Dr hab. Paweł Dobski prof. nadzw. UEP
Katedra Handlu i Marketingu
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Poznań, 21.01.2019 r.

Recenzja

Rozprawy doktorskiej mgr Anety Muzolf pt. „Model zintegrowanej samooceny w doskonaleniu systemu zarządzania jakością szpitala" napisanej pod kierunkiem Prof. zw. dr hab. Małgorzaty Wiśniewskiej [Sopot 2018 s. 263]

1. Tematyka rozprawy

Opiniowana rozprawa doktorska mgr Anety Muzolf stanowi monograficzne studium na temat jakości usług i jej roli w działalności podmiotów leczniczych. Już na początku warto podkreślić, że jest to niewątpliwie jedna z nielicznych prac, w której Autorka tak wnikliwie zarówno w ujęciu teoretycznym jak i empirycznym podjęła próbę zwrócenia uwagi na związek pomiędzy jakością usług, a zarządzaniem szpitalem.

Zamysłem Autorki było zastosowanie modelu zintegrowanej samooceny w procesie doskonalenia systemu zarządzania jakością szpitala. W tym świetle opracowanie modelu samooceny systemu zarządzania jakością ma na celu zweryfikowanie czy:

- wymagania o charakterze prawnym jak i wynikające ze znormalizowanych systemów zarządzania są przez podmiot leczniczy spełniane,
- wdrożono w podmiocie proces ciągłego doskonalenia, który stanowi istotę systemów zarządzania jakością,
- poziom bezpieczeństwa pacjentów i personelu ulega zwiększeniu,
- jakość udzielanych świadczeń ulega poprawie.

Tak określony zakres poszukiwań naukowych wynikał prawdopodobnie z faktu, iż proces transformacji gospodarki polskiej w pewnej mierze doprowadził do konieczności wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, co oznaczało konieczność odejścia od administrowania na rzecz zarządzania nimi. W pracy skoncentrowano się także na

rozpoznaniu i przeanalizowaniu czynników warunkujących kształtowanie jakości usług medycznych w świetle wymagań szeroko rozumianych interesariuszy.

2. Problemy badawcze i cele

Określony przez Autorkę główny problem badawczy pracy jako zbadanie jakie kryteria, systemy i programy mogą być punktem wyjścia do opracowania modelowego podejścia w zakresie samooceny systemu zarządzania szpitalem implikował wyznaczenie następujących problemów szczegółowych:

PS1 – Jakimi cechami winny charakteryzować się usługi medyczne w świetle potrzeb stawianych przez współczesny rynek ochrony zdrowia?

PS2 – Jakie determinanty i uwarunkowania charakteryzują jakość usług medycznych?

PS3 - Jaka jest rola i istota podstawowych standardów, systemów i metod dotyczących zarządzania jakością w obszarze usług medycznych?

PS4 – Czym jest, z czego wynika i na czym polega zjawisko doskonalenia w zarządzaniu jakością usług medycznych?

PS5 – Na czym polega istota samooceny w doskonaleniu jakości usług medycznych?

PS6 – Czy i w jakim zakresie proponowana struktura modelu zintegrowanej samooceny systemu zarządzania jakością w szpitalu może wesprzeć praktyki dotyczące doskonalenia jakości usług medycznych?

Konsekwencją tak określonych problemów głównego i szczegółowych było sformułowanie celów pracy, które podzielono na teoriopoznawcze i empiryczne.

Głównym celem rozprawy o charakterze teoriopoznawczym było rozpoznanie i przeanalizowanie istoty oraz uwarunkowań kształtowania jakości usług medycznych w świetle wymagań interesariuszy i potrzeb związanych z doskonaleniem jakości.

Celem empirycznym było opracowanie modelu zintegrowanej samooceny systemu zarządzania jakością w szpitalu.

Tak określone cele zostały uzupełnione następującymi celami szczegółowymi:

CS1 - Scharakteryzowanie , w świetle światowej i krajowej literatury przedmiotu, a także uwarunkowań prawnych, istoty usług medycznych i cech decydujących o ich jakości.

CS2 - Rozpoznanie i przeprowadzenie analizy podstawowych podejść projakościowych wprowadzanych na rzecz jakości usług medycznych.

CS3 - Rozpoznanie i ulokowanie zjawiska doskonalenia i samooceny w świetle formalnych wymogów dotyczących jakości w obszarze usług medycznych.

CS4 - Rozpoznanie i ulokowanie zjawiska doskonalenia i samooceny w świetle formalnych wymogów dotyczących jakości w obszarze usług medycznych.

CS5 - Podjęcie próby zdefiniowania i skonstruowania koniecznych elementów modelu.

CS6 - Przeprowadzenie empirycznej weryfikacji modelu w wybranych szpitalach za pomocą modelu HOSPOqual.

Podkreślić należy, że w pracy przyjęte zostały cztery perspektywy badawcze: eksploracyjna, deskryptywna, wyjaśniająca i koncepcyjna. Tak określone cele szczegółowe pozwoliły na bardziej wnikliwą analizę problemu określonego tematem rozprawy. Należy zaznaczyć, że wyznaczone przez autora cele wydają się być jasno określone i nie budzą zastrzeżeń.

3. Konstrukcja pracy, ocena treści merytorycznej

Przedłożona do oceny praca liczy 263 strony oraz obszerny załącznik zawierający dwa kwestionariusze ankiety oraz zestawienia w formie tabel i rysunków przedstawiające wyniki badań empirycznych. Dysertacja składa się ze wstępu, trzech rozdziałów i zakończenia.

Wstęp zawiera to wszystko, co powinien zawierać. Pani Aneta Muzolf w sposób jednoznaczny określiła zakres prowadzonych rozważań i wyznaczyła cele jakie chce zrealizować. Lektura pierwszych stron pozwala zauważyć zwięzłość i przejrzystość wywodów i co bardzo istotne, jest to zachowane w dalszych częściach rozprawy. Zarówno wstęp jak i kolejne rozdziały napisane są komunikatywnym językiem, oczyszczonym z uchybień stylistycznych.

W rozdziale pierwszym przedstawione zostały terminy wyjaśniające istotę usług w tym usług medycznych. Pewien niedosyt można jednak odnieść ze względu na ograniczone odniesienie się do teorii usług i nie uwzględnienie różnorodnego definiowania usług w świetle definicji rezydualnych, enumeracyjnych, analitycznych, istotnościowych czy kontekstowych. W pracy Pani Aneta Muzolf przyjęła kompilacyjne ujęcie usług. Takie podejście określa usługę jako wszelkiego rodzaju aktywność, która obejmuje interakcje pomiędzy usługodawcami oraz usługodawcami i klientami. Autorka słusznie definiuje usługi medyczne jako profesjonalne, podkreślając znaczenie relacji profesjonalista – pacjent. W dalszej części prowadzonych rozważań przedstawiono rozważania na temat rynku usług medycznych.

Zakres prowadzonych w tej części pracy rozważań obejmował scharakteryzowanie czterech modelowych rozwiązań w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych takich jak: Model Bismarca, Beveridge'a, Siemaszki i wolnorynkowy. Pani Aneta Muzolf słusznie zauważyła , że uzasadnionym wydaje się wprowadzanie mieszanych form w zakresie redystrybucji środków finansowych. W dalszej kolejności Autorka podjęła próbę przedstawienia istoty zarządzania jakością w usługach medycznych. Słusznie zauważono, że koncepcja ta w usługach medycznych opiera się na dwóch imperatywach takich jak troska o pacjenta oraz przewidywalność. Takie ujęcie jest konsekwencją faktu, że celem wdrożenia orientacji projakościowej w podmiocie leczniczym jest zagwarantowanie identyfikacji osób i identyfikowalności czynności. W efekcie standaryzacja pracy personelu pozwala zagwarantować pewien poziom przewidywalności wykonywanych czynności. W przypadku usług profesjonalnych do których Autorka słusznie zaliczyła usługi medyczne należy oczywiście mieć świadomość, że realizacja świadczeń przez personel o tych samych kwalifikacjach, który będzie miał do dyspozycji tą samą aparaturę, wykona te same badania w zakresie diagnostyki obrazowej jak i laboratoryjnej, zgodnie z tymi samymi standardami nie gwarantuje pewności w zakresie osiąganego rezultatu. Wynika to niewątpliwie z charakteru świadczenia medycznego i konieczności uwzględnienia profilu pacjenta, stopnia zaawansowania choroby zasadniczej, chorób współistniejących i ewentualnego wsparcia rodziny i bliskich. Można jednak założyć, że standaryzacja pracy pozwala nie tylko zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu ale także wyraża dążenie organizacji do uruchomienia procesu ciągłego doskonalenia. Uzasadnioną konsekwencją treści zawartych w rozdziale 1.4.1 są rozważania przeprowadzone w kolejnych podpunktach. Pani Aneta Muzolf scharakteryzowała Program Akredytacji Szpitali oraz systemy zarządzania zgodne z ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, PN-N 18001, PN- EN 15224:2017;-02E. Autorka słusznie zauważyła wzrastający nacisk Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i pacjentów na zwiększanie roli bezpieczeństwa w procesie świadczenia usług medycznych. W tym kontekście znormalizowane podejście do jakości może okazać się pomocne, jednak nie należy zapominać, że systemy te nie gwarantują wysokiej jakości. Przeprowadzenie auditu i wydanie certyfikatu oznacza jedynie, że zidentyfikowano procesy i dokonano standaryzacji. Systemy zarządzania zawierają tym samym jedynie pewien zestaw wytycznych, wiele zależy od personelu podmiotu leczniczego, stopnia zrozumienia istoty jakości i zaangażowania w proces jej doskonalenia. Mając świadomość roli pacjenta w proces oceny jakości Autorka przedstawiła jedną z metod jakościowych wykorzystywanych w ocenia usług jaką jest metoda Servqual.

Lektura rozdziału pierwszego pozostawia jednak pewien niedosyt wynikający z niedostatecznego wyeksponowania dorobku Szkoły Nordyckiej w rozwoju marketingu i jakości. Autorka uwzględniła co prawda 2 publikacje Ch. Grönroosa, jednak zabrakło dorobku np. E. Gummessona. Uwzględnienie dorobku tych luminarzy jakości, a zwłaszcza analiza ich modeli jakości pozwoliłaby w sposób może bardziej czytelny podjąć próbę przeformułowania jakości normatywnej na koncepcję relacyjną. Podkreślić należy jednak fakt dostrzeżenia przez Anetę Muzolf wkładu Szkoły Poznańskiej, której jednym z głównych reprezentantów jest K. Rogoziński. Pozwoliło to dokonać re-interpretacji teorii konkurencyjności poprzez „dowartościowanie" koncepcji opartej na współpracy z pacjentem. Autorka słusznie wyeksponował znaczenie długookresowych relacji z klientami, co jest typowe dla usług profesjonalnych, w których koniecznym wydaje się być wypracowanie marketingowej interpretacji jakości usługi medycznej. Pewnym mankamentem rozważań przeprowadzonych w tym rozdziale jest także niedostateczne wyeksponowanie interdyscyplinarnego i wielowymiarowego charakteru jakości w usługach medycznych.

Niezwykle ciekawe są natomiast treści przedstawione w rozdziale drugim. Obszerne studia literaturowe pozwoliły w sposób obszerny wyjaśnić istotę doskonalenia w procesie prowadzącym do doskonałości. Pojęcia te w sposób jednoznaczny wpisują się w koncepcję TQM, której jednym z fundamentów jest cykl Deminga. Istotny z perspektywy systemów zarządzania jakością proces doskonalenia pozwala wdrożyć rozwiązania umożliwiające podejmowanie działań korygujących jak i zapobiegawczych. Prowadząc z kolei rozważania na temat samooceny Autorka nie tylko wyjaśniła istotę tego procesu, ale także uwzględniła kontekst nagród jakości i rolę audytów wewnętrznych realizowanych w ramach systemów zgodnych z normami ISO. Rozważania zawarte w rozdziałach pierwszym i drugim pozwoliły w opinii piszącego te słowa zrealizować wyznaczony we wstępie cel teoriopoznawczy. Obszerne studia literaturowe stanowiły niewątpliwie inspirację do przeprowadzenia badań empirycznych, których rezultaty zostały zaprezentowane w rozdziale trzecim. Ta część pracy jest cennym wkładem Autorki w rozwój nauki. Proces postępowania badawczego został podzielony na etapy. Pierwsze dwa etapy zakładały rozpoznanie istoty usług. W etapie trzecim, rozpoczynającym część empiryczną pracy, podjęto próbę zdefiniowania i skonstruowania elementów modelu oraz opracowanie modelu zintegrowanej samooceny systemu zarządzania jakością w szpitalu. W etapie czwartym Autorka zakładała opracowanie kwestionariusza HOSPOqual. Istotą etapu piątego było przeprowadzenie empirycznej weryfikacji modelu w wybranych szpitalach przy wykorzystaniu wcześniej opracowanego

kwestionariusza (HOSPOqual). Celem etapu szóstego badań było przeprowadzenie oceny poziomu jakości usług medycznych w badanych szpitalach poprzez zastosowanie modelu samooceny. Podjęte wcześniej działania umożliwiły przeprowadzenie weryfikacji wdrożonego modelu. Etap siódmy miał tym samym pozwolić na wskazanie korzyści wynikających z wdrożenia modelu. Ostatni ósmy etap badań zakładał sporządzenie wniosków oraz wystawienie rekomendacji dla osób zarządzających szpitalami. Zaproponowany model zintegrowanej samooceny systemu zarządzania jakością pozwolił podjąć próbę wyjaśnienia głównego problemu badawczego.

4. Konkluzja

Reasumując bardzo wysoko oceniam rozprawę doktorską mgr Anety Muzolf. Obszerne studia literaturowe oraz przeprowadzone badania empiryczne pozwoliły osiągnąć rezultaty poznawcze, które świadczą o dojrzałości autora.

Należy podkreślić, że rozprawa stanowi istotną pozycję wśród opracowań naukowych dotyczących zarządzania jakością w podmiotach leczniczych . Przeprowadzone przez Autorkę studia literaturowe oraz badania empiryczne, zrealizowane zgodnie z wytycznymi wynikającymi z sformułowanych problemów i zdefiniowanych celów stanowią przyczynek do dalszych rozważań na temat znaczenia samooceny i konieczności jej powtarzania w regularnych odstępach czasu. Cykliczność samooceny powinna wynikać z procesu ciągłego doskonalenia, który jest sednem systemów zarządzania jakością. Recenzowana rozprawa może stanowić także inspirację do dalszych przemyśleń na temat wpływu jakości świadczonych usług na konkurencyjność podmiotów leczniczych.

W związku z tym mogę z pełnym przekonaniem stwierdzić, że praca mgr Anety Muzolf spełnia wymagania stawiane pracom doktorskim. Wnoszę zatem o dopuszczenie Autorki do publicznej obrony Jej pracy.

dr hab. Paweł Dobski prof. nadzw. UEP