



# ZARZĄDZANIE W PIELEŃNIARSTWIE



## Zarządzanie przez jakość w podmiotach leczniczych

# Zapewnienie jakości

- Pojęcie zapewnienia jakości pojawiło się w połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych wraz z wdrożeniem programów przemysłowych w sektorach: lotniczym, nuklearnym, kosmicznym i wojskowym.
- Za cel postawiono sobie zorganizowanie metodycznego i systematycznego zapobiegania przyczynom braku jakości poprzez zastosowanie rygorystycznych procedur na wszystkich etapach działalności przedsiębiorstwa.

# Rozpowszechnienie zjawiska jakości

- Światowy charakter zmian w rozumieniu jakości.
  - Odwrócenie relacji między podażą a popytem.
    - Przyspieszenie wydarzeń technologicznych.
      - Rewolucja informatyczna.
  - Zmiana stosunków życiowych – każdy chce lepiej żyć.
    - Kompleksowość zarządzania.
- Konieczność poszukiwania bezpieczeństwa dla osób i dóbr poprzez ochronę środowiska.

# Rozwój Total Quality Management (Zarządzanie przez jakość)

- II wojna światowa – podwyższanie funkcjonalności i precyzja wykonania japońskich wyrobów. Lata 50-te **E.Deming** i **J.Juran**.

**TQM – wszechstronna filozofia postępowania mająca na celu poprawę konkurencyjności:**

- Planowanie,
- Organizowanie,
- Zrozumienie każdego działania – operacji,
- Zaangażowanie każdego pracownika.

**Wprowadzenie TQM wymaga:**

- Zaangażowania i wsparcia najwyższego kierownictwa,
- Intensywnego szkolenia i uczestnictwa wszystkich zatrudnionych.

# Główne zasady postępowania przy TQM

- Zaangażowanie w stałą poprawę,
- Filozofia „dobrze za pierwszym razem”,
- Szkolenia personelu w celu zrozumienia stosunków klient – dostawca,
- Zarządzanie systemami poprawy,
- Nowoczesny nadzór i edukacja w zakresie diagnozowania firmy,
- Zarządzanie procesami poprzez pracę zespołową,
- Eliminacja strachu i barier przed „nieznanym”,
- Systematyczne podejście do wprowadzania TQM.

# Zasada 1 – 10 - 100

- 1** – Symbolicznie jedną jednostkę wydatkuje się na korygowanie i usuwanie usterek w miejscu ich powstania
- 10** – dziesięć razy więcej kosztuje rozwiązanie problemów braku wewnątrz przedsiębiorstwa przez kontrolę wykonywaną przez wyznaczone komórki kontroli jakości.
- 100** – koszt napraw szkód powstałych w efekcie użytkowania wyrobu/usługi przez klienta.

# Jakość w usługach medycznych

**Jakość usług medycznych może być oceniana z perspektywy:**

- ◆ **Personelu,**
- ◆ **Pacjentów/ osób towarzyszących,**
- ◆ **Instytucji finansujących.**

# Jakość w usługach medycznych

**Dla personelu – samodzielna kontrola świadczonych usług**

*„Postęp w medycynie jest istotnie ogromny. W wielu przypadkach, w których jeszcze 25 lat temu medycyna była zupełnie bezradna, dziś już wiele możemy ..... zaszkodzić.”*

**J. Kurkowski, Medycyna – problemy i interesy, Wyd. Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice 1998,  
str. 41**



# Jakość w usługach medycznych

**Dla pacjenta – najważniejszy jest wymiar osiągniętych rezultatów – powrót do zdrowia lub jego poprawa po opuszczeniu zakładu, a dopiero później ocenia tzw. twarde elementy usługi.**



## Cechy jakościowe oceniane przez pacjentów

- ◆ **Wyposażenie i urządzenia, ilość pracowników, ilość zużytych materiałów,**
- ◆ **Czas oczekiwania, czas wykonania usługi, czas trwania procesu świadczenia usługi,**
- ◆ **Higiena i bezpieczeństwo,**
- ◆ **Kwalifikacje personelu,**
- ◆ **Dostępność i komfort: estetyka otoczenia usługowego, uprzejmość, wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom pacjentów,**
- ◆ **Informacje przekazywane na poszczególnych etapach świadczenia usługi pacjentom/ osobom towarzyszącym,**
- ◆ **Wyżywienie.**



# Jakość w usługach medycznych

**Dla instytucji finansujących – zagwarantowanie, aby pacjenci mieli zapewnione usługi medyczne zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.**

# Jakość w usługach medycznych

**Uwarunkowania wzrostu znaczenia jakości w działalności podmiotów leczniczych:**

- ◆ **postęp technologiczny,**
- ◆ **złożoność procesów (potrzeba standaryzacji),**
- ◆ **wzrost kosztów udzielania świadczeń medycznych,**
- ◆ **wzrost świadomości pacjentów.**

# Zewnętrzne systemy oceny opieki zdrowotnej w Polsce

- stworzone z myślą o ochronie zdrowia:
  - akredytacja
  - program zapewnienia jakości
  
- przystosowane do specyfiki ochrony zdrowia:
  - certyfikacja wg norm ISO
  - nagrody jakości EFQM

# Porównanie akredytacji i certyfikacji ISO

	<b>AKREDYTACJA</b>	<b>ISO</b>
Zakres obowiązywania	Polska	Norma ma charakter międzynarodowy
Jednostka akredytacyjna/certyfikacyjna	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	Ponad 40 firm na rynku polskim
Okres ważności certyfikatu	3 lata	3 lata
Zakres wdrożenia	Cała placówka	Część lub całość
Standardy	Zarządzanie + standardy medyczne	Zarządzanie
Grupa sprawdzająca	Wizytatorzy	Auditorzy
Kontrola	Może być (nie musi)	Obowiązkowo raz w roku
Obszar zastosowania w służbie zdrowia	Lecznictwo zamknięte ( POZ, ambulatoria)	Każda placówka bez względu na typ, ilość osób zatrudnionych
Osoba odpowiedzialna za jakość	Kierownik /dyr. ds. jakości	Pełnomocnik ds. Zapewnienia jakości Auditorzy wewnętrzni

# ISO

## International Organization for Standardization (1946 r)

*isos – równy, równać, dorównywać  
„równać” do „standardu”*

### **Historia:**

**1959 r. – pierwsze normy wprowadzone przez Departament Obrony w USA**

**1963 r. – podstawa budowy programu jakości dla wszystkich dostawców armii amerykańskiej**

**1970 r. – pierwsze normy państwowe brytyjskie i kanadyjskie  
wymóg rządu brytyjskiego podczas budowy tunelu pod kanałem La Manche (BS 5750)**

**1985 r. – uporządkowanie norm w skali międzynarodowej  
powołanie Komitetu Technicznego ISO/TC 176**

# ISO International Organization for Standardization (1946 r)

Tabela  
Liczba krajowych instytucji normalizacyjnych

OKRES	12/2004	12/2005	12/2006	12/2007	12/2008
LICZBA INST. CZŁONKOWSKICH	154	161	170	175	176

Źródło: The ISO Survey of Certifications – 2008



# ISO

## International Organization for Standardization

- 1986 r. – powstaje norma ISO 8402 – definicje i terminy**  
**kraje EWG i EFTA przyjmują normy europejskie EN 9000**
- 1989 r. – opublikowana seria norm EN 45000 określająca zasady działania jednostek certyfikujących i laboratoriów badawczych**
- 1990 – 1992 – normy serii ISO 10011 zawierające wytyczne przeprowadzenia auditu**
- 1993 r. – ustanowione Polskie Normy będące odpowiednikiem norm EN serii 2900 i EN serii 45000**
- Lata kolejne przedruki norm międzynarodowych – PN – ISO 9001, 9002, 9003**  
**PN – ISO 8402,**
- Według założeń normy ISO powinny być aktualizowane w przybliżeniu co 6 lat.**  
**aktualizacja 1994, aktualizacja 2000**

## Proces nowelizacji norm

- **1987 r** – pierwsze wydanie normy
- **1994 r.** – pierwsza „mała” nowelizacja
- **2000 r.** – druga „duża” nowelizacja (polskie wydanie PN-EN ISO 9001:2001)
- **2008 r.** – trzecia „mała” nowelizacja (polskie wydanie PN-EN ISO 9001:2009)
- **2015 r.** – czwarta „duża” nowelizacja (nie uwzględnia kosztów jakości zamiast tego zostanie wprowadzona karta zrównoważonych wyników BSC)

**Nowelizacja norm przebiega według następującego procesu:**

- **WDs (Working Drafts)** – projekty robocze opracowywane w **Working Groups**,
- **CD (Committee Draft)** – projekt normy **Komitetu Technicznego ISO**,
- ◆ **DIS (Draft International Standard)** – projekt normy międzynarodowej ankietowany w krajowych Komitetach Technicznych
- ◆ **FDIS (Final Draft International Standard)** – końcowy projekt normy ISO po ankiecie (przegłosowany i zatwierdzony do publikacji)

# Struktura ISO serii 9000 - rok 1994

- ISO 8402 – Terminologia jakości
- ISO 9000 – Wytyczne wyboru i stosowania norm zarządzania jakością i zapewnienia jakości
  
- ISO 9001
- 9002                    Modele systemu zapewnienia jakości
- 9003
  
- ISO 9004 – Zarządzanie jakością i elementy systemu jakości.  
Wytyczne
- ISO 10011 – wytyczne dotyczące auditowania

# **Rodzina norm ISO serii 9000 – nowe normy**

**ISO 9000:2005 – Systemy Zarządzania Jakością  
– Podstawy i terminologia**

**ISO 9001:2008 – Systemy Zarządzania Jakością  
- Wymagania**

**ISO 9004:2000 - Systemy Zarządzania Jakością  
Wytyczne doskonalenia funkcjonowania**

**ISO 19 011: 2003 - Wytyczne dotyczące auditowania systemów  
zarządzania jakością i/lub zarządzania środowiskowego**

# **Struktura ISO serii 9000 – Normy i Raporty Techniczne**

**Wskazówki szczegółowe systemu zarządzania jakością**

**ISO 10005 – Wytyczne do sporządzania planów jakości**

**ISO 10006 – Wytyczne do zarządzania projektami**

**ISO 10007 – Wytyczne do zarządzania konfiguracją**

**ISO 10012 – Wymagania zapewnienia jakości dla urządzeń  
pomiarowych**

**ISO 10013 - Wytyczne do opracowania księgi jakości**

**ISO 10014 – Wytyczne do zarządzania ekonomiką jakości**

**ISO 10015 – Wytyczne do szkolenia**

**ISO 10017 – Wytyczne dla metod statystycznych**

**ISO 10018 – Wytyczne dotyczące reklamacji**

# Tabela

## Liczba wydanych certyfikatów ISO 9001:2000/2008

OKRES WYDANE CERTYFIKATY	12/2004	12/2005	12/2006	12/2007	12/2008
Certyfikaty wydane na całym świecie	660 132	773 867	896 929	951 486	982 832
Wzrost w ujęciu rok do roku	162 213	113 735	123 062	54 557	31 346

Źródło: The ISO Survey of Certifications – 2008, str. 20

## Tabela

### Udział poszczególnych regionów świata w wydanych certyfikatach ISO 9001: 2000/ 2008

REGION ŚWIATA	OKRES	12/2004	12/2005	12/2006	12/2007	12/2008
Afryka i Wschodnia Azja		4,76	6,24	7,96	8,29	7,44
Europa		48,59	48,76	46,24	45,35	46,33
Środkowa i Południowa Ameryka		2,58	2,91	3,28	4,14	4,06
Ameryka Północna		7,57	7,71	6,84	5,00	4,87
Daleki Wschód		33,47	31,93	33,51	36,30	36,28
Australia i Nowa Zelandia		3,03	2,47	2,18	0,92	1,02

Źródło: The ISO Survey of Certifications – 2008,

## Cele nowelizacji normy ISO 9001:2000

- **Poprawa czytelności normy** - łatwiejsze stosowanie (w wielu punktach dodano UWAGI ułatwiające zrozumienie lub wyjaśnienie wymagań, których dotyczą). UWAGI w ISO 9001 są wytycznymi, a nie obligatoryjnymi wymaganiami.
- **Większa kompatybilność z nową normą ISO 14001:2004** (ISO 9001:2000 cytuje „starą” normę ISO 14001:1996, co powoduje np. brak odniesień do nowego punktu 4.5.2 tego standardu dot. oceny zgodności z wymaganiami prawnymi).
- **Poprawa spójności normy** - więcej odniesień do mających zastosowanie wymagań prawnych (ustawy, rozporządzenia) i innych w tym wewnętrznych wymagań organizacji.



## Zmiany o charakterze ogólnym w ISO 9001:2008

1. W całej normie wprowadzono sformułowanie „wymagania ustawowe i przepisów” (*statutory and regulatory requirements*), które oznaczają „wymagania prawne” (*legal requirements*).
2. W całej normie rozszerzono wymagania systemowe o wymagania ustawowe (*statutory*). → kompatybilność z normą ISO 14001, wymagającą okresowej oceny zgodności z mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi.
3. W całej normie „wyposażenie do monitorowania i pomiarów” zmieniono na „sprzęt do monitorowania i pomiarów”
4. W całej normie oprócz podejścia procesowego podkreślono rolę biznesu i związanych z nim celów finansowych
5. W całej normie „jakość wyrobu” zastąpiono „zgodność wyrobu”

## Zmiany o charakterze ogólnym w ISO 9001:2008

6. Zmiana liczby wymaganych procedur.
7. Konieczność opracowania mapy procesów.
8. Klient wewnętrzny i zewnętrzny (badania satysfakcji).
9. Nadzór nad własnością klienta to także ochrona danych osobowych.
10. Pełnomocnik musi być członkiem organizacji.
11. Wskazano na znaczenie wymaganych kompetencji

## Tabela

### Struktura certyfikatów ISO 9001:2000/2008 wydanych w poszczególnych branżach na całym świecie

OKRES BRANŻA	12/2004	12/2005	12/2006	12/2007	12/2008
tekstyli	10 131	11 024	11 892	12935	6 404
farmaceutyczna	1943	2 757	3 061	3 062	2 722
handel hurtowy i detaliczny	35 380	43 971	44 620	51 185	46 180
gastronomia i hotelarstwo	2 924	3 557	3 875	4 186	3 437
technologie informatyczne	11 412	12 785	13 674	16 962	12 505
edukacja	9 625	12 607	13 200	14 832	16 242
opieka zdrowotna i opieka socjalna	10 295	13 389	14 180	16 516	19 712

Źródło: The ISO Survey of Certifications – 2008,

# Definicja jakości według znowelizowanej normy:

**Jakość – stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości spełnia wymagania.**

*Inherentny* – w sposób nierozwalny związany z wyrobem,  
produkt – to cechy np. fizyczne, chemiczne (np. smak, zapach)  
usługa – to np. czas jej wykonania, uprzejmość, ilość błędów  
**(spełnia) wymagania – potrzeba lub oczekiwanie, które zostało ustalone  
zwyczajowo lub jest obowiązkowe,**  
stara norma (1994 r) – jakość jako wyspecyfikowanie spełnionych wymagań  
nowa norma – określenie wymagań wypowiedzianych i nie wypowiedzianych

# Terminologia

## Normy ISO serii 9000 wersja 1994

- **Poddostawca**
- **Dostawca**
  - **Klient**

## Normy ISO serii 9000 wersja 2000

- **Dostawca**
- **Organizacja**
  - **Klient**

# Terminologia

***Dostawca*** - zgodnie z normą ISO: 2008, to organizacja lub osoba która dostarcza wyrób.

***Organizacja*** – grupa ludzi i infrastruktura, z przypisaniem odpowiedzialności, uprawnień i powiązań.

***Klient*** – organizacja lub osoba, która otrzymuje wyrób.

***Wyrób*** – wynik procesu (produkt lub usługa).

# Terminologia

**Zadowolenie klienta** – percepcja klienta dotycząca stopnia, w jakim jego wymagania zostały spełnione.

**Najwyższe kierownictwo** – osoba lub grupa osób, które na najwyższym szczeblu kierują organizacją i ją nadzorują.

**Zarządzanie jakością** – skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości.

**Planowanie jakości** – część zarządzania jakością ukierunkowana na ustalenie celów dotyczących jakości i określająca procesy operacyjne i związane z nimi zasoby niezbędne do osiągnięcia celów dotyczących jakości.

**Zapewnienie jakości** - część zarządzania jakością ukierunkowana na zapewnienie zaufania, że wymagania dotyczące jakości będą spełnione.

**Doskonalenie jakości** – część zarządzania jakością ukierunkowana na zwiększenie zdolności do spełnienia wymagań dotyczących jakości.

# Terminologia

**Procedura** – ustalony sposób przeprowadzenia działania lub procesu.

**Identyfikowalność** – zdolność do prześledzenia historii, zastosowania lub lokalizacji tego co jest przedmiotem rozpatrywania.

**Działanie zapobiegawcze** – działanie w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności lub innej potencjalnej sytuacji niepożądaney.

**Działanie korygujące** – działanie w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności lub innej niepożądaney sytuacji.

**Korekcja** – działanie w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności.

**Dowód obiektywny** – dane potwierdzające istnienie lub prawdziwość czegoś.

**Weryfikacja** – potwierdzenie przez przedstawienie dowodu obiektywnego, że zostały spełnione wyspecyfikowane wymagania.

**Walidacja** – potwierdzenie, przez przedstawienie dowodu obiektywnego, że zostały spełnione wymagania dotyczące konkretnego zamierzonego użycia lub zastosowania.



# Terminologia

- **Informacja (3.7.1.)** - Znaczące dane
- **Specyfikacja (3.7.3.)** - Dokument, w którym podano wymagania
- **Księga jakości (3.7.4.)** - Dokument, w którym określono system zarządzania jakością organizacji
- **Plan jakości (3.7.5.)** - Dokument specyfikujący, które procedury i związane z nimi zasoby należy zastosować, kto i kiedy ma je realizować w odniesieniu do określonego przedsięwzięcia
- **Zapis (3.7.6.)** - Dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzonych działań
- **Procedura (3.4.5.)** - Określony sposób przeprowadzenia działania lub procesu (procedura może być udokumentowana lub nie)

# Przesłanki stosowania norm serii 9000

*Normy ISO serii 9000 nie są normami technicznymi, opisującymi parametry techniczne, jakie winien spełniać produkt lub usługa. Normy te regulują zasady organizacyjne przedsiębiorstwa/ zakładu, które mają zapewnić odpowiednią jakość produktu lub usługi.*

*Są to normy właściwego zarządzania.*

## Proces uzyskania certyfikatu ISO

### Wdrożenie

#### Szkolenia



konsultant



firma  
consultingowa

#### Dokumentacja



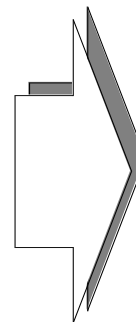
organizacja  
sama



konsultant



firma  
consultingowa



### Audit certyfikacyjny

Firma  
certyfikująca

# Największe firmy certyfikujące w Polsce

Lp.	Firma
1	<u>"Cobrabid" Sp. z o.o. Centralny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Aparatury Badawczej i Dydaktycznej</u>
2	BSI Management Systems Sp. z o.o. Oddział w Polsce
3	Bureau Veritas Certification Polska Sp. z o.o. (BVQI Polska)
4	Centralny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Przemysłu Betonów "CEBET"
5	Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy Ośrodek Certyfikacji Wyrobów i Systemów Zarządzania
6	DAS Polska, <u>DAS Certification Ltd.</u>
7	DEKRA Certification Sp. z o.o.
8	DNV - <u>Det Norske Veritas</u>
9	DQS Polska Sp. z o.o.
10	"EURO-CERT" Spółka z o.o. Zakład Badań i Certyfikacji
11	EURONIS CERTIFICATION Sp. z o.o.
12	Germanischer Lloyd Industrial Services Polska Sp. z o.o.
13	Główny Instytut Górnictwa Jednostka Certyfikująca
14	IMQ S.A.
15	Instytut Ceramiki i Materiałów Budowlanych Oddział Betonów CEBET w Warszawie Jednostka Certyfikująca
16	Instytut Mechanizacji Budownictwa i Górnictwa Skalnego Ośrodek Certyfikacji
17	Instytut Nafty i Gazu Biuro Certyfikacji
18	Instytut Spawalnictwa Ośrodek Certyfikacji
19	Instytut Techniki Budowlanej Zakład Certyfikacji
20	ISOCERT Sp. z o.o.
21	KEMA Quality Polska Sp. z o.o.
22	Lloyd's Register Quality Assurance Polska Sp. z o.o.

# Największe firmy certyfikujące w Polsce

Lp.	Firma
23	NEPCon Sp. z o.o. Biuro Certyfikacji
24	NIS-ZERT Polska Sp. z o.o.
25	Ośrodek Badań Atestacji i Certyfikacji OBAC Sp. z o.o.
26	Ośrodek Badawczo-Rozwojowy "PREDOM-OBR,, Biuro Certyfikacji PREDOM-OBR
27	Polska Akademia Jakości Cert Sp. z o.o.
28	Polska Izba Handlu Zagranicznego Certyfikacja Sp. z o.o.
29	Polski Rejestr Statków S.A. Biuro Certyfikacji
30	<u>Polskie Centrum Akredytacji</u>
31	Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S. A. Zakład Certyfikacji Systemów Zarządzania
32	Polskie Centrum Certyfikacji PCC-CERT Sp. z o.o.
33	Polskie Centrum Certyfikacji Sp. z o.o.
36	SGS Polska Sp. z o.o.
37	SIPM CERT
38	<u>Stowarzyszenie Elektryków Polskich Biuro Badawcze ds. Jakości</u>
39	Transportowy Dozór Techniczny Jednostka Certyfikująca TDT-CERT
40	TUV Nord Polska Sp. z o.o. Jednostka Certyfikująca Systemy
41	TUV Rheinland Polska Sp. z o.o.
42	TÜV SÜD Polska Sp. z o.o.
43	Urząd Dozoru Technicznego Jednostka Certyfikująca Systemy Zarządzania UDT-CERT
44	Zakład Systemów Jakości i Zarządzania
45	ZETOM-CERT Sp z o.o.

# Korzyści z wdrożenia norm ISO serii 9000

1. Wzrost wiarygodności w opinii instytucji współpracujących i klientów posiadanie certyfikatu jest coraz częściej kryterium wyboru placówki,
2. Poprawa wizerunku firmy,
3. Racjonalizacja elementów zarządzania i organizacji pracy,
4. Szybkie i skuteczne identyfikowanie i rozwiązywanie problemów,
5. Wzrost motywacji personelu, uporządkowanie procesów w organizacji,
6. Ograniczenie strat wynikających z niedopasowania wyrobu lub usługi do wymagań rynku,
7. W przypadku odpowiedzialności sądowej za jakość usługi można przy udokumentowanym systemie uwolnić się od winy lub ją zminimalizować,
8. Obniżenie kosztów braków wewnętrznych i błędów związanych z udzielaniem świadczeń,
9. Wzrost konkurencyjności świadczonych usług,
10. Posiadanie certyfikatu wpływa na zwiększenie szans podczas pozyskania środków finansowych, wpływa na zwiększenie szans podczas przetargów.

## Dokumentacja dotycząca systemu powinna obejmować:

- Udokumentowane deklaracje dotyczące polityki jakości i celów związanych z jakością,
- Księgę jakości,
- Udokumentowane procedury wymagane przez tę normę,
- Dokumenty potrzebne organizacji do zapewnienia efektywnego planowania, działania i sterowania procesami przebiegającymi w zakładzie,
- Zapisy wymagane przez normę.

# Piramida dokumentacji systemu zarządzania jakością





# Księga jakości

- Opis zakresu działalności obejmowanego przez system zarządzania jakością, łącznie ze szczegółami dotyczącymi dopuszczalności jakichkolwiek ograniczeń zakresu.
- Udokumentowane procedury określone dla systemu zarządzania jakością lub powołanie się na nie.
- Opis wzajemnych oddziaływań procesów systemu zarządzania jakością.

# Księga jakości

**Księga jakości** – jest najbardziej ogólnym określeniem omawianego dokumentu, przy założeniu, że jest on stosowany zarówno dla potrzeb zarządzania, jak również zapewnienia jakości, wewnątrz i na zewnątrz organizacji.

**Księga zarządzania jakością** – jest dokumentem ustalającym politykę jakości i opisującym systemy jakości w przedsiębiorstwie tylko do użytku wewnętrznego; w takim przypadku księga może zawierać elementy analizy kosztów jakości, marketingu i odpowiedzialności za wyrób/ usługę, może także gromadzić lub przywoływać dokumenty zawierające informacje poufne.

**Księga zapewnienia jakości** – jest to dokument ustalający politykę jakości i opisujący system jakości na użytek zewnętrzny; opracowana jest w celu udostępnienia klientom zewnętrznym, w przypadku gdy księga zarządzania jakością nie powinna być udostępniana na zewnątrz organizacji.

## Księga jakości zawiera zazwyczaj:

- Politykę jakości,
- Deklarację kierownictwa,
- Zakres odpowiedzialności i uprawnień oraz wzajemne zależności personelu, który zarządza, wykonuje, sprawdza lub analizuje prace wpływające na jakość,
- Przedstawienie procesów realizowanych w organizacji oraz ich wzajemne zależności – charakterystykę systemu zarządzania jakością,
- Procedury zarządzania jakością lub odwołanie do właściwych procedur rozwijających treść księgi,
- Charakterystykę ograniczeń zakresu systemu w organizacji,
- Opis wzajemnych oddziaływań procesów systemu zarządzania jakością,
- Oświadczenia dotyczące przeglądu, aktualizacji, nadzorowania księgi jakości.

# Procedury systemu zarządzania

- **Cel** – jaki sobie stawiamy i który chcemy osiągnąć dzięki opracowaniu i wdrożeniu danej procedury,
- **Zakres stosowania** – precyzuje zakłady, komórki, obszar stosowania dokumentu, jak również proces, którego dotyczy,
- **Dokumenty nadrzędne i związane** – wskazują dokumenty bazowe, np. ISO 9001, oraz inne np. instrukcje, plany, formularze związane z daną procedurą,
- **Odpowiedzialność** – wskazują osoby funkcjonalnie odpowiedzialne za realizację czynności składających się na daną procedurę,
- **Realizację** – jeżeli jest to możliwe, w układzie chronologicznym, wskazane są etapy realizacji procedury,
- **Zapisy** – wymienione zostają zapisy, jakie są stosowane przy realizacji danej procedury,
- **Załączniki** – jeżeli procedura zawiera załączniki, są one wymienione,
- **Zmiany** – miejsce, w którym specyfikowane są wszelkie różnice w stosunku do wersji wcześniejszej.

# Instrukcje zapewnienia jakości

Zgodnie z wymaganiami normy należy opracować instrukcje, dokumenty szczegółowo mówiące o tym, jak poszczególne działania powinny być realizowane. Można wyróżnić:

## **Instrukcje systemowe**

Są niejako rozwinięciem procedur. Dokładnie opisują, jak wykonać określone działania, jak kontrolować, nadzorować, kwalifikować itd. Powinny szczegółowo nakreślać realizację założeń opisanych w procedurach, podobnie jak one muszą podlegać ścisłemu nadzorowi.

## **Instrukcje techniczne**

Są częścią procesów technologicznych, przez co również systemu, wyrażają zależność „człowiek – urządzenie”. Tak jak pozostałe dokumenty powinny być kompletne i podlegać nadzorowi.

# Zawartość normy

- 1. Zakres normy**
- 2. Podstawy systemów zarządzania jakością – norma powołana**
- 3. Terminy i definicje**
- 4. System zarządzania jakością**
  - 4.1. Wymagania ogólne
  - 4.2. Wymagania dotyczące dokumentacji
- 5. Odpowiedzialność kierownictwa**
  - 5.1. Zaangażowanie kierownictwa
  - 5.2. Orientacja na klienta
  - 5.3. Polityka jakości
  - 5.4. Planowanie
  - 5.5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja
  - 5.6. Przegląd zarządzania

# Zawartość normy

## **6. Zarządzanie zasobami**

- 6.1. Zapewnienie zasobów
- 6.2. Zasoby ludzkie
- 6.3. Infrastruktura
- 6.4. Środowisko pracy

## **7. Realizacja produktu**

- 7.1. Planowanie i realizacja wyrobu
- 7.2. Procesy związane z klientem
- 7.3. Projektowanie i rozwój
- 7.4. Zakupy
- 7.5. Produkcja i dostarczanie usługi
- 7.6. Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów

# Zawartość normy

## **8. Pomiary, analiza i doskonalenie**

- 8.1. Postanowienia ogólne
- 8.2. Monitorowanie i pomiary
- 8.3. Nadzór nad wyrobem niezgodnym
- 8.4. Analiza danych
- 8.5. Doskonalenie



# ISO 9000

## Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia

W normie sformułowano 8 zasad zarządzania jakością:

### **Skupienie uwagi na kliencie**

Każda organizacja zależy od swoich klientów dlatego istotne jest rozpoznanie ich obecnych i przyszłych potrzeb.

### **Przywództwo**

Przywódcy harmonizują cele i kierunki działania organizacji oraz stwarzają warunki pracy sprzyjające wzrostowi zaangażowania ze strony podległego personelu.

### **Zaangażowanie ludzi**

Pracownicy stanowią o istocie organizacji i są jej najcenniejszym zasobem.

### **Podejście procesowe**

Pożądaný rezultat jest osiąganý sprawniej, jeżeli cała działalność i związane z nią zasoby są zarządzane jak proces.

# ISO 9000

## Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia

### **Systemowe podejście do zarządzania**

Identyfikacja, zrozumienie i zarządzanie powiązаныmi ze sobą procesami jak systemem wpływa na sprawność i skuteczność w osiągnięciu celów przez organizację.

### **Ciągle doskonalenie**

Ciągle usprawnianie działalności organizacji powinno stanowić stały cel organizacji.

### **Rzeczowe podejście do podejmowanych decyzji**

Wszelkie decyzje powinny być podejmowane w oparciu o analizę danych i informacji.

### **Wzajemne korzystne stosunki z dostawcami**

Istotne znaczenie w procesie zarządzania organizacją ma kształtowanie relacji z różnymi grupami odniesienia.

# ***DEFINICJA JAKOŚCI W USŁUGACH MEDYCZNYCH***

*Stopień w jakim każde świadczenie zdrowotne udzielane pacjentowi, dostarczane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów.*

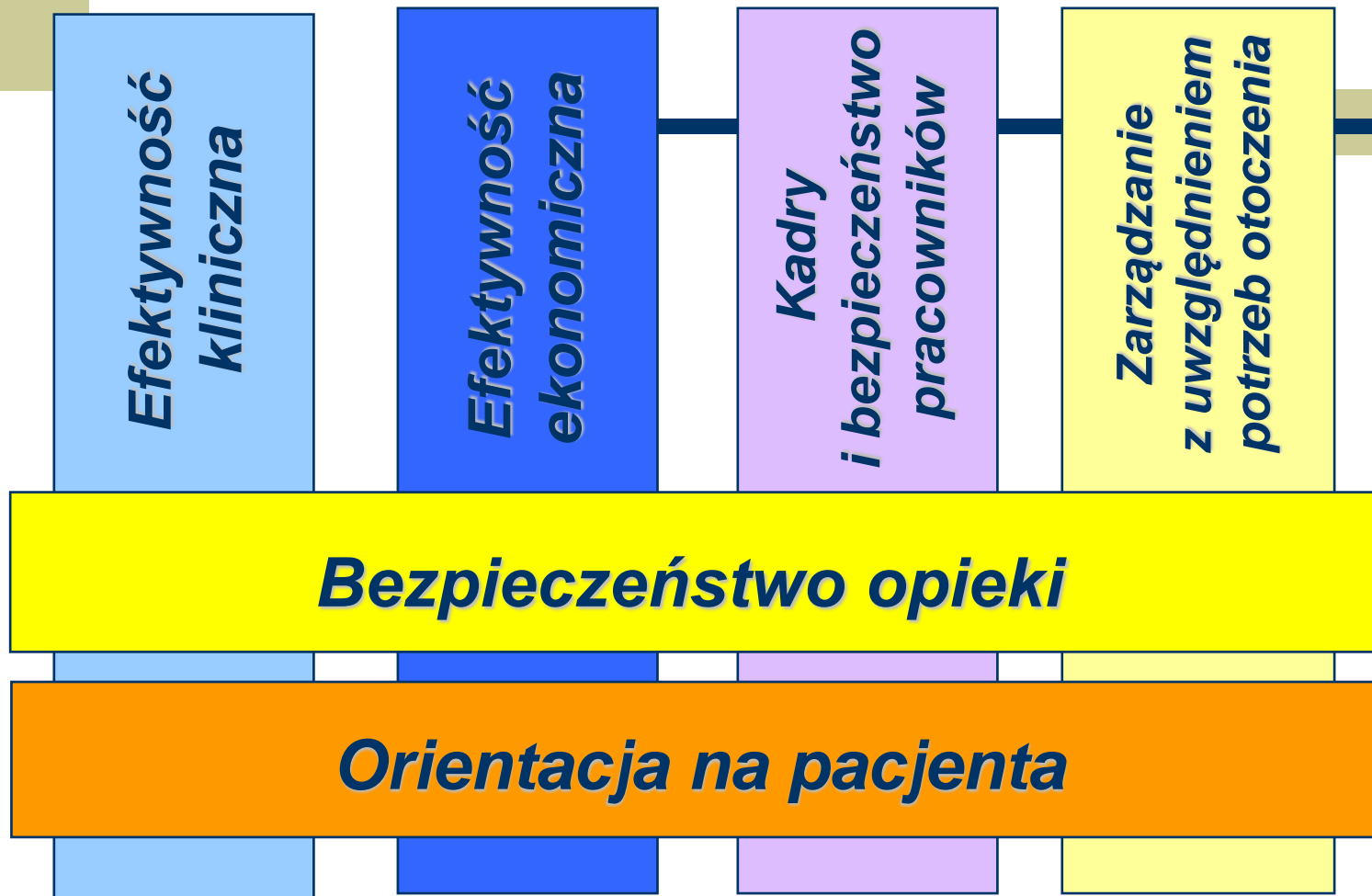
# Od czego zależy jakość opieki zdrowotnej?

- Kwalifikacji świadczeniodawców
- Bezpieczeństwa stosowanych technologii i procedur medycznych
- Dostępności bez względu na czas i miejsce
- Zapewnienia ciągłości opieki
- Dostosowania opieki do potrzeb pacjenta
- Skuteczności
- Wydajności
- Satysfakcji z opieki

# *UKIERUNKOWANIE NA JAKOŚĆ*

- Należy odejść od stereotypowego utożsamiania jakości z wykonywaniem kontroli
- Pamiętajmy: jakość to również stałe zadowolenie pacjenta
- Podnoszenie jakości to najtańsza droga do poprawy wyników ekonomicznych, należy liczyć koszty jakości
- Potwierdzona jakość to narzędzie dla pozyskania pacjenta
- Monitorowanie jakości to zasadniczy element systemu ciągłej oceny jakości

# Model wymiarów jakości wg WHO



# Opieka zdrowotna w Unii Europejskiej

- ❑ Art.152 Traktatu z Amsterdamu z 2.10.97 (wszedł w życie 1.05.1999) – określa kompetencje UE w zakresie ochrony zdrowia
- ❑ Pkt. 5 Art.152 – Wspólnota w pełni respektuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację, finansowanie i dostarczanie usług zdrowotnych i opieki medycznej

**Nie istnieją wspólnotowe wymogi stawiane placówkom ochrony zdrowia**

# EUROPA DZIŚ

- ❑ Swobodny przepływ ludzi,
- ❑ Poszukiwanie podmiotów mogących zrealizować planowane zabiegi medyczne (np. ortopedia, stomatologia usługi sanatoryjne),
- ❑ Polityka rządów krajów członkowskich UE mająca na celu ochronę własnych systemów opieki zdrowotnej,
- ❑ Wzrost świadomości pacjentów na temat jakości i bezpieczeństwa opieki.





EUROPEAN COMMISSION  
HEALTH & CONSUMER PROTECTION  
DIRECTORATE-GENERAL  
Directorate C - Public Health and Risk  
Assessment  
C5 - Health strategy

## **RADA EUROPY**

### **Rekomendacja Rec (2006)7**

**Komitetu Ministrów dla państw członkowskich na temat zarządzania bezpieczeństwem pacjenta i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej**

*(Przyjęta przez Komitet Ministrów dnia 24 maja 2006 roku. na 95 spotkaniu delegowanych przedstawicieli ministrów)*

**„Zaleca się, aby rządy państw członkowskich zgodnie ze swoimi kompetencjami zapewniły, że *bezpieczeństwo pacjenta stanowi podstawę wszystkich istotnych działań polityki zdrowotnej, a w szczególności polityki poprawy jakości (...)*”**

**RECOMMENDATION TO THE HIGH LEVEL GROUP ON HEALTH SERVICES AND MEDICAL CARE ON IMPROVING PATIENT SAFETY IN THE EUROPEAN UNION, FROM THE PATIENT SAFETY WORKING GROUP**

**REKOMENDACJA GRUPY ROBOCZEJ DS. BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA DLA GRUPY WYSOKIEGO SZCZEBŁA DS. USŁUG ZDROWOTNYCH I OPIEKI MEDYCZNEJ NA TEMAT POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA W UNII EUROPEJSKIEJ**

**„Kluczowe obszary działania zalecane krajom członkowskim: *umocowanie bezpieczeństwa pacjenta w programach narodowej polityki zdrowotnej i zapewnienie że znajdzie się ono u podstaw programu jakości w opiece zdrowotnej na poziomie kraju, regionu i poziomie lokalnym*”.**

# AKREDYTACJA

*łac. Credo - wierzę*

*ACCREDITO – zawierzać, zaufać*

*AKREDYTACJA – udzielenie dowodu zaufania, uwierzytelnienie*

**Oficjalne zawierzenie szpitalowi, że jak najlepiej spełnia swoje funkcje wobec pacjentów.**

# AKREDYTACJA

to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy, nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki.

Ocena dotyczy placówki jako funkcjonalnej całości: przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji.

# AKREDYTACJA

- ❑ Najdłużej funkcjonujący i najbardziej rozpowszechniony proces zewnętrznej oceny organizacji opieki zdrowotnej
- ❑ Dokonywana w formie oceny rówieśniczej przez zewnętrznych wizytatorów mających doświadczenie zawodowe związane z medycyną
- ❑ Standardy akredytacyjne opracowane przez pracowników ochrony zdrowia dla opieki zdrowotnej
- ❑ Samoocena – nieodłączny element systemu, niezbędna w dostosowaniu dotychczasowej praktyki do wymogów standardów akredytacyjnych

# AKREDYTACJA W EUROPIE

## unormowania prawne

- ❑ Programy bez uregulowań prawnych: Dania, Niemcy, Portugalia, Hiszpania, Wielka Brytania
- ❑ Programy dobrowolne: Holandia (1996), Polska (1997), Bułgaria (1999), Szwajcaria (1996), Bośnia (2004), Łotwa (1997), Litwa (1997-obowiązkowa, 1998-dobrowolna), Irlandia (2002), Kyrgistan (1999)
- ❑ Programy obowiązkowe: Francja (1996), Włochy (1999), Wielka Brytania (Szkocja 1998), Chorwacja

*Źródło: Charles D Shaw, Accreditation in European Health Care, United Kingdom, 2004.*

# AKREDYTACJA W EUROPIE

Pierwsze Wizyty	Kraj
<b>1990</b>	<b>Wielka Brytania</b>
1995	Finlandia
1996	Hiszpania
1997	Czechy
<b>1998</b>	<b>Polska, Szwajcaria</b>
1999	Francja, Łotwa, Holandia, Włochy Lombardia,
2000	Portugalia,
2001	Niemcy, Bułgaria
2002	Dania, Irlandia, Kyrgistan
2003	Bośnia
2004	Chorwacja
2007	Albania

# PROGRAMY AKREDYTACJI

- ❑ **Adaptacja sprawdzonych programów akredytacyjnych (procentowy wpływ poszczególnych modeli na tworzone standardy: USA-33%, Kanada-23%, Wielka Brytania-15%, Australia-9%)**
- ❑ **Dołączanie elementów EFQM i ISO (10%)**
- ❑ **W 2002 – 41% europejskich programów akredytacyjnych dostosowywanych do wymogów ALPHA; w 2004 – 65%.**

*Źródło: Charles D Shaw, Accreditation in European Health Care, United Kingdom, 2004.*



## AKREDYTACJA – HISTORIA ŚWIAT

- ❑ 1926 – opublikowanie pierwszego zestawu standardów
- ❑ 1951 – Komisja Wspólna ds. Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH) – niezależna organizacja akredytująca
- ❑ 1966 - Początek akredytacji opieki długoterminowej
- ❑ 1970 – początek akredytacji opieki psychiatrycznej
- ❑ 1987 – zmiana nazwy JCAH na Komisja Wspólna ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – JCAHO)

Obecnie: ok. 90% amerykańskich szpitali poddaje się regularnie ocenie akredytacyjnej. System jest dobrowolny. Stymulanty: polityka płatnika oraz wymogi dla specjalizacji - tylko szpitale akredytowane.

- ◆ [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)





# AKREDYTACJA – HISTORIA POLSKA

- ❑ 1996 Opracowanie pierwszego zestawu standardów
- ❑ 1997 Przeprowadzanie wizyt testowych
- ❑ 1998 Prowadzenie regularnych wizyt akredytacyjnych
- ❑ 2000 Opracowanie standardów do szpitali psychiatrycznych
- ❑ 2002 Opracowanie standardów dla POZ
- ❑ 2004 Początek akredytacji dla POZ
- ❑ 2008 Nowe standardy akredytacyjne

Obecnie 10% jednostek poddaje się regularnej ocenie akredytacyjnej



## Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)

- ❑ Powołane w 1994 roku jako jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia, w sposób systemowy wprowadza programy poprawy jakości w ochronie zdrowia
- ▶
- ❑ Jest Ośrodkiem Współpracy z WHO w zakresie rozwijania jakości i bezpieczeństwa w systemach ochrony zdrowia, wskaźników poprawy dla szpitali
- ❑ Uczestniczy w Europejskiej Sieci Instytutów i Centrów Jakości (European Network of Quality Institutes – ENQI)



# AKREDYTACJA

## DEDYKOWANA OPIECE ZDROWOTNEJ

Standardy akredytacyjne koncentrują się na krytycznych obszarach funkcjonowania organizacji udzielającej świadczeń zdrowotnych,

wdrażanie standardów

POPRAWIA

JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI



# AKREDYTACJA

## Przesłanki ubiegania się u uzyskanie statusu jednostki akredytowanej:

- **Kontraktowanie świadczeń z NFZ – listy rankingowe**
- **Projekt nowelizacji ustawy o działalności leczniczej**

Art. 1 pkt 9

*Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z 6.11.2008 o akredytacji w ochronie zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10 %*

- **Projekt ustawy dotyczącej jakości w działalności leczniczej**

*Dostęp do środków publicznych mająć wyłącznie podmioty posiadające wdrożony system jakości (wskazanie raczej na Akredytację CMJ)*

# Podstawowe założenia systemu akredytacji

## 1. Dobrowolne uczestnictwo:

- dobrowolne zgłoszenie chęci ubiegania się o status szpitala akredytowanego,
- przygotowanie wniosku,
- poddanie się przeglądowi przez wizytatorów wyznaczonych przez Ośrodek Akredytujący.

2. **Oparcie o standardy** – porównanie faktycznego stanu działania z wzorcem, jaki stanowią standardy.

3. **Cel edukacyjny** – publikacja standardów, przeprowadzenie szkoleń, wydawanie publikacji i biuletynów, współpraca między szpitalami,

# Podstawowe założenia systemu akredytacji

4. **Autonomiczność** – w zakresie procedury i podejmowanych decyzji akredytacyjnych, system akredytacji jest niezależny.

5. **Postępowanie zgodne z procedurą** – procedury określają:

- tryb zgłaszania do akredytacji,
- zasady przygotowania do przeglądu,
- przebieg przeglądu,
- sposób oceny, metody ustalania decyzji.

6. **Jawność i równość zasad oceniania i podejmowania decyzji** – jednakowe zasady oceniania i podejmowania decyzji.

## Zalety i korzyści wynikające z akredytacji

- Stymulacja poprawy jakości opieki nad pacjentem,
- Zwiększenie zaufania społecznego do szpitala,
- Wspieranie edukacji personelu, podnoszenie kwalifikacji,
- Poprawa strategii marketingowej,
- Pomoc w uzupełnianiu źródeł finansowania,
- Zwiększenie dostępności do opieki,
- Kreowanie trendów w opiece zdrowotnej,
- Identyfikacja szpitali najlepszych i korzystanie z ich wiedzy i doświadczeń (uczenie się od najlepszych),
- Popularyzacja dobrych wzorców organizacyjnych,
- Redukcja kosztów, zwiększenie efektywności,

# Zalety i korzyści wynikające z akredytacji

- Sprzyjanie konkurencyjności szpitali,
- Rozwijanie inicjatyw wewnątrzszpitalnych,
- Aktywizacja działania zespołowego,
- Zwiększanie motywacji personelu, dzięki udziałowi w procesach przygotowawczych, jak i następujących przy akredytacji,
- Zwiększenie aktywności w innych, poza jakością, tematach poprzez różnego rodzaju dyskusje,
- Unaocznienie problemów opieki szpitalnej oraz polityki zdrowotnej regionu poprzez porównanie różnych szpitali.



# Typowe czynności procesu akredytacji

1. Do 6 miesięcy przed wizytą szpital zgłasza do Ośrodka Akredytacyjnego chęć poddania się procesowi akredytacji.
2. Po 2 tyg. od otrzymania zgłoszenia Ośrodek Akredytacyjny (OA) wysyła Kwestionariusz Zgłoszenia do szpitala.
3. Do 4 tyg. od otrzymania kwestionariusza wypełnia i odsyła go osoba odpowiedzialna za jakość.
4. Od 2 – 4 miesięcy przed wizytą OA wysyła zawiadomienie o dacie wizyty oraz propozycje planu wizyty.
5. 2 tyg. przed wizytą szpital gromadzi dokumenty i dane konieczne do przeglądu

# Czynności stosowane podczas wizyty

- **Przegląd dokumentacji szpitala**
- **Wywiad z kierownictwem** – planowanie strategiczne, alokacja zasobów, koordynowanie działań,
- **Komitet jakości** – prezentacja – w zakresie poprawy jakości świadczeń, wywiad z członkami Komitetu Jakości,
- **Wizytacja oddziałów** – ocena miejsc pobytu pacjenta
  - Przegląd dokumentacji medycznej,
  - Rozmowy z personelem i rozmowy z pacjentami.
- **Wywiady dotyczące specyficznych funkcji** – zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją,
- **Sesja końcowa** – końcowe uwagi wizytatorów, obejmujące ocenę wszystkich obserwacji – przekazanie kopii raportu wstępnego

# Typy decyzji akredytacyjnych

- **Przyznanie akredytacji** – gdy organizacja w pełni lub w przewyższającym stopniu spełnia wymagania standardów. Status jednostki akredytowanej przyznawany jest na okres trzech lat od daty wizytacji.
- **Odmowa przyznania akredytacji:**
  - Istnieje znaczna niezgodność ze standardami,
  - Po okresie akredytacji warunkowej szpital nie wykazał poprawy,
  - Szpital jest odpowiedzialny za fałszowanie dokumentacji związanej z akredytacją lub podanie nieprawdziwej informacji,
  - Szpital dobrowolnie zrezygnuje z procesu akredytacji.

# OPLĄTY ZA AKREDYTACJĘ

**15-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, za I kwartał poprzedniego roku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" - dla szpitala oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, liczącego powyżej 800 łóżek;

**11-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - dla szpitala oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, liczącego od 401 do 800 łóżek;

**8-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - dla szpitala oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, liczącego od 201 łóżek do 400 łóżek;

**7-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - dla szpitala oraz innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, liczącego do 200 łóżek;

W I kwartale 2008 r. wynosiło ono 3050 zł, zatem w 2009 r. wysokość opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej będzie wynosiła odpowiednio: 45 750 zł, 33 550 zł, 24 400 zł i 21.630 zł.

# Grupy standardów wymagane przy procesie akredytacji do 2009

1. Zarządzanie ogólne (ZO) – 14
  2. Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ) – 7
  3. Zarządzanie informacją (ZI) – 17
  4. Kontrola zakażeń szpitalnych (KI) – 6
  5. Prawa pacjenta (PP) – 12
  6. Ocena stanu pacjenta (OS) – 7
  7. Opieka nad pacjentem (OP) – 6
  8. Anestezjologia (AN) – 10
  9. Leki (LI) – 12
  10. Odżywianie (OD) - 6
  11. Ciągłość opieki (CO) – 5
  12. Poprawa jakości (PJ) – 5
  13. Zarządzanie środowiskiem opieki (ŚO) – 9
  14. Izba przyjęć (IP) – 8
  15. Laboratorium (LA) – 6
- Ogółem – 130



# ***NOWE STANDARDY AKREDYTACYJNE***

*Modyfikacja podejścia do oceny szpitali w zakresie m.in.*

- zakażeń szpitalnych i ich oceny,*
- analizy zdarzeń niepożądanych i ich monitorowania,*
- zgłaszania niepożądanych działań leków,*
- systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych,*
- farmakoterapii z uwzględnieniem ochrony antybiotyków.*



## Zestaw Standardów Akredytacyjnych po 2009

150 standardów głównych  
oraz 88 podstandardów

1. CIĄGŁOŚĆ OPIEKI - 13 standardów głównych + 2 podstandardy
2. PRAWA PACJENTA - 20 standardów głównych
3. OCENA STANU PACJENTA - 5 standardów głównych + 13 podstandardów
4. OPIEKA NAD PACJENTEM - 6 standardów głównych + 5 podstandardów
5. KONTROLA ZAKAŻEŃ - 7 standardów głównych + 13 podstandardów
6. ZABIEGI I ZNIECZULENIA - 13 standardów głównych + 8 podstandardów
7. FARMAKOTERAPIA - 13 standardów głównych
8. LABORATORIUM - 8 standardów głównych + 4 podstandardy
9. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA - 9 standardów głównych
10. ODŻYWIANIE - 5 standardów głównych + 1 podstandard
11. POPRAWA JAKOŚCI - 6 standardów głównych + 12 podstandardów
12. ZARZĄDZANIE OGÓLNE - 11 standardów głównych + 3 podstandardy
13. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI - 9 standardów głównych  
+ 11 podstandardów
14. ZARZĄDZANIE INFORMACJA - 6 standardów głównych + 8 podstandardów
15. ZARZĄDZANIE ŚRODOWISKIEM OPIEKI - 19 standardów głównych  
+ 8 podstandardów

# Akty prawne dotyczące akredytacji w ochronie zdrowia:

- ◆ **Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009, Nr 52, poz. 418; Nr 76, poz. 641);**
- ◆ **Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009, Nr 76, poz. 641);**
- ◆ **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz.U. z 2009, Nr 130, poz. 1074);**
- ◆ **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. z 2009, Nr 150, poz. 1216);**
- ◆ **Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz.Urz.MZ.10.2.24 z dnia 25 stycznia 2010 r.).**