

Paweł Wdówik

KRYTERIA STOSOWANE W SYSTEMACH ZAPEWNIENIA JAKOŚCI WYKORZYSTYWANYCH W OPIECE ZDROWOTNEJ

CRITERIA USED IN THE HEALTH CARE QUALITY ASSURANCE SYSTEMS

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia

Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE Praca przedstawia kryteria stosowane w systemach zapewniania jakości wykorzystywanych w opiece zdrowotnej. Szerzej omówiono kryteria stosowane w systemach:

- zarządzania jakością ISO 9000:2000
- zapewniania jakości opracowanym przez Europejską Fundację Zarządzania Jakością (EFQM)
- akredytacji szpitali
- zapewniania jakości świadczeń stosowanym w opiece zdrowotnej nad pracującymi w Norwegii – „Good OHS”.

Kryteria w poszczególnych systemach oceny i zapewnienia jakości stanowią rodzaj wytycznych – standardów dla funkcjonowania organizacji. Obejmują różny zakres działalności i stopień uszczegółowienia. W systemie takim jak ISO dotyczą głównie samego zarządzania jakością, a w EFQM obejmują swoim zakresem całą działalność organizacji.

Systemy opracowywane tylko dla opieki zdrowotnej zawierają oprócz kryteriów zarządzania jakością, szereg kryteriów szczegółowych dotyczących klinicznego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Dla wszystkich przedstawionych systemów oceny i zapewniania jakości świadczeń można określić wspólny zakres kryteriów. Obejmuje on: orientację na klienta – pacjenta (poznawanie jego potrzeb, systematyczną ocenę satysfakcji z usług), podnoszenie kwalifikacji personelu, zarządzanie informacją, ciągłe doskonalenie zarówno usług jak również organizacji i zarządzania. Med. Pr. 2003; 54 (5): 487–492

SŁOWA KLUCZOWE: opieka zdrowotna, kryteria zarządzania jakością

ABSTRACT The author presents the criteria used in the health care quality assurance systems with special attention paid to the following issues:

- Quality management system ISO 9000:2000
- European Foundation Quality Management
- Hospital accreditation
- Quality assurance system in occupational health services in Norway „Good OHS”.

Quality management criteria are regarded as guidelines for functioning of organizations. All presented evaluation systems are based on a common set of criteria, which include:

- client – patient orientation;
- advancement of staff skills;
- information management;
- services and management improvement. Med Pr 2003; 54 (5): 487–492

KEY WORDS: health care, criteria for quality assurance and management

Nadesłano: Nadesłano: 27.11.2002

Zatwierdzono: 11.08.2003

Adres autora: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź. e-mail: wdowik@imp.lodz.pl

© 2003, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W Europie Zachodniej, Ameryce Północnej i Japonii obserwuje się trend związany z wprowadzaniem procedur akredytacji i certyfikacji. Tego typu działania wynikają ze wzrostu skomplikowania procesów produkcji i usług, w tym także medycznych. Stosowanie procedur akredytacji i certyfikacji ma gwarantować, że jednostki posiadające certyfikaty lub akredytacje spełniają szereg kryteriów niezbędnych do zapewniania odpowiednio wysokiego poziomu jakości usług i produktów. Proces certyfikacji prowadzony jest przez organizację zewnętrzną i opiera się na kontroli/audycie sprawdzającym spełnienie przez jednostkę ustalonych kryteriów. Certyfikat jest potwierdzeniem, że jednostka spełnia kryteria i stosuje się do nich w codziennym działaniu. Ponadto fakt, że ocena jest dokonywana przez organizację zewnętrzną, kompetentną i bezstronną, zwiększa zaufanie klientów. Innym kluczowym dla procesu certyfikacji elementem jest stały nadzór, prowadzony przez organizację certyfikującą, realizowany poprzez okresowe audyty.

Celem tego artykułu jest przedstawienia kryteriów stosowanych w różnych systemach zapewniania jakości, które mogą być i są wykorzystywane w opiece zdrowotnej.

