

Magdalena Kludacz

Politechnika Warszawska

Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych w Płocku

**MODEL POMIARU DOKONAŃ SZPITALI
W ZAKRESIE JAKOŚCI – PROJEKT ŚWIATOWEJ
ORGANIZACJI ZDROWIA**

Streszczenie: W 2003 r. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała projekt mający na celu opracowanie narzędzia służącego do pomiaru i oceny dokonań szpitali w zakresie jakości (model PATH). Opracowane narzędzie może być wykorzystane przez menadżerów szpitali do oceny i ulepszania usług medycznych oraz do zarządzania jakością szpitala. Wypracowany model został oparty na sześciu płaszczyznach pomiaru dokonań: efektywności klinicznej, efektywności ekonomicznej, personelu szpitala, zarządzaniu z uwzględnieniem potrzeb otoczenia, bezpieczeństwa opieki, orientacji na pacjenta. W artykule opisano cel projektu, płaszczyzny dobrane do modelu PATH, a także proces doboru zestawu wskaźników do poszczególnych jego płaszczyzn.

Słowa kluczowe: pomiar dokonań szpitali, model PATH

1. Wstęp

Pomiar i ocena dokonań szpitali staje się coraz bardziej popularnym tematem badawczym w Europie i na całym świecie. Wiele projektów związanych z pomiarem dokonań szpitali, jakie zainicjowano w ostatnim czasie to projekty mające na celu dokonanie międzynarodowych porównań systemów pomiaru dokonań szpitali (np. inicjatywa OECD) [Mattke, Epstein, Leatherman 2006, s. 1–4].

Spośród wielu inicjatyw dotyczących opracowania i wdrożenia systemu pomiaru dokonań dla szpitali na uwagę zasługuje projekt PATH (*Performance Assessment Tool for Hospitals*), realizowany pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*). Projekt ten został zainicjowany w 2003 r. przez Europejskie Biuro Regionalne WHO, które wspiera ponad 50 państw członkowskich w inicjatywach dotyczących akredytacji, rozwijania standardów jakości w szpitalach oraz zarządzania dokonaniem w sektorze publicznym.

2. Istota i cele projektu

Projekt Światowej Organizacji Zdrowia miał na celu wyposażyć wybrane państwa członkowskie w praktyczne narzędzie służące do monitorowania i wewnętrznej poprawy jakości w szpitalach, a w szczególności do [WHO 2007]:

- gromadzenia danych o dokonaniach szpitali,
- dokonywania porównań między szpitalami,
- inicjowania działań prowadzących do poprawy jakości.

Celem projektu było wsparcie szpitali w pomiarze ich dokonań, krytyczna ocena ich wyników i motywowanie do działań usprawniających. Opracowane w ramach projektu narzędzie może być wykorzystane przez menadżerów szpitali do oceny i poprawy jakości usług medycznych oraz do zarządzania jakością całego szpitala.

Model pomiaru dokonań (PATH) zaprojektowano dla szpitali, które były jego głównym użytkownikiem, dlatego wymagano od nich aktywności i zaangażowania na każdym etapie projektu. Udział szpitali w projekcie był całkowicie dobrowolny. Pierwszy etap projektu polegał na analizie różnych modeli służących do pomiaru dokonań szpitali stosowanych na świecie i opracowaniu ogólnej struktury modelu pomiaru oraz oceny dokonań szpitali.

3. Płaszczyzny modelu PATH

Model opracowany przez WHO zakładał podejście wielopłaszczyznowe do pomiaru dokonań szpitali. Został on oparty na sześciu płaszczyznach, takich jak: efektywność kliniczna i ekonomiczna, kadra i bezpieczeństwo pracowników, zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia [Arah, Custers, Klazinga 2003]. Płaszczyzny pomiaru dokonań szpitala w modelu PATH prezentuje rysunek 1.



Rys. 1. Płaszczyzny pomiaru dokonań szpitala w modelu PATH

Źródło: [Veillard, Klazinga, Kazandjian, Arah, Guisset 2005, s. 487–489].

Dwie poziome perspektywy (bezpieczeństwo opieki, orientacja na pacjenta) przecinają cztery perspektywy (efektywność kliniczna, efektywność ekonomiczna, kadry, zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia). Przykładowo bezpieczeństwo opieki odnosi się do efektywności klinicznej (bezpieczeństwo pacjenta), personelu medycznego (bezpieczeństwo personelu) i zarządzania w opiece zdrowotnej (bezpieczeństwo otoczenia). Natomiast orientacja na pacjenta dotyczy efektywności klinicznej (ciągłość opieki), personelu medycznego (interpersonalne problemy w trakcie leczenia pacjentów) i zarządzania w opiece zdrowotnej.

Szczegółowa charakterystyka płaszczyzn wybranych do modelu PATH została zaprezentowana w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka płaszczyzn modelu pomiaru dokonań szpitali

Płaszczyzny	Definicja	Subpłaszczyzny
Efektywność kliniczna	płaszczyzna dokonań, w której szpital dba właściwie i kompetentnie, w zgodzie z obowiązującym stanem wiedzy, o zapewnienie opieki medycznej i usług medycznych wszystkim pacjentom	odpowiednia opieka, dostosowanie opieki do potrzeb pacjenta, rezultaty leczenia
Efektywność ekonomiczna	optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów w celu osiągnięcia maksymalnych rezultatów	relacja nakładów do efektów opieki, wykorzystanie dostępnych technologii medycznych, wydajność personelu medycznego
Kadry medyczne	odpowiednie kwalifikacje personelu szpitala, możliwości szkolenia, podnoszenia własnych kwalifikacji, praca w sprzyjających warunkach, satysfakcja z pracy	środowisko pracy, rozpoznanie potrzeb personelu, rekrutacja, możliwości szkolenia i rozwoju zawodowego, klimat pracy, satysfakcja personelu
Odpowiedzialne zarządzanie	odpowiedzialność szpitala za potrzeby społeczne, zapewnienie stałej i skoordynowanej opieki, promocja zdrowia, innowacje w zdrowiu, zapewnienie opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom	społeczna integracja szpitali, orientacja na zdrowie publiczne
Bezpieczeństwo opieki	odpowiednia struktura szpitala i zapewnienie takiej opieki, która zapobiega lub redukuje szkody i ryzyko ponoszone przez pacjentów i innych uczestników systemu opieki zdrowotnej	bezpieczeństwo pacjenta bezpieczeństwo personelu bezpieczeństwo środowiska
Orientacja na pacjenta	umiejscowienie pacjentów w centrum opieki i zwracanie szczególnej uwagi na potrzeby pacjentów oraz ich rodzin, a także na ich oczekiwania, autonomię, zaufanie, godność, możliwość wyboru świadczeniodawcy, szybkość opieki	orientacja na klienta, szacunek dla pacjenta

Źródło: [Veillard, Klazinga, Kazandjian, Arah, Guisset 2005, s. 490].

Wszystkie płaszczyzny były analizowane niezależnie. Takie wielopłaszczyznowe podejście stanowiło podstawę do stworzenia definicji dokonań szpitali w strukturze modelu PATH. Satisfakcjonujące dokonania szpitali zostały zdefiniowane jako zachowanie takiego stanu funkcjonowania, który odpowiada społecznym i profesjonalnym normom w podejściu do pacjenta. Dokonania te powinny opierać się na wysokich kompetencjach personelu medycznego w zakresie stosowaniu aktualnej wiedzy medycznej, dostępnych technologii medycznych, skutecznym wykorzystaniu zasobów, minimalnym ryzyku w odniesieniu do pacjenta, uzyskaniu optymalnych efektów zdrowotnych [Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arahand, Guisset 2005, s. 487–496]. Dokonania szpitala powinny być również sprzężone z potrzebami i wymaganiami społeczeństwa i zintegrowane z całym systemem opieki zdrowotnej, łącznie z promocją zdrowia. Ocena tych dokonań powinna być dokonana z uwzględnieniem możliwości świadczenia usług na rzecz wszystkich pacjentów niezależnie od fizycznych, demograficznych, społecznych, kulturalnych i ekonomicznych barier.

4. Wskaźniki modelu PATH

Dla każdej z powyższych płaszczyzn modelu określono zestaw wskaźników. W tym celu przeanalizowano ok. 100 wskaźników, a badania prowadzono w 20 państwach europejskich. Nad doбором wskaźników do modelu pracowały cztery grupy ekspertów, które miały za zadanie przypisać punkty do każdego wskaźnika wg skali od 1 do 10 wg różnych kryteriów, m.in. ważności, użyteczności, wiarygodności wskaźników i kosztów zbierania danych do modelu. W tym celu starano się udzielić odpowiedzi na następujące pytania [Vallejo, Saura, Sunol, Kazandjian, Urena, Mauri 2006]:

- Czy zestaw wskaźników może być zaakceptowany przez ich potencjalnych użytkowników?
 - Czy wskaźniki odzwierciedlają aspekty funkcjonowania szpitala, które mają znaczenie dla ich użytkowników i są istotne dla obecnego systemu opieki zdrowotnej?
 - Czy szpitale mogą polegać na tych wskaźnikach w przypadku problemów?
 - Czy została wykazana wiarygodność danych?
 - Czy pomiar jest związany z odpowiednią płaszczyzną i subpłaszczyzną?
 - Czy wskaźnik jest powiązany z innymi wskaźnikami służącymi do pomiaru dokonań szpitali?
 - Czy dane do pomiaru są łatwo dostępne?
 - Jak wskaźniki są ze sobą powiązane?
- Wskaźniki zostały pogrupowane w dwóch „koszykach” [Indicators... 2006]:
- koszyk podstawowy, obejmujący ograniczoną grupę wskaźników standardowych istotnych i ważnych w większości analizowanych przypadków, bazujący na naukowej ewidencji prowadzonej w większości europejskich państw – niskie koszty zbierania danych potrzebnych do obliczenia wskaźników;

- koszyk dopasowany do indywidualnych potrzeb szpitali, obejmujący wskaźniki ponadstandardowe stosowane tylko w specyficznych sytuacjach, np. ze względu na różnorodność dostępnych danych, charakter szpitali – wysokie koszty zbierania danych potrzebnych do obliczenia wskaźników.

Szpitala uczestniczące w projekcie były zobowiązane do gromadzenia wskaźników z koszyka podstawowego, natomiast zbieranie wskaźników ponadstandardowych było jedynie zadaniem dodatkowym i dobrowolnym. Ostateczny zestaw wskaźników został dobrany w etapach, które prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Etapy doboru wskaźników do modelu PATH

Etap I	Przegląd aktualnych narodowych/regionalnych systemów oceny dokonań w celu ustalenia wstępnej listy 100 potencjalnych wskaźników. Eksperti dokonali szczegółowej i krytycznej oceny listy wskaźników i zaproponowali jej udoskonalenie (usuwając niektóre wskaźniki i dodając inne, przerzucając wskaźniki między płaszczyznami)
Etap II	Dokonano dokładnego przeglądu literatury przedmiotu. Dla każdego ze 100 wstępnych wskaźników zebrano dowody dotyczące zasadności wykorzystania wskaźnika, jego popularności, wiarygodności, obecnego zakresu wykorzystania, relacji z innymi wskaźnikami. Dostępne dowody na zasadność wykorzystania różnych wskaźników były znacznie zróżnicowane. Dla niektórych płaszczyzn, takich jak efektywność kliniczna wiarygodność, zasadność wskaźników zostały one dobrze udokumentowane na podstawie licznych badań naukowych i doświadczeń empirycznych. Dla innych płaszczyzn, takich jak odpowiedzialne zarządzanie, orientacja na personel, poprzednie badania i doświadczenia wykorzystano tylko w niewielkim stopniu. W tej sytuacji polegano głównie na ocenie ekspertów
Etap III	W maju 2003 r. przeprowadzono badania ankietowe w 20 państwach. Miało ono na celu ocenę dostępności wskaźników i ich znaczenia w różnych krajach, a także ich potencjalnego wpływu na doskonalenie jakości. Odpowiedzi otrzymano z 11 państw
Etap IV	Bazując na dowodach zebranych podczas przeglądu literatury przedmiotu oraz przeprowadzonych badań empirycznych, eksperci wybrali do modelu wskaźniki i zakwalifikowali je do odpowiedniego koszyka – wskaźników standardowych lub ponadstandardowych
Etap V	W trakcie finałowych warsztatów skorygowano i poprawiono zestaw dobranych wskaźników i zagwarantowano trafność kontekstową całego zbioru wskaźników jako całości

Źródło: opracowanie na podstawie [Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arahand, Guisset 2005, s. 490–491].

W wyniku tych prac lista wskaźników dych do modelu PATH została ostatecznie ograniczona do zestawu 17 podstawowych wskaźników standardowych i 24 wskaźników ponadstandardowych. Zestaw tych wskaźników dobranych w poszczególnych płaszczyznach modelu prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Zestaw wskaźników standardowych i ponadstandardowych dobranych w poszczególnych płaszczyznach modelu PATH

Płaszczyzny	Wskaźniki standardowe	Wskaźniki ponadstandardowe
Efektywność kliniczna i bezpieczeństwo opieki	C1. Cięcia cesarskie C2. Okołożabiegowa profilaktyka antybiotykowa dla wybranych jednostek chorobowych C3. Śmiertelność dla wybranych jednostek chorobowych C4. Readmisje dla wybranych jednostek chorobowych C5. Chirurgia jednego dnia dla wybranych procedur medycznych C6. Hospitalizacja po chirurgii jednego dnia (procedury jak w C5) C7. Powrót na OIT/OIOM	T1. Czas drzwi igła T2. CT po udarze T3. Pacjenci po przebytych ostrym zawale serca, którym przy wypisie zlecono przyjmowanie aspiryny T4. Śmiertelność i readmisje T5. Odleżyny u pacjentów z udarem i złamaniem T6. Odsetek zakażeń szpitalnych
Efektywność ekonomiczna	C8. Długość pobytu dla wybranych chorób C9. Efektywne wykorzystanie bloku operacyjnego	T7. Rezultat <i>Appropriate Evaluation Protocol</i> T8. Koszt antybiotykoterapii na pacjenta T9. Wskaźniki długości pobytu T10. Płynność finansowa T11. Koszt usług/osobodzień
Kadry i bezpieczeństwo pracowników	C10. Wydatki na szkolenia C11. Absencja C12. Nadgodziny C13. Ekspozycja zawodowa C14. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród personelu	T12. Odsetek wynagrodzeń wypłacanych bez opóźnień T13. Ankietyzacja na temat wypalenia zawodowego T14. Odsetek stanowisk pracy, dla których wyceniono ryzyko T15. Fluktuacja kadr T16. Kategorie wypadków przy pracy
Zarządzanie z uwzględnieniem potrzeb otoczenia	C15. Karmienie piersią przy wypisie C16. Ciągłość opieki przy przekazywaniu pacjenta	T17. Audyt czynności przygotowawczych do wypisu T18. Odsetek listów-komunikacji na temat pacjenta wypisanego ze szpitala do lekarza przejmującego opiekę T19. Rezultat <i>Appropriateness Evaluation Protocol</i> dla pacjentów geriatrycznych T20. Czas oczekiwania na przyjęcie w chirurgii jednego dnia dla 8 procedur T21. Świeży zawał serca i zastoinowa niewydolność serca – edukacja dla pacjentów na temat zdrowego stylu życia
Orientacja na pacjenta	C17. Oczekiwania pacjentów	T22. Badanie ankietowe pacjentów na temat dostępności opieki T23. Badanie ankietowe pacjentów na temat udogodnień w opiece medycznej

Źródło: opracowanie na podstawie [Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arahand, Guisset 2005].

Szczegółowy przegląd wskaźników standardowych wraz z arkuszami opisowymi dla każdego z nich dołączono do broszury informacyjnej opracowanej w trakcie realizacji projektu PATH [*Indicators...* 2009]. W każdym arkuszu opisowym znajdują się najważniejsze definicje, przyczyny uzasadniające wykorzystanie wskaźnika, koszty pozyskania danych do obliczenia wskaźnika, jego znaczenie, rozpowszechnienie, potencjał, zalety i ograniczenia, wskazówki do interpretacji, zagadnienia dotyczące zbiorów danych i inne informacje. Warto dodać, że w opracowanych arkuszach opisowych wykorzystano kody procedur zawarte w międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD.

Doboru wskaźników ponadstandardowych dokonali eksperci na podstawie dowodów naukowych oraz badań ankietowych przeprowadzonych w poszczególnych państwach. Nie dokonano jednak szczegółowej charakterystyki tych wskaźników. Szpitale mogły wykorzystać tę listę i włączyć ją do modelu, ale musiały dodatkowo opracować definicje tych wskaźników. Wskaźniki te nie nadawały się do porównań na międzynarodowym poziomie.

5. Podsumowanie

Do osiągnięć projektu Światowej Organizacji Zdrowia na etapie opracowania modelu PATH można było zaliczyć:

- zdefiniowanie kluczowych płaszczyzn i subpłaszczyzn pomiaru dokonań szpitali,
- opracowanie struktury modelu PATH (wzajemne powiązanie płaszczyzn i wskaźników z uwzględnieniem strategii poprawy jakości),
- selekcję odpowiednio dobranych wskaźników pomiaru dokonań w poszczególnych płaszczyznach modelu ze szczegółowo opracowanymi definicjami i wskazówkami dotyczącymi interpretacji,
- dokładne opracowanie arkuszy dla poszczególnych wskaźników pomiaru dokonań w celu wsparcia szpitali w ocenie ich dokonań,
- opracowanie strategii wdrożenia modelu PATH i strategii benchmarkingu dokonań na płaszczyźnie międzynarodowej.

Opracowany przez WHO model służący do pomiaru dokonań szpitali w zakresie jakości stanowi elastyczną i kompleksową strukturę, która może być dostosowana do różnych warunków, w jakich funkcjonują szpitale. Wartość modelu bazuje nie tylko na zainteresowaniu pojedynczych szpitali ulepszaniem sposobów oceny ich dokonań, ale również na dążeniu do celu związanego z budową sieci narodowych i międzynarodowych porównań przy wykorzystaniu benchmarkingu. Ta międzynarodowa płaszczyzna projektu była najważniejsza i stanowiła dla szpitali silną motywację do uczestniczenia w pilotażowym wdrożeniu projektu. Szpitale, przystępując do projektu PATH, miały stać się częścią międzynarodowej sieci dzielącej najlepsze praktyki ulepszania jakości [Berwick, James, Coye 2003, s. 130–138].

Warto dodać, że proces pomiaru i oceny dokonań to tylko początek całego procesu doskonalenia jakości. Powinien on inspirować i motywować do nauki, stałego zadawania pytań, ulepszania procedur gromadzenia danych, rozumienia osiągniętych wyników i identyfikowania działań doskonalących.

Literatura

- Arah O.A., Custers T., Klazinga N.S., *Updating the key dimensions at hospital performance: The move towards a theoretical framework*, Third WHO Workshop on Hospital Performance, Barcelona, 13–14.06.2003.
- Berwick D.M., James B., Coye M.J., *Connections between quality measurement and improvement*, „Medical Care” 2003, vol. 41.
- Indicators descriptive sheets 09/10*, December 2009, <http://www.pathqualityproject.org>.
- Indicators for the performance assessment tool for quality improvement in hospitals PATH*, Ancona, WHO Collaborating Centre for Institutionalization and Development of Quality in Health Systems, 2006, <http://www.pathqualityproject.org>.
- Mattke S., Epstein A.M., Leatherman S., *The OECD health care quality indicators project: History and background*, „International Journal for Quality in Health Care” 2006, vol. 18.
- Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining main dimensions*, report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10–11.01.2003, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2003, <http://www.euro.who.int/document/e78873pdf>.
- Performance assessment tool for quality improvement in hospitals. Indicator descriptions (core set)*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007, <http://www.pathqualityproject.org>.
- Vallejo R., Saura M., Sunol R., Kazandjian V., Urena V., Mauri J., *A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework*, „International Journal for Quality in Health Care” 2006, vol. 18, no. 5.
- Veillard J.C.F., Klazinga N., Kazandjian V., Arah O.A., Guisset A.L., *A performance assessment framework for hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH project*, „International Journal for Quality in Health Care” 2005, vol. 17, no. 6.
- World Health Organization, *Performance assessment tool for quality improvement in health care*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007, <http://www.euro.who.int/document/E89742.pdf>.

THE MODEL OF QUALITY PERFORMANCE MEASUREMENT FOR HOSPITALS – THE PROJECT OF WORLD HEALTH ORGANIZATION

Summary: In 2003 The Regional Office for Europe of the World Health Organization (WHO) launched a project aiming to develop a flexible and comprehensive tool (PATH model) to measure the hospital performance and improve the quality of hospital care. This tool aims at supporting hospitals in assessing their own results, and translating them into actions for quality improvement. The article describes six dimensions, which were identified in this model: clinical effectiveness, safety, patient-oriented attitude, production efficiency, staff orientation and responsive governance. One of the most important tasks during constructing this model was also a selection of the set of performance indicators with detailed definitions for analysis, measurement and assessment of hospital's performances.