

Jacek Michalak

Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej

Problemy Zarządzania 9/3, 126-139

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej

Jacek Michalak

Pomiar jakości opieki zdrowotnej można zdefiniować jako przekształcanie informacji z dokumentacji medycznej w mierzalne wskaźniki (wyrażone w procentach, czasie czy stopniu zadowolenia), pozwalające na określenie, w jakim stopniu zaspokojone zostały potrzeby pacjenta.

Wobec zróżnicowanych rodzajów i definicji potrzeb zdrowotnych (rzeczywiste, wyrażone, zrealizowane itd.) oraz metod oceny i zarządzania jakością (satisfakcja pacjentów, tzw. jakość kliniczna, certyfikacja, akredytacja, nagrody jakości, TQM itp.) mamy do czynienia z problemem metodycznym: w jakim stopniu stosowane metody i mierniki jakości są rzeczywistym odzwierciedleniem jakości opieki zdrowotnej. Obiektywne mierniki odwołują się w większości do danych epidemiologicznych, wykorzystywane są w procesowym podejściu do zarządzania szpitalem. Natomiast mierniki subiektywne wynikają głównie z oceny satysfakcji pacjentów, postrzegania opieki zdrowotnej czy nawet całych systemów ochrony zdrowia.

W pracy dokonano analizy doboru mierników subiektywnych i obiektywnych, wykorzystywanych w wybranych metodach oceny jakości (ISO-9001:2000, akredytacja, Euro Health Consumer Index). Wyniki wskazują na konieczność uwzględniania kontekstu klinicznego w interpretacji poszczególnych wskaźników, zwłaszcza gdy dotyczy to jakości postrzeganej (perceived quality), stanowiącej podstawę obiegowych opinii, które w istotnej mierze różnią się od obiektywnego obrazu jakości opieki zdrowotnej.

1. Wstęp. Zdrowie a ochrona zdrowia i opieka zdrowotna

Jakość opieki zdrowotnej uznana jest za istotny element każdej działalności lekarza, zakładu opieki zdrowotnej czy całego systemu opieki zdrowotnej. Ma istotne znaczenie dla płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia), który uzyskanie certyfikatu jakości bądź akredytacji uznaje za atut zakładu w konkursie ofert i przyznaje dodatkowe punkty przy zawieraniu kontraktu. Zgodnie z klasyczną już definicją Lalonde'a (1974) zdrowie zależy przede wszystkim od stylu życia (w ponad 50%), natomiast opieka zdrowotna, czynniki środowiskowe i czynniki genetyczne mają wpływ rzędu kil-

kunastu procent każde. Niemal każde ludzkie działanie można uznać za czynnik wpływający na ochronę zdrowia. Zmiana mody (buty dr Martensa), bezpieczniejsze samochody, czynniki kulturowe, naśladowanie różnych wzorców (biegi – obecnie *jogging*), a jednocześnie wzrost wykształcenia i zmiana potrzeb zdrowotnych, odpowiedzialność za własne zdrowie itd. są czynnikami z zakresu ochrony zdrowia. Takie całościowe ujęcie tematu ochrony zdrowia staje się metodycznie nieczytelne, chociaż merytorycznie słuszne. Zatem zazwyczaj przyjmujemy, że pojęcie ochrony zdrowia odnosi się do całej populacji, w tym ludzi zdrowych, wiąże się zarówno z opieką zdrowotną, jak i z wpływem na styl życia. Pojawiają się tu działania z zakresu opieki zdrowotnej, rozumianej jako część składowa ochrony zdrowia. Opieka zdrowotna, pojmowana przede wszystkim jako działania lecznicze, dotyczy zatem głównie populacji ludzi chorych. Jedynie niektóre działania profilaktyczne (niemal wyłącznie szczepienia) są przedmiotem działania opieki zdrowotnej ukierunkowanej na ludzi zdrowych, przede wszystkim dzieci.

Dość powszechne mylenie ochrony zdrowia z opieką zdrowotną, czy wręcz utożsamianie obu tych pojęć, prowadzi do zasadniczych nieporozumień, np. przy ustalaniu priorytetów w ochronie zdrowia i w opiece zdrowotnej. Czy chcemy być chorzy i leczeni jak najlepiej, jak najskuteczniej i jak najtaniej, czy też chcemy być zdrowi? Efektywność opieki zdrowotnej łatwiej ocenić niż efektywność ochrony zdrowia, gdyż zawężamy i dokładniej precyzujemy zakres działań, co ułatwia pomiar uzyskanych efektów. Oczywiście nie ma mowy o zastąpieniu leczenia metodami ochrony zdrowia spoza zakresu opieki zdrowotnej.

Rozgraniczenie między zakresami ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej bywa trudne, ale przy przyjęciu jasnej i jednoznacznej polityki zdrowotnej jest możliwe i skuteczne. Przykładem może być duża firma międzynarodowa, mające swoje zakłady również w Polsce. Najwyższe władze firmy przyjęły, że zdrowie pracownika jest istotną i wymierną wartością dla przedsiębiorstwa. W tym ujęciu zdrowie pracowników stało się problemem zarządczym, tzn. odpowiedzialność za zdrowie ponosi najwyższe kierownictwo każdego zakładu wchodzącego w skład firmy jako składowa TQM. Działania na rzecz zdrowia podzielono na ochronę zdrowia (*health protection*) i na promocję zdrowia (*health promotion*). Ochrona zdrowia jest domeną inżynierów, a miernikiem jej skuteczności jest liczba wypadków przy pracy – norma wynosi zero. Problemy zdrowia pracowników należą do kompetencji działu personalnego (*human resources*), który zawiera umowy z lekarzami medycyny pracy bądź z zakładami opieki zdrowotnej. Miarą skuteczności jest liczba chorób zawodowych – norma wynosi zero. Powyższy przykład dobrze ilustruje skutki wdrożenia systemu (systemów) zarządzania jakością (zwłaszcza TQM) i włączenia kwestii ochrony zdrowia do zarządzania zasobami ludzkimi. Nie da się ukryć, że nie tyle zdrowie pracownika, ile działania marketingowe (obraz firmy przyjaznej człowiekowi) był głównym czynnikiem włączenia kwestii ochrony zdrowia i promocji zdro-

wia do problemów zarządczych. Świadczy o tym fakt, że w krajach pozaeuropejskich zdrowie pracowników tejże firmy było traktowane z większą dowolnością.

2. Mierniki obiektywne i subiektywne w opiece zdrowotnej

Niezależnie od przyjętej definicji efektywności (*efficiency, efficacy, productivity*) czy zastosowanych metod (koszt–efekt, koszt–korzyść, koszt–pożytek itd.) niezbędne jest określenie mierników uzyskanego skutku. Niestety, większość mierników stanu zdrowia jest miernikami negatywnymi (śmiertelność, umieralność, zachorowalność, chorobowość itd.), których poprawa świadczy jedynie o tym, że mniej ludzi zmarło, mniej choruje, a nie o tym, że więcej ludzi jest zdrowych. Wskaźnik powszechnie uznany za pozytywny (*life expectancy*) jest wyliczany ze wskaźników negatywnych. Natomiast wskaźnikiem rzeczywiście pozytywnym jest liczba urodzeń żywych noworodków.

Z kolei pomiar jakości opieki zdrowotnej można zdefiniować jako przekształcanie informacji z dokumentacji medycznej w mierzalne wskaźniki (wyrażone w procentach, czasie czy stopniu zadowolenia) pozwalające na określenie, w jakim stopniu zaspokojone zostały potrzeby pacjenta, wśród których wyróżniamy np.:

- potrzeby rzeczywiste (obiektywne) – wynikające z danych demograficznych i epidemiologicznych, oceniane przez ekspertów,
- potrzeby wyrażone – oczekiwania pacjentów (kształtujące popyt na świadczenia zdrowotne),
- potrzeby zrealizowane – zaspokojone przez świadczenia zdrowotne.

Według innych kryteriów potrzeby zdrowotne można podzielić na wyrażone (około 20% zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne) i stanowiące około 80% potrzeby niewyrażone, z których istnienia pacjent nawet nie zdaje sobie sprawy.

Konsekwencje trudności terminologicznych są poważne. Ocena jakości opieki zdrowotnej czy nawet całego systemu opieki zdrowotnej oparta na jakości postrzeganej przez pacjentów/konsumentów zależy od punktu odniesienia – potrzeb wyrażonych. Jeżeli pacjent ma niewielkie wymagania, łatwo ocenia jakość opieki jako wysoką. Satisfakcja pacjentów mierzona za pomocą różnych kwestionariuszy daje niekiedy zaskakujące wyniki. Ponad 60% pacjentów ankietowanych przy wypisie ze szpitala jest z opieki zadowolonych lub bardzo zadowolonych. Wystawia wysokie oceny w skali 5-stopniowej i twierdzi, że dany szpital będzie polecać swoim znajomym. Szereg szpitali publikuje wyniki badań satysfakcji swoich pacjentów na stronach internetowych. Jednocześnie 20 do 40% polskich gospodarstw domowych nie jest zadowolonych z systemu ochrony zdrowia, co wynika z danych kolej-

nych „Diagnoz społecznych”. Podobne wyniki można znaleźć w Europejskim Indeksie Zdrowia Konsumentckiego (*European Health Consumers Index EHCI*).

Od jakości postrzeganej (*perceived quality*) odróżnić należy jakość medyczną, rozumianą jako zgodność postępowania z ustalonymi zasadami i wytycznymi, a ocenianą za pomocą mierników epidemiologicznych (częstość powikłań po danej procedurze, liczba wykonywanych ponownych operacji, a w przypadku długoterminowej opieki – pomiar wybranych wskaźników biochemicznych czy klinicznych). Zatem o dobrej jakości np. opieki nad chorym na cukrzycę będzie świadczyć poziom glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. Wskaźnik ten jest wykorzystany w ocenie systemu ochrony zdrowia przez *Health Consumer Powerhouse* przy opracowywaniu Europejskiego Indeksu Zdrowia Konsumentów. Jak wiadomo, w przebiegu cukrzycy następują wahania poziomu glukozy we krwi. Jeśli poziom glukozy jest wysoki, to łączy się ona z białkami w większym stopniu niż u człowieka zdrowego. Krwinki czerwone krążą we krwi przez niemal dokładnie 120 dni, a zawarta w nich hemoglobina wysyca się glukozą, nawet powyżej 7%. Stąd poziom HbA_{1c} można uznać za miernik wyrównania cukrzycy w ciągu ostatnich 4 miesięcy przed pobraniem krwi do badania. Nie musi to być precyzyjny miernik jakości opieki zdrowotnej nad pacjentem. Pacjent bowiem może nie przestrzegać zaleceń lekarskich (zjawisko *non-compliance*) i samodzielnie zmieniać dietę bądź dawkowanie leków, co będzie skutkowało wahaniami glikemii i wzrostem HbA_{1c}. Niemniej jednak pozostaje kwestia interpretacji wyniku: prawidłowy poziom HbA_{1c} (poniżej 6%) z pewnością będzie świadczyć o dobrej opiece zdrowotnej, natomiast poziom podwyższony nie daje pewności, czy rzeczywiście tylko opieka zdrowotna była zła, czy też należy poszukać innych przyczyn (dynamika choroby, infekcje i szereg innych czynników). Mierniki jakości opieki zdrowotnej oparte na danych medycznych wydają się miernikami obiektywnymi, niezależnymi od postrzegania jakości przez personel czy pacjentów. W rzeczywistości wynik „obiektywnego” pomiaru jakości zależy od szeregu czynników, z których istnienie potrzeb niewyrażonych bywa zwyczajnie pomijane.

Ponadto, *last but not least*, według opinii wielu autorów jakość opieki zdrowotnej jest uwarunkowana głównie czynnikami organizacyjnymi i metodami zarządzania.

Wobec zróżnicowanych rodzajów i definicji potrzeb zdrowotnych (rzeczywiste, wyrażone, zrealizowane itd.) oraz metod oceny i zarządzania jakością (satisfakcja pacjentów, tzw. jakość kliniczna, certyfikacja, akredytacja, nagrody jakości, TQM itd.) mamy do czynienia z problemem, w jakim stopniu stosowane metody oceny jakości i mierniki jakości są rzeczywistym odzwierciedleniem jakości opieki zdrowotnej rozumianej jako stopień zaspokojenia obecnych i przewidywanych potrzeb klientów/pacjentów bądź jakości ocenianej przez profesjonalistów medycznych.

3. Materiał i metody

W pracy posłużono się metodyką stosowaną w badaniach medycznych do oceny skutecznością diagnostyki i leczenia. Zastosowano kryteria EBM (*Evidence-Based Medicine* – medycyny opartej na dowodach naukowych) uznane obecnie za podstawę najbardziej wiarygodnych ocen i opinii w medycynie.

Uwzględniono następujące bazy danych: EBSCO, OVID Medline, Cochrane Collaboration, HighWire Press, Science Direct. Zgodnie z terminologią MESH (*Medical Subject Headings* – języka haseł przedmiotowych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych, tworzonego przez amerykańską *National Library of Medicine*) wykorzystano następujące słowa kluczowe: *quality, perceived quality, healthcare, organization, EBM*. Nie ograniczono okresu wyszukiwania. Wyszukiwano zarówno prace oryginalne, jak i prace przeglądowe. Wyszukiwanie przeprowadzono w kwietniu 2011 r.

Kryteriami włączenia prac było odniesienie się w publikacji do mierników jakości opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Do kryteriów wykluczenia zaliczono mierniki stosowane w tworzeniu i ocenie wytycznych *stricte* medycznych (diagnostyka i terapia). Jest to metoda stosowana przez Cochrane Collaboration – organizację uznaną za źródło najlepszych raportów dotyczących jakości badań naukowych w medycynie.

Ponadto podjęto próbę analizy doboru mierników obiektywnych i subiektywnych i wykorzystywanych w wybranych metodach oceny jakości opieki zdrowotnej w Polsce:

- ISO-9001:2000,
- standardy akredytacyjne opracowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- European Health Consumer Index (EHCI),
- European Community Health indicators (ECHI),
- OECD Health Care Quality Indicators Project.

4. Jakość opieki zdrowotnej „oparta na dowodach” (Evidence-based Healthcare)

Na wzór metod stosowanych w medycynie opartej na dowodach (EBM) podjęto poszukiwania danych dotyczących opieki zdrowotnej opartej na dowodach, tzn. zastosowano techniki EBM do oceny organizacji opieki zdrowotnej, a zwłaszcza jej jakości. Liczba uzyskanych publikacji przy zastosowaniu tych samych słów kluczowych znacznie różniła się w zależności od przeszukiwanej bazy. W EBSCO znaleziono 71 238 prac, w OVID MEDLINE – 764 prace, a wśród raportów Cochrane Collaboration – zaledwie 23 pozycje.

W przypadku bazy PubMed wśród znalezionych 14 094 publikacji dotyczących jakości w opiece zdrowotnej dominowały prace oryginalne; prac

przeładowych znaleziono 1477 i zaledwie 7 wykorzystujących pojęcie EBM jako słowo kluczowe. Prac odnoszących się do pojęcia „postrzeganej jakości” w opiece zdrowotnej było 466, w tym 29 prac przeglądowych i ani jednej z wykorzystaniem pojęcia EBM. Wyniki wyszukiwania w bazie HighWire Press wskazały na większą liczbę publikacji: 68 568 dotyczących jakości, w tym 4048 prac przeglądowych i 342 uwzględniające EBM. Dla „postrzeganej jakości” w bazie HighWire Press znaleziono odpowiednio 21 121 pozycji, 934 prace przeglądowe i 134 pozycje uwzględniające EBM.

Jednak po zastosowaniu kryterium wyłączenia prac (tzn. po odrzuceniu prac dotyczących medycyny klinicznej) okazało się, że żadna z prac spełniająca kryteria EBM nie dotyczy organizacji opieki zdrowotnej zarówno jej „jakości”, jak i tym bardziej „postrzeganej jakości”. Innymi słowy, w bieżącym piśmiennictwie światowym brak twardych dowodów pozwalających na zbadanie jakości organizacji opieki zdrowotnej za pomocą obiektywnych mierników. Nie jest to wynik zaskakujący, gdyż po pierwsze badania jakości świadczeń zdrowotnych, opieki zdrowotnej są prowadzone od stosunkowo niedawna w porównaniu z EBM. Po drugie metodyka badań sprawia wiele trudności. Bloomrosen i Detmer (2010), przedstawiając raport Amerykańskiego Towarzystwa Informatyki Medycznej (AMIA), wskazują na konieczność włączenia informatyki do oceny opieki zdrowotnej opartej na dowodach. Konieczne jest ulepszenie metod badawczych, ujednoczenie terminologii i rekomendacji oraz stworzenie kontinuum badań nad jakością opieki zdrowotnej. Ustalenia AMIA są bezpośrednim potwierdzeniem wyników uzyskanych przez autora niniejszego badania. Większość przeprowadzonych badań nad jakością opieki zdrowotnej można zakwalifikować do poziomu 7. (najniższego) według kryteriów EBM. Nawet projekt Unii Europejskiej (MARQuIS) spełnia tylko kryterium wielośrodkowości bez randomizacji, a do uznania go za metaanalizę brak np. odpowiedniej liczby ocenianych szpitali w poszczególnych krajach UE (Shaw, Kutryba, Crisp, Vallejo i Suñol 2009). Jednocześnie dość trudno byłoby przeprowadzić randomizację jednostek większych niż oddział szpitalny czy praktyka lekarska.

5. Struktura, proces, wynik. Mierniki obiektywne?

Jakość jest procesem, którym można zarządzać i który wymaga stałej ewaluacji i zmian. Większość błędów nie jest spowodowana działaniami poszczególnych osób, ale wynika z defektów systemu opieki. Klasyczny podział Donabediana (1980) wyodrębnia następujące składowe jakości:

- struktura – organizacja opieki zdrowotnej, zasoby rzeczowe i ludzkie,
- proces – jak funkcjonuje struktura,
- wynik – osiągnięte rezultaty mierzone jako *output* (wynik przeprowadzonych działań, np. liczba wykonanych zabiegów) i *outcome* (wynik zdrowotny oceniany jako zmiana stanu zdrowia).

Pronovost dołącza do tych parametrów jeszcze jeden czynnik – kulturę i bezpieczeństwo rozumiane łącznie. (Jak często pacjenci ucierpią w czasie leczenia? Jak zapewnia się opiekę zgodną z EBM? Skąd wiemy, że klinicyści uczą się na błędach? Jak lekarze i jednostki opieki zdrowotnej tworzą i ulepszają kulturę bezpieczeństwa?).

Koncepcję Donabediana można z powodzeniem stosować do oceny poszczególnych instytucji i organizacji (szpitali, praktyk lekarskich, pogotowia ratunkowego). Trudniej jednak stworzyć model właściwej (optymalnej) struktury systemu opieki zdrowotnej, co jak dotychczas nikomu się nie udało w żadnym kraju. W tabeli 1 porównano cztery zestawy wskaźników opracowanych przez OECD, UE, Health Consumer Powerhouse i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Zwraca uwagę różna terminologia (obszar, subdyscyplina, wskaźnik, miernik, standard akredytacyjny), a nawet różne znaczenie tego samego pojęcia. Na przykład w dokumencie OECD efektywność rozumiana jest w jednym obszarze jako *effectiveness* (kilka definicji, m.in. stopień osiągania zamierzonych efektów, wolnych od błędów), a w innym jako *efficiency* (optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów dla uzyskania maksymalnych efektów) z wyodrębnieniem *macro-efficiency* (*affordability*) i *micro-efficiency* (*value for money*). Przez bezpieczeństwo w dokumencie OECD rozumie się „uniknięcie, zapobieżenie lub zmniejszenie działań niepożądanych wynikających z samych procesów opieki zdrowotnej”. Ukierunkowanie na pacjenta to „stopień zaspokajania niezwiązanych ze zdrowiem (!) oczekiwań pacjenta”.

Europejskie Wskaźniki Zdrowia obejmują 19 obszarów i 46 zestawów danych, które zawierają 88 wskaźników bądź grup wskaźników o różnej wadze. Na przykład przez miernik obszaru „alkohol” rozumie się „ilość czystego alkoholu przypadająca na osobę – dane dla części populacji w wieku powyżej 15 lat” (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm).

Na 37 parametrów Europejskiego Indeksu Zdrowia Konsumentów (EHCI) wyników leczenia dotyczy jedynie 7: umieralność z powodu zawału serca; umieralność noworodków; umieralność z powodu nowotworów; nadumieralność; infekcje spowodowane przez gronkowca złocistego opornego na metycylinę (MRSA); próby samobójcze; odsetek chorych na cukrzycę z wysokim poziomem HbA_{1c}. Dobór powyższych mierników nie został uzasadniony i budzi uzasadnione wątpliwości merytoryczne. Liczba samobójstw i liczba usiłowań popełnienia samobójstwa to zupełnie różne problemy. O jakości leczenia zawałów serca decyduje np. możliwość wykonania stentu. Na liczbę wykonanych stentów wpływa w Polsce wycena tej procedury przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obecnie kardiologia interwencyjna jest dobrze wyceniana i w Polsce wykonuje się więcej zabiegów wszczepiania stentów niż w USA. Czy to znaczy, że mamy lepszą kardiologię jako całość? W przypadku szeregu ośrodków kardiologicznych – tak, a w przypadku uwzględnienia innych parametrów (np. czasu oczekiwania na poradę kardiologa) – nie.

