

*Edyta Świnarska**

POLITYKA JAKOŚCI „MAZOWIECKIEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W SIEDLCACH” SP. Z O.O. W ASPEKCIE BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

Z a r y s t r e ś c i: W obecnych czasach jakość usług coraz częściej jest kwestią zwiększonego zainteresowania. Usługodawców ciekawia i intrygują wyznaczniki, jakimi kierują się ich klienci oraz kryteria ocen, którymi kierują się przy wyborze odpowiedniej dla nich oferty. Stale dążą do doskonalenia i poprawy jakości, aby jeszcze lepiej spełniać oczekiwania konsumentów i zyskać przy tym jak największą przewagę konkurencyjną na danym rynku. Terazniejsi klienci, z kolei są z pewnością o wiele bardziej świadomi i wyedukowani niż kiedyś. Mają coraz większe oczekiwania odnośnie jakości i świadczonych usług.

W dobie globalizacji i silnego rozwoju przedsiębiorczego, zarówno w Polsce jak i na świecie, coraz ważniejsze dla organizacji staje się nie tylko odpowiednie sformułowanie i wdrażanie działań stale podnoszących jakość oferowanych usług, ale także tych podejmowanych przez firmy w celu budowania zaufania oraz poczucia bezpieczeństwa pozyskiwanych klientów. Celem niniejszego artykułu jest uświadomienie wzajemnych zależności między oferowanymi usługami, a zaspokojeniem potrzeb i poczuciem bezpieczeństwa pacjentów.

S ł o w a k l u c z o w e: zarządzanie jakością, usługa medyczna, bezpieczeństwo.

K l a s y f i k a c j a J E L: I 18, L 15

WSTĘP

Jakość usług odgrywa dla współczesnych przedsiębiorstw ogromną rolę, czego efektem może być pozyskanie przewagi konkurencyjnej i utrzymanie lojalnych klientów.

Stąd też wzmożone zainteresowanie tematyką jakości usług, przede wszystkim ze strony przedsiębiorstw świadczących usługi. W zarządzaniu organizacją niemożliwością jest bowiem ufać przypadkowi i opierać się na osiągniętych w przeszłości sukcesach, bądź też działać według intuicji,

* Adres do korespondencji: Edyta Świnarska, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Wydział Humanistyczny, Żytnia 39, 08-110 Siedlce, e-mail: edyta.swinarska@uph.edu.pl

ponieważ konsekwencje takich działań mogą być dla danej organizacji bardzo szkodliwe, a nawet doprowadzić do jej upadku.

Z kolei wraz z rozwojem tematyki systemu zarządzania przez jakość, rozwijało się również pojęcie budowania lojalności klienta, którego zamierzeniem było zwrócenie uwagi konsumenta produktami bądź usługami firmy poprzez wprowadzanie atrakcyjnych cen, wzbudzenie zaufania nabywcy poprzez utrzymywanie wysokiej jakości wykonywanych produktów oraz świadczonych usług, ale też prowadzenie działań, których celem było zapewnienie konsumentowi wygody i komfortu zakupu.

1. HISTORIA JAKOŚCI

Jakość jest pojęciem towarzyszącym ludzkości od odległych czasów. Za początek jego stosowania uznaje się drugi okres filozofii starożytnej – zwany epoką klasyczną filozofii greckiej (V-VI w. p.n.e.). W tym właśnie czasie obok filozofii, która pełniła funkcję nauki generalnej, intensywnie rozwijały się nauki szczegółowe – matematyka i astronomia Pitagorejczyków, medycyna Hipokratesa, historia Tukidydesa, lingwistyka itd. Nauki te stworzyły zasób wiedzy otwierający przed filozofią nowy zakres badań. Wcześniej przedmiotem zainteresowań Greków była przyroda, teraz stał się nim człowiek i jego dzieła. Filozofia weszła w okres humanistyczny, zapoczątkowany przez sofistów i Sokratesa [Toruński, 2009, s. 7].

Pojęcie „jakości” pojawiło się w drugim etapie tej epoki, nazwanym przez historyków filozofii okresem systematycznym. Jego głównymi przedstawicielami byli Platon i Arystoteles. Jakość według Arystotelesa, wyrażać ma określoność substancji cielesnej i ujawniające się w niej specyficzne podporządkowanie materii względem formy [Toruński, 2009, s. 7].

Do końca XIX wieku za głównych przewodników jakości uważano Europejczyków, a w szczególności Wielką Brytanię. Sytuację tę jednak zaczęli zmieniać Amerykanie, którzy coraz odważniej stosowali filozofię F. W. Taylora, która z kolei przedstawiała taki podział stanowisk i wykonywanych działań, aby wdrażanie jakości miało miejsce już w fazie produkcji [Ansell, 1997, s.44.].

W późniejszych latach Ph. Crosby przedstawił udoskonaloną przez siebie teorię jakości, jednak to Japończycy specjaliści zajęli się zagadnieniami analizy problemów oraz szerszym wykorzystywaniem metod statystycznych [Ansell, 1997, s.44.].

Co ciekawe, to jednak dopiero W. E. Deming’a można uważać za „najwyższego guru” w tematyce zarządzania przez jakość. Według niego jakość produktu lub usługi zależy w dużej mierze od działań i decyzji podejmowanych przez najwyższe kierownictwo przedsiębiorstwa. Zaznaczał, iż należy pamiętać, że decyzje dotyczące firmy powinny być podejmowane wraz z personelem.

