

Między samochodem osobowym – o akredytacji podmiotów leczniczych

Po przeczytaniu artykułu „Wyciągajmy wnioski z raportów Najwyższej Izby Kontroli”, zamieszczonego w „Menedżerze Zdrowia” 3–4/2022, postanowiłem polemizować z jego autorem, Maciejem Murkowskim – a w zasadzie z tezami zawartymi w tekście. Chodzi mi w szczególności o „Raport: Akredytacja podmiotów leczniczych”.

MAREK TOMBARKIEWICZ

Główna teza została postawiona na podstawie oceny kontrolerów Najwyższej Izby Kontroli – wynika z niej, że „przyznane certyfikaty akredytacyjne nie przekładały się niestety na poprawę jakości usług”.

No cóż, znam wiele szpitali, które są pewne tego, że uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego poprawia jakość usług oraz bezpieczeństwo pacjentów. Sam doświadczyłem też kontroli NIK w innym zakresie, ale jednak kontroli, i mogę z odpowiedzialnością powiedzieć, choć na bazie dużego uogólnienia, że nie wszystko, co nie jest literalnie zgodne z zapisami przepisów, jest złe i nie powoduje pozytywnych zmian. Dla NIK świat jest idealnie czarno-biały lub inaczej: zero-jedynkowy, a w takiej materii, jaką jest system ochrony zdrowia, a szczególnie – realizacja świadczeń zdrowotnych, takie podejście nie ma zastosowania. Nie wiem, na jakiej podstawie kontrolerzy uznali, że „stosowane przez wizytatorów metody porównywania działalności ze standardami i przyjęte zasady punktowania były praktycznie niemożliwe do zastosowania w czasie przeznaczonym na wizytację”. Sam uczestniczyłem jako wizytator w znaczącej liczbie przeglądów szpitali i wiem, że jest to ciężka i żmudna praca od rana do wieczora, ale możliwa do uczciwego wykonania, i tak właśnie się dzieje w trakcie wizyt. Biorąc pod uwagę, że podczas wizyty oprócz oceny zapisów w przygotowanych przez szpitale opisach realizacji standardów szuka się w rozmowach z personelem odwiedzanych oddziałów i poszczególnych komórek organizacyjnych oraz w zamkniętych, archiwalnych historiach chorób danych i potwierdzenia, że działalność szpitala jest zgodna z obowiązującymi standardami, to teza ta jest nie do przyjęcia. Dziwi mnie również, że

„W pełni popieram zasadę ciągłego doskonalenia jakości w każdej formie i w każdy sposób dla dobra pacjentów”

ocena kontrolerów NIK nie obejmowała bardzo ważnej grupy standardów, jaką są zabiegi i znieczulenia, a nie jest prawdą, że to właśnie w niej stwierdza się najwyższy odsetek niespełnionych standardów. Najslabiej jest oceniana realizacja standardów z grupy PJ, czyli poprawy jakości. Bardzo bolesną kwestią jest stwierdzenie, że przekazanie szpitalom akredytowanym pieniędzy za posiadanie certyfikatu akredytacyjnego było nieuprawnione. Po pierwsze to nie były i nadal nie są darmowe pieniądze – bonusy, tylko fundusze zwiększające wartość ryczałtu szpitalnego (do maksymalnie 2 proc.), które każdy szpital musiał wypracować poprzez wykonanie dodatkowych procedur szpitalnych. W konstrukcji sieci szpitali te pieniądze to – oprócz dodatku procentowego do wartości ryczałtu za posiadanie własnego, spełniającego wysokie wymagania jakościowe laboratorium analitycznego – jedyne dodatkowe fundusze, dzięki którym szpital mógł wykonać dodatkowe procedury dla pacjentów, ponosząc i tak koszty zmienne tych procedur. To nie jest żaden dar ani prezent, tylko ciężko wypracowany poprzez uzyskanie certyfikatu jakości wzrost wartości kontraktu.

W ostatnim akapicie komentowanego przeze mnie artykułu pojawiają się stwierdzenia, które oszołomiły mnie swoim błędnym założeniem i wynikającą z tego nieprawdą. Chodzi mianowicie o porównanie zarządzania jakością w systemie ISO z akredytacją, gdzie wyznacznikiem wyższości ISO jest liczba placówek (prawie 600), które wdrożyły jakąś normę ISO (lecz nie wiemy, jaką) w porównaniu ze 180 dysponującymi certyfikatem akredytacyjnym. Nie można porównywać tych dwóch systemów. System zarządzania jakością według norm ISO stworzono na po-

marki Tata a rolls-royce'om icznych i systemie ISO

trzeby przemysłu i na siłę dostosowywano w różnych normach do składowych działalności szpitalnictwa, a akredytacja jest stworzonym dla szpitalnictwa systemem jakości obejmującym 15 grup standardów dotyczących wszystkich aspektów funkcjonowania szpitali. Według oficjalnych danych GUS za rok 2020 w 85 proc. (ze 180) szpitali akredytowanych odbyło się 36 proc. wszystkich hospitalizacji w kraju. I to są twarde dane, a nie równanie 600 ze 180. Dodajmy, że szpitali sieciowych jest prawie 600, a wszystkich około 1200.

Proklienckość

Nie jest tajemnicą, że firmy certyfikujące systemy zarządzania oparte na normach ISO działają prokliencko według zasady „uzyskać klienta i utrzymać go cały czas – dopóki realizuje zapisy uzyskanej normy i płaci za coroczne audyty kontrolne”. Jeśli w trakcie corocznego audytu stwierdza się niezgodność z normą, to wpisywane są uwagi i zalecenia oraz działania korekcyjne lub korygujące, ale nikt nie zabiera ze ściany ładnie wydrukowanego certyfikatu. Za takie stwierdzenie nie powinna się obrazić na mnie żadna z firm certyfikujących, bo w zarządzanym przeze mnie szpitalu posiadamy i utrzymujemy normy ISO, więc wiem, co mówię. W przypadku akredytacji, która odbywa się co trzy lata, między wizytacjami faktycznie niektóre szpitale przestają się starać tak jak w czasie wizyty. Ale zmienić to ma zapis w procedowanej Ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta dotyczący możliwości przeprowadzania wizyt kontrolnych w okresie ważności certyfikatu i jest to bardzo ważna zmiana idąca we właściwym dla jakości kierunku.

Jeśli chodzi o statystykę, to CMJ przeprowadził 1357 wizyt akredytacyjnych i 415 szpitali miało certyfikat, ale z jakichś powodów większa część z nich aktualnie go nie ma. Te placówki albo nie podchodziły do następnej wizytacji, albo wynik wizyty był negatywny. Nie ma dostępnych danych, ile szpitali posiada jakie normy, a artykuł generalizuje informacje o systemie ISO. Kolejna końcowa teza, że CMJ wyczerpał swoje możliwości i powinien zostać zastąpiony przez AOTMiT, jest równie nieuprawniona. Prawie każdy dyrektor szpitala w Polsce wie, jak została zrealizowana od 1 lipca ustawa o płacy minimalnej w OZ i kto za taki stan rzeczy odpowiada. CMJ ma największe doświadczenie w realizacji wielu projektów z zakresu *patient safety*, a obecne kłopoty wiążą się z różnymi problemami z pozyskiwaniem dobrych wizytatorów lekarzy. Zapisana w poprzednim projekcie usta-

wy propozycja przekształcenia CMJ w agencję ds. jakości i bezpieczeństwa pacjentów mogłaby usunąć znaczną część tych kłopotów.

Wnioski muszą być prawdziwe

Nawiązując do tekstu, który komentuję – wyciągamy wnioski z kontroli, ale niech to będą prawdziwe i dobre wnioski, których realizacja spowoduje poprawę sytuacji. Nie przeciwstawiamy w ten sposób ISO akredytacji, bo wierzę, że oba systemy przyczyniają się do poprawy jakości, tylko akredytacja szpitali jest systemem przeznaczonym do tego celu, a nie dostosowywanym z powodów ekonomicznych. Jeśli certyfikat akredytacyjny w ocenie mądrych zarządzających szpitalami nie ma wartości, to nie byłoby teraz przeszło rocznej kolejki do jego odtworzenia w trakcie następnej wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej przez CMJ. Na koniec chcę zadeklarować, że w pełni popieram zasadę ciągłego doskonalenia jakości w każdej formie i w każdy sposób dla dobra pacjentów.

Porównania motoryzacyjne – *post scriptum*

Może nie jest to najlepszy przykład w kontekście tezy o wyższości ISO nad akredytacją, ale porównanie, która marka aut jest lepsza na podstawie liczby samochodów na drogach w danym kraju, może coś wytłumaczyć. Bo przecież nie dlatego w Indiach jeździ mnóstwo samochodów osobowych marki Tata, że są lepsze od aut marki Rolls-Royce, ale dlatego, że mieszkańcy Indii mogą sobie pozwolić na ich zakup i traktują samochód jako środek do przemieszczania się, a nie jak właściciele rolls-royce'ów jako przedmiot prestiżu, niezawodności, komfortu użytkowania i bezpieczeństwa.

Marek Tombarkiewicz, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, były wiceminister zdrowia

Jeśli chcesz przeczytać tekst „Wyciągamy wnioski z raportów Najwyższej Izby Kontroli”, zeskanuj kod QR:

