

Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia

Quality management in health care system

MARTA BEMBNOWSKA, JADWIGA JOŚKO-OCHOJSKA

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Zabrze-Rokitnica

Wysoka jakość usług medycznych, ciągłe jej doskonalenie i dopasowanie do potrzeb pacjentów, to jeden z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia. Wysoka jakość opieki zdrowotnej wiąże się z kompleksowym podejściem do jakości na każdym etapie świadczenia usługi a także ma na uwadze zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne, finansowe. Oznacza to podejmowanie działań, których celem jest zaspokojenie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, terapii i rehabilitacji oraz gwarancja, że udzielana opieka spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość opieki zdrowotnej jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”. Donabedian wyróżnił trzy wymiary jakości usług medycznych, które łącznie składają się na jakość danej usługi: jakość struktury, jakość procesu i jakość wyniku. Z kolei u podstaw sprawnego zarządzania jakością, zgodnie z założeniem TQM (Total Quality Management) leżą cztery elementy: planowanie, wykonanie, sprawdzanie i poprawa/działanie. Dla zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki stosowane są zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne metody jej zapewnienia. Do zewnętrznych systemów oceny jakości można zaliczyć przede wszystkim: ISO oraz akredytację. Oczekiwania pacjentów rosną, zmieniają się, a badanie satysfakcji pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej staje się podstawą uruchomienia procesu doskonalenia jakości. Obszar medyczny jest gałęzią działalności ludzkiej, gdzie poziom świadczeń może wpływać na życie i zdrowie człowieka, więc starania o zapewnienie jak najwyższej jakości jest w pełni uzasadnione, a wręcz wskazane.

Słowa kluczowe: jakość, zarządzanie, ochrona zdrowia

The high quality of medical services, continuous improvement and its adaptation to the needs of patients is one of the most important problems of the contemporary health care system. High quality of health care is associated with a comprehensive approach to quality at every stage of the service and also provides the medical, personnel, infrastructure and financial resources. This means taking measures with the aim to satisfy the needs of the society in terms of prevention, health promotion, diagnosis, treatment and rehabilitation and the guarantee that the provided care meets the requirements of safety, effectiveness and efficiency. The World Health Organization (WHO) defines quality health care as “the degree to which health services increase the probability of achieving expectations in terms of treatment effects and demonstrate compliance with current and professional knowledge.” Donabedian identified three dimensions of quality of medical services: quality of structure, process and outcome. The basis for efficient quality management, under the assumption of TQM (Total Quality Management) are four elements: plan, do, check, act. To ensure a high level of quality of health care both internal and external methods of assurance are used. The external quality assessment systems mainly consist of: ISO (The International Organization for Standardization) and accreditation. The patients’ expectations grow and change, and the satisfaction survey of patients starts to be the foundation of the process of quality improvement. Medical area is a branch where the level of health care service may affect human health and life, therefore the efforts to provide the highest quality are fully legitimate, and indeed desirable.

Key words: quality, management, health care system

© Hygeia Public Health 2015, 50(3): 457-462

www.h-ph.pl

Nadesłano: 28.06.2015

Zakwalifikowano do druku: 05.07.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

lek. Marta Bembnowska

ul. Węgierska 20, 42-612 Tarnowskie Góry

tel. 504 243 112, telefaks 0 32 272 28 47

e-mail: martulon@poczta.fm, medsrod@slam.katowice.pl

Wstęp

Zmieniająca się sytuacja na rynku usług zdrowotnych, stale rosnąca konkurencja oraz związane z tym zabieganie o pacjenta, zmusza do podejmowania coraz nowszych i bardziej efektywnych metod zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Wysoka jakość usług medycznych, ciągłe jej doskonalenie i dopasowanie do potrzeb Pacjentów, to jeden z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia.