Był przeciwnikiem kontroli, zaś swoje poglądy dotyczące jakości zamieścił w czternastu tezach.

William Edward Deming nigdy nie spisał swoich tez. Nie istnieje także jedna „prawdziwa” wersja, która by je opisywała, gdyż zawsze inaczej je nazywał, nie zmieniając jednak kolejności.

Poniżej przedstawiono w skrócie 14 zasad jakości wg W. E. Deminga:

1. Pamiętaj, aby dążyć do stałego doskonalenia pracy, wyrobów i usług.
2. Przyjmij nową filozofie postępowania.
3. Eliminuj masową kontrolę jakości.
4. Przy wyborach nie kieruj się najniższą ceną, natomiast obniżaj koszty całkowite.
5. Nieustannie poprawiaj jakość i produktywność.
6. Wprowadź instytucjonalną zasadę ciągłych szkoleń.
7. Nadzoruj, aby pomóc w osiągnięciu lepszych wyników pracy.
8. Pozbądź się strachu.
9. Usuń bariery pomiędzy działami organizacji.
10. Nie używaj sloganów, które zniechęcają i argumentów, które nie są zależne od pracowników.
11. Zrezygnuj z nadmiernego stosowania norm opartych na liczbach.
12. Zlikwiduj bariery, które przeszkadzają pracownikom czuć satysfakcję z wykonanej pracy.
13. Postaw na ciągłe szkolenie i doszktałanie.
14. Angażuj pracowników w prace zespołowe.

2. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

W celu wyraźnego zaznaczenia zmian zachodzących w podejściu do jakości w normach, przekształcono nazwę systemu z zapewnienia na zarządzanie jakością. Ma to całkowite uzasadnienie, gdyż w nowelizacji autorzy odeszli od koncepcji osiągnięcia i utrzymywania zaplanowanego poziomu jakości, zaś zaproponowali ciągle doskonalenie. Wszystkie definicje terminów używanych w normach zostały zmienione.

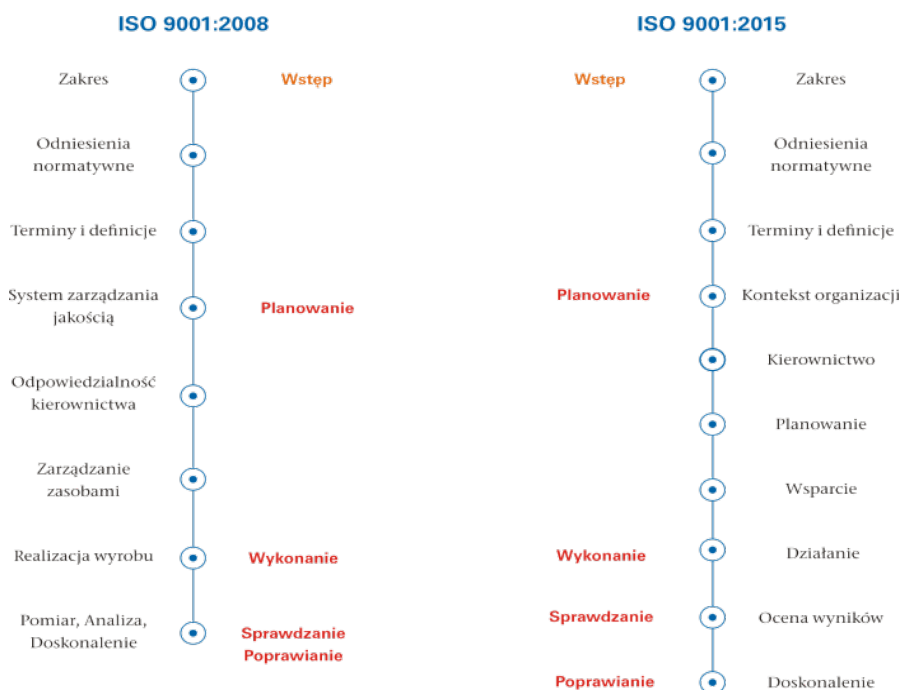
W obecnych czasach coraz więcej organizacji decyduje się na wdrożenie i certyfikację systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001.

ISO 9001 jest zbiorem zasad, które mają za zadanie pomóc organizacjom w zarządzaniu osiągać jak najlepszą jakość produktów bądź usług. Specjaliści w tej dziedzinie są zgodni, co do twierdzenia, iż system będzie odnosił zamierzone efekty jedynie wtedy, gdy kierownictwo będzie dążyło do osiągnięcia jak najwyższego poziomu zadowolenia klienta, a nie będzie nastawione jedynie na ładnie wyglądający certyfikat.

Posiadanie certyfikowanego systemu zapewniania jakości jest prestiżowe i świadczy o tym, iż w instytucji rozpoczęto porządkowanie problematyki jakości oraz wprowadzono mechanizmy zarządzania tym systemem zmierzające do jego utrzymania oraz doskonalenia [Hernas , Gajda, 2006, str. 22].

Poniżej z kolei została przedstawiona tabela (Tabela 1.), w której ujęto zmiany zachodzące w normie ISO 9001 na przestrzeni lat.

