i oceniana z różnych punktów widzenia. Rozbieżności w ocenie wymagają opracowywania wspólnych standardów dla placówek medycznych. Najczęściej stosowanymi standardami i wskaźnikami, według których oceniana jest jakość świadczonych usług medycznych są algorytmy wypracowane przez JCAHO.



### 3.4 Systemy i mechanizmy zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej

#### 3.4.1 Systemy zarządzania jakością

Systemy zarządzania jakością stworzono w celu polepszania jakości usług medycznych. Określają one strukturę organizacyjną oraz działania w zakresie jakości (procesy, standardy, procedury). Systemy zarządzania jakością powinny spełniać wymagania pacjentów, kontrolować działalność organizacji, osiągać cele jakościowe. W rozwiniętej formie zarządzanie przez jakość obejmuje całość systemu zarządzania organizacją<sup>111</sup>.

System zarządzania jakością nakłada obowiązek określenia<sup>112</sup>:

- modelu zapewnienia jakości: ISO, akredytacja, TQM,
- celów i zadań zarządzania jakością,
- źródeł środków finansujących system oraz poniesione koszty poprawy jakości,
- zasad dbałości o stabilność systemu,

System zarządzania jakością definiuje się jako „*całość, wyodrębnioną organizacyjnie w systemie zarządzania organizacją, złożoną z systemu zarządzającego jakością oraz ujętego jakościowo systemu zarządzanego*”.<sup>113</sup>

Podstawę systemu zarządzania jakością stanowi osiem zasad<sup>114</sup>:

1. Orientacja na pacjenta – należy sprawnie rozpoznać, zrozumieć i zaspokoić potrzeby wymagania i oczekiwania pacjenta, ponieważ stanowi on kluczową część struktury organizacyjnej. Pacjent jest bazą informacji, dlatego placówki prowadzą badania dotyczące zadowolenia z procesu leczenia.
2. Przywództwo - kadra kierownicza wyznacza cele i kierunki działania, aby osiągnąć wyznaczone cele organizacji.
3. Zaangażowanie ludzi - poziom ich zaangażowania (pracowników) wpływa na jakość funkcjonowania organizacji.
4. Podejście procesowe - prowadzone działania w celu poprawy jakości są ze sobą powiązane, stanowią ciąg zdarzeń w celu zrealizowania usługi.
5. Systemowe podejście do zarządzania- efektem działań jest zwiększenie skuteczności oraz efektywności systemu zarządzania.
6. Ciągłe doskonalenie - główny cel organizacji. Wszystkie podejmowanie działania w placówce medycznej trzeba monitorować, usprawniać, by zapewnić ich doskonałość.

<sup>111</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość..., op. cit., s. 71.

<sup>112</sup> C. Włodarczyk, S. Poździejch, Systemy zdrowotne..., op. cit., s. 13.

<sup>113</sup> A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością..., op. cit., s. 103.

<sup>114</sup> M. Urbaniak, Jakość w marketingu, Sami Sobie, Poznań 1999, s. 57.



7. Podejmowanie decyzji na podstawie logicznej analizie danych oraz informacji.
8. Korzystne powiązania z dostawcami- podnoszą one wartość organizacji.

Posiadanie sprawnego systemu zarządzania zapewnia różnorakie korzyści<sup>115</sup>:

1. Korzyści wewnętrzne:

- orientacja na pacjenta,
- poprawa bezpieczeństwa,
- poprawa i wzrost znaczenia jakości usług medycznych,
- redukcja kosztów związanych z błędną realizacją usług,
- zwiększenie efektywności świadczeń medycznych,
- obniżenie kosztów związanych z funkcjonowaniem placówki,
- uporządkowanie procesów zarządzania,
- wyznaczenie zakresów zadań pracowników,
- współpraca między komórkami organizacyjnymi (poradnie, oddziały itp.),
- wzrost wiedzy pracowników na temat celów organizacji,
- częstsze utożsamianie się pracowników z polityką projakościową,
- inwestowanie w rozwój,
- zainteresowanie pracowników problematyką jakości świadczonych usług medycznych,
- podnoszenie kwalifikacji przez personel,
- wzrost zaufania personelu do placówki,

2. Korzyści rynkowe:

- zminimalizowanie możliwych pomyłek lekarskich,
- przestrzeganie procedur jakościowych,
- przewaga konkurencyjna na rynku, nad placówkami nie posiadającymi certyfikatów jakości,
- wzrost lojalności, zaufania i satysfakcji pacjentów do placówki,
- zwiększenie wiarygodności świadczeniodawcy,
- składanie ofert przetargowych na dostawy usług medycznych,
- możliwość wzrostu cen usług bez zmiany ich konkurencyjności,
- poprawa zysków,
- wzrost zaufania instytucji finansujących,

---

<sup>115</sup>K. Opolki, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość..., op. cit., s. 122-124.



- wzrost wizerunku zakładu opieki zdrowotnej,
- pozyskanie narzędzia marketingowego,
- wzrost dostępności do usług dla pacjentów.

Podsumowując, korzyści wynikające z posiadania sprawnie działającego systemu zarządzania jakością są trwałe, gdy system jest udoskonalany i dostosowywany do zmian rynkowych. Ważne jest także zaangażowanie pracowników organizacji.

### 3.4.2 Mechanizmy zapewnienia jakości świadczeń medycznych

Zapewnienie jakości to zespoły atrybutów i cech produktu, który sprowadza jakość na grunt zarządzania. Na rynku usług medycznych można wyznaczyć mechanizm TQM (opisany w rozdziale 2), akredytację oraz normę ISO.

#### AKREDYTACJA

Akredytacją nazywamy zewnętrzną ocenę placówki medycznej dokonywaną przez placówkę akredytacyjną w oparciu o stopień zgodności ze standardami akredytacyjnymi<sup>116</sup>.

Polska jako piąte państwo w Europie wprowadziła system akredytacji szpitali. Działania w zakresie akredytacji prowadzone są przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Akredytacji dokonuje się w celu „wydania niezależnej opinii na temat jakości funkcjonowania instytucji”<sup>117</sup>.

Rolą akredytacji w systemach opieki zdrowotnej jest wyszukiwanie zagadnień, które wpływają na poziom świadczeń medycznych i bezpieczeństwo pacjentów. Tworzy się mierzalne kryteria oceny placówki medycznej - standardy akredytacyjne, które mają charakter dynamiczny, podlegające okresowej modyfikacji<sup>118</sup>.

Założenia akredytacyjne polegają na osiągnięciu odpowiedniego poziomu tzw. optimum, które wyznaczają standardy akredytacyjne. Akredytacja pozwala na dokonanie samooceny przez porównanie się pojedynczej placówki ze wzorcami postępowania, jakimi są standardy akredytacyjne. Pozwala to na określenie słabych stron i znalezienie rozwiązań usprawniających procesy wewnątrz jednostki<sup>119</sup>.

---

<sup>116</sup> Program akredytacji szpitali, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.

<sup>117</sup> J. Kulikowski, B. Wójcik, Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2003, nr 6, s. 34.

<sup>118</sup> Tamże.

<sup>119</sup> Akredytacja, [http:// www.cmj.org.pl](http://www.cmj.org.pl) (data odczytu 11.02.2016r.)





Cele akredytacji to<sup>120</sup>:

- poprawa jakości świadczeń medycznych,
- poprawa jakości opieki nad pacjentem,
- umiejętne zaprezentowanie się świadczeniodawców,
- zaangażowanie pracowników w cele projakościowe,
- współdziałanie na rzecz jakości,
- kształcenie się wszystkich pracowników,
- wzrost zaufania do szpitala,
- obniżenie kosztów funkcjonowania szpitala,
- sprawny obieg dokumentacji medycznej,
- polepszenie komfortu pracy pracowników,
- wzrost wizerunku szpitala,
- ulepszenie aparatury medycznej,
- usprawnienie komunikacji w szpitalu.

Akredytację cechuje<sup>121</sup>:

- dobrowolne uczestnictwo,
- działanie w oparciu o standardy,
- postępowanie zgodne z procedurą.
- prowadzenie szkoleń, wydawanie biuletynów
- autonomiczność,
- jawność i równość zasad.

## SYSTEM ISO

ISO (International Organization for Standardization - Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna) międzynarodowa organizacja z siedzibą w Genewie. Powstała w 1947 roku, skupiając organizacje normalizacyjne krajów, zajmująca się opracowywaniem norm (ISO), standaryzowaniem norm narodowych, rozwijaniem współpracy naukowej, technologicznej oraz ekonomicznej, opisująca kilka modeli systemów zarządzania jakością, precyzująca warunki, jakie powinny spełniać opisane modele oraz wskazująca wytyczne dotyczące systemów zarządzania jakością<sup>122</sup>.

---

<sup>120</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość...op. cit., s. 76.

<sup>121</sup> Tamże.

<sup>122</sup> D. W. Marquardt, ISO 9000: A Universal standard of Quality, „Management Review”, 1992, 81, 1, p. 50-52.



Normy ISO stanowią narzędzie wpływające na kształtowanie się jakości usługi. Wymagania norm ISO charakteryzują system zarządzania jakością, zapewniający usługę zgodną ze specyfikacją. Podstawę obecnej normy ISO stanowią normy obowiązujące w poszczególnych krajach<sup>123</sup>.

Norma ISO jest narzędziem służącym doskonaleniu obszaru lub części organizacji w systemie zarządzania<sup>124</sup>. Stanowi element strategicznego podejścia do idei doskonalenia jakości. Jest podstawą dla zakładu opieki zdrowotnej przy tworzeniu polityki jakości. Normy serii ISO są doskonalone i uzupełniane, tak aby odpowiadały obecnemu poziomowi techniki oraz wiedzy o zarządzaniu<sup>125</sup>.

W 2000r. norma ISO 9001:1994 została zaktualizowana i zastąpiona normą ISO 9001:2000, jej uzupełnieniem były: norma ISO 9000:2000 (System Zarządzania Jakością. Podstawy i terminologia), norma ISO 9004:2000 (Doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością). Aktualnie obowiązuje norma PN-EN ISO 9001: 2009, zatwierdzona przez Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego<sup>126</sup>.

Normy ISO są kluczowym czynnikiem, który decyduje o sprawnym funkcjonowaniu placówki i unikalności oferowanych usług. Jakość pracy i usług w placówkach medycznych są obecnie wartością podstawową. Stosowanie przez daną placówkę norm ISO stanowi główny dokument jej wiarygodności. Uzyskane certyfikaty świadczą o pozycji placówki na rynku, informują o jakości usług. Ponadto normy ISO regulują działanie szpitala, zapewniają oczekiwaną jakość usług medycznych, udoskonalają zasady oceniania systemu zarządzania jakością<sup>127</sup>.

Korzyści wynikające z ISO to także poprawa komunikacji wewnątrz szpitala. Dotyczy świadczeniobiorców oraz personelu medycznego. Współdziałanie i praca zespołowa zastępują rywalizację. Systemy zapewnienia jakości wpływają na wzrost odpowiedzialności oraz zaangażowania pracowników w działanie szpitala. Norma ISO 9001 nakłada obowiązek dokumentowania systemu jakości i dokonywania jego oceny<sup>128</sup>.

---

<sup>123</sup> Tamże.

<sup>124</sup> J. Łańcucki, D. Kowalska, J. Łuczak, Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie, OPOV, Bydgoszcz, 1994, s. 32-34.

<sup>125</sup> Tamże.

<sup>126</sup> PN-EN ISO 9001:2009.

<sup>127</sup> Tamże.

<sup>128</sup> Tamże.



Zastosowanie norm ISO pozwala na<sup>129</sup>:

- wyeliminowanie niepotrzebnego przemieszczania się,
- zlikwidowanie zbędnych przerw w pracy,
- zmniejszenie liczby wykonywanych czynności,
- wzrost jakości prowadzonej dokumentacji medycznej,
- lepszą logistykę itp..

Modele systemu określone w normach ISO 9001 cechuje<sup>130</sup>:

- kompleksowość: posiadanie elementów potrzebnych do utworzenia sprawnego oraz efektywnego systemu zarządzania jakością,
- elastyczność: dobór prawidłowych metod i narzędzi zarządzania jakością,
- obiektywizm,
- uniwersalność,
- wspieranie przez organizacje posiadające certyfikat ISO.

Aby system zarządzania jakością sprawnie funkcjonował ważne jest ustalenie celów, które będą znaczące w działaniu organizacji. Ustalenie celów jest wymogiem normy ISO 9001. Podczas ustalania celów należy pamiętać, by były mierzalne i spójne z polityką jakości firmy<sup>131</sup>. Najłatwiejszym sposobem ustalania celów jest zastosowanie zasady SMART, którą prezentuje rysunek 16.

---

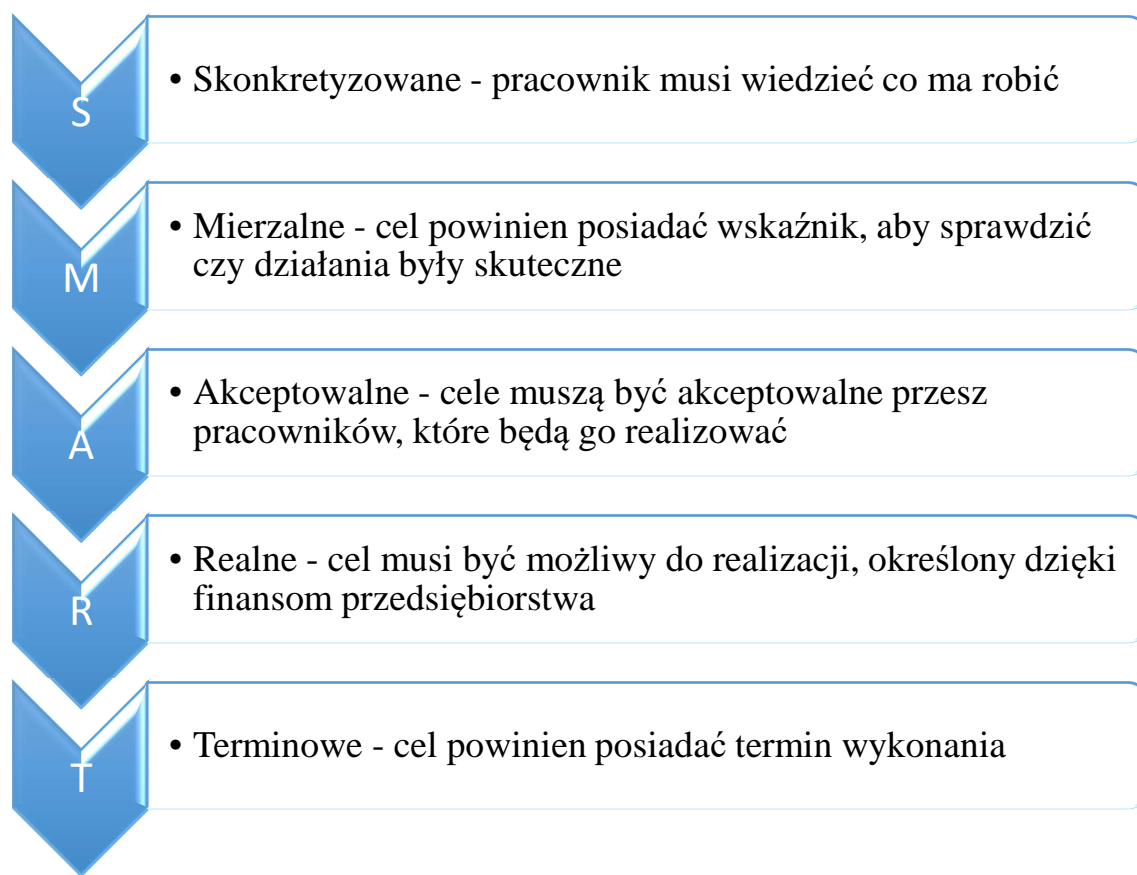
<sup>129</sup> Tamże.

<sup>130</sup> Tamże.

<sup>131</sup> Ustalenie celów, <http://www.certios.pl/start/aktualnosci/197-cele-jakosci-zgodnie-z-iso-9001-2015> (data odczytu 11.02.2016r).



**Rys. 16. Zasada SMART zastosowana w Normach ISO**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://www.certios.pl/start/aktualnosci/197-cele-jakosci-zgodnie-z-iso-9001-2015> (data odczytu 11.02.2016r.)

### 3.5 Metody doskonalenia jakości

Doskonalenie systemu zarządzania jakością wymaga wykorzystania dostępnych na rynku metod. W niniejszym podrozdziale autorka skupiła się na metodach: benchmarking, kaizen, reengineering, lean management. Metody te można stosować oddzielnie lub jako element szerszych działań.

#### 3.5.1 Benchmarking- porównywanie

Benchmarking to metoda zarządzania, której definicję Amerykańskie Centrum Produktywności i Jakości (APQC- *American Productivity and Quality Centre*). Według APQC benchmarking to proces porównywania się organizacji z praktyką funkcjonowania oraz wynikami innej organizacji w skali światowej, a następnie przyswajanie cech tej organizacji do procesów realizowanych we własnej organizacji<sup>132</sup>.

<sup>132</sup> A. Szafrńska, A. Szyran-Resiak, Benchmarking, [w:] Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce, pod red. M. Hopej, Z. Kral Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2011, s. 10-12.

Metoda benchmarkingu jest metodą stosowaną w procesie doskonalenia jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Służy określaniu obszarów działania zakładu opieki zdrowotnej, które należy usprawnić. Benchmarking to wdrażanie zmian ukierunkowane na aktywność organizacji, nastawioną na wzrost i rozwój placówki. Podnosi to jej konkurencyjność wśród innych placówek<sup>133</sup>.

Główne założenia tej metody to<sup>134</sup>:

- porównywanie się z najlepszymi,
- uczenie się od innych,
- ciągła ocena produktów i usług na tle osiągnięć konkurentów,
- systematyczność,
- stosowanie wielu metod i technik,
- dążenie do osiągnięcia poziomu czołówki,
- uniwersalność,
- charakter zespołowy,
- patrzenie w przyszłość,
- orientacja na jakość,
- posiadanie zdolności do zmian i rozwoju.

W zależności od celów, jakie postawili zarządzający przed benchmarkingiem, można zastosować jedną albo kilka metod benchmarkingu<sup>135</sup>:

1. Benchmarking wewnętrzny - metoda ta służy analizie i porównywaniu działalności jednostek organizacyjnych w zakresie jednej organizacji. W szpitalu porównania te dotyczą wskaźników danego oddziału, np.: liczba lekarzy oraz pielęgniarek przypisana do jednego pacjenta, liczba osobodni, procent wykorzystania łóżek w ciągu roku, itp.
2. Benchmarking zewnętrzny - porównywanie się z konkurentami. W placówkach zdrowotnych można porównywać szpitale o podobnym profilu, wielkości itp. Analizie poddaje się np. zasady funkcjonowania laboratorium lub działów technicznych, systemów wynagrodzeń itp.
3. Benchmarking funkcjonalny - analizowanie i porównywanie własnych rozwiązań z rozwiązaniami przedsiębiorstw spoza branży. W wypadku działalności szpitala dotyczy

---

<sup>133</sup> T. Bendell, L. Boulter, Benchmarking. Jak uzyskać przewagę nad konkurencją?, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000, s. 85.

