



RAPORT KOŃCOWY

Badanie ewaluacyjne pn.: „Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL*”



Nie tworzymy rzeczywistości – pomagamy ją poznać



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

RAPORT KOŃCOWY

**„OCENA MOŻLIWOŚCI OSIĄGNIĘCIA WSKAŹNIKA
REZULTATU W PROJEKCIE PN. WSPARCIE PROCESU
AKREDYTACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ,
REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA 2.3. PO KL”**

Zamawiający:

Ministerstwo Zdrowia
Ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Wykonawca:

ASM - Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.
Ul. Grunwaldzka 5, 99-300 Kutno

Kutno, czerwiec 2011

2

Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn.

„Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL”



Spis treści

Spis wykresów	3
Spis map	5
Spis schematów	5
Streszczenie	6
Summary	11
Wprowadzenie. Prezentacja stanowiska metodologicznego	16
Rozdział I. Problematyka jakości zdrowia w ochronie zdrowia. Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej	25
Rozdział II. Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej w perspektywie ekspertów, osób w ten proces zaangażowanych	43
Rozdział III. Proces akredytacji w ocenie osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej	52
Rozdział IV. Proces akredytacji zakładów opieki zdrowotnej w opinii osób przebywających w szpitalach dysponujących certyfikatem	71
Wnioski i rekomendacje	85
Załącznik nr 1. Dyspozycje do badania techniką IDI	99
Załącznik nr 2. Kwestionariusz wywiadu do badania techniką PAPI	108
Załącznik nr 3. Kwestionariusz ankiety internetowej w badaniu CAWI	113
Załącznik nr 4. Scenariusz panelu eksperckiego	119

Spis tabel

Tabela nr 1. Struktura respondentów badania CAWI według miejsca lokalizacji zarządzanego przez nich zakładu opieki zdrowotnej	23
Tabela nr 2. Opinie respondentów badania CBOS na temat określonych aspektów funkcjonowania opieki zdrowotnej (lata 2007, 2009, 2010)	28
Tabela nr 3. Liczba wizytacji przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w latach 2004-2010	39
Tabela nr 4. Liczba wydanych certyfikatów w latach 2011-2014	40
Tabela nr 5. Tabela wniosków i rekomendacji	86

Spis wykresów

Wykres nr 1. Respondenci badania PAPI według miejsca zamieszkania (N=320)	20
Wykres nr 2. Respondenci badania PAPI według wieku (N=320)	21
Wykres nr 3. Respondenci badania PAPI według poziomu wykształcenia (N=320)	21
Wykres nr 4. Respondenci badania PAPI według deklarowanej sytuacji materialnej (N=320)	22
Wykres nr 5. Lokalizacja zakładów opieki zdrowotnej zarządzanych przez respondentów z badania CAWI (N=411)	24
Wykres nr 6. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale (Eurobarometr 2007)	25



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 7. Zróżnicowanie szpitali (w proc.) dysponujących aktualnym certyfikatem akredytacji wg liczby uzyskanych punktów (30.04.2011)	35
Wykres nr 8. Liczba szpitali objętych wsparciem w ramach projektu realizowanego przez CMJ w latach 2009-2011	37
Wykres nr 9. Czy znany jest Panu/i certyfikat akredytacyjny przyznawany szpitalom/zakładom opieki zdrowotnej? (N=411)	52
Wykres nr 10. Z czym kojarzy się Panu/i certyfikat akredytacyjny? (N=330)	53
Wykres nr 11. Czy certyfikat akredytacyjny przynosi korzyści szpitalowi, który go posiada? (N=330) ..	54
Wykres nr 12. Korzyści wynikające z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego (N=259) ...	55
Wykres nr 13. Czy posiadanie certyfikatu przynosi korzyści pacjentom? (N=330)	56
Wykres nr 14. Korzyści dla pacjentów wynikające z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego (N=283)	57
Wykres nr 15. Przyczyny, które sprawiają, że niektóre zakłady opieki zdrowotnej nie starają się (nie starały się) o uzyskanie certyfikatu (N=155)	58
Wykres nr 16. Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego przez Pana/i zakład opieki zdrowotnej? (N=155)	59
Wykres nr 17. Co skłoniło szpital do przystąpienia do procedury akredytacyjnej? (N=175)	60
Wykres nr 18. Czy byłoby/są Państwo zainteresowani odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego po okresie jego wygaśnięcia? (N=330)	61
Wykres nr 19. Jakie czynniki mogłyby wpłynąć na zwiększenie stopnia zainteresowania zakładów opieki zdrowotnej zdobyciem/odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego? (N=330)	62
Wykres nr 20. Czy czas trwania procedury akredytacyjnej jest odpowiedni? (N=330)	63
Wykres nr 21. Czy trudno jest uzyskać zakładom opieki zdrowotnej akredytację? (N=330)	64
Wykres nr 22. Jakie bariery uniemożliwiają bądź utrudniają zakładom opieki zdrowotnej przystąpienie do procedury akredytacyjnej? (N=330)	65
Wykres nr 23. Mocne strony systemu akredytacji w opinii respondentów (N=330)	66
Wykres nr 24. Słabe strony systemu akredytacji według respondentów (N=330)	67
Wykres nr 25. Czy w Pana/i zakładzie opieki zdrowotnej wprowadzone są normy ISO? (N=406)	68
Wykres nr 26. Z jakich źródeł respondenci uzyskują informacje o systemie ochrony zdrowia? (N=406)	69
Wykres nr 27. Obecność w widocznym miejscu informacji wskazujących, że szpital dysponuje certyfikatem akredytacji (N=320)	71
Wykres nr 28. Czy wie Pan/i, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację? (N=320)	72
Wykres nr 29. Czy wie Pan/i czym jest akredytacja? (system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej) (N=320)	73
Wykres nr 30. Z czym Panu/i kojarzy się posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital/zakład opieki zdrowotnej? (N=85)	74
Wykres nr 31. Wiedza respondentów na temat logotypu certyfikatu nadawanego szpitalom (N=85)	74
Wykres nr 32. Liczba respondentów wskazujących poszczególne certyfikaty (N=35)	75
Wykres nr 33. Czy wie Pan/i, czy szpital na którego terenie się znajdujemy, posiada akredytację? (N=320)	76
Wykres nr 34. Skąd respondenci pozyskują wiedzę, że szpital dysponuje certyfikatem akredytacji? (N=68)	77
Wykres nr 35. Jakie czynniki bierze Pan/i pod uwagę wybierając zakład opieki zdrowotnej? (N=320)	78



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 36. Czy posiadanie certyfikatu akredytacji przynosi korzyści zakładowi opieki zdrowotnej? (N=320).....	79
Wykres nr 37. Korzyści dla zakładów opieki zdrowotnej związane z posiadaniem przez nie certyfikatu akredytacji (N=169).....	80
Wykres nr 38. Czy posiadanie certyfikatu przez ZOZ przynosi korzyści pacjentom? (N=248)	81
Wykres nr 39. Korzyści dla pacjentów związane z posiadaniem przez zakłady opieki zdrowotnej certyfikatów akredytacji (N=158).....	82
Wykres nr 40. Czy trudno jest zakładowi opieki zdrowotnej uzyskać akredytację? (N=248)	83
Wykres nr 41. Czy zakłady opieki zdrowotnej powinny starać się o uzyskanie akredytacji? (N=248) ...	83

Spis map

Mapa nr 1. Ocena jakości usług świadczonych przez szpitale w krajach członkowskich Wspólnoty (2007 rok)	26
Mapa nr 2. Liczba szpitali w poszczególnych województwach dysponujących aktualnym certyfikatem akredytacji (30.04.2011)	35

Spis schematów

Schemat nr 1. Logotypy przedstawione respondentom podczas realizacji wywiadu.....	75
---	----



Streszczenie

Przedmiotem rozważań zawartych w raporcie jest proces akredytacji i certyfikacji zakładów opieki zdrowotnej. Działania zmierzające do podniesienia jakości w systemie ochrony zdrowia są realizowane w Polsce od 1998 roku, uwzględniono je także w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki na lata 2007-2013 (Priorytet II, Poddziałanie 2.3.3. PO KL). Istotną rolę w akredytowaniu zakładów opieki zdrowotnej odgrywa obecnie projekt systemowy wdrażany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia pn.: „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”, współfinansowany ze środków strukturalnych przewidzianych w ramach PO KL. W opracowaniu zawarto wyniki ewaluacji tego przedsięwzięcia. W badaniu zastosowano triangulację metodologiczną, wykorzystano przy tym następujące techniki badawcze: analizę danych zastanych (danych statystycznych, dokumentów programowych oraz strategicznych), wywiad kwestionariuszowy (PAPI) z osobami przebywającymi na terenie akredytowanych placówek (nie będących członkami personelu medycznego), wywiad internetowy wspomagany komputerowo (CAWI) z kadrą zarządzającą zakładami opieki zdrowotnej, indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z osobami zaangażowanymi w realizację projektu, specjalistami oraz panel ekspercki z reprezentantami instytucji zainteresowanych wdrażaniem akredytacji. Dodatkowo uwzględniono metodę wartości wypracowanej, która umożliwiła sformułowanie pewnych wniosków odnośnie realizacji projektu przez beneficjenta systemowego. Zastosowanie tak szerokiego spektrum technik badawczych pozwoliło na przyjęcie szerszej perspektywy w stosunku do przedmiotu badania.

Głównym celem ewaluacji była ocena, w jakim stopniu możliwe jest osiągnięcie przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Wskaźnik ten zdefiniowano w *Podręczniku wskaźników PO KL* jako *odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości*. Jego wartość bazowa wynosiła 8 proc., docelową zaś określono na 32 proc. Oprócz tak zdefiniowanego celu głównego, w ewaluacji uwzględniono pięć celów szczegółowych. Pierwszy z nich dotyczył oceny wpływu określonych czynników (w tym: wygasania certyfikatów po trzech latach, jednokrotnego udziału w projekcie systemowym, czasu trwania procedury akredytacyjnej, zasobów technicznych i personalnych beneficjenta systemowego, zainteresowania szpitali procedurą) na możliwości osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu. W ramach tego celu zdefiniowano szereg pytań badawczych. Na wstępie interesowało badaczy, jak na osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu wpływa wygasanie ważności certyfikatów akredytacyjnych oraz możliwość tylko jednokrotnego udziału w projekcie. Z danych uzyskanych na gruncie ewaluacji wynika, że zagrożeniem dla przedsięwzięcia jest sytuacja, w której szpitale uzyskujące certyfikat w latach 2008-2011 (w ramach projektu) nie przystępują ponownie do akredytacji. Wyniki analizy danych zastanych wskazują, że momentem decydującym będzie rok 2012. Sami eksperci, uczestniczący w panelu bądź biorący udział w indywidualnych wywiadach pogłębionych, nie byli zgodni, jak postąpią szpitale. Stwierdzali jednak, że certyfikaty nie przynoszą szpitalom wymiernych korzyści, co może mieć wpływ na to, czy zakłady opieki zdrowotnej ponownie przystąpią do procedury. Pewnym potwierdzeniem tego były wyniki badania CAWI. Okazało się bowiem, że w opinii respondentów, osób kierujących szpitalami, posiadanie certyfikatu nie wiąże się z żadnymi korzyściami finansowymi.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

W ramach pierwszego celu szczegółowego poszukiwano również odpowiedzi na pytanie, jaka jest proporcja pomiędzy szpitalami, które utraciły certyfikat, a szpitalami, które go uzyskały. Na podstawie analizy danych zastanych stwierdzono, że zakłady opieki zdrowotnej, które otrzymały akredytację w latach 2004-2007, w zdecydowanej większości podchodziły do procedury ponownie. Należałoby zatem domniemywać, że szpitale uzyskujące certyfikat w latach 2008-2011 zachowywać będą się podobnie. Nie jest to jednak pewne. Realizacja projektu systemowego od 2008 roku, gwarantująca zniesienie opłat za akredytację, sprawiła, że obecnie do procedury podchodzi znacznie więcej podmiotów niż wcześniej. Nie wiadomo jednak, w jakim stopniu szpitale te będą zainteresowane odnowieniem certyfikatu za własne pieniądze.