OECD Health Care Quality Indicators (6 wymiarów)	European Community Health Indicators (88 wskaźników w 19 obszarach i 46 zestawach)	Euro Health Consumers Index (37 parametrów w 6 subdyscyplinach)	Akredytacja szpitala CMJ (209 standardów)
Efektywność (<i>effectiveness</i>) Bezpieczeństwo Ukierunkowanie na pacjenta Dostępność Równość Efektywność (<i>efficiency</i>)	Zdrowie publiczne (2) Dane dot. populacji (6) Stan zdrowia (3) Niemowlęta i dzieci (4) Osoby starsze (2) Kobiety (3) Tytoń (2) Narkotyki (1) Alkohol (1) Sposób odżywiania (2) Bezpieczeństwo ruchu drogowego (1) Środowisko społeczne (1) Wpływ środowiska na zdrowie (1) W pracy – zdrowie pracujących (2) HIV/AIDS 1 Wskaźniki zdrowotne WE (5) Działalność szpitali (5) Personel służby zdrowia (3) Wydatki na zdrowie (1)	Prawa pacjenta i informacja (9) e-Health (5) Czas oczekiwania na leczenie (5) Wyniki leczenia (7) Zakres świadczeń (7) Farmaceutyki (4)	Ciągłość Opieki (CO) . Prawa Pacjenta (PP) Ocena Stanu Pacjenta (OS) Opieka nad Pacjentem (OP) Kontrola Zakażeń (KZ) Zabiegi i Znieczulenia (ZA) Farmakoterapia (FA) Laboratorium (LA) Diagnostyka Obrazowa (DO) Odżywianie (OD) Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ) Zarządzanie Ogólne (ZO) Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ) Zarządzanie Informacją (ZI) Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO)

Tab. 1. Zestawy wskaźników wykorzystywane w ocenie jakości ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne.

Interesujący jest dobór mierników zakresu świadczeń: równość systemu, liczba operacji zaćmy, szczepienia niemowląt, liczba transplantacji nerek, włączenie stomatologii do opieki zdrowotnej, liczba wykonanych badań mammograficznych, nieformalne opłaty (łapówki) dla lekarzy. Liczba transplantacji nerek zależy nie tylko od opieki zdrowotnej, ale także np. od liczby dawców, a przede wszystkim od liczby biorców, obecnych i potencjalnych. Badania mammograficzne powinny być wykonywane zgodnie ze wskazaniami, z uwzględnieniem wieku pacjentki i czynników ryzyka. Sama liczba mammografii jest wskaźnikiem dość nieprecyzyjnym. Podobnie jak włączenie świadczeń stomatologicznych do opieki zdrowotnej, bez dokładniejszego określenia o jakie świadczenia chodzi. Zupełnie niezrozumiały jest wymóg opracowania farmakopei zrozumiałej dla prostego człowieka (*lay man*). Jeśli autorzy EHCI mają na myśli informator o lekach zrozumiały dla pacjenta, to nie może być nim farmakopea wymagająca od czytelnika – farmaceuty – przygotowania fachowego. Uproszczona farmakopea przestaje być farmakopeą.

W przypadku EHCI dominują parametry wynikające z postrzegania opieki zdrowotnej, regulacji prawnych czy tzw. e-Zdrowia. A w przypadku ECHI przeważają parametry demograficzne i epidemiologiczne. Natomiast ocena satysfakcji pacjentów znajduje się na dalszym miejscu w obu zestawach – o ile w ogóle ją uwzględniono. Jak widać, w opracowaniach ECHI i EHCI dominują oceny struktury i wyniku, przede wszystkim rozumianego jako *output*. Większość parametrów trudno odnieść do wyniku zdrowotnego (*outcome*). Natomiast podejście procesowe do jakości opieki zdrowotnej dominuje w standardach akredytacyjnych CMJ. Kolejne grupy standardów odnoszą się do 15 aspektów funkcjonowania szpitala – zarówno do opieki zdrowotnej, jak i do zarządzania szpitalem – w tym 6 standardów dotyczących poprawy jakości. Program poprawy jakości według tych standardów powinien obejmować istotne aspekty opieki, z uwzględnieniem częstości ich występowania, ryzyka i/lub możliwości powikłań.

Przykładami istotnych aspektów opieki mogą być: procedury diagnostyczne i terapeutyczne; zawartość, kompletność i jakość dokumentacji medycznej; działalność organizacyjna; poprawa dostępności usług; poprawa satysfakcji pacjentów czy farmakoterapia. Mamy więc do czynienia z zarządczym podejściem do opieki zdrowotnej. Każdy ze standardów akredytacyjnych oceniany jest według skali półilościowej: 5 pkt za całkowite spełnienie standardu, 3 pkt za częściowe i 1 pkt, gdy nie został standard spełniony. Trzeba pamiętać, że standardy te są oficjalnie usankcjonowane przez Ministra Zdrowia (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r., Dz. Urz. MZ. 10.2.24). Jednak uzyskanie akredytacji nie jest sprawą prostą, o czym świadczy liczba szpitali akredytowanych (101 na ponad 700). Typowo zarządczym podejściem do jakości jest uzyskiwanie przez szpitale certyfikatów ISO-9001. Wbrew powszechnemu przekonaniu nie istnieje odrębna norma ISO dla świadczeń medycznych czy jakości zarządzania szpi-

talem, dotyczy ona każdej organizacji i określa wymagania, jakie powinien spełniać system zarządzania jakością w organizacji. Wymagania ISO-9001 nie ingerują w procedury medyczne, dokumentacja ISO-9001 obejmuje księgę jakości, opisy procesów/procedur, instrukcji i zapisów jakości. Dopiero na poziomie procesów i instrukcji uwzględniana jest specyfika danej organizacji. Na przykład opis procedury powinien zawierać: cel procedury, jej zakres, wykorzystywane definicje, zakres i podział odpowiedzialności, sprzęt niezbędny do wykonania procedury, przebieg podejmowanych działań; zapisy działań, dokumenty związane z realizacją procesu (np. zarządzenia dyrektora, rozporządzenia, ustawy, formularze); aktualne piśmiennictwo. Miernikiem jakości staje się więc zgodność z procedurami. Stąd prosta droga do „medycyny z książki kucharskiej” (*cook-book medicine*), jeśli procedury są zbyt szczegółowe i nie pozostawiają zbyt wiele swobody lekarzowi, np. w doborze farmakoterapii.

6. Badania satysfakcji pacjentów. Mierniki subiektywne

Subiektywnymi miernikami jakości opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia są opinie pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń, oraz opinie osób, które nie mają bezpośredniego kontaktu ze szpitalami. Szereg badań opinii publicznej („Diagnoza społeczna” 2009, Eurobarometr, badania CSIOZ) wskazuje, że Polacy, uznając ochronę zdrowia za jeden z 2 najistotniejszych problemów społecznych, jednocześnie oceniają ją jako gorszą niż w innych krajach Europy (Skrzypczak 2011). „Diagnoza społeczna” podaje, że 72% gospodarstw domowych nie zauważyło zmiany w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Co prawda odsetek niezadowolonych spadł w ciągu 8 lat z 40 do 25%, ale odsetek zadowolonych pozostał na poziomie około 3–4% (Czapieński i Panek 2009). Postrzegany jest także związek między nakładami na opiekę zdrowotną, zamożnością społeczeństwa, a zadowoleniem społeczeństwa z ochrony zdrowia (Skrzypczak, Lis i Głasek 2008). Z drugiej strony badania przeprowadzone w odstępie 10 lat (Michalak 2011) wskazują na wysoki, rzędu 60%, poziom zadowolenia pacjentów, których satysfakcję zbadało bezpośrednio po wypisaniu ze szpitala bądź po uzyskaniu pomocy w ambulatorium pogotowia ratunkowego. Podobne wyniki – poprawę satysfakcji pacjentów konkretnego szpitala – uzyskali Krakowiak i in. (2010). Na stronach internetowych kilkudziesięciu szpitali podawane są wyniki badań satysfakcji pacjentów. Dominują wysokie odsetki zadowolonych (choć nie ze wszystkich aspektów pobytu w szpitalu) oraz wysokie oceny – jeśli ankietowanych proszono o podanie oceny poszczególnych parametrów według szkolnej skali od 1 do 5.

Sprzeczność między wynikami badania opinii publicznej a wynikami badań satysfakcji konkretnych pacjentów budzi zdumienie, zwłaszcza mediów. Należy więc przede wszystkim ocenić metody prowadzonych badań

satisfakcji. Obecnie w Polsce stosowanych jest wiele rodzajów badań ankietowych: od standaryzowanych, uzyskiwanych odpłatnie w systemie PASAT, po uproszczone kwestionariusze dostosowane do możliwości szpitala i jego pacjentów. Wspólne są elementy odnoszące się do przyjęcia w Izbie Przyjęć, pobytu w oddziale, wypisu ze szpitala, opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Formy badania satysfakcji pacjentów też są różne: od ankiet wręczanych przez osoby odpowiedzialne za jakość świadczeń, poprzez ankiety wysyłane pocztą, aż do kwestionariuszy wypełnianych na stronie internetowej szpitala. Warto pamiętać, że zasady badania satysfakcji pacjenta wywodzą się z badań marketingowych stosowanych w ocenie jakości usług. Trzeba podkreślić, że metoda skuteczna w ocenie satysfakcji gościa z pobytu w hotelu da zupełnie inne wyniki w przypadku pacjenta, który nie udaje się do szpitala z własnej woli. Pacjent wypisywany z poprawą stanu zdrowia będzie zadowolony, choćby tylko z tego powodu, że dłużej nie musi przebywać w szpitalu.

Zasada badania satysfakcji pacjentów w metodzie SERVQUAL (*service quality*) sprowadza się do oceny dwóch wymiarów: oczekiwań pacjenta i postrzeganej przez niego jakości usług. Różnica jest miernikiem jakości. Zatem jeśli pacjent ma niewielkie oczekiwania, to zazwyczaj będzie zadowolony, zwłaszcza jeśli pobyt w szpitalu zakończył się wyzdrowieniem. Dopiero po pewnym czasie przychodzi refleksja i weryfikacja opinii. Metodą SERVPERF (*service performance*) ocenia się jedynie proces i wynik świadczenia usługi (Gutysz-Wojnicka 2010). Z punktu widzenia pacjenta najważniejszymi elementami jest komunikowanie się z lekarzami, komunikowanie się z pielęgniarkami, reagowanie personelu na wezwania, czystość i poziom hałasu w otoczeniu pacjenta, kontrola bólu, informowanie na temat stosowanych leków, informowanie podczas wypisu ze szpitala. Warto dodać, że powyższe kryteria opracowane przez amerykańską Agencję ds. Badań Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality) są wykorzystywane do benchmarkingu szpitali.

7. Pomiar jakości opieki zdrowotnej

Przez pomiar jakości opieki zdrowotnej można rozumieć przekształcanie informacji z dokumentacji medycznej w mierzalne wskaźniki (wyrażone w procentach, czasie czy stopniu zadowolenia pacjentów) pozwalające na określenie, w jakim stopniu zaspokojone zostały potrzeby pacjenta. Dotyczy to głównie mierników jakości opartych na dowodach medycznych (EBM). Z rutynowo gromadzonych danych administracyjnych można uzyskać rzetelne wyniki jakości, wykorzystując np. standaryzowane wskaźniki umieralności. (Ben-Tovim, Pointer, Woodman, Hakendorf i Harrison 2010; Chua, Palangkaraya i Yong 2010), porównując rzeczywiste wskaźniki z wartościami „oczekiwanymi”, wynikającymi ze stanu pacjentów. Otrzymane wartości są lepszym miernikiem niż szereg danych klinicznych. Jednak zasadnicze zna-

czenie ma jakość informacji gromadzonej w dokumentacji medycznej. Chan, Fowles i Weiner (2010) na podstawie metaanalizy 35 badań stwierdzili, że w przypadku dokumentacji elektronicznej (EHR – *electronic health record*) 66% danych było dokładnych, 57% kompletnych, ale tylko 23% danych można było porównywać z innymi. Próbę całościowej oceny jakości pracy 236 lekarzy z 13 stanów podjęli Holmhoe i in. (2010). Posłużono się 46 miernikami indywidualnymi oraz miernikami złożonymi odnoszącymi się do jakości opieki w przypadku profilaktyki (6 jednostek chorobowych), leczenia 4 chorób ostrych i 7 przewlekłych. Wskaźniki sprawności mierzone ilościowo wynosiły od 5 do 86%, w zależności od ocenianego parametru dla indywidualnego lekarza. Rozbieżności między lekarzami wahały się od 12 do 88%.

Pomiar jakości obejmuje także czynniki niewymierne, takie jak np. klimat w pracy. Hann i in. (2007) zebrali dane od 492 profesjonalistów zatrudnionych w 42 praktykach lekarzy rodzinnych w Anglii. Posłużono się narzędziami do samooceny kultury (CVF – *Competing Values Framework*) i klimatu w pracy (*Team Climate Inventory*) wraz ze zwalidowanymi miernikami jakości opieki pochodzącymi z dokumentacji pacjentów i kart samooceny. CVF mierzy wymiary realizacji procesów w organizacji. Procesy mogą być realizowane w sposób organiczny – charakteryzujący się elastycznością i spontanicznością czy w sposób mechaniczny, tzn. stabilny i kontrolowany. Drugi wymiar opisuje związek organizacji z otoczeniem: wewnętrzny – cechujący się działaniami ułatwiającymi funkcjonowanie organizacji w otoczeniu lub zewnętrzny – nastawiony na konkurencję z innymi organizacjami. Na podstawie tych wymiarów można wyodrębnić 4 typy kulturowe: klanowy (wewnętrzny, organiczny); hierarchię (wewnętrzny, mechaniczny); rozwojowy (zewnętrzny, organiczny) i rynkowy (zewnętrzny, mechaniczny). W większości praktyk stwierdzono kulturę typu klanowego, w której panował lepszy klimat pracy i lepsza praca zespołowa. Natomiast nie stwierdzono lepszej jakości opieki i nie potwierdzono hipotezy o kulturze i atmosferze w miejscu jako czynników warunkujących lepszą jakość opieki.

Również poczucie bezpieczeństwa (oceniane za pomocą wskaźnika PSI – *Patient Safety Indicator*) uznaje się za czynnik jakości opieki wpływający na wynik zdrowotny (*outcome*). Co prawda, istnieje liniowa regresja między poczuciem bezpieczeństwa a stanem pacjenta przy wypisie, ale zależy głównie od personelu bezpośrednio stykającego się z pacjentem, a nie z kierownictwem oddziału czy szpitala (Rosen, Singer, Zhao, Shokeen, Meterko i Gaba 2010). Prowadzone w ostatnich latach prace z wykorzystaniem EHR wskazują również na związki między sposobem rozliczania szpitala a jakością świadczeń mierzoną ilością komplikacji, których można uniknąć (*Potentially Avoidable Complications*) u chorych na choroby przewlekłe (de Brantes, Rastogi i Painter 2010) Dla 6 przewlekłych chorób można zmniejszyć koszty o około 28%.

Podsumowując, można stwierdzić, że odpowiedni dobór mierników obiektywnych i subiektywnych pozwala na skuteczną ocenę jakości świadczeń,

natomiast ocena całego systemu ochrony zdrowia wymaga prowadzenia dalszych badań z lepszym wykorzystaniem zarówno badania satysfakcji pacjentów, jak i analizowania danych epidemiologicznych z uwzględnieniem kontekstu klinicznego.

8. Wnioski

Obiektywne mierniki odwołują się w większości do danych epidemiologicznych, wykorzystywane są w procesowym podejściu do zarządzania szpitalem. Natomiast mierniki subiektywne wynikają głównie z oceny satysfakcji pacjentów, postrzegania opieki zdrowotnej czy nawet całych systemów ochrony zdrowia. Mierniki subiektywne (postrzeganie jakości) dominują w badaniach psychologicznych i socjologicznych.

Popularność akredytacji CMJ i certyfikatów ISO 9001:2000 wynika m.in. z odpowiednio punktowanych „dodatkowych informacji” przy zawieraniu kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wyniki wskazują na konieczność uwzględniania kontekstu klinicznego w interpretacji poszczególnych wskaźników, zwłaszcza gdy dotyczy to jakości postrzeganej (*perceived quality*) stanowiącej podstawę obiegowych opinii, które w istotnej mierze różnią się od obiektywnego obrazu jakości opieki zdrowotnej.

Informacje o autorze

Dr n. med. Jacek Michalak – Zakład Jakości Świadczeń, Procedur i Standardów Medycznych, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. E-mail: jacek.michalak@umed.lodz.pl.

Bibliografia

- Ben-Tovim, D.I., Pointer, S.C., Woodman, R., Hakendorf, P.H. i J.E. Harrison 2010. Routine use of administrative data for safety and quality purposes – hospital mortality. *The Medical Journal of Australia*, nr 193 (8 Suppl.), s. 100–103.
- Bloomrosen, M. i D.E. Detmer 2010. White paper. Informatics, evidence-based care, and research; implications for national policy: A report of an American Medical Informatics Association health policy conference. *Journal of Informatics in Health and Biomedicine*, nr 17, s. 115–123.
- Brantes de, F., Rastogi, A. i M. Painter 2010. Reducing Potentially Avoidable Complications in Patients with Chronic Diseases: The Prometheus Payment Approach. *Health Services Research*, nr 6 (45), s. 1854–1871.
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 2009. *Zestaw standardów akredytacyjnych*, Kraków.
- Chan, K.S., Fowles, J.B. i J.P. Weiner 2010. Review: electronic health records and the reliability and validity of quality measures: A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, nr 5 (67), s. 503–527.
- Czapiński J. i T. Panek (red.) 2009. *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

- EHCI List of indicators, http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm.
- Gutysz-Wojnicka, A. 2010. *Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej*, rozprawa doktorska, Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/167188/index.pdf>.
- Hann, M., Bower, M., Campbell, S., Marshall, M. i D. Reeves 2007. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice*, nr 24, s. 323–329.
- Health Consumer Powerhouse 2009. *Euro Health Consumer Index 2009. Report*, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090925-final-with-cover.pdf>, odczyt: 14.04.2011.
- Holmboe, E.S., Weng, W., Arnold, G.K., Kaplan, S.H., Normand, S.L., Greenfield, S., Hood, S. i R.S. Lipner 2010. The Comprehensive Care Project: Measuring Physician Performance in Ambulatory Practice. *Health Services Research*, nr 6 (45), s. 1913–1933.
- Krakowiak, J., Kocemba, W., Marjański, A. i A. Kowalska 2010. Ocena jakości opieki lekarskiej w oddziale szpitalnym w opinii pacjentów hospitalizowanych w szpitalu Powiatowym w Brzezinach w latach 1999 i 2004, w: J. Krakowiak, A. Marjański (red.) *Problemy organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia – Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych*, s. 55–64. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, tom XI, zeszyt 7, Łódź: SWSPiZ.
- Lalonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Paper*, Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Michalak, J. 2011. Badania opinii społecznej dotyczące opieki zdrowotnej a wyniki badań satysfakcji pacjentów, w: E. Nojszewska (red.) *Problemy polskiego systemu ochrony zdrowia i możliwości ich rozwiązania*, Wolters Kluwer – w druku.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, Dz. Urz. MZ. 10.2.24.
- Pronovost, P.J. i C.A. Goeschel 2010. Viewing Health Care Delivery as Science: Challenges, Benefits, and Policy Implications. *Health Services Research*, nr 6 (45), s. 1510–1522.
- Rosen, A.K., Singer, S., Zhao, S., Shokeen, P., Meterko, M. i D. Gaba 2010. Hospital safety climate and safety outcomes: is there a relationship in the VA? *Medical Care Research and Review*, nr 5 (67), s. 590–608.
- Shaw, C., Kutryba, B., Crisp, H., Vallejo, P. i R. Suñol 2009. Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? *Quality and Safety in Health Care*, nr 18, s. i51–i56.
- Skrzypczak, Z. 2011. Opinie polskiego społeczeństwa o systemie ochrony zdrowia. *Studia i Materiały*, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, nr 38, s. 219–231.
- Skrzypczak, Z., Lis, J. i M. Głasek 2008. Poziom i struktura nakładów na ochronę zdrowia a zadowolenie społeczeństw z opieki zdrowotnej, w: K. Ryć i Z. Skrzypczak (red.) *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, s. 173–182. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Watkins, K., Horvitz-Lennon, M., Caldarone, L.B., Shugarman, L.R., Smith, B., Manne, T.E., Kivlahan, D.R. i H.A. Pincus 2011. Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *Journal For Health-care Quality*, nr 1 (33), s. 49–66.