<sup>134</sup> A. Szafrąńska, A. Szyran-Resiak, Benchmarking, [w:] Współczesne metody..., op. cit., s. 10.

<sup>135</sup> G. Kanownik, Koncepcje zarządzania..., op. cit., s. 146-147.



np. funkcjonowania działu żywienia, laboratorium, zasad zapewniania bezpieczeństwa, utrzymania czystości, itp.

4. Benchmarking strategiczny - porównanie wizji, misji lub strategii innych szpitali w celu poznania głównych czynników ich powodzenia. Zestawienie misji szpitala pozwala na analizę ogólnych założeń funkcjonowania szpitala, za pomocą których szpital zamierza zrealizować swoje cele.
5. Benchmarking procesów - analiza efektywności działalności jednostki. W wypadku szpitali dotyczy kosztów ponoszonych na zastosowane leczenie na jednego pacjenta czy danej jednostki chorobowej, itp.
6. Benchmarking metod zarządzania - porównywaniu procesów w poszczególnych dziedzinach na obszarach, które nie są konkurencyjne.

Wybór rodzaju benchmarkingu w placówkach zdrowotnych zależy od procesów, które są ważne dla placówki medycznej oraz od jej wskaźników. Benchmarking musi być prowadzony systematycznie- po ostatnim etapie musi nastąpić powrót do pierwszego etapu. Taki sposób zapewnia organizacji ciągły proces poprawy jakości<sup>136</sup>.

Podsumowując, benchmarking w ochronie zdrowia to narzędzie służące poprawie jakości świadczonych usług medycznych oraz podnoszeniu poziomu konkurencyjności. Metoda ta zapewnia pacjentom możliwość kształtowania rynku usług medycznych np., poprzez wybór szpitala, w którym chcą być leczeni. Decyzje podejmowane przez pacjentów wpływają na interakcje między świadczeniodawcami oraz na decyzje podejmowane przez płatnika.

### 3.5.2 Kaizen- doskonalenie

Kaizen jest metodą, która również znalazła zastosowanie w placówkach medycznych. Można ją zdefiniować jako metodę<sup>137</sup>:

- ciągłej poprawy procesów oraz wyrobów w przedsiębiorstwie,
- stałego wykorzystywania możliwości usprawnień,
- filozofię zarządzania wykształcającą potrzebę zmian.

Metodę kaizen zastosowano po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych w 2003r. Podstawą tej metody jest przekonanie, że każdemu przedsiębiorstwu grozi upadek, jeśli nie

---

<sup>136</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość...,op. cit., s. 127-128.

<sup>137</sup> T. Oleksyn, Sztuka kierowania, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego w Warszawie, Warszawa 2001, wyd. III, s. 178.



będzie doskonałe. Według filozofii kaizen, się, że sposób życia powinien być ciągle doskonały. Początkowo kaizen kojarzono jedynie z organizacjami produkcyjnymi<sup>138</sup>.

Kaizen to praktyka ciągłego doskonalenia, czyli<sup>139</sup>:

- nieustanne zaangażowanie oraz chęć ciągłego podnoszenia poziomu jakości organizacji, produktu, usługi,
- dążenie wszystkich pracowników, zarówno szczebla decyzyjnego jak i wykonawczego, do ciągłego doskonalenia wszystkich sfer działalności organizacji.

Do atrybutów kaizen należą<sup>140</sup>:

- praca na istniejących technologiach,
- orientacja na klienta,
- przywiązywanie wagi do szczegółów każdego procesu,
- praca w zespole,
- silne sprzężenia zwrotne,
- długookresowe skutki.

Kaizen spełnia dwie funkcje: usprawnia i utrzymuje. Funkcja usprawniania standardów przynależna jest do kierownictwa, funkcja utrzymania standardów do pracowników. Dla Kaizen liczy się każdy pomysł, propozycja, idea<sup>141</sup>.

W Polsce koncepcję kaizen zastosowano po raz pierwszy w procesie przygotowania, wdrażania i stosowania karty kontrolnej okołoperacyjnej w Wojewódzkim Szpitalu we Wrocławiu. Karta kontrolna jest narzędziem służącym zapobieganiu występowania zdarzeń niepożądanych, komplikacji, powikłań np.: przeprowadzenie operacji u innego pacjenta niż planowano, błędne przeprowadzenie operacji (amputacja zdrowej kończyny), nieprawidłowe dobrane leki pooperacyjne i wiele innych. Można zatem wywnioskować, że bezpieczeństwo pacjenta jest kluczowym elementem każdej usługi medycznej o wysokiej jakości, a wpływ na bezpieczeństwo ma odnotowana liczba zdarzeń niepożądanych. Opisany powyżej przykład wskazuje, że metoda kaizen może być stosowana również w innych sferach działalności szpitala, ograniczając liczbę problemów i powikłań<sup>142</sup>.

---

<sup>138</sup> M. Imai, Kaizen, klucz do konkurencyjnego sukcesu Japonii, Kaizen Institute Polska, MT Biznes, Warszawa 2007, s. 35.

<sup>139</sup> I. Nowicka, Kryzys szansą na podniesienie efektywności organizacji. Czy kaizen pomaga osiągnąć ten cel?, Kaizen Institute Polska, <http://pl.kaizen.com/> (data odczytu 14.02.2016r.).

<sup>140</sup> L. Olszewski, Kaizen Management System - sposób na bezinwestycyjny rozwój - mit czy rzeczywistość?, „Zarządzanie Jakością”, 2007, nr 3, s. 55.

<sup>141</sup> Tamże.

<sup>142</sup> W. Witkiewicz, V. Cymbała, M. Fiałkowska, Możliwość wykorzystania prostych narzędzi poprawy jakości opartych na filozofii kaizen przy wdrożeniu Okołoperacyjnej Karty Kontrolnej, [http://szpital-tomaszow.pl/aktualnosci/konferencja/2012-05-29-s4-3-k16\\_07\\_cymbala-txt.pdf](http://szpital-tomaszow.pl/aktualnosci/konferencja/2012-05-29-s4-3-k16_07_cymbala-txt.pdf) (data odczytu 14.02.2016r.)



### 3.5.3 Reengineering- reinżynieria

Metoda Reengineering widziana z perspektywy placówki medycznej zakłada, że każdy proces ma być realizowany szybko w celu wyraźnej poprawy jakości w krótkim czasie. *Reengineering* tworzy od nowa. Jest przedsięwzięciem trudnym, kosztownym, wymagającym oraz ryzykownym<sup>143</sup>. Zastosowanie tej metody zarządzania czyli „zbudowania” od podstaw organizacji szpitala, może być sposobem na jego likwidację, zwłaszcza w odniesieniu do publicznych placówek medycznych. Szpitale stosujące typowe metody usprawniania, o charakterze zmian stopniowych, są niewystarczające, by mógł on utrzymać się na rynku lub powrócić do stanu równowagi. Niekiedy tylko radykalne zmiany są szansą na ich przetrwanie na rynku. Aby osiągnąć sukces należy skoncentrować się na procesach, planach oraz uwzględnić czynnik ludzki. Reengineering musi być odpowiednio przeprowadzany oraz zharmonizowany z możliwościami szpitala<sup>144</sup>.

Istnieje podobieństwo reengineeringu w stosunku do zarządzania jakością. Zalicza się do niego .m.in.: koncentrację działań na pacjentach, ciągłe doskonalenie, zwracanie uwagi na zadowolenie pacjentów, ustawiczne doskonalenie organizacji, likwidację zdarzeń niepożądanych itp. Pożądane efekty daje proces doskonalenia, gdzie organizacja stosuje elementy zarządzania jakością wspólnie z reengineeringiem<sup>145</sup>.

Celem reengineeringu jest rozpoczęcie działań od nowa, aby osiągnąć pożądane efekty w jak najkrótszym czasie. Metoda ta dokonuje zmian przez zastąpienie starych procesów nowymi. Reengineering można zastosować do pojedynczego procesu oraz całej organizacji. Jego etapy dzieli się na<sup>146</sup>:

- sformułowanie wizji organizacji,
- określenie celów procesu,
- określenie możliwości technologicznych oraz informatycznych,
- identyfikacja procesu, który zostanie poddany metodzie reengineeringu,
- analiza oraz pomiar procesów współistniejących,
- dobór zespołu,
- projekt wstępny nowego procesu.

---

<sup>143</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarządzanie przez jakość..., op. cit. s. 133.

<sup>144</sup> Tamże.

<sup>145</sup> Tamże, s. 135.

<sup>146</sup> A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróż, M. Czerwonka, Radykalne zmiany w firmie, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998, s. 29.





Po spełnieniu powyższych warunków można poprawić wyniki, wyrażone zmniejszeniem kosztów, zwiększeniem produktywności, zmniejszeniem stanu zapasów, skróceniem czasu wdrażania nowych usług, skróceniem czasu realizacji usługi. Reengineering można zastosować także kiedy obecnie funkcjonujące procesy są źle zaprojektowane, a wprowadzone zmiany nie przynoszą poprawy. Szacuje się, że około 70% działań reengineeringu kończy się niepowodzeniem<sup>147</sup>.

### 3.5.4 Lean management- szczupłe zarządzanie

Od dłuższego czasu obserwuje się zainteresowanie zastosowaniem różnych koncepcji zarządzania w służbie zdrowia. W szpitalach w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych od kilku lat wdrażane są zasady lean management. Metodę tą można zdefiniować jako zintegrowany system rozwoju pracowników, narzędzi, metod zarządzania oraz filozofii, opartej na podejściu procesowym oraz eliminacji marnotrawstwa<sup>148</sup>.

Metoda ta opiera się na<sup>149</sup>:

- wartości dodanej dla klienta,
- redukcji marnotrawstwa,
- rozwiązywaniu problemów,
- zaangażowaniu wszystkich w dokonywanie zmian.

Wprowadzenie tej koncepcji zarządzania w placówkach medycznych powoduje<sup>150</sup>:

- poprawę przepływu pacjentów w szpitalu,
- zminimalizowaniu czasu oczekiwania chorego na usługę medyczną,
- zmniejszeniu czasu jej trwania,
- zwiększenie dostępności łóżek szpitalnych,
- zmniejszenie zużycia materiałów medycznych,
- minimalizację liczby błędów medycznych,
- minimalizację wskaźników zakażeń szpitalnych,
- obniżenie śmiertelności pacjentów.

---

<sup>147</sup> Tamże.

<sup>148</sup> G. Lewicka, Lean Management nowa alternatywa w ochronie zdrowia?: [http://pinmed.pl/kongres/wp-content/uploads/Kongres\\_Medmetriq\\_05\\_-\\_Lean\\_management\\_w\\_szpitalu.pdf](http://pinmed.pl/kongres/wp-content/uploads/Kongres_Medmetriq_05_-_Lean_management_w_szpitalu.pdf), (data odczytu 15.02.2016r.)

<sup>149</sup> Tamże.

<sup>150</sup> LEI Polska: Lean Enterprise Institute Polska: <http://lean.org.pl/lean-w-obszarach-pozaprodukcyjnych/> (data odczytu (15.02.2016r.)



Powyższe efekty stosowania lean management w szpitalach prowadzi do obniżenia kosztów leczenia pacjentów oraz obniżenia kosztu funkcjonowania placówek medycznych. Spojrzenie całościowe na leczenie pacjenta wymaga współpracy danych jednostek organizacyjnych szpitali w układzie horyzontalnym tj. oddziałów, poradni w celu eliminacji barier. Związane jest to ze zmianami kryteriów pomiaru efektywności działania szpitala, sposobu ich rozliczania oraz zmiany podejścia personelu do współpracy. Lean management stosowany w ochronie zdrowia ukazuje, że najwyższa jakość nie musi być kosztowna, ponieważ placówka medyczna, która sprawnie funkcjonuje nie wymaga wysokich nakładów finansowych, lecz skuteczniejszego systemu zarządzania<sup>151</sup>.

Charakterystycznymi dla tej koncepcji są pojęcia: MUDA, MURI oraz MURA. MUDA to marnotrawstwo, strata, czyli obszar działalności angażujący zasoby, nie generujący wartości dla klienta zewnętrznego (pacjenta) i wewnętrznego. Lean management skupia się na eliminacji MUDA oraz ograniczeniu MURI (nadmiaru pracy) oraz MURA (nierównomiernego obciążenia pracą), angażując pracowników w celu poprawy działania organizacji oraz techniki realizacji pracy<sup>152</sup>.

Wdrożenie koncepcji lean management powoduje<sup>153 154</sup>:

- wzrost produktywności,
- wzrost jakości produktów,
- zmniejszenie czasu realizacji produktu,
- zmniejszenie czasu opracowywania nowego produktu,
- zwiększenie komfortu pracy,
- optymalizację wykorzystania zasobów,
- ograniczenie ponoszenia zbędnych kosztów,
- skrócenie czasu leczenia pacjenta,
- zwiększenie bezpieczeństwa leczenia,
- zmniejszenie liczby infekcji szpitalnych,
- zwiększenie dostępności łóżek szpitalnych,
- ograniczenie liczby błędów lekarskich,
- standaryzację pracy i zwiększenie jej wydajności,

<sup>151</sup> D. Jones, A. Mitchell, Lean thinking for the NHS. Report commissioned by the NHS Confederation, 2006, (9) 24.

<sup>152</sup> A. Szewiczek, Lean management jako innowacja zarządcza w szpitalu, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 786 Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia nr 64/1, Szczecin 2013, s.633.

<sup>153</sup> A. Łazicki, Systemy zarządzania przedsiębiorstwem. Techniki lean management i kazein, Wiedza i Praktyka, Warszawa 2011, s. 22.

<sup>154</sup> A. Szewiczek, Lean management..., op.cit., s. 638.



- wzrost jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Na podstawie powyższych informacji można wywnioskować, że koncepcja lean management to naprawa służby zdrowia od środka, poprzez natychmiastowe rozwiązywanie problemów przez wszystkich pracowników organizacji oraz upowszechnienie znalezionych rozwiązań w całej organizacji. Koncepcję lean można wdrażać stopniowo w sposób zrównoważony i stabilny. Konieczne jest ciągle nadzorowanie systemu, poszukiwanie marnotrawstwa i optymalnych rozwiązań. Koncepcja ta może być wdrażana w szpitalach o różnej pozycji na rynku.

Podsumowując, w niniejszym podrozdziale przybliżono kilka koncepcji zarządzania jakością, stosowanych w placówkach medycznych, dążących do oferowania pacjentom usług o jak najwyższej jakości. O tym, jaka koncepcja oraz w jakim zakresie działalności będzie wykorzystywana, decyduje zarządzający danym podmiotem leczniczym.



## Rozdział 4. Zarządzanie jakością w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju

### 4.1 Charakterystyka SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju

SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju powstał w październiku 1955r. W obecnej formie prawnej, tj. jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej funkcjonuje od 31.08.1998r. Rozbudowa i modernizacja placówki zakończona w 2011r. oraz wdrożenie projektu „E-Szpital w Krynicy-Zdroju” przyczyniły się do poprawy standardu i jakości leczenia, czyniąc szpital nowoczesnym centrum medycznym<sup>155</sup>.

Świadczeń medycznych zakład udziela na sześciu oddziałach szpitalnych<sup>156</sup>:

- Oddział Chorób Wewnętrznych – 48 łóżek,
- Oddział Chirurgii Ogólnej – 30 łóżek,
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - 25 łóżek,
- Oddział Ginekologii i -Położnictwa – 30 łóżek
- Oddział Pediatrii i Noworodków – 18 i 15 łóżek,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 4 łóżka,

oraz w poradniach:

- Poradnia Zaburzeń i Wad Rozwojowych Dzieci,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Rehabilitacyjna,
- Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
- Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Poradnia Endokrynologiczna.

Do struktury SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju należy Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień z siedzibą w Nowym Sączu przy ul. Waryńskiego oraz Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna. Liczba leczonych osób w 2015r. wyniosła łącznie 9316 osób. Izba Przyjęć udzieliła łącznie 13.537 porad. Nocna i Świąteczna opieka lekarska zapewniła opiekę dla 7.856 osób. Ilość przeprowadzonych zabiegów operacyjnych w 2015r. wyniosła 2.612.

---

<sup>155</sup> Opracowanie własne.

<sup>156</sup> Opracowanie własne.



**Tabela 15. Wskaźniki wykorzystania łóżek w 2010 i 2014r.**

ODDZIAŁY	liczba łóżek	leczone osoby	średni czas pobytu [dni]	obłożenie łóżek [%]	liczba łóżek	leczone osoby	średni czas pobytu [dni]	obłożenie łóżek [%]
	2010				2014			
Chirurgii Ogólnej	30	2.714	3,3	82	30	2.002	4,5	82,3
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	31	3.028	2,4	64	25	1.521	3,8	63,4
Chorób Wewnętrznych	55	2.297	5,3	63,5	48	1.996	5,7	64,6
Pediiatrii	18	1240	2,9	55,5	18	1.344	2,6	54,3
Noworodków	15	708	3	41	15	793	3	43,5
Ginekologiczno-Położniczy	30	2.226	2,5	51,5	30	2.066	3,2	60,6
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4	74	8,8	49,5	4	99	8,2	55,7
<b>Ogółem</b>	<b>183</b>	<b>12.287</b>	<b>3,3</b>	<b>61,6</b>	<b>170</b>	<b>9.821</b>	<b>4</b>	<b>63,7</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów otrzymanych z Działu Statystyki i Procedur Medycznych SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju.

Z analizy tabeli 15 wynika, że zmniejszyła się liczba hospitalizacji osób w roku 2014 w stosunku do roku 2010, spowodowana wzrostem przyjęć w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej. NFZ rozszerzył zakres świadczeń udzielanych w Poradniach Specjalistycznych, odciążając oddziały szpitalne. W poradni Chirurgii Ogólnej, Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczej, Gastroenterologicznej od 2014 roku wykonuje się więcej mniejszych zabiegów, które w poprzednich latach były realizowane na oddziałach szpitalnych. Nastąpiło także zmniejszenie liczby łóżek (o 13). Wynika to z faktu dostosowania pomieszczeń komórek organizacyjnych Szpitala do obowiązujących w tym zakresie przepisów.