Tabela nr 1. Porównanie struktury i zmian w normie ISO 9001:2008 i ISO 9001:2015



Źródło: <https://www.tuv.com/poland/pl/zmiany-w-systemie-zarz%C4%85dzania-jako%C5%9Bci%C4%85-iso-9001.html> [14.08.2017r.].

Według J. Toruńskiego stosowanie systemów zarządzania jakością to inwestycja, która ukierunkowana jest na rozwój firmy. Jest to podjęcie działań mając za zmieniającymi się wymaganiami klientów [Toruński , 2011, s. 23]. Należy rozumieć przez to m.in. wysiłek, jaki wkłada personel, zaangażowanie oraz przełamywanie strachu przed tym, co nowe. Zdobywanie certyfikatu przez przedsiębiorstwa jest świadectwem jakości świadczonych usług.

Z kolei stosowanie Systemów Zarządzania Jakością jest dla wielu organizacji głównym celem do zrealizowania.

Dzięki nim firmy mogą się rozwijać i doskonalić swoją działalność efektywniej, szybciej i skuteczniej, minimalizując jednocześnie koszty związane z prowadzeniem działalności.

3. POJĘCIE JAKOŚCI USŁUG

Usługa jest pojęciem niejednoznacznym. W literaturze przedmiotu określana jest w rozmaity sposób. Najczęściej jest ona przedstawiana na dwa różne podejścia: poprzez podkreślenie jej produktywnego charakteru, zgonie z którym usługa jest jednym z rodzajów produktu „zaspakajającym potrzeby bądź pragnienia klienta” [Kotler, 1999, s. 16.], bądź też zakłada postrzeganie usługi jako część szerszej koncepcji produktu, w której „proces jest produktem” [Fitzsimmons, Fitzsimmons, 2008, s. 18-21].

Najprostsza definicja określająca usługę została opisana w „Małej encyklopedii ekonomicznej”, gdzie przedstawia się ją jako: „działalność służącą do zaspokajania potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego ucieleśnienia w nowych dobrach materialnych” [Mała encyklopedia ekonomiczna, 1962, s. 764.].

Według Ph. Kotlera: „usługa to każda czynność lub korzyść, która może być udzielona przez kogoś komuś innemu i jest niematerialna oraz nie ma żadnych skutków w postaci własności czegokolwiek. Jej produkcja może być lub nie być powiązana z fizycznym produktem” [Hollins, Shinkins, 2006, s. 8].

Natomiast Oscar Lange uważał, że: „wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio z zaspokajaniem potrzeb ludzkich, ale nie służące bezpośrednio do wytwarzania przedmiotów nazywamy usługami” [Lange, 1959, s. 15].

Co prawda, każda z wyżej wymienionych definicji różni się w mniejszym lub większym stopniu od siebie, ale z pewnością wywnioskować można, iż jest to „coś” niematerialnego, czego nie możemy posiadać na własność, jednak jego zadaniem jest przynieść korzyści.

Poniżej została przedstawiona tabela, w której ukazane jest kilka głównych cech usług oraz konsekwencje jakie mogą wywołać.

Na początku wiele przedsiębiorstw usługowych starało się przekładać bezpośrednio wzorce i narzędzia jakości wykorzystywane w firmach produkcyjnych. Jednak systemy, które zostały opracowane dla jednostek produkujących posiadały zbyt wiele różnic i przy ocenie jakości usług nie działały prawidłowo. Jest natomiast wielu literatów, którzy twierdzą, iż większość zasad zarządzania jakością, przeznaczonych dla produktów, odpowiada także sektorowi usługowemu.

Tabela 2. Cechy definicyjne usług i ich konsekwencje ekonomiczne

Cechy usług	Implikacje dla przedsiębiorstwa usługowego i konsumentów
Niematerialność	<ul style="list-style-type: none"> - Usługi nie mogą być ocenione przez potencjalnego nabywcę za pomocą zmysłów - Usługi nie mogą być pokazywane i przechowywane
Jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji	<ul style="list-style-type: none"> - Ograniczony czas dostępności usługi dla nabywcy - Ograniczone możliwości zwiększania skali świadczenia usług - Praca personelu wpływa na wyniki procesu świadczenia usług - Brak możliwości zachowania tajemnicy produkcji, a tym samym brak ochrony patentowej
Niejednolitość usług	<ul style="list-style-type: none"> - Niemożność oferowania standardowych produktów usługowych, ze względu na to, że ostateczne cechy usługi kształtowane są przez personel firmy usługowej, samego usługobiorcę oraz współusługobiorców - Utrudnienia w wyliczaniu kosztów świadczenia poszczególnych usług, a co za tym idzie – utrudnienia w prowadzeniu racjonalnej polityki cenowej
Nietrwałość usług	<ul style="list-style-type: none"> - Niemożność składowania usług, a za tym również ich wytwarzania na zapas - Wielkość konsumpcji ograniczona jest aktualną wielkością potencjału ludzkiego i rzeczowego zaangażowanego w świadczenie danej usługi
Brak możliwości nabycia usług na własność	<ul style="list-style-type: none"> - Świadczone na czyjąś rzecz usługi nie mogą być przedmiotem wtórnego obrotu

Źródło: Flejterski i in. (red.), Współczesna ekonomika usług, PWN, Warszawa 2005, s. 43.