Rozważania dotyczące tego zagadnienia zostały uwzględnione w ramach ewaluacji. Na gruncie pierwszego celu szczegółowego zadano pytanie, jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat niż go uzyska. Wyniki analizy danych zastanych pokazały, że problem ten stanie się widoczny w latach 2012-2014. To wówczas certyfikaty zaczną tracić szpitale, które uzyskiwały go w ramach projektu systemowego we wcześniejszym okresie (w latach 2008-2011). Obecnie trudno sformułować jakieś wnioski w tym względzie. Niemniej konieczne staje się ściśle monitorowanie poziomu odnawiania certyfikatów przez szpitale, które uzyskały certyfikat w ramach projektu systemowego.

Na gruncie pierwszego celu szczegółowego zadano również pytanie, jaki jest odsetek szpitali, które brały udział w projekcie i nie przeszły pomyślnie procedury akredytacyjnej. Badaczy interesowało, jaki jest wpływ tych przypadków na możliwość osiągnięcia wartości wskaźnika rezultatu. Informacje, które udało się wygenerować w ramach analizy danych zastanych oraz rozmów z ekspertami, wskazują, że odsetek ten mieści się w przedziale od 10 do 20 procent. Zdaniem specjalistów, z którymi przeprowadzane były indywidualne wywiady pogłębione, wskaźnik ten jest obecnie większy aniżeli w latach 2004-2007. Wynika to z faktu, że do procedury częściej przystępują szpitale słabiej przygotowane. Zachęca je brak opłat za akredytację, przewidziany w ramach projektu systemowego.

Przedmiotem zainteresowania badaczy był także czas trwania procedury akredytacyjnej, uzyskania certyfikatu. Zastanawiano się, jak wpływa on na możliwość osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Niektórzy eksperci, uczestniczący w panelu oraz biorący udział w indywidualnych wywiadach pogłębionych, zwracali uwagę, że część szpitali nie może przygotować się do wizytacji w odpowiednim czasie. Ich zdaniem wynika to z faktu, że działania ukierunkowane na przystosowanie placówki do standardów, podejmowane są w tych podmiotach zbyt późno. Na temat czasu procedury akredytacyjnej wypowiedzieli się także respondenci badania CAWI, osoby zarządzające szpitalami. Prawie połowa z nich stwierdziła, że omawiany czas trwania procedury jest odpowiedni. Z drugiej jednak strony, znaczny odsetek (44,50 proc.) stanowili badani, którzy wskazali kategorię „trudno powiedzieć”.

W ramach pierwszego celu szczegółowego zapytano także, jakie są możliwości techniczne i personalne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia do przeprowadzania wizyt akredytacyjnych. Badaczy interesowało, czy posiadany przez beneficjenta systemowego potencjał



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

pozostaje wystarczający do przeprowadzenia odpowiedniej dla osiągnięcia wskaźnika liczby wizyt akredytacyjnych. Informacje w tym względzie uzyskano na podstawie analizy danych zastanych. Opinie dotyczącą tego zagadnienia formułowali także sami eksperci. Stwierdzali, że zatrudniony w Centrum personel cechuje się wysokimi kwalifikacjami. Obecny potencjał techniczny oraz personalny beneficjenta systemowego wydaje się adekwatny do liczby szpitali zainteresowanych akredytacją. Nie ma pewności, czy samo zwiększenie liczby personelu miałyby jakichś wpływ na możliwość osiągnięcia wartości wskaźnika rezultatu.

W ramach ewaluacji sformułowano także drugi cel szczegółowy, który dotyczył oceny stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej. Na wstępie wprost sformułowano takie właśnie pytanie badawcze. Analiza danych zastanych wykazała, że zainteresowanie procedurą akredytacyjną jest duże. Do końca 2010 roku 287 szpitali zgłosiło chęć udziału w projekcie. Konieczne było zatem stworzenie listy rezerwowej. Niektórzy eksperci pozostawali jednak dalecy od optymizmu. Wskazywali, że obecne zainteresowanie akredytacją dotyczy procedur dofinansowanych w ramach projektu.

W ramach drugiego celu szczegółowego sformułowano również pytanie, jaki jest stopień zainteresowania uzyskaniem certyfikatu wśród szpitali, które nigdy nie podchodziły do procedury akredytacyjnej. Wniosków w tym względzie dostarczyły wyniki badania przeprowadzonego za pomocą wywiadu internetowego wspomaganego komputerowo (CAWI). Pytanie zadano tym respondentom, którzy uprzednio stwierdzili, że ich placówka nie podchodziła jeszcze do omawianej procedury. Tylko nieco ponad jedna trzecia badanych (37,50 proc.) wskazała, że poziom zainteresowania ich szpitala akredytacją można określić jako „raczej duży” bądź „bardzo duży”. Przeciwnie opinie formułowal co piąty respondent (18,00 proc.). Znaczną część stanowili badani (18,70 proc.) wskazujący kategorię „trudno powiedzieć”.

Przedmiotem zainteresowania było również to, jaki jest stopień zainteresowania szpitali odnowieniem certyfikatu po okresie jego wygaśnięcia. Ponownie, danych w tym względzie dostarczyło badanie z przedstawicielami kadry zarządzającej. Większość z nich (72,10 proc.) twierdziła, że ich szpital jest zdecydowanie bądź raczej zainteresowany odnowieniem certyfikatu po okresie jego wygaśnięcia.

W ramach drugiego celu szczegółowego sformułowano również pytanie badawcze, czy wystarczająca liczba szpitali zgłasza chęć przystąpienia do procedury akredytacji (w kontekście osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu). Trudno było w sposób jednoznaczny na nie odpowiedzieć. Z analizy danych zastanych wynikało bowiem, że wartości wskaźników produktu i rezultatu zostały zdefiniowane zbyt wysoko. Osiągnięcie drugiego z nich wydaje się niemożliwe, pierwszego zaś – zależy do liczby szpitali podchodzących ponownie do procedury (po wygaśnięciu certyfikatu).

W trakcie badania ewaluacyjnego zastanawiano się również, w jaki sposób (jakimi instrumentami czy narzędziami) można zwiększyć poziom zainteresowania szpitali zdobyciem bądź odnowieniem certyfikatu. Respondenci, przedstawiciele kadry zarządzającej,



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w zdecydowanej większości wskazywali, że akredytacja powinna wiązać się z wymiernymi, finansowymi korzyściami dla zakładów opieki zdrowotnej. Nie byli zgodni, co do innych instrumentów mogących zwiększyć poziom zainteresowania szpitali uzyskaniem certyfikatu. Znaczna ich część (38,50 proc.) wskazywała jednak, że konieczne jest obniżenie wymagań stawianych przed szpitalami. Inni stwierdzali (26,50 proc.), że niezbędna wydaje się w tym względzie większa pomoc potencjalnym zainteresowanym ze strony Centrum Monitorowania Jakości.

W ramach badania ewaluacyjnego sformułowano także trzeci cel szczegółowy, który dotyczył tego, jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacyjnego. Pierwsze postawione pytanie problemowe brzmiało dokładnie w ten sposób i odnosiło się do kadry zarządzającej szpitalami. Okazało się, że większość respondentów z tej grupy wie, czym jest akredytacja. Z badania wynikało jednak, że nadal spora jest grupa osób (19,70 proc.), które nie mają pojęcia na temat omawianej procedury. Taka sytuacja w przypadku reprezentantów kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej wydaje się zaskakująca, biorąc pod uwagę fakt, że powinny to być osoby na bieżąco poinformowane o trendach funkcjonujących w ochronie zdrowia, znające obowiązujące przepisy.

W ramach trzeciego celu szczegółowego zadano pytanie, jak kadra zarządzająca szpitalami ocenia korzyści płynące z certyfikatu. Odpowiednie wnioski w tym względzie zostały sformułowane na podstawie danych pochodzących z badania CAWI. Respondenci wskazywali, że główne korzyści z posiadania certyfikatów mają charakter prestiżowy. Stwierdzali ponadto, że akredytacja mobilizuje szpital do świadczenia usług na wyższym poziomie. Opinie badanych na temat przystąpienia do procedury charakteryzował pewien rozdźwięk. Z jednej strony wskazywali, że ich szpital jest zainteresowany uzyskaniem certyfikatu (jeśli go nie ma), z drugiej jednak zwracali uwagę na to, że sama akredytacja nie przekłada się na żadne wymierne korzyści (w tym sensie, samo przygotowywanie się do procedury może być nieopłacalne).

Przedmiotem badania było również to, jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu wśród zwykłych obywateli, osób przebywających na terenie akredytowanych szpitali. Okazało się, że wiedza w tym względzie jest znikoma. Tylko 32 proc. respondentów z tej zbiorowości wiedziało, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację. Na 320 badanych 43 deklarowało znajomość logotypu certyfikatu wydawanego przez Centrum Monitorowania Jakości. W większości jednak respondenci mylili ten certyfikat z certyfikatem ISO. Poprawnie wskazało logotyp tylko 9 badanych. Badanie wykazało również, że 34,40 proc. akredytowanych szpitali nie eksponowało w widocznym miejscu informacji o dysponowaniu certyfikatem.

W ramach trzeciego celu szczegółowego sformułowano również pytanie badawcze, na ile zwykli obywatele wiedzą, czym jest system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej. Badaczy interesowało także to, czym ludzie kierują się przy wyborze szpitala. Okazało się, że wiedzę na temat systemu akredytacji posiadał jedynie co czwarty (26,60 proc.) respondent z tej zbiorowości. Badani przy wyborze szpitala kierowali się przede wszystkim: pozytywną opinią znajomych na jego temat, bliskością placówki, pozytywną opinią specjalistów oraz wolnymi terminami przyjęć. Tylko nieliczni wskazywali (8,40 proc.), że uwzględniają w swojej decyzji to, czy szpital dysponuje certyfikatem.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Na gruncie ewaluacji sformułowano także czwarty cel szczegółowy. Chodziło o identyfikację barier, które uniemożliwiają bądź utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej. Takie pytanie badawcze zostało wprost uwzględnione w badaniu z przedstawicielami kadry zarządzającej. Wskazali oni na dwie istotne bariery, które ich zdaniem uniemożliwiają bądź utrudniają szpitalom przystępowanie do procedury akredytacyjnej. Po pierwsze, zakłady opieki zdrowotnej nie dysponują odpowiednimi środkami na modernizację, dostosowanie własnego funkcjonowania do obowiązujących standardów. Po drugie, szpitale zniechęca to, że z certyfikatem nie wiążą się żadne korzyści finansowe.

W ramach czwartego celu szczegółowego sformułowano także pytanie badawcze odnoszące się do mocnych oraz słabych stron omawianego systemu. Respondenci badania CAWI (przedstawiciele kadry zarządzającej) wskazywali, że z akredytacją wiążą się następujące korzyści: poprawa efektywności zarządzania, wzrost prestiżu szpitala, zwiększenie zaufania społecznego do szpitala, zainteresowanie personelu podnoszeniem jakości usług. Ci sami badani wskazywali na słabe strony systemu, w tym: brak korzyści finansowych czy trzyletni okres ważności certyfikatu. Wypowiedzi w tym względzie formułowali także osoby przebywające w trakcie badania na terenie akredytowanych szpitali. Ich zdaniem, certyfikat przynosi następujące korzyści zakładom opieki zdrowotnej: zwiększa zaufanie pacjentów do szpitala, prestiż, następuje usprawnienie zarządzania. Badani ci wskazywali również na pewne korzyści odnoszące się do samych pacjentów, w tym: świadczenie usług wysokiej jakości przez akredytowany szpital, wysokie kwalifikacje personelu, większy komfort przebywania w szpitalu.

W ewaluacji uwzględniono również piąty cel szczegółowy, w ramach którego sformułowano szereg pomniejszych pytań badawczych, w tym: czy aktualna wartość wskaźnika rezultatu jest możliwa do osiągnięcia? Jeśli tak, jakie działania w największym stopniu mają wpływ na osiągnięcie wskaźnika? Czy można zidentyfikować „dobre praktyki” w projekcie? Jeśli nie, jaka jest realna/możliwa do osiągnięcia wartość wskaźnika rezultatu? Jakie działania należy przedsięwziąć, żeby osiągnąć realną wartość docelową wskaźnika rezultatu? Badanie wykazało, że wartość docelowa wskaźnika wydaje się niemożliwa do osiągnięcia. Została ona zdefiniowana zbyt optymistycznie. Realna wartość wskaźnika rezultatu to 20-22 proc.