Kadra Kierownicza SPZOZ Szpitala im. dr Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju składa się z 32 osób. Należą do niej<sup>157</sup>:

- Dyrektor,
- z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej,
- Główny Księgowy,
- p.o. Kierownika Działu Księgowości,
- Ordynatorzy – 3,
- z-cy Ordynatorów – 2,
- Kierownicy Oddziałów – 2,
- Kierownik Bloku Operacyjnego,
- Kierownik Pracowni Endoskopii,
- Kierownik Apteki,
- Kierownik Centralnego Laboratorium Analitycznego,
- Koordynator Pracowni Bakteriologii,
- Kierownik Działu Rehabilitacji,
- Kierownik Działu Żywienia,
- Kierownik Działu Gospodarczo – Technicznego,
- Kierownik Statystyki i Procedur Medycznych,
- Pielęgniarki Oddziałowe – 7, w tym jedna pełni dodatkowo funkcję Pielęgniarki Przełożonej,
- Położna Oddziałowa,
- Koordynator Poradni Specjalistycznej,
- Kierownik Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Nowym Sączu,
- p.o. Kierownika Poradni dla Młodzieży w Nowym Sączu
- Kierownik Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Krynicy-Zdroju.

Podsumowując: kierownictwo wyższego szczebla liczy 4 osoby, kierownictwa średniego szczebla – 25 osób, kierownictwo niższego szczebla – 3 osoby. Lekarzy zatrudnionych na kontrakcie to 43, pielęgniarki i położne to 10 osób, inni pracownicy medyczni- 9 osób. Grupa pozostałych pracowników posiadających umowy o prace to 303 osoby, etatowo 297.

---

<sup>157</sup> Opracowanie własne.



Finanse szpitala

**Tabela 16. Wyniki finansowe z lat 2010 – 2014 SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju**

<b>Sytuacja finansowa</b>	<b>31.12.2010</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>31.12.2012</b>	<b>31.12.2013</b>	<b>31.12.2014</b>
aktywa trwałe	12626197,2	22147604,33	22830331,65	22559617,47	21634592,8
aktywa obrotowe	3548698,04	3111380,94	3511661,05	3222201,24	3673882,73
zapasy	523200,43	627802,81	651941,97	645286,79	696021,78
należności	2054677,83	2139634,59	2261192,07	1476189,91	1914319,79
środki pieniężne	506400,58	13717,49	17420,11	427556,56	151222,04
rozliczenia międzyokresowe	464419,2	330226,05	581106,9	673167,98	912319,12
wskaźnik płynności I st.	0,9	0,9	0,9	0,8	0,5
przychody	28327225,59	25721926,1	27317354,79	28345913	30270824,55
koszty	27544542,85	26010297,43	27291476,41	29249441,48	31798388,81
<b>wynik finansowy</b>	<b>781633,74</b>	<b>-289467,33</b>	<b>25385,38</b>	<b>-903789,48</b>	<b>-1527564,26</b>
wskaźnik rentowności przychodów	2,76%	-1,12%	0,09%	-3,19%	-5,05%
zobowiązania długoterminowe	4109607,83	6919131,58	7005807,18	6327714,22	5025758,34
zobowiązania krótkoterminowe	4054203,68	3573000,33	3842606,72	3868679,44	7301618,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów otrzymanych z Działu Statystyki i Procedur Medycznych SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju.

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 16 można stwierdzić, że w roku 2011 nastąpił wzrost aktywów trwałych z kwoty 12.626.197,20 zł w 2010 roku do kwoty 22.147.604,33 zł w 2011 roku. Wzrost ten był skutkiem prowadzenia inwestycji współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach MRPO na lata 2007-2013. Wskaźnik płynności finansowej wykazuje tendencję spadkową. W 2014 r. wskaźnik ten wynosi 0,5. W latach 2013 i 2014 wyniki finansowe szpitala pogorszyły się. Wskaźnik rentowności w latach 2011 i 2013-2014 wykazuje wartości ujemne.



**Rys. 17. SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju**



Źródło: zdjęcie obiektu szpitala <http://www.nfz-rakow.pl/index.php?site=view&item=art&id=482> (data odczytu 11.02.2015.)

## 4.2 Polityka Jakości

Głównym celem SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju jest spełnianie wymagań pacjentów poprzez osiągnięcie i utrzymywanie wysokiego poziomu realizacji usług medycznych w ramach leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, rehabilitacji leczniczej, promocji zdrowia, a także opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>158</sup>.

Zgodnie z deklaracją placówka zapewnia ona wysoką jakość udzielanych świadczeń, której fundamentem jest wykorzystanie wiedzy medycznej popartej wykształceniem i doświadczeniem personelu medycznego<sup>159</sup>.

<sup>158</sup> Księga Jakości Szpitala im. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju. System Zarządzania Jakością PN – EN ISO 9001:2009. Data wydania egzemplarza 12.01.2015.

<sup>159</sup> Tamże.



Cel ten realizowany jest przez<sup>160</sup>:

- doskonalenie usług oraz skuteczności Systemu Zarządzania Jakością,
- indywidualne podejście do pacjenta,
- zdobycie zaufania pacjenta,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- kontrolę procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zakup specjalistycznego sprzętu i urządzeń medycznych,
- szkolenie i podnoszenie kwalifikacji personelu,
- optymalizację kosztów udzielanych świadczeń,
- wzrost efektywności ekonomicznej,
- nałożenie odpowiedzialności za jakość udzielanych świadczeń na każdego pracownika,
- przestrzeganie przepisów prawnych.

Gwarancją osiągnięcia powyższych celów jest konieczność ciągłego doskonalenia procesów ukierunkowanych na uzyskanie satysfakcji pacjentów, wynikającej z zaspokojenia ich potrzeb oraz spełniania wymagań normy PN – EN ISO 9001:2009. Zakres certyfikacji obejmuje oddziały: pediatrii i noworodków, ginekologii i położnictwa, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób wewnętrznych. Obejmuje także poradnie: gastroenterologiczną, endokrynologiczną, ginekologiczno-położniczą, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, zaburzeń i wad rozwojowych dzieci, fizjoterapii, rehabilitacji, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, pracownie RTG, USG, endoskopię, EKG, laboratorium analityczne<sup>161</sup>.

Prowadzona Księga Jakości, która jest dokumentem Systemu Zarządzania Jakością stosowanym w SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju. pozwala na zarządzanie według wymagań normy PN – EN ISO 9001:2009 i wymagań prawnych. Opisuje obszar zarządzający, wspomagający oraz procesy wpływające na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Za System Zarządzania Jakością odpowiedzialny jest Dyrektor SPZOZ Szpitala im. dr Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju. Za prowadzenie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu, dystrybucję Księgi Jakości oraz dokonywane zmiany odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. SZJ.<sup>162</sup>

---

<sup>160</sup> Tamże.

<sup>161</sup> Tamże.

<sup>162</sup> Tamże.



Celem opracowania Księgi Jakości było prawidłowe zarządzanie procesami poprzez powiązanie procesów wynikających z Systemu Zarządzania Jakością - PN – EN ISO 9001: 2009 i wymagań prawnych. Dane umieszczone w Księdze Jakości zawierają opis działania Systemu Zarządzania Jakością. Księga Jakości charakteryzuje obszar zarządzający, wspomagający oraz procesy wpływające na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, obowiązujący pracowników, którzy uczestniczą w tych procesach<sup>163</sup>.

System Zarządzania Jakością określa dokładny zakres działalności szpitala służący do spełniania wszystkich wymagań pacjentów poprzez prawidłowe utrzymanie jak najwyższego poziomu świadczonych usług medycznych w ramach: leczenia szpitalnego, opieki nocnej i świątecznej, opieki ambulatoryjnej, opieki specjalistycznej, diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej, rehabilitacji leczniczej. Właściwie wprowadzony System Zarządzania Jakością<sup>164</sup>:

- spełnia potrzeby i oczekiwania pacjentów,
- oferuje terminowość udzielania świadczeń zdrowotnych,
- określa procesy niezbędne dla osiągnięcia celów jakości,
- powoduje, że szpital jest konkurencyjny jakościowo,
- ukazuje możliwości poprawy efektywności procesów poprzez ich monitorowanie,
- doskonali procesy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych,
- optymalizuje koszty procesów,
- planować strategie, procesy oraz środki potrzebne dla zidentyfikowanych możliwości usprawnienia i zwiększenia skuteczności działania (leczenia),
- określa priorytety, które mogą dać optymalne wyniki,
- wprowadza zasadę ciągłego doskonalenia.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju określa<sup>165</sup>:

- określa procesy realizowane w Systemie Zarządzania Jakością,
- określa zastosowanie prowadzonych procesów w organizacji,
- określa sekwencje procesów i ich wzajemne oddziaływanie,
- określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skuteczności przebiegu i nadzorowania tych procesów,

---

<sup>163</sup> Tamże.

<sup>164</sup> Tamże.

<sup>165</sup> Tamże.



zapewnia zasoby i informacje potrzebne do wspomagania i przebiegu procesów,

- monitoruje, mierzy i analizuje procesy poprzez pomiary podane w kartach opracowanych dla pozostałych procesów,
- wdraża działania potrzebne do osiągnięcia planowanych wyników i ciągłego doskonalenie tych procesów,
- zaleca:
  - ✓ wywóz odpadów komunalnych i medycznych,
  - ✓ usługi lekarzy, pielęgniarek, położnych,
  - ✓ serwis/przeglądy aparatury medycznej,
  - ✓ transport sanitarny,
  - ✓ wykonanie sekcji zwłok,
  - ✓ badania histopatologiczne, diagnostyczne, badania środowiska pracy.



## Rys. 18. Certyfikat Jakości przyznany SPZOZ Szpitalowi im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju



**CERTYFIKAT**

NR: 1113/05/2013/J/C-(Z/1/2015)

JEDNOSTKA CERTYFIKUJĄCA  
Polska Akademia Jakości Cert Sp. z o. o.  
ul. Rybnicka 10/4, 40-038 Katowice  
ZAŚWIADCZA, ŻE:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy - Zdroju  
ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój  
WRAZ Z ODDZIAŁEM:  
ul. Ludwika Waryńskiego 1, 33-300 Nowy Sącz

WDROŻYŁO I STOSUJE SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
ZGODNY Z WYMAGANIAMI NORMY

### PN-EN ISO 9001:2009

W NASTĘPUJĄCYM ZAKRESIE:  
SIEDZIBA GŁÓWNA:  
Realizacja usług medycznych w ramach leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, rehabilitacji leczniczej, promocji zdrowia, a także opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.  
ODDZIAŁ (ul. Ludwika Waryńskiego 1, 33-300 Nowy Sącz):  
Świadczenia zdrowotne w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Niniejszy certyfikat zastępuje certyfikat nr. 1113/05/2013/J/C.

  
AC 137  
QMS

PREZES ZARZĄDU  
PAJ CERT Sp. z o.o.  
  
Rafał Pamuła

OKRES WAŻNOŚCI  
od 01.06.2015 do 27.05.2016

KATOWICE, 01.06.2015

Źródło: Materiały własne.

## Rozdział 5. Metodologia badań własnych

### 5.1 Cel główny pracy i cele szczegółowe

Autorka przyjęła za D. Kubinowskim, że cel pracy „*polega na uświadomieniu sobie, po co podejmujemy badania i do czego mogą być przydatne uzyskane w nich wyniki*”<sup>166</sup>.

Głównym celem niniejszej pracy magisterskiej jest analiza poziomu świadczonych usług medycznych udzielanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju oraz określenie wpływu wprowadzonego systemu zarządzania ISO na satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług medycznych.

Za cele szczegółowe prowadzonych badań autorka pracy uznała:

1. Analizę oceny usług medycznych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju, w których funkcjonuje System Jakości ISO, dokonanej przez pacjentów.
2. Analizę oceny wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO sformułowanej przez kadrę kierowniczą szpitala.
3. Analizę oceny wdrożonego systemu zarządzania jakością ISO dokonanej przez pozostałych pracowników szpitala.

### 5.2 Problemy i hipotezy badawcze

T. Pilch oraz T. Bauman problem badawczy zdefiniowali jako „*...pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania*”<sup>167</sup>.

---

<sup>166</sup> D. Kubinowski, Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia-metodyka-ewaluacja, Lublin, UMCS, 2011, s. 274.

<sup>167</sup> T. Pilch, T. Bauman, Zasady badań pedagogicznych, Żak, Warszawa 2001, s. 43.



Autorka pracy wyłoniła następujące problemy badawcze:

1. Czy system zarządzania jakością, zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO, oddziałuje na wzrost jakości świadczeń medycznych oferowanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju?
2. Jak funkcjonuje system zarządzania jakością zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO, w SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju?

W. Dutkiewicz stwierdza, że „hipoteza to stwierdzenie, co do którego istnieje pewne prawdopodobieństwo, że stanowić będzie ono prawdziwe rozwiązanie postawionego problemu”<sup>168</sup>.

T. Pilch i T. Bauman za hipotezę badawczą uważają „...wszelkie twierdzenia częściowo tylko uzasadnione lub domysł, za pomocą, którego tłumaczymy dane faktyczne, a więc też i domysł w postaci uogólnienia, osiągniętego (...) na podstawie danych wyjściowych”<sup>169</sup>.

Autorka pracy w kontekście wyżej postawionych celów i problemów badawczych wysunęła hipotezy badawcze:

W stosunku do problemu badawczego nr 1:

1. Jakość usług medycznych świadczonych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju w subiektywnej ocenie pacjentów zależy od posiadania przez placówkę certyfikatu ISO. Szpitale certyfikowane postrzegane są przez pacjentów jako świadczące usługi o wyższej jakości. Placówki takie wzbudzają większe zaufanie wśród pacjentów.
2. Zastosowane standardy postępowania kształtują postawy oraz zachowania pracowników. Pracownicy są odpowiedzialni za sukces szpitala.

W odniesieniu do problemu badawczego nr 2:

3. Wprowadzony system zarządzania jakością zgodny z procedurami certyfikacji wg norm ISO wymusza doskonalenie zawodowe pracowników.
4. SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju wykazuje różny stopień doskonałości w obszarach objętych systemem zarządzania jakością ISO.

---

<sup>168</sup>W. Dutkiewicz, Podstawy metodologii badań – do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki, wyd. Stachurski, Kielce 2001, s. 55.

<sup>169</sup>T. Pilch, T. Bauman, Zasady badań ..., op. cit., s. 46.



### 5.3 Metody, techniki i narzędzia badawcze

Za T. Pilchem i T. Bauman autorki przyjęła, że „*metoda badań to zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza zmierzającego do rozwiązania określonego problemu badawczego*”<sup>170</sup>.

Według H.H. Kruger metoda badawcza to „*droga, sposób dochodzenia do wiedzy poprzez rzeczywistość wychowawczą*”<sup>171</sup>.

Technika badań według T. Pilcha i T. Bauman to „*czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii, faktów*”<sup>172</sup>.

Według J. Sobieckiego technika badawcza „*to oparty na starannie opracowanych dyrektywach zespół czynności praktycznych konstytuujący dany sposób pozyskiwania, gromadzenia lub opracowania, analizy i interpretacji materiału badawczego*”<sup>173</sup>.

W. Dutkiewicz techniki badawcze dzieli na: wywiad, ankiety, badanie dokumentów, techniki socjometryczne<sup>174</sup>.

Techniką i metodą badawczą, którą wykorzystano w niniejszej pracy to ankieta. Badania ankietowe polegają na zadawaniu respondentom pytań kwestionariuszowych z prośbą o pisemne odpowiedzi<sup>175</sup>.

Narzędziem, którym się posłużono, był kwestionariusz ankiety. Respondentom wręczono kwestionariusz ankiety z prośbą o pisemne odpowiedzi.

W przypadku ankiety skierowanej do pacjentów dokonano doboru losowego. Ankiety dla pracowników szpitala i kadry kierowniczej skierowano do konkretnych osób.

Skonstruowane ankiety są opracowane samodzielnie przez autorkę niniejszej pracy magisterskiej. Ankiety zawierają zarówno pytania zamknięte i otwarte. Kwestionariusze ankiet znajdują się w aneksie.

<sup>170</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań* ..., op. cit., s. 71.

<sup>171</sup> H. Kruger, *Metody badań w pedagogice*, wyd. Pedagogika GWP, Gdańsk 2007, s. 140.

<sup>172</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań*..., op. cit., s. 71.

<sup>173</sup> J. Sobiecki, *Proces ilościowych badań pedagogicznych. Cz. I: Planowanie i przygotowanie badań*, wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 111.

<sup>174</sup> W. Dutkiewicz, *Praca magisterska z pedagogiki*, wyd. Strzelec, Kielce 1994, s. 47.

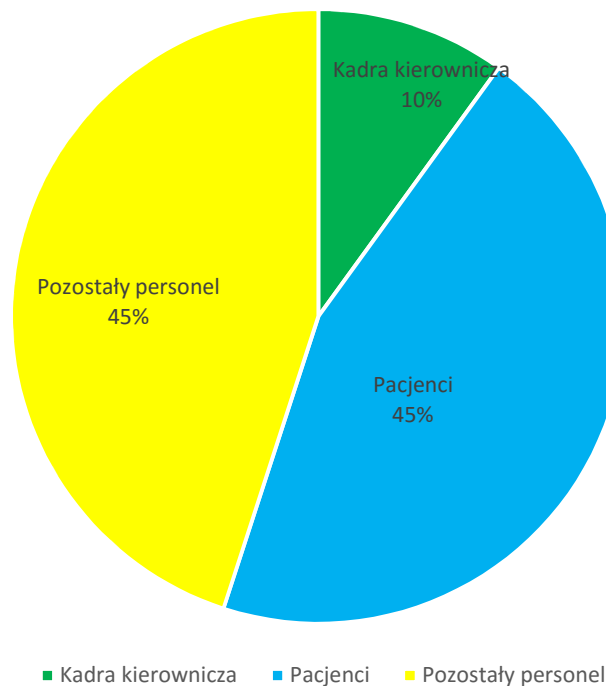
<sup>175</sup> M. Łobocki, *Metody i* ..., op. cit., s. 258.



## 5.4 Charakterystyka badanej grupy i terenu badań

Badaniami objęto 100 pacjentów hospitalizowanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju w oddziałach Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologii i Położnictwie oraz Chorób Wewnętrznych. W ankiecie udział wzięło także 25 pracowników kadry kierowniczej oraz 100 pracowników pozostałego personelu szpitala. Łączna ilość respondentów to 225 osób. Teren badań został opisany w rozdziale 4. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Udział poszczególnych grup badawczych w całej próbie prezentuje wykres 1. Podział pacjentów i pracowników ze względu na oddziały prezentują wykresy 2 i 3.

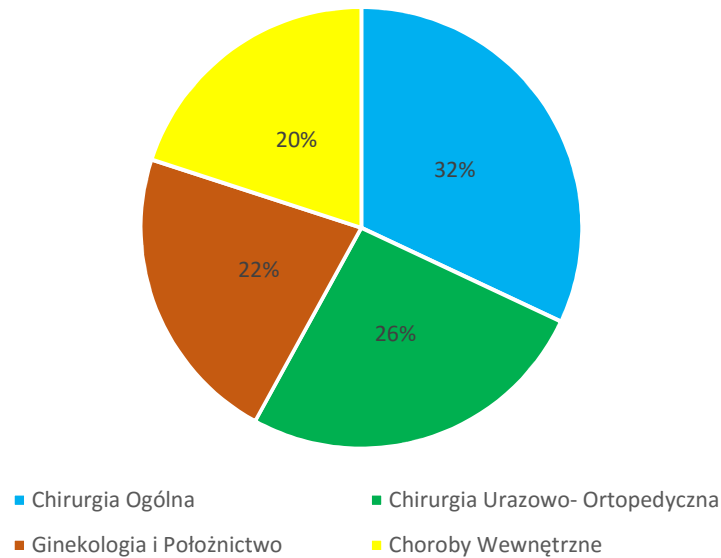
**Wykres 1. Liczba osób biorących udział w badaniu ankietowym**



Źródło: Opracowanie własne.



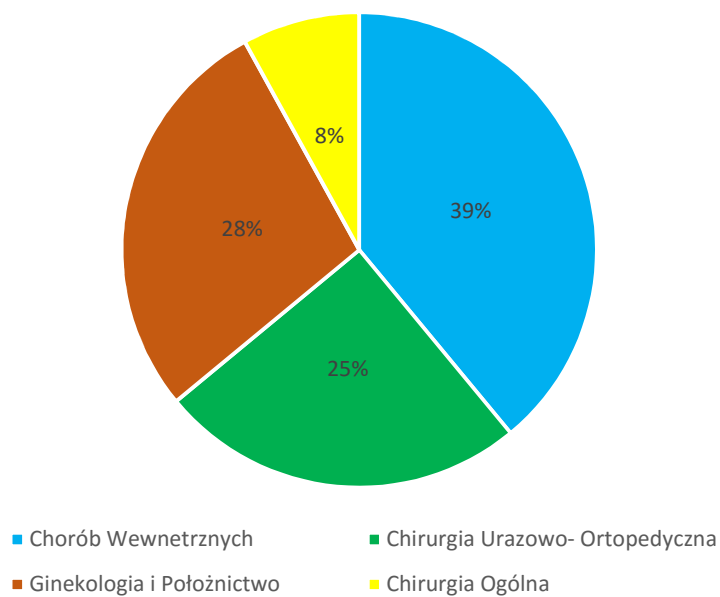
**Wykres 2. Podział badanych pracowników ze względu na oddział, w którym pracują**



Źródło: Opracowanie własne.

Z wykresu 2 wynika, że w badaniu wzięło udział 32 pracowników z Chirurgii Ogólnej, 26 pracowników z Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz 22 pracowników z Ginekologii i Położnictwa oraz 20 pracowników oddziału Chorób Wewnętrznych.

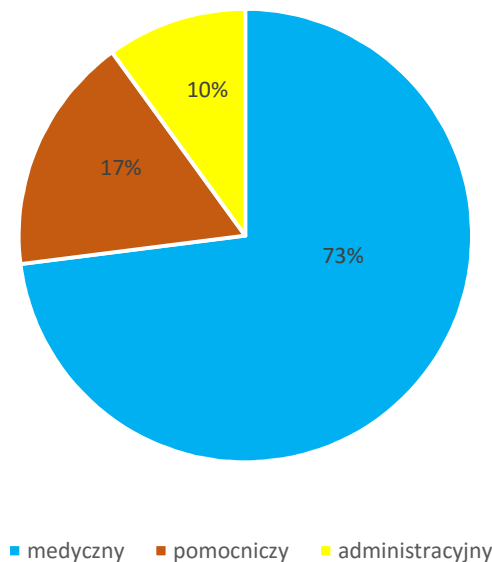
**Wykres 3. Podział badanych pacjentów ze względu na oddział, w którym są hospitalizowani**



Źródło: Opracowanie własne.

Z wykresu 3 wynika, że w badaniu wzięło udział 39 pacjentów hospitalizowanych w oddziale Chorób Wewnętrznych, 25 pacjentów z Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, 8 pacjentów z Chirurgii Ogólnej oraz 28 pacjentów z Ginekologii i Położnictwa.

**Wykres 4. Podział personelu szpitala ze względu na charakter wykonywanej pracy**



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 4 prezentuje podział personelu szpitala ze względu na rodzaj wykonywanej pracy. 73% badanych z tej grupy zalicza się do personelu medycznego, 17% do personelu pomocniczego oraz 10% do personelu administracyjnego.

Badani pochodzą z wsi i miast na terenie Polski. Średnia wieku ankietowanych to 53 lata. Większość badanych posiada wykształcenie wyższe (tabela 17, 18, 19, 20).

**Tabela 17. Podział badanych osób ze względu na płeć**

Płeć	N	%
Kobieta	125	55
Mężczyzna	100	45
Suma	225	100

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 18. Podział badanych osób ze względu na pochodzenie**

Pochodzenie	N	%
Miasto	176	78
Wieś	49	22
Suma	225	100

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 19. Podział badanych osób ze względu na wykształcenie**

Wykształcenie	N	%
Podstawowe	15	7
Średnie	72	32
Wyższe	138	61
Suma	225	100

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 20. Podział badanych osób ze względu na wiek**

Wiek	N	%
18-29	12	5
30- 49	55	24
50-69	118	53
70-90	40	18
Suma	225	100

Źródło: Opracowanie własne.



## Rozdział 6. Analiza wyników badań własnych

Zakończenie rozważań nad niniejszą pracą magisterską stanowią zebrane oraz uporządkowane poniżej dane empiryczne. Uzyskane dane przedstawiono w sposób graficzny. Ich odczyt jest nieskomplikowany. Do opracowania wyników posłużono się programem Microsoft Exel.

### 6.1 System zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej

Tabela 21. Ocena aspektów systemu zarządzania jakością w opinii kadry kierowniczej

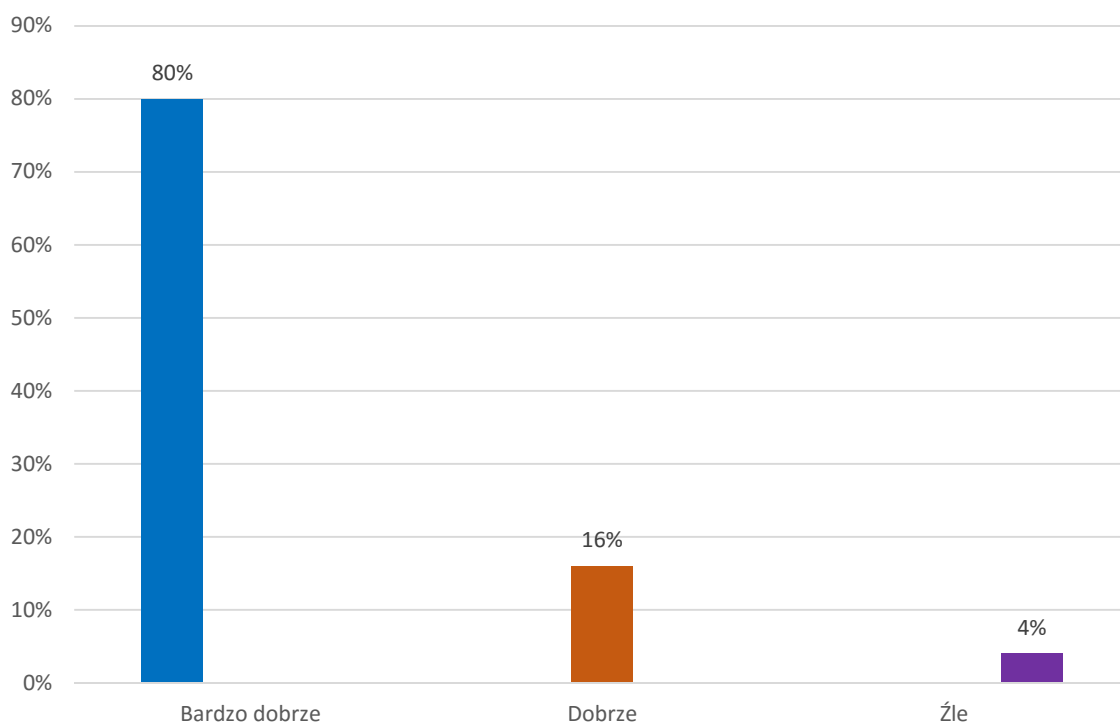
	TAK	NIE
Czy inni pracownicy biorą udział w tworzeniu wizji szpitala?	25	-
	100%	-
Czy komunikacja wewnętrzna sprawnie działa?	15	10
	60%	40%
Czy w szpitalu działa system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	25	-
	100 %	-
Czy pracownicy mają zapewnione szkolenia i kursy?	25	-
	100 %	-
Czy motywują Państwo pracowników do lepszej pracy?	20	5
	80%	20%
Czy koordynuje Pani/Pan realizację wyznaczonej polityki jakości?	21	4
	84%	16%
Czy problemy istniejące w szpitalu są poddawane dyskusji i próbie rozwiązywania tych problemów?	18	7
	72%	28%
Czy personel jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala?	17	8
	68%	32%
Czy utworzone są zespoły zadaniowe?	16	9
	64%	36%
Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?	22	3
	88%	12%

Źródło: Opracowanie własne.



Analizując tabelę 21 wynika, że najslabiej w szpitalu działa funkcjonowanie komunikacji wewnętrznej. Aż 40% kadry kierowniczej wskazuje na brak tego systemu. Słabo wypadły także zespoły zadaniowe. 36% respondentów stwierdza, że takie zespoły nie funkcjonują. Należy zauważyć, że te dwie oceny kadry kierowniczej odnoszą się do aspektów współpracy i współdziałania. Można zatem wywnioskować, że obszar ten jest słabo rozwinięty w szpitalu. Warto zauważyć, że w sferze odnoszącej się do oceny działań zmierzających do aktywizacji podwładnych, zapewnienie szkoleń i kursów dla pracowników, motywacji pracowników do lepszej pracy oraz własnego poczucia odpowiedzialności za sukces szpitala, większość kadry kierowniczej jest ze sobą zgodna, a swoją pracę w tym zakresie oceniają pozytywnie.

**Wykres 5. Przydatność certyfikowanego systemu zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej**



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 5 przedstawia opinie o przydatności certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w szpitalu, w którym pracuje badana kadra kierownicza. Poziom oceny jest wysoki. 80% respondentów oceniło go bardzo dobrze, 16% jako dobrze, a jedynie jedna osoba stwierdziła, że jest to ocena zła (4%).



## 6.2 System zarządzania jakością w ocenie pozostałych pracowników szpitala

Tabela 22. Ocena aspektów systemu zarządzania jakością w opinii pracowników szpitala

	TAK	NIE
Czy identyfikujesz się z działaniami pro jakościowymi podejmowanymi przez szpital?	87	13
	87%	13%
Czy akceptujesz wizję szpitala?	100	-
	100%	-
Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	68	32
	68%	32%
Czy doskonalisz swoje umiejętności (kursy, szkolenia)?	49	51
	49%	51%
Czy kierownictwo motywuje Cię do działania poprzez udzielanie wsparcia?	77	13
	77%	13%
Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?	83	17
	83%	17%
Czy uważasz, że prowadzony program jakości powinien obejmować nowe grupy pracowników?	90	10
	90%	10%
Jak oceniasz przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości?	99	1
	99%	1%
Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?	80	20
	80%	20%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 22 prezentuje ocenę systemu zarządzania jakością dokonaną przez pracowników szpitala ze szczebla medycznego, administracyjnego i pomocniczego (wykres 4). Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można stwierdzić, że system zarządzania oceniany jest przez tę grupę badawczą bardzo dobrze. Jedyne zastrzeżenia respondenci mają w podnoszeniu swoich kwalifikacji i doskonaleniu swoich umiejętności. W tym zakresie ocena ta jest niska. Można zatem wywnioskować, że działania systemu w tym zakresie zawodzą. Pozostałe sfery należy ocenić na wysokim poziomie.



Jednym z pytań w kwestionariuszu ankiety była ocena poziomu zaangażowania się personelu szpitala w realizację polityki jakości. Ponad połowa badanych uważa, że ich zaangażowanie jest na wysokim poziomie - 58%, mniej zaangażowanych jest 42% respondentów.

**Tabela 23. Działania podejmowane przez personel szpitala zwiększające satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług**

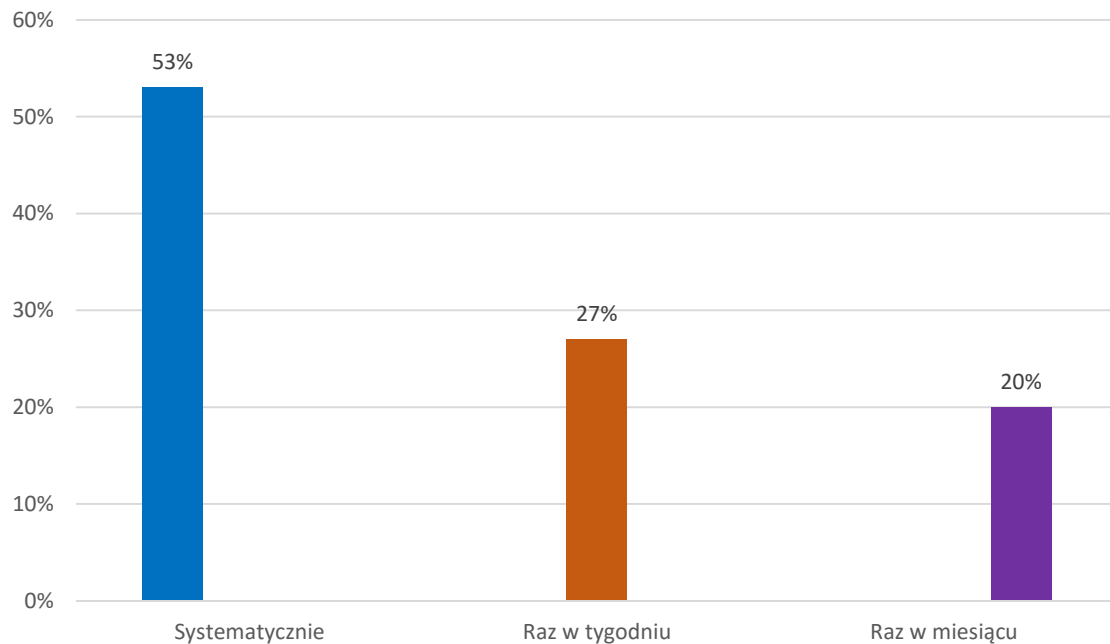
	N	%
Poświęcam czas na rozmowę	37	37%
Udzielam w języku zrozumiałym dla pacjenta wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia, udzielanej opiece, badaniach diagnostycznych, wykonywanych zabiegach i przebiegu planowanej operacji	63	63%
Pocieszam chorych	18	18%
Uważnie słucham chorych	21	21%
Dbam o higienę chorych	49	49%
Stwarzam miłą atmosferę	55	55%
Dbam o wysoką kulturę obsługi pacjenta	60	60%
Jestem uprzejma/-y, życzliwa/-y	80	80%
Jestem staranna/-y w wykonywaniu zabiegów i opatrunków, mierzeniu ciśnienia, poboru krwi itp.,	60	60%
Dbam o pielęgnację pacjenta	54	54%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 23 przedstawia działania podejmowane przez personel szpitala zwiększające satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług. Pracownicy największą wagę przywiązują do bycia uprzejmym oraz życzliwym dla pacjenta (80%). Na drugim miejscu (63%) znalazła się odpowiedź, że udzielają w języku zrozumiałym dla pacjenta niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia, udzielanej opiece, badaniach diagnostycznych, wykonywanych zabiegach i przebiegu planowanej operację. Po 60% badanych identyfikuje się w dbaniu o wysoka kulturę obsługi pacjenta oraz w staranności w wykonywaniu zabiegów i pozostałej obsługi medycznej. Wysoko uplasowała się także troska o miłą atmosferę (55%) oraz pielęgnację pacjenta (54%). Na niskim poziomie znalazły się odpowiedzi: poświęcanie czasu na rozmowę z chorym (37%), pocieszanie (18%) oraz słuchanie chorych (21%). Na to pytanie w kwestionariuszu ankiety można było zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi. Dlatego po zsumowaniu odpowiedzi, wychodzi wynik większy niż 100%.



### Wykres 6. Działania korygujące i doskonalące jakość usług podejmowane przez pracowników szpitala



Źródło: Opracowanie własne

Na wykresie 6 przedstawiono działania korygujące i doskonalące jakość usług podejmowane przez pracowników szpitala. Ponad połowa respondentów -53% działania tego typu podejmuje systematycznie, 27% badanych angażuje się raz w tygodniu, a 20% z nich jedynie raz w miesiącu.

### 6.3 Porównanie wybranych aspektów oceny systemu zarządzania jakością dokonanej w grupie kadry kierowniczej i przez pozostałych pracowników

Część pytań w kwestionariuszu ankiety była wspólna dla kadry kierowniczej i pozostałych pracowników szpitala. Poniżej zbiorczo przedstawiono i porównano ich odpowiedzi.



**Tabela 24. Porównanie odpowiedzi na temat aspektów systemu zarządzania jakością pomiędzy kadrami kierowniczą a pozostałym personelem szpitala**

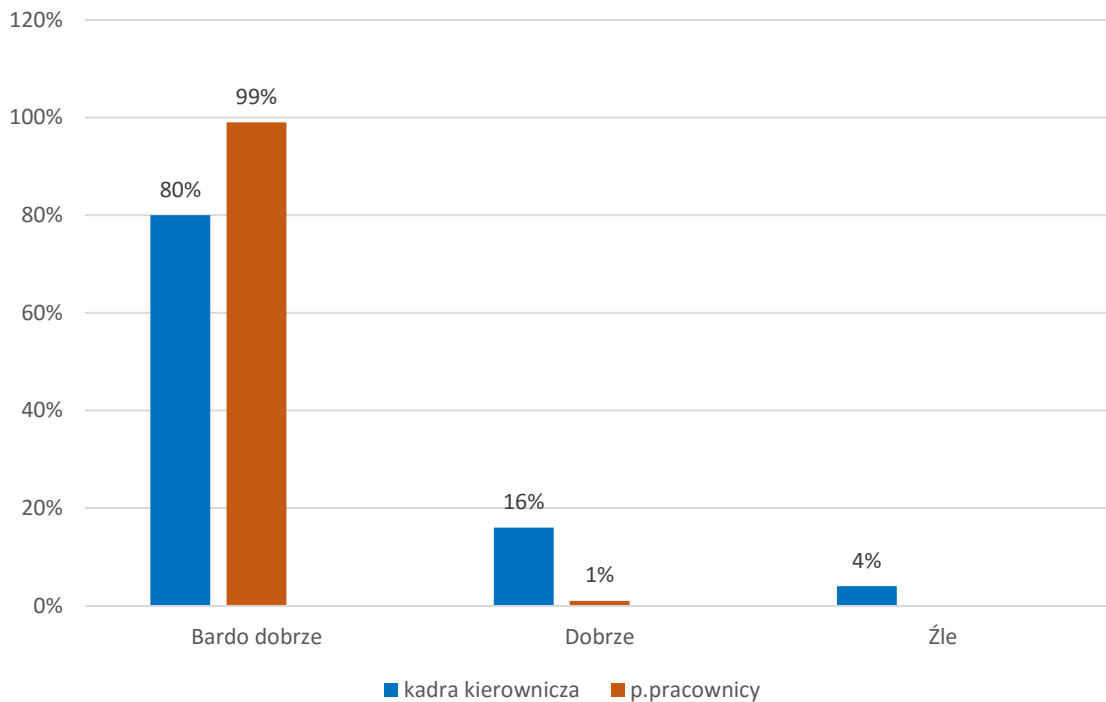
	TAK		NIE	
	kadra k.	p. pracownicy	kadra k.	p. pracownicy
Czy komunikacja wewnętrzna sprawnie działa	15	83	10	17
	60%	83%	40%	17%
Czy w szpitalu działa system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?	25	68	-	32
	100 %	68%	-	32%
Czy pracownicy mają zapewnione szkolenia i kursy?	25	49	-	51
	100 %	49%	-	51%
Czy motywują Państwo pracowników do lepszej pracy?	20	77	5	13
	80%	77%	20%	13%
Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?	22	80	3	20
	88%	80%	12%	20%

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując tabele 24 zauważono spore różnice w ocenie niektórych aspektów systemu zarządzania jakością pomiędzy odpowiedziami kadry kierowniczej a pozostałymi pracownikami szpitala. Największe różnice zaobserwowano w ocenie zapewnienia kursów i szkoleń oraz w podnoszenia kwalifikacji podwładnych. Kadra kierownicza w 100% stwierdziła, że ten aspekty te są przez nich realizowane.. Natomiast ponad połowa badanych pracowników (51%) uważa, że kursy i szkolenia w ich placówce nie istnieją, a 32% z nich nie odczuwa działania podnoszenia przez nich kwalifikacji. Podobne różnice uzyskano na temat funkcjonowania systemu komunikacji wewnętrznej w badanej placówce. Ankietowani z drugiej grupy potwierdzili w 83%, że system komunikacji wewnętrznej sprawnie działa, gdzie kadra kierownicza oceniła ją jedynie na 60%. Podobną ocenę obu grup badanych zaobserwowano w aspekcie motywacji oraz w odpowiedzialności za sukces szpitala.



**Wykres 7. Porównanie przydatności certyfikowanego systemu zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej i pozostałych pracowników szpitala**



Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie wykresu 7 można stwierdzić, że w obu badanych grupach ocena przydatności certyfikowanego systemu zarządzania jakością jest podobna. 99% drugiej grupy ocenia go bardzo dobrze, natomiast w pierwszej grupie tak go oceniło 80% ankietowanych. Różnica występuje w ocenie „dobrze” - w pierwszej grupie odpowiedź tę zaznaczyło 16%, w drugiej tylko 1%. Nie jest to jednak istotne statystycznie.

## 6.4 Pacjenci

### 6.4.1 Przyjęcie do szpitala, Izba Przyjęć

Poniżej przedstawiono za pomocą tabel i wykresów odpowiedzi pacjentów hospitalizowanych w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju w oddziałach Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej, Ginekologii i Położnictwie oraz Chorób Wewnętrznych dotyczące przyjęcia do szpitala oraz Izby Przyjęć.

Pierwsze w kwestionariuszu ankiety było zapytanie o przyczynę przyjęcia do szpitala. 7% pacjentów zostało nagle przyjętych do szpitala, 8% z nich zostało przeniesionych z innej placówki medycznej. 85% respondentów zostało przyjętych na dany oddział na mocy skierowania do szpitala od lekarza. typ specjalizacji prezentuje tabela 25.

**Tabela 25. Podział specjalizacji lekarzy ze względu na rodzaj wydanych skierowań dla pacjentów oczekujących na przyjęcie do szpitala**

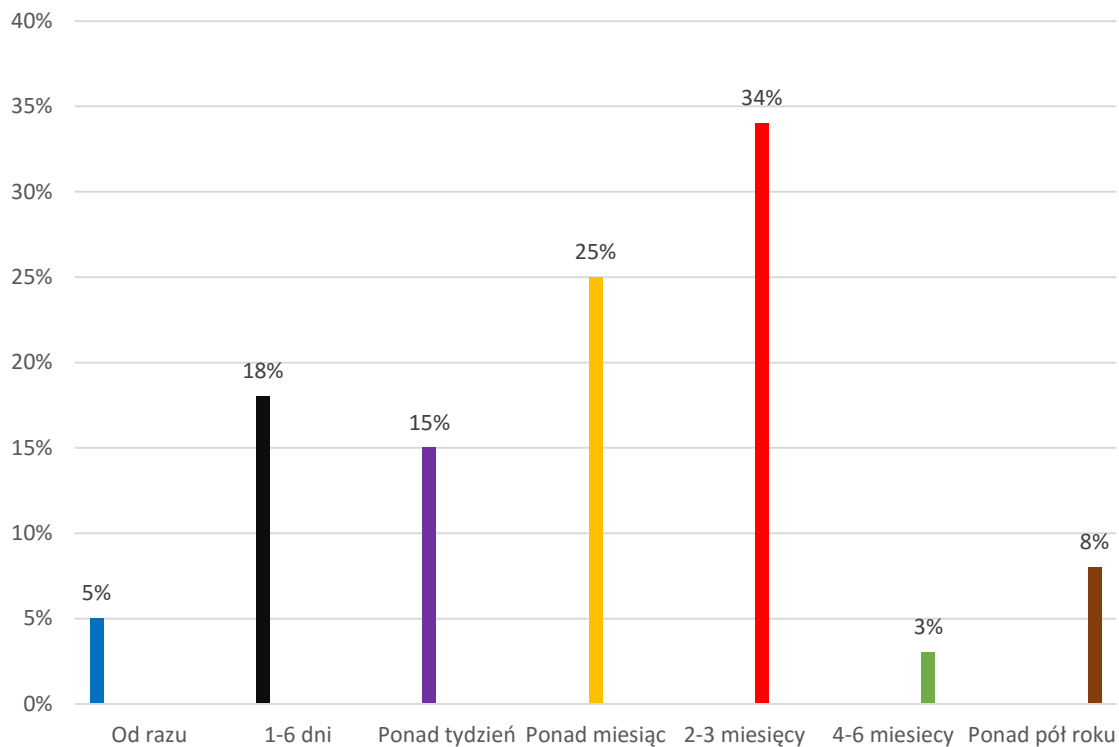
Specjalizacja	N	%
Rodzinny	20	23.5
Ortopeda	20	23.5
Neurolog	10	11.5
Reumatolog	5	6
Chirurg	9	11
Ginekolog	10	11.5
Choroby wewnętrzne	11	13
Suma	85	100

Źródło: Opracowanie własne.

Najwięcej pacjentów zostało przyjętych na oddział na mocy skierowań od lekarzy rodzinnych – 23,5% oraz ortopedów – 23,5%, specjalista chorób wewnętrznych skierował do szpitala 13% respondentów, po 11,5% pacjentów zostało przyjętych w efekcie skierowania od neurologów i ginekologów, 11% - chirurgów i 6% - reumatologów.



### Wykres 8. Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala



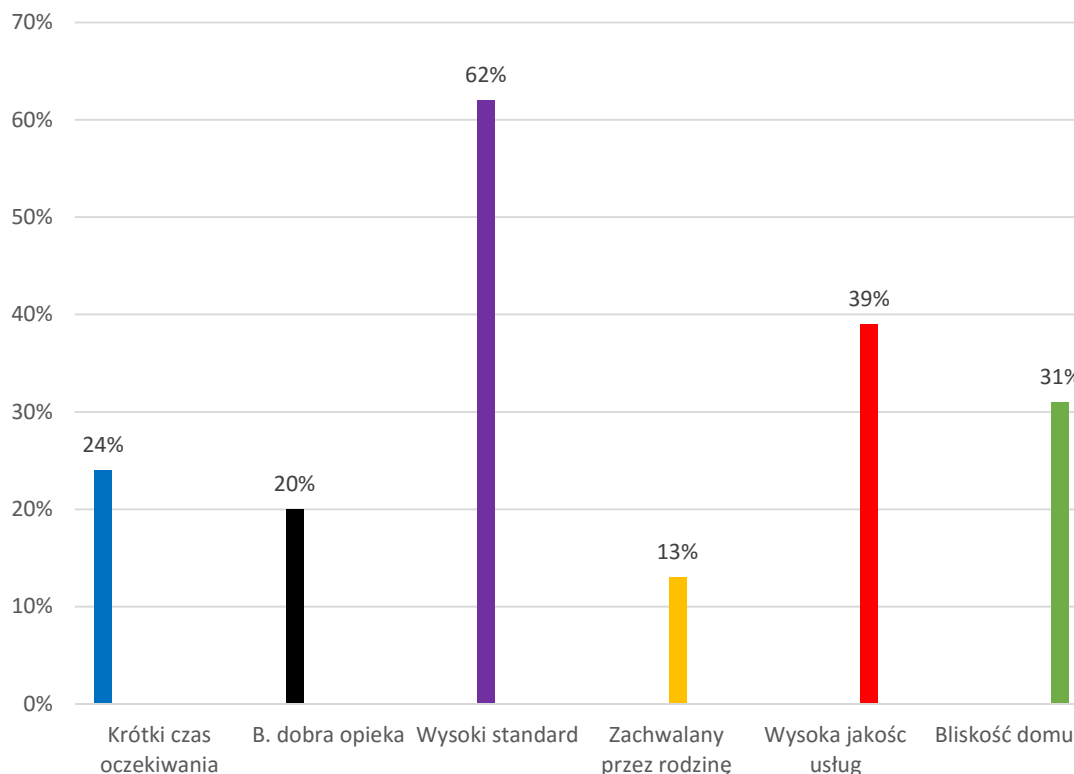
Źródło: Opracowanie własne

Na wykresie 8 nie uwzględniono odpowiedzi 15 pacjentów, którzy zostali przyjęci do szpitala z powodu nagłego przeniesienia z innej placówki. Zatem pytanie ich nie obejmowało. Z powyższych danych wynika, że czas oczekiwania przyjęcia do szpitala jest stosunkowo długi. 25% respondentów czekało ponad miesiąc, 34% - 2-3 miesiące, a 3% badanych - 4-6 miesięcy. Jedynie 5% badanych zostało przyjętych do szpitala od razu, 18% czekało 1-6 dni, a 15% - ponad tydzień. Czas oczekiwania na leczenie jest procesem dynamicznym. Każdy szpital prowadzi kolejkę oczekujących w trybie pilnym oraz planowym. Jednak w subiektywnej ocenie autora pracy, szpital posiadający System Zarządzania ISO powinien zapewnić pacjentom wcześniejsze przyjęcie na dane oddział szpitalny.

Z kolei pytanie trzecie w kwestionariuszu ankiety dotyczyło opinii ankietowanych osób na temat czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Według badanych czas ten jest stosunkowo krótki - 40%, 36% ankietowanym trudno jest to określić, a dla 24% czas ten jest za długi. W opracowaniu wyników nie uwzględniono odpowiedzi 15 pacjentów, którzy zostali przyjęci do szpitala z powodu nagłego przeniesienia z innej placówki. Zatem pytanie ich nie obejmowało. Na podstawie zebranych danych można stwierdzić, że odpowiedź o krótkim czasie oczekiwania może wynikać z wieku badanych. Większość osób, która

zaznaczyła tę odpowiedź, była między 47 a 69 rokiem życia. Większość młodszych osób uważa, że czas ten jest długi. Można zatem stwierdzić, iż istnieje korelacja pomiędzy wiekiem pacjentów, a postrzeganiem przez nich czasu oczekiwania na przyjęcia do szpitala.

**Wykres 9. Aspekty decydujące o wyborze szpitala**



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 9 prezentuje aspekty, jakimi kierowali się pacjenci podczas wyboru placówki medycznej, w której chcą być leczeni. Na to pytanie w kwestionariuszu ankiety można było zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi. Dlatego po zsumowaniu wyników wychodzi liczba większa niż 100%. Większość respondentów wybrała krynicki szpital ze względu na wysoki standard - 62%, wysoką jakość świadczonych usług medycznych - 39%, krótki czas oczekiwania - 24% oraz bardzo dobrą opiekę medyczną - 20%. Zapewne liczby te są wynikiem posiadania przez placówkę Systemu Zarządzania ISO. Każdy szpital z taką certyfikacją będzie przyciągał pacjentów. Odpowiedzią nieistotną dla tematu niniejszej pracy było bliskość miejsca zamieszkania - 31%. W opracowaniu wyników nie uwzględniono odpowiedzi 15 pacjentów, którzy zostali przyjęci do szpitala z powodu nagłego przeniesienia z innej placówki. Zatem pytanie ich nie obejmowało.

**Tabela 26. Ocena personelu Izby Przyjęć i samej Izby Przyjęć**

	N	%
Szybko załatwiłam/em wszystkie formularze	13	13
Załatwienie wszystkich formularzy zajęło mi sporo czasu	29	30
Personel był miły i uprzejmy	12	12
Personel był nieuprzejmy	18	19
Izba Przyjęć jest duża, sporo miejsc do siedzenia	29	30
Izba przyjęć jest mała, nie ma gdzie usiąść	15	15
Brak intymności w załatwieniu przyjęcia do szpitala	10	10
Zapewnienie intymności w trakcie przyjęcia do szpitala	39	40
Nie mogę odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ w trakcie przyjęcia do szpitala byłam/em nieprzytomna/y	3	3%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 26 przedstawia opinię pacjentów na temat personelu Izby Przyjęć i samej Izby Przyjęć. W opracowaniu wyników nie uwzględniono odpowiedzi 3 pacjentów, którzy podczas przyjęcia do szpitala byli nieprzytomni. Zatem pytanie ich nie obejmowało. Wyniki zostały zaokrąglone do pierwszego miejsca po przecinku. Całość oceny personelu i samej Izby Przyjęć nie wypadła jednoznacznie. 10% badanych zabrakło zapewnienia intymności podczas przyjęcia do szpitala, 15% z nich uważało, że Izba jest mała, 18% stwierdziło, że personel jest nieuprzejmy, a aż 30% respondentów sporo czasu zajęło załatwienie formularzy. Wśród odpowiedzi znalazły się również biegunowo przeciwne, pozytywnie oceniające jakość świadczonej obsługi w Izbie Przyjęć. Zdaniem 40% ankietowanych personel Izby zapewnił im intymność w trakcie przyjęcia do szpitala, dla 12% personel był uprzejmy, 13% szybko załatwiło wszystkie formalności, a dla 30% Izba jest duża ze sporą ilością miejsc do siedzenia. Również w tym pytaniu można dopatrzeć się zależność między wiekiem a odpowiedziami oraz między pochodzeniem a odpowiedziami. Większość niezadowolonych osób była młoda (poniżej 30 rok życia), pochodząca z miasta. Zatem istnieje korelacja pomiędzy wiekiem, i pochodzeniem a poziomem satysfakcji z obsługi w Izby Przyjęć i z samej Izby Przyjęć.



## 6.4.2 Warunki panujące w oddziale

W ogólnej ocenie pacjentów w SPZOZ Szpitalu im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju panują bardzo dobre warunki szpitalne - 73%, dla 12% z nich warunki te są dobre, dla 25% - średnie, a dla 3% złe. Szczegółowe aspekty warunków panujących w oddziałach przedstawia tabela 27.

**Tabela 27. Warunki panujące w oddziale**

	N	%
<b>Wysoki standard</b>	62	62
<b>Nie podoba mi się</b>	5	5
<b>Potrzebny jest remont</b>	8	8
<b>Na sali jest czysto</b>	39	39
<b>Na sali jest brudno</b>	5	5
<b>Sala jest duża, łatwo się po niej poruszać</b>	41	41
<b>Sala jest mała, trudno się po niej poruszać</b>	20	20
<b>W toaletach jest czysto</b>	69	69
<b>W toaletach jest brudno</b>	31	31
<b>Toalety są duże, łatwo się po nich poruszać</b>	80	80
<b>Toalety są małe, trudno się po nich poruszać</b>	20	20
<b>Sala i toaleta dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych</b>	90	90
<b>Sala i toaleta nie jest dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych</b>	10	10
<b>Kiepskie wyposażenie (oświetlenie, meble)</b>	20	20
<b>Wyposażenie jest w sam raz (oświetlenie, meble)</b>	80	80
<b>Łatwy dostęp do telefonu</b>	12	12
<b>Nie ma dostępu do telefonu</b>	35	35
<b>Nie mam zdania</b>	29	29

Źródło: Opracowanie własne

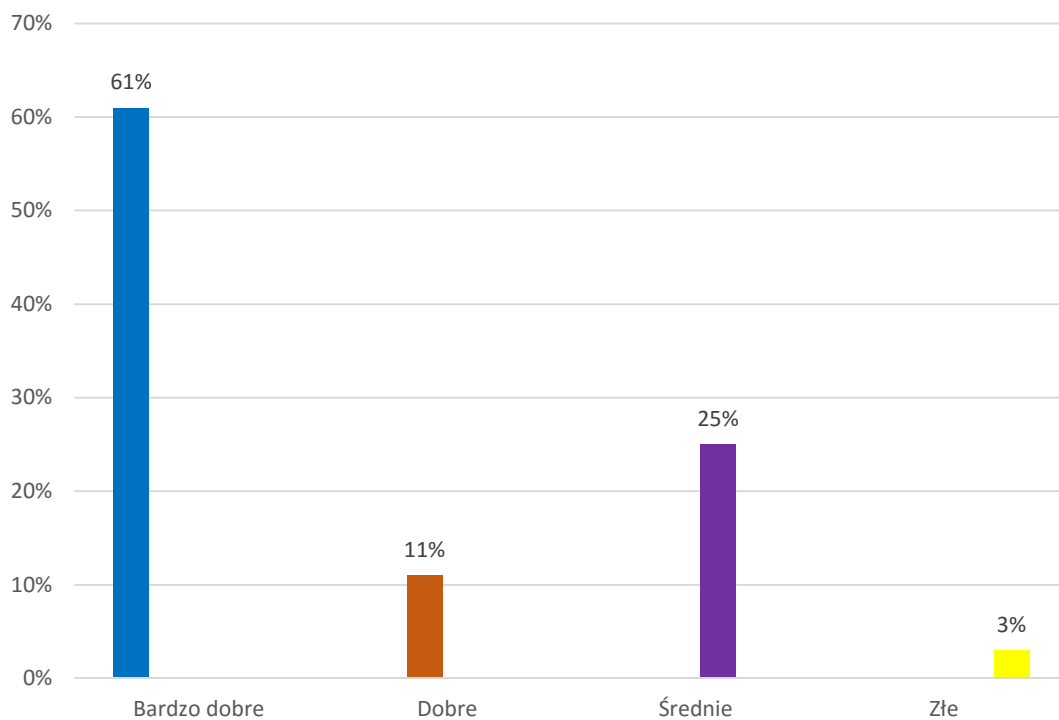
Dane te potwierdzają ogólną ocenę pacjentów, że w oddziałach, na których leżą panują bardzo dobre lub dobre warunki. Na to pytanie w kwestionariuszu ankiety można było zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi. Dlatego po zsumowaniu wyników wychodzi liczba większa niż 100%. W tym pytaniu również można doszukać się korelacji pomiędzy wiekiem i pochodzeniem pacjenta, a udzieloną odpowiedzią. Większość osób, którym odpowiadają panujące warunki w oddziale są w wieku powyżej 50 roku życia i pochodzą ze wsi. W subiektywnej ocenie autorki pracy łatwiej jest pod tym względem zadowolonych osoby starsze (jako znające życie), oraz pochodzące ze wsi.

Taka samą korelację można również dostrzec w odpowiedziach na pytanie o serwowane posiłki. Dla 61% pacjentów są one dobre, dla 11% - dobre, dla 25% - średnie,



a dla 3% złe. Dane te przedstawia wykres 10.

**Wykres 10. Ocena serwowanych posiłków**



Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wywnioskować, że komunikacja wewnętrzna pomiędzy personelem poszczególnych oddziałów a pacjentem jest bardzo dobra. Dane te prezentuje tabela 28.

**Tabela 28. Komunikacja personel - pacjent**

	TAK	NIE	Razem
Czy poinformowano Pana/Panią o harmonogramie dnia i zasadach panujących na twoim oddziale?	78%	22%	100%
Czy poinformowano Pana/Panią o terminie planowanego zabiegu/sposobie leczenia?	83%	17%	100%
Czy poinformowano Pana/Panią o sposobie przygotowania do zabiegu	74%	26%	100%

Źródło: Opracowanie własne.





### 6.4.3 Opieka medyczna

**Tabela 29. Ocena pracy personelu lekarskiego**

	N	%
Uważnie słucha	38	38
Nie słucha uważnie	62	62
Zapewnienie intymności podczas badania	84	84
Brak intymności w trakcie badania	16	16
Łatwy dostęp do lekarza w razie potrzeby	42	42
Trudny dostęp do lekarza w razie potrzeby	58	58
Lekarz wyraża się jasno i zrozumiale	73	73
Nie rozumiem, co lekarz do mnie mówi	27	27
Lekarz jest miły i uprzejmy	81	81
Lekarz jest nieuprzejmy	19	19
Lekarz poświęca mi dość czasu	21	21
Lekarz nie poświęca mi dość czasu	79	79

Źródło: Opracowanie własne.

Ankietowani oceniali również pracę personelu lekarskiego pod kątem jakości sprawowanej przez nich opieki. Ogólna ocena jest pozytywna. Istotne różnice zaobserwowano w kwestii słuchania pacjenta. 38% respondentów uważa, że lekarz słucha ich uważnie, a 62% uważa, że nie zwraca uwagi na to, co mówią. Kolejne istotne różnice zauważono w kwestii poświęconego czasu dla pacjenta. Dla 79% z nich lekarz nie miał dość czasu, aby mogli się dowiedzieć się więcej szczegółów na temat swojego stanu zdrowia. Jedynie 21% uznało, że poświęcono im w tej kwestii wystarczającą ilość czasu. Pozytywne oceny otrzymały aspekty takie jak: zapewnienia intymności podczas badania. Aż 84% badanych pacjentów stwierdziło, że intymność ta została zapewniona, 81% uznało lekarza za uprzejmego, jasność i zrozumiałość wyводу lekarza pozytywnie oceniło - 73%. Na to pytanie w kwestionariuszu ankiety można było zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi. Dlatego po zsumowaniu wyników wychodzi liczba większa niż 100%.

Tabela 30 przedstawia ogólną ocenę opieki medycznej, jaką odczuwał pacjent podczas pobytu w szpitalu. Na podstawie zebranych danych wywnioskowano, że ocena ta jest na wysokim poziomie. Pacjenci są zadowoleni zarówno z opieki medycznej jak i z dostarczanych im informacji o ich stanie zdrowia, ryzyku sposobu leczenia, zabiegu operacyjnego, skutkach ubocznych i samym przebiegu zabiegu. Jedynym aspektem wywołującym niezadowolenie 31% badanych, jest zbyt długie oczekiwanie na udzielenie pomocy podczas odczuwanego bólu czy złego samopoczucia. Stanowi to 1/3 badanych pacjentów. W subiektywnej ocenie autorki pracy liczba ta jest za wysoka, a powody takiej



opinii leżą bardziej w sferze psychofizjologicznej – zrozumiałe skądinąd niecierpliwie oczekiwanie na reakcję personelu może powodować fałszywe poczucie „wydłużania” się czasu, jaki upłynął od zgłoszenia dolegliwości.

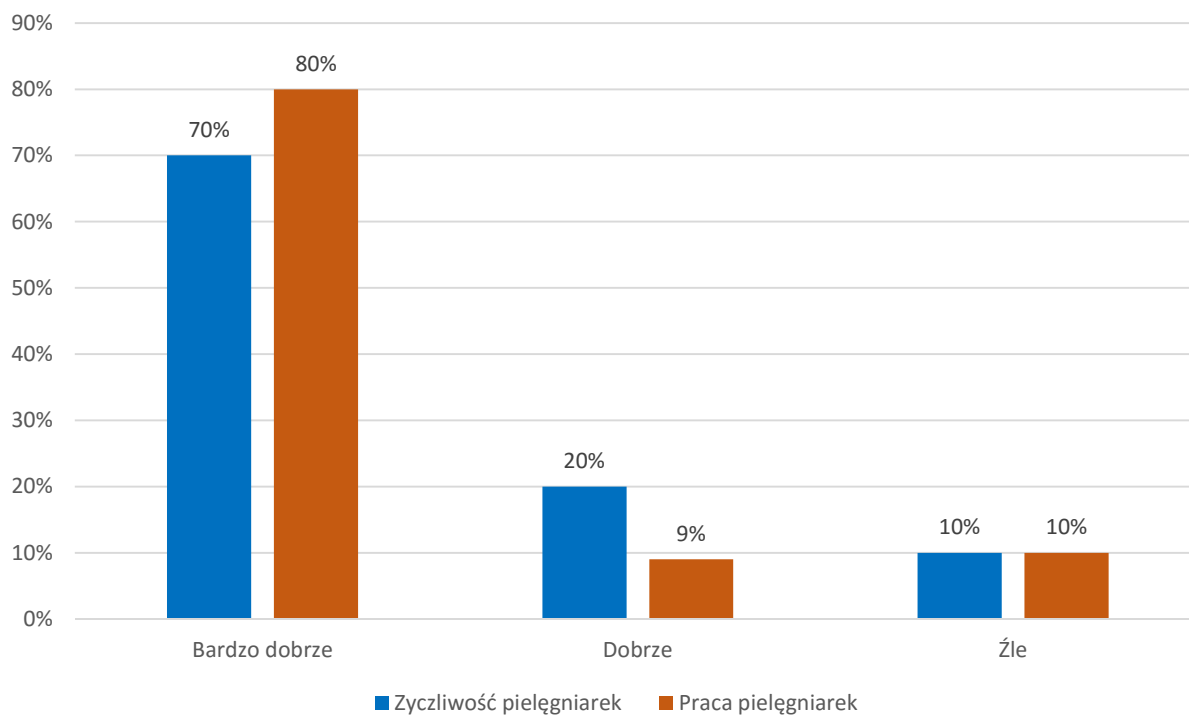
**Tabela 30. Ocena ogólnej opieki medycznej**

	TAK	NIE
Czy lekarz prowadzący Pana/Pani przypadek miał sprzeczne opinie dotyczące sposobu leczenia w trakcie konsultacji z innym personelem?	12%	88%
Czy personel medyczny rozmawiał o Pana/Pani przypadku przy osobach trzecich, gdzie czułeś się skrępowany?	7%	83%
Czy Pan/Pani miał z kim porozmawiać o swoich obawach dotyczących leczenia/zabiegu operacyjnego?	57%	43%
Czy otrzymał Pan/Pani dostateczne informacje o swoim stanie zdrowia	84%	16%
Czy poinformowano Pana/Panią o ryzyku sposobu leczenia/ zabiegu operacyjnego i ewentualnych skutkach ubocznych	89%	11%
Czy opowiedziano Panu/Pani o przebiegu zabiegu?	87%	13%
Czy zgłaszając ból lub złe samopoczucie długo czekał Pan/Pani na udzielenie pomocy?	31%	69%

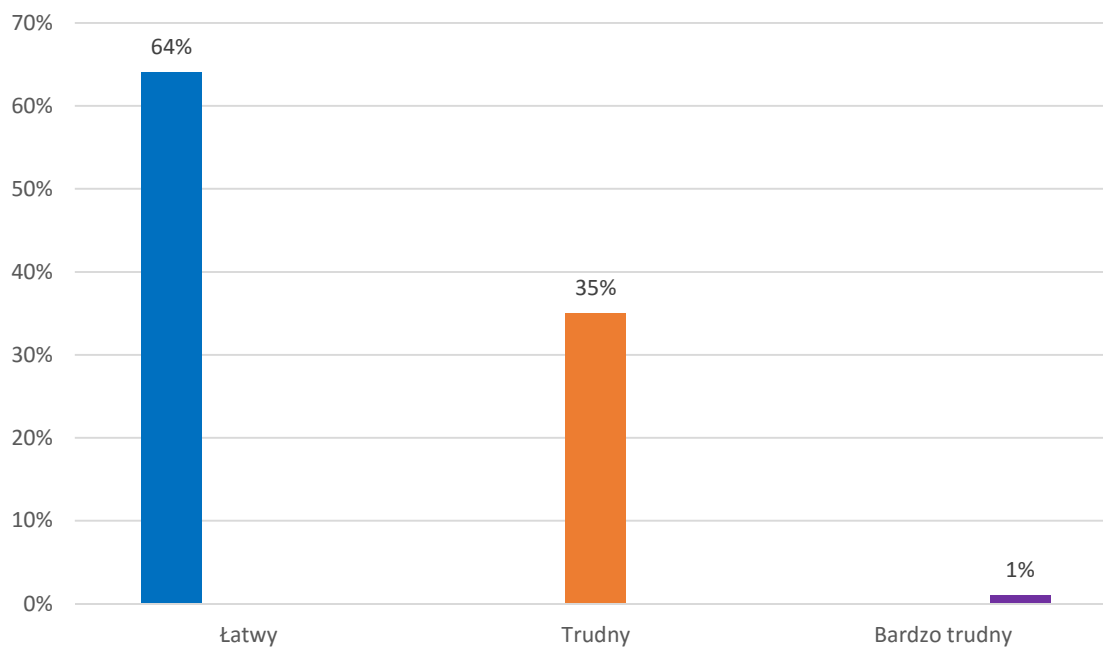
Źródło: Opracowanie własne.

Na wykresach 11 i 12 przedstawiono wyniki ankiet dotyczące pracy i życzliwości pielęgniarek oraz dostępu do ich pomocy w ciągu dnia i w nocy. Według oceny pacjentów ich praca i stosunek do nich jest na wysokim poziomie. 80% respondentów ocenia ich pracę bardzo dobrze i 10% dobrze. 70% z nich ocenia ich życzliwość jako bardzo dobrą i 20% jako dobrą. W obu ocenianych aspektach odpowiedź „złe” sformułowano po 10% pacjentów. Nie jest to istotne statystycznie w porównaniu do całości oceny. Problematyczne okazało się natomiast pytanie o dostęp do pielęgniarki w ciągu dnia i w nocy. Ponad 1/3 (35%) pacjentów oceniła ten dostęp jako trudny. Jednocześnie 64% pacjentów zaznaczyło odpowiedź „łatwo”. W tym pytaniu także zauważono korelację pomiędzy wiekiem badanych osób a odpowiedzią. Osoby niezadowolone z dostępności pielęgniarki to osoby młode (poniżej 38 roku życia).



**Wykres 11. Ocena życzliwości i pracy pielęgniarek**

Źródło: Opracowanie własne.

**Wykres 12. Dostęp do pielęgniarstwa**

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnia część ankiety dotyczyła ogólnej oceny szpitala. Pacjenci dysponowali skalą od 1 do 10 punktów. Ośmiu respondentów oceniło szpital na 6 pkt, siedmiu na 7 pkt, ponad czterdziestu pięciu ankietowanych na 8 pkt, trzydziestu na 9 pkt, dziesięciu na 10 pkt. Po zsumowaniu wszystkich ocen ogólna średnia wyniosła 8,27 pkt. Jest to bardzo dobra ocena dla szpitala. Zapewne jest to spowodowane posiadaniem przez szpital Systemu Zarządzania ISO. Należy dodać, że 90% ankietowanych pacjentów stwierdziło, iż „z czystym sumieniem poleciliby krynicki szpital rodzinie i znajomym”.



## Podsumowanie i wnioski

Niniejsza praca magisterska porusza aspekt stosowania w podmiotach leczniczych różnych metod, technik oraz koncepcji skutecznego systemu zarządzania. Opisano jakie łączą je podobieństwa i co je różni. Przedstawione w pracy metody zarządzania to tylko koncepcje, które są stosowane w placówkach medycznych. Trudno wyróżnić sobie obecnie placówkę, nie wykorzystującą zarządzania jakością, elementów benchmarkingu, akredytacji czy lean management. Poza wymienionymi w pracy koncepcjami w zarządzaniu szpitalem, w placówkach medycznych wykorzystywane są także systemy np. outsourcing czy just in time.

Pojęcie jakości usług medycznych nie jest łatwe do zdefiniowania. Wynika to z faktu, że jest ono zagadnieniem złożonym, o interdyscyplinarnym charakterze, a ocena jakości świadczeń zdrowotnych ma charakter subiektywny, zależny od osoby, która je ocenia (jej oczekiwań, doświadczeń). Dbłość o poprawę jakości opieki zdrowotnej jest istotnym elementem codziennego funkcjonowania szpitala.

Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają postawioną w pracy hipotezę zakładającą, że jakość usług medycznych świadczonych w SPZOZ Szpitalu im. dr. J. Dietla Krynicy-Zdroju w subiektywnej ocenie pacjentów związana jest od posiadania przez placówkę certyfikatu ISO. Szpitale certyfikowane postrzegane są przez pacjentów jako placówki świadczące usługi o wyższej jakości. Placówki certyfikowane wzbudzają większe zaufanie wśród pacjentów. (hipoteza 1, problem badawczy 1). Większość respondentów krynicki szpital wybrało ze względu na wysoki standard - 62%, wysoką jakość świadczonych usług medycznych - 39%, krótki czas oczekiwania - 24% oraz bardzo dobra opieka medyczna- 20%. Należy dodać, że poziom usług świadczonych przez SPZOZ Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju w ocenie osób uczestniczących w ankiecie - pacjentów, kadry kierowniczej i pozostałego personelu jest wysoki.

Kolejnym badanym aspektem w niniejszej rozprawie była komunikacja z pacjentem. Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, poziom informowania pacjenta o różnych aspektach terapii jest zadawalający.

Odwołując się do wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, że:

- 74% pacjentów przyjętych na oddział zostało poinformowanych o sposobie przygotowania się do zabiegów i uzyskało informacje o terminach planowanych zabiegów,
- 83% otrzymało informacje o planowanych sposobach leczenia,



- 84% uzyskało informacje o stanie zdrowia,
- 89% zostało poinformowanych o istniejącym ryzyku związanym z leczeniem.

Za pomocą przeprowadzonych badań stwierdzono także, że osoby starsze mają mniejsze oczekiwania w odniesieniu do jakości różnych elementów usług świadczonych przez SPZOZ Szpital im. dr. J Dietla w Krynicy-Zdroju.

Kolejnym ocenianym aspektem funkcjonowania szpitala były warunki panujące w oddziale. Okazało się, że ocena tych warunków pozostawała w korelacji z wiekiem pacjenta. Większość osób, którym odpowiadają panujące warunki w oddziale, mają powyżej 50 lat i pochodzą ze wsi. W subiektywnej ocenie autorki pracy łatwiej zadowolić osoby starsze i pochodzące ze wsi. Im starsi są pacjenci, tym lepiej oceniają opiekę szpitalną. Również można dostrzec tę korelację w ocenie o serwowane posiłki. Dla 61% pacjentów są one dobre, dla 11% - dobre, dla 25% - średnie, a dla 3% złe.

Pacjenci biorący udział w badaniu pytani byli również o ich subiektywną ocenę pracy personelu lekarskiego. Ogólna ocena jest pozytywna. Istotne różnice zaobserwowano w kwestii wysłuchania pacjenta. 38% respondentów uważa, że lekarz słucha ich uważnie, a 62% uważa, że nie zwraca uwagi na to, co mówią. Kolejne istotne różnice zauważono w kwestii poświęconego czasu dla pacjenta. 79% z nich lekarz nie zapewnił kontaktu wystarczającego do uzyskania pełni informacji na temat ich stanu zdrowia. Jedynie 21% z nich jest zadowolonych z ilości poświęconego im czasu. Pozytywne oceny otrzymały aspekty takie, jak: zapewnienia intymności podczas badania (84%), uprzejmość lekarza (81%), zrozumiały sposób przekazywania informacji przez lekarza (73%).

Wysoka była również ocena przez pacjentów pracy i zachowania się personelu pielęgniarskiego (90% ocen dobrych i bardzo dobrych). Na ich tle zdecydowanie wyróżniały się opinie dotyczące dostępu do pielęgniarki w ciągu dnia i w nocy (35% niezadowolonych pacjentów przy 64% oceniających ten dostęp jako łatwy). W odpowiedziach także zauważono korelację pomiędzy wiekiem badanych a poziomem satysfakcji pacjentów. Osoby wskazujące na niewystarczający dostęp do pielęgniarki były większości młode (poniżej 38 roku życia). Wyniki przeprowadzonych badań własnych wskazują, że w SPZOZ Szpitalu im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju kadra kierownicza deklaruje aktywizowanie podwładnych do działań ukierunkowanych na wzmocnienie jakości, 80% kierowników - wspieranie pracowników i motywuje ich do coraz lepszej pracy i 100% kierowników - zapewnienie szkoleń i kursów dla pracowników. Warto jednak dodać, że deklaracje te pozostają w sprzeczności z ocenami pracowników. Największe różnice dotyczą zapewnienia kursów i szkoleń oraz podnoszenia kwalifikacji podwładnych. Kadra kierownicza w 100%



stwierdziła, że ten aspekty te są przez nich spełnione. Natomiast ponad połowa badanych pracowników (51%) uważa, że kursy i szkolenia w ich placówce nie istnieją, a 32% z nich nie odczuwa skutków działań mających podnieść ich kwalifikacje. Podobne różnice, choć o odwróconym składzie uzyskano na temat funkcjonowania systemu komunikacji wewnętrznej w badanej placówce. Ankietowani z drugiej grupy potwierdzili w 83%, że system komunikacji wewnętrznej sprawnie działa, gdzie kadra kierownicza oceniła ją jedynie na 60%. Pojawia się tu pytanie, dlaczego istnieje taka rozbieżność w odniesieniu do kursów i szkoleń? Może dlatego, że pracownicy często dostrzegają wagę podnoszenia kwalifikacji, ale zaproponowane kursy uważają za niepotrzebne lub niedostosowane do ich potrzeb? Stwierdzona rozbieżność zmusza do zastanowienia się, w jakim stopniu wysokie wyniki w grupie kierowników są efektem rzeczywiście podejmowanego wysiłku, a na ile zbyt wysokiej samooceny i często u przełożonych skłonności do przeszacowywania wartości własnych działań. Pojawia się także wątpliwość, czy wśród działań projakościowych nie brakuje (albo nie jest właściwie realizowana) procedury umożliwiającej analizę faktycznych potrzeb szkoleniowych i włączania w proces planowania doskonalenia zawodowego osób, do których ma być ono kierowane.

Wśród pracowników i kadry kierowniczej istnieje natomiast – przynajmniej w warstwie deklarowanej - zbieżność w aspekcie przydatności systemu zarządzania jakością w SPZOZ Szpitalu im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju. W obu badanych grupach ocena przydatności certyfikowanego systemu zarządzania jakością jest podobna i bardzo wysoka (99% wśród pracowników i 80% kadry kierowniczej). Hipotezę o wyższej jakości usług zdają się potwierdzać również wyniki dotyczące realizacji polityki jakości - zaangażowanie w tym obszarze deklaruje 85% pracowników.

Wyniki uzyskane na podstawie przeprowadzonego badania pozwalają potwierdzić hipotezę 2 wynikającą z problemu badawczego 1: zastosowane standardy postępowania kształtują postawy oraz zachowania pracowników. Pracownicy są odpowiedzialni za sukces szpitala. Należy jednak zaznaczyć, że istnieją pewne różnice w dokonanej ocenie między grupą kierowników i pracowników. I tak np., aż 88% kierowników czuje się odpowiedzialnych za sukces szpitala, przekonanie takie wyraża nieco mniej, bo 80% pracowników. Zaobserwowane różnice wynikają, być może z kwestii zajmowanego stanowiska i związanej z nim odpowiedzialności za zasoby wchodzące w skład organizacji.

Potwierdzenie znalazła także hipoteza zakładająca, że wprowadzony system zarządzania jakością (zgodny z procedurami certyfikacji norm ISO) wymusza doskonalenie zawodowe pracowników, implikując ich rozwój zawodowy. Zaangażowanie personelu,



zdobywanie nowej wiedzy, podnoszenie kwalifikacji oraz doskonalenie umiejętności są czynnikami, którym przypisuje się dużą wagę w kontekście poprawy jakości.

Jak założono w niniejszej pracy (hipoteza 4, problem badawczy 2), SZPOZ Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju wykazuje różny stopień doskonałości w poszczególnych obszarach objętych systemem zarządzania jakością. Całość oceny personelu i samej Izby Przyjęć nie wypadła najlepiej. 10% badanych zabrakło zapewnienia intymności podczas przyjęcia do szpitala, 15% z nich uważa, że Izba jest mała, 18% stwierdziło, że personel jest nieuprzejmy, a aż 30% respondentów załatwienie formularzy zajęło sporo czasu. Mamy tutaj również przeciwne odpowiedzi, podnoszące jakość świadczonej obsługi Izby Przyjęć. Dla 40% ankietowanych personel Izby zapewnił im intymność w trakcie przyjęcia do szpitala, dla 12% personel był uprzejmy, 13% szybko załatwiło wszystkie formalności, a dla 30% Izba jest duża ze sporą ilością miejsc do siedzenia. Istotne różnice zaobserwowano w takich aspektach, jak: czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala; organizacja sposobu przyjęcia na oddział; życzliwość personelu Izby.

Otrzymane wyniki z przeprowadzonych ankiet oraz analiza literatury krajowej i zagranicznej pozwoliła wysunąć następujące wnioski:

1. System zarządzania jakością ISO, wprowadzony w SZPOZ Szpitalu im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju zwiększa gwarancję uzyskania usług zdrowotnych na najwyższym poziomie.
2. Dbłość o uzyskanie i utrzymanie wysokiego poziomu jakości wymaga podejmowania działań ukierunkowanych na doskonalenie wszystkich elementów systemu zarządzania jakością.
3. Jakość usług medycznych świadczona przez szpitale certyfikowane jest wyższa w porównaniu z placówkami bez certyfikacji.
4. Jakość jest wartością istotną dla każdego z podmiotów systemu opieki zdrowotnej - pacjentów, personelu, płatnika.
5. W podejmowanych działaniach pro jakościowych akcentować należy subiektywne odczucia, potrzeby, oczekiwania pacjenta.
6. Świadome zarządzanie satysfakcją pacjenta należy postrzegać jako warunek rozwoju placówki w otoczeniu.
7. Implementacja systemu zarządzania jakością w szpitalach zmusza do stałego doskonalenia zawodowego pracowników.
8. Wdrożone algorytmy i procedury jakościowe kształtują postawy i zachowania pracowników.





## Spis literatury

1. Arrington R., Kurz S., Quality Management and Improvement, [w:] Handbook of Health Care Management, edited by Duncan W.J., Ginter P.M., Swayne L.E., Blackwell Publishers, Malden, Oxford 1998.
2. Bendell T., Boulter L., Benchmarking. Jak uzyskać przewagę nad konkurencją?, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000, s. 85.
3. Bielawa A., Fraś J., Gołębiowski M., „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2008, Nr 1, 165-170, cyt. za: Z. Kłós, Wprowadzenie strategii TQM do polskich przedsiębiorstw – analiza uwarunkowań, „Organizacja i Kierowanie” 1994, Nr 1.
4. Blumenthal D., Quality of care - what is it?, „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996, s. 891.
5. Bogutyn J., Monkiewicz J., Ubezpieczenia zdrowotne, [w:] Podstawy ubezpieczeń. Tom II - produkty, Monkiewicz J. (red.), Poltext Warszawa 2002, s. 416.
6. Bugdol M., Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej, „Teoria i praktyka”, Difin, Warszawa 2008, s. 18.
7. Burda K., Standaryzacja w opiece zdrowotnej elementem troski o satysfakcję pacjenta, „Antidotum”, Kraków 2003, (3) s. 42-48.
8. Dekalog racjonalnego systemu opieki zdrowotnej, Gabinet prywatny, Kraków 2003.(8) s. 8-9.
9. DeNavas-Walt A., Proctor B.D., Smith J.C, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, p. 60-238.
10. Dobska M., Dobski P., Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych, Wolters Kluwers, Poznań 2012, s. 154.
11. Dutkiewicz W., Podstawy metodologii badań – do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki, wyd. Stachurski, Kielce 2001, s. 55.
12. Dutkiewicz W., Praca magisterska z pedagogiki, wyd. Strzelec, Kielce 1994, s. 47.
13. Erath P., Eszlinger N., Schwarzkopf F., Standardy jakości w pracy socjalnej, Baden-Baden 2005, str. 165.
14. Fraś J., Zarządzanie jakością w instytucjach gospodarczych, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2000, s. 10, 16.
15. Głowacka D., Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej- wybrane zagadnienia, [w:] Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne,



- M.D. Głowacka (red.), Poznań 2004, s. 12.
16. Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 2009, s. 332.
  17. Gruszecki T. Współczesne teorie przedsiębiorstwa, PWN, Warszawa 2002, s. 32.
  18. Grynychutskyi V., Machuga N., Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne wymiary jakości usług zdrowotnych, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2007, (24) 93, s. 129.
  19. Hajdukiewicz D.R., Rola wytycznych i standardów postępowania w praktyce lekarskiej - różnice, wady i zalety obu rozwiązań, 8. Ogólnopolska Konferencja Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków 2003, s. 53-58.
  20. Hamrol A., Zarządzanie jakością z przykładami, PWN, Warszawa 2007, s. 27, 228-229.
  21. Hamrol A., Mantura W., Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa-Poznań 1999, s. 15, 93, 103.
  22. Hansen F., Standardy w pracy socjalnej, Uniwersytet w Kassel, Berlin 2010, (13) 34.
  23. Harrison S., C. Pollitt, Controlling Health Professional, Open University Press, Buckingham, 1994.
  24. Horbaczewski A., Filozoficzne źródła współczesnego pojmowania jakości, „Problemy Jakości” 2006, nr 10, s. 10.
  25. Imai, Kaizen M., Klucz do konkurencyjnego sukcesu Japonii, Kaizen Institute Polska, MT Biznes, Warszawa 2007, s. 35.
  26. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, U.S. Government Printing Office, Washington, DC 2010, s. 22.
  27. Jones A., Mitchell A., Lean thinking for the NHS. Report commissioned by the NHS Confederation, 2006, (9) 24
  28. Kanownik G., Koncepcje zarządzania jakością w służbie zdrowia, Edukacja ekonomistów i menedżerów, nr 4 (34) 2014, s. 141-143, 146-147.
  29. Karaszewski R., Zarządzanie jakością, Dom Organizatora, Toruń 2005, s. 113-114.
  30. Kasiewicz S., Zarządzanie operacyjne w dobie globalizacji, Difin, Warszawa 2002.
  31. Kautsch M., Whitfield M., Zdrowie i opieka zdrowotna - zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne, [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.), Kraków 2001, s. 31, 36-37.
  32. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu, UJ, Kraków 2001, s. 311.
  33. Kocot A., Wskaźnik oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych- koncepcja WHO,



- „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom I, nr 1/ 2003, s. 41.
34. Kotler Ph., Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York 1988, s. 484- 485.
35. Kotler P., Marketing, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2006, s. 356.
36. Krawczyńska A., Trzmielak D., Jakość usług medycznych. „Przegląd Organizacji”, nr 2, 2001, s. 34.
37. Kruger H., Metody badań w pedagogice, wyd. Pedagogika GWP, Gdańsk 2007, s. 140.
38. Księga Jakości Szpitala im. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju. System Zarządzania Jakością PN – EN ISO: 2009. Data wydania egzemplarza 12.01.2015.
39. Kubinowski D., Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia-metodyka-ewaluacja, Lublin, UMCS, 2011, s. 274
40. Kulik A., Latański M., Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznej, Czelej, Lublin 2002, s. 117.
41. Kulikowski J., Wójcik B., Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2003, nr 6, s. 34.
42. Kupczyk A., Korolewska-Mróż H., Czerwonka M., Radykalne zmiany w firmie, Wydawnictwo Prawno- Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1998, s. 29.
43. Lenartowicz H., Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie - materiały dydaktyczne specjalizacji Organizacji i Zarządzanie, Warszawa 1998, s. 39-44
44. Leowski J., Miller M., Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 2/2004, s. 18,19
45. Leowski J., Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia- o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 4/2001, s. 18, 220.
46. Lisiecka-Biełanowicz M., Zarządzanie jakością usług zdrowotnych, „Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera”, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2001, s. 33-35, 151.
47. Lisiecka K., Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 23.
48. Łańcucki J., Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM, AE w Poznaniu, Poznań 2006, s.26.
49. Łańda K., Wytyczne i standardy kliniczne- aktualna wiedza medyczna. Materiały konferencyjne: Jakość w opiece zdrowotnej, Centrum monitorowania jakości w Ochronie Zdrowia. Towarzystwo promocji zdrowia, Kraków 1999, s. 51-53.



50. Łanda K., Nogas G., Płazak M., Medycyna wiarygodna i racjonalizacja finansowania świadczeń zdrowotnych, „Antidotum”, 2002, nr 11, s. 36-37.
51. Łazicki A., Systemy zarządzania przedsiębiorstwem. Techniki lean management i kazein, Wiedza i Praktyka, Warszawa 2011, s. 22.
52. Łuczak J., Matuszak-Flejszman A., Metody i techniki zarządzania jakością. Kompendium wiedzy, Quality Progress, Poznań 2007, s. 88-384.
53. Marquardt D.W., ISO 9000: A Universal standard of Quality, „Management Review”, 1992, 81, 1, p. 50-52.
54. Materiały otrzymane z Działu Statystyki i Procedur Medycznych SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju
55. Misiński W, Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 104, 105.
56. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa 1996, s. 12, 26.
57. National Health Service Act, 1946, 9 & 10 Geo. 6, s. 81.
58. Niecikowska R., Standardy - spojrzenie i praktyka, „Pielęgniarstwo i My”, 1995, s. 19-20.
59. Nogalski A., Rybicki J.M. (red.), Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla studentów Studiów Podyplomowych, Dom Organizatora, Toruń 2002, s. 123-126.
60. Obora H., Podstawowe problemy implementacji zasad TQM w przedsiębiorstwie, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2012, Nr 265, s. 141-152, cyt.za: E. Kindlarski, Zarządzanie przez jakość, „Problemy Jakości” 1995, Nr 11.
61. Oleksyn T., Sztuka kierowania, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego w Warszawie, Warszawa 2001, wyd. III, s. 178.
62. Olszewski L., Kaizen Management System - sposób na bezinwestycyjny rozwój - mit czy rzeczywistość?, „Zarządzanie Jakością”, 2007, nr 3, s. 55.
63. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 19-21, 29-33, 71, 76, 122-124, 127-128, 133.
64. Ostrowska A., Stępień J., Standardy medyczne w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, „Standardy Medyczne”, 1999, nr 2, s. 32
65. Pilch T., Bauman T., Zasady badań pedagogicznych, Żak, Warszawa 2001, s. 43,46, 71.



66. PN-EN ISO 9001:2009.
67. Poździuch S., Strategie działania w dziedzinie zdrowia publicznego, [w:] Zdrowie publiczne, Czupryna A., Poździuch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), Vesalius, Kraków 2000, s. 27, 28
68. Poździuch S., System zdrowotny, [w:] Zdrowie publiczne, Czupryna A., Poździuch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), Kraków 2000, s. 127-132, 138-139.
69. Program akredytacji szpitali, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998.
70. Prussak W., Zarządzanie jakością. Wybrane elementy, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2006, s. 15, 16
71. Rogoziński K., Nowy marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000, s. 205.
72. Skrzypek A., Jakość i efektywność, UMC-S, Lublin 2000, s. 29.
73. Sobiecki J., Proces ilościowych badań pedagogicznych. Cz. I: Planowanie i przygotowanie badań, wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 111.
74. Sobkowski M., Staszewski R., Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003, s. 88–98.
75. Szafrąńska A., Szyran-Resiak A., Benchmarking, [w:] Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce, (red.) Hożej M., Kral Z., Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2011, s. 10-12.
76. Szczepańska K., Zarządzanie jakością. W dążeniu do doskonałości, C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 15, 16.
77. Szczepka M., Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce i w Europie, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1996, s. 105.
78. Szczerbińska K., Poprawa jakości usług medycznych. Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia, Szkoła zdrowia publicznego Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 142.
79. Szczerbińska K., Jakość opieki zdrowotnej, (w:) Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, tom 2, Vesalius, Kraków 2001, s. 143.
80. Szewiczek A., Lean management jako innowacja zarządcza w szpitalu, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 786 Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia nr 64/1, Szczecin 2013, s.633, 638.
81. Szulc A., Marchlewska B., Ochrona zdrowia jako wielostronny program medycyny zapobiegawczej, „Zdrowie Publiczne” 2001 nr 1, s. 37.



82. Tomasiak T., Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej, „Zdrowie i Zarządzanie”, Kraków 2002, s. 39, 42.
83. Urbaniak M., Jakość w marketingu, Sami Sobie, Poznań 1999, s 57.
84. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. Nr 112, poz. 654.
85. Webster A., The National Health Service. A Political History. Oxford University Press: Oxford, 2002, [za:] A. Olivier, The English National Health Service: 1979-2005, Health Economics Vol. 14 Special Issue: Analysing the Impact of Health System Changes in the EU Member States, John Wiley & Sons, Ltd. 2005, s. 75.
86. WHO Working Group. Quality Ace In Heath Care, 1989, I, p. 79-95.
87. Wiśniewska M., Malinowska E., Zarządzanie jakością żywności. Systemy. Koncepcje. Instrumenty, Difin, Warszawa 2011, s. 179-180.
88. Wiśniewska M. Z., Grudowski P., Zarządzanie jakością i innowacyjność w świetle doświadczeń organizacji Pomorza, Innobaltica, Gdańsk 2013, s. 50.
89. Włodarczyk C., Poździejch S., Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 13, 31, 129
90. Woynarowska B., Zdrowie i szkoła, PZWL, Warszawa, 2000, s. 126.

#### Internet:

1. M. Spychała, System TQM - Total Quality Management w przedsiębiorstwie, Poznań 2003, s. 6, <http://neur.am.put.poznan.pl/Skrypty/Projekt.pdf> (data odczytu 10.01.2016r.)
2. Akty prawne, <http://isap.sejm.gov.pl>, (data odczytu 6.02.2016r.)
3. Cechy usług medycznych <http://www.jakosc.biz> (data odczytu 6.02.2016r.)
4. JCAHO <http://www.mz.gov.pl> (data odczytu 6.02.2016r.)
5. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty <http://www.mz.gov.pl> (data odczytu 8.02.2016r.)
6. PATH, Performance assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, World Health Organization <http://www.euro.who.int/en/home> (data odczytu 10.02.2016r.)
7. Łańcuch jakości [http://www.strony.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2\\_rozdzial\\_4.htm](http://www.strony.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2_rozdzial_4.htm) (data odczytu 10.02.2016r.)
8. Akredytacja <http://www.cmj.org.pl> (data odczytu 11.02.2016r.)
9. Ustalenie celów <http://www.certios.pl/start/aktualnosci/197-cele-jakosci-zgodnie-z-iso-9001-2015> (data odczytu 11.02.2016r.)
10. Zdjęcie obiektu szpitala <http://www.nfz-rakow.pl/index.php?site=view&item=art&id=482> (data odczytu 11.02.2016r.)
11. Nowicka I., Kryzys szansą na podniesienie efektywności organizacji. Czy kaizen pomaga osiągnąć ten cel?, Kaizen Institute Polska, <http://pl.kaizen.com/> (data odczytu 14.02.2016r.)



12. Witkiewicz W., Cymbała V., Fiałkowska M., Możliwość wykorzystania prostych narzędzi poprawy jakości opartych na filozofii kaizen przy wdrożeniu Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, [http://szpital-tomaszow.pl/aktualnosci/konferencja/2012-05-29-s4-3-k16\\_07\\_cymbala-txt.pdf](http://szpital-tomaszow.pl/aktualnosci/konferencja/2012-05-29-s4-3-k16_07_cymbala-txt.pdf) (data odczytu 14.02.2016r.)
13. Lewicka F., Lean Management nowa alternatywa w ochronie zdrowia?, [http://pinmed.pl/kongres/wp-content/uploads/Kongres\\_Medmetriq\\_05\\_-\\_Lean\\_management\\_w\\_szpitalu.pdf](http://pinmed.pl/kongres/wp-content/uploads/Kongres_Medmetriq_05_-_Lean_management_w_szpitalu.pdf) (data odczytu 15.02.2016r.)
14. LEI Polska: Lean Enterprise Institute Polska, <http://lean.org.pl/lean-w-obszarach-pozaprodukcyjnych/> (data odczytu 15.02.2016r.)



## Spis tabel

Tabela 1. Modele systemów opieki zdrowotnej.....	11
Tabela 2. Porównanie modeli systemów opieki zdrowotnej.....	13
Tabela 3. Elementy systemów opieki zdrowotnej.....	15
Tabela 4. Definicje „jakości” w ujęciu filozoficznym .....	20
Tabela 5. Definicje „jakości” w ujęciu technicznym .....	21
Tabela 6. Rozwój jakości .....	25
Tabela 7. Różnice między ISO a TQM .....	29
Tabela 8. Stare narzędzia zarządzania jakością.....	30
Tabela 9. Nowe narzędzia zarządzania jakością .....	31
Tabela 10. Podział nowych narzędzi zarządzania jakością według J. Łuczaka i A. Matuszak-Flejszman .....	32
Tabela 11. Charakterystyka usług medycznych.....	38
Tabela 12. Kryteria świadczeń usług medycznych .....	46
Tabela 13. Źródła standardów usług medycznych.....	50
Tabela 14. Wskaźniki i kryterium jakości struktury, procesu i wyniku – przykład dla cukrzycy .....	54
Tabela 15. Wskaźniki wykorzystania łóżek w 2010 i 2014r.....	73
Tabela 16. Wyniki finansowe z lat 2010–2014 SPZOZ Szpitala im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju.....	75
Tabela 17. Podział badanych osób ze względu na płeć.....	86
Tabela 18. Podział badanych osób ze względu na pochodzenie .....	87
Tabela 19. Podział badanych osób ze względu na wykształcenie .....	87
Tabela 20. Podział badanych osób ze względu na wiek.....	87
Tabela 21. Ocena aspektów systemu zarządzania jakością w opinii kadry kierowniczej.....	88
Tabela 22. Ocena aspektów systemu zarządzania jakością w opinii pracowników szpitala ...	90
Tabela 23. Działania podejmowane przez personel szpitala zwiększające satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług.....	91
Tabela 24. Porównanie odpowiedzi na temat aspektów systemu zarządzania jakością pomiędzy kadrami kierowniczą a pozostałym personelem szpitala.....	93
Tabela 25. Podział specjalizacji lekarzy ze względu na rodzaj wydanych skierowań dla pacjentów oczekujących na przyjęcie do szpitala .....	95





Tabela 26. Ocena personelu Izby Przyjęć i samej Izby Przyjęć.....	98
Tabela 27. Warunki panujące w oddziale .....	99
Tabela 28. Komunikacja personel - pacjent .....	100
Tabela 29. Ocena pracy personelu lekarskiego .....	101
Tabela 30. Ocena ogólnej opieki medycznej .....	102

## Spis wykresów

Wykres 1. Liczba osób biorących udział w badaniu ankietowym .....	84
Wykres 2. Podział badanych pracowników ze względu na oddział, w którym pracują.....	85
Wykres 3. Podział badanych pacjentów ze względu na oddział, na którym są hospitalizowani .....	85
Wykres 4. Podział personelu szpitala ze względu na charakter wykonywanej pracy.....	86
Wykres 5. Przydatność certyfikowanego systemu zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej .....	89
Wykres 6. Działania korygujące i doskonalące jakość usług podejmowane przez pracowników szpitala.....	92
Wykres 7. Porównanie przydatności certyfikowanego systemu zarządzania jakością w ocenie kadry kierowniczej i pozostałych pracowników szpitala .....	94
Wykres 8. Czas oczekiwania na przyjęcia do szpitala .....	96
Wykres 9. Aspekty decydujące o wyborze szpitala .....	97
Wykres 10. Ocena serwowanych posiłków.....	100
Wykres 11. Ocena życzliwości i pracy pielęgniarek.....	103
Wykres 12. Dostęp do pielęgniarki .....	103

## Spis rysunków

Rys. 1. Ochrona zdrowia a polityka społeczno-ekonomiczna .....	6
Rys. 2. Funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej .....	9
Rys. 3. Relacje pomiędzy celami a funkcjami systemu zdrowotnego .....	10
Rys. 4. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej wg Contandriopoulou.....	16
Rys. 5. Model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej .....	17
Rys. 6. Elementy opieki zdrowotnej i kryteria jej sprawności.....	18
Rys. 7. Optymalny model systemu opieki zdrowotnej.....	19
Rys. 8. Jakość z punktu widzenia użytkownika .....	22



Rys. 9. Jakość w cyklu życia produktu – łańcuch jakości.....	23
Rys. 10. Cykl PDCA Deminga.....	27
Rys. 11. Sfery jakości w usłudze medycznej .....	42
Rys. 12. Czynniki jakości usług medycznych.....	47
Rys. 13. Wymiary oceny jakości według założeń PATH .....	55
Rys. 14. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych okiem pacjenta .....	56
Rys. 15. Elementy łańcucha jakości- przykład pacjenta „ostrego” z chirurgii ogólnej .....	57
Rys. 16. Zasada SMART zastosowana w Normach ISO .....	64
Rys. 17. SPZOZ Szpital im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju.....	76
Rys. 18. Certyfikat Jakości przyznany SPZOZ Szpitalowi im. dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju .....	80



## ANEKS

### Ankieta dla pacjentów hospitalizowanych

#### Szanowni pacjenci!!!

Jestem studentką II roku studiów magisterskich na kierunku zarządzanie firmą w WSB-NLU w Nowym Sączu. Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest uzyskanie informacji na temat jakości świadczonych usług w szpitalu, w którym państwo przebywacie.

Zbrane w ten sposób dane pomogą mi w sformułowaniu wniosków, które zostaną zawarte w pracy magisterskiej. Z uwagi na chęć przedstawienia wiarygodnych i rzetelnych informacji, proszę o poważne potraktowanie poniższej ankiety oraz udzielenie szczerych odpowiedzi. Ankieta jest całkowicie anonimowa.

Odpowiadając na pytanie proszę o zaznaczenie odpowiedzi poprzez wstawienie „x” w kwadraciku dostępnych odpowiedzi.

Dziękuję!

#### CZEŚĆ I ANKIETY PRZYJĘCIE DO SZPITALA, IZBA PRZYJĘĆ, WARUNKI PANUJĄCE W ODDZIALE

1. Przyczyną przyjęcia do szpitala było?
  - Przypadek nagły/bez skierowania
  - Skierowanie od lekarza  
jakiego.....
  - Przeniesiono mnie z innego szpitala
2. Jak długo oczekiwał Pan/Pani na przyjęcie do szpitala?
  - Przyjęto mnie od razu
  - Czekałem od 1-6 dni
  - Czekałem ponad tydzień
  - Czekałem ponad miesiąc
  - Czekałem od 2-3 miesięcy
  - Czekałem od 4-6 miesięcy
  - Czekałem ponad pół roku
  - Czekałem ponad rok i dłużej  
Jak długo.....
  - Pytanie mnie nie obejmuje, przyjęto mnie z powodu nagłego/przeniesiono mnie z innej placówki
3. Czy według Pana/Pani czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala był?
  - Krótki
  - Długi
  - Trudno jest mi to określić
  - Pytanie mnie nie dotyczy
4. Dlaczego Pan/Pani wybrał/ła ten szpital?
  - Krótki czas oczekiwania
  - Bardzo dobra opieka medyczna/kadra
  - Znajomi i rodzina mi go zachwalali
  - Wysoki standard
  - Wysoka jakość usług
  - Bliskość domu zamieszkania
  - Nie miałem wpływu na wybór szpitala
5. W momencie przyjęcia do szpitala, jak ocenia Pan/Pani pracę personelu Izby Przyjęć i samą Izbę Przyjęć? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
  - Szybko załatwiłam/em wszystkie formularze
  - Załatwienie wszystkich formularzy zajęło mi sporo czasu
  - Personel był miły i uprzejmy



- Personel był nieuprzejmy
  - Izba Przyjęć jest duża, sporo miejsc do siedzenia
  - Izba przyjęć jest mała, nie ma gdzie usiąść
  - Brak intymności w załatwieniu przyjęcia do szpitala
  - Zapewnienie intymności w trakcie przyjęcia do szpitala
  - Nie mogę odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ w trakcie przyjęcia do szpitala byłam/em nieprzytomna/y
6. Na jakim oddziale Pan/Pani jest hospitalizowany? (wpisz nazwę oddziału)
- .....
7. Jak ocenia Pan/Pani warunki panujące na oddziale, na którym jest hospitalizowany? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
- Wysoki standard
  - Nie podoba mi się
  - Przydałby się remont
  - Na sali jest czysto
  - Na sali jest brudno
  - Sala jest duża, łatwo się po niej poruszać
  - Sala jest mała, trudno się po niej poruszać
  - W toaletach jest czysto
  - W toaletach jest brudno
  - Toalety są duże, łatwo się po nich poruszać
  - Toalety są małe, trudno się po nich poruszać
  - Sala i toaleta dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych
  - Sala i toaleta nie jest dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych
  - Kiepskie wyposażenie (oświetlenie, meble)
  - Wyposażenie jest w sam raz (oświetlenie, meble)
  - Łatwy dostęp do telefonu
  - Nie ma dostępu do telefonu
  - Nie mam zdania
8. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani warunki panujące na oddziale, na którym jest hospitalizowany?
- Bardzo dobre
  - Dobre
  - Średnie
  - Złe
  - Nie mam zdania
9. Jak ocenia Pan/Pani posiłki serwowane na Swoim oddziale?
- Bardzo dobre
  - Dobre
  - Średnie
  - Złe
  - Nie mam zdania
10. Czy poinformowano Pana/Panią o harmonogramie dnia i zasadach panujących na twoim oddziale/.
- Tak
  - Nie
11. Czy poinformowano Pana/Panią o terminie planowanego zabiegu/sposobie leczenia?
- Tak
  - Nie
12. Czy poinformowano Pana/Panią o sposobie przygotowania do zabiegu?
- Tak
  - Nie
  - Pytanie mnie nie dotyczy

## CZEŚĆ II ANKIETY: OPIEKA MEDYCZNA

1. Jak Pan/Pani ocenia lekarza prowadzącego Swój przypadek?
- Uważnie słucha
  - Nie słucha uważnie
  - Zapewnienie intymności podczas badania
  - Brak intymności w trakcie badania



- Łatwy dostęp do lekarza w razie potrzeby
- Trudny dostęp do lekarza w razie potrzeby
- Lekarz wyraża się jasno i zrozumiale
- Nie rozumiem co lekarz do mnie mówi
- Lekarz jest miły i uprzejmy
- Lekarz jest nie uprzejmy
- Lekarz poświęca mi dość czasu
- Lekarz nie poświęca mi dość czasu
- 2. Czy lekarz prowadzący Pana/Pani przypadek miał sprzeczne opinie dotyczące sposobu leczenia w trakcie konsultacji z innym personelem?
  - Tak
  - Nie
- 3. Czy personel medyczny rozmawiał o Pana/Pani przypadku przy osobach trzecich, gdzie czułeś się skrępowany?
  - Tak
  - Nie
- 4. Czy Pan/Pani miał z kim porozmawiać o swoich obawach dotyczących leczenia/zabiegu operacyjnego?
  - Tak
  - Nie
- 5. Czy otrzymał Pan/Pani dostateczne informacje o swoim stanie zdrowia?
  - Tak
  - Nie
- 6. Czy poinformowano Pana/Panią o ryzyku sposobu leczenia/ zabiegu operacyjnego i ewentualnych skutkach ubocznych
  - Tak
  - Nie
- 7. Czy opowiedziano Panu/Pani o przebiegu zabiegu?
  - Tak
  - Nie
  - Pytanie mnie nie dotyczy
- 8. Jak ocenia Pan/Pani życzliwość pielęgniarek?
  - Bardzo dobrze
  - Dobrze
  - Źle
  - Nie mam zdania
- 9. Jak ocenia Pan/Pani pracę pielęgniarek? (zmiany opatrunków, zastrzyki, podawanie leków, mierzenie ciśnienia, pobieranie krwi)
  - Bardzo dobrze
  - Dobrze
  - Źle
  - Nie mam zdania
- 10. Czy dostęp do pielęgniarki w ciągu dnia i w nocy był?
  - Łatwy
  - Trudny
  - Bardzo trudny
- 11. Czy zgłaszając ból lub złe samopoczucie długo czekał Pan/Pani na udzielenie pomocy?
  - Tak
  - Nie

### CZEŚĆ III ANKIETY: OCENA OGÓLNA

1. W skali od 1 do 10 jak ocenia Pan/Pani nasz szpital? (wpisz swoją ocenę)  
.....
2. Czy poleciliby Pan/Pani nasz szpital rodzinie i znajomym?
  - Tak
  - Nie
3. Jeśli ma Pan/Pani jakieś uwagi dotyczące szpitala proszę wpisać je poniżej.



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**METRYCZKA**

**Płeć**

- Kobieta
- Mężczyzna

**Wiek.....**

**Pochodzenie**

- Miasto
- Wieś

**Wykształcenie**

- Podstawowe
- Średnie
- Zawodowe
- Wyższe

**Dziękuję za wypełnienie ankiety**



## ANKIETA DLA KADRY KIEROWNICZEJ DOTYCZĄCA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

**Szanowni państwo!!**

Jestem studentką II roku studiów magisterskich na kierunku zarządzanie firmą w WSB-NLU w Nowym Sączu. Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest uzyskanie informacji na temat jakości świadczonych usług w szpitalu, w którym Państwo pracujecie.

Zebrane w ten sposób dane pomogą mi w sformułowaniu wniosków, które zostaną zawarte w pracy magisterskiej. Z uwagi na chęć przedstawienia wiarygodnych i rzetelnych informacji, proszę o poważne potraktowanie poniższej ankiety oraz udzielenie szczerych odpowiedzi. Ankieta jest całkowicie anonimowa.

Odpowiadając na pytanie proszę o zaznaczenie odpowiedzi poprzez wstawienie „x” w kwadraciku dostępnych odpowiedzi.

Dziękuję!

1. Czy inni pracownicy biorą udział w tworzeniu wizji szpitala?  
 Tak  
 Nie
2. Czy komunikacja wewnętrzna sprawnie działa?  
 Tak  
 Nie
3. Czy w szpitalu działa system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?  
 Tak  
 Nie
4. Czy pracownicy mają zapewnione szkolenia i kursy?  
 Tak  
 Nie
5. Jak Pani/Pan doskonali swoje umiejętności? Proszę opisać własny rozwój zawodowy w ostatnich latach (studia, kursy, szkolenia, specjalizacje, itd.).
6. Czy motywują państwo pracowników do lepszej pracy?  
 Tak  
 Nie
7. Czy koordynuje Pani/Pan realizację wyznaczonej polityki jakości?  
 Tak  
 Nie
8. Czy problemy istniejące w szpitalu są poddawane dyskusji i próbie rozwiązywania tych problemów?  
 Tak  
 Nie
9. Czy personel jest informowany o planach krótko- i długofalowych szpitala?  
 Tak  
 Nie
10. Czy utworzone są zespoły zadaniowe?  
 Tak  
 Nie
11. Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?  
 Tak  
 Nie
12. Jak ocenia Pani/Pan przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w placówce medycznej?  
 Bardzo dobrze  
 Dobrze  
 Źle  
 Nie mam zdania na ten temat



**METRYCZKA**

**Płeć**

- Kobieta
- Mężczyzna

**Wiek**.....

**Zalicza się Pan/i do:**

- Kierownictwa wyższego szczebla
- Kierownictwa średniego szczebla
- Kierownictwa niższego szczebla

Dziękuję za wypełnienie ankiety





## Ankieta dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej dotycząca systemu zarządzania jakością

**Szanowni państwo!!**

Jestem studentką II roku studiów magisterskich na kierunku zarządzanie firmą w WSB-NLU w Nowym Sączu. Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest uzyskanie informacji na temat jakości świadczonych usług w szpitalu, w którym państwo pracujecie.

Zebrane w ten sposób dane pomogą mi w sformułowaniu wniosków, które zostaną zawarte w pracy magisterskiej. Z uwagi na chęć przedstawienia wiarygodnych i rzetelnych informacji, proszę o poważne potraktowanie poniższej ankiety oraz udzielenie szczerych odpowiedzi. Ankieta jest całkowicie anonimowa.

Odpowiadając na pytanie proszę o zaznaczenie odpowiedzi poprzez wstawienie „x” w kwadraciku dostępnych odpowiedzi.

Dziękuję!

1. Czy identyfikujesz się z działaniami pro jakościowymi podejmowanymi przez szpital?
  - Tak
  - Nie
2. Czy akceptujesz wizję szpitala?
  - Tak
  - Nie
3. Jakie jest Twoje zaangażowanie w realizację polityki jakości?
  - Duże
  - Małe
4. Czy w szpitalu istnieje system podnoszenia kwalifikacji podwładnych?
  - Tak
  - Nie
5. Czy doskonalisz swoje umiejętności (kursy, szkolenia)?
  - Tak
  - Nie
6. Czy kierownictwo motywuje Cię do działania poprzez udzielanie wsparcia?
  - Tak
  - Nie
7. Czy sprawnie funkcjonuje komunikacja wewnętrzna i przepływ informacji?
  - Tak
  - Nie
8. Czy uważasz, że prowadzony program jakości powinien obejmować nowe grupy pracowników?
  - Tak
  - Nie
9. Jakie działania podejmujesz by zwiększyć satysfakcję pacjentów ze świadczonych usług?
  - Poświęcam czas na rozmowę
  - Pocięszam chorych
  - Udzielam w języku zrozumiałym dla pacjenta wszelkich niezbędnych informacji o jego stanie zdrowia, sposobach leczenia, udzielanej opiece, badaniach diagnostycznych, wykonywanych zabiegach i przebiegu planowanej operacji
  - Uważnie słucham chorych
  - Dbam o higienę chorych
  - Stwarzam miłą atmosferę
  - Dbam o wysoką kulturę obsługi pacjenta
  - Jestem uprzejma/-y, życzliwa/-y
  - Jestem staranna/-y przy wykonywaniu zabiegów i opatrunków, mierzeniu ciśnienia, poboru krwi, itp.,
  - Dbam o pielęgnację pacjenta
10. Jak często podejmujesz działania korygujące i doskonalące jakość usług?
  - Systematycznie
  - Raz w tygodniu
  - Raz w miesiącu



- Wcale
- 11. Jak oceniasz przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości?
  - Bardzo dobrze
  - Dobrze
  - Źle
  - Nie mam zdania na ten temat
- 12. Czy czuje się Pani/Pan odpowiedzialna za sukces szpitala?
  - Tak
  - Nie

**METRYCZKA**

Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek.....

Zalicza się Pan/i do:

- personelu medycznego
- personelu administracyjnego
- personelu pomocniczego

Dziękuję za wypełnienie ankiety

