



### Grzegorz Głód

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Ekonomii  
Katedra Przedsiębiorczości i Zarządzania Innowacyjnego  
grzegorz.glod@ue.katowice.pl

### Wojciech Głód

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
Wydział Ekonomii  
Katedra Przedsiębiorczości i Zarządzania Innowacyjnego  
wojciech.glod@ue.katowice.pl

## W KIERUNKU INTEGRACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I RYZYKIEM W PUBLICZNYCH JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA

**Streszczenie:** W artykule zaprezentowano przegląd systemów zarządzania jakością i ryzykiem możliwych do zastosowania w publicznych jednostkach ochrony zdrowia. Obligatoryjność stosowania standardów kontroli zarządczej oraz chęć podnoszenia jakości świadczonych usług powodują, że często mamy do czynienia z wielością rozwiązań, które niejednokrotnie przy braku ich integracji powielają wymagania w stosunku do kadry zarządzającej i pracowników. Integracja wydaje się konieczna do podniesienia efektywności systemów zarządzania jakością i ryzykiem, a wskazanie obszarów podlegających temu procesowi stanowi właściwy wstęp do działań w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** jednostki ochrony zdrowia, zarządzanie jakością, kontrola zarządcza.

**JEL Classification:** D81, I18, I19, O39.

### Wprowadzenie

Świadczenie usług medycznych ze względu na swoją specyfikę powinno zostać objęte odpowiednimi narzędziami wspierającymi jakość i ograniczającymi ryzyko. Poza regulacjami prawnymi, które muszą spełnić podmioty świadczące takie usługi, pojawiają się systemowe rozwiązania, które wdraża coraz więcej podmiotów leczniczych. W zakresie zarządzania jakością należy wskazać możliwość wdrożenia systemów zarządzania jakością według normy ISO i standardów akredytacyjnych, których poprawność stosowania weryfikuje Centrum Monitorowania Jakości (CMJ). W tym kontekście warto przeprowadzić analizę

pozwalającą odpowiedzieć na pytanie, czy akredytacja CMJ i system zarządzania jakością wg normy ISO 9001 to dwa różne systemy, które określają poziom jakości w podmiocie medycznym. Przedstawiony cel w postaci przeprowadzenia takiej analizy porównawczej jest istotny, gdyż coraz częściej dochodzi do sytuacji, kiedy podmiot leczniczy posiadający status szpitala akredytowanego podejmuje decyzję o wdrożeniu normy ISO 9001 i na odwrót. Pomiędzy normą ISO i akredytacją CMJ nie powinna występować chęć konkutowania, a nawet powinny wspólnie zmierzać w jednym kierunku. Wdrożenie obu systemów przyczynia się do powstania większych korzyści niż podczas stosowania wybranego systemu [Lisiecka-Biełanowska, Lisiecka, 2008, s. 224-225]. Dodatkowo w przypadku publicznych podmiotów leczniczych zakres postulowanej analizy porównawczej należy rozszerzyć o kontekst zarządzania ryzykiem, ponieważ podmioty te mają obowiązek stosowania standardów kontroli zarządczej obejmujących również obszar zarządzania ryzykiem.

## **1. Charakterystyka metod oceny zarządzania jakością w publicznych jednostkach ochrony zdrowia**

Funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia w coraz większym stopniu zdeterminowane jest postępowaniem technologicznym, a także wzrostem oczekiwań pacjentów. W związku z tym zarządzający podmiotami leczniczymi szukają nowych efektywnych metod, narzędzi zarządzania w celu podniesienia jakości świadczonych usług, jak również polepszenia funkcjonowania całej organizacji. Przekonanie, iż na poprawę jakości świadczonych usług wpływa przede wszystkim posiadanie nowoczesnej aparatury medycznej oraz drogiej infrastruktury, zanika na rzecz zarządzania przez jakość [Szatela, 2012, s. 211].

Stojąc przed obliczem wymagań, które stawiają z jednej strony organy nadzorujące i kontrolujące działalność, a z drugiej pacjenci, placówki decydują się na wdrożenie systemów zarządzania jakością.

Najczęściej stosowanymi systemami zarządzania jakością, które powinny zagwarantować wysoką jakość usług medycznych, są program akredytacji oraz normy ISO [Szatela, 2011, s. 211].

Akredytacja jest uporządkowanym procesem zewnętrznej oceny placówki medycznej prowadzonym na podstawie powszechnie dostępnych standardów dla potwierdzenia kompetencji danej jednostki ochrony zdrowia w zakresie precyzyjnie określonych zadań. Centrum Monitorowania Jakości definiuje akredytację jako zewnętrzny proces oceny instytucji zdrowotnej, która w sposób dobrowolny poddaje się ocenie określającej stopień spełnienia wymagań zgodnie ze standar-

dami akredytacyjnymi. Ocena dokonywana jest przez placówkę akredytacyjną, która wydaje odpowiednie świadectwo w momencie przyznania akredytacji. Ocena ta dotyczy placówki jako całości i dlatego przegląd obejmuje działalność kliniczną, administrację oraz dział zarządzania [Waśniewski, Jendza, 2013, s. 203]. Program akredytacji opracował i prowadzi Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jednostka ta została powołana w 1994 r. przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Podstawowym zadaniem CMJ jest poprawa jakości w jednostkach opieki zdrowotnej. Natomiast zadaniem szczegółowym jest przede wszystkim ocena działań wewnętrznych mechanizmów osiągania wysokiej jakości w placówkach medycznych oraz wprowadzanie projektów poprawy jakości [Kulikowski, Wójcik, 2003, s. 25].

Zgodnie z Ustawą celem akredytacji jest potwierdzenie spełnienia przez jednostkę ochrony zdrowia odpowiednich standardów dotyczących świadczonych usług oraz funkcjonowania podmiotu [Kulikowski, B. Wójcik, 2003, s. 26].

Akredytacja to cenione na całym świecie narzędzie służące do polepszenia jakości oferowanych usług medycznych. System akredytacyjny powinien mieć zawsze charakter dobrowolny oraz w ogóle nie powinien być zarządzany przez państwo, które może jedynie zachęcać do zwiększenia jakości świadczonych usług i otrzymania akredytacji. W Polsce obligatoryjność akredytacji mogłaby doprowadzić do likwidacji dużej liczby placówek medycznych z powodu niespełnienia standardów [Opolski, Dykowska, Moźdzzonek, 2003, s. 73].

Do najważniejszych celów przypisywanych akredytacji należy zaliczyć:

- poprawę jakości udzielanych świadczeń medycznych,
- identyfikowanie placówek oferujących świadczenia na wyższym poziomie jakości,
- usprawnienie dotyczące pozyskania optymalnego kontraktu na usługi medyczne,
- motywowanie personelu do współpracy na rzecz poprawy jakości,
- samoedukację,
- obiektywizację samooceny [Opolski, Dykowska, Moźdzzonek, 2003, s. 73-74].

Z kolei podstawowymi założeniami systemu akredytacyjnego są:

- nieobligatoryjne uczestnictwo – placówka sama decyduje o chęci zdobycia statusu jednostki akredytowanej,
- oparcie o standardy – spełnianie przed placówką standardów zawartych w procedurze akredytacyjnej,
- wymiar edukacyjny – wymiana doświadczeń pomiędzy placówkami posiadającymi akredytację,

- autonomiczność – wszystkie zakłady opieki zdrowotnej ubiegające się o status akredytacji podlegają niezależnej ocenie, która wynika ze stopnia spełnienia standardów,
- postępowanie zgodnie z procedurą – kontrola spełniania procedur według przyjętego wzorca,
- jawność i równość zasad oceniania i podejmowania decyzji – dla wszystkich podmiotów ustalone są jednakowe reguły oceniania [Piotrowski, Nizankowski, 2001, s. 30-34].

Wyżej wymienione założenia zapewniają wiele korzyści jednostce ochrony zdrowia, która spełnia wymogi akredytacyjne. Do tych podstawowych należy zaliczyć: weryfikację oraz modyfikację dotychczasowych procedur, autoanalizę i ocenę, budowanie wewnętrznej spójności, stworzenie platformy w celu dalszego doskonalenia i rozwoju [Kutryba, Kutaj-Wąsikowska, 2001, s. 20].

Drugim systemem zarządzania jakością funkcjonującym w podmiotach ochrony zdrowia są przyznawane normy ISO. Normy te określane są przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną. Jest ona organizacją pozarządową, która została utworzona w 1947 r. Instytucja ta publikuje serię norm ISO oraz promuje i tworzy międzynarodowe standardy dotyczące działalności naukowej, ekonomicznej oraz technicznej. Odpowiedzialna jest za sformułowanie wytycznych odnoszących się do systemu zapewnienia jakości oraz sprawnego systemu zarządzania projakościowego w podmiotach [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003, s. 82].

Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna wydała serię norm ISO 9000 w 1987 r. Wtedy została sprecyzowana terminologia dotycząca zarządzania jakością oraz określono różnorodne modele systemów zapewnienia jakości wraz z warunkami, które powinny być wykonane.

Norma ISO to narzędzie, które wykorzystywane jest w celu ulepszenia konkretnego obszaru lub części organizacji. Seria norm ISO 9000 dotyczy sposobu zarządzania, nie odnosi się do wyrobów. Normy te wchodzą w skład elementów strategicznego podejścia do koncepcji systematycznego doskonalenia jakości, a także są pomocne w budowaniu systemu jakości przez organizację [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003, s. 82].

Norma ISO 9001:2008 opisana jest w ośmiu rozdziałach. W trzech pierwszych znajduje się opis merytoryczny, który zawiera zakres normy oraz terminologię. Pozostałe rozdziały określają wymagania, które są konieczne w celu otrzymania certyfikatu potwierdzającego zgodność systemu zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008. Dostosowanie się do wymagań zapisanych w ostatnich pięciu rozdziałach pomaga w wytyczeniu kierunku oraz strategii

działań przedsiębiorstwa w obszarze jakości, zapewnienie potrzebnych zasobów, kontrolowanie i analizowanie działań, a w rezultacie podejmowanie decyzji przyczyniających się do ulepszenia systemu [Szatela, 2011, s. 219].

Zasadniczym celem dla organizacji, w tym placówek medycznych, które wdrażają system zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008, są przede wszystkim liczne korzyści wynikające z prawidłowego opracowania i wdrożenia tego systemu. Korzyści te dotyczą nie tylko podmiotu leczniczego, ale także wpływają na pacjenta. Do najważniejszych korzyści zalicza się:

- zwiększenie konkurencyjności podmiotu na rynku świadczeń zdrowotnych,
- zminimalizowanie liczby powstałych błędów, co wpływa na spadek liczby spraw sądowych,
- zmniejszenie kosztów ogólnych funkcjonowania zakładu poprzez optymalizację elementów zarządzania, czyli usystematyzowanie podległości, obowiązków oraz kompetencji zatrudnionych, procesów świadczenia usług i metod pracy,
- ciągłą poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- większe zaufanie ze strony pacjentów wobec jednostki ochrony zdrowia,
- ograniczenie strat powstających na skutek niskiej jakości,
- wzrost zaufania ze strony pracowników wobec własnej jednostki ochrony zdrowia, a także wpływ na polepszenie atmosfery w pracy, co skutkuje wzrostem aktywności personelu,
- większą przychylność ze strony instytucji finansujących, co usprawnia uzyskanie pożyczki,
- gwarancję usług zdrowotnych świadczonych na odpowiednim poziomie [Szatela, 2011, s. 211].

Spełnienie wymagań określonych w normie ISO 9001 jest potwierdzone certyfikatem, który wydaje upoważniona i kompetentna jednostka certyfikująca.

Placówka może uzyskać szereg norm ISO, poświadczając tym samym spełnienie określonych wymagań zarządzania jakością. Do najpopularniejszych można zaliczyć:

- seria norm ISO 14000 – system związany z zarządzaniem środowiskiem,
- norma ISO 18001 – system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, norma ułatwia organizacji sformułowanie celów i polityki związanej z systemem zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, biorąc pod uwagę wymagania określone w przepisach prawnych. Norma składa się z wytycznych dotyczących polepszenia warunków pracy i niwelowania zagrożeń występujących w miejscu pracy,
- norma ISO 22000 – system zarządzania bezpieczeństwem żywności,

- norma ISO 27001 – system zarządzania bezpieczeństwem informacji (SZBI), wdrożenie tej normy gwarantuje zbudowanie SZBI, który odpowiada modelowi biznesowemu organizacji [Czerw, Religioni, 2012, s. 207-208].

Osoby zarządzające podmiotami leczniczymi coraz częściej podejmują decyzje o wdrożeniu zintegrowanych systemów jakości takich jak akredytacja czy ISO. Niezbędne w tym zakresie jest podjęcie następujących działań: ciągle doskonalenie jakości, diagnoza oczekiwań pacjentów oraz przede wszystkim organizowanie pracy zespołowej [Opolski, Dykowska, Możdżonek, 2003, s. 115].

## **2. Założenia standardów kontroli zarządczej**

Jednostki ochrony zdrowia działające w formie publicznego podmiotu leczniczego prowadzą działalność zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, która zastąpiła wcześniejszy akt z dnia 30 czerwca 2005 r. Nowa ustawa wprowadziła pojęcie kontroli zarządczej opisującej zbiór działań, które powinny być realizowane dla zapewnienia osiągnięcia celów i zadań organizacji w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

Koncepcja kontroli zarządczej opiera się na analizie ryzyka wystąpienia zjawisk, które mogą zakłócić realizację celów organizacji w określonym obszarze działalności. Jako osobę odpowiedzialną za realizację kontroli zarządczej ustalono kierownika podmiotu sektora finansów publicznych. Przyznano jej zatem najwyższy status na najwyższym szczeblu zarządzania.

Opracowano i przyjęto standardy kontroli zarządczej, które obejmują pięć obszarów:

- środowisko wewnętrzne, które stanowi podstawę dla innych obszarów kontroli, ponieważ obejmuje całościowo system zarządzania jednostką i jej organizację; ważne są tutaj takie wartości jak: uczciwość i etyka, kompetencje kierownictwa i pracowników, podział zadań, uprawnień i odpowiedzialności, identyfikację tzw. zadań wrażliwych oraz sposób powierzania uprawnień na stanowiskach pracowniczych,
- zarządzanie ryzykiem, będące narzędziem służącym maksymalizacji prawdopodobieństwa osiągnięcia celów jednostki; w zarządzaniu ryzykiem ważne są takie elementy, jak identyfikacja i analiza ryzyka oraz zgodne z apetytem kierownictwa na ryzyko warianty reakcji w przypadku jego wystąpienia,
- mechanizmy kontroli, czyli działania podejmowane w realizacji kontroli zarządczej, przede wszystkim poprzez bieżącą kontrolę funkcjonalną, tj. rejestrowanie i zatwierdzanie operacji gospodarczych, podział obowiązków, in-

wentaryzację, zachowanie podległości służbowej, ochronę zasobów informacyjnych i oprogramowania systemowego, kontrolę tworzenia i zmian aplikacji oraz kontrolę dostępu do poszczególnych aplikacji,

- informację i komunikację, będącą obszarem, który w jednostkach sektora finansów publicznych jest zaniedbanym elementem zarządzania; kadra menedżerska tych jednostek nie ma świadomości szkodliwości złej informacji i braku odpowiedniej komunikacji, jak również nie dostrzega potencjalnych korzyści z usprawniania komunikacji,
- monitorowanie i ocenę systemu kontroli zarządczej opartą na samoocenie, kontroli instytucjonalnej i audycie wewnętrznym.

Konieczność wdrożenia kontroli zarządczej jako systemu funkcjonującego w danej jednostce sektora finansów publicznych rodzi po stronie jej kierownika wiele obowiązków, wśród których można wymienić:

- opracowanie procedur kontroli zarządczej, zawierających takie najistotniejsze elementy jak system wyznaczania celów jednostki i procedury identyfikacji ryzyk istniejących w odniesieniu do wyznaczonych celów i zadań,
- opracowanie procedur samooceny,
- zintegrowanie istniejących już procedur z tworzonym systemem kontroli zarządczej, w szczególności przy wykorzystaniu istniejących i funkcjonujących dotychczas mechanizmów, np. kontroli wewnętrznej.

System kontroli zarządczej to zatem zintegrowanie istniejących (bądź tworzonych) procedur kontroli w jedną całość i uzupełnienie ich o cele kontroli i procedury identyfikowania ryzyka (czynników mogących mieć negatywny wpływ na możliwości realizacji celów). Zgodnie z art. 68. pkt 2 Ustawy o finansach publicznych celem kontroli zarządczej jest w szczególności zapewnienie:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem.

Dodatkowo Komunikat Ministra Finansów Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych zaleca w odniesieniu do samokontroli (będącej jednym z elementów kontroli zarządczej), aby była ona przeprowadzona raz w roku. Formę jego sporządzenia narzuca natomiast Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.

### 3. Analiza porównawcza

W prezentowanej analizie porównawczej punkt wyjścia stanowiły wybrane standardy kontroli zarządczej ze względu na obligatoryjność ich stosowania w publicznych podmiotach leczniczych. Następnie na podstawie wymagań stawianych w procesie akredytacji i certyfikacji wskazano obszary mogące podlegać integracji. Analiza porównawcza została zaprezentowana w tabeli 1.

**Tabela 1.** Porównanie wybranych standardów kontroli zarządczej, wymagań akredytacyjnych i certyfikacyjnych.

Standard kontroli zarządczej	Akredytacja	Certyfikacja
1	2	3
<b>Kompetencje zawodowe</b> - wiedza, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania, - zatrudnianie w sposób zapewniający wybór najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy, - zapewnienie rozwoju kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających.	ZZ 1. W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia. ZZ 1.1. Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami. ZZ 5. W szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.	6.2.2. Kompetencje, świadomość i szkolenie Wszystkie stanowiska pracy obsadzone są pracownikami z odpowiednimi kwalifikacjami. Prowadzone jest określenie potrzeb w zakresie szkolenia oraz sposobu szkolenia dla uzyskania niezbędnych umiejętności, odpowiednich do zakresu powierzonych zadań.
<b>Struktura organizacyjna</b> - dostosowanie struktury organizacyjnej jednostki do aktualnych celów i zadań, - określenie w formie pisemnej (w sposób przejrzysty i spójny) zakresu zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakresu podległości pracowników, - aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności określony dla każdego pracownika.	ZO 2. W szpitalu określono szczegółowy zakres odpowiedzialności pracowników niezbędnych dla sprawnego i skutecznego zarządzania organizacją. ZO 3. Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie. ZO 4. Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.	5.5.1. Odpowiedzialność i uprawnienia. Najwyższe kierownictwo powinno zapewnić, aby odpowiedzialność i uprawnienia były określone i zakomunikowane w organizacji.
<b>Monitorowanie i ocena realizacji celów i zadań</b> - zapewnienie w jednostce nadrzędnej lub nadzorującej odpowiedniego systemu monitorowania realizacji celów i zadań przez jednostki podległe lub nadzorowane, - przeprowadzenie oceny realizacji celów i zadań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności,	ZO 7. Plan strategiczny jest cyklicznie aktualizowany. PJ 3 W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów. ZZ 6.2. Kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu.	8. Monitorowanie i pomiar 8.1. Monitorowanie i pomiar zadowolenia klienta 8.2.3. Monitorowanie i pomiar procesów Ocena efektywności i realizacji procesów dokonywana jest przez wyniki auditów wewnętrznych. Dodatkowo każdy proces jest monitorowany i mierzony przez jego głównego wykonawcę, przez odniesienie jego efektów do



cd. tabeli 1

1	2	3
- wskazanie jednostki, komórki organizacyjnej lub osoby odpowiedzialnej bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasobów przeznaczonych do ich realizacji.		mierzalnych kryteriów poprawności wykonania danego procesu, zdefiniowanych w „Kartach konfiguracji procesu”.
<b>Ochrona zasobów</b> - dostęp do zasobów jednostki wyłącznie poprzez osoby upoważnione, - powierzenie odpowiedzialności za zapewnienie ochrony i właściwe wykorzystanie zasobów jednostki osobom zarządzającym i pracownikom.	ŚO 1 W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji. ŚO 9 Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego ŚO 11 W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.	6.3. Infrastruktura Organizacja powinna określić, zapewnić i utrzymać infrastrukturę potrzebną do osiągnięcia zgodności z wymaganiami jeśli ma to zastosowanie, Certyfikat <u>ISO 14001</u> Systemu Zarządzania Środowiskowego, - Certyfikat <u>PN-N 18001</u> Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy.
<b>Identyfikacja, analiza i reakcja na ryzyko</b> - dokonanie identyfikacji ryzyka nie rzadziej niż raz w roku, a w przypadku istotnej zmiany warunków, w których funkcjonowała jednostka – dokonanie ponownej identyfikacji ryzyka, - analiza zidentyfikowanych ryzyk w celu określenia prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków, - określenie akceptowanego poziomu ryzyka, - określenie rodzaju reakcji na każde istotne ryzyko (tj. tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się lub działanie), - określenie działań, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.	PJ 5.1. W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych. PJ 5.2. W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów. PJ 5.3. W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych. CO 8. – Analiza przyczyn odmów hospitalizacji OP 5. – Analiza częstości i skuteczność podjętych czynności reanimacyjnych KZ 2. – Program monitorowania zakażeń ZA 12.1. – Przebieg i skutki wykonanych znieczuleń ZA 12.2. – Skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji ZA 12.3. – Analiza odległych skutków wykonanych zabiegów	8.3. Nadzór nad wyrobem niezgodnym Wyrób, który został uznany za niezgodny z wymaganiami izolowany jest od wyrobów pełnowartościowych i podlega rozdysponowaniu zgodnie z podjętymi decyzjami. 8.3. Należy utrzymywać zapisy dotyczące charakteru niezgodności i wszelkich później podejmowanych działań 4.1. Wymagania ogólne. Organizacja powinna zidentyfikować procesy potrzebne w SZJ i ich zastosowanie w organizacji. Obowiązuje obligatoryjny obowiązek określenia metod monitorowania pomiarów, tam gdzie ma to zastosowanie i analizy procesów oraz zapewnienia dostępności zasobów i ciągłego doskonalenia.
<b>Bieżąca informacja, komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna</b> - zapewnienie w odpowiedniej formie i czasie właściwych oraz rzetelnych informacji potrzebnych do realizacji zadań, - zapewnienie efektywnych mechanizmów przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej jednostki oraz w obrębie działu administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego,	ZO 11 Zarządzenia, plany i procedury są: przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny, autoryzowane – datowane i podpisane, aktualizowane. ZI 1 W szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji.	4.2.3. – Nadzór nad dokumentami. Dokumenty wymagane w SZJ powinny być nadzorowane. Certyfikat <u>ISO 27001</u> Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

cd. tabeli 1

1	2	3
- zapewnienie efektywnego systemu wymiany ważnych informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiągnięcie celów i realizację zadań.		
<b>Monitorowanie systemu</b> - źródło uzyskania zapewnienia o stanie kontroli zarządczej przez kierownika jednostki stanowią wyniki: monitorowania, samooceny oraz przeprowadzonych audytów i kontroli, - coroczne potwierdzenie uzyskania powyższego zapewnienia w formie oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok.	PJ 1 W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości. PJ 1.1 Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku. PJ 2 W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją. PJ 4 Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala.	5.6. Przegląd zarządzania Najwyższe kierownictwo powinno przeprowadzać przegląd SZJ w zaplanowanych odstępach czasu, w celu zapewnienia jego stałej przydatności, adekwatności i skuteczności.

Źródło: Komunikat Ministra Finansów Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali; PN-EN ISO 9001:2009.

Dokonana analiza porównawcza wybranych standardów kontroli zarządczej, wymagań akredytacyjnych i certyfikacyjnych wskazuje na znaczne podobieństwo wymagań, co może stanowić istotną przesłankę dla integracji stosowanych rozwiązań w tym zakresie. Można również wskazać obszary (np. zarządzanie ryzykiem, ochrona zasobów, komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna), dla których standardy kontroli zarządczej wyznaczają swoiste ramy ogólne dla działań operacyjnych znajdujących odzwierciedlenie w normie ISO oraz w standardach akredytacyjnych (z uwzględnieniem już stricte specyfiki jednostki ochrony zdrowia). Tym sposobem wdrożenie systemu zarządzania jakością według normy ISO oraz spełnienia standardów akredytacyjnych przyczynia się bezpośrednio do praktycznej realizacji standardów kontroli zarządczej.

## Podsumowanie

Zaprezentowana analiza porównawcza systemów zarządzania jakością i ryzykiem stosowanych w publicznych jednostkach ochrony zdrowia pozwala wskazać na kierunki możliwej integracji tychże systemów. Podstawową korzyścią tego procesu będzie wykluczenie dublujących się procedur realizujących zbieżne wymagania z różnych systemów często w podobny sposób. Przyjmując jako obligatoryjny system kontroli zarządczej, warto zidentyfikować standardy, których wypełnienie jest również możliwe w systemach zarządzania jakością.

Z kolei w przypadku systemów zarządzania jakością przyjęta strategia integracji systemów zależy od zaawansowania ich wdrożenia. Początkowo rozwijanie różnych systemów zarządzania często następowało w izolacji od siebie i potrzeba w tym momencie tylko integracji w niektórych obszarach. Można również wprowadzać nowy system zarządzania na bazie doświadczeń z innym systemem, np. posiadając wdrożony system zarządzania jakością według normy ISO, zidentyfikować obszary wspólne ze standardami akredytacyjnymi. Z pewnością zastosowanie takiego podejścia pozwoli na równoległe i efektywniejsze funkcjonowanie systemów zarządzania jakością i ryzykiem w publicznych podmiotach leczniczych.

## Literatura

- Czerw A., Religioni U. (2012), *Systemy oceny jakości w ochronie zdrowia*, „Problemy Zarządzania”, nr 2.
- Komunikat Ministra Finansów Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.
- Kulikowski J., Wójcik B. (2003), *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 6.
- Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H. (2001), *Akredytacja w pigułce*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 3.
- Lisiecka-Bielanowicz M., Lisiecka K. (2008), *Certyfikować czy akredytować systemy zarządzania jakością usług zdrowotnych?* [w:] R. Lewandowski (red.), *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali.
- Opolski K., Dykowska G., Moźdzzonek M. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.
- Piotrowski M., Niżankowski R. (2001), *Akredytacja a prawa pacjenta*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. III, nr 2.
- PN-EN ISO 9001:2008.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 roku w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.
- Szetela A. (2012), *Zewnętrzne metody oceny jakości w ochronie zdrowia – akredytacja i system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2008*, „Problemy Zarządzania”, nr 2.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Waśniewski J., Jendza D. (2013), *System akredytacji w ochronie zdrowia* [w:] J. Waśniewski, J. Strumiłło (red.) *Wybrane koncepcje zarządzania w podmiotach leczniczych*, TNOiK, Toruń.

#### **TOWARDS INTEGRATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS AND RISK PUBLIC HEALTH UNITS**

**Summary:** The article presents an overview of quality management systems and the risk potential for use in public health units. Mandatory use of standards, management control and the desire to improve service quality, make it often that we have to deal with a multitude of solutions and in the absence of their integration duplicate the requirements for management and employees. Integration seems to be necessary to improve the effectiveness of quality management systems and risk management, and identification of areas subject to this process is an appropriate introduction to activities in this field.

**Keywords:** health units, quality management, management control.