

Roman Andrzej Lewandowski

PERSPEKTYWY DOSKONALENIA JAKOŚCI W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA

[**słowa kluczowe:** zarządzanie w ochronie zdrowia, system zarządzania jakością, normy ISO, Program Akredytacji Szpitali, samoocena]

Streszczenie

Najczęściej wykorzystywanymi modelami zewnętrznej oceny systemu zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia w Polsce są: Program Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; rodzina norm ISO 9000, ISO 14000, ISO 22000 i polska norma PN-N 18001; oraz samoocena zgodna z modelem doskonałości EFQM w ramach Regionalnej lub Polskiej Nagrody Jakości. Z analizy dostępnej literatury, wieloletniego doświadczenia placówek ochrony zdrowia, w tym autora, wynika, że najlepsze rezultaty uzyskuje się stosując wszystkie trzy modele jednocześnie, lecz z zachowaniem odpowiednich relacji między nimi.

* * *

Wstęp

W latach 1997–2006 przeciętna długość życia ludności w Polsce wzrosła o 2,4 roku w przypadku mężczyzn i o 2,7 lat w przypadku kobiet, gdy w tym samym okresie w 33 krajach Europy, monitorowanych w Eurostacie, wzrosła odpowiednio o 2,1 i 1,8. Umieralność na choroby przewlekłe,⁷⁹ w latach 1995–2004 zmalała w Polsce o 14%, ale w 15 krajach tak zwanej Starej Unii spadła o 19%. Liczba osób umierających na choroby przewlekłe, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w Polsce jest, o 37% wyższa niż w krajach „15”. Co prawda tempo spadku umie-

⁷⁹ Choroby przewlekłe ujęte w statystyce Eurostatu to: nowotwory złośliwe, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, choroba naczyniowo-mózgowa, przewlekła niewydolność oddechowa, przewlekłe zapalenie wątroby.

ralności jest porównywalne ze średnią z 32 krajów europejskich, ale liczba zgonów jest większa w naszym kraju aż o 23%.⁸⁰

Zwiększenie przeciętnej długości życia zawdzięczamy wzrostowi produktu globalnego i poprawie warunków życia.⁸¹ Niepokoi natomiast wolniejsze tempo spadku umieralności na choroby przewlekłe. Aby pokonać ten problem należy bezwzględnie zwiększyć jakość leczenia w polskich placówkach ochrony zdrowia. Chociaż przytoczony postulat jest słuszny, to bardzo trudny do zrealizowania. Dlatego należy poszukiwać metod, które pozwolą na podnoszenie jakości usług zdrowotnych oraz obiektywną ich ocenę.

Celem niniejszego opracowania jest ewaluacja stosowanych w Polsce modeli zarządzania jakością w placówkach ochrony zdrowia, zastosowanie tych modeli w procesie ciągłego doskonalenia jakości usług zdrowotnych, identyfikacja obszarów ich zastosowania oraz możliwości ich współzystowania.

1. Rozwój nauki o jakości w ochronie zdrowia

Jakość w ochronie zdrowia może być postrzegana z różnych perspektyw. Inaczej jakość postrzegają pacjenci, inaczej płatnik (NFZ), pracownicy, klinicyści, czy instytucje rządowe. Klinicyści mogą definiować jakość z perspektywy wyposażenia szpitala w aparaturę medyczną, wielkości sal zabiegowych. Instytucje rządowe mogą definiować jakość jako dobro publiczne poprawiające wskaźniki zdrowotności i umieralności populacji. Płatnik definiuje jakość w publikowanych wymogach, które dotyczą minimalnej liczby personelu i ich kompetencji, dostępności do usług (godziny otwarcia, możliwość dojazdu), okresu pobytu w szpitalu oraz wiąże te cechy z kosztami. Pacjenci natomiast mogą definiować jakość jako wynik procedury medycznej (poprawa zdrowia), ale również poprzez pryzmat uprzejmości i empatii personelu, szybkości reakcji na ich potrzeby, czasu, który poświęcą im pracownicy służby zdrowia. Ponadto, pacjenci w systemie ubezpieczeniowym, gdzie za usługi zdrowotne płaci tzw. „trzecia strona” nie zwracają uwagi na koszty usług. Tak więc ustalenie jednego, powszechnie akceptowanego modelu oceny jakości jest trudne.

⁸⁰ Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=REF_SD_PH&root=REF_SD_PH&depth=3

⁸¹ Piotr Krasucki, *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia, koszty i korzyści*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2005.

