



KANCELARIA SENATU
BIURO ANALIZ I DOKUMENTACJI

Zarządzanie jakością
w placówkach służby zdrowia.
Rola motywacji w zarządzaniu
pracownikami służby zdrowia

OPINIE EKSPERTYZY

OE-166

STYCZEŃ 2011

BIURO ANALIZ I DOKUMENTACJI
Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych

**Zarządzanie jakością
w placówkach służby zdrowia.
Rola motywacji w zarządzaniu
pracownikami służby zdrowia**

**OPINIE
EKSPERTYZY**

OE-166

Kancelaria Senatu
Styczeń 2011

Materiał przygotowany przez Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych
Biura Analiz i Dokumentacji.

Biuro Analiz i Dokumentacji zamawia opinie, analizy i ekspertyzy sporządzone
przez specjalistów reprezentujących różne punkty widzenia.

Wyrażone w materiale opinie odzwierciedlają jedynie poglądy autorów.

Korzystanie z opinii i ekspertyz zawartych w tym zbiorze bez zezwolenia Kancelarii Senatu
dopuszczalne wyłącznie w ramach dozwolonego użytku w rozumieniu ustawy
z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych
(Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631 ze zm.)

i z zachowaniem wymogów tam przewidzianych.

W pozostałym zakresie korzystanie z opinii i ekspertyz wymaga każdorazowego
zezwolenia Kancelarii Senatu.

© Copyright by Kancelaria Senatu, Warszawa 2011

Biuro Analiz i Dokumentacji

Dyrektor – Agata Karwowska-Sokołowska – tel. 22 694 94 32, fax 22 694 94 28,
e-mail: sokolows@nw.senat.gov.pl

Wicedyrektor – Ewa Nawrocka – tel. 22 694 90 53,

e-mail: nawrocka@nw.senat.gov.pl

Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych tel. 22 694 92 04, fax 22 694 94 28

Redaktor prowadzący – Andrzej Krasnowolski

Opracowanie graficzno-techniczne, druk i oprawa
Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Zarządzanie jakością w placówkach służby zdrowia.

Rola motywacji w zarządzaniu pracownikami służby zdrowia

Wprowadzenie

Rozpatrywanie jakości ma pewną specyfikę polegającą na tym, iż jakość ma niewielu otwartych przeciwników. Większość jednak deklarujących się jako jej zwolennicy, czynią to w warstwie werbalnej. Pod hasłem dbałości o jakość podejmowane bywają działania mające znikome bądź żadne znaczenie praktyczne. Samo pojęcie jakości towarzyszące nam od dzieciństwa rozumiane bywa rozmaicie. Aby zatem omówić zarządzanie jakością, czyli takie zarządzanie, w którym uwaga kierujących skupiona jest na jakości – ocenie stanu aktualnego i poprawie – konieczna jest refleksja co to jest jakość, czym jest zarządzanie jakością i jaka jest specyfika jakości w służbie zdrowia.

Jakość

Samo pojęcie rozumiane bywa na dwa sposoby. Czasem jakość ma konotację neutralną. Może być kiepska, średnia, wysoka – mówimy o niskiej i o wysokiej jakości produktów czy usług. W innym ujęciu jakość jest synonimem dobrej jakości. W polskich tekstach literackich, a także technicznych, ale nie dotyczących specyficznie zarządzania lub problematyki jakości, pojawiającemu się pojęciu jakość najczęściej towarzyszą przymiotniki określające jej poziom. W literaturze anglojęzycznej quality ma zwykle wydźwięk pozytywny a terminologia związana z jakością odnosi się do wysokiego poziomu produktu lub procesu. Różnica ujawnia się przy tłumaczeniach. Termin quality assurance dosłownie przekładany jako zapewnienie jakości, w istocie oznacza zapewnienie WYSOKIEJ jakości. To trochę komplikuje, bo eksperci zajmujący się jakością transponują z języka angielskiego określenia zawierające pojęcie jakości w rozumieniu anglosaskim.

Czym jest jakość – w rozumieniu wysoka jakość? Jest wiele definicji. Jedna z najprostszych mówi, iż jakość jest wtedy gdy właściwe rzeczy czyni się właściwie. Zatem na jakość składają się łącznie dwa elementy. Pierwszy to czynienie rzeczy właściwych, a drugi to robienie tego w sposób właściwy. Niektórzy dodają, iż w odpowiednim czasie – trzeci element. Dobrze musi być nie tylko to CO czynimy, ale też JAK i KIEDY to czynimy.

Definicje są nużące i mało efektowne. Zamiast więc na wstępie doprecyzować, w miarę możliwości, co rozumiemy pod pojęciem jakości tego czy owego, przyjmujemy, iż wszyscy przecież rozumieją termin powszechnie używany. Dopiero próba zmierzenia jakości unaocznia wiele problemów. Okazuje się szybko, iż nie ma miary jakości. Możemy mierzyć paramet-

try poszczególnych cech, funkcji, aspektów ale nie samej jakości. Do podstawowych aspektów świadczenia zdrowotnego można najczęściej zaliczyć:

- skuteczność stosowanej metody,
- bezpieczeństwo stosowanej metody,
- właściwe zastosowanie metody:
- u właściwych pacjentów ze względów na stan chorobowy i stan pacjenta,
- we właściwym czasie,
- poprawność wykonania,
- bezpieczeństwo wykonania i środowiska,
- wydajność,
- akceptowalność świadczenia i opieki,
- dostępność:
- osiągalność,
- łatwość korzystania.

Zsumowanie ocen poziomu świadczeń w poszczególnych aspektach pozwala na syntetyczne oszacowanie ich jakości. Problem w tym, iż nie ma ustalonych jednolitych kryteriów, które aspekty świadczeń należy uwzględniać w ramach oceny jakości. W niektórych analizach jakości przeciwstawia się dostępność. W innych mowa jest osobno o jakości i bezpieczeństwie. Jeszcze inne rozróżniają jakość jako wartość medyczną i wydajność jako wskaźnik ekonomiczno–zarządczy. Różny zakres pojęciowy może być w pełni uzasadniony celami analizy, ale aspekty uwzględnione w ramach oceny jakości powinny być zawsze przejrzysto wymienione, a nie pozostawiane domysłem.

To, co obejmuje pojęcie jakości, zależy od tego, co podlega ocenie i z czyjej perspektywy ocena jest dokonywana. Przykładowo, WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) opracowała system oceny jakości i egalitarności systemów ochrony zdrowia z perspektywy międzynarodowych porównań. Ocenie podlegają trzy aspekty każdego systemu:

- wpływ na zdrowie społeczeństwa (health),
- odpowiadanie na oczekiwania (responsiveness),
- przyzwoitość obciążeń finansowych (fairness in financial contribution).

Poziom dwóch pierwszych aspektów składa się na jakość systemu, zaś równomierność społecznego rozkładu wyników oceny wszystkich trzech aspektów decyduje o egalitaryzmie systemu.

W odniesieniu do placówki medycznej widzianej z perspektywy właściciela, dyrektora lub osób zarządzających oceniane aspekty opieki można grupować podobnie, w trzy duże kategorie:

- jakość medyczna – obejmująca aspekty bezpośrednio wpływające na uzyskiwane efekty zdrowotne – takie jak skuteczność, bezpieczeństwo, właściwe zastosowanie, poprawność wykonania,
- jakość serwisu – zaspakajanie oczekiwań klientów w tym łatwość korzystania i akceptowalność (satysfakcja z udzielanych świadczeń, traktowania i warunków),
- jakość gospodarcza – wydajność, uzyskiwane efekty ekonomiczne i możliwości inwestowania.

Taka kategoryzacja ułatwia wskazanie mierników, odmiennych dla każdej z kategorii, których należy użyć, aby określić poziom placówki.

Z perspektywy porównań zabiegowych ośrodków wysoko–specjalistycznych najistotniejsze są parametry dotyczące skuteczności medycznej i bezpieczeństwa, a często również innowacyjności.

Czy dostępność winna być traktowana jako jeden z aspektów jakości? To zależy, kto podlega ocenie. Podstawową zasadą jest ocenianie danego aspektu opieki wtedy, gdy zależy on od ocenianego podmiotu. Tak więc jeżeli dostępność do świadczenia oferowanego przez placówkę medyczną w istocie zależy nie od tej placówki, ale od wielkości kontraktu przyznanego przez NFZ to oceniając jakość placówki nie należy uwzględniać dostępności. Z kolei w przy ocenie działań Funduszu wśród innych wskaźników winien znaleźć się miernik dostępności do określonych świadczeń.

Jakość opieki medycznej

Oczekiwanie, aby dostępna pomoc medyczna świadczona była na możliwie najwyższym poziomie, towarzyszy ludzkości od zarania. Ten rodzaj ludzkiej aktywności jako pierwszy podlegał regulacjom mającym na celu zwiększenie szansy na powodzenie leczenia i zmniejszenia ryzyka niepowodzeń. Zapisy kodeksu Hammurabiego wskazują, iż już w odległej starożytności tworzono przepisy prawne, których intencją było zapobieganie nieuzasadnionym, ryzykownym kuracjom. Zawód lekarza stał się pierwszą profesją, którą można było uprawiać jedynie po ukończeniu odpowiednich studiów i uzyskaniu formalnych tytułów. Wprowadzenie zwyczaju wykonywania przez lekarzy sekcji zwłok pacjentów, którzy zmarli, był swoistym mechanizmem weryfikacji rozpoznań i sposobu postępowania lekarzy.

Początki współczesnej systematycznej, kompleksowej dbałości o jakość oferowanych świadczeń medycznych wiąże się z działalnością bostońskiego chirurga E. Amory Codmana i głoszoną przez niego od 1910 r. potrzebą oceniania przez chirurgów wyników końcowych (end results) leczenia. Doprowadził on też do opracowania i ogłoszenia w 1924r. przez Amerykańskie Kolegium Chirurgów tzw. Standardu Minimum dla Szpitali. Dokonywana przez to Kolegium ocena spełniania wymogów zawartych w Standardzie dała początek akredytacji. Pierwotnie dotyczyło to chirurgii, ale po II wojnie światowej zakres akredytacji rozszerzono na całe szpitale, a w końcu też i na inne typy placówek medycznych. Standardy akredytacyjne okazały się skutecznym mechanizmem oddziaływania na jakość opieki. Za przykładem USA poszły Kanada, Australia, a w końcu szereg krajów europejskich.

Obecnie istotny wpływ na podejście do jakości w usługach zdrowotnych, a zwłaszcza na rolę osób zarządzających, mają teorie wypracowane w sferze przemysłowej oraz praktyczne doświadczenie zdobyte we wdrażaniu tych teorii. Początki nowego podejścia do zapewnienia produktów wysokiej jakości datują się na lata przed II wojną światową. Jednak opracowanie nowych zasad zarządzania opartego na dialogu z załogą w miejsce wydawania rozkazów i pozwalające na wieńczone sukcesem odejście od klasycznego modelu kontroli jakości produktu finalnego do nowego modelu doskonalenia procesów produkcyjnych zawdzięczamy latom powojennym. Producenci będący zrazu w słabszej pozycji rynkowej dzięki koncentracji na poprawie jakości produktów stawali się wzorem do naśladowania. Spektakularne doświadczenia przemysłu nie pozostały bez wpływu na placówki medyczne – głównie amerykańskie, i to te, które działają w obszarze zaciętej rywalizacji rynkowej. Wkładem teoretyków i praktyków zarządzania jakością w przemyśle w ogólny dorobek, z którego korzystają również menedżerowie placówek medycznych, jest przede wszystkim:

1. opracowanie metodologii systematycznego doskonalenia. Zakłada ono cykliczne powtarzanie sekwencji kilku logicznie powiązanych działań. Poprawa uzyskiwana jest stopniowo, w każdym kolejnym cyklu. Ewentualne niepowodzenia są analizowane na bieżąco, a na pod-

stawie płynących z nich wniosków działania są korygowane tak, aby w kolejnym cyklu uzyskać oczekiwaną poprawę.

Podejście to często obrazowane jest w postaci tzw. cyklu PDSA lub Deminga. Właściwiej idee tej metodologii oddaje wyobrażenie spirali. Podstawowe fazy cyklu doskonalenia to:

- **PLANOWANIE** (wybór celu działania – co będzie podlegało poprawie, stworzenie zespołu który zaplanuje i przeprowadzi zmiany, co należy zmienić, aby uzyskać poprawę, jak będzie mierzony efekt wprowadzanych zmian),
- **DZIAŁANIE** (przekonanie zainteresowanych pracowników do potrzeby dokonania zmian, wprowadzenie zmian w aktualnym funkcjonowaniu),
- **SPRAWDZENIE** (ocena uzyskanych efektów, pomiar do jakiego stopnia udało się wprowadzić zakładane zmiany, jakie trudności i przeszkody napotkano, co wynika ze zmian),
- **ADAPTACJA** (wyciąganie wniosków z wyników dostarczanych w fazie sprawdzenia, formułowanie zaleceń odnośnie modyfikacji planu działania w kolejnym cyklu),

2. wypracowanie dużej gamy specyficznych narzędzi zarządczych i analitycznych ułatwiających:

- generowanie i opracowywanie pomysłów,
- obrazowanie i wykorzystywanie danych,
- uzyskiwanie pozytywnych efektów pracy grupowej do podstawowych narzędzi wykorzystywanych w różnych fazach cyklu PDSA.

