

Monika Dobska  
Paweł Dobski

# Systemy zarządzania jakością w podmiotach lecznicznych



Wolters Kluwer

Monika Dobska  
Paweł Dobski

# Systemy zarządzania jakością w podmiotach lecniczych

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo.pl**  
księgarnia internetowa

Recenzent  
*Prof. dr hab. Barbara Iwankiewicz-Rak*

Wydawca  
*Izabella Małecka*

Redaktor prowadzący  
*Joanna Maź*

Opracowanie redakcyjne  
*Anna Krzesz*

Łamanie  
*Sławomir Sobczyk*

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

**SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ**  
Więcej na [www.legalnakultura.pl](http://www.legalnakultura.pl)  
**POLSKA IZBA KSIĄŻKI**

© Copyright by  
Wolters Kluwer SA, 2016

ISBN: 978-83-8092-768-1

Dział Praw Autorskich  
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33  
tel. 22 535 82 19  
e-mail: [ksiazki@wolterskluwer.pl](mailto:ksiazki@wolterskluwer.pl)

[www.wolterskluwer.pl](http://www.wolterskluwer.pl)  
księgarnia internetowa [www.profinfo.pl](http://www.profinfo.pl)

## SPIS TREŚCI

Wykaz najważniejszych skrótów .....	7
Wstęp .....	9
<b>Rozdział 1</b>	
<b>Rola zapewnienia jakości w zarządzaniu organizacjami .....</b>	<b>13</b>
1. Geneza jakości .....	13
2. Istota i znaczenie jakości .....	18
2.1. Interdyscyplinarny charakter jakości .....	18
2.2. Wielowymiarowy charakter jakości .....	23
3. Istota koncepcji TQM ( <i>total quality management</i> ) .....	28
<b>Rozdział 2</b>	
<b>Percepcja jakości w usługach medycznych .....</b>	<b>50</b>
1. Pojęcie jakości w usługach .....	50
2. Jakość w produkcji i jej zastosowanie do usług .....	58
3. Interpretacja pojęcia jakości w usługach medycznych .....	66
4. Percepcja jakości świadczenia usługi medycznej z perspektywy pacjenta w świetle wyników badań empirycznych .....	88
5. <i>Medical malpractice</i> .....	102
6. Organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz jakości .....	110
7. Reorientacja na wartość usług medycznych .....	116
<b>Rozdział 3</b>	
<b>Rola marketingu relacyjnego w kształtowaniu jakości usług medycznych .....</b>	<b>126</b>
1. Wpływ marketingu relacyjnego na zarządzanie przedsiębiorstwem usługowym .....	126
2. Uwarunkowania i rola relacji profesjonalista–pacjent .....	132
3. Przywracanie symetryczności relacji a dehumanizacja usług medycznych .....	149
4. Konsumeryzm medyczny – rola reprezentacji społecznej .....	160

**Rozdział 4**

<b>Integracja systemów zarządzania jakością .....</b>	<b>180</b>
1. Ewolucja i przesłanki stosowania norm serii 9000 .....	180
2. Charakterystyka norm serii 9000 .....	182
3. Dokumentacja w systemie zarządzania jakością ISO 9001:2008 .....	192
Norma ISO 19011:2003. Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania jakością i/lub środowiskowego .....	205
4. Nowe wymagania normy ISO 9001:2015 .....	207
5. Powiązania między systemami jakości a akredytacją .....	221
 <b>Zakończenie .....</b>	 <b>237</b>
 <b>Bibliografia .....</b>	 <b>239</b>
 <b>Spis tabel .....</b>	 <b>281</b>
 <b>Spis rysunków .....</b>	 <b>283</b>
 <b>Spis wykresów .....</b>	 <b>284</b>

## WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW

AMA	– American Medical Association
CWQC	– <i>company-wide quality management</i>
EBM	– <i>Evidence Based Medicine</i>
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
HACCP	– Hazard Analysis and Critical Control Point
ISO	– International Organization for Standardization (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna)
ISQua	– International Society for Quality in Healthcare
k.c.	– ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z późn. zm.)
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli
PKWiU	– Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług
r.p.o.s.a.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150, poz. 1216)
TQC	– <i>total quality control</i>
TQM	– <i>total quality management</i>
u.a.o.z.	– ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm.)
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)



## WSTĘP

Konstrukcja systemu zdrowotnego Polsce podlega ciągłym zmianom, które można podzielić na trzy okresy. Pierwszy z nich obejmuje lata międzywojenne, drugi przypada na czas funkcjonowania gospodarki centralnie sterowanej, natomiast trzeci okres rozpoczął się wraz z procesem przeobrażeń systemowych i trwa do dziś.

Na początku lat 90. XX wieku rynek usług medycznych nie był jednolity. Z jednej strony istniała słabo rozbudowana praktyka prywatna, z drugiej zaś dominowały jednostki sektora publicznego. O ile w pierwszym przypadku można było mówić, choćby w ograniczonym zakresie, o istnieniu mechanizmów rynkowych, o tyle na polu publicznym owe mechanizmy nie funkcjonowały. Sposób finansowania działalności placówek publicznych oraz brak kontroli kosztów i wydatków doprowadziły do pogłębienia się niewydolności systemu. Skutkami takiej sytuacji były często niska jakość, zawężający się zakres świadczonych usług i rosnące zadłużenie szpitali.

Dopiero rozpoczęcie reformy służby zdrowia, możliwe dzięki odpowiedniemu pakietowi aktów prawnych, zapoczątkowało procesy deregulacji, a tym samym przyczyniło się do powstania rynku usług medycznych. Rosnąca konkurencja pomiędzy prywatnymi świadczeniodawcami a przekształconymi organizacjami oraz pojawienie się instytucji kontraktującej świadczenia medyczne sprawiły, iż pozyskanie pacjentów stało się nową determinantą funkcjonowania podmiotów leczniczych. Zmiana zasad finansowania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej spowodowała rozpoczęcie procesów usamodzielniania się placówek oraz była początkiem realizowania programu restrukturyzacji szpitali w celu podniesienia efektywności opieki nad pacjentem. Zmianie uległa nie tylko forma organizacyjna zakładów opieki zdrowotnej (wprowadzenie samodzielności zakładów), ale także ekonomiczne podstawy funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Samodzielność zakładów opieki zdrowotnej nie dawała jednak spodziewanych efektów zarządzania. Mimo że zakład miał zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność procesową i sądową oraz zarządzał wyodrębnionym majątkiem, w znacznej mierze był uzależniony od organu założycielskiego. Jak wskazuje A. Koziarkiewicz [2008, s. 44–45], placówki wciąż działały na zasadach miękkich budżetów bez prawnej lub faktycznej możliwości ogłoszenia bankructwa. Po 2001 roku dyscyplina finansowa nowo utworzonych samodzielnych publicznych



zakładów opieki zdrowotnej została rozluźniona. Jednocześnie nasiliło się zjawisko zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Panaceum na pogłębiającą się złą sytuację w zakładach miały być działania restrukturyzacyjne. Zmiany mogły być dokonywane w różnych obszarach organizacji, a ich zakres był zależny od celu, jaki miał być osiągnięty [Frączkiewicz-Wronka 2001, s. 125]. Ostatnią ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej można uznać za akt finalizujący reformę, bowiem miała się stać przesłanką do doskonalenia procesów zarządzania podmiotem leczniczym.

Mając na uwadze ekonomiczne założenia polityki zdrowotnej, nasuwa się pytanie: czy opisanym procesom restrukturyzacji odpowiadały również nowe metody organizacji i zarządzania szpitalami? Okazuje się, że nie zawsze. Po uwzględnieniu obecnej sytuacji w służbie zdrowia przed kadrą zarządzającą pojawia się zatem bardzo trudne zadanie dotyczące wyboru jak najlepszej strategii funkcjonowania. Z doświadczeń wielu podmiotów wynika, iż jest to strategia projakościowa, która może objawiać się przystąpieniem do akredytacji, uzyskaniem certyfikatu ISO czy też wdrożeniem programu zapewnienia jakości. Każda z tych ścieżek ma na celu nie tylko zagwarantowanie lepszego funkcjonowania organizacji, ale także sprawienie, aby świadczone usługi były jak najlepiej oceniane pod kątem jakości przez ostatecznego adresata – pacjenta. Niniejsza publikacja koncentruje się na dokonaniu charakterystyki zintegrowanego systemu zarządzania jakością, ze szczególnym uwzględnieniem normy ISO 9001 oraz wskazaniu istotnej roli konsumenta (pacjenta) jako ostatecznego weryfikatora jakości.

Książka składa się z czterech rozdziałów. W rozdziale pierwszym wyjaśniona została istota jakości. Zwrócono uwagę zarówno na interdyscyplinarny, jak i wielowymiarowy charakter tego pojęcia. Dodatkowo w rozdziale tym dokonano charakterystyki koncepcji *total quality management* (TQM).

Przedmiotem rozważań rozdziału drugiego stała się jakość usług medycznych. Omówione zostało pojęcie jakości w usługach. Zinterpretowano także wielopłaszczyznowość tego zagadnienia w usługach medycznych. Przeprowadzone rozważania dotyczyły postrzegania jakości z perspektywy personelu medycznego, pacjenta oraz instytucji pośredniczących w redystrybucji środków finansowych.

Rozdział trzeci poświęcony został koncepcji marketingu relacyjnego i jego roli w kształtowaniu jakości usług medycznych. Scharakteryzowano uwarunkowania i rolę relacji profesjonalista (lekarz, pielęgniarka) – pacjent oraz wskazano na znaczenie wzajemnych powiązań w budowaniu strategii doskonalenia obsługi. Biorąc pod uwagę nowe trendy konsumeryzmu, monografia zwraca uwagę na możliwość wypracowania kultury usługowej w podmiocie leczniczym, w paradygmacie współpracy z klientem, oraz wskazuje, jak te zachodzące u podstaw (w świadczeniach medycznych) zmiany powinny wpływać na zasady kształtowania polityki zdrowotnej.

W rozdziale czwartym przedstawiono istotę systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008. Szczególną uwagę zwrócono na proces wdrażania systemu i korzyści wynikające z certyfikacji.

Inspiracją do powstania niniejszego opracowania okazały się wykłady z zakresu zarządzania przez jakość oraz z marketingu usług medycznych, które były prowadzone na wielu uczelniach wyższych. Ostateczna wersja książki wiele zawdzięcza ogromnemu zainteresowaniu słuchaczy na szkoleniach i wykładach tematycznych prowadzonych na terenie całego kraju. Pragniemy tym samym podziękować wszystkim, którzy zachęcali nas gorąco do napisania tej książki, wskazując interesujące zagadnienia.

Życzymy wszystkim Czytelnikom, aby niniejsza lektura stała się nie tylko inspiracją do dalszych przemyśleń na temat roli zarządzania przez jakość w działalności podmiotów leczniczych, ale także zachęcała do wdrażania tych rozwiązań w codziennej praktyce.

*Monika i Paweł Dobscy  
Poznań, 30 czerwca 2016 r.*



## Rozdział 1

# ROLA ZAPEWNIENIA JAKOŚCI W ZARZĄDZANIU ORGANIZACJAMI

## 1. Geneza jakości

Jakość jest kategorią, która towarzyszy ludzkości już od początku istnienia świata i wiąże się nieodłącznie z działalnością wytwórczą człowieka. Warto więc prześledzić próby określania kategorii jakości w przekroju historycznym, każda epoka wypracowała bowiem swoją własną wizję jakości i określiła stosunek do tego pojęcia.

W czasach prehistorycznych ludzie pierwotni zwracali uwagę na jakość wykorzystywanych narzędzi. Za dobre uznawano te, które były funkcjonalne, spełniały stawiane wymagania i odpowiadały potrzebom zarówno użytkownika, jak i wykonawcy [Kolman 1993, s. 12].

Pierwsze udokumentowane zapisy dotyczące jakości pochodzą ze starożytnego Babilonu. Za pomocą przepisów prawnych próbowano rozwiązać problemy występujące z jakością w budownictwie. Jeden z najstarszych kodeksów świata, tj. Kodeks Hammurabiego (XVIII w. p.n.e.), ma charakter kazuistyczny i zawiera system kar oparty na prawach talionu. Zgodnie z owym kodeksem „budowniczy, który buduje dom, a jego praca nie jest właściwa i dom zapada się i zabija właściciela domu, będzie karany śmiercią” [por. Jedliński 2000, s. 13; Prussak 2006, s. 9].

W starożytności pojawiły się pierwsze przykłady kontroli jakości. Było to związane z wykorzystywaniem narzędzi pomiarowych w trakcie prac budowlanych. Przykładem doskonałej jakości jest jeden z siedmiu cudów starożytnego świata, który przetrwał do współczesnych czasów – egipskie piramidy. Malowidła naścienne (z około 1450 r. p.n.e.) dowodzą, iż już w starożytnym Egipcie podczas wznoszenia piramid istniała kontrola jakości i korzystano z metod dokonywania pomiaru [Ansell 1997, s. 43]. Za czasów Ramzesa III (ok. 1200 r. p.n.e.) pojawiły się listy towarowe, które stanowiły pewnego rodzaju specyfikację wymagań [Bugdol 2003, s. 12] i były formą polepszenia jakości.

W starożytnych Chinach jakość postrzegana była jako sprawa państwowa. Takie rozumienie owej kategorii w dużej mierze wynikało z modelu państwa i społeczeństwa. Autokratyczny ustrój dysponował scentralizowanym systemem kontroli jakości, obejmującym również proces produkcji rzemieślniczej<sup>1</sup>. Rozwój warsztatów rzemieślniczych przypadał na rządy dynastii Shang (XVI–XI w. p.n.e.), rozpoczęcie wdrażania systemu kontroli jakości szacuje się natomiast na okres panowania zachodniej dynastii Zhou (XI–VIII w. p.n.e.). Ówczesny system składał się z kilku departamentów: departamentu ds. składowania i dystrybucji surowców, departamentu ds. produkcji, departamentu ds. składowania i dystrybucji gotowych produktów, departamentu ds. tworzenia i egzekwowania standardów oraz departamentu ds. nadzoru i kontroli. Pierwsze trzy zapewniały prawidłowy przebieg procesów produkcji rzemieślniczej, a kolejne dwa były odpowiedzialne za nadzór nad jakością produktów. Skutkiem ubocznym autokratycznych rządów cesarskich, które doprowadziły do stworzenia pierwszych w historii metod kontroli jakości, była coraz mniejsza możliwość przyjmowania nowych rozwiązań technicznych i technologicznych. To z kolei przyczyniło się w czasach nowożytnych do opóźnienia rozwoju gospodarczego Chin. Pogarszająca się sytuacja w gospodarce chińskiej trwała do lat 80. XX wieku [Karaszewski 2006, s. 86–91].

Kategoria jakości pojawiła się po raz pierwszy w starożytnej księdze *Tao Te Cing* (tłumaczonej najczęściej jako *Księga Drogi i Cnoty*) pochodzącej z Państwa Środka. W dziele tym Stary Mistrz Laozi (znany również jako Lao Tsy, Lao Tan) traktował jakość jako doskonałość, której nie da się osiągnąć, lecz do której trzeba uporczywie dążyć.

Należy jednak podkreślić, że kategoria jakości w dużej mierze wywodzi się z nauk filozoficznych. Za początek posługiwania się w filozofii pojęciem jakości uznaje się drugi okres filozofii starożytnej (V–VI w. p.n.e.). W tym czasie nastąpił rozkwit matematyki i astronomii Pitagorejczyków, medycyny Hipokratesa, historii Tukidydesa i lingwistyki [por. Tatarkiewicz 1990, s. 65; Bugdol 2003, s. 12].

Filozoficzne źródła jakości tkwią w układzie podstawowych działów filozofii, jakimi są: ontologia, epistemologia i aksjologia. Dwaj najwybitniejsi filozofowie starożytnej Grecji: Platon (427–347 p.n.e.) oraz jego uczeń i krytyk Arystoteles (384–322 p.n.e.), w swoich rozważaniach poruszali problem jakości. Platon, uznawany za twórcę idealizmu obiektywnego, wprowadził do słownictwa pojęcie jakości pod greckim terminem *poiotes*<sup>2</sup>. W systemie filozoficznym owego myśliciela świat rzeczywisty stanowi nie-

<sup>1</sup> Rzemiosło w starożytnych Chinach można było podzielić na trzy sektory: rzemiosło państwowe, rzemiosło prywatne i rzemiosło rodzinne. Dominującą pozycję zajmowało rzemiosło państwowe.

<sup>2</sup> Pod względem etymologicznym jakość jest ścisłym tłumaczeniem łacińskiego słowa *qualitas*, które zostało wprowadzone przez Cyserona (106–43 p.n.e.) jako określenie właściwości przedmiotu. Cyseron stworzył łacińską terminologię filozoficzną dla określenia greckiego *poiotes*. Nazwy te są podobne w różnych językach: w j. włoskim *qualità*, w j. francuskim *qualité*, w j. angielskim *quality*, w j. niemieckim *die*

doskonałe odzwierciedlenie realnie istniejących, doskonałych idei. W tym kontekście jakość konkretnych rzeczy oznacza stopień osiągniętej przez nie doskonałości. Warto zauważyć, że takie rozumienie jakości akcentuje jej aspekt aksjologiczny oraz jest zbieżne z dominującym współcześnie definiowaniem jakości jako stopnia spełnienia przez podmiot stawianych wymagań [Hamrol i Mantura 2006, s. 15–23].

Platon określał jakość jako pewien stopień doskonałości. Jego zdaniem człowiek jest w stanie zrozumieć owo pojęcie wyłącznie przez doświadczenie. Zgodnie z tym podejściem można przyjąć, że człowiek (także klient), dokonując wyboru, podejmuje decyzję, dzięki której wartościuje przydatność danego wyrobu. Jakość bez użytkownika nie ma sensu, gdyż jest pojmowana jako stopień spełnienia jego oczekiwań. Porównywanie i wartościowanie cech produktów ma sens jedynie wówczas, gdy zostanie dokonane zróżnicowanie klientów, gdyż spełnianie ich oczekiwań jest wartością subiektywną [Łukasiński 2007, s. 41]. To właśnie klient i jego opinia powinny być w centrum uwagi, pomimo że jego poglądy nie zawsze muszą być zbieżne z opiniami ekspertów w danej dziedzinie. Z tego względu cały proces zapewnienia jakości powinien być nierozłącznie związany z badaniem i rozumieniem potrzeb klienta.

Znaczenie jakości podkreślał także Arystoteles, którego uważano za twórcę kierunku materialistycznego. Według filozofa jakość zalicza się do jednej z dziesięciu kategorii opisu rzeczywistości, które umożliwiają podział wszystkich pojęć na grupy logiczne zwane kategoriami [Gołębiowski, Janasz i Prozorowicz 1999, s. 18]. Arystoteles postrzegał jakość jako zespół swoistych cech odróżniających dany przedmiot od innych przedmiotów tego samego rodzaju. Takie rozumienie jakości akcentuje aspekt epistemologiczny, który występuje relatywnie rzadziej we współczesnych definicjach. Arystoteles interpretował jakość jako kategorię obiektywną i w oparciu o cechy zaprezentowane na rysunku 1.1 opisywał rzeczy i zjawiska.

Analizując poglądy wspomnianych filozofów, można stwierdzić, że prezentowali oni dwa odmienne podejścia do jakości. Pierwszy z nich stworzył pojęcie **idei** i dał początek wyjątkowym metodom dochodzenia prawdy. Drugi z myślicieli antycznych nie wahał się poznawać świata w sposób empiryczny [Gołębiowski, Janasz i Prozorowicz 1999, s. 18]. Można przyjąć, że przez setki lat filozofowie rozważali słuszność kartezyjskiego dualistycznego ujęcia jakości [Karaszewski 2006, s. 13], według którego wyróżniamy:

- jakość pierwotną (tkwiącą w przedmiotach),
- jakość wtórną (emitowaną przez przedmioty).

---

*Qualität*. Od tych słów wywodzi się symbol Q, chociaż w niektórych językach zarówno romańskich, jak i germańskich termin jakość pisze się przez K lub C. Przykładem może być j. szwedzki – *kvalitet*, j. holenderski – *kwaliteit*, j. hiszpański – *calidad*.

## Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych

**Monika Dobska, Paweł Dobski** – doktorzy habilitowani nauk ekonomicznych, profesorowie nadzwyczajni Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, pracownicy UEP oraz wykładowcy na wielu uczelniach wyższych. Audytorzy wiodących systemów zarządzania jakością (certyfikacja IRCA). Prowadzą szkolenia i warsztaty dla podmiotów leczniczych w zakresie systemów zarządzania jakością. Autorzy publikacji poświęconych tematyce marketingowej.

W książce przedstawiono zagadnienia związane z wdrażaniem systemu zarządzania jakością oraz możliwością jego integracji z innymi systemami zarządzania, z uwzględnieniem najnowszych zmian w prawie dotyczących nowelizacji systemów zarządzania jakością zgodnych z normą ISO 9001:2015.

W opracowaniu omówiono m.in.:

- charakterystykę koncepcji *total quality management* (TQM),
- percepcję jakości usług medycznych,
- znaczenie relacji profesjonalista–pacjent w kształtowaniu jakości usług medycznych,
- istotę systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008,
- proces wdrażania systemu i korzyści wynikające z certyfikacji.

Publikacja przeznaczona jest dla pracowników podmiotów leczniczych – przede wszystkim kadry zarządzającej i personelu medycznego.

„Książka traktująca o problemach zarządzania w szczególnym obszarze, jakim jest działalność lecznicza, jest z pewnością atrakcyjna i ważna zarówno dla kadr zarządzających podmiotami w ochronie zdrowia, jak i dla studentów, doktorantów oraz naukowców, którzy badają ten obszar wiedzy. Problematyka zarządzania jest stale aktualna, gdyż rozwija się wraz ze zmianami społeczno-gospodarczymi oraz technologicznymi i ma wymiar globalny. To uzasadnia potrzebę aktualizacji wiedzy na temat zarządzania i jej propagowanie w nowych publikacjach”.

*Prof. zw. dr hab. Barbara Iwankiewicz-Rak*



**ZAMÓWIENIA:**

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01  
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL  
WWW.PROFINFO.PL

CENA 99 ZŁ (W TYM 5% VAT)

ISBN 978-83-8092-768-1



Wolters Kluwer