Jeden z najpopularniejszych systemów zarządzania jakością został opisany w postaci norm opracowanych przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (International Organization for Standardization – ISO). ISO jest organizacją pozarządową powstałą w 1947 r., skupiającą organizacje normalizacyjne poszczególnych krajów. Zajmuje się opracowywaniem własnych norm (ISO), standaryzowaniem niektórych norm narodowych oraz rozwijaniem współpracy naukowej, technologicznej i ekonomicznej. Według danych uzyskanych ze 132 krajowych organizacji normalizacyjnych członków ISO, od 1987 r., kiedy zostały po raz pierwszy opublikowane normy serii 9000 (dotyczące systemów zarządzania jakością) do sierpnia 1999 r., przyznano 271 966 certyfikatów na zgodność z normami serii 9000, a tylko w Europie 166 255(1).

Zgodnie z definicją Polskiego Komitetu Normalizacyjnego „norma jest dokumentem normatywnym stosowanym na zasadzie dobrowolności, powszechnie dostępnym i zaakceptowanym przez jednostkę normalizacyjną. Norma ustala zasady, wytyczne lub charakterystyki dotyczące różnej działalności. Jest zatwierdzana na zasadzie konsensusu,

przeznaczana do powszechnego i wielokrotnego stosowania, zaakceptowana przez wszystkie zainteresowane strony jako korzyść dla wszystkich” (2). Normy wprowadzają kodeks dobrej praktyki i zasady racjonalnego postępowania przy aktualnym poziomie nauki i techniki.

W normach serii ISO 9000 zostały opracowane podstawowe zasady, których spełnienie pozwala na wdrożenie w organizacji o dowolnym profilu działalności systemu jakości zapewniającego, że jej wyroby bądź usługi gwarantują odpowiedni poziom jakości. System jakości można zdefiniować jako „strukturę organizacyjną, podział odpowiedzialności, procedury, procesy i zasoby umożliwiające wdrożenie zarządzania jakością”.

W normie ISO 9000:2000 określono osiem zasad – kryteriów zarządzania jakością, które mogą być wykorzystywane w celu wprowadzenia lub udoskonalenia systemu jakości w organizacji (3).

ORIENTACJA NA KLIENTA

„Organizacje są zależne od swoich klientów i dlatego zaleca się, aby rozumiały obecne i przyszłe potrzeby klienta, aby spełniały wymagania klienta oraz podejmowały staranie aby wyjść ponad jego oczekiwania”.

W sytuacji powstającego w ostatniej dekadzie rynku usług zdrowotnych (pełnego urynkwienia świadczeń jednostek podstawowych służby medycyny pracy, rodzącej się konkurencji na rynku usług podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej) zadowolenie pacjenta, rozpoznanie i zrozumienie jego potrzeb i oczekiwań staje się kluczowe dla osiągnięcia dobrej pozycji rynkowej. W tej sytuacji rodzi się potrzeba stosowania narzędzi, które umożliwią ocenę satysfakcji pacjenta, a także w sytuacji świadczeń służby medycyny pracy zadowolenie płatnika świadczeń, tzn. pracodawcy.

PRZYWÓDZTWO

„Przywódcy ustalają jedność celu i kierunku działania organizacji. Zaleca się, aby tworzyli oni i utrzymywali środowisko wewnętrzne, w którym ludzie mogą w pełni zaangażować się w osiągnięcie celów organizacji”.

Kadra kierownicza wypracowuje wizję przyszłości firmy, przekłada ją na wymierne cele, a także angażuje pracowników w realizację celów przedsiębiorstwa. Ponadto tworzy warunki w jakich funkcjonują i rozwijają się pracownicy, w jaki sposób wykorzystują swoje umiejętności dla dobra ogółu.

ZAANGAŻOWANIE LUDZI

„Ludzie na wszystkich szczeblach są istotą organizacji i ich całkowite zaangażowanie pozwala na wykorzystanie ich zdolności dla dobra organizacji”.

Ta zasada zwraca uwagę na fakt, że jednym z najważniejszych elementów każdej organizacji są pracownicy i to od ich zaangażowania w pracę w głównej mierze zależy rynkowe powodzenie firmy. Jakość świadczeń zdrowotnych, np. re-

alizowanych przez szpital, jest zależna od zaangażowania wszystkich pracowników zarówno lekarzy i pielęgniarek jak również personelu niższego.

