

IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES AND PATIENT SAFETY IN THE CONTEXT OF ACCREDITATION OF HOSPITALS IN POLAND

DOSKONALENIE JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA W KONTEKŚCIE AKREDYTACJI SZPITALI W POLSCE

ABSTRACT

The healthcare system is one of the branches of economy particularly sensitive to high quality. Therefore, healthcare facilities must prioritize the process of increasing quality. Improvement and evaluation of the quality is not simple, since the quality consists of both correct implementation of medical services in the light of current knowledge and accepted standards and values which are important for the patient. Forms of improving quality can also take various shapes.

One of the external forms of assessment is accreditation of hospitals. Its main objective is a voluntary assessment on the basis of beforehand determined and public standards. It allows to collect data relating to specific areas and the scope of activities of the hospital and also allows to draw conclusions from accreditation process which in turn can lead to improved quality of services and patients safety.

This article is devoted to problems of improving the quality of medical services and patient safety in the context of accreditation of hospitals in Poland.

STRESZCZENIE

Sektor ochrony zdrowia należy do gałęzi gospodarki szczególnie wrażliwych na wysoką jakość. Dlatego też zakłady opieki zdrowotnej muszą traktować proces podwyższania jakości priorytetowo. Doskonalenie i ocena jakości nie są proste, ponieważ na jakość składa się zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle

aktualnej wiedzy i przyjętych standardów, jak i wartości ważne dla pacjenta. Także formy doskonalenia jakości mogą przyjmować różnorodny kształt.

Jedną z zewnętrznych form oceny pracy szpitali jest akredytacja. Głównym jej założeniem jest dobrowolna ocena na podstawie ustalonych, a przede wszystkim jawnych standardów. Pozwala na zgromadzenie danych, które dotyczą poszczególnych obszarów oraz zakresów działalności szpitala, i umożliwia wyciągnięcie wniosków z przeprowadzonego procesu akredytacyjnego, co w konsekwencji może prowadzić do poprawy jakości świadczonych usług i bezpieczeństwa pacjenta.

Niniejszy artykuł poświęcony jest problemom poprawy jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjenta w kontekście akredytacji szpitali w Polsce.

KEYWORDS: *medical entity, health service quality, accreditation of healthcare organizations*

SŁOWA KLUCZOWE: *podmiot leczniczy, jakość usług zdrowotnych, akredytacja organizacji opieki zdrowotnej*

WPROWADZENIE

Jakość usług medycznych i bezpieczeństwo pacjenta to najbardziej fundamentalne problemy każdego podmiotu leczniczego. W warunkach wzrostu konkurencyjności wśród świadczeniodawców sektora ochrony zdrowia, rozwoju technologii, wprowadzania nowoczesnych rozwiązań w zakresie zarządzania, jak również podwyższania świadomości pacjentów co do własnych oczekiwań i wymagań, formy tworzenia, doskonalenia i oceny jakości oraz podwyższania bezpieczeństwa pacjenta nabierają coraz większego znaczenia. Obecnie obserwując rynek usług medycznych w Polsce, można zauważyć, że wiele szpitali, mając na uwadze założenia polityki zdrowotnej, stosuje różne formy i modele doskonalenia i oceny jakości. Mogą one przyjmować różnorodny kształt, np.: uwarunkowania narzucone ze strony ustawodawstwa, certyfikowane systemy zarządzania jakością, metody wynikające z indywidualnej polityki szpitala. W odniesieniu do szpitali stosuje się obecnie system wizytacji, model EFQM (Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością), system zarządzania jakością według normy ISO 9001 oraz system akredytacji.

Wśród tych form na szczególną uwagę zasługuje system akredytacji w zakresie zarówno udzielania świadczeń medycznych, jak i funkcjonowania podmiotów leczniczych. Zespólna Komisja do spraw Akredytacji Szpitali (JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) po-

wołana w Stanach Zjednoczonych opracowała standardy jakości, wskaźniki jakości, wytyczne postępowania w określonych sytuacjach klinicznych oraz system akredytacji placówek leczniczych. Korzystając ze wzorów amerykańskich i czołowych instytucji akredytujących na świecie, w Polsce Centrum Monitorowania Jakości powołało zespół, którego zadaniem było opracowanie i wdrożenie polskiego programu akredytacji szpitali.

PODSTAWOWE POJĘCIA Z ZAKRESU JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

Bezpieczny system opieki zdrowotnej to najważniejszy problem w każdym kraju. W Unii Europejskiej w 2005 r. panel ekspertów z Rady Europy opracował zalecenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, przyjęte rok później przez Komitet Ministrów. W kolejnym roku Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów Światowej Organizacji Zdrowia ustanowił zasady i działania, które kraje członkowskie mogą podejmować, aby stworzyć wspólną strategię poprawy tego bezpieczeństwa. Bezpieczeństwem pacjentów zajmuje się kilka projektów finansowanych przez Unię Europejską, w szczególności „Poprawa Bezpieczeństwa dla Pacjentów w Europie” (*Safety Improvement for Patients in Europe, S.IM.PAT.IE*) oraz „Uczenie się od Międzynarodowych Sieci o Błędach i Rozumienie Bezpieczeństwa w Opiece Podstawowej” (*Learning from InterNational Networks About Errors And Understanding Safety in Primary Care, LINNEAUS EURO-PC*). Większość europejskich inicjatyw dotyczących bezpieczeństwa pacjentów ma charakter narodowy i typowo inicjowana jest przez rząd jak Deklaracja Warszawska z 2006 r. z inicjatywy rządu polskiego (Godycki-Ćwirko, Koziarska-Rościszewska, Kowalczyk, Kosiek, 2011, s. 775).

Najwięcej uwagi w kontekście bezpieczeństwa skupiają szpitale. Bezpieczeństwo powinno obejmować dwa wymiary: techniczny i funkcjonalny. Wymiar techniczny wiąże się z profesjonalizmem działania, dotyczy takich składowych bezpieczeństwa, jak np.: kwalifikacje formalne, umiejętności praktyczne, doświadczenie pracowników medycznych, liczba personelu medycznego dostosowana do stanu zdrowia i liczby pacjentów, warunki higienicznosanitarne pomieszczeń, w których przebywają pacjenci, warunki przechowywania leków, stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego. Zapewnienie bezpie-

czeństwa w tym wymiarze nie gwarantuje jednak bezpieczeństwa pacjenta. Ważne jest także zapewnienie bezpieczeństwa w wymiarze funkcjonalnym, który jest rozumiany jako profesjonalizm relacji. Wymiar ten odnosi się do komunikacji z pacjentem i może obejmować takie składowe, jak: zrozumiałe przekazywanie informacji, okazywanie empatii i zrozumienia, poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi lub też pytanie o jego potrzeby. Doskonalenie jakości usług medycznych daje podstawy do osiągnięcia znaczącej poprawy bezpieczeństwa w obu wymiarach (Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012, s. 269–273; Miller, Supranowicz, Gębska-Kuczerowska, Car, 2008, s. 643–650).

Dlatego szpital, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom na każdym etapie hospitalizacji, czyli podczas diagnozowania, leczenia, pielęgnowania czy rehabilitacji, zobowiązany jest do zagwarantowania właściwego poziomu jakości świadczonych usług.

Jednak zdefiniowanie terminu jakości usług medycznych nie jest proste, wynika bowiem ze specyfiki tego produktu i jego cech, takich jak: społeczny charakter, nieoczekiwany odbiór usługi, przymus oddzielenia funkcji płatnika i usługobiorcy, niepewność i ryzyko (Garbacz, Guziak, 2011, s. 39).

Połączona Komisja Akredytacyjna Organizacji Opieki Medycznej (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO*) przedstawia je jako stopień, do jakiego usługi opieki nad pacjentem podwyższają prawdopodobieństwo pożądanego efektu uzyskanego u pacjenta i redukują prawdopodobieństwo efektów niepożądanych przy obecnym stanie wiedzy (Snook, Jr., 2004, s. 185).

Tak definiowana jakość usług medycznych wymaga zapewnienia zgodnej z ustalonymi na wysokim poziomie standardami realizacji działań placówki medycznej w kilku podstawowych sferach (Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003, s. 28–31):

- opieki medycznej – obejmuje obszar, w którym pacjent zwraca szczególną uwagę na kontakty z pracownikami medycznymi (lekarz, pielęgniarka, położna);
- informacyjnej – dotyczy zasobów informacji, które są dostarczane pacjentowi (np. instrukcje stosowania leków, zapobieganie chorobie);
- technicznej – stanowi swoiste „opakowanie” usługi. Dotyczy między innymi wyglądu personelu, gabinetu, poczekalni. Istotny jest również poziom

stosowanej technologii w urządzeniach diagnostycznych, gdyż w trakcie leczenia wpływa nie tylko na wymiar rezultatów leczenia, ale stanowi także dowód poziomu jakości usługi medycznej;

- zarządzania oraz sferze ekonomiczno-administracyjnej – sfery te nie są bezpośrednio widoczne dla pacjenta, natomiast pośrednio wpływają na wcześniej scharakteryzowane obszary;
- marketingu – obrazuje spojrzenie na potrzeby odbiorcy-pacjenta, dla którego ta organizacja istnieje.

Podobnie Amerykańskie Towarzystwo Interny (*The American Society of Internal Medicine*) definiuje jakość w opiece medycznej poprzez naukowe podejście do ustalenia diagnozy, terapii i zarządzania, zaprojektowanego tak, by zaspokoić wszystkie potrzeby pacjenta. Usługa powinna być natychmiast dostępna, świadczona efektywnie i odpowiednio udokumentowana (Sultz, Young, 2001).

Ciekawa jest także definicja Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej, która jakość usługi (w tym również medycznej) określa jako ogół właściwości usługi wiążącej się z jej zdolnością do zaspokojenia stwierdzonych usług i oczekiwanych potrzeb klienta. Jednak różnica pomiędzy usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymaną jest zawsze indywidualna i subiektywnie odbierana przez klientów (Rudawska, 2005, s. 13–14).

Podmioty lecznicze, które mają wdrożony system zarządzania jakością zgodny ze standardami akredytacyjnymi, a takie są przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule, poprzez wysoki poziom jakości świadczonych usług, rozumieją działania ograniczające zakres niepożądanych zdarzeń i podwyższające poziom bezpieczeństwa pacjenta.

AKREDYTACJA SZPITALI

Doskonalenie jakości usług medycznych wiąże się z koniecznością poszukiwania i wdrażania nowych efektywnych metod. Jedną z nich jest akredytacja, czyli poświadczenie i potwierdzenie przez instytucję akredytującą, że jednostka akredytowana świadczy usługi na poziomie określonym wymogami standardów akredytacyjnych. Stanowi jedną z zewnętrznych form oceny pracy szpitala. Proces zabiegania szpitala o certyfikat składa się z kilku etapów. Pierwszy polega na wyrażeniu przez szpital chęci przystąpienia do

akredytacji. Na tym etapie musi nastąpić zapoznanie się placówki ze standardami występującymi w procesie akredytacyjnym, co umożliwi oszacowanie możliwości oraz szans szpitala, a także uświadomienie zakresu oceny. Konieczne jest poinformowanie personelu o zamierzeniach szpitala i poznanie jego opinii w tym zakresie. Także zwrócenie uwagi na potrzebę poniesienia zbiorowej odpowiedzialności za szpital. Następnie dokonuje się oceny stanu wyjściowego podmiotu. W tym celu powołuje się zazwyczaj specjalną grupę ds. jakości, której zadaniem jest nie tylko dokonanie wstępnej oceny, ale także przedstawienie przyczyn niespełnienia standardów, w celu podjęcia działań naprawczych.

W większości krajów akredytacja jest prowadzona na podstawie aktów prawnych, ale w Australii, Czechach, Danii, Niemczech, Islandii, Japonii, Malezji, Jordani, Indiach, RPA, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii nie ma odpowiedniej legislacji. W polskim prawie system akredytacyjny został zadeklarowany wraz z nowelizacją ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z listopada 1997 r.

Pierwsze programy akredytacyjne w Europie powstały w Wielkiej Brytanii. W tym okresie, tzn. na początku lat 90. ubiegłego stulecia, przeprowadzono na podstawie własnych programów akredytacyjnych pierwsze wizyty w katalońskich szpitalach. W drugiej połowie lat 90. wizyty akredytacyjne odbywały się w szpitalach na terenie wielu krajów, np.: Finlandii, Szwajcarii, Francji, Holandii, a także Polski. Po 2000 r. dołączyły takie kraje, jak: Portugalia, Niemcy, Bułgaria, Irlandia, Dania, Kirgistan, Bośnia czy Chorwacja. Obecnie programy te związane są z polityką zdrowotną danego kraju i są wynikiem współpracy wielu podmiotów.

Na wzrost zainteresowania akredytacją wpływa zarówno poprawa jakości opieki zdrowotnej, jak i polityka rządu nakierowana np. na preferencyjne finansowanie.

W Polsce standardy akredytacyjne zostały opracowane przez, początkowo, Tymczasową Radę Akredytacyjną, przekształconą następnie w Zespół ds. Akredytacji, oraz opublikowane w czerwcu 2009 r. Zostały wówczas opisane standardy i procedury dla ochrony zdrowia (Ciągłość Opieki, Ocena Stanu Pacjenta, Opieka nad Pacjentem, Kontrola Zakażeń, Zabiegi i Znieczulenia, Farmakoterapia, Laboratorium, Diagnostyka Obrazowa, Odżywianie), ochrony praw pacjenta (Prawa Pacjenta, Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo

Pacjenta) oraz standardy dotyczące zarządzania zakładem opieki zdrowotnej: Zarządzanie Ogólne, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Zarządzanie Informacją, Zarządzanie Środowiskiem Opieki (*Program Akredytacji Szpitali. Zestaw Standardów 2009*).

Standardy akredytacyjne podlegają okresowej i systematycznej modyfikacji, mającej na uwadze dążenie do wypracowania i stosowania optymalnych kryteriów, a więc spełniających relatywnie wysoki poziom wymogów. Zasadnicza część standardów, około 65%, odnosi się do lecznictwa zamkniętego, w tym do lecznictwa psychiatrycznego, pozostała część, tj. 35%, dotyczy POZ (podstawowej opieki zdrowotnej, w tym praktyki lekarza rodzinnego). Większość standardów akredytacyjnych jest nakierowana na bezpieczeństwo pacjentów, prawidłowy przebieg diagnostyki i leczenia. Nieodłącznym elementem systemu akredytacji jest samoocena, niezbędna w dostosowaniu dotychczasowej praktyki do wymogów standardów akredytacyjnych.

Standardy akredytacyjne można przedstawić jako:

- standardy, wymagania, które szpital już na samym początku spełnia,
- standardy, które będą spełnione po poniesieniu odpowiednich nakładów finansowych (np. inwestycje w sprzęt medyczny lub w infrastrukturę informatyczną),
- standardy, których powodzenie zależy od zmiany sposobu postępowania,
- standardy, których jednostka nie spełnia z powodów czysto finansowych i/lub lokalowych, a czasem nawet administracyjnych.

Standardy akredytacyjne identyfikują podstawowe obszary funkcjonowania opieki zdrowotnej oferowanej w lecznictwie zamkniętym. Jest ich 15 grup. Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta jest to pierwszy obszar.

Każda grupa posiada standardy elementarne, które stanowią uszczegółowienie konkretnego obszaru i zawierają zestaw niezbędnych wytycznych akredytacyjnych co do wymagań stawianych szpitalom. Ich liczba różni się w poszczególnych grupach. Odwołują się one do najistotniejszych czynników, które mogą wpłynąć z jednej strony na realizację usług zdrowotnych przez szpital, z drugiej zaś strony na postrzeganie tego typu usług przez pacjenta i zainteresowane podmioty. Grupa standardów poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta obejmuje elementarne standardy, takie jak np.:

- opracowanie programu działań dla poprawy jakości,
- dokonywanie regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalacją,
- regularne prowadzenie oceny opinii pacjentów,
- wykorzystywanie wyników monitorowania jakości do poprawy pracy w szpitalach,
- ograniczenie pojawiania się zdarzeń niepożądanych,
- wdrażanie standardów profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów (Zieliński, 2011, s. 105–112).

Tabela 1.

Ocena jakości i bezpieczeństwa pacjenta z uwzględnieniem standardów akredytacyjnych

Standardy praw pacjenta	Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta					Mocna strona	Obszar do poprawy
	Dowód/Działanie						
	Planujemy	Działamy	Sprawdzamy	Poprawiamy			
Opracowuje program działań dla poprawy jakości							
Dokonuje regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją							
Regularnie prowadzi oceny opinii pacjentów							
Wykorzystuje wyniki monitorowania jakości do poprawy pracy szpitala							
Ogranicza pojawianie się zdarzeń niepożądanych							
Wdraża standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów							

Ocena						
Punktacja w skali oceny „Potencjału”	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
	Brak dowodów lub tylko kilka	Niewielka ilość słabych dowodów w niewielu obszarach	Pewna ilość dowodów w odpowiednich obszarach	Mocne dowody w większości obszarów	Bardzo mocne dowody we wszystkich obszarach	Doskonałe dowody w porównaniu z innymi szpitalami we wszystkich obszarach
P						
D						
C						
A						
			Przyznane punkty		Suma	

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę zarówno założenia metody CAF, służącej do samooceny placówek, jak i standardy akredytacyjne w obszarze jakości i bezpieczeństwa pacjenta, samoocenę szpitala w tym obszarze można przeprowadzić, wykorzystując tabelę 1.

POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA W STANDARDACH AKREDYTACYJNYCH SZPITALI W POLSCE

Wysoki stopień spełnienia standardów prowadzi do wysokiej jakości usług świadczonych przez dany szpital. Znaczenie akredytacji dla szpitala zależy jednak w znacznej mierze od świadomości menedżera i zarządu szpitala. Jeśli jedynym celem jest uzyskanie certyfikatu, akredytacja staje się biurokratycznym obowiązkiem. Pełne korzyści z wprowadzenia akredytacji uzyskają tylko te szpitale, które świadomie zmieniają swoje funkcjonowanie. Do podstawowych korzyści możemy zaliczyć:

- poprawę bezpieczeństwa pacjentów – jeżeli szpital przestrzega wymogów standardów akredytacyjnych, ogranicza, a czasem nawet eliminuje występowanie zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych oraz kreuje kulturę bezpieczeństwa w medycynie;
- przyjęcie najlepszych praktyk w opiece szpitalnej – akredytacja dotyczy zmian behawioralnych, a wyzwania, jakie są z nią związane, obejmują nie tylko technologię, ale także zachowania człowieka. W warunkach izolacji systemów ochrony zdrowia w Europie Wschodniej i Środkowej, i wynikających z niej deficytów dotyczących mechanizmów i rozwiązań w sferze poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki, akredytacja wprowadza możliwość indukowania zmian cywilizacyjnych w opiece szpitalnej, proponując model usług oparty na tzw. dobrej praktyce zawartej w standardach akredytacyjnych;
- funkcjonowanie szpitala jako całości – przyjęcie standardów akredytacyjnych następuje we wszystkich jednostkach szpitala. Przy akredytacji szpitali nie ma możliwości akredytowania poszczególnych oddziałów czy typu usług. Wszechstronna ocena umożliwia identyfikację obszarów do poprawy i formułowanie stosownych rozwiązań;
- nowe modele postaw, zachowań i schematów działania – przyjęcie nowych modeli postaw, zachowań i schematów działania oznacza zmianę lub negację dotychczas obowiązujących reguł, przyzwyczajzeń i tradycyjnych rozwiązań. Akredytacja podejmuje próbę wykreowania nowego modelu lidera oddziału/kliniki i wprowadzenia mechanizmów regulujących szpitalne systemy komunikacji, ciągłości opieki, konsultacji, farmakoterapii oraz liczebność kadry i współpracę między zespołami różnych specjalistów;
- poprawę dokumentacji medycznej – akredytacja zaleca wprowadzenie wewnętrznego, formalnego i merytorycznego nadzoru nad jakością dokumentacji pacjentów w formie cyklicznych przeglądów. Obejmują one zarówno kompletność i logikę opisu hospitalizacji, jak i czytelność papierowej wersji dokumentacji oraz adekwatność i chronologię zapisu w dokumentacji elektronicznej. Standardy akredytacyjne odnoszące się do zarządzania informacją w szpitalu dotyczą także nadzoru nad wypożyczeniem, bezpiecznym przechowywaniem zabezpieczenia dostępu do dokumentacji medycznej;

- zmiany w wielu obszarach funkcjonowania szpitala – dostosowanie funkcjonowania szpitala do wymogów standardów akredytacyjnych polega na wprowadzeniu zmian w takich obszarach, jak: racjonalny i przejrzysty przepływ informacji między wszystkimi grupami profesjonalistów, zwłaszcza tymi, którzy bezpośrednio uczestniczą w opiece nad pacjentem, przekazywanie właściwej informacji pacjentom i minimalizowanie ryzyka związanego z hospitalizacją;
- preferowanie pracy zespołowej – dla poprawy współpracy i komunikacji w szpitalu są powoływane specjalne zespoły zadaniowe, takie jak: Zespół Jakości, Zespół ds. Zakażeń, Zespół Terapeutyczny, Zespół ds. Gospodarki Lekiem, Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn. Istotna jest ich wzajemna komunikacja, wykorzystywanie uzyskiwanych wyników i informacja zwrotna (Kutryba, Kutaj-Wąsikowska, 2012).

PODSUMOWANIE

Akredytacja jest bardzo skuteczną metodą wpływającą na zmianę dotychczasowego sposobu postrzegania i organizacji pracy w szpitalu oraz niewątpliwie prowadzi do doskonalenia jakości usług i bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Co ważniejsze, doskonalenie jakości nie dotyczy jedynie procesów klinicznych, ale również zarządzania. Uzyskanie statusu szpitala akredytowanego jest związane ze zmianą postaw i zachowań, z wprowadzaniem nowych modeli funkcjonowania i pracy zespołowej (Szejniuk, 2013, s. 2011).

Prawidłowo wdrożone systemy jakości oparte na standardach akredytacyjnych porządkują procesy przebiegające w placówce, jednoznacznie określając zakres odpowiedzialności i uprawnienia poszczególnych pracowników. Spełnianie standardów akredytacyjnych pozwala w pełni identyfikować i realizować potrzeby pacjentów, co ma znaczenie w obliczu stale rosnących ich wymagań. System jakości oparty na standardach pomaga unikać kosztów pomyłek, wpływa na poprawę opieki nad pacjentem oraz efektywne i skuteczne świadczenie usług zdrowotnych, a co za tym idzie – na oszczędności w ponoszonych kosztach.

System akredytacji nakierowany na redukcję ryzyka poprzez dostosowanie funkcjonowania szpitala do wymogów standardów akredytacyjnych

poprawia bezpieczeństwo świadczonej opieki, służy harmonizacji poziomu opieki i usług zdrowotnych w Europie (opieka transgraniczna) oraz kształtuje kulturę bezpieczeństwa (istotny element polityki zdrowotnej Komisji Europejskiej i strategii UE) w polskim systemie ochrony zdrowia.

Należy jednak pamiętać, że najwyższą jakością usług medycznych na pewno zawsze zainteresowany jest pacjent, natomiast nie zawsze szpital. W przypadku kontraktowania świadczeń zdrowotnych z NFZ szpital zobowiązuje się do wykonania określonej liczby świadczeń. Jeżeli są one świadczone na najwyższym poziomie, świadczeniobiorcy są nimi zainteresowani, co powoduje wzrost popytu na te świadczenia, jednak NFZ nie chce bądź nie może za nie zapłacić. W takim przypadku może powstać strata finansowa wynikająca z wytworzenia przez szpital usług o określonym koszcie, które nie przynoszą oczekiwanego przychodu. Szpital może nie być zainteresowany wzrostem tego typu świadczeń. Dlatego w ocenie szpitali publicznych konieczne jest dwoiste spojrzenie na działalność tych podmiotów, gdzie liczy się zarówno wynik ekonomiczny, jak i społeczny.

Literatura

- Czerw, A., Religioni, U., Olejniczak, D. (2012). *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(2), s. 269–273.
- Garbacz, K., Guziak, D. (2012). *Znaczenie jakości w usługach medycznych*, Studia i Prace WNEiZ, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński, nr 28. ISSN 2080-4881.
- Godycki-Ćwirko, M., Koziarska-Rościszewska, M., Kowalczyk, A., Kosiek, K. (2011). *Bezpieczna opieka podstawowa*, „Lekarz Rodzinny”, lipiec–sierpień 2011, rok XVI, nr 7–8. ISSN 1426-2088.
- Kutryba, B., Kutaj-Wąsikowska, H. (2012). *Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków, „Medycyna Praktyczna”, nr 10. ISSN 0867-499x.
- Miller, M., Supranowicz, P., Gębska-Kuczerowska, A., Car, J. (2008). *Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali*, „Przegląd Epidemiologiczny”. ISSN 0033-2100.
- Opolski, K., Dykowska, G., Możdżonek, M. (2004). *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, wyd. 1, Warszawa. ISBN 978-83-7556-142-5.

- Program Akredytacji Szpitali. Zestaw Standardów* (2009). Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Rudawska, I. (2005). *Jakość relacji pacjent–profesjonalista w sektorze usług medycznych*, „Problemy Jakości”, nr 3. ISSN 0137-8651.
- Snook, J.D., Jr. (2004). *Hospitals What They Are and How They Work*, Jones and Bartlett Publisher, Massachusetts, Boston, London.
- Sultz, H.A., Young, K.M. (2001). *Health Care USA Understanding Its Organization and Delivery*, Aspen Publisher, Gaithersburg Maryland.
- Szejniuk, A. (2013). *Rola audytu wewnętrznego w zarządzaniu bezpieczeństwem*, Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie, „Journal of Modern Science” nr 1/16. ISSN 1734-2031.
- Zieliński, G. (2011). *Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej jako uwarunkowanie sukcesu usług medycznych*. W: J. Rybicki, W. Machel (red.), *Źródła sukcesu organizacji*. Prace i materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, nr 4/2, Sopot.