Zapewnienie jakości polega na kompleksowym podejściu do jakości na każdym etapie świadczenia

usługi, a organizacja musi przyjąć orientację przyszłościową, ze względu na wzrastające oczekiwania pacjentów. Wysoka jakość opieki zdrowotnej to również zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe, które są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób. Oznacza to podejmowanie działań, których celem jest zaspokojenie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, terapii i rehabilitacji oraz gwarancja, że udzielana opieka spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności.

Pojęcie jakości opieki zdrowotnej i jej rodzaje

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość opieki zdrowotnej jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”.

Określona przez Wspólną Komisję Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej jest najczęściej pojawiającą się definicją jakości opieki zdrowotnej, która definiuje jakość jako stopień, w którym każda świadczona pacjentowi usługa, przekazana zgodnie z aktualną wiedzą, daje prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukcji prawdopodobieństwa niepożądanych rezultatów [1].

Jakość techniczna wg Ch. Gronroosa jest efektem końcowym procesów operacyjnych (projektowania i wytwarzania), a zatem stanowi wszystko to, co konsument otrzymuje od usługodawcy w następstwie zrealizowania danej usługi (technologie, maszyny, kwalifikacje, umiejętności usługodawcy). Natomiast jakość funkcjonalna jest kształtowana na etapie świadczenia usługi (sposób świadczenia), a więc jest to efekt interakcji pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą. Na jej ocenę ma wpływ poziom obsługi klienta, czyli podejście personelu, jego kompetencje, życzliwość oraz sposób odbierania usług przez klienta (satisfakcja).

Z punktu widzenia usług medycznych, jakość techniczna obejmuje wyposażenie i sprzęt medyczny, technologie medyczne, procedury i standardy, a także wiedzę i fachowość pracowników. Natomiast jakość funkcjonalna jest z punktu widzenia pacjenta i stanowi sumę jego doświadczeń i odczuć w relacji z daną instytucją opieki zdrowotnej. Suma obu tych wymiarów jakości z uwzględnieniem jakości oczekiwanej tworzy całkowitą, uświadomioną przez pacjenta jakość rzeczywistą [2].

Aktualnie wśród stale rosnącej konkurencji na rynku, jakość stała się jedną z najbardziej istotnych cech opieki zdrowotnej, której zapewnienie powinno być priorytetem – zarówno dla menedżerów zarządzających placówkami opieki zdrowotnej, jak i wszystkich osób zajmujących się całościowo rozumianą polityką zdrowotną.

Jakość w opiece zdrowotnej może być szeroko pojmowana w zależności od punktu widzenia. Inaczej jest postrzegana przez pacjentów, którzy koncentrują swoją uwagę na relacjach z personelem, badaniach i wynikach leczenia oraz atmosferze i otoczeniu, w którym przebywają. Natomiast dla pracowników ochrony zdrowia jakość wiąże się głównie z rzetelnym świadczeniem usług, zgodnie z przyjętymi standardami, przy użyciu określonych narzędzi.

Twórca jakości w medycynie

Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej był A. Donabedian – jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w medycynie. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach”. Zwracał on uwagę na takie aspekty jak sposób interakcji personelu medycznego z pacjentem, zaangażowanie pacjenta w opiekę zdrowotną, dostępność i wyposażenie placówek świadczenia opieki, dostęp do opieki w różnych grupach społecznych oraz poprawa stanu zdrowia w wyniku procesu opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych [3].

Donabedian wyróżnił trzy wymiary jakości usług medycznych, które łącznie składają się na jakość danej usługi. Nie można mówić o wysokiej jakości, jeśli choć jedna z trzech kategorii zawiera błędy lub uchybienia.

1. Jakość struktury – obejmuje strukturę organizacji, liczbę pracowników, ich kwalifikacje, wyposażenie, sprzęt, budynki.
2. Jakość procesu – odnosi się do wszelkich czynności podjętych lub zaniechanych w trakcie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta. Autor podkreśla, że najlepsze wyniki uzyskuje się wówczas, gdy leczenie przebiega w sposób systematyczny według powtarzalnych i sprawdzalnych reguł.
3. Jakość wyniku – ukierunkowana na ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie. Obejmuje takie wskaźniki jak śmiertelność, zachorowalność, skutki uboczne itp. [4].

R. J. Maxwell, na podstawie koncepcji Donabediana, wyodrębnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej, które zostały zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia i stały się bazą tworzenia standardów celem zapewnienia najwyższego poziomu świadczonych usług zdrowotnych [5]:

1. Efektywność – udzielania świadczeń przynoszących pozytywne efekty dla populacji i jednostki
2. Dostępność – świadczenie usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem
3. Adekwatność – dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań pacjentów
4. Skuteczność – udzielanie świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę i najnowsze doniesienia naukowe
5. Wydajność – dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane

6. Równość – zapewnienie równego dostępu do usług dla całej populacji niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasowego charakteru czy innych cech osobowości usługobiorców.

W kierunku TQM

Zdaniem Wasilewskiego TQM (*Total Quality Management*) jest „wizją, którą firma może osiągnąć tylko drogą długookresowego planowania, przez wypracowanie i wdrażanie rocznych planów jakości, które stopniowo doprowadzą ją do realizacji wizji, tj. do stanu, w którym następująca definicja TQM staje się rzeczywistością: kultura korporacyjna cechująca się wzrostem zadowolenia klientów wskutek ciągłych udoskonalień, w których aktywnie uczestniczą wszyscy pracownicy firmy” [6]. Zatem TQM jest to filozofia zarządzania, w której wszystkie podejmowane działania mają charakter projakościowy. Składowe przedsiębiorstwa mają wpływ na jakość produktu i proces jego tworzenia, tak więc wszyscy pracownicy współpracują ze sobą tworząc zespół, który jest włączony w procesy decyzyjne firmy, jednocześnie każdy pracownik jest odpowiedzialny za swoją pracę, a cały zespół nieustannie dąży do poprawy spełniania oczekiwań klienta, do zwiększania wiarygodności i zaufania firmy. Ideą TQM jest zaangażowanie pracowników i dbanie o dobro firmy jako wspólny interes, ciągle podnoszenie kwalifikacji celem uzyskania jak najlepszych efektów [7].

U podstaw sprawnego zarządzania jakością, zgodnie z założeniem TQM, leżą cztery elementy:

- Planowanie (*plan*) – na tym poziomie odbywa się określenie, gromadzenie i analiza informacji o wszystkich działaniach niezbędnych do tworzenia produktu/usługi o najwyższej jakości i opracowanie czynności dla poprawy jakości.
- Wykonanie (*do*) – realizacja planu zgodnie z zamierzonymi punktami, zgodnie z ideą TQM, z zagazowaniem całego zespołu.
- Sprawdzanie (*check*) – w tym etapie ocenia się czy wszystkie działania były skuteczne i jakie są wyniki oraz co należy zrobić, by były lepsze.
- Poprawa/Działanie (*act*) – działania korygujące i zapobiegające błędom oraz doskonalenie sprawdzonych procesów i umocnienie dokonanych zmian [8].

Systemy Zarządzania Jakością (SZJ) W Ochronie Zdrowia

Czynniki mobilizujące placówki do wdrożenia SZJ

Zgodnie z definicją Europejskiej Organizacji ds. Jakości (*European Organization for Quality*) „jakość wyrobu jest stopniem spełnienia przezeń wymagań odbiorcy. W wyrobach przemysłowych jakość jest kombinacją jakości typu i jakości wykonania” [9].

Jakość w ochronie zdrowia jest szczególnie istotnym problemem, gdyż zawsze wiąże się ze świadczeniem usług na rzecz zdrowia lub nawet życia człowieka, dlatego też dla każdego podmiotu leczniczego, jakość usług zdrowotnych stanowi najważniejszy aspekt przy udzielaniu świadczeń. Traktowanie Pacjenta nie tylko powinno odbywać się zgodnie z aktualną wiedzą i wartościami istotnymi dla samego Pacjenta, ale również zgodnie z określonymi standardami.

Podejmowanie działań projakościowych poprzez starania o certyfikację ISO (*International Organization for Standardization*) czy akredytację Polskiego Centrum Monitorowania Jakości, jest wyrazem dążenia placówek ochrony zdrowia do tworzenia systemów zarządzania, gwarantujących usługi o najwyższej jakości, co skupia wszystkie działania na drodze ku dobru pacjentów. Coraz większe wymagania chorych i ich rodzin, nowe standardy i technologie, wymagania prawne, presja otoczenia czy konkurencja determinują wdrażanie systemów zarządzania jakością w placówkach medycznych.

Satysfakcjonujący poziom jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych można uzyskać poprzez dokładne i systematyczne kontrole aktualnego poziomu usług i skuteczne działania poprawiające ten proces. Dla zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki stosowane są zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne metody jej zapewnienia. Do metod wewnętrznych stosowanych przez zakłady opieki zdrowotnej należą opracowania własnych programów zapewnienia jakości m.in. badanie i ocena jakości opieki lekarskiej czy pielęgniarskiej, monitorowanie i zapobieganie występowaniu zakażeń i inne. Powszechną metodą jest badanie poziomu satysfakcji pacjentów, gdyż zadowolenie pacjentów ze świadczonej opieki stanowi najważniejszy wskaźnik jej efektywności [10, 11]. Najczęściej zewnętrzną oceną jakości organizacji ochrony zdrowia w Polsce podlega zgodności z normą ISO 9001 lub ze standardami akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia [12].

Do zewnętrznych systemów oceny jakości można zaliczyć:

A. Sektorowe:

- Akredytacja (leczenie szpitalne/POZ)
- ISO17025 (dot. laboratoriów badawczych i wzorujących)

B. Pozasektorowe:

- ISO (ISO 9000 – zarządzanie jakością, ISO 31000 – zarządzanie ryzykiem, ISO 22000 – bezpieczeństwo żywności)
- Model doskonałości EFQM (Europejska Nagroda Jakości)
- Inne (Rzetelna Firma, Solidna Firma)

ISO – Certyfikacja

ISO jest to Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (*International Standard Organization*), która tworzy różnego rodzaju normy oraz specyfikacje i raporty techniczne na potrzeby całego opracowywane przez specjalnie powołany Komitet Techniczny 176 (*Technical Committee 176 – ISO/TC 176*). Normy ISO rodziny 9000 poświęcone są systemom zarządzania jakością i stosowane są obecnie w ponad stu krajach. Wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością w oparciu o te normy świadczy o uporządkowaniu i racjonalizacji działań (sprawności i skuteczności) oraz umiejętności ustanawiania polityki jakości, celów jakościowych i ich realizacji celem podnoszenia jakości realizowanych świadczeń i usług. Grupa norm ISO 9000 opiera się na ośmiu podstawowych zasadach:

1. Orientacja na pacjenta – badanie potrzeb i preferencji, utrzymywanie dobrych relacji
2. Przywództwo – stawianie ambitnych celów i motywacja do ich osiągnięcia
3. Zaangażowanie ludzi – stwarzanie warunków i uświadamianie pracownikom, że są współodpowiedzialni za decyzje i działania podejmowane w organizacji
4. Podejście procesowe – zarządzanie procesami, a nie oddzielnymi działaniami
5. Systemowe podejście do zarządzania – ustalenie i integracja powiązań i zależności między poszczególnymi procesami
6. Ciągłe doskonalenie – ciągłe usprawnianie wszystkich działań i szybka reakcja na pojawienie się nowych możliwości
7. Podejmowanie decyzji na podstawie faktów – pozyskiwanie i udostępnianie wiarygodnych informacji
8. Wzajemne korzystne więzi z dostawcami – otwarta komunikacja i prowadzenie wspólnych działań w celu poprawy wyników.

W praktyce budowy systemów zarządzania jakością i ich certyfikacji największe istotne znaczenie dla organizacji, które starają się uzyskać certyfikat, ma norma ISO 9001 zawierająca wytyczne, za zgodność z którymi uwierzytelnia się systemy zarządzania jakością. Norma PN-EN ISO 9001:2009 jest systemem ogólnych wymagań, które odnoszą się do ustanowienia, udokumentowania, wdrożenia i utrzymania systemu zarządzania jakością oraz ciągłego doskonalenia jego skuteczności. Pozostałe normy mają charakter uzupełniający [13]. Etapy związane z wdrożeniem i certyfikacją systemu zarządzania jakością dzieli się na trzy fazy:

1. Faza projektowania – na tym etapie dochodzi do określenia polityki jakości, dokonuje się przeglądu i oceny stanu aktualnego, identyfikuje się procesy, sporządza się harmonogram prac projektowych

i wdrożeniowych, ustala się listy procedur i opracowuje księgi jakości

2. Faza wprowadzania – to etap, który obejmuje szkolenia, wdrażanie procedur w jednostkach, przeprowadza się audyty wewnętrzne i działania korygujące oraz zmiany organizacyjne i ostatecznie certyfikację
3. Faza utrzymania i doskonalenia – na tym poziomie przeprowadza się audyty zewnętrzne, przeglądy i działania korygujące oraz audyty kontrolne.

Korzyści z wdrożenia ISO:

Wewnętrzne:

- uporządkowanie podstawowych obszarów działalności organizacji i systemu zarządzania Szpitala
- monitorowanie i zarządzanie procesami w organizacji co wpływa na szybkie i skuteczne identyfikowanie i rozwiązywanie problemów
- większe zaangażowanie i motywacja pracowników w podnoszenie jakości swoich działań na wszystkich poziomach organizacji
- wzrost wiarygodności i zaufania do Szpitala w oczach pacjentów
- minimalizacja strat w dostawach i usługach medycznych
- posiadanie certyfikatu ISO istotnie wpływa na kryterium wyboru i ocenę rynkową ze strony pacjentów
- zgodność z normami ISO jest coraz częściej wymagana przez biuro praw pacjenta, różnego rodzaju instytucje czy krajowe lub międzynarodowe władze
- sam fakt posiadania certyfikatu

Zewnętrzne:

- poprawa konkurencyjności na rynku
- większe zaufanie i wiarygodność w oczach pacjentów
- lepszy wizerunek organizacji
- łatwiejszy dostęp do rynków międzynarodowych
- zwiększenie zaufanie jednostek zewnętrznych do organizacji.

Cele pro jakościowe realizowane są poprzez orientację na pacjenta i dążenie do jak najbardziej odpowiedniego zaspakajania potrzeb pacjentów, ciągłą ocenę i podnoszenie jakości świadczonych usług, doskonalenie komunikacji wewnętrznej i organizacji pracy, racjonalizację kosztów działalności, efektywną gospodarkę zasobami szpitala (szkolenia pracowników, baza sprzętowa i techniczna, infrastruktura szpitala) oraz ciągłe doskonalenie systemu zarządzania jakością w oparciu o normy ISO 9001 przez systematyczne kontrole i monitoring procesów, identyfikację obszarów do poprawy i eliminowanie widocznych niedociągnięć.

Tabela I. Porównanie TQM i ISO 9000 na podstawie: „Wybrane zagadnienia zarządzania jakością” pod red. R. Kolmana, rozdz. 4.5., s. 59 (1996)
 Table I. Comparison of TQM and ISO 9000 on basis of “Selected problems of quality management” ed. By R. Kolman, chapter 4,5, p. 59 (1996)

TQM	ISO
Preferuje rozwój i wykorzystanie możliwości pracowników	Preferuje dokumentowanie działań
Zdecydowane zorientowanie na klienta	Słabe zorientowanie na klienta
Nastawienie na zmiany	Nastawienie na audit
Obejmuje wszystkie komórki przedsiębiorstwa	Pomija niektóre istotne komórki lub obejmują je częściowo
Preferuje działania zapobiegawcze	Preferuje kontrolę i usuwanie skutków błędów
Preferuje działania zespołowe	Brak wyraźnego nastawienia na działanie zespołowe
Preferuje doskonalenie	Preferuje utrzymanie poziomu
Preferuje ciągłą poprawę	Dochodzenie do poprawy w określonym czasie (12-18 m-cy)
Filozofia bez podstaw formalnych	Pełne sformalizowanie
Trudne do oceny	Nietrudne do oceny
Pełne zaangażowanie kadry	Ograniczone zaangażowanie kadry
Pełny wysiłek intelektualny	Ograniczone zaangażowanie intelektualne

Akredytacja

Akredytacja jest jednym z zewnętrznych usystematyzowanych procesów oceny szpitali, który przeprowadza się zgodnie z dostępnymi standardami. Zaopiniowaniu podlegają placówki szpitalne pod kątem funkcjonalnej całości – ocena dotyczy spektrum działalności klinicznej, zarządzania oraz administracji.

Akredytacja szpitali w Polsce jest prowadzona przez jednostkę Ministerstwa Zdrowia – Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w Ochronie Zdrowia. W Polsce pierwszy Program Akredytacji Szpitali został wydany w 1998 r. w Krakowie na bazie wzorów czołowych instytucji akredytacyjnych na świecie. Realizacja programu odbywa się przez udział:

- Rady Akredytacyjnej – która określa kierunki polityki akredytacyjnej, zatwierdza standardy i wydaje decyzje oraz
- Ośrodka Akredytacyjnego – który jest odpowiedzialny za koordynowanie i przeprowadzenie wizytacji akredytacyjnych.

Cele CMJ koncentrują się przede wszystkim wokół wspierania działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i poprawy jakości usług medycznych, oceny czynników wpływających na poziom świadczeń zdrowotnych oraz wskaźników obrazujących poziom rezultatów świadczeniodawców.

Kontrole prowadzone są przez niezależnych członków Ośrodka CMJ, którzy dokonują oceny akredytacyjnej w oparciu o publicznie znany zestaw standardów akredytacyjnych, obejmujący następujące obszary: Zarządzanie ogólne, Zarządzanie zasobami ludzkimi, Zarządzanie informacją, Ciągłość opieki, Kontrola zakażeń szpitalnych, Prawa pacjenta, Ocena stanu pacjenta, Opieka nad Pacjentem, Zabiegi i znieczulenie, Farmakoterapia, Odżywianie, Ciągłość opieki, Poprawa jakości, Zarządzanie środowiskiem

opieki, Izba Przyjęć, Laboratorium, Diagnostyka Obrazowa.

Do kluczowych założeń programów akredytacyjnych należą:

1. Dobrowolność – zgłoszenie uczestnictwa jest dobrowolne.
2. Niezależność i autonomia decyzji akredytacyjnej – ocena opiera się na znanych, jednakowych zasadach (standardach akredytacyjnych), a decyzje o udzieleniu lub odmowie są podejmowane zazwyczaj przez niezależne organy decyzyjne.
3. Standardy – ocena dotyczy porównania stanu faktycznego z wzorcami jakie widnieją w standardach.
4. Przegląd rówieśniczy (*peer review*) – wizytatorzy akredytacyjni to osoby ze środowiska medycznego, którzy mają kontakt z sektorem medycznym.
5. Cykliczność oceny – akredytacja zakłada ciągłe doskonalenie, stąd model ten oparty jest na systematycznych i zaplanowanych przeglądach.
6. Samoocena – określa poziom dostosowania do wymogów standardów akredytacyjnych, identyfikuje obszary poprawy.
7. Zgodność z procedurą akredytacyjną – określoną i jawną, która determinuje tryb zgłoszenia, zasady przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metodologię procesu decyzyjnego w zakresie przyznawania/ odmowy akredytacji dla szpitali [14].

