

Ewa Krok

Instytut Informatyki w Zarządzaniu
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Uniwersytet Szczeciński

EFEKTYWNOŚĆ W SŁUŻBIE ZDROWIA WIDZIANA PRZEZ PRYZMAT JAKOŚCI

Wprowadzenie

Efektywność zakładu opieki zdrowotnej jest pojęciem wielowymiarowym i bardzo złożonym. Można ją rozpatrywać z perspektywy prakseologicznej i wszelkie działania analizować pod kątem sprawności, do oceny której używane są pojęcia takie jak: skuteczność, korzystność czy racjonalność, oraz z perspektywy ekonomicznej, analizując stosunek między efektami a nakładami. O różnorodności istotnych aspektów efektywności w opiece zdrowotnej, m.in. o aspekcie rzeczowym, technologicznym, ekonomicznym, rynkowym, systemowym, „politycznym”, kulturowym, społecznym i ekologicznym, pisze I. Rudawska¹.

Zasadę racjonalnego gospodarowania w ochronie zdrowia, czyli finansowanie świadczeń medycznych gwarantujących dany stan zdrowia ludności przy minimalnych kosztach (zasada minimalizacji nakładu) lub finansowanie świadczeń medycznych gwarantujących maksymalny² stan zdrowia ludności przy danych kosztach (zasada maksymalizacji efektu), omawia J. Suhecka³.

Efektywność zakładu opieki zdrowotnej można podnosić przez opracowywanie i wdrażanie przedsięwzięć technologiczno-organizacyjno-społecznych, obejmujących swoim zasięgiem cały zakład lub jego wybrane obszary. Wprowadzane zmiany

¹ I. Rudawska, *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 24.

² Przy czym interpretacja określeń „maksymalny” i „dany” stan zdrowia może być różna w zależności od rozwoju ekonomiczno-społecznego kraju oraz kierunków działań władz państwowych w zakresie polityki zdrowotnej.

³ J. Suhecka, *Ekonometria ochrony zdrowia*, Absolwent, Łódź 2005, s. 13.

mogą mieć różnorodny charakter. Można tu wyróżnić zmiany o charakterze inwestycyjnym (zakup sprzętu, nowej technologii) i niezwiązane z inwestycjami (nowe metody organizacji i zarządzania). Zmiany mogą mieć charakter wielu drobnych, stopniowych usprawnień lub globalnych przedsięwzięć o charakterze innowacyjnym.

Czynniki decydujące o poziomie efektywności można podzielić na dwie podstawowe grupy:

- czynniki wewnętrzne, na które zarząd jednostki może wpływać i które może kształtować, związane z zasobami wejściowymi (kapitał, wyposażenie, technologia, materiały, kadry), z procesami (zarządzanie zasobami ludzkimi, styl kierowania, metody organizacji pracy, zarządzanie wiedzą, wykorzystanie infrastruktury, sprzętu, technologii, materiałów, pomiary i analiza sprzężeń zwrotnych) oraz związane z usługami (rodzaje, ceny, dostępność),
- czynniki zewnętrzne, pozostające poza kontrolą zarządu jednostki – to przede wszystkim czynniki makroekonomiczne i strukturalne, zasoby oraz polityka rządu.

Wśród działań zmierzających do poprawy efektywności istotne wydają się te ukierunkowane na poprawę kluczowych dla danego podmiotu czynników wewnętrznych, przy jednoczesnym jak najlepszym przystosowaniu się do czynników zewnętrznych.

W niniejszym artykule zagadnienia efektywności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej będą analizowane przez pryzmat jakości. Uzasadnieniem takiego podejścia jest charakter jednostki – jej maksymalna orientacja na pacjenta, dla którego kluczowa jest właśnie jakość świadczonych usług. Zakłady opieki zdrowotnej są jednostkami, w których celowe wydaje się dążenie do poprawy efektywności nie tylko przez wzrost wydajności, czyli zwiększanie liczby usług medycznych przy danych nakładach (w danym czasie i za pomocą danych sił wytwórczych), lecz także przez doskonalenie jakości, czyli wzrost wartości usługi przy danych nakładach.