Jak uczy doświadczenie firm znanych z najwyższej jakości, uzyskanie wysokiego poziomu produkowanych towarów lub świadczonych usług jest niemożliwe bez dostatecznego zmotywowania i zaangażowania pracowników w planowanie i realizowanie postępu. Inicjatywa powinna pochodzić od dyrekcji. Ale uznanie, iż uzyskanie poprawy jest zadaniem kadry kierowniczej jest błędem. Aby właściwie zdiagnozować, skorygować i usprawnić procesy potrzebne jest aktywne zaangażowanie tych, którzy te procesy najlepiej znają, a więc pracowników, którzy na co dzień je realizują.

Zarządzanie placówkami służby zdrowia a jakość

Pomijając szczególne przypadki w zdecydowanej większości zarządzający placówkami medycznymi starają się kierować nimi tak aby najlepiej realizować przyjęte cele. Cele te dość często nie są jednak jasno, otwarcie określone, funkcjonują bardziej implícite. Stosunkowo najlepiej pod tym względem wyglądają jednostki niepubliczne, w których właściciel lub organ właścicielski otwarcie formułują cele istnienia jednostki, stawiają zarządzającemu zadania i precyzują swoje oczekiwania. W nich obserwujemy pewne wysiłki w aspektach zaliczanych szczególnie do jakości serwisu.

W odniesieniu do jednostek publicznych sytuacja jest dużo bardziej skomplikowana. Organ właścicielski, nawet formalnie precyzując zadania np. szpitala, nie zawsze sam się nimi kieruje przy ocenie dyrektora. Ostatecznie w zależności od lokalnej sytuacji, własnych przeszłych doświadczeń oraz domniemań co do możliwych konsekwencji prowadzi to do sytuacji, w której dyrektor ustala jakąś hierarchię swoich celów. Najczęściej u zarządzającego obserwuje się kilka postaw.

Dyrektor nabiera przekonania, iż wobec potencjalnej groźby jego odwołania przez władzę, np. samorządową, przede wszystkim musi:

- dbać, aby do tej władzy nie płynęły skargi, protesty czy pretensje, np. ze strony związków zawodowych lub załogi broniących nadmiernego zatrudniania nieproduktywnych pracowników, tym samym powstrzymując się od kłopotliwej racjonalizacji zatrudnienia,
- ulegać żądaniom ordynatorów mających szczególnie silną pozycję społeczną w środowisku lokalnym,

- akceptować naciski i sugestie personalne – np. zatrudnianie ordynatora, który kierując oddziałem powoduje duże straty finansowe.

Dyrektor uznaje, iż jego podstawowym celem jest poprawa kondycji finansowej kierowanej placówki. Celem głównym niektórych dyrektorów bywa chęć osobistych zysków, czasem również osób bliskich i zaprzyjaźnionych. Dla niektórych pełnienie funkcji zarządczej jest okazją do wykazania się możliwościami i talentami np. w zakresie rozwoju placówki, inwestowania.

Wśród różnorodnych celów, takich jak zachowanie pokoju społecznego, dobrych relacji ze zwierzchnikami, bilansu ekonomicznego czy prowadzenie inwestycji, zajmowanie się poprawą jakości usług jawi się jako swoisty luksus. Skłonni do podejmowania takiego wyzwania są przede wszystkim dyrektorzy motywowani osobistymi ambicjami pokazania własnych możliwości.

Ostatecznie próby realizacji własnych programów poprawy jakości opartych na metodologii powtarzanych cykli doskonalenia były nieliczne i miały jak dotąd w polskiej służbie zdrowia charakter nietrwały. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia od połowy lat 90 ubiegłego wieku oferuje szkolenia w zakresie metodologii zarządzania jakością. Początkowo zainteresowanie ze strony szpitali i innych placówek było większe, ale w ostatnich latach bardzo zmalało.

Istotną, negatywną rolę w upowszechnianiu zarządzania jakością, odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Kreując własne wymogi i często je zmieniając, zmusza podmioty korzystające z funduszy publicznych do podejmowania wysiłku dostosowywania się do tych wymogów. Angażuje to czas i środki, co drastycznie ogranicza możliwości realizowania programów poprawy jakości.

W stymulacji działań na rzecz wyższej jakości skuteczne okazały się zewnętrzne systemy, w szczególności akredytacja. W Polsce rozpowszechniły się dwa systemy zewnętrznej oceny: akredytacja przyznawana przez Radę Akredytacyjną, a obecnie Ministra Zdrowia, i certyfikacja zgodnie z kilkoma normami ISO.

Akredytacja

Akredytacja jest zewnętrznym w stosunku do placówki systemem oceny całej placówki (nie wybranego aspektu, jak w przypadku systemów certyfikujących), wywodzącym się z opieki zdrowotnej i w całości dostosowanym do tego rodzaju usług. Jej zasadniczym celem jest:

- wyróżnienie placówek oferujących wysoką jakość świadczeń,
- stymulowanie możliwie licznych podmiotów do poprawy jakości udzielanych świadczeń i jakości funkcjonowania.

Z tych względów stawia wymogi relatywnie wysokie, których spełnienie nie jest proste, co określa się jako standardy optymalne. Oznacza to, iż musi ona:

- być dobrowolna, w tym sensie, iż niespełnianie wymogów nie może skutkować likwidacją placówki (taką funkcję w niektórych krajach pełni obowiązkowy inny system tzw. licencjonowanie – które z oczywistych względów musi posługiwać się standardami minimum i które wszystkie muszą być spełniane. Celem licencjonowania jest jedynie eliminacja rażących przypadków niskiej jakości, a nie ogólne stymulowanie jakości),

- okresowo modyfikować standardy, podnosząc wymogi stosownie do zachodzącego postępu, zastępując stare standardy, których spełnianie przestało być trudne, nowymi, które ponownie stanowią wyzwanie.

W Polsce akredytacja wprowadzona została przez jednostkę podległą Ministrowi Zdrowia – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Po okresie przygotowań w la-

tach 1995 –1997 wprowadzona została w 1998r. akredytacja szpitali. Przez 10 lat akredytacji udzielała Rada Akredytacyjna powołana przez CMJ i kilka innych znaczących organizacji z Izbą Lekarską na czele. Od 2009 roku akredytacji szpitali udziela Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji przygotowanej przez Radę Akredytacyjną, powoływaną przez Ministra zgodnie z ustawą o akredytacji. Poza programem akredytacji szpitali w przygotowaniu są programy dla innych typów placówek. Najbardziej zaawansowane są prace nad akredytacją podstawowej opieki zdrowotnej.

Ocena dotyczy spełniania wymogów zwanych standardami. Odnoszą się one do różnych aspektów opieki nad pacjentem i do kluczowych elementów zarządzania placówką, mających wpływ na jakość opieki. Standardów szpitalnych jest ponad dwieście i podzielone są na 15 działów (zestaw z 2009 r.), które dotyczą:

- ciągłości opieki nad pacjentem,
- praw pacjenta,
- oceny stanu pacjenta,
- opieki nad pacjentem,
- kontroli zakażeń,
- zabiegów i znieczulenia,
- farmakoterapii,
- laboratorium,
- diagnostyki obrazowej,
- odżywiania,
- poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
- zarządzania ogólnego,
- zarządzania zasobami ludzkimi,
- zarządzania informacją,
- zarządzania środowiskiem opieki.

Standardy wskazują, JAK należy postępować, ale równocześnie określają CO należy zrobić w poszczególnych działach.

Spełnianie wymogu stawianego przez standard punktowane jest 1, 3 lub 5 pkt. W oparciu o punktację poszczególnych standardów i wagi przypisane poszczególnym standardom określany jest procentowy stopień spełniania standardów dla poszczególnych działów i dla całego szpitala. Wymogi są jednakowe dla wszystkich placówek na terenie kraju uczestniczących w danym programie np. akredytacji szpitali. Pozwala to na porównanie uzyskanych wyników.

Akredytacja przyznawana jest przy spełnianiu wymogów określonych przez standardy na określonym, minimalnym poziomie. Obecnie szpital uzyskuje akredytację 3–letnią, gdy otrzyma co najmniej 75% możliwej do uzyskania punktacji.

Placówka oceniana jest bezpośrednio na miejscu przez zespół wizytatorów, który odwiedza jednostkę. Dokonują oni przeglądu placówki, rozmawiają z zarządem, personelem, pacjentami i zapoznają się dokumentacją placówki i wybranymi losowo historiami choroby i innymi dokumentami pacjentów. Informacje podawane przez przedstawicieli placówki niejednokrotnie są weryfikowane.

Ocena, w której rolę organizatora pełni CMJ, generuje koszty (przede wszystkim wizyt w placówce), które pokrywa wnioskodawca lub jego sponsor. Cały system działa na zasadzie not for profit.

Cechą szczególną wizytatorów jest to, iż poza przedstawicielem CMJ zespół składa się z tzw. „rówieśników zawodowych”. Wizytatorem bowiem może być lekarz, pielęgniarka

lub menedżer pracujący w placówce analogicznej do ocenianej (w przypadku szpitala w szpitalu) lub mający długi staż pracy w takiej placówce. Dzięki temu wizytatorzy nie mają cech kontrolerów ani audytorów–teoretyków oderwanych od rzeczywistości i słabo rozumiejących praktyczne uwarunkowania. Aby uniknąć wpływu ewentualnych środowiskowych znajomości stosowana jest nie tylko zasada ujawniania potencjalnego konfliktu interesów, ale też reguła dobierania wizytatorów mieszkających i pracujących w miejscach odległych od ocenianych.

W ciągu trzynastu lat funkcjonowania akredytacji szpitali w Polsce liczba tych, które poddawały się ocenie i tych, które otrzymały status szpitala akredytowanego wahały się dość znacznie. W pierwszym okresie do akredytacji zgłaszane były pojedyncze placówki, w większości kierowane przez szeroko znanych menedżerów, którzy przygotowanie szpitala i uzyskanie wyróżnienia traktowali bardzo prestiżowo. W dalszych latach liczba szpitali poddających się ocenie z reguły najczęściej oscylowała około 30 – 40 rocznie, a liczba szpitali posiadających akredytację w granicach 70 – 90. W kolejnych latach zaczęło zgłaszać się coraz więcej szpitali, które wcześniej już takie wyróżnienie posiadało, a niewiele nowych. Ostatecznie przygotowania do przeglądu i przegląd przeszło łącznie około 160 spośród blisko 700 polskich szpitali. W ostatnim roku notuje się większą liczbę zgłoszeń, w tym placówek, które po raz pierwszy ubiegają się o to wyróżnienie. Wynikać to może z faktu, iż posiadanie akredytacji stało się oficjalnie jednym z kryteriów mających wpływ na kontraktowanie świadczeń.

Akredytacja przez ponad dziesięć lat przeżywała trudności legislacyjne. Z początkiem 1998 znowelizowano ustawę o zoz-ach, dodając artykuł mówiący o możliwości uzyskania akredytacji z delegacją dla ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w ciągu pół roku. Kolejne próby opracowania stosownego rozporządzenia okazywały się nieskuteczne, aż w 2004 r. Rządowe Centrum Legislacyjne orzekło, iż tak długa zwłoka w realizacji zobowiązania nałożonego na ministra musi oznaczać istnienie wady w delegacji ustawowej. Brak rozporządzenia skutkowało wielokrotnie kwestionowaniem ze strony niektórych (nie wszystkich) kas chorych, a później ze strony NFZ, znaczenia akredytacji uzyskanej przez szpital. Niektóre kasy chorych uznawały, iż jest to dowód spełniania wyższych standardów jakości i zwiększały nieco kontrakty, inne nie. Ostatecznie ministrowie Ewa Kopacz i Marek Haber przygotowali nową ustawę o akredytacji (uchwalona w 2008 roku) i stosowne do niej rozporządzenia, które aktualnie regulują proces akredytacji. Zakończyło to jednoznacznie dyskusję na temat legalności akredytacji.

Aktualnie dalszy rozwój akredytacji, jako systemu stymulacji poprawy jakości w placówkach opieki zdrowotnej zależy od:

1. wprowadzenia jednoznacznych zachęt finansowych dla placówek dokonujących wysiłku modernizacji dla spełnienia akredytacyjnych standardów jakości i wysiłku utrzymania poziomu placówki akredytowanej,
2. poszerzenia spektrum placówek, które mogą uzyskać akredytację. Aktualnie gotowa jest propozycja zestawu standardów dla podstawowej opieki zdrowotnej. Trwają zaawansowane prace CMJ i Rady Akredytacyjnej z rządowymi agencjami zwalczania uzależnień nad standardami jakości dla placówek leczenia uzależnień,
3. wprowadzenia możliwości warunkowania akredytacji dokonaniem przez placówkę określonych zmian w określonym czasie,
4. poprawy weryfikowalności spełniania standardów jakości przez cały okres, na który akredytacja została przyznana,
5. rozszerzenie wymogów akredytacyjnych poza standardy poprzez wprowadzenie oceny również wybranych mierników uzyskiwanych efektów zdrowotnych takich jak wskaźniki jakości lub mierniki wynikające z rejestrów pacjentów i badań opinii pacjentów.

Certyfikacja

Certyfikacja oznacza wyróżnienie jakiegoś fragmentu działalności, który spełnia określone wymogi. Certyfikacja może dotyczyć fragmentu świadczeń szpitalnych, np. szpitalnego oddziału ratunkowego bądź stacji dializ. Może też dotyczyć pewnych funkcji szpitala, jak np. dbałość o bezpieczne środowisko pobytu i leczenia.

Rozpoznawalną w kraju jest certyfikacja zgodnie z normami ISO. Właściwie jest to obecnie jedyna certyfikacja, jaka pojawia się w placówkach opieki zdrowotnej. Wokół niej narosło wiele nieporozumień i mylnych sądów. Dla uniknięcia dalszych konieczne jest wyjaśnienie istoty działalności organizacji, jaką jest ISO. Jej zasadniczym celem jest tworzenie mechanizmów zapewniających, iż produkty wytwarzane zgodnie z normą ISO będą zgodne z zadeklarowaną specyfikacją. Tak więc producent ma określić jakość produktu, klient winien decydować, czy jest zainteresowany taką jakością, a system norm ISO ma zapewnić, iż każdy egzemplarz będzie spełniał podane przez producenta wymogi. Naturalną drogą do uzyskania takiego efektu jest:

- korzystanie z materiałów i półproduktów, których każda partia spełnia te same normy (wytworzonych w warunkach spełniania norm ISO),
- maksymalne ujednolicenie czyli normalizacja wszelkich procesów wytwarzania.

Jak z tego widać, normy ISO dbają o połowę problemu jakości – o powtarzalność wyniku, pozostawiając problem pożądanego poziomu producentowi i klientowi. Wg klasycznej definicji jakości dbają o to, JAK postępować, nie precyzując CO należy zrobić.

Po drugie, o ile normalizacja postępowania ma uzasadnienie w laboratorium lub w szpitalnej pralni, o tyle w opiece nad chorymi nie tylko możliwe, ale wręcz zalecana jest indywidualizacja. Z tych względów certyfikacja ISO nie określa wymogów dotyczących postępowania z pacjentami. Regulująca certyfikację wg norm ISO ustawa o systemie oceny zgodności z sierpnia 2002 r wyraźnie wskazuje, iż dotyczy wyrobów i procesów ich wytwarzania. Zatem rodzi się wątpliwość, czy można w zgodzie z przepisami certyfikować placówki medyczne, które przecież nie wytwarzają wyrobów.

Certyfikowaniem zajmują się prywatne firmy, takie jak TÜV, Det Norske Veritas, Lloyd's Register czy Polskie Centrum Badań i Certyfikacji (PCBC). Działają for profit, konkurując między sobą łatwością i ceną. Przy ograniczonym popycie ze strony wytwórców wyrobów naturalnym jest poszukiwanie nowych rynków zbytu dla oferowanej usługi, również w sektorze zdrowia.

Brak jest norm ISO dotyczących postępowania z pacjentem. Zatem firmy oferują certyfikowanie zgodnie z normą dotyczącą systemu zarządzania jakością (norma 9001), lub dotyczącą systemu zarządzania środowiskowego (norma 14 001), bądź dotyczącą systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (27 001). Na tym tle dochodzi do nieporozumień, gdyż w przekonaniu wielu placówka medyczna posiadająca certyfikat ma dowód, iż oferuje świadczenia wysokiej jakości, gdy w istocie dotyczy to jedynie fragmentu działalności.

Kolejne nieporozumienie wynika z częstego, mylnego przekonania, iż ponieważ certyfikacja dokonywana jest zgodnie z wymaganiami międzynarodowej organizacji to certyfikowane placówki w Polsce i we Francji prezentują ten sam, a przynajmniej zbliżony poziom świadczeń. Nic bardziej mylnego. Dwie analogiczne placówki w tym samym mieście mogą oferować usługi bardzo różnej jakości. Bo to one decydują, co i w jaki sposób będą standaryzować. Zgodnie z fundamentalną regułą normalizacji ISO „opisz to, co robisz, a następnie rób zawsze to, co napisałeś” placówka musi zdecydować, co będzie robić. Ważne jest tylko to, aby gdy już raz się zdecyduje i wciągnie to do dokumentacji, konsekwentnie tak samo postępowała w każdym przypadku w przyszłości. Początki certyfikacji nastęrczały szpitalom trudności co

do tego, co uznać za pożądany sposób postępowania. Niejednokrotnie rozwiązanie znajdowano w standardach akredytacyjnych.

Głębokie przekonanie, iż normy ISO są uniwersalne prowadziło do sytuacji, w których osobą przygotowującą szpital do oceny był np. inżynier budowy dróg i mostów. Podobnie jednostka certyfikująca często przysyłała na ocenę audytora mającego zawód odległy od medycyny. Problem ten został dostrzeżony i w ostatnich latach w roli audytorów zatrudniani są lekarze.

Certyfikacja ISO prowadzona jest nie tylko w szpitalach, ale i w mniejszych placówkach. Liczba certyfikowanych jest wielokrotnie wyższa od liczby akredytowanych szpitali. Analiza silnych i słabych stron obu systemów zewnętrznej oceny wskazuje, iż w niektórych sytuacjach mogłyby być traktowane komplementarnie.

Motywacja w zarządzaniu.

Klasyczny podział metod motywacji wyróżnia dwie zasadnicze grupy. Motywacje finansowe i motywacje nie-ekonomiczne. W teorii zarządzania zwraca się uwagę, iż pozaekonomiczne metody motywowania mogą daleko silniej oddziaływać, niż nagroda czy kara pieniężna. Zwraca się uwagę, iż przykładanie nadmiernej wagi do sterowania bodźcami finansowymi prowadzi do nieskuteczności w sterowaniu pracownikami. Ale też okazuje się, iż bodźce finansowe mają długotrwałe działanie, w przeciwieństwie do innych, których efekt dość szybko zanika.

Wiele uwagi poświęcono też problemowi, czy pracownicy powinni być wynagradzani za własną pracę, czy też stosownie do osiągnięć zespołu, działu, firmy. Potwierdzone obserwacje wskazują, iż nadmierne podkreślanie indywidualnych osiągnięć rodzi postawy egoistyczne i skutkuje brakiem współpracy pomiędzy pracownikami. Wnioski zatem są dość oczywiste: należy zachować umiar i równowagę pomiędzy motywowaniem do indywidualnego wysiłku a motywowaniem do działania w grupie i wspierania innych członków zespołu, innych działów firmy.

Problemem dominującym w publicznej służbie zdrowia w naszym kraju jest niemal całkowity brak mechanizmów systematycznej motywacji. Doraźnie przełożony czasem pochwali pracownika, ale w większości szpitali i dużych przychodni brak systematycznego wskazywania wyróżniających się pracowników. Czasem obśmiewane są tego typu pomysły jako rodem z PRL-u. Obserwacje wiodących firm w świecie wolnej gospodarki ujawnia, iż wykorzystują takie mechanizmy motywowania pracowników.

W szczególności negatywnie należy oceniać powszechny system opłaty pracowników, w którym dominuje stała część wynagrodzenia. Do takiego stanu rzeczy niewątpliwie przyczyniają się naciski związków zawodowych.

Szukając optymalnego narzędzia dla oceny poszczególnych działów i pracowników chciałbym wskazać rozwiązanie, które zdobyło duże powodzenie w wielu najbardziej prestiżowych firmach. W początkach lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku opracowana została przez ekspertów z uniwersytetu Harvarda tzw. Zrównoważona Karta Wyników (Balanced Scorecard). Zakłada ona ocenę w czterech głównych kategoriach:

- wynik finansowy,
- osiągnięcia w zakresie doskonalenia funkcjonowania,
- rozwój np. uzyskiwanie kompetencji, wiedzy,
- oceny klientów (klientami dla lekarzy i pielęgniarek są pacjenci a dla personelu pomocniczego właśnie lekarze i pielęgniarki).

Zrównoważona Karta Wyników została zaadaptowana do oceny i motywowania personelu w placówkach medycznych w wielu krajach. W Polsce znany mi jest jedynie jeden przypadek szpitala, który eksperymentował z taką kartą.

Podsumowanie

Ponieważ w opiece zdrowotnej nie można liczyć na dostatecznie silną stymulację poprawy jakości poprzez konkurencję potrzebne są regulacje prawne, które zachęcałyby do upowszechnienia koncentrowania się menedżerów opieki zdrowotnej na zagadnieniach jakości. Najpilniejsze wydaje się stworzenie prawnych warunków dla wdrażania rejestrów pacjentów oraz rejestru zdarzeń niepożądanych.