Pierwsze zapisy dotyczące jakości usług zdrowotnych i konsekwencji wynikających z jej niskiego poziomu można znaleźć w Kodeksie Hammurabiego: „Jeżeli lekarz zrobi nożem z brązu operację i obywatela uzdrowi albo za pomocą noża otworzy łuk brwiowy i uzdrowi oko obywatela – weźmie dziesięć szekli srebra. (...) Jeżeli lekarz zrobi operację i spowoduje, że ten obywatel umrze albo za pomocą noża otworzy mu łuk brwiowy i zniszczy jego oko, ... utną mu rękę.”⁸²

W czasach nowożytnych pierwsze opracowanie na temat jakości stworzyła Florence Nightingale w 1863 roku, gdy opublikowała pracę pt. *Propozycja polepszenia statystyki operacji chirurgicznych*, celem której było wskazanie na statystykę, jako narzędzie do pomiaru jakości usług medycznych. Z kolei Codman w drugiej dekadzie XX wieku opracował ankietę dla pacjentów po zabiegach operacyjnych, która była stosowana we wszystkich amerykańskich szpitalach.

W latach 50-tych XX wieku powołano pierwszą na świecie profesjonalnie zarządzaną organizację, która opracowywała standardy opieki zdrowotnej, promowała je, a następnie prowadziła inspekcje w szpitalach w celu ich akredytacji. Organizacja ta przekształciła się później w znaną obecnie Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)⁸³.

Istotnym krokiem naprzód nad zrozumieniem natury jakości usług zdrowotnych były prace prowadzone przez Avedisa Donabediana, który wyodrębnił trzy główne jej elementy: jakość struktury, jakość procesów i jakość wyników postępowania.⁸⁴ Struktura to warunki realizacji usług: budynki, aparatura, zasoby ludzkie, ich wykształcenie i umiejętności. Procesy to działania wykonywane we właściwym czasie i kolejności z użyciem właściwych narzędzi i metod. Wynik to liczba wyleczonych pacjentów, wykonanych zabiegów, udzielonych porad, ale również poprawa zdrowia, satysfakcja pacjenta, itp.

Na jakość udzielanych świadczeń w szpitalu składa się jakość cząstkowa usług lekarskich, pielęgniarских, fizjoterapeutycznych, diagnostycznych, ale również żywieniowych, pralniczych, obsługi technicznej i zarządczych. Donabedian zidentyfikował również trzy podstawowe wymiary jakości: techniczny (aparatura medyczna, nowoczesne procedury diagnostyczne i zabiegowe), nietechniczny (interakcje pomiędzy pacjentem a personelem) i środowiskowy (miejsce realizacji świadczeń). Niska jakość w każdym z tych obszarów prowadzi do upośledzenia

⁸² Jerzy L. Kurkowski, *Błędy i zaniedbania lekarskie*, „Gazeta Lekarska” nr 1. 1999.

⁸³ Joseph M. Juran, *Quality in Health Care Services*, McGraw-Hill Companies, s. 8, 1998.

⁸⁴ Avedis Donabedian, *Evaluating the quality of medical care*, “Milbank Memorial Fund Quarterly”, vol. 44, no. 3, s. 166–206. 1966.

usługi. Na przykład niska jakość techniczna doprowadzi do tego, że pacjent będzie bardzo zadowolony z kontaktów z personelem i z otoczenia, ale rezultat leczenia będzie niewystarczający. Z kolei wysoka jakość techniczna i środowiska opieki, ale niska nietechniczna spowoduje, że percepcja jakości usługi będzie niska, a usługa zostanie sklasyfikowana, jako „bezduszna”

W latach 70-tych i 80-tych w Stanach Zjednoczonych, głównie dzięki badaniom Rand Corporation nad różnymi formami ubezpieczeń zdrowotnych, jako produkt uboczny powstały starannie zaprojektowane ankiety do badania jakości usług medycznych. Były one oparte na szerokiej definicji „jakości leczenia” i obejmowały takie nowe obszary, jak: satysfakcja pacjenta, dostępność do usług, adekwatność leczenia. W ankietach poszerzono też definicję „wyniku leczenia” o obszar związany między innymi z samopoczuciem emocjonalnym i komfortem fizycznym oraz wprowadzono takie nowe wskaźniki, jak liczba opuszczonych dni pracy, możliwość efektywnej pracy w 6 tygodni po zabiegu chirurgicznym.

Istotny wkład do badań nad jakością w ochronie zdrowia wniósł Wennberg, który odkrył dużą rozbieżność pomiędzy ośrodkami i lekarzami w liczbie zlecanych testów diagnostycznych, operacji chirurgicznych i dni pobytu w szpitalu. Dla przykładu Wennberg stwierdził w swoich badaniach w latach 80-tych, że w odległych o mniej niż 100 mil miastach, wskaźnik liczby wycięć macicy dla kobiet do 70 roku życia różni się o 350%. Badania te dowiodły konieczności standaryzacji leczenia [Juran, 1998].