Na początku wiele przedsiębiorstw usługowych starało się przekładać bezpośrednio wzorce i narzędzia jakości wykorzystywane w firmach produkcyjnych. Jednak systemy, które zostały opracowane dla jednostek produkujących posiadały zbyt wiele różnic i przy ocenie jakości usług nie działały prawidłowo. Jest natomiast wielu literatów, którzy twierdzą, iż większość zasad zarządzania jakością, przeznaczonych dla produktów, odpowiada także sektorowi usługowemu.

Jakość usług można określić mianem grupy cech mających decydujący wpływ na zaspokojenie potrzeb klientów (spośród strumienia tych cech H. Bronakowski zwraca szczególną uwagę na znaczenie takich wyznaczników jak: „niezawodność, fachowość i uprzejmość, szybkość, empatia, namacalność w postaci kwalifikacji personelu i dobrej jakości sprzętu oraz konkurencyjność”) [Bronakowski, 2003, s. 73-74].

W obecnych czasach jakość usług staje się terminem o ogromnym znaczeniu, który wyznacza przede wszystkim stopień zadowolenia i lojalności klientów, co z kolei ma swój przekaz na zyskowność danej organizacji świadczącej usługi.

Coraz częściej zwraca się uwagę na potrzebą zjednoczenia trzech najważniejszych elementów: jakości, obsługi klienta i marketingu. Jest to bardzo znaczące, ponieważ w wielu przedsiębiorstwach oferujących usługi kładzie nacisk jedynie działania marketingowe, zapominając przy tym o jakże ważnej obsłudze klienta. Ma to miejsce przede wszystkim w organizacjach, dla których zorientowane na klientów nie jest priorytetem, zaś jakość świadczonych usług wyznaczana jest zaledwie przez pryzmat wewnętrznych wskaźników, nie zaś z punktu widzenia zadowolenia osiągniętego przez nabywców.

A z kolei, co jak nie jakość i obsługa klienta przesądza o relacji między organizacją, a jej konsumentami oraz jest podstawą w budowaniu konkurencyjnej strategii marketingowej.

Kazimierz Rogoziński określa jakość usługi jako zdolność do zaspokajania potrzeb nabywców, a więc inaczej mówiąc realizację spełniającą lub przekraczającą oczekiwania nabywcy [Rogoziński, 2005, nr 1, s. 24-33]. Usługa dysponuje odpowiednią jakością, tylko wtedy, gdy została przynajmniej wykonana wedle z oczekiwaniami konkretnego klienta.

4. POJĘCIE JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

Zarówno w organizacjach świadczących usługi, jak i zakładach opieki zdrowotnej główną rolę odgrywa klient zewnętrzny, czyli w tym przypadku pacjent.

W literaturze wiele razy potwierdzano istnienie złej jakości w obszarze usług świadczonych przez służbę zdrowia. Największym problemem przełomu wieków XVI i XVII w placówkach medycznych była tzw. gorączka szpitalna, czyli współczesne zakażenia szpitalne, które spowodowane były między innymi w skutek wspólnych łóżek pacjentów, brudu, fatalnych warunków, a także brakiem higieny.

Na przełomie wieków jakość usług zdrowotnych zyskiwała coraz większego znaczenia, co doprowadziło do opinii, iż dziś ochrona zdrowia jest jednym z najważniejszych zagadnień.

Autorzy M. Murkowski, W. Nowacki, przyjmują, iż jakość opieki to wartość techniczna (wiedza, umiejętności kliniczne, technologia), wartość stosunków międzyludzkich (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług (komfort, estetyka) [Murkowski, Nowacki, Koronkiewicz, 1996, s.12].

Poszukując wyjaśnienia definicji usługi medycznej, najlepiej oprzeć się na ogólnie przyjętej, która określa ją jako wszelkiego rodzaju działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania [Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, art. 3 i 4.].

Przyjmując sformułowanie K. Krot usługą medyczną jest: „szereg czynności o charakterze niematerialnym – począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej, aż do jej opuszczenia – podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia (jego zachowania, ratowania, przywracania i poprawy) lub wzbogacenia walorów osobistych. Przebieg usługi medycznej zależy od charakteru relacji między personelem, a pacjentem i aktywności każdej ze stron” [Krot, 2008, s. 13-14].

Jakość usługi medycznej określana jest jako wypadkowa trzech elementów, takich jak: jakość projektu, zgodność projektu z oczekiwaniami pacjenta oraz jakość wykonania.

Współcześnie problematyka jakości usług zdrowotnych nabiera nowego znaczenia, kiedy o oferowanych usługach decydują motywy sfery ekonomicznej oparte na redukcji kosztów podejmowanych działań. Dla każdego człowieka zdrowie jest jego największym dobrem i kapitałem, dlatego współczesni pacjenci są coraz bardziej świadomi zdrowotnie i oczekują, aby udzielane świadczenia przeprowadzone były na wysokim poziomie i odpowiedniej jakości. [Zeller, Kapala, 2004, s. 11-15]. To spowodowało, iż w USA, Wielkiej Brytanii oraz Holandii wypróbowano i częściowo wdrożono w życie codziennej opieki zdrowotnej rozległe programy poprawy jakości tych świadczeń [Kochen, 1996, s. 541].

Początkowo miernikiem wyznaczającym poziom jakości w placówkach opieki zdrowotnej był stan pomieszczeń, wyposażenie oraz satysfakcja pacjentów. Obecnie to głównie w rękach lekarzy rodzinnych leży odpowiedzialność za należytą jakość świadczonych usług podstawowej opieki. Trzeba jednak pamiętać, iż chcąc usprawnić system jakości usług, należy poznać potrzeby ich odbiorców [Kozar–Podkowa, Kozar, Czuryżkiewicz, 2001, s.10].

Tabela 3. Czynniki warunkujące jakość w opiece zdrowotnej

Czynniki warunkujące jakość	Wskaźnik
Dostępność – łatwość z jaką pacjent może otrzymać we właściwym czasie niezbędną usługę.	Czas oczekiwania pacjenta z urazem na interwencję chirurgiczną
Odpowiedniość – świadczenie opieki zgodnie z bieżącym stanem sztuki medycznej	Cięcia cesarskie z powodu braku postępu porodu
Ciągłość – skoordynowane działanie poszczególnych lekarzy i oddziałów	Procent pacjentów z kompletną dokumentacją chorobową
Skuteczność – osiągnięcie pożądaných wyników	Wydłużenie czasu przeżycia pacjentów nowotworem
Wydajność – osiągnięcie maksimum pożądaných efektów, przy minimum wysiłków i kosztów	Pacjentki po porodzie siłami natury przebywające na oddziale ponad 4 dni
Satysfakcja – poziom zadowolenia ze sprawowanej opieki w stosunku do oczekiwań	Procent pacjentów, którzy poleciliby szpital krewnym lub znajomym

Źródło: G. Dykowska, J. Opolski, M. Możdzonek, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych, Warszawa 2003, s. 34.

Wynikiem opieki natomiast jest zmiana stanu zdrowia pacjenta lub określonej populacji pacjentów dzięki opiece zdrowotnej. Definicja stanu zdrowia, wg. WHO (1948) określa, iż jest zarówno stanem dobrego cieleśnego, duchowego, jak i socjalnego samopoczucia, a nie jedynie braku choroby czy ułomności [Tomasik, Windak, Król, Jacobs, 1996, s. 122]. Wynik opieki z kolei określić można jako długowieczność, aktywność, komfort, samopoczucie i jakość życia. Jednak to w głównej mierze poziom satysfakcji ze świadczonych usług uważany jest za jej wynik.

Należy więc pamiętać, iż poziom jakości oferowanych usług zdrowotnych może być dla zakładów opieki zdrowotnej zarówno szansą na rozwój w przyszłości.

5. POJĘCIE BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

Współczesne myślenie o funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta. Szpital jest specyficzną instytucją o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, gromadzącą w jednym miejscu ludzi chorych, personel sprawujący bezpośrednią i pośrednią opiekę

nad pacjentem oraz odwiedzających. Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej stanowią, obok wyposażenia, infrastruktury oraz sytuacji finansowej, podstawowy walor jego struktury. Wielość i różnorodność złożonych zadań wymaga zatrudniania pracowników o wysokich kwalifikacjach, dobrze przygotowanych do sprawnej i właściwej realizacji obowiązków na stanowisku pracy [Gwizdak, 2008, s. 181].

Szczegółowe informacje dotyczące obszaru poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta w szpitalach zawarte są w obwieszczeniu w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali [Obwieszczenie, 2010]. Stwierdzono w nim, iż obszar ten dotyczy „ciągłego monitorowania, analizowania i doskonalenia procesów klinicznych i zarządzania. Poprawa jakości nakierowana jest na redukcję ryzyka zarówno u pacjentów jak i osób świadczących opiekę. Prowadzona jest w oparciu o monitorowanie i dokonywanie pomiaru funkcjonowania (wskaźniki jakości), na podstawie których wdrażane są określone sposoby poprawy” [Obwieszczenie, 2010, s. 105]. W przytoczonej charakterystyce obszaru warto zwrócić uwagę na to, iż aspekty poprawy jakości i bezpieczeństwa dotyczą zarówno pacjenta, jak i pracowników (co chociażby znajduje swoje odzwierciedlenie w projakościowym podejściu do klienta jako klienta wewnętrznego i zewnętrznego). Istotne staje się również uświadomienie, iż doskonalenie jakości nie może dotyczyć jedynie procesów klinicznych, ale również zarządzania. Jest to niezbędny aspekt warunkujący poprawne uzyskanie efektu końcowego, jakim jest wymaganej jakości usługa zdrowotna i powiązane z nią procesy kliniczne [Zieliński, 2012,

s. 363].

Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów wymaga, natomiast skoordynowanych działań międzysektorowych, na które istotny wpływ ma program zdrowotny. Inicjatywy UE obejmują wdrożenie nowych przepisów, a także powołanie eksperckiej grupy doradczej — Grupy Roboczej ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki Zdrowotnej. Postęp zależy od zmian zarówno na najniższym poziomie codziennej praktyki klinicznej, jak i na poziomie strategicznym w zakresie promowania systemów ochrony zdrowia z działaniami na rzecz bezpieczeństwa pacjentów oraz na odpowiednim informowaniu pacjentów w celu umożliwienia im wpływania na istniejące zasady i praktyki. Z tego względu w ramach programu zdrowotnego UE [Komisja Europejska, 2014, s. 2] wspierane są działania promujące wymianę informacji i doświadczeń, zarówno na poziomie codziennej praktyki klinicznej, jak i na poziomie strategicznym.