Warto zwrócić uwagę na to, że w szczególności w przypadku podmiotu, jakim jest zakład opieki zdrowotnej, podnoszenie efektywności wymaga uwzględnienia kryteriów zarówno ekonomicznych, jak i etycznych oraz moralnych, zapewniających lepsze i pełniejsze zaspokojenie wielorakich potrzeb pacjentów oraz doskonalenie jakości życia społeczeństwa.

1. Jakość w ochronie zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)⁴ jakość opieki zdrowotnej definiuje jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają

⁴<http://www.who.int/>.

prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą⁵.

W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonują następujące zewnętrzne systemy oceny jakości zakładów opieki zdrowotnej:

- ocena jakości z perspektywy pacjenta, czyli badanie opinii pacjentów,
- zewnętrzny audyt organizacji, taki jak: akredytacja, certyfikacja ISO, model EFQM.

1.1. Badanie opinii pacjentów

Poznanie opinii i oczekiwań pacjentów danej placówki leczniczej jest bardzo ważnym elementem świadczenia wysokiej jakości opieki medycznej. Ankietowanie osób, które korzystały z opieki medycznej, pozwala zgromadzić informacje na temat sprzętu i wyposażenia, jakim dysponuje personel medyczny, przebiegu procesu diagnostycznego, leczenia i rehabilitacji oraz prawidłowości postępowania personelu. Pacjenci koncentrują swoją uwagę na wynikach leczenia. Są zainteresowani przede wszystkim skutecznością i bezpieczeństwem procesu leczenia oraz opieki, czyli profesjonalizmem kadry medycznej, ale także warunkami i atmosferą, w jakiej usługi medyczne są świadczone, prawem do dyskusji o metodach leczenia, poufnością, dostępnością usług oraz wyborem świadczeniodawcy. Pacjent, dokonując oceny diagnostyki i leczenia, może wskazać na niedociągnięcia prowadzonego postępowania. Wyniki badania pozwalają też na ocenę poziomu satysfakcji z uzyskania poprawy zdrowia (lub jej braku), przyrostu sprawności i innych aspektów jakości życia pacjentów. Są zatem bardzo wartościowym miernikiem jakości świadczeń⁶ udzielanych w danej jednostce opieki zdrowotnej.

Aby badanie opinii pacjentów było miernikiem obiektywnym i wiarygodnym, musi być metodologicznie dopracowane. Ważne są: zarówno poprawne skonstruowanie ankiety, jak i liczebność próby, dobór pacjentów do badań, a także racjonalna ocena wyników oraz wyciąganie wniosków. Nie ma jednego, uniwersalnego narzędzia, które mogłoby być wykorzystywane przez wszystkie szpitale. Każda jednostka korzystająca z gotowych narzędzi powinna je dostosować do swoich warunków. Często konieczne jest badanie pilotażowe, pozwalające zweryfikować i udoskonalić ankietę oraz poszerzyć ją o te elementy lub rodzaje usług, na które szczególnie zwrócono uwagę w pilotażu.

⁵ Definicja za: U. Erfurt, K. Oleszczyk, *Zarządzanie przez jakość w opiece zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=638.

⁶ W literaturze najczęściej można spotkać się z dwoma głównymi aspektami jakości opieki zdrowotnej: jeden dotyczy jakości klinicznej, podczas gdy drugie kryterium odzwierciedla stopień spełnienia oczekiwań pacjentów.

Zastosowana ankieta i metoda badania powinny dawać wiarygodny obraz rzeczywistych poglądów pacjentów. Badanie opinii pacjentów należy traktować jako metodę systematycznej oceny jakości usług, której naturalnym efektem będzie podejmowanie działań zmierzających do rozwiązywania problemów jakościowych, a w konsekwencji – do osiągnięcia coraz wyższego poziomu świadczeń.

Wybrane metody oceny jakości usług medycznych, takie jak: metoda *Servqual*, technika zdarzeń krytycznych (*Critical Incidents Technique*), analiza skali ważności–realizacji (*Importance – Performance Analysis*), wskaźnik zadowolenia klienta (*Customer Satisfaction Index*), analiza Pareto–Lorenza i diagram Ishikawy, bazujące na badaniu opinii pacjentów, szczegółowo zaprezentowano w artykule *Jakość usług medycznych*⁷.

Badania opinii pacjentów mogą być przeprowadzane przez placówkę we własnym zakresie, jak i przez niezależne instytucje zewnętrzne. Wspecjalizowanym ośrodkiem w badaniach opinii publicznej dotyczących korzystania z opieki zdrowotnej stało się Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)⁸. W celu szybkiego i profesjonalnego badania opinii pacjentów CMJ oferuje narzędzie o nazwie PASAT /Pakiet Satysfakcja⁹.

1.2. Akredytacja

Akredytacja¹⁰ jest zewnętrzną metodą zapewnienia wysokiej jakości świadczeń we współczesnych systemach zdrowotnych. Polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W obszarach tych są tworzone mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej określonego typu, np. szpitali, lecznictwa otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów. Dzięki temu jest spełnione założenie akredytacji, polegające na stałym stymulowaniu do osiągnięcia poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym.

Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, iż pojedyncza placówka, taka jak szpital, ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są, przyjęte *explicite*, standardy

⁷ E. Krok, *Jakość usług medycznych*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 38, s. 98–107.

⁸ Centralna instytucja rządowa podległa ministrowi zdrowia, <http://cmj.org.pl>.

⁹ Szczegółowy opis narzędzia oraz wersja demonstracyjna dostępne są na stronie: <http://cmj.org.pl/pasat/logowanie.php>.

¹⁰ Opracowano na bazie informacji zamieszczonych na stronach Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron pozwala osobom zajmującym się jakością na poszukiwania sposobów poprawy funkcjonujących wewnątrz jednostki procesów.

Poszczególne fazy przeprowadzenia procesu akredytacyjnego (tj.: faza przygotowawcza, wizyta i decyzja akredytacyjna) zostały szczegółowo omówione w przewodniku po akredytacji¹¹. System akredytacji został opracowany specjalnie na potrzebę ochrony zdrowia (w przeciwieństwie do omawianych w dalszej części opracowania norm ISO oraz modelu EFQM, wywodzących się z kręgów menedżerskich). Akredytacja narodziła się w Stanach Zjednoczonych, skąd rozpowszechniła się na inne rejony świata, i obecnie jest najszerzej stosowanym zewnętrznym systemem oceny jakości. W Polsce metoda ta została wprowadzona w 1998 roku do opieki szpitalnej i cieszy się rosnącym zainteresowaniem, szczególnie ze strony menedżerów opieki zdrowotnej. Obecnie akredytację posiadają 103 szpitale oraz 8 jednostek podstawowej opieki zdrowotnej¹².

Podstawową ideą akredytacji jest dobrowolna ocena w oparciu o ustalone i jawne kryteria, dokonywana przez niezależnych zewnętrznych wizytatorów, mających własne doświadczenie w pracy w placówkach medycznych. Ocena akredytacyjna polega na porównaniu rzeczywistej praktyki z wzorcami, jakie stanowią standardy akredytacyjne – mierzalne kryteria oceny tworzone w obszarach, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. Standardy akredytacyjne wskazują na to, co jest dobrą praktyką. Dla pacjenta szczególnie istotny jest fakt, że jednostki, które uzyskały akredytację, są bezpieczniejsze od innych, lepiej zorganizowane (zarządzane) i mają wyższy poziom świadczonych usług medycznych. Posiadanie akredytacji przez daną jednostkę jest jednym z elementów wyróżniających ją na rynku usług zdrowotnych.

1.3. Certyfikacja

Innym sposobem potwierdzenia wysokiej jakości funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej jest ubieganie się o certyfikat zgodności działań z wymogami norm ISO. W tym przypadku niezbędne jest wdrożenie systemu zarządzania jakością opartego na normach ISO.

Normy ISO odnoszące się do zarządzania jakością przedsiębiorstwa to seria norm ISO 9000, opracowana przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO – International Standardization Organization)¹³. Określony w tych normach system zarządzania jakością organizacji służy uzyskiwaniu i utrzymywaniu, w sposób ciągły,

¹¹ <http://cmj.org.pl/akredytacja/przewodnik.php>.

¹² Stan na dzień 26.09.2011 roku.

¹³ Więcej na: <http://www.iso.org/iso/home.htm>.

odpowiedniego stopnia wiarygodności, gwarantującego, że wytwarzane produkty lub świadczone usługi będą spełniać ustalone wymagania jakościowe.

Trzeba wyraźnie podkreślić, iż normy serii ISO 9000 nie są normami technicznymi, to znaczy nie zawierają wymagań dotyczących produkowanych wyrobów lub świadczonych usług. Normy te określają wymagania organizacyjne, jakie powinien spełniać dany zakład, aby produkować wyroby i świadczyć usługi wysokiej jakości. Organizacja otrzymuje certyfikat ISO nie na konkretny wyrób czy też usługę, ale w wybranym i wskazanym zakresie działania.

Do roku 2000 wymagania normy ISO serii 9000 były wdrażane przede wszystkim w firmach komercyjnych branży przemysłowej. Szpitale, podobnie jak przedsiębiorstwa usługowe, jednostki administracji publicznej, szkoły i inne jednostki zainteresowane wdrażaniem systemów zarządzania jakością opartych na normach, napotykały liczne problemy, związane głównie z koniecznością odpowiedniej interpretacji wymagań norm w stosunku do własnych realiów.

Dopiero nowelizacja tych norm w 2000 roku sprawiła, iż stały się one łatwiejsze do wdrażania przez organizacje o bardzo szerokim obszarze działalności¹⁴. Udoskonalenia polegały m.in. na ukierunkowaniu na procesy, koncentracji na kliencie oraz zmianie struktury i liczby norm. Znowelizowane normy stały się proste w użyciu, łatwe do zrozumienia, zyskały przejrzysty język i terminologię. Wprowadzone zmiany umożliwiły stosowanie norm wszystkim organizacjom, bez względu na ich wielkość i sektor, zapewniły zgodność z innymi systemami oraz połączenie systemu zarządzania jakością z procesami ekonomicznymi.

Stąd obecnie o certyfikat ISO 9001:2008 ubiegają się nie tylko przedsiębiorstwa komercyjne, które tym sposobem dążą do przyciągnięcia klientów i zwiększania zysku, lecz także coraz częściej instytucje takie jak zakłady opieki zdrowotnej, dla których system jakości zgodny z normą ISO jest: dowodem wyższego poziomu dojrzałości placówki, narzędziem poprawy standardów funkcjonowania, optymalizacji kosztów i poprawy obsługi pacjentów, co w praktyce przekłada się na wzrost zaufania do placówki. Jest to dość istotne w obliczu stale rosnących wymagań pacjentów i coraz większej konkurencji na rynku usług medycznych.

Pozytywny wpływ wdrożenia systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO w zakładzie opieki zdrowotnej może być odczuwalny w następujących obszarach:

- wzrostu zaufania instytucji finansującej do zakładu medycznego,
- wzrostu wiarygodności jednostki na rynku usług medycznych,
- skuteczniejszego marketingu z wykorzystaniem certyfikatu ISO 9001:2008,
- ogólnego „uporządkowania” organizacji dotyczącego kwestii zakresu obowiązków, odpowiedzialności, procedur, prowadzenia dokumentacji itp.,

¹⁴ Druga nowelizacja nastąpiła w 2008 roku, kiedy normę ISO 9001:2000 zastąpiono nowym wydaniem ISO 9001:2008.

- usprawnienia systemu komunikacji wewnętrznej, przyczyniającego się do wzrostu motywacji i zwiększenia zaangażowania personelu,
- poprawy atmosfery pracy.

Jeśli chodzi o możliwe korzyści dla pacjenta, od zakładu opieki zdrowotnej legitymującego się certyfikatem ISO 9001:2008 otrzymuje on gwarancję rozpatrzenia każdej zgłoszonej skargi bądź uwagi, a ponadto szansę na sprawną obsługę, przy jednoczesnej wysokiej jakości usługi medycznej i ograniczonych formalnościach.

Decyzja zakładu opieki zdrowotnej o zainwestowaniu we wdrożenie systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008 wymaga dokonania planów związanych z ponoszeniem nakładów, procedurą wdrażania, nadzorem oraz oczekiwanyymi korzyściami. Wymagania oraz etapy procesu wdrażania systemu zarządzania jakością zostały szczegółowo przedstawione m.in. w obszernych podręcznikach¹⁵ i publikacji PKN¹⁶.

Niestety, w przeciwieństwie do sytuacji związanej z akredytacją trudno jest tu przedstawić pełną liczbę zakładów opieki zdrowotnej posiadających certyfikaty na zgodność z normami ISO w skali całego kraju, gdyż oceny dokonuje wiele jednostek certyfikujących¹⁷, przy jednoczesnym braku krajowego rejestru w tym zakresie¹⁸. Porównanie certyfikacji na zgodność z normami ISO z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości pod kątem różnych kryteriów znaleźć można w artykule I. Witczak¹⁹.

1.4. Model doskonałości EFQM

Model doskonałości to kolejne narzędzie zarządzania i pomiaru jakości. Opracowany został przez Europejską Fundację Zarządzania Jakością (European Foundation for Quality Management²⁰ – EFQM), będącą niedochodową organizacją firm reprezentujących różne kraje Europy i różne sektory gospodarki, we współpracy z europejskimi

¹⁵ S. Wawak, *Podręcznik wdrażania ISO 9001:2000*, Onepress, Gliwice 2007; *37 kroków wdrożenia ISO – podręcznik zawierający wskazówki do samodzielnego wdrożenia systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy ISO 9001*, <http://www.cdz-meritum.pl/>.

¹⁶ PN-EN ISO 9001:2008 *Systemy zarządzania jakością: Wymagania*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2009.

¹⁷ Wykaz akredytowanych jednostek certyfikujących znajduje się na stronie: http://www.pca.gov.pl/?pa=akredytowane_podmioty&tr=jc.

¹⁸ Na ok. 600 szpitali publicznych funkcjonujących w Polsce ponad 100 posiada certyfikat jakości; *Medyku, kontroluj się sam*, wywiad z Wojciechem Henrykowskim – prezesem Polskiego Centrum Badań i Certyfikacji SA, „VIP, Polityka, Biznes, Fakty” (wydanie specjalne) 28.06.2011, <http://www.pcbc.gov.pl/>.

¹⁹ I. Witczak, *Certyfikacja na zgodność z normami ISO i akredytacja, jako zewnętrzne systemy oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie Jakością” 2005, nr 2, s. 40–41.

²⁰ <http://www.efqm.org/>. Przedstawicielem Fundacji EFQM w Polsce jest Krajowa Organizacja Partner-ska (National Partner Organisation – NPO), <http://www.efqm.pl/>.

ośrodkami naukowymi. Model Doskonałości EFQM jest praktycznym narzędziem, które w zakładzie opieki zdrowotnej może być stosowane na różne sposoby²¹:

- jako narzędzie samooceny, pozwalające ustalić, w którym miejscu na drodze do doskonałości znajduje się aktualnie zakład,
- jako instrument umożliwiający stosowanie benchmarkingu z innymi zakładami opieki zdrowotnej,
- jako „przewodnik” identyfikujący słabości i braki oraz wskazujący na obszary wymagające usprawnienia,
- jako podstawa wspólnego dla pracowników zestawu pojęć i sposobu myślenia o zakładzie,
- jako struktura systemu zarządzania zakładem.

Zakład opieki zdrowotnej, dokonując samooceny, zdobywa informacje na temat swoich silnych i słabych stron oraz ogólnego poziomu dojrzałość w oparciu o najważniejsze obszary funkcjonowania. W organizacji nastawionej na doskonalenie samoocena jest stałym, systematycznym elementem działania. Umożliwia dalszą ewaluację postępów czynionych w zakresie podnoszenia sprawności jej funkcjonowania. Model EFQM może zatem służyć jednocześnie jako kompleksowe narzędzie oceny i jako wzór doskonałości, do którego zakład może dążyć.

Model dopuszcza istnienie wielu różnorodnych koncepcji prowadzących organizacje do osiągnięcia założonych celów. Podejście do zarządzania proponowane przez model opiera się na następującym założeniu: **zadowolenie klientów (pacjentów), pracowników, pozytywny odbiór społeczny oraz doskonałe wyniki organizacja osiąga poprzez przywództwo, będące czynnikiem sprawczym formułowania polityki i strategii, która z kolei jest realizowana przez pracowników, partnerstwo, zasoby oraz procesy.**

Model EFQM jest polecany do wykorzystania w zakładach, które spełniają choćby jeden z poniższych warunków:

- posiadają lub wdrażają system zarządzania jakością i chcą go dalej rozwijać,
- określiły swoją misję, wizję oraz strategię i chcą konsekwentnie je realizować,
- dążą do pełnego usatysfakcjonowania pacjentów i pracowników,
- chcą poznać swoją pozycję na drodze do doskonałości i poprawiać w sposób skuteczny oraz efektywny wyniki swojego działania.

Model doskonałości EFQM jest stosowany przez kilkadziesiąt tysięcy europejskich organizacji doskonalących własny system zarządzania. Zasadnicze aspekty modelu oraz korzyści wynikające z jego wdrożenia w wyczerpujący sposób zaprezentowano na stronach Umbrella Consulting Sp. z o.o.²² oraz stronach Fundacji EFQM²³.

²¹ <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=35>.

²² B. Gormley, *Zapewnianie doskonałości*, Kraków 2005, http://www.umbrella.org.pl/archiwum/ppt/gormley_krakow160505_pl_final.ppt.

²³ Broszura informacyjna – *Zaangażowanie w doskonalenie*, http://efqm.pl/doc/Broszura%20informacyjna_Zaangazowanie%20w%20doskonalenie2007.pdf.

Fundacja ta, wspólnie z organizacjami partnerskimi, jest zaangażowana w badania i aktualizację modelu. W tym celu wykorzystuje wkład praktyczny oraz teoretyczny tysięcy organizacji zarówno z Europy, jak i spoza niej. Zapewnia to dynamikę modelu oraz jego zgodność z aktualnymi trendami w dziedzinie zarządzania.

Model doskonałości EFQM jest podstawą programu Poziomy doskonałości EFQM²⁴ oraz większości krajowych nagród jakości państw europejskich. W Polsce są przyznawane: **Polska Nagroda Jakości**²⁵ (PNJ), ustanowiona w 1995 roku przez Krajową Izbę Gospodarczą, Polskie Centrum Badań i Certyfikacji oraz Fundację „Teraz Polska”, oraz **Regionalne Nagrody Jakości**²⁶, utworzone w 1997 roku przez Komitet Polskiej Nagrody Jakości.

Inicjatywą pomocną dla organizacji wdrażających model EFQM jest **baza wiedzy Excellence One**. Jest to kompleksowy, interaktywny zbiór wiedzy na temat najlepszych praktyk, metod i narzędzi w zakresie zarządzania i doskonalenia, w postaci raportów i danych benchmarkingowych, bazy dobrych praktyk, podręczników z różnych obszarów zarządzania i wdrażania modelu, wywiadów z szefami firm stosujących go i różnorodnych prezentacji.

Model EFQM można uznać za kolejny etap na ścieżce podnoszenia efektywności funkcjonowania placówki opieki zdrowotnej oraz budowania trwałego zadowolenia pacjentów.

2. Rola rozwiązań informatycznych w zapewnianiu jakości służby zdrowia

W dobie społeczeństwa informacyjnego funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, podobnie jak działalność wszelkich innych organizacji i podmiotów gospodarczych, w dużej mierze jest wspierane nowoczesną technologią. Dział informatyki, który zajmuje się metodami budowy systemów przetwarzających informacje wykorzystywane w opiece zdrowotnej, nazywa się informatyką medyczną. Różnorodność zastosowań informatyki w medycynie – począwszy od systemów obsługi administracyjnej i logistycznej dla szpitali, przychodni czy aptek, poprzez systemy wspomaganie diagnostyki, przetwarzania i analizy sygnałów oraz obrazów medycznych, oprogramowanie aparatury medycznej, na telemedycynie skończywszy – szczegółowo omawia R. Tadeusiewicz²⁷.

²⁴ <http://www.efqm.pl/wyroznienia.php>.

²⁵ <http://pnj.pl/pnj.asp>.

²⁶ <http://pnj.pl/rnj.htm>.

²⁷ R. Tadeusiewicz, *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2011.

Szacuje się, że zapotrzebowanie na produkty informatyki medycznej będzie coraz większe, obecnie bowiem jej rozwój jest zbyt wolny w stosunku do potrzeb w tym zakresie, wynikających przede wszystkim ze starzenia się społeczeństwa²⁸.

Celem wdrażania systemów informatycznych w jednostkach ochrony zdrowia jest poprawa jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych obszarach, tj. w sferze:

- obsługi pacjenta, związanej z ewidencją danych o pacjentach, ich chorobach i świadczonych im usługach,
- zarządzania i ekonomiczno-administracyjnej, związanej z procesami i procedurami świadczenia usług, ze sposobem gospodarowania zasobami ludzkimi, finansowymi oraz rzeczowymi,
- statystycznej, związanej z szybkością oraz jakością informacji dostarczanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego oraz na potrzeby jednostek naukowych.

Istotnymi cechami systemów informatycznych wdrażanych w zakładach opieki zdrowotnej wpływającymi na efektywność wsparcia funkcjonowania zakładów są:

- niezawodność – rozważana w kategoriach dostępności danych i tolerowania awarii; w celu zwiększania niezawodności są instalowane dodatkowe źródła zasilania, jest stosowane dublowanie kluczowych elementów sprzętu komputerowego, są wprowadzane stosowne wymogi dotyczące tworzenia kopii baz danych,
- łatwość dostępu do terminali – chodzi o szybki, bezproblemowy dostęp do danych pacjentów uzyskiwany przez lekarzy z notebooków, tabletek, PDA lub dedykowanych mobilnych stanowisk komputerowych,
- przyjazny interfejs użytkownika – pozwalający na jak najbardziej intuicyjną obsługę; system nie powinien być postrzegany przez lekarzy i pielęgniarki jako element czasochłonny, utrudniający codzienną pracę, zwiększający liczbę obowiązków i „odciągający od pacjenta”,
- zarządzanie nietypowymi informacjami – źródłem dużej liczby danych gromadzonych w systemach medycznych jest specjalistyczna aparatura diagnostyczna lub terapeutyczna, która dane o pacjentach rejestruje w postaci obrazów i sygnałów, tego typu dane trzeba umiejętnie gromadzić, przetwarzać, wyszukiwać i sprawnie udostępniać,
- bezpieczeństwo danych – nie ma systemów informatycznych zapewniających stuprocentowe bezpieczeństwo danych, jednak ze względu na poufność i wrażliwość danych kwestia ich ochrony (przed utratą na skutek zdarzeń losowych, celową lub nieświadomą modyfikacją, kradzieżą bądź niepowołanym dostępem) w przypadku systemów medycznych jest szczególnie istotna; problem bezpieczeństwa danych medycznych jest szczególnie trudny ze względu na konieczność

²⁸ S.V. Cantrill, *Computers in Patient Care: The Promise and the Challenge*, „Communications of the ACM” 2010, vol. 53, no. 9, September, s. 42–47.

pogodzenia go z pożądaną szybkością i łatwością dostępu, decydujących często o życiu i zdrowiu pacjenta,

- otwartość – możliwość i łatwość rozbudowy systemu oraz jego integracji z innymi systemami jest szczególnie ważna z punktu widzenia wymiany danych.

Warto w tym miejscu rozważyć zwrócić uwagę na problem autonomii poszczególnych systemów w skali całego kraju. System informacyjny w ochronie zdrowia w Polsce wciąż funkcjonuje w oparciu o wiele oddzielnych, rozproszonych i niestety niewspółpracujących ze sobą systemów teleinformatycznych²⁹. Brak ich integracji prowadzi często do redundancji danych, utrudnia dostęp do nich, jest powodem opóźnień w pozyskaniu niezbędnych danych zagregowanych. Skutkuje to brakiem możliwości podejmowania efektywnych decyzji, utrudnia zarządzanie wiedzą w ochronie zdrowia i kształtowanie właściwej polityki zdrowotnej. Sytuację może poprawić ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁰, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku. Decydujące znaczenie dla jakości całego systemu opieki zdrowotnej mogą mieć przepisy ustawy dotyczące utworzenia Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w formie cyfrowej, które zaczną obowiązywać dopiero 1 sierpnia 2014 roku.

Podsumowanie

Celem artykułu było zwrócenie uwagi na poszukiwanie drogi do podnoszenia efektywności funkcjonowania jednostki służby zdrowia, ukierunkowanej na poprawę jakości usług medycznych. Elementy będące kryteriami oceny jakości usługi przez pacjenta mogą być z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej kryteriami oceny efektywności jego działania. Należy jednak mieć na uwadze to, iż ze względu na specyficzne właściwości usług medycznych, takie jak m.in. społeczny charakter, oddzielenie funkcji usługobiorcy i płatnika, wymuszony (chorobą, stanem zdrowia) odbiór usług oraz trudności w ocenie skuteczności zrealizowanych świadczeń, definiowanie jakości w opiece zdrowotnej nie jest rzeczą łatwą.

²⁹K. Nyczaj, *Strukturalne determinanty rozwoju e-zdrowia*, referat wygłoszony podczas konferencji „Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia” w dniu 9 grudnia 2010 r. w Warszawie.

³⁰Dz.U. z 2011 Nr 113, poz. 657 (z dnia 28.04.2011).

Literatura

1. *37 kroków wdrożenia ISO – podręcznik zawierający wskazówki do samodzielnego wdrożenia systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy ISO 9001*, <http://www.cdz-meritum.pl/>.
2. Cantrill S.V., *Computers in Patient Care: The Promise and the Challenge*, „Communications of the ACM” 2010, vol. 53, no. 9, September.
3. *Ekonomia medycyny*, red. J.J. Fedorowski, R. Nizankowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Erfurt U., Oleszczyk K., *Zarządzanie przez jakość w opiece zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=15&idartykul=638.
5. Gormley B., *Zapewnianie doskonałości*, Kraków 16–17 maja 2005, http://www.umbrella.org.pl/archiwum/ppt/gormley_krakow160505_pl_final.ppt.
6. Gruca-Wójtowicz P., *Jakość usług medycznych w kontekście zróżnicowanych oczekiwań stron zainteresowanych*, „Problemy Jakości” 2009, nr 3.
7. Krok E., *Jakość usług medycznych*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 38.
8. *Medyku, kontroluj się sam*, wywiad z Wojciechem Henrykowskim – prezesem Polskiego Centrum Badań i Certyfikacji SA. „VIP, Polityka, Biznes, Fakty” (wydanie specjalne) 28.06.2011, <http://www.pcbc.gov.pl>.
9. Nogalski B., Rybicki J., *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, TNOiK, Dom Organizatora, Toruń 2002.
10. *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Trocki, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
11. Nyczaj K., *Strukturalne determinanty rozwoju e-zdrowia*, referat wygłoszony podczas konferencji „Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia” w dniu 9 grudnia 2010 r. w Warszawie.
12. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, CeDeWu, Warszawa 2005.
13. *PN-EN ISO 9001:2008 Systemy zarządzania jakością: Wymagania*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2009.
14. Rudawska I., *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
15. Suchecka J., *Ekonometria ochrony zdrowia*, Absolwent, Łódź 2005.
16. Tadeusiewicz R., *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2011.
17. *Ustawa dnia 28.04.2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia*, Dz.U. z 2011 Nr 113, poz. 657.

18. Wawak S., *Podręcznik wdrażania ISO 9001:2000*, Onepress, Gliwice 2007.
19. Witczak I., *Certyfikacja na zgodność z normami ISO i akredytacja, jako zewnętrzne systemy oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie Jakością” 2005, nr 2.
20. *Zaangażowanie w doskonalenie* (broszura informacyjna), http://efqm.pl/doc/Broszura%20informacyjna_Zaangazowanie%20w%20doskonalenie2007.pdf.
21. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
22. *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2004.
23. www.cmj.org.pl.
24. www.efqm.org.
25. www.efqm.pl.
26. www.iso.org/iso.
27. www.iso.org/iso/home.htm.
28. www.pca.gov.pl.
29. www.pnj.pl.
30. www.who.int.

Summary

Efficiency in health service through the prism of quality

The purpose of this article is to draw attention to searching for ways to improve the efficiency of a health service unit, aimed at improving the quality of medical services. Elements assessing the quality of services from the patient's point of view, from the perspective of a health service unit are likely to be the assessing criteria for the effectiveness of its operations.

In the first part of the article the author defines the concept of quality in health service. She also discusses functioning, in the Polish health service system, of external quality assessment of health service facilities, such as patients' satisfaction surveys, accreditation, ISO certification and the EFQM Excellence Model.

In the second part of the article the author highlights the role of IT solutions in providing the quality of health service. She analyzes the purpose of system implementation and its main characteristics, which affect the efficiency of application in a health service institution.