W Europie pierwszą organizacją, która podjęła problem jakości, był King Edward’s Hospital Fund for London, który już w pierwszej dekadzie XX wieku rozpoczął inspekcje ówczesnie istniejących szpitali zachęcając je do bardziej racjonalnego dostarczania usług zdrowotnych dla rozrastającego się Londynu.⁸⁵ Obecnie King’s Fund zajmuje się poprawą jakości głównie w szpitalach zabiegowych Inną organizacją akredytującą organizacje opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii jest CASPE. Ponadto, z uwagi na wciąż niewystarczającą jakość usług zdrowotnych, w 1999 roku rząd brytyjski utworzył National Institute for Clinical Excellence (NICE), którego zadania zostały na nowo określone w 2004 roku. Głównymi zadaniami NICE jest wprowadzanie wytycznych w trzech obszarach zdrowia:

- a) zdrowie publiczne – wskazania dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia;
- b) technologie medyczne – dyrektywy stosowania nowych i obecnie używanych leków oraz procedur medycznych;

⁸⁵ http://www.kingsfund.org.uk/about_us/history.html

c) praktyka kliniczna – wytyczne dotyczące właściwych metod leczenia i opieki nad osobami z określonymi schorzeniami.⁸⁶

W chwili obecnej, w każdym rozwiniętym kraju istnieje, co najmniej jedna organizacja, która zajmuje się akredytacją placówek ochrony zdrowia. Na przykład w Niemczech funkcjonuje kilka takich organizacji: KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) & ProCumCert, QMK (Qualitätsmodell Krankenhaus), AMIQ (Asklepios-Modell für Integriertes Qualitätsmanagement), JCAHO (standard amerykański).⁸⁷

W Polsce pierwszą, i jak do tej pory jedyną, dedykowaną placówkom ochrony zdrowia organizacją akredytacyjną, jest powołane w 1994 roku przez Ministra Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie. Kolejnym modelem zewnętrznej oceny systemu zarządzania jakością jest certyfikacja zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2001, która jest również stosowana w branży medycznej. Następną możliwością zewnętrznej ewaluacji systemu zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia jest udział w Polskiej lub Regionalnej Nagrodzie Jakości i w jej ramach poddanie się samoocenie zgodnie z modelem doskonałości European Foundation for Quality Management (EFQM).

Z uwagi na różnorodność modeli zewnętrznej oceny systemów zarządzania jakością i coraz częstsze stosowanie w polskich organizacjach ochrony zdrowia trzech wymienionych wcześniej modeli jednocześnie, należy zweryfikować hipotezę, że równoczesne stosowanie modeli zarządzania jakością zawartych w normach ISO 9000, Programie Akredytacji Szpitali CMJ i modelu doskonałości EFQM, wzajemnie się nie wykluczają, a prowadzą do bardziej zrównoważonego i kompleksowego rozwoju systemu zarządzania jakością w organizacji opieki zdrowotnej.

2. Najczęściej wykorzystywane modele zewnętrznej oceny systemów zarządzania jakością w polskich organizacjach ochrony zdrowia

W Polsce temat jakości w ochronie zdrowia podnoszony był od wielu dziesięcioleci, jednak dopiero utworzenie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia stworzyło podstawy do opracowania, a następnie propagowania jednoli-

⁸⁶ Ion Vince, *National Institute for Clinical Excellence NICE*, Międzynarodowe Forum Polityki Rządowej w Ochronie Zdrowia, Warszawa 24–25 września 2007.

⁸⁷ Richard Tomalka, R. Piekarski, *Porównanie systemów oceny jakości w ochronie zdrowia w Polsce i w Niemczech*, X Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków 18–19 maja 2006, s. 79

tych standardów leczenia w całym kraju. W opracowaniu 209 standardów brały udział polskie organizacje rządowe, samorządy zawodów medycznych, stowarzyszenia menadżerów ochrony zdrowia i środowisko naukowe. W stworzeniu polskiego programu akredytacji szpitali wydatny udział miały również instytucje amerykańskie: United States Agency for International Development (USAID) oraz wymieniana wcześniej JCAHO.⁸⁸ Standardy zawarte w akredytacji CMJ mają charakter szczegółowy, są zgrupowane w 15 działach obejmujących zarządzanie ogólne, zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, zarządzanie infrastrukturą techniczną, wymagania dotyczące procesu leczenia, żywienia, jak również doskonalenia systemu. W Polsce akredytacja nie jest obligatoryjna, na dzień 15.02.2008 roku tylko 68 szpitali posiadało certyfikację CMJ, co stanowi niecałe 10 % ogólnej liczby szpitali w naszym kraju.⁸⁹ Dla porównania w Stanach Zjednoczonych tylko przez JCAHO jest akredytowanych ponad 80% szpitali [Kutaj-Wąsikowska, 1999].

W ostatnich latach duża liczba szpitali przystępuje do certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2001 (2001 w oznaczeniu normy określa rok wydania polskiej wersji, norma europejska nosi oznaczenie EN-ISO 9001:2000). Rodzina norm ISO 9000 składa się z: normy ISO 9000:2000, która zawiera podstawy systemu zarządzania i słownik terminów, normy ISO 9004:2000, zawierającej wytyczne dotyczące doskonalenia funkcjonowania organizacji oraz podniesienia zadowolenia klientów. Norma ISO 9001:2000 zawiera wymagania dotyczące systemu zarządzania jakością i jest jedyną normą w tej rodzinie, za zgodność z którą można certyfikować system. Ta rodzina norm oparta jest na ośmiu zasadach zarządzania jakością:⁹⁰

- Koncentracja na kliencie/pacjencie – utrzymywanie relacji z klientami, badanie ich potrzeb, rozpowszechnianie informacji o preferencjach klientów w całej organizacji, i w oparciu o nią wyznaczanie celów strategicznych.
- Przywództwo – wyznaczanie ambitnych celów, angażowanie i motywowanie wszystkich zainteresowanych stron (wewnątrz i na zewnątrz organizacji) do ich osiągnięcia.

⁸⁸ Halina Kutaj-Wąsikowska, Michał Bedlicki, Jan Ciećkiewicz, Rafał Nizankowski, *Akredytacja szpitali rozpoczęta*, „Gazeta Lekarska”, nr 07/08 1999.

⁸⁹ Strona internetowa Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/standardy.php>

⁹⁰ http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/iso_9000_iso_14000/qmp/qmp-8.htm

Perspektywy doskonalenia jakości...

- Zaangażowanie pracowników – uświadamianie pracownikom ich kluczowej roli w organizacji, stwarzanie warunków, aby pracownicy byli zaangażowani, oddani i zmotywowani, odpowiedzialni za swoje wyniki, nastawieni na ciągłe doskonalenie.
- Procesowe podejście – systematyczne definiowanie działań niezbędnych do osiągnięcia rezultatów, jednoznaczny podział uprawnień i odpowiedzialności w zarządzaniu kluczowymi procesami.
- Systemowe podejście do zarządzania – integracja i synchronizacja procesów w celu osiągnięcia zakładanych rezultatów, ogniskowanie wysiłków na kluczowych procesach.
- Ciągła poprawa – dopasowanie procesów usprawniania organizacji do strategii na wszystkich poziomach, szybkie reagowanie na pojawiające się możliwości.
- Podejmowanie decyzji oparte na faktach – pozyskiwanie wiarygodnych informacji, udostępnianie właściwej informacji właściwym osobom, kierowanie się równowagą pomiędzy analizą faktów, doświadczeniem i intuicją w podejmowaniu decyzji.
- Wzajemnie korzystna współpraca z dostawcami – nawiązywanie relacji równoważące krótko- i długoterminowe korzyści, otwarta komunikacja, wymiana informacji o przyszłych zamierzeniach, prowadzenie wspólnych działań na rzecz poprawy wyników.

Wymienione powyżej zasady mają kompleksowy i uniwersalny charakter, co umożliwia placówkom ochrony zdrowia implementowanie ich w swoich systemach zarządczych, pomimo, że zostały opracowane głównie dla organizacji komercyjnych.

Jako kolejną formę zewnętrznej oceny systemu zarządzania jakością w placówkach ochrony zdrowia można wymienić samoocenę, zgodną z modelem doskonałości European Foundation for Quality Management (EFQM). Samoocena ta jest dostępna w ramach konkursu Regionalnej lub Polskiej Nagrody Jakości (PNJ). Warunkiem uczestnictwa w konkursie PNJ jest posiadanie certyfikowanego systemu zarządzania jakością, zgodnego z normą ISO 9001. W nagrodzie regionalnej certyfikat nie jest konieczny. W ramach tego konkursu organizacja przygotowuje obszerną i kompleksową samoocenę w dziewięciu obszarach: przywództwo, strategia i polityka, zarządzanie ludźmi, zarządzanie zasobami, zarządzanie procesami i systemami, satysfakcja klientów, satysfakcja pracowników, wpływ na otoczenie i efekt końcowy. Następnie przedkłada samoocenę do analizy ekspertom Regionalnej lub Polskiej Nagrody Jakości. Po zakwalifikowaniu się do kolejnego etapu, do organizacji przybywają eksperci (przeważnie 4 osoby), którzy

poszukują dowodów, że wdrożony model doskonałości EFQM, który jest oparty o zasady Zarządzania przez Jakość (TQM – Total Quality Management) doprowadził do wzrostu satysfakcji klientów, własnych pracowników oraz innych osób związanych z organizacją oraz, że placówka osiągnęła w ten sposób znaczącą poprawę jakości pracy, procesów, systemów, usług oraz sukces rynkowy.⁹¹ Po zakończeniu konkursu każda organizacja otrzymuje raport, w którym wyszczególnione są mocne i słabe strony w każdym z dziewięciu badanych obszarów. Informacja zwrotna jest cennym elementem tego systemu, gdyż pozwala na samodoskonalenie się uczestniczącej w konkursie organizacji.

