

Stosownie do przewidywań sytuacji demograficznej i zdrowotnej ludności tych krajów można spodziewać się w perspektywie dalszych lat następnej fazy podwyższenia wieku emerytalnego, na co wskazywałby przykład Niemiec i Stanów Zjednoczonych Ameryki.

LITERATURA

- Diamond P.A., Orszag P.R. (2005), *Saving Social Security*, Waszyngton.
- Fornero E., Sestio P., red. (2005), *Pension Systems. Beyond Mandatory Retirement*, Cheltenham.
- Galasso V. (2006), *The Political Future of Social Security in Aging Societies*, Cambridge (USA).
- Holzmann R., Palmer E., red. (2006), *Pension Reform. Issues and Prospects for Non-Financial Defined Contribution (NDC) Schemes*, Waszyngton: Bank Światowy.
- Jackowiak Cz. i in., red. (1991), *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wrocław: Ossolineum.
- Maltby T. i in., red. (2004), *Ageing and the Transition to Retirement*, Altershot.

- Montalembert de M. (2004), *La protection sociale en France*, Paryż.
- Muszalski W. (1988), *Zaopatrzenie emerytalne funkcjonariuszy państwowych w Polsce (1918–1954)*, „Studia i materiały z historii ubezpieczeń społecznych w Polsce” nr 6, Warszawa.
- Muszalski W. (2004), *Ubezpieczenie społeczne. Podręcznik akademicki*, Warszawa: PWN.
- Onnee-Abbruciati M.L., red. (2003), *Le fonctionnaire est-il un salarié comme les autres? Pensions de retraite dans les fonctions publiques en Europe*, Bruksela.
- Overbye E., Kemp P.A., red. (2004), *Challenges and Reformers*, Altershot.
- Reducing Poverty through Growth and Social Policy Reform in Russia* (2006), praca zbiorowa, Waszyngton: Bank Światowy.
- Rein M., Schmahl W., red. (2004), *Rethinking the Welfare State. The political Economy of Pension Reform*, Cheltenham.
- Whitehouse E. (2007), *Pensions Panorama. Retirement-Income Systems in 53 Countries*, Waszyngton: Bank Światowy.

SUMMARY

Initially, a retirement age in the European countries was set very high. Then, until the times of the oil crisis in the 70's of the 20th century, the retirement age kept falling. However, after that crisis, there came a tendency to raise the retirement age.

SYSTEM CERTYFIKACJI JAKOŚCI USŁUG W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Marcin Kautsch

Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Roman Lewandowski

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
dla Dzieci w Ameryce k. Olsztyna

WSTĘP

Trudno przecenić znaczenie jakości w opiece zdrowotnej. W Polsce – mimo licznych deklaracji dotyczących promowania jakości czy stawiania jej jako cel działań – opinia publiczna niezwykle krytycznie ocenia funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia.

W związku z niematerialnością usług pojawia się istotna przeszkoda dotycząca oceny i pomiaru ich jakości. W ochronie zdrowia pomiar i ocena jakości jest dodatkowo zaburzana przez silniejsze niż w innych typach usług zaangażowanie pacjentów, związane z obawami o wynik leczenia i ewentualnym cierpieniem. Mimo to trwające od wielu lat prace doprowadziły do powstania systemów zarządzania jakością i jej oceny.

W Polsce największą renomą cieszy się Program Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (akredytacja CMJ) oraz system zarządzania jakością zgodny z rodziną norm ISO 9000.

Pierwszy z wymienionych systemów działa już relatywnie długo¹. Został stworzony wyłącznie na potrzeby zakładów opieki zdrowotnej, a certyfikat akredytacyjny posiada kilkadziesiąt jednostek – liczba ta jest w zasadzie stała, z lekkimi wahaniami w poszczególnych latach.

ISO pojawiło się w ochronie zdrowia stosunkowo niedawno, jest więc zjawiskiem nowszym. Mimo że norma nie została stworzona na potrzeby sektora usług zdrowotnych, od pewnego czasu stała się w nim bardzo popularna. Liczba organizacji ochrony zdrowia posiadających ten certyfikat może być liczona w setkach.

Celem artykułu jest oszacowanie liczby organizacji ochrony zdrowia posiadających akredytację CMJ lub system zarządzania jakością certyfikowany za zgodność z normą EN-ISO 9001:2000 i wstępne określenie wpływu akredytacji i certyfikacji na jakość usług medycznych.

CHARAKTERYSTYKA PROGRAMU AKREDYTACJI SZPITALI CENTRUM MONITOROWANIA JAKOŚCIĄ I SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ZGODNEGO Z RODZINĄ NORM ISO 9000

Rozpoznawalność akredytacji w społeczeństwie jest stosunkowo niska. Można zaryzykować tezę, że pacjenci nie mają świadomości tego, czym jest akredytacja CMJ, natomiast orientują się, co to jest ISO. Jednocześnie należy założyć, że wśród pracowników sektora świadomość istnienia obu „świadectw jakości” jest duża, jednak znajomość systemów, idei, z których się wywodzą, czy podstawowych różnic już nie.

Wzmiankowane systemy różni przede wszystkim ich pierwotne przeznaczenie. Program Akredytacji Szpitali został stworzony przez branżową jednostkę akredytacyjną – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) i powstał wyłącznie na potrzeby ochrony zdrowia. Natomiast normy serii ISO 9000 dotyczące systemów zarządzania jakością w organizacjach powstały na potrzeby firm komercyjnych.

Program Akredytacji Szpitali CMJ składa się z 209 szczegółowych standardów (Bedlicki 1998), które mają podstawowe znaczenie w procesie akredytacji. Ich zasadniczą cechą jest jednoznaczne opisywanie wzorca oczekiwanego działania lub efektu w określonym obszarze. Standardy odnoszą się również do dokumentacji. Określają, jakie dokumenty są wymagane w szpitalu, ale nie określają ich wzajemnych relacji i hierarchii.

W swoich założeniach akredytacja miała opierać się na założeniach maksimum. Oznacza to, że standardy były tak tworzone, aby ich osiągnięcie wymagało od szpitali podjęcia pracy i wysiłku przy spełnianiu zawartych w nich wymagań. Po wielu latach okazuje się jednak, że niektóre standardy nie wnoszą istotnego wkładu w podnoszenie jakości, gdyż są powielaniem powszechnie obowiązującego prawa². Program Akredytacji Szpitali CMJ nie przykłada wagi do budowy zintegrowanego systemu zarządzania jakością, ani nie preferuje podejścia procesowego.

Rodzina norm ISO 9000 składa się z 4 norm podstawowych oraz specyfikacji i raportów technicznych wspomagających normy podstawowe, zawierających wytyczne dotyczące swoistych zagadnień w ramach systemu zarządzania jakością.

Podstawowe znaczenie dla organizacji chcących się certyfikować ma norma PN-EN ISO 9001:2001, gdyż to ona zawiera wytyczne za zgodność, z którymi uwierzytelnia się systemy zarządzania jakością. Pozostałe normy mają charakter uzupełniający, wyjaśniający i pogłębiający.

Norma ISO 9001 jest systemem ogólnych wymagań, które odnoszą się do ustanowienia, udokumentowania, wdrożenia i utrzymania systemu zarządzania jakością oraz ciągłego doskonalenia jego skuteczności. Norma wymaga podejścia procesowego. W tym zakresie koncentruje się na identyfikowaniu, określeniu sekwencji i wzajemnego oddziaływania procesów potrzebnych w systemie zarządzania jakością, ich monitorowaniu, mierzeniu i analizowaniu oraz wdrażaniu działań niezbędnych do osiągnięcia zaplanowanych wyników i doskonalenia systemu.

Norma ISO dużą wagę przywiązuje do nadzorowania dokumentacji. Wymaga, aby identyfikowano zmiany i aktualny status zmian dokumentów oraz aby ustanowiono proces zapewniający na stanowiskach pracy zawsze aktualnie obowiązujące, najnowsze wersje dokumentów.

W przeciwieństwie do ISO, które wymaga ustanowienia mierzalnych celów jakości³ oraz planowania systemu zarządzania jakością⁴, akredytacja nie posiada standardów wymagających skwantyfikowanego pomiaru wyznaczonych celów jakościowych. Akredytacja jest procesem kompleksowym i podlega jej cała jednostka. Nie można mieć akredytacji na wybrane procesy prowadzone w organizacji, co jest możliwe w przypadku ISO.

METODOLOGIA BADAŃ

Akredytację CMJ przyznaje jeden ośrodek w Polsce – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, stąd jednoznacznie można określić liczbę zakładów akredytowanych. Natomiast określenie liczby zakładów posiadających certyfikat ISO jest utrudnione i może być oparte tylko na szacunkach, gdyż w Polsce funkcjonuje wiele firm certyfikujących organizacje ochrony zdrowia; również te zarejestrowane zagranicą.

W celu ustalenia liczby zakładów ochrony zdrowia posiadających certyfikat ISO autorzy zwrócili się z prośbą o udostępnienie danych Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej (Rejestr ZOZ) do Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Ta podległa ministrowi zdrowia instytucja administruje bazą danych o organizacjach ochrony zdrowia w Polsce. Dane do rejestru są wprowadzane przez centra zdrowia publicznego podległe poszczególnym wojewodom.

Otrzymane dane zostały zweryfikowane pod kątem kompletności i integralności. Z bazy danych usunięto stacje sanitarno-epidemiologiczne i żłobki, jako jednostki niezajmujące się leczeniem, oraz sanatoria, które swoim zakresem działania są bliższe centrom odnowy biologicznej, a nawet ośrodkom turystycznym.

Ostateczna wersja otrzymanej bazy została porównana z wiarygodnymi danymi na temat akredytowanych placówek, publikowanymi na stronie internetowej Centrum Monitorowania Jakości. Z porównania wynika, że tylko około 73% placówek umieszcza informację na temat posiadanych certyfikatów w Rejestrze ZOZ⁵. Natomiast podczas wywiadów z pracownikami kilku firm certyfikujących ustalono, że różnica pomiędzy podawaną przez nich liczbą certyfikowanych jednostek a rzeczywistą ich liczbą uzyskaną dla danej firmy z Rejestru ZOZ wynosi około 80%. Oba źródła potwierdziły, że co najwyżej 80% organizacji umieszcza w Rejestrze ZOZ dane na temat posiadanych certyfikatów.

W związku z powyższym autorzy postanowili liczbę certyfikatów ISO 9001 oszacować poprzez pomnożenie uzyskanych z bazy Rejestru ZOZ danych przez współczynnik 1,25 (1/0,8). Dane na temat placówek akredytowanych uzupełniono w bazie danych Rejestru ZOZ na podstawie strony internetowej CMJ (III kwartał 2008 r.).

Zmiany poziomu jakości usług zdrowotnych oszacowano na podstawie wywiadów z pracownikami wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wprowadzonych ostatnio zmian w zasadach kontraktowania świadczeń przez NFZ w zależności od legitymowania się świadczeniodawcy akredytacją CMJ lub certyfikatem ISO. Wykorzystano też doświadczenia autorów – osób, które wdrażały wymienione wyżej systemy, a także oceniały funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia i służyły jako konsultanci z dziedziny zarządzania dla zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego.

WYNIKI BADAŃ I ANALIZ

Liczba zakładów posiadających sformalizowany system zarządzania jakością (akredytacja CMJ lub certyfikat ISO 9001) rośnie, z tym że wzrost ten dotyczy głównie certyfikatów ISO. Liczba zakładów posiadających akredytację w ostatnich latach jest

raczej stała; obserwuje się jedynie pewne wahania w poszczególnych latach (tab. 1).

Tabela 1. Zestawienie szpitali akredytowanych przez CMJ w latach 2000–2008 (bez jednostek ambulatoryjnych)

Data odczytu rejestru CMJ	Liczba szpitali
7.06.2000	63
13.08.2002	51
20.10.2003	61
11.10.2004	62
28.10.2006	54
22.11.2007	62
12.01.2008	66
7.06.2008	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Broniewska 2003; Karkowski 2006; Łuczynowicz 2002), [dostęp 1.07.2007; 12.01.2008; 7.06.2008], dostępne w Internecie: <www.cmj.org.pl>.

Na podstawie przeprowadzonej analizy bazy danych Rejestru ZOZ i po uwzględnieniu opisanego wcześniej współczynnika (1,25) oszacowano, że liczba placówek posiadających certyfikowany system zarządzania jakością za zgodność z normą ISO 9001

na dzień 31.07.2008 r. wynosiła około 781, co stanowi niecałe 5% wszystkich placówek ochrony zdrowia w Polsce (tab. 2).

Z przedstawionych danych wynika, że placówki niestacjonarne, takie jak przychodnie specjalistyczne i praktyki lekarzy POZ, znacznie rzadziej poddają się certyfikacji niż placówki stacjonarne. Odsetek placówek ambulatoryjnych posiadających sformalizowany system zarządzania jakością jest niewielki, bo dla placówek publicznych i niepublicznych wynosi średnio niecałe 3%.

Natomiast dużo większy udział placówek „certyfikowanych” występuje w lecznictwie stacjonarnym. Średnio dla placówek publicznych i niepublicznych to około 22%. Zaskakująca jest ponad ośmiokrotna przewaga liczby placówek z systemem zarządzania jakością certyfikowanym za zgodność z normą ISO 9001 w porównaniu z liczbą placówek akredytowanych.

Na podstawie analizy bazy danych (bez stosowania współczynnika 1,25) ustalono, że około 40 placówek posiada jednocześnie certyfikat ISO 9001 i akredytację CMJ. Zdecydowana większość podwójnie certyfikowanych placówek, tj. 36 (90%), to publiczne placówki lecznictwa stacjonarnego, a ponad 50% publicznych jednostek stacjonarnych, posiadających akredytację CMJ, ma również ISO (36 zakładów na 67).

Tabela 2. Liczba jednostek ochrony zdrowia posiadających akredytację CMJ i certyfikaty ISO 9001 w III kwartale 2008 r.

Rodzaj lecznictwa	Forma prawna	Liczba jednostek ogółem	Liczba jednostek z certyfikatem CMJ		Liczba jednostek z certyfikatem ISO 9001	
			Nominalnie	Odsetek	Nominalnie	Odsetek
Niestacjonarne	Niepubliczny	13 676	21	0,15%	393	2,87%
	Publiczny	1 327	1	0,08%	52	3,92%
	Razem	15 003	22	0,15%	445	2,97%
Stacjonarne	Niepubliczny	712	5	0,70%	105	14,75%
	Publiczny	839	67	7,99%	231	27,53%
	Razem	1 551	72	4,64%	336	21,66%
Ogółem		16 554	94	0,57%	781	4,72%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Tabela 3. Liczba jednostek ochrony zdrowia posiadających akredytację CMJ i certyfikat ISO 9001 w III kwartale 2008 r. w zależności od formy prawnej i liczby łóżek

Liczba łóżek	Niepubliczny					Publiczny				
	Liczba placówek	CMJ	%	ISO 9001	%	Liczba placówek	CMJ	%	ISO 9001	%
>500	0	-	-	-	-	171	24	14,0	80	46,8
301–500	10	2	20,0	4	40,0	181	20	11,0	62	34,3
151–300	67	2	3,0	25	37,3	217	13	6,0	56	25,8
51–150	142	1	0,7	17	12,0	174	9	5,2	26	14,9
1–50	712	-	-	85	11,9	119	1	0,8	10	8,4
0 (lecznictwo ambulatoryjne)	10 785	21	0,2	337	3,1	1 025	1	0,1	44	4,3
Brak danych	2 672		0,0	29	1,1	279		0,0	6	2,2
Ogółem	14 388	26		497		2 166	68		284	

Źródło: jak w tab. 2.

Łączny udział placówek posiadających co najmniej jeden certyfikat wynosi około 5% wśród wszystkich jednostek, a wśród stacjonarnych, publicznych około 31%.

Analizując dane tabeli 1 można postawić hipotezę, że forma prawna ma wpływ na liczbę certyfikacji i akredytacji oraz że jest większa wśród placówek

publicznych. Aby to zweryfikować, autorzy postanowili przeprowadzić analizę liczby placówek ze „świadectwem jakości” w zależności od liczby zarejestrowanych łóżek (tab. 3).

Z danych tabeli 3 wynika, że procentowy udział organizacji posiadających certyfikat ISO 9001 lub akredytację CMJ rośnie wraz z wielkością organizacji,

a w mniejszym stopniu jest związany z formą prawną (publiczny/niepubliczny). Można również stwierdzić, że akredytacji CMJ poddają się raczej placówki większe, o liczbie łóżek co najmniej 50.

Jednak mimo trwającego od wielu lat, powolnego przekształcania przez samorządy SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego (NZOZ-y – Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej), największe polskie szpitale nie zostały poddane temu procesowi.

Wśród największych placówek (powyżej 500 łóżek) 2/3 posiadających akredytację CMJ posiada również certyfikat ISO. Natomiast żadna niepubliczna placówka ambulatoryjna nie posiada podwójnej certyfikacji.

Jest kilka powodów, dla których organizacje ochrony zdrowia wdrażają systemy zarządzania jakością, a następnie poddają się procesowi certyfikacji za zgodność z normą ISO 9001 lub akredytacji CMJ. To mianowicie:

1) możliwość uzyskania wyższej ceny na usługi zdrowotne od publicznego płatnika (NFZ)⁶;

2) zwiększenie swojego bezpieczeństwa w przypadku procesów o błędy lekarskie;

3) uporządkowanie sytuacji prawnej i podziału odpowiedzialności wewnątrz jednostki (zakresy obowiązków pracowników, powołanie odpowiednich komisji i zespołów m.in. do spraw zakażeń szpitalnych, etyki, terapii itp.);

4) zwiększenie swojej wiarygodności na rynku usług medycznych. (Należy jednak stwierdzić, że motywacja do wdrażania systemu zarządzania jakością, aby poprawić wizerunek w oczach klientów-pacjentów jest niewielka z powodu wszechobecnego kolejek wywołanych limitowaniem liczby świadczeń przez NFZ).

Zaprezentowane wyniki potwierdzają doświadczenia autorów, że uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego jest trudniejsze niż certyfikacja ISO z uwagi na obligatoryjny i szczegółowy charakter wymogów. Wiele szpitali z powodu warunków lokalowych, niedoinwestowania i braków w kadrze medycznej nie ma możliwości spełnienia tych wymagań. Jest to szczególnie trudne dla małych placówek.

Skalę problemu dotyczącego infrastruktury publicznych zakładów widać na przykładzie województwa małopolskiego (Ponikło 2001a, 2001b) czy łódzkiego (Ponikło 2006), które przeprowadziły ocenę zasobów aparaturowych i infrastrukturalnych zakładów opieki zdrowotnej (szpitali). Część standardów akredytacyjnych była przedmiotem wymienionej wyżej oceny.

W świetle uzyskanych wyników np. 80% bloków operacyjnych i 84% sterylizatori w województwie łódzkim wymagało modernizacji, wyposażenia lub wręcz utworzenia od podstaw w nowej lokalizacji. Stan 16% bloków operacyjnych w Małopolsce został określony przez autora mianem nieakceptowanego. Można zatem stwierdzić, że przywoływane niezwykle krytyczne obserwacje dotyczące aparatury czy infrastruktury nie dotyczą jedynie wybranych województw. Władze akurat tych jednostek samorządowych zdecydowały się przeprowadzić badania i upublicznić dane na ten temat. W innych województwach sytuacja nie jest znacząco odmienna.

Natomiast norma ISO, która jest systemem ogólnych wytycznych i procedur, pozwala na jej wdrożenie praktycznie w każdej organizacji. Również łatwo można zachować warunek ciągłego doskonalenia systemu, szczególnie wtedy, gdy zaczyna się z niskiego poziomu. Można też – jak wspomniano

– uzyskać certyfikat ISO na wybrane procesy, co także zmniejsza stopień trudności.

Powyższe spostrzeżenia potwierdzają, że tylko znikoma liczba placówek ambulatoryjnych jest zainteresowana akredytacją CMJ, natomiast kilkanaście razy więcej placówek uzyskało certyfikat ISO, chociaż w ogóle niewielki procent placówek poddał się ocenie (tab. 3).

Przytoczone wyjaśnienia wydają się najistotniejsze dla zrozumienia różnicy między liczbą certyfikatów ISO i akredytacji CMJ posiadanych przez zakłady. Można także znaleźć inne argumenty, np. że program akredytacji firmowany jest przez państwową instytucję, która nie umie poruszać się na rynku firm certyfikujących, nie ma „mentalności sprzedawcy”, nie jest więc w stanie przyciągać klientów, którzy byliby zainteresowani akredytacją.

W Polsce akredytacja nie jest obligatoryjna. Na dzień 7.06.2008 r. tylko 72 szpitale posiadały akredytację CMJ⁷, co stanowi około 4,5% ogólnej liczby placówek stacjonarnych w naszym kraju. Dla porównania, w Stanach Zjednoczonych tylko przez JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) akredytowanych jest ponad 80% szpitali (Kutaj-Wąsikowska i in. 1999), choć na ten fakt wpływają także uwarunkowania funkcjonowania systemu amerykańskiego.

Kolejna przyczyna stosunkowo dużej liczby uzyskiwanych certyfikatów ISO (ponad 30% największych placówek) w opinii autorów miała swoje źródło w projektach legislacyjnych, związanych z tworzeniem sieci szpitali. O sieci mówi się w ochronie zdrowia od wielu lat. Jednak dopiero projekt Ustawy o sieci szpitali⁸ przyjął na tyle realne kształty, że zakłady opieki zdrowotnej liczyły się z możliwością jej wprowadzenia. Przywoływany projekt zakładał, że szpital, który chce się ubiegać o miejsce w sieci (co było jednoznacznie kojarzone z możliwością kontraktowania na lepszych warunkach z publicznym płatnikiem), musi spełnić szereg norm. Jedną z nich było prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością, co można starać się udokumentować poprzez posiadanie jednego z wymienionych „świadczeń jakości”.

Należy przy tym zaznaczyć, że szczegółowe standardy określone w propozycji rozporządzenia⁹ wskazywały, że ustawodawcy chodziło raczej o akredytację.

Silna obawa, czy dany szpital znajdzie się w sieci szpitali sprawiła, że jednostki podejmowały wysiłki mające na celu uzyskanie jednego z wymienionych wyżej świadectw. O tym, na ile groźne były zapowiedzi dotyczące sieci, najlepiej świadczy fakt, że początkowo mówiło się zaledwie o 200 szpitalach, które miałyby się w niej znaleźć (Stefaniak 2006). Ze względu na mniejszą trudność wdrożenia i certyfikacji znacznie częściej wybierano ISO.

„INFLACYJNE” ISO – KONSEKWENCJE I MOŻLIWE SCENARIUSZE

Tak znacząca zmiana liczby jednostek, które uzyskały certyfikat ISO, powinna mieć istotny wpływ na podniesienie jakości usług zdrowotnych udzielanych pacjentom. Jak wynika z obserwacji autorów artykułu, nic takiego nie nastąpiło. Gdy pierwsze szpitale, nie przymuszone czynnikami zewnętrznymi, zaczęły wprowadzać systemy zarządzania jakością zgodne

z normą ISO 9001, zauważalny wzrost jakości usług skłonił część wojewódzkich oddziałów NFZ w latach 2003–2005 do premiowania wyższą ceną placówek posiadających akredytację CMJ lub certyfikat ISO 9001.

Jednakże, w wyniku narastającej liczby certyfikatów, w ślad za którymi nie szło istotne podniesienie jakości, oddziały NFZ zaczęły rezygnować z tego rozwiązania, stwierdzając, że posiadanie „świadectwa jakości”, szczególnie ISO, w niewielkim stopniu wpływa na jakość udzielanych pacjentom usług. Począwszy od lipca 2008 r., NFZ definitywnie zrezygnował z premiowania placówek posiadających certyfikację ISO lub akredytację CMJ.

W niektórych znanych autorom przypadkach zakłady szczyły się posiadaniem certyfikatu ISO, nie mając tak kluczowych dokumentów dla procesu ciągłej poprawy, jak plan strategiczny, czy też receptariusz szpitalny, który reguluje bardzo istotny dla lecenia pacjentów obszar postępowania z lekami.

Co więcej, w omawianym przypadku nie była to kwestia uznania receptariusza za nieaktualny – zakład nigdy nie dysponował receptariuszem, dysponował natomiast certyfikatem jakości świadczonych przez siebie usług.

Wydaje się, że dobrym sprawdzianem wartości takich certyfikatów będzie liczba recertyfikacji, gdy obecnie obowiązujące wygasną. Brak motywacji w postaci odejścia od zapisów premiujących posiadanie certyfikatu, czy wręcz uzależniających wyższe, a nawet dalsze finansowanie zakładu od jego posiadania, może stanowić cezurę ich realnej wartości.

Problem leży również po stronie firm certyfikujących. Przy silnej konkurencji o klienta (jednostki ochrony zdrowia) i dużej liczbie firm przygotowujących do certyfikacji i certyfikujących (około 34¹⁰), warunki dyktuje klient. Nie mając wewnętrznej motywacji do rzeczywistego podnoszenia jakości, wymusza on, by proces przebiegał jak najszybciej i jak najtaniej.

Takie warunki w zasadzie przekreślają możliwość rzetelnego wprowadzenia rozwiązań podnoszących jakość. Firmy wdrażające i certyfikujące, którym zależałoby na rzeczywistym wdrożeniu rozwiązań jakościowych, w związku z czym wymagałyby od klienta rzeczywistej poprawy jakości, są konfrontowane z tym, że ich konkurenci robią „to samo” (przygotowują i certyfikują) dużo taniej i szybciej. Jeżeli klient odczuwa, że dostanie tak samo ważny certyfikat od firmy X, przy którym będzie musiał dokonać relatywnie dużych zmian w funkcjonowaniu organizacji, jak i od firmy Y, która zrealizuje cały proces w sposób mniej skrupulatny, ale konkurencyjny cenowo, to jego wybór jest raczej oczywisty.

W wyjątkowo trudnej sytuacji znajdują się też menedżerowie zakładów opieki zdrowotnej, którzy będą dążyć do rzeczywistej poprawy jakości. W jaki sposób będą mogli bowiem motywować podległy sobie personel do starań o poprawę, poświadczoną posiadaniem certyfikatu, skoro ich konkurenci będą mogli wylegitymować się takim samym „kawałkiem papieru” (zarazem zdobytym dużo mniejszym wysiłkiem)?

PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonego toku rozumowania wynika, że ani system zarządzania jakością certyfikowany za zgodność z normą ISO 9001, ani akredytacja CMJ

nie wpłyną na zdecydowaną poprawę jakości usług zdrowotnych, gdy jedyną motywacją do wdrażania systemu jakości jest „przypodobanie się” instytucjom, od których zależy byt jednostki: płatnikowi administracji rządowej czy organowi założycielskiemu. Dopóki nie zbuduje się mechanizmu, który będzie uzależniał, chociaż w małej części, funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia od wyników klinicznych i satysfakcji pacjenta (Lewandowski 2008), dopóty systemy zewnętrznej oceny jakości nie będą w pełni spełniały swej roli.

W obecnym systemie ochrony zdrowia, w którym większość placówek prawie 100% swojego budżetu otrzymuje z pominięciem odbiorcy usług – od „trzeciej strony” (i nie ma dużego znaczenia czy jest to płatnik publiczny, czy prywatny), najsensowniejszym rozwiązaniem wydaje się wykorzystanie zalet obu systemów, tj. kompleksowości i dojrzałości systemu ISO oraz szczegółowości branżowych wymagań Programu Akredytacji Szpitali CMJ (Lewandowski 2006).

¹ Program Akredytacji Szpitali został przygotowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie. Organizacja ta została założona w 1994 r. przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast stosunkowo niedawno opracowano także program akredytacji dla zakładów opieki podstawowej (ambulatoriów).

² Na przykład standard ZZ7: *Akta personalne prowadzone są zgodnie z obowiązującymi przepisami*, czy 14 standardów z zakresu Z11-Z15, Z110, Z115, które dotyczą dokumentacji medycznej i stanowią podzbiór przepisów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

³ Norma PN-EN ISO 9001:2001 mówi w punkcie 5.4.1: *Cele dotyczące jakości powinny być mierzalne (...)*.

⁴ Norma PN-EN ISO 9004:2001 *Systemy zarządzania jakością: Wytyczne doskonalenia funkcjonowania* zaleca, aby dane wyjściowe z planowania jakości określały potrzebne procesy w takich kategoriach, jak: umiejętności i wiedza potrzebna organizacji, odpowiedzialność i uprawnienia do wdrożenia planów doskonalenia procesów, potrzebne zasoby, miary dotyczące oceny osiągnięcia doskonalenia funkcjonowania organizacji, potrzeby dotyczące doskonalenia, w tym metody i narzędzia oraz potrzeby dotyczące dokumentacji.

⁵ Podawanie informacji do rejestru ZOZ przez placówki ochrony zdrowia na temat uzyskanych certyfikatów jakości nie jest obowiązkowe.

⁶ Część oddziałów wojewódzkich NFZ proponowała do 30.06.2008 r. wyższe ceny świadczeniodawcom posiadającym akredytację CMJ lub certyfikat ISO zgodnie z art. 148 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU nr 210 z 2004 r., poz. 2135). Art. 148: *Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie 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.*

⁷ <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php>.

⁸ Projekt ustawy o sieci szpitali, listopad 2007 r. (www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/u_siec_szpitali_kerm_17052007.pdf).

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzorów ankiety dla szpitali w sieci szpitali oraz arkusza oceny szpi-

tala (http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prmz_wankiety_16072007.pdf).

¹⁰ Na podstawie danych uzyskanych z Rejestru ZOZ.

LITERATURA

- Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Surowiec J. (1998), *Program Akredytacji Szpitali: Zestaw standardów. Przewodnik po procesie*, Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- Broniewska G. (2003), *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie” tom V, nr 6.
- Centrum Monitorowania Jakości (2007), *Materiały dotyczące liczby akredytacji, rankingów CMJ w Rzeczypospolitej*, [dostęp 1.07.2007; 12.01.2008; 7.06.2008], dostępne w Internecie: <www.cmj.org.pl>.
- Karkowski T. (2006), *Analiza przepisów prawnych. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych*, [dostęp 13.01.2008], dostępne w Internecie: <<http://www.sipip.szczecin.pl/prawo/analiza3.htm>>.
- Kutaj-Wąsikowska H., Jedlicki M., Ciećkiewicz J., Nizankowski R. (1999), *Akredytacja szpitali rozpoczęta*, „Gazeta Lekarska” nr 07/08.
- Lewandowski R. (2006), *Zrównoważona Karta Wyników i Mapa Strategii jako narzędzia łączące strategię, systemy zarządzania jakością i bieżące działania pracowników w szpitalu*, X Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości w Opiece Zdrowotnej, Kraków, 18–19 maja, s. 66–71.
- Lewandowski R., Kowalski I. (2008), *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych*, w: *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Łuczynowicz Ł. (2002), *Procedura akredytacji*. *Medyk.pl.*, [dostęp 3.01.2008], dostępny w Internecie: <http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartukul_rodzaj=15&idartukul=473>.
- Polski Komitet Normalizacyjny (2001), Polska Norma PN-EN ISO 9001:2001 „System zarządzania jakością: Wymagania”, Warszawa, pkt 4.1.
- Ponikło W. (2001a), *Strategiczne urządzenia medyczne i systemy infrastruktury technicznej w szpitalach województwa małopolskiego*, raport na zlecenie Zarządu Województwa Małopolskiego, Kraków, wrzesień.
- Ponikło W. (2001b), *Bloki operacyjne i centralne sterylizatornie w szpitalach publicznych w województwie małopolskim*, raport na zlecenie Zarządu Województwa Małopolskiego, Kraków, lipiec.
- Ponikło W. (2006), *Wybrane elementy infrastruktury technicznej w publicznych szpitalach województwa łódzkiego*, raport na zlecenie Zarządu Województwa Łódzkiego, Łódź, [dostęp 13.05.2008], dostępny w Internecie: <http://www.lodzkie.pl/export/download/lodzkie_zdrowie/Raport/infrastruktura_techiczna.pdf>.
- Stefaniak P. (2006), *Powstanie lecznicza pierwsza i druga liga*, „Rynek Zdrowia” nr 8(14), s. 9.

SUMMARY

There are two methods certifying the quality in Polish healthcare: certification according to the ISO 9001:2001 norm and CMJ accreditation. Number of healthcare units, which have these documents has recently substantially grown. The evidence shows that it does not bear real quality increase of services provided by the units. The paper reveals the number of certified units, reasons for the mentioned growth and some proposals, which in practice may improve quality of health care services.

KONSEKWENCJE ZŁOŻONOŚCI SYSTEMU PODATKOWEGO

Małgorzata Niesiołowska
Uniwersytet Gdański

PRZYCZYNY NADMIERNEJ ZŁOŻONOŚCI PRAWA PODATKOWEGO

Specjaliści zajmujący się badaniem prawa podatkowego powszechnie uważają, że jest ono niejasne i nadmiernie skomplikowane. Jako główny powód podawana jest duża liczba ulg, przy czym niektóre z nich mają charakter uznaniowy, np. odraczanie terminu płatności, rozłożenie na raty zapłaty podatku lub zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę oraz umorzenie zaległości podatkowych. Niemniej istotną jest również duża liczba aktów prawnych, które określają obowiązujący system podatkowy.

Interesująco w tym względzie przedstawia się sytuacja w Stanach Zjednoczonych, w których podstawy prawne obowiązującego systemu określa Kodeks podatkowy i regulacje szczegółowo wyjaśniające zawarte w nim artykuły (część jest obszerniejsze niż sam Kodeks; niektóre liczą ponad 100 stron) oraz trzy Kodeksy federalne (nie zawsze ze sobą zgodne; zdarza się, że to, co w jednym Kodeksie nie podlega opodatkowaniu, w drugim jest wymagane) (McGee, 2004).

Oprócz tych oficjalnych dokumentów istnieje szeroka gama materiałów nieoficjalnych, publikowanych przez Izbę Skarbową – przewodniki, informatory, broszury, które napisane żargonem prawniczym zamiast pomóc podatnikom i profesjonalistom, jedynie utrudniają rozumienie przepisów, dodatkowo wzbudzając złość i poczucie frustracji.

Ponadto wprowadzane prawie co roku zmiany w przepisach prawnych sprawiają, że rosną koszty związane z wypełnianiem zobowiązań wobec państwa. Dopasowanie do zmian w prawie eksperci oszacowali na kwotę 0,1 bln dol. w 1989 r., 5,6 bln dol. w 1990 r. i aż na 10 bln dol. w 1992 r. (Genetski; za McGee 2004).

Niewątpliwie system podatkowy w Stanach Zjednoczonych jest skomplikowany, ale czy jest także niejasny? Takie pytanie stawia Robert McGee w swojej książce *The philosophy of taxation and public finance* (2004). Prawo może być bowiem skomplikowane, ale nie musi być tym samym niejasne czy mgliste. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy większość podatników w relatywnie nieskomplikowanych ekonomicznie warunkach nie jest zdolna do funkcjonowania