6. POLITYKA JAKOŚCI „MAZOWIECKIEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W SIEDLCACH” SP. Z O. O. W ASPEKcie BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

System Zarządzania Jakością jest zgodny z wymaganiami normy ISO 9001:2001 i obejmuje całą działalność „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o. o. w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych służących utrzymaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.

Zarząd Spółki stworzył politykę jakości, która została zaakceptowana i przedstawiona wszystkim pracownikom. Zarząd zobowiązał się do okresowego przeglądania jej pod względem aktualności, przydatności oraz adekwatności.

Polityka jakości stanowi podstawę systemu zarządzania jakością. Najwyższe kierownictwo organizacji po złożeniu takiej deklaracji przyjmuje na siebie całkowitą odpowiedzialność za jakość. Polityka jakości w normie ISO 9000 zdefiniowana jest jako: „ogół zamierzeń i celów organizacji związanych z jakością i wyrażonych w sposób formalny przez najwyższe kierownictwo” [inwestplan.pl].

Inna definicja mówi o tym, iż polityka jakości to „korona” dokumentacji każdego systemu zarządzania jakością zgodnego z ISO 9001 [iso-norma.pl].

Należy zauważyć, iż strategia (polityka) w zakresie jakości jest jednym z elementów podstawowej funkcji zarządzania, jaką jest planowanie, a w tej sytuacji planowanie strategiczne w organizacji. Nieuzasadnione jest równorzędne traktowanie całości, która jest planowanie jakości oraz strategii (polityki) jakości, która stanowi część tej całości [Toruński, 2012, s. 17].

Jak wynika z definicji, musi być ona formalnie zatwierdzona przez kierownictwo firmy na najwyższym szczeblu.

Polityka jakości „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach”

Sp. z o. o. została opracowana w oparciu o:

- świadomość każdego pracownika, iż wykonywana przez niego praca jest wyznacznikiem jakości,
- zasadę, iż za jakość biorą odpowiedzialność wszyscy pracownicy, zaczynając od dyrektora, a kończąc na pracowniku wykonującym najprostszą operację,
- stałe unowocześnianie technicznego wyposażenia organizacji,
- stałe doskonalenie kwalifikacji pracowników,
- stałą zasadę, iż w każdym z pracowników jest w stanie poprawić jakość wykonywanej przez siebie pracy, a także, iż zapobieganie wadom jest prostszym rozwiązaniem od ich wykrywania.

„Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o. o. ponosi przede wszystkim odpowiedzialność w stosunku do pacjentów i wszystkich osób korzystających ze szpitalnego sprzętu. W celu zaspokojenia potrzeb pacjentów, prowadzone są działania dążące do ciągłego doskonalenia, co przejawia się m.in. rzetelnością, fachową obsługą oraz natychmiastową reakcją na potrzeby pacjentów.

Pragnąc spełnić oczekiwania pacjentów Szpital osiąga wysoką jakość poprzez:

- wyposażenie szpitala w wysokiej jakości sprzęt medyczny,
- konsekwentną modernizację oraz rozbudowę placówki,
- stałą poprawę organizacji pracy,
- zapewnienie pacjentom realizacji ich praw,
- konsekwentne podnoszenie kwalifikacji pracowników,
- oferowanie stałej współpracy z konsultantki wojewódzkimi oraz krajowymi,
- propagowanie zdrowego stylu życia,
- badania naukowe,
- doświadczone kierownictwo,
- ponoszenie odpowiedzialności za życie i zdrowie pracowników, a także zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa w pracy,
- zaangażowanie pracowników wszystkich szczebli w realizację polityki jakości,
- ciągle doskonalenie systemu zarządzania jakością.

Szpital zobowiązuje się do pełnego zaangażowania, jak również zapewnienia zasobów dla ciągłego doskonalenia określonych głównych celów jakościowych, których wynikiem są cele dla poszczególnych procesów.

„Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o. o. wyznaczył także misję, która określa ramy do scharakteryzowania celów oraz strategii działania:

- JESTEŚMY PO TO, ABY POMAGAĆ.
- OTWARCI NA WIEDZĘ I UKIERUNKOWANI NA ROZWÓJ.

- RATUJEMY, LECZYMY, ZAPOBIEGAMY, WSPIERAMY.
- BLISKO NASZYCH KLIENTÓW, ICH POTRZEB I OCZEKIWAŃ.
- ZAWSZE PROFESJONALNI I NOWOCZEŚNI

[Wewnętrzne materiały Wojewódzkiego Szpitala Mazowieckiego Sp. z o.o. w Siedlcach].

W ramach Systemu Zarządzania Jakością rozpoznano i przedstawiono procesy mające zastosowanie w „Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach” Sp. z o. o., a także zidentyfikowano ich całościowy przebieg, obopólne oddziaływanie oraz zarządzanie procesami.

Tabela 4. Procesy główne SZJ „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o. o.

Nazwa procesu	Opis procesu
PR-1/G	<p>Proces przyjęcia pacjenta obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Przyjęcie pacjenta w lecznictwie zamkniętym - Przyjęcie pacjenta w lecznictwie otwartym
PR-2/G	<p>Proces diagnostyczno-terapeutyczny obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostykę i terapię pacjentów oddziałów szpitalnych - Diagnostykę i terapię pacjentów zakładów i pracowni diagnostycznych
PR-3/G	<p>Proces pielęgnacji pacjenta obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pielęgnację pacjenta w lecznictwie zamkniętym - Pielęgnację pacjenta w lecznictwie otwartym
PR-4/G	<p>Proces wypisu pacjenta obejmujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wypis pacjenta w trybie planowym - Wypis pacjenta w trybie natychmiastowym

Źródło: Opracowanie własne.

Do procesów pomocniczych zalicza się:

- PR-1/P : Proces administracyjny
- PR-2/P : Proces gospodarczy
- PR-3/P : Proces transportu
- PR-4/P : Proces zakupów
- PR-5/P : Proces zapewnienia higieny i bezpieczeństwa pracy
- PR-6/P : Proces gospodarki lekami

Do procesów zarządzania z kolei należą:

- PR-1/Z : Proces zarządzania zasobami ludzkimi
- PR-2/Z : Proces zarządzania zasobami finansowymi
- PR-3/Z : Proces zarządzania infrastrukturą
- PR-4/Z : Proces zarządzania jakością

W przedstawionych wyżej procesach uwzględniono i sformulowano kryteria oraz metody ich efektywnego przebiegu, nadzorowania, monitorowania, pomiarów, a także analizy. Wyznaczono mierzalne cele, właściwe do polityki jakości, jak również celów głównych Szpitala.

System Zarządzania jakością w „Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach” Sp. z o. o. dostarcza równocześnie metody, jak i narzędzia przyczyniające się do spełnienia wymogów wewnętrznych oraz przepisów wewnętrznych, w ramach udzielania świadczeń medycznych, m.in. przez:

- określenie celów mierzalnych,
- planowanie i realizowanie poszczególnych procesów,
- wyznaczenie metod pomiaru procesów,
- sformułowanie sposobów analizy danych, pozwalających na ocenienie jakości wykonywanych działań.

Przeprowadzenie procesu stałego doskonalenia, wykonanego we wszystkich określonych wcześniej procesach, gwarantuje wdrażanie bezsprzecznie ważnych działań do realizacji zaplanowanych celów.

Proces ciągłego doskonalenia jest niezbędny, aby móc stale zwiększać efektywność pracy, zadowolenie pacjentów oraz podnosić skuteczność wykonywanych działań.

Proces realizacji usług Spółki ma za zadanie wyznaczenie zasad i ustalenie odpowiedzialności za wykonywane świadczenia zdrowotne od momentu przyjęcia pacjenta, do momentu jego wypisu.

Mając na uwadze procesy kierowane na zewnątrz organizacji, a dokładniej mówiąc: zaopatrywanie w zasoby, realizację wyrobu itp., Spółka zapewnia nadzór nad wymienionymi procesami i gwarantuje ich nadzór.

7. OBSZAR POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZENSTWA Z PERSPEKTYWY PACJENTA

Ciekawym aspektem staje się próba uzyskania informacji jak pacjenci postrzegają grupy składowe obszaru poprawy jakości i bezpieczeństwa w szpitalach, oraz które z nich są dla pacjentów najważniejsze. Niezwykle istotne jest uzyskanie informacji zwrotnej, którą można uzyskać w przypadku poszczególnych standardów elementarnych obszaru poprawy jakości i bezpieczeństwa. Personel medyczny powinien na bieżąco być informowany o wynikach analiz związanych z wszystkim opisanymi wcześniej zdarzeniami [Zieliński, 2012, s. 364]. Wiąże się to z doskonaleniem jakości poprzez unikanie w przyszłości zdarzeń, które możliwe są do wyeliminowania dzięki prawidłowo przeprowadzonej analizie zdarzeń przeszłych.

Badania przeprowadzone zostały na terenie w „Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach” Sp. z o. o., a informacje na temat dobru próby badawczej zostały przedstawione w tabeli 5.

Respondenci mieli możliwość wskazania maksymalnie trzech standardów elementarnych, które uważają za najbardziej istotne. W celu minimalizacji braku zrozumienia obszaru każdego ze standardów umieszczono w kwestionariuszu ankietowym krótkie informacje na temat każdego z nich. Zdaniem ankietowanych wyniki dla trzech najistotniejszych według nich obszarów kształtują się następująco:

- bezpieczeństwo pacjenta 89,6%
- ocena opinii pacjentów 73,4%
- wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy funkcjonowania szpitala 28,7%.

Tabela 5. Charakterystyka próby badawczej

Dane	Struktura
Płeć	69,2% kobiet 30,8% mężczyzn
Wiek	18-75 lat
Ilość dzieci	32,6% osób nieposiadających dzieci 42,1% osób posiadających jedno dziecko 13,9% osób posiadających dwoje dzieci 11,4% osób posiadających powyżej dwójki dzieci
Ilość uzyskanych prawidłowych ankiet	Założono uzyskanie 100 prawidłowo wypełnionych ankiet, które udało się otrzymać po uzupełnieniu 114 kwestionariuszy.
Dobór próby	Losowy, Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach” Sp. z o. o

Źródło: Opracowanie własne.

Bezpieczeństwo związane z procesem hospitalizacji zdecydowanie zostało według opinii ankietowanych ocenione, jako najistotniejszy czynnik standardów zarządzania jakością usług medycznych. Jednakże, co interesujące, część respondentów nie zadeklarowała, iż wymienione trzy standardy zarządzania jakością są dla nich samych istotne, zaznaczając jedną bądź dwie odpowiedzi.

PODSUMOWANIE

Od najdawniejszych czasów człowiek i jego zdrowie są obiektem zainteresowań wielu dyscyplin, zarówno przyrodniczych jak i społecznych [Sneszycka, 1997, s. 194]. W ciągu ostatnich lat coraz więcej mówi się o potrzebie podejmowania

działań związanych z podnoszeniem jakości usług medycznych, jednak wiele szpitali nadal nie zajmuje się tym aspektem w odpowiedni sposób. Sytuację tę pomagają natomiast poprawić nowe bądź udoskonalone ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz reformy ubezpieczeń społecznych. Na szczęście jakość w opiece medycznej coraz częściej traktowana jest jako koncepcja kierowania [Lisowski, 1999, s. 16.], której nadrzędnym celem jest ciągłe podwyższanie poziomu procesów wdrażanych w organizacjach, natomiast główna zasada, jaką powinni się kierować brzmi: Pacjent jest kluczową postacią procesu, jego satysfakcja jest kwestią najistotniejszą.

LITERATURA

- Ansell T., (1997), *Zarządzanie jakością w sferze usług finansowych*, Związek Banków Polskich, Warszawa.
- Bronakowski H., (2003), *Rynek i nowy marketing*, Wyższa Szkoła Zarządzania I Finansów w Białymstoku, Białystok.
- Fitzsimmons J.A., Fitzsimmons M.J., (2008), *Service Management, Operations, Strategy, Information Technology*, McGraw-Hill International Edition.
- Gwizdak T., (2008), *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy pielęgniarstwa”, tom 16, zeszyt nr 1, Gdańsk.
- Hernas Por. A., Gajda L., (2006), *Systemy Zarządzania Jakością w organizacji*, Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach, Katowice.
- Hollins B., Shinkins S., (2006), *Managing Service Operations: Design and Implementation*, SAGE publications, Thousand Oaks.
- <http://iso-norma.pl/system-zarzadzania-jakoscia-iso/polityka-jakosci> [04.08.2017r.].
- <http://www.inwestplan.pl/index.php?go=44> [04.08.2017r.].
- Kochen M., (1996), *Medycyna Rodzinna*, Nizankowski R (red.), Windak A., PZWL, wyd. I polskie, Warszawa.
- Komisja Europejska, *Projekty wspierane ze środków UE promujące bezpieczną i skuteczną opiekę zdrowotną*, Unia Europejska, 2014.
- Kotler Ph., (1999), *Marketing: analiza, planowanie, wdrażanie*, Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa.
- Kozar-Podkowa A., Kozar P., Czuryshkiewicz W., (2001), *Jak badać poziom satysfakcji pacjentów*, Służba Zdrowia, 78–79 (3073–3074).
- Krot K., (2008), *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Lange O., (1959), *Ekonomia polityczna*, tom 1, Warszawa.
- Lisowski J.L., (1999), *Określić satysfakcje klienta*, „Marketing w praktyce”, nr 5, Warszawa.
- Mała encyklopedia ekonomiczna*, (1962), PWE, Warszawa.
- Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A., (1996), *Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szkolnictwa, Warszawa.
- Rogozński K., (2005), *Jakość usług w horyzoncie aksjologicznym*, Problemy Jakości, nr 1, Warszawa.
- Sneszycka I., (1997), *Koncepcja marketingowa w działalności organizacji wspierających zdrowie*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

- Tomasik T., Windak A., Król Z., Jacobs M., (1996), *Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków.
- Toruński J., (2009), *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie. Wybrane problemy*, Wyd. II, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej w Siedlcach, Siedlce.
- Toruński J., (2011), *Zarządzanie Jakością świadczenia usług doradczych na przykładzie Ośrodka Doradztwa Rolniczego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” Nr 89 Seria: Administracja i Zarządzanie, Siedlce.
- Toruński J., (2012), *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie. Wybrane problemy*, Monografie Nr 131, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, art. 3 i 4.
- Wewnętrzne materiały Wojewódzkiego Szpitala Mazowieckiego Sp. z o.o. w Siedlcach
- Zeller P., W. Kapala, (2004), *Miejsce klienta w procesie oceny jakości usług medycznych*, „Problemy Jakości”, nr 1, Warszawa.
- Zieliński G., (2012), *Determinanty obszaru poprawy jakości i bezpieczeństwa w kontekście akredytacji szpitali w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse” 3/1, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot.

QUALITY POLICY OF “MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH” SP. Z.O.O. IN THE PATIENT SAFETY ASPECT

Abstract: In today's times, quality of service is increasingly a matter of increased interest. Service providers are curious and intriguing about their customers' demarcation and the criteria of their choice when choosing the right product. They constantly strive to improve and improve their quality to better meet consumer expectations and gain the most competitive advantage in the market. The present customers are certainly much more aware and educated than they used to be. They have an ever increasing expectation of quality and service.

In the age of globalization and strong entrepreneurial development, both in Poland and in the world, it is becoming increasingly important for organizations not only to formulate and implement actions that constantly improve the quality of services offered, but also those undertaken by companies to build trust and a sense of customer safety. The purpose of this article is to raise awareness of the interdependence between the services offered and the needs and the sense of patient safety.

Keywords: quality management, medical service, safety.