

DLACZEGO POTRZEBUJEMY dobrej nowelizacji ustawy o jakości?

TADEUSZ JĘDRZEJCZYK

Czy do poprawy jakości w ochronie zdrowia może się przyczynić daleka od dobrych standardów legislacyjnych regulacja? Można wprawdzie powiedzieć, że do tego celu nie potrzebujemy żadnej ustawy. Mimo braku regulacji, w polskich szpitalach i przychodniach dokonał się w ostatnim niemal ćwierćwieczu znaczący i widoczny postęp w zakresie jakości. W praktyce wszakże, skoro ustawa została wpisana pod kodem D3G do kamieni milowych Krajowego Planu Odbudowy, podnoszenie tematu, że do osiągnięcia celu wystarczyłaby legislacyjna mikrochirurgia, modyfikująca część obowiązujących regulacji, nie ma już sensu. Skoro ustawę mamy i mieć będziemy, to warto zacząć dyskusję nad jej pożądaną, z punktu widzenia celów, modyfikacją.

Co już w regulacji jest i czemu ona realnie służy

Autoryzacja w dużym skrócie to nic innego jak przeniesienie na poziom ustawowy części procedury zawierania i realizacji umów pomiędzy płatnikiem i podmiotami leczniczymi. W dużym skrócie: zamiast planowanych i doraźnych kontroli płatnika, weryfikujących, czy podmiot spełnia wymogi z rozporządzeń ministra zdrowia i zobowiązanie umowne, okresowy system oparty wprost

na decyzjach administracyjnych. Innymi słowy: nowy bukłak na stare wino, a dokładniej: malowanie bukłaka we wzory administracyjne, co kolejną warstwą pokryje patynę pierwotnego ubezpieczeniowego charakteru reformy z 1999 r. Z tych samych przyczyn szkoda miejsca i czasu czytelników na analizę ustawowych zasad i trybu akredytacji.

Do ustawy wniesiono też elementy zadań w zakresie zarządzania jakością w podmiocie leczniczym. Warto zauważyć, że w tej części przepisy ustawy są dość krótkie i ogólnikowe. To, jeszcze raz podkreślam, moim zdaniem jest zaletą, a nie wadą. W praktyce wszakże widać na horyzoncie kilka wyzwań. Dopóki nowelizacja nie wyjmie ostatecznie błędów medycznych z reguł i procedur prawa karnego, nadal w raportach zdarzeń niepożądanych będą dominować drobne incydenty, takie jak przewrócenie się pacjenta na śliskiej podłodze albo pomylenie diety, bez większych konsekwencji dla zdrowia. Z aktualnych przepisów wynika tyle, że sam szpital i jego pracownicy nie zgłaszają zdarzenia niepożądanego do urzędu prokuratorskiego. Jednak świadomość, że pacjent lub jego przedstawiciel zawsze mogą wystąpić do szpitala o dane z rejestru, które go dotyczą, a następnie zrobić, co uważają za



Fot. istockphoto.com

stosowne – właśnie wyprzedzająco spowoduje zamrożenie obecnej sytuacji. Słowem, mamy ustawę o jakości, ale jej efektów nie widać.

Zmiana w prawie karnym to oczywiście olbrzymia szansa, żeby wdrożyć mechanizm ujawniania błędów i tym samym system pozwalający wyciągać z nich wnioski. To jednak prawdziwe wyzwanie – zarówno pod względem liczby zgłoszeń, jak i ich wagi. Podmioty lecznicze będą musiały się zająć obsługą procesu w ramach „wewnętrznego systemu” zapobiegania zdarzeniom niepożądanym, co wymaga po pierwsze czasu, po drugie adekwatnej wiedzy, a po trzecie dojrzałości organizacyjnej do skutecznego wdrażania działań naprawczych i prewencyjnych. W małych podmiotach, gdzie jest z danej dziedziny zatrudnionych jedynie dwóch specjalistów, będzie to niemal niemożliwe do realizacji. Także w większych wyzwaniem będzie relatywnie wąskie grono kadr mogących ocenić i wyciągnąć wnioski ze zgłoszonego działania. W praktyce możemy mówić o samoocenie błędów i samodzielnym formułowaniu wniosków. Zawsze będzie to formułowanie ich wobec najbliższego współpracownika i w istocie zarzuty tendencyjności, niezależnie od rozstrzygnięcia, będą się pojawiały... Z perspektywy zarządzania podmiotami leczniczymi ustalenie czasu pracy, który należy poświęcić na poprawę bezpieczeństwa pacjenta, też będzie nadzwyczaj trudne. Cały bowiem system jest zorientowany na taylorowską, zupełnie anachro-

nicznie rozumianą efektywność: robimy jak najwięcej jak najlepiej wycenianych jednostek świadczeń w określonym przedziale czasu. Czas, bezcenny z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa, staje się tym samym stratą ekonomiczną. Nasuwa się zatem pytanie retoryczne: czy wygra jakość i bezpieczeństwo czy wynik finansowy szpitala?

Najprostszym rozwiązaniem dylematu, niezależnie od fundamentalnej zmiany paradygmatów (do czego wróć na końcu materiału), byłoby określenie w poszczególnych województwach puli godzin specjalistów różnych zawodów medycznych i specjalizacji na potrzeby wsparcia wewnętrznych postępowań i formułowania orzeczeń o przyczynach błędów i sposobie ich modyfikacji. Wewnętrzny system ma jeszcze jedno ograniczenie. Podmiot leczniczy pozostaje sędzią we własnej sprawie, a od jego ustaleń nie ma ścieżki odwołania czy weryfikacji. Wprowadzenie systemu „bez orzekania o winie” ma sens wyłącznie wtedy, gdy jednocześnie w sposób sprawny i niezależny zostanie wypłacona kompensacja. Tymczasem komisje do spraw orzekania, zamiast po prostu stać się częścią systemu – jako pierwsza lub druga instancja z tymi kompetencjami, zostają rozwiązane.

Co udało się zarejestrować

Regulacja modyfikuje także przepisy dotyczące rejestrów medycznych. Odważę się w tym miejscu na radykalną

tezę. Do dzisiaj rejestry są rozwiązaniem o niebagatelnym wpływie na poprawę efektywności i jakości świadczeń. Jednocześnie wobec nieuchronnego dalszego rozwoju e-zdrowia i zaawansowanych baz danych same w sobie stają się rozwiązaniem anachronicznym, wymagającym dodatkowego nakładu pracy i zawsze ograniczonym co do skali. Rejestry można i powinno się bezpośrednio wpiąć do informatycznego rusztowania systemu, włączając je do systematycznego wykorzystania w poszczególnych obszarach. Roboczo można byłoby pożądane rozwiązanie określić opisowo jako system monitorowania wybranych parametrów klinicznych w strategicznie ważnych rodzajach świadczeń.

Doświadczenie pacjenta na ministerialnym wzorcu

Pojawia się kwestia doświadczenia pacjenta i konieczności wzięcia pod uwagę jego perspektywy. Na tym kończą się dobre wiadomości. Wśród różnych metod monitorowania i weryfikacji satysfakcji pacjenta wskazano w ustawie jedną ankietę, i to taką, która będzie ustanowiona aktem prawnym, jakim jest rozporządzenie ministra. Zdrowy rozsądek podpowiada, że takie rozwiązanie jest kuriozalne. Badanie i wyciąganie wniosków z doświadczeń pacjentów jest zbyt poważną sprawą, żeby załatwić ją jednym (sic!) wzorem ankiety dla pacjentów po udarach i po zapaleniu wyrostka, po porodzie i po leczeniu nadczynności tarczycy. Nieuwzględnianie możliwości, jakie dają nam media społecznościowe, a czasami konieczność wywiadów pogłębionych – to wszystko po prostu strata i rozminięcie się naszego wysiłku z celem. Niezależnie od wielu metod, jakimi można go zrealizować, w istocie kluczowe jest, jak realnie włączyć pacjenta do systemu zarządzania jakością. Odpowiedzi w ustawie nie znajdziemy... i dalej od przypadku do przypadku będziemy bezproduktywnie narzekać na brak empatii personelu.

Czego nie znajdziemy, a znaleźć powinniśmy

Na końcu krótkiej analizy dwie najważniejsze kwestie. Ustawa to stracona okazja wpisania do systemu reguł EBM, a dokładniej systemu zarządczego wspierającego upowszechnienie i przyspieszenie wdrażania standardów na podstawie ustaleń z badań. Ujawnione w mediach przypadki stosowania leczenia poza standardami i wiedzą medyczną w niektórych prywatnych klinikach to niestety tylko część takich praktyk. Nieobcych zarówno sektorowi prywatnemu, jak i publicznemu. Realizowane prywatnie usługi o nieudowodnionej skuteczności lub – co gorsza – udowodnionej nieskuteczności narażają pacjentów na utratę zdrowia i pieniędzy. W sektorze publicznym to zjawisko powoduje dodatkowo marnowanie zasobów, a pośrednio ograniczenie dostępności efektywnych procedur. W zakresie wdrażania EBM nie powinniśmy ograniczać się do reaktywnych możliwości działania samorządów zawodów medycznych czy rzecznika praw pacjenta, ewentualnie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Zdrowie jest zbyt istotną wartością, żeby nie zaprojektować systemu prewencyjnego wobec patologii, a jednocześnie skutecznie promującego i upowszechniającego najlepsze praktyki.

Drużga sprawa to konieczność przestawienia się całej publicznej ochrony zdrowia w Polsce z systemu ilościowego na jakościowy. Stereotypowe skojarzenie, że więcej znaczy lepiej, jest powszechne i silne. W wymiarze myślenia systemowego jest ono niestety także szkodliwe. Wpływa na intuicyjne postrzeganie zjawisk i procesów, co przekłada się na poszczególne decyzje. W rezultacie mamy do czynienia z helisą nieracjonalnego wzrostu wszędzie tam, gdzie finansowanie jest w istocie zadaniowe – po prostu ekonomia skali zwycięża. Bez ograniczenia zachęt finansowych do nadwykonań pokusa, żeby zrobić kolejne badanie, konsultację czy zabieg, jest zbyt duża i najwycyżajniej wpływa na odpowiedź, czy jest to działanie najbardziej korzystne w przypadku danego pacjenta w danym czasie. Fala wywołana przez płatnika dochodzi do podstaw systemu. Powtarzane w mediach stereotypy o zasadach gospodarki i kontraktów w systemie są raczej uzasadnieniem istniejących praktyk niż realną debatą. Notabene – niezwykle potrzebną przed podjęciem decyzji, w jaki sposób finansowanie świadczeń podporządkować celom poprawy jakości i bezpieczeństwa bez ograniczania dostępności.

Zarządzanie systemowe jakością to inwestycja o wysokiej stopie zwrotu

Fundamentalna dysfunkcja ustawy to brak zdefiniowania ładu zarządczego sprzyjającego rozwojowi klinicznej doskonałości w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych. Mamy oczywiście system konsultantów, a także towarzysztwa naukowe. Nie odbierając ani kompetencji, ani zaangażowania osobom działającym w tym systemie, warto wskazać dwa ograniczenia. Pierwsze to umiarkowany i bardzo pośredni wpływ konsultantów na zasady przepływu napędzających system zasobów. Drugi to fakt, że wypełnianie misji konsultanta, choćby ze względu na przeznaczone na ich wynagrodzenie pieniądze, to jedynie drobna część ich codziennej pracy. Dużą część tego zaangażowania pochłaniają obowiązki stricte biurokratyczne, a kolejną rozstrzyganie spraw indywidualnych. Mimo to system jest i w razie takiej konieczności mógłby przeciwieństwem być rozbudowany na potrzeby zarządzania jakością, którego kluczowym wyzwaniem jest realizowanie świadczeń efektywnych klinicznie, opartych na dostępnych technologiach, zasobach i umiejętnościach. Nie uda się osiągnąć sukcesu na tym polu bez przyznania, że w istocie sporo jest do zrobienia, oraz ustanowienia mechanizmów korekt i rozwoju w tym zakresie. Nie ma realnej możliwości zbudowania silnego filara jakości systemu bez alokowania odpowiednich zasobów: pracy, pieniędzy, technologii, zarządzania. Nie ulega jednak wątpliwości, że stopa zwrotu byłaby w tym przypadku niezwykle wysoka.

Tadeusz Jędrzejczyk, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia