

CZYNNIK LUDZKI W TWORZENIU JAKOŚCI W POLSKIEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

D. Delekta, M. Modrzejewska

Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, Katedra Finansów i Bankowości, ul. Żołnierska 54, 71-210 Szczecin, Polska, www.ddelekta@interia.pl, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Katedra i Klinika Okulistyki, ul. Powstańców Wlkp 72, Szczecin, Polska, www.monika_modrzej@op.pl

Artykuł ten przedstawia kluczową rolę personelu medycznego jako głównego czynnika warunkującego skuteczną poprawę poziomu jakości usług medycznych w Polsce.

Kluczowe słowa: personel, jakość usług medycznych, zarządzanie, TQM

„Jakość nigdy nie jest dziełem przypadku, zawsze jest wynikiem wysiłku człowieka”.

J. Ruskin

Sektor usług medycznych, by sprostać narastającej konkurencji wymaga stosowania przez placówki służby zdrowia nie tylko reguł i narzędzi marketingu, całego dorobku metodologii jakości jak również zasad racjonalnego zarządzania zasobami ludzkimi. W placówkach służby zdrowia jednak czasami zapomina się, że to personel jest kluczowym elementem w procesie budowania pełnego sukcesu strategii zorientowanej na jakość obsługi pacjenta. Należy pamiętać, że nie kto inny, lecz właśnie on stanowi gwarancję sukcesu przemian jakościowych w sektorze usług medycznych gdyż bez niego nie przetrwa nawet najlepsza struktura w warunkach wolnej konkurencji. Personel medyczny stanowi swoistego rodzaju pomost łączący plany i założenia placówek z punktu widzenia poprawy jakości z ich wdrożeniem, realizacją, kontrolą i doskonaleniem.

Jeśli spojrzymy na to również z punktu widzenia implementacji zarządzania przez jakość, to poprawa poziomu jakości usług w placówkach medycznych nie oznacza tylko żądania spełniania coraz wyższych wymagań pacjentów, gdyż wskutek tego osiągnięcie jakości byłoby cały czas niemożliwe². Nie oznacza to również wprowadzenia systemów inspekcji oraz kontroli jakości i oczekiwania, że poprawią one jakość świadczonych usług – gdyż są one jedynie mechanizmami doraźnymi i monitorującymi. Jakości usług medycznych nie osiągnie się również poprzez stosowanie metod między innymi takich jak koła jakości, które nie są niczym innym jak tylko „mechanizmami harmonizującymi” dla tych placówek, które już osiągnęły pewien poziom jakości³. Można zatem przyjąć, że kluczowym czynnikiem do osiągnięcia pożądanej jakości w usługach medycznych są przede wszystkim działania i postawy personelu medycznego w kierunku jej poprawy. Owa implementowana jakości w takim rozumieniu musi stać się niejako „jądrem” filozofii jakości przy jednoczesnym dążeniu personelu wszystkich szczebli do stanu, by procent wadliwych świadczonych usług medycznych, był równy zeru⁴.

Zawarte w literaturze przedmiotu definicje jakości w większości przypadków zawierają element wynikowy, co oznacza, że jakość jest efektem procesu lub procesów. Dlatego też jakość zasobów ludzkich⁵ można określić jako pewien stopień przygotowania do skutecznej realizacji ustalonego procesu w zakresie przyjętych celów jakościowych i wynikających z nich zadań dla poszczególnych pracowników. Biorąc pod uwagę kryteria reprezentowane m.in. przez W. E. Deminga i Ph. Crosby’ego, w przedstawionym przedmiotowym zakresie, proces poprawy jakości można ująć w sposób ramowy i kierunkowy w formie wytycznych dla naczelnego kierownictwa placówek medycznych w myśl, iż „żadne [...] przedsiębiorstwo nie może być lepsze, niż zatrudnieni w nim ludzie”. Wytyczne dotyczące procesu poprawy jakości w zakresie czynnika ludzkiego ujęte zostały w tabeli 1.⁶

² M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami Ludzkimi, Strategia i działanie*, WPSB, Kraków 1996, s. 251.

³ P. Wickens, *The Road to Nissan*, Macmillan, London 1987, s. 29.

⁴ Za takim rozwiązaniem optował Ph. B. Crosby, który w jednym ze swoich absolutów zarządzania (z których zresztą zasłynął) przez jakość uważał działanie w myśl zasady „zero usterek”, czyli poprawę jakości można uzyskać tylko wtedy kiedy każda czynność wykonywana jest dobrze za pierwszym razem. Wówczas to, pracowników przeprowadzających kontrolę jakości będzie niewielu. Owa filozofia działania „zero usterek” z powodzeniem została wprowadzona w zakładach Nissana i Toyoty.

⁵ K. Szczepańska, *Aspekt ludzki w zarządzaniu jakością*, „Problemy Jakości” 1988, nr 4, s. 17.

⁶ K. Szczepańska, *Aspekt ...*, op. cit., s. 20.

Tabela 1.

Wytyczne w procesie poprawy jakości w zakresie personelu w placówkach opieki zdrowotnej w Polsce

Lp.	Wytyczne w procesie poprawy jakości w zakresie czynnika ludzkiego
1.	Ustal nowoczesne metody szkolenia, szkolenie musi być unowocześnione i oparte na jasno zdefiniowanych zasadach
2.	Ustal nowoczesne metody kierowania, aby pomóc pracownikom lepiej wykonywać pracę
3.	Wyeliminuj atmosferę strachu. Wspieraj wzajemne komunikowanie się, aby ludzie nie obawiali się zadawania pytań, definiowanie problemów
4.	Usuń bariery dotyczące możliwości odczuwania satysfakcji przez społeczność pracowniczą
5.	Informuj wszystkich pracowników o przemianach jakościowych, pracownicy muszą rozumieć wagę i istotę, dostosowania produktu do wymagań i koszt niedostosowania
6.	Ustal niematerialne, a nie finansowe uznanie dla pracowników realizujących wyznaczone cele jakościowe
7.	Organizuj narady jakościowe (eksperti jakości wraz z kadrą kierowniczą powinni regularnie spotykać się, w celu wymiany doświadczeń, przedyskutowania problemów)

Źródło: Na podstawie *Unconditional Quality*, Harvard Business Review, 1990 za K. Szczepańską, *Aspekt ludzki w zarządzaniu jakością*, „Problemy Jakości” 1999, nr 8, s. 27.

Jak wynika z powyższej tabeli placówki medyczne, które zdecydują się na wprowadzenie orientacji jakościowej (m.in., przyjęta strategia jakości, plany jakości, koła jakości itd.), nie mogą w żadnym przypadku zbagatelizować czynnika ludzkiego, pamiętając o nim jako fundamentalnym elemencie w procesie budowania jakości. Proces poprawy jakości uwarunkowany jest bowiem nie tylko rozwiązaniami techniczno-organizacyjnymi, ale również jakością zasobów ludzkich znajdujących się w placówkach medycznych. Jakość obsługi, którą personel świadczy swoim pacjentom, jest obok zalet produktów medycznych jednym z najważniejszych instrumentów zdolnych przyciągnąć i utrzymać pacjenta co z kolei jest istotne z punktu widzenia ekonomiki placówek.

Ważnym aspektem z punktu widzenia budowania jakości w placówkach medycznych jest świadomość i zrozumienie personelu medycznego dla tego procesu gdyż tylko wówczas osiągnięta zostanie pełna integracja z organizacją. W taki tylko sposób będzie możliwe pobudzenie ją do życia, stworzenie w niej swoistego klimatu i kultury organizacyjnej, nadając jej specyfikę wyróżniającą spośród wszystkich pozostałych istniejących w jej otoczeniu. Stworzy się również pewien poziom jakości, który będzie identyfikowalny i zapamiętywany przez pacjenta. Można zatem przyjąć, że wszystko, co jest „materią nieożywioną”, może zostać powielone lub adaptowane. Jednak pracownicy placówek opieki zdrowotnej w podejmowanych przez siebie działaniach zmierzających w kierunku poprawy jakości winni wykorzystywać posiadane zdolności, wiedzę, doświadczenie oraz intuicję, dzięki czemu nadadzą odpowiedni poziom działalności placówki jakim jest permanentna poprawa poziomu jakości świadczonych usług.⁷

Warto zauważyć, że kadra kierownicza polskich placówek opieki zdrowotnej nie traktuje jeszcze personelu jako fundamentalnego czynnika warunkującego kształtowanie orientacji na jakość, ale wyłącznie jako wykonawców ustalonego i zatwierdzonego procesu działań. W takim kontekście personel medyczny spełniając tylko rolę wykonawcy - realizatora, najczęściej nie wykazuje zrozumienia sensu wdrażanego procesu poprawy jakości, oraz potrzeby zaangażowania się w ten proces. Dlatego też należy przyjąć, że powodzenie polityki projakościowej w placówkach medycznych zależy w dużym stopniu od kadry zarządzającej, która powinna przede wszystkim dokonać zmian w sposobie zarządzania personelem, a w szczególności w obszarach motywowania, wynagradzania, doskonalenia kwalifikacji, budowania kultury organizacji i zaufania⁸. Przełożeni muszą zrozumieć, że pracownicy są największym ich dobrem i powinni sobie uświadomić, że to na nich spoczywa zadanie, by każdy pracownik mógł myśleć i postępować tak, jakby „całe przedsiębiorstwo należało do niego”. W warunkach ciągłych zmian na rynku usług medycznych immanentną cechą istnienia placówki medycznej jest satysfakcja i zaangażowanie pracowników.⁹

H. Rosenbluth i F. Peters w swojej książce zatytułowanej *The Customer Comes Second* idą nawet dalej, twierdząc, że to faktycznie pracownicy, a nie klienci powinni być najważniejsi, jeśli przedsiębiorstwo chce faktycznie zaspokoić potrzeby swoich klientów.¹⁰ Podobny pogląd w tej kwestii ma Z. Jaworowska-Obłój, która wyraźnie precyzuje, że

⁷ R. Irzykowski, *Ludzie w procesach kształtowania jakości*, „Problemy Jakości” 2000, nr 7, s. 27-29.

⁸ Sukces 3M, GM, HP, IBM wynika z wdrażania orientacji jakościowej ukierunkowanej na pracę zespołową oraz wspólne zarządzaniem przedsiębiorstwem

⁹ Citibank założył osiągnięcie zadowolenia klienta na poziomie 90% i zadowolenia pracowników (satysfakcji) na poziomie 70%. Powstało od razu pytanie czy Citibank może zadowolić 90% klientów, jeśli 30% pracowników jest niezadowolonych. Karl Albrecht specjalista ds. zarządzania zasobami ludzkimi zauważył, że niezadowoleni pracownicy, którzy posiadają niski poziom satysfakcji z wykonywanej pracy mogą pełnić rolę tzw. terrorystów.

¹⁰ H. F. Rosenbluth, Diane Mc Ferrin Peters, *The customer Comes Second*, William Morrow&Co., N.Y.1992, s. 149.

satysfakcja pracownika jest fundamentalnym celem, ponieważ istnieje widoczna korelacja między satysfakcją pracownika i klientem.¹¹ Założyciel korporacji Sony, Akiro Morita, pytany o źródło sukcesów swojej firmy oraz podobnych firm japońskich na rynkach światowych odpowiedział, że nie ma tu żadnej magii, „tajemnicą ich powodzenia jest po prostu sposób, w jaki traktują swoich pracowników”.¹² Warto zwrócić uwagę na fakt, że to satysfakcja pracownika oraz sposób, w jaki się go traktuje, powinny być postrzegane przynajmniej na równi z satysfakcją klienta oraz pojmowane jako coś wymiernego, tzn. zauważalnego i dającego się zmierzyć. Dlatego też placówki medyczne działające w Polsce powinny w sposób szczególnie traktować wskaźnik satysfakcji personelu medycznego tak samo poważnie lub na równi ze wskaźnikiem satysfakcji swoich pacjentów, czy nawet wskaźnikiem przepływów pieniężnych – cash flow.¹³

1. Armstrong M., Zarządzanie zasobami Ludzkimi, Strategia i działanie, WPSB, Kraków
2. 1996, s. 251.
3. Dickens P., The Road to Nissan, Macmillan, London 1987, s. 29.
4. Szczepańska K., Aspekt ludzki w zarządzaniu jakością, „Problemy Jakości” 1988, nr
5. 4, s. 17-20.
6. Szczepańska K., Aspekt ludzki w zarządzaniu jakością, „Problemy Jakości” 1999, nr 8,
7. s. 27.
8. Irzykowski R., *Ludzie w procesach kształtowania jakości*, „Problemy Jakości” 2000,
9. nr 7, s. 27-29.
10. Rosenbluth H. F., Diane Mc Ferrin Peters, *The customer Comes Second*, William
11. Morrow & Co., N.Y. 1992, s. 149.
12. Jaworowska-Oblój Z., Oblój K., Budowa efektywnej konfiguracji społecznej firmy,
13. „Przegląd Organizacyjny” 1997, nr 3, s. 37.
14. Stoner J.A., Freeman R.E., D.R. Jr Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1998, s. 366.
15. Krzyżanowska M., Wajner R., *Aspekty TQM w organizacji usługowej*, „Problemy
16. Jakości” 2000, s. 9.

THE ROLE OF HUMAN FACTOR IN THE PROCESS OF CREATING OF THE POLISH HEALTH SERVICE

Dr Damian Delekta, MD Monika Modrzejewska

*The West Pomeranian Business School in Szczecin, Finance and Banking Department, 54 Żołnierska Str., Nr 54, 71-210
Szczecin, Poland [www.ddelekta@interia.pl](mailto:ddelekta@interia.pl), The Pomeranian Medical University in Szczecin, Department of
Ophthalmology Clinic, 72 Powstańców Wlkp.Str., Szczecin, Poland [www.monika_modrzej@op.pl](mailto:monika_modrzej@op.pl), Head of Department:
Prof. Danuta Karczewicz.*

The article deals with the key role of medical staff as the main factor which conditions the effective improvement of the level of medical service quality in Poland.

Key words: personnel, medical staff, medical quality service, management, TQM

¹¹ Jaworowska-Oblój Z., Oblój K., *Budowa efektywnej konfiguracji społecznej firmy*, „Przegląd Organizacyjny” 1997, nr 3, s. 37.

¹² J. A. Stoner, R. E. Freeman, D.R. Jr Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1998, s. 366.

¹³ M. Krzyżanowska, R. Wajdner, *Aspekty TQM w organizacji usługowej*, „Problemy Jakości” 2000, s. 9.