

## Minőségügyi gondolkodás

(képzési anyag)

Készült:

„A TÁMOP 5.4.1 - kábítószerügyi pillérjén belül megvalósuló szakmai felkészítések  
megvalósítása.” Projektben belül,

Feladat: IV.3.5.1.3. Minőségügyi gondolkodás fejlesztéséhez szükséges képzések anyagainak  
összeállítása

Összeállította és szerkesztette:

Dr. Erdélyi István

**mediconsult**

Mediconsult Kft.

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából



## Tartalomjegyzék

<b>MINŐSÉGÜGYI GONDOLKODÁS .....</b>	<b>1</b>
TARTALOMJEGYZÉK.....	2
A KÉPZÉSI ANYAG CÉLJA .....	3
MI A MINŐSÉG?.....	4
A MINŐSÉGÜGYI GONDOLKODÁS, ALAPFOGALMAI - EGY ÖSSZERENDEZETT FOGALMI RENDSZER .....	5
<i>Minőség ellenőrzés</i> .....	5
<i>A minőségbiztosítás</i> .....	6
<i>Minőségirányítás/fejlesztés</i> .....	7
AZ EDDIGIEK ÁTTEKINTÉSE .....	8
MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZEREKRŐL RÉSZLETESEN .....	9
<i>Az ISO rendszerek története (Kathleen Buczko megfontolásai alapján), 2010</i> .....	10
<i>Mivel is foglalkoznak az ISO standardok?</i> .....	11
<i>Milyen sajátosságokkal jellemezhető az ISO 9004: 2009-es verziója?</i> .....	11
<i>A teljes körű minőségmenedzsment - TQM</i> .....	12
TQM vagy ISO? .....	13
A MINŐSÉGÜGYI GONDOLKODÁS, MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZEREK A HUMAN SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN .....	14
MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN .....	14
Bizonyítékokon alapuló gyakorlat jelentősége és alapelvei.....	17
Bizonyítékokon alapuló gyakorlat alkalmazásának lépései .....	18
<i>Minőség az orvosi gyakorlatban</i> .....	19
Minőség komponensei az orvosi gyakorlatban .....	19
<i>Miért van szükség minőségirányítási rendszerekre az egészségügyben?</i> .....	19
Minőségirányítási rendszerek az egészségügyben - ISO .....	20
Minőségirányítási rendszerek az egészségügyben - TQM .....	20
MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK A SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK TERÉN .....	22
MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK A KÖZOKTATÁSBAN .....	25
ÖSSZEFOGLALÓ ÁTTEKINTÉS.....	28
TOVÁBBKÉPZÉSI TEMATIKA .....	30
<i>A továbbképzés célja:</i> .....	31
<i>Az elméleti blokk témakörei:</i> .....	31
<i>A gyakorlati blokk témakörei</i> .....	32
IRODALOMJEGYZÉK .....	33

## A képzési anyag célja

A TÁMOP TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 projekt kábítószerügyi pillérjén belül megvalósuló szakmai felkészítések keretében az integrált addiktológiai modalitások kialakításához kapcsolódó, azokat megalapozó szakmai-módszertani fejlesztések valósulnak meg.

Ezen ellátások szempontjából két alapvető megközelítést igyekszünk folyamatosan szem előtt tartani:

- szükséglet vezérelt ellátások tervezése
  - A szükségletalapú ellátástervezés megalapozásához megfelelő módszertanok kialakítása a helyi szükségletek felmérésére, a kielégített szükségletek jobb megismerése és a helyi szinten elérhető ellátó rendszer kapacitásainak minél jobb megismerése
- felépülés központú megközelítés az ellátás szervezés terén
  - Olyan ellátási modalitások kialakítása, melyek összhangba képesek hozni a feltárt szükségleteket, a helyi kapacitásokat – beleértve azok bővítését, átprofilizálását -, valamint azt a szakmai megfontolást, hogy a beavatkozások homlokterében, távlati célkitűzéseiben a felépülés, a kliens önrendelkezési és önálló életvezetési képességeinek minél teljesebb megvalósítása áll.

A fentiekben jelzett elvárásoknak, célkitűzéseknek a megvalósítása érdekében – sok egyéb mellett – fontos a minőségügyi gondolkodás elveinek és tényleges gyakorlatban történő alkalmazásának feltételeivel való megismerkedés, valamint annak elemzése, hogy ezek a módszerek (értsd minőségügyi gondolkodás) miképpen, milyen feltételek mellett és milyen haszonnal lennének alkalmazhatóak az addiktológiai ellátások területén.

A minőségügyi gondolkodással, a minőségirányítási rendszerekkel kapcsolatosan sok idegenkedés fogalmazódik meg általában a humán szolgáltatások területén tevékenykedő szakemberek körében. Jelen képzési anyag ezért minden egyes ponton igyekszik reflektálni ezekre az aggályokra és kísérletet tesz arra, hogy rámutasson azokra a lehetőségekre, megoldási módokra, amelyek figyelembevételével a minőségügyi gondolkodás területünkön történő alkalmazása előnyökkel jár mind a kliensek, mind pedig a szolgáltatásokat nyújtó szervezetek munkatársai számára.

A képzési anyag felépítése a fenti célkitűzések elérése érdekében az alábbi szerkezetet követi:

- általános, elvi megfontolások a minőségügyi gondolkodás sajátosságaival kapcsolatban, ennek során a fogalmi meghatározásokat mutatunk be, áttekintjük a minőségügyi rendszerek kialakulásának történeti aspektusait;
- a minőségirányítási rendszerek napjainkban leginkább alkalmazott konkrét példáinak bemutatása, ennek során a minőségirányítási rendszerek napjainkban leginkább alkalmazott két példájával az ISO és TQM rendszerrel ismerkedünk meg, majd pedig áttekintjük, hogy a humán szolgáltatások területén milyen minőségirányítási rendszerek váltak elterjedté.

Áttekintjük, hogy az egészségügyi ellátásokban milyen rendszerek vannak használatban, valamint az oktatásügyben alkalmazott Comenius I. – II. bemutatására is sor kerül, és végül kitekintünk a szociális szolgáltatások minőségirányítási rendszerei felé.

A képzési anyagban arra is kísérletet teszünk, hogy megvilágosítsuk: milyen összefüggések mutatkoznak a minőségirányítási rezsimek és az eredményesség között. Tapasztalataink szerint mindig ez a legkritikusabb kérdés, minthogy sokan azt vélelmezik, hogy a minőségirányítási eljárások, rendszerek nagy biztonsággal garantálják az elvárt eredményeket is. Pontosan a humán szolgáltatások terén azonban a helyzet ennél lényegesen összetettebb, a képzési anyag ezzel a

dilemmával is részletesen fog foglalkozni. Jelen anyag szorosan összefügg egy másikkal, amelyiknek homlokterében az áll, hogy a szabályozó anyagok alkalmazása miképpen valósulhat meg, és miképpen kapcsolódik a minőségirányítási rendszerekhez.

## **Mi a minőség<sup>1</sup>?**

„A minőség nemzetközi meghatározása szerint "egy termék vagy szolgáltatás jellemzőinek és sajátosságainak összessége, amelyek hatással bírnak kinyilvánított vagy vélelmezett szükségletek kielégítésére".<sup>2</sup> E meghatározás értelmében lehetséges a termékek és szolgáltatások értékelése mind "a felhasználói követelmények kielégítése", mind "a célnak megfelelés" szempontjából. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy a minőség egy cél elérésének az eszköze, nevezetesen az ügyfél (customer) elégedettségének az elnyerése egy termék vagy szolgáltatás minden tekintetében.”

A minőség meglehetősen gazdag jelentése tartalommal rendelkezik, ezeket a tartalmakat különböző aspektusokból érdemes vizsgálni. Az alábbiakban néhány definíciós lehetőséget mutatunk be, amelyek saját területünkön való alkalmazását utóbb kritikai elemzés tárgyává kívánjuk tenni.

1. Termelésközpontú meghatározás
  - Minőség az, amit a gyártó az adott eszközeivel, az adott környezetben elő tud állítani, feltéve, ha a termék megfelel az előre meghatározott kritériumoknak vagy specifikációnak. Ha nem sikerül megfelelni, az a minőség hiányát jelenti.
2. Felhasználó alapú megközelítés
  - A minőség azt jelenti, hogy képesek vagyunk a vevők igényeit, elvárásait vagy szükségleteit kielégíteni.
3. Érték alapú megközelítés
  - A minőség azt jelenti, hogy meghatározott tulajdonságú terméket kínálunk a fogyasztónak elfogadható költséggel vagy áron (value for money).
4. A minőség fogalma a szolgáltatásban
  - Nem kézzelfoghatóak
    - A szolgáltatások – általában - nem tárgyasulnak. Nem láthatók, ízlelhetők, tapinthatók mielőtt igénybe veszik azokat.
  - Azonnal fogyaszthatók
    - A keletkezésük pillanatában a szolgáltatásokat igénybe veszik, ellentétben egy adott termékkel, amit legyártanak, készleteznek, később eladják, és még később fogyasztják.
  - Nehezen kiszámíthatóak
    - A szolgáltatás függ a szolgáltató személyétől, a helytől, az adott pillanattól, a szolgáltató személyzet teljesítményétől, a pillanatnyi idegi, fizikai állapotuktól. Ugyanazt ugyanúgy reprodukálni lehetetlen.
  - Elválaszthatatlanság
    - A szolgáltatás fogyasztásában a szolgáltató és az ügyfél is részt vesz személyes jelenlétével.

Ahogy ezt a fenti meghatározásokból is láttuk a minőség fogalma objektíven nehezen meghatározható, a megközelítés módtól, a „termék” jellegétől nagymértékben függ. Témánk szempontjából legjelentősebb és a problémakör összetettségét is legjobban bemutató definíciók, megfontolások a szolgáltatások minőségével összefüggők. Már itt láthatóvá válnak mindazok a szempontokat, amelyekkel a későbbiekben foglalkozni kell, hogy önmagunk számára is értelmezni

---

<sup>1</sup> Miniszterelnöki Hivatal Informatikai Koordinációs Iroda Informatikai Tárcaközi Bizottság ajánlása

Minőségirányítás 9. sz. ajánlás 1.0 verzió, Budapest, 1997, Készítette: MTA Információtechnológiai Alapítvány

<sup>2</sup> ISO 8402-1986

legyünk képesek: mit is jelent általában a humán szolgáltatások és különösképpen is a kábítószerügyi ellátások területén a minőség.

### **A minőségügyi gondolkodás, alapfogalmai - egy összerendezett fogalmi rendszer**

A minőség problematikájának vizsgálata és különösképpen a minőség előállítása, biztosítása hosszú múltra tekint vissza. Annak érdekében, hogy a minőségügyi szemléletet általában a humán szolgáltatások és különösképpen is a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások területén érdemben alkalmazni legyünk képesek, érdemes ennek a problémakörnek a közvetlen érdeklődésünktől független történetét és fejlődését is áttekinteni, majd csak ezt követően vizsgálni, hogy a bemutatott szempontok miként lennének alkalmazhatóak ezen a szűkebb területen.

Mint majd az utóbb következő történeti példákból is látható lesz a minőség biztosítása és a nem minőségi működés kivédése érdekében (a felelősség azonosítása érdekében is!) már a régmúlt, történeti korokban is intézkedéseket és megoldási módokat azonosítottak. Ugyanakkor a hadiipar, a háborúk – mint oly sok más területen is, pl. a kommunikációs rendszerekkel összefüggésben – jelentős lendületet adtak az eseményeknek és a fejlődés koncentrálttá válását nagymértékben befolyásolták.

### **A minőségügyi rendszerek, - gondolkodás története - Néhány történeti példa a minőségügyi rendszerek működéséről:**

Minőségi termék és szolgáltatás előállítása már a régmúlt történeti korokban is nagy jelentőséggel bírt, bár akkoriban – érthető okoknál fogva - a minőségügyi rendszerek manapság szokásos terminológiája nem létezett.

#### **Minőség ellenőrzés**

A **minőség-ellenőrzés** történelmi tanulmányainkból jól ismert módon először **Hamurabi Törvénykönyvében** jelent meg: „Ha az orvos nagyobb operációt végez egy nemesemberen, bronzból készült szikével és a nemesember halálát okozza, vagy ha a szemüreg műtétje során a látás vagy a szem elvesztése a következmény; vágassék le az orvos egyik karja”.

Szintén a minőség-ellenőrzés eklatáns példája az **Egyiptomi Halál Könyve**, amely a fáraók eltemetésének dokumentált rendszere volt, a szertartás végrehajtásának módját, eszközeit is leírta. Kínában a császári udvarban felhasznált minden anyagot meg kellett jelölni, hogy a készítőit egyértelműen azonosítani lehessen. **Tulajdonképpen ez tekinthető a mai védjegy őseinek.**

Ahogy a fenti példák jól mutatják a minőség-ellenőrzés kezdeti megnyilvánulási formái úgy biztosították a megfelelő minőségű termékek, szolgáltatások előállítását, hogy egyfelől garantálták a személyes felelősség kimutathatóságát, másfelől pedig súlyos fenyegetéseket helyeztek kilátásba azokra az esetekre, amikor valaki nem a megfelelő végeredményt produkálta. Tehát azt állapíthatjuk meg, hogy a személyes felelősség és a büntetéssel való fenyegetés kombinációja biztosította a megfelelő minőség előállítását.

A minőség-ellenőrzés mai formájában és fogalomhasználatával az 1900-as évek elején jelent meg. A **minőségellenőrzést** egy erre szakosodott személy, a **művezető** végezte. Feladatai közé tartozott egy adott munkafázis elvégzésének, az előírt darabszám teljesítésének, és a dolgozók ellenőrzése. A késztermék ellenőrzését statisztikai számítások, modellek által nem megalapozottan, **szűrőpróbaszerűen** végezték, így kikerülhettek a piacra hibás, selejtes termékek is. A minőség ellenőrzése elsődleges célja tehát az volt, hogy a hibákat megállapítsák, azonosítsák, szükség esetén a felelőst megnevezzék. A minőség ellenőrzés un. kimeneti szabályozásnak tekinthető, ugyanis nem az

termék előállítás folyamatában biztosított visszajelzést, hanem a végtermék megfelelőségét ellenőrizte és, ahogy ezt már a korábbiakban jeleztük, lehetőséget teremtett a „felelős” azonosítására, a számonkérés lebonyolítására. A későbbiekben kialakult az a gyakorlat, amikor a minőség ellenőrzése során, már a végtermék elkészülte előtt rátekintettek a termékre, amikor a folyamatba ellenőrzési pontok beiktatására is sor került. A minőségellenőrzési rendszerek fejlődése szempontjából ez a lépés azért volt korszakos jelentőségű, ugyanis ekkor került sor azon első lépések megtételére, amelyek utóbb a szabványosítás (standardizálás) megjelenéséhez vezettek.

**A minőségsszabályozás** elsődleges célja az ellenőrzési folyamat szabályozása volt. Ennek során a termék/szolgáltatás jellegétől, tartalmától függően matematikai statisztikai modellek felhasználásával (mintavételi eljárás, Pareto elv) nem minden egyes tételnek a megfelelőségét (szabványos voltát) ellenőrzik, hanem csak a kitüntetett darabokét, és ennek alapján következtetnek az összes termék/szolgáltatás minőségére. Erre az eljárásra is találunk hétköznapi példákat: amikor gyümölcsöt vásárolunk a piacon, akkor a bennünk élő (tapasztalatilag megerősített) szabvánnyal vetjük össze az aktuális látványt, majd pedig mintavételi eljárás segítségével (kóstolás) ellenőrizzük a tényleges minőséget és levonjuk a következtetést, hogy a termék összességében az elvárásainknak megfelelő-e, vagy sem. (A fenti leírást jól modellezi pl. a gyümölcs vásárlás.)

Amint láttuk a fenti példából is a minőségsszabályozás tehát egy takarékos megoldás, mely iránti igényt a termékek és szolgáltatások tömeges megjelenése vetette fel. A minőség szabályozás során az ellenőrzés tehát egy matematikai-statisztikai modell alapján történik, vagyis nem ellenőrzik az összes terméket, hanem egy jól dokumentálható szisztéma szerint vizsgálnak meg bizonyos termékeket. A tömegtermeléssel egyidejűleg nemcsak a minőség ellenőrzés folyamatának szabályozásával kapcsolatban, hanem annak tanúsítására is megfogalmazódott a markáns igény. A minőségsszabályozási eljárások kialakulásának következtében a vevőnek/kliensnek nem saját magának kellett az ellenőrzést lebonyolítania, hanem elegendő volt, hogy bizalma legyen a tanúsítványban. A minőségsszabályozást alkalmazó eljárások esetében kevésbé a felelős azonosítása, mint inkább a termék/szolgáltatás minél hibátlanabb és gazdaságosabb előállítása került az érdeklődés és a tevékenység fókuszában.

### **A minőségbiztosítás**

A statisztikai modelleken alapuló minőségsszabályozási eljárások meglehetősen hatékonyak bizonyultak: egyre nagyobb darabszámban készültek az egyre jobb minőségű, egyre megbízhatóbb termékek. Azonban a II. Világháború kitörése egyre nehezebben teljesíthető elvárások elé állította az Egyesült Államok hadiiparát. Nem volt elegendő ugyanis megfelelő számú és elfogadható minőségű terméket kibocsátani, hanem a minőség folyamatos javítása is fontos elvárássá lett. A szakembereknek meg kellett állapítaniuk, hogy a matematikai statisztikai alapú ellenőrzés nem nyújt megfelelő biztonságot, a tömegtermelési igények, a költségek tekintetében, valamint, hogy az eszközökkel szemben felmerülő speciális elvárások nem teszik lehetővé a minden darabos, funkcionális ellenőrzést. Kézenfekvő volt, hogy ha nem lehet a termék minőségének száz százalékos biztonságát biztosítani, úgy az előállítási feltételek minőségét kell garantálni. Rájöttek, hogy ha jó a terv, a rajz, a technológia, a gép, a szerszám, a mérőeszköz, a szakember, az ellenőrzés, a csomagolás, egyszóval jók a gyártási feltételek, akkor jó a termék is. Megállapították, hogy **a megfelelő gyártási feltételek biztosítják a termék megfelelő minőségét is. Ez volt az ipari minőségbiztosítás alapja.** A minőségbiztosítás magasabb szintet jelentett, mint a végtermékre koncentrált minőség-ellenőrzés és az ellenőrzési folyamatot kézben tartó **minőségsszabályozás.**<sup>3</sup> A minőségbiztosítási rendszerek és eljárások kialakítására is számos történeti példát idézhetünk, amelyek részben vagy egészében hordozzák e rendszerek elemeit. Ezt példázza - többek között - a középkorra jellemző középület építési gyakorlat. Gyakran láthatjuk, hogy templomok egyes építőkövein az építőmesterek azonosító

<sup>3</sup> <http://www.minosegportal.hu/main.php?menunev=A%20TQM&document=tqmbbev.htm>

jele található. Ez három dolgot is jelent: egyfelől, hogy a mester jóváhagyta inasai munkáját, azaz megfelelőnek találta azt (tanúsítás), másfelől útmutatás arra nézvést is, hogy az adott építőelemet hová kell beépíteni, továbbá teljesítménymutató is volt, vagyis a későbbi kifizetés alapját teremtette meg. Mint láthatjuk ez az egyszerűnek tetsző eljárás egyfelől a folyamatba épített ellenőrzést tette lehetővé (mester azonosító jele a téglán), másfelől műleírásként is funkcionált (hova kell beilleszteni).

A minőségbiztosítási rendszerek komplexek mind céljaikat, mind pedig folyamataikat tekintve, fontos meghatározó elemük, hogy a bizalmat kívánják felébreszteni a termék, illetve a szolgáltatás iránt. A minőségbiztosítással kapcsolatban két, eddig még nem említett fogalmat kell bevezetni: **a szabványosítás és a védjegyzés fogalmát.**

A minőségbiztosítási rendszer működését jártunkban-keltünkben is megtapasztalhatjuk. Például, amikor bevásárlóközpontok, benzinkutak, vagy repülőterek mellékhelyiségeit keressük fel, akkor gyakran látjuk, hogy a falon egy táblázat van, amiben a takarítószemélyzet rögzíti az utolsó „beavatkozás” időpontját, valamint azt is, hogy ezt ki végezte. A minőségbiztosítás iránti igény vezetett el a folyamatok szabványosítása iránti igény markáns megfogalmazásához is. A folyamat szabványosítása nem más, mint a protokollok megfogalmazása. Mielőtt a repülőgép felszáll egy sajátos és roppant szigorú protokoll mentén ellenőrzi a személyzet a gép műszaki állapotát, az időjárás adatokat, rátekint arra is, hogy elvégezték-e az előzetes karbantartási munkálatokat, és, hogy azt ki végezte. A protokollszerinti ellenőrzési folyamat elvégzését aláírásukkal hitelesítik. Fontos szempont, hogy a minőségbiztosítási rendszerbe vetett hit, a protokollok iránti bizalom, ha létezik és megélhető, a személyes biztonságérzetet is növeli. Ez ugyanakkor felveti azt a filozófiaiak is minősíthető problémát, hogy mennyire tudok megbízni egy tőlem függetlenül kialakított protokollban, vajon ez összeegyeztethető-e az individualizált ember működési módjával?

### **Minőségirányítás/fejlesztés**

Amint azt az előzőekben láthattuk a minőséggel kapcsolatos szervezett és szervezeti törekvések egyre inkább megpróbálták visszatükrözni a tevékenység, a termék előállítás, illetve szolgáltatás-nyújtás komplexitását. Ebből adódóan a minőségbiztosítási rendszerek, melyek azt garantálták, hogy optimális esetben a tevékenység az előre meghatározott módon fog megvalósulni ennek a komplexitásnak nem voltak képesek a eleget tenni. A termékek, szolgáltatások piaci versenye a teljesítménynyújtást tették szükségessé és ennek a kíváncságnak ezek a fentiekben ismertetett, alapján véve lineáris rendszerek nem tudtak megfelelni. Az egyre markánsabbá váló szükségletek kielégítését szolgálta a minőségirányítási rendszerek kialakítása, amelyek két leginkább népszerű formáját (ISO és TQM) ismertetjük részletesebben majd az elkövetkezőkben. A minőségirányítási rendszerek szembeötlő többlete az eddigi ismertetett megoldásokhoz képest abban ragadható meg, hogy fő vezérlő elvvé a kliens/ügyfél elégedettség vált, hiszen a különböző párhuzamosan létező termékek objektív értéke egyre nehezebben volt megragadható<sup>4</sup>, a sikeresség és a fenntarthatóság meghatározó eleme a kliens elégedettség lett.

A minőségirányítás definíciószerűen: Összehangolt tevékenységek egy szervezet vezetésére és szabályozására a minőség szempontjából. A minőségirányítás valójában vezetési funkció, amely biztosítja, hogy megvalósulhasson a szervezetre jellemző minőségügyi politika.

A minőségirányítás garantálja, hogy a szervezet által végzett tevékenységek az előzetes tervek szerint alakuljanak. Ebből adódóan a minőségirányítás két alapvető kérdésre kell, hogy koncentráljon:

- a szervezet által végzett tevékenység tartalmára és
- annak mikéntjére.

---

<sup>4</sup> Jól szemlélteti ezt a helyzetet az a mindennapos tapasztalat, amit márkahűségként ismerünk: vannak olyan vásárlók, akik semmilyen körülmények között nem szakítanak kedvelt gépkocsi márkájukkal, annak ellenére sem, hogy azonos kategóriájú autók - függetlenül a márkától - ugyanazokkal műszaki paraméterekkel jellemezhetőek.

A minőségirányítási rendszerek abból a felismerésből indulnak ki, hogy

- a szervezetnek tudnia kell, hogy kik az ügyfelei és
- mi a nyújtott szolgáltatások természete.

Minthogy a minőségirányítás egy vezetési technika, ennek a szemléletnek át kell hatnia a működés egészét, ebből adódóan nemcsak az előállított termék paramétereiben tükröződik, hanem a szervezeti lét mindennapjaiban is. A valóban jó és fenntartható, a fejlődést lehetővé tevő minőségirányítás képes bevonni a szervezet valamennyi dolgozóját, képes bennük felébreszteni a „mi” tudatot, másképpen fogalmazva a szervezeti lojalitást. Ezen rendszerek egyik különösen is fontos dimenziója az értékelés, illetve az önértékelés. Hiába „gondolja ugyanis magáról egy intézmény, hogy minőségi szolgáltatásokat vagy termékeket nyújt, a valóságban a minőség foka attól függ, hogy milyen mértékben képesek a megrendelő igényeinek megfelelő szolgáltatásokat vagy termékeket nyújtani”.

### **Az eddigiek áttekintése**

A fentiekben röviden igyekeztük bemutatni a minőségügyi gondolkodás legfontosabb fogalmait, megjelenésük történeti aspektusait és mindezeket igyekeztük a mindennapi tapasztalat összefüggésrendszerében elhelyezni. E viszonylag hosszú bevezetést, elméleti áttekintést azért is tartottuk fontosnak, mert tapasztalataink arra intettek, hogy a humán szolgáltatások terén dolgozók a minőségüggyel való foglalkozást csak többlet adminisztratív teherként élik meg, annak hasznát a mindennapi működésben nem érzékelik. Ezt az idegenkedést könnyen magyarázhatja a tevékenység (humán szolgáltatások) nyelvezetétől, egyediségétől olyannyira idegen technikai terminológia, valamint az a meggyőződés, hogy az etikailag és szakmailag megalapozott tevékenységet semmilyen minőségügyi mesterkedés (protokollokban rögzített folyamatok, tevékenységadminisztráció, stb.) nem tudja pótolni.

Az alábbi táblázat az eddig elmondottak esszenciáját tartalmazza, lehetővé teszi, hogy az idő tengelyében el tudjuk helyezni a különböző megközelítéseket és azok eltérő tartalmi és folyamat hangsúlyait.



## A minőségügyi rendszerek fejlődésének történeti áttekintése - összegző táblázat

A MINŐSGMENEDEZSMENT RENDSZER LEGFONTOSABB JELLEMZŐI					
JELLEMZŐK		MINŐSGMENEDEZSMENT MODELL			
		MINŐSG- ELLENŐRZÉS	MINŐSG- SZABÁLYOZÁS	MINŐSG- BIZTOSÍTÁS	TOTAL QUALITY MANAGEMENT
		1910-1925	1961-1985	1985-1990	1990–
1.	2.	3.	4.	5.	6.
2.	ELSŐDLEGES CÉL	A hibák megállapítása	Az ellenőrzés szabályozása	Összehangolás	Stratégiai befolyásolás
3.	A MINŐSGHEZ VEZETŐ ÚT	Minőségi problémák megoldása	→	→	Az állandó versenyképesség biztosítása
4.	A TEVÉKENYSÉG HANGSÚLYA	Homogén termék	Homogén termék kevesebb ellenőrzés mellett	Tágabb termelési lánc hibamegoldására fókuszálva	Piaci és fogyasztói igények
5.	MÓDSZEREK	Szabványosítás és mérés	Statisztikai eszközök és technikák	Minőségprojektek és rendszerek	Stratégiai tervezés; a célok rendszerbe foglalása, a teljes rendszer mobilizálása;
6.	MINŐSGI SAKEMBEREK ÉS A SZERVEZET FELADATA	Ellenőrzés, válogatás, számítások elvégzése, minősítés	Hibaelhárítás és a statisztikai módszerek alkalmazása	Minőségtervezés, minőségi programok, minőségügyi rendszerek értékelése	Minőségcélok rendszerbe foglalása, oktatás, tréning, más részlegek támogatása, minőségi programok tervezése
7.	FELELŐSSÉG A MINŐSGERT	Minőségellenőr zési részleg	Termelő és egyéb műszaki részlegek	Minden részleg	Valamennyi alkalmazott, a vezetés elkötelezett irányításával és közreműködésével
8.	A MINŐSG MEGKÖZELÍTÉS E, ORIENTÁCIÓ	Minőség „ellenőrzés”	Minőség „szabályozása”	Minőségi rendszer „felépítése és működtetése”	„Minőségi” vezetési rendszer

A képzési anyag további része először részletesebben bemutatja a minőségirányítási rendszerek két legismertebb fajtáját, majd ezt követően abból adunk ízelítőt – a teljesség igénye nélkül –, hogy a humán szolgáltatások három kiemelt területén (egészségügy, oktatás, szociális szolgáltatások) a minőségügyi gondolkodás és a minőségirányítási rendszerek milyen konkrét formákban jelent meg.

### Minőségirányítási rendszerekről részletesen

A minőségirányítási rendszerek az 1980-as éveket követően kerültek kialakításra, és ahogy ezt már a korábbiakban jeleztük ezek részben a termék/szolgáltatás és a kliens/fogyasztó jobb illeszkedését kívánták biztosítani, valamint az előállítás szervezeti kontextusát is befolyásolni, javítani, fejleszteni kívánták. Az első átfogó minőségirányítási rendszer az ISO lett, melynek központi elemei a szabványosítás és a tevékenység adminisztráció. A szabványok nemcsak és nem elsősorban a végtermék szabványos jellegét hivatottak biztosítani, hanem az előállítási folyamat és a szervezeti viszonyok illeszkedését is az elvárásokhoz.

A minőségirányítási rendszerek háttérében meghúzódó vezetési filozófia alapelvei az alábbiak szerint összegezhetőek (Roger E. Olson, 2002)

- felhasználó-barátság, vagyis, hogy a működés középpontjában a vevő/a kliens áll. Ez az alapelv azt a felismerést tükrözi, hogy a szervezet nem is létezne a kliensek/vevők/felhasználók nélkül. Ezért a hatékony működés érdekében minél jobban meg kell ismerni a kliensek szükségleteit és sajátosságait.
- vezetés: a szervezet valamennyi tagjának rendelkeznie kell egy jövőképpel és a tevékenység céljaira vonatkozó megélt tudatossággal. Mindez azt feltételezi, hogy a vezetésnek olyan körülményeket kell biztosítania, amely megnöveli minden egyes munkatárs szervezet iránti elkötelezettségét.
- a munkatársak bevonása: minden szervezet leglényegesebb alkotóelemei a munkatársak. Amennyiben úgy érzik, hogy szükség van rájuk, megbíznak bennük, bevonják őket a döntésekbe, akkor ez nagy motiváló erővel fog bízni a mindennapi feladatellátás során.
- folyamat hangsúly: a tevékenységek sorát szerencsés folyamatként értelmezni, vagyis, hogy van valamilyen befektetés (input), ehhez kapcsolódó beavatkozások, tevékenységek, melyek valamilyen eredményre (output) vezetnek. Amennyiben valamilyen probléma keletkezik, akkor annak megoldására szükséges az energiákat fordítani, nem pedig a résztvevők (munkatársak) azonosítására, „megjelölésére”.
- folyamat hangsúly a vezetésben: nagyban megnöveli egy szervezet hatékonyságát, ha a vezetők képesek a tevékenységek rendszerét folyamatként szemlélni és kezelni.
- folyamatos fejlődés: a szervezet folyamatos fejlesztése egy mindent átható törekvés, valamennyi vezető beavatkozásnak ezt (is) kell szolgálnia
- tényalapú megközelítés: a döntések meghozatalát tények (bizonyítékok) és azok elemzése kell, hogy megalapozza. A vélemények és/vagy véletlenszerűen tudomásunkra jutott adatok nem teremtik meg a felelős döntéshozatal alapjait.
- hálózatiság (kölcsonösen előnyös kapcsolatokkal a „beszállítókkal”): a szervezet és a vele kapcsolatban álló beszállítók alapján véve egymástól függetlenek, azonban, ha sikerül egymással jó intézményi kapcsolatokat kialakítani, akkor minden fél haszonra tud szert tenni ebből.

Az ISO valójában egy szabvány család elnevezése, amelyik a minőségirányítás átfogó rendszerét kívánja biztosítani elsősorban az ipari termelést közvetlenül, vagy követve végző szervezetek esetében. Hatóköre ugyanakkor az utóbbi években bővült, ugyanis a szolgáltatások nyújtásával kapcsolatban is megfogalmazódnak nemzetközi standardok. Az ISO érvényességi körébe tartozó szervezetek esetében ez a minőségirányítási rendszer azt igyekszik biztosítani, hogy az ügyfelek és érdekhordozók igényei, szükségletei a lehető legteljesebb mértékben kielégüljenek. (Poksinska *et al*, 2002 )<sup>5</sup>

#### **Az ISO rendszerek története (Kathleen Buczko megfontolásai alapján), 2010<sup>6</sup>**

1987-ben a Nemzetközi Szabványügyi Hivatal (International Organisation of Standards) nyilvánosságra hozott egy szabványgyűjteményt, amely a minőségirányítási rendszerek működését volt hivatott szolgálni. Ezt a szabványgyűjteményt tekintjük az ISO 9000-es szabványcsaládnak. A szabvány rendszer kialakítása még az 50-es években vette kezdetét, elsősorban az amerikai és a brit hadiipar, hadügyi irányítás kezdeményezésére, annak érdekében, hogy a termékek megfelelőségének vizsgálata minél inkább objektív tényezők figyelembevételével történjen, hogy e folyamatban az esetleges, szubjektív elemek jelentősége a lehető legnagyobb mértékben iktatódjon ki. Az ezt követő periódusban az ISO szabványok szerinti működés hatóköre egyre inkább tágult, használatuk általánossá vált az ipari termelésben és általában az üzleti szférában.

<sup>5</sup> Poksinska, B.; Kahlgaard, J.J.; Antoni, M. (2002), "The state of ISO 9000 certification: A study of Swedish organisations", *The TQM Magazine* **14** (5)

<sup>6</sup> [http://www.ehow.com/about\\_6727967\\_iso-9004\\_.html](http://www.ehow.com/about_6727967_iso-9004_.html)

### **Mivel is foglalkoznak az ISO standardok?**

Az ISO egy szabványcsalád, mely az alábbi elemekből épül fel: - ISO 9000, ISO 9001, ISO 9004 and ISO 19011.

- ISO 9000-s szabvány a minőségirányítási rendszer alapelemeit mutatja be, valamint az alkalmazott kulcsfogalmakat
- ISO 9001-es szabvány azokat szempontokat tartalmazza, amelyek mentén a vevők/kliensek ellenőrizni tudják, hogy az adott termék/szolgáltatás előállítója/nyújtója eleget tesz-e szerződéses kötelezettségeknek, illetve hogy a szervezet maga a minőségirányítási rendszer elvárásainak, előírásainak megfelelően működik-e?
- ISO-9004-es szabványok útmutatónak tekinthetők a minőségügyi fejlesztések (minőségirányítási rendszerek) komplex végrehajtásához..
- Az ISO 19011-es szabványok kiegészítik a fentiekben említetteket, ugyanis útmutatást tartalmaznak a környezetközpontú irányítási rendszerek auditálásának lebonyolításához is.

Amint azt már a korábbiakban megállapíthattuk a legnagyobb komplexitás az ISO 9004-es szabványokat jellemzi, hiszen azok általában a minőségirányítási rendszer fejlesztésével és minél hatékonyabb alkalmazásával foglalkoznak.

Az ISO 9004 szabványok az alábbi tématerületekre terjedtek ki:

- kliens szükségletek
- hibajavítás,
- költség ellenőrzés
- folyamat megközelítés,
- tevékenységadminisztráció,
- beszerzések
- tény alapú döntés hozatal,
- képzés és munkavállalói motiválás.

A fentiekben említett szabványok (standardok) kialakítása meglehetősen hosszú időt vett igénybe, melynek során a kimunkált szabványok súlypontjait a változó körülményeknek és szükségleteknek megfelelően átrendeződtek. Ez a folyamat 1987-ben kezdődött és folyamatosan zajlott 2009-ig.

### **Milyen sajátosságokkal jellemezhető az ISO 9004: 2009-es verziója?**

Az ISO 9004: 2009 szakít a korábbi periódus hangsúlyával, amelyek elsősorban a termékek és szolgáltatások előállításával foglalkozott és sokkal inkább a szervezetek hosszú távú eredményességére (túlélési esélyeire) koncentrált. Ennek a felülvizsgálatnak a fő eleme a belső (szervezetben belüli) önértékelési folyamatok támogatása, amelyek kiváltképpen a vezetési stílus, a stratégia alkotás, a erőforrások elemzése terén alkalmazható.

### **Az ISO szabványokkal kapcsolatos kritikai észrevételek**

Mint a korábbi ismertetésből látható az ISO szabványok általános célja a termelékenység és a haszon maximalizálása volt olyan módon, hogy az egymással rivalizáló cégek, szervezetek minél megbízhatóbban tudják szolgáltatásaikat/termékeiket előállítani, valamint, hogy ezek a minél inkább kivívják a vevők/ügyfelek tetszését. A hangsúly a folyamatokon volt; azok átlátható, rögzített és dokumentált jellegét nyomatékosították. Az ISO szabványok szerinti működés azonban nem garantálta szükségképpen a megfelelő eredményességet, hovatovább elképzelhető volt az is, hogy valamely szervezet hibátlanul betartotta és kétséget kizáróan dokumentálta a szabványokban rögzített működési módot, ugyanakkor nem állított elő valóban értékes, jól felhasználható termékeket, szolgáltatásokat. Az ISO tanúsítvány ugyanis nem a végterméket, hanem a folyamatot látta el „védjeggyel”. Az ISO tanúsítványok kiállítására, az ISO standardok kialakítására és azok

felülvizsgálatára egyébként külön ágazat (iparág) jött létre és egyre terebélyesedett a szükséges adminisztráció volumene a minősített szervezetek napi működésében. Bizonyos területeken a minőségirányítás rendszer működése önálló életre kelt és a tényleges termeléstől, szolgáltatásnyújtástól eltávolodott. A szervezetek munkatársaiban rengeteg ellenérzés fogalmazódott meg nemcsak a rendszer egyes elemei, hanem annak egészével kapcsolatban. Az ISO-szerinti működés a szükséges rossz kategóriáját testesítette meg. Bizonyos területeken (pl. humán szolgáltatások) jól argumentált ideológiák alakultak ki, amelyek teljes egészében elvetették a minőségirányítási rendszerek alkalmazását pontosan az előbbiekben jelezett tapasztalatok alapján. Részben ezek a kritikai észrevételek alapozták meg a TQM (teljes körű minőségirányítási rendszerek) kialakulását.

### **A teljes körű minőségmenedzsment - TQM**

A TQM módszert általában az ISO 9000 szabványsorozat bevezetése utáni lépésnek és nem az ISO egyszerű továbbfejlesztésének tartják.

Az ISO minőségirányítási rendszer és a TQM minőségirányítási módszer sok elemében hasonló, de különösen az alkalmazás tekintetében jelentős különbségek vannak. A számos különbség közül az egyik legfontosabb - és ezt a gyakorló szakemberek sokszor nehezen értik - hogy a **TQM nem tanúsított, nem auditált minőségirányítás. Az ISO szabványokon alapul és a szabványnak való megfelelést külső tanúsító igazolja.** A tanúsítás piaci kategória, értékét általában a tanúsító cég ismertsége és elismertsége meghatározza. A TQM ezzel szemben elsősorban a szervezeti, folyamatos saját önértékelésen alapul, külső tanúsításra és igazolásra nincs szükség. A minőségirányítást a vállalat maga dokumentálja és igazolja. A TQM-ben a külső "igazolás" szerepét egy neves minőségi díj elnyerése jelentheti. A TQM olyan vezetési módszer, filozófia és szervezeti gyakorlat, amely a szervezet céljainak érdekében a leghatékonyabb módon használja fel a rendelkezésére álló emberi és anyagi erőforrásokat. Az Amerikai Egyesült Államokban az 1980-as évek közepén foglalmazták meg e vezetési módszer, filozófia alapelveit, sok ponton a Japánban kialakult minőségmenedzselési módszerekre és szemléletre alapozva.

A TQM kialakulásának és alkalmazásának gyökerei egy szerzőpáros modelljéhez vezetnek. Arthur R. Tenner és Irving J. De Toro voltak azok, akik 1991-ben közzétették a TQM koncepciót a Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement (Teljes körű minőségmenedzsment: három lépés a szüntelen javítás felé) című könyvükben.

A folyamatos fejlesztés három alappillére:

- összpontosítás a vevőkre, fogyasztókra, ügyfelekre,
- a folyamatok állandó javítása,
- a vezetőség elkötelezettsége és a munkatársak felhatalmazása.

A TQM megvalósítása csak az emberek motiválásával, csoportmunkával, valamint oktatásukkal és képzésükkel valósítható meg;

- sikere az embereken múlik, az emberek motiválása a siker kulcsa;
- oktatással kezdődik, és oktatással folytatódik;
- egyik legfontosabb eleme és nélkülözhetetlen eszköze a csoportmunka és az ötletgazdagság.

Milyen elvárásokat lehet megfogalmazni a TQM-mel kapcsolatban?

A TQM bevezetése és főként elérése több éves folyamat (2-3 év). Az indulásnál meg kell fogalmazni a hosszabb távra szóló keretet, amelyben világossá tesszük a szervezet vezetése és minden dolgozója számára, hogy milyen célokat tűztünk ki, és hogyan fogunk eljutni azok megvalósításához. A TQM filozófiája szerint a tervet valószínűleg többször változtatni kell, ez természetes. A legnagyobb jelentősége annak van, ha meg tudjuk határozni a célokat és a hozzájuk vezető utat. Tegyük fel tehát a kérdéseket: **mi a célunk?** Mivel érjük el?; Mire alapozzuk?; Hogyan fogjuk végrehajtani?; Mit mérjük?; Hogyan mérjük? Mi lesz az az eredmény, aminek az út végén majd valamennyien örülhetünk?

A TQM egyik legfontosabb eszköze a folyamatos szervezeti és teljesítményjavítás, a PDCA-elv szisztematikus alkalmazása. Ennek az elvnek a megfogalmazása és leírása Deming (1986) nevéhez fűződik.

A PDCA elv az alábbiakat tartalmazza:

- **Plan** (tervezés): azoknak a céloknak és folyamatoknak az azonosítása, amelyek az ügyfelek követelményeinek és a szervezet szakmapolitikai, szakmai célkitűzéseinek megfelelő eredmények eléréséhez szükségesek, ennek során;
  - célokat és prioritásokat kell meghatározni,
  - a cél elérése szempontjából adekvát módszereket ki kell választani,
  - a beavatkozást, a tevékenységek sorát meg kell tervezni;
- **Do** (végrehajtás): a korábbi fázisban eltervezett tevékenységek végrehajtása, az eltervezett folyamatok gyakorlati megvalósítása
- **Check** (ellenőrzés): a folyamatok és termékek (szolgáltatások) figyelemmel kísérése és összehasonlítása a szakmapolitikai célkitűzésekkel, a célokkal és a termékre/szolgáltatásra vonatkozó követelményekkel, valamint az eredmények bemutatása;
  - problémák azonosítása,
  - az elért eredmények tanulmányozása;
- **Act** (intézkedés): intézkedések megtétele a folyamat működésének folyamatos fejlesztésére;
  - az esetleges problémák korrigálása,
  - folyamatjavítás.

### ***TQM vagy ISO<sup>7</sup>?***

Az előzőekben viszonylag nagy teret szenteltünk annak, hogy a két leginkább elterjedt minőségirányítási rendszer lényegi elemeit bemutassuk. Manapság, amikor valamennyi téren olyan nagy jelentőségűvé vált a minőség előállítása, legyen szó termékekről, vagy szolgáltatásokról, és amikor ez a minőség iránti igény oly markánsan jelentkezik a human szolgáltatások terén is, érdemes valamilyen módon összehasonlítani e két rendszert.

Ahogy ezt már a korábbiakban láthattuk az ISO alapján véve egy management rendszer, amelynek az a célja, hogy nyomonkövesse és dokumentálja valamely szervezet működését, annak érdekében, hogy a kívánatos és egyensúlyi működés feltételei megteremthetők és folyamatosan biztosíthatóak legyenek.

A TQM szintén egy management rendszer, ennek a rendszernek azonban az alapvető sajátossága, hogy a munkavállalók, a dolgozók bevonását helyezi a működés tengelyébe, a folyamat valamennyi elemében.

---

<sup>7</sup> <http://www.differencebetween.net/business/difference-between-tqm-and-iso/#ixzz1CQE1U9W4>

### Miképpen tér különbözik egymástól ez a két rendszer az eredmények szempontjából?

Az ISO szabványok leírják azokat a folyamatokat, intézkedéseket, amelyek alkalmazása révén biztosítható, hogy a szervezeti működés un. minimum követelményeknek eleget tegyen.

A TQM rendszer arra törekszik, hogy adott szervezet a lehető legjobb, maximális teljesítményt érje el, valamint hozzásegít az e tekintetben legmegfelelőbb út megtalálásához. Míg az ISO nagy hangsúlyt helyez a dokumentáció szabványos voltára és meglétére, addig a TQM rendszer nem dokumentáció központú.

Összefoglalóan a következő megállapításokat tehetjük:

1. Az ISO-t egy sajátos program, amely segít a vezetési/management folyamatokban
2. A TQM nem egy program, ez inkább abban segít, hogy valamennyi érintett részt vevőjévé váljon a folyamat egészének, méghozzá megfelelő (rendezett) módon
3. Az ISO kidolgozott adatelemzési készségek és gyakorlatok alkalmazását teszi szükségessé.
4. A TQM gyakorlatias formában reflektál a vezetési/management szükségletekre.
5. A TQM filozófiája és az ezzel kialakított módszerek és eljárások a minőségügy teljes rendszerét áthatják.
6. A TQM alapú modellek erősen szervezetfejlesztés-központúak, és az emberi erőforrásokra koncentrálnak.
7. Az ISO rendszerek tükrében a folyamatokat a szabványok (eljárásrendek) fogalmi kategóriáiban szükséges leírni, s a hibák korrigálása is az ez eljárás rendek előírásai szerint kell, hogy megtörténjen.
8. A TQM a folyamatokat megértésére törekszik, azt próbálja megragadni, hogy a folyamatokat végrehajtásában tapasztalható változatok milyen okokra vezethetők vissza, s ily módon a jelenségek „mélyebb, átfogó megértését”<sup>8</sup> próbálja elérni.

### **A minőségügyi gondolkodás, minőségirányítási rendszerek a human szolgáltatások területén**

#### **Minőségügyi rendszerek az egészségügyben**

A minőségügyi rendszerek megjelenésének motorja, az egészségügyben is, a szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedetlenség volt. Az egészségügyre adaptált minőségügyi rendszerek az ipar területéről kölcsön vett alapelvek mentén alakultak ki.

A minőségügyi rezsimek kialakítását és elterjedését jótékonyan befolyásolta a WHO "Egészséget mindenkinek 2000-re" címet viselő programja (1984)<sup>9</sup>, melyben külön cikkely foglalkozik az egészségügyi minőségbiztosítás és fejlesztés fontosságával. 1997-ben az Európa Tanács szakminiszterekből álló Miniszteri Bizottsága ajánlást dolgozott ki az európai országok számára, mely szerint javasolt, hogy *"...a tagállamok kormányai teremtsék meg azokat a politikákat és struktúrákat, amelyek támogatják a minőségfejlesztési rendszerek kidolgozását és megvalósítását, vagyis olyan rendszereket, amelyeknek útján folyamatosan lehet biztosítani és javítani az egészségügyi ellátás minőségét valamennyi ellátási szinten..."*

---

<sup>8</sup> Deming (1986).

<sup>9</sup> Health for All, 1978, 1984

Az 1998-ban érvénybe lépett egészségügyi törvény<sup>10</sup> előírja, hogy valamennyi egészségügyi intézményben kötelező minőségügyi rendszert kiépíteni és működtetni. A törvény megvalósulásának érdekében minden egészségügyi dolgozó munkájának szerves részévé kell, hogy váljon az egészségügyi minőségbiztosítás és -fejlesztés. Az egészségügyi minőségbiztosítás a „Jót és jól” alapelv módszeres alkalmazását lenne hivatott szolgálni. Ehhez szükség a feladatokat meghatározni és tudományosan rendszerezett kritériumrendszer alapján kialakítani azokat a szakmai irányelveket, protokollokat, amelyekre szükségünk van. A tudományos kutatások és egészségügyi technológiaelemzés eredményeire épülő irányelvek gyakorlati alkalmazása a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás egyik alappillére. A szakmai szempontok megvalósulásának monitorozása, a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás folyamatos fejlesztése a klinikai audit módszerével lehetséges.

Magyarországon a 90-es években az egészségügy speciális helyzetbe került, ugyanis a gyorsan fejlődő piacgazdasági környezetben kellett (volna) versenyképesnek maradnia a központi költségvetés korlátozott keretei között. A nehézségeket fokozta a világszerte tapasztalt egészségügyi technológiai fejlődés, (CT, MRI, stb.) az informatikai háttér rohamos változása. Az egyszerre megjelenő, sok irányból ható tényezők eredményeképpen ki kellett alakítani a minőségközpontú rendszerszemléletet.

A termék - szolgáltatás viszony a humánszolgáltatások terén több, igen lényeges sajátosságot hordoz. Az első és legfontosabb, hogy az input nem standardizálható, ebből következően nem standardizálható az erőforrások igénybevételének mértéke, költsége és várható eredményessége sem. A másik megkülönböztető sajátosság, hogy a szolgáltatásban résztvevő kliens maga is lényegesen befolyásolhatja azt a folyamatot, amelyben részt vesz, így természetesen annak kimenetelét is.

Az egészségügyi minőségügyi rendszerek fejlesztésekor tehát a fenti sajátosságok mindegyiket figyelembe kell venni, ezért új elemeket is alkalmazni kellett: az orvos-betegtalálkozást, valamint a kliens viszonyulását a folyamathoz. Mindezeket az ellátó intézmény nagyban befolyásolhatja. Minőségügyi szempontból is úgy tűnik, hogy talán a legfontosabb dimenzió az orvos-betegtalálkozás, melynek a lehető legmagasabb szintű biztosítása a rendszer első számú feladata. Kiemelendő szempont, hogy **az orvos - beteg találkozás nem strukturális elem, és sok esetben - szubjektív jellegénél fogva - a folyamatokat reprezentáló protokollokkal, vagy munkautasításokkal sem nem jellemezhető, sem nem szabályozható, hanem önálló minőségdimenzió, melynek önmagában is lehet közvetlen hatása az eredményre.**

A magyar egészségügyben is bevezetett minőségirányítási rendszerek (túlnyomó többségében ISO) elsősorban a struktúra működését hivatottak biztosítani. Az egészségügyi ellátás folyamatába lényegesen mélyebbre nyúlnak a kórházi egészségügyi standardok (KES), melyeknek nyomán már közvetlenül ellenőrizhetők a szakmai folyamatok minőségét biztosító dokumentációs rendszerek.

Az egészségügyi rendszerek alapvető céljai általában hosszú távon érhetők csak el. Bonyolultságuk, magas munkaerő igényük, kiemelkedő szakmai követelményeik és összetett belső viszonyaik miatt nem lehet egyik napról a másikra érdemi változásokat bevezetni, így a folyamatok minőség szempontú befolyásolása sem tekinthető egyszerűnek.

Az egészségügy vonatkozásában a hatékonyan működő szervezetek minőségi kritériumait Dodson és Smith (2003) a következőkben látják:

---

<sup>10</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

- A vezetők, vezetői testületek és menedzserek kötelezettségeit, felelősségét és szerepeit világosan határozza a szakma politika és ennek következtében érvényt is szereznek.
- A döntéshozatal felelős és méltányos.
- A vezető testületek mérete, és összetétele képessé teszi őket feladataik gyakorlására.
- A vezetői testületek és szervezetek pontosan értik feladataikat, felelősségüket és kötelezettségeiket, fel tudják mérni a kockázatokat és érvényre tudják juttatni tagjaik jogait és érdekeit.
- A jogok és felelősségek rendszeres időközönként felülvizsgálatra kerülnek
- A vezető testületek tagjainak, a vezetőinek és menedzsereinek anyagi juttatásai átláthatóan kerülnek meghatározásra és összefüggnek a tényleges teljesítményekkel.
- A vezetők és a beosztottak képzettek, hozzáértők és részesülnek a megfelelő továbbképzésben.
- Léteznek hatékony mechanizmusok a panaszok, kifogások elbírálására és a felelősség megállapítására.
- A civil társadalom rendelkezik olyan szervezetekkel, amelyek képesek nyomon követni és ellenőrizni az állami szervezetek, illetve a projektek döntéshozatalát és működését.
- A demokratikus, választáson alapuló döntéseket minél szélesebb körben alkalmazzák.

Az Egyesült Királyságban 2008-ban dolgoztak ki egy kritériumrendszert a népegészségügyben a „jó kormányzás” biztosítása céljából. Ennek induló alapelvei lényegében azonosak azon főbb dimenziókkal, amelyek a közéletben érvényesítendő standardokat<sup>11</sup> határozzák meg. Ezek a következők:

- nyitottság
- integritás
- beszámoltathatóság
- önállóság
- becsületesség
- vezetőképesség
- tárgyilagosság

Az egészségügyi (és ez igaz általában a humán szolgáltatásokra is) rendszerek összetettsége azzal is jár, hogy képtelenség minden egyes szereplő és azok közötti viszony formális jogi szabályozása, nem véletlen, hogy az orvosi és egyéb egészségügyi szakmákban különös jelentősége van a szakmai etikának és az önkéntes megállapodásoknak, a hippokratészi eskütől a modern önszabályozó megoldásokig.

Az egészségügyi rendszer egyes elemeinek minőségügyi fejlesztésekor fontos szempont a társadalmi felelősségvállalás. Amint a szervezetekben tudatosul, hogy ez nem csupán valamiféle követendő erkölcsi kötelezettség, hanem jó az üzletvitel szempontjából is fontos tényező, akkor növekvő érdeklődést fognak tanúsítani a filozófiák és gyakorlatok iránt. Várhatóan a vevők és fogyasztók egyre inkább érdeklődnek a szervezetek társadalmi felelőssége iránt; hírnevük egyre nagyobb szerepet fog játszani a vásárlási döntések meghozatalánál. Ez a tendencia bizonyára egyre nagyobb befolyást fog gyakorolni a minőség jövőképe alakulására.

---

<sup>11</sup> Nolan Bizottság, vagy más néven Committee on Standards in Public Life, UK, a Bizottság 1994-1997 között működött



Összefoglalva megállapíthatjuk:

- A minőségirányítás és a minőségfejlesztés jelentősége világszerte egyre meghatározóbb a mindennapi egészségügyi ellátás során is.
- A minőségszemlélet és a minőségügyi gyakorlat egyre inkább a megelőzésre, majd a magas színvonalú gyógyító tevékenységre koncentrál.
- Az ellátórendszer minőség fejlesztési stratégiáját úgy kell kialakítani, hogy a népesség egészségi állapotában rövidtávon semmiféleképpen ne következzen be romlás., hosszabb távon viszont érzékelhető legyen a fenntartható javulás.
- Ezen stratégián belül a minőségszemléletnek és a minőségmenedzsmentnek meghatározó szerepet kell betöltenie.
- Kiemelt jelentőségű nemzetközi trendek és más sikeresen adaptált minőségtechnikák alkalmazása a hazai egészségügy területén is.

### ***Bizonyítékokon alapuló gyakorlat jelentősége és alapelvei***

A bizonyítékokon alapuló orvoslás (angolul: Evidence Based Medicine - EBM) a rendelkezésre álló, legjobb bizonyítékoknak világos és körültekintő felhasználása, ez biztosíthatja, hogy az orvosok ezen ismeretek birtokában betegeiknek optimális ellátást biztosítsanak. A bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlása a kutatómunka során megszerzett legjobb tudományos bizonyítékok és a személyes klinikai szaktudás integrációját jelenti.

A legjobb tudományos bizonyíték leggyakrabban az orvosi alapkutatásokból érkező, a klinikai munka szempontjából releváns kutatások összessége. Ezek a kutatások leginkább betegség-centrikus klinikai eljárások, amelyek a diagnosztikai tesztek pontosságát, bizonyos prognosztikai markerek jelentőségét, illetve terápiás, rehabilitációs és preventív eljárások hatásosságát és biztonságát hivatottak tisztázni.

A tudományos bizonyítékok összessége vagy megerősíti, vagy hatályon kívül helyezi a korábban elfogadott diagnosztikai tesztek és kezelési protokollokat, és azokat újabb, pontosabb, hatásosabb és biztonságosabb eljárásokkal helyettesíti.

Az EBM tehát egy olyan döntési folyamat, amikor az egyes beteg kezelése során hozott döntések az elérhető legjobb bizonyítékokon alapulnak.

Az egészségügyi ellátás során napjainkban egyre gyakrabban merült azonban fel az a kérdés, hogy egy bizonyos diagnosztikai vagy terápiás eljárás a bizonyítékokon alapul-e? A hatékony egészségügyi ellátás szempontjából – általánosan elfogadott nézet szerint - túl kell lépni a bizonyítékokon alapuló orvoslás fogalmán és egyre inkább a bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás fogalmát célszerű alkalmazni (Evidence Based Practice (EBP)). A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás tágabban értelmezhető és az egészségügyi minőségbiztosítás szempontjából is többet jelent, mint a bizonyítékokon alapuló orvoslás, hiszen az egészségügyi ellátás olyan komplex folyamat, amelyben az orvosokon kívül más egészségügyi szakdolgozók (ápolók, védőnők, gyógytornászok, dietetikusok stb.) is részt vesznek, akiknek munkája során ugyancsak szükséges a lehető legjobb minőségű bizonyítékokra épülő beavatkozást alkalmazniuk. Tovább komplikálja a helyzetet az a körülmény, hogy a beavatkozás „tárgya” egy érző, gondolkodó emberi lény, akinek lehet véleménye, kérdése a beavatkozással kapcsolatban.

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat gondolatrendszere, ami a bizonyítékokon alapuló orvoslás alapelveivel egyezik, a klinikai kutatásból származó bizonyítékok alkalmazásának fontosságát hangsúlyozza a mindennapi egészségügyi döntéseknél. Felhívja a figyelmet arra, hogy az eredményes, biztonságos és hatékony megelőző-gyógyító munka megvalósítása érdekében, az egyéni intuíciókon és az egyéni tapasztalatokon kívül, a tudományos alapossággal végzett kutatások, az egészségügytechnológia-elemzés eredményei, illetve az ezekre épülő irányelvek, szakmai protokollok rendszeres alkalmazása is szükséges, továbbá az ellátás során meghozott döntéseknél a betegek, illetve páciensek aktív bevonása is szükséges.

Nincs lényegi különbség a különböző szakmák „bizonyítékokon alapuló” gyakorlata között, mind a szemlélet, mind a bizonyítékokon alapuló döntés lépései, mind a döntés során figyelembe veendő szempontok lényegében azonosak.

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás során egyre gyakrabban kerülnek felhasználásra klinikai irányelvek, amelyek a bizonyítékok szintjei mellett tartalmazzák az adott bizonyítékra vonatkozó ajánlási szintjeit is.

Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az irányelv ajánlások végső fokozati besorolása nem csak a bizonyítékok szintjétől függ. A bizonyítékokon kívül még számos tényező befolyásolja az ajánlások fokozatának meghatározását: pl. az ajánlás által érintett terület klinikai jelentősége, a várható hatás/mellékhatás mértéke, az ajánlás bevezetésétől várható egészségnyereség és az életminőségbeli változás mértéke, az ajánlásnak a páciensek és a társadalom általi elfogadhatósága, valamint bevezethetőségének feltételei és a rendelkezésre álló erőforrások.

A bizonyítékokon alapuló döntés során a következő szempontokat kell figyelembe venni:

- Korábbi tapasztalatok
- Betegséggel kapcsolatos bizonyítékok
- A beteg preferenciái
- A rendelkezésre álló erőforrások

### ***Bizonyítékokon alapuló gyakorlat alkalmazásának lépései***

- Világos klinikai kérdés megfogalmazása a beteg problémájával kapcsolatban.
- A feltett kérdésre választ adó adatok megkeresése.
- A megtalált adatok kritikus elemzése az adatok validitása és klinikai alkalmazhatóság szerint.
- A hasznos adatok alkalmazása a gyakorlatban.
- Az alkalmazott beavatkozás eredményességének ellenőrzése.

Az EBP különlegesen hasznos azoknak a kérdéseknek a megválaszolására, amelyeknél hiányosak ismereteink, illetve azokban az esetekben, amelyeknél az aktuális döntés nagyobb kockázatot jelenthet, mint hasznot. Az EBP ezért jogi szempontból is biztonságot nyújt az egészségügy különböző szereplőinek azáltal, hogy napi döntéseik során egy szigorú módszertannal kialakított, a tudomány mindenkori állása szerinti legmegbízhatóbb eredmények kerülnek felhasználásra.

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat célja kiszűrni az igazoltan hatástalan, esetleg káros beavatkozásokat, amelyek csak az egészségügyi ellátás költségeit növelik. További cél a leghatásosabb kezelési eljárás biztosítása olyan körülmények között, hogy az a legeredményesebb legyen a beteg és leghatékonyabb a társadalom számára.

## **Minőség az orvosi gyakorlatban**

Bár a hagyományos orvosi tudás is biztosíthatja a betegségek megelőzését, a betegek gyógyulását, egészségi állapotuk javulását, de ennek optimális megvalósulásának, és a további fejlődésnek gátat szab, ha a mindennapi orvosi gyakorlatban nem a korszerű egészségügyi technológiák kerülnek alkalmazásra, valamint, ha hiányzik a minőségszemlélet. A jó orvos mind a személyes szaktudást, mind a legjobb tudományos bizonyítékokat egyidejűleg használja, amelyek közül egyik sem elegendő önmagában. Az orvosi döntéseket a rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok alapján kell meghozni. Rendkívül fontos, hogy következtetéseinket folyamatosan értékeljük.

### ***Minőség komponensei az orvosi gyakorlatban***

Az orvosi ellátás minőségét két fő komponens határozza meg (Batalden, 1993):

- Az ellátás szakmai része, a korszerű bizonyítékok individuális alkalmazása (EBM);
- Az ellátás folyamata, a támogató struktúra minősége, a csapatmunka és minőségfejlesztő módszerek alkalmazása.

Ez a két komponens összhangban a mindennapi gyakorlat minőségét tömören összefoglaló megfogalmazással: „Jó dolgokat jól csinálni.” (Gray, 1997) A „jó dolgokat” jelenti a bizonyítékok alkalmazását a mindennapi ellátás során, a „jól csinálni” jelenti az ellátás folyamatának minőségét.

A bizonyítékokon alapuló döntés során több szempont kerül mérlegelésre. A döntés során a következő szempontok játszanak elsődlegesen szerepe

- A beteg panaszai, tünetei;
- Korábbi tapasztalatok;
- Betegséggel kapcsolatos bizonyítékok;
- A beteg preferenciái;
- A rendelkezésre álló erőforrások.

Az egészségügy területén, de nem csak itt, a minőség biztosítása érdekében felteendő kérdéseink a következők lehetnek:

- Az történik-e, aminek történnie kel?
- A jelenlegi gyakorlat megfelel-e az irányelveknek, protolloknak?
- A klinikai gyakorlat alkalmazza-e a kutatások eredményei során szerzett tudást?

### **Miért van szükség minőségirányítási rendszerekre az egészségügyben?**

A legfőbb ok, amiért indokolt minőségirányítási rendszereket alkalmazni az egészségügyi ellátás során az, hogy számos hiba azonosítható ezen rendszeren belül, ami elkerülhető halálozási arányszámokban, illetve minőségi életévek elvesztésében, vagy megnyerésében mutatható ki. Jelen körülmények között, azonban számos hiba észlelhető az ellátási folyamatban. Közismert tény, hogy az új egészségügyi technológiák CSAK lehetőséget teremtenek a magas színvonalú egészségügyi ellátásra, DE csak megfelelő alkalmazásukkal érhető el a várt eredmény. Nem megfelelő használatukkal nem csak a betegek egészségét veszélyeztetik, de felesleges költségeket is generálnak, ami tovább rontja az egészségügyi ellátás finanszírozhatóságát.

Az ellátási hibák két fő csoportba sorolhatók:

- Az **emberi tényezők**, amelyek a hibaforrások mintegy negyedét teszik ki, elsősorban az ismerethiány, a szükséges adatok vagy szakmai előírások, kritériumok figyelmen kívül hagyása vagy elhanyagolása említendő.
- A **rendszerhibák**, melyek között általánosak a **kommunikációs hiányosságok**, a különböző ellátási területekre vonatkozó kritériumok, irányelvek (leíró standardok) hiánya vagy nem megfelelő minősége, illetve a szervezet nem megfelelő működése.

### ***Minőségirányítási rendszerek az egészségügyben - ISO<sup>12</sup>***

Mint ahogy ezt már a korábbiak során bemutattuk, nagyon sok ipari vállalat, kereskedelmi egység és szolgáltató kap ISO szerinti tanúsítást. Felmerül a kérdés, hogy alkalmazható-e az ISO az egészségügyben is? Magyarországon az ISO-szerinti minőségbiztosításnak már nagy hagyománya van az egészségügyben is, és ezért erről a rendszerről van a legtöbb tapasztalatunk. Bár az ISO 9001: 2008 szabványra épülő minőségirányítási rendszer hangsúlyt fektet a folyamatos fejlesztésre, az alapvetően az iparból átvett minőségügyi rendszer kialakítása nyomán az egészségügyi intézményekben automatikusan nem javul a szakmai ellátás minősége. Ennek egyik legfontosabb magyarázata, hogy az auditálás, a tanúsítás nem egységes szakmai kritérium-rendszer alapján történik, valamint, hogy annak megszerzése még nem jelenti azt, hogy minden dolgozó érzi a minőségügyi munka jelentőségét, tehát a folyamatos fejlődés belső hajtóereje még nem alakult ki.

Alapvetően nem a rendszerben van a hiba, hiszen az ISO csak egy általános követelményrendszert fogalmaz meg, amit meg kell tölteni a szakma-specifikus elemekkel, hanem a rendszer kialakításában és működtetésében. Megfelelő bevezetésére az egészségügyi dolgozók túlterheltsége sem teremt kedvező körülményeket, ez egyébként minden minőségügyi rendszer kialakításával kapcsolatban elmondható. Gyakran vádolják az ISO-t azzal is, hogy túldokumentált. Fontos tudni ugyanakkor, hogy a rendszerépítés során felmerülő dokumentációs és a gyógyításhoz szorosan nem kapcsolódó egyéb feladatokat csak részben lehet az ISO számlájára írni. Az ISO ugyanis csak számon kéri azoknak a jogszabályoknak a betartását, amit az ISO-tól függetlenül egyébként is be kellene tartani, csak idáig még erre nem volt idő (adatvédelmi, munkabiztonsági, kalibrálási feladatok és előírások), illetve betartásukat nem kérték számon.

### ***Minőségirányítási rendszerek az egészségügyben - TQM<sup>13</sup>***

Az egészségügyi ellátásban Berwick (1989), a Harvard Community Health Plan munkatársa alkalmazta elsőként a TQM elveket (Deming irányelvei – lásd korábban) az egészségügyi ellátásban.

Az irányelvek a következő pontokban foglalhatók össze:

1. Az egészségügyben a vezetőségnek kell példát mutatnia a minőségfejlesztésben.
2. Jelentős beruházásokra van szükség a minőségfejlesztés területén.
3. Az egészségügyi dolgozókat meg kell becsülni.
4. A páciensek és az egészségügyi szakemberek közti párbeszédet fenn kell tartani, és annak nyílnak kell lennie.
5. Az egészségügyi ellátás körülményei közt a folyamatok fejlesztése érdekében modern technikai és elméletileg megalapozott eszközöket kell alkalmazni.
6. Az egészségügyi szervezeteknek a minőség érdekében kell szerveződniük.

<sup>12</sup> [http://www.pro-qaly.hu/vezetoknek-menedzsereknek-195.html#ISO\\_az\\_eg\\_szs\\_g\\_gyben](http://www.pro-qaly.hu/vezetoknek-menedzsereknek-195.html#ISO_az_eg_szs_g_gyben)

<sup>13</sup> [http://www.pro-qaly.hu/vezetoknek-menedzsereknek-195.html#ISO\\_az\\_eg\\_szs\\_g\\_gyben](http://www.pro-qaly.hu/vezetoknek-menedzsereknek-195.html#ISO_az_eg_szs_g_gyben)

7. A minőségfejlesztés érdekében olyan egészségügyi szabályozókra van szükség, amelyek érzékenyebbek a költségekre és arra, hogy relatíve nem hatékony az ellenőrzésekre építeni.
8. Szakembereknek kell részt venniük az előnyösebb ellátási módszerek kialakításában, de el kell kerülni a minimális ellátási standardok meghatározását.
9. Az orvosoknak egyénileg kell elkötelezniük magukat a folyamatos fejlesztés mellett.

A fenti elvek gyakorlati alkalmazása az egészségügyi ellátó rendszer alapvető áthangolását teszi tenné szükségessé, aminek erőforrás igénye jelenleg nehezen megállapítható, valamint egy pénzben nehezen kifejezhető mentalitásbeli áthangolódást is megkövetelne, melynek eredményeképpen napi gyakorlattá válna az orvos és a kliens/beteg közötti partneri viszony. Ennek jelentőségét nem lehet túlértékelni. Az ún. bizonyítékokon alapuló orvoslás is hangsúlyozza az orvos - beteg találkozás jelentőségét, a beteg önrendelkezési jogának a tiszteletben tartását, valamint bevonását a gyógyítási folyamatba. Ugyanakkor a napi egészségügyi ellátási gyakorlatban a beteg elégedettség, a beteg partnerként történő kezelése a legkevésbé sem tekinthető magától értetődőnek, csak kivételes önérték érvényesítő képességgel rendelkező betegek, illetve atipikus orvosok képesek ezt a helyzetet megteremteni. A rendszer egésze ezt a gyakorlatot a legkevésbé sem támogatja. Mindez azért is sajnálatos, mert mind a kezelő személyzet, mind pedig a betegek relatív jól-léte sérül ez által, illetve ennek hiányában.

## Minőségügyi rendszerek a szociális szolgáltatások terén

Ha az előzőekben követett struktúrában kívánjuk áttekinteni a szociális szolgáltatások terén a minőségügyi gondolkodás alakulását, akkor fel kell hívnunk a figyelmet egy ezen a területen általános ugyanakkor mégis speciális sajátosságra. Le kell szögeznünk, hogy a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése a szociális szolgáltatások terén a legkevésbé elterjedt.

A humán szolgáltatások – így a szociális szolgáltatások - alapvető jellemzője, hogy ember-ember közötti kapcsolaton alapul. Az esetek többségében e szolgáltatások iránt nincs jelentős fizetőképes kereslet, ezért a hatékony működtetésük jelentős mértékben a közfinanszírozástól függ, vagyis a szolgáltatás árát nem a kliens állja ténylegesen, hanem a társadalomnak kell azt megfizetnie. A szociális szolgáltatások elkötelezett szolgáltatókat tételeznek fel, hiszen e szolgáltatások rendkívül sok türelmet, megértést és szeretetet igényelnek, ugyanakkor csak lelki értelemben tekinthetők "sikereseknek". A fenti okok következtében (közpiaci jellege és erkölcsi megalapozottsága) többségük nonprofit keretek között működik.

A szociális szolgáltatás minőségbiztosítása további sajátos problémákat is felvet, nevezetesen, hogy a szolgáltatás maga az esetek többségében egy folyamatot kíván befolyásolni, állapotváltozást kíván elérni, vagy az állapotromlást kívánja megakadályozni, így a szakmai protokollok is csak iránymutatók, ajánlások lehetnek. Mivel a szociális szolgáltatási folyamat egyedi, általánosságban kevésbé szabályozható, ebből következik, hogy a folyamat megfelelőségét nagyon nehéz kellő hatékonysággal megfogalmazni, szabványosítani. (Pataki, 2006)

Tovább színesíti a képet, hogy a szolgáltatások eredménye ("terméke"), a szolgáltatást igénybevevő állapotának javulása, a szolgáltatást nyújtó és a szolgáltatást igénybe vevő folyamatok együttes, el nem választható megvalósulása során a keletkezik, folyamatosan kerül átadásra. Tehát nem megfogható, nem tárolható, nem szállítható, hanem csak a folyamat által előidézett változásként észlelhető, ezért a folyamat eredményét, mint a szolgáltatást igénybe vevő állapotának változását mérhetjük, erre vonatkozóan írhatunk elő megfelelőséget. (Veress, 2004)

A szociális szolgáltatások tekintetében roppant nehéz azt is meghatározni, hogy mit értünk minőség alatt. Vannak, akik azt mondják (Baukó Mária, idézi: [www.pro-qaly.hu](http://www.pro-qaly.hu)), hogy:

- Nem tudom megmondani, hogy milyen a „**minőségi szociális szolgáltatás**”, de felismerem, ha látom,
- Nem tudom megmondani, hogy mi a „**minőség**” a **szociális ellátás során**, de felismerem a hiányát

A szociális szolgáltatást nyújtó szakemberek az alábbi szempontokat nevesítik a minőségi ellátásokkal kapcsolatban (Szalai József, idézi: [www.pro-qaly.hu](http://www.pro-qaly.hu))

- Garancia a szolgáltatás szakmai tartalmára és minőségére nézve,
- Biztonság az igénybevevő részére szociális és egészségügyi szempontból,
- Értékkálóság, azaz az igénybevett szolgáltatások az idő múlásával nem devalválódnak,
- Szervezettség az intézmény irányításában és belső életének organizációjában,
- Innováció az alkalmazott metodológiák formai és tartalmi vonatkozásában

Tovább bonyolítja az összképet az a körülmény, hogy „a szociális szolgáltatás immár nemcsak a pusztán életben maradáshoz szolgálja, hanem az emberi méltóság megőrzését, az életminőség javítását is elősegíti (ami persze gyakran még csak a vágy kategóriájába esik)”<sup>14</sup>.

A szolgáltatások minősége és a minőségirányítási rendszer megválasztása szempontjából megvilágosító erejű az alábbi meghatározás: „A korszerű minőségügy értelmezése szerint a szociális szolgáltatás minősége a szociális szolgáltatásban érdekelt, így elsősorban a szolgáltatást igénybevevő ügyfél, a szociális szolgáltatásért felelős intézmény, a szociális szolgáltatást nyújtó szolgáltató, továbbá a szociális szolgáltatást működtető intézmények, valamint a társadalom elégedettsége, azaz az igényeik kielégítése által átadott érték”. (Veress, 2004)

A szociális szolgáltatások tekintetében tehát nagyon nehéz egyértelmű siker kritériumokat, eredményességi mutatókat meghatározni, csak olyan „puha” kritériumokat fogalmazhatunk meg, mint pl. az életminőség javulása, az önrendelkezési jog visszanyerése, az öngondoskodás feltételeinek a megteremtése. Ebből adódóan az eredményesség kritériumai is roppant egyediek, mindig a kliens sajátos kiinduló állapotához, élethelyzetéhez lehet mérni a „végeredményt”. A fentiekből adódóan a szabványosított beavatkozások, szolgáltatásnyújtás gyakorlatilag elképzelhetetlen, illetve minden szabványosítási kísérlet a szolgáltatók nyilvánvaló ellenérzését váltja ki. Ez az ellenállás tükröződik valamennyi olyan kísérlettel kapcsolatban is, amelyek ún. standardok megfogalmazását vetíti előre. Holott számos ilyen törekvés fogalmazódott meg az elmúlt 15 évben. Ezt volt hivatott szolgálni a SZOLID projekt is, valamint – természetesen egy másfajta hangsúllyal – a jelenleg is folyó TÁMOP 5.4.1 projekt szabályozási pillérjének célrendszere is.

Minthogy a szociális szolgáltatások tekintetében oly nehéz egyértelmű eredményességi kritériumokat meghatározni, ezért az intézmény, szolgáltatás működésének a minőségét lehet szabályozni és meghatározni. Ennek során szervezetfejlesztési hangsúlyt érdemes és lehetséges érvényesíteni, a vezetési filozófiát átültetni a gyakorlatba. Ennek során az elvégzendő feladatok a következők: az igények és ezek indikátorainak definíciója, a „vevők” (kliensek), az ő igényeik és a kapott szolgáltatások meghatározása, a szervezet missziójának, küldetésének megfogalmazása, a működési politika és stratégia kialakítása, a szükséges erőforrások megteremtése, a szolgáltatási folyamatok szabályozása folyamat-indikátorok révén. Az előzőekben elmondottak gyakorlatilag a TQM modell érvényesítését teszik szükségessé a szociális ellátások vonatkozásában is.

A szolgáltatások minőségbiztosítását elősegítik az indikátorok, amelyek olyan elemeket számszerűsítenek, amelyek egy program nyomon követése során (monitoring) vagy értékelésében relevánsnak minősülnek. Az indikátorok fontos tulajdonsága, hogy segítségükkel egyértelműen eldönthető az eredményesség, vagyis számszerű, konkrét, értékelhető adatokat szolgáltatnak. Minden indikátorhoz egy definíció, egy meghatározott érték és mértékegység kell, hogy tartozzon.

A szociális szolgáltatások minőségügyi rendszerének céljai az alábbiak szerint összegezhetőek:

- a szolgáltatások minőségének fenntartása és fejlesztése,
- az összes érdekelt – különösen a szolgáltatást igénybevevő ügyfél (kliens), a szolgáltató és a szolgáltatásért felelős intézmény – elégedettsége.

Milyen elvek mentén történhet a szolgáltatások minőség-ellenőrzése?

- a fókuszbán az ügyfél és a neki nyújtott szolgáltatás áll
- a szolgáltatás értékelése a már megállapított szakmai szabályozók szerint történik
- az ellenőrzés a rendszeresen gyűjtött, megbízható információkon, azok elemzésén alapul

---

<sup>14</sup> [www.pro-galy.hu](http://www.pro-galy.hu)

- az ellenőrzési folyamat tervezésében a szolgáltatók, ügyfelek is részt vesznek
- az ellenőrzés konklúzióit az ellenőrző szervezet visszacsatolja a szolgáltatást nyújtó szervezetnek.

A szakirodalmi adatok alapján, a szociális szolgáltatások minőségügyi - minőségirányítási rendszerének az alábbi elemeket kell tartalmaznia:

- a szociális szolgáltatás pontos meghatározása;
- a szolgáltatást igénybevevő és a szolgáltatásért felelős igényeinek lehető legpontosabb megfogalmazása;
- a hozzáférés eljárásainak és elveinek pontos meghatározása;
- a szolgáltatásra vonatkozó, ennek megfelelő követelmények leírása;
- a szolgáltatás tartalmának és fázisainak leírása;
- a folyamat monitorozása, amely tartalmazza az igénybevevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, ennek egyeztetését a klienssel, valamint a folyamat szükséges mélységű és mértékű dokumentálása;
- a szolgáltatási folyamat megfelelőségének vizsgálata, e téren vizsgálni kell a szolgáltató megfelelőségét és amennyiben lehetséges, akkor a szolgáltatást igénybevevő szempontjából a minőségi változást;
- kliens elégedettség mérés;
- a szolgáltatói önértékelés.

Ahogy ezt már a korábbiakban rögzítettük: a szociális szolgáltatások – néhány szolgáltatás típustól, pl. idős gondozás eltekintve – közfinanszírozott szolgáltatások. Ebből adódóan a minőségirányítási rendszerek megjelenését nem a piac kényszeríti ki, hanem elsősorban az állami-önkormányzati szereplők szükségletei hívják életre. Ugyanakkor természetesen a szolgáltatói oldalon is markáns igény jelenik meg azzal kapcsolatban, hogy a munka minősége és volumene el és felismerhető legyen. Ennek az igénynek (fenntartói és szolgáltatói) a kielégítését nagyban segítheti a szakterületi sajátosságokat és fejlesztési potenciálokat kiaknázzhatóvá tévő minőségirányítási rezsim, pl. TQM rendszer bevezetése.

A szakirodalomban vita alakult ki a tekintetben, hogy kötelezővé kell-e tenni a minőség biztosítását, illetve az intézményi akkreditálást. Erősek azok a nézetek, amelyek szerint e feltételek kötelezővé tétele csak szükségtelenül megdrágítaná a szolgáltatást, de nem következne be szükségképpen a kívánt szakmai fejlődés.



## Minőségügyi rendszerek a közoktatásban

A közoktatás rendszerében a minőségügyi gondolkodás iránti igényeket – némiképp hasonlóan az egészségügyhöz – a következő tényezők tették különösen is hangsúlyossá:

- a közszolgáltatás tömegesség válása;
- az oktatási tartalmaknak a technikai, tudományos fejlődéssel összefüggő tartalomváltozásai,
- a közszolgáltatást igénybevevők arra irányuló igénye, hogy értékelni, illetve összehasonlítani tudják ez egyes szolgáltatást nyújtó intézmények teljesítményét.

Általánosan elfogadott nézet szerint, a minőségügyi rendszerek működtetésének fő célja a közoktatásban egy olyan működésmód fejlesztése, fenntartása és működtetése, amelyik alkalmas a közoktatással szemben támasztott fenntartói, illetve fogyasztói igények, elvárások teljesítésére. A rendszernek tehát elvileg biztosítani kell, hogy a közoktatással összefüggő döntések meghozatalakor („jó kormányzás”), végrehajtásakor és a végrehajtás ellenőrzésekor érvényesüljenek a jogszabályok, a szakmai és felhasználói elvárások és a jó gyakorlat.

A közoktatás területén is érvényesül az az elv, amivel a korábbiakban – pl. a szociális szolgáltatások vonatkozásában – már találkoztunk, vagyis, hogy a rendszer működéséért az állam a felelős. Ezen az intézményrendszer egybehangolt működtetését, a feladatellátás koordinálását, az intézményfenntartók, az irányításban részt vevők tevékenységének összehangolását kell érteni. Az egyes intézmények működtetéséért ugyanakkor az azokat fenntartók felelősek. E körben kiemelt szerepet játszanak az önkormányzatok, amelyek egyidejűleg felelősek a közoktatásról szóló törvényben meghatározott önkormányzati feladatellátás megszervezéséért is. A szolgáltatás (közoktatás) megszervezése és megvalósítása az egyes intézmények feladata.

E területen a minőségbiztosítási rendszer fejlesztésekor tehát nem lehetséges általában minőségbiztosításról beszélni. Azt érdemes vizsgálni, hogy a közoktatási feladatok megoldásának egyes szintjein - ágazati irányítás, fenntartói irányítás, intézményvezetés - mennyire adottak azok a feltételek, garanciák, amelyek képesek biztosítani a jogszerű, szakszerű döntéshozatalt, döntésvégrehajtást és a végrehajtás ellenőrzését.

A fentiekben vázoltaknál szűkebb értelmezés szerint a minőségbiztosításon a pedagógiai munka eredményességének a mérését és értékelését szokták érteni. Figyelembe szükséges venni azonban, hogy a közoktatás szakmai teljesítményének mérése és értékelése nem választható el az egyes feladat-ellátási szintek működésétől.

A közoktatás területén úgy, mint az egészségügy és szociális szolgáltatások nyújtása során is – a kormányzati tevékenység - az ágazati irányítás szabja meg a minőségbiztosítási rendszerek alapjait. A tartalmi szabályozás és irányítás egyik kulcskérdése, hogy mennyire, milyen mélységig és módszerekkel avatkozhat be az állam a nevelési-oktatási intézmények szakmai munkájába. Ez a kérdés összefügg a tanszabadsággal és a tanítás szabadságával, azzal a kérdéssel, hogy az óvodai és kollégiumi nevelés, az iskolai oktatás tartalmi követelményeit milyen mélységig kell és lehet központilag szabályozni.

Az igazgatás központi szintjéről úgynevezett akkreditációs eljárásokkal kívánják befolyásolni, egységesíteni a szakmai tevékenység színvonalát, amelyek a tartalmi kérdések tekintetében a minőségbiztosítást hivatottak garantálni.

Az irányítás központi szintje határozza meg a fenntartói irányítás jogosítványait. A fenntartói irányítás szabályai egységesek, nincs különbség a jogosítványok között azon az alapon, hogy az intézmény

fenntartója helyi önkormányzat, állami szerv, egyház, gazdálkodó szervezet, egyesület, magánszemély. A minőségbiztosításban a fenntartói irányításnak döntő szerepe van.

A minőségbiztosítás szempontjából kiemelkedő jelentősége van az intézményi irányítási szintnek is. A szakmai önállóság legfontosabb jogosítványa, hogy az óvoda, az iskola, illetőleg a kollégium elfogadja a pedagógiai munka alapját képező nevelési, illetve pedagógiai programot. A közoktatásról szóló törvény biztosítja a nevelési-oktatási intézmények szakmai önállóságát, amely nemcsak jogot, hanem egyben kötelezettséget is jelent. A szakmai önállóság nem lehet meg az intézményen belüli szakmai ellenőrzés rendszerének kidolgozása és működtetése nélkül. A szakmai munkaközösség feladata a módszertani kérdésekben való segítségnyújtás a nevelési-oktatási intézményben folyó nevelő és oktató munka tervezéséhez, szervezéséhez, ellenőrzéséhez.

Az intézményen belüli minőségbiztosítási rendszer kiépítésének nincsen kötelező, jogszabályban előírt rendje, módszere. A "házon belüli" mérések, a "házi" vizsgák, versenyek rendszerének kialakítása az iskolákon múlik. A vezetői szakmai irányítás, a szakmai belső ellenőrzés rendjének kidolgozása szintén intézményi jogkör.

A közoktatásban alkalmazott minőségbiztosítási rendszerek kialakításakor fontos szempont lehet, hogy megkülönböztessük az eredményesség és a hatékonyság fogalmát. Egy iskola vagy egy oktatási rendszer lehet eredményes úgy, hogy közben nem eléggé hatékony. Az eredményesség megítélése számos körülmény alapján lehetséges. A különböző szakmai és társadalmi csoportok eltérő szempontokat alapján dönthetnek az eredményességéről. Az iskolai pedagógiai programok elkészítése során a legkülönbözőbb értelmezések jelenhetnek meg: amíg az egyik iskola esetében a felsőoktatásba bejutott fiatalok aránya jelzi az eredményes működést, egy másik esetében a lemorzsolódók számának csökkenése lehet ilyen mutató.

A mindennapi életben gyakorta az eredményesség megfelelőjeként használják a minőség fogalmát. A fogalmi „zavar” alapja lehet, hogy a közoktatás minőségének megítélésekor gyakran felmerülő kérdés, hogy, vajon ki és milyen szempontok alapján ítélné meg az iskolai oktatás minőségét. További problémát okozhat, hogy milyen szerepe lehet ebben a központi irányítási szinten meghatározott általános standardoknak, és milyen az iskolák szolgáltatásait közvetlenül igénybe vevő iskolahasználóknak (szülők, tanulók) és a helyi közösségnek. Az oktatás minőségfogalma a kialakult viták során fokozatosan közelített, az üzleti világban - és más közszolgáltatásokban is egyre inkább - elfogadott megközelítéshez, amely a minőség megítélésében legfontosabbnak a fogyasztói elégedettséget tartja.

A minőség fogalmának az előtérbe kerülése és a minőségbiztosításnak, mint közoktatási fogalomnak az elfogadottá válása jelentős állomása az oktatás eredményességéről való hazai közgondolkodás fejlődésének. Mindezek nyomán a minőség és az eredményesség garantálásának egyre sokrétűbb eszközrendszere alakul ki: a kérdés egyre inkább az lesz, vajon miképpen biztosítható a különböző szereplők közötti együttműködés, az alkalmazott eszközök koherenciája és - mindenekelőtt - az egyes eszközök eredményesebb használata.

Az eredményesség és a minőség biztosítására irányuló eszközök fejlődése több területen megfigyelhető. Ezek közül különösen figyelemre méltó a pedagógusok továbbképzésének rendszere, ahol számos új eszközt alkalmaznak. Mivel a pedagógus-továbbképzési rendszer működésében Magyarországon meghatározóak a piaci elemek, a minőség biztosításának is sajátos, e viszonyokhoz illeszkedő technikáit kellett kidolgozni.

Ez egy olyan rendszer, amelynek három pillére van:

- (1) a képzési programokkal és a képzőkkel kapcsolatos követelmények részletes, országos szintű meghatározása,
- (2) a képzési programok és a képzést nyújtók országos szintű akkreditációja és

- (3) a forrásoknak a fogyasztókhoz telepítése, akik igényeiknek megfelelően, az iskolai tervezés keretei között választhatnak az akkreditált programok és a képzők közt

Mint korábban kiemeltük az eredményesség és minőség fejlesztése és biztosítása szempontjából az intézményi és helyi szintnek kiemelkedő jelentősége van. Erre koncentrált az az önálló fejlesztési program, amelyet az Oktatási Minisztérium 1999-ben indított el

A program olyan, részletesen kidolgozott szakmai koncepcióra épül, amely intézményi és helyi (önkormányzati) szinten a minőségbiztosítás és minőségfejlesztés három különböző szintjét vagy modelljét különbözteti meg. Az első a partnerközpontú működést és az erre épülő önértékelő vagy önelemző képesség kiépítését jelenti, a második a létező minőségbiztosítási rendszerek valamelyikének helyi-intézményi adaptálását és a szervezetfejlesztési képesség kialakítását, a harmadik pedig a mások felé történő terjesztést. Ezek közül különösen a második modell érdemel figyelmet, melyet alkalmazva az intézmények és az önkormányzatok külső szakértői támogatással olyan minőségbiztosítási rendszereket építenek ki, mint amilyenek például az üzleti világban és más közszolgáltatásokban is alkalmazott ISO vagy TQM. (Garay-Palotás, 1999).

A TQM, ahogy ezt már a korábbiakban részletesen kifejtettük, teljes körű átfogó minőségirányítási stratégia. A minőség megvalósítását elsődleges vezetői feladatnak tekinti és erőforrásainak legjobb és leggazdaságosabb felhasználásával a folyamatos megelégedettséget szolgálja. Minőségfogalma teljes egészében vevőközpontú, a minőség elérésére a teljes szervezetet és annak környezetét mozgósítja. Kiemelt jelentőséget nyer a minőség iránti elkötelezettség kialakítása. Lényeges eleme még, hogy a folyamatos önértékelés nyomán kezdeményez. Tehát a teljes körű minőségirányítás esetén a megelőzésen van a hangsúly, valamint azon, hogy a teljes szervezetre kiterjed. Nem az ellenőrzés a fontos, hanem a hibákból való közös tanulás. A **TQM** tehát inkább szemléletmód, filozófia, mint szigorúan lefektetett technika. (Setényi, 1999)

A Comenius 2000 Közoktatási Minőségfejlesztési Program szintjei és modelljei

Modell	Intézményi szint	Fenntartói szint
I.	Partnerközpontú működés  Az intézmény partnereivel együttműködve önértékelést végez, és ennek alapján saját tevékenységét fejleszti.	Párbeszéd és konszenzusteremtés  A fenntartó a partnerekkel együttműködve elemzi saját viszonyait, erre épülő tervezést folytat.
II.	Teljes körű minőségirányítás alkalmazása  Az intézmény bevezeti a standard minőségbiztosítási modellek valamelyikét.	Teljes körű minőségirányítás és együttműködés  A fenntartó belső szervezetfejlesztést folytat, alkalmazza a standard minőségbiztosítási modellek valamelyikét.
III.	A minőségfejlesztés terjesztése  Az intézmény más intézményeket segít a saját minőségbiztosítási rendszerük kialakításában.	Ösztönző környezet kialakítása  A fenntartó elősegíti a minőségelvű működés terjedését, ennek megfelelő ösztönzőket alkalmaz, és más fenntartókkal együttműködik.

Forrás: A Comenius 1999,2000

## Összefoglaló áttekintés

A képzési anyag áttekintette a minőségügyi gondolkodás alakulásának legfontosabb állomásait, igyekezett bemutatni az e téren szokásosan alkalmazott fogalmakat és azok viszonyát egymáshoz. Ezt követően arra tettünk kísérletet, hogy a humán szolgáltatások terén alkalmazott minőségügyi rendszereket áttekintsük és, ahol erre alkalom adódott ott rávilágítsunk a problematikus pontokra. Mindezzel az volt célunk, hogy háttérrel adjunk egy olyan képzési, továbbképzési programhoz, amelyik érdemben lesz alkalmazható az addiktológiai ellátásokat nyújtó egészségügy és/vagy szociális szolgáltatók körében.

Számos alkalommal kellett megállapítanunk, hogy a minőségügyi rendszerek, mai komplexitásukban nem garantálják a minőséget, nem biztosítják az eredményességet. Az ismertetett minőségügyi rendszerek közül valójában csak a minőség ellenőrzés és a minőségsszabályozás tudott a konkrét termék vonatkozásában egyértelmű minőséget (értsd szabványoknak való megfelelést) garantálni. A termékeket előállító szervezetek, a humán szolgáltatások pedig különösképpen is, lényegesen bonyolultabbak manapság, mintsem hogy a minőség ellenőrzés, vagy szabályozás eszközeivel elegendő legyen élni. Tulajdonképpen a szervezeti lét mind összetettebbé válása és a fogyasztói igények markáns megfogalmazódása tette szükségessé az ún. minőségirányítási rendszerek megjelenését. Mint a korábbi fejezetekben láthattuk: rengeteg a bizonytalanság. Gyakran kérjük, hogy mi tekinthető bizonyítéknak? Mit értünk eredményesség alatt? Egy valami azonban empirikusan is bizonyíthatónak látszik: a termék, a szolgáltatás minőségét nem csak annak objektív sajátosságai – feltéve, ha ilyenekkel egyáltalán rendelkezik – határozzák meg, hanem annak szubjektív értékelése, vagyis a kliens elégedettség. További fontos felismerés, hogy a termék/szolgáltatással való elégedettségre valamilyen fondorlatos módon hatást gyakorol a termék/szolgáltatás előállításában részt vevő szervezetben uralkodó légkör, a szervezeti klíma. A korszerű minőségirányítási rendszerek ezen felismerésből táplálkozva tehát egyfelől figyelmet fordítanak a szolgáltatás/termék előállításának szabványaira – ahol ilyenek léteznek -, másfelől pedig a munkaszervezet belső viszonyaira, a munkavállalók jól-létére is.

A fentiek fényében teszünk kísérletet arra, hogy néhány átfogó kérdésre választ találjunk.

A minőség irányítási rendszerek bevezetése és alkalmazása révén

- Mit nyer a szervezet?
  - szervezeti önismeret
  - a belső erőforrások optimális kiaknázását
  - problémamegoldó kommunikációt
  - piaci előnyt
  - bizalmi légkört
  - lojális munkatársakat
- Mit nyer a termék – szolgáltatás?
  - minőséget
  - jó illeszkedést a szükségletekhez, elvárásokhoz (goodness of fit)
- Mit nyer a kliens?
  - szükségleteinek fel és elismerését
  - partneri viszonyt
  - fejlődési lehetőséget

A fenti kicsit optimista összképet talán rontja, ha e képzési anyag tisztel Olvasója kedvezőtlen személyes tapasztalatokkal rendelkezik valamelyik minőségirányítási, vagy minőségbiztosítási rendszerrel kapcsolatban. Itt emlékeztetnénk ugyanakkor arra a korábban már idézett állításra, mi szerint valamilyen rendszer nem kielégítő működése (pl. ISO) nem biztos, hogy a rendszer jellegéből szükségképpen fakadó hiba, hanem esetleg a megvalósítás mikéntjéből adódó anomália.

Semmiképpen sem szeretnénk azt a látszatot kelteni mintha a minőségügyi rendszerek bevezetése nem járna semmilyen nehézséggel. Azt azonban láttatni szeretnénk volna, hogy mind a szervezet, mind pedig annak outputjai nyerhetnek a jól megválasztott és körültekintően kialakított minőségügyi rendszerek jóvoltából.

## **Továbbképzési tematika**

Az itt olvasható anyag korábbi fejezeteiben elsősorban az volt a célunk, hogy a minőségügyi gondolkodás, a minőségirányítási rendszerek szempontjából fontos fogalmakat tisztázzuk, úgy mond demitologizáljuk ezt a témakört. Mindezt azért tartottuk fontosnak, mert a humán szolgáltatások vonatkozásában is egyre nagyobb hangsúly tevődik, és sok esetben markáns elvárás fogalmazódik meg azzal kapcsolatban, hogy ilyen – minőségirányítási – rendszerek kerüljenek bevezetésre. Ugyanakkor nagyon gyakran, már, amikor a szó „minőségügy” elhangzik a területen dolgozó kollégák a fejükhöz kapnak, mert nem pozitívumok, csak az adminisztrációs teher és a fölöslegesnek látszó, időrabló értekezleteken jutnak az eszükbe. Holott a jól kialakított és jól megvalósított minőségirányítási rendszerből mindenki nyer. Egy képzési anyag nem alkalmas ennek az állításnak az igazolására, azonban egy saját élmény szerzésére is alkalmas képzés/felkészítés én közelebbé tudja tenni ezt a vélekedést. A továbbiakban röviden bemutatjuk egy a fentiekben kimunkált anyaghoz kapcsolódó képzési program főbb vonalait, abban a reményben, hogy a projekt egy későbbi fázisában ennek megvalósítására is lehetőség nyílik majd.

**A továbbképzés célja:**

A résztvevők számára nyújtson segítséget a minőségfejlesztés alapvető fogalmainak megismeréséhez, a minőségügyi gondolkodás iránti érzékenységeinek megszilárdításához. Addicionális cél, hogy a humán szolgáltatások fejlesztése során a minőségfejlesztés filozófiája és szempontrendszere érvényesüljön.

**A képzés időtartama: 30 óra, amelyből 15 óra elmélet és 15 óra gyakorlat.**

**Az elméleti blokk témakörei:**

Téma megnevezése	Szakterület, tudományág, gyakorlati terület megnevezése	Továbbképzésbeli foglalkoztatásának jellege
Minőségügyi gondolkodás alapfogalmainak áttekintése értelmezése, minőségügyi rendszerek	Minőségügyi ismeretek	előadás
A minőségirányítási rendszerszabvány alapelveinek megismerése	Minőségügyi ismeretek	előadás
A minőségirányítási dokumentáció felépítése és működtetése	Minőségügyi ismeretek	előadás
A humán szolgáltatások (egészségügyi, közoktatási és szociális terület) minőségügyi fejlesztésének helyzete, alkalmazott rendszerek	Az egyes területeken folyó szolgáltatások áttekintése, minőségügyi ismeretek	előadás
Projektfejlesztés és minőségügy	menedzsment ismeretek, minőségügyi ismeretek	előadás
Minőségfejlesztés, ISO, TQM	Minőségügyi ismeretek	előadás
Szabályozó anyagok	jogi és minőségügyi ismeretek	előadás

### A gyakorlati blokk témakörei

Téma megnevezése	Szakterület, tudományág, gyakorlati terület megnevezése	Továbbképzésbeli foglalkoztatásának jellege
Projekt tervezés gyakorlata	tervezési készségek	csoportmunka
Stratégia építés gyakorlati ismeretei	tervezési készségek	csoportmunka
Gyakorlatok segítségével az ISO 9001:2008 minőségirányítási rendszer	gyakorlatok	csoportmunka
Minőségi rendszerek legfontosabb elemeinek, azok tartalmának, követelményeinek értelmezése és begyakorlása, konkrét feladatokon keresztül	gyakorlatok	csoportmunka
Minőségfejlesztés a gyakorlatban, minőségfejlesztési kézikönyv	gyakorlatok	csoportmunka
Kommunikáció és minőségfejlesztés	gyakorlatok	csoportmunka
Esettanulmányok segítségével a tanultak gyakorlása	gyakorlatok	csoportmunka



## Irodalomjegyzék

- Balázs, É., - van Wieringen, F. – Watson, L.: Quality and educational management – A European Issue - *ENIRDEM* Conference papers, Budapest, 1999.
- Batalden, P.B., Stolz P.K.: A framework for continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work *Commission Journal on Quality Improvement*, 1993, 19 (10): p.: 424-447
- Belicza É., Zékány Zs.: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. *EMIKK füzetek*, Debrecen, 1998.
- Brewick, D.M.: (1989) Continous Improvement as an ideal health care, *New England Journal of Medicine*, 320(1), p.: 53-56
- Deming, W. E.: (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press
- Dodson, M and Smith, D, (2003): Governance for Sustainable Development: Strategic Issues and Principles for Indigenous Australian Communities. Discussion Paper No. 250, ANU, Canberra.
- EFQM alapú, auditált önértékelés az „önjavító” szociális ellátásban 2. rész, Minőség és Megbízhatóság, letöltés dátuma: 2010.01.18,
- Forczek E., Kovács K.: A kórházi betegellátás minősége új dimenzióban, *Országos Térinformatikai konferencia*, Szolnok
- Garay, J., Palotás, Z. (1999): Minőségpolitika - minőségbiztosítás. Kézirat. Országos Közoktatási Intézet Kutatási Központ.
- Góis, E.: *The problematic of decentralization and evaluation: concepts, realites, resistances* Indicators and Benchmarks of Quality of School Education [European Commission, 2000.]
- Gődény S.: Bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlat. In: Gődény S. (szerk): *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*. Pro Die Kiadó, Budapest, 2007, 465-506.
- Gray, M.: (1997) *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone
- Hegyesi Gábor: A szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos minőségpolitika a megformázott szociális törvényben Készült a SZOLID Projekt megbízásából, 2004. 04.16
- Kövesi E.: Minőség-biztosítás a tapasztalati gyógyászatban. *Komplementermed/2003/3*.
- Makara P.: Minőségfejlesztés a szakpolitikában. DEMIN X Kiadvány, 2010.
- Minőségfejlesztés a közoktatásban I. Országos Minőségfejlesztési Konferencia és Vásár *Minőségfejlesztési kézikönyv I. – A Comenius 2000 közoktatási minőségfejlesztési program* Oktatási Minisztérium, 1999.
- Molnár P.: Minőség globális kihívásai és hatásai. *DEMIN X. Kiadvány*, 2010.
- Oktatási Minisztérium, 1999.
- Olson, R., E.: (2002):The Eight Quality Management Principles, [www.systemsquality.com](http://www.systemsquality.com)
- Pataki, É. (2006)A szociális szolgáltatások szakmai szabályozásának fejlesztése – szakmapolitikai vonatkozások
- Proposal for a recommendation of the European Parliament and of the council On European cooperation in quality evaluation in school education [European Commission, Brussels, 24.01.2000 COM (1999.) 709 final]
- Quality Assurance – as a School Management issue for Europe - *ENIRDEM – Conference* (16-19th September 1999, Budapest)
- Russ Banham: TQM helps hospitals improve care - total quality management - Reforming Health Care: State and Local Actions, *Business and Health*, 1993
- Setényi, J. (1999a): *A minőség kora. Bevezetés az iskolai minőségbiztosítás gyakorlatába*. Raabe kiadó, Budapest.
- Setényi, J.: (1999b): Vevőközpontú iskola. *Educatio*. Ősz. Minőség, 557–564 o.
- Szüdi, J.: Minőségbiztosítás a közoktatásban, Oktatókutatási és Fejlesztő Intézet, 2009

- Szy I., Sinka Miklósné : Az egészségügyi minőségfejlesztés jelenlegi keresztmetszete. Egészségügyi Menedzsment. 2003. V. 2 sz.
- Tar J.: (riport): A minőségre törekvés belső készítése. *Egészségügyi Menedzsment*.2004.VI.1 sz.
- Tenner, A., R., De Toro, I., J.: Teljes körű minőségmenedzsment, Műszaki Könyvkiadó Budapest, 2001
- Tóth T., Tóth, A.: *Értékelés és minőség a közoktatásban*, Műszaki Könyvkiadó, 1999. Budapest
- Towards a European Vision of Quality – The way forward (Version 1.0)[European Organization for Quality, Center for Excellence Finland, Ministry of Trade and Industry & Ministry of Finance, Finland]
- Veress G.: A szociális szolgáltatások minőségbiztosítása Háttéranyag a szociális törvény megújításához (2004)