

prof. dr hab. Valerii Grynchutskyi
dr docent Nadiia Machuga
Narodowy Uniwersytet Ekonomiczny
w Tarnopolu

Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne wymiaru jakości usług zdrowotnych Health, social and economic dimensions of the quality of health services

Streszczenie: *Celem artykułu jest omówienie problematyki związanej z ocenom jakości usług zdrowotnych. W szczególności analizie poddane zostały aspekty formowania dobrej jakości w ochronie zdrowia. Rozpatrywano mierniki jakości usług zdrowotnych. Przedstawione czynniki, które wpływają na jakość usług medycznych. Zaproponowano rekomendacje dla Ukrainy odnośnie wprowadzenia systemu jakości usług zdrowotnych.*

Słowa kluczowe: jakość usług zdrowotnych, zdrowotny społeczny wymiaru jakości w ochronie zdrowia, czynniki formowania jakości, zarządzanie jakością

Abstract: *The purpose of this article is to discuss issues related to the quality of health services evaluations. The analysis covered aspects of the formation of good quality health care. Meters were considered as a quality of the health services, and the factors that affect the quality of medical services were described. There were also proposed recommendations for the Ukraine regarding the introduction of the quality of health services.*

Key words: quality of health services, public health dimensions of quality in health care, the factors formation of quality, quality management

Dobra jakość usług zdrowotnych przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta. Nic, więc dziwnego, że osiągnięcie dobrej jakości jest podstawowym celem funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Pytania dotyczące osiągnięcia dobrej jakości należą więc do podstawowych pytań w zarówno w medycynie, jak i w zarządzaniu w ochronie zdrowia. Jak mierzyć jakość, jak klasyfikować obszary jej szczególnego znaczenia, jak oceniać wpływ na różne wymiary życia społecznego, jak zabezpieczać instytucjonalnie monitorowanie jakości, to podstawowe i trudne pytania, jakie stają przed każdym badaczem tego zagadnienia.

Ważnym uzupełnieniem efektywnego systemu opieki zdrowotnej powinna być jego elastyczność, to znaczy możliwość ewolucyjnego przyjęcia zmian, które okażą się konieczne dla zapewnienia lepszego funkcjonowania

systemu, bez podważania jego podstaw i bez narażania świadczeniodawców, ubezpieczycieli oraz pacjentów na kolejne głębokie reformy.

Każdy system ochrony zdrowia jest dziełem określonej polityki zdrowotnej. To polityka zdrowotna przesądza o celach i charakterze tego systemu, o sprawności i kosztach jego funkcjonowania, o jego efektywności. Tworzy zinstytucjonalizowaną formę urzeczywistniania jednej z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka, jaką jest zdrowie. W ogromnym stopniu waży na jakości i długości naszego życia i naszym poczuciu bezpieczeństwa. Rola polityki zdrowotnej, zarówno w życiu całego społeczeństwa, jak też każdego z jego członków okazuje się więc ogromna. Jej skutki bowiem mogą być i na ogół bywają zbawienne, ale też mogą być wręcz zgubne, szczególnie wówczas, gdy polityka zdrowotna uprawiana jest w sposób chaotyczny.

Efektywnie funkcjonujący system zapewnia efektywne funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, a wśród kryteriów tej efektywności zawiera się jakość udzielanych świadczeń. Z kolei, gdy usługi medyczne będą udzielane na wysokim poziomie jakościowym, tym lepszy będzie stan zdrowia tak każdego konsumenta, jak i populacji.

W efektywnym systemie opieki zdrowotnej zdrowie stanowi jedną z naczelnych wartości społecznych, a jednocześnie kosztuje; jest dobrem także ekonomicznym. Do jego utrzymania przyczyniają się środki zarówno ekonomiczne, jak i pozaekonomiczne, np. czynniki środowiskowe i styl życia. Innymi słowami, przy podejmowaniu decyzji dotyczących wprowadzenia zmian technologicznych i ekonomicznych musi być brany pod uwagę przewidywany wpływ tych zmian na zdrowie ludzkie (*health impact assessment*). Gdyby między założonymi celami zdrowotnymi i pozostałymi istniał konflikt, to zdrowie powinno mieć priorytet, któremu podporządkowane byłyby inne cele. Taki wybór powinien mieć miejsce w tych wszystkich decyzjach, które wpływają na zdrowie, mimo że ten wpływ nie byłby bezpośredni i pozornie dotyczyłby spraw odległych od zagadnień zdrowotnych.

