

Piotr Lenik*

10. MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTYWANIA FILOZOFII TQM W ZARZĄDZANIU PUBLICZNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI

Streszczenie

W opracowaniu przedstawiono wybrane zastosowania wywodzące się z *Total Quality Management*, możliwe do zaimplementowania w szpitalach publicznych. Artykuł oparto na rozwiązaniach wdrożonych w praktyce w jednym konkretnym podmiocie, dlatego tekst wsparto syntetycznym studium przypadku – poprzez ukazanie wybranych rozwiązań stymulujących przeprowadzanie zmian i doskonalenie zarządzania jakością.

Słowa kluczowe

zarządzanie kapitałem ludzkim, zarządzanie szpitalem, *Total Quality Management*, zarządzanie zmianą

Wstęp

W wielu częściach świata, co najmniej od kilku dziesięcioleci, podejmowane są różnorodne inicjatywy zmierzające m.in. do zwiększania wydajności i efektywności pracy podmiotów publicznych, w tym również z uwzględnieniem pracowników tam funkcjonujących. Wdrażane są m.in. programy mające na celu adaptowanie na potrzeby sektora publicznego systemów zarządzania, uwzględniających m.in. działania nastawione na budowanie zaangażowania kadry, w tym kierowniczej oraz poprawę ich skuteczności decyzyjnej, a także na poprawę wizerunku instytucji publicznych i pracujących tam osób.

Również w opiece zdrowotnej, co najmniej od lat 90. ubiegłego wieku, stosowane są różne koncepcje oddziałujące pozytywnie na jakość funkcjonowania podmiotów oraz usprawnienia organizacyjne, wśród nich m.in. *Reengineering*, *Six Sigma*, *Lean Management* czy *Total Quality Management* (Stępniewski 2009, s. 25). W Polsce filozofia TQM w placówkach leczniczych oraz innych podmiotach tego sektora dopiero raczkuje, ale w przyszłości może odgrywać ważną rolę wobec wrażliwych oczekiwań ze strony otoczenia, w tym w zakresie podnoszenia efektywności podmiotów publicznych (Kanownik 2014, s. 144 i nast.). Wdrażane rozwiązania, na wzór innych instytucji publicznych, mogą być implementowane z organizacji rynkowych.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wybranych narzędzi wywodzących się z filozofii *Total Quality Management*, celowych do zaimplementowania w publicznych podmiotach leczniczych, mogących znaleźć uzasadnienie w rzeczywisto-

* Dr inż., Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. S. Pigoń w Krośnie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Kruczkowskiego 39a, 38-400 Krosno, e-mail: piotr.lenik@vp.pl.

ści tego typu organizacji. Treści w nim wykorzystane opierają się na badaniach własnych autora, ujętych w przygotowywanej publikacji książkowej zatytułowanej „Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych – perspektywa menedżerska zarządzania kapitałem ludzkim w organizacjach oziębłych”.

1. Przegląd instrumentarium *Total Quality Management*

Total Quality Management oraz poszczególne wdrożenia związane z kompleksowym zarządzaniem jakością mogą służyć poprawie efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych, nie tylko z punktu widzenia usprawniania realizowanych procedur medycznych, na co zwracają uwagę m.in. standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ale również – a być może przede wszystkim – w odniesieniu do poprawy funkcjonowania w wymiarze organizacyjnym i ekonomicznym. Należy jednocześnie zaznaczyć, że instrumentarium stosowane w innych różnego typu organizacjach nie stanowi całkowitej nowości w sektorze ochrony zdrowia. Metoda SERVQUAL służąca badaniu jakości świadczonych usług, rozwiązania wywodzące się z zarządzania przez cele czy inne instrumenty, od kilku dekad adaptuje się na świecie dla potrzeb podmiotów leczniczych. Zarówno teoretycy jak i praktycy dostrzegają celowość szerszego wdrażania rozwiązań zaczerpniętych z filozofii *Total Quality Management*, poprzez ich adaptowanie do specyfiki podmiotów ochrony zdrowia (Stępniewski, Karniej i Kęsy 2011, s. 443-466; Dobska i Rogoziński 2012, s. 266-276; Bugdol 2015, s. 447-451, inni).

W realizowaniu filozofii związanej z kompleksowym zarządzaniem jakością, priorytetową rolę odgrywają różnorodne i zróżnicowane formy oddziaływania, nie stanowiące bynajmniej wytycznych, niepodlegających jakimkolwiek celowym modyfikacjom. Wręcz przeciwnie, adaptacja poszczególnych narzędzi wydaje się pożądana, jeżeli odpowiada ona potrzebom i uwzględnia specyfikę organizacyjną czy sektorową. Zbiór ten stanowi pokaźne instrumentarium, za pomocą którego można realizować stawiane przed organizacją cele. Niektóre z instrumentów stanowią proste operacyjne czynności, inne są nastawione na bardziej strategiczne obszary funkcjonowania organizacji. Jak pokazują liczne przykłady, z punktu widzenia specyfiki konkretnej organizacji, należy wybierać najbardziej przydatne dla niej instrumenty i używać ich w celu realizacji zadań związanych m.in. z poprawą efektywności oraz dbałością o klienta. Ze względu na czas oraz sposób oddziaływania, instrumentarium TQM ogólnie można podzielić na (Hamrol i Mantura 2002, s. 120; Hamrol 2005, s. 126-127):

- zasady zarządzania jakością,
- metody zarządzania jakością,
- narzędzia zarządzania jakością.

Według takiego ujęcia, zasady zarządzania jakością mają w prosty i zwięzły sposób określać cele i zadania prowadzonej w organizacji polityki, są pomocne we wdrażaniu systemów zarządczych, mają determinować działania na rzecz doskonalenia. Zasady nie stanowią przy tym gotowych rozwiązań, procedur czy schematów postępowania. Pozwalają natomiast ukierunkowywać podejmowane działania w sposób właściwy, stanowiąc tym samym zbiór wskazówek umożliwiających kształtowanie jakości ogólnie w całej organizacji. Przykładami zasad służących doskonaleniu jakości są m.in.: zasady Deminga, zasada ciągłego doskonalenia PDCA czy

zasada pracy zespołowej. Metody zarządzania jakością służą z kolei projektowaniu procesu lub wyrobu (metody projektowania dla jakości), a także pomagają zapobiegać wadom procesu lub wyrobu (metody sterowania jakością, w tym kontroli jakości) (Wolniak i Skotnicka 2008, s. 14). Szczególną grupę stanowią tutaj metody pracy zespołowej, stanowiące dodatkowe wsparcie dla metod projektowania i kontroli (Sęp i Pacana 2001, s. 9). Przykładami metod służących kompleksowemu zarządzaniu jakością są m.in.: metoda rozwinięcia funkcji jakości zwana „domem jakości” (QFD), analiza przyczyn i skutków wad (FMEA), metoda statystycznej kontroli procesu (SKP) i statystycznej kontroli odbiorczej (SKO), metoda projektowania eksperymentalnego (DOE) oraz inne. Natomiast narzędzia są łączone z zarządzaniem operacyjnym, wyróżnia je ograniczoność czasowa, brak złożoności, łatwość i uniwersalność użycia. Dzięki narzędziom można uzyskać kompleksowy obraz przyczyn potencjalnych wad oraz możliwość określenia priorytetów działań i podejmowania decyzji na podstawie faktów. Wyróżnia się (Myszewski 2009; Hamrol 2005; Ćwiklicki i Obora 2011): narzędzia tradycyjne (elementarne), zwane również „wielką siódmką” (7NT) oraz narzędzia nowe, zwane dla rozróżnienia „nową siódmką” (7NN). Do narzędzi elementarnych zalicza się: kartę kontrolną, histogram, arkusz kontrolny, diagram Ishikawy, diagram Pareto, diagram rozproszenia oraz schemat blokowy (czasem zamiast tego narzędzia wymienia się inne: stratyfikację, czyli rozwarstwienie danych). Natomiast narzędzia nowe to: diagram relacji, diagram pokrewieństwa, diagram systematyki, diagram macierzowy, macierzowa analiza danych, wykres programu decyzyjnego (plan działania) i diagram strzałkowy. Wyróżnia się także narzędzia statystyczne, wspomagające procesy decyzyjne, zwane również „siódmką statystyczną” (7NST), do których należą: pobieranie próbek, statystyki, rozkłady, przedziały ufności, hipotezy statystyczne, analizy wariancji, a także analiza regresji i korelacji. Poza nimi można wymieniać także inne różnorodne instrumenty mogące służyć zarządzaniu jakością, np.: analiza pola sił (*Force Field Analysis*), analiza oddziaływań, *Six Sigma*, *Just in time*, *benchmarking*, koła jakości, metody heurystyczne z „burzą mózgów” na czele, metody projektowe związane z *Project Management* oraz inne (Hallsten i Klefsjö 2000, s. 238-244).

2. Wybrane rozwiązania mogące znaleźć zastosowanie w szpitalnictwie

Wśród różnorodnych, możliwych do zastosowania w publicznej ochronie zdrowia narzędzi odwołujących się do *Total Quality Management*, należy wyróżnić dwa wpisujące się w specyfikę oraz realia zarządzania podmiotami leczniczymi. Pierwsze z nich reprezentuje ideę zarządzania przez cele, drugie – uważaną za najstarsze z narzędzi TQM kartę kontrolną.

Z punktu widzenia zarządzania szpitalami, ważne jest aby w działania na rzecz poprawy efektywności funkcjonowania podmiotu, aktywnie i kreatywnie włączało się całe kierownictwo (Hartman i Zalewski 2013, s. 55-56). Wydaje się więc zasadne, w stosunku do kierowników poszczególnych szczebli, zastosowanie rozwiązań wiążących nagradzanie lub premiowanie z mierzalnymi wskaźnikami, celowymi do osiągnięcia i służącymi ogólnej poprawie sytuacji ekonomicznej i organizacyjnej w poszczególnych podmiotach. Chodzi o to, żeby kierownicy poszczególnych jednostek, w szczególności medycznych, w sposób bardziej efektywny podchodzili do zarządzania swoimi komórkami organizacyjnymi. W takim podejściu ważne jest wyodrębnienie w poszczególnych obszarach funkcjonowania szpitala wskaźników

priorytetowych, powiązanych m.in. z poprawą operacyjnego wyniku finansowego, w tym w obszarze działalności medycznej, czyli racjonalnością wydatkową na poziomie oddziałów szpitalnych. Podstawą wdrożenia koncepcji MBO w szpitalu jest przypisanie określonych wskaźników poszczególnym pionom organizacyjnym, a także uczynienie odpowiedzialnymi za realizację postawionych celów kierownikami nimi zarządzającymi. Karty celów na dany okres przypisuje się więc naczelnemu kierownictwu, a także, w miarę zaawansowania wdrożonych rozwiązań – kierownictwu średniego szczebla (w tym ordynatorom oddziałów), a nawet kierownikom pierwszej linii czy pracownikom operacyjnym. Istotne jest, aby cele indywidualne osiągnięte przez motywowanych były ściśle powiązane z pożądanymi wynikami organizacji. Pracownicy powinni mieć świadomość, jak ich zadania wpływają na sytuację firmy oraz jakie są korelacje pomiędzy rezultatem indywidualnym a wynikiem całej organizacji. Żeby to było możliwe, niezwykle istotne jest jasne precyzowanie celów. Muszą być one merytorycznie poprawnie sformułowane, a także łatwo mierzalne. W najbardziej zaawansowanej postaci, koncepcja MBO opiera się na partycypacji zarządczej wszystkich pracowników oraz połączeniu poszczególnych jednostek w spójny system, powiązany np. z systemem premiowym lub systemem nagród, ściśle uzależnionymi od osiągniętych wyników całej organizacji, a więc sumą wyników poszczególnych komórek organizacyjnych (Lenik 2013, s. 295-303).

W praktyce, wdrażanie rozwiązania rozpoczyna się od wyznaczenia celów głównych dla poszczególnych pionów organizacyjnych, a także wyznaczenia terminów monitorowania poziomu osiągnięcia celów szczegółowych. W pierwszej kolejności kartami celów rekomenduje się objęcie zastępców kierownika podmiotu leczniczego, a następnie, w miarę zaawansowania wdrożonych rozwiązań, cele ustala się dla całej kadry kierowniczej, w tym dla ordynatorów i kierowników oddziałów szpitalnych oraz innych komórek działalności podstawowej. Część celów jest zindywidualizowanych, część natomiast – wspólnych z innymi kierownikami. W niektórych obszarach cele powinny na siebie nachodzić dla wzmocnienia efektu synergii. Poziom realizacji poszczególnych celów powinien być skorelowany z nagradzaniem, w tym finansowym (w postaci systemu nagród pieniężnych lub systemu premiowego). Należy przy tym pamiętać, że jednym z najważniejszych celów, z punktu widzenia bilansowania podmiotów leczniczych, jest poprawa wyników finansowych poszczególnych oddziałów szpitalnych. Stąd też powinno się to stawać jednym z podstawowych celów każdego ordynatora (kierownika) oddziału szpitalnego.

Kolejnym narzędziem możliwym do zaimplementowania w szpitalach jest dostosowana do specyfiki tego typu podmiotów karta kontrolna poziomu realizacji kontraktu medycznego. W praktyce funkcjonowania szpitali często dochodzi bowiem do występowania tzw. nadwykonań, których realizacja, pozbawiona efektywnej kontroli w obszarze planowania oraz wykonania, stanowi poważne obciążenie kosztowe dla lecznic. Narzędzie pozwalające zmniejszać ryzyko procedur ponadlimitowych – karta kontrolna realizacji kontraktu, umożliwia śledzenie przebiegu wykonania kontraktu w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz wykrywanie zagrożeń (m.in. wykraczające poza granice bezpieczeństwa nadwykonania lub niewykonania), a także stwarza szanse do podejmowania skutecznych działań korygujących ze stosownym wyprzedzeniem. Możliwe jest jej wdrożenie w poszczególnych oddziałach szpitalnych, uczynienie poszczególnych ordynatorów odpowiedzialnymi za ich realizację, jednocześnie wyznaczając wyspecjalizowane

komórki organizacyjne w celu monitorowania oraz wsparcia działań ordynatorów w obszarze planowania, a następnie korygowania mogących pojawić się odchyłeń (Lenik 2015, s. 78-91). Możliwości w zakresie poprawy funkcjonowania podmiotu w poszczególnych obszarach, w przypadku karty kontrolnej, obejmują m.in. (Lenik 2015, s. 80):

- sprawniejsze identyfikowanie odchyłeń na poziomie kontraktu realizowanego przez poszczególne oddziały szpitalne,
- bieżące reagowanie na występujące odchylenia, zarówno w obszarze tzw. nadwykonań, jak również tzw. niewykonań, poprzez korygowanie odchyłeń lub tzw. przesunięcia pomiędzy limitami w ramach oddziału, a nawet między oddziałami,
- efektywniejsze planowanie pracy przez kierowników/ordynatorów poszczególnych oddziałów szpitalnych (możliwość programowania tzw. planowych przyjęć, zgodnie z wykresem wzorcowym karty kontrolnej, z jednoczesnym zachowaniem buforu dla tzw. nagłych przyjęć),
- lepszą pozycję negocjacyjną wobec Narodowego Funduszu Zdrowia w kontekście aneksowania bieżącego kontraktu (w trakcie jego realizacji),
- ograniczenie nadwykonań, zarówno na poziomie globalnym, jak również w poszczególnych oddziałach szpitalnych.

3. Inne rozwiązania mogące stymulować adaptowanie filozofii TQM w szpitalnictwie

W totalnym zarządzaniu jakością stymulującą rolę odgrywają m.in. różnego rodzaju usprawnienia organizacyjne, wpływające pozytywnie zarówno na pracowników i klientów, jak i całe otoczenie.

Jednym z działań podejmowanych bezpośrednio w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim w publicznych podmiotach leczniczych, jest wprowadzanie w jak najszerszym możliwym zakresie komponentów zmiennych w ramach funkcjonującego systemu wynagradzania. Mowa tutaj m.in. o elementach systemu premiowego oraz systemu nagród, powiązanych z poprawą efektywności funkcjonowania poszczególnych obszarów szpitala i poszczególnych jednostek organizacyjnych. Osiągane przez komórkę efekty, monitorowane w rocznych, półrocznych lub kwartalnych odstępach, powiązuje się z możliwością uzyskiwania dodatkowych gratyfikacji finansowych zarówno przez odpowiedzialnego kierownika, jak i podległy mu zespół. Celowe jest, aby wypracowaną kwotą, przeznaczoną na premie lub nagrody (wynikającą np. z wypracowanych oszczędności, zmniejszenia kosztów, poprawy wyniku finansowego itd.), mógł swobodnie dysponować właśnie kierownik operacyjny.

Rozsądne wydaje się, żeby z pozytywnymi efektami ekonomicznymi poszczególnych komórek organizacyjnych łączyć celowo realizowane remonty oraz zakupy nowego sprzętu i wyposażenia. Chodzi na przykład o to, aby oddziały poprawiające wynik finansowy, poza wypłacanymi dla pracowników nagrodami lub premiami, nagradzać dodatkowymi zakupami czy inwestowaniem w sprzęt i infrastrukturę. Zakup nowych mebli, wymiana bazy łóżkowej, odnowienie aparatury i sprzętu czy remont pomieszczeń w jednostkach organizacyjnych, które dzięki zaangażowaniu pracującej tam kadry poprawiły swoją efektywność, stają się potwierdzeniem uznania i wyróżnienia. Takie działania dają poszczególnym kierownikom poczucie docenienia ich pracy na rzecz organizacji, wzmacniając przy tym również ich autorytet.

Z kolei innowacyjnymi rozwiązaniami w obszarze doskonalenia obsługi pacjenta mogą być m.in.: system obsługi kolejek pacjentów, TRIAGE, efektywne procedury przyjmowania planowego pacjentów poprzez izbę przyjęć oraz oddziały, system komunikowania się z pacjentem oraz wiele innych. Ideą powyższych rozwiązań jest wprowadzenie niezbędnego ładu. Elementem stymulującym doskonalenie jakości w placówkach ochrony zdrowia jest także usprawnienie sposobów komunikacji, w tym z pacjentem. Oprócz możliwości jakie dają narzędzia klasy *Business Intelligence*, do cennych zaliczyć można ankietowanie pacjentów, powołanie wyspecjalizowanego stanowiska pełnomocnika do spraw pacjentów, umożliwienie zgłaszania uwag i spostrzeżeń za pośrednictwem strony internetowej oraz innych kanałów komunikacyjnych, wydzielenie stanowiska do spraw informacji oraz inne. Wdrożenie bieżącej ankietyzacji pacjentów w zakresie pozyskiwania informacji na temat oceny jakości obsługi, długości czasu obsługi czy wizerunku kadry, warto wykorzystać w doskonaleniu szerokokorozumianej jakości obsługi pacjenta, w tym w zakresie skrócenia czasu obsługi, modyfikowania postaw pracowników, celowych remontów i zmian, nie w pełni zaspokojonych potrzeb pacjentów itp.

Wzmocnienie komunikacji z klientem, a jednocześnie poprawę jakości jego obsługi, można uzyskać poprzez powołanie specjalnego stanowiska do spraw pacjenta, którego zadaniem jest natychmiastowe reagowanie na zgłaszane przez pacjentów uwagi. W sytuacjach, gdy pacjent czuje niezadowolenie z jakości obsługi, ma problem, którego nie potrafi rozwiązać, chce zgłosić uwagę czy skargę, osoba piastująca funkcję pełnomocnika na bieżąco interweniuje w miejscu powstania problemu, wspomagając pozytywne jego rozwiązanie. W przypadku trudniejszej sprawy, której wyjaśnienie wymaga czasu, problem jest przedstawiany kierownictwu zakładu, gdzie następuje pogłębiona analiza oraz rozstrzygnięcie, o którym pacjent jest powiadamiany listownie lub telefonicznie. Również w innych obszarach pacjent może uzyskiwać wsparcie, na przykład w punkcie informacyjnym lub na stanowisku do spraw społecznych (sprawy dotyczące m.in. współpracy z ośrodkami pomocy rodzinie czy przyjęć na oddziały szpitalne). Wszystkie tego typu rozwiązania stają się dowodem troski szpitala o jakość usług i zadowolenie obsługiwanych pacjentów-klientów.

Warto wspomnieć tutaj także o celowości funkcjonowania w obrębie podmiotu różnych gremiów. Mowa tutaj m.in. o komisjach problemowych i zespołach, pracujących w ramach systemów zarządzania jakością (np. według normy ISO 9001 lub branżowego krajowego systemu akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości Ministerstwa Zdrowia), których liczba może dochodzić nawet do kilkunastu lub więcej. Poszczególne zespoły i komisje, na podstawie udzielonych im kompetencji, mają za zadanie wypracowywać rozwiązania w obszarze utrzymania lub doskonalenia standardów w określonych obszarach organizacyjnych. Koncepcje rozwiązań przekazywane są kierownictwu podmiotu, które analizuje je na bieżąco, a w przypadku pozytywnej ich oceny oraz możliwości finansowych i organizacyjnych – wdraża je. Cenna wydaje się również idea kół jakości lub inne rozwiązania stwarzające możliwość oddolnych inicjatyw w zakresie innowacyjności, doskonalenia jakości obsługi, wpływania na redukcję kosztów czy zwiększenie przychodów.

Zakończenie

Powyżej opisane koncepcje wdrożono w konkretnym wielospecjalistycznym szpitalu publicznym. Próbę oceny efektywności wiązki możliwych implementacji, wprowadzanych od 2012 roku, pod kątem ich wpływu na stabilność organizacyjną i ekonomiczną podmiotu, oparto m.in. na porównaniach wybranych wskaźników liczbowych, tj. roczny wynik finansowy oraz poziom zobowiązań, na tle innych funkcjonujących w podobnych uwarunkowaniach jednostek, w których przedmiotowe wdrożenia nie miały miejsca. W badanym szpitalu dokonano również porównania wybranych paramentów wewnętrznych – z okresu sprzed i po rozpoczęciu procesu zmian. I tak, badany szpital w latach 2013-2015, trzy lata z rzędu wypracowuje najlepszy roczny wynik finansowych spośród wszystkich tego typu podmiotów w regionie, pomimo że wcześniej, przed zainicjowaniem zmian i filozofii TQM, szpital ten na tle innych osiągał najgorszy wynik finansowy w województwie. Nigdy też, jako jedyny w województwie, nie wymagał przez organ tworzący pokrywania ujemnego wyniku. Na tej podstawie można wysunąć pewne wnioski w zakresie celowości wdrożonych rozwiązań. To natomiast może stanowić rekomendację dotyczącą zastosowania poszczególnych implementacji w szerszym zakresie, w tym w podmiotach posiadających zbliżone uwarunkowania społeczno-ekonomiczne do badanego szpitala.

Literatura

- Bugdol M. (2011). *Zarządzanie jakością w placówkach służby zdrowia*, (w:) J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.). *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Ćwiklicki M., Obora H. (2011). *Wprowadzenie do metod TQM*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków.
- Dobska M., Rogoziński K. (2012). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa.
- Hallsten U., Klefsjö B. (2000). *TQM as a management system consisting of values. Techniques and tools*, "The TQM Magazin" 4.
- Hamrol A., Mantura W. (2002). *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Hamrol A. (2005). *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa.
- Hartman J., Zalewski Z. (red.) (2013). *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kanownik G. (2014). *Koncepcje zarządzania jakością w służbie zdrowia*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów” 4(34).
- Lenik P. (2011). *TQM. Instrumentarium doskonalenia jakości*, Prace Naukowo-Dydaktyczne PWSZ w Krośnie, 53.
- Lenik P. (2013). *Adaptacja koncepcji zarządzania przez cele w podmiocie służby zdrowia*. (w:) N. Iwaszczuk, *Problemy zarządzania przedsiębiorstwem w wybranych sektorach gospodarki*, Wydawnictwa AGH, Kraków.
- Lenik P. (2015). *Efekty zastosowania karty kontrolnej jako narzędzia zarządzania strategicznego przy realizacji kontraktu w szpitalu publicznym – studium przypadku*, „Studia Ekonomiczne” UE w Katowicach, 229.
- Myszewski J.M. (2009). *Po prostu jakość*, WAiP, Warszawa.

- Sęp J., Pacana A. (2001). *Metody i narzędzia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów.
- Staszewski R., Kautsch M. (2015). *Jakość i zarządzanie jakością*, (w:) M. Kautsch (red.). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (red.) (2011). *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Stępniewski J. (2009). *Organizacja i zarządzanie szpitalami – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wolniak B., Skotnicka B. (2008). *Metody i narzędzia doskonalenia jakości. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.

POSSIBILITIES OF USING TQM PHILOSOPHY IN MANAGING PUBLIC HEALTH ENTITIES

Abstract

In the paper were described chosen solutions coming from Total Quality Management, possible to implementation at the public hospitals. The paper was based on the solutions used in practice in one specific entity, therefore the text was backed up by the synthetic case study – the portraying chosen solutions stimulating implementation the changes and improving the quality management.

Keywords

human capital management, Total Quality Management, change management, hospital management