

**Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk i Zdrowiu**

Eliza Dąbrowska

**Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych
w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej
na przykładzie
Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu**

Rozprawa doktorska przygotowana
w Katedrze Nauk o Zdrowiu
pod kierunkiem
dr hab. Marii Danuty Głowackiej

Poznań 2012

**Poznan University
of Medical Sciences
Faculty of Health Sciences
Department of Organization and Management**

Eliza Dąbrowska

**Optimizing the quality level of healthcare services
the independent public healthcare
for example
Heliodor Świącicki Teaching Hospital
of Poznan University of Medical Sciences**

doctoral dissertation

**Supervisor
dr hab. Maria Danuta Głowacka
Faculty of Health Sciences**

Poznań 2012

Serdeczne podziękowania

dla Pani Profesor Marii Danuty Głowackiej za opiekę merytoryczną podczas powstawania pracy. Szczególnie dziękuję Pani Profesor za konstruktywną krytykę i wytyczanie celów terminowych.

Eliza Dabrowska

Spis treści	4
Wprowadzenie	6
1. Problematyka jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	8
1.1 Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej na tle systemu ochrony zdrowia.....	8
1.2 Specyfika zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.....	13
1.3 Zarządzanie jakością usługi zdrowotnej.....	17
1.4 Optymalizacja poziomu jakości usługi zdrowotnej.....	23
2. Przedmiot badań	33
2.1 Prezentacja Szpitala Klinicznego im. Heliadora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	33
2.2 Model struktury organizacyjnej funkcjonujący w Szpitalu Klinicznym im. Heliadora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	35
2.3 Procesowe podejście do zarządzania zastosowane w Szpitalu Klinicznym im. Heliadora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	36
3. Metodologia badań własnych	38
3.1 Cel główny pracy.....	38
3.2 Cele szczegółowe pracy.....	38
3.3 Hipoteza główna pracy.....	38
3.4 Hipotezy szczegółowe pracy.....	38
3.5 Zakres badawczy pracy.....	39
3.6 Narzędzia i metody badawcze wykorzystane w pracy.....	40
3.6.1 Badanie ankietowe.....	40
3.6.1.1 Badania ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów.....	40
3.6.1.2 Badania ankietowe przeprowadzone wśród pracowników.....	43
3.7 Metoda optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.....	45
3.8 Metoda procesowego zarządzania szpitalem. Parametryczne sterowanie procesami.....	46
4. Wyniki badań	49
4.1 Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala Klinicznego im. Heliadora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Analiza porównawcza.....	50
4.2 Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych Szpitala Klinicznego im. Heliadora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Analiza porównawcza.....	69
4.3 Działania optymalizacyjne prowadzone w Szpitalu Klinicznym im. H.	98

Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.....	
4.4 Ocena wpływu zmian dokonanych w obszarach systemu zarządzania szpitalem na korelujące z nimi czynniki oferty świadczenia zdrowotnego....	104
5. Dyskusja.....	116
6. Wnioski.....	125
7. Piśmiennictwo.....	126
Pozycje zwarte.....	126
Czasopisma.....	128
Akty Prawne.....	129
Normy.....	130
Regulacje wewnętrzne Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	130
8. Streszczenie.....	132
9. Summary.....	133
10. Indeksy.....	135
Indeks tabel.....	135
Indeks wykresów.....	137
Indeks rycin.....	138
11. Załączniki.....	139
Załącznik 1 - Struktura Organizacyjna Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	139
Załącznik 2 -Mapa Procesów Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.....	140
Załącznik 3 - Formularz ankiety badania poziomu jakości świadczeń zdrowotnych wśród pacjentów.....	141
Załącznik 4 – Formularz ankiety badania poziomu jakości obszarów systemu zarządzania szpitalem wśród pracowników.....	145
Załącznik 5 - Model metody - Procesowe Zarządzanie Szpitalem. Parametryczne Sterowanie Procesami. Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (metoda zaimplementowana).....	147
Załącznik 6 - Przykładowe systemowe rozwiązania w obrębie procesu Bezpieczeństwo Epidemiologiczne optymalizujące działania w ramach procesu.....	152
Załącznik 7 - Schemat blokowy realizacji świadczenia zdrowotnego w szpitalu..	157

Wprowadzenie

Zdrowie jest dla człowieka najwyższą wartością, jest bezcenne. Wybierając zdrową żywność, inwestując w edukację prozdrowotną i profilaktykę, wybierając z otoczenia to, co powszechnie uznawane jest za zdrowe, jednostka zwiększa wewnętrzne poczucie kontroli, wierząc, że dzięki określonym działaniom możliwe jest zachowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego aż do późnej starości. Decyzje i wybory, przed którymi staje człowiek nie są łatwe. Mniej lub bardziej uświadomione, w mniejszym lub większym stopniu oparte na wiarygodnych informacjach, mogą znacząco zaważyć na zdrowiu i życiu. Współczesny człowiek staje przed koniecznością ciągłego adaptowania się do zmian, uwzględniania wielu różnorodnych, często sprzecznych, informacji, które wpływają na jego postrzeganie rzeczywistości i procesy decyzyjne.

Zróznicowanie poziomu jakości życia nieustannie stymuluje człowieka do poszukiwania coraz to doskonalszych rozwiązań, produktów i usług. W tych poszukiwaniach bardzo dużo zależy od nas samych. Poświęcając czas na wnikliwą analizę tego, co rynek ma do zaoferowania zwiększamy prawdopodobieństwo podjęcia racjonalnej decyzji, co przekłada się na poczucie satysfakcji.

W tym kontekście powstaje pytanie, dlaczego tak niewielkie znaczenie przypisują ludzie zdobywaniu informacji na temat podmiotów leczniczych, z usług których zamierzają skorzystać? Pytanie to wydaje się kluczowe, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że jakość jednostkowej usługi zdrowotnej może zadecydować o długości i jakości życia człowieka.

W ostatnich latach obserwuje się wzrastającą świadomość pacjentów w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem, co znajduje odzwierciedlenie w podejmowaniu działań ukierunkowanych na poszukiwanie, analizowanie i porównywanie informacji.

Także i system opieki zdrowotnej, wyposażony w coraz to nowe narzędzia i restrykcje, stymuluje placówki do zmian jakościowych. To jednak ciągle niewiele. Rynek nie dysponuje wystarczającą ilością i jakością informacji na temat świadczeń zdrowotnych. Pacjent nie jest w stanie podjąć właściwej, dobrej dla siebie decyzji, rzecz jasna decyzji subiektywnej, ale w oparciu o rzetelne, obiektywne i porównywalne informacje. Wybór ten jest nadal wyborem losowym.

Żywiąc głęboką nadzieję, że ten stan w niedługim czasie ulegnie zmianie, autorka w niniejszej pracy prezentuje metodę optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych sprzężonych z systemem zarządzania placówką. Istotą metody jest sformułowanie oferty świadczenia zdrowotnego wyrażonej liczbowo, uwzględniającej usługi towarzyszące. Elementy oferty zdrowotnej związane są z elementami systemu zarządzania szpitalem, by poprzez standaryzację i optymalizację rozwiązań systemowych placówki optymalizować poziom jakościowy oferty świadczenia zdrowotnego. Dostrzeganie relacji i zarządzanie nimi

leży u podstaw gwarancji, że deklarowany poziom jakościowy świadczenia zdrowotnego jest tożsamy z rzeczywistym. A zatem pacjent otrzyma usługę, jakiej oczekiwał, i na którą się zdecydował.

Niniejsza praca obejmuje część teoretyczną i metodologiczną.

Rozdział pierwszy poświęcony został problematyce jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych przez samodzielne publiczne zakładu opieki zdrowotnej. W toku rozważań i przeglądu literaturowego zostały wyjaśnione pojęcia związane z tematyką pracy

W rozdziale drugim zaprezentowany został przedmiot badań - Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Metodologia badań własnych opisana została na kartach rozdziału trzeciego. W tym miejscu autor prezentuje cele pracy, hipotezy oraz zastosowane narzędzia i metody badawcze. Dokonuje również omówienia elementów proponowanej metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

Rozdział czwarty prezentuje wyniki badań prowadzonych w toku implementacji poszczególnych etapów metody. W rozdziale tym opisane zostały również działania optymalizacyjne prowadzone w Szpitalu Klinicznym im. H. Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Rozdział kończy się oceną wpływu zmian dokonanych w obszarach systemu zarządzania szpitalem na korelujące z nimi czynniki oferty świadczenia zdrowotnego.

W kolejnych rozdziałach toczy się dyskusja nad tematem pracy i wynikami badań, w której to dyskusji głos zabierają autorzy różnych publikacji związanych z poruszaną tematyką. Dyskusję zamykają wnioski, które jednocześnie inspirują do stawiania kolejnych wyzwań związanych z doskonaleniem prezentowanych aspektów pracy.

Praca została wzbogacona o piśmiennictwo (pozycje zwarte, czasopisma, pozycje internetowe, akty prawne, normy, regulacje wewnętrzne), tabele, wykresy oraz ryciny.

1. Problematyka jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

1.1 Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej na tle systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości.¹

System ochrony zdrowia jest zinstytucjonalizowaną realizacją zobowiązań państwa w zakresie ochrony zdrowia swoich obywateli. Autorzy pozycji „Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia” dywagują na temat charakteru i sposobu funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Zadają pytanie: czy system ten jest służbą, czy może systemem rządzą mechanizmy gospodarki wolnorynkowej, a może jednak system jest „hybrydą” realizującą funkcje prospołeczne, jednocześnie walcząc według reguł wolnego rynku. Poczynania władz polskich, ruchy legislacyjne wykonywane od wyborów parlamentarnych w roku 2005 nie pozostawiają wątpliwości co do tego, iż system ma być solidarnościowy, prospołeczny („socjalistyczny”), a zarazem wolnorynkowy, ubezpieczeniowy („egoistyczno -kapitalistyczny”). Doświadczenia wielu krajów dowodzą, że systemy hybrydowe, oparte na sektorze publicznym, realizujące swoje działania w ramach dwóch modułów – zaopatrzeniowego (powszechne ubezpieczenie zdrowotne) oraz ubezpieczeniowego (fakultatywne ubezpieczenie zdrowotne) działają najefektywniej, o ile moduły te będą komplementarne i zharmonizowane.² Zatem, czerpiąc z doświadczeń otoczenia, należy podążać w tym kierunku, wypracowując możliwie najlepsze modele rozwiązań systemowych w opiece zdrowotnej.

Dywersyfikacja źródeł finansowania służby zdrowia może znacząco poprawić konkurencyjność placówek. Dotychczasowe doświadczenia szpitali prywatnych bądź przekształconych w spółki prawa handlowego, potwierdzają niewątpliwie potrzebę stworzenia możliwości finansowania szpitala przez różnych płatników³. Poddanie służby zdrowia prawom gospodarki rynkowej w naturalny sposób skutkować będzie poprawą jakości oferowanych świadczeń. Polska Izba Ubezpieczeń podaje, na podstawie wyników sondażu, że 16-20% społeczeństwa byłoby skłonne zapłacić dodatkową składkę na

¹ R. Holly: *Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia*. Polityka zdrowotna VI, Warszawa 2006, s. 13.

² R. Holly, J. Suchecka: *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*. Agencja Wydawnicza SOWA, Łódź-Warszawa 2009, s. 14.

³ S. Augustynowicz: *Najpierw wyrównać szanse*. www.rynekzdrowia.pl, data odczytu: 30.03.2012

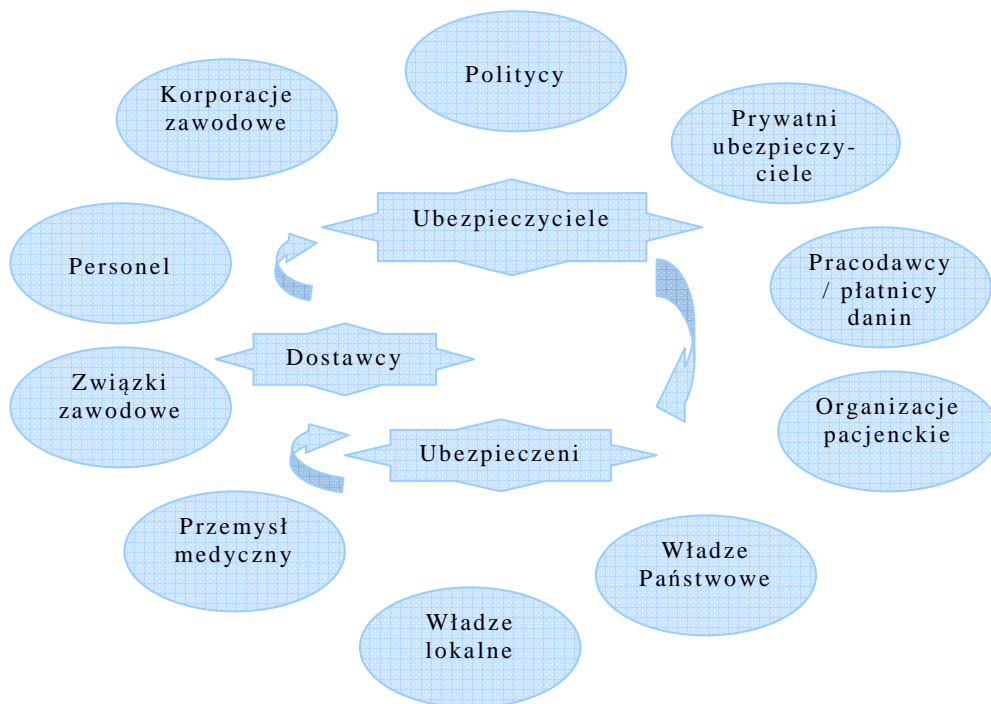
ubezpieczenie zdrowotne.⁴ Dowodzi to, że społeczeństwo wymaga lepszej dostępności do usług, poprawy standardów świadczonych usług, i co więcej, jest w stanie dodatkowo za to płacić. Stworzenie dobrego systemu jest ambicją niemalże wszystkich państw. Nawet kraje wysoko rozwinięte jak USA, Francja, Niemcy funkcjonują w systemie dalekim od idealnego.

Sformułowane przez WHO⁵ cele, którym służyć ma system ochrony zdrowia, ukierunkowane są przede wszystkim na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, uzyskanie sprawiedliwego podziału obciążenia finansowego związanego z chorobą, oraz na możliwości udzielenia właściwej odpowiedzi na oczekiwania społeczne. W dojrzałym systemie ochrony zdrowia realizacja powyższych celów powinna wyrażać się poprzez: ciągłą poprawę stanu zdrowia populacji, ustawiczne doskonalenie jakości obsługi pacjentów, zapewnienie stabilności systemu, a także poprzez zapewnienie sprawiedliwego dostępu do dóbr i usług zdrowotnych.⁶ Postawione przez WHO cele to zapowiedź fundamentalnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Najważniejsza spośród tych zmian zrewolucjonizuje sposób myślenia o opiece zdrowotnej. Dziś opieka zdrowotna to w przeważającej mierze działalność naprawcza. W przyszłości ma ona ukierunkować swoje wysiłki na działalność prewencyjną, zapobiegającą powstawaniu chorób, a zarządzanie chorobą ma przeistoczyć się w zarządzanie zdrowiem. Wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia będą zmuszeni do wypracowania standardów działań zapobiegawczych oraz standardów leczenia i opieki, by móc we właściwy sposób realizować zadania w procesie zdrowia lub w procesie leczenia, a tym samym zadowolić strony zainteresowane (interesariuszy) systemu opieki zdrowotnej.

⁴ S. Augustynowicz: *Najpierw wyrównać szanse*. www.rynekzdrowia.pl, data odczytu: 30.03.2012

⁵ WHO – World Health Organization.

⁶ A. Kozierkiewicz: *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*, Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2011, s.11.



Rycina 1. Interesariusze systemu ochrony zdrowia

Źródło: A. Kozierkiewicz A., Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej, Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2011, s. 21.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2005 roku, system ochrony zdrowia stanowi sumę organizacji, instytucji i zasobów mających na celu poprawę, podtrzymanie lub przywrócenie zdrowia.⁷ Polski system opieki dzieli uczestników systemu opieki zdrowotnej na następujące kategorie⁸:

- Ministerstwo Zdrowia (wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju, posiada uprawnienia kontrolne, dysponuje konsultantami krajowymi w poszczególnych specjalnościach medycznych;
- świadczeniobiorców (pacjentów);
- instytucję ubezpieczenia zdrowotnego pełniącą funkcję płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia),
- świadczeniodawców:
 - a) zakłady opieki zdrowotnej, które można podzielić ze względu na organ założycielski na publiczne (SPZOZ) oraz niepubliczne (NZOZ),
 - b) praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarские oraz położne,
 - c) apteki,
 - d) inne;

⁷ Health Report 2000, WHO, Geneva 2000.

⁸ <http://pl.wikipedia.org>, data odczytu: 30.03.2012

- organy kontroli i nadzoru:
 - b) Państwową Inspekcję Sanitarną ("Sanepid"),
 - c) Państwową Inspekcję Farmaceutyczną,
 - d) wojewodów i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych,

System ma zhierarchizowany układ. Jednostki zróżnicowane są według poziomów referencyjności⁹:

- podstawowa opieka zdrowotna (sprawowana przez lekarza rodzinnego, lekarza pediatrę, lekarza ginekologa, lekarza położnika, stomatologa);
- pierwszy poziom referencyjności – szpital oferujący świadczenia o najważniejszych specjalnościach;
- drugi poziom referencyjności – szpitale wojewódzkie udzielające świadczeń w czterech podstawowych specjalnościach: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria (dodatkowo anestezjologia i intensywna terapia oraz co najmniej cztery spośród specjalności: kardiologia, neurologia, dermatologia, patologia ciąży i noworodka, okulistyka, laryngologia, chirurgia urazowa, urologia, neurochirurgia, chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna);
- trzeci poziom referencyjności – szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych oraz jednostki badawczo – rozwojowe podlegające Ministerstwu Zdrowia.

Reasumując, system ochrony zdrowia wraz z jego organizacjami służy określonym celom, a stopień ich osiągnięcia jest miernikiem sprawności działania tego systemu. Sprawność tego systemu ocenia się przez zestawienie nakładów z produktami oraz efektami ich zastosowania.¹⁰ Jeżeli system podlega metodycznej ocenie pod kątem sprawności działania, osiągnięcia celów i uzyskiwania zamierzonych efektów leczniczych, to każda jednostka będąca elementem tego systemu podlega tym samym prawidłom i do nich musi się stosować.

W niniejszej pracy skupiono się na ocenie skuteczności metody stworzonej i zaimplementowanej w publicznej placówce szpitalnej trzeciego stopnia referencyjności – Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ustawa o działalności leczniczej definiuje *szpital* jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia

⁹ M. Dobska, K. Rogoziński: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2008, s 18.

¹⁰ A. Kozierkiewicz, dz. cyt., s. 9.

szpitalne Literatura natomiast określa *szpital* jako zakład lecznictwa (zamkniętego) służącego diagnozowaniu i leczeniu chorych wymagających stałej (całodobowej) opieki, w ramach której świadczone im są zabiegi lecznicze i pielęgniarские, a także lekarskie usługi ambulatoryjne i rehabilitacyjne oraz, szeroko rozumiane, poradnictwo medyczne.¹¹

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej¹² stanowią odrębną kategorię osób prawnych funkcjonujących w obrocie prawnym. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią pion podstawowy. Samodzielnymi pozostawały jedynie z nazwy.

Z Ustawy o działalności leczniczej wynika, że to właśnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają być podmiotami wiodącymi w zakresie jakości udzielanych świadczeń. Zakłady te, w odróżnieniu od pozostałych podmiotów leczniczych, nie tylko mają stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, ale także zatrudniać pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanych stanowisk.¹³

W ostatnich latach jednostki publiczne uzyskały status samodzielnych placówek, który pozwala im na większą swobodę działania. Nie jest to jednak i być nie może pełna swoboda, gdyż szpital realizuje funkcje społeczne korzystając ze środków publicznych.

Samodzielność publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyraża się działaniach, takich jak:¹⁴

- pokrywanie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów swojej działalności i zobowiązań;
- opieranie gospodarki na planie finansowym;
- gospodarowanie samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarby Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym;
- uzyskiwanie osobowości prawnej z chwilą wpisania do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- samodzielne decydowanie o podziale zysku;
- pokrywanie we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego;
- możliwość zmiany zakresu udzielanych świadczeń po uprzednim wpisaniu zmiany do rejestru.

Samodzielność stworzyła szpitalom większe możliwości, ale i spowodowała zwiększenie odpowiedzialności za podejmowane decyzje i działania. Parasol ochronny

¹¹ R. Holly, J. Suchecka: *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*. Agencja Wydawnicza SOWA, Łódź-Warszawa 2009, s. 17-20.

¹² samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą (Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.)).

¹³ I. Klisowska: Art: *Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*. Serwis Prawo i Zdrowie, dn. 21.01.2012.

¹⁴ M. Dobska, K. Rogoziński, dz. cyt., s. 20.

rozpostarty nad szpitalami stopniowo zamyka się. Nowa ustawa o działalności leczniczej jest tego najlepszym dowodem. Od tego, jak placówki odnajdą się w relacjach wolnorynkowych zależy ich utrzymanie na rynku. O sile placówki w starciu z konkurencją, zwłaszcza konkurencją w postaci prywatnych podmiotów leczniczych¹⁵ będących stanowić może wyłącznie poprawa jakości świadczonych usług oraz działania optymalizacyjne wewnątrz organizacji. Zadanie to jest tym trudniejsze, że specyfika zarządzania publicznymi zakładami opieki zdrowotnej jest bardziej złożona i bardziej obostrzona aniżeli specyfika placówek prywatnych.

1.2 Specyfika zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej

Każda placówka medyczna ma własną specyfikę działania determinowaną różnymi czynnikami, takimi jak: rodzaj świadczonych usług, otoczenie rynkowe, aktualny poziom rozwoju, stan finansów, zależności stanowiskowe, podział władzy itp. Indywidualny charakter jednostki może stanowić o jej sile, może być również przyczyną porażki. Słowo *specyfika* często stanowi uzasadnienie dla niepowodzeń, usprawiedliwienie dla niewykorzystanych szans. Ze specyfiką trzeba się zmierzyć, wykorzystać atuty i, na ile to możliwe, zniwelować ograniczenia z niej wynikające. By to uczynić trzeba dogłębnie poznać wnętrze organizacji, rozpoznać i kontrolować otoczenie (konkurencja, przepisy prawne, trendy technologiczne).

R. Holly w swojej książce, w rozdziale zatytułowanym *Bariery efektywności szpitali publicznych* wymienia następujące argumenty:¹⁶

- niemożność działań racjonalnych szpitali w nieracjonalnym otoczeniu (PN. Ustawa tzw. „203”);
- ograniczoność zasobów, w szczególności finansowych będących w dyspozycji publicznych zakładów opieki zdrowotnej ;
- niejednoznaczny status formalno-prawny i organizacyjny utrudniający wypełnianie przez szpital przypisanych mu zadań i funkcji;
- nieracjonalność polskiej polityki ochrony zdrowia wyrażająca się wspieranie wysoce zadłużonych szpitali.

Autor rozprawy, na podstawie własnych obserwacji, wyróżnił kluczowe problemy, z którymi borykają się publiczne placówki medyczne. Większość spośród wymienionych problemów stanowi wspólny mianownik dla wszystkich placówek, nie tylko publicznych:

¹⁵ prywatny podmiot leczniczy – przedsiębiorca w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

¹⁶ R. Holly, J. Suchecka, dz. cyt., s. 34-38.

1. *Problem dotyczący wyceny procedur medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.* Wycena procedur niewiele ma wspólnego z realnymi kosztami ponoszonymi na ich realizację przez zakład opieki zdrowotnej. Niektóre procedury są prawidłowo skalkulowane, inne przeszacowane a jeszcze inne niedoszacowane. Taki stan rzeczy powoduje, że są dziedziny, które nie są w stanie zbilansować się kosztowo i zarobić na swoje utrzymanie, a jednostka, która realizuje misję społeczną nie może wyeliminować procedur deficytowych.

2. *Problem zmian w przepisach prawa, wymaganiach jednostek nadzorujących, wymagań NFZ.* Zmiany są częste, przepisy coraz bardziej restrykcyjne, zmierzające do uszczelnienia systemu, często wzajemnie się wykluczają, narzucają krótkie okresy dostosowawcze, dopuszczając dużą różnorodność interpretacyjną. Wszystko to powoduje zamęt w organizacji, wpływając na ciągłość jej funkcjonowania.

3. *Problem wydatkowania środków finansowych.* Każdy ruch finansowy szpitala obciążony ryzykiem naruszenia dyscypliny finansów publicznych musi być celowy i oszczędny, z wykorzystaniem ustawowych narzędzi.

4. *Problem zarządzania w otoczeniu wielu zmiennych często nieprzewidywalnych.* Rezultaty działań szpitala zależne są od wielu czynników, procesów i zależności, które trudno jest kontrolować z zegarmistrzowską precyzją. Szpital to nie jest mechanizm, w którym nastawiając określone parametry można oczekiwać określonych reakcji. W warunkach tak dużej zmienności i nieprzewidywalności pewne procesy siłą rzeczy toczą się chaotycznie.

Wymienione przez R. Holly ograniczenia i opisane wyżej problemy publicznych placówek medycznych to dla zarządzających równanie z wieloma niewiadomymi. Budujący może być fakt, że działając w tej samej rzeczywistości rynkowej wszyscy mają w miarę równe szanse. Ministerstwo Zdrowia, a także inne placówki o mocy sprawczej w stosunku do placówek służby zdrowia, obrały za cel poprawę skuteczności i efektywności zarządzania publicznymi podmiotami leczniczymi, chcąc uczynić rynek usług medycznych bardziej konkurencyjnym, dostarczającym świadczenia na wyższym poziomie.

W dniu 15 kwietnia 2011 r. weszła w życie nowa ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.). Zapisy w niej zawarte nakładają na szpitale konieczność finansowego bilansowania się pod rygorem konieczności przekształceń w spółki kapitałowe (art. 6 ust. 1) w sytuacji, gdy organ założycielski (dla szpitali klinicznych są to uniwersytety medyczne) nie wykaże chęci lub nie będzie miał możliwości pokrycia strat finansowych szpitala.¹⁷

¹⁷ Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.).

Z kolei *Gazeta „Rzeczpospolita”* w dniu 14.12.2011 opublikowała zapowiedź zmian, które przygotowuje szpitalom Ministerstwo Zdrowia. Artykuł nosi tytuł „Nowe urzędy ocenią i wycenią usługi medyczne”.¹⁸ Projekt przewiduje powstanie Agencji ds. Jakości w Ochronie Zdrowia. Dzięki niej Ministerstwo chce powiązać jakość usług, które świadczy personel medyczny z wysokością kontraktu z NFZ. Agencja oceni dziedziny, takie jak:

- prawa pacjenta,
- opieka nad pacjentem,
- ciągłość opieki,
- kontrola zakażeń,
- zabiegi i znieczulenia,
- farmakologia,
- diagnostyka obrazowa,
- poprawa jakości,
- zarządzanie,
- zdarzenia niepożądane.

Wprowadzony zostanie podział placówek na grupy wg osiągniętych standardów

- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie 75 proc.;
- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie co najmniej 50 proc., ale niższym niż 75 proc.;
- szpitale spełniające standardy jakościowe na poziomie niższym niż 50 proc.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ z dnia 25 stycznia 2010 r.), w całej swojej treści nakłada na szpitale obowiązek wypracowania wielu standardów, monitorowania wielu parametrów. W pkt. *Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta, PJI* stawia wymaganie odnośnie opracowania programu działań dla poprawy jakości. Zatwierdzony przez kierownictwo szpitala i opracowany na okres 12 miesięcy prezentuje cele i założenia z uwzględnieniem poprawy jakości działalności klinicznej. Cele programu winny być jasno określone i ukierunkowane na istotne aspekty opieki, z uwzględnieniem częstości ich występowania, ryzyka i/lub możliwości powikłań. Obszary poprawy mogą obejmować np.:¹⁹

- procedury diagnostyczne i terapeutyczne,

¹⁸ *Gazeta Rzeczpospolita*: art. *Nowe urzędy ocenią i wycenią usługi medyczne*, dodatek prawny, 2011 z dn. 14.12.2011.

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie *standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali* (Dz. Urz. MZ z dnia 25 stycznia 2010 r.).

- zawartość, kompletność i jakość dokumentacji medycznej,
- działalność organizacyjną,
- poprawę dostępności usług,
- poprawę satysfakcji pacjentów,
- farmakoterapię.

Aktualnie wdrożenie standardów akredytacyjnych i poddanie się procesowi akredytacji wieńczonyj certyfikatem nie jest obligatoryjne. Jednakże słyszalne są zapowiedzi, jakoby posiadanie certyfikatu akredytacji miało się w przyszłości wiązać z dodatkowymi środkami finansowymi dla placówki.

16 grudnia 2009 roku opublikowany został Komunikat Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Zobowiązał on jednostki finansujące swoją działalność ze środków publicznych do prowadzenia kontroli zarządczej. Kluczowe wymaganie wiąże się z obowiązkiem zarządzania ryzykiem przez jednostkę. Ryzyka jako sytuacje zagrażające realizacji celów²⁰ obejmują szerokie spektrum sytuacji i zdarzeń: od zdarzeń na poziomie zarządczym, poprzez zdarzenia techniczne do zdarzeń medycznych, błędów w sztuce lekarskiej i pielęgniarstwie. Hasło *ryzyko* w kompilacji ze słowem *zarządzanie* nabiera wymiaru systemowego, procesowego, zarządczego, wymiaru ciągłych działań doskonalących w odniesieniu do wszystkich i wszystkiego.

Gorzką pigułką dla placówek służby zdrowia okazała się być Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity). Określa ona zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych (rozdział 13a). Dotyczą one zdarzeń tj. zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną (art. 67a)²¹:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, zwanego dalej "zdarzeniem medycznym".

Dla celów realizacji ww. przepisów powoływane będą wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 67e). Komisja po naradzie wydaje,

²⁰ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych

²¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity)

w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku (art. 67j).

Stworzenie przez Ustawę takiej możliwości zdecydowanie zachęci rozgoryczonych pacjentów do składania wniosków o odszkodowania i zadośćuczynienia, co w świetle drastycznie zaostrzonych kryteriów stawianych przez ubezpieczycieli przy ustalaniu składki OC dla zakładów opieki zdrowotnej nie nastraja optymistycznie.

Przywołane powyżej regulacje, zapowiedzi zmian z całą pewnością wymogą na zarządzających publicznymi szpitalami w działania kierunku reengineeringu procesów zarządzania. Reengineering (Business Proces Reengineering, BPR) jest filozofią i strategią działania innowacyjnego. Polega na radykalnym przeprojektowaniu i modernizacji procesów biznesowych przedsiębiorstw (instytucji) przy zastosowaniu zaawansowanej technologii informatycznej dla osiągnięcia istotnych efektów ekonomicznych oraz znacznej poprawy obsługi klientów.²² Owo innowacyjne działanie, nowa filozofia i nowa strategia powinny zakładać kluczową zmianę – ulokowanie pacjenta w centrum działań placówki, postrzeganie pacjenta jako płatnika, jako klienta, którego oczekiwania i potrzeby należy uwzględnić w procesie zarządzania jakością.

1.3 Zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych

Właściwe zrozumienie pojęcia *zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych* wymaga interpretacji poszczególnych terminów składających się na strukturę omawianego zagadnienia. W pierwszej kolejności przedstawione zostanie pojęcie *jakości*, w dalszej części autorka zdefiniuje *świadczenia zdrowotne* w aspekcie jakościowym. Całość finalnie spięta zostanie klamrą *zarządzania*.

Początki rozważań o *jakości* datowane są na czasy starożytne. Już w IV wieku p.n.e. greccy filozofowie, wśród nich Platon i Arystoteles, snuli rozważania o jakości, o doskonałości rzeczy. Początkowo słowo *to* jawiło się jako niekształtna bryła bez wyrazistej formy. Jednak z biegiem lat kontury *jakości* systematycznie ulegały i nadal ulegają wyostreniu. Pojęcie *jakość* na stałe zapisało się w słowniku współczesnego człowieka, konsumenta, świadczeniobiorcy w latach 90.

Na wzmożone zainteresowanie problematyką jakości miał wpływ splot wielu czynników, uwarunkowań i osiągnięć. Wśród najistotniejszych wyróżnić można:²³

- świadomość rosnącego znaczenia jakości w walce konkurencyjnej,

²² I. Duplik: *Restrukturyzacja procesów gospodarczych. Reengineering*. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Placet, Warszawa 1998.

²³ A. Hamrol, W. Mantura: *Zarządzanie Jakością. Teoria i Praktyka*. Wydanie trzecie, Warszawa - Poznań 2002, s. 9.

- szybki wzrost poziomu produkcji i dobrobytu społeczeństw,
- potrzeba ochrony środowiska i ograniczonych zasobów naturalnych,
- specyficzne wymagania nowoczesnych gałęzi przemysłu,
- spektakularne sukcesy przedsiębiorstw i gospodarek stosujących politykę rozwoju pro jakościowego,
- rosnący nacisk wielu organizacji na ciągłą poprawę jakości funkcjonowania przedsiębiorstw oraz produktów.

Człowiek definiuje jakość wedle siebie i swoich preferencji. Można zatem rzec, iż jakość jest subiektywnym odczuciem obiektywnie pojmowanej rzeczywistości.

Przeoglądając literaturę w poszukiwaniu definicji *jakości* zdumiewa różnorodność rozumienia i interpretowania *jej*. *Jakość* to pojęcie wielowymiarowe i interdyscyplinarne. W zależności od rodzaju ocenianej usługi lub produktu, biorąc pod uwagę poziom wiedzy i doświadczenia a także postęp technologiczny i świadomościowy *jakość* przybiera różne formy i barwy, nieustannie ewoluując.

Norma PN-EN ISO 9000:2009 definiuje *jakość* jako „stopień spełnienia wymagań”.²⁴ P. Crosby oraz H.L. Gilmore byli podobnego zdania. Pierwszy twierdził, że *jakość* jest „dostosowaniem do wymogów lub zaleceń”²⁵, drugi natomiast, że *jakość* to „stopień, w jakim określony produkt spełnia projekt lub specyfikację”.²⁶

Słynna definicja W.E. Deminga określa *jakość* jako „to, co zadawała, a nawet zachwyca klienta”, a także jako „stopień jednorodności i niezawodności wyrobu przy możliwie niskich kosztach i maksymalnym dopasowaniu do wymagań rynku”.²⁷

R.A. Broh natomiast uważa, że *jakość* to „stopień doskonałości przy akceptowalnej cenie i sterowanie zmiennością przy akceptowalnym koszcie”²⁸. Zwieńczeniem rozważań o *jakości* może być myśl G. Taguchi: „jakość to coś, czego brak oznacza straty dla wszystkich”²⁹ oraz złota myśl V. Kazandjiana „jakość to przyglądanie się wszystkiemu co nas otacza codziennie, lecz za każdym razem pod innym kątem”.³⁰

Podjmując próbę holistycznego zrozumienia czym jest *zarządzanie jakością* w zakładzie opieki zdrowotnej, należy rozpocząć od zdefiniowania produktu zarządzania jakością, którym jest świadczenie zdrowotne, a następnie zastanowić się nad tym, jak rozumieć *jakość* w kontekście realizowanych świadczeń.

²⁴ Norma PN-EN ISO 9000:2009.

²⁵ P.B. Crosby: *Quality is Free. The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill, New York 1979, s. 15.

²⁶ K.L. Gilmore: *Product Conformance Cost*, „Quality Progress”. June 1974, s. 16.

²⁷ W.E. Deming: *Quality, Productivity and Competitive Position*. MIT, Cambridge 1982, s. 229.

²⁸ R.A. Broh: *Managing Quality for Higher Profits*. McGraw-Hill, New York 1982, s. 3.

²⁹ G. Taguchi, E.A. Elsayed, T. Hsiang: *Quality Engineering in Production Systems*, McGraw-Hill, Inc., New York 1989, s. 9.

³⁰ V. Kazandjian: WHO Path Conference, *Skąd wiemy, że nasza opieka szpitalna jest dobrej jakości*. Warszawa 2011.

Wspominana już Ustawa o działalności leczniczej traktuje świadczenie zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

R. Holly postrzega usługę zdrowotną w sposób procesowy twierdząc, że jest ona sekwencją określonych czynności terapeutycznych, jakie muszą być wykonane, by pacjentowi przywrócić zdrowie. Czynności te mogą być zróżnicowane, realizowane z użyciem różnej aparatury, realizowane w różnych formach, sekwencjach, konstelacjach, składające się w różnorodne procedury leczenia i opieki, od nisko kosztowych i prostych, do skomplikowanych, specjalistycznych, wysoko kosztowych.³¹

Procesową definicję usługi podaje również P. Krasucki w publikacji zatytułowanej „Optymalizacja Systemu Ochrony Zdrowia”. Zdaniem Krasuckiego usługa zdrowotna to ciąg 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.³²

B. Bulanowska wskazuje na dwojaki charakter usługi medycznej: doraźny (wykonanie krótkiego zabiegu w ambulatorium) lub trwający proces. Trwający proces cechuje pracochłonność i wymaga on wysokich kwalifikacji. Produkcja nawet skomplikowanego, lecz masowego urządzenia wymaga zaangażowania wysoko wyspecjalizowanego sztabu ludzi. W tym wypadku efekt jest przewidywalny i powtarzalny. Usługę medyczną cechuje zróżnicowanie pod względem jakościowym (jakość zależna od kwalifikacji i doświadczenia np. lekarza operującego) i ilościowym (pojedyncza usługa nie jest w stu procentach powtarzalna, wymaga indywidualnego podejścia).³³

Spośród zdefiniowanych powyżej pojęć świadczenia zdrowotnego, najbardziej adekwatną dla tematu pracy jest definicja R. Holly. Postrzega on usługę jako proces, na który składa się ciąg działań terapeutycznych wspartych zapleczem sprzętowym i procedurami. R. Holly wskazuje na różnorodność procesów, wielość czynności i różnoraki ich układ.

Niniejsza rozprawa w swoich założeniach koncentruje się na wypracowaniu rozwiązania umożliwiającego optymalizację poziomu jakości świadczeń zdrowotnych

³¹ R. Holly: dz.cyt., s. 13.

³² P. Krasucki: *Optymalizacja Systemu Ochrony Zdrowia*. Wydawnictwo Cedetu, Wydanie I, Warszawa 2005, s. 8.

³³ B. Bulanowska: *Produkt zakładu opieki zdrowotnej. Jego pojęcie, struktura i kształtowanie w kontekście kontraktowania świadczeń medycznych*. Zdrowie i Zarządzanie 1999; tom I nr 4: 40-48.

poprzez powiązanie kluczowych dla świadczenia elementów systemu, zachodzących procesów i związaniu ich z czynnikami usługi zdrowotnej.

Kolejnym etapem rozważań będzie próba zrozumienia istoty jakości tegoż świadczenia.

Przegląd literaturowy ogólnych definicji jakościowych zaprezentowany został we wcześniejszych wersjach pracy.

W medycynie dbałość o najwyższą jakość świadczeń ma długą tradycję. Troska o życie i zdrowie pacjenta przyświecała osobom zajmującym się działaniami medycznymi od samego początku. Przysięga Hipokratesa *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić) sama w sobie jest esencją jakości.³⁴

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w wyraźny sposób zaznacza kontekst jakościowy realizowanych przez placówki służby zdrowia świadczeń zdrowotnych. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarki, położne, diagnostów laboratoryjnych, z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych – do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń.³⁵

Według definicji R. Holly świadczenie zdrowotne jest usługą, o wyniku której decyduje wiele różnych czynników (czynniki stricte związane ze świadczeniem, jak również czynniki towarzyszące tj. obsługa, warunki realizacji świadczenia usługi, komunikacja z pacjentem). O ile w przypadku produktów możliwe jest wyrażenie jakości poprzez zawężenie jej do jednej tylko cechy (czynnika), o tyle w przypadku usług jest to niemożliwe. Stopień złożoności, wieloaspektowość usługi na to nie pozwala. Najczęściej *jakość* dotyczy zespołu cech charakteryzujących przydatność usługi do spełnienia wymagań klientów np. trwałość, niezawodność, funkcjonalność.³⁶ Według A. Bukowskiej-Piestrzyńskiej, kluczowymi obszarami jakości usług są: materialność (wygląd placówki, wyposażenie, materiały informacyjne), niezawodność (zdolność wykonania obiecanych usług rzetelnie i dokładnie), reagowanie (pragnienie udzielenia pacjentowi szybkiej pomocy), kompetencja (posiadanie niezbędnych umiejętności oraz wiedzy).³⁷ Powyższa definicja ma charakter

³⁴ M. Dobska, K. Rogoziński: dz. cyt., s. 129.

³⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity), Nr 52, poz. 417.

³⁶ Encyklopedia Popularna PWN. Wydanie dziesiąte, Warszawa.

³⁷ A. Bukowska-Piestrzyńska: *Marketing Usług Zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów.*, Wydanie IV, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 52.

ogólny, jednak na tyle precyzyjny, że z łatwością można przekształcić ją na branżową definicję odnoszącą się do *jakości usług zdrowotnych*. R. Holly podkreśla wielość i stopień skomplikowania czynności składających się na usługę zdrowotną oraz różnorodność działań towarzyszących. Każdy przypadek jest inny i mimo tej samej jednostki chorobowej wymaga indywidualnego podejścia. W warunkach tak dużej niepewności obciążonej wieloma ryzykami, konieczne jest wystandaryzowanie możliwie dużej liczby procedur, działań, rozwiązań systemowych i zarządzanie nimi w sposób skuteczny i efektywny, dla uzyskiwania optymalnych efektów.

Jakość usług zdrowotnych powinna powstawać w pewnym określonym „reżimie technologicznym”. Na ów reżim składają się działania tj.: planowanie, sterowanie i kontrola, innymi słowy – zarządzanie.³⁸ Zarządzanie jakością jest zatem procesem obejmującym powyższe funkcje, ukierunkowanym na jakość działań oraz jakość produktów tych działań. Chcąc uzyskać realny wpływ na poziom jakości usługi należy zarządzać jakością systemu, wewnętrznymi obszarami wewnątrz organizacji oddziałującymi na elementy jakości świadczenia zdrowotnego. Tylko wówczas będzie można zapewnić tak pożądaną powtarzalność, jakość i zgodność z deklaracjami w odniesieniu do poziomu jakości elementów usługi zdrowotnej.

Zarządzanie procesem świadczenia usługi pozwala uzyskiwać pewność, że zadeklarowany standard świadczenia usługi zostanie wyświadczony. Dane pacjentom gwarancje dotrzymania poziomu jakości świadczeń poprzez dotrzymanie specyfikacji usługi, specyfikacji sterowania, specyfikacji wykonania generuje wartość psychologiczną dla jednostki w postaci zaufania pacjenta do placówki i usług przez nią świadczonych.³⁹

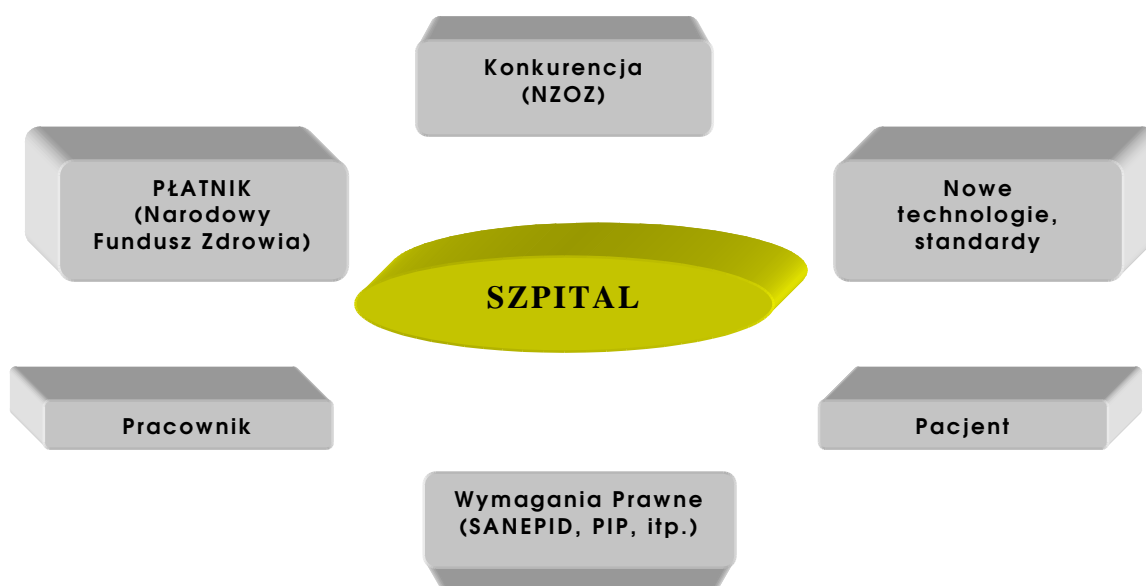
Hasło *zarządzanie jakością* na stałe już zakorzeniło się w nomenklaturze związanej z opieką zdrowotną. Wdrażanie systemów zarządzania jakością zgodnych z normą ISO 9001, starania o akredytację Polskiego Centrum Monitorowania Jakości, stanowią wyraz dążenia placówek medycznych do stworzenia systemów zarządzania gwarantujących jakość świadczonych przez nich usług. Zatem u podstaw zarządzania jakością jest koncentracja na kliencie, pacjencie. Umieszczenie pacjenta w centrum działań nie jest wyłącznie ideologiczną i marketingową deklaracją, lecz staje się praktycznym zadaniem dostarczenia maksymalnej wartości dodanej stworzonej z wykorzystanych w tym procesie zasobów.⁴⁰

³⁸ K. Lisiecka, M. Lisiecka – Bielanowicz: *Pomiar jakości świadczeń zdrowotnych podstawą zarządzania tą wartością*. Praca zbiorowa: *Zarządzanie Jakością Usług Zdrowotnych*. Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Praworządności, Warszawa 2003, s. 28.

³⁹ Tamże, s. 28.

⁴⁰ A. Kozierkiewicz, dz. cyt., s. 19.

Obecnie większość placówek opieki zdrowotnej posiada system zarządzania jakością, lub choćby podjęła kroki w tym kierunku. Presja otoczenia, rosnące wymagania pacjentów determinują działania projakościowe, które z upływem czasu układają się w system zarządzania jakością (Rycina 2).



Rycina 2. Bodźce mobilizujące placówki do wdrożenia SZJ

Źródło: opracowanie własne

Według J.M. Juran i F.M. Gryna, *zarządzanie jakością* polega na zarządzaniu trzema podstawowymi procesami: planowanie jakości (implementowanie zmian wynikających z analizy procesu poprawy jakości), kontrola jakości (wykrywanie i usuwanie błędów incydentalnych) i poprawa jakości (wykrywanie i usuwanie błędów powtarzalnych).⁴¹

Zarządzanie jakością według W.E. Deminga polega na stworzeniu prostego systemu zarządzania, jednoznacznego w swoich założeniach, kompatybilnego z technologią, którą organizacja w danym momencie dysponuje, opartego na zdrowym rozsądku.⁴²

Jedną z bardziej współczesnych definicji zarządzania jakością sformułował K. Opolski w swojej publikacji z 2011 roku zatytułowanej „Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych”. Zdaniem autora, *zarządzanie jakością* w konsekwencji prowadzi do wyprzedzającego projektowania organizacji tak, by system jakości funkcjonował prawidłowo i był optymalnie zintegrowany z całym systemem organizacyjnym. Dążenie do

⁴¹ J.M. Juran, F.M. Gryn: *Quality Planning and Analysis*. McGraw-Hill Inc., wyd. 3, New York 1993

⁴² W.E. Deming: *Out of Crisis*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology. 1986, s. 127.

takiej konsolidacji wyraża się poprzez wkomponowanie czynnika jakościowego w decyzje kierownicze, poprzez wszystkie szczeble zarządzania organizacją.⁴³

Obie definicje – W.E. Deminga i K. Opolskiego – w wyczerpujący sposób oddają specyfikę *zarządzania jakością*. Właściwym jest pojmowanie *zarządzania jakością* jako optymalnego systemu organizacyjnego wplatającego aspekty jakościowe w procesy decyzyjne oraz we wszystkie elementy systemu zarządzania placówką. Celem *zarządzania jakością* jest tworzenie prostych, zrozumiałych, intuicyjnych i użytecznych rozwiązań. Tak zbudowany system *zarządzania jakością* w placówce służby zdrowia stanowi punkt wyjścia do optymalizacji procesów i relacji procesowych, a w konsekwencji prowadzi do optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

1.4 Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych

Pacjenci mając nieograniczony dostęp do różnorodnych źródeł informacji o jakości usług poszukują placówek, które zrealizują świadczenia na najwyższym poziomie.

Ubezpieczony pacjent może skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Może również zaangażować dodatkowe środki własne poszukując na rynku usług prywatnych. Niezależnie od formy finansowania usługi zdrowotnej pacjent oczekuje uzyskać możliwie jak najwięcej. Cena i jakość to kluczowe elementy implikujące decyzję o wyborze oferty.⁴⁴ Właściwy, świadomy wybór warunkowany jest dostępem do porównywalnych informacji na temat poziomu jakości usług dostępnych na rynku, zwanych kryteriami jakości. Kryteria Jakości (wskaźniki, parametry jakości) to wielkości lub wyrażenia przyjęte jako miara efektów uzyskanych przy określonym przebiegu procesu sterowanego; wyróżnia się cztery grupy kryteriów jakości: kryterium dokładności, zapasu stabilności, szybkości działania układu oraz kryterium kompleksowe, dające ocenę pewnych ogólnych właściwości układu.⁴⁵

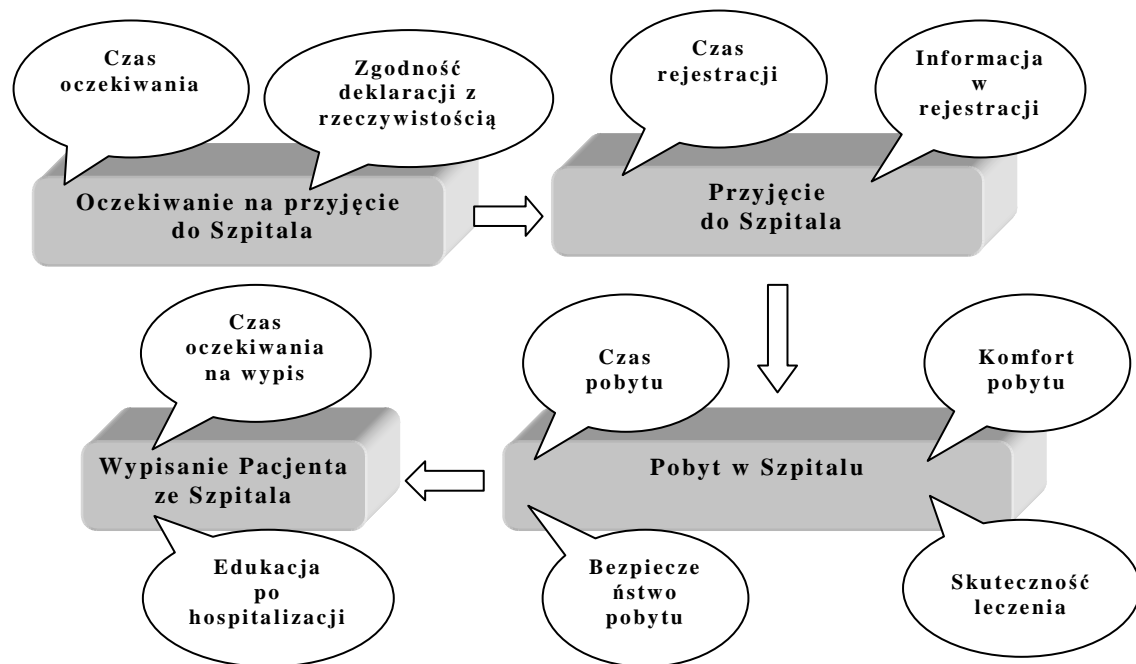
Aby informacje, które pacjent otrzymuje mogły być porównywalne należy określić cechy (kryteria jakościowe) charakteryzujące usługę (Rycina 3), i w miarę możliwości określić poziom jakościowy tych cech w sposób mierzalny (Rycina 4), gdyż nie można zarządzać tym, czego nie da się zmierzyć.⁴⁶

⁴³ K. Opolski, K. Waśniewski: *Zarządzanie Jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Wydanie I, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 95.

⁴⁴ Oferta świadczenia zdrowotnego (OSZ) – wprowadzone dla potrzeb pracy pojęcie oznaczające oferowaną pacjentowi usługą leczenia i opieki ukierunkowana na osiągnięcie pożądanego efektu terapeutycznego, wzbogacona o pakiet usług i działań towarzyszących.

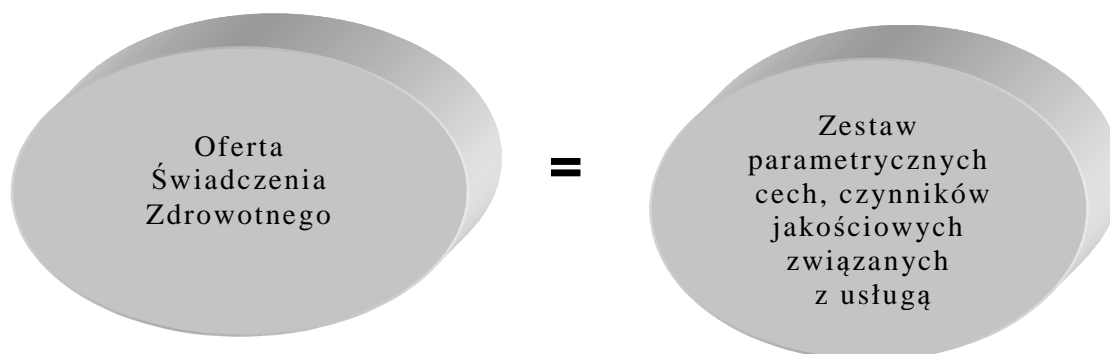
⁴⁵ Encyklopedia Popularna PWN. Wydanie dziesiąte, Warszawa.

⁴⁶ Kaplan, R.S., Norton, D.P.: *Strategiczna Karta Wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*. PWN, Warszawa 2001, s. 12.



Rycina 3. Cechy usługi (oferta świadczenia zdrowotnego)

Źródło: opracowanie własne na podstawie formularza ankiety badania poziomu jakości świadczeń zdrowotnych wśród pacjentów



Rycina 4. Oferta świadczenia zdrowotnego (OSZ)

Źródło: opracowanie własne

Parametryzacja czynników jakościowych związanych z usługą (OSZ) to jedyny wymierny sposób oceny skuteczności działań podejmowanych w organizacji i ich wpływu na realizowaną usługę. Najbardziej komfortową sytuacją dla zarządzających jest dysponowanie *parametrami* obrazującymi jakość funkcjonowania zarówno systemu jak i parametrami wyrażającymi efekt finalny systemu w postaci poziomu jakości świadczenia zdrowotnego.

Zdaniem A. Stabryły *parametryzacja* polega na ustaleniu zbioru wielkości opisowych, które definiują dany system, a następnie na wypracowaniu dla nich konkretnych

formuł obliczeniowych (operacyjnych). Wielkości opisowe w praktyce dzieli się na parametry i charakterystyki.⁴⁷

Definiując dla potrzeb tematu zagadnienie *parametryzacji usługi świadczenia zdrowotnego* można wyrazić następująco: parametryzacja polega na przypisaniu grupie reprezentatywnych cech charakteryzujących usługę zdrowotną określonego parametru (jeżeli możliwe). Parametr będzie tę cechę wyrażał. Informacja na temat wartości parametru lub parametrów pozwoli pacjentowi na dokonywanie porównań i wybór tej usługi, której cechy w największym stopniu odpowiadają oczekiwaniom pacjenta.

Hasło *najwyższy poziom jakościowy usługi* to truizm. Ideałów nie ma. Do ideałów dążymy, jednakże taki stan nigdy nie będzie osiągalny, choćby był o krok. Działalność podmiotów leczniczych ograniczona jest poprzez: prawodawstwo, zasoby (ludzkie, finansowe, infrastrukturalne), specyficzne wymagania jednostek kontrolujących. Siła jednostek tkwi zatem w wypracowaniu takiego systemu organizacji i zarządzania, który będzie transparentny, szczelny i zestandaryzowany. Taki system umożliwi sprawne identyfikowanie wąskich gardeł organizacji i skuteczne ich niwelowanie, a w rezultacie optymalizowanie rozwiązań w ramach posiadanych zasobów.

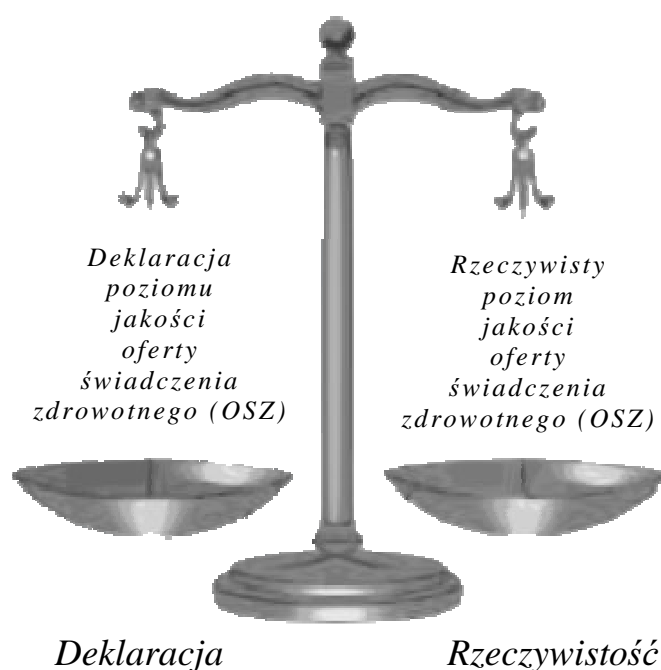
Powołaniem medycyny jest walka z chorobą i dążenie do tego, by każde ludzkie życie trwało jak najdłużej i by przebiegało w tak dobrym zdrowiu jak tylko nauka na to pozwala. Nie zawsze wiadomo jakie kroki podjąć, by osiągnąć zamierzony cel. Wiedza do tego konieczna jest tak bezmierna, jak i niekompletna. Od personelu medycznego oczekuje się, iż będzie on działał szybko i konsekwentnie, nawet gdy troska o jednego człowieka będzie wymagała zaangażowania sztabu ludzi i pokierowania ich pracą (technicy ambulatoryjni, pielęgniarki w systemach zmianowych, inżynierowie nadzorujący pracę systemów dostarczających tlen). To co czyni medycynę tak niesłychanie interesującą, a jednocześnie budzi ogromny niepokój, to nie tylko fakt, że stawka jest nieprawdopodobnie wysoka, ale również to, że liczba oraz poziom skomplikowania czynników, które wpływają na osiągnięte wyniki, jest niezmiernie duża.⁴⁸

Powyższe rozważania układają się zatem w dwa fundamentalne pytania: *jak zaprowadzić w organizacji ład organizacyjno-zarządczy, stanowiący punkt wyjścia dla optymalizacji rozwiązań systemowych i świadomego zarządzania elementami jakościowymi usługi zdrowotnej?* oraz, *jak zagwarantować, by poziom jakościowy usługi nie był dziełem przypadku, by deklarowany poziom usługi zdrowotnej był tożsamy z rzeczywistym poziomem jakości?* Status quo usługi otrzymanej i deklarowanej stanowi o wiarygodności placówki,

⁴⁷ A. Stabryła: *Podstawy zarządzania firmą*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 275.

⁴⁸ A. Gawande: *Lepiej. Zapiski chirurga o efektywności medycyny*. Wydawnictwo Znak. Kraków 2011, s. 11.

kształtuje jej wizerunek rozumiany jako obraz, na który składa się całokształt odczuć, wrażeń, doświadczeń oraz przekonań otoczenia dotyczących danej organizacji, jej pozycji na rynku oraz jej oferty, powstający w wyniku dokonywania porównań z placówkami konkurencyjnymi⁴⁹, lub jako obraz wykreowany w świadomości osób stykających się z organizacją bezpośrednio (jako klienci) lub pośrednio (jako uczestnicy rynku).⁵⁰



Rycina 5. Istota jakości

Źródło: opracowanie własne

Zagadnienie optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych coraz częściej pojawia się jako temat teoretycznych rozważań. Aby móc przystąpić do optymalizacji należy przedsięwziąć określone kroki w kierunku uporządkowania procesów i działań określających standardy postępowania. Nie można optymalizować chaosu.

Standaryzacja to proces dochodzenia do możliwie najlepszych metod, technik działania uwzględniających zarówno model postępowania, jak i całą otoczkę w postaci niezbędnych zasobów rzeczowych, finansowych, kadrowych oraz informacyjnych. Efektem

⁴⁹ K. Szczerbińska: *Zarządzanie edukacją zdrowotną pacjentów*. Zdrowie i Zarządzanie 2000; tom II nr 5: s. 40-48.

⁵⁰ E.E. Cenker: *Public Relations*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 2002, s. 42.

procesu *standaryzacji* jest standard, w przemyśle określany mianem technologii wytwarzania.⁵¹

Mianem *medycznego standardu* postępowania określa się algorytm unifikujący sposób postępowania z pacjentem (...). W parze ze standardem postępowania medycznego idą również wytyczne w formie zaleceń dla postępowania diagnostycznego i leczniczego. Cechy standardu to: aktualność i wiarygodność, korzyść praktyczna, rzetelność i powtarzalność, prostota definiowania i logiki, określenie czasu, po upływie którego standard należy poddać aktualizacji.⁵²

Załącznik nr 7 przedstawia medyczny standard postępowania z pacjentem od przyjęcia do wypisu obowiązujący w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego UM w Poznaniu (Załącznik 1).

Systemowe podejście do zarządzania placówką zdrowotną wymaga, by oprócz medycznych standardów postępowania uregulować również kwestie związane z zabezpieczeniem technicznym, zasobami, oraz wszelkimi procesami wsparcia tj.: sterylizacja, diagnostyka, konsultacje, transport, żywienie.

Organizacja, gdy już uporządkuje swoje działania i procesy, zaprowadzi ład organizacyjny, może przystąpić do etapu finalnego jakim jest *optymalizacja*. Ogólnie *optymalizację* można rozumieć jako poprawę i rozwój w możliwie największym stopniu, w sposób bezpieczny i skuteczny.⁵³ Dobrze istotę *pojęcia* oddaje definicja encyklopedyczna, brzmiąca: *optymalizacja* to wyznaczanie najlepszego, ze względu na wybrane kryterium (np. koszt, zysk, niezawodność) i spełniającego zadane ograniczenia, rozwiązania danego problemu np. ukształtowania elementów konstrukcji, sterowania procesem technologicznym, rozdziału zasobów, organizacji systemu.⁵⁴

W podobny sposób pojmuje owo zagadnienie J. Łunarski. W swojej książce zatytułowanej: „Zarządzanie Jakością. Standardy i Zasady” pisze on, iż na finalny efekt działania organizacji wpływ ma efektywność wszystkich procesów, które wzajemnie na siebie oddziałują, potęgując lub hamując efekty procesów zależnych. Zatem, jeżeli organizacja dąży do *optymalizacji* wykorzystania swoich zasobów i uzyskania możliwie maksymalnych efektów swoich działań, musi identyfikować swoje procesy, określać relacje

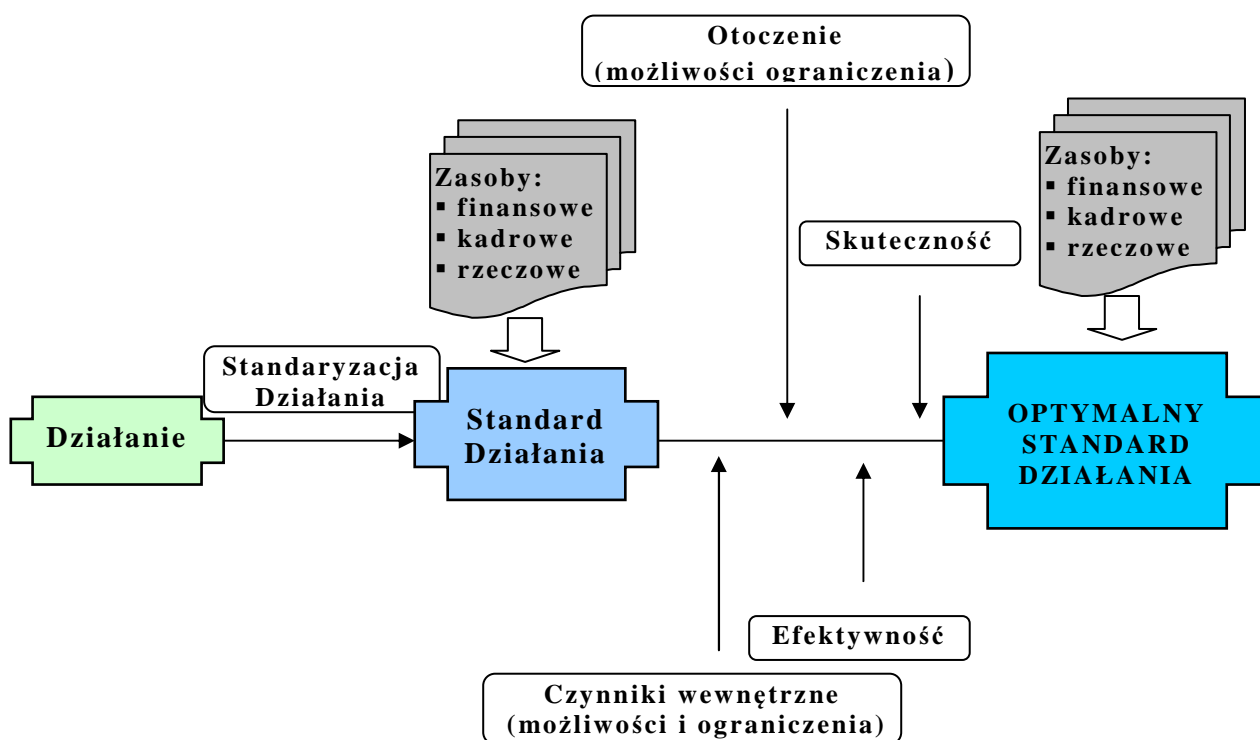
⁵¹ M.D. Głowačka, J. Galicki, E. Mojs: art. E. Dąbrowska.: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, art. Standaryzacja i optymalizacja w zarządzaniu zasobami rzeczowymi w zakładzie opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2009, s. 310-311.

⁵² K. Lisiecka, M. Lisiecka – Bielanowicz: *Standardy a jakość usług zdrowotnych*, Praca zbiorowa: *Zarządzanie Jakością Usług Zdrowotnych*, Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Praworządności, Warszawa 2003, s. 33.

⁵³ A. Machnik: *Jak działać sprawnie i skutecznie*. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2002, s. 35.

⁵⁴ Encyklopedia Popularna PWN. Wydanie dziesiąte, Warszawa.

zachodzące między nimi oraz ustanowić skuteczny system zarządzania tymi procesami.⁵⁵ Zwięźle rzecz ujmując, jednostka powinna dążyć do wypracowania *optymalnych* standardów działania (Rycina 7). Taki standard stanowi wypadkową wewnętrznych i zewnętrznych możliwości i ograniczeń. Rozumiany jest jako zestaw najlepszych rozwiązań, reguł uwzględniających aktualne warunki organizacyjne, prawne funkcjonowania jednostki. Optymalny standard działania musi być zweryfikowany pod kątem skuteczności i efektywności. Skuteczność i efektywność działań oznacza zdolność organizacji do osiągnięcia pożądaných efektów przy racjonalnym zaangażowaniu środków; finansowych, kadrowych, rzeczowych.⁵⁶



Rycina 6. Proces optymalizacji – wypracowywanie optymalnego standardu działania

Źródło: M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs: art. E. Dąbrowska: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, art. Standaryzacja i optymalizacja w zarządzaniu zasobami rzeczowymi w zakładzie opieki zdrowotnej*”. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2009, s.310-311.

P. Krasucki odnosi pojęcie optymalizacji do systemu ochrony zdrowia twierdząc, że *optymalizacja* systemu ochrony zdrowia możliwa jest dzięki badaniu relacji koszty – korzyści o charakterze zarówno ekonomicznym, jak i społecznym. System musi działać

⁵⁵ J. Łunarski: *Zarządzanie Jakością. Standardy i Zasady*. Wydawnictwo Naukowo – Techniczne, Warszawa 2008, s. 11.

⁵⁶ M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs: art.E. Dąbrowska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, art. Standaryzacja i optymalizacja w zarządzaniu zasobami rzeczowymi w zakładzie opieki zdrowotnej*”. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2009, s. 310-311.

w taki sposób, by powstało sprzężenie zwrotne między ilością i jakością pracy a efektem ekonomicznym w sensie wyniku finansowego (...). Służy temu stosowanie metod pozwalających na uzyskiwanie rzetelnych danych o wszystkich elementach systemu.⁵⁷

Zaprezentowana przez P. Krasuckiego definicja, mimo iż traktuje o systemie ochrony zdrowia, oddaje problematykę *optymalizacji* tak całego systemu, jak i pojedynczej organizacji, a więc i zakładu opieki zdrowotnej.

Podsumowaniem rozważań na temat optymalizacji jest stwierdzenie, że *optymalizacja* to proces, którego celem jest wypracowanie optymalnego rozwiązania i przyjęcie go jako standard w rozumieniu systemowym. Takie działanie określamy mianem „optymalny standard działania” (Rycina 6). Proces optymalizacji to proces dynamicznych zmian dostosowawczych. W miarę jak zmieniają się uwarunkowania, zmianie powinien ulegać również optymalny standard działania. Jednakowoż nie zawsze zmiana jest zmianą pozytywną, progresywną. W sytuacji pogarszających się warunków, standard winien również obniżyć swój poziom. W przeciwnym razie uzyskamy zafałszowany obraz jednostki, a utrzymanie standardu okaże się niemożliwe.⁵⁸

W praktyce trudno odnaleźć dowody zainteresowania tematyką optymalizacji. Publiczne podmioty lecznicze podejmują pewne cząstkowe działania związane z doskonaleniem usług, tj. badania ankietowe, wdrażanie systemów zarządzania jakością, opracowywanie standardów, monitorowanie wybranych parametrów. Nadal jednak brakuje systemowych rozwiązań, które pozwalałyby szpitalom w sposób przemyślany, przewidywalny i powtarzalny zarządzać swoimi usługami w pakiecie z czynnikami towarzyszącymi. Placówki powinny dążyć do stworzenia synergicznego systemu umiejętnie łączącego perspektywę szpitala z perspektywą pacjenta (Rycina 7, Rycina 8).

Konkurowanie na rynku usług zdrowotnych wyłącznie w oparciu o pakiet usług oraz cenę powoli przestaje wystarczać. Rosnąca świadomość i związany z tym wzrost oczekiwań pacjentów wymaga holistycznego podejścia do świadczonych usług. Obecnie to nie pacjent musi dostosować się do lekarza, tylko placówka i personel do pacjenta. Organizacje muszą to zrozumieć i podjąć wyzwanie. Z pomocą takich działań jak: *parametryzacja*, *standaryzacja*, *optymalizacja*, stopniowo formuje się kultura dyscypliny organizacyjnej. Dzięki temu, w dłuższej perspektywie czasu niechciana biurokratyzacja ustąpi pola naturalnej potrzebie profesjonalnego działania. Każde przedsiębiorstwo ma swoją kulturę, nieliczne jednak wypracowują kulturę dyscypliny. Gdy ludzie są zdyscyplinowani nie potrzeba hierarchii,

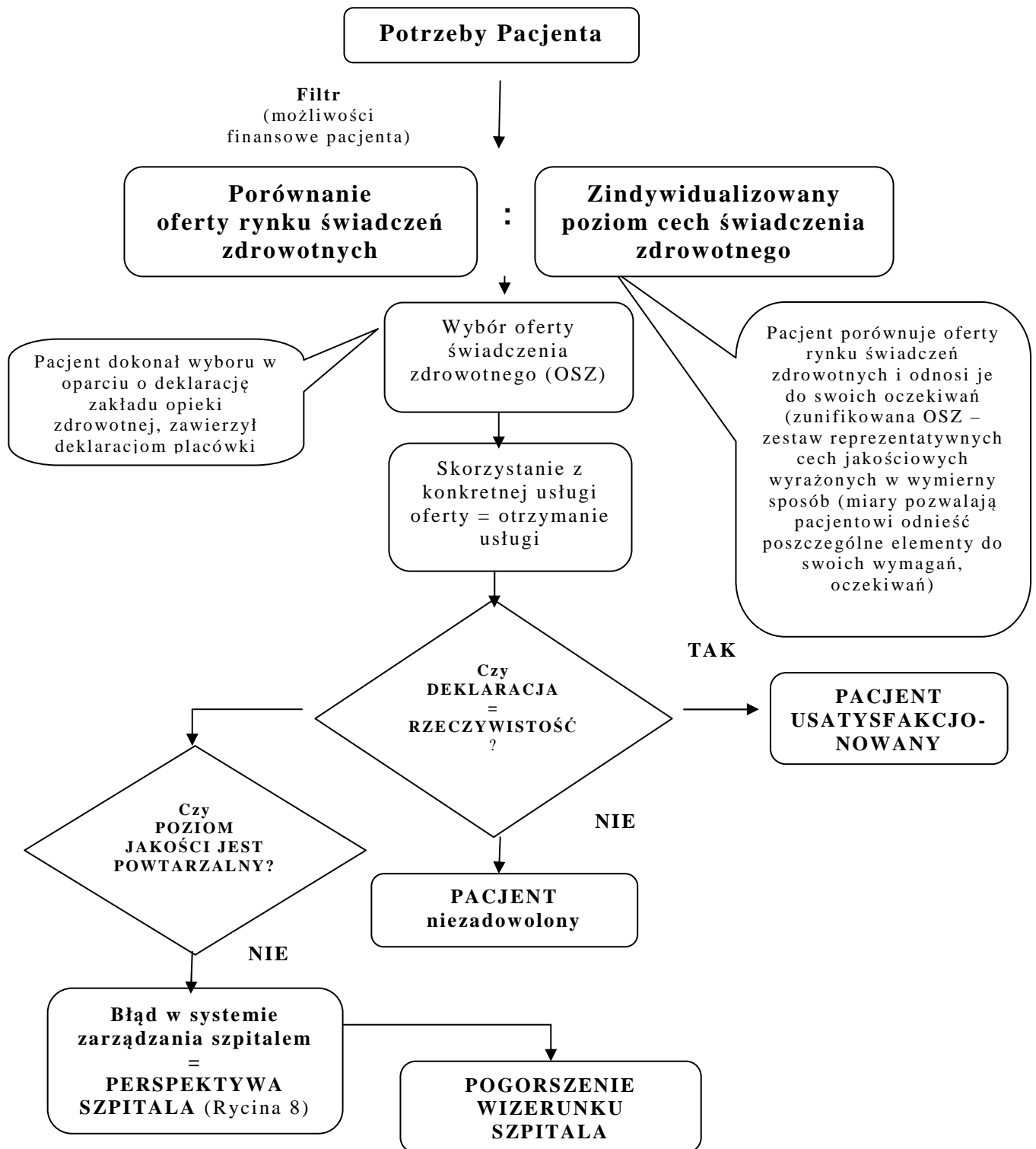
⁵⁷ P. Krasucki: *Optymalizacja Systemu Ochrony Zdrowia*. Wydawnictwo Cedetu, Wydanie I, Warszawa 2005, s. 8.

⁵⁸ M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs: art. E. Dąbrowska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, art. Standaryzacja i optymalizacja w zarządzaniu zasobami rzeczowymi w zakładzie opieki zdrowotnej*”. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2009, s. 307-308.

zdyscyplinowane myślenie powoduje, że biurokracja staje się zbędna. Zdyscyplinowane działania nie wymagają nadmiernej kontroli. Kiedy uda się połączyć kulturę dyscypliny z etyką przedsiębiorczości, powstanie alchemia doskonałych osiągnięć.⁵⁹ Owa kultura, nieuchwytny w ramy słów kodeks wartości, to element dopełniający całości, pozycjonujący organizację wysoko ponad przeciętność. Kultura organizacyjna daje pacjentowi poczucie, że wysoki poziom jakościowy świadczonych usług jest immanentną, naturalną cechą organizacji.

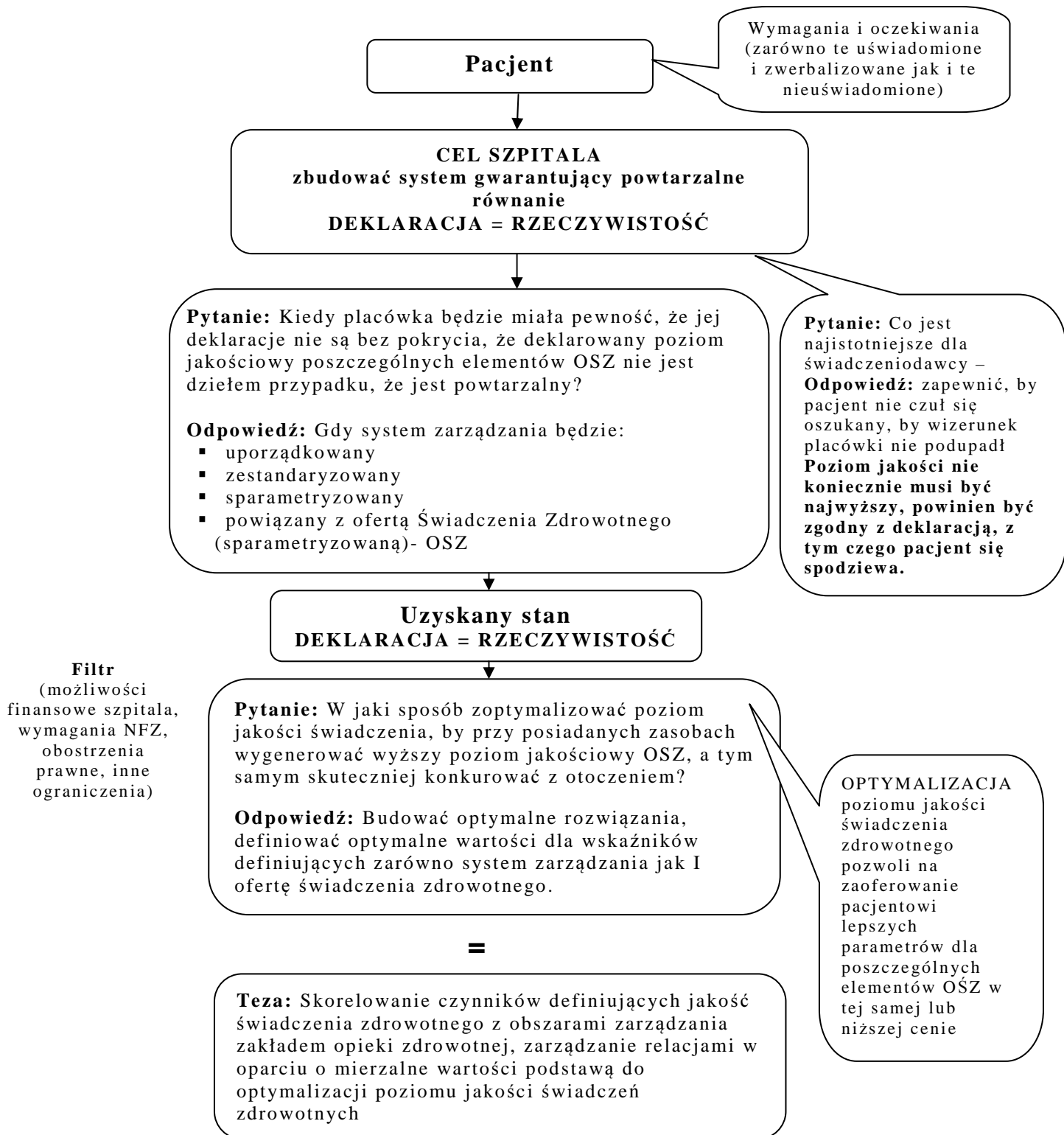
Praca koncentruje swoje rozważania wokół samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bazując na przykładzie Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM w Poznaniu. Jest próbą znalezienia remedium na przedstawione w rozdziale problemy poprzez opracowanie i wdrożenie metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

⁵⁹ J. Collins: *Od Dobrego do Wielkiego. Czynniki trwałego rozwoju i zwycięstwa firm*. MT Biznes Sp. z o.o., Warszawa 2001, s. 140.



Rycina 7. Perspektywa PACJENTA. Algorytm obrazujący proces przebiegu usługi świadczenia zdrowotnego w ocenie pacjenta - od podjęcia decyzji do oceny usługi

Źródło: opracowanie własne



Rycina 8. Perspektywa SZPITALA. Algorytm obrazujący budowanie systemu zarządzania dającego podstawy do optymalizacji poziomu jakości świadczenia zdrowotnego i gwarantującego zgodność deklaracji jakościowych z rzeczywistością.

Źródło: opracowanie własne

2. Przedmiot badań

2.1 Prezentacja Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Szpital kliniczny, z uwagi na przynależność do grupy jednostek trzeciego stopnia referencyjności, odgrywają w systemie opieki zdrowotnej rolę szczególną.

Szpital kliniczny państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzi działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Szpital kliniczny o którym mowa w ust. 1 rozporządzenia, może udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie trzeciego poziomu referencyjnego na obszarze większym niż jedno województwo.⁶⁰

Zatem jednostki kliniczne, prócz działań wysokospecjalistycznych związanych z leczeniem i opieką nad pacjentem, realizują również misję kształcenia przyszłych kadr medycznych. Dualizm ról, które przyszło szpitalom klinicznym pełnić, z jednej strony nobilituje, pozycjonując klinikę najwyżej w hierarchii placówek świadczących usługi zdrowotne, z drugiej zaś strony nastęrcza wiele problemów w obszarze zarządzania placówką, planowania pracy, zarządzaniem ludźmi. Nie wyłączając problemów placówek służby zdrowia opisanych w rozdziale pierwszym, jednostkom klinicznym przychodzi zmierzyć się również z innymi trudnościami, wśród których najczęściej wymienia się nieadekwatną wycenę procedur wysokospecjalistycznych oraz problem natury zarządczej, jakim jest wielowładztwo w jednostkach uniwersyteckich. Szpitalem klinicznym rządzi dyrektor. Niemniej jednak spora część władzy jest w rękach kierowników klinik oraz rektora uniwersytetu medycznego będącego organem założycielskim dla szpitala klinicznego. Tak wielu decydentów, tak różnorodny sposób patrzenia na problemy rodzi wiele sytuacji konfliktowych, a zarządzanie szpitalem to w dużej mierze polityka godzenia interesów, aniżeli realizacja spójnej wizji zarządzania szpitalem.

Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu jest szpitalem o profilu ogólnym. Znajduje w nim zatrudnienie ok. 1300 pracowników. Rokrocznie w Szpitalu leczy się ponad 24,5 tys. osób, korzystając z 580 dostępnych łóżek.

Podstawowy zakres działania Szpitala określa Statut Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – tekst jednolity nadany na mocy Uchwały Nr 177/2011 z dnia 26 października 2011 roku Senatu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych. (Dz. U. z dnia 31 grudnia 1998 r.).

Statut w rozdziale II § 4 określa podstawowe cele i zadania dla szpitala⁶¹:

1. Podstawowym celem działania Szpitala jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
2. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
3. Szczegółowe zasady realizacji zadań określonych w ust. 1 i 2, w szczególności uczestniczenia Szpitala w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych, realizacji celów naukowych i dydaktycznych oraz w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny określa Senat Uczelni w drodze uchwał.
4. Szpital może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zlecanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty.

W ramach jednostki funkcjonują następujące oddziały kliniczne:

- Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej
- Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo - Twarzowej
- Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
- Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Neurotraumatologii
- Oddział Kliniczny Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych
- Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki
- Oddział Kliniczny Dermatologii
- Oddział Kliniczny Endokrynologii
- Oddział Kliniczny Foniatrii i Audiologii
- Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych
- Oddział Kliniczny Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
- Oddział Kliniczny Neurologii
- Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży
- Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych

⁶¹ Statut Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – tekst jednolity nadany na mocy Uchwały Nr 177/2011 z dnia 26 października 2011 roku Senatowi Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ponadto szpital świadczy usługi ambulatoryjne w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych.

Wsparcie procesu leczenia i opieki zapewnione jest dzięki pracy jednostek, takich jak: Apteka, Centralne Laboratorium Analityczno-Biochemiczne, Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne, Bank Krwi, Centralna Sterylizacja, Zakład Fizykoterapii, Zakład Patomorfologii Klinicznej oraz inne pracownie i zakłady.

Szczegółowy zakres działań Szpitala ujęty jest w formie dokumentu zwanego Regulaminem Porządkowym Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu⁶²

2.2 Model struktury organizacyjnej funkcjonujący w Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jak każda jednostka, Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM w Poznaniu funkcjonuje zgodnie z przyjętą strukturą organizacyjną, obrazującą układ i podległość jednostek. Struktura szpitala przedstawiona została w **załączniku nr 1**. Struktura organizacyjna pomaga organizacji utrzymać ład organizacyjno-kompetencyjny, wyznacza hierarchię ważności poszczególnych komórek organizacyjnych.

Czynniki, tj. technika, otoczenie, wielkość i cykl życia organizacji oraz jej strategia determinują kompozycję przyjętej przez organizację struktury organizacyjnej. Wśród najczęściej spotykanych struktur wyróżnia się: strukturę funkcjonalną (opartą na podejściu funkcjonalnym), strukturę konglomeratową (właściwą dla organizacji, na którą składają się różne, nie powiązane ze sobą jednostki), strukturę wielobranżową (w której liczne samodzielne jednostki w powiązanych ze sobą dziedzinach działają w ramach szerszego kontekstu organizacyjnego), strukturę macierzową (w której podział wg wyrobu nakłada się na istniejący układ funkcjonalny), struktura wielokrotnego podporządkowania (w której jednostka podlega jednocześnie zarówno przełożonemu funkcjonalnemu, jak i jednemu lub kilku kierownikom projektów)⁶³. Jednakże rzadko obserwować można struktury organizacyjne w czystej formie, zwłaszcza w przypadku dużych firm, organizacji. Najczęściej mamy do czynienia z hybrydami, czyli z połączeniem dwóch lub więcej typów struktur organizacyjnych.

Strukturę organizacyjną Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu można zakwalifikować do

⁶² Regulamin Porządkowy Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Zarządzenie Wewnętrzne nr 01/06/2011 Dyrektora Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Porządkowego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁶³ R.W. Griffin: *Podstawy Zarządzania Organizacjami*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 375-383.

kategorii struktur funkcjonalnych. Dyrektorowi Naczelnemu Szpitala podlegają dyrektorzy poszczególnych sektorów, którym z kolei podległe są pozostałe jednostki szpitalne.

2.3 Procesowe podejście do zarządzania zastosowane w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zarządzanie wyłącznie przez pryzmat struktury organizacyjnej przestaje wystarczać. W dzisiejszych czasach organizacje, by mogły się rozwijać, by mogły realizować projekty, by mogły holistycznie spojrzeć na swoje poczynania i dostrzec cel swojego istnienia muszą myśleć i działać procesowo.

Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu także wpisuje się w trend procesowego zarządzania swoimi działaniami, czego obrazem jest mapa procesów (**Załącznik nr 2**), wyrazem natomiast wdrażana od 2010 roku metoda: *Procesowe Zarządzanie Szpitalem. Parametryczne Sterowanie Procesami*. (**Załącznik nr 5**).

Na podejście procesowe i zarządzanie procesami składają się: identyfikacja i wizualizacja procesów, określenie zestawu mierników służących ocenie skuteczności i efektywności procesów, a także ustanowienie właścicieli procesów pełniących funkcje strażników prawidłowych przebiegów procesów.⁶⁴

Podejście procesowe polega na poszatkowaniu organizacji na obszary tematyczne (procesy). Procesy ustawiane są najczęściej w poprzek struktury organizacyjnej. Według A. Hamrola proces to ciąg zdarzeń, któremu podlega określony obiekt/ przedmiot.⁶⁵ Dla Szpitala tym obiektem jest pacjent, na rzecz którego świadczona jest usługa zdrowotna. Zdaniem J.A. Blikle, autora książki „Doktryna Jakości”, poprzez *mapę procesów* rozumie się współpracę pomiędzy procesami opisywanymi za pomocą sieci przypominających sieci czynności, z tym że w miejscu czynności występują procesy. Pomiędzy procesami istnieje zwykle bardzo wiele dróg przepływu. Dla polepszenia czytelności map stosuje pewne konwencje rysunkowe.⁶⁶

Zarządzanie procesowe, zarządzanie tematycznymi obszarami, dla których określone są sekwencje czynności, zdefiniowane wejścia (elementy inicjujące proces) i wyjścia (elementy wieńczące proces) zdecydowanie poprawia skuteczność i efektywność zarządzania szpitalem. Przede wszystkim jednak pozwala widzieć pacjenta i jego potrzeby na wejściu,

⁶⁴ E. Skrzypek, M. Hofman: *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie. Identyfikowanie, pomiar, usprawnienie*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2010, s. 9.

⁶⁵ A. Hamrol, W. Mantura: *Zarządzanie Jakością. Teoria i Praktyka*. Wydanie trzecie, Warszawa – Poznań 2002, s. 119.

⁶⁶ J.A. Blikle: *Doktryna Jakości*. Warszawa 2012, s. 148-149.

by w toku procesów móc maksymalizować poziom satysfakcji pacjenta z otrzymywanej usługi zdrowotnej.

Nałożenie mapy procesów i zarządzania procesowego na istniejącą strukturę organizacyjną Szpitala powoduje, iż struktura funkcjonalna stopniowo ulega transformacji w strukturę wielokrotnego podporządkowania. By zagwarantować prawidłowe przebiegi procesów, zapewnić sukces podejmowanym inicjatywom i realizowanym projektom powoływani są liderzy procesów i zespoły koordynujące odpowiedzialni za osiągnięcie zaplanowanych wyników.

3. Metodologia badań własnych

3.1 Cel główny pracy

Celem głównym pracy jest opracowanie metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wdrożona metoda zapewnić ma realizację świadczeń na możliwie najwyższym (optymalnym) poziomie jakościowym, oraz zapewnić równowagę między deklaracją a stanem rzeczywistym w odniesieniu do poziomu jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zarządzanie relacjami zachodzącymi między elementami systemu zarządzania oraz elementami oferty świadczenia zdrowotnego.

3.2 Cele szczegółowe

Szczegółowe cele pracy ukierunkowane są na:

1. Zdefiniowanie oferty świadczenia zdrowotnego (opisowe i parametryczne).
2. Określenie reprezentatywnych czynników determinujących jakość usługi zdrowotnej.
3. Określenie poziomu jakości oferty świadczenia zdrowotnego.
4. Określenie poziomu jakości poszczególnych obszarów systemu zarządzania szpitalem.
5. Identyfikację działań optymalizacyjnych podjętych przez szpital.
6. Ocenę wpływu zmian optymalizacyjnych dokonanych w systemie zarządzania szpitalem na poziom jakości świadczenia zdrowotnego.

3.3 Hipoteza główna pracy

Hipoteza główna pracy brzmi następująco:

Skorelowanie czynników definiujących jakość świadczenia zdrowotnego z obszarami zarządzania podmiotem leczniczym i zarządzanie relacjami w oparciu o mierzalne wartości umożliwia optymalizację poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

3.4 Hipotezy szczegółowe pracy

Hipotezy szczegółowe pracy przedstawiają się następująco:

Hipoteza 1

Obiektywna ocena poziomu cechy jakościowej oferty świadczenia zdrowotnego / obszaru zarządzania warunkowana jest przypisaniem tej cesze właściwego parametru jakościowego.

Hipoteza 2

Brak powiązań między ofertą świadczenia zdrowotnego a obszarami systemu zarządzania szpitalem wyklucza możliwość optymalizacji oferty świadczenia zdrowotnego, jej przewidywalność i powtarzalność, osiągnięcie równowagi między deklaracją jakością a rzeczywistością jakościową;

Hipoteza 3

Wymierzenie działań optymalizacyjnych, zarówno w obszary stricte medyczne, jak również w procesy zarządcze, administracyjne i wspomagające jest gwarantem sprawnego zarządzania całą organizacją (holistyczne podejście do zarządzania);

3.5 Zakres badawczy pracy

- Zakres czasowy: grudzień 2008 (I badanie ankietowe) – grudzień 2011 (II badanie ankietowe)
- Zakres przestrzenny: Rzeczpospolita Polska, Poznań, Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- Zakres przedmiotowy: świadczenia zdrowotne oferowane przez Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Zakres podmiotowy: pacjenci korzystający z usług szpitala, pracownicy szpitala zajmujący stanowiska kierownicze w sektorze medycznym i administracyjnym
- Próba badawcza:
 - I badanie ankietowe (rok 2008): wydano 120 ankiet dla pacjentów, 65 ankiet dla pracowników (zwrotność ankiet: 57 ankiet od pracowników, 46 ankiet od pacjentów)
 - II badanie ankietowe (rok 2011): wydano 120 ankiet dla pacjentów, 65 ankiet dla pracowników (zwrotność ankiet: 59 ankiet od pracowników, 107 ankiet od pacjentów)
 - łączna liczba ankiet dla pacjentów wykorzystanych do analizy: 153
 - łączna liczba ankiet dla pracowników wykorzystanych do analizy to 116.

3.6 Narzędzia i metody badawcze

3.6.1 Badanie ankietowe

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariuszy ankietowych. Badania ankietowe przeprowadzone zostały dwukrotnie. Pierwsze badanie ankietowe przeprowadzono w roku 2008, drugie natomiast w 2011 roku. Zarówno pierwsze, jak i drugie badanie przeprowadzono na grupie pacjentów i pracowników. Powtórzone badania miały na celu określenie wpływu zmian optymalizacyjnych na poziom jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Szpital Kliniczny im. Heliodora Święckiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu statystycznego IBM SPSS 19,0. W analizach przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Badano korelacje między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008 roku oraz dla 2011 roku. Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując współczynnik **Pearsona** przy założeniu poziomu istotności $<0,05$. Badanie istotności różnic przeprowadzono za pomocą testu **U Manna-Whitney'a**

3.6.1.1 Badania ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów

Celem badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu było pozyskanie wiedzy na temat tego, jaka jest ważność poszczególnych czynników świadczenia zdrowotnego w ocenie pacjentów oraz, jaka jest jakościowa ocena spełnienia owych czynników w odczuciu pacjenta.

Badanie ankietowe objęło swoim zasięgiem pacjentów wszystkich oddziałów klinicznych Szpitala Klinicznego im. H. Święckiego UM w Poznaniu. Liczba ankiet przekazanych była proporcjonalna do liczby pacjentów przebywających w poszczególnych oddziałach klinicznych. Pacjent wypełniając ankietę dokonywał podwójnej oceny:

- ważności czynników wpływających na poziom świadczonych usług (czynniki zostały przypisane do poszczególnych etapów pobytu w szpitalu),
- poziomu satysfakcji z pobytu w placówce.

Zarówno stopień ważności czynnika, jak i poziom satysfakcji oceniane były w skali od 1 do 5. „5” oznaczało odpowiednio czynnik bardzo ważny / ocena satysfakcji bardzo wysoka, „1” natomiast oznaczało odpowiednio czynnik najmniej ważny / ocena satysfakcji bardzo niska.

Ankieta podzielona została na cztery duże obszary tematyczne: oczekiwanie na przyjęcie do szpitala, przyjęcie do szpitala, pobyt w szpitalu, wypis ze szpitala. Dla każdego

z obszarów sformułowane zostały pytania oddające specyfikę obszaru, ukierunkowane na jakość.

Obszar *oczekiwanie na przyjęcie do szpitala* zawierał pytania dotyczące :

- długości oczekiwania na przyjęcie do szpitala,
- terminowości przyjęcia.

Obszar *przyjęcie do szpitala* zawierał pytania dotyczące :

- długości trwania procesu rejestracji,
- rzetelności, zrozumiałości oraz kompleksowości informacji uzyskanych w rejestracji.

Obszar *pobyt w szpitalu* zawierał pytania dotyczące :

- długości pobytu w szpitalu,
- warunków pobytu w szpitalu (szczegółowo rozpisane),
- bezpieczeństwa pobytu w szpitalu (wszystkie elementy składające się na bezpieczeństwo pobytu),
- skuteczności leczenia.

Obszar *wypis ze szpitala* zawierał pytania dotyczące :

- długości oczekiwania na wypis,
- uzyskania od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego (edukacji po hospitalizacji).

Do analizy poziomu jakości poszczególnych elementów świadczenia zdrowotnego wykorzystana została standaryzowana metoda Servqual. Metoda ta polega na pomiarze jakości przez porównanie oczekiwań pacjenta (ocena ważności poszczególnych czynników jakościowych a oceną spełnienia (zaspokojenia potrzeb pacjenta). Autorami metody powstałej w latach 1983-1985 są: A. Parasuraman, V.A. Zeithaml i L. Berry. Implementacja metody ukazuje, jak klient postrzega jakość dzięki porównaniu oczekiwań / ważności danej cechy jakościowej z jej subiektywną oceną.

Servqual jest metodą o dobrym poziomie rzetelności i trafności. Mechanizm został zaprojektowany do zastosowania w szerokim spektrum usług. Jako taki stanowi podstawowy szkielet obejmujący oczekiwania oraz wyobrażenia, a także wartości przypisane każdemu z pięciu wymiarów jakości usług. Szkielet ten, jeśli zachodzi potrzeba, może być dostosowany, modyfikowany by dopełnić i dopasować charakterystykę konkretnych potrzeb badawczych. Do stosowanych w metodzie Servqual pięciu wymiarów jakości usług zalicza się:

- materialność (tangibles) – wygląd fizycznych udogodnień, sprzętu, personelu, materiałów komunikacyjnych,

- niezawodność (reliability) – zdolność do dostarczania obiecanej usługi akuratnie i w zaufany sposób,
- reagowanie (responsiveness) – chęć pomocy klientowi i dostarczenia szybkiej usługi, szybkie reagowanie na wymogi stawiane przez klientów,
- pewność (assurance) – wiedza i dobre wychowanie pracowników oraz umiejętność wzbudzania zaufania i pewności klientów,
- empatia (empathy) – zindywidualizowana i dbała uwaga, którą firma zapewnia klientom, utożsamianie się z potrzebami klientów.⁶⁷

Autorzy metody zdefiniowali pięć luk dotyczących jakości usług, które powodują niezadowolenie klienta i skutkują niską oceną jakości:⁶⁸

- luka 1 – różnica między oczekiwaniami klienta a postrzeganiem tych wymagań przez kierownictwo firmy,
- luka 2 – różnica między postrzeganiem oczekiwań klienta przez kierownictwo firmy a specyfikacją usług,
- luka 3 – różnica między specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi,
- luka 4 – różnica między jakością świadczenia usługi a informacjami, które klient ma na temat usługi,
- luka 5 – różnica między poziomem spełnienia oczekiwań postrzeganiem usługi przez klienta.

W badaniu najważniejsza jest liczba, jaką wskaże respondent, gdyż to ona określa oczekiwania i percepcję usługi. Na podstawie różnicy pomiędzy percepcją a oczekiwaniami klienta możliwe jest obliczenie stopnia spełnienia oczekiwań klientów – Servqual (SQ). Określa się go za pomocą wzoru:

$$SQ = \sum (P - O)$$

gdzie: O – oczekiwania jakości usługi, P – postrzegana jakość usługi

Najbardziej korzystny dla organizacji jest stan, w którym nie ma luk. Sytuację taką nazywa się jakością kompleksową (TQ). Dla jej osiągnięcia niezbędne jest uzyskanie doskonałości na trzech poziomach: jakości projektowanej, jakości wykonania oraz jakości zgodnej z wymaganiami klienta. Im luki te są większe, tym większe jest niezadowolenie klienta z otrzymanej usługi.⁶⁹ Jeżeli luki występują, otrzymuje się wynik negatywny, który oznacza, iż oczekiwania pacjenta nie zostały spełnione. Z kolei wynik pozytywny informuje o tym, iż jakość usługi przekroczyła oczekiwania klienta.

⁶⁷ A. Parasurman, V.A. Zeithaml, L. Berry: *Servqual: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Volume 64, Number 1, Spring 1988, 12-40, s. 30-31.

⁶⁸ R. Karaszewski: *SERVQUAL – metoda badań jakości świadczonych usług*. Problemy Jakości, 2001, nr 8.

⁶⁹ J. Dziadkowiec: *Wybrane metody badań i oceny jakości usług*. Zeszyty Naukowe nr 717 Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006, s. 23–25.

3.6.1.2 Badania ankietowe przeprowadzone wśród pracowników

Celem badania ankietowego przeprowadzonego wśród pracowników jest pozyskanie wiedzy na temat tego, jaka jest ważność poszczególnych obszarów zarządzania szpitalem w ocenie pracowników oraz, jak pracownicy oceniają owe obszary pod kątem jakości ich funkcjonowania.

Badanie ankietowe objęło swoim zasięgiem pracowników na stanowiskach kierowniczych. Dla uzyskania oceny systemu z różnych perspektyw, ankietyzacji poddano zarówno kierowników sektora medycznego (ordynatorów oddziałów klinicznych, pielęgniarki oddziałowe, kierowników zakładów, laboratoriów, apteki banku krwi, jak i administracyjnego (dyrekcję szpitala, kierowników jednostek administracyjnych, koordynatorów, pracowników na jednoosobowych stanowiskach). Każdy pracownik na stanowisku kierowniczym / jednoosobowe stanowisko otrzymał ankietę do wypełnienia. Pracownik szpitala wypełniając ankietę dokonywał podwójnej oceny:

- ważności czynników wpływających na poziom świadczonych usług (czynniki zostały przypisane do poszczególnych etapów pobytu w szpitalu),
- poziomu satysfakcji z pobytu w placówce.

Zarówno stopień ważności czynnika jak i poziom satysfakcji oceniane były w skali od 1 do 5. „5” oznaczało odpowiednio czynnik bardzo ważny / ocena satysfakcji bardzo wysoka, „1” natomiast oznaczało odpowiednio czynnik najmniej ważny / ocena satysfakcji bardzo niska.

Ankieta podzielona została na 9 dużych obszarów tematycznych: zarządzanie szpitalem, zarządzanie oddziałem klinicznym, leczenie i opieka, komunikacja, personel, gospodarka, badania/konsultacje/zabiegi, warunki epidemiologiczne, działania wspomagające proces diagnostyczno-leczniczy. Dla każdego z obszarów sformułowane zostały pytania oddające specyfikę obszaru, ukierunkowane na jakość

Obszar *zarządzanie szpitalem* zawierał pytania dotyczące:

- planowania (w tym celów),
- organizowania (w tym dokumentacji organizacyjnej),
- motywowania,
- oceny skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiągniętych celów.

Obszar *zarządzanie oddziałem klinicznym* zawierał pytania dotyczące:

- planowania pracy oddziału (w tym celów),
- planowania pobytu pacjenta w oddziale (w tym badania wykonywane na zewnątrz),
- organizowania (w tym dokumentacja oddziałowa),
- stosowania standardów postępowania z pacjentem,
- oceny skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiągniętych celów.

Obszar *leczenie i opieka* zawierał pytania dotyczące:

- kwalifikacji personelu,
- liczby personelu,
- stosowania standardów leczenia,
- dostępności do aparatury medycznej,
- posiadanej bazy informatycznej,
- wizualnej strony oddziału klinicznego,
- stosowania standardów epidemiologicznych,
- stosowania standardów współpracy z oddziałami, laboratoriami, pracowniami, zakładami,
- postawy pracowników w stosunku do pacjenta,
- podejścia pracowników do zmian.

Obszar *komunikacja* zawierał pytania dotyczące:

- standardów komunikowania się wewnątrz szpitala
- precyzyjnego określania adresatów informacji,
- wykorzystania strony intranetowej oraz poczty elektronicznej,
- dokumentacji,
- wizualizacji (szczegółowo rozpisanej),
- spotkań wewnętrznych,
- ankiet badających satysfakcję.

Obszar *personel* zawierał pytania dotyczące:

- kwalifikacji personelu
- poziomu motywacji (postawy w stosunku do zakładu, do współpracowników, do pacjentów, do zmian).

Obszar *gospodarka (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym)* zawierał pytania dotyczące:

- dostępności (również w sytuacjach kryzysowych),
- jakości,
- kosztów sterylizacji,
- standardów.

Obszar *badania / konsultacje / zabiegi (wykonywane wewnątrz oraz na zewnątrz)* zawierał pytania dotyczące:

- jakości wykonania (sprzęt, kwalifikacje personelu),
- dostępności (ilość sprzętu, godziny pracy, wykwalifikowany personel obsługujący sprzęt),
- planowania (np. „diagnostyka jednego dnia”),
- bezpieczeństwa wykonania,
- dostępności środków transportu (dotyczy zleceń wykonywanych na zewnątrz).

Obszar *warunki epidemiologiczne* zawierał pytania dotyczące:

- polityki zapobiegania zakażeniom,
- jakości sterylności narzędzi,
- standardów postępowania z zakażeniami,
- standardów współpracy między pielęgniarkami epidemiologicznymi, laboratorium mikrobiologicznym, oddziałami klinicznymi, oraz apteką szpitala.

Obszar *działania wspomagające proces diagnostyczno – leczniczy (transport, żywienie, sprzątnie pomieszczeń, pranie)* zawierał pytania dotyczące:

- jakości środków używanych w procesach,
- dostępności (transportu, służb sprzątających, ochrony itp).

3.7 Metoda optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Celem metody jest optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Prezentowana metoda, wykorzystująca wyniki badań ankietowych, stanowi opracowanie własne autora. Na zaimplementowaną metodę składają się określone etapy.

W pierwszym etapie (**etap I**) następuje identyfikacja czynników determinujących jakość oferowanego przez szpital świadczenia zdrowotnego. Czynniki te układają się w tzw. Ofertę Świadczenia Zdrowotnego (OSZ). Na tym etapie definiowane są również obszary systemu zarządzania szpitalem, działania których wpływają na jakość OSZ. Czynniki OSZ oraz obszary systemu zarządzania szpitalem, przekształcone w formę pytań przyjmują postać ankiety (opis w pkt. 3.6.1.1 oraz 3.6.1.2):

- Ankieta dla pacjentów szpitala – **Załącznik 1**
- Ankieta dla pracowników szpitala – **Załącznik 2**

Kolejny etap (**etap II**) wymaga przeprowadzenia badań ankietowych wśród pacjentów i pracowników (kierowników komórek medycznych i administracyjnych) placówki. Pytania oceniające ważność i stopień spełnienia pozwolą na ocenę poziomu jakości oferty świadczenia zdrowotnego a także umożliwią ocenę funkcjonowania obszarów systemu zarządzania szpitalem. Wartości przypisane obszarom / elementom świadczenia zdrowotnego pozwolą na przedstawienie ich w sposób parametryczny, wymierny.

Dla ukazania zależności między poszczególnymi obszarami / elementami systemu zarządzania szpitalem oraz zależności między OSZ a systemem zarządzania (**etap III**) warto sporządzić odpowiednie macierze korelacji (macierz korelacji między poszczególnymi elementami systemu zarządzania szpitalem – **Tabela 1**, macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia

zdrowotnego - **Tabela 2.** Uświadomienie sobie zachodzących relacji umożliwi wywieranie kontrolowanego wpływu na poziom jakości wybranych elementów świadczenia zdrowotnego poprzez dokonywanie zmian w odpowiednich obszarach systemu zarządzania szpitalem.

Kolejnym etapem (**etap IV**) jest standaryzacja (uporządkowanie) i optymalizacja obszarów systemu zarządzania szpitalem (proces standaryzacji i parametryzacji szczegółowo opisany został w pkt 1.4 Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych). Szpital zmuszony jest do gruntownej oceny i weryfikacji wszystkich swoich procesów i działań, wypracowania standardów działania, zniwelowania wąskich gardeł. Dopiero klarowny, czytelny system pozwoli dostrzec potencjał możliwości optymalizacyjnych. Ta faza jest zdecydowanie najbardziej czasochłonna i obciążona największym ryzykiem błędów w ocenie i analizie działań placówki. Prawidłowo przeprowadzona, a raczej prowadzona, gdyż ma ona charakter ciągły, pozwoli na wypracowywanie optymalnych standardów postępowania w poszczególnych obszarach, a w konsekwencji na optymalizację poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.

Uznawszy, że system zarządzania został uporządkowany a dokonane w nim zmiany powinny przynieść poprawę w poziomie jakości świadczeń zdrowotnych można przystąpić do etapu finalnego – ponownych badań ankietowych (**etap V**). Otrzymamy w ten sposób obiektywną informację o skuteczności dokonanych zmian i ewentualnych koniecznych korektach, bądź zmianie kierunku podjętych inicjatyw. Etap V zamyka cykl pierwszy, a jednocześnie otwiera kolejny cykl ciągłego doskonalenia, ustawicznej optymalizacji.

Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych jest procesem, który nigdy się nie kończy. Jest to trudna, mozolna praca, na efekty której nieraz trzeba długo czekać. Jednak idą konsekwentnie w kierunku optymalizacji tych czynników, które ważne są z perspektywy pacjenta, prędzej czy później sukces będzie można uznać za osiągnięty gdyż jest to zawsze właściwy kierunek.

3.8 Metoda procesowego zarządzania szpitalem. Parametryczne sterowanie procesami

W roku 2008 Szpital Kliniczny im. Heliadora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego wdrożył system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami normy ISO 9001. W tym samym roku opracowany został szkielet *metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych* (opracowano ankiety i przeprowadzono badania będące elementem metody). Jednym z fundamentalnych wymagań standardu ISO jest wdrożenie procesowego podejścia do zarządzania w organizacji. Szpital, podobnie jak większość instytucji medycznych i niemedycznych, rozpoczął spełnianie owego wymagania od identyfikacji procesów i graficznej ich prezentacji w postaci mapy procesów. Wskazano liderów procesów, zdefiniowano cele dla procesów, określono parametry

i rozpoczęto monitorowanie. Jednakże, systematyczne przyglądanie się wypracowanemu systemowi nie pozwalało na w pełni satysfakcjonującą jego ocenę. Mając na względzie korzyści, tj. nadzór nad procesami, bezpieczeństwo pacjenta, holistyczne podejście do zarządzania szpitalem, uznano obowiązujące wówczas rozwiązania za niewystarczające.

Ponadto opublikowany w 2009 roku Komunikat Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁷⁰ (szerzej opisany w pkt. 1.2 pracy) wymógł na jednostkach wdrożenie systemu zarządzania ryzykami zagrażającymi realizacji celów jednostki.

Niedosyt w sferze systemowego zarządzania procesami pod kątem jakości oraz efektywności, chęć uniknięcia dublowania systemów, rozproszenia działań i odpowiedzialności popchnęła decydentów w kierunku wypracowania własnego rozwiązania. W założeniach stanowić ono miało odpowiedź na rozliczne wymagania już postawione (ISO, Kontrola Zarządcza) jak i potencjalne (perspektywa Akredytacji w oparciu o wymagania Centrum Monitorowania Jakości działającego przy Ministerstwie Zdrowia). De facto wszystkie wymienione regulacje i normy podporządkowane są jednemu i temu samemu celowi - mobilizacji placówek do zorganizowania się i zarządzania w sposób skuteczny i efektywny.

Subiektywna ocena systemu zarządzania otrzymana w 2008 i 2011 roku w procesie ankietyzacji kierowników szpitala oraz subiektywna ocena poziomu jakości świadczonych usług dokonana przez pacjentów nie pozwoliła precyzyjnie wskazać mocnych i słabych stron systemu zarządzania szpitala i jakości usług. Chciano, by nowe narzędzie odpowiedziało na potrzebę uzyskiwania obiektywnych danych o systemie wspartych badaniami ankietowymi, potwierdzającymi bądź negującymi obrany kierunek zmian.

W połowie 2010 roku Szpital Kliniczne im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu powziął decyzję o stworzeniu kompleksowego narzędzia do zarządzania procesami i rozpoczął intensywną pracę nad nadaniem mu realnego i wymiernego kształtu. Powstała *Metoda procesowego zarządzania szpitalem. Parametrycznego sterowania procesami*. Skorzystano z już istniejącej mapy procesów, odpowiednio ją modyfikując poprzez grupowanie pewnych działań oraz wyodrębnianie obszarów krytycznych. Równocześnie dokonano zmian w sztandarowych deklaracjach szpitala: Wizji, Misji i Polityce Jakości, by zapisy w nich zawarte oddawały charakter placówki, jej zamierzenia i aspiracje, by określały ramy dla formułowania celów strategicznych transponowanych na 5-letnią Strategię Szpitala. Każdy zmapowany proces

⁷⁰ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych

został szczegółowo przeanalizowany. Dokonano standaryzacji nieregulowanych dotychczas obszarów⁷¹ i podjęto różnorodne działania optymalizacyjne (szczegółowo opisane w pkt. 4.3 - działania optymalizacyjne prowadzone w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu). Prowadzono intensywne rozmowy na rzecz wyselekcjonowania krytycznych, reprezentatywnych parametrów w procesach. Próbowano odpowiedzieć na pytanie: *jakie dane, podlegające stałemu monitorowaniu, pozwolą utrzymywać pewność* (charakter ciągły - nie „mieć pewność” lecz ją „utrzymywać”), *że dany proces realizuje cele bieżące, nie wykazuje istotnych odchyłeń* (określono wartości progowe) *i nie zagraża bezpieczeństwu leczenia i opieki?*. Wszelkie sytuacje zagrażające procesom, mogące spowolnić, utrudnić lub uniemożliwić osiągnięcie celów bieżących określono mianem *ryzyk*. Ryzyka te, zgodnie z literą prawa, są monitorowane, dla każdego określa się przyczyny i skutki. Systematycznie planowane są i realizowane działania niwelujące przyczyny ryzyk. Siła ryzyk wyrażona jest liczbowo i ma charakter dynamiczny – zmienia się na korzyść, gdy w odniesieniu do przyczyn podjęte zostaną skuteczne działania, lub na niekorzyść – gdy wystąpią nieoczekiwane okoliczności o wymiarze realnego zagrożenia. System zarządzania procesami jest dynamiczny. Dane z monitorowania procesów wpływają na biurko liderów procesów w systemie kwartalnym, półrocznym i rocznym. Zakres monitorowanych danych również podlega ustawicznej weryfikacji. W założeniach, dla celów procesowych, gdy już się one ustabilizują, poprzeczka będzie sukcesywnie podnoszona. To pociągnie za sobą optymalizację rozwiązań procesowych, standardów działania. Cotygodniowe spotkania w gronie dyrekcji szpitala, liderów procesów, pełnomocnika ds. jakości zapewniają ciągłość zmian dostosowawczych, sprawując pieczę nad prawidłowością działania wprowadzonego systemu procesowego zarządzania. System w pełnym wymiarze działa jednak stosunkowo krótko. Jest jeszcze wiele obszarów nieregulowanych i wąskich gardeł. Tak więc na wymierne efekty przyjdzie jeszcze poczekać. Niemniej jednak żaden z członków dyrekcji i liderów nie ma wątpliwości co do słuszności i celowości wprowadzonej metody. Kierunek jest właściwy a konsekwencja i determinacja zaprocentują, miejmy nadzieję, w nieodległej przyszłości.

Opisana metoda jest udoskonaloną formą opracowanej w 2008 roku *metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń*. Badania ankietowe, dotychczas stanowiące trzon metody, są dziś wsparciem dla danych pozyskiwanych z monitorowania procesów.

⁷¹ w latach 2008-2012 w szpitalu opracowano i wdrożono: 218 procedur medycznych, 130 procedur administracyjnych, 568 formularzy medycznych (w tym 242 zgody na wykonywane zabiegi operacyjne), 141 formularzy administracyjnych (stan na dzień 14.06.2012).

Załącznik 5 zawiera szczegółowy opis i algorytm metody Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania Procesami zaimplementowanego w Szpitalu Klinicznym im. H. Święckiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

4. Wyniki badań

W rozdziale zawarty został materiał badawczy. Dane do analiz, pochodzą ze Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Przedstawione w rozdziale tabele stanowią praktyczne przełożenie opisanych w rozdziale III (pkt 3.7) etapów metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Tabele zawierają zbiorcze zestawienia z dwóch cykli badań ankietowych (r. 2008 i r.2011).

W pierwszej części omówione zostały wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Druga część natomiast zawiera wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pracowników – kierowników komórek medycznych i administracyjnych Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Wyniki badań ankietowych stanowią trzon opracowanej i wdrożonej metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Wyniki miały umożliwić dokonanie wymiernej oceny zmian optymalizacyjnych w przełożeniu na system zarządzania szpitalem i poziom jakości usługi świadczenia zdrowotnego. Niemniej jednak, odnotowane dane obrazują niewielki spadek lub wzrost, zarówno w ocenie dokonanej przez pacjentów, jak i w ocenie pracowników (kierowników jednostek medycznych i administracyjnych).

Wiele zebranych w badaniach danych to dane statystycznie nieistotne. Analizując dane statystycznie istotne zaskakuje stosunkowo niewielka różnica w ocenie poszczególnych obszarów, zwłaszcza w kontekście licznych zmian optymalizacyjnych, dokonanych w szpitalu na przestrzeni ostatnich 3 lat. Na uwagę zasługuje fakt, iż ważność zdecydowanej większości obszarów systemu zarządzania i elementów oferty świadczenia zdrowotnego poddanych ocenie została oceniona bardzo wysoko, w przedziale punktowym między (4,5;4,8). Oznacza to, że działania doskonalące i optymalizacyjne należy w miarę możliwości, ukierunkować na wszystkie obszary działania szpitala. W większości przypadków, pomimo wyników o wymiarze nieistotnym statystycznie, zachodzi korelacja między oceną ważności i oceną spełnienia. Dotyczy to zarówno badania przeprowadzonego w roku 2008 oraz 2011 i dotyczy tak pacjentów, jak i pracowników. To oznacza, że w 2008 i 2011 roku zbliżona liczba respondentów przypisała zbliżone wartości odpowiedziom na

pytania dotyczącym oceny ważności poszczególnych elementów systemu zarządzania i czynników oferty świadczenia zdrowotnego.

W 2011 wdrożono w szpitalu Zarządzanie Procesowe – Metodę Parametrycznego Sterowania Procesami. Wskazane przez właścicieli procesów parametry, reprezentatywne dla procesu (charakteryzujące proces) w sposób obiektywny pokazują zmiany dokonane w wybranych obszarach. Wdrożona metoda w odmienny sposób definiuje obszary, aniżeli zostało to zrobione na etapie konstruowania ankiety w roku w 2008. Dlatego też wyniki badań ankietowych trudno poprzeć obiektywnymi danymi pochodzącymi z monitorowania parametrów procesowych.

Wnioskami z analizy przeprowadzonych badań zawarte zostały w ostatnim punkcie rozdziału i stanowią przyczynek do podjętej w kolejnym rozdziale dyskusji.

4.1 Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Analiza porównawcza.

Poniższa tabela (Tabela 1) przedstawia wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów w roku 2008 i 2011. Zawarte w tabeli dane zostaną wykorzystane w dalszym opracowaniu. Interpretacji wyników posłużą zgromadzone dane takie jak; ocena ważności oraz ocena spełnienia czynników jakości usługi, wartości Servqual dla czynników, zaobserwowane w ocenach tendencje oraz statystyczna istotność różnic w ocenie ważności i spełnienia w porównywanych badaniach, a także zachodzące korelacje między oceną ważności a oceną spełnienia zarówno w pierwszym jak i w drugim badaniu ankietowym.

Tabela 1. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów. Analiza porównawcza.

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Wartość czynnika SERVQUAL	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Wartość czynnika SERVQUAL	Δ SQ Różnica w wartościach czynnika SERVQUAL (porównanie roku 2008 i 2011)	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (46 ankiet)			Badanie ankietowe - grudzień 2011 Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (107 ankiet)				tendencja	tendencja				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I	Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala	4,8	4,33	0,47	4,61	4,21	0,4	0,07	↓	↓				
1.	Długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala	4,7	4,05	0,65	4,54	4,11	0,43	0,22	↓	↑	NS	NS	p<0,05	NS
2.	Terminowość przyjęcia	4,89	4,61	0,28	4,69	4,31	0,38	-0,1	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
II	Przyjęcie do szpitala	4,38	4,12	0,26	4,51	4,11	0,4	-0,14	↑	↓				
3.	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	4,19	3,86	0,33	4,39	3,92	0,47	-0,14	↑	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
4.	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	4,57	4,38	0,19	4,64	4,3	0,34	-0,15	↑	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
III	Pobyt w szpitalu	4,63	4,45	0,18	4,58	4,34	0,24	-0,06	↓	↓				
5.	Długość pobytu w szpitalu	4,25	4,39	-0,14	4,45	4,32	0,13	-0,27	↑	↓	NS	NS	NS	p<0,05
6.	Warunki pobytu w szpitalu:	4,55	4,15	0,4	4,33	4,02	0,31	0,09	↓	↓				

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	SQ - Wartość czynnika SERVQUAL	Ocena ważności	Ocena spełnienia	SQ - Wartość czynnika SERVQUAL	ΔSQ Różnica w wartościach czynnika SERVQUAL (porównanie roku 2008 i 2011)	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (46 ankiet)			Badanie ankietowe - grudzień 2011 Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (107 ankiet)				tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011		
	▪ czystość w szpitalu,	4,78	4,58	0,2	4,78	4,5	0,28	-0,08	bez zmian	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ węzły sanitarne (wygląd, czystość),	4,74	4,29	0,45	4,58	4,13	0,45	0	↓	↓	NS	NS	NS	p<0,05
	▪ posiłki (temperatura, walory smakowe)	4,42	4,17	0,25	4,42	4	0,42	-0,17	bez zmian	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ bufet,	4,18	3,41	0,77	3,59	3,58	0,01	0,76	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ oznakowanie wewnątrz szpitala (szlaki komunikacyjne, dojście do oddziałów).	4,64	4,31	0,33	4,31	4,07	0,24	0,09	↓	↓	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
7.	Bezpieczeństwo pobytu w szpitalu:	4,83	4,71	0,12	4,78	4,56	0,22	-0,1	↓	↓				
	▪ wiedza na temat proponowanego leczenia,	4,8	4,63	0,17	4,73	4,33	0,4	-0,23	↓	↓	NS	p<0,05	p<0,05	p<0,05
	▪ wiedza na temat przebiegu leczenia,	4,78	4,58	0,2	4,75	4,34	0,41	-0,21	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ standardy leczenia,	4,76	4,69	0,07	4,64	4,54	0,1	-0,03	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ szybkość reagowania na wezwanie,	4,89	4,85	0,04	4,87	4,82	0,05	-0,01	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ kwalifikacje personelu.	4,93	4,83	0,1	4,89	4,77	0,12	-0,02	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
8.	Skuteczność leczenia	4,88	4,56	0,32	4,78	4,45	0,33	-0,01	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
IV	Wypis ze szpitala	4,57	4,41	0,16	4,61	4,22	0,39	-0,23	↑	↓				

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	SQ - Wartość czynnika SERVQUAL	Ocena ważności	Ocena spełnienia	SQ - Wartość czynnika SERVQUAL	Δ SQ Różnica w wartościach czynnika SERVQUAL (porównanie roku 2008 i 2011)	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między ocena ważności a ocena spełnienia dla 2008	korelacja między ocena ważności a ocena spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (46 ankiet)			Badanie ankietowe - grudzień 2011 Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (107 ankiet)				tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011		
9.	Długość oczekiwania na wypis	4,23	4,18	0,05	4,43	4,04	0,39	-0,34	↑	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
10.	Uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego	4,92	4,65	0,27	4,8	4,4	0,4	-0,13	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05

Źródło: opracowanie własne

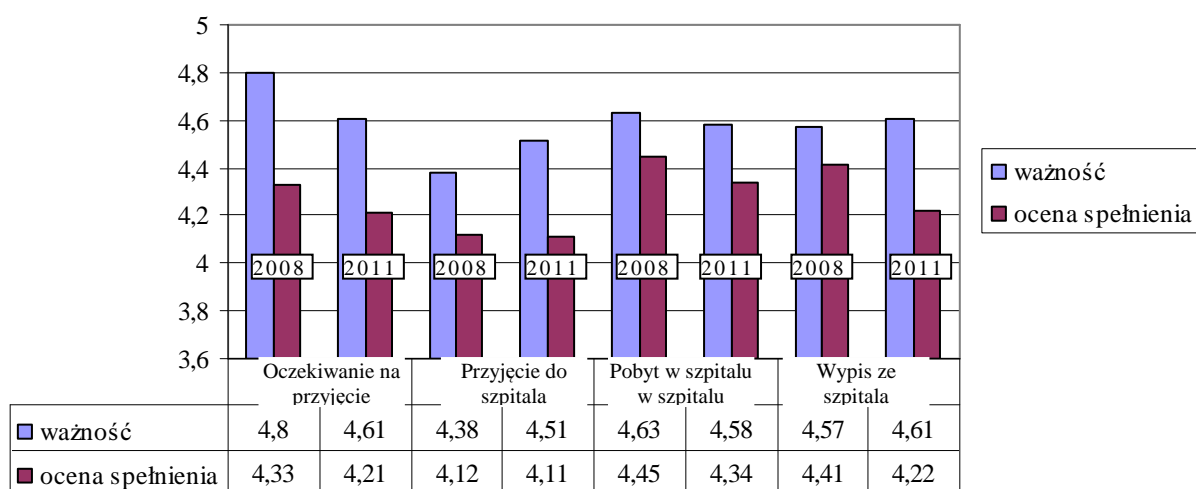
Prezentowane poniżej wykresy obrazują zmiany w ocenie jakości oraz ważności elementów oferty świadczenia zdrowotnego z wykorzystaniem metody Servqual badającej zależność między oceną jakości a oceną ważności.

Tabela 2. Oferta Świadczenia Zdrowotnego. Wartości Servqual.

Czynnik Servqual	Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala	Przyjęcie do szpitala	Pobyt w szpitalu	Wypis ze szpitala
Wartość czynnika S (rok 2008)	0,47	0,26	0,18	0,16
Wartość czynnika S (rok 2011)	0,4	0,41	0,24	0,39
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,07	0,14	0,06	0,23

Źródło: opracowanie własne

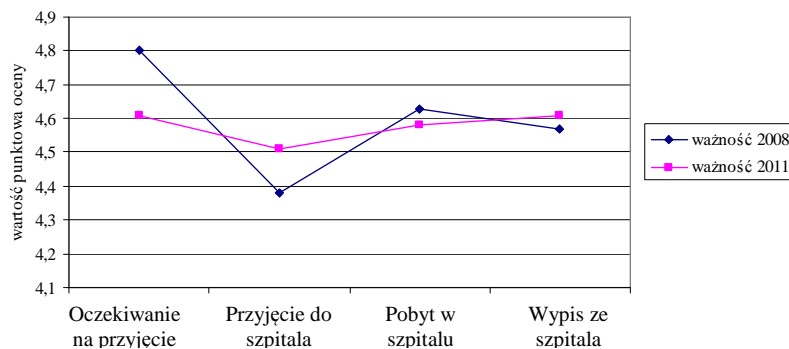
Wykres 1. Oferta Świadczenia Zdrowotnego (OSZ). Wartości Servqual.



Różnice w ocenie analizowanych czynników Servqual, zarówno w badaniu przeprowadzonym w roku 2008 jak i w 2011 nie były znaczące i wahały się w przedziale (0,16;0,47), (Tabela 1). Największa rozbieżność między oczekiwaniami a spełnieniem dotyczy czynnika Servqual *oczekiwanie na przyjęcie do szpitala* (SQ=0,47 w 2008 roku; SQ=0,41 w 2011 roku), (Tabela 1, pkt 1). Analizowany czynnik uległ nieznaczącej poprawie w stosunku do roku 2008 o wartość Δ SQ=0,06. Najmniejsza różnica między oczekiwaniami a spełnieniem zanotowana została w roku 2008 dla czynnika *wypis ze szpitala* SQ=0,16. W 2011 rozbieżność w ocenie analizowanego czynnika była już dużo większa i wyniosła SQ=0,4. Zatem czynnik ten między rokiem 2008 a 2011 zanotował największą niekorzystną różnicę w wartościach Servqual (Δ SQ=0,23). Podobnie wartości SQ kształtują się dla

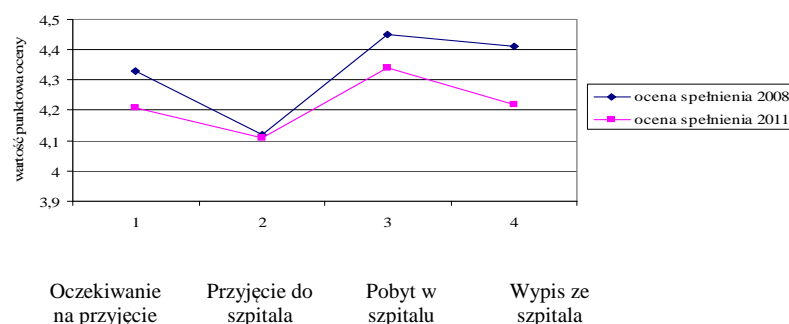
czynnika *przyjęcie do szpitala* ($\Delta SQ=0,14$). Dla *pobytu w szpitalu* wartość czynnika Servqual uległa niewielkiej zmianie ($SQ=0,18$ w 2008 roku; $SQ=0,24$ w 2011 roku).

Wykres 2. Ocena ważności. Oferta świadczenia zdrowotnego.



Dane dotyczące oceny pacjentów w zakresie elementów oferty świadczenia zdrowotnego pokazują, iż wszystkie elementy są dla pacjentów bardzo ważne (poziom ważności waha się między 4,38; 4,8), (Tabela 1). W 2008 roku najważniejsze dla pacjenta było *oczekiwanie na przyjęcie* (4,8) rozumiane jako długość oczekiwania i zgodność deklaracji z rzeczywistością. W 2008 roku ważność tego czynnika zmniejszyła się o 0,19 punktu, tym samym zrównała się z czynnikiem *pobyt w szpitalu*, który to czynnik w stosunku lat 2008 do 2011 zanotował niewielki spadek o wartość 0,05. Ważność działań związanych z wypisem ze szpitala w analizowanych latach nie uległa znaczącej zmianie. Jedynie czynnik *przyjęcie do szpitala* zyskał na ważności i z poziomu 4,38 w 2008 wzrósł do poziomu 4,51 w roku 2011.

Wykres 3. Oferta świadczenia zdrowotnego. Ocena spełnienia Servqual



Ocena spełnienia analizowanych czynników utrzymuje się na wysokim poziomie i przyjmuje wartości z przedziału (4,11;4,45). Wyłącznie czynnik *przyjęcie do szpitala* w ocenie spełnienia nie uległ zmianie na przestrzeni trzech lat (w roku 2008 wyniósł 4,12;

w 2011 wyniósł 4,11). Istotny spadek w ocenie spełnienia dotyczy czynników: *oczekiwanie na przyjęcie* (spadek o wartość 0,13), *pobyt w szpitalu* (spadek o wartość 0,22) oraz *wypis ze szpitala* (spadek o wartość 0,19).

Składowe każdego z analizowanych wymiarów jakości (wg metody Servqual) zostały szczegółowo przedstawione i opisane w tabelach o numerach od 8 do 12 oraz na wykresach o numerach od 11-15.

Powyższe tabele i wykresy prezentują zmiany w ocenie elementów oferty świadczenia zdrowotnego, uwzględniając wskaźnik Servqual. Metoda Servqual jasno definiuje wymiary jakości, dla których należy dokonywać pomiarów wartości Servqual (pkt 3.6.1.1).

Pytania z ankiety zostały pogrupowane tak, by udzielone odpowiedzi scharakteryzowały dany wymiar jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych przez Szpital, według metody Servqual.

Tabela 3. Wymiary jakości Servqual

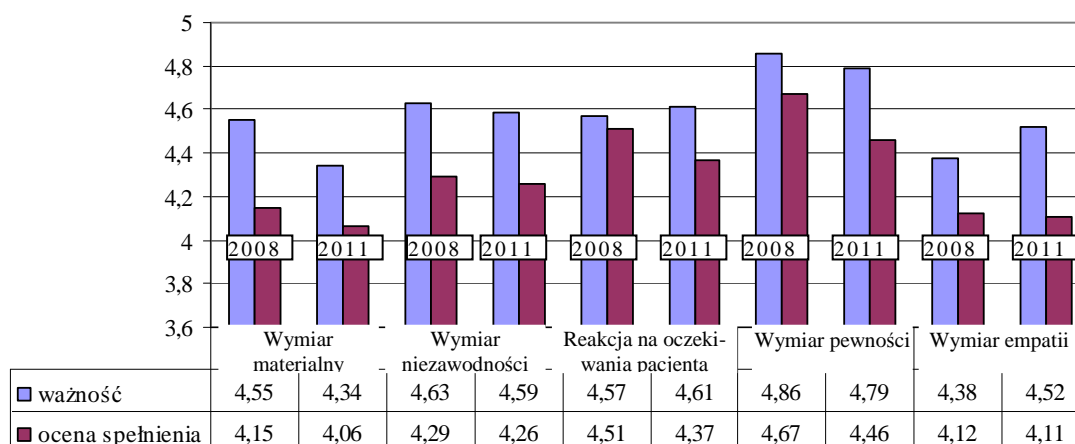
Wymiar Servqual		Rok 2008			Rok 2011			ΔSQ Różnica w wartościach czynnika Servqual (porównanie roku 2008 i 2011)
		Ważność	Ocena spełnienia	SQ	Ważność	Ocena spełnienia	SQ	
Wymiar materialny								
6.	Warunki pobytu - czystość w szpitalu,	4,78	4,58	0,2	4,78	4,5	0,28	-0,08
6.	Warunki pobytu -węzły sanitarne (wygląd, czystość),	4,74	4,29	0,45	4,58	4,13	0,45	0
6.	Warunki pobytu - posiłki (temperatura, walory smakowe)	4,42	4,17	0,25	4,42	4	0,42	-0,17
6.	Warunki pobytu - bufet,	4,18	3,41	0,77	3,59	3,58	0,01	0,76
6.	Warunki pobytu - oznakowanie wewnątrz szpitala (szlaki komunikacyjne, dojście do oddziałów).	4,64	4,31	0,33	4,31	4,07	0,24	0,09
Średnia		4,55	4,15	0,40	4,34	4,06	0,28	0,12
Niezawodność								
1.	Długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala	4,7	4,05	0,65	4,54	4,11	0,43	0,22
3.	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	4,19	3,86	0,33	4,39	3,92	0,47	-0,14
7.	Standardy leczenia,	4,76	4,69	0,07	4,64	4,54	0,1	-0,03
8.	Skuteczność leczenia	4,88	4,56	0,32	4,78	4,45	0,33	-0,01
Średnia		4,63	4,29	0,34	4,59	4,26	0,33	0,01

Wymiar Servqual		Rok 2008			Rok 2011			ΔSQ Różnica w wartościach czynnika Servqual (porównanie roku 2008 i 2011)
		Ważność	Ocena spełnienia	SQ	Ważność	Ocena spełnienia	SQ	
Reakcja na oczekiwania pacjenta								
2.	Terminowość przyjęcia	4,89	4,61	0,28	4,69	4,31	0,38	-0,1
5.	Długość pobytu w szpitalu	4,25	4,39	14	4,45	4,32	0,13	-0,27
7.	Szybkość reagowania na wezwanie,	4,89	4,85	0,04	4,87	4,82	0,05	-0,01
9.	Długość oczekiwania na wypis	4,23	4,18	0,05	4,43	4,04	0,39	-0,34
Średnia		4,57	4,51	0,06	4,61	4,37	0,24	-0,18
Pewność								
7.	Kwalifikacje personelu.	4,93	4,83	0,1	4,89	4,77	0,12	-0,02
7.	Wiedza na temat proponowanego leczenia,	4,8	4,63	0,17	4,73	4,33	0,4	-0,23
7.	Wiedza na temat przebiegu leczenia,	4,78	4,58	0,2	4,75	4,34	0,41	-0,21
10.	Uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego	4,92	4,65	0,27	4,8	4,4	0,4	-0,13
Średnia		4,86	4,67	0,19	4,79	4,46	0,33	-0,15
Empatia								
4.	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	4,57	4,38	0,19	4,64	4,3	0,34	-0,15
3.	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	4,19	3,86	0,33	4,39	3,92	0,47	-0,14
Średnia		4,38	4,12	0,26	4,52	4,11	0,41	-0,14

Źródło: opracowanie własne zgodnie z metodą Servqual

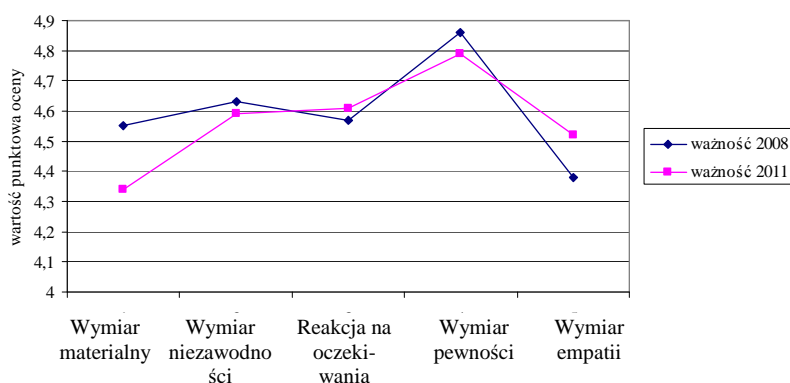
Wymiary jakości Servqual zaprezentowane w formie graficznej:

Wykres 4. Oferta Świadczenia Zdrowotnego. Wymiary jakości Servqual.



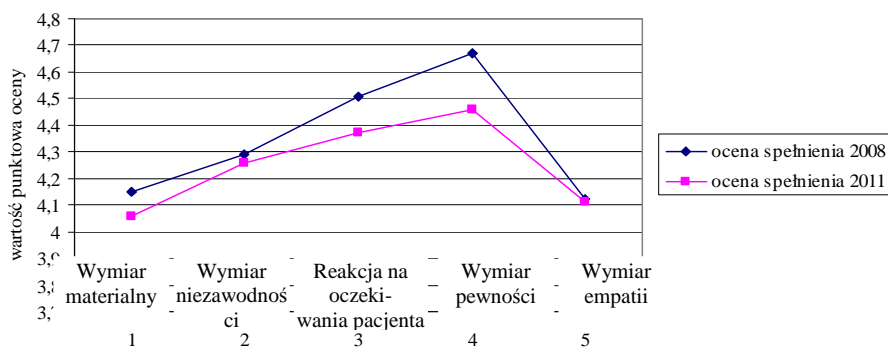
Najistotniejsza różnica między oceną ważności a oceną spełnienia (wartość wymiaru Servqual) zauważalna jest dla wymiarów: *materialnego* (w roku 2008 SQ=0,4; w roku 2011 SQ=0,28), *niezawodności* (w roku 2008 SQ=0,34, w roku 2011 SQ=0,33) oraz *empatii* (w roku 2008 SQ=0,26; w roku 2011 SQ=0,41). Wartość czynnika Servqual, porównując lata 2008 i 2011 znacząco zmieniła się, dla *wymiaru materialnego* (w roku 2008 SQ=0,4; w roku 2011 SQ=0,28) oraz *wymiaru reagowania na oczekiwania pacjenta* (w roku 2008 SQ=0,06; w roku 2011 SQ=0,24).

Wykres 5. Ocena ważności. Wymiary jakości Servqual



Przedstawione na wykresie dane pozwalają na stwierdzenie, iż wszystkie wymiary jakości są dla pacjentów bardzo ważne, poziom ważności waha się między (4,38;4,86). *Wymiar materialny* w 2011 roku (4,34) miał dla pacjentów mniejsze znaczenie aniżeli w roku 2008 (4,55),(Tabela 3). Znotowano spadek o 0,21 punktu. Zwiększyło się natomiast istotnie znaczenie *wymiaru empatii* o wartość 0,14 (z wartości 4,38 do wartości 4,52). W przypadku pozostałych wymiarów: *wymiar niezawodności*, *wymiar reakcji na oczekiwania pacjenta*, *pewności wartości* dotyczące ważności, porównując rok 2008 i 2011, nie uległy znaczącym zmianom.

Wykres 6. Ocena spełnienia. Wymiary jakości Servqual



Ocena spełnienia dla wymiarów: *empatii* (w 2008 wyniosła 4,12; w 2011 wyniosła 4,11) oraz *niezawodności* (w 2008 wyniosła 4,29; w 2011 wyniosła 4,26) nie zmieniła się znacząco na przestrzeni trzech lat, (Tabela 3). Pogorszył się natomiast *wymiar pewności*. Obserwowany spadek o wartość 0,21 (w 2008 wyniósł 4,67; w 2011 wyniósł 4,46). Również *wymiar reagowania na oczekiwania pacjenta* został słabiej oceniony przez pacjentów w roku 2011 (4,37) aniżeli miało to miejsce w roku 2008 (4,51), (Tabela 3).

Obszar Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala

Dokonana w tym obszarze analiza czynników związanych z *długością oczekiwania na przyjęcie do szpitala* oraz *terminowością przyjęcia* wygenerowała dane statystycznie nieistotne ($p > 0,05$) (Tab. 1, pkt I.1, pkt I.2).

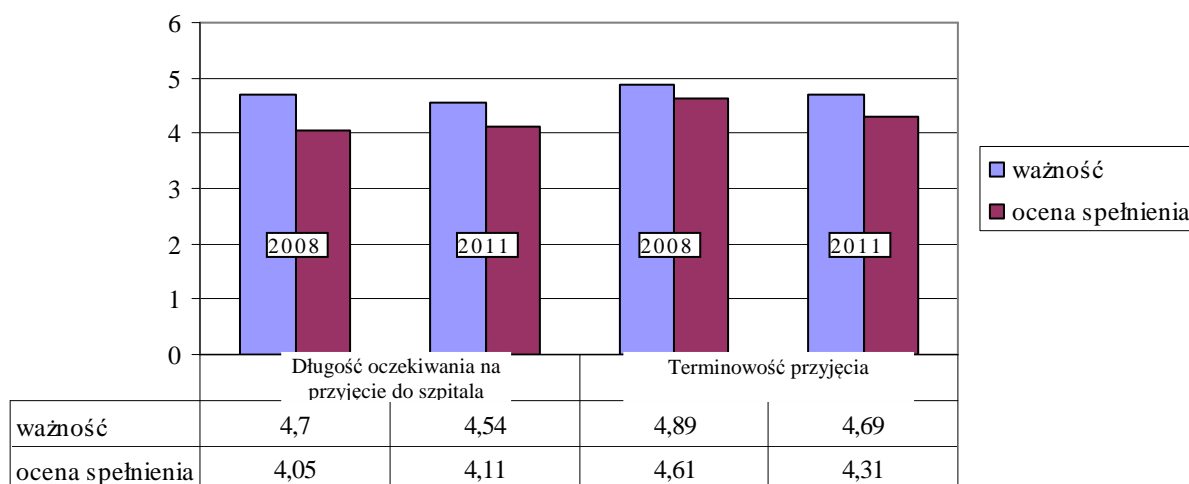
Niewielkiej poprawie uległ *czas oczekiwania na przyjęcie* (w 2008 wyniósł 4,05; w 2011 wyniósł 4,11), (Tabela 1, pkt 1). Pogorszyła się *terminowość przyjęcia* (w 2008 wyniosła 4,61; w 2011 wyniosła 4,31), (Tabela 1, pkt 2). Słabsza ocena drugiego elementu była zapewne wynikiem problemów z zakontraktowaniem usług szpitalnych i ambulatoryjnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, co niejednokrotnie zmusza szpital do przesuwania terminów przyjęcia pacjentów planowych.

Tabela 4. Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala. Wartości Servqual.

Czynnik	Długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala	Terminowość przyjęcia	Wskaźnik SERVQUAL (oczekiwanie na przyjęcie do szpitala)
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,65	0,28	0,47
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,43	0,38	0,41
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,22	0,10	0,06

Źródło: opracowanie własne

Wykres 7. Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.



Analizując dane charakteryzujące *oczekiwanie na przyjęcie do szpitala* stwierdzić można, iż różnice w wartościach ważności i oceny spełnienia w latach 2008 i 2011 są stosunkowo niewielkie. Dla poddanego ocenie czynnika *długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala* nieznacznie zmniejszyła się ważność, wzrosła natomiast ocena spełnienia. Tym samym czynnik Servqual poprawił się z wartości SQ= 0,65 w roku 2008 do wartości SQ = 0,43 w roku 2011. W przypadku czynnika *terminowość przyjęcia* spadek wartości w ocenie ważności jest wprost proporcjonalny do spadku wartości w ocenie spełnienia. Wartość SQ nie uległa zatem istotnej zmianie (w 2008 wyniosła odpowiednio SQ=0,28; w roku 2011 osiągnęła wartość SQ=0,38), (Tabela 4).

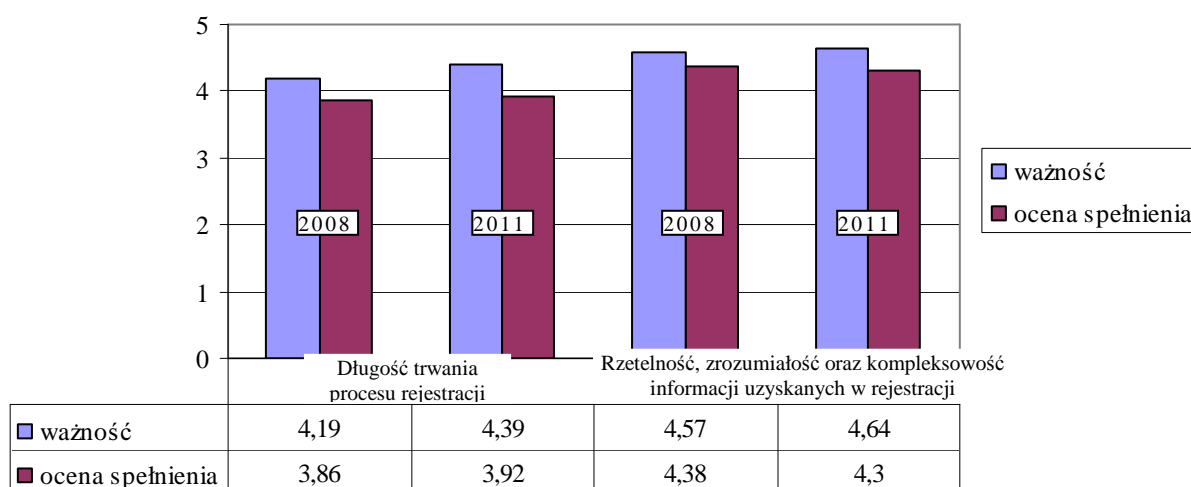
Obszar: Przyjęcie do szpitala

Wyniki pochodzące z ponownego badania ankietowego również i w tym obszarze nie są istotne. Jedynie istotnie statystyczną zmianą ($p < 0,05$) była progresja w ocenie ważności czynnika *długość trwania procesu rejestracji* (w 2008 roku = 4,19; w 2011 roku = 4,39), (Tab. 1, pkt II.3). Przedmiotowy czynnik w ocenie spełnienia również uległ nieznacznej poprawie (z 3,86 w roku 2008 na 3,92 w roku 2011). Wyższa ocena ważności to zapewne rezultat porównań sprawności działania punktów rejestracyjnych w różnych podmiotach leczniczych. Dostęp do informacji, sprawne i zintegrowane systemy informatyczne mogą w znaczący sposób skrócić proces rejestracji i pacjenci mają tego świadomość, a w związku z tym ich oczekiwania w tym zakresie rosną.

Tabela 5. Przyjęcie do szpitala. Wartości Servqual

Czynnik	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Wskaźnik SERVQUAL (przyjęcie do szpitala)
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,33	0,19	0,26
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,47	0,34	0,41
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,14	0,15	0,15

Źródło: opracowanie własne

Wykres 8. Przyjęcie do szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.

Pacjenci w roku 2011 niżej ocenili czynnik *długość trwania procesu rejestracji* (SQ=0,33) aniżeli miało to miejsce w roku 2008 (SQ=0,47). Większa wartość czynnika Servqual oznacza większą rozbieżność między wagnością a oceną spełnienia. Wartości liczbowe dla czynnika *rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji* wykazują podobną tendencję w trzyletnim okresie (w roku 2008 SQ=0,19; w 2011 natomiast SQ=0,34), (Tabela 1, pkt II.3, pkt II.4).

Obszar: Pobyty w szpitalu

Większość elementów związanych z pobytem pacjenta w szpitalu, w ocenie respondentów to elementy istotne statystycznie ($p < 0,05$). Przypisane im wartości oscylują w przedziale (4,2; 4,9) i jednocześnie bardzo wysoko ocenione zostały w kwestii spełnienia (przedział wartości 4,0; 4,8) (Tabela 1 pkt III.5, pkt III.8).

W odniesieniu do niemalże wszystkich czynników analiza wyników badań przeprowadzonych w roku 2008 i 2011 ukazuje spadek, zarówno jeśli chodzi o wagność, jak

i o ocenę spełnienia. Zmiany mają charakter zmian statystycznie nieistotnych ($p>0,05$). Z drugiej zaś strony, uwzględniając to, jak wiele na przestrzeni trzech ostatnich lat zmieniło się w kwestii świadomości, wymagań i oczekiwań pacjentów, dostępu do informacji, można wnioskować, że wyniki na prawie tym samym poziomie są de facto wynikami świadczącymi o poprawie. (Tabela 1 pkt III.5, pkt III.8).

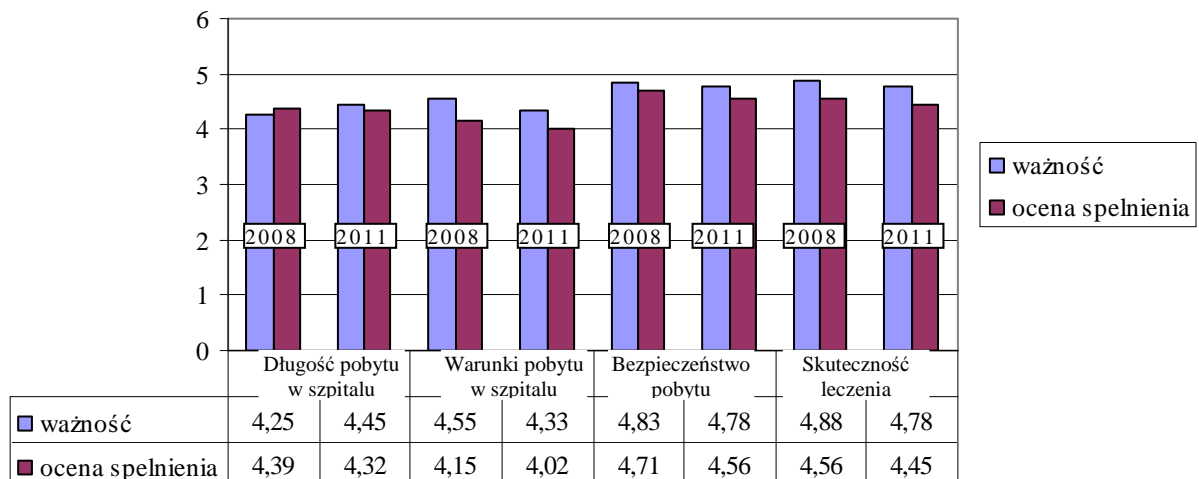
Wzrost wagi przywiązywanej do *czasu pobytu w szpitalu* (z poziomu 4,25 w 2008 roku do poziomu 4,45 w 2011 roku) wynika prawdopodobnie z tego, iż pacjenci mając ograniczone możliwości czasowe nie chcą tracić czasu na zbędny pobyt w oczekiwaniu np. na trudno dostępną diagnostykę (Tabela 1, pkt III.5).

Tabela 6. Pobyt w szpitalu. Wartości Servqual

Czynnik	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezpieczeństwo pobytu w szpitalu	Skuteczność leczenia	Wskaźnik SERVQUAL (Pobyt)
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,14	0,4	0,12	0,32	0,18
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,13	0,31	0,22	0,33	0,19
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,01	0,09	0,1	0,01	0,01

Źródło: opracowanie własne

Wykres 9. Pobyt w szpitalu. Pomiar jakości wg metody Servqual.



Czynnik *długość pobytu w szpitalu* został stosunkowo dobrze oceniony przez pacjentów biorących udział w badaniach ankietowych zarówno w 2008 roku jak i w 2011 roku ($SQ=0,14$; $SQ=0,13$). Niewielka różnica w ocenie dotyczy również czynnika *skuteczność leczenia*, w roku 2008 SQ wyniosło 0,32, w roku 2011 SQ wyniosło 0,33. Jednak w tym przypadku wartość Servqual jest wysoka, co świadczy o tym, że oczekiwania pacjentów różnią się od oceny stanu rzeczywistego w porównaniu z pozostałymi czynnikami w tej

grupie. Wysoka wartość Servqual dotyczy także czynnika *warunki pobytu w szpitalu* (SQ=0,4 w roku 2008; SQ=0,31 w roku 2011). Należy dołożyć starań, by tendencja spadkowa w tym obszarze utrzymywana była przez kolejne lata. Może również niepokoić wzrost wartości Servqual dla czynnika *bezpieczeństwo pobytu*, który w roku 2008 był na satysfakcjonującym poziomie SQ=0,12, a w 2011 wzrósł do wartości SQ=0,22. Wartości ukazują wzrost rozbieżności w ocenie ważności i spełnienia.

Obszar: Wypis ze szpitala

Długość oczekiwania na wypis w ocenie ważności dokonanej przez ankietowanych w roku 2008 i 2011 nieistotnie wzrosła z wartości 4,23 do wartości 4,43. W ocenie spełnienia nieznacznie zmalała z poziomu 4,18 do poziomu 4,04 (Tabela. 1, pkt IV.9-10).

Dla czynnika *uzyskanie od lekarza informacji o tym jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego* zaobserwowana została tendencja odwrotna. W ocenie ważności dokonanej przez ankietowanych w roku 2008 i 2011 wartość czynnika zmalała z poziomu 4,92 do poziomu 4,8). W ocenie spełnienia również odnotowała spadek (z wartości 4,65 do wartości 4,4 (Tabela 1, pkt IV.10). Wszystkie analizowane wartości mają charakter danych statystycznie nieistotnych ($p > 0,05$).

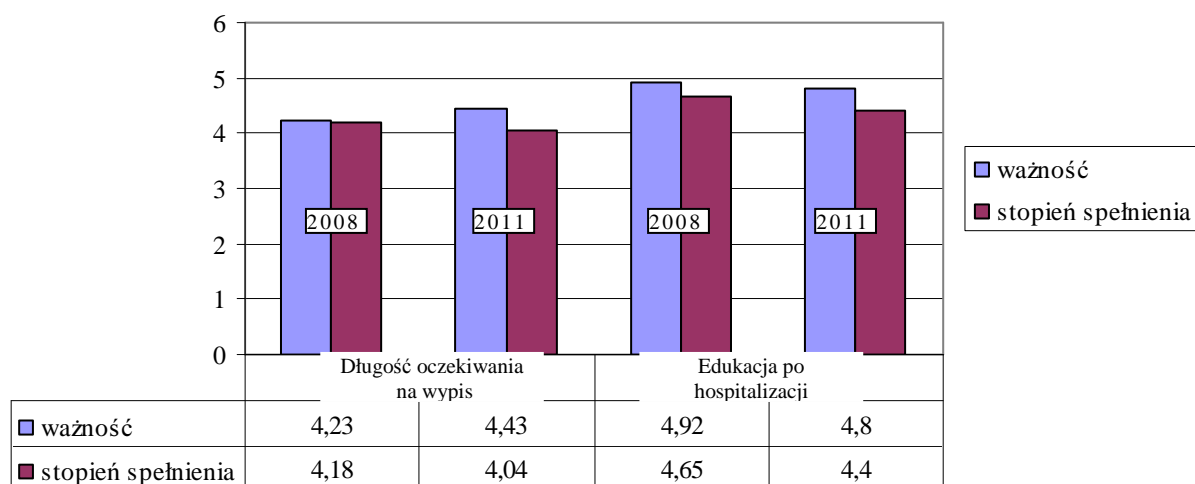
Przedstawiony stan może być powodowany coraz mniejszą ilością czasu, którą lekarz może przeznaczyć dla pacjenta, co z kolei jest wynikiem mocno zbiurokratyzowanego systemu. Niemniej jednak, wysoka ocena, zwłaszcza czynnika *edukacja po hospitalizacji*, mimo odnotowanego na przestrzeni trzech lat spadku (4,65 / 4,4) jest ważniejsza dla pacjenta i istotniejsza z punktu widzenia osiągnięcia pożądanego efektu terapeutycznego w dłuższej perspektywie czasu.

Tabela 7. Wypis ze szpitala. Wartości Servqual

Czynnik	Długość oczekiwania na wypis	Uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego	Wskaźnik Servqual (Wypis ze szpitala)
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,05	0,27	0,16
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,39	0,4	0,40
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,34	0,13	0,24

Źródło: opracowanie własne

Wykres 10. Wypis ze szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.



Oczekiwania pacjentów związane z *długością oczekiwania na wypis* w roku 2008 niemalże pokrywały się ze stanem faktycznym ($SQ = 0,05$). Obawy budzić może wartość czynnika SQ, który do roku 2011 wzrósł i wynosi obecnie $SQ = 0,39$. Poddany ponownej ocenie czynnik *edukacja po hospitalizacji - uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego* również niepokojąco wzrósł i utrzymuje się na wysokim poziomie (w 2008 roku $SQ = 0,16$; w 2011 $SQ = 0,40$).

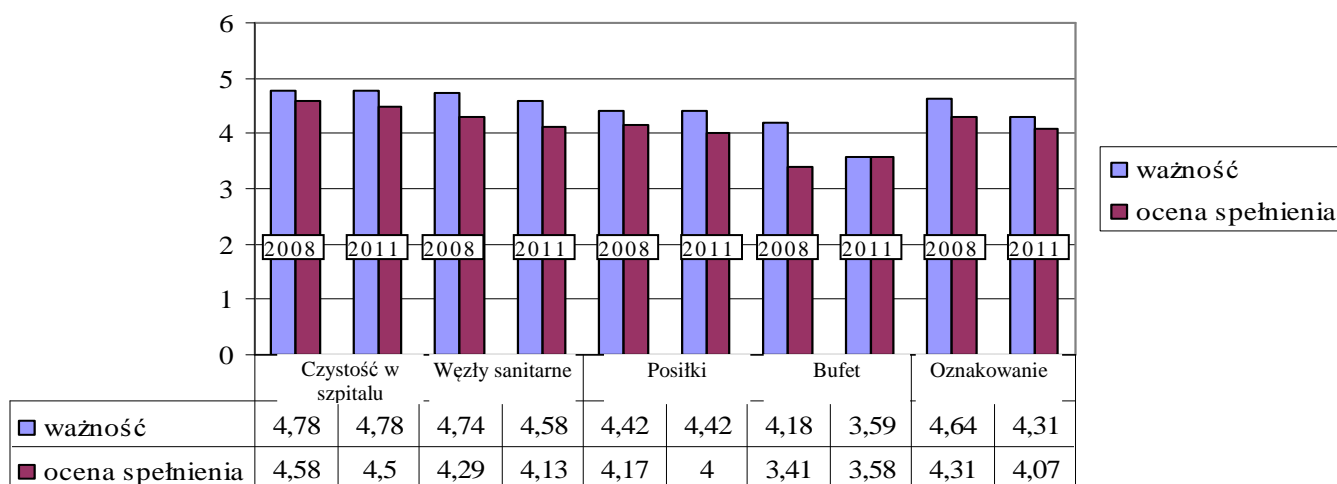
Poniżej zaprezentowana została szczegółowa analiza wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów, z wykorzystaniem metody Servqual.

Tabela 8. Wartości Servqual Wymiar materialny

Czynnik	Warunki pobytu - czystość w szpitalu,	Warunki pobytu - węzły sanitarne (wygląd, czystość),	Warunki pobytu - posiłki (temperatura, walory smakowe)	Warunki pobytu - bufet,	Warunki pobytu - oznakowanie wewnątrz szpitala (szlaki komunikacyjne, dojście do oddziałów).	SQ ogółem
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,2	0,45	0,25	0,77	0,33	0,4
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,28	0,45	0,42	0,01	0,24	0,28
ΔSQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,08	0,00	0,17	0,76	0,09	0,12

Źródło: opracowanie własne

Wykres 11. Wymiar materialny. Pomiar jakości wg metody Servqual.



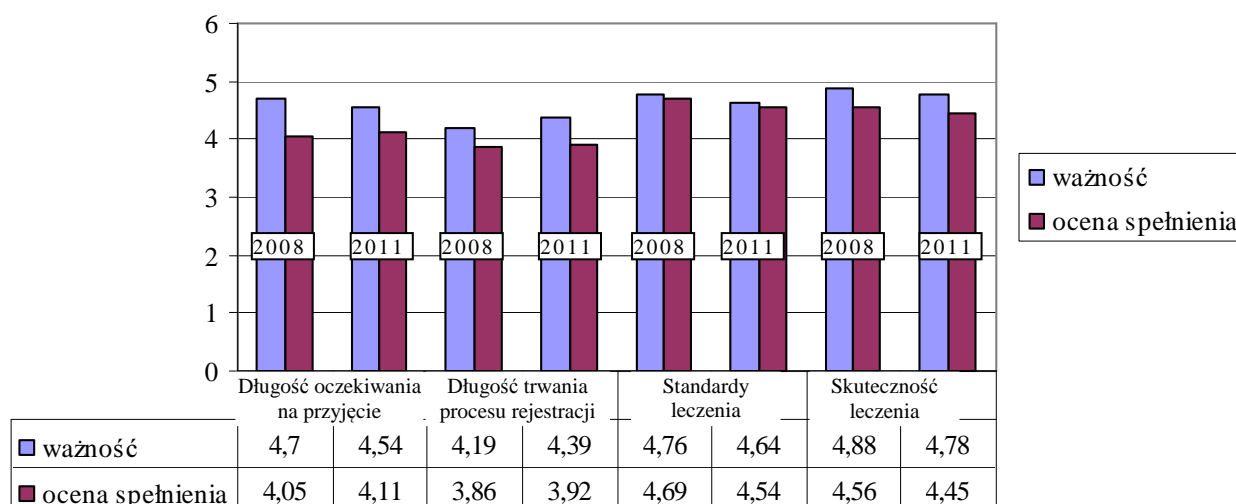
Wartość Servqual dla czynnika *czystość w szpitalu* w analizowanych latach nie zmieniła się znacząco (w roku 2008 $SQ=0,2$; w roku 2011 $SQ=0,28$). Servqual dla *węzłów sanitarnych* przez lata pozostaje na tym samym poziomie, niestety wysokim (w roku 2008 i 2011 $SQ=0,45$). Oczekiwania pacjentów w tym zakresie są dużo wyższe w stosunku do tego, co szpital ma do zaoferowania. Pogorszeniu uległy także *posiłki* serwowane przez szpital. Ocena pacjentów z roku 2008 wyrażona wskaźnikiem Servqual wynosiła $SQ=0,42$, w 2011 natomiast $SQ=0,42$ (Tabela 8). Nieznacznie poprawiło się *oznakowanie wewnątrz szpitala*. Dla tego czynnika wartość SQ w 2008 roku wynosiła 0,33, w kolejnym badaniu spadła do poziomu $SQ=0,24$. Zaskoczeniem jest ocena przyznana *bufetowi* szpitalnemu. O ile w 2008 roku oczekiwania dalekie były od rzeczywistości ($SQ=0,77$), o tyle w 2008 ocena w tym zakresie sytuacja przedstawiała się bardzo dobrze ($SQ=0,01$), (Tabela 8).

Tabela 9. Wartości Servqual. Niezawodność

Czynnik	Długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	Standardy leczenia	Skuteczność leczenia	SQ ogółem
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,65	0,33	0,07	0,32	0,34
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,43	0,47	0,1	0,33	0,33
ΔSQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,22	0,14	0,03	0,01	0,01

Źródło: opracowanie własne

Wykres 12. Wymiar niezawodności. Pomiar jakości wg metody Servqual.



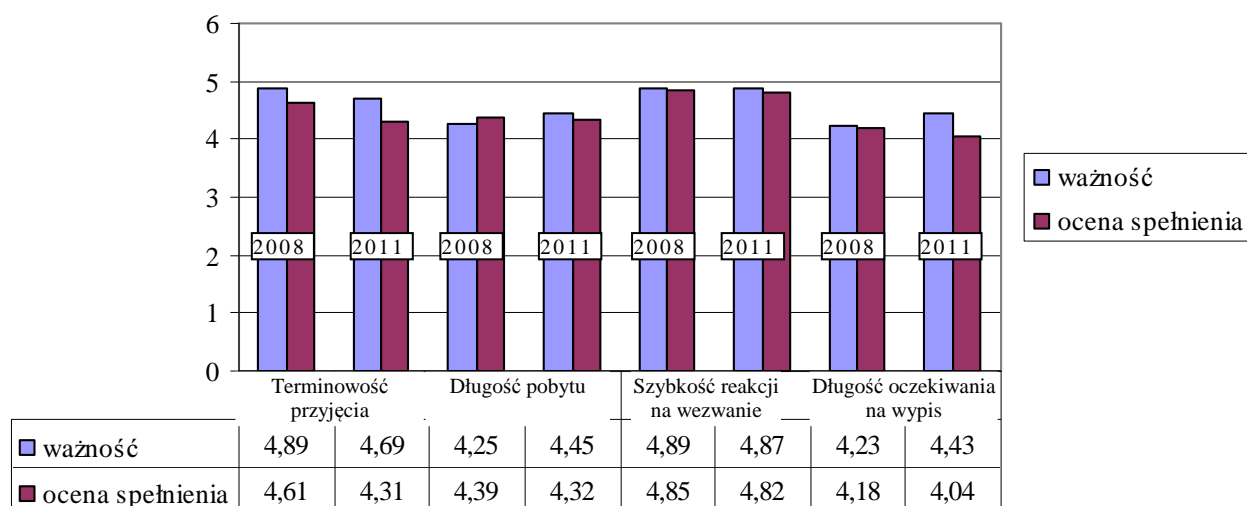
Poddając ocenie wymiar niezawodności warto uwagę poświęcić czynnikowi *standardy leczenia*. Wartość SQ dla standardów z roku 2008 (SQ=0,07) jest bliska wartości z roku 2011 (SQ=0,1), (Tabela 9). Co najważniejsze, SQ ma bardzo niską wartość. Świadczy to o niemalże 100% zgodności deklaracji z rzeczywistością. W odniesieniu do skuteczności leczenia również obserwujemy podobną relację (w 2008 roku SQ=0,32; w 2011 SQ=0,33). Dla *długości oczekiwania na przyjęcie* (w 2008 roku SQ=0,65, w 2011 SQ=0,43) oraz *długości trwania procesu rejestracji* (w 2008 roku SQ=0,33, w 2011 SQ=0,47) różnice są tylko nieco większe, (Tabela 9). Składowe wymiaru zostały omówione przy okazji interpretacji wartości Servqual dla elementów oferty świadczenia zdrowotnego – wykres 1, wykres 2, wykres 3). Analiza wymiaru niezawodności pokazuje, iż wymiar ten jest mocną stroną szpitala, ponieważ osiąga wysokie wartości, a różnice w ocenie spełnienia i oczekiwaniach są nieznaczne.

Tabela 10. Wartości Servqual. Reakcja na oczekiwania pacjenta

Czynnik	Terminowość przyjęcia	Długość pobytu w szpitalu	Szybkość reagowania na wezwanie	Długość oczekiwania na wypis	SQ ogółem
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,28	0,14	0,04	0,05	0,06
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,38	0,13	0,05	0,39	0,24
ΔSQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,10	0,27	0,01	0,34	0,18

Źródło: opracowanie własne

Wykres 13. Wymiar reakcji na oczekiwania pacjenta. Pomiar jakości wg metody Servqual.



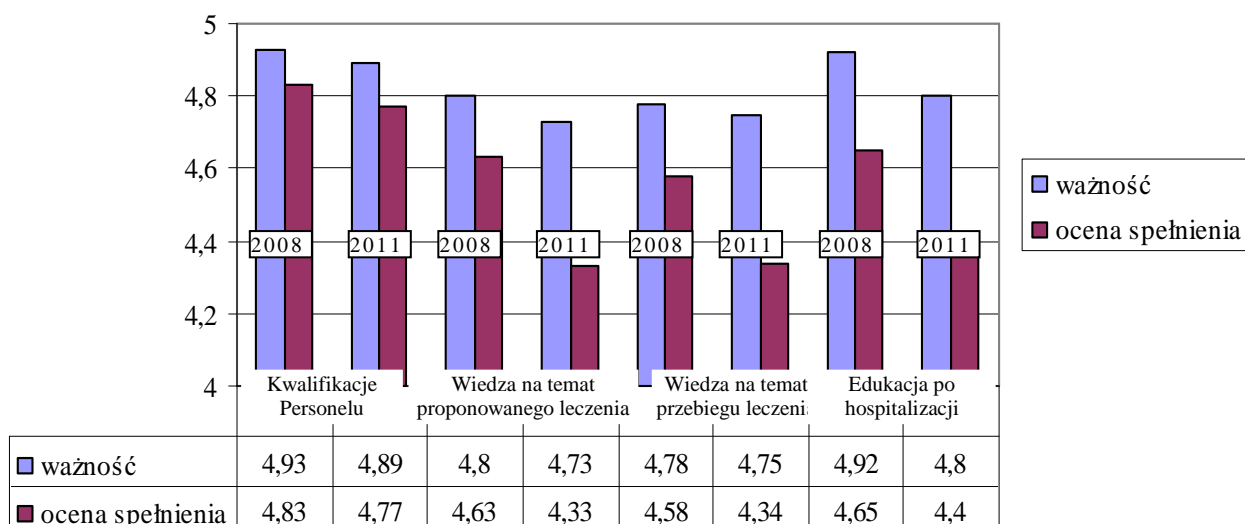
Szybkość reagowania na wezwanie stanowi element usługi, który uzyskuje wysokie oceny zarówno w ocenie ważności, jak i jakości spełnienia (czynnik Servqual utrzymuje się na stabilnym poziomie 0,04 w roku 2008 i 0,05 w roku 2011), (Tabela 10). Czynnik *długość pobytu* utrzymuje się na stosunkowo równym poziomie (w 2008 wartość SQ= 0,14, w 2011 wartość SQ=0,13), stopień spełnienia jest zatem dla omawianego czynnika zgodny z oczekiwaniami, a w roku 2008 spełnienie nawet przerosło oczekiwania o wartość SQ=0,14. Pozostałe elementy wymiaru zostały omówione przy okazji interpretacji wartości Servqual dla elementów oferty świadczenia zdrowotnego – wykres 1, wykres 2, wykres 3).

Tabela 11. Wartości Servqual. Pewność

Czynnik	Kwalifikacje personelu.	Wiedza na temat proponowanego leczenia,	Wiedza na temat przebiegu leczenia,	Uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego	SQ ogółem
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,1	0,17	0,2	0,27	0,19
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,12	0,4	0,41	0,4	0,33
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,02	0,23	0,21	0,13	0,15

Źródło: opracowanie własne

Wykres 14. Wymiar pewności. Pomiar jakości wg metody Servqual.



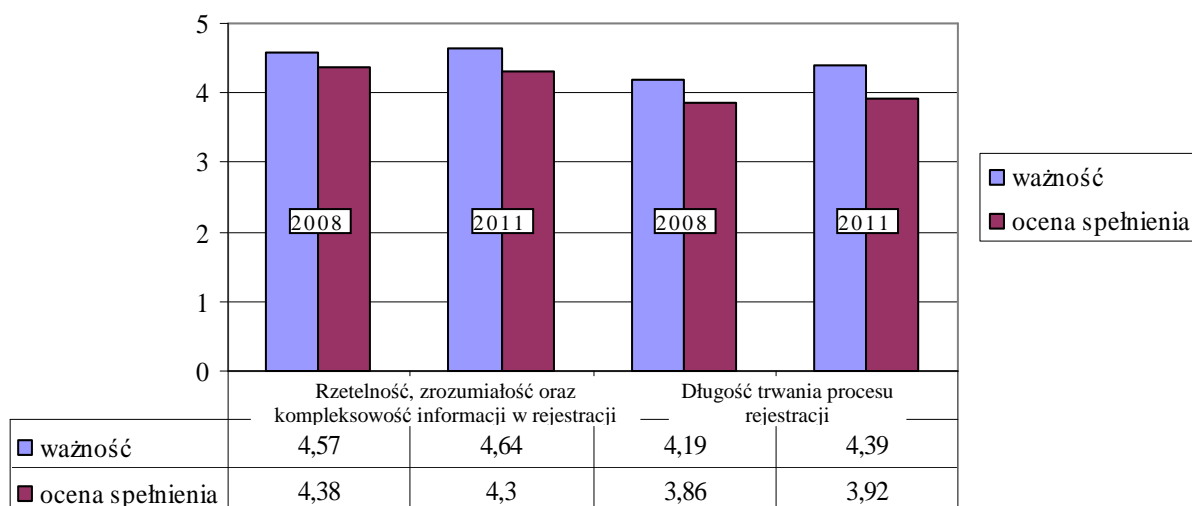
Pierwszy czynnik definiujący pewność – kwalifikacje personelu został przez pacjentów wysoko oceniany, a wartość Servqual przez ostatnie trzy lata utrzymuje się na pewnym niskim poziomie (w roku 2008 SQ=0,1; w roku 2011 SQ=0,12), (Tabela 11). Świadczy o niewielkich rozbieżnościach między oczekiwaniami i oceną rzeczywistości. Niepokojący wzrost wartości SQ notowany jest dla czynnika wiedza na temat proponowanego leczenia (w roku 2008 SQ=0,17; w roku 2011 SQ=0,4). Zbliżone wartości w badaniach ankietowych zanotowały również czynniki: wiedza na temat przebiegu leczenia (w roku 2008 SQ=0,2; w roku 2011 SQ=0,41) oraz informacja od lekarza o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego (w roku 2008 SQ=0,27, w roku 2011 SQ=0,4), (Tabela 11). Negatywne tendencje w ocenach omawianych czynników wskazują na konieczność dokonania istotnych zmian na polu komunikacji lekarza z pacjentem.

Tabela 12. Wartości Servqual. Empatia.

Czynnik	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	SQ ogółem
Wartość czynnika SQ (rok 2008)	0,19	0,33	0,26
Wartość czynnika SQ (rok 2011)	0,34	0,47	0,41
Δ SQ (porównanie roku 2008 i 2011)	0,15	0,14	0,15

Źródło: opracowanie własne

Wykres 15. Wymiar empatii. Pomiar jakości wg metody Servqual.



Wymiar empatii wyrażony przez czynniki: *rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji w rejestracji* oraz *długość trwania procesu rejestracji* ukazuje, że pierwszy kontakt pacjenta ze szpitalem w procesie rejestracji jest dużo słabiej oceniany aniżeli pacjenci tego oczekują (dla pierwszego czynnika SQ w 2008 roku= 0,19; SQ w 2011=0,34, dla drugiego czynnika SQ w 2008 roku= 0,33; SQ w 2011=0,47). Co więcej czynnik SQ wzrósł w stosunku do roku o wartość SQ=0,14 dla pierwszego z omawianych czynników, i o wartość SQ=0,15 dla czynnika drugiego 2008 (Tabela 12) co świadczy o ich pogorszeniu. Wyniki obrazują słabszą w stosunku do innych wymiarów ocenę wymiaru empatii.

4.2 Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Analiza porównawcza.

Poniższa Tabela (Tabela 13) zawiera zbiorcze zestawienie wyników badań ankietowych, w którym poddani zostali kierownicy jednostek medycznych i administracyjnych szpitala. Zgromadzone dane posłużą do analizy i formułowania wniosków w dalszej części pracy.

Tabela 13. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych. Analiza porównawcza.

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
1.	Zarządzanie szpitalem rozumiane jako:	4,62	2,63	4,66	3,12	↑	↑				
	▪ planowanie (w tym cele),	4,68	3	4,85	3,5	↑	↑	p<0,05	p<0,05	NS	p<0,05
	▪ organizowanie (w tym dokumentacja organizacyjna),	4,61	2,96	4,64	3,41	↑	↑	NS	p<0,05	p<0,05	NS
	▪ motywowanie,	4,58	1,77	4,54	2,46	↓	↑	NS	p<0,05	NS	NS
	▪ ocena skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiągniętych celów.	4,61	2,77	4,61	3,12	bez zmian	↑	NS	p<0,05	NS	NS
2.	Zarządzanie oddziałem klinicznym rozumiane jako:	4,71	3,29	4,65	3,69	↓	↑				
	▪ planowanie pracy oddziału(w tym cele),	4,91	3,25	4,81	3,5	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ planowanie pobytu pacjenta w oddziale (w tym badania wykonywane na zewnątrz),	4,6	3,06	4,68	3,49	↑	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ organizowanie (w tym dokumentacja oddziałowa),	4,66	3,4	4,66	3,7	bez zmian	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
2.	▪ stosowanie standardów postępowania z pacjentem (przyjęcie, pobyt, wypis),	4,79	3,4	4,62	3,84	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
	<ul style="list-style-type: none"> ocena skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiąganych celów. 	4,6	3,35	4,5	3,42	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
3.	Leczenie i Opieka oceniane przez pryzmat:	4,72	3,35	4,67	3,58	↓	↑				
	<ul style="list-style-type: none"> kwalifikacji personelu, 	4,78	3,72	4,19	4,17	↓	↓	NS	p<0,05	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> liczby personelu, 	4,63	3,44	4,55	3,88	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> stosowania standardów leczenia, 	4,67	3,68	4,71	3,88	↑	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> dostępności do aparatury medycznej (odpowiednia jakość oraz potrzebna ilość), 	4,89	3,24	4,7	3,54	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> posiadanej bazy informatycznej (software i hardware), 	4,54	2,53	4,45	3,1	↓	↑	NS	p<0,05	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> tzw. wizualnej strony oddziału klinicznego (czystość, węzły sanitarne, oznakowanie, nowoczesny wystrój), 	4,74	2,9	4,55	2,73	↓	↓	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> stosowania standardów epidemiologicznych, 	4,89	3,75	4,89	3,82	bez zmian	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> stosowania standardów współpracy z oddziałami, laboratoriami, pracowniami itp.), 	4,7	3,38	4,74	3,57	↑	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	<ul style="list-style-type: none"> postawy personelu w stosunku do pacjenta, 	4,92	3,88	4,85	3,88	↓	bez zmian	NS	NS	p<0,05	p<0,05

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
	▪ podejścia pracowników do zmian.	4,49	3	4,38	3,24	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
4.	Komunikacja rozumiana jako:	4,39	2,94	4,31	3,08	↓	↑				
	▪ standardy komunikowania się wewnątrz szpitala (wytyczone ścieżki obiegu informacji),	4,65	3,07	4,61	3,03	↓	↓	NS	NS	NS	NS
	▪ precyzyjne określanie adresatów informacji,	4,7	3,28	4,58	3,22	↓	↓	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ wykorzystywanie strony intranetowej, poczty elektronicznej,	4,49	3,11	4,36	3,4	↓	↑	NS	NS	NS	NS
	▪ dokumentacja (formularze, druki),	4,38	3,5	4,41	3,48	↑	↓	NS	NS	p<0,05	NS
	▪ wizualizacja,	4,39	2,75	4,22	3,04	↓	↑	NS	NS	NS	p<0,05
	▪ spotkania z pracownikami,	4,23	2,49	4,24	2,79	↑	↑	NS	NS	NS	p<0,05
▪ ankiety badające satysfakcję.	3,85	2,39	3,78	2,58	↓	↑	NS	NS	NS	p<0,05	
5.	Personel oceniany przez przyzmat:	4,65	3,22	4,56	4,21	↓	↑				
	▪ kwalifikacji,	4,7	3,64	4,64	3,78	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
	▪ poziomu motywacji (postawy w stosunku do szpitala, do współpracowników, do pacjentów, do zmian).	4,61	2,8	4,47	3,06	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
6.	Gospodarka (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym) oceniana przez przyzmat:	4,58	3,44	4,48	3,74	↓	↑				
	▪ dostępności (również w sytuacjach kryzysowych),	4,81	3,5	4,73	3,76	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ jakości,	4,69	3,18	4,62	3,7	↓	↑	NS	p<0,05	p<0,05	p<0,05
	kosztów sterylizacji,	4,28	3,46	4,15	3,77	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ standardów.	4,53	3,6	4,41	3,73	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
7.	Badania / konsultacje / zabiegi (wykonywane wewnątrz oraz na zewnątrz) oceniane przez przyzmat:	4,74	3,45	4,62	3,59	↓	↑				
	▪ jakości wykonania (sprzęt, kwalifikacje personelu),	4,76	3,72	4,52	3,7	↓	↓	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ dostępności (ilość sprzętu, godziny pracy, wykwalifikowany personel obsługujący sprzęt),	4,81	3,25	4,66	3,51	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
	▪ planowania (np. „diagnostyka jednego dnia”),	4,58	3,02	4,57	3,23	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ bezpieczeństwa wykonania,	4,85	3,69	4,81	3,84	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ dostępności środków transportu (dotyczy zleceń wykonywanych na zewnątrz).	4,7	3,56	4,53	3,67	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
8.	Warunki epidemiologiczne rozumiane jako:	4,91	4,01	4,83	4,12	↓	↑				
	▪ polityka zapobiegania zakażeniom,	4,91	3,77	4,81	3,9	↓	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ jakość sterylności narzędzi,	4,96	4,23	4,9	4,36	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ standardy postępowania z zakażeniami,	4,9	3,84	4,9	4,15	bez zmian	↑	NS	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ standardy współpracy między pielęgniarkami epidemiologicznymi, laboratorium mikrobiologicznym, oddziałami klinicznymi, oraz apteką szpitala.	4,87	4,21	4,72	4,09	↓	↓	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
9.	Działania wspomagające proces diagnostyczno – leczniczy (transport, żywienie, sprzątnięcie pomieszczeń, pranie) rozumiane jako:	4,75	3,08	4,47	3,07	↓	↓				

Lp.	Czynnik poddany ocenie	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	Ocena ważności	Ocena spełnienia	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2008	korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia dla 2011
		Badanie ankietowe - grudzień 2008, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (57 ankiet)	Badanie ankietowe - grudzień 2011, Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych (59 ankiet)	tendencja	tendencja	istotność różnic w 2008 i 2011	istotność różnic w 2008 i 2011				
1	2	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15
	▪ jakość środków używanych w procesach,	4,74	3,06	4,48	3,13	↓	↑	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05
	▪ dostępność (transport, służby sprzątające, ochrona itp).	4,76	3,11	4,46	3	↓	↓	p<0,05	NS	p<0,05	p<0,05

Źródło: opracowanie własne

Poniżej dokonana została ocena wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych.

Obszar: Zarządzanie Szpitalem

Ocena ogólna analizowanego obszaru zmieniła się na korzyść. Odnotowana w tym obszarze zmiana jest jedną z najbardziej zauważalnych. Ważność obszaru w 2008 roku została oceniona na poziomie 4,62, w 2011 natomiast na poziomie 4,66. Ocena spełnienia wzrosła w badanym okresie z poziomu 2,63 do poziomu 3,12. (Tabela 13, pkt 1). Na zmianę wpływ miały liczne i znaczące zmiany w przedmiotowym obszarze szczegółowo opisane w części badawczej.

Analizując *planowanie* zarówno w ocenie ważności, jak i w ocenie spełnienia istotność różnic była statystycznie istotna ($p < 0,05$) i wynosiła odpowiednio 0,17 i 0,5. (Tabela 13, pkt 1). Zachodzi również istotna korelacja ($p < 0,05$) między oceną ważności a oceną spełnienia w badaniu przeprowadzonym w 2011 roku. Biorąc pod uwagę *planowanie*, najistotniejszą zmianą optymalizacyjną było niewątpliwie wdrożenie procesowego zarządzania szpitalem, a także wdrożenie i certyfikacja systemu zarządzania jakością.

Istotna zmiana w ocenie czynników *organizowanie (w tym dokumentacja organizacyjna)* oraz *czynnik ocena skuteczności pod kątem realizacji planów/osiąganych celów* (Tabela 13, pkt 1) podyktowana jest zapewne również wprowadzeniem nowej metody zarządzania procesowego oraz rozwijającym się systemem zarządzania jakością. Wzrost satysfakcji pracowników w ocenie analizowanych czynników w 2008 zmienił się o wartość 0,45, w 2011 wzrósł o wartość 0,35. Ważność pozostała na tym samym poziomie.

Najniżej ocenione zostało *motywowanie*. Zarazem jest to czynnik, w ocenie którego ankietowani odczuli największy progres, z poziomu 1,77 (2008r) do poziomu 2,46 (2011). (Tabela 13, pkt 1) Nadal poziom ten jest niski, jednakże systematyczne wprowadzanie wieloskaźnikowego premiowego systemu wynagradzania i znacznie większy dostęp do szkoleń przełożyły się na tak istotną zmianę w ocenie. Ważność czynnika nie uległa zmianie.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 14. Monitorowany parametr: Wskaźnik płynności finansowej

Wskaźnik płynności finansowej Szpitala		Wartość oczekiwana
I kw 11	IV kw 11	
2,26	2,1	... > 1,2

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Wskaźnik płynności finansowej w czwartym kwartale roku 2011 nieznacznie odbiegał od poziomu notowanego w pierwszym kwartale tego samego roku (spadek o wartość 0,16). Wartość wskaźnika należy uznać za zadawalającą, gdyż za taki uznaje się wskaźnik oscylujący wokół wartości 2. Jeśli spada poniżej 1,5 to ocenia się, że istnieje wysokie ryzyko utraty zdolności do terminowego regulowania zobowiązań.

Tabela 15. Monitorowany parametr: Poziom dostosowania infrastruktury szpitala do Rozporządzenia MZ w sprawie warunków fachowych i sanitarnych jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zoz'ów oraz Rozporządzenia MI w sprawie warunków technicznych budynków i budowli.

Obszar	ROK 10	ROK 11	Wartość optymalna / oczekiwana	Termin
Aparatura	64,75%	80,25%	100%	rok 2016
Pomieszczenia	40,81%	61,05%		

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Analizując tempo zmian dostosowawczych Szpitala do wymagań Rozporządzenia MZ w sprawie warunków fachowych i sanitarnych jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zoz'ów oraz Rozporządzenia MI w sprawie warunków technicznych budynków i budowli pozytywnie rokują w kwestii 100%-ego spełnienia wymagań, planowanego na rok 2016. Wymagania dotyczące aparatury na przestrzeni roku 2010 i 2011 poprawiły się o 15,5%, natomiast wymagania związane z pomieszczeniami poprawiły się o 19,2%.

Obszar: Zarządzanie Oddziałem Klinicznym

Różnica w ocenie ważności wszystkich elementów w tym obszarze jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$), (Tabela 13, pkt 1). Zachodzi jednak korelacja między oceną ważności a oceną spełnienia wymagania, zarówno w pierwszym, jak i w drugim

badaniu ankietowym ($p < 0,05$). Ocena ogólna spełnienia analizowanego na przestrzeni lat 2008 – 2011 obszaru w niewielkim stopniu zmieniła się na korzyść (z poziomu 3,29 do poziomu 3,69), (Tabela 13, pkt 1). Brak zmian w ocenie może świadczyć o tym, że stosunkowo świeże zmiany w procesach zarządczych nie zdążyły przełożyć się jeszcze na działania zarządcze w oddziale klinicznym.

Ocena monitorowanych wskaźników; *średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały zabiegowe – czas skrócony o 1,2 dnia w stosunku do roku 2010, oddziały nie zabiegowe – czas skrócony o 0,7 dnia w stosunku do roku 2010)* jednoznacznie świadczy o ich poprawie (Tabela 17 przedstawia oddziały niezabiegowe; Tabela 18 przedstawia oddziały zabiegowe). Średni czas pobytu pacjenta ma wpływ na rotację na łóżkach szpitalnych (Tabela 16), co z kolei przekłada się na długość czasu oczekiwania na miejsce w szpitalu. Ocena długości czasu oczekiwania na miejsce w szpitalu zanotował niewielką, jednak pozytywną zmianę w opinii pacjentów w stosunku do roku 2008 (wzrósł z poziomu 4,05 do poziomu 4,11), (Tabela 13 pkt 1).

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 16. Monitorowany parametr: Obłożenie łóżek

Oddziały kliniczne	IV kwartał 2010 (%)	IV kwartał 2011 (%)
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej	64,50	55,67
Oddział Kliniczny Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	72,17	70,87
Oddział Kliniczny Endokrynologii	77,88	67,90
Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych	74,45	63,84
Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki	58,95	62,58
Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych	66,20	61,91
Oddział Kliniczny Foniatrii i Audiologii	41,60	38,95
Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	70,34	65,58
Oddział Kliniczny Chirurgii Szcękowo - Twarzowej	50,08	31,75
Oddział Kliniczny Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	32,74	34,78
Oddział Kliniczny Dermatologii	59,22	61,48

Oddziały kliniczne	IV kwartał 2010 (%)	IV kwartał 2011 (%)
Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii K1	75,12	77,54
Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii OIT	86,55	87,89
Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Neurotraumatologii	62,14	65,32
Oddział Kliniczny Neurologii	57,78	52,25
Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży	25,90	22,19
Ogółem	61,28	56,27

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Wskaźnik obłożenia łóżek w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego w Poznaniu, porównując rok 2011 do roku 2010 pogorszył się. Dla każdego z oddziałów klinicznych optymalny poziom obłożenia kształtuje się na innym poziomie. Uzależnione jest to od specyfiki oddziałów, konieczności pozostawienia łóżek tzw. ostrodyżurowych, specyfiki pacjentów i realizowanych procedur. Uśredniając, wskaźnik obłożenia powinien oscylować w granicach 60%-80%. Przedstawione w Tabeli 16 wartości pokazują, że efektywne wykorzystanie łóżek szpitalnych stanowi istotny potencjał poprawy.

Tabela 17. Monitorowany parametr: średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały zabiegowe)

Oddział	Oddziały zabiegowe – średni czas pobytu pacjenta w szpitalu	
	Rok 2010	Rok 2011
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej	8,6	7,25
Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	6,55	5,49
Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	5,15	4,88
Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Neurotraumatologii	8,78	8,04
Średnia	7,27	6,06

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Optymalny, pożądany średni czas pobytu pacjenta w szpitalu jest również zindywidualizowany dla każdego oddziału. Zarówno czynniki miękkie (związane z pacjentem), jak i czynniki twarde (organizacja pracy, planowanie diagnostyki, współpraca z anestezjologami, czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych, obrazowych) mają wpływ na długość pobytu pacjenta w szpitalu. W analizowanym

okresie wszystkie oddziały zabiegowe zanotowały korzystne spadki długości pobytu (uśredniając czas pobytu we wszystkich oddziałach zabiegowych odnotowano spadek z poziomu 7,27 do poziomu 6,06). Na tym tle zdecydowanie wyróżnia się Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej (czas skrócił się z 5,15 dnia do 4,88 dnia, jednocześnie są to najkrótsze pobyty spośród wszystkich oddziałów zabiegowych). Pozytywną tendencję obserwuje się również w Oddziale Klinicznym Chirurgii Szcękowo-Twarzowej (czas pobytu skrócił się o 1,06 dnia, obecnie średni pobyt w oddziale trwa 5,49 dnia). W pozostałych oddziałach zabiegowych należy podjąć działania usprawniające organizację pracy.

Tabela 18. Monitorowany parametr: średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały nie zabiegowe)

ODDZIAŁ	Oddziały nie zabiegowe - średni czas pobytu chorego w Szpitalu	
	ROK 2010	ROK 2011
Oddział Kliniczny Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	5,54	5,23
Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki	5,73	5,42
Oddział Kliniczny Dermatologii	5,74	5,53
Oddział Kliniczny Endokrynologii	2,94	2,91
Oddział Kliniczny Foniatrii i Audiologii	1,41	1,33
Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych	8,15	7,87
Oddział Kliniczny Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	8,71	7,29
Oddział Kliniczny Neurologii	8,07	7,73
Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży	2,52	2,39
Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych	2,09	1,98
Średnia	5,1	4,40

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Wśród oddziałów niezabiegowych, oceniając średni czas pobytu pacjenta w szpitalu, najlepsze wyniki uzyskały: Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży (czas pobytu małego pacjenta to 2,5 dnia), oraz Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych (czas pobytu pacjenta to ok. 2 dni). Oddziały Kliniczne: Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób

Wewnętrznych, Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz Neurologii poświęcają pacjentowi średnio 7-8 dni. W pozostałych oddziałach pacjent spędza ok. 5 dni. Niewątpliwie w kwestii długości pobytu pacjenta w wybranych oddziałach niezabiegowych Szpital powinien poczynić działania optymalizacyjne.

Ocena monitorowanych wskaźników dotyczących *średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu* jednoznacznie świadczy o ich poprawie na przestrzeni kilkunastu ostatnich miesięcy (w oddziałach zabiegowych czas skrócił się o 1,2 dnia, w oddziałach niezabiegowych zredukowano średni czas pobytu o 0,7 dnia).

Obszar: Leczenie i opieka

Całościowa ocena obszaru, mając na uwadze spełnienie jest pozytywna. Zmieniła się z poziomu 3,35 do poziomu 3,58. Różnica na przestrzeni 36 miesięcy wyniosła zatem 0,23 (Tabela 13, pkt 3).

Najważniejsza zmiana dokonała się w *kompetencjach personelu*. Odnotowano wzrost z poziomu 3,72 do poziomu 4,67 (Tabela 13, pkt 3). Zmiana ta jednak ma charakter statystycznie nieistotny ($p > 0,05$). Jednakże ocena spełnienia odnosząca się do kompetencji personelu poprawiła się w analizowanym okresie (wzrosła z poziomu 3,72 w roku 2008 do poziomu 4,17 w roku 2011). Ta progresja ma wymiar istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Istotny statystycznie ($p < 0,05$) jest spadek oceny ważności czynnika *dostępność do aparatury medycznej, odpowiednia jakość oraz potrzebna ilość* (Tabela 13, pkt 3). Między rokiem 2008 a 2011 nastąpił regres z poziomu 4,89 do poziomu 4,7. Zinterpretować tę zmianę można następująco: jakość aparatury i dostępność poprawiła się, zatem ankietowani nie postrzegając tego jako problem przypisali niższą ocenę ważności.

Analogicznie sytuacja przedstawia się w ocenie ważności czynnika *wizualna strona oddziału klinicznego* (spadek z wartości 4,74 w roku 2008 do wartości 4,55 w roku 2011). W ostatnich latach szpital poczynił liczne inwestycje związane z modernizacją infrastruktury szpitalnej (szczegółowo opisane w części badawczej pracy), (Tabela 13, pkt 3).

Poprawa o wymiarze istotnym statystycznie ($p < 0,05$) dotyczy oceny spełnienia w zapytaniu o *posiadanie bazy informatycznej (software i hardware)*. Taka ocena zaskakuje z racji tego, że szpital dotąd nie zakupił zintegrowanego systemu informatycznego. Tłumaczyć to można jedynie pomniejszymi działaniami związanymi

z budowaniem aplikacji dla różnych obszarów. Poza tym, ocena, mimo że wyższa od oceny z roku 2008 (2,53), nadal pozostaje niska (poziom 3,1), co oddaje rzeczywisty stan (Tabela 13, pkt 3).

W ocenie czynników takich, jak: *liczba personelu, stosowanie standardów leczenia, stosowanie standardów epidemiologicznych, standardy współpracy z jednostkami, postawa personelu w stosunku do pacjenta, oraz podejście pracowników do zmian* zasadniczo ocena nie zmieniła się i dla wszystkich wyżej wymienionych oscyluje w granicach 3,5 (Tabela 13, pkt 3) .

Obszar: Komunikacja

Poddany ocenie obszar *komunikacji* w zasadzie w żadnym aspekcie nie uległ istotnej statystycznie zmianie w ocenie pracowników szpitala ($p > 0,05$). Najniżej ocenione zostały następujące elementy: *spotkania z pracownikami* (w 2008 kształtowały się na poziomie 2,49, w 2011 ocenia wyniosła 2,79), oraz komunikacja za pośrednictwem *ankiet badających satysfakcję* pracowników (zmiana z poziomu 2,39 do poziomu 2,58). Również ważność *ankiet* została oceniona na najniższym poziomie spośród wszystkich czynników poddanych ocenie w całym badaniu ankietowym w 2008 ważności *ankiet* przyznano średnią ocenę 3,85, w 2011 średnia wyniosła 3,78). Najwyżej oceniona została ważność *dokumentacji* (3,5 w roku 2008; 3,48 w roku 2011), oraz starania szpitala w zakresie *precyzyjnego określania adresatów informacji* dystrybuowanych wewnątrz placówki (3,28 w roku 2008; 3,22 w roku 2011), (Tabela 13, pkt 4).

Najwyższa w analizowanym obszarze ocena *dokumentacji* ma pokrycie w standaryzacji formularzy i ksiąg, która to standaryzacja dokonywała się na przestrzeni ostatnich trzech lat.

Największa zmiana w ocenie dokonała się w *komunikowaniu się za pośrednictwem strony intranetowej oraz poczty elektronicznej* (wzrost z poziomu 3,11 w 2008 roku do poziomu 3,4 w 2011 roku). Pomimo różnicy zmiana ma charakter statystycznie nieistotny ($p > 0,05$). Od dwóch lat prężnie działa strona intranetowa szpitala, stanowiąca bogate źródło informacji dla pracowników. Szpital również stopniowo odchodzi od dokumentacji w wersji papierowej, zamieniając ją na elektroniczną wersję, która za pośrednictwem poczty elektronicznej z łatwością dociera do adresata (Tabela 13, pkt 4).

Wśród opinii ankietowanych, obszarami które zostały ocenione jako najistotniejsze dla sprawnego komunikowania się jest funkcjonowanie *standardów komunikowania się wewnątrz szpitala (wytyczone ścieżki obiegu informacji)* (w roku 2008 ocenione na poziomie 4,65, podobnie w roku 2011 - na poziomie 4,61) a także precyzyjne *określanie adresatów informacji* (4,7 w 2008 roku; 4,58 w 2011 roku), (Tabela 13, pkt 4). Niewątpliwie w doskonaleniu tych obszarów jest jeszcze wiele do usprawnienia. Analizowane wartości są statystycznie nieistotne ($p > 0,05$).

Obszar: Personel

Obszar systemu zarządzania związany z *personelem*, ściślej rzecz ujmując z *kwalifikacjami i poziomem motywacji do pracy*, nie uległ zauważalnej zmianie w stosunku do badania ankietowego z 2008 roku (Tabela 13, pkt 5).

Ocena *kwalifikacji* personelu dokonana przez kierowników w okresie trzech lat uległa niewielkiej poprawie z poziomu 3,64 do poziomu 3,78. Zmiany mają jednak charakter zmian statystycznie nieistotnych ($p > 0,05$), (Tabela 13, pkt 5). Szpital stwarza swoim pracownikom większe możliwości podnoszenia kwalifikacji, przeznaczając coraz większe środki na różne formy doskonalenia zawodowego. W związku z powyższym należy wnioskować, że ocena tego wskaźnika w najbliższych latach ulegnie poprawie.

Niestety, w dalszym ciągu *poziom motywacji pracowników* rozumiany jako *postawa w stosunku do szpitala, do pacjentów, do zmian*, mimo iż uległ niewielkiej poprawie (z poziomu 2,8 w 2008 roku do poziomu 3,06 w roku 2011), (Tabela 13, pkt 5), pozostaje na niepokojąco niskim poziomie. Przedmiotowy obszar winien być poddany gruntownej ocenie pod kątem możliwych działań mających na celu zwiększenie motywacji.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 19. Monitorowany parametr: 1. Liczba pacjentów przypadających na lekarza specjalistę. 2. Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę

Oddziały Kliniczne	łóżka	lek. etaty	piel. etaty	Liczba pacjentów	Liczba pacjentów przypadających na lekarza specjalistę	Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę / miesiąc
					IV kwartał	IV kwartał
Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii	16	21,1	56	61	1,0	0,4
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej	69	14	50	496	11,8	3,3
Oddział Kliniczny Chirurgii Szcękowo - Twarzowej	38	4	12,6	182	15,2	4,8
Oddział Kliniczny Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	21	3,7	8	121	10,8	5,0
Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki	7	2,5	8	87	11,6	3,6
Oddział Kliniczny Dermatologii	34	7,2	18,5	378	17,6	6,8
Oddział Kliniczny Endokrynologii	34	15,4	24,5	717	15,5	9,8
Oddział Kliniczny Foniatrii i Audiologii	18	7	8,7	448	21,3	17,2
Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych	34	7,7	13	267	11,5	6,8
Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych	25	10,5	35,3	630	20,0	5,9
Oddział Kliniczny Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	35	11,2	50,7	296	8,8	1,9
Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Neurotraumatologii	43	8,5	27	357	14,0	4,4
Oddział Kliniczny Neurologii	68	12,1	42,7	454	12,5	3,5
Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży	29	6	12,5	261	14,5	7,0
Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	72	18,2	46	915	16,7	6,6
Średnia	-	-	-	-	13,5	5,8

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Bezpieczeństwo pacjentów otrzymujących w szpitalu usługę leczenia i opieki wyraża się m. in. w odpowiedniej liczbie kompetentnego personelu. Szpital Kliniczny im. H. Świącickiego UM w Poznaniu monitoruje liczbę pacjentów przypadających na

lekarza specjalistę oraz liczbę pacjentów przypadających na pielęgniarkę. Dokonywanie jakichkolwiek porównań obsad pomiędzy poszczególnymi oddziałami mija się z celem z racji specyfiki oddziałów, specyfiki pacjentów oraz wielu innych czynników. Normy obsad wyliczane są na podstawie liczby pacjentów oraz oceny ich stanu, i spełniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej⁷², oraz wymagania zawarte w Instrukcji nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych.⁷³

Obszar: *Gospodarka lekiem, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym*

W obszarze dotyczącym *gospodarowania zasobami* odnotowany został niewielki wzrost w ocenie spełnienia i drobny spadek w ocenie ważności. (Tabela 13, pkt 6). Dla większości analizowanych czynników istotność różnic analizowanych danych ma wymiar statystycznie nieistotny ($p > 0,05$).

Znacząco poprawiła się *jakość* (w stosunku lat 2008 do 2011 nastąpił wzrost z poziomu 3,18 do poziomu 3,7). Zaobserwowana zmiana jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). Progresa wynosząca 0,52 podyktowana jest szeregiem zmian optymalizacyjnych w obszarze szeroko rozumianej jakości (Tabela 13, pkt 6), wśród których wymienić należy: zoptymalizowane standardy postępowania w zakresie planowania zakupów, monitorowanie ciągłości dostaw, ocena jakościowa zakupów, ocena jakościowa dostawców, typowanie kompetentnych pracowników do komisji opracowujących specyfikacje zakupowe, stworzenie pracownikom możliwości zgłaszania uwag co do jakości, obserwowany wzrost częstości uruchamiania procedury zgłaszania incydentu medycznego oraz zdarzeń niepożądanych z użyciem wyrobów medycznych, a także rezygnacja z resterylizowanych narzędzi na rzecz jednorazowego sprzętu (oszczędność kosztów i poprawa bezpieczeństwa). Wszystko to miało i w dalszym ciągu ma istotny wpływ na poprawę jakości zasobów, którymi szpital dysponuje.

⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 31 grudnia 1999 r.)

⁷³ Instrukcja nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych. (Dz. Urz. MZ z dnia 30 listopada 1984 r.)

Ocena spełnienia pozostałych analizowanych w tym obszarze elementów uległa nieznacznej poprawie z poziomu 3,5 do 3,7 (Tabela 13, pkt 6). Niemniej jednak elementy te stanowią składową jakość, w związku z czym całościowa ocena może być uznana za satysfakcjonującą.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 20. Monitorowany parametr: % testów biologicznych i chemicznych potwierdzających prawidłowość przebiegu procesu sterylizacji

Rodzaj testów	% testów biologicznych i chemicznych potwierdzających prawidłowość przebiegu procesu sterylizacji	Wartość oczekiwana
	II półrocze 2011	
biologiczne do plazmy	100%	100%
chemiczne do plazmy	100%	100%
biologiczne do pary	100%	100%
Helix do pary	100%	100%
Integrator do pary	100%	100%

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Dane zawarte w Tabeli 20 nie pozostawiają wątpliwości co do najwyższej jakości usług świadczonych przez Dział Centralnej Sterylizacji i Dezynfekcji szpitala. Monitorowanie wykazało 100%-ową prawidłowość testów biologicznych i chemicznych potwierdzających prawidłowość przebiegu procesu sterylizacji

Tabela 21. Monitorowany parametr: % prawidłowych procesów sterylizacji parowej

Dane	II PÓŁROCZE 2011	
	Liczba cykli prawidłowych	Liczba cykli przerwanych
Ogólna liczba uruchomionych cykli sterylizacyjnych		
1999	98,7% (1974)	11,3% (25)

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Procent prawidłowych procesów sterylizacji parowej jest bliski 100%. Wysoką jakość realizowanych procesów gwarantuje ciągłe monitorowanie, wskutek którego na 1999 przeprowadzonych procesów przerwano i powtórzono 11,3% cykli sterylizacji parowej.

Tabela 22. Monitorowany parametr: Liczba przeterminowanych jednostek krwi i/lub jej składników

Oddziały ogółem	Liczba przeterminowanych jednostek krwi i/lub jej składników	
	rok 2011 I i II kw	rok 2011 - podsumowanie
Suma	22 (po 6 miesiącach)	14

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Porównując I i IV kwartał roku 2011 liczba przeterminowanych jednostek krwi zmniejszyła się. Na ilość jednostek wykorzystywanych liczba przeterminowanych jest niewielka. W związku z powyższym, podjęto decyzję o wydłużeniu okresu sprawozdawczego z rozliczania kwartalnego do rozliczania półrocznego.

Tabela 23. Monitorowany parametr: Liczba zgłoszonych reakcji w trakcie i po przetoczeniu krwi i/lub jej składników

ODDZIAŁ	Liczba zgłoszonych reakcji w trakcie i po przetoczeniu krwi i/lub jej składników	
	rok 2011 I i II kw	rok 2011 – podsumowanie
Suma	2	0

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Dane zawarte w tabeli 22 i Tabeli 23 obrazują, jak dobrze zarządzany jest proces Gospodarka Krwią w szpitalu, o czym świadczy również brak odnotowanych reakcji niepożądanych w trakcie i po przetoczeniu krwi i/lub jej składników w drugim kwartale 2011 roku.

Obszar: *Badania / konsultacje / zabiegi (zewnątrzne, wewnętrzne)*

Najniżej ocenione zostało *planowanie - diagnostyka jednego dnia* (na poziomie 3,02 w roku 2008; na poziomie 3,23 w roku 2011), (Tabela 13, pkt 7). Pomimo tego, istotność różnic w wynikach badań ma charakter różnic statystycznie nieistotnych ($p > 0,05$). Działania optymalizacyjne w tym obszarze mają na celu skrócenie czasu pobytu pacjenta szpitalu. Wykonywanie diagnostyki w trybie ambulatoryjnym (diagnostyka jednego dnia) pacjentom kierowanym do zabiegów jest zmianą stosunkową świeżą i prawdopodobnie system nie działa wystarczająco długo, by respondenci dostrzegli wyraźną zmianę na korzyść.

Ponownie najwyżej oceniona została *jakość* (7,72 w 2008 roku; 3,7 w 2011 roku), oraz związane z jakością *bezpieczeństwo wykonywania badań* (w 2008 wartość 3,69; w 2011 wartość 3,84) poddane ocenie przez pryzmat *sprzętu i kwalifikacji personelu*, co w świetle działań opisanych powyżej, licznych nakładów na infrastrukturę diagnostyczną, funkcjonujące kompatybilne systemy informatyczne jest uzasadnione (Tabela 13, pkt 7). Ocena ważności w odniesieniu do *jakości badań* oraz *dostępności sprzętu i dostępności środków transportu* ma wymiar statystycznie istotny ($p < 0,05$). Wartości uzyskane w roku 2008 i 2011 dla oceny ważności w pozostałych przypadkach, jak również dla oceny spełnienia wszystkich elementów analizowanego obszaru są statystycznie nieistotne ($p > 0,05$).

Ocena przyznana przez pracowników w omawianym zakresie nie jest zadawalającą (oscyluje przedziale (3,2;3,8), (Tabela. 13, pkt 7) i wymaga podejmowania kolejnych działań optymalizacyjnych.

Zestawiając niekorzystne dane na temat *średniego czasu oczekiwania na wykonanie KT* – czas wydłużył się o ok. 1 dzień, *oraz opis badań KT i MR* (MR – czas wydłużył się o 0,4 dnia) z danymi, których źródłem jest analiza porównawcza badań ankietowych wykonanych wśród pacjentów szpitala oceniających *długość pobytu* (w 2008 ocena wyniosła 4,39; w 2011 ocena wyniosła 4,32), można dostrzec niewielką, lecz wprost proporcjonalną zależność między przedmiotowymi danymi.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 24. Monitorowany parametr: liczba wykonanych badań obrazowych MR, KT na 1000 osobodni hospitalizacji dla poszczególnych oddziałów klinicznych

Oddziały	2010		2011	
	MR	KT	MR	KT
Centralna Izba Przyjęć	0	71	4	32
Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo - Twarzowej	5	8	7	29
Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8	66	25	120
Oddział Kliniczny Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	3	7	11	14
Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki	35	86	66	129
Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych	1	19	6	43
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej	2	10	8	22
Oddział Kliniczny Dermatologii	0	3	1	4

Oddziały	2010		2011	
	MR	KT	MR	KT
Oddział Kliniczny Endokrynologii	53	100	106	193
Oddział Kliniczny Foniatrii i Audiologii	52	29	127	45
Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych	46	45	113	104
Oddział Kliniczny Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	5	13	8	42
Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Neurotraumatologii	21	10	56	71
Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży	373	6	772	13
Oddział Kliniczny Neurologii	120	21	230	60
Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	3	6	10	16

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Monitorowany parametr *liczba wykonanych badań obrazowych MR, KT na 1000 osobodni hospitalizacji dla poszczególnych oddziałów klinicznych* pokazuje ile badań obrazowych zlecają swoim pacjentom oddziały kliniczne. Analizując dane z tabeli można zauważyć, że liczba zlecanych badań wzrosła (w przypadku niektórych oddziałów znacząco wzrosła) porównując rok 2011 do roku 2010. Jakkolwiek taka zmiana z pewnością wpływa na zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, parametr ten musi być monitorowany pod kątem kosztów, a więc i zasadności zlecenia badań tak dużej liczbie pacjentów.

Tabela 25. Monitorowany parametr: Czas oczekiwania na wykonanie badania (tryb zwykły, tryb CITO) (Centralne Laboratorium Analityczno Biochemiczne)

Wskaźnik	III kwartał 2011				IV kwartał	
	16.07.2011 (sob)		11.07 (pon)			
Ilość oceniona	56	100%	146	100%	948	100%
Nie oceniono (nie podano godz. pobrania: oddz. 11x, CLAB 4x)	6 x	11,1%	14 x	9,6%	948	8,2%
Przekroczony czas dostarczenia do CLAB (> 1 godz.)	10 x	18,5%	14 x	9,6%		6%
Przekroczony czas wykonania badań CITO (> 1 godz.)	0 x	0,0%	4 x	2,7%		21%

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Czas oczekiwania na wyniki badań analityczno-biochemicznych, biorąc pod uwagę częstotliwość ich wykonywania oraz istotność z punktu widzenia skuteczności diagnozowania i leczenia, jest bardzo istotny. W szpitalu w analizowanym okresie

(wybrane dni – dni powszednie, soboty) na 948 zleconych badań 21 % badań CITO nie zostało wykonanych w założonym czasie poniżej 1 godziny (przekroczenie czasu jednej godziny od pobrania do dostarczenia do laboratorium stanowi niezgodność z przyjętą procedurą). Zjawisko to jest szczególnie niepokoi w odniesieniu do próbek z przyjmowanych w trybie CITO, dla których standardem TAT jest 1 godzina (obieg zlecenie - pobranie - dostarczenie – wykonanie - informacja o wyniku). Również 6% badań zleconych w trybie zwykłym nie zostało wykonanych w ustalonym procedurą czasie. Prezentowany parametr podlega stałemu monitorowaniu, wyciągane są wnioski i wdrażane działania naprawcze i doskonalące.

Tabela 26. Monitorowany parametr: Czas oczekiwania na wykonanie badania (Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne)

Wszystkie jednostki razem	Monitorowanie badań - MOCZ					
	I PÓŁROCZE 2011			IV kwartał 2011		
	Liczba badań	Liczba powtarzanych badań	% powtórzeń	Liczba badań	Liczba powtarzanych badań	% powtórzeń
Suma / średnia	308	53	17%	525	77	14,6%
Czas oczekiwania na wynik badania mikrobiologicznego	Średnia : ok. 5 dni 5,3 (kwiecień) 5,23 (czerwiec)					

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne koncentruje swoje działania wokół hodowli patogenów z różnego rodzaju materiałów biologicznych (np.: krew, płwocina, wymazy z ran). Dane te, w powiązaniu z liczbą zakażeń oraz liczbą i rodzajem zużytych antybiotyków liczonych w tzw. jednostkach DDD (dobowa dawka dzienna), zostały przedstawione w analizach epidemiologicznych w dalszej części pracy (Tabela 32-35). W Tabeli 26 zaprezentowane zostały wyniki czasu oczekiwania na wynik moczu oraz % badań moczu powtarzanych. Czas oczekiwania na wynik badania mikrobiologicznego z moczu (5 dni) jest czasem satysfakcjonującym. Nie zadawała natomiast liczba badań powtarzanych. Analiza przyczyn tej sytuacji wykazała istotne błędy podczas pobierania materiału. W odpowiedzi na analizę i wnioski powstała szczegółowa procedura, zmieniono formularz zlecenia, który uwzględnił godzinę pobrania materiału oraz godzinę przekazania materiału do laboratorium. Wprowadzone zmiany doprowadziły do istotnej poprawy wskaźnika.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 27. Monitorowany parametr: 1. Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania (rezonans, tomograf) 2. Średni czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych (rezonans, tomograf) (Zakład Radiologii)

Rodzaj Badania	ODO					
	I PÓŁROCZE 11 (czerwiec)			II PÓŁROCZE 11		
	1. Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania	2. Średni czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych	Liczba badań nie zakończonych w systemie	1. Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania	2. Średni czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych	Liczba badań nie zakończonych w systemie
Rezonans - pacjent szpitala	9,9 (deklarowany czas pilne - 24h, zwykle 3-7 dni)	1,6 (deklarowany czas do 48 h)	13	6	2	44
Tomograf - pacjent szpitala	3,1 (deklarowany czas pilne - 24h, zwykle 3-7 dni)	0,5 (deklarowany czas do 48 h)	8	4	0,63	35

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Dla wykonywanych w szpitalu badań obrazowych ustalony standard czasu oczekiwania na wykonanie badania to 3-7 dni (pilne wykonywane w czasie 24h). Czas oczekiwania na opis nie powinien przekraczać 24 godzin. Widocznie poprawił się czas oczekiwania na wykonanie rezonansu magnetycznego (z 9,9 dnia do 6 dni). Czas oczekiwania na opis dla badań KT i MR jest zgodny z przyjętym standardem. Niemniej jednak warto rozważyć zmniejszenie górnej dopuszczalnej granicy na wykonanie badań (7 dni). Przedział między 3 a 7 dni pozwala na zbyt dużą dowolność w obszarze planowania i organizacji pracy.

Tabela 28. Monitorowany parametr: Średni czas oczekiwania na opis badania (Zakład Patomorfologii Klinicznej)

Rodzaj badania	Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania liczony w dniach		
	2011		
	II	III	IV
Badanie histopatologiczne	11,6	9,8	12,4
Badanie histopatologiczne śródoperacyjne	0,4	0,2	0,2
Konsultacja preparatów histopatologicznych	17,5	15,7	20,9
Badanie histopatologiczne immunohistochemiczne	14,3	14,8	14,8
Badanie histopatologiczne immunohistochemiczne bez oceny lekarskiej	12,4	12,0	9,5
Badanie cytologiczne	5,7	4,3	3,9
Badanie cytol. z b. cienkoigłowej aspirac. śródoperacyjne	2,1	0,0	0,0
Badanie cytologiczne ginekologiczne	6,9	7,3	5,0
Badanie cytol. z b. cienkoigłowej aspirac.	15,9	13,8	13,0
Sekcja zwłok z opracowaniem histologicznym	4,2	3,6	5,8
Badanie zwolnione z sekcji	9,6	2,9	2,8
Badanie nie podlegające sekcji	–	0,0	0,2
Konsultacja preparatów cytol. z b. cienkoigłowej aspirac.	5,0	0,0	0,0

Fakt rozpoczęcia monitorowania wskaźnika jakości pracy Zakładu Patomorfologii Klinicznej, jakim jest czas oczekiwania na opisy badań histopatologicznych, sam w sobie istotnie wpłynął na skrócenie czasów dla poszczególnych badań. Nie zadawała jednak czas oczekiwania na opis badań histopatologicznych (który w analizowanym okresie waha się między 9,8 dnia a 12,4 dnia), konsultacje preparatów histopatologicznych (czas oczekiwania oscyluje w granicach (15,7;20,9), czas oczekiwania na opis badań histopatologicznych immunohistochemicznych (który w analizowanym okresie waha się między (14,3;14,8). Odpowiedzią na wątpliwości odnośnie czasu oczekiwania pisanych badań jest wdrożenie monitorowania personalnego.

Tabela 29. Monitorowany parametr: Zgodność rozpoznań histopatologicznych

Oceniany parametr	2011	
	III	IV
Zgodność rozpoznań	92,50%	97,50%

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Zgodność rozpoznań histopatologicznych kształtuje się na bardzo wysokim poziomie procentowym (92,5% w III kwartale 2011;97,5% w IV kwartale 2011), do

czego przyczyniła się prowadzona zasada dotycząca podwójnej weryfikacji rozpoznań wątpliwych.

Tabela 30. Monitorowany parametr: Średni czas przestoju w dniach pracy aparatury - respiratory, aparaty do znieczuleń, aparatura monitorująca funkcje życiowe, pompy infuzyjne- kryterium jakościowe związane z zapewnieniem ciągłości świadczeń.

Rodzaj aparatu	Średni czas przestoju w dniach pracy aparatury - respiratory, aparaty do znieczuleń, aparatura monitorująca funkcje życiowe, pompy infuzyjne- kryterium jakościowe związane z zapewnieniem ciągłości świadczeń
	ROK 11
aparaty do znieczulania	27 dni
respiratory	28 dni
kardiomonitor	23 dni
pompy infuzyjne	59 dni
diagnostyka obrazowa	0 dni
endoskopy	24 dni

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Średni czas przestoju pracy aparatury zapewniającej ciągłość świadczeń jest stosunkowo długi. Analiza przyczyn wykazała, że 70 % czasu ogółem to działania wykonywane w szpitalu (oczekiwanie) a nie – jak sądzono wcześniej – czas naprawy serwisowej. Wprowadzono zatem stosowne działania: poinstruowano pracowników, usprawniono system informatyczny, a monitorowanie jest kontynuowane. Wyniki efektów wprowadzonych zmian będą widoczne pod koniec roku 2012.

Tabela 31. Monitorowany parametr: Czas przestoju aparatury / maszyn w związku z awarią (średni czas w danym przedziale czasowym w dniach) - lista pozycji aparaturowych podlegających analizie krytycznych z punktu widzenia ciągłości przebiegu procesu leczenia i opieki (nr 2) - dotyczy wyłącznie umów serwisowych.

Rodzaj aparatu	ROK 11
Angiograf	1,5 dnia
Tomograf	1,2 dnia
Rezonans	0,5 dnia
Gammakamera	1.0 dzień

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Satysfakcjonujące okazały się być wyniki monitorowania parametru: czas przestoju aparatury medycznej krytycznej z punktu widzenia ciągłości przebiegu procesu leczenia i opieki.

Obszar: *Warunki epidemiologiczne*

Jedyną istotnie statystyczną zmianą ($p < 0,05$) jest spadek w ocenie ważności *jakości sterylności narzędzi* (z wartości 4,96 w 2008 roku do wartości 4,9 w 2011 roku), (Tabela 13, pkt 8), przy czym ocena spełnienia tego elementu, choć nieznacznie, ale wzrosła (z poziomu 4,23 do poziomu 4,36). Oznacza to, że ankietowani przypisują mniejsze znaczenie działaniom centralnej sterylizacji, gdyż jakość działania tej jednostki nie budzi wątpliwości.

Czynniki tj.: *polityka zapobiegania zakażeniom oraz standardy postępowania z zakażeniami* w ocenie spełnienia odnotowały poprawę (polityka zapobiegania zakażeniami na przestrzeni trzech lat poprawiła się o wartość 0,13, standardy postępowania z zakażeniami uległy poprawie o wartość 0,31), (Tabela 13, pkt 8). Liczby pochodzące z badań ankietowych nie oddają jednak ogromu pracy, jaki został włożony w wypracowanie systemowych rozwiązań optymalizacyjnych w obszarze zakażeń szpitalnych, prewencyjnych systemów. Obiektywnym dowodem poprawy tego obszaru są poniżej przedstawione dowody zmiany monitorowanych parametrów.

Spadek w ocenie spełnienia dotyczący *standardów współpracy* między komórkami związanymi z zakażeniami (w 2008 był na poziomie 4,21; w 2011 na poziomie 4,09) jest zapewne rezultatem uszczelnienia systemu monitorowania zakażeń szpitalnych. Jest to jedyny element analizowanego obszaru, dla wartości którego istotność różnic ma charakter statystycznie istotny ($p < 0,05$).

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 32. Monitorowany parametr: Zgłaszalność zakażeń szpitalnych w oddziałach objętych aktywnym monitorowaniem

Oddział	I półrocze 2011			III kwartał 2011			IV Kwartal 2011		
	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Odsetek zgłoszonych czynników alarmowych (wypełnionych kart czynnika alarmowego)	Liczba zakażeń	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Odsetek zgłoszonych czynników alarmowych (wypełnionych kart czynnika alarmowego)	Liczba zakażeń	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Odsetek zgłoszonych czynników alarmowych (wypełnionych kart czynnika alarmowego)	Liczba zakażeń
Łącznie (oddziały zabiegowe, intensywna terapia i nefrologia)	121	73%	8	63	89%	18	77	93%	53
Łącznie (pozostałe oddziały)	121	73%	8	140	90%	75	256	88%	84

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Tabela 33. Monitorowany parametr: Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne)

Oddział	I półrocze 2011			II półrocze 2011			2011 (ogółem)		
	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne)		Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne)		Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne)	
		Liczba	%		Liczba	%		Liczba	%
Łącznie	121	62	51%	140	88	62%	256	152	59%

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Tabela 34. Monitorowany parametr: Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko (nie uwzględnia obłożenia) oraz liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji (bardziej wiarygodna). Liczba wyhodowanych czynników alarmowych

I półrocze 2011				II półrocze 2011				2011 ogółem			
Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Ogólna liczba badań mikrobiologicznych	Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko	liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Ogólna liczba badań mikrobiologicznych	Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko	liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji	Ogólna liczba wyhodowanych czynników alarmowych	Ogólna liczba badań mikrobiologicznych	Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko	liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji
121	3245	5,98	60	140	3522	6,5	64	256	3522	12	61

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Tabela 35. Monitorowany parametr: Zużycie antybiotyków „specjalnych” (procedura P21/APTEKA)

Oddział	III kwartał			IV kwartał		
	Procedura	Zakażenie szpitalne	OGÓŁEM	Procedura	Zakażenie szpitalne	OGÓŁEM
Łącznie	44	41	85	42	46	88

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Zgłaszalność czynników alarmowych (Tabela 32) w II półroczu wzrosła o 20% (osiągnięto zakładany poziom 90%). Pogorszyła się natomiast zgłaszalność w oddziale KI-OIT. Dzięki aktywnemu monitorowaniu zakażeń szpitalnych w wybranych oddziałach w II półroczu 2011 roku zarejestrowano o 90 % więcej zakażeń szpitalnych niż w I półroczu.

(Tabela 33) W pierwszym półroczu roku 2011 wyhodowano 121 czynników alarmowych (62 czynniki u pacjentów przebywających w szpitalu powyżej 72 godzin – traktowane jako zakażenie szpitalne). W II półroczu 2011 liczba wyhodowanych patogenów zwiększyła się do 140 (88 czynniki u pacjentów przebywających w szpitalu powyżej 72 godzin. Nie oznacza to jednak, że zwiększyła się liczba zakażeń szpitalnych. Wskaźniki te obrazują rosnącą świadomość wśród personelu lekarskiego skutkującą zmniejszeniem kosztów ponoszonych na antybiotykoterapię empiryczną, na rzecz antybiotykoterapii celowanej, a co najważniejsze – dzieje się to korzyścią dla pacjenta, gdyż zwiększa się prawdopodobieństwo skuteczności terapii.

Antybiotyki specjalne (Tabela 34), o szerokim spektrum działania, przeciw szczepom wielolekoopornym po pierwsze generują wysokie koszty, po drugie działają niszcząco na układ odpornościowy pacjenta. Zaprezentowane w tabeli dane obrazują skuteczność wdrożonej procedury P21-APTEKA, która określa system reglamentacji leków (antybiotyk specjalny na receptę indywidualną). Osiągane wyniki satysfakcjonują, ale przede wszystkim wprowadzone zmiany pozwalają na pełne monitorowanie zużycia leków i szybką identyfikację zakażeń, w sytuacji gdy zakażenia nie zostały zgłoszone i zarejestrowane.

Dane z Tabeli 26 uzupełniają dane z Tabeli 25. Stanowią one potwierdzenie wniosków sformułowanych dla Tabeli 25.

Obszar: *Działania wspomagające proces diagnostyczny – leczniczy (transport, żywienie, sprzątnie pomieszczeń, pranie*

W ocenie ogólnej obszar ten przedstawia się najslabiej. Oceny spełnienia przyznane w badaniu w roku 2011, wahające się w granicach 3,0 a 3,13 wskazują na potrzebę istotnych zmian doskonalących, zwłaszcza w kwestii *dostępności* do służb odpowiedzialnych za działania wspomagające (Tabela 13, pkt 9). Przy jednoczesnej wysokiej nocie przypisanej ważności omawianych elementów należy wnioskować, że respondenci oczekują w tym zakresie ruchów optymalizacyjnych. Zarówno *jakość środków używanych w procesach*, jak i *dostępność służb* to elementy obszaru, dla

których istotność różnic w wartościach ocen ważności z roku 2008 i 2001 jest statystycznie istotna ($p < 0,05$).

Analizując przedstawione poniżej zestawienie (Tabela 36 i 37) dotyczące oceny zgodności zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm za III i IV kwartał 2011, nie można doszukiwać się zależności między pogorszeniem wskaźników w odniesieniu do diet a nieznacznym spadkiem oceny spełnienia dokonanej przez pacjentów. Z zaprezentowanych w danych jednoznacznie wynika, że najistotniejszym problemem w przypadku diet przygotowywanych przez szpital jest sumaryczna zawartość sodu, który to składnik odżywczy permanentnie nie mieści się w przyjętych normach. Pokarm pozbawiony sodu jest jałowy i niesmaczny. Z punktu widzenia pacjenta, wyższy poziom sodu oznacza lepsze walory smakowe posiłku, a co za tym idzie, wyższą jego ocenę. Minimalne spożycie sodu na dobę dla 1 osoby wynosi 575 mg. Norma na spożycie sodu dla 1 osoby na dobę została ustalona na poziomie 1500 mg. W wykazanej średniej zawartości spożycie sodu jest zwiększone, gdyż został uwzględniony dodatek soli do potraw. Normy natomiast mówią o zawartości sodu tylko w surowcu, nie uwzględniają jej w formie dodanej. Dodanej soli do potraw może być maksymalnie do 6g, co odpowiada ok. 2400 mg sodu. Całkowita podaż sodu nie powinna więc przekroczyć ok. 3900 mg. Po analizie tych wartości, w celu podniesienia zawartości energii, białka i węglowodanów zostały podjęte działania służące zwiększeniu podaży produktów białkowych oraz węglowodanowych w diecie, takich jak m.in. twarogi, warzywa, owoce itp. Zmniejszono także ilość soli dodawanej do potraw, co skutkuje zmniejszeniem zawartości sodu w diecie. Ocena efektów wprowadzonych zmian dokonana zostanie w IV kwartale 2012 roku.

W poddanym analizie obszarze, w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem, monitorowane są następujące parametry:

Tabela 36. Monitorowany parametr: Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm (III kwartał)

DIETA	Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm - III kwartał 2011																	
	Energia (kcal)			Białko ogółem (g)			Tłuszcz (g)			Węglowodany ogółem (g)			Sód (mg)			Potas (mg)		
	NORMA	Szpital	Różnica	NOR MA	Szpital	Różnica	NORM A	Szpital	Różnica	NORM A	Szpital	Różnica	NOR MA	Szpital	Różnica	NOR MA	Szpital	Różnica
Podstawowa	2300	2 260	-40	70	79	9	80	91	11	360	303	-57	3900	2 542	-1 358	3500	3 082	-418
Szczękowa	2000	1 958	-42	91	87	-4	63	70	7	267	255	-12	1900	851	-1 049	3500	3 047	-453
Wysokobiałkowa	2400	2 219	-181	120	102	-18	73	71	-2	318	311	-7	3100	2 391	-709	3500	3 435	-65
Lekkostrawna	2400	2 069	-331	93	82	-11	78	65	-13	330	307	-23	3100	1 924	-1 176	3500	2 979	-521
Nisko tłuszczowa	2200	1 936	-264	98	83	-15	47	51	4	350	303	-47	3100	2 001	-1 099	3500	2 933	-567
Cukrzycowa	2200	2 246	46	96	96	0	62	82	20	315	308	-7	3100	2 754	-346	3500	4 042	542
Żołądkowa	2200	2 041	-159	95	84	-11	70	64	-6	300	299	-1	3100	2 036	-1 064	3500	2 950	-550
Dopuszczane odchylenia od normy	10,00%			15%			10%			10%			10%			10%		
	kolor zielony oznacza przekroczenie dopuszczalnych norm, konieczne działania naprawcze																	

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Tabela 37. Monitorowany parametr: Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm (IV kwartał)

DIETA	Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm - IV kwartał 2011																	
	Energia (kcal)			Białko ogółem (g)			Tłuszcz (g)			Węglowodany ogółem (g)			Sód (mg)			Potas (mg)		
	NORMA	Szpital	Różnica	NOR MA	Szpital	Różnica	NORM A	Szpital	Różnica	NORMA	Szpital	Różnica	NORM A	Szpital	Różnica	NOR MA	Szpital	Różnica
Podstawowa	2300	2 292	-8	70	81	11	80	94	14	325	304	-21	3900	2 374	-1 526	3500	3 247	-253
Szczękowa	2000	1 965	-35	91	88	-3	63	71	8	267	255	-12	1900	853	-1 047	3500	3 139	-361
Wysokobiałkowa	2300	2 269	-31	100	103	3	73	75	2	311	315	4	3100	2 438	-662	3500	3 787	287
Lekkostrawna	2100	2 057	-43	80	81	1	70	66	-4	288	304	16	3100	2 017	-1 083	3500	3 332	-168
Nisko tłuszczowa	2100	1 963	-137	80	80	0	50	54	4	333	306	-27	3100	2 043	-1 057	3500	3 179	-321
Cukrzycowa	2200	2 235	35	90	94	4	77	83	6	288	306	18	3100	2 820	-280	3500	4 412	912
Żołądkowa	2100	2 060	-40	80	82	2	70	68	-2	288	298	10	3100	2 122	-978	3500	3 214	-286
Dopuszczane odchylenia od normy	10,00%			15%			10%			10%			10%			10%		
	kolor zielony oznacza przekroczenie dopuszczalnych norm, konieczne działania naprawcze																	

Źródło: własność szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

4.3 Działania optymalizacyjne prowadzone w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Szpital systematycznie wprowadza rozwiązania optymalizacyjne, standardy postępowania i zasady zmierzające do wypracowania optymalnych standardów postępowania w poszczególnych obszarach oraz w poziomie jakości świadczonych usług. Od roku 2008 (pierwsze badanie ankietowe) do roku 2011 (drugie badanie ankietowe) podjęte zostały działania, inicjatywy w ramach wdrożonej metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Wyniki powtórnie przeprowadzonego badania ankietowego miały na celu ocenę wpływu zmian dokonanych w systemie na poziom jakości usług. Przedstawiony poniżej wykaz działań zamknięty został na dzień 30.11.2011. Jednakże zmiany normalizacyjne i optymalizacyjne prowadzone są w sposób ciągły.

Obszar: Zarządzanie Szpitalem

1. Opracowanie i wdrożenie rozwiązania w zakresie zarządzania szpitalem – Parametryczne sterowanie procesami / Procesowe Zarządzanie Szpitalem;
2. Wdrożenie i certyfikacja systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy ISO EN 9001:2008 (cała działalność została objęta systemem);
3. Infrastruktura (kluczowe inwestycje) - remont Centralnej Izby Przyjęć. Utworzenie Działu Diagnostyki Przedoperacyjnej;
 - sukcesywnie wymieniane pokrycia dachowe;
 - budowa łącznika pomiędzy budynkami;
 - modernizacja węzła ciepłego, montaż na dachu budynku baterii solarnych;
 - wymiana transformatorów zasilających Budynek Główny, wyposażenie klatek schodowych w system oddymiania;
 - realizacja licznych remontów dostosowujących infrastrukturę do potrzeb osób niepełnosprawnych;
 - wymiana znacznej liczby okien;
 - system monitoringu szpitala;
 - nowe wjazdy na teren szpitala;
4. Zakupy (kluczowe pozycje) – w zakresie diagnostyki obrazowej nastąpiła wymiana wszystkich najważniejszych aparatów – rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, centralny aparat USG. W Pracowni Medycyny Nuklearnej – gammakamera, aparat do

jodochwytności, Blok Operacyjny Neurochirurgii – mikroskop operacyjny, nóż ultradźwiękowy i system motorowy do otwierania kości czaszki

- Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii – system monitorowania pacjentów i łóżka przeznaczone do intensywnej terapii,
 - Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej – system do archiwizacji i analizy elektrofizjologicznej EP LAB, przenośny aparat do badań echokardiograficznych,
 - Oddział Hemodializ – 9 nowych aparaty do dializ,
 - Oddział Kliniczny Neurologii Dzieci i Młodzieży – cyfrowy aparat do wykonywania wielogodzinnych badań EEG wraz z przystawką umożliwiającą prowadzenie jednocześnie dwóch badań,
 - Zakład Patomorfologii Klinicznej – nowy kriostat;
 - Centralne Laboratorium Analityczno-Biochemiczne – zastąpiono większą część dotychczasowego parku maszynowego i umożliwił poszerzenie wachlarzu wykonywanych badań, większość kluczowych aparatów została objęta systemem informatycznym umożliwiającym rejestrację i cyfrowe udostępnianie danych o wynikach badań laboratoryjnych pacjentów,
 - oddziały różne – zakupiono respiratory, aparaty do znieczuleń, aparaty EKG, pompy infuzyjne, defibrylatory, inny drobny sprzęt medyczny;
7. Standaryzacja wszystkich formularzy stosowanych w szpitalu – wdrożenie sprawnego systemu nadzoru nad dokumentacją.

Obszar: Zarządzanie Oddziałem Klinicznym

1. Opracowanie i wdrożenie procedur i formularzy,
2. Rozpoczęcie planowania pobytów diagnostycznych przez wyznaczanie terminów wybranej diagnostyki – KT, NMR, ENDOSKOPIA – etap planowania i próbnego wdrażania,
3. Rozpoczęcie planowania hospitalizacji zabiegowej przez wyznaczanie terminów zabiegów – etap planowania i próbnego wdrażania,
4. Rozpoczęcie planowania hospitalizacji z uwzględnieniem posiadanych zasobów i ich dostępności w czasie (np. wolne łóżka, wartość kontraktu) – etap planowania i próbnego wdrażania,
5. Opracowanie schematów terapeutycznych dla poszczególnych jednostek (diagnostyka). 3-5 procedur dla oddziałów zachowawczych wg opracowanego wcześniej schematu – etap planowania i próbnego wdrażania,

6. Redukcja dokumentacji medycznej, opracowanie standardu Historii Choroby,
7. Opieka lekarska: rozpoczęcie monitorowania zgonów oraz innych zdarzeń po kątem możliwości zaistnienia zdarzenia niepożądanego (zgony, zdarzenia operacyjne, zakażenia szpitalne, odleżyny (monitorowane na podstawie zamówień preparatów i opatrunków wykorzystywanych w leczeniu odleżyn), krwawienia śródoperacyjne (monitorowanie na podstawie jednostek krwi wydanych na salę operacyjną), skutki incydentów medycznych, zasadna skarga pacjenta, inne sytuacje / działania stwarzające zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta). Ukonstytuował się Zespół ds. Zgonów i Zdarzeń Niepożądanych;
 - opracowanie baz danych zawierającej charakterystyki leków receptariuszowych, oraz charakterystyki leków refundowanych przez NFZ),
 - standaryzacja zasad w zakresie postępowania z pacjentami stwarzającymi zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innych osób oraz mienia innych osób;
8. Opieka pielęgniarska:
 - poprawiono czytelności i jakość dokumentacji pielęgniarskiej np. formularz „Planowanie procesu opieki” wymuszającego ocenę stanu pacjenta, zaplanowanie działań oraz ocenę skuteczności podjętych działań;
 - odnotowano wzrost liczby pielęgniarek doskonalących się zawodowo, podnoszących swoje kwalifikacje (studia pomostowe, studia magisterskie, specjalizacje, kursy);
 - wprowadzono system kontraktowania usług pielęgniarskich mobilizujący pracownika do pracy, gwarantujący korzystniejsze wynagrodzenie;
 - wprowadzono regulaminy oraz opisy stanowisk pracy precyzujące odpowiedzialność za wykonywane czynności oraz uprawnienia;
 - opracowanie szeregu standardów dotyczących opieki lekarskiej w oddziale.

Obszar: LECZENIE I OPIEKA

1. Wprowadzenie "Diagnostyki Jednego dnia" (utworzenie Działu Diagnostyki Przedoperacyjnej) .
2. Opracowanie i wdrożenie procedur oraz formularzy.
3. Usprawnienie nadzoru nad przyjęciem pacjenta do szpitala dzięki systemowemu ujęciu działań dotyczących przyjęcia i obsługi pacjenta. System uwzględnia wszystkie standardy, formularze.
4. Wprowadzenie walidacji działań fizjoterapeutycznych.
5. Unifikacja zawartości tac reanimacyjnych.

6. Wprowadzenie dyżurów resuscytacyjnych.

Obszar: KOMUNIKACJA

1. Ujednolicenie zasad budowania informacji – określenie atrybutów informacji;
2. Określenie zasad komunikacji w zakresie planowanych i wykonanych kontroli i audytów, dystrybuowania raportów / wytycznych;
3. Określenie dopuszczalnych form pisemnego przekazywania / udostępniania informacji;
4. Określenie jednoznacznych zasad wprowadzania w życie zmian – wdrażania procedur / regulaminów, zarządzeń, nowych formularzy, zmian wymuszonych przepisami prawa, wymaganiami NFZ itp.);
5. Pogrupowanie tematyczne zarządzeń i dostęp do dokumentów poprzez stronę intranetową;
6. Wprowadzenie zasady systematycznych spotkań (min 1/tyg w gronie najwyższego kierownictwa, z udziałem Pełnomocnika ds. Jakości).

Obszar: PERSONEL

1. Systematyczne wprowadzanie systemu kontraktowania usług w poszczególnych jednostkach szpitala, dla poszczególnych grup zawodowych;
2. Stworzenie systemu premiowania jako podstawa do zbudowania motywacyjnego systemu wynagradzania, docelowo ściśle związanego z jakością i efektywnością wykonywanych działań;
3. Optymalizacja w zatrudnieniu personelu pielęgniarskiego;
4. Udoskonalenie systemu doboru / planowania szkoleń.

Obszar: GOSPODARKA (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym)

Apteka:

- opracowanie podstaw do stworzenia Receptariusza Wyrobów Medycznych;
- wdrożenie nowych standardów w zakresie pozyskiwania leków na ratunek;
- dostarczanie posiłków do domu pacjentom żywionym parenteralnie;
- rozszerzenie zakresu o radiofarmaceutyki, sprzęt i płyny do dializ otrzewnowych;
- utworzenie pharmindeksu szpitalnego;
- wprowadzenie ścisłego nadzoru nad badaniami klinicznymi (opracowanie procedury, formularzy, standardów umów);
- wdrożenie monitorowania powikłań po zastosowaniu leków / wyrobów medycznych.

Bank Krwi:

- rozpoczęcie wydawania osocz na oddziały w stanie rozmrożonym.(urządzenie do rozmrażania SAHARA);
- oznaczanie grup krwi i prób zgodności metodą mikrokolumnową poprawiającą dokładność badań, wyeliminowanie reakcji niepożądanych np. wpływu leków;
- rozpoczęcie monitorowania powikłań poprzetoczeniowych;
- rozpoczęcie monitorowania jednostek krwi przeterminowanych, pobranych i nieużytych (zutylicowanych).

Dział Administracyjno-Gospodarczy:

- opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania jakości zakupów;
- określenie minimalnych stanów magazynowych, wprowadzenie miesięcznej kontroli stanów realizacji umów.

Obszar: BADANIA / KONSULTACJE / ZABIEGI (wykonywane wewnątrz oraz na zewnątrz)

Centralne Laboratorium Analityczno – Biochemiczne:

- zintegrowanie badań – włączenie satelitarnych pracowni przyklinicznych w zakres Centralnego Laboratorium Analityczno – Biochemicznego;
- wdrożenie zamkniętego systemu pobierania próbek;
- zintegrowanie badań z zakresu chemii klinicznej na jednym analizatorze;
- wdrożenie systemu LIS (Laboratory Information System) – Program Centrum firmy MARCEL;
- szkolenia personelu pobierającego próbki prowadzące m.in. do zoptymalizowania ilości materiału pobieranego pacjentom;
- umożliwienie wybranym lekarzom i pielęgniarkom podglądu wyników badań w wersji elektronicznej w programie ICentrum;
- skrócenie procesu TAT (Turn Around Time) – całkowitego czasu potrzebnego na wykonanie zlecenia badań laboratoryjnych;
- poprawa dostępności badań w godzinach poza rutynowym czasem pracy CLAB;
- opracowanie procedur, formularzy oraz katalogu zasad współpracy w oddziałami.

Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne:

- poprawa organizacji pracy laboratorium;
- poszerzenie zakresu działania laboratorium o nowe pracownie.

Zakład Radiologii:

- wprowadzenie zasady wysyłania pacjentom wyników badań KT, MR (pacjent w podeszłym wieku, matka z małym dzieckiem, osoba niepełnosprawna, zamieszkały powyżej 80 km);
- wprowadzono system ALTERIS do nadzoru nad badaniami KT / MR;
- wdrożono system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami rozporządzenia;
- rozpoczęcie monitorowania czasu oczekiwania na wykonanie KT / MR, czasu oczekiwania na opis KT / MR.

Zakład Patomorfologii Klinicznej:

- remont w laboratorium biopsyjnym;
- zakup kriostatu, zatapiarki oraz mikrotomu do pracowni biopsyjnej;
- reorganizacja pracowni biopsyjnej, cytologicznej, sekcyjnej oraz immunohistochemicznej;
- remont w dziale sekcyjnym i biopsyjnym;
- zakup autosteinerów, wag sekcyjnych, wymiana starych mebli laboratoryjnych nie spełniających norm ISO 9001;
- opracowanie i wdrożenie procedur i formularzy;

Pracownia Endoskopii:

- włączenie w panel badań badania EUS (badanie sonograficzne);
- rezygnacja ze sprzętu wielorazowego użytku na rzecz sprzętu jednorazowego;

Obszar: WARUNKI EPIDEMIOLOGICZNE

1. Wdrożenie mapowania mikrobiologicznego dla poszczególnych oddziałów;
2. Wdrożenie czynnego systemu monitorowania zakażeń szpitalnych w wybranych oddziałach;
3. Rozpoczęcie monitorowania zużycia antybiotyków;
4. Powołanie pielęgniarek łącznikowych do współpracy z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
5. Usprawnienie nadzoru nad procesem dzięki systemowemu ujęciu procesu bezpieczeństwa epidemiologicznego – z podziałem na działania prewencyjne, wystąpienie zakażenia, działania systemowe, analizy, zestawienia, cele monitorujące. System uwzględnia wszystkie standardy, formularze.

Obszar: DZIAŁANIA WSPOMAGAJĄCE PROCES DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY

(transport, żywienie, sprzątanie pomieszczeń, pranie, sterylizacja)

1. Transport – zatrudnienie własnych ratowników medycznych;
2. Żywienie – wdrożenie systemu HACCP;
3. Sprzątanie pomieszczeń – proces zlecony na zewnątrz – ścisły nadzór nad procesem (miesięczne kontrole);
4. Pranie – wprowadzenie obowiązku znakowania bielizny wydawanej z magazynu bielizny czystej;
5. Centralna Sterylizacja i Dezynfekcja – opracowanie i wdrożenie licznych procedur porządkujących działania i dokumentację;
6. poprawa identyfikowalności (możliwości odtworzenia historii)
7. dokumentowanie wykonania zadań pracowników i czynności urządzeń;
8. aktualizacja składów zestawów narzędziowych, prowadzimy nadzór nad ilością i jakością narzędzi chirurgicznych;
9. uszczelnienie obiegu sprzętu medycznego w szpitalu poprzez nadzór nad ilością i jakością narzędzi chirurgicznych.

Przykładowe systemowe rozwiązania w obrębie procesu Bezpieczeństwo

Epidemiologiczne prezentuje **Załącznik nr 6**.

Załącznik 7 określa standard działania podczas realizacji świadczenia zdrowotnego w szpitalu – schemat blokowy

4.3 Ocena wpływu zmian dokonanych w obszarach systemu zarządzania szpitalem na korelujące z nimi czynniki oferty świadczenia zdrowotnego.

Poniżej przedstawiona i opisana została macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego (Tabela 38) .

Aby ocenić wpływ zmian zrealizowanych w obszarach systemu zarządzania szpitalem na korelujące z nimi czynniki oferty świadczenia zdrowotnego, w Tabeli 38 zamieszczono wartości monitorowanych parametrów uwzględniając oddziaływania między zmianą w wartościach parametrów a zmianą w ocenie czynnika dokonanej przez pacjenta. Nakreślono także ogólne tendencje spadków i wzrostów na podstawie wyników badań ankietowych.

Tabela 38. Macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego (macierz pogładowa)

SYSTEM ZARZĄDZANIA SZPITALEM	OFERTA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO		OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA	
	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- czeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwania na wypis	Edukacja po hospitalizacji		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
ZARZĄDZANIE SZPITALEM	X	X	X	-	X	X	X	X	-	-		
ZARZĄDZANIE ODDZIAŁEM KLINICZNYM	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X		
LECZENIE I OPIEKA	-	-	-	-	X	X	X	X	-	X		
KOMUNIKACJA	-	-	X	X	X	X	X	X	X	-		
PERSONEL	X	X	X	X		X	X	X	-			
GOSPODARKA (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym)	X	-	-	-	X	-	X	X	-	-		
BADANIA / KONSULTACJE / ZABIEGI (wykonywane wewnątrz oraz na zewnątrz)	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X		
WARUNKI EPIDEMIOLOGICZNE	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-		
DZIAŁANIA WSPOMAGAJĄCE PROCES DIAGNOSTYCZNO – LECZNICZY (transport, żywienie, sprząatanie pomieszczeń, pranie)	-	-	-	-	X	X	X	X	-	-		

x - znak oznaczający korelację pomiędzy poszczególnymi elementami

Źródło: opracowanie własne

Prezentowana tabela ukazuje korelacje między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego. Macierz ma charakter pogładowy. Wskazano, które elementy zarządzania szpitalem oddziałują na elementy oferty świadczenia zdrowotnego. Teoretycznie, każda zmiana, każdy progres jak i regres, który dokonuje się w szpitalu powinien mieć przełożenie na dany określony element oferty świadczenia zdrowotnego, podnosząc lub obniżając jego poziom, jego jakość. Dokonanie rzeczowej i obiektywnej oceny określonych zależności byłoby jednak możliwe wówczas, gdyby każdy obszar systemu zarządzania szpitalem był zestandaryzowany, wyposażony w procedury, a wszystko to miało wymiar praktyczny. Na obecnym poziomie rozwoju systemu wyciąganie jednoznacznych wniosków byłoby zatem nadużyciem.

Poniżej zaprezentowana Tabela 39 ukazuje zmiany relacje i zmiany w ocenach systemu i usługi dokonanej na przestrzeni trzech lat.

Tabela 39. Macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego wsparta wartościami monitorowanych parametrów

OSZ SZS	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tendencja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Terminowość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezpieczeństwo pobytu w szpitalu	Skuteczność leczenia	Długość oczekiwania na wypis	Edukacja po hospitalizacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ZARZĄDZANIE SZPITALEM	Wskaźnik płynności finansowej	→	↓ (7%) - utrzymuje się w granicach tolerancji	↑	↓	↑	-	↓	↓	↓	↓	-	-	Trudno ocenne
	Poziom dostosowania infrastruktury szpitala do Rozporządzenia MZ ...	↑	18%	↑	↓	↑		↓	↓	↓	↓	-	-	Trudno ocenne
ZARZĄDZANIE ODDZIAŁEM KLINICZNYM	Obłożenie łóżek	↓	5%	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Brak zgodności
	Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały zabiegowe)	↑	1,2 dnia	↑	↓	-		↓	↓	↓	↓	↓	↓	Zgodne
	Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały niezabiegowe)	↑	0,7 dnia	↑	↓	-		↓	↓	↓	↓	↓	↓	Zgodne
LECZENIE I OPIEKA	brak parametrów	-	-	-	-	-	-	↓	↓	↓	↓	-	↓	-

OSZ SZS	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, rozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
KOMUNIKACJA	brak parametrów	-	-	-	-	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	-	-
PERSONEL	Liczba pacjentów przypadających na lekarza specjalistę	brak danych do porówna- nia	13,5 lekarza specjalista / pacjenta	↑	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓	-	-	Trudno ocenne
	Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę	brak danych do porówna- nia	5,8 pielęgniarki	↑	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓	-	-	Trudno ocenne
GOSPODARKA (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym)	Zużycie antybiotyków „specjalnych” (procedura P21/APTEKA)	→	↑ (3,4%) (zmiana pozytywna - obrazuje większą świadomość)	↑	-	-	-	↓	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności
	% testów biologicznych i chemicznych potwierdzających prawidłowość przebiegu procesu sterylizacji	brak danych do porówna- nia	100%	↑	-	-	-	↓	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS	Monitorowany parametr: % prawidłowych procesów sterylizacji parowej	brak danych do porównania	98,70%	↑	-	-	-	↓	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności
	Liczba przeterminowanych jednostek krwi i/lub jej składników	↑	↓ (8 jednostek)	↑	-	-	-	↓	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności
	Liczba zgłoszonych reakcji w trakcie i po przetoczeniu krwi i/lub jej składników	↑	200%	↑	-	-	-	↓	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności
BADANIA / KONSULTACJE / ZABIEGI (wykonywane wewnątrz oraz na zewnątrz)	Monitorowany parametr: liczba wykonanych badań obrazowych MR, KT na 1000 osobodni hospitalizacji dla poszczególnych Oddziałów Klinicznych	↑	↑ (100 % MR) (90% KT)	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Brak zgodności

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS	Czas oczekiwania na wykonanie badania (tryb zwykły, tryb CITO) (Centralne Laboratorium Analityczno Biochemiczne)	↑ ↓	↑ (1,4 % tryb zwykły) ↓ (19,3% tryb CITO)	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Brak zgodności
	Czas oczekiwania na wykonanie badania (Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne). Liczba powtórzeń	→ (czas) ↑ (powtórzenia)	constans (czas) ↑ (2,4 % powtórzenia)	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Brak zgodności
	Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania (rezonans, tomograf) (Zakład Radiologii)	↑ ↓	↑ 4 dni skrócił się czas (MR) ↓ 0.9 dnia wydłużył się czas KT	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS	Średni czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych (rezonans, tomograf) (Zakład Radiologii)	↓↓	↓ 0.4 dnia wydłużył się czas MR ↓ 0.13 dnia wydłużył się czas KT	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Zgodne
	Średni czas oczekiwania na opis badania (Zakład Patomorfologii Klinicznej)	↑	1,3 dnia skrócił się czas	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Brak zgodności
	Zgodność rozpoznań histopatologicznych	↑	5% zanotowana poprawa (aktualny poziom 97,5%)	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Trudno ocenne
	Średni czas przebiegu pracy aparatury związanej z zapewnieniem ciągłości świadczeń	brak danych do porówna- nia	26,8 dnia aktualny stan	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Trudno ocenne

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS	Czas przestoju aparatury / maszyn w związku z awarią - lista pozycji aparaturowych podlegających analizie krytycznych z punktu widzenia ciągłości przebiegu procesu leczenia i opieki	brak danych do porówna- nia	1,05 dniaaktualny stan	↑	↓	-	-	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Trudno ocenne
	Zgłaszalność zakażeń szpitalnych w oddziałach objętych aktywnym monitorowaniem	↑	20 % wzrost (zmiana pozytywna - obrazuje większą świadomość)	-	-	-	-	-	-	↓	↓	-	-	
WARUNKI EPIDEMIOLOGIC ZNE	Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne)	↑	11% wzrost (zmiana pozytywna - obrazuje większą świadomość)	-	-	-	-	-	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS	Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko (nie uwzględnia obłożenia) oraz liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji (bardziej wiarygodna). Liczba wyhodowanych czynników alarmowych	↑	0,5 badania wzrost (zmiana pozytywna - obrazuje większą świadomość)	-	-	-	-	-	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności
	Zużycie antybiotyków „specjalnych” (procedura P21/APTEKA)	→	↑ (3,4%) (zmiana pozytywna - obrazuje większą świadomość)	-	-	-	-	-	-	↓	↓	-	-	Brak zgodności

OSZ	Parametr związany z ocenianym obszarem (parametr monitorowany w ramach Procesowego Zarządzania Szpitalem. Parametrycznego Sterowania procesami			OCZEKIWANIE NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA		PRZYJĘCIE DO SZPITALA		POBYT W SZPITALU				WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA		Zgodność w oparciu o obiektywne dane
	Monitorowany parametr	Tende- ncja	Wartości	Długość oczekiwania na miejsce w szpitalu	Termino- wość przyjęcia	Długość trwania procesu rejestracji	Rzetelność, rozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	Długość pobytu w szpitalu	Warunki pobytu w szpitalu	Bezie- pieczeństwo pobytu w szpitalu	Skute- czność leczenia	Długość oczekiwa- nia na wypis	Eduka- cja po hospitali- zacji	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SZS														
DZIAŁANIA WSPOMAGAJĄCE PROCES DIAGNO- STYCZNO – LECZNICZY	Żywnienie - Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm	→	niepokojąco wysoki poziom sodu w dietach utrzymuje się przez cały monitorowany okres	-	-	-	-	↓	↓	↓	↓	-	-	Brak zgodności

Legenda: Kolor szary oznacza wprost proporcjonalną zależność

Źródło: opracowanie własne na bazie danych szpitala, procesowe zarządzanie szpitala

Tabela 39 ukazuje tendencje zmian w ocenach elementów OSZ po dokonaniu zmian standaryzujących i optymalizujących w procesach oraz działaniach, i zestawia je z wartościami monitorowanych parametrów w ramach procesowego zarządzania szpitalem. Dane w prezentowanej tabeli w przeważającej mierze również mają charakter pogładowy. Niemożność wyciągnięcia trafnych i jednoznacznych wniosków wynika z ułomności danych zebranych w tabeli. Narzędzie ankietowe powstało w roku 2008 i posłużyło do zebrania danych w roku 2008 i 2011. Natomiast Metoda procesowego zarządzania szpitalem powstała w roku 2010, a wdrożono ją w roku 2011. Obszary zarządzania szpitalem określone dla potrzeb ankiety zdecydowanie różnią zakresem i sposobem podziału od obszarów / procesów określonych dla potrzeb metody zarządzania procesowego. W obu przypadkach zastosowano inny klucz grupowania obszarów. Zatem dane pochodzące z badań ankietowych trudno zweryfikować w wyniki pochodzące z monitorowania procesów. Jedynie w przypadku niektórych danych ankietowych i celów procesowych można doszukiwać się zależności.

Za przykład może posłużyć element OSZ: *długość oczekiwania na miejsce w szpitalu*. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu w oddziałach zabiegowych i nie zabiegowych uległ skróceniu (1,2 dnia / 0,7 dnia), (Tabela 39 element SZS – zarządzanie oddziałem klinicznym). W konsekwencji skrócił się czas oczekiwania pacjentów nowo przyjmowanych, co w badaniu ankietowym pacjenci również uznali za korzystną zmianę.

Pogorszył się natomiast *czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych* co zostało poparte obiektywnymi wskaźnikami (w tym przypadku dla badań KT i MR). (Tabela 39 element SZS – badania, konsultacje zabiegi). Wszystkie elementy OSZ skorelowane z tym obszarem zanotowały spadek. Monitorowanie potwierdziło wydłużenie czasu oczekiwania na MR o 0,4 dnia, na KT natomiast 0,13 dnia.

5. Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań pozostawiają pewien niedosyt. Nie w każdym aspekcie udało się udowodnić prawidłowość postawionej hipotezy: *skorelowanie czynników definiujących jakość świadczenia zdrowotnego z obszarami zarządzania podmiotem leczniczym i zarządzanie relacjami w oparciu o mierzalne wartości umożliwia optymalizację poziomu jakości świadczeń zdrowotnych.*

Weryfikacja hipotez szczegółowych postawionych w pracy przedstawia się następująco:

Hipoteza 1: *obiektywna ocena poziomu cechy jakościowej oferty świadczenia zdrowotnego / obszaru zarządzania warunkowana jest przypisaniem tej cesze właściwego parametru jakościowego* zweryfikowana została pozytywnie.

Hipoteza 2: *brak powiązań między ofertą świadczenia zdrowotnego a obszarami systemu zarządzania szpitalem wyklucza możliwość optymalizacji oferty świadczenia zdrowotnego, jej przewidywalność i powtarzalność, osiągnięcie równowagi między deklaracją jakością a rzeczywistością jakościową* również znalazła potwierdzenie.

Hipoteza 3: *wymierzenie działań optymalizacyjnych, zarówno w obszary stricte medyczne, jak również w procesy zarządcze, administracyjne i wspomagające jest gwarantem sprawnego zarządzania całą organizacją, holistycznego podejścia do zarządzania.* Wbrew oczekiwaniom nie udało się w pełni potwierdzić postawionej hipotezy. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest opracowany dla potrzeb pracy podział obszarów systemu zarządzania szpitalem. Nie w pełni oddaje on model procesowanego zarządzania szpitalem. Nie ujęcie obszarów w ramy procesów uniemożliwiło określenie reprezentatywnych parametrów, których monitorowanie relacjonuje prawidłowy przebieg każdego z procesów.

W poszukiwaniu prac o podobnej tematyce nie udało się autorce natrafić na taką, z której można by czerpać dane weryfikujące i porównawcze. Jest wiele opracowań związanych z oceną jakości usług oferowanych przez placówki zdrowotne. Jednakże celem niniejszej pracy nie jest ocena jakości usług oferowanych przez szpital, a weryfikacja skuteczności opracowanej metody. Niemożność dotarcia do prac proponujących nowatorskie rozwiązania w obszarze zarządzania jakością usług uniemożliwiła konfrontację wyników.

Wątpliwości nie budzi słuszność obranego kierunku. Dalsze działania zawodowe i naukowe autorki pracy będą zmierzały do udoskonalenia zaprezentowanego materiału, kontynuując prace nad wykorzystaniem metody w praktyce. Dowodem na ewolucję *metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych* jest *metoda zarządzania procesowego*. Jak już wspomniano w pkt. 3.8 najslabszym ogniwem proponowanego rozwiązania było typowanie obszarów słabszych, wymagających doskonalenia, w oparciu o wyniki badań

ankietowych. Zmiana polega przede wszystkim na systematycznym pozyskiwaniu danych z monitorowania parametrów procesowych. Umniejszona została rola ankiet jako narzędzi dostarczających danych o systemie zarządzania i jakości usługi. Badania ankietowe nadal wykorzystywane, stanowią narzędzie wsparcia w podejmowaniu decyzji związanych ze standaryzacją i optymalizacją. Silne przekonanie o słuszności założeń opracowanej metody i właściwym kierunku zmian doskonalących potwierdzają doniesienia literaturowe oraz artykuły w czasopismach branżowych, do których autorka odwołuje się prowadząc dyskusję.

Istotną cechą usługi jest nierozdzielność, interpretowana jako silna integracja usługodawcy (szpital) i usługobiorcy (pacjent). Konieczność wiązania czynników jakościowych świadczenia zdrowotnego z obszarami zarządzania szpitalem pozostaje więc bezsporna. Usługa powstaje na styku tych dwóch podmiotów, tworząc ich ścisłą współzależność.⁷⁴ Niedostrzeżenie powiązań między systemem zarządzania a ofertą świadczenia to błąd, który może pociągać za sobą poważne konsekwencje finansowe. Zarządzanie zbiorem wszystkich elementów, obszarów systemu zarządzania, oddziałujących w sposób kontrolowany na usługę świadczenia zdrowotnego, pozwala wpływać na poziom jakości usługi i optymalizować go. Takie podejście daje pewność, że uzyskiwany poziom świadczenia jest powtarzalny i możliwie najwyższy w danych warunkach. Potwierdzenie tej tezy odnajdujemy również w przywołanych publikacjach z dziedziny zarządzania.

Powodów uzyskania nie w pełni satysfakcjonujących wyników jest zapewne wiele. Być może, z uwagi na krótki czas od wprowadzenia zmian optymalizacyjnych, niektóre zmiany widoczne dla pracowników nie są jeszcze dostrzegane przez pacjentów, zwłaszcza że kluczowe zmiany zostały wprowadzane na przestrzeni ostatnich dwunastu miesięcy. Mimo spadków, a spadki te były niewielkie, pacjenci ocenili jakość świadczonych przez szpital usług na bardzo wysokim poziomie. Biorąc pod uwagę dane sprzed trzech lat, które w znikomym stopniu różnią się od danych aktualnych i uwzględniając stale rosnącą świadomość, wymagania pacjentów, dostęp do bogatych źródeł informacji, można wnioskować, że ocena ta jest tak samo wysoka a może nawet wyższa. Jednocześnie, monitorowane w ramach procesowego zarządzania parametry w znakomitej większości przypadków dowodzą znaczącej poprawy, a dane pochodzące z monitorowania należy uznać za obiektywne (niestety trudne do porównania z wynikami badań uzyskanymi w procesie ankietyzacji). Szpital zaczął koncentrować swoje działania wokół spraw i obszarów, które w badaniach ujawniły się jako problem. Również pacjenci w sytuacjach kryzysowych, takich

⁷⁴ B. Bulanowska: dz. cyt., s. 41.

jak np. zakażenie szpitalne, reoperacja zaczynają przywiązywać większą wagę do istotnych parametrów jakościowych.

Pacjenci, korzystając z usług szpitala jednorazowo (niewielu pacjentów odwiedza szpital z określoną regularnością) nie są w stanie zaobserwować różnic w otaczającej ich rzeczywistości szpitalnej, takich jak: skrócenie procesu rejestracji, lepszy dostęp do diagnostyki, krótki czas oczekiwania na konsultację. Obserwatorami mogą tu być jedynie lekarze, pielęgniarki, personel szpitala zmagający się z ułomnościami systemu każdego dnia. Dowodzi temu fakt, iż badania przeprowadzone wśród pracowników szpitala pokazują, że pracownicy dostrzegają zmiany wpływające na system zarządzania szpitalem, a tym samym na usługę zdrowotną. Ponadto pacjenci w swoich ocenach najczęściej nie mają wymiernego punktu odniesienia, porównywalnego pobytu, pracownicy owszem.

Wskazane relacje między jakością a systemem zarządzania są prawidłowe. Zatem progres w systemie w naturalny sposób musi oddziaływać na ofertę świadczenia zdrowotnego. Jest to kwestia bezdyskusyjna, ale wymaga czasu, gdyż konieczne jest uregulowanie obszarów pustych, funkcjonujących w sposób chaotyczny.

Nie w pełni satysfakcjonujący efekt pracy powodowany był poziomem wiedzy i możliwości implementacji tej wiedzy na grunt szpitala w roku 2008 i dziś. Jest to ogromna zmiana jakościowa. Na etapie konstruowania ankiet sformułowane zostały pytania w odniesieniu do systemu zarządzania szpitalem. W tamtym okresie szpital w ogóle nie rozważał procesowego podejścia do zarządzania. Dziś, kiedy owo podejście realizuje się w praktyce w postaci dedykowanego narzędzia dostosowanego do specyfiki szpitala, szpital dysponuje wskaźnikami oceny procesów składających się na system zarządzania szpitalem. Skomunikowanie tak działającego systemu z ofertą świadczenia zdrowotnego zapewne dałoby wymierne efekty i pozwoliłoby na zdefiniowanie parametrycznej oferty świadczenia zdrowotnego i przełożenie jej na percepcję pacjenta. Włożony wysiłek niesie korzyści w postaci poprawy wielu parametrów procesowych już choćby z prostego powodu, że zaczęły być monitorowane i podlegają ocenie. Efekt synergii wkrótce będzie zauważalny przez wszystkich: pracowników szpitala i pacjentów.

Powszechnie uważa się, że synergia to dawny termin medyczny oznaczający sposób harmonijnego koordynowania pracy poszczególnych części ciała. W nomenklaturze menedżerskiej synergia to rezultat pracy zespołowej, których produkt przewyższa nie tylko każdy z wniesionych wkładów, ale nawet sumę ich wszystkich.⁷⁵

⁷⁵ J. Bank: *Zarządzanie przez jakość*. Wydawnictwo FELBERG SJA, Warszawa 1999, s 44

Szpital znajduje się obecnie na etapie opracowywania parametrycznej oferty świadczenia zdrowotnego. Zdefiniowane w pracy czynniki oferty pozostaną w niezmienionej formie. Słuszność wyboru czynników OSZ potwierdzają doniesienia literaturowe.

A.G. Lawthers w artykule zatytułowanym „Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia”, spośród aspektów pomiaru jakości wyróżniła następujące elementy:⁷⁶

- *dostępność* rozumianą jako łatwość, z jaką klient może otrzymać usługę zdrowotną, oraz
- *satysfakcję* pojmowaną jako stopień, w jakim opieka zdrowotna jest przez pacjenta akceptowana, a także
- *jakość kliniczną* oznaczającą usługę odpowiednią do stanu zdrowia pacjenta, świadczoną w odpowiednim czasie, w sposób bezpieczny i kompetentny, prowadzącą do pożądaných wyników.

A.G. Lawthers w pracy z fokusową grupą pacjentów doprecyzowała ww. aspekty jakościowe i w konsekwencji wyróżniła:

- *dostępność* (zdefiniowaną powyżej),
- *informację i komunikację* (wszystko to, czego lekarz uczy pacjenta w odniesieniu do jednostki chorobowej, leczenia, zachowań prozdrowotnych),
- *respekt i zainteresowanie* (czy lekarz bierze pod uwagę preferencje pacjenta odnośnie sposobu leczenia?),
- *kontynuację i koordynację* (czy opieka jest zorganizowana, czy miały miejsce konsultacje z innymi lekarzami, czy pacjent rozumie dalsze postępowanie i czy będzie wiedział jak postępować po opuszczeniu murów placówki),
- *komfort psychiczny* (czy ból został złagodzony, czy pacjent otrzymał pomoc, której potrzebował?),
- *zaangażowanie rodziny i przyjaciół* (czy rodzina i przyjaciele brani są pod uwagę w planowaniu opieki?),
- *satysfakcję* (stopień, w jakim opieka jest akceptowana przez pacjentów w odniesieniu do ich potrzeb i oczekiwań).

Równoległym krokiem będzie także określenie optymalnych, pożądaných parametrów procesowych, które w istocie będą stanowiły cel i wytyczały kierunek zmian. G. Rathmann, prezes firmy Abbott Laboratories zwraca uwagę na precyzyjne określanie celów. Podkreśla,

⁷⁶ A.G. Lawthers: *Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia*. Zdrowie i Zarządzanie 1999; tom I nr 3: 17-23, s. 19-20.

jak ważne jest by miary przykładane do celów pozostawały niezmiennie. Gdy przyjdzie czas rozliczeń będzie można porównać to co osiągnęliśmy z założeniami. Stałość, konsekwencja i rygor może ustrzec przed zgubnym przed fałszowaniem rzeczywistości i umniejszaniem porażek.⁷⁷

Dalekosięzną konsekwencją wyżej opisanych działań będzie również kreowanie tożsamości marki szpitala. Systematyczne uzyskiwanie poziomu jakości usługi zgodnego z deklaracjami szpitala wytworzy w świadomości pacjentów obraz szpitala godnego zaufania, spełniającego wysokie standardy jakościowe. Wyrazista i skuteczna tożsamość marki, rozumiana i aprobowana przez wszystkich pracowników musi stanowić element wizji strategicznej pozostającej w zgodzie z kulturą organizacji i jej wartościami. Tożsamość marki (podmiotu leczniczego) wyznacza istotne dla jej budowania kanały komunikacyjne, zarazem wskazując te, za sprawą których przekaz idący do klienta (pacjenta) jest mylący i niespójny.⁷⁸

Chcąc zapewnić właściwy pomiar rezultatów wszystkich procesów, które zachodzą w organizacji należy opracować odpowiedni zestaw mierników procesowych. Takie podejście jest podstawą kompleksowego i systematycznego pomiaru wyników tychże procesów. Zestaw miar pozwala powiązać cel procesu, miernik obrazujący jego przebieg i efekt z osobami odpowiedzialnymi za pożądany wynik procesu.⁷⁹ Efektywność w medycynie to nie tylko kwestia trafnej diagnozy, sprawności technicznej i odrobiny współczucia dla ludzi. Jak w każdej innej profesji, nieodłącznym elementem każdego działania medycznego jest walka z systemem, brakiem środków, okolicznościami, ludźmi oraz własną niedoskonałością.⁸⁰ Stąd też zmiany należy ukierunkowywać na przeprojektowanie procesów pod kątem możliwej ich optymalizacji, w efekcie czego osiągnany będzie coraz wyższy poziom jakościowy świadczonych usług.

W dywagacjach dotyczących wyznaczania mierzalnych celów A.G.Lawthers dokonuje próby określenia kryteriów wyboru miar. Jej zdaniem, zbieranie danych jest czasochłonne i bywa kosztowne. Warto zatem poważnie rozważyć celowość zbierania poszczególnych danych biorąc pod uwagę umiejętność odpowiedniej ich interpretacji i możliwości wykorzystania. Sugerowane dwa kluczowe obszary przy kryteriach wyboru miar to:⁸¹

- wykonalność;

⁷⁷ J. Collins, dz. cyt., s. 141.

⁷⁸ Harvard Business Review.: Praca zbiorowa, *Zarządzanie marką*. Harvard Business School Press, Gliwice 2006, s. 12

⁷⁹ E. Skrzypek, M. Hofman, dz. cyt., s. 99.

⁸⁰ A. Gawande: *Lepiej. Zapiski chirurga o efektywności medycyny*. Wydawnictwo Znak. Kraków 2011, s. 14.

⁸¹ A.G. Lawthers, dz. cyt., s. 21.

- obciążenie związane ze zbieraniem danych (czasochłonność),
- dostępne źródła danych,
- koszt zbierania danych,
- precyzja specyfikacji (miara musi być specyficzna by umożliwiła dokładne zbieranie danych),
- odpowiedniość;
 - odniesienie miary do aspektów jakości, które z nich są ważne,
 - umiejętność interpretacji miar,
 - ocena możliwości występowania różnic w stosowaniu miar i ocena, czy pozostawia ona miejsce na poprawę jakości. Zróżnicowanie wyników może sygnalizować potrzebę standaryzacji lub usprawniania procesu pomiaru,
 - umiejętność i możliwość panowania nad pomiarem – nie można być odpowiedzialnym za coś, nad czym nie ma się kontroli.

Do każdego celu wiedzie szereg celów pośrednich. Wyodrębnienie pomniejszych celów pozwala na planowanie działań i koncentrację wysiłków. Cele dalekie wywierają porządkujący wpływ na cele bliższe. Brak celów dalszych czyni działania chaotycznymi, powodując zejście z obranej drogi. Nawet błędnie wytyczony cel może posłużyć jako punkt odniesienia umożliwiając weryfikację założeń.⁸²

Szpital Kliniczny im. Heliadora Świącickiego w toku dwunastu miesięcy prac nad ustalaniem celów i formułowaniem miar dla procesów dokonał skoncentrował się krytycznych z punktu widzenia poziomu jakości świadczonych usług i ekonomiki działania jednostki celach. Koszt jest nierozzerwalnie związany z jakością. Koszt jakości to skrócony wzór wszystkich kosztów poniesionych przy powstawaniu wyrobu, świadczeniu usługi. Stanowi on kompilację kosztów profilaktyki, szacowania, popełnionych błędów, kosztów związanych z przekroczeniem wymagań klienta, kosztów będących wynikiem utraconych korzyści.⁸³

Aby stworzyć pacjentowi możliwość obiektywnego rzeczywistego wyboru placówki należy stworzyć ofertę świadczenia wyrażoną w parametrach pozwalających odnieść wartości liczbowe do indywidualnych preferencji. Obiektywny charakter właściwości mierzalnych wynika stąd, że dowolna osoba znająca wzorzec (normę) i mająca dostęp do odpowiednich

⁸² A. Machnik: *Jak działać sprawnie i skutecznie*. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2002, s. 21-22.

⁸³ J. Bank, dz. cyt., s. 34.

instrumentów pomiarowych może zbadać te cechy i je ocenić. Wynik będzie zawsze taki sam bez względu na to, kto dokona pomiaru.⁸⁴

Rynek usług zdrowotnych powinien stworzyć pacjentowi możliwość dokonania porównań między placówkami, między usługami. Aby tak się stało, wszystkie jednostki powinny swoją ofertę przygotować w postaci deklaracji.

Na podstawie diagnozy organizacji, danych dotyczących zadowolenia klienta, wyników benchmarkingu analizuje się sytuację, wyznacza punkty krytyczne i ustanawia cele. Cele winny przyjąć postać wizji⁸⁵ i wskaźników o założonej na przyszłość wielkości.⁸⁶ Cele powinny być przypisane pracownikom, by mieli oni świadomość znaczenia swojej pracy w osiąganiu celów nadrzędnych oraz by identyfikowali się z postawionymi celami.⁸⁷

Niewątpliwym wyzwaniem będą działania wokół czynnika oferty świadczenia zdrowotnego *skuteczność leczenia*, zmierzające do monitorowania stopnia osiągnięcia założonego efektu terapeutycznego. Jednoznaczne określenie wyników działań wpływających na stan zdrowia jest możliwe wówczas, gdy obserwacji poddana zostanie odpowiednio duża liczba działań danego rodzaju. Działania te muszą być jednolite, odpowiadać ustalonym standardom, by mogły posłużyć formułowaniu zunifikowanych konkluzji.⁸⁸

A. Kozierkiewicz w opracowaniu zatytułowanym „Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej” podkreśla konieczność implementowania na grunt opieki medycznej koncepcji ciągłej opieki lub łańcucha wartości. Podstawą tejże koncepcji jest odpowiednie zorganizowanie procesów diagnostyczno-leczniczych, co z kolei leży u podstaw koncepcji zarządzania chorobą i koordynacji procesów leczenia. Kozierkiewicz podkreśla, jak ważne z punktu widzenia osiągnięcia celów w interwencjach zdrowotnych, jest jednoznaczne określenie tych celów i uzgodnienie dla nich pożądanej wartości⁸⁹

A. Lawthers twierdzi, że jakość kliniczną zmierzyć jest najtrudniej.⁹⁰ Walidacja efektu terapeutycznego możliwa będzie wówczas, gdy w wyniku szczegółowej analizy przypadku określimy pożądany, możliwy do osiągnięcia cel leczenia, a skuteczność jego zostanie poddana ocenie po zakończeniu procesu leczenia i opieki.

⁸⁴ J. Chwałek: *Obsługa klienta. Jakość usług*. Wydawnictwo SIP, 2003, s. 174-175.

⁸⁵ *komentarz autora*: wizja w doniesieniu do świadczeń zdrowotnych winna przyjąć postać docelowej oferty świadczenia zdrowotnego.

⁸⁶ *komentarz autora*: wskaźnik o założonej na przyszłość wielkości to w doniesieniu do świadczeń zdrowotnych - wartość optymalna / oczekiwana parametru

⁸⁷ H.H. Steinbeck: *Total Quality Management. Kompleksowe Zarządzanie Jakością*. Agencja Wydawnicza Placet. Warszawa 1998, s. 76.

⁸⁸ E. Kocot: *Miary efektów zdrowotnych*. Zdrowie i Zarządzanie 2002; tom IV nr 6: 55-62, s. 55.

⁸⁹ A. Kozierkiewicz: *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*. Warszawa 2011, s. 19.

⁹⁰ A.G. Lawthers, dz. cyt., s. 23.

Celem każdego działania zdrowotnego, niezależnie czy jest to program profilaktyczny, leczenie, czy rehabilitacja, jest osiągnięcie pozytywnych efektów zdrowotnych. Pojęcie efektu zdrowotnego rozumiane jest jako finalny rezultat działania zdrowotnego wyrażający się w zmianach dotyczących stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia różnych funkcji społecznych.⁹¹

Na finalny, dalekosiężny rezultat działania zdrowotnego składa się również szeroko rozumiana edukacja zdrowotna, która mimo iż dobrze oceniana przez pacjentów, powinna być na znacznie wyższym poziomie niż obecnie jest.

Edukacja może prowadzić do uzyskiwania lepszych wyników w opiece zdrowotnej. Stąd zaliczana jest do istotnych elementów poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Edukacja obniża także koszty opieki zdrowotnej poprzez np. mniejszą liczbę porad lekarskich lub skrócenie hospitalizacji. Równocześnie wpływa na poprawę stanu zdrowia i jakości życia pacjenta, czego konsekwencją jest wzrost satysfakcji pacjentów z otrzymanej opieki.⁹²

Jednym z fundamentów działań ukierunkowanych na ocenę efektów leczenia będzie stworzenie i wdrożenie systemu monitorowania medycznych zdarzeń niepożądanych. Prasa fachowa od lat sygnalizuje o problemach narastających wokół zdarzeń medycznych, błędów w sztuce, zjawie milczenia wokół tych spraw i konsekwencji negowania incydentów skutkujących powtarzaniem się tych zdarzeń.

A. Gawande, amerykański chirurg zgłębiający tematykę błędów w sztuce lekarskiej, zachęca do budowania listy pytań i modyfikowania jej o pytania niestandardowe, gdyż tylko to może nas uchronić, znacząco zredukować ryzyko popełnienia błędu, ryzyko nie osiągnięcia pożądanego efektu medycznego. Gawande w swojej książce zatytułowanej *The check list manifesto* pisze o nadzorowaniu budów. Posługując się metaforą budynku należy stwierdzić, iż każdy budynek jest na swój sposób specyficzny. Oddając taki budynek w ręce ludzi musimy za każdym razem użyć *checklisty* zawierającej pytania sformułowane przez specjalistów różnych dyscyplin. Taka *checklista* prowadzi budowę ku zakończeniu, dzień po dniu zapewniając, że kierujemy się we właściwym kierunku, we właściwym czasie.⁹³

Przez lata nauki i praktyki, w każdej dziedzinie życia udało się zebrać i skomponować zdumiewające ogromny zasób wiedzy. Tę bazę wiedzy tworzyli i tworzą najbardziej wykształceni, wysoko wykwalifikowani i pracowici ludzie. Mimo, że dzięki

⁹¹ P. Wilton: *Framework of the analysis of costs and benefits in economic evaluation with reference to GP*. Centre for Health Program Evaluation, Victoria 1997.

⁹² K. Szczerbińska: *Zarządzanie edukacją zdrowotną pacjentów*. *Zdrowie i Zarządzanie* 2000; tom II nr 5: 40-48, s. 40.

⁹³ A. Gawande: *The checklist manifesto. How to get things right*. Profile Books Ltd, second edition. Great Britain 2010, s. 62.

know-how realne jest uniknięcie błędów częstych i uporczywych wpływających demoralizującą i frustrującą, zapanowanie nad tą wiedzą stanowi duże wyzwanie. Dzieje się tak dlatego, że wielkość i złożoność tego, co wiemy przekroczyła naszą indywidualną zdolność do dostarczania usługi poprawnie, bezpiecznie i niezawodnie. Wiedza służy ludziom, lecz wykorzystywanych w złych celach niesie poważne konsekwencje. Oznacza to, że należy obrać inną strategię pokonywania błędów, opierającą się na doświadczeniu i wykorzystywaniu wiedzy ludzi, uwzględniającą nieuniknione niedoskonałości człowieka. Tą strategią jest lista kontrolna.⁹⁴

Medycyna często bywa frustrującą profesją. Jednak nie leczenie chorób jest tego powodem, a konieczność pracy z innymi ludźmi w sytuacjach, których nie da się do końca kontrolować. Medycyna to działanie zespołowe – efekty pracy lekarzy i pielęgniarek decydują częstokroć o życiu ludzkim.⁹⁵

Warto więc pracować nad optymalizacją poziomu jakości świadczeń zdrowotnych mając pełną świadomość tego, iż jest to proces dążący do nieskończoności. Satysfakcja z dążenia pozostaje celem i sensem samym w sobie.

⁹⁴ A. Gawande: *The checklist manifesto. How to get things right*. Profile Books Ltd, second edition. Great Britain 2010, s. 62

⁹⁵ Tamże, s. 225.

6. Wnioski

Logiczne powiązanie czynników definiujących jakość świadczenia zdrowotnego z obszarami zarządzania podmiotem leczniczym i zarządzanie relacjami w oparciu o mierzalne wartości podstawą jest podstawą optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Zaimplementowana metoda w swojej istocie miała umożliwić szpitalowi realny wpływ na zarządzanie poziomem jakości świadczonych usług. Celem pracy była ocena skuteczności opracowanej i zastosowanej w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu metody. Wnioski z zastosowanej metody można sformułować następująco:

- wymierna ocena cech jakościowych oferty świadczenia zdrowotnego (percepcja pacjenta) umożliwiła oszacowanie poziomu jakości składowych oferty świadczenia zdrowotnego, dając pogląd na to, jak pacjenci odbierają działania szpitala.
- powiązanie elementów systemu zarządzania szpitalem z elementami oferty świadczenia zdrowotnego pozwoliło na zaobserwowanie zmian (po przeprowadzeniu działań standaryzacyjnych i zmian optymalizacyjnych) w ocenie tych elementów z pozycji pacjenta i pracownika szpitala. W tych ocenach kryje się jednak wiele przekłamań wynikających z nadal niewystarczająco skodyfikowanego, zestandaryzowanego systemu zarządzania. Miejsca puste, nieuregulowane mogą nadal istotnie zakłócać przejrzystość relacji: przyczyna – skutek, działanie – efekt, istotnie utrudniając przewidywanie skutków działań optymalizacyjnych i ich niezmiennosc w czasie;
- brak obiektywnych mierników dla obszarów zarządzania szpitalem (procesów wewnętrznych) oraz parametrów monitorujących procesy i wyrażających jakość świadczenia zdrowotnego uniemożliwiło przełożenie subiektywnej oceny na realną wartość (np. ocena czynnika *skuteczność leczenia* dokonana przez pacjentów, kształtująca się na poziomie 4,5 (w skali od 1-5) jest równa 85% skuteczności leczenia (obiektywna dana pozyskana z monitorowania procesu).
- brak deklaracji jakościowych w relacjach wewnętrznych (we współpracy komórek / obszarów SZS) skutkuje brakiem wewnętrznej dyscypliny procesowej, stanowi realną przeszkodę w zgłaszaniu naruszenia zasad współpracy (gdyż nie zostały one ustanowione i zakomunikowane).
- brak pełnej standaryzacji systemu nie pozwala na uzyskanie wiedzy odnośnie tego, jaki poziom jakości świadczenia zdrowotnego (optymalny poziom) możliwy jest do osiągnięcia w aktualnych warunkach.

- w aktualnie działającym systemie, uniemożliwiającym projekcję efektów jego działania, nie można zagwarantować pacjentom, że deklaracje odnośnie poziomu jakości świadczonych usług znajdą pokrycie w rzeczywistości.

7. Piśmiennictwo

Pozycje zwarte

1. Bank J.: *Zarządzanie przez jakość*. Wydawnictwo FELBERG SJA, Warszawa 1999.
2. Blikle J.A.: *Doktryna Jakości*. Warszawa 2012.
3. Bukowska-Piastryńska A.: *Marketing Usług Zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. Wydanie IV, CeDeWu, Warszawa 2011.
4. Cenker E.E.: *Public Relations*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 2002.
5. Chwałek J.: *Obsługa klienta. Jakość usług*. Wydawnictwo SIP, 2003.
6. Collins J.: *Od Dobrego do Wielkiego. Czynniki trwałego rozwoju i zwycięstwa firm*. MT Biznes Sp. z o.o., Warszawa 2001.
7. Dobska M., Rogoziński K.: *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2008.
8. Dobska M., Dobski P.: *TQM. Zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo MARS GRAF, Poznań.
9. Duplik I.: *Restrukturyzacja procesów gospodarczych. Reengineering. Teoria i Praktyka*. Wydawnictwo Placet, Warszawa 1998.
10. Encyklopedia Popularna PWN. Wydanie dziesiąte, Warszawa.
11. Gawande A.: *Lepiej. Zapiski chirurga o efektywności medycyny*. Wydawnictwo Znak. Kraków 2011.
12. Gawande A.: *The checklist manifesto. How to get things right*. Profile Books Ltd, second edition. Great Britain 2010.
13. Gilmore H.L.: *Product Conformance Cost*. „Quality Progress”, June 1974.
14. Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: Dąbrowska E.: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, art. Standaryzacja i optymalizacja w zarządzaniu zasobami rzeczowymi w zakładzie opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2009.
15. Głowacka M.D., Dąbrowska E., Jakubek E., Bajurna B., Przewoźna M.: *Implementation of Quality Management System in Hospitals – fundamental notions and typical problems*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.

16. Griffin R.W.: *Podstawy Zarządzania Organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
17. Hamrol A., Mantura W.: *Zarządzanie Jakością. Teoria i Praktyka*. Wydanie trzecie, Warszawa – Poznań 2002.
18. Harvard Business Review.: Praca zbiorowa, *Zarządzanie marką*. Harvard Business School Press, Gliwice 2006.
19. Holly R.: *Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia*. Polityka zdrowotna VI, Warszawa 2006.
20. Holly R.: *Dodatkowe ubezpieczenia Zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*. Polityka zdrowotna VI, Warszawa 2006.
21. Holly R., Suchecka J.: *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*. Agencja Wydawnicza SOWA, Łódź-Warszawa 2009, 17-20.
22. Kaplan, R.S., Norton, D.P.: *Strategiczna Karta Wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, PWN, Warszawa 2001.
23. Kozierkiewicz A.: *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*, Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2011.
24. Heath Report 2000, WHO, Geneva 2000.
25. Krasucki P.: *Optymalizacja Systemu Ochrony Zdrowia*. Wydawnictwo Cedetu, Wydanie I, Warszawa 2005.
26. Krot K.: *Jakość i Marketing Usług Medycznych*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2008.
27. Lisiecka K., Lisiecka – Bielanowicz M.: *Pomiar jakości świadczeń zdrowotnych podstawą zarządzania tą wartością*. Praca zbiorowa: *Zarządzanie Jakością Usług Zdrowotnych*. Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Praworządności, Warszawa 2003.
28. Lisiecka K., Lisiecka – Bielanowicz M.: *Standardy a jakość usług zdrowotnych*, Praca zbiorowa: *Zarządzanie Jakością Usług Zdrowotnych*, Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Praworządności, Warszawa 2003.
29. Łunarski J.: *Zarządzanie Jakością. Standardy i Zasady*. Wydawnictwo Naukowo – Techniczne, Warszawa 2008.
30. Machnik A.: *Jak działać sprawnie i skutecznie*. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2002.

31. Opolski K., Waśniewski K.: *Zarządzanie Jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Wydanie I, CeDeWu, Warszawa 2011.
32. Skrzypek E., Hofman M.: *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie. Identyfikowanie, pomiar, usprawnienie*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2010.
33. Stabryła A.: *Podstawy zarządzania firmą*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
34. Steinbeck H. H.: *Total Quality Management. Kompleksowe Zarządzanie Jakością*. Agencja Wydawnicza Placet. Warszawa 1998.
35. Szocki J.: *Wizerunek firmy w mediach*. Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań – Wrocław 2008.

Czasopisma

1. Augustynowicz S.: *Najpierw wyrównać szanse*, data odczytu: www.rynekzdrowia.pl, data odczytu: 30.03.2012
2. Berry L., Parasuraman A., Zeithaml V.A.: *Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. „Journal of Marketing” 1985, nr 49.
3. Bulanowska B.: *Produkt zakładu opieki zdrowotnej. Jego pojęcie, struktura i kształtowanie w kontekście kontraktowania świadczeń medycznych*. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999; tom I nr 4: 40-48.
4. Broh R.A., Taguchi G., Elsayed E.A.: *Managing Quality for Higher Profits*, McGraw-Hill, New York 1982.
5. Crosby P.B.: *Quality is Free. The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill, New York 1979.
6. Deming W.E.: *Out of Crisis*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology. 1986.
7. Deming W.E.: *Quality, Productivity and Competitive Position*. MIT, Cambridge 1982.
8. Dziadkowiec J.: *Wybrane metody bada_ i oceny jakości usług*. Zeszyty Naukowe nr 717 Akademii Ekonomicznej w Krakowie, 2006.
9. Gazeta Rzeczpospolita: art. *Nowe urzędy ocenią i wycenią usługi medyczne*, dodatek prawny, 2011 z dn. 14.12 0211.
10. Hsiang T.: *Quality Engineering in Production Systems*. McGraw- Hill, Inc., New York 1989.
11. Juran J.M., Gryn F.M.: *Quality Planning and Analysis*. McGraw-Hill Inc., wyd. 3, New York 1993.

12. Karaszewski R.: *SERVQUAL – metoda badań jakości świadczonych usług*. Problemy Jakości, nr 8, 2001.
13. Klisowska I.: *Art: Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*. Serwis Prawo i Zdrowie, dn. 21.01.2012.
14. Kazandijan V.: *WHO Path Conference, Skąd wiemy, że nasza opieka szpitalna jest dobrej jakości*. Warszawa 2011.
15. Kocot E.: *Miary efektów zdrowotnych*. Zdrowie i Zarządzanie 2002; tom IV nr 6: 55-62.
16. Lawthers A.: *Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia*. Zdrowie i Zarządzanie 1999; tom I nr 3: 17-23.
17. Njord, J.: *Optimizing the system*. American Association of State Highway and Transportation Officials.
18. Oakland J.S.: *Total Quality Management*. Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford 1992.
19. Parasurman A., Zeithaml V.A., Berry L. *Servqual: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*, Volume 64, Number 1, Spring 1988, 12-40.
20. Szczerbińska K.: *Zarządzanie edukacją zdrowotną pacjentów*. Zdrowie i Zarządzanie 2000; tom II nr 5: 40-48.
21. Wilton P.: *Framework of the analysis of costs and benefits in economic evaluation with reference to GP*. Centre for Health Program Evaluation, Victoria 1997.

Akty Prawne

1. Instrukcja nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych. (Dz. Urz. MZ z dnia 30 listopada 1984 r.).
2. Instrukcja nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych. (Dz. Urz. MZ z dnia 30 listopada 1984 r.).
3. Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ z dnia 25 stycznia 2010 r.).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. *w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych* (Dz. U. z dnia 31 grudnia 1998 r.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 31 grudnia 1999 r.)
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (tekst jednolity)
8. Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.).

Normy

1. Norma PN-EN ISO 9000:2009. System Zarządzania Jakością – *Podstawy i terminologia*
2. Norma PN-EN ISO 9001:2009. *System Zarządzania Jakością - Wymagania.*

Regulacje wewnętrzne Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

1. Regulamin Porządkowy Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Zarządzenie Wewnętrzne nr 01/06/2011 Dyrektora Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Porządkowego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)
2. Statut Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – tekst jednolity nadany na mocy Uchwały Nr 177/2011 z dnia 26 października 2011 roku Senatu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

8. Streszczenie

Celem pracy było opracowanie, wdrożenie oraz ocena skuteczności metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Metoda wdrożona została w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jednakże jej uniwersalny charakter pozwala na implementację również w innych jednostkach świadczących usługi zdrowotne.

Część teoretyczna prezentuje szpital na tle systemu ochrony zdrowia oraz szczegółowo przedstawia obiekt badawczy. W części tej znalazły się również wyjaśnienia podstawowych pojęć związanych z tematem pracy.

Część badawcza koncentruje się wokół metody optymalizacji poziomu jakości świadczeń. W części tej dokonuje się prezentacja teoretyczna oraz próba demonstracji wyników wdrożenia proponowanej metody w szpitalu.

Zaproponowana metoda składa się z pięciu etapów: I) identyfikacja czynników determinujących jakość oferowanego przez szpital świadczenia zdrowotnego, II) przeprowadzenie badań ankietowych wśród pacjentów i pracowników, III). Określenie zależności między poszczególnymi obszarami systemu zarządzania szpitalem oraz zależności między ofertą świadczenia zdrowotnego a systemem zarządzania, IV) standaryzacja i optymalizacja obszarów systemu zarządzania szpitalem, V) ponowne przeprowadzenie badań ankietowych. Etap ostatni zamyka jeden cykl, jednocześnie otwiera cykl kolejny zgodnie z zasadą ciągłego doskonalenia.

Dla celów pracy stworzone zostały dwa kwestionariusze ankietowe: jeden przeznaczony do badania opinii pacjentów, drugi zaś służący zebraniu istotnych danych od pracowników pełniących funkcje kierownicze. Do analizy badań ankietowych posłużyła standaryzowana metoda Servqual polegająca na pomiarze jakości poprzez porównanie oczekiwań pacjenta (ocena ważności czynników jakościowych a oceną spełnienia (zaspokojenia potrzeb pacjenta).

Wyniki badań ankietowych obrazujące wpływ zmian optymalizacyjnych w systemie na jakość oferty świadczenia zdrowotnego podparte zostały danymi, których źródłem są liczne analizy prowadzone w ramach metody procesowego zarządzania szpitalem, którą to metodę szpital wdrożył i z powodzeniem rozwija od roku 2010.

Wnioski odnoszą się do oceny skuteczności zaproponowanej metody, ukazują jej wady i zalety. Autorka wskazuje również na możliwości modyfikacji metody i kierunki rozwoju dla uzyskiwania w przyszłości możliwie najlepszych efektów. Zwięźczenie stanowi

dyskusja nad tematem rozprawy i wynikami badań, w toku której przy wsparciu literatury zweryfikowane zostały postawione w pracy doktorskiej hipotezy.

9. Summary

The aim of this study was to develop, implement, and evaluate the effectiveness of methods for optimizing the independent public healthcare. The method has been implemented on the Heliodor Świącicki Teaching Hospital University of Medical Sciences. The universal nature of the method allows for implementation in other units of healthcare providers.

The theoretical part presents the background of hospital health care system and details the research facility. This section also includes explanations of basic concepts related to the topic of work.

Some research focuses on methods for optimizing the level of quality services. As part of this presentation is made and an attempt to demonstrate the theoretical results of the implementation of the proposed method in the hospital.

The proposed method consists of five stages: I) identify the factors determining the quality offered by the hospital health care benefits, II) carry out surveys of patients and staff, III) the relationship between individual areas of hospital management system and the relations between offering health care benefits and the management system, IV) to standardize and optimize areas of hospital management system, V) to repeat the survey. Final step closes one cycle, while opening another cycle in accordance with the principle of continuous improvement. For the purposes of the jobs created were two survey questionnaires: one designed to test the opinions of patients, while the second meeting of the relevant data used by employees occupying managerial positions. For the analysis of standardized survey method was used involving measurement of the Servqual quality by comparing the patient's expectations (evaluation of the validity of qualitative factors and the assessment of the fulfillment, to meet the needs of the patient).

Survey results showing the impact of changes in the system optimization to offer quality health care benefits have been supported by the data, which are the source of several studies conducted under the methods of hospital management process, which the hospital implemented the method and to successfully develop from 2010 onwards.

Conclusions relate to the evaluation of the effectiveness of the proposed method and show its advantages and disadvantages. The author also points to the possibility of modifying methods and developments in the future to obtain the best possible results. Culmination of

a discussion on the topic of hearing and outcomes research, in which an assisted literature reviewed were raised in the dissertation hypothesis.

10. Indeksy

Indeks tabel

Tabela 1	Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów. Analiza porównawcza.....	51
Tabela 2	Oferta Świadczenia Zdrowotnego. Wartości Servqual.....	55
Tabela 3	Wymiary jakości Servqual.....	56
Tabela 4	Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala. Wartości Servqual.....	60
Tabela 5	Przyjęcie do szpitala. Wartości Servqual.....	61
Tabela 6	Pobyt w szpitalu. Wartości Servqual.....	62
Tabela 7	Wypis ze szpitala. Wartości Servqual.....	63
Tabela 8	Wartości Servqual Wymiar materialny.....	64
Tabela 9	Wartości Servqual. Niezawodność.....	65
Tabela 10	Wartości Servqual. Reakcja na oczekiwania pacjenta.....	66
Tabela 11	Wartości Servqual. Pewność.....	67
Tabela 12	Wartości Servqual. Empatia.....	68
Tabela 13	Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowników komórek medycznych i administracyjnych. Analiza porównawcza...	70
Tabela 14	Monitorowany parametr: Wskaźnik płynności finansowej.....	76
Tabela 15	Monitorowany parametr: Poziom dostosowania infrastruktury szpitala do Rozporządzenia MZ w sprawie warunków fachowych i sanitarnych jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zoz'ów oraz Rozporządzenia MI w sprawie warunków technicznych budynków i budowli.....	76
Tabela 16	Monitorowany parametr: Obłożenie łóżek.....	77
Tabela 17	Monitorowany parametr: średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały zabiegowe).....	78
Tabela 18	Monitorowany parametr: średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (oddziały nie zabiegowe).....	79
Tabela 19	Monitorowany parametr: 1. Liczba pacjentów przypadających na lekarza specjalistę. 2. Liczba pacjentów przypadających na	83

	pielęgniarkę.....	
Tabela 20	Monitorowany parametr: % testów biologicznych i chemicznych potwierdzających prawidłowość przebiegu procesu sterylizacji.....	85
Tabela 21	Monitorowany parametr: % prawidłowych procesów sterylizacji parowej.....	85
Tabela 22	Monitorowany parametr: Liczba przeterminowanych jednostek krwi i/lub jej składników.....	86
Tabela 23	Monitorowany parametr: Liczba zgłoszonych reakcji w trakcie i po przetoczeniu krwi i/lub jej składników.....	86
Tabela 24	Monitorowany parametr: liczba wykonanych badań obrazowych MR, KT na 1000 osobodni hospitalizacji dla poszczególnych oddziałów klinicznych.....	87
Tabela 25	Monitorowany parametr: Czas oczekiwania na wykonanie badania (tryb zwykły, tryb CITO) (Centralne Laboratorium Analityczno Biochemiczne).....	88
Tabela 26	Monitorowany parametr: Czas oczekiwania na wykonanie badania (Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne).....	89
Tabela 27	Monitorowany parametr: 1. Średni czas oczekiwania na wykonanie badania od momentu wpłynięcia skierowania do momentu wykonania badania (rezonans, tomograf) 2. Średni czas oczekiwania na opis poszczególnych badań obrazowych (rezonans, tomograf) (Zakład Radiologii).....	90
Tabela 28	Monitorowany parametr: Średni czas oczekiwania na opis badania (Zakład Patomorfologii Klinicznej).....	91
Tabela 29	Monitorowany parametr: Zgodność rozpoznań histopatologicznych.	91
Tabela 30	Monitorowany parametr: Średni czas przestoju w dniach pracy aparatury - respiratory, aparaty do znieczuleń, aparatura monitorująca funkcje życiowe, pompy infuzyjne- kryterium jakościowe związane z zapewnieniem ciągłości świadczeń.....	92
Tabela 31	Monitorowany parametr: Czas przestoju aparatury / maszyn w związku z awarią (średni czas w danym przedziale czasowym w dniach) - lista pozycji aparaturowych podlegających analizie krytycznych z punktu widzenia ciągłości przebiegu procesu leczenia i opieki (nr 2) - dotyczy wyłącznie umów serwisowych.....	92
Tabela 32	Monitorowany parametr: Zgłaszalność zakażeń szpitalnych w oddziałach objętych aktywnym monitorowaniem.....	94

Tabela 33	Monitorowany parametr: Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 72 godzin hospitalizacji (szpitalne).....	94
Tabela 34	Monitorowany parametr: Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko (nie uwzględnia obłożenia) oraz liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji (bardziej wiarygodna). Liczba wyhodowanych czynników alarmowych.....	94
Tabela 35	Monitorowany parametr: Zużycie antybiotyków „specjalnych” (procedura P21/APTEKA).....	94
Tabela 36	Monitorowany parametr: Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm (III kwartał).....	97
Tabela 37	Monitorowany parametr: Zgodność zawartości (składniki odżywcze / kaloryczność) poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących norm (IV kwartał).....	97
Tabela 38	Macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego (macierz pogładowa).....	105
Tabela 39	Macierz korelacji między czynnikami systemu zarządzania szpitalem a elementami oferty szpitala w zakresie świadczenia zdrowotnego wsparta wartościami monitorowanych parametrów.....	107

Indeks wykresów

Wykres 1	Oferta Świadczenia Zdrowotnego (OSZ). Wartości Servqual.....	54
Wykres 2	Ocena ważności. Oferta świadczenia zdrowotnego.....	55
Wykres 3	Oferta świadczenia zdrowotnego. Ocena spełnienia Servqual.....	55
Wykres 4	Oferta Świadczenia Zdrowotnego. Wymiary jakości Servqual.....	57
Wykres 5	Ocena ważności. Wymiary jakości Servqual.....	58
Wykres 6	Ocena spełnienia. Wymiary jakości Servqual.....	58
Wykres 7	Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	60
Wykres 8	Przyjęcie do szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	61
Wykres 9	Pobyt w szpitalu. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	62
Wykres 10	Wypis ze szpitala. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	64

Wykres 11	Wymiar materialny. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	65
Wykres 12	Wymiar niezawodności. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	66
Wykres 13	Wymiar reakcji na oczekiwania pacjenta. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	67
Wykres 14	Wymiar pewności. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	68
Wykres 15	Wymiar empatii. Pomiar jakości wg metody Servqual.....	69

Indeks rycin

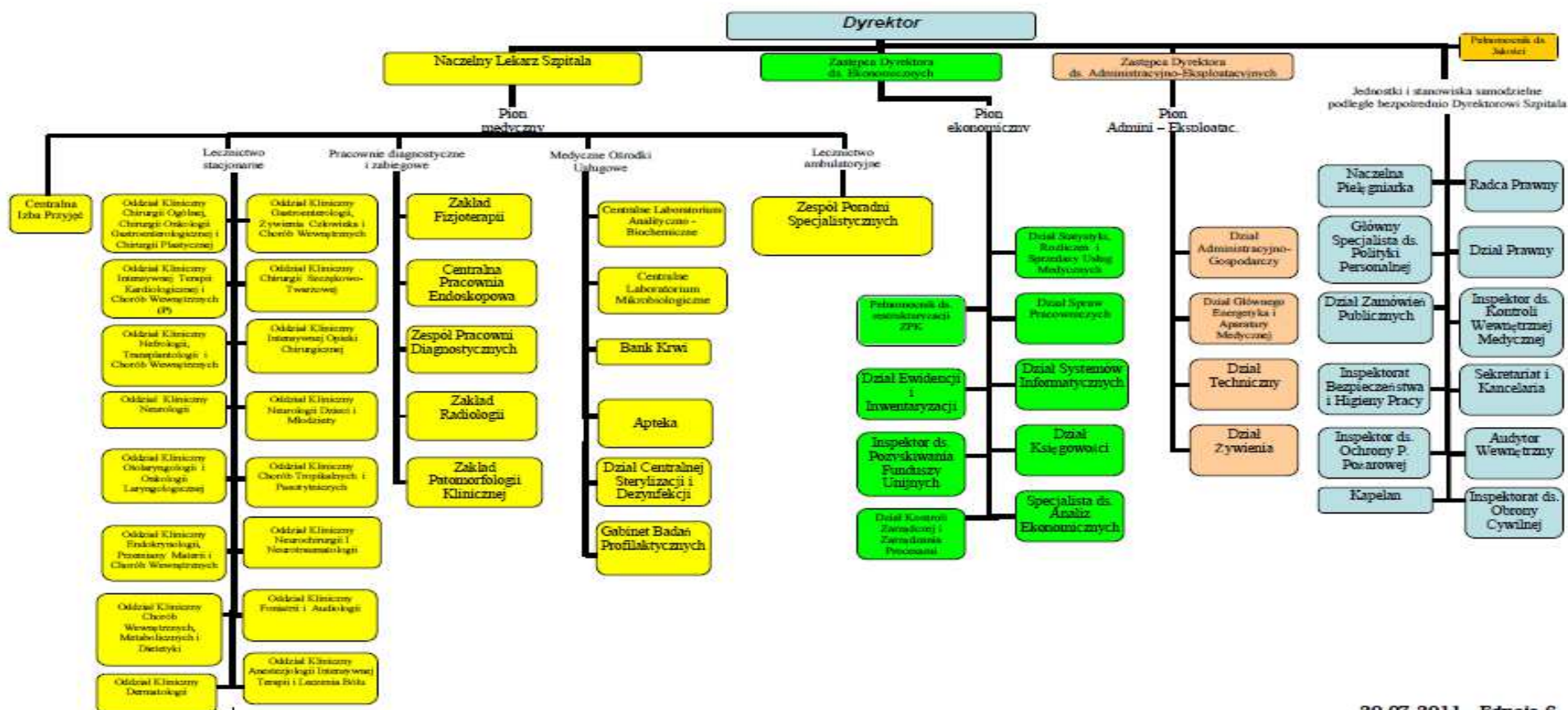
Rycina 1	Interesariusze systemu ochrony zdrowia.....	10
Rycina 2	Bodźce mobilizujące placówki do wdrożenia SZJ.....	22
Rycina 3	Cechy usługi (oferta świadczenia zdrowotnego).....	24
Rycina 4	Oferta świadczenia zdrowotnego (OSZ).....	24
Rycina 5	Istota jakości.....	26
Rycina 6	Proces optymalizacji – wypracowywanie optymalnego standardu działania.....	28
Rycina 7	Perspektywa PACJENTA. Algorytm obrazujący proces przebiegu usługi świadczenia zdrowotnego w ocenie pacjenta - od podjęcia decyzji do oceny usługi.....	31
Rycina 8	Perspektywa SZPITALA. Algorytm obrazujący budowanie systemu zarządzania dającego podstawy do optymalizacji poziomu jakości świadczenia zdrowotnego i gwarantującego zgodność deklaracji jakościowych z rzeczywistością.....	32

11. Załączniki

Załącznik 1

Struktura Organizacyjna Szpitala

Struktura Organizacyjna Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



20.07.2011 Edycja 6

Źródło: własność Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu

Mapa Procesów Szpitala



MAPA PROCESÓW Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań



PROCESY WYDZIELONE:

- DIAGNOSTYKA (WYBRANE BADANIA)
- UTRZYMANIE CZYSTOŚCI
- PRANIE BIELIZNY
- DERATYZACJA I DEZYNSEKCJA
- OCHRONA SZPITALA
- TRANSPORT SANITARNY

BADANIA KLINICZNE

NAUCZANIE

Procesy planowane do włączenia w zakres SZJ w latach 2012-2013

Edycja 7 Data obowiązywania 11.10.2011

Źródło: własność Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu

Formularz ankiety badania poziomu jakości świadczeń zdrowotnych wśród pacjentów

Ankieta

Szanowni Państwo,
Szanowni Kierownicy,
Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Uprzejmie proszę o wypełnienie niniejszej ankiety.

Celem niniejszej ankiety jest pozyskanie od Państwa informacji na temat:

- ważności czynników wpływających na system zarządzania jakością w szpitalu,
- stopnia spełnienia przez szpital czynnika systemu zarządzania jakością.

Pozyskane od Państwa informacje posłużą do dokonania kategoryzacji czynników pracy szpitala, oraz do wprowadzenia działań naprawczych.

Po zakończeniu działań naprawczych czynniki zostaną ponownie ocenione, by można było zbadać, na ile uległy one poprawie.

Proszę przypisać odpowiadające poszczególnym czynnikom symbole cyfrowe w skali 1-5

Ocena, na ile
czynnik jest ważny

(1 – czynnik
najmniej ważny,
5 - czynnik bardzo
ważny)

Ocena, na ile
szpital spełnia
oczekiwania
w zakresie
wymienionych
czynników

(1 – ocena bardzo
zła, 5 – ocena
bardzo dobra)

1. Zarządzanie szpitalem rozumiane jako:

- | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▪ planowanie (w tym cele), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ organizowanie (w tym dokumentacja organizacyjna), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ motywowanie, | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ ocena skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiągniętych celów. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Zarządzanie oddziałem klinicznym rozumiane jako:

- | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▪ planowanie pracy oddziału (w tym cele), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ planowanie pobytu pacjenta w oddziale (w tym badania wykonywane na zewnątrz), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ organizowanie (w tym dokumentacja oddziałowa), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ stosowanie standardów postępowania z pacjentem (przyjęcie, pobyt, wypis), | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ▪ ocena skuteczności i efektywności pod kątem realizacji planów / osiągniętych celów. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

3. Leczenie i Opieka oceniana przez przyzmat:

- | | | |
|--|--|--|
| • kwalifikacji personelu, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • liczby personelu, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • stosowania standardów leczenia, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • dostępności do aparatury medycznej (odpowiednia jakość oraz potrzebna ilość), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • posiadanej bazy infromatycznej (software i hardware), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • tzw. wizualnej strony oddziału klinicznego (czystość, węzły sanitarne, oznakowanie, nowoczesny wystrój), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • stosowania standardów epidemiologicznych, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • stosowania standardów współpracy z oddziałami, laboratoriami, pracownikami itp.), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • postawy personelu w stosunku do pacjenta, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • podejścia pracowników do zmian. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

4. Komunikacja rozumiana jako:

- | | | |
|--|--|--|
| • standardy komunikowania się wewnątrz szpitala (wytyczone ścieżki obiegu informacji), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • precyzyjne określanie adresatów informacji, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • wykorzystywanie strony intranetowej, poczty elektronicznej, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • dokumentacja (formularze, druki), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • wizualizacja ¹ , | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • spotkania z pracownikami, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| • ankiety badające satysfakcję. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

¹ Symbol instytucji obejmujący znak firmowy i logotyp

- Kolory firmowe,
- Druki firmowe (papier, logotypy, ulotki itp.),
- Identyfikatory pracowników,
- Strój personelu,
- Materiały o charakterze informacyjnym,
- Oznakowanie środków transportu,
- Wystrój zewnętrzny i wewnętrzny jednostki,
- Tablice informacyjne,
- Śluki komunikacyjne wewnątrz jednostki

5. **Personel oceniany przez przyzmat:**

- kwalifikacji,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- poziomu motywacji (postawy w stosunku do zakładu, do współpracowników, do pacjentów, do zmian),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

6. **Gospodarka (lekami, materiałami opatrunkowymi, krwią, drobnym sprzętem medycznym) oceniana przez przyzmat:**

- dostępności (również w sytuacjach kryzysowych),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- jakości,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- kosztów sterylizacji,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- standardów,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

7. **Badania / konsultacje / zabiegi (wykonywane wewnątrz² oraz na zewnątrz) oceniane przez przyzmat:**

- jakości wykonania (sprzęt, kwalifikacje personelu),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- dostępności (ilość sprzętu, godziny pracy, wykwalifikowany personel obsługujący sprzęt),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- planowania (np. „diagnostyka jednego dnia”),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- bezpieczeństwa wykonania,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
- dostępności środków transportu (dotyczy zleceń wykonywanych na zewnątrz),

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

² Wykaz komórek organizacyjnych wykonujących badania / konsultacje / zabiegi:

- CLAB – Centralne Laboratorium Analityczno – Biochemiczne
- CLM – Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne
- RADNOL – Zakład Radiologii
- EKG – Pracownia Elektrokardiografii
- USG – Pracownia Ultrasonografii
- EEG (1) – Pracownia Elektrofizjologiczna (Neurochirurgia)
- EEG (2) – Pracownia Elektroencefalografii (Neurologia)
- EEG (3) – Pracownia Elektroencefalografii (Neurologia Dzieci i Młodzieży)
- BK – Banki Krwi
- PDN - Centralna Pracownia Diagnostyki Naczyniowej Chorób Układu Krążenia
- STD – Pracownia Chorób Przenoszonych Drogą Płucną
- MN – Pracownia Medycyny Nerkowej
- DDMMP – Pracownia Immunopatologii Dermatologicznej
- PM – Pracownia Mikologii
- PNM – Pracownia Nefrologii Molekularnej
- PN – Pracownia Neurobiologii
- PPMR – Pracownia Płynu Mózgowo-Rdzeniowego
- ZF – Zakład Fizjoterapii
- ZAP – Zakład Patomorfologii Klinicznej

8. Warunki epidemiologiczne rozumiane jako:

- polityka zapobiegania zakażeniom,
- jakość sterylności narzędzi,
- standardy postępowania z zakażeniami,
- standardy współpracy między pielęgniarkami epidemiologicznymi, laboratorium mikrobiologicznym, oddziałami klinicznymi, oraz apteką szpitala.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

9. Działania wspomagające proces diagnostyczny – leczniczy (transport, żywienie, sprzątanie pomieszczeń, pranie) rozumiane jako:

- jakość środków używanych w procesach,
- dostępność (transport, służby sprzątające, ochrona itp).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Zajmowane stanowisko:

- dyrektor / główny księgowy
- kierownik kliniki / lekarz naczelny / pielęgniarka naczelna
- kierownik administracyjny
- kierownik laboratorium, apteki, banku krwi
- pielęgniarka oddziałowa / pielęgniarka koordynująca

Dziękuję za wypełnienie ankiety

Pełnomocnik ds. Jakości

Formularz ankiety badania poziomu jakości obszarów systemu zarządzania szpitalem wśród pracowników

Ankieta

Szanowni Pacjenci,
Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Uprzejmie proszę o wypełnienie niniejszej ankiety.

Celem niniejszej ankiety jest pozyskanie od Państwa informacji na temat:

- ważności czynników wpływających na poziom świadczonych usług (czynniki zostały przypisane do poszczególnych etapów pobytu w szpitalu),
- poziomu Państwa satysfakcji z pobytu w naszej placówce.

Pozyskane od Państwa informacje posłużą do dokonania kategoryzacji czynników pracy szpitala, oraz do wprowadzenia działań naprawczych.

Po zakończeniu działań naprawczych czynniki zostaną ponownie ocenione, by można było zbadać, na ile uległy one poprawie.

Proszę przypisać odpowiadające poszczególnym czynnikom symbole cyfrowe w skali 1-5

		Ocena, na ile czynnik jest ważny (1 – czynnik najmniej ważny, 5 – czynnik bardzo ważny)	Ocena, na ile szpital spełnił oczekiwanie w zakresie wymienionych czynników (1 – ocena bardzo zła, 5 – ocena bardzo dobra)
Oczekiwanie na przyjęcie do szpitala			
1.	Długość oczekiwania na przyjęcie do szpitala	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.	Terminowość przyjęcia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Przyjęcie do szpitala			
3.	Długość trwania procesu rejestracji (od momentu wejścia do szpitala do momentu zakończenia procesu rejestracji)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4.	Rzetelność, zrozumiałość oraz kompleksowość informacji uzyskanych w rejestracji	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

verse

1

Pobyt w szpitalu		<i>Ocena ważności czynnika</i>					<i>Ocena satysfakcji z pobytu w szpitalu</i>				
5.	Długość pobytu w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Warunki pobytu w szpitalu:	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	▪ czystość w szpitalu,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ węzły sanitarne (wygląd, czystość),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	▪ posiłki (temperatura, walory smakowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ bufet,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ oznakowanie wewnątrz szpitala (szlaki komunikacyjne, dojście do oddziałów).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bezpieczeństwo pobytu w szpitalu:										
7.	▪ wiedza na temat proponowanego leczenia,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ wiedza na temat przebiegu leczenia,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ standardy leczenia,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ szybkość reagowania na wezwanie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ kwalifikacje personelu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Skuteczność leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Wypis ze szpitala											
9.	Długość oczekiwania na wypis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Uzyskanie od lekarza informacji o tym, jak dalej postępować po zakończeniu leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

verix

2

Model metody - Procesowe Zarządzanie Szpitalem. Parametryczne Sterowanie Procesami. Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (metoda zaimplementowana)



PROCESOWE ZARZĄDZANIE SZPITALEM

PARAMETRYCZNE STEROWANIE PROCESAMI

Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Sporządził: Pełnomocnik dr. Jabłoń	Zatwierdził: Dyrektor Szpitalny	Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych	Zatwierdził: Z-ca Dyrektora Administracyjno- Eksploatacyjnych	Zatwierdził: Naczelny Lekarz	Zatwierdził: Naczelna Pielęgniarka
data: 00.00.0000 Podpis:	data: 00.00.0000 Podpis:	data: 00.00.0000 Podpis:	data: 00.00.0000 Podpis:	data: 00.00.0000 Podpis:	data: 00.00.0000 Podpis:

Wizja

Szpital Nasz widzimy WIELKI...

- ❖ *Profesjonalną Kadra,*
- ❖ *Nowoczesnym Zapleczem,*
- ❖ *Bogatą Tradycją.*

Cel strategiczny:

Lider w standardach i technologii leczenia w Zachodniej Polsce

Misja

Wysokospecjalistyczna diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych

Polityka Jakości

Od stu lat nieprzerwanie pomagamy chorym, którzy wybrali nasz Szpital, by wrócić do zdrowia.

Na co dzień, zmagając się ze stanami zagrożenia zdrowia i życia, stosujemy nowoczesne metody diagnostyczne i terapeutyczne, by zmagania te możliwie szybko kończyły się sukcesem.

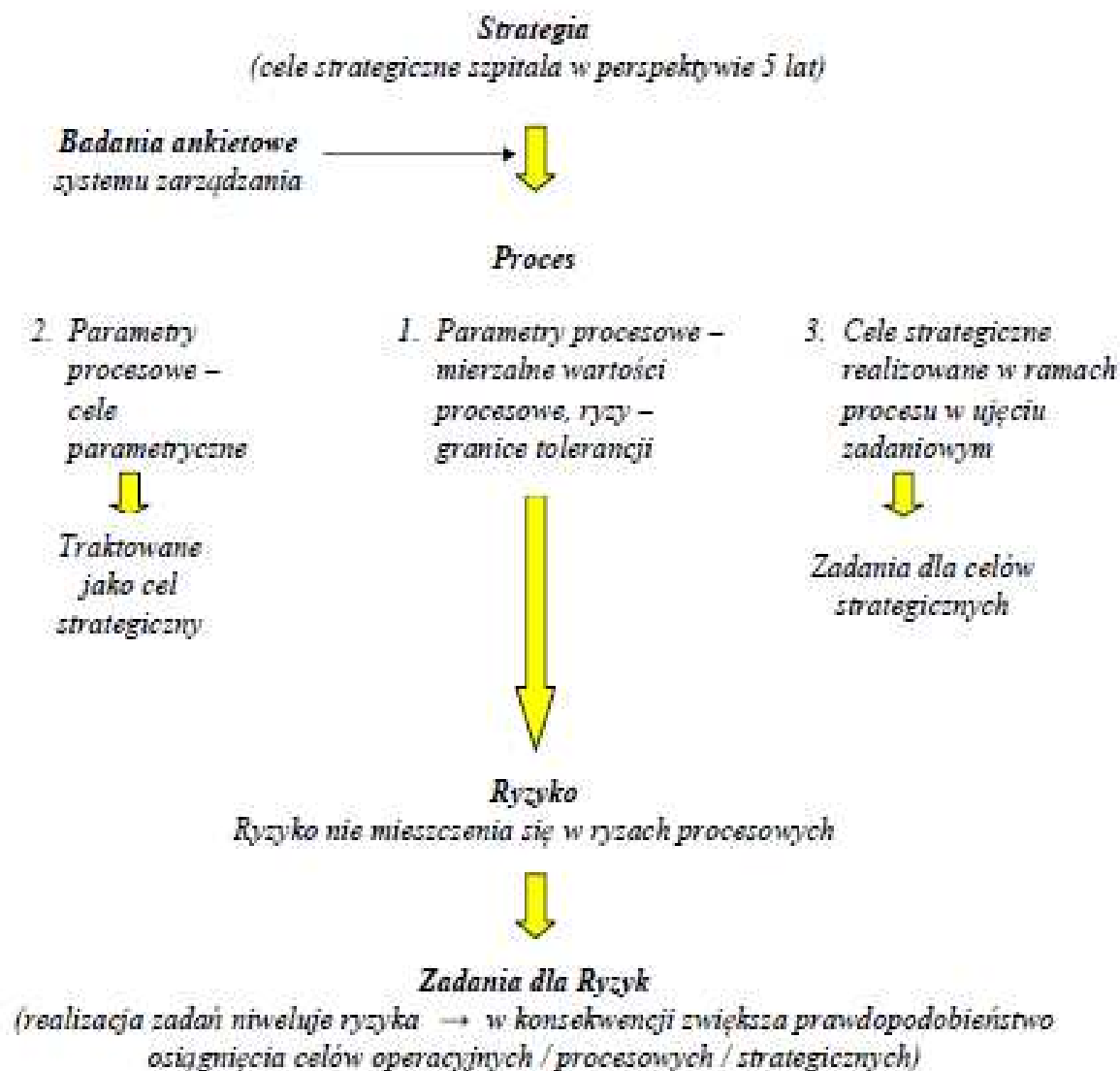
Dokładamy wszelkich starań, aby czas powrotu pacjentów do zdrowia, upływał w poczuciu komfortu i bezpieczeństwa.

Dobro pacjenta, spełnienie Jego oczekiwań było, jest i zawsze będzie celem naszych dążeń.

Dążenia te wyrażają się poprzez:

- *podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej w zakresie świadczonych usług,*
- *zapewnienie wysokiej jakości aparatury medycznej, oraz zapewnienie prawidłowości jej funkcjonowania,*
- *zapewnienie odpowiednich zasobów, niezbędnych dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia*

Opis Metodyki Procesowego Zarządzania Szpitalem – planowanie, realizacja, ocena



Jak często dokonywana jest ocena ryzyka

- minimum raz do roku (lutym)
- też doraźnie, gdy zachodzi istotna potrzeba

Legenda

RYZYKO pojmowane jako sytuacja zagrożająca osiągnięciu celów (cele mogą być stałe)

PUNKTOWA OCENA RYZYKA - 5 - WYSOKIE prawdopodobieństwo wystąpienia, 1 - NISKIE prawdopodobieństwo wystąpienia – określone po przeliczeniu przyczyn



PROCESY WYDZIELONE:

- DIAGNOSTYKA (WYBRANE BADANIA)
- UTRZYMANIE CZYSTOŚCI
- PRANIE BIELIZNY
- DERATYZACJA I DEZYNSEKCJA
- OCHRONA SZPITALA
- TRANSPORT SANITARNY

BADANIA KLINICZNE

NAUCZANIE

Procesy planowane do włączenia w zakres SZJ w latach 2012-2013

Edycja 6
Data obowiązywania 13.01.2011

Proces nr 1

Planowanie przyjęć i przygotowanie pacjenta do leczenia

Cel procesu: Optymalna organizacja procesu leczenia

Lider procesu: Naczelny Lekarz

Jednostki w ramach procesu:
1. Oddziały Kliniczne
2. Zespół Poradni Specjalistycznych
3. Centralna Izba Przyjęć
4. Dział SRiSUM

Zakres procesu:	
Elementy wejścia	Elementy wyjścia
<input type="checkbox"/> Wymagania pacjenta, <input type="checkbox"/> Wymagania prawne, zarządzenia Dyrekcji <input type="checkbox"/> Wymagania normy ISO 9001 i dokumentów SZJ, <input type="checkbox"/> Skierowanie na leczenie szpitalne <input type="checkbox"/> Kompetentny personel, Pracownicy CIP i CRIP, personel medyczny, administracja, technicy, sanitariusze, siostry, <input type="checkbox"/> Infrastruktura: pomieszczenia, urządzenia techniczne i aparatury medyczne, <input type="checkbox"/> Zalecenia i rekomendacje towarzystw naukowych	<input type="checkbox"/> Lista oczekujących na przyjęcie do szpitala <input type="checkbox"/> Skutecznie zakończony proces Przyjęć Pacjentów – pacjent przygotowany do leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> Zapisy na poszczególnych etapach

Przykładowe systemowe rozwiązania w obrębie procesu Bezpieczeństwo Epidemiologiczne optymalizujące działania w ramach procesu

Data opracowania 18.10.2011
 autor: Sylwia Miętkiewicz, pielęgniarka epidemiologiczna

Systemowe rozwiązania w obrębie procesu
BEZPIECZEŃSTWO EPIDEMIOLOGICZNE

Proces nr 8

Bezpieczeństwo Epidemiologiczne

- A. Leki*
- B. Środki do dezynfekcji oraz higieny*
- C. Diagnostyka*
- D. Postępowanie z zakażonym*

Cel procesu: Utrzymanie właściwego reżimu sanitarnego

Lider procesu: Naczelny Lekarz

Jednostki w ramach procesu:

1. Oddziały Kliniczne
2. Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne
3. Apteka
4. Pielęgniarka Epidemiologiczna

Zakres procesu:

<i>Elementy wejścia</i>	<i>Elementy wyjścia</i>
§ Wymagania prawne, zarządzenia Dyrekcji § Wymagania normy ISO 9001 i dokumentów SZJ, § Kompetentny personel: personel medyczny, administracja, technicy, sanitariusze, salowe, § Zakupione leki, materiały i usługi, § Infrastruktura: pomieszczenia, urządzenia techniczne i aparatura medyczna, § Zalecenia i rekomendacje towarzystw naukowych, § Wiedza z zakresu epidemiologii, mikrobiologii § Zalecenia i postanowienia Komitetu ds. Zakażeń szpitalnych	§ Zrealizowany proces zapobiegania i monitorowania zakażeń, § Zapisy z przebiegu kontroli, rejestracji zakażeń, wywiadów epidemiologicznych.

Parametry monitorowane w procesie

8	BEZPIECZEŃSTWO EPIDEMIOLOGICZNE	8.1	Liczba zakażeń szpitalnych w oddziałach objętych aktywnym monitorowaniem (oddziały zabiegowe, intensywne terapia i nefrologia)
		8.2	Czynniki alarmowe wyhodowane u pacjentów powyżej 48 godzin hospitalizacji (szpitalne)
		8.3	Liczba badań mikrobiologicznych na łóżko oraz liczba badań mikrobiologicznych na 1000 osobodni hospitalizacji
		8.4	Zużycie antybiotyków „specjalnych” (procedura P21/APTEKA). Analiza zużycia (na podstawie recept) w miesiącu lipcu wykazała , iż jest ono dużo wyższe u pacjentów hospitalizowanych z zakażeniem szpitalnym.

ANALIZY SYSTEMOWE

- Analiza występowania czynników alarmowych w poszczególnych Oddziałach Klinicznych
- Analiza występowania zakażeń szpitalnych w poszczególnych Oddziałach Klinicznych
- Analiza wykonanych badań mikrobiologicznych w poszczególnych Oddziałach Klinicznych
- Analiza wrażliwości wyhodowanych patogenów w poszczególnych Oddziałach Klinicznych
- Analiza zużycia leków przeciwdrobnoustrojowych w poszczególnych Oddziałach Klinicznych

Analiza wykonywana jest co 6 miesięcy przez członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, a następnie przekazywana członkom Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Dyrektorowi Szpitala

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych minimum 1x6 miesięcy przeprowadza kontrole wewnętrzną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w wybranych Oddziałach Klinicznych.

PREWENCJA ZAKAŻEŃ

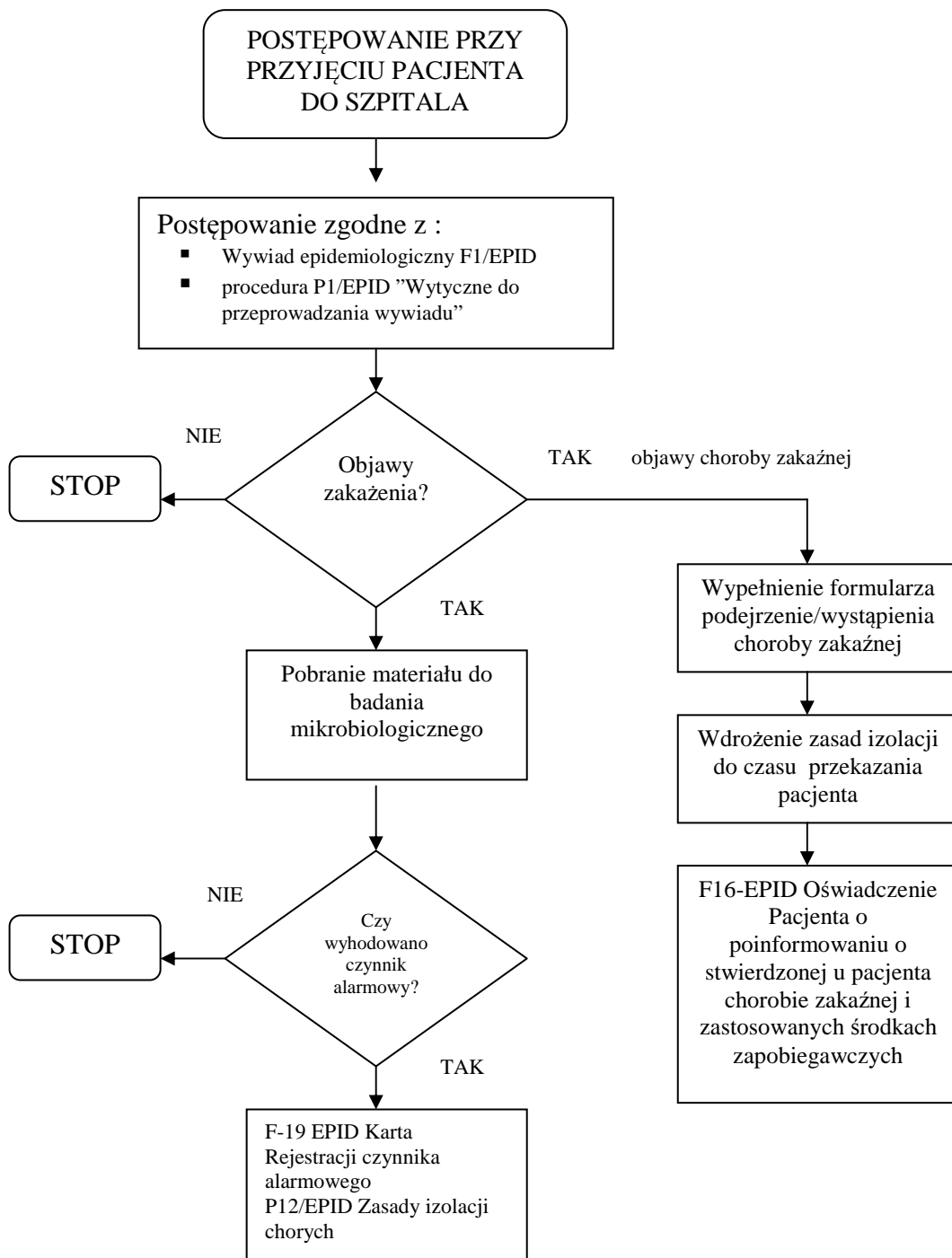
WYKAZ STANDARDÓW

- P1/EPID Wytyczne do przeprowadzania wywiadu epidemiologicznego
- P2/EPID Higiena rąk.
- P-4/EPID Posiewy mikrobiologiczne przy przyjęciu do szpitala
- P-6/EPID zakażenie / podejrzenie zakażenia – zasady przekazywania informacji
- P7/EPID Zapobieganie zakażeniom
- P9/EPID Zasady sprzątnięcia bloku operacyjnego
- P10/EPID Procedura postępowania z brudną bielizną
- P11/EPID Procedura postępowania po ekspozycji na krew
- P12/EPID Zasady izolacji chorych
- P14/EPID Zasady wkłucia wenflonu do żyły obwodowej. Zasady pielęgnacji miejsca wkłucia
- P15/EPID Procedura pielęgnacji kontaktu centralnego i miejsca wkłucia
- P16/EPID Postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia ogniska epidemicznego
- P17/EPID Sposoby zapobiegania zakażeniom wirusem zapalenia wątroby typu b i c
- P18/EPID Zasady sterylizacji szpitalnej (kontrola istniejących procedur)
- P20/EPID Zasady kontroli epidemiologicznej oddziałów
- P21/EPID Zasady wykonania toalety drzewa tchawiczo-oskrzelowego w układzie zamkniętym
- P22/EPID Zasady wykonania toalety drzewa tchawiczo-oskrzelowego w układzie otwartym
- P28/EPID Stosowanie i dystrybucja preparatów dezynfekcyjnych używanych w Szpitalu
- P31/EPID Kryteria diagnozy sepsy i ciężkiej sepsy
- P29-EPID Postępowanie z Odpadami.
- P30-EPID Postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego

WYKAZ FORMULARZY

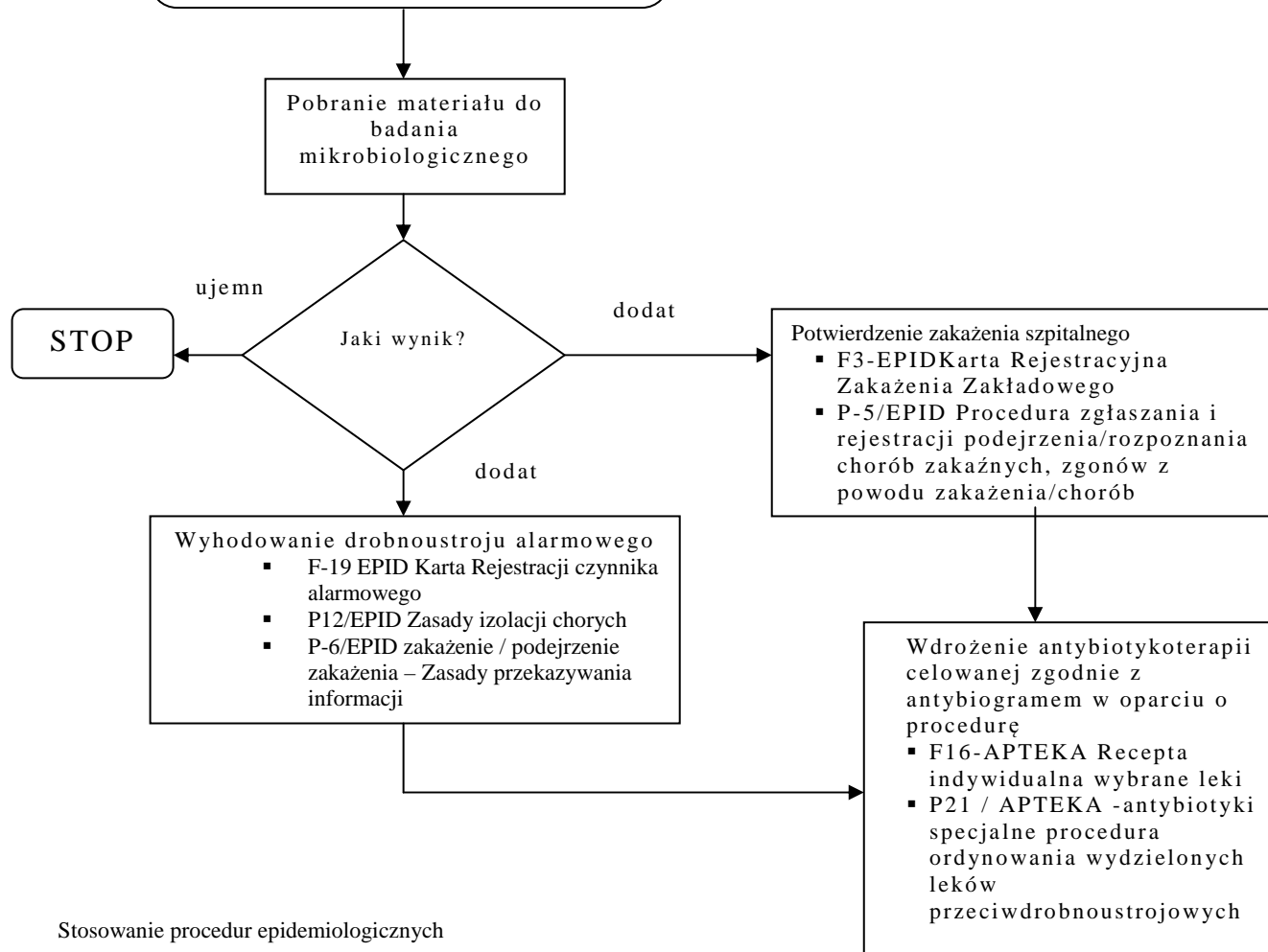
- F1-EPID Wywiad Epidemiologiczny
- F3-EPID Karta Rejestracyjna Zakażenia Zakładowego
- F4-EPID Protokół Kontroli sal opatrunkowych
- F5-EPID Protokół Kontroli Pracy Działu Centralnej Sterylizacji i Dezynfekcji
- F6-EPID Karta Obserwacji i Pielęgnacji Miejsca Wkłucia Centralnego
- F7-EPID Karta Obserwacji i Pielęgnacji cewnika SHELDONA
- F9-EPID Karta Sprawdzenia Toalety Drzewa Tchawiczo - Oskrzelowego
- F10-EPID Klasyfikacja Odpadów Medycznych
- F15-EPID Schemat postępowania w przypadku zaistniałej ekspozycji na HBV, HCV, HIV
- F20-EPID Formularz oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala
- F21-EPID Karta obserwacji oraz pielęgnacji cewnika moczowego
- F22-EPID Karta obserwacji oraz pielęgnacji wkłuc obwodowych

Algorytm postępowania przy przyjęciu pacjenta do szpitala



Algorytm postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia zakażenia szpitalnego

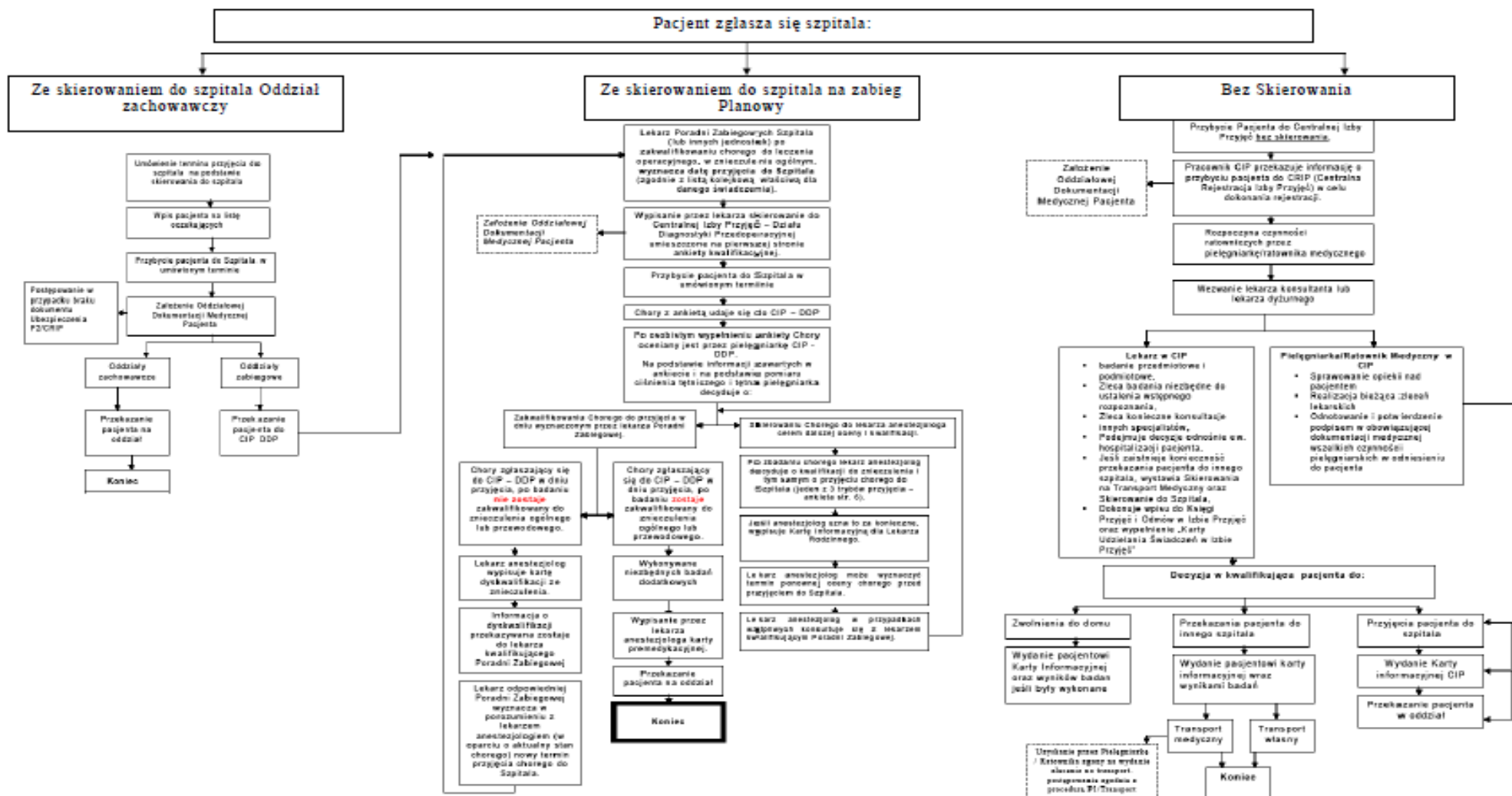
POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA SZPITALNEGO



Stosowanie procedur epidemiologicznych

- P8/EPID Zasady postępowania z pacjentem, u którego stwierdzono zakażenie
- P16/EPID Postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia ogniska epidemicznego
- P30-EPID Postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego
- P24 -EPID Informowanie personelu KO szpitala o wynikach badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych pacjenta /patogenach alarmowych
- P26/EPID procedura zgłaszania i rejestracji dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych
- P25/EPID procedura dotycząca postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia A/H1N1
- P27/EPID Postępowanie w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem A/H1N1 u pacjentów zgłaszających się do Centralnej Izby Przyjęć (wyciąg z procedur P25/EPID)
- P23/EPID Procedura dotycząca postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zachorowania na ptasią grype

Schemat blokowy realizacji świadczenia zdrowotnego w szpitalu.



Źródło: Dokumentacja Szpitala Klinicznego im. H. Świącickiego w Poznaniu