Wpływ zdrowia na wzrost gospodarczy dokonuje się przez oddziaływanie na jakość i wielkość kapitału ludzkiego oraz produktywność pracy¹. Dobre zdrowie oraz kwalifikacje i umiejętności warunkują możliwość osobistego rozwoju każdego człowieka i w konsekwencji zapewniają warunki bezpieczeństwa ekonomicznego; większą pewność pracy oraz wyższe dochody. Dzięki temu zdrowie pozytywnie wpływa na wzrost gospodarczy².

W analizach makroekonomicznych dotyczących ochrony zdrowia ważne miejsce przypada kwestii udziału systemu ochrony zdrowia w tworzeniu i redystrybucji dochodu narodowego. Ochrona zdrowia wpływa na społeczny dobrobyt kosztem zwiększania wielkości wydatków na ochronę zdrowia. Ponoszenie tych kosztów jest jednak gwarantem dobrej jakości usług zdrowotnych.

¹ M. Grossman, *On the concept of health capital and the demand for health*, "Journal of Political Economy", No 80 92, s. 223-255.

² C. Sorenson, *Emergence of HTA in Central and Eastern Europe*, Volume 11, Number 1, s. 10-12.

W krajach stosujących materialne (marksistowskie) podejście do szacowania dochodu narodowego przez długi czas uważano, że dochód jest tworzony wyłącznie w sferze produkcji materialnej. Zatem, kwalifikując poszczególne dziedziny działalności społecznej, jako źródła powstawania dochodu narodowego, szczególnie nacisk kładziono na konieczność wytwarzania (przetwarzania) w ich ramach przedmiotów, rozumianych jako materialne substraty działalności gospodarczej. Ponieważ opieka zdrowotna wytwarzająca usługi medyczne o niematerialnym charakterze, nie spełniała przyjętych kryteriów, tym samym nie była uznawana za dziedzinę przyczyniającą się do pomnażania dochodu narodowego. W związku z tym przyjmowano, że wydatki na ochronę zdrowia są jednym z wielu sposobów konsumpcji produktu społecznego, traktując je jako konieczne ograniczenie budżetowe, które negatywnie wpływa na procesy akumulacji i ogólny poziom dobrobytu.

Biorąc pod uwagę fakt, że podstawowym miernikiem wzrostu gospodarczego jest wskaźnik produktu krajowego brutto (PKB), analizę roli ochrony zdrowia w procesie tworzenia dochodu narodowego, można rozpocząć od zbadania jej wpływu na wielkość PKB. Z uwagi na fakt, że PKB daje się obliczać przy użyciu trzech różnych metod uwzględniających sumowanie produktów, dochodów lub wydatków, w dalszym toku rozważań można uwzględnić rolę ochrony zdrowia w kontekście wymienionych poniżej trzech aspektów aktywności gospodarczej.

W związku z powyższym, możemy przyjąć, że ochrona zdrowia jest sferą, która także przyczynia się do tworzenia PKB. Wniosek taki wypływa z następujących przesłanek (uwzględniających sposoby obliczania PKB):

- faktu wytwarzania usług medycznych,
- generowania dochodów w związku z wytwarzaniem świadczeń zdrowotnych,
- wydatków na zakup świadczeń medycznych dokonywanych przez podmioty prywatne i publiczne.

Ochrona zdrowia ma duże znaczenie dla rynku pracy, gdyż we współczesnych gospodarkach stanowi znaczącą dziedzinę zatrudnienia. Jednocześnie, będąc jednym z najbardziej prężnie rozwijających się działów współczesnych gospodarek, kreuje znaczącą liczbę nowych miejsc pracy, także w administracji publicznej i w instytucjach trzeciej strony. W związku z tym, możliwość oddziaływania ochrony zdrowia na gospodarkę jest zwielokrotniona przez szereg dodatkowych czynników, wśród których należy wymienić ograniczanie poziomu bezrobocia oraz wpływ na wielkość zagregowanego popytu, jako wypadkowej dochodów zatrudnionych w opiece zdrowotnej.

Mierzalnym efektem wpływu dobrobytu społecznego na zdrowie jest wydłużenie przeciętnego trwania życia. W zdrowszych społeczeństwach ludzie żyją dłużej, a ich zasoby są znacznie większe, dzięki dłuższemu okresowi gromadzeniu oszczędności. W konsekwencji, mając dłuższy horyzont czerpania korzyści, jednostki decydują się na podejmowanie długofalowych „inwestycji”, i tym samym dłuższe życie pośrednio wpływa na zwiększenie wydatków, np. na edukację, mieszkalnictwo. Dlatego też, w analizach doty-

czących wzrostu gospodarczego, obok pojęć ściśle związanych z kategorią dochodu, należy brać pod uwagę także wskaźniki charakteryzujące zdrowotność i oczekiwaną przeciętną długość życia.

Jakość usług zdrowotnych jest podstawowym efektem skutecznego i bezpiecznego medycznie oraz efektywnego ekonomicznie świadczenia usług zdrowotnych. W podjętym referacie problem jakości rozważany będzie w kontekście trzech aspektów:

- jakości w rozumieniu cech wyrobu (usługi), czyli wysokiego standardu medycznego realizowanych usług,
- jakości jako stopnia spełnienia wymagań użytkownika, czyli zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjenta (satysfakcja pacjenta)
- jakości w rozumieniu dążenia do unikania błędów i poprawiania tego, co można poprawić.

Podsumowując przegląd literatury na temat jakości usług zdrowotnych, można zauważyć, że istnieją 3 grupy definicji jakości:

- jakość jako cechy wyrobu,
- jakość jako stopień spełnienia wymagań użytkownika,
- jakość jako to, co można poprawić.

Na jakość usług zdrowotnych składają się:

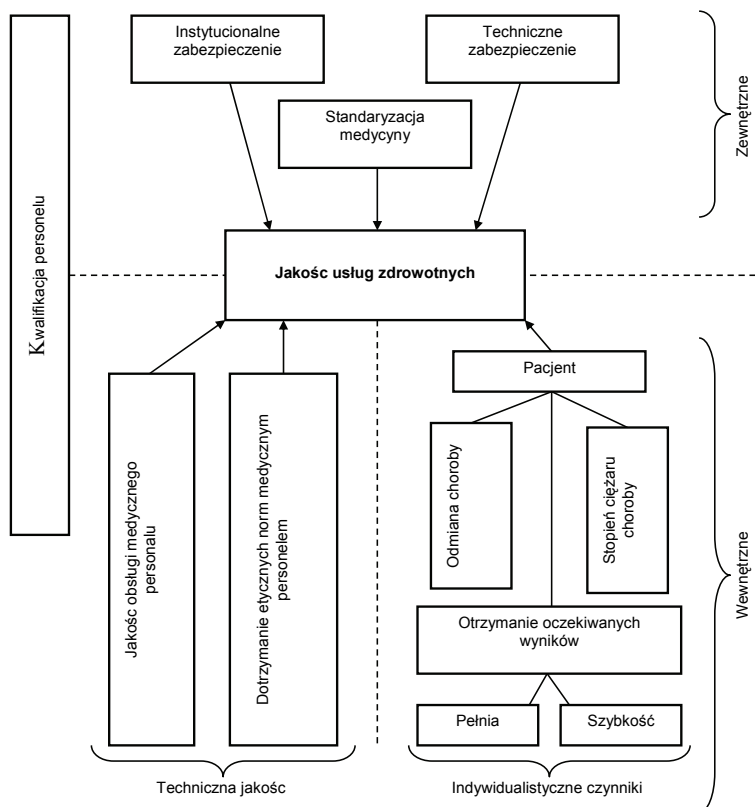
- ich dostępność (łatwość uzyskania opieki, niezależna od wszelkich przeszkód organizacyjnych, finansowych i innych),
- pełna informacja (o stanie zdrowia, o opcjach leczenia, synergicznym działaniu leków),
- edukacja zdrowotna (możliwość nabycia przez pacjenta umiejętności samodzielnej opieki i rozpoznawania objawów wymagających wezwania pomocy),
- dobra komunikacja wśród lekarzy i pielęgniarek, szacunek i opiekuńczość odczuwane przez pacjenta, dobra koordynacja i zachowana ciągłość procesu leczenia,
- satysfakcja pacjenta (wyższy lub co najmniej równy stopień akceptacji otrzymanej opieki w konfrontacji z oczekiwaniami).

Miernikiem jakości z punktu widzenia pacjenta jest dostępność usług, na którą składają się m.in.:

- możliwość rejestracji telefonicznej, na dowolnie wybraną godzinę i na kilka dni naprzód oraz krótki czas oczekiwania na rejestrację i wizytę,
- możliwość wyboru lekarza i zamówienia jego wizyty w domu,
- szeroki zakres badań laboratoryjnych i usług specjalistycznych,
- przyjazny wystrój i czystość zarówno przychodni, jak i jej otoczenia,
- dostęp do automatu telefonicznego w przychodni,
- dogodna lokalizacja przychodni w pobliżu węzła komunikacyjnego i wygodny parking,
- przyjazne traktowanie pacjentów przez personel.

Jakość usług zdrowotnych zależy od wielu czynników. Oprócz czynników zewnętrznych, na które świadczeniodawca ma ograniczony wpływ

(płatnik, system opieki zdrowotnej), istotną rolę odgrywają czynniki wewnętrzne. Wśród nich istotne jest pro-jakościowe myślenie kierownictwa oraz pracowników, mające korzenie w projakościowej filozofii rozwoju organizacji sektora ochrony zdrowia, podmiotowe myślenie o pacjencie, a także dobry klimat pracy sprzyjający świadczeniu dobrych usług.



Rys. 1. Czynniki, które wpływają na jakość usług medycznych
Źródło: opracowanie własne.

Norma wymaga od jednostki opieki zdrowotnej zdefiniowania celów jakościowych, rozumianych, jako strategiczne cele w całym programie opieki zdrowotnej, realizowanym przez jednostkę. Celem pomiaru stopnia osiągnięcia tych celów, jednostka opieki zdrowotnej może wykorzystać wskaźniki jakościowe, zalecane przez władze lub organizacje zawodowe i towarzystwa naukowe. Ważne jest, aby wskaźniki te były mierzalne i istotne dla procesu, którego dotyczą. Cele jakościowe muszą być powiązane z polityką jakości, rozumianą jako zbiór bieżących zasad postępowania i zbiór wartości w sferze jakości (np. polityka lekowa, zaopatrzeniowa, kadrowa czy marketingowa). Norma stawia wymagania odnośnie dokumentacji, która jest niezbędna dla zapewnienia kontroli kierownictwa jednostki opieki zdrowotnej nad

sprawnym działaniem systemu. Istnieją wymagania dotyczące procedur systemowych, ale nie mają one charakteru przesadnego. Wymaga się np. procedury nadzoru nad dokumentacją jednostki, ale nie ma wymagań dotyczących procedur leczenia. Można natomiast sformalizować w postaci procedury sposób przyjęcia pacjentów do szpitala i wypis. Należy jeszcze raz podkreślić elastyczność rozwiązań systemowych, wymaganych przez normę ISO 9001: 2000, która powoduje, że do procedur dotyczących np. procesu epidemiologii mogą być wbudowane wymagania krajowych władz właściwych do spraw zdrowia, w postaci ustaw, rozporządzeń i innych aktów prawnych.

W warunkach konkurencji na rynku usług medycznych trzeba wychodzić naprzeciw oczekiwaniom klienta, poznawać je oraz spełniać. Aby zrozumieć potrzeby klienta, który jest najczęściej pacjentem, należy systematycznie badać jego potrzeby obecne, ale również i przyszłe. W dobie konkurencji dobra jakość i pozytywny wizerunek zakładu będą ogrywały zasadniczą rolę w jego rozwoju. Dlatego też należy się przygotować do uzyskiwania certyfikatu jakości zakładów opieki zdrowotnej. W procesie zarządzania przez jakość zasadniczym zagadnieniem staje się satysfakcja pacjentów.

Zdrowotne społeczne i ekonomiczne wymiary jakości usług zdrowotnych prowadzi do wniosku, że stworzenie systemu w tej dziedzinie jest zadaniem kompleksowym; o wielu wymiarach i kontekstach oraz wymaga spełnienia pewnych warunków wstępnych. Kompleksowość problemu wyrażają następujące wnioski.

- Zarządzanie jakością dotyczy wielu wymiarów funkcjonowania opieki zdrowotnej, a mianowicie: skuteczności zdrowotnej zastosowanych technologii medycznych, przestrzegania standardów opieki medycznej, występowania błędów medycznych, satysfakcji pacjentów i efektywności funkcjonowania sektora zdrowotnego.
- Zarządzanie jakością przebiega na różnych szczeblach: krajowym, regionalnym, mikro czyli w jednostkach opieki zdrowotnej i w środowisku profesjonalistów medycznych.
- Zarządzanie jakością obejmuje różne obszary ochrony zdrowia taki jak opiekę podstawową, poszczególne dziedziny opieki specjalistycznej, opieki stacjonarnej, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.
- Zarządzanie jakością prowadzone jest rozwiniętymi instrumentami monitorowania, oceny i kontroli.

Wychodząc z powyższego rekomendacje dla Ukrainy odnośnie do wprowadzenia systemu jakości usług zdrowotnych dotyczą też wielu dziedzin i wymiarów problemu.

Po pierwsze – potrzebne są prace prowadzące do opracowania standardów opieki medycznej: (postępowania medycznego, bezpieczeństwa i higieny oraz wyposażenia) w oparciu o standardy europejskie i wprowadzenia ich do systemu ochrony zdrowia. Na dzień dzisiejszy w Ukrainie nie opracowano jeszcze w pełni standardów medycznych, co utrudnia przestrzeganie zasad wysokiej jakości usług zdrowotnych. Ważnym momentem

procesu wdrożenia standardów byłby obowiązek ich wprowadzenia do wszystkich jednostek zdrowotnych. To pozwoliłoby na obiektywizację podejścia do oceny jakości świadczonych usług zdrowotnych. Dostosowanie opracowanych standardów medycznych do praktyki europejskiej ułatwiłoby integrację Ukrainy ze światowym systemem ochrony zdrowia.

Po drugie – pożądane byłoby powołanie instytucji analiz oceny technologii medycznych (HTA) oraz uchwalenie przepisów dotyczących stosowania wyników sporządzonych analiz. W Ukrainie ma powstać rządowa agencja HTA stowarzyszona w międzynarodowych organizacjach, wymieniających informacje i współpracujących ze sobą na zasadzie sieci, wydających specjalistyczne informatory, w których prezentowane są wyniki prac. Stowarzyszenie na przykład z organizacją INAHTA byłaby dla agencji ukraińskiej nie tylko oparciem w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej, ale również sposobem na łatwiejsze dotarcie do naukowego dorobku europejski wspólnoty.

Po trzecie – należy wprowadzić obowiązek badania satysfakcji pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej i spowodować wprowadzanie wyników analiz do systemu zarządzania placówką. Opinia pacjenta placówki zdrowotnej jest ważną wskazówką dla oceny jakości usług zdrowotnych, ponieważ chorzy są głównymi odbiorcami świadczonych usług i ich ocena jest decydująca dla kształtowania się opinii społecznej o funkcjonowaniu całego sektora ochrony zdrowia. Ponadto badania satysfakcji pacjentów stanowią istotne narzędzie w kształtowaniu popytu na usługi konkretnych świadczeniobiorców na rynku usług medycznych.

Po czwarte – należy problematykę jakości usług zdrowotnych wprowadzić do systemu zarządzania sektorem opieki zdrowotnej na szczeblu krajowym. Tematyka jakości usług zdrowotnych zaczyna pojawiać się w Ukrainie raczej na szczeblu mikro i jest głównie rozpatrywana pod kątem zdrowotnym. Problem budowania całościowego systemu zarządzania jakością, uwzględniającego społeczne i ekonomiczne wymiary systemu nie jest jeszcze podejmowany.

Po piąte – proces wdrożenia systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych wymaga przygotowania wielu regulacji prawnych lub jednej kompleksowej ustawy, obowiązujących w całym sektorze opieki zdrowotnej, zarówno publicznym jak i niepublicznym..

Po szóste – potrzebne jest utworzenie instytutu do spraw jakości usług zdrowotnych, wzorem polskiego Centrum Monitorowania Jakości. Dałoby to możliwość opracowywania narzędzi i poddawania się zakładów opieki zdrowotnej dobrowolnej kontroli przestrzegania standardów jakości. To uświadamia i w konsekwencji - zwiększa odpowiedzialność placówek medycznych oraz personelu medycznego w dziedzinie jakości świadczeń.

Po siódme – niezbędne jest wprowadzenie do zakładów opieki zdrowotnej zasad przestrzegania i praw pacjenta i zinstytucjonalizowanie monitorowania naruszania tych praw. Zadania w tej dziedzinie mogłyby zostać usytuowane na szczeblu regionalnym ukraińskiego systemu ochrony zdrowia.

Po ósme – należy w zakładach opieki zdrowotnej prowadzić rejestrację błędów medycznych. W Polsce istnieje w niektórych szpitalach praktyka prowadzenia rejestrów błędów medycznych. Wprowadzenie takich rejestrów dałoby możliwość dokładnej ich analizy (przyczyny powstawania błędów i warunki ich nie popełniania), co istotnie wpłynęłoby na unikanie błędów, zwiększając tym samym poziom jakości usług zdrowotnych.

Po dziewiąte – dla zarządzania jakością potrzebne są także rozwiązania organizacyjne na szczeblu mikro, czyli zakładów opieki zdrowotnej. Oparciem efektywnego zarządzania jakością usług zdrowotnych byłyby oddziały lub zespoły jakości w szpitalach.

Skuteczne zarządzanie jakością wymaga efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Istniejący w Ukrainie system istotnie odbiega od zadawalającego, co ogranicza możliwości szybkiego wdrożenia metod zarządzania jakością na szerszą skalę.

Bibliografia

- Berkowska M., *Satysfakcja pacjenta jako element jakości usług*, w: Materiały z VIII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Rola i zadania medycyny społecznej u progu XXI wieku”. Akademia Medyczna, Wrocław 2002.
- Cella D.R., Tulsy D.S., *Measuring Quality of Life Today, „Methodological Aspects, Oncology”*, 4, 5/1990.
- Chalmers I., Enkin M., Keirse MJNC (eds.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press, vol. 2/1989.
- Clark D., Malson H., *Key issues in palliative care needs assessment*, Progress in Palliat, Care 3.
- Fallowfield L., *The quality of life*, Souvenir Press Ltd, London 1990.
- Grossman M., *On the concept of health capital and the demand for health*, „Journal of Political Economy”, No 80/92.
- Siwiec J., *Aspekty opieki – wymiary do pomiaru. V Ogólnopolska Konferencja, Jakość w opiece zdrowotnej*, Kraków, 12-4.04.2000.
- Sorenson C., *Emergence of HTA in Central and Eastern Europe*. Volume 11, Number 1/2000, s. 10-12.
- Wawak T., *Makroekonomiczne problemy jakości produktów przemysłowych w Polsce*, UJ, Kraków 1989.