Placówki ochrony zdrowia korzystają również z innych uzupełniających systemów zewnętrznej oceny jakości w poszczególnych obszarach swojej działalności. Można tu wymienić najczęściej stosowane:

- Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) jest to system zapewnienia bezpieczeństwa żywności, który polega na identyfikacji i oszacowaniu skali zagrożeń a następnie na opracowaniu metod ich ograniczenia. W szpitalu wdrożenie systemu zwiększa bezpieczeństwo zbiorowego żywienia pacjentów. W 2005 roku została wydana norma ISO 22000, która może zastąpić system HACCP, jest ona bardziej kompleksowa i zgodna z filozofią zarządzania ujętą w rodzinie norm ISO 9000⁹².
- Rodzina norm ISO 14000 dotyczy zarządzania środowiskiem i składa się z normy ISO 14001:2004, która definiuje wymagania dla systemu zarządzania środowiskiem oraz normy ISO 14004:2004, zawierającej generalne wskazówki dotyczące systemu zarządzania środowiskiem. Systemowe podejście zawarte w wymienionych normach wymaga od organizacji ochrony zdrowia uważnego przejrzania wszystkich obszarów swojej działalności, które mają wpływ na środowisko. Wdrożenie normy może zapewnić następujące korzyści: redukcję kosztów zarządzania odpadami,⁹³ oszczędność energii i materiałów, poprawienie wizerunku organizacji oraz stworzenie warunków do dalszego minimalizowania niekorzystnego wpływu na środowisko.⁹⁴

⁹¹ Regulamin przyznawania Polskiej Nagrody Jakości, <http://www.pnj.pl/Regulamin.htm>

⁹² International Organization for Standardization http://www.iso.org/iso/22000_implementation_ims_06_03.pdf

⁹³ W szpitalach zabiegowych utylizacja odpadów medycznych stanowi istotną pozycję kosztową w budżecie.

⁹⁴ International Organization for Standardization http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/iso_9000_iso_14000/business_benefits_of_iso_14001.htm

- Polska norma PN-N-18001:2004 – systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Celem normy jest dostarczanie wytycznych do poprawy warunków pracy oraz przeciwdziałania zagrożeniom występującym w środowisku pracy. Polska norma wzorowana jest na brytyjskiej normie BS 8800, zastosowanymi rozwiązaniami jest zbliżona do normy ISO 14001. Jej wymagania należy opierać o kodeks pracy, szczegółowe przepisy dotyczące warunków pracy oraz dyrektywy Unii Europejskiej.

3. Porównanie modeli zarządzania jakością i możliwości ich zastosowania w organizacjach ochrony zdrowia

W każdej organizacji funkcjonuje jakiś system zarządzania, chociażby był oparty tylko na nieformalnych powiązaniach i zależnościach. Taki system w pewnych warunkach może być efektywny, ale nie zapewnia stałego i przewidywalnego poziomu jakości. Dlatego w ostatnich latach wiele placówek ochrony zdrowia zdecydowało się na wdrożenie zasad co najmniej jednego z opisanych wcześniej modeli zarządzania jakością, a część placówek stosuje jednocześnie kilka modeli. Każdy z nich ma swoje mocne, ale również słabe strony.

W celu weryfikacji postawionej wcześniej hipotezy zastosowano metodę analizy wybranych pozycji piśmiennictwa, przeprowadzono wnioskowe porównawcze wybranych cechy modeli zarządzania jakością zawartych w normach ISO 9000, Programie Akredytacji Szpitali CMJ i modelu doskonałości EFQM oraz prześledzono indywidualny przypadek jednoczesnego stosowania trzech wymienionych powyżej modeli zarządzania jakością w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce (województwo warmińsko-mazurskie). W tabeli 1 przedstawiono wyniki porównania modeli.

Z przedstawionego w tabeli 1 porównania wynika, że zaletą akredytacji CMJ jest fakt, iż została ona zaprojektowana wyłącznie do oceny placówek ochrony zdrowia, stąd wynika jej zrozumiały dla profesjonalistów medycznych język. Również komunikacja podczas wizytacji na miejscu w organizacji jest prostsza, gdyż zespół wizytatorów składa się najczęściej z osób związanych z sektorem medycznym.

Duża szczegółowość i jednoznaczność standardów wymusza na świadczeniodawcach stosowanie dobrych praktyk postępowania medycznego, ułatwia ich wdrożenie w przypadku placówek o wysokim standardzie środowiska opieki, ale może uniemożliwić akredytację w przypadku niedoborów w infrastrukturze. Istotnymi wadami Programu Akredytacji Szpitali CMJ są: brak kompleksowości

Tabela 1. Porównanie modeli zewnętrznej oceny systemu zarządzania jakością z punktu widzenia ich stosowania w placówkach ochrony zdrowia

Porównywana cecha	Program Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Certyfikacja zgodności z normą ISO 9001:2001	Samoocena zgodnie z modelem doskonałości EFQM (Regionalna lub Polska Nagroda Jakości)
Okres ważności certyfikatu	3 lata	3 lata (co pół roku audyty kontrolne - minimum raz na rok audyt wewnętrzny i raz na rok zewnętrzny)	Nagroda przyznawana jest co roku
Pierwotne przeznaczenie	System celowo przygotowany dla organizacji ochrony zdrowia	System pierwotnie przygotowany dla organizacji przemysłowych	System pierwotnie przygotowany dla organizacji przemysłowych
Zespół audytorów	Głównie profesjonalści medyczni	Specjaliści z zakresu systemów zarządzania jakością oraz profesjonalista medyczny	Specjaliści z zakresu zarządzania jakością
Język komunikacji/terminologia	Język/terminologia zrozumiała dla środowiska medycznego	Język/terminologia specyficzna dla norm ISO, trudna do zrozumienia dla środowiska medycznego	Język/terminologia pochodząca z nauk o zarządzaniu
Szczegółowość standardów/wymogów	Bardzo szczegółowe standardy, często dotyczące konkretnych czynności, np.: „Każda strzykawka z lekiem jest oznakowana, z podaniem nazwy leku i jego stężenia.”	Norma zawiera tylko wytyczne dotyczące procesów, które obligatoryjnie muszą być objęte systemem, nie wyznacza żadnych standardów w zakresie ochrony zdrowia	Model EFQM zawiera wskazówki do każdego z obszarów, w których należy dokonać samooceny
Kompleksowość systemu	Niska kompleksowość, nierównomiernie rozłożony nacisk na uszczegółowienie standardów w poszczególnych obszarach funkcjonowania placówki ochrony zdrowia	Norma zawiera kompleksowe i uniwersalne rozwiązania, które mogą być zastosowane do wszystkich obszarów funkcjonowania placówki ochrony zdrowia	Samoocena kompleksowo obejmuje cały system zarządzania jakością
Nacisk na ciągłe doskonalenie systemu	Niewielki nacisk na doskonalenie systemu	Doskonalenie systemu w pełni ujęte w normie	Duży nacisk na doskonalenie systemu. Raport zwrotny z samooceny może służyć do doskonalenia systemu lub przeprojektowania źle ocenionych procesów

Perspektywy doskonalenia jakości...

Zainteresowanie otoczeniem organizacji	Niewielkie zainteresowanie otoczeniem	Norma wymaga objęcia systemem kontaktów z dostawcami	Duży nacisk na współpracę z otoczeniem
Formalizacja/hierarchia dokumentacji systemu	Niewielki nacisk na sformalizowaną postać dokumentacji	Norma zawiera wymagania dotyczące struktury dokumentów, duży nacisk na nadzór nad dokumentacją	Samoocena nie zajmuje się tematem formalizacji dokumentacji
Orientacja na wynik	Nie wymaga mierzalnych wskaźników	Norma wymaga stosowania mierzalnych wskaźników do monitorowania procesów i wyników działania	Mierzalne wskaźniki, w tym wyniki finansowe organizacji są istotnym elementem oceny
Zgodność z filozofią Zarządzania Przez Jakość (TQM)	Niewielka absorpcja zasad TQM w standardach	Wysoka zbieżność z zasadami TQM	Model zbudowany w oparciu o zasady TQM

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zestaw standardów. Przewodnik po procesie wizytacji. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków 1998; Polska Norma PN-EN ISO 9001, Polski Komitet Normalizacyjny, Wrzesień 2001; Ankieta Samooceny, Komitet Polskiej Nagrody Jakości

w podejściu do systemu zarządzania jakością oraz niewielki nacisk na podejście procesowe, doskonalenie systemu i wdrażanie zasad TQM.⁹⁵

Coraz większa popularność norm ISO w polskich placówkach ochrony zdrowia może wynikać z kilku przyczyn: rodzina norm ISO 9000 zawiera kompleksowe rozwiązania pozwalające na projektowanie efektywnych systemów zarządzania jakością; wdrożenie zasad zarządzania zgodnych z normą wpływa na zmniejszenie ryzyka funkcjonowania placówki; norma nie zawiera jednak konkretnych wymogów, które często mogą stanowić barierę w uzyskaniu akredytacji CMJ.⁹⁶ Normy ISO nie wskazują dokładnie, jak ma przebiegać dany proces medyczny, nie określają żadnych szczegółowych parametrów procedur medycznych, ale za to tworzą kompleksowy system zarządzania jakością. Raz ustalone i zapisane w systemie standardy muszą być bezwzględnie przestrzegane. Normy ISO 9000, co prawda

⁹⁵ Porównaj: T. Romańczyk, M. Bedlicki. Praca zbiorowa. *Zintegrowany system zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Wymagania dla certyfikacji wg normy ISO 9001:2000 i dla akredytacji CMJ*. TÜV NORD Polska Sp. z o. o. 2006.

⁹⁶ W Programie Akredytacji Szpitali CMJ występują szczegółowe wymogi, takie jak np. „Na sali operacyjnej znajduje się system czynnego odprowadzania gazowych środków znieczulających.” Ich niespełnienie powoduje obniżenie oceny szpitala w trakcie akredytacji CMJ.

uwzględniają w swoich wymaganiach zasady Zarządzania przez Jakość (TQM), to jednak w tekście normy nie ma jawnego do nich odwołania.⁹⁷

Samooocena wg modelu doskonałości EFQM, którą placówki ochrony zdrowia przeprowadzają najczęściej w ramach konkursów regionalnych lub Polskiej Nagrody Jakości stanowi cenne uzupełnienie Programu Akredytacji Szpitali CMJ i wymogów norm serii ISO 9000. Niewątpliwą siłą modelu doskonałości EFQM jest orientacja na poszukiwanie dowodów, że organizacja w pełni zaabsorbowała zasady TQM, oraz, że organizacja jest nastawiona na uzyskiwanie możliwie najlepszych wyników i ciągle porównywanie ich z wynikami, jakie uzyskują organizacje wiodące lub porównywalne w jej branży⁹⁸.

4. Studium przypadku

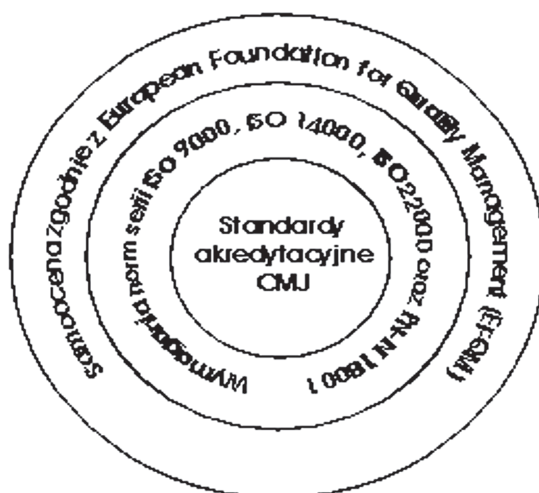
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce (województwo warmińsko-mazurskie) rozpoczął wdrożenie wymagań normy ISO 9001:2000 w 2003 roku, a w roku 2004 poddał się z sukcesem certyfikacji. Już na etapie wprowadzania wymagań normy odczuwano potrzebę poszukiwania i implementowania jednoznacznych standardów definiujących proces leczenia. Standardy te czerpano z Programu Akredytacji Szpitali CMJ. W kolejnych latach włączano do istniejącego systemu zarządzania jakością kolejne standardy, tak że jesienią 2006 roku po ocenie wizytatorów Rada Akredytacyjna CMJ przyznała szpitalowi w Ameryce pełną akredytację na trzy lata. Równoległe do wdrażania normy ISO i programu akredytacji szpital rozwijał swój system zarządzania również w oparciu o model doskonałości EFQM. Pierwszą pełną samoocenę według tego modelu przeprowadzono w 2003 roku, następną w 2004 w ramach Warmińsko-Mazurskiej Regionalnej Nagrody Jakości. Te projakościowe inicjatywy doprowadziły do znacznego rozwoju i doskonalenia systemu zarządzania jakością, tak że w 2006 roku szpital zdobył nagrodę główną w Regionalnej Nagrodzie Jakości, a w 2007 roku został wyróżniony w Polskiej Nagrodzie Jakości. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że szpital w tym okresie dokonał największych inwestycji w jego powojennej historii oraz zachowywał dobrą kondycję finansową.

⁹⁷ Porównaj: K. Lisiecka. Praca zbiorowa. *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*. Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności. 2003.;

⁹⁸ W module 9 samooceny „Efekt końcowy” znajduje się sekcja „wyniki porównań z wynikami organizacji wiodących lub równorzędnych”.

5. Podsumowanie

Każdy z wymienionych w tym artykule, modeli zarządzania jakością w pełni sprawdza się tylko w wybranym obszarze funkcjonowania organizacji. Analiza literatury, porównanie systemów, doświadczenia analizowanego tu Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci i wielu innych placówek ochrony zdrowia, wskazują, że nie ma przeszkód, które uniemożliwiłyby w efektywny sposób łączyć wymienionych modeli zarządzania jakością.



Rys. 1. Relacje pomiędzy modelami systemów zarządzania jakością

Na rys 1 przedstawiono relacje, jakie zdaniem autora, powinny zachodzić pomiędzy poszczególnymi modelami. Standardy zawarte w Programie Akredytacji Szpitali są szczegółowymi wytycznymi odnoszącymi się do szpitali i powinny stanowić podstawowe wymagania, które należy zawrzeć w ramach procedur i instrukcji opracowywanych podczas wdrażania systemu zarządzania zgodnego z normami ISO lub z Polską Normą PN-N 18001. Pomińnięcie standardów akredytacyjnych podczas wdrażania rozwiązań zgodnych z ISO może doprowadzić do sytuacji, że pomimo wdrożonego systemu zarządzania jakością, zgodnego z tą normą, jakość usług zdrowotnych będzie na niezadawalającym poziomie, gdyż ISO aprobuje i utrwała istniejące procedury, ale nie wymusza stosowania najlepszych praktyk medycznych. Według ISO procesy mają być zgodne z zapisami i powtarzalne, co nie znaczy najlepsze. Dlatego może niepokoić fakt, że liczba szpitali poddających się akredytacji CMJ i ją utrzymujących jest stała od wielu lat (ok. 10% szpitali), a szybko rośnie liczba placówek medycznych poddająca się

certyfikacji ISO. A motywem do wdrażania normy może być uznawanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia certyfikatu ISO za równorzędny z akredytacją CMJ⁹⁹ i zwiększanie ceny jednostkowej usług medycznych również posiadaczom certyfikatu ISO. Takie podejście może być szkodliwe dla jakości usług medycznych w Polsce, gdyż systemem ISO można objąć tylko wybrane obszary działalności, które nie mają bezpośredniego wpływu na jakość usług zdrowotnych.

Natomiast przystąpienie szpitala do samooceny zgodnej a modelem doskonałości EFQM i doskonalenie systemu zarządzania jakością zgodnie z tym modelem może następować równolegle, niezależnie od tego czy w organizacji są już wdrożone standardy akredytacyjne CMJ, wymogi norm ISO oraz zasady zarządzania przez jakość. Model doskonałości EFQM sprawdza się, jako podstawa do porównań między organizacjami, pozwala na diagnozowanie organizacji i wykrywanie obszarów, które wymagają doskonalenia. Ponadto model ten obejmuje wszystkie obszary organizacji, w pełni uwzględnia filozofię zarządzania przez jakość i może być podstawą do tworzenia struktury zarządzania organizacją.

⁹⁹ Art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135). cyt. „Art. 148. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;”

Bibliografia

1. Donabedian A. (1966); *Evaluating the quality of medical care*. "Milbank Memorial Fund Quarterly" vol. 44 no. 3, s. 166–206.
2. Juran J. M. (1998); *Quality in Health Care Services*. McGraw-Hill Companies.
3. Krasucki P. (2005); *Optymalizacja ochrony zdrowia, koszty i korzyści*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.
4. Kurkowski J. L. (1999); *Błędy i zaniedbania lekarskie*, „Gazeta Lekarska” nr 1.
5. Kutaj-Wąsikowska H., Bedlicki M., Ciećkiewicz J., Niżankowski R. (1999); *Akredytacja szpitali rozpoczęta*, „Gazeta Lekarska” nr 07/08.
6. Lisiecka K. (praca zbiorowa) (2003); *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*. Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności.
7. Romańczyk T., Bedlicki M. (praca zbiorowa) (2006); *Zintegrowany system zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Wymagania dla certyfikacji wg normy ISO 9001:2000 i dla akredytacji CMJ*. TÜV NORD Polska Sp. z o. o.
8. Tomalka R., Piekarski R. (2006); *Porównanie systemów oceny jakości w ochronie zdrowia w Polsce i w Niemczech*, X Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków, s. 79.
9. Vince I. (2007); *National Institute for Clinical Excellence NICE*, Międzynarodowe Forum Polityki Rządowej w Ochronie Zdrowia, Warszawa.