PODEJŚCIE PROCESOWE

„Pożądany wynik osiąga się z większą efektywnością wówczas, gdy działania i związane z nim zasoby są zarządzane jako proces”.

Wszelkie prowadzone przez firmę działania można rozpatrywać jako proces, na początku którego pojawia się określony zespół danych, przekształcany następnie w dane wyjściowe. Tak opisany ogólny proces składa się z wielu wzajemnie powiązanych ze sobą podprocesów. Na przykład, proces badania pacjenta składa się z podprocesów: badania fizykalnego i badań dodatkowych, a te z kolei można dzielić na badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową. Często wyjście z jednego procesu stanowi wejście do procesu następnego. Kontynuując powyższy przykład, zakończenie procesu badania pacjenta może otworzyć proces leczenia. Identyfikacja i analiza tych procesów, wzajemne powiązania, nadzór i zarządzanie określa się jako podejście procesowe.

PODEJŚCIE SYSTEMOWE DO ZARZĄDZANIA

„Zidentyfikowanie, zrozumienie i zarządzanie wzajemnie powiązanymi procesami jako systemem przyczynia się do zwiększenia skuteczności i efektywności organizacji w osiągnięciu celów”.

W każdym przedsiębiorstwie, stanowiącym określoną całość, zachodzą pewne procesy, które są ze sobą powiązane i przechodzą jeden w drugi. Wyjście z jednego procesu stanowi wejście do jednego bądź kilku innych procesów. Miejsca ich wzajemnego stykania i przenikania mogą stanowić źródło potencjalnych zagrożeń i problemów. Analizę procesów zachodzących w firmie, identyfikację ich wzajemnych oddziaływań i powiązań w taki sposób, aby można było nimi zarządzać systemowo i w odpowiednim czasie wprowadzić działania korygujące oraz zapobiegawcze nazywamy systemowym podejściem do zarządzania.

CIĄGŁE DOSKONALENIE

„Zaleca się, aby ciągłe doskonalenie funkcjonowania całej organizacji stanowiło stały cel organizacji”.

W warunkach gospodarki rynkowej jakość produktu/usługi nie jest wartością statyczną lecz dynamiczną. Ustawiczne doskonalenie wyrobów, usług, procesów i systemów decyduje o powodzeniu na rynku i pozycji jaką osiąga firma. Można to zaobserwować na rynku farmaceutycznym, czy urządzeń medycznych. To co było celem do osiągnięcia wyznaczonym kilka lat temu w chwili obecnej staje się standardem.

PODEJMOWANIE DECYZJI NA PODSTAWIE FAKTÓW

„Skuteczne decyzje opierają się na analizie danych i informacji”.

Efektywne podejmowanie decyzji, planowanie, systemy kontroli oparte są na skutecznym zarządzaniu informacją. Oznacza to, że w organizacji powinny zostać stworzone warunki, w których istnieje możliwość gromadzenia i analizowania informacji, a wyniki analiz powinny służyć optymalizacji funkcjonowania przedsiębiorstwa.

WZAJEMNE KORZYSTNE POWIĄZANIA Z DOSTAWCAMI

„Organizacja i jej dostawcy są od siebie zależni, a wzajemne korzystne powiązania zwiększają zdolność obu stron do tworzenia wartości”.

Sukces rynkowy przedsiębiorstwa w znacznej mierze zależy od zapewnienia niezawodności, terminowości i bezbłędności dostaw. Można to realizować poprzez dobre stosunki z dostawcami, realizowane poprzez wspomaganie w rozwiązywaniu problemów i zachęcanie do wdrożenia u kooperantów systemu zarządzania jakością. Tego typu działania przynoszą korzyści obydwu stronom i przyczyniają się do wspólnego kreowania wartości dodanej.

Powyżej przedstawione zasady są kryteriami ogólnymi, uszczegółowionymi w normie 9001:2000. Instytucja ubiegająca się o certyfikat ISO musi wykazać, że spełnia szczegółowe wymagania zawarte w normach (4); musi posiadać między innymi zidentyfikowane procesy, znać ich wzajemne powiązania i następstwa, a także dokonywać analiz i pomiarów tych procesów. Ponadto instytucja prowadzić dokumentację, która obejmuje:

- a) deklaracje polityki jakości, a zatem zobowiązanie firmy do realizacji celów strategicznych w zakresie jakości;
- b) księgę jakości w której znajdują się skondensowany opis systemu zarządzania jakością, zawierający procedury lub powołanie się na odpowiednie procedury, wymagane postanowieniami normy a także dane o przebiegu procesów i zależnościach między nimi;
- c) procedury nadzorowania dokumentów i zapisów, aditów wewnętrznych, nadzorowania niezgodności, działań korygujących i naprawczych;
- d) zapisy dowodów skuteczności systemu zapewniania jakości, np. wzrost satysfakcji pacjentów (5,6), czy zwiększony udział w rynku z powodu polepszenia jakości świadczeń.

Ponadto oceniane jest także spełnienie przez organizację certyfikowaną wymogów prawnych, dotyczących wyrobu bądź usługi. W przypadku świadczeń zdrowotnych są to przepisy zawarte w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (7), ustawie o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa (8) i w przepisach wykonawczych wydanych z ich mocy, a jeśli idzie o świadczenia służby medycyny pracy, dodatkowo z rozporządzeń MZiOS, regulujących przeprowadzanie badań lekarskich pracowników, zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, tryb ich przeprowadzania i dokumentowania (9,10,11). W konsekwencji certyfikacja jednostek według systemu ISO serii 9000:2000 wymaga, by w skład zespołu audytującego wchodził ekspert bądź auditor znający daną branżę i przepisy prawne w niej obowiązujące (1).

Rozwinięciem idei zapisanych w normach serii ISO 9000 jest opracowany przez Europejską Fundację Zarządzania Jakością (EFQM) system zapewnienia jakości – europejska nagroda jakości – Business Excellence (doskonałość biznesu). Europejska Fundacja Zarządzania Jakością powstała w 1988 r. z inicjatywy czternastu europejskich przedsiębiorstw, które swój sukces rynkowy wiązały ze stosowaniem kompleksowego zarządzania poprzez jakość (12). Przy współpracy z Komisją Europejską i Europejską Organizacją Jakości (EOQ) zostały opracowane zasady, według których przyznawana jest coroczna nagroda. Przedsiębiorstwa, które chcą uzyskać nagrodę muszą wykazać, że system jakości funkcjonujący w firmie przyczynił się do sukcesu rynkowego oraz że przedsiębiorstwo spełnia oczekiwania klientów, pracowników i społeczeństwa. Podstawowe kryteria modelu EFQM podobne są do kryteriów prezentowanych w normie ISO 9000:2000. W oparciu o te zasady opracowano dziewięć wzajemnie skorelowanych kryteriów oceny stopnia wdrożenia systemu jakości zgodnego z koncepcją kompleksowego zarządzania jakością (total quality management –TQM). TQM – jest to zarządzanie organizacją w sposób skoncentrowany na jakości, oparty na udziale wszystkich członków organizacji i nakierowany na osiągnięcie długotrwałego sukcesu dzięki zadowoleniu klienta oraz korzyściom dla wszystkich członków organizacji i dla społeczeństwa.

1. Przywództwo – w ramach tego systemu stanowi ono siłę napędową rozwoju przedsiębiorstwa. Brane jest pod uwagę zaangażowanie personelu kierującego, kreowanie kultury przedsiębiorstwa, działania promujące jakość poza przedsiębiorstwem, sposoby motywacji pracowników.
 2. Polityka i strategia – według kryteriów tej grupy polityka i strategia powinny być zgodne z koncepcją TQM, powszechnie znane i aktualizowane.
 3. Koncentracja na sprawach pracowniczych – brane są pod uwagę między innymi: doskonalenie kompetencji pracowników, zarządzanie pracownikami i zespołami poprzez cele, zaangażowanie kadry w proces ustawicznego doskonalenia, zakres samodzielności działań.
 4. Zasoby i współpraca – oceniane są zarządzanie zasobami finansowymi, informacyjnymi, relacje z dostawcami a także wykorzystanie bazy materialnej.
 5. Procesy – identyfikowanie procesów kluczowych, zarządzanie procesami, wdrażanie i ocena usprawnień w procesach.
 6. Satysfakcja klientów – ocena usług i wyrobów z perspektywy klienta.
 7. Satysfakcja pracowników – ocena działalności firmy z perspektywy pracowników.
 8. Odpowiedzialność przed społeczeństwem – w jaki sposób przebiegają i jakie są relacje ze społeczeństwem.
 9. Wyniki działań przedsiębiorstwa: ocena w oparciu o wskaźniki finansowe i możliwości rozwoju.
- Model EFQM uwzględnia wszystkie istotne czynniki decydujące o sukcesie i doskonałości danej organizacji.

Pierwowzorem międzynarodowych nagród jakości była ustanowiona w 1951 r. przez Japanese Union Of Scientists and Engineers (Juse) Nagroda Deminga. Przyznawana jest przedsiębiorstwom, które we wzorowy sposób wdrażają systemy jakości. Kandydatów ocenia się w oparciu o dziesięć kryteriów:

1. Polityka przedsiębiorstwa.
2. Organizacja.
3. Zarządzanie informacją.
4. Standaryzacja.
5. Podnoszenie kwalifikacji personelu.
6. Działania na rzecz zapewniania jakości.
7. Utrzymanie ruchu i sterowanie.
8. Działania doskonalące.
9. Wyniki.
10. Plany na przyszłość.

Każde z kryteriów składa się z elementów szczegółowych, które są oceniane w ramach systemu zarządzania jakością.

W odróżnieniu od systemów ISO 9000, EFQM i Nagrody Deminga, mających zastosowanie w organizacji o każdym profilu działalności, system akredytacji szpitali jest zewnętrznym systemem oceny jakości, opracowanym wyłącznie na potrzeby opieki zdrowotnej. Koncepcja akredytacji szpitali powstała w roku 1917 w Stanach Zjednoczonych jako narzędzie mające spowodować poprawę jakości usług medycznych świadczonych w opiece szpitalnej. American College Of Surgeons opublikował wówczas wskazania dla szpitali pod nazwą Minimum Standards For Hospitals (13,14). Na gruncie europejskim system akredytacji szpitali po raz pierwszy pojawił się w roku 1980 w Wielkiej Brytanii. Obecnie funkcjonuje w 17 krajach Europy, między innymi we: Francji, Szwajcarii, Polsce, Niemczech i w Hiszpanii (15).

W Polsce system akredytacji szpitali został uruchomiony w 1998 r. Kryteria oceny zostały opracowane w oparciu o analizę zagranicznych systemów akredytacyjnych oraz wyniki ankiet przeprowadzonych w 70 szpitalach. Analizowano również wyniki konsultacji z członkami Koalicji na Rzecz Akredytacji, w skład której weszły organizacje związane z ochroną zdrowia (m.in. Naczelna Izba Lekarska, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych). Są to tak zwane standardy optimum, co oznacza, że z jednej strony stawiają relatywnie wysokie wymagania, a z drugiej strony są osiągalne dla każdej jednostki podejmującej wysiłek wprowadzenia zmian w swoim funkcjonowaniu (16,17). Standardy zostały ustalone w dziedzinach mających istotny wpływ na bezpieczeństwo i jakość opieki świadczonej pacjentom. Kryteria podzielono na 15 grup, zawierających łącznie 210 standardów szczegółowych (18). Wzięto pod uwagę następujące grupy kryteriów:

1. Zarządzanie Ogólne – grupa ta pozwala na ocenę funkcji dotyczących kierowania szpitalem.
2. Zarządzanie zasobami ludzkimi – kryteria określają zasady polityki personalnej, kwalifikacje i rozwój zawodowy personelu.

3. Zarządzanie informacją – grupa standardów określająca sposoby prowadzenia dokumentacji medycznej, analizy i gromadzenia danych, a także zabezpieczenia i przechowywania dokumentacji.

4. Kontrola infekcji – grupa kryteriów dotyczy między innymi wykorzystywania procedur redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów, monitorowania zakażeń i izolacji chorych o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia.

5. Prawa pacjenta – jest to grupa standardów określająca, w jaki sposób szpital realizuje prawa pacjenta.

6. Ocena stanu pacjenta – grupa zawiera kryteria opisujące działania, jakie powinny być podejmowane przez wykwalifikowany personel w celu określenia specyficznych potrzeb pacjentów, niezbędnych do pierwszego etapu leczenia.

7. Opieka nad pacjentem – według standardów powinna być planowanym procesem, obejmującym działania diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne; indywidualnie opracowana dla pacjenta i modyfikowana w zależności od potrzeb.

8. Anestezjologia – grupa kryteriów regulująca zasady opieki anestezjologicznej w taki sposób, by każde znieczulenie odbywało się w warunkach jak najbardziej bezpiecznych.

9. Leki – w tej grupie zostały opisane zasady gospodarowania lekami.

10. Odżywianie – jest to integralny składnik procesu leczenia. Wymaga spełnienia kryteriów dotyczących między innymi procedur przygotowywania i podawania specyficznych form żywienia oraz higienicznego przechowywania żywności.

11. Ciągłość opieki – grupy standardów regulująca zapewnienie ciągłości opieki, a zatem wymagająca stworzenia i realizowania procedur planowanych przyjęć, przenoszenia pacjentów między oddziałami szpitalnymi, zakresu informacji zawartych w karcie informacyjnej.

12. Poprawa jakości – standardy tej grupy wymagają między innymi, by szpital miał opracowany i zatwierdzony program działań na rzecz poprawy jakości świadczeń i prowadził systematyczną ocenę satysfakcji pacjentów.

13. Zarządzanie środowiskiem opieki – kryteria dotyczą takich elementów, jak: bezpieczeństwo przeciwpożarowe, zabezpieczenie awaryjne w energię elektryczną, wodę, gazy medyczne, konserwacji urządzeń medycznych i gospodarki odpadami.

14. Izba przyjęć – standardy wymagają między innymi, aby izba przyjęć posiadała wyposażenie pozwalające na podejmowanie czynności ratujących życie, aby były spisane procedury postępowania z pacjentem dla przyjęć planowanych, przypadków nagłych i katastrof.

15. Laboratorium – grupa kryteriów określających zasady wykonywania badań laboratoryjnych i funkcjonowania laboratorium.

Oceny spełnienia standardów dokonują profesjonalści medyczni, a zatem mają oni wgląd do dokumentacji medycznej

nej pacjenta i mogą ocenić medyczne aspekty funkcjonowania szpitala.

W celu uzyskania pełnej akredytacji wymagana jest 75% zgodność funkcjonowania szpitala z wymogami standardów. Jest to ocena całościowa i nie można uzyskać akredytacji dla części szpitala, np. oddziału.

Innym systemem zapewniania jakości świadczeń, zaprojektowanym na potrzeby opieki zdrowotnej, zawężonym tylko do opieki zdrowotnej nad pracującymi, jest opracowany w Norwegii system o nazwie „Good OHS” (OHS – occupational health service – jednostki służb zajmujących się realizacją zadań, dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa pracowników i środowiska pracy) (19,20). System został stworzony w latach 1998–2000 przez specjalistów z National Institute of Occupational Health we współpracy z przedstawicielami: stowarzyszeń zawodowych, pracowników, związków zawodowych, katedry medycyny pracy Uniwersytetu w Breggen i Inspekcji Pracy, w formie przewodnika o nazwie „The Workbook of Good OHS”. Służy on do przeprowadzania wewnętrznej oceny jednostek świadczących usługi z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi. W przewodniku zostało zapisane 15 grup kryteriów, dotyczących struktury wewnętrznej, relacji z klientem oraz usług świadczonych przez OHS. Bierze się pod uwagę następujące grupy kryteriów:

1. Profesjonalne umiejętności i multidyscyplinarność – jednostka pretendująca do miana „good OHS” powinna zatrudniać specjalistów z następujących dziedzin: medycyny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy, rehabilitacji i pielęgniarstwa (ze specjalizacją w medycynie pracy).

2. Zapewnianie jakości – w tej grupie kryteriów został zapisany wymóg posiadania przez jednostkę OHS kompleksowego systemu zarządzania jakością, bazującego na takich systemach, jak ISO albo EFQM.

3. Etyka – jednostka powinna kierować się zasadami zapisanymi w wydanym przez ICOH specjalnym Międzynarodowym Kodeksie Etycznym dla wykonawców świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi (21).

4. Planowanie działalności – zakres działań jednostki OHS powinien być planowany wspólnie z przedsiębiorstwem – klientem. Celem takiego postępowania jest wpisanie działań związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem środowiska pracy w system zarządzania jakością funkcjonujący u klienta.

5. Relacje z klientem – jednostka OHS powinna być zorientowana na klienta to znaczy pozostawać z nim w regularnym kontakcie, być otwartą na propozycje zmian wynikających ze współpracy, a także systematycznie oceniać satysfakcję z jakości usług.

6. Informacja i marketing – to kryterium nakłada na OHS obowiązek podejmowania działań informacyjnych, marketingowych w celu uzyskania pełnej akceptacji dla problemów bezpieczeństwa i higieny miejsca pracy, a także rozwijania u podopiecznych umiejętności pełnego korzystania z oferty.

7. Planowanie działań związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem w firmach – jednostka OHS powinna asystować

w tworzeniu planów zmian miejsc pracy i metod produkcji, ponadto wspólnie z klientem tworzyć procedury bezpieczeństwa pracy dostosowane do profilu działalności firmy.

8. Ocena ryzyka zawodowego i nadzór nad stanowiskami pracy – jednostka powinna współpracować z pracodawcą w ocenie ryzyka zawodowego, nadzorze bezpieczeństwa i higieny stanowisk pracy, zapewniać możliwość współuczestniczenia pracowników w procesach decyzyjnych, dotyczących wyboru i używania ochron osobistych, wyposażenia technicznego, procesu produkcji i organizacji pracy.

9. Edukacja i doradztwo – grupa kryteriów nakłada na jednostkę wymóg posiadania możliwości profesjonalnego przekazywania wiedzy z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, dokumentowania i ewaluowania swoich działań na tym polu.

10. Mierniki bezpieczeństwa i higieny pracy – jednostka powinna uczestniczyć w przygotowywaniu mierników służących ocenie działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, realizowanych na terenie zakładu pracy.

11. Promocja zdrowia w miejscu pracy – kryteria nakładają na jednostkę wymóg wspomaganie zarządu i pracowników w realizacji promocji zdrowia w miejscu pracy.

12. Ocena stanu zdrowia – jednostka OHS powinna realizować wypracowany wspólnie z pracodawcą i pracownikami program oceny stanu zdrowia.

13. Działalność lecznicza – grupa kryteriów zobowiązuje jednostkę OHS do ograniczenia działalności leczniczej jedynie do chorób zawodowych. OHS nie powinien realizować działań związanych z podstawową opieką zdrowotną, ale pozostawać z nią w ścisłej współpracy.

14. Rehabilitacja i zdrowienie – jednostka powinna pełnić funkcję doradczą zarządu przedsiębiorstwa w zakresie działań związanych z rehabilitacją, ponadto propagować idee rehabilitacji zawodowej.

15. Nadużywanie narkotyków i alkoholu – grupa kryteriów wymaga współuczestniczenia OHS w tworzeniu, realizacji i ewaluacji programów przeciwdziałających nadużywaniu alkoholu i narkotyków.

Realizacja kryteriów jest oceniana w sześcypunktowej skali. Ocena dokonywana jest samodzielnie przez pracowników jednostki, realizującej świadczenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Ideą tego systemu jest wychwycenie tych cech jednostki, które należy poprawić, a także wskazanie kierunku działań naprawczych.

PODSUMOWANIE

Kryteria w poszczególnych systemach oceny i zapewnienia jakości stanowią rodzaj wytycznych – standardów funkcjonowania organizacji. Obejmują różny zakres działalności i stopień uszczegółowienia. W systemie takim, jak ISO dotyczą głównie samego zarządzania jakością, a w EFQM obejmują swoim zakresem całą działalność organizacji.

Systemy opracowywane tylko dla opieki zdrowotnej zawierają, oprócz kryteriów zarządzania jakością, szereg kryteriów szczegółowych, dotyczących klinicznego

funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, takich jak: kontrola infekcji szpitalnych, funkcjonowanie izby przyjęć, czy gospodarki lekami. Obecnie w systemach zapewniania i oceny jakości świadczeń wykorzystuje się także połączenie wybranych kryteriów modelu ISO, EFQM i kryteriów opracowywanych wyłącznie na potrzeby funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Dla wszystkich przedstawionych systemów oceny i zapewniania jakości świadczeń można określić wspólny zakres kryteriów. Obejmuje on: orientację na klienta – pacjenta (poznawanie jego potrzeb, systematyczną ocenę satysfakcji z usług), podnoszenie kwalifikacji personelu, zarządzanie informacją, ciągłe doskonalenie zarówno usług jak również organizacji i zarządzania.

PIŚMIENNICTWO

- Gach A. [red.]: Nowoczesne zarządzanie jakością. Seria ISO 9000: 2000. Verlag Dashöfer Sp. z o.o., Warszawa 2001.
- Polski Komitet Normalizacyjny (PKN). Cytowany 21 sierpnia 2002. Adres: www.pkn.pl.
- International Organization for Standardization (ISO): Quality Management Systems – Fundamentals and Vocabulary. Cytowany 21 sierpnia 2002. Adres: www.iso.ch.
- Bedlicki M.: Systemy zewnętrznej oceny jakości. *Zdrow. Zarządzanie* 2001; 3 (3–4): 11–14.
- Banaszewska A.: Jak badać satysfakcje pacjentów. *Służba Zdrowia* 2000; 4–5: III, XII–XIII.
- Maciąg R.; Pomiar i metoda badań satysfakcji pacjenta. *Służba Zdrowia* 2001; 2: VIII–IX.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej. DzU nr 91, poz.. 408, 1991 [z późniejszymi zmianami].
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. DzU nr 28, poz. 152, 1996 [z późniejszymi zmianami].
- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU nr 96, poz.. 593, 1997 [z późniejszymi zmianami].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie Pracy. DzU nr 69, poz. 332, 1996 [z późniejszymi zmianami].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania. DzU nr 120, poz. 768, 1997.
- EFQM European foundation for Quality Managment. Cytowany 21 sierpnia 2002. Adres: www.efqm.org.
- Kubik C.K.: Amerykański system opieki zdrowotnej. Tom I. Amszydro Company, Chicago, USA 1999.
- Póździocha S., Rysia A. [red.]: Zdrowie Publiczne – wybrane zagadnienia. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalus”, Kraków 1996.
- Shaw C.: Krajowe programy akredytacyjne w Europie. *Zdrow. Zarządzanie* 2001; 3 (3–4): 96–100.
- Kutryba H., Kutaj-Wąsikowska H.: Akredytacja w pigułce. *Zdrow. Zarządzanie* 2001; 3 (3–4): 15–20.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Piotrowski M.: Ocena standardów akredytacyjnych w Polsce w 2000 roku. *Zdrow. Zarządzanie* 2001; 3 (3–4): 31–39.
- Lie O., Bjørnstad K., Jakobsen K.: Good occupational health service. Workbook with audit matrix Version 5/2000. National Institute of Occupational Health, Norway 2000.
- Hämäläinen R.M., Husman K., Räsänen K., Westerholm P., Rantanen J.: Survey of the Quality and Effectivness of Occupational Health Services in the European Union and Norway and Switzerland. People and Work Research Reports 45. Finnish Institute Health, Helsinki 2001.
- International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. International Commission on Occupational Health, 1992.