Podsumowując, analiza danych zastanych wykazała, że osiągnięcie wartości wskaźników produktu oraz rezultatu będzie trudne (a w tym drugim przypadku raczej niemożliwe). Obie wartości zostały zdefiniowane zbyt wysoko. Wywiady przeprowadzone z ekspertami, panel zrealizowany ze specjalistami, nie przyniosły jednoznacznych odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Znaczna część tych osób była jednak zdania, że wartość docelowa wskaźnika rezultatu nie jest możliwa do osiągnięcia. Badanie CAWI, zrealizowane z przedstawicielami kadry zarządzającej wykazało, że wielu reprezentantów tej zbiorowości nie ma wiedzy na temat akredytacji. Będzie to niekorzystnie wpływać na możliwość osiągnięcia wartości docelowych wskaźników przez beneficjenta systemowego. Badanie PAPI wykazało również, że wiedza na temat akredytacji jest słabo upowszechniona wśród zwykłych obywateli.



Summary

The subject under consideration in this study is the accreditation and certification process of healthcare institutions. The efforts aimed at improving the quality of the healthcare system have been carried out in Poland since 1998 and included in the Human Capital Operational Programme for the years 2007 – 2013 (Priority II, Sub-measure 2.3.3. HC OP). The systemic project “Enhancement of the accreditation process of healthcare institutions” co-financed from the Structural Funds within the framework of HC OP, which is currently being implemented by Healthcare Monitoring Centre (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia), plays the crucial role in the accreditation process of healthcare institutions. Evaluation results of the undertaking are included in the study. The study is based on methodological triangulation, the following research techniques were applied: secondary data analysis (statistics, programmes and strategic documents), Paper and Pencil Interviewing (PAPI) with people residing at accredited institutions (not medical personnel), Computer Assisted Web Interviewing (CAWI) with staff managing healthcare institutions, Individual In-Depth Interviews (IDI) with people engaged in the project, specialists and expert panel with representatives of institutions interested in implementing accreditation. Additionally, Earned Value was taken into consideration which enabled making some conclusions concerning project implementation by the system beneficiary. Applying such wide variety of research techniques allowed a wider perspective on the study subject.

The main purpose of evaluation was to assess to what degree it is possible for the system beneficiary to reach the target result indicator. The indicator was defined in Podręcznik wskaźników PO KL (OP HC Indicators Handbook) as „% share of health care entities having accreditation at the Health Care Quality Monitoring Centre” Its base value was 8%, its determined target value 32%. Apart of thus defined main purpose, the evaluation included five detailed objectives.

The first concerned assessing influence of certain factors (such as expiry of certificates after three years, one-off participation in a systemic project, duration of accreditation procedures, technical and personnel supplies of system beneficiary, interest in the procedure among hospitals) on possibilities to reach the target result indicator. Bearing the main purpose in mind, a number of research questions have been set forth. First of all, the researchers wanted to know how expiry of accreditation certificates and a merely one-off participation in a systemic project influence reaching the target result value. Data from evaluation indicate that if the hospitals which received certificate in 2008 – 2011 will not join accreditation again there will be a threat to the undertaking. Secondary data point out that the crucial moment will be the year 2012. The experts participating in the panel and IDI were not unanimous on what hospitals will do. However, they concluded that certificates do not bring measurable profits to hospitals, which might influence their decision whether to join accreditation or not. This conclusion was supported by the results of CAWI since managing staff stated that receiving the certificate does not involve any financial benefits.

With regard to the first detailed objective, the researchers enquired about the proportion of hospitals which forfeited certificate and hospitals which received certificate. Secondary data analysis



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

shows that most of the healthcare institutions which received accreditation in 2004 – 2007 joined the procedure again. Therefore, it might be concluded that hospitals which received accreditation in 2008 – 2011 will do the same. It is not certain, though. Currently more institutions are joining the procedure due to accreditation fees abolition for implementing a systemic project since 2008. However, there is no knowing about to what degree will the hospitals be interested in renewing the certificate at their own expense.

Regarding the first detailed objective, a question about the level of risk that more hospitals will forfeit certificate than receive one was asked. Secondary data analysis confirm that the problem will become noticeable in 2012 – 2014 when certificates issued in 2008 – 2011 will expire. Although it is difficult to make conclusions on the matter, it seems necessary to monitor the level of certificate renewals made by hospitals which received them in the framework of a systemic project.

Concerning the first detailed objective, another question was asked about the percentage of hospitals which participated in the project but did not receive accreditation. Researchers enquired about the influence of such cases on the possibility of reaching target result value. Information generated from secondary data analysis and interviews with experts indicate that the percentage amounts 10 -20%. The experts participating in IDI stated that currently the indicator is higher than in 2004 – 2007. It results from the fact that poorly prepared hospitals join the procedure more often encouraged by the absence of accreditation fees for systemic projects.

Another subject of interest was duration of accreditation procedure and receiving a certificate. Its influence on the possibility of reaching target result indicator value by the system beneficiary was investigated. Some of the experts participating in the panel and IDI drew attention to the fact that some hospitals have not enough time to prepare well for inspection. In their opinion it results from the fact that preparations to meet the standards in these institutions do not start early enough. Interestingly, almost half of CAWI respondents (managing staff) stated that the duration of accreditation procedures is adequate, whereas 44,50% of them chose the answer “difficult to say”.

In the framework of the first detailed objective one more question was also asked about the technical and personnel capabilities of Healthcare Monitoring Centre to carry out accreditation visits. The researchers wanted to know whether the system beneficiary’s potential is sufficient to conduct the amount of accreditation visits enough to reach the target indicator. Experts declared that the staff employed in Healthcare Monitoring Centre is fully qualified. Current technical and personnel potential appears to be adequate to the number of hospitals interested in accreditation. It cannot be concluded that merely increasing the number of staff can influence the possibility to reach the target result value.

In the framework of evaluation the second detailed objective was formulated. It concerned the level of interest in joining accreditation procedure among hospitals. Secondary data analysis indicated that the interest in joining accreditation procedure is high. 287 hospitals had applied for joining the project by the end of 2010, therefore creating a reserve list was necessary. Nevertheless,



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

some experts were far from optimistic and pointed out that the current interest in accreditation involves procedures subsidized in the framework of the project.

Regarding the second detailed objective another question was asked about the level of interest in receiving the certificate among hospitals which have never joined accreditation procedure. Conclusions in the matter were based on the analysis of CAWI. The respondents who previously stated that their institutions have never joined the procedure before were enquired about the interest in receiving the certificate. More than a third (37,50 %) of the respondents stated that the level of interest in receiving the certificate in their hospitals is “rather big” or “very big”, a fifth (18%) of the respondents said that the level is “very low” and 18,7% of the respondents chose the answer “difficult to say”.

The subject of interest was also finding answer to the question about the level of interest in renewing the certificate after expiry. The response was provided by managing staff in CAWI most of whom (72,10%) declared that their hospitals are “rather interested” or “definitely interested” in renewing the certificate after expiry.

Regarding the second detailed objective the researchers wondered whether the number of hospitals applying for joining the project is enough to reach target result indicator value. This occurred to be a difficult question to answer. Data analysis indicated that product indicator value and target result value were defined too high. Reaching the latter seems to be impossible, reaching the first, however, depends on the number of hospitals joining the procedure again (after expiry).

In the course of evaluation the researchers wondered what instruments and tools could be used to increase the level of interest in receiving and renewing certificates among hospitals. Most of managing staff respondents pointed out that accreditation should include measurable financial benefits. What is more, 38,50% indicated that requirements set for hospitals should be lowered, 26,50% stated that Healthcare Monitoring Centre should provide more help and assistance to potentially interested institutions.

The third detailed objective was formulated during evaluation regarding accreditation certificate brand awareness. The question about brand awareness was directed towards managing staff. It turned out that most respondents knew the concept of accreditation. However, 19,70% were ignorant about the procedure, which is surprising considering the fact that managing staff is obliged to know the binding law and keep up-to-date with current trends in healthcare.

Regarding the third detailed objective the researchers asked managing staff about advantages of receiving such certificate. Conclusions in the matter were based on the analysis of data generated from CAWI. Respondents indicated prestige the main advantage of the certificate. They also claimed that the certificate galvanises hospital into providing better quality service. Respondents expressed diverse opinions on joining the procedure. On the one hand they indicated that their hospitals are interested in receiving the certificate (if they have not obtained it so far), on the other



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

hand they pointed out that accreditation itself does not include any measurable benefits and thus merely preparing for the procedure might not be cost effective.

The subject of the research was also the issue of the certificate brand awareness among common people residing at the accredited institutions. Data concerning this issue revealed that only 32% of respondents knew that hospitals can apply for accreditation. Only 43 out of 320 respondents declared that they knew the logo of the certificate issued by Healthcare Monitoring Centre, however, most of them mistook it for ISO certificate and only 9 respondents recognised the correct logo. The research also revealed that 34,40% of accredited hospitals have not displayed the information about having the certificate in a noticeable spot.

In the framework of the third detailed objective a question was formulated about whether common people know what accreditation of healthcare institutions is. The researchers wanted to find out what drives common people to choose a particular hospital. It turned out that only every fourth (26,60%) respondent knew the accreditation system. And what drives people to choose a particular hospital is their friends' recommendation, proximity, positive opinions about specialists and doctors' availability. Only 8,40% of respondents make their choices based on whether the given hospital has the certificate.

The fourth detailed objective was formulated in the course of evaluation. It regarded identifying barriers which hinder or prevent hospitals from joining accreditation procedure. Managing staff asked to reflect on the issue identified two critical barriers. First of all, healthcare institutions do not have adequate funds for modernisation and adjusting their functioning to the binding standards. Second of all, hospitals are discouraged by the absence of financial benefits connected with the certificate.

In the framework of the fourth detailed objective researchers enquired about strengths and weaknesses of the system in question. Managing staff interviewed in CAWI indicated the following advantages of accreditation: enhancing management effectiveness, increase in prestige, boost of public trust and interest in improving the quality of service among personnel. Among the weaknesses of the system the same respondents mentioned absence of financial benefits and only three-year validity period. People residing at the accredited hospitals listed the following advantages of the certificate for healthcare institutions: boost in public trust, prestige and enhancement of management. They also indicated some benefits for patients like better service quality, better qualified personnel and more comfort when residing at hospital.

The evaluation also included the fifth detailed objective and within its framework a number of detailed questions were formulated including: whether the actual result indicator value is possible to reach and if it is, which activities influence reaching the indicator most? Is it possible to identify "good practices" in a project and if it is not what is the realistic and obtainable result indicator value? What measures must be taken to reach the target result indicator value? Data collected in the course



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

of the research suggest that target result indicator value is not possible to reach. Realistic result indicator value amounts 20 – 22%.

Summing up, secondary data analysis revealed that reaching the product and indicator values will be difficult and maybe even impossible. Both values were defined too high. Interviews with experts and panel with specialists did not provide unambiguous answers to research questions. Most respondents assumed that target result indicator value was impossible to reach. CAWI interviews conducted among managing staff representatives exposed that many of them have no knowledge about accreditation. This will have a negative effect on the possibility of reaching target indicator values by the system beneficiary. Moreover, PAPI interviews revealed that knowledge about accreditation is not widespread among common citizens.



Wprowadzenie. Prezentacja stanowiska metodologicznego

Badanie, z którego wnioski zostają przedstawione w niniejszym opracowaniu, miało charakter ewaluacyjny. Punktem wyjścia dla rozważań stała się realizacja przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia projektu systemowego zatytułowanego *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej*, współfinansowanego ze środków strukturalnych Unii Europejskiej (w ramach Poddziałania 2.3.3. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki). Podstawowym celem przedsięwzięcia podjętego przez beneficjenta systemowego pozostaje podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Zakłada się, że będzie to możliwe poprzez upowszechnienie akredytacji wśród polskich szpitali. **Głównym celem ewaluacji była zatem ocena, w jakim stopniu możliwe jest osiągnięcie przez beneficjenta systemowego wartości wskaźnika rezultatu.** Wskaźnik ten został zdefiniowany jako odsetek szpitali dysponujących certyfikatem akredytacji. Jego wartość referencyjna wynosi 8 proc. Na koniec realizacji projektu (2014 rok) certyfikat akredytacji powinno posiadać 32 proc. szpitali. Sukces omawianej interwencji publicznej uwarunkowany jest przez różne czynniki. Daje się przy tym zidentyfikować te, które mogą utrudniać bądź wręcz uniemożliwiać osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Najważniejsze z nich dotyczą: a) wygasania ważności certyfikatu po trzech latach od daty jego uzyskania; b) możliwości jednokrotnego udziału w projekcie systemowym wdrażanym przez Centrum Monitorowania Jakości; c) czasu trwania procedury akredytacyjnej, zwłaszcza na etapie przygotowywania się szpitala do wypełniania standardów akredytacyjnych; d) możliwości technicznych i personalnych beneficjenta systemowego w zakresie przeprowadzania wizytacji; e) poziomu zainteresowania szpitali akredytacją. W ramach badania ewaluacyjnego uwzględnionych zostało także pięć celów szczegółowych, w tym:

- **cel szczegółowy I:** ocena wpływu wskazanych czynników na możliwość osiągnięcia wartości docelowej omawianego wskaźnika rezultatu;
- **cel szczegółowy II:** ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestniczeniem w procedurze akredytacyjnej;
- **cel szczegółowy III:** ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacji wśród: a) kadry zarządzającej szpitali; b) osób przebywających w czasie realizacji badania na terenie szpitala (z wyłączeniem personelu medycznego);
- **cel szczegółowy IV:** identyfikacja barier, które uniemożliwiają bądź utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej;
- **cel szczegółowy V:** ocena możliwości osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu w projekcie.

W ramach każdego ze wskazanych celów zostały zdefiniowane istotne z punktu widzenia badania ewaluacyjnego pytania problemowe. Sformułowanie na nie odpowiedzi powinno być pozwolić na stwierdzenie, w jakim stopniu możliwe będzie osiągnięcie w 2014 roku założonej wartości wskaźnika rezultatu. Na gruncie pierwszego celu szczegółowego zostały postawione następujące pytania badawcze:

- Jak na osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika wpływa wygasanie ważności certyfikatów akredytacyjnych oraz możliwość tylko jednokrotnego udziału w projekcie?
- Jaka jest proporcja pomiędzy szpitalami, które utraciły certyfikat, a szpitalami, które go uzyskały?
- Jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat niż go uzyska?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- Jaki jest odsetek szpitali, które brały udział w projekcie i nie przeszły pomyślnie procedury akredytacyjnej? Jaki jest wpływ tych przypadków na możliwość osiągnięcia wartości wskaźnika?
- Jak na osiągnięcie wartości wskaźnika wpływa czas trwania procedury akredytacyjnej/uzyskania certyfikatu akredytacyjnego? Czy biorąc pod uwagę czas trwania procedury akredytacyjnej oraz liczbę szpitali biorących udział w projekcie realne jest osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika?
- Jakie są możliwości techniczne i personalne Centrum Monitorowania Jakości do przeprowadzania wizyt akredytacyjnych? Czy posiadany przez Centrum Monitorowania Jakości potencjał w tym zakresie jest wystarczający do przeprowadzenia odpowiedniej dla osiągnięcia wskaźnika liczby wizyt akredytacyjnych?

W ramach drugiego celu szczegółowego zostały sformułowane następujące pytania problemowe:

- Jaki jest stopień zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej?
- Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu wśród szpitali, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji?
- Jaki jest stopień zainteresowania szpitali odnowieniem certyfikatu po okresie jego wygaśnięcia?
- Czy wystarczająca liczba szpitali zgłasza chęć przystąpienia do procesu akredytacji w kontekście osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika?
- W jaki sposób (jakimi instrumentami/narzędziami) można zwiększyć poziom zainteresowania szpitali zdobyciem bądź odnowieniem certyfikatu?

Na gruncie trzeciego celu szczegółowego zostały sformułowane pytania odnoszące się do kwestii przydatności i rozpoznawalności marki, jaką jest certyfikat akredytacji, w tym:

- Jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacji (np. logo, nazwa certyfikatu) wśród kadry zarządzającej szpitalami?
- Czy kadra zarządzająca szpitali ma prawidłowe skojarzenia „marki” certyfikatu z realizowaną przez Centrum Monitorowania Jakości procedurą akredytacyjną?
- Jak kadra zarządzająca szpitali ocenia przydatność/korzyści płynące z posiadania certyfikatu? Czy w opinii kadry zarządzającej warto jest ubiegać się o certyfikat akredytacji?
- Jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacyjnego (np. logo, nazwa certyfikatu) wśród osób przebywających w czasie realizacji badania ewaluacyjnego na terenie szpitala lub w jego pobliżu?
- Czy osoby te wiedzą czym jest system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej? Jakimi kryteriami kierują się te osoby dokonując wyboru szpitala? Czy wśród tych kryteriów znajduje się posiadanie przez szpital akredytacji?

Kolejnym celem szczegółowym badania ewaluacyjnego była identyfikacja barier utrudniających bądź uniemożliwiających szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej. Sformułowane zostały następujące pytania problemowe w tym względzie:

- Czy można zidentyfikować bariery, które uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej? Jeśli tak, jakie są to bariery? Jakie działania można przedsięwziąć w celu ich wyeliminowania?
- Jakie są słabe, a jakie są mocne strony funkcjonowania systemu akredytacji? Czy system wykazuje elementy, które należałoby zmienić lub poprawić? Jeśli tak, na czym powinny polegać te zmiany?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

W ramach piątego celu szczegółowego zostały uwzględnione następujące pytanie problemowe:

- Czy aktualna wartość docelowa wskaźnika rezultatu jest możliwa do osiągnięcia? Jeśli tak, jakie działania w największym stopniu mają wpływ na osiąganie wskaźnika? Czy można zidentyfikować „dobre praktyki” w projekcie? Jeżeli nie, jaka jest realna/możliwa do osiągnięcia wartość docelowa wskaźnika rezultatu? Jakie działania należy przedsięwziąć, żeby osiągnąć realną wartość docelową wskaźnika?

Zdefiniowane pytania, odnoszące się do przyjętych celów szczegółowych, zostały uwzględnione w trakcie przygotowywania narzędzi badawczych. Uzyskanie wiarygodnych wyników ewaluacji zależy w dużej mierze od zastosowania tzw. **triangulacji metodologicznej**. Takie podejście zostało przyjęte w badaniu, którego rezultatem jest niniejsze opracowanie. Triangulacja metodologiczna dotyczy metod i technik badawczych, źródeł informacji oraz perspektyw badawczych. Oznacza, że w ramach ewaluacji znajdują zastosowanie różne narzędzia gromadzenia danych, w tym: ilościowe oraz jakościowe, mające zarówno charakter pierwotny, jak i wtórny. Triangulacja odnosi się także do sfery informacji. W tym przypadku, rekonstruuje się punkty widzenia różnych osób związanych z interwencją publiczną będącą przedmiotem ewaluacji. Uwzględnia się zatem perspektywy realizatorów, opiekunów projektów, ludzi zaangażowanych w jego realizację, itd. Triangulacja dotyczy wreszcie podejść badawczych. Mamy wtedy do czynienia z triangulacją analityczną, wynikającą z różnych perspektyw przyjmowanych przez osoby zaangażowane w badanie. Zastosowanie triangulacji pozwala spojrzeć na dany problem z różnych punktów widzenia. Takie podejście okazuje się być bardziej kompleksowe, umożliwia sformułowanie obiektywnych, sprawdzalnych (poddających się falsyfikacji) wniosków.

Metodologia badania

Uwzględnienie zróżnicowanego podejścia metodologicznego do problemu ewaluacji pozwoliło na zastosowanie różnych narzędzi badawczych, w tym: analizy danych zastanych, metody wartości wypracowanej, indywidualnych wywiadów pogłębionych, wywiadu kwestionariuszowego, wywiadu internetowego wspomaganego komputerowo oraz panelu eksperckiego. Na wstępie należy przedstawić każdą z uwzględnionych metod. **Analiza danych zastanych** ma długą tradycję w naukach społecznych. Pierwsze badania tego typu realizowano już w XIX wieku. Współcześnie, wraz z większym dostępem do różnego rodzaju dokumentów, danych statystycznych, technikę tę wykorzystuje się coraz częściej. Do jej podstawowych zalet należy zaliczyć: a) oszczędność czasu, środków finansowych – materiał badawczy ma zastany charakter, co oznacza, że nie powstają w tym przypadku koszty związane z dodatkowym personelem badawczym, specjalistycznym sprzętem; b) bezpieczeństwo – w przeciwieństwie do badań terenowych, analiza danych zastanych pozwala na szybkie wyeliminowanie błędów, bez ponownej realizacji całej procedury badawczej; c) analizę długich trendów – wykorzystywane w analizie dane statystyczne umożliwiają badanie procesów społecznych, także tych długotrwałych; d) minimalny wpływ badacza na uzyskiwany materiał – w analizie wykorzystuje się materiał zastany, już wytworzony. Na gruncie niniejszej ewaluacji zostały uwzględnione przede wszystkim dokumenty programowe oraz projektowe, pozwalające na ukonstytuowanie pewnej ramy dla dalszych rozważań. Wśród materiałów poddawanych analizie należy wymienić zatem: dokumentację właściwą dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (*Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007-2013, Szczegółowy Opis Priorytetów PO KL 2007-2013, Podręcznik wskaźników PO KL 2007-2013*), dokumentację projektową (w tym: wnioski o dofinansowanie, sprawozdania), raport ewaluacyjny pt. *Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości*



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”, akty prawne (w tym ustawy oraz akty wykonawcze), wyniki sondaży opinii publicznej. Dane zastane uwzględnione zostały również w ramach **metody wartości wypracowanej**. Narzędzie to wykorzystywane jest w badaniach marketingowych. Służy do analizy procesu zarządzania projektem. W ocenie poziomu zaawansowania przedsięwzięcia bierze się pod uwagę następujące wartości: część budżetu przeznaczoną na realizację zaplanowanych działań w danym czasie (PV – Planned Value), faktyczną wartość poniesionych kosztów (wydatków) w analizowanym okresie (AC – Actual Cost) oraz iloczyn stanu zaawansowania prac i planowanej wartości prac (EV – Earned Value).

W ramach omawianej ewaluacji znalazły także zastosowanie **indywidualne wywiady pogłębione**. Technika ta ma jakościowy charakter. Badacz konstruuje listę dyspozycji, stanowiących de facto strukturę całego wywiadu. Opierając się na nich przeprowadza rozmowę z osobami istotnymi z punktu widzenia ewaluacji. Same dyspozycje nie mają statusu pytań, pozostają jedynie obszarami tematycznymi, które ze względu na swą wagę powinny zostać poruszone w trakcie wywiadu. To sprawia, że badacz ma możliwość dostosowywania rozmowy do kompetencji osoby w niej uczestniczącej, a także dopytywania o kwestie, które wynikają w trakcie wywiadu, a okazują się ważne w perspektywie badania. Technika ta pozwala także na rekonstrukcję stanowisk, poglądów respondentów. Dzięki temu możliwe staje się wyjaśnienie niektórych prawidłowości zidentyfikowanych podczas analizy danych zastanych i danych empirycznych. Dobór próby do badania ewaluacyjnego miał charakter celowy. Objęte nim zostały osoby, które są zaangażowane we wdrażanie omawianego projektu systemowego, dysponują wiedzą na temat akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, w tym: pracownicy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (5 respondentów), wizytatorzy biorący udział w przeprowadzaniu procedury akredytacyjnej (10 respondentów) oraz przedstawiciele Instytucji Pośredniczącej II stopnia dla Działania 2.3.3. PO KL (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia – 3 respondentów). Ogółem zostało przeprowadzonych 18 indywidualnych wywiadów pogłębionych. W ewaluacji znalazła zastosowanie także inna technika jakościowa. Chodzi w tym przypadku o **panel ekspercki**. Badanie to pozostaje odmianą grupowego wywiadu zogniskowanego. W literaturze przedmiotu sugeruje się, że ma ono charakter laboratoryjny. Łączy bowiem w sobie cechy specyficzne dla wywiadu jakościowego oraz obserwacji. Sam panel jest moderowaną dyskusją. Jej bieg wyznacza określona wcześniej struktura zagadnień. Uczestnikami panelu są eksperci związani z podejmowanym w ramach badania obszarem tematycznym. W przypadku omawianej ewaluacji w dyskusji uczestniczyły osoby dysponujące wiedzą w zakresie akredytacji, problematyki jakości w służbie zdrowia. Ogółem w panelu wzięło udział 8 ekspertów.

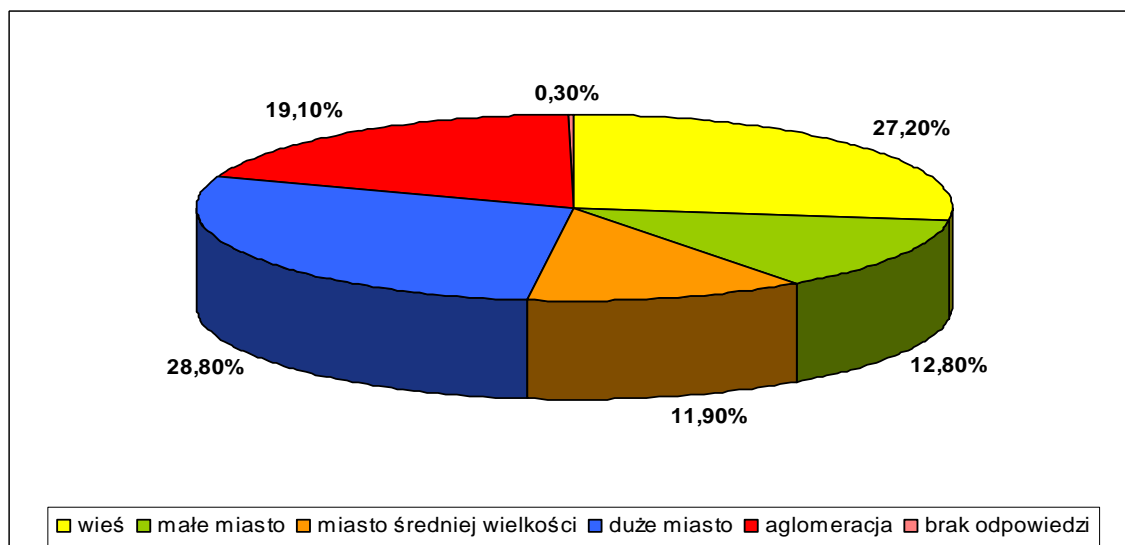
W ewaluacji znalazły także zastosowanie techniki ilościowe. Jedną z nich było badanie wykonane za pomocą **wywiadu kwestionariuszowego (PAPI)**. Cechą charakterystyczną tej techniki pozostaje bezpośredni kontakt ankietera z respondentem. Osoba realizująca wywiad notuje, zaznacza odpowiedzi badanego. Pytania zadawane są zgodnie ze strukturą opracowanego wcześniej kwestionariusza. Badanie ma ujednolicony charakter. Oznacza to, że respondenci odpowiadają na te same pytania (pomijane są jedynie te, które w sposób bezpośredni nie odnoszą się do danego badanego). Technika ta posiada wiele zalet. Obecność ankietera sprawia, że respondent ma możliwość uzyskania informacji w sytuacji, gdy jakieś pytanie pozostaje dla niego niezrozumiałe. Mniejsza jest także liczba niekompletnych kwestionariuszy. Ankieter ma bowiem obowiązek zadać respondentowi wszystkie skierowane do niego pytania. W konsekwencji, technika ta cechuje się większą rzetelnością w porównaniu z innymi narzędziami właściwymi dla badań empirycznych. Nie oznacza to jednak, że pozbawiona jest wad. Koszty związane z realizacją takiego badania są wysokie. Zwraca się również uwagę, że obecność ankietera – pożądana z powodów wymienionych powyżej –



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

może okazać się pewnym kłopotem. Istnieje prawdopodobieństwo, że cechy społeczno-demograficzne osoby przeprowadzającej wywiad będą mieć wpływ na odpowiedzi ankietowanego. Osobnym problemem pozostaje kwestia kontroli badania. W przypadku omawianej techniki, lider badania ma niewielkie możliwości w zakresie monitorowania działań podejmowanych przez ankieterów. W ewaluacji, której wyniki zostają przedstawione w niniejszym opracowaniu, zbiorowość respondentów stanowiły osoby przebywające na terenie szpitala bądź w jego pobliżu, nie będące członkami personelu. Dobór jednostek do badania miał charakter warstwowy, celowo-losowy. Wyróżnić należy przy tym dwa etapy wyboru respondentów. W pierwszym zidentyfikowano placówki zdrowia, w których przeprowadzono następnie wywiady kwestionariuszowe. W ramach każdego województwa (które ogółem stanowiły 16 równolicznych warstw) losowany był 1 szpital spośród tych wszystkich, które posiadają w danym regionie akredytację. Na tym kończył się etap pierwszy doboru. Następnie, na terenie wylosowanego zakładu realizowane były wywiady kwestionariuszowe z respondentami. Dane pochodzące z badania umożliwiają nam opis tej populacji. Okazuje się, że dwie największe zbiorowości stanowili respondenci mieszkający w dużych miastach, liczących od 101 do 500 tysięcy mieszkańców (28,80 proc. wszystkich badanych) oraz na wsiach (27,20 proc.). Najmniejszą zaś konstituowały osoby żyjące w miastach średniej wielkości, liczących od 21 do 100 tysięcy mieszkańców. Przynależność do tej grupy deklarował co dziesiąty respondent (11,90 proc.). Dane dotyczące tego zagadnienia zostają przedstawione na wykresie nr 1.

Wykres nr 1. Respondenci badania PAPI według miejsca zamieszkania (N=320)



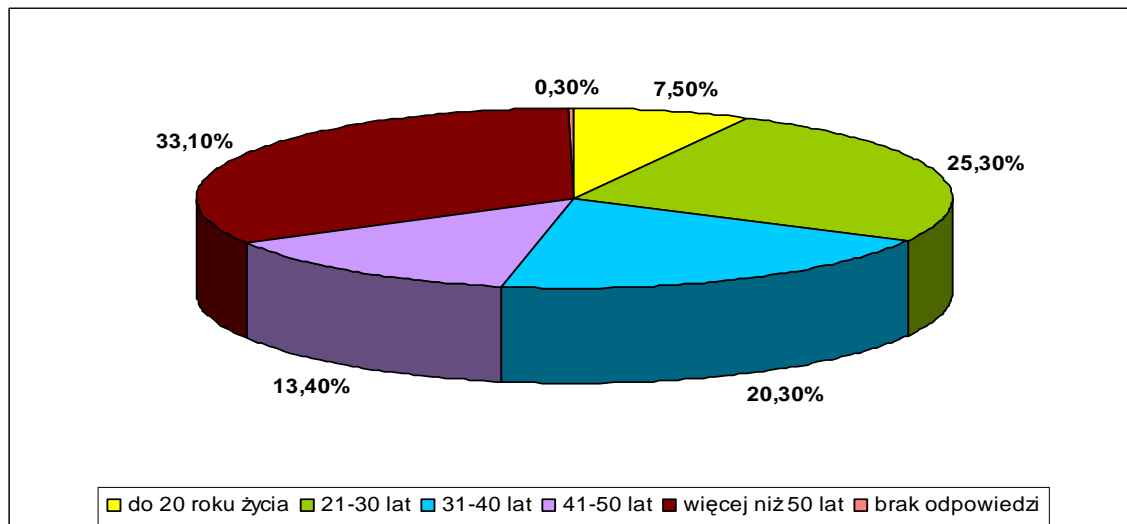
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Respondenci biorący udział w badaniu PAPI to w większości kobiety. Stanowiły one ogółem 60,90 proc. całej zbiorowości. Mężczyźni rzadziej uczestniczyli w wywiadach kwestionariuszowych. Ogółem stanowili 38,80 proc. całej badanej populacji (0,30 proc. respondentów nie podało w trakcie rozmowy swojej płci). Osoby biorące udział w badaniu różniły się między sobą także wiekiem. Co trzeci respondent (33,10 proc.) miał więcej niż 50 lat, co czwarty (25,30 proc.) był osobą młodą, mieszczącą się w przedziale wiekowym między 21 a 30 rokiem życia. Istotną kohortę stanowiły także osoby mające od 31 do 40 lat. Do tej populacji kwalifikował się co piąty respondent (20,30 proc.). Dokładne dane w tym względzie zostają przedstawione na poniższym wykresie.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

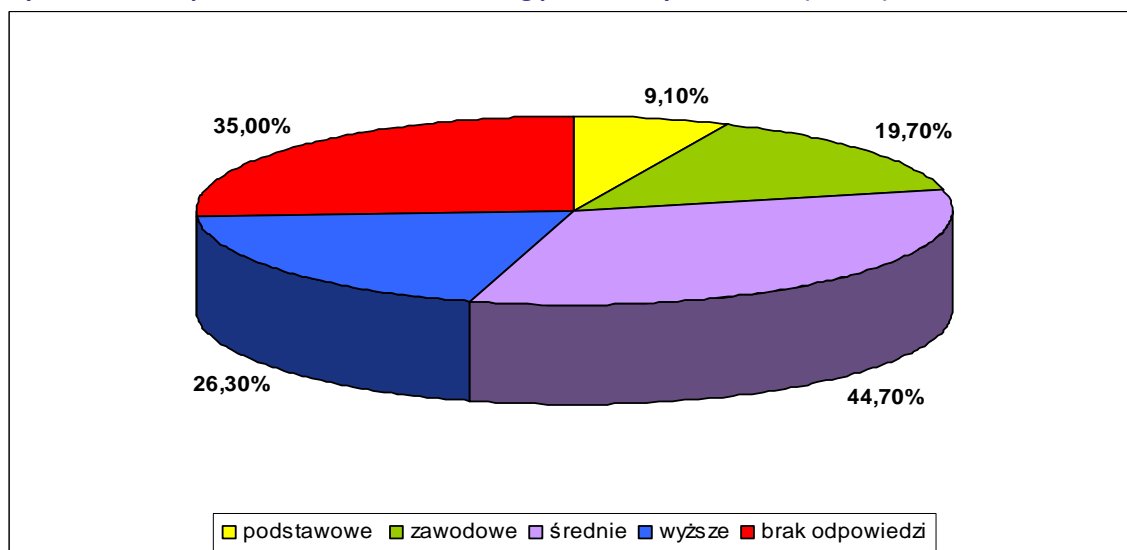
Wykres nr 2. Respondenci badania PAPI według wieku (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Respondenci różnili się także pod względem wykształcenia. W całej populacji dominowały osoby legitymujące się wykształceniem średnim (44,70 proc.) oraz wyższym (26,30 proc.). Należy jednak wskazać, że znaczna część respondent odmawiała w trakcie wywiadu podania poziomu swojego wykształcenia (ogółem 35 proc. badanych). Można domniemywać, że informacji w tym względzie nie chciały udzielać osoby, które ukończyły edukację na niższym niż wyższym poziomie. Dane w tym względzie zostają przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 3. Respondenci badania PAPI według poziomu wykształcenia (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

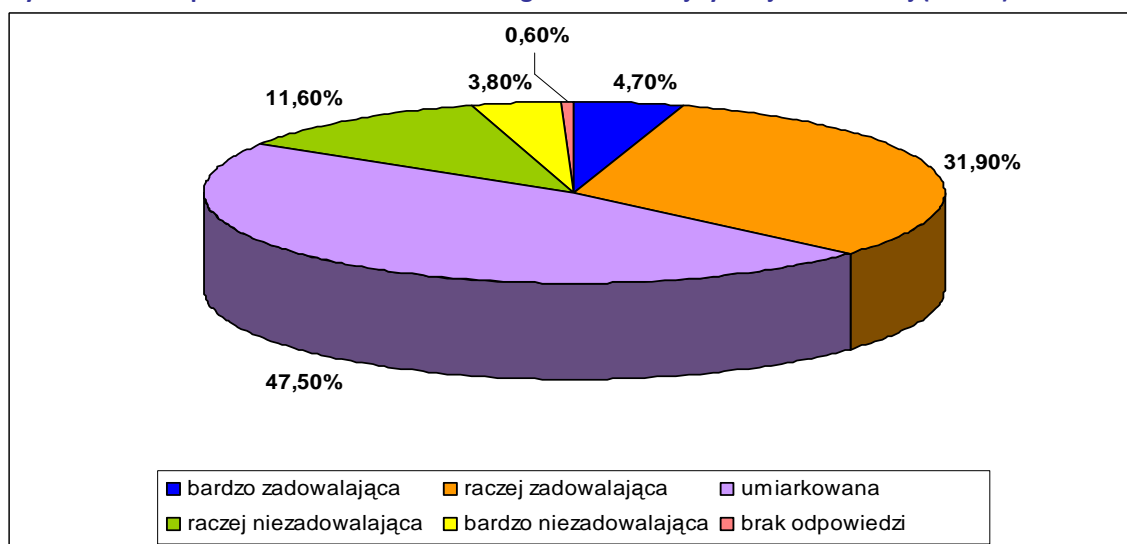
Respondenci wywiadów kwestionariuszowych różnili się także między sobą deklaracjami na temat własnej sytuacji materialnej. Pytanie to nie okazało się drażliwe. Tylko 0,60 proc. badanych odmówiło na nie odpowiedzi. Prawie połowa respondentów (47,50 proc.) deklarowała, że ich



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

sytuacja materialna jest umiarkowana. Co trzeci (31,90 proc.) stwierdzał zaś, że jest ona raczej zadowolająca. Przeciwnie deklaracje formułowane były rzadziej. Dokładne dane w tym względzie zostają przedstawione na wykresie nr 4.

Wykres nr 4. Respondenci badania PAPI według deklarowanej sytuacji materialnej (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Podsumowując, respondentami badania PAPI byli w większości mieszkańcy dużych miast oraz wsi, kobiety, osoby powyżej 50 roku życia bądź mające od 21 do 30 lat, opisujące swoją sytuację materialną jako umiarkowaną bądź raczej zadowolającą.

W ewaluacji znalazła także zastosowanie inna technika ilościowa – **wywiad internetowy wspomagany komputerowo (CAWI)**. Badania tego typu cieszą się coraz większą popularnością. Samo narzędzie składa się z ujednoliconego dla wszystkich kwestionariusza, wypełnianego drogą elektroniczną dzięki funkcjonującemu w Internecie programowi. Badania tego typu cechują się pewnymi zaletami. Technika ta nie wiąże się z presją czasu, charakterystyczną dla innych narzędzi. Badany ma możliwość udzielenia odpowiedzi poprzez komputer w wybranym przez siebie momencie (mieszczącym się w ustalonym dla badania terminie). Co więcej, respondent może przerwać wypełnianie kwestionariusza i wrócić do niego po jakimś czasie. Technika ta pozwala na pozyskiwanie danych, które dostępne są (poza CAWI) jedynie w badaniach terenowych. Dla przykładu, w ramach kwestionariusza można zawrzeć pytania odnoszące się do danych statystycznych. Respondent ma czas, aby je wyszukać i udostępnić. To sprawia, że technika ta dobrze sprawdza się w badaniu instytucji. Narzędzie to cechują także pewne wady. Nie ma większych możliwości, aby sprawdzić, czy kwestionariusz rzeczywiście wypełnia osoba, która powinna to zrobić. Niektórzy respondenci mogą mieć także problem z obsługą komputera. W omawianej ewaluacji techniką tą zostały objęte osoby zarządzające zakładami opieki zdrowotnej, posiadającymi kontrakt na realizację usług szpitalnych. Ogółem, w badaniu uwzględniono 1062 placówki. Do każdej z nich została wysłana informacja z prośbą o wypełnienie kwestionariusza umieszczonego na stronie internetowej. W tego typu przedsięwzięciach pewnym problemem jest poziom zainteresowania badanych. Aby zwiększyć ilość wypełnionych kwestionariuszy, został wykonany monit telefoniczny, którego celem było przypomnienie potencjalnym respondentom o kwestionariuszu. Ostatecznie okazało się, że



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w badaniu wzięło udział 411 przedstawicieli kadry zarządzającej. W poniższej tabeli przedstawiona jest struktura respondentów według miejsca lokalizacji ich placówki.

Tabela nr 1. Struktura respondentów badania CAWI według miejsca lokalizacji zarządzanego przez nich zakładu opieki zdrowotnej

Województwo:	Odsetek respondentów w ogóle populacji badawczej (w proc.):
Dolnośląskie	8,50
Kujawsko-pomorskie	5,40
Lubelskie	6,80
Lubuskie	3,40
Łódzkie	3,40
Małopolskie	7,50
Mazowieckie	10,70
Opolskie	2,70
Podkarpackie	5,80
Podlaskie	4,10
Pomorskie	5,80
Śląskie	13,10
Świętokrzyskie	3,90
Warmińsko-mazurskie	4,60
Wielkopolskie	9,50
Zachodniopomorskie	4,60

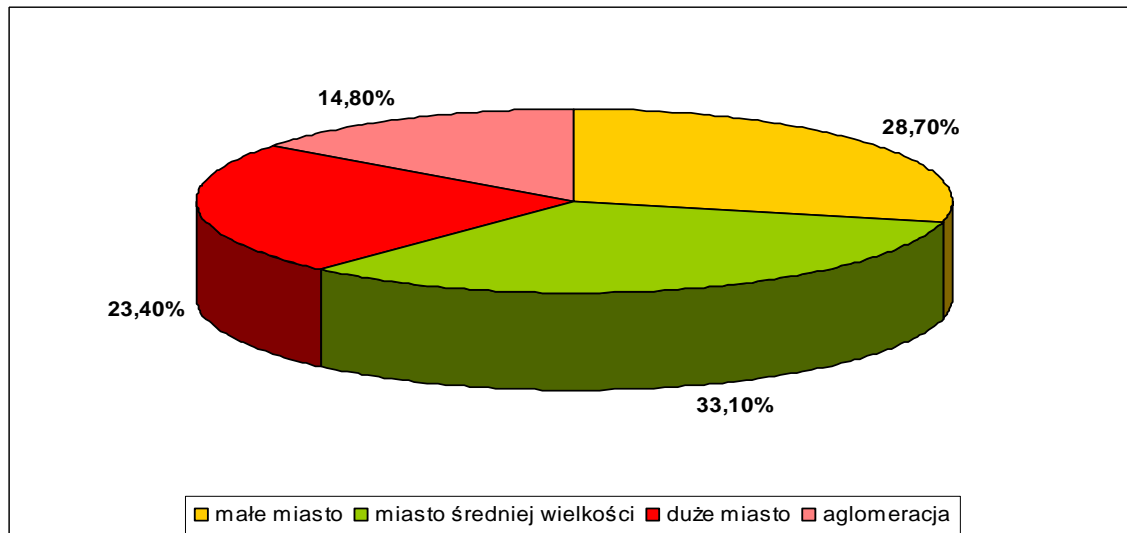
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Badani reprezentowali przede wszystkim zakłady opieki zdrowotnej zlokalizowane w miastach średniej wielkości (od 21 do 100 tysięcy mieszkańców), w najmniejszym zaś stopniu placówki funkcjonujące w aglomeracjach (powyżej 500 tysięcy mieszkańców). Dokładne dane w tym względzie zostają przedstawione na poniższym wykresie.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 5. Lokalizacja zakładów opieki zdrowotnej zarządzanych przez respondentów z badania CAWI (N=411)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Podsumowując rozważania metodologiczne, należy stwierdzić, że w ewaluacji zostały uwzględnione różne dane, narzędzia oraz perspektywy badawcze, zgodnie z ideą triangulacji. Wydaje się zatem, że przyjęte podejście powinno było umożliwić znalezienie odpowiedzi na postawione pytania problemowe. Wnioski dotyczące procesu akredytacji oraz realizacji projektu systemowego formułowane były na podstawie danych zastanych (rozdział I), opinii i rozważań osób bezpośrednio w te przedsięwzięcia zaangażowanych, ekspertów (rozdział II), przedstawicieli kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej (rozdział III) oraz zwykłych obywateli, przebywających w trakcie badania na terenie szpitali (rozdział IV). Ostatecznie stanowiły fundament do zdefiniowania odpowiedzi na postawione uprzednio pytania badawcze. W tej formie zostały uwzględnione na samym końcu opracowania wraz z odpowiadającymi im rekomendacjami.

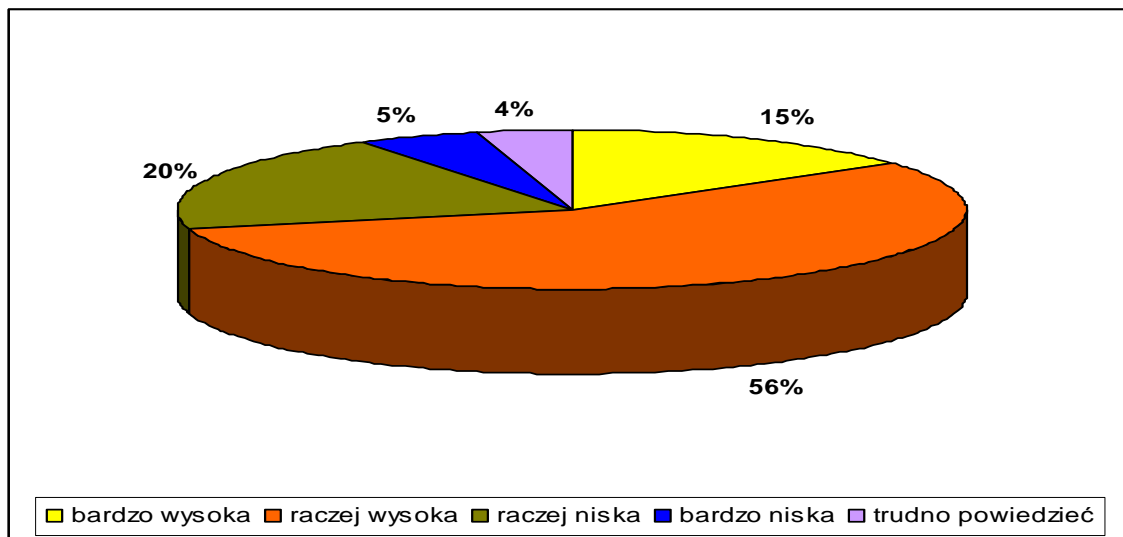


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Rozdział I. Problematyka jakości zdrowia w ochronie zdrowia. Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej

Punktem wyjścia dla rozważań o problemie jakości w ochronie zdrowia powinny być dane pochodzące z sondaży społecznych oraz dane statystyczne dotyczące systemu opieki medycznej. Interesujących wniosków dostarczył specjalny raport Eurobarometru zatytułowany *Health and Long-term Care in the European Union (2007)*. Znalazły się w nim wyniki badania przeprowadzonego w państwach członkowskich Unii Europejskiej, poświęconego: postawom zdrowotnym Europejczyków, ich podejściu do problemów osób starszych oraz niepełnosprawnych, oraz ocenie funkcjonowania ochrony zdrowia. Z punktu widzenia niniejszego opracowania szczególnie istotne wydało się to ostatnie zagadnienie. Respondenci zostali poproszeni w trakcie badania o wyrażenie opinii odnośnie jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale w ich państwie. Z zaprezentowanych w raporcie danych wynika, że w większości Europejczycy formułowali raczej dobre opinie w tym względzie. Ocenę taką deklarowała ponad połowa badanych (56 proc.). Bardzo dobre zdanie o usługach świadczonych przez szpitale wyrażało 15 proc. respondentów. Ogółem zatem, pozytywne opinie w tym względzie deklarowała zdecydowana większość Europejczyków uczestniczących w badaniu (71 proc.). Co czwarty respondent (25 proc.) był jednak innego zdania. Znaczna część badanych (20 proc.) wskazywała, że jakość usług świadczonych przez szpitale w ich kraju jest raczej niska, a co dwudziesty respondent określał ją jako bardzo niską (5 proc.). Dane w tym względzie zostają przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 6. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale (Eurobarometr 2007)



Źródło: na podstawie wyników badania pt. *Health and Long-term Care in the European Union (2007)*.

Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez szpitale pozostawała zróżnicowana w poszczególnych państwach członkowskich UE. Pewnym miernikiem był odsetek pozytywnych opinii (oceniających usług szpitalne bardzo wysoko bądź wysoko) formułowanych przez respondentów z różnych krajów Wspólnoty. Na podstawie danych można wyodrębnić pięć grup krajów:

- pierwsza, gdzie odsetek opinii pozytywnych mieścił się w przedziale od 85 do 100 proc. Chodzi tu o: Belgię (93 proc.), Austrię (92 proc.), Szwecję (90 proc.), Finlandię (88 proc.), Holandię (87 proc.) oraz Danię (85 proc.);

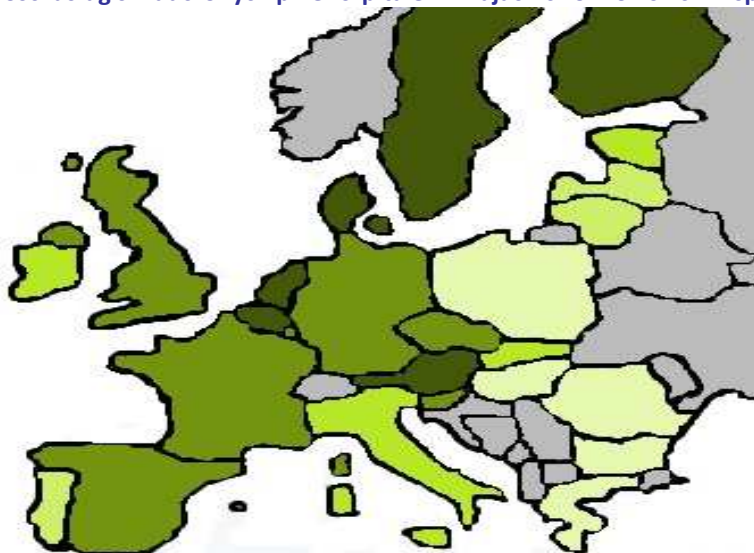


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- druga, gdzie odsetek opinii pozytywnych mieścił się w przedziale od 75 do 84 proc. W tej grupie były takie państwa członkowskie, jak: Malta (84 proc.), Francja (83 proc.), Hiszpania (82 proc.), Luksemburg (82 proc.), Czechy (80 proc.), Niemcy (79 proc.), Wielka Brytania (77 proc.) oraz Słowenia (76 proc.);
- trzecia, gdzie odsetek opinii pozytywnych mieścił się w przedziale od 60 do 74 proc. Chodzi tu o następujące kraje: Cypr (69 proc.), Estonię (67 proc.), Irlandię (64 proc.), Włochy (63 proc.) oraz Słowację (62 proc.);
- czwarta, gdzie odsetek opinii pozytywnych mieścił się w przedziale od 50 do 59 proc. W grupie tej znalazły się takie państwa jak: Portugalia (58 proc.), Litwa (57 proc.), Łotwa (55 proc.);
- piąta grupa, gdzie odsetek opinii pozytywnych mieścił się w przedziale od 0 do 49 proc. Chodzi tu o następujące państwa członkowskie: Grecję (48 proc.), Węgry (43 proc.), Bułgarię (43 proc.), Polskę (42 proc.) oraz Rumunię (42 proc.).

Jak wynika z danych, wyższy poziom satysfakcji z jakości usług szpitalnych pozostawał charakterystyczny przede wszystkim dla państw Europy Zachodniej oraz Północnej (Skandynawii). W grupach tych znaleźć można jednak kraje postkomunistyczne, które przystąpiły do Unii Europejskiej w 2004 roku. Wysoki odsetek opinii pozytywnych pozostawał właściwy bowiem także dla Czech czy Słowenii. Niski poziom satysfakcji z usług szpitalnych charakterystyczny był przede wszystkim dla krajów Europy Środkowej (Polski oraz Węgier), a także Europy Południowo-Wschodniej (Bułgarii, Grecji czy Rumunii). W grupie tej znalazły się przede wszystkim państwa postkomunistyczne. Należy jednak zauważyć, że niski poziom satysfakcji właściwy był także dla Portugalii czy Grecji, a więc krajów, których integracja ze Wspólnotą nastąpiła znacznie wcześniej. Dane dotyczące tego zagadnienia zostają odzwierciedlone na poniższej mapie.

Mapa nr 1. Ocena jakości usług świadczonych przez szpitale w krajach członkowskich Wspólnoty (2007 rok)



Legenda: im ciemniejszy zielony kolor, tym większy poziom satysfakcji z jakości usług szpitalnych. Kolorem szarym zaznaczono państwa, które nie są członkami Unii Europejskiej.

Źródło: na podstawie wyników badania pt. *Health and Long-term Care in the European Union* (2007).

Jak wynika z danych pochodzących z raportu Eurobarometru, Polacy źle oceniali jakość usług medycznych świadczonych przez szpitale. Zła opinia o funkcjonowaniu ochrony zdrowia znalazła



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

również swoje odzwierciedlenie w sondażach krajowych. Danych w tym względzie dostarczyły komunikaty z badań realizowanych przez CBOS. Wynikało z nich, że Polacy są w większości zdecydowanie (36 proc.) bądź raczej (39 proc.) niezadowolony z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Pozytywne opinie formułowane były stosunkowo rzadko. Co piąty Polak (20 proc.) stwierdzał, że jest raczej zadowolony z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Pełną satysfakcję deklarowało tylko 2 proc. obywateli. Zadowolony z funkcjonowania opieki zdrowotnej częściej były osoby młode (pomiędzy 18 a 24 rokiem życia) oraz starsze (po 65 roku życia). Brak satysfakcji w tym względzie był najczęściej deklarowany przez osoby w średnim wieku (między 45 a 54 rokiem życia), reprezentantów kadry kierowniczej, specjalistów z wyższym wykształceniem, przedstawicieli średniego personelu technicznego, pracowników administracyjno-biurowych oraz pracujących na własny rachunek (poza rolnictwem). Mimo, że system opieki zdrowotnej spotykał się z negatywnymi opiniami badanych, to nieco inna sytuacja miała miejsce w przypadku zaufania do lekarzy. Między 2001 a 2010 utrzymywało się ono na wysokim poziomie. W 2010 roku 13 proc. Polaków deklarowało bardzo duże zaufanie do lekarzy a 57 proc. duże. Interesujące okazały się także informacje dotyczące konkretnych aspektów działania opieki zdrowotnej. Opinie formułowane przez Polaków w tym względzie były raczej pozytywne. Jest to tym bardziej zaskakujące, że całościowy obraz funkcjonowania opieki zdrowotnej pozostawał negatywny. W 2010 roku:

- 75 proc. respondentów badania CBOS zgadzało się, że do lekarza pierwszego kontaktu można dostać się bez trudności (przeciwne zdania było 21 proc.);
- 73 proc. uważało, że pacjenci traktowani są z życzliwością i troską (przeciwne zdania było 20 proc.);
- 66 proc. stwierdziło, że warunki leczenia są dobre (przeciwne zdania było 26 proc.);
- 65 proc. uważało, że leczenie jest w zasadzie bezpłatne (przeciwne zdania pozostawało 31 proc.);
- 64 proc. uważało, że zapewniona jest sprawna informacja o tym, gdzie można uzyskać pomoc bądź poradę (przeciwne zdania było 28 proc.);
- 57 proc. zgadzało się ze stwierdzeniem, że lekarze bez problemu dają skierowanie do specjalisty, jeśli pacjent tego potrzebuje (przeciwne zdania było 33 proc.);
- 55 proc. uważało, że wszyscy pacjenci są traktowani na równi, zależnie jedynie od ich stanu zdrowia (przeciwne zdania było 31 proc. badanych);
- 55 proc. stwierdziło, że zawsze można liczyć na natychmiastową pomoc lekarską, nawet w nocy (przeciwne zdania było 27 proc. respondentów).

Analizując opinie formułowane przez badanych w latach 2007-2010 dało się zaobserwować określone tendencje. Respondenci coraz gorzej oceniali dostępność lekarzy pierwszego kontaktu. O ile w 2007 roku 85 proc. badanych twierdziło, że można dostać się do nich bez większych problemów, o tyle w 2010 roku taką opinię formułowało już 75 proc. respondentów. W ciągu trzech lat nastąpił spadek o 10 punktów procentowych. Dało się również zaobserwować pewne pozytywne tendencje. Po pierwsze, wzrósł odsetek osób, które stwierdziły, że warunki leczenia są w Polsce dobre. W 2007 roku taką opinię formułowało 60 proc. badanych, w 2010 roku już 66 proc. W ciągu trzech lat nastąpił wzrost o 6 punktów procentowych. Po drugie, wzrósł odsetek osób, które uważają, że wszyscy pacjenci są traktowani na równi, zależnie jedynie od ich stanu zdrowia. W 2007 roku z opinią tą zgadzało się 48 proc. badanych, w 2010 – 55 proc. respondentów. Nastąpił wzrost o 7 punktów procentowych. Szczegółowe dane w tym względzie zostają przedstawione w tabeli nr 2.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Tabela nr 2. Opinie respondentów badania CBOS na temat określonych aspektów funkcjonowania opieki zdrowotnej (lata 2007, 2009, 2010)

Czy zgadza się Pan(i) czy też nie zgadza z następującymi opiniami dotyczącymi porad i świadczeń medycznych jakie otrzymuje się obecnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ? Czy, Pana(i) zdaniem, można powiedzieć, że:	TAK, zgadzam się		
	2007	2008	2009
	w proc.		
- do lekarza pierwszego kontaktu można dostać się bez trudności	85	75	75
- pacjenci są traktowani z życzliwością i troską	75	77	73
- warunki leczenia są dobre	60	66	66
- leczenie jest w zasadzie bezpłatne	64	68	65
- jest sprawna informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc	61	70	64
- lekarze bez problemu dają skierowanie do specjalisty, jeśli pacjent tego potrzebuje	52	61	57
- wszyscy pacjenci są równo traktowani, zależnie jedynie od ich stanu zdrowia	48	58	55
- zawsze można liczyć na natychmiastową pomoc lekarską, nawet w nocy	57	58	55

Źródło: na podstawie Komunikatu z badań CBOS BS/24/2010, luty 2010 rok.

Z badań Eurobarometru oraz CBOS wynika, że Polacy formułowali negatywne opinie wówczas, gdy pytani byli o funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w ogóle. Sformułowania te pozostawały pewnymi generalizacjami. Nieco inna sytuacja miała miejsce, gdy Polacy oceniali poszczególne aspekty funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W tym przypadku, opinie negatywne rzadko były formułowane przez więcej niż 30 proc. respondentów.

Pewnych danych na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej dostarczyły także informacje o wynikach kontroli przeprowadzanych przez NIK. Jeden z raportów wskazanej instytucji dotyczył stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (NIK, Delegatura w Lublinie, Nr ewidencyjny: 167/2009/P09147/LLU, grudzień 2009 rok). Badaniem kontrolnym objęte były lata 2006-2008. Same czynności kontrolne zostały przeprowadzone między 1 kwietnia a 31 lipca 2009 roku w 48 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Organem założycielskim tych podmiotów był: samorząd województwa (w 15 przypadkach), miasto na prawach powiatu (5 podmiotów), powiat (28 placówek). Badanie zostało przeprowadzone na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. W raporcie pokontrolnym stwierdzono, że NIK: (...) *negatywnie oceniła wykonywanie przez skontrolowane samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej obowiązków związanych z utrzymaniem w należytym stanie techniczno-użytkowym wykorzystywanych przez nie obiektów oraz postrzeganiem innych przepisów, mających wpływ na zapewnienie bezpiecznej ich eksploatacji ze względu na szeroki zakres nieprawidłowości, które stwierdzono w prawie wszystkich skontrolowanych jednostkach* (Raport pokontrolny 2009:6). W opracowaniu wskazano, że 43 podmioty (na 48 poddanych kontroli) użytkują budynki, których stan techniczno-użytkowy pozostaje nieodpowiedni, a w wielu przypadkach stwarza nawet realne zagrożenie dla bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi. Autorzy raportu stwierdzili, że obiekty budowlane użytkowane przez szpitale (w tym ogólnodostępne budynki, w których udziela się



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

świadczeń zdrowotnych) są wyeksploatowane. Placówki te wymagały dużych nakładów finansowych na odtworzenie ich pełnej wartości użytkowej. Jak wynika z raportu, istotnym problemem pozostawało także zapewnienie przez szpitale dostępności do usług zdrowotnych osobom niepełnosprawnym. Badanie wykazało, że w wielu placówkach dalej funkcjonują bariery architektoniczne. W części szpitali nie zrealizowano w latach 2006-2008 kontroli okresowych polegających na sprawdzeniu stanu technicznego obiektów budowlanych. Zdarzało się również, że kontroli tej dokonywały osoby nie posiadające uprawnień w tym względzie. Z badania wynikało, że szpitale miały problem z prowadzeniem dokumentacji budowlanej oraz projektowej. Wskazano także, że w większości kontrolowanych placówek lokalizacja i organizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych nie spełnia wymagań przestrzennych, określonych przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. W większości podmiotów zostały zidentyfikowane rażące nieprawidłowości w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pożarowego. Jak stwierdzono w raporcie: *Szczególnie niepokojący jest fakt, że w budynkach szpitalnych, w których znajdują się oddziały łóżkowe, stwierdzono nieprzestrzeganie wymogów prawnych w zakresie ewakuacji (brak wydzielenia ewakuacyjnych klatek schodowych, brak zabezpieczenia przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych, brak awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego, użycie do wykończenia wewnątrz dróg ewakuacyjnych materiałów łatwo palnych, a także niespełnienie wymagań odnośnie długości i szerokości tych dróg).* (...) *Te nieprawidłowości stwarzają realne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, zwłaszcza tych o ograniczonej zdolności poruszania się, w przypadku wystąpienia pożaru lub innych zdarzeń wymagających wyprowadzenia osób z zagrożonego budynku* (Ibidem:10). Zadowolający okazał się natomiast stan higieniczno-sanitarny skontrolowanych placówek. W 11 szpitalach nie zostały zidentyfikowane żadne nieprawidłowości czy uchybienia w tym względzie. W innych pewnym problemem były: ubytki tynków oraz farb, plamy po zaciekach, miejscowe zawilgocenia oraz zagrzybienienia ścian, niesprawna wentylacja lub jej brak, kłopoty z utrzymaniem urządzeń sanitarnych w czystości i w stanie pełnej sprawności technicznej.

Interesujących informacji dostarczyły także wyniki kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych (NIK, Delegatura w Krakowie, Nr ewidencyjny: 9/2009/P08141/LKR, marzec 2009 rok). Badaniem zostało objętych 12 placówek w województwach: mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim. W każdym z nich kontrolowano 2 szpitale o liczbie łóżek powyżej 300. Analiza danych organizacyjnych i finansowych dotyczyła lat 2004-2008, samo badanie zaś zostało zrealizowane w okresie od kwietnia do października 2008 roku. W raporcie stwierdzono, że NIK: (...) *ocenia negatywnie żywienie i utrzymanie czystości w kontrolowanych szpitalach publicznych, natomiast pozytywnie – pranie bielizny szpitalnej* (Ibidem:7). Autorzy opracowania wskazali, że pacjenci szpitali publicznych nie są właściwie odżywiani. Należy podkreślić przy tym, że zastrzeżeń nie budziła wartość kaloryczna posiłków (wszystkie szpitale spełniały obowiązujące w tym względzie normy dietetyczne), lecz ich jakość, sposób ich przygotowywania oraz dystrybucji. Okazało się również, że we wszystkich skontrolowanych szpitalach jadłospisy sporządzane są nierzetelnie, gdyż nie zapewniają właściwego udziału warzyw i owoców, produktów zbożowych i nabiału. Stosowane są natomiast wędliny niskiej jakości, nadużywa się także soli. Niezadowolające okazało się również bezpieczeństwo mikrobiologiczne posiłków. Wprawdzie w trakcie realizacji kontroli przez NIK nie stwierdzono żadnych zatruc, to niemniej jednak badania przeprowadzone przez inspekcję sanitarną wykazały istnienie w posiłkach i na rękach personelu kuchni bakterii stanowiących zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Autorzy raportu zwrócili również uwagę na nierzetelny nadzór służb szpitalnych nad żywieniem pacjentów. W niektórych szpitalach w ogóle nie kontroluje się jakości żywności, a zatrudnieni do tego dietetycy koncentrują się w swojej



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

pracy na czynnościach administracyjnych i pomocniczych. W wielu kontrolowanych przez NIK placówkach, które samodzielnie przygotowują posiłki nie wdrożono systemu HACCP. Opóźnienia w tym względzie sięgają nawet do dwóch lat. Niezadowolający okazał się również sam proces dystrybucji żywności. Autorzy raportu określili go mianem *przestarzałego*. Kontrolowane szpitale korzystają m.in. z wózków transportowych, które nie są podgrzewane. Posiłki przewozi się też ogólnodostępnymi windami.

Badanie przeprowadzone przez NIK koncentrowało się także na kwestii utrzymania czystości. Kontrolerzy identyfikowali w tym obszarze wiele nieprawidłowości i uchybień. W raporcie stwierdzono, że procedury higieniczne stosowane w szpitalach zostały opracowane nierzetelnie. Cechuje je niespójność, nie są też możliwe do zastosowania w realnych warunkach. Niezadowolające okazało się wyposażenie kontrolowanych szpitali w środki utrzymania czystości. Zastrzeżenia budził także sposób ich wykorzystania. W co drugiej placówce nie szkolono personelu sprzątającego, choć zabiegi w zakresie utrzymania czystości w szpitalach wymagają specjalistycznej wiedzy. W raporcie stwierdzono również, że wielu podmiotach skład zespołu kontroli zakażeń zakładowych (głównego elementu systemu nadzoru nad utrzymaniem czystości) nie spełnia wymogów prawa. Wskazano, że zespoły nie działają w pełnym składzie, a większość ich zadań samodzielnie wykonują pielęgniarki epidemiologiczne. Kontrole stanu czystości nie są rzetelnie dokumentowane, tylko w wyjątkowych przypadkach analizie poddaje się zużycie środków czystości i dezynfekcyjnych.

Złe opinie o opiece zdrowotnej, znajdujące odzwierciedlenie w sondażach opinii publicznej, a także negatywne wnioski z kontroli przeprowadzonych przez NIK wśród wybranych polskich szpitali, pokazały, że należy w większym stopniu kłaść nacisk na kwestię jakości. Zagadnienie to podjęte zostało zresztą na gruncie **Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013**. Celem nadrzędnym działań przewidzianych we wskazanym dokumencie jest poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Założono, że jego osiągnięcie będzie możliwe dzięki kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych, dotyczących: a) zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa; b) poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; c) dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych; d) poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący między Polską a średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej. Z punktu widzenia niniejszego opracowania szczególnie istotny wydał się cel drugi. Składa się na niego pięć celów operacyjnych. Problem jakości znalazł swoje odzwierciedlenie w pierwszym z nich, zatytułowanym – *Maksymalizacja korzyści zdrowotnych przez zwiększenie efektywności i jakości leczenia* (Cel Operacyjny 2.1.). W uzasadnieniu do działań przewidzianych w ramach wskazanego zadania stwierdzono: *System ochrony zdrowia w Polsce daleki jest od uzyskiwania optymalnych efektów zdrowotnych, możliwych do osiągnięcia dzięki współczesnej wiedzy medycznej. Wobec poważnego ograniczenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną rośnie potrzeba ich efektywniejszego wykorzystania* (Ibidem:43). Założono realizację określonych działań na rzecz urzeczywistnienia omawianego celu, w tym: a) kształtowanie liczby i struktury kadry medycznej w stopniu zapewniającym realizację zadań w dziedzinie ochrony zdrowia; b) zapewnienie dostępu do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności; c) poprawienie relacji koszt – efekt, szczególnie w odniesieniu do drogich procedur medycznych; d) optymalizację alokacji środków finansowych i zasobów ochrony zdrowia według kryterium efektywności; e) kształtowanie poziomów referencyjnych i sieci szpitali.

Oprócz tak zdefiniowanych zadań strategia przewidywała także rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Założono, że następować będzie certyfikacja i akredytacja wskazanych podmiotów. Przez akredytację należy rozumieć: (...) *usystematyzowany proces*



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy. Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości; przeglądowni podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji (za stroną internetową: www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl). Akredytacja stanowi istotny czynnik zewnętrzny w procesie podnoszenia jakości zakładów opieki zdrowotnej. Idea certyfikacji pojawiła się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych. Już w 1910 roku E. Codman, chirurg z bostonu, sugerował wprowadzenie systemu standaryzacji usług medycznych realizowanych przez szpitale. Idea ta znalazła praktyczne zastosowanie dopiero na początku lat 50. To w 1951 roku cztery instytucje, w tym: Amerykańskie Kolegium Lekarzy, Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitali, Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne oraz Kanadyjskie Stowarzyszenie Medyczne, powołały Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali (JCAH – *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*). W 1953 roku został opublikowany pierwszy zestaw standardów akredytacyjnych (*Standards for Hospital Accreditation*) (za stroną internetową: www.jointcommission.org). W Polsce system akredytacji szpitali funkcjonuje od 1998 roku. Został opracowany przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. W tworzeniu programu uczestniczyli eksperci zagraniczni, reprezentujący USAID (United States Agency for International Development) oraz JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), a także eksperci krajowi, przedstawiciele: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, Szkoły Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce. Opracowany program akredytacji należy do EAN (European Accreditation Network).

Sam proces certyfikacji i akredytacji został uregulowany w określonych przepisach prawnych. Informacje dotyczące zasad oraz trybu udzielania akredytacji zawarto w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009, Nr 52 poz. 418). Wskazany akt sprecyzował również sam cel omawianego procesu. W art. 2 ust. 1 stwierdzono, że zadaniem akredytacji jest potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednich standardów (zwanym w ustawie standardami akredytacyjnymi). Standardy te odnoszą się zarówno do świadczeń zdrowotnych, jak i do samego funkcjonowania danego podmiotu. Ustawa sprecyzowała również proces określania wskazanych standardów. Istotną w nim rolę odgrywa Ośrodek Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości. Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ośrodek przedstawia standardy akredytacyjne Radzie Akredytacyjnej. Rada składa się z 12 osób (według art. 6 ust. 1). Obecnie reprezentują one następujące instytucje: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Obrony Narodowej, Krajową Izbę Diagnostyków Laboratoryjnych, Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbę Aptekarską, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce oraz Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej. Rada w terminie 30 dni od dnia otrzymania standardów akceptuje je bądź zgłasza zastrzeżenia. W pierwszym przypadku zostają przedstawione ministrowi zdrowia w celu ich zatwierdzenia. Jeśli standardy zyskują także akceptację ministra, to publikowane są w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym. W drugim przypadku, gdy pojawiają się pewne zastrzeżenia, Ośrodek uwzględnia je i przedstawia Radzie w ciągu 30 dni uzupełnione standardy akredytacyjne. Dalsza procedura wygląda, jak w pierwszym przypadku.

Obecnie obowiązujące standardy akredytacyjne zostały opublikowane drogą Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 roku (w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali) (Dz. Urz. MZ 10.2.24). Są one zdefiniowane i uszeregowane w grupach w załączniku dołączonym do wskazanego aktu prawnego. Dotyczą następujących obszarów funkcjonowania szpitali:



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- **ciągłości opieki** – w załączniku do obwieszczenia stwierdzono, że: *Świadczenia udzielane pacjentowi w trakcie hospitalizacji powinny być postrzegane jako element kompleksowej opieki medycznej* (Ibidem: 9). Oznacza to, że kolejne fazy opieki medycznej powinny gwarantować zachowanie ciągłości;
- **praw pacjenta** – założono, że pacjent powinien być poinformowany o przysługujących mu o prawach i obowiązkach. Zagadnienie to ma istotne znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do szpitali prowadzących dydaktykę i badania naukowe;
- **oceny stanu pacjenta** – jak wskazano w załączniku do obwieszczenia: *Stan zdrowia i określone, wynikające z tego potrzeby zdrowotne powinny zostać ocenione bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Ocena pacjenta powinna być kompleksowa, tak by mogła być podstawą do ustalenia planu opieki obejmującego działania diagnostyczne i terapeutyczne* (Ibidem:31). Stwierdza się ponadto, że ocena stanu pacjenta powinna mieć charakter zespołowy;
- **opieki nad pacjentem** – przez opiekę rozumie się wszelkie działania (diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne) zmierzające do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Istotną rolę w tym procesie powinien odgrywać plan opieki, określający podstawowe zadania, które ma zrealizować lekarz we współpracy z innymi pracownikami szpitala (pielęgniarką, psychologiem, dietetykiem, farmakologiem klinicznym, itd.);
- **kontroli zakażeń** – w załączniku do obwieszczenia wskazano, że profilaktyka i terapia zakażeń należy do najbardziej istotnych aspektów jakości opieki. Konieczny jest zatem nadzór w tym obszarze, uwzględniający: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenia pracowników, monitorowanie i analizowanie danych oraz podejmowanie działań dla poprawy;
- **zabiegów i znieczulenia** – szpital powinien posiadać opracowaną i wdrożoną procedurę oceny stanu pacjenta przed zabiegiem;
- **farmakoterapii** – w obwieszczeniu stwierdzono, że: *Środki farmakologiczne powinny być stosowane w sposób możliwie racjonalny, zwiