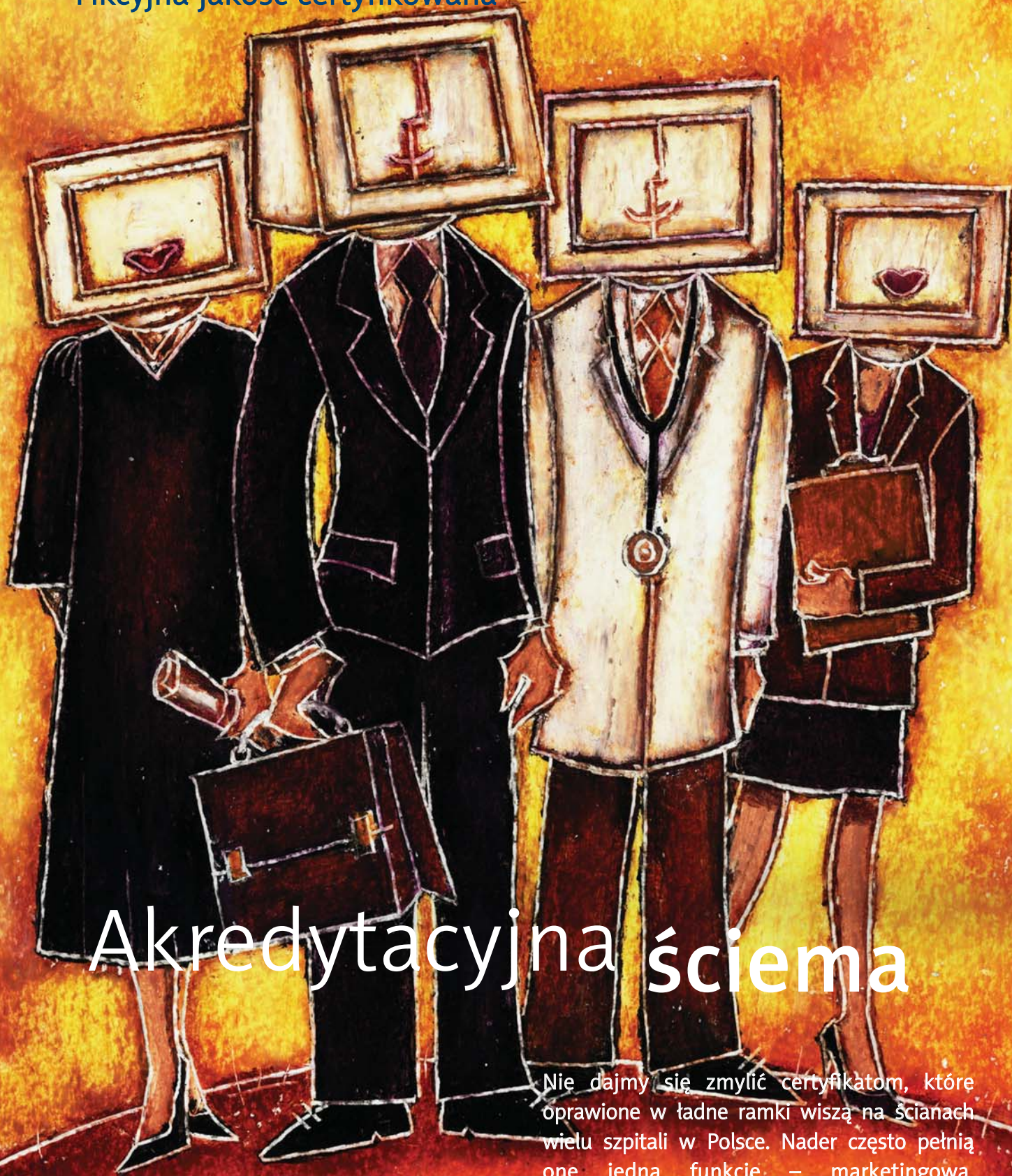


Fikcyjna jakość certyfikowana



Akredytacyjna ściema

Nie dajmy się zmylić certyfikatami, które oprawione w ładne ramki wiszą na ścianach wielu szpitali w Polsce. Nader często pełnią one jedną funkcję – marketingową. Od powieszenia dyplomu czy certyfikatu jakość opieki zdrowotnej, niestety, nie wzrasta.

W jednym z renomowanych szpitali w Warszawie pacjent, u którego lekarz podejrzewa złamanie nogi, musi o własnych siłach dotrzeć do gabinetu RTG w piwnicy innego budynku na terenie szpitala – oczywiście, wchodząc i schodząc po schodach. Zalecana jest więc ostrożność przy pokonywaniu kolejnych stopni, by nie dopuścić do złamania z przesunięciem. Powiedzmy sobie szczerze: to nie jest pożądana jakość opieki zdrowotnej.

Takich przykładów jest, niestety, wiele. Warto zatem wrócić do tematu jakości w opiece medycznej, zwłaszcza że jesteśmy w niełatwym, ale jednocześnie tak przełomowym dla zakładów opieki zdrowotnej okresie. Trudno bowiem wyobrazić sobie przekształcony w spółkę prawa handlowego szpital, który zagadnienie to potraktuje bez należytej uwagi.

Każdy szpital powinien stosować wewnętrzne mechanizmy jakości. Niezależnie jednak od nich musi też sięgać po potwierdzenie swoich ocen do instytucji zewnętrznej. I tu zaczynają się kłopoty.

Co było, a nie jest...

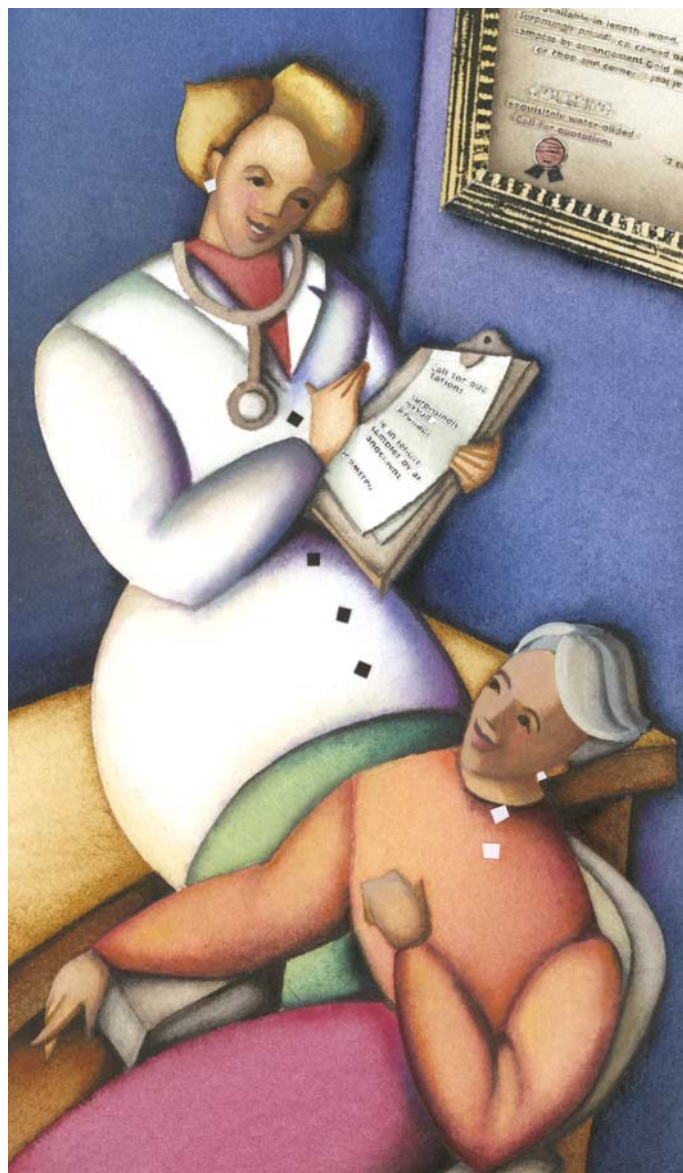
Po okresie dominacji nadzoru specjalistycznego, w związku z uruchomieniem w połowie lat 90. ubiegłego wieku Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, ok. 70 szpitali uzyskało z własnej inicjatywy dobrowolną akredytację. Model ten, wzorowany na amerykańskim, budził wówczas duże nadzieje związane z potrzebą nadania odpowiedniej rangi problematyce określanej jako *zarządzanie jakością*.

Wytypowano wówczas 14 obszarów działalności szpitala opieki krótkoterminowej, dla których opracowano odpowiednie pakiety standardów. Przed 14 laty problematyka zarządzania ogólnego w szpitalach, z niezrozumiałych względów pomijając całkowicie istotne zagadnienia wykorzystania posiadanych zasobów, różniła się znacznie od wyzwania okresu obecnego. Nie mówiło się np. o potrzebie opracowania biznesplanu jako podstawowego warunku zarządzania jednostką i nikt nie wspominał nawet o takiej alternatywie, jak funkcjonowanie spółek prawa handlowego w publicznej opiece zdrowotnej. Przyjrzyjmy się istotnym dziurom ówczesnego programu.

W przypadku standardu zarządzania zasobami ludzkimi opracowywanie planu zatrudnienia powierzono dyrekcjom i kierownikom działów, nie uwzględniając roli i zadań nowoczesnego działu zarządzania kadrami w zakładzie.

Standard zarządzania informacją zawierał anachronicznie *zasady ustalania kolejności dostępności do świadczeń*, ale zapomniano wówczas, że nie dotyczy to pacjentów w stanie nagłego zagrożenia utraty życia.

Jeśli chodzi o prawa pacjenta, standard przewidywał określanie ich przez każdy szpital. Nie wzięto pod uwagę, że powszechnie obowiązujący akt w tym



for. Images.com/Corbis

„ Nie ma na rynku firm wyspecjalizowanych w nadawaniu certyfikatów ISO dla zakładów opieki zdrowotnej ”

zakresie znajduje się w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia.

Zgodnie ze standardem, wstępna ocena stanu pacjenta, polegająca na określeniu jego potrzeb zdrowotnych, powinna być przeprowadzona do 24 godzin (*sic!*) – jak w szpitalu opieki długoterminowej. Zapominano jednak, iż w przypadku chorych w stanach zagrożenia życia (przyjętych na szpitalny oddział ratunkowy) wstępna ocena musi być przeprowadzona w ciągu kilku minut, a czasem nawet sekund.

Gwoli wyjaśnienia – w stanach zagrożenia życia (standard opieki nad pacjentem) szpital musi *na dzień dobry* oferować najwyższe umiejętności, a nie dopiero



fot. Dziaki

Marek Balicki, minister zdrowia w rządzie Marka Belki, obecnie dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie i poseł lewicy

Mieliśmy pomysł wprowadzenia licencjonowania placówek medycznych, które byłyby uprawnione do korzystania ze środków publicznych i monitorowane pod względem przestrzegania określonych standardów jakości. W naszym systemie prawnym nie moglibyśmy licencjonować podmiotów niepublicznych – w sensie dawania zgody na prowadzenie danej placówki – ze względu na to, że zaburzałoby to konstytucyjną wolność gospodarczą. Licencjonowania nie udało się wprowadzić, a szkoda, bo powstałaby sieć szpitali, która racjonalizowałaby wydatki. Nie jest racjonalne ekonomicznie działanie Funduszu, który podpisuje umowy na kardiochirurgię inwazyjną ze zbyt wieloma ośrodkami w Warszawie, w związku z czym żaden nie wykorzystuje swojego potencjału.

Obecny system akredytacyjny bywa fikcją. Wizytacje po uzyskaniu akredytacji mają na celu sprawdzenie dokumentacji, a papier jest cierpliwy. Jedyna korzyść to taka, że pracownicy uczą się regulek, choć z drugiej strony – bywa to demoralizujące, jeśli nie realizują ich w praktyce.



fot. Piotr Kowalczyk/Fotorepo

Elżbieta Hibner, wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka

W ochronie zdrowia *niewidzialna ręka* rynku nie załatwi wszystkiego. Dlatego licencjonowanie jest bardzo dobrym pomysłem. Nie udało się tego systemu wprowadzić ze względu na to, że mieliśmy straszliwe zapóźnienia inwestycyjne. Postawienie wówczas ostrych wymagań doprowadziłoby do tego, że większość szpitali trzeba by było zamknąć.

Niestety, nie mam wiele nadziei co do powodzenia takiego projektu obecnie, a to ze względu na strukturę Ministerstwa Zdrowia i mierne zdolności administracyjne tego resortu.

Marzę o tym, by racjonalne myślenie zaczęło się na szczeblu regionalnym. Nie rozumiem, dlaczego każdy restrukturyzuje się na własną rękę – osobno szpitale miejskie, wojewódzkie i kliniczne. To pogłębia chaos.

prować działania zmierzające do poprawy efektywności postępowania.

W standardzie *środowisko opieki* przeniesiono z czasów PRL obowiązek oceny uchybień w zakresie budowlanym. Tymczasem od wielu lat zakład z uchybieniami w zakresie budowlanym nie otrzymałby zgody na rozpoczęcie działalności.



fot. Dariusz Gorajski/Agencja Gazeta

Kuriozalny (w dobie powszechnej i zgodnej ze standardami UE akceptacji potrzeby zapewniania chorym warunków pobytu w pokojach 1–2- i maksymalnie 3-osobowych z własnymi sanitariatami) jest w *krakowskiej akredytacji* standard *zagęszczenia łóżek szpitalnych*.

Takie uwagi można mnożyć. Co wynika z tej wylczanki? Między innymi to, że standard poprawy jakości w ani jednym zdaniu nie nawiązuje do powszechnego dziś zarządzania jakością.

Najważniejsze jest jednak to, iż zapomniano o stałej weryfikacji, uzupełnianiu, rozszerzaniu i korygowaniu standardów akredytacyjnych zgodnie z dynamicznie zmieniającą się sytuacją w opiece zdrowotnej. Program akredytacji w Polsce jest



„ Program *akredytacji krakowskiej* nie przystaje do współczesności i zawiera wiele anachronizmów „

realizowany od 13 lat, a to cała epoka w naszych warunkach!

Nic dziwnego, że program *akredytacji krakowskiej* sprawia dziś wrażenie, jakby był z innej epoki. Nie jest to bez znaczenia, gdyż jest on m.in. wykorzystywany do tzw. rankingów szpitali i dlatego niepomierne zdziwienie budzi fakt, że niektóre placówki, w których jakość świadczonej opieki pozostawia wiele do życzenia, zajmują w takich zestawieniach miejsca w pierwszej czterdziestce.

Najwyższa pora, by gruntownie przeanalizować założenia programu i dokonać w nim znaczących zmian, uwzględniających dzisiejsze i jutrzejsze realia opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej

Lista zadań:

1. Należy (przy wykorzystaniu doświadczeń UE i raportu TNO – 2001.162 opracowanego dla Ministerstwa Zdrowia przez Biuro Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia w roku 2000) przygotować zasady licjonowania zakładów opieki zdrowotnej, które z założenia będą obowiązujące dla każdego zakładu i będą niejako wstępem do ewentualnych kolejnych przedsięwzięć w tym zakresie (akredytacja, certyfikaty ISO, TQM).
2. Należy jak najszybciej znowelizować rozporządzenie ministra zdrowia o rejestrze zakładów opieki zdrowotnej w celu jego rozszerzenia o obowiązek uzyskania przez zakład opieki zdrowotnej licencji przed zarejestrowaniem. Sfinalizowanie tych działań pozwoli także na rozważenie możliwości rezygnacji z konieczności dalszego obowiązywania rozporządzenia ministra zdrowia o wymogach fachowych i sanitarnych zoz-ów.
3. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie powinno przystąpić do pilnej i głębokiej weryfikacji obszarów działalności szpitala poddawanych akredytacji (np. dotychczasowy brak SOR), a także pakietów standardów dla poszczególnych obszarów działalności zakładu z uwzględnieniem specyfiki szpitala opieki krótkoterminowej uczestniczącego w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM).
4. Do czasu powstania instytucji wyspecjalizowanych w certyfikacji ISO, uwzględniającej specyfikę zakładów opieki zdrowotnej, trzeba rozważyć celowość kontynuowania współpracy z firmami dotychczas działającymi na rynku (duży stosunkowo koszt certyfikacji przy bardzo niejednoznacznych korzyściach).
5. W pracach tych powinni uczestniczyć m.in. przedstawiciele nadzoru specjalistycznego wszystkich szczebli oraz towarzystw naukowych działających w ochronie zdrowia, a także przedstawiciele samorządów zawodowych w celu wykorzystania ich – niejednokrotnie bogatego – doświadczenia zawodowego, jak również w celu pozyskania tych osób do dalszej współpracy, przy koniecznym podniesieniu zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce na znacznie wyższy poziom niż obecnie.



„ Licencjonować trzeba zarówno placówki publiczne, jak i niepubliczne „

foto: Images.com/Corbis

oraz rzeczywiste potrzeby ochrony zdrowia w naszym kraju.

Licencja na pomoc

Obecnie jedynym zależnym od państwa mechanizmem licencjonowania zakładów opieki zdrowotnej pozostaje ich rejestracja przez wojewodę. Jest to jednak czynność administracyjna i nie ma wiele wspólnego ze strategicznym planowaniem świadczeń zdrowotnych stosownie do potrzeb. Powstanie nowego gabinetu, oddziału czy szpitala zależy tylko od spełnienia warunków sanitarnych i zatrudnienia personelu z odpowiednimi dokumentami. Co gorsza – instytucje regulujące nie mają żadnych instrumentów prawnych, umożliwiających rzeczywistą racjonalizację rozmieszczenia zakładów opieki zdrowotnej oferujących jakość świadczeń na optymalnym poziomie.

Ten stan rzeczy trzeba zmienić. Należy przyjąć założenie, że wstępem do jakiegokolwiek akredytacji musi być posiadanie przez zoz licencji, ale innego typu niż li tylko rejestracja przez wojewodę. Placówka, która licencji nie uzyska, nie powinna być wpisana do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Wymaga to oczywiście zmiany rozporządzenia ministra zdrowia o rejestrze zakładów (lub – na wzór holenderski – uchwalenia nowej ustawy) i wprowadzenia powszechnego obowiązku licencjonowania zakładów. Zapewne oburzy to liberałów, ale system licencjonowania powinien dotyczyć zarówno podmiotów publicznych, jak i niepublicznych. Dlaczego? Ponieważ również niepubliczne wpływają

na popyt i podaż usług w sektorze publicznym. Warto się zastanowić, dlaczego w Niemczech lekarz może otworzyć praktykę (prywatną!) na danym terenie tylko wtedy, gdy uzyska zgodę Związku Lekarzy Kas Chorych, a ten da taką zgodę, jeśli na danym terenie praktyka innego lekarza zostanie zamknięta.

Tylko pozornie opracowanie podstaw prawnych licencjonowania jest zadaniem trudnym. Biuro Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia ma w archiwum bardzo interesujący i przydatny dla naszego kraju program licencjonowania zakładów opieki zdrowotnej – raport TNO z 2001 r.

Korzyści

Licencjonowanie wspiera podnoszenie jakości poprzez promowanie rozwoju wybranych, wyspecjalizowanych ośrodków oraz zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, m.in. dzięki poprawie geograficznego rozmieszczenia szpitali. Jest ono ściśle związane z istniejącym (obecnie ułomnym i formalnym) systemem rejestracji zakładów.

To rząd powinien wziąć na siebie odpowiedzialność za licencjonowanie – czyli tworzenie warunków służących optymalizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej – nie tylko ze względu na to, że *widzi* w skali makro, ale też z powodu zobowiązań wynikających z konstytucji, by zagwarantować obywatelom równość pod względem możliwości zachowania zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej, a zwłaszcza prawa do opieki dobrej jakości (*good medical practice*).



foto: Michał Szczygił/Fotozebra

Anna Knysok, pełnomocnik ds. wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w rządzie Jerzego Buzka, obecnie dyrektor Szpitala im. św. Barbary w Sosnowcu

ISO nie mierzy tego, czego oczekuje pacjent. Są inne akredytacje dotyczące jakości usług zdrowotnych, ale też zarówno przez pacjentów, jak i personel są postrzegane jako męczące. Odpowiednio realizowane akredytacje zapewniają jednak bezpieczeństwo poprzez powtarzalność pewnych procedur. Niestety, warunki narzucone przez certyfikaty nie zawsze są weryfikowane. Tu tkwi problem, bo czasem dochodzi do pospolitego ruszenia przed zdobyciem czy odnowieniem akredytacji, a potem wszystko wraca na stare tory. Niestety, nie udało się nam ruszyć z programem licencjonowania pod koniec lat 90. i parę lat później. Zdecydował chyba lęk przed tym, że wiele szpitali nie spełniłoby warunków i należałoby je zamknąć.



foto: Dżiki

Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia w rządzie Jarosława Kaczyńskiego, obecnie poseł Prawa i Sprawiedliwości

W szpitalach, które mają akredytację pewnie większość pracowników wyrecytuje formułkę... i na tym się kończy. Niestety, nie ma systemu weryfikowania spełnienia warunków po uzyskaniu akredytacji. Warto by było wprowadzić weryfikację spełnienia norm na poziomie krajowego rejestru zakładów opieki zdrowotnej, bo należy pamiętać, że podczas rejestracji zoz-u zapisuje się rozmaite odstępstwa od norm, jednak nikt nie sprawdza, czy w danym terminie zostały usunięte. Prawda jest też taka, że gdyby dokładnie sprawdzić te odstępstwa, trzeba by było albo zamknąć wiele placówek, albo wyłożyć wiele miliardów złotych. Zaległości inwestycyjne w polskiej ochronie zdrowia są bowiem ogromne.

Powszechnie wprowadzony i stosowany system licencjonowania sprawi, że Polska będzie miała odpowiednią liczbę szpitali, o właściwym profilu, zatrudniających odpowiednią liczbę personelu fachowego, o odpowiadających zapotrzebowaniu kwalifikacjach. Tym samym wprowadzone zostaną jasne zasady w odniesieniu do umiejscowienia szpitali, ich typów, funkcji, wielkości, lokalizacji, potencjału diagnostyczno-terapeutycznego, wymaganej liczby personelu oraz zagadnień własności i zarządzania. Rozwiązanie to ureguluje także podaż w systemie opieki zdrowotnej. Za przykładem holenderskim licencja miałaby określać liczbę łóżek w szpitalu, z wyłączeniem miejsc na oddziałach intensywnej opieki medycznej oraz pediatrii, gdzie stosowano by odpowiednie współczynniki określające liczbę koniecznych miejsc.

Po kilku latach od wprowadzenia licencjonowania w Holandii, dzięki przyjęciu, ile łóżek w szpitalach ma przypadać na określoną liczbę ludności, spadła 2-krotnie liczba miejsc w szpitalach, ale o tyleż samo wzrosła w zakładach opieki długoterminowej. Co to oznacza? Że pielęgnacją chorych przewlekle zajęły się instytucje lepiej do tego przygotowane, zaś system zaczął działać znacznie racjonalniej, uwzględniając podstawy ekonomiki opieki zdrowotnej.

Licencja miałaby również określać, ilu specjalistów powinno przypadać na każdy szpital, a lekarz specjalista, chcący uzyskać licencję na prywatną praktykę, musiałby mieć na to zgodę swojego szpitala.

System licencjonowania oznaczałby ponadto, że każda zmiana na mapie świadczeń zdrowotnych wymagałaby zgody ministra zdrowia, który podejmowałby decyzję na podstawie jasnych kryteriów.

Dzięki objęciu licencjonowaniem zarówno świadczeniodawców prywatnych, jak i publicznych, możliwy byłby powszechny monitoring funkcji realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej, potencjału diagnostyczno-zabiegowo-terapeutycznego świadczeniodawców oraz nadzór i kontrola nad infrastrukturą i kwalifikacjami personelu medycznego. System licencjonowania (za przykładem m.in. Holandii) powinien wprowadzić taki system opłacania licencjonowanych zakładów, który będzie nagradzał niezbędną w opiece zdrowotnej **konkurencyjność**. Sposoby finansowania zakładów opieki zdrowotnej powinny stymulować permanentne podnoszenie jakości zarówno stanu zorganizowania zakładu, jak i realizowanych świadczeń, ograniczać ponoszone koszty (np. w drodze outsourcingu) i nie stanowić nadmiernego obciążenia administracyjnego.

Otrzymanie licencji, traktowane jako powszechny obowiązek, powinno być dopiero wstępem do starania się o (całkowicie zmodyfikowaną w stosunku do obecnej) akredytację i ewentualnie niektóre certyfikaty ISO, przygotowywane przez firmy **uwzględniające specyfikę zakładów opieki zdrowotnej**.



foto: PAP/EPA

Holenderskie planowanie

Holandia ma obecnie 21 ośrodków radioterapii. Uznaje się za właściwą liczbę ośrodków i ich rozmieszczenie na terytorium Holandii. Istniejące ośrodki będą musiały zaspokoić zapotrzebowanie na radioterapię w nadchodzących latach. To początek rozporządzenia ministra zdrowia Holandii dotyczącego radioterapii z końca lat 90. Minister przyznaje w nim, że wystąpiono do niego o zwiększenie liczby ośrodków w związku ze zwiększającym się zapotrzebowaniem na świadczenia z radioterapii. Jednak, po konsultacji z odpowiednimi radami, nie uznał takiego wniosku za zasadny, m.in. z uwagi na możliwość zwiększenia potencjału obecnych ośrodków, duże koszty wybudowania nowych oraz groźbę nieuzasadnionego zwiększenia popytu w sytuacji wybudowania kolejnego ośrodka. Zastrzega, że o tym, czy należy jednak wybudować nowy ośrodek, rozstrzygnie w terminie nie dłuższym niż pięć lat ocena dokonana przez specjalną komisję umocowaną centralnie. Jednocześnie uznaje za konieczne doposażenie istniejących ośrodków w sprzęt i kadre, tak by w najbliższym okresie zwiększyły swój potencjał i tym samym – sprostały większemu popytowi na świadczenia radioterapeutyczne. Przy czym to doposażenie ma być przeprowadzone w tych ośrodkach, które będą w stanie zapewnić odpowiednią liczbę pracowników obsługi.

Warto zwrócić uwagę na następujący fragment:

Dyskusja o zwiększeniu liczby ośrodków jest możliwa, jeżeli:

- Dostępny potencjał radioterapeutyczny nie pozwala na zaspokojenie popytu na świadczenia radioterapeutyczne.
- Ogólnie przyjęte czasy oczekiwania na świadczenia radioterapeutyczne są systematycznie przekraczane.
- Organizacja pomieszczeń w ośrodkach jest przejrzysta i efektywna.
- Istnieją umowy dotyczące koordynacji i podziału zadań pomiędzy ośrodkami.

Nic dodać, nic ująć. Można tylko pomarzyć o takiej przejrzystości reguł gry.

System licencjonowania, z powodzeniem stosowany w większości krajów Unii Europejskiej, będzie miał także pozytywny wpływ na organizację pracy, dostępność i skuteczność, tak potrzebną w Polsce, zwłaszcza w opiece nad osobami w podeszłym wieku, chorymi psychicznie oraz niepełnosprawnymi fizycznie i umysłowo. Przy demograficznym trendzie do starzenia się społeczeństwa nie trzeba tych stwierdzeń dodatkowo uzasadniać.

A co z ISO?

Uzyskiwanie przez szpitale certyfikatów ISO nasuwa również wiele wątpliwości. System został stworzony dla przemysłu, zaś w opiece zdrowotnej sprawdza się najlepiej w odniesieniu do obszarów kontrolowanych przez dyrektora ekonomicznego zakładu (zamówienia publiczne, outsourcing, marketing, działalność administracyjna i jej dokumentacja). Niestety, nie ma jeszcze na rynku firm wyspecjalizowanych w nadawaniu certyfikatów ISO dla zakładów opieki zdrowotnej. Dochodzi do takich paradoksów, że jeden ze szpitali w centrum aglomeracji śląskiej dostał certyfikat ISO, mimo że na oddziale chirurgii ogólnej operuje się w salkach operacyjno-zabiegowych z siermiężną sterylizacją, bez sali wybudzeń i możliwości intensywnej terapii (brak OIT, szpital zatrudnia jednego anestezjologa!), a pacjenci noszeni są po zabiegach po schodach na I i II piętro (budynek nie ma windy), do sal chorych liczących 6–7 łóżek.

Pora przestać chować głowę w piasek i jasno o tym powiedzieć publicznie: zacznijmy dbać nie o kolejne dyplomy i certyfikaty na ścianach, lecz o jakość!

Ma rację prof. Krzysztof Herman z Centrum Onkologii w Krakowie, kiedy mówi, że jakość można (i należy) mierzyć, a zwłaszcza można (i należy) mierzyć jej elementy strukturalne, takie jak:

- organizacja,
- dostępność,
- monitoring konkretnych zjawisk występujących między pacjentem (grupą pacjentów) a systemem, np.

czas między rozpoznaniem a rozpoczęciem leczenia, porównywanie medycznych i ekonomicznych wyników stosowanych procedur itp.

W celu powszechnego udostępnienia tych analiz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie powinno jak najszybciej zacząć publikowanie obligatoryjnych rejestrów dla szpitali, dotyczących różnych wskaźników jakości, a także ocen, analiz i porównań danych z działalności zakładów związanych z jakością.

Warto w konkluzji przypomnieć amerykańską definicję: *Jakość określa poziom zapewnienia opieki zdrowotnej poszczególnym osobom i społeczeństwu wobec maksymalnych możliwości, tj. osiągania najlepszych wyników postępowania prowadzonego zgodnie z aktualnymi możliwościami nauki.*

Maciej Murkowski, Justyna Wojteczek