



Fot. istockphoto.com

Opisujemy koncepcję czterech filarów zarządzania szpitalem, czyli uniwersalnego rozwiązania pozwalającego na zbudowanie strategii rozwoju placówki, niezależnie od jej wielkości czy charakterystyki.

Szpital jest organizacją wielowymiarową, w której równocześnie zachodzi bardzo dużo procesów. Głównym jest działanie na rzecz pacjenta – profilaktyka i leczenie, którego celem jest poprawa zdrowia. Realizacja tego celu jest możliwa dzięki licznym procesom wspomagającym, niekiedy bardzo skomplikowanym, takim jak działania anestezyjologiczne i pielęgniarstwo. Równie ważne są prace logistyczne, techniczne, informatyczne i administracyjne – zapewniają one „paliwo” do płynnego przebiegu głównego procesu. Zlokalizowane

są w wielu miejscach, oddziałują na siebie, ale przede wszystkim wpływają na proces główny – umożliwiają jego finalizację zgodnie z planem lub też wymuszają jego zmianę. Pomocna jest przy tym koncepcja czterech filarów zarządzania szpitalem.

Istotą podejścia przedstawionego w tej koncepcji jest odniesienie się do zarządzania procesowego. Wielowymiarowa działalność podmiotu jest postrzegana jako proces główny z dodatkowymi procesami wspierającymi, co wymaga precyzyjnego opisanie i opomiaro-



Rycina 1. Miary wymagane do rejestrowania w kontekście podejścia procesowego do zarządzania w szpitalu

Tabela 1. Narzędzia informatyczne i ich zastosowania wdrożone w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku

Nazwa	Funkcja	Wykorzystanie
CliniNet	CIS (<i>Clinical Information System</i>) – system służący do gromadzenia danych z przebiegu leczenia pacjentów	dokumentacja procesów m.in. na potrzeby akredytacji
CliniNet	HIS (<i>Hospital Information System</i>) – system służący do gromadzenia danych dotyczących przepływu usług wewnętrznych, realizacji świadczeń, gospodarki lekami i materiałami medycznymi	dokumentacja procesów na potrzeby rynku wewnętrznego i wtórnie w celu wyliczania za wynik, a także na potrzeby akredytacji
MSD	system pozwalający na ekstrakcję danych z CliniNet na podstawie zaprojektowanych zapytań (scenariuszy)	ocena przebiegu procesów m.in. na potrzeby analiz w akredytacji oraz weryfikacja przebiegu leczenia
MyHospital	system pozwalający na ekstrakcję danych z CliniNet na podstawie wskazanych pryncypiów (np. reoperacje, rehospitalizacje, pobyty przedłużone itp.)	ocena przebiegu procesów m.in. na potrzeby analiz w akredytacji oraz weryfikacja przebiegu leczenia
System UCK	system gromadzący informacje o niezgodności i zaburzeniach procesów na podstawie zgłoszeń jednostkowych oraz raportów dyżurowych	ocena przebiegu procesów m.in. na potrzeby akredytacji
OncoReports/OncoIndi	system gromadzący informacje na temat przebiegu procesów w kontekście wielodyscyplinarnych zespołów (<i>units</i>) narządowych (transkrypt z CliniNet)	ocena przebiegu procesów m.in. na potrzeby akredytacji oraz weryfikacja przebiegu leczenia
UCK Trials	system gromadzący informacje na temat przebiegu procesów związanych z badaniami klinicznymi, w tym kompletności dokumentacyjnej oraz zaistnienia kosztów nieujętych w pierwotnym protokole badania (transkrypt z CliniNet)	ocena przebiegu procesów m.in. na potrzeby akredytacji, identyfikacja przeoczonych kosztów kwalifikowalnych do pokrycia przez sponsora badania klinicznego – wynagrodzenie za wynik

wania. Główną rolę odgrywa w koncepcji filar pierwszy, bez którego wprowadzenie jej w życie nie byłoby możliwe.

Filar pierwszy – informatyzacja

Istotą zmiany jest kompleksowa, całościowa informatyzacja, uwzględniająca różnorodne, ale ergonomizujące pracę zapisy, najchętniej stratyfikowane (checklisty, szybkość wypełniania i łatwość wyszukiwania). Ważną rolę odgrywają ponadto narzędzia raportowe wspomagające pracę personelu medycznego oraz narzędzia zbierające i prezentujące kluczowe informacje kliniczne i zarządcze wykorzystywane przez medyczny personel zarządzający. Wsparciem dla zarządu szpitala są narzędzia agregujące informacje z jednostek organizacyjnych.

Wszystkie wymienione narzędzia powinny być elastycznie modyfikowalne, a więc pozwalać na pozyskanie informacji odnoszących się do nowych miar, o których jeszcze wczoraj nie myśleliśmy. Powinny także zapewniać przejrzystą i atrakcyjną wizualizację, ponieważ czytelna prezentacja celowo dobranych zestawów informacji znacząco ułatwia pracę osób zarządzających. Ma to szczególne znaczenie dla medycznego personelu zarządzającego, który utożsamia się bardziej z leczeniem aniżeli z zarządzaniem.

Dobrze przeprowadzona, kompletna, a nie jedynie wrywkowa informatyzacja pozwala na opomiarowanie procesów klinicznych zarówno pod względem kompletności opisu działań (kompletność dokumentacyjna,

miary procesowe), jak i oceny wyników (powikłania, czas przeżycia, czas wolny od nawrotu choroby, jakość życia, miary produktowe). Prawidłowe skwantyfikowanie i czytelność informacji w systemie informatycznym przekładają się natomiast na tworzenie użytecznych wizualizacji i generowanie sygnałów alarmowych w przypadku naruszenia ram wyznaczonych dla parametrów procesu.

Filar drugi – akredytacja

Akredytacja to zestaw wymagań, których spełnienie daje przeświadczenie, że organizacja postępuje wedle pewnych norm uznawanych za dobre praktyki. W kontekście działalności klinicznej są to konkretnie wskazane obszary infrastrukturalne, zasobowe lub analityczne. Ich przestrzeganie przekonuje, że szpital stosuje schemat dający wysokie prawdopodobieństwo, że jego działalność będzie bezpieczna dla pacjenta. Jednocześnie należy pamiętać, że posiadanie akredytacji przez szpital niczego nie gwarantuje, a same standardy akredytacyjne niczego nie definiują w sposób jednoznaczny.

Chęć spełnienia wymagań akredytacyjnych zyskuje wartość dla organizacji jedynie wtedy, gdy powstaje wewnętrznie i nie jest motywowana żadnymi czynnikami zewnętrznymi (takimi jak lepsze finansowanie czy realizacja zaleceń związanych z restrukturyzacją lub projektem dofinansowanym). Szczególnie ważną rolę odgrywają w tym procesie osoby zarządzające całą organizacją i poszczególnymi składowymi klinicznymi szpitala (oddziały, kliniki). Niezwykle ważne jest zaan-

Tabela 2. Interakcje pomiędzy czterema filarami. Tabela wskazuje, w jaki sposób filar opisany w poszczególnych wierszach oddziałuje na filary w kolumnach

	Informatyzacja	Akredytacja	Wynagrodzenie za wynik	Rynek wewnętrzny
Informatyzacja		Uproszczenie dostępu do dokumentacji medycznej, przejrzystość zleceń lekarskich, potwierdzenie wykonania zleceń lekarskich, jasne znaczniki czasowe wykonania zleceń	Szczegółowy nadzór nad kosztami i przychodami, w podziale na poszczególne elementy struktury lub grupy problemowe (rozpoznanie, metody leczenia)	Rejestr zadań powstałych pomiędzy komórkami, szczegółowa wycena kosztów zadań
Akredytacja	Zdefiniowanie zasad funkcjonowania systemów informatycznych w szpitalu, zidentyfikowanie ewentualnych problemów i prezentacja dobrych praktyk		Zdefiniowanie klinicznych parametrów jakościowych, których zaistnienie zwiększa koszty leczenia, a tym samym pogarsza wynik, wskazanie zasad pozwalających na bezpośrednie zmniejszenie ryzyk w tym zakresie lub pośrednie opracowanie unikalnych rozwiązań problemów charakterystycznych dla konkretnej komórki	Określenie konkretnych wymagań dla poszczególnych zadań, wynikające z dobrych praktyk
Wynagrodzenie za wynik	Ordynator dzięki narzędziom informatycznym jest w stanie szybko nadzorować realizowane procesy, identyfikować niedoskonałości, które mogą prowadzić do potencjalnych problemów i rozczeń odszkodowawczych, jak również nadzorować stopień wdrożenia optymalnej ścieżki pacjenta, co pozwala na szybkie wskazanie odstępstw, które mogą prowadzić do nieplanowanych kosztów	Zrozumienie charakterystyki własnego procesu (uwzględniające powikłania, przedłużone hospitalizacje, reoperacje itp.) pozwala na uzyskanie lepszych wyników ekonomicznych. Dodatkowo w wielu systemach rozliczeniowych gratyfikowana jest jakość kliniczna, tzn. bardziej pożądane wyniki odległe		Zasada wynagrodzenia za wynik determinuje nadzór nad ilością i jakością usług zewnętrznych. Dobór takich usług jest bardzo przemyślany, a ich realizacja nadzorowana i recenzowana
Rynek wewnętrzny	Posiadanie odpowiednich narzędzi informatycznych umożliwia liderom procesów wspierających nadzór nad ich realizacją (np. prawidłowość dokumentowania), jak również alokację zasobów ludzkich w celu ich optymalnego wykorzystania	Przejrzyste zdefiniowanie zadań i odpowiedzialności za poszczególne elementy interakcji pomiędzy procesami. Liderzy procesów wspierających na podstawie danych z piśmiennictwa definiują niezbędne minimum i optimum świadczonych przez swój zespół usług, co pozwala polepszyć proces główny i uwzględnić dodatkowe wymagania jakościowe w jego realizacji	Wprowadzenie na rynku wewnętrznym dobrej jakościowo usługi wewnętrznej pozwala na zadowalające wynagrodzenie dla realizatorów – usługa jest zlecona części. Dodatkowo, realizatorzy usługi wewnętrznej w sposób naturalny zmagają się do jej wprowadzenia także na rynek zewnętrzny, posiadając dzięki pracy w organizacji <i>know-how</i> i dodatkowo optymalizując wykorzystanie zasobów	

gażowanie personelu lekarskiego, co najmniej na równi z pielęgniarskim, a także wszystkich innych grup zawodowych.

Ponadto akredytacja wymaga przygotowania standardowych procedur operacyjnych, czyli opisów postępowania dla poszczególnych problemów klinicznych. Ważne, aby procedury te powstawały w kontekście indywidualnych warunków danej placówki z uwzględnieniem specyfiki infrastruktury, zasobów ludzkich i roz-

wiązań charakterystycznych dla konkretnej lokalizacji. Oczywiście zrab procedury powinien odwoływać się do dobrych praktyk i wytycznych ogólnokrajowych czy ogólnokrajowych. Procedury takie pozwalają na jasne zdefiniowanie zależności pomiędzy uczestniczącymi w nich oddziałami i zespołami, co stanowi dobre ruszowanie dla nadzoru merytorycznego i działań projakościowych będących istotą trzeciego filaru oraz wzajemnych relacji opisanych w czwartym filarze.

„Wynagrodzenie za zadanie determinuje poszukiwanie metod optymalizacji procesów, precyzyjniejszej kwalifikacji i przewidywania potencjalnych problemów”

Filar trzeci – wynagrodzenia zadaniowe

Wprowadzenie umów cywilnoprawnych, tzw. kontraktów, w wielu szpitalach ma wymiar przekształcenia wynagrodzenia netto za godziny pracy w wynagrodzenie brutto. Umożliwia łatwiejsze realizowanie zadań wymagających większej liczby godzin oraz pozyskiwanie pracowników z sąsiednich szpitali. W rzeczywistości powoduje konkurencję między szpitalami i windowanie cen za godzinę, szczególnie przez specjalistów z poszukiwanych dziedzin. W niektórych przypadkach doprowadza także do świadczenia przez specjalistów usług w kilku placówkach w okolicy w wymiarze daleko przekraczającym normy pracy i zdrowy rozsądek. Wtórnie korzyść, jaką zyskuje szpital dzięki współpracy z takim specjalistą, jest bardzo dyskusyjna. Usługi są wątpliwej jakości, chociażby ze względu na zmęczenie, specjalista nie utożsamia się ze szpitalem, a zatem nie można liczyć na jego wsparcie w działaniach pro-jakościowych czy organizacyjnych. Wreszcie – szpital traci jakąkolwiek możliwość negocjowania lub stawiania wymagań specjalistcie, który w razie braku chęci ich spełnienia może po prostu porzucić szpital, gdyż współpracuje z kilkoma innymi.

Wynagrodzenie za liczbę przepracowanych godzin, co jest najczęstszym rozwiązaniem, nie prowadzi do żadnego efektu motywacyjnego poza chęcią przebywania na terenie szpitala, o ile sąsiedni nie zapłaci więcej za godzinę. Trzeci filar, który akcentujemy, to wynagrodzenie zależne do wykonania zadania uzgodnionego z konkretnym kontrahentem lub z zespołem kontrahentów. W najprostszej formie jest to zadanie polegające na wykonaniu hospitalizacji do określonego poziomu. W formule docelowej jest to zadanie powiązane z wymaganiami jakościowymi, jak chociażby niska liczba powikłań, reoperacji czy rehospitalizacji nieplanowanych, wysoka satysfakcja pacjenta oraz obniżenie kosztów leczenia.

Wynagrodzenie za zadanie, a jeszcze bardziej wynagrodzenie za wynik, determinuje poszukiwanie metod optymalizacji procesów, precyzyjniejszej kwalifikacji, przewidywania potencjalnych problemów, wyszukiwania rozwiązań wśród dobrych praktyk światowych, ale także postępowanie zgodnie z opracowanymi procedurami (*vide*: filar drugi), co chroni przed ewentualnymi

mi błędami i odpowiedzialnością za nie. Tym samym zarząd szpitala zyskuje w klinicystach partnerów do rozwoju zarządzania jakością w szpitalu, co poddyktowane jest nie tylko wizją zarządczą, ale konkretnymi korzyściami dla poszczególnych pracowników. Zadaniem zarządu szpitala jest także opracowanie zasad wynagradzania, aby klinicyści nie byli zainteresowani działaniem na rzecz innych placówek w okolicy, co pozwala szpitalowi na rozwijanie własnej przewagi konkurencyjnej.

Warunkiem koniecznym do funkcjonowania tego typu rozwiązań jest prawidłowe opomiarowanie kontraktowanych czynności, najlepiej w systemie informatycznym szpitala, czyli w filarze pierwszym.

Filar czwarty – rynek wewnętrzny

Dopełnieniem podejścia procesowego w kontekście filaru trzeciego jest filar czwarty. Polega on na bardzo przejrzystych rozliczeniach za wszelkie działania realizowane na rzecz oddziałów przez inne oddziały (np. konsultacje), podwykonawców (anestezjologia, blok operacyjny, radiologia) i wspólne dla całego szpitala działy (np. informatyka, kadry, księgowość). Należy zmierzać do jak najniższej wartości narzutu zarządczego szpitala, co wynika z precyzyjnego przypisania kosztów stałych wszystkim elementom procesowym. Wszelkie wzajemne rozliczenia powinny być w pełni transparentne i podlegać nadzorowi przedstawicieli procesu, który nabywa usługę. Usługi podwykonawcze w procesach powinny zmierzać do zerowej rentowności, a zatem ich wycena powinna być aktualizowana co najmniej raz na 6 miesięcy. Pozwala to na uzyskanie zaufania realizatorów procesu głównego.

Podsumowanie

Koncepcja czterech filarów pozwala na uniwersalne zbudowanie strategii rozwoju szpitala, niezależnie od jego wielkości czy charakterystyki. Co niezwykle ważne, akcentuje ona potrzebę podejścia procesowego do zarządzania, transparentności we wzajemnych relacjach i nagradzania za ciągle doskonalenie. Siłą rzeczy promowany jest rozwój kadr i innowacyjność w podejściu terapeutycznym i organizacyjnym. Działania kliniczne opierają się na standardowych ramach, ale całość promuje identyfikację odstępstw od normy i analizę, na ile są one korzystne, a na ile szkodliwe dla procesu. Pozwala to na generalizację jednostkowych odkryć (zdarzeń), wtórnie rozprzestrzenianie dobrych praktyk i unikanie problemów, które już zauważyliśmy w jednym miejscu, a od których możemy uchronić inne. W sumie udaje się stworzyć organizację mającą stabilny szkielet postępowania, ale także otwartość i elastyczność, a co najważniejsze – silną i zrównoważoną motywację do stałego rozwoju.

Tomasz Stefaniak, Justyna Fercho,
Dariusz Szplit, Jakub Kraszewski