

Systemy zarządzania jakością w polskiej opiece zdrowotnej

Maciej Mądrała

Wraz z reformą opieki zdrowotnej w Polsce i usprawnieniem systemu jej finansowania dojdzie do sytuacji, w której starania o pacjenta i najwyższą jakość świadczonych usług przybiorą w pełni marketingowy charakter. Uznaje się, że filozofia TQM (ang. Total Quality Management – zarządzanie przez jakość), oparta na analizie potrzeb i oczekiwań klientów oraz ciągłym podwyższaniu jakości oferowanych usług, jest rozwiązaniem najskuteczniejszym spośród wielu inicjatyw mających na celu zapewnienie bądź podwyższanie jakości opieki zdrowotnej.

Aby zidentyfikować, scharakteryzować i ocenić stopień wdrożenia funkcjonujących systemów zarządzania jakością oraz określić trudności i motyvatory związane ze stosowaniem określonych systemów, przeprowadzono badania ankietowe wśród 57 dobranych celowo, obiektywnie najlepszych jakościowo, polskich szpitali.

Uzyskane wyniki świadczą o niezadowalającym poziomie zarządzania jakością w polskiej opiece zdrowotnej. Szpitale nie wykorzystują jeszcze systemów opartych na filozofii TQM.

Cel i przedmiot badania

Konieczność zapewnienia właściwej jakości w służbie zdrowia dobitnie podkreślają dane amerykańskiego Instytutu Medycyny (IOM – *Institute of Medicine*) (Crago, Merry 2001), według których amerykański szpitalny system opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za 44-98 tysięcy zgonów rocznie. Dodając do tego pozaszpitalne błędy lekarskie, około 150 do 400 tysięcy Amerykanów ginie ze względu na niewystarczającą jakość systemu zdrowotnego (Lawrence 2000). Tym samym opieka zdrowotna stanowi trzecią najczęstszą przyczynę śmierci – po zawałach serca i nowotworach. Koszty błędów lekarskich są wysokie – w samych Stanach Zjednoczonych wynoszą one od 17 do 29 miliardów dolarów rocznie. Według europejskich badań 4% pacjentów szpitalnych cierpi z powodu obrażeń, których można było uniknąć, u 7% została zastosowana zła terapia lekowa, a 45% doświadcza błędów medycznych (Ovretveit 2000). Z drugiej jednak strony, według *National Comitee for Quality Assurance* (NCQA) (Fifth Annual Managed Care Quality Report Shows “Significant” Care/Service Gains 2001), ze względu na ro-

snący poziom opieki zdrowotnej, w roku 2001 pracodawcy amerykańscy zaoszczędzili 8 milionów dni zwolnieniowych, co dało 1,4 mld. dolarów dodatkowych przychodów, związanych ze zwiększoną wydajnością i oszczędnościami na zwolnieniach chorobowych.

Zidentyfikowano wiele inicjatyw mających na celu zapewnienie bądź podniesienie jakości opieki zdrowotnej (Ovretveit 2000):

- inicjatywy środowiskowe, jak certyfikaty, edukacja, ustanawianie standardów i audyt przez profesjonalistów (lekarzy);
- promocja medycyny opartej na faktach (EBM – *evidence-based medicine*), wspierana przez profesjonalistów i niektóre rządy;
- wykorzystanie audytu: ustanawianie standardów i porównywanie działalności pod względem standardów (np. UK Kings Fund, ISO);
- regulacje rządowe (licencje i inspekcje);
- krajowe strategie pro jakościowe (np. w Norwegii, Danii czy Wlk. Brytanii);
- nagrody jakościowe i modele oceny jakości (np. MBNQA oraz EFQM);
- zbieranie danych dotyczących jakości i ich porównywanie (tajne i publiczne);
- benchmarking;
- uczestnictwo pacjentów w inicjatywach pro jakościowych, ich edukacja oraz informowanie o przysługujących im prawach;
- metody analizy procesów świadczenia usług i re-engineeringu;
- zarządzanie przez jakość (ang. TQM – *total quality management*).

Projekt badawczy ExPeRT Komisji Europejskiej zidentyfikował 4 dominujące w Europie podejścia do oceny jakości w służbie zdrowia (Klazinga, Nabit, Walburg 2000):

- akredytacje;
- wizytacje (*visitation* – duński model oceny zewnętrznej);
- ISO (*International Organization for Standardization*);
- EFQM (*European Foundation for Quality Management*).

Modele ISO i powszechne formy akredytacji oraz wizytacji można zaszerogować do form zapewnienia jakości (ang. QA – *Quality Assurance*). Natomiast model EFQM uznaje się jako model zapewniający podwyższanie jakości (ang. QI – *Quality Improvement*). Według ekspertów projektu ExPeRT (Klazinga, Nabit, Walburg 2000), EFQM (wykorzystujący koncepcję TQM) jest modelem najwszechstronniejszym, ponieważ traktuje zarządzanie jakością jako integralną sferę wszystkich funkcji medycznych i menedżerskich, na wszystkich szczeblach organizacji. ISO może jednak stanowić podłoże dla wprowadzenia modelu EFQM. Należy wspomnieć, że w podręcznikach akredytacyjnych obecnie coraz większy nacisk kładzie się na schemat struktura-proces-wynik oraz wdrażanie systemów jakości i filozofii TQM (Klazinga 2000). Najnowsza norma – ISO 9001:2000 – zawiera już elementy doskonalenia się i podwyższania jakości.

TQM w służbie zdrowia obejmuje strategie mające na celu podwyższanie jakości i redukcję kosztów. Strategie TQM koncentrują się na:

- określeniu i zaspokojeniu potrzeb pacjentów;
- redukcji kosztów związanych z niespełnianiem standardów;
- walce o całkowitą eliminację defektów („*zero defects*”);
- redukcji odchyleń wyników;

- użyciu metod statystycznych do identyfikacji i monitorowania procesu;
- ciągłej pracy nad udoskonalaniem jakości.

Istotę zarządzania jakością w opiece zdrowotnej (Kimberly, Minvielle 2000) można podsumować w 5 punktach:

1. Zarządzanie jakością w służbie zdrowia musi być dostosowane do szczególnej charakterystyki tej branży. Niemożliwe jest importowanie i replikowanie modeli z przemysłu.
2. Zarządzanie jakością musi mieć systematyczny, a nie incydentalny charakter.
3. Zarządzanie jakością musi angażować wszystkich – lekarzy, pielęgniarki, menedżerów, pozostały personel oraz pacjentów.
4. Zarządzanie jakością musi stanowić priorytet strategiczny organizacji.
5. Zarządzanie jakością musi dotyczyć zarówno wymiaru technicznego, jak i procesowego.

Nasuwa się pytanie, jakie systemy zarządzania jakością są wykorzystywane w polskiej opiece zdrowotnej. Czy są to systemy zaawansowane, oparte na filozofii TQM? Nie ulega wątpliwości, że zarządzanie jakością w niedługiej przyszłości stanie się bardzo istotne, gdyż wraz z reformą służby zdrowia i usprawnieniem systemu finansowania opieki zdrowotnej, dojdzie do sytuacji na rynku, gdzie starania o klienta przybiorą w pełni marketingowy charakter. Filozofia TQM, oparta na analizie potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz ciągłym podwyższaniu jakości oferowanych usług, powinna znaleźć rozległe zastosowanie i zostać wdrożona na szeroką skalę.

Jednak obecnie istnieje niewiele inicjatyw mających na celu implementację systemów zarządzania jakością do polskich ośrodków medycznych i zapewnienie, bądź podwyższanie jakości świadczonych usług. Na dzień 1.08.2003 r. 55 spośród 700 polskich szpitali posiadało akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Dotąd tylko nieliczne szpitale uzyskały certyfikat ISO 9001:2000, jednak ich liczba zaczęła gwałtownie wzrastać wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej i ułatwieniem dostępu do nowych rynków.

Aby zidentyfikować, scharakteryzować i ocenić stopień wdrożenia funkcjonujących w polskiej opiece zdrowotnej systemów zarządzania jakością oraz określić trudności i motywy związane ze stosowaniem określonych systemów, przeprowadzone zostało prezentowane poniżej badanie.

Metoda i dane

Infrastruktura opieki zdrowotnej w Polsce obejmuje obecnie około 16 tysięcy ZOZ, z czego ponad 13 tysięcy stanowią NZOZ, a prawie 700 publiczne szpitale (Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej). Badaniem objęto szpitale akredytowane przez Centrum Monitorowania Jakości (55 na dzień 1.08.2003), 100 najlepszych szpitali z rankingu Rzeczypospolitej (edycja 2003) oraz członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych (48 szpitali na dzień 1.10.2003). Ranking Rzeczypospolitej został wybrany na podstawie analizy porównawczej z rankingami prezentowanymi we Wprost oraz Newsweeku, jako najbardziej obiektywny. Założeniem badania było, że wybrane według wspomnianego klucza szpitale charakteryzują się najwyższą jakością świadczonych usług medycznych, a tym samym powinny mieć wdrożone najbardziej zaawansowane systemy zarządzania jakością spośród wszystkich polskich szpitali.

Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu ankiety pocztowej, opartej w znacznym stopniu na holenderskim modelu oceny systemów zarządzania jakością (De Bakker, Groenewegen, Wagner 1999). Model ten pozwala analizować stopień wdrożenia systemów zarządzania jakością w 5. polach funkcjonowania organizacji, zgodnie z parametrami ujętymi w tabeli:

Etap \ Pole	Dokumenty zapewniające jakość (QA)	Zaangażowanie pacjentów	Kontrola procesu oparta na standardach	Zarządzanie zasobami ludzkimi	Procedury udoskonalające jakość (QI)
Etap 1: Orientacja	<ul style="list-style-type: none"> – strategia szpitala – opis usług 	pacjent nie jest zaangażowany	standardy dla określonych procedur	zachęcanie personelu do rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> – wykorzystanie planów opieki indywidualnej – ocena przez niezależnych ekspertów
Etap 2: Przygotowanie	<ul style="list-style-type: none"> – polityka jakościowa – instytucjonalny plan jakościowy – profile jakości 	<ul style="list-style-type: none"> – omawianie badań satysfakcji – ocena postępów w poprawie jakości 	standardy: <ul style="list-style-type: none"> – edukacji pacjentów – specyficznych grup pacjentów – utylizacji sprzętu medycznego 	<ul style="list-style-type: none"> – szkolenie personelu pomocniczego – szkolenie pers. med. – udział w projektach w godzinach pracy – zarząd wskazuje wymagane zachowania 	<ul style="list-style-type: none"> – rejestracja skarg – komitety – wywiady oceniające pracę
Etap 3: Implementacja	<ul style="list-style-type: none"> – plan jakościowy dla niektórych oddziałów – plan jakościowy dla wszystkich oddziałów 	nieregularne zaangażowanie w: <ul style="list-style-type: none"> – komitety – projekty QI – opracowanie kryteriów, standardów 	standardy dla: <ul style="list-style-type: none"> – sytuacji krytycznych – kooperacji z innymi organizacjami 	<ul style="list-style-type: none"> – zarząd sprawdza – zarząd monitoruje – specyficzne kryteria naboru nowych pracowników 	<ul style="list-style-type: none"> – badanie satysfakcji – analiza potrzeb
Etap 4: Ugruntowanie	<ul style="list-style-type: none"> – roczny raport jakościowy – księga jakości 	regularne zaangażowanie w: <ul style="list-style-type: none"> – komitety – projekty QI – opracowanie kryteriów, standardów 	standardy dla: <ul style="list-style-type: none"> – przepływu pacjentów (postępowania z pacjentem) 	<ul style="list-style-type: none"> – systematyczny feedback – priorytety w odniesieniu do polityki jakościowej 	<ul style="list-style-type: none"> – zarządzanie systemami informacyjnym – wewnętrzny audyt – wizytacja

Tabela 1. Model oceny stopnia wdrożenia systemów zarządzania jakością. Źródło: Wagner C., De Bakker D., Groenewegen P 1999.

Ankieta pocztowa uzupełniona została o pytania dotyczące problemów napotykanych przez menedżerów podczas codziennej pracy na rzecz jakości oraz motywatorów skłaniających ich do podejmowania działań projakościowych. Została ona rozслana na początku czerwca 2004 roku do 187 szpitali (139 szpitali publicznych oraz 48 niepublicznych). Odpowiedź uzyskano od 57 jednostek (30%).

Wyniki

Uzyskane wyniki przedstawione są poniżej w formie tabelarycznej.

1. Czy Państwa szpital ma jeden albo więcej z wymienionych niżej dokumentów?

DOKUMENTY	NIE (0 pkt)	W opracowaniu (1 pkt)	TAK (2 pkt)	Średnio punktów	% TAK
– Strategia szpitala w formie pisemnej zawierająca misję, priorytety oraz cele organizacji	3	4	47	1,81	82%
– Opis usług: szczegółowy opis opieki nad różnymi grupami pacjentów	8	10	37	1,53	65%
– Profile jakości: konkretne opisy standardów jakości świadczonych usług medycznych	4	10	40	1,67	70%
– Dokumenty polityki jakościowej: opis celów zapewnienia jakości, pożądanego stopnia dostarczanej opieki i sposobów osiągnięcia tych celów przez organizację	8	15	33	1,45	58%
– Plan działań jakościowych dla całej organizacji: dokumenty z wytycznymi dla implementacji i planem osiągnięcia celów jakościowych	10	10	35	1,45	61%
– Plan jakościowy dla niektórych oddziałów	16	9	20	1,09	35%
– Plan jakościowy dla wszystkich oddziałów	15	13	26	1,20	46%
– Roczny raport jakościowy: zestawienie wszystkich czynności, które miały na celu zapewnienie jakości i rezultat podjętych działań	17	10	27	1,19	47%
– Księga jakości: opis wszystkich procedur, które organizacja wykorzystuje dla zapewnienia jakości i osób, odpowiedzialnych za wypełnianie tych procedur	8	14	33	1,45	58%

Komentarz: 82% badanych szpitali posiada strategię szpitala w formie pisemnej zawierającą misję, priorytety oraz cele organizacji. Księga jakości, jeden z podstawowych dokumentów projakościowych, została opracowana jedynie w 33 szpitalach (58%).

2. Jakie działania mające na celu zapewnienie/poprawę jakości podejmuje Państwa szpital?

Liczba odpowiedzi	NIE	TAK	TAK %
– Nie podejmuje żadnych działań	57	0	0%
– Szkolenia/edukacja personelu pomocniczego/zarządu	6	51	89%
– Szkolenia/edukacja personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek)	2	55	96%
– Personel medyczny jest uprawniony do brania udziału w działaniach projakościowych w godzinach pracy	12	45	79%
– Wyznaczony jest koordynator/pełnomocnik do spraw jakości	10	47	82%
– Powołany został komitet nadzorujący działania jakościowe	20	37	65%
– Powołane zostały robocze grupy jakościowe	19	38	67%
– Ustalony został budżet dla zarządzania jakością	45	12	21%
– Zatrudniani są konsultanci	37	20	35%

Ważniejsze dane: w 82% badanych szpitali wyznaczony jest koordynator/pełnomocnik do spraw jakości. Jedynie w 12 szpitalach (21%) ustalony został budżet dla zarządzania jakością.

3. Czy istnieje związek w Państwa szpitalu między zarządzaniem zasobami ludzkimi a polityką jakościową?

Liczba odpowiedzi	NIE	TAK	TAK %
– Nie ma takiego związku	55	2	4%
– Przyjmowany jest do pracy personel z pozytywnym nastawieniem do zapewnienia jakości	31	26	46%
– Personel medyczny jest szkolony w zakresie metod poprawy jakości	9	48	84%
– Ciągłe szkolenia oparte są na priorytetach polityki jakościowej	14	43	75%
– Personel medyczny jest zachęcany do podnoszenia swoich umiejętności	7	50	88%
– Uczestnictwo w projektach poprawy jakości jest wymagane	29	28	49%

Komentarz: Szkolenie personelu w zakresie metod poprawy jakości jest powszechną praktyką, jednak obowiązkowe uczestnictwo w projektach poprawy jakości nie występuje w większości szpitali.

4. Jak kierownictwo stymuluje zaangażowanie personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) w zapewnienie/poprawę jakości?

Liczba odpowiedzi	NIE	TAK	TAK %
– Nie stymuluje w ogóle	56	1	2%
– Stymulacja nie jest konieczna, gdyż personel medyczny przywiązuje wystarczającą uwagę do zapewnienia/poprawy jakości	47	10	18%
– Kierownictwo wskazuje, co jest wymagane od personelu medycznego w sferze zapewnienia jakości	13	44	77%
– Kierownictwo sprawdza, czy personel medyczny jest wystarczająco zaangażowany	26	31	54%
– Na bieżąco przekazywane są informacje dotyczące osiągniętych przez personel medyczny rezultatów jakościowych	13	44	77%
– Kierownictwo stosuje zachęty/nagrody	34	23	40%
– Istnieje system monitorowania działań jakościowych poszczególnych oddziałów	22	35	61%
– Stosowane są sankcje, mianowicie – Rozmowy z dyrekcją – Postępowania wyjaśniające, upomnienia – Potrącanie premii	54	3	5%

Udział kierownictwa w stymulowaniu i kontrolowaniu działań pro jakościowych można uznać za zadowalający.

5. Jaki rodzaj standardów stosuje personel medyczny w Państwa szpitalu?

Liczba odpowiedzi	NIE	TAK	TAK %
– Standardy dla określonych procedur	9	48	84%
– Standardy edukacji pacjentów	30	27	47%
– Standardy użycia sprzętu medycznego	6	51	89%
– Standardy postępowania w sytuacjach krytycznych	12	45	79%
– Standardy dla specyficznych grup pacjentów i diagnoz	16	41	72%
– Standardy postępowania z pacjentem – począwszy od rejestracji aż do wypisu	14	43	75%
– Standardy kooperacji z innymi organizacjami	26	31	54%

Stopień stosowania standardów w funkcjonowaniu szpitali jest bardzo wysoki. Problem stanowi brak szeroko rozpowszechnionych standardów edukacji pacjentów.

6. W jakim stopniu pacjenci (organizacje pacjentów) są zaangażowani w działania mające na celu zapewnienie/poprawę jakości w Państwa organizacji?

CZYNNOŚCI Liczba odpowiedzi	Nie / nie dotyczy	Zależy od przedmiotu	Zawsze	Zawsze %
– Opracowywanie kryteriów jakościowych	38	7	3	5%
– Opracowywanie standardów	41	8	2	4%
– Spotkania mające na celu omówienie wyników badań satysfakcji pacjentów	33	12	11	19%
– Komitety jakościowe	42	6	4	7%
– Projekty poprawy jakości	37	9	5	9%
– Ocena postępów w poprawie jakości	35	7	9	16%

Zaangażowanie pacjentów w działania pro jakościowe jest bardzo małe.

7. Czy Państwa organizacja wykonuje poniższe działania cyklicznie, systematycznie (przykładowo na zasadzie cyklu Deminga: planuj, wykonuj, sprawdź, działaj)?

DZIAŁANIA	NIE*	TAK*	CYKL.*	SYST.*	% SYST.
– Jednoobszarowa ocena przez niezależnych ekspertów	19	14	3	6	11%
– Wieloobszarowa ocena przez niezależnych ekspertów	18	10	11	11	19%
– Wykorzystywanie planów opieki indywidualnej	15	14	4	15	26%
– Komitety jak np. dot. wypadków, infekcji lub leków	8	10	8	31	54%
– Wywiady mające na celu ocenę stanowiska pracy	5	18	13	17	30%
– Wewnętrzny audyt	9	11	10	24	42%
– Wizytacja/akredytacja	11	9	18	10	18%
– Zarządzanie systemami informacyjnymi	12	15	6	16	28%
– Badania satysfakcji pacjentów	2	14	8	32	56%
– Badania satysfakcji podmiotów zewnętrznych mających wpływ na funkcjonowanie szpitala	28	4	10	4	7%
– Badania satysfakcji pracowników	13	19	8	8	14%
– Badania potrzeb pacjentów	9	11	13	22	39%
– Badania potrzeb podmiotów zewnętrznych mających wpływ na funkcjonowanie szpitala	31	9	4	1	2%

– Rejestracja skarg	1	16	8	32	56%
– Rada pacjentów	40	3	1	0	0%
Inne działania: Konferencje oraz kursy dla pielęgn. i położ- nych; powołanie Rzecznika Praw Pacjenta; stowarzyszenie pacjentów, rada społeczna; foldery marketingowe; analizy zgonów, dys- kusje z kadłą zarządzającą		6			

***Wyjaśnienie:**

NIE = nie/nie dotyczy;

TAK = działanie nie jest wykonywane regularnie;

CYKLICZNIE = działanie jest wdrożone w cykl poprawy jakości;

SYSTEMATYCZNIE = działanie jest wdrożone w cykl poprawy jakości i jest

zintegrowane z normalnym funkcjonowaniem organizacji

Jedynie trzy rodzaje działań (komitety ds. wypadków, infekcji lub leków, badania satysfakcji pacjentów oraz rejestracja skarg) są wykonywane w ponad 50% szpitali systematycznie. Świadczy to o tym, że polskie szpitale w bardzo małym stopniu wykorzystują elementy filozofii TQM.

8. Które z niżej wymienionych problemów napotyka Państwo podczas swojej codziennej pracy na rzecz zapewniania/podnoszenia jakości świadczonych przez Państwa szpital usług? Proszę przypisać wagę od 0-4 każdemu z zagadnień, gdzie 1 oznacza, że problem nie istnieje, 2 – jest to mała trudność, 3 – umiarkowana bariera, 4 – duży problem, a 0, że nie traktują Państwo danego zagadnienia jako problem.

Problem	0	1	2	3	4	Średnia
– Biurokratyczne struktury	10	7	11	15	12	2,22
– Brak zaangażowania personelu medycznego w działania jakościowe	7	13	19	14	3	1,88
– Brak przekonania personelu medycznego co do słuszności podejmowanych działań projakościowych	4	20	23	5	5	1,77
– Przywiązanie do istniejących systemów zapewnienia jakości	14	13	14	12	3	1,59
– Brak przywództwa jakościowego ze strony kierownictwa szpitala	13	34	4	5	1	1,07
– Relacje ze związkami zawodowymi / pracownikami	14	18	14	6	4	1,43
– Ograniczone środki finansowe	1	4	5	12	35	3,33

Wniosek: największym problemem dla szpitali są ograniczone środki finansowe na działania projakościowe oraz biurokratyczne struktury.

9. Jakie motywy skłaniają Państwa do podejmowania działań projakościowych? Proszę przypisać wagę od 0-3 każdemu z czynników, gdzie 1 oznacza, że czynnik motywuje w małym stopniu, 2 – w średnim a 3 – w dużym stopniu do podejmowania działań projakościowych, natomiast 0, że nie traktują Państwo danego czynnika jako motywatora.

Czynnik	0	1	2	3	Średnio
– Wysoka jakość jest jedną z niezbędnych cech usługi medyczne	1	0	6	49	2,84
– Chęć poprawienia wizerunku szpitala	1	1	7	47	2,79
– Względy marketingowe	0	5	16	35	2,54
– Wymogi płatników (jak np. NFZ)	13	12	17	14	1,57
– Nasilająca się konkurencja	1	7	17	31	2,39

Wniosek: Narodowy Fundusz Zdrowia w bardzo małym stopniu motywuje do podejmowania działań projakościowych. W badanej grupie szpitala w zdecydowanej większości traktują wysoką jakość jako niezbędną cechę świadczonych usług, istotną również dla poprawy wizerunku szpitala oraz względów marketingowych.

10. Jaki certyfikat jakości posiada Państwa szpital?

Liczba odpowiedzi	NIE	TAK
– Nie posiadamy żadnego	48	9
– ISO 9001	36	21
– Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	31	26
– Inne	41	16
– Jesteśmy w trakcie uzyskiwania certyfikatu (głównie ISO 9001)	35	21

21 spośród badanych szpitali posiada certyfikat ISO (37%), ale kolejne 17 (30%) jest w trakcie jego uzyskiwania.

Forma działalności (liczbowo):

– Szpital Kliniczny AM/Instytut	4	– Szpital II poziomu referencyjnego	29
– Szpital I poziomu referencyjnego	10	– Szpital Niepubliczny	14

Liczba zatrudnionych pracowników (wg liczby szpitali):

– do 50	6
– od 51 do 300	13
– powyżej 300	38

Podsumowanie

Ogólną charakterystykę rozwoju systemów zarządzania jakością w polskiej opiece zdrowotnej przybliżają dwa rankingi:

- punktowy, uwzględniający wszystkie występujące w danej organizacji działania pro jakościowe, oraz
- wdrożeniowy, określający stopień wdrożenia systemu zarządzania jakością w 5 polach działania organizacji – zgodnie z modelem holenderskim.

W rankingu punktowym do uzyskania było 100 punktów. Największą uzyskaną wartość stanowiły 83 punkty, najmniejszą 8 punktów, średnia wyniosła 50 punktów.

Wpływ cech danego ośrodka medycznego na ilość zdobytych punktów kształtował się następująco:

Grupa	Średnia punktów	Odchylenie standardowe	Min	Max	Liczebność grup
ISO + akredytacja	63,11	13,23	42	83	9
Akredytowane	59,69	11,64	40	83	26
ISO tak	58,62	12,10	37	83	21
Publiczne	52,51	15,16	23	83	43
Cała badana grupa (57 szpitali)	50,05	17,75	8	83	57
Ranking Rzeczpospolitej	48,82	15,90	23	76	28
ISO nie	45,06	18,72	8	76	36
Niepubliczne	42,50	23,08	8	76	14
Nieakredytowane	41,97	18,07	8	71	31

Z powyższego zestawienia wynika, że największą ilość punktów zdobyły ośrodki posiadające zarówno certyfikat ISO, jak również akredytację CMJ. Każde z tych dwóch rozwiązań porządkuje system zarządzania jakością i udoskonala jego funkcjonowanie. Szpitale publiczne zdobyły wyższą punktację aniżeli niepubliczne, jednak wśród szpitali niepublicznych występuje o wiele większe zróżnicowanie wyników. Wy tłumaczyć to należy faktem, że badane NZOZ to głównie małe szpitale, dla których dopiero obecnie, wraz z ich rozwojem i zwiększaniem skali działania, niezbędne staje się wdrożenie usystematyzowanego systemu zarządzania jakością w celu utrzymania właściwego poziomu świadczonych usług.

Średnia dla całej badanej grupy, wynosząca 50 punktów, nie jest wynikiem optymistycznym i świadczy o niezadowalającym poziomie zarządzania jakością w polskiej służbie zdrowia, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że w badaniu wzięły udział jednostki dobrane celowo – obiektywnie będące w grupie najlepszych na polskim rynku usług medycznych.

Natomiast analiza stopnia wdrożenia działań pro jakościowych wykazała, że w sferze procedur udoskonalających jakość polskie szpitale znajdują się jedynie we wstępnej fazie orientacji. Podobnie wygląda sytuacja z zaangażowaniem pa-

cientów. Większość szpitali nie wdrożyła działań angażujących pacjentów nawet na poziomie podstawowym. Najlepiej wypada ocena sfery zarządzania zasobami ludzkimi – średnia 3,23 wskazuje na osiągnięcie przez większość szpitali co najmniej fazy implementacji.

Pole organizacyjne	Dokumenty zapewniające jakość (Q)	Zaangażowanie pacjentów	Kontrola procesu oparta na standardach	Zarządzanie zasobami ludzkimi	Procedury udoskonalające jakość (Q)
Etap wdrożenia dla całej grupy	2,46	1,61	2,79	3,23	1,40
Odchylenie standardowe	1,25	0,82	1,51	1,05	1,33

Wyjaśnienie: Etap wdrożenia oceniany był w skali 1-4, gdzie 1 to faza orientacji, 2 – faza przygotowania, 3 – faza implementacji, 4 – faza ugruntowania. W warunkiem osiągnięcia przez szpital danego etapu wdrożeniowego było wykonywanie co najmniej jednej czynności z danego etapu i większości działań z etapów wcześniejszych.

Wnioski końcowe

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania można stwierdzić, że:

- systemy zarządzania jakością w polskich zakładach opieki zdrowotnej znajdują się w początkowej fazie rozwoju;
- występuje znaczne zróżnicowanie zarówno strukturalne, jak i procesowe systemów zarządzania jakością w polskich placówkach opieki zdrowotnej;
- funkcjonujące w polskiej służbie zdrowia systemy zarządzania jakością nie wykorzystują jeszcze filozofii TQM, opartej na ciągłym podwyższaniu jakości.

Informacje o autorze

Mgr Maciej Mądrała, Centrum Medyczne MAVIT Sp. z o.o., doktorant WSPiZ im. L. Koźmińskiego. E-mail: maciek77@skrzynka.pl.

Bibliografia

- Crago M., Merry, M. 2001. The past, present and future of healthcare quality. *Physician Executive*, nr 5.
- De Bakker D., Groenewegen, P. i C. Wagner. 1999. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 11, nr 2.
- Fifth Annual Managed Care Quality Report Shows "Significant" Care/Service Gains. *Insurance Advocate*, 2001.
- Klazinga, N. 2000. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western Europe health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, nr 3.
- Kimberly, J., Minvielle, E. 1999. *The Quality Imperative: Measurement and Management of Quality in Healthcare*, London: Imperial College Press, s. 9.

- Klazinga, N., Nabitz, U. i J. Walburg. 2000. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, nr 3.
- Lawrence, D. 2000. The future of health care. *Medscape*, vol. 1, nr 1.
- Ovretveit, J. 2000. Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 13, nr. 2.
- Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej, www.rejestrzoz.gov.pl.