Akredytacja dla każdej placówki ochrony zdrowia oznacza zaakceptowanie nowych modeli postaw i zachowań, a także schematów podejmowanych działań, stanowi praktyczne narzędzie w promowaniu nowej struktury zarządzania i przyjmowania odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo opieki, a normy akredytacyjne stanowią potężne narzędzie dla zarządzających, którzy kształtują środowisko opieki i rezultaty swego funkcjonowania.

Podsumowanie

Jakość świadczonych usług medycznych jest jednym z fundamentalnych problemów w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Twarde wymagania rynkowe powodują, że coraz więcej jednostek ochrony zdrowia, decyduje się na wdrażanie zarządzania poprzez jakość, dostrzegając w nim szansę na wzrost swojej konkurencyjności i wiarygodności.

W zależności od odbiorcy, jakość usługi medycznej jest interpretowana odmiennie. Dla pacjenta jakość jest definiowana przez pryzmat kwalifikacji personelu medycznego, atmosfery i warunków świadczenia usług oraz rezultatu, z jakim proces terapeutyczny się kończy. Z kolei dla kadry medycznej jakość stanowi odzwierciedlenie zgodności wykonywanych świadczeń z aktualną wiedzą i widoczną poprawą stanu zdrowia pacjenta. Natomiast dla organizatorów systemu opie-

ki zdrowotnej, jakość będzie oznaczała zapewnienie dostępu do świadczeń zgodnych z potrzebami pacjentów w kontekście działań skutecznych, racjonalnych i efektywnych [15].

Gwarancja wysokiej jakości usługi przy odpowiednio niskim koszcie, jest istotnym wyzwaniem stojącym przed jednostkami ochrony zdrowia, które chcą się utrzymać na coraz bardziej konkurencyjnym rynku zdrowotnym. Oczekiwania pacjentów rosną, zmieniają się, a badanie satysfakcji pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej staje się podstawą uruchomienia procesu doskonalenia jakości.

Obszar medyczny jest gałęzią działalności ludzkiej, gdzie poziom świadczeń może wpływać na życie i zdrowie człowieka, więc starania o zapewnienie jak najwyższej jakości jest w pełni uzasadnione, a wręcz wskazane.

Piśmiennictwo / References

1. Wu SH, Lee J. A comparison Study of Nursing Care Quality in Different working Status Nursing Staffs: an example of one Local Hospital. *J Nurs Res* 2006, 14: 181-188.
2. Grönroos Ch. A Service Quality Model and its Marketing Implications. *Eur J Mark* 1984, 18(4): 36-44.
3. Walshe K, Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej. Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 550.
4. Kautsch M. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 324-325.
5. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J* 1984, 288: 1470-147.
6. Wasilewski L. Podstawy zarządzania jakością. WSPiZarz, Warszawa 1998: 28.
7. Hamrol A, Mantura W. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2002: 92.
8. Kautsch M. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe Wyzwania. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 324-325.
9. Gajewski A. Wstęp do zarządzania jakością. MWSE, Tarnów 2007: 14.
10. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. CeDeWu, Warszawa 2005.
11. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. t. 1 Założenia teoretyczne. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red). PZWL, Warszawa 2013: 465-466.
12. Rajewska A. Zarządzanie jakością w szpitalach (nowe trendy i wyzwania). Jakość w Ochronie Zdrowia. UJ, Kraków 2011.
13. Lewandowski R. Jakość certyfikowana. [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Kautsch M (red). Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 357-359.
14. Kutryba B, Kutaj-Wąsikowska H. Programy bezpieczeństwa. *Zdr Zarz* 2003, 6: 18-23.
15. Hauke E. Poradnik dla zapewnienia jakości w szpitalu. Wskazówki dla praktycznego użytku. Instytut Organizacji Szpitalnictwa im. L. Boltzmana w Wiedniu, Warszawa 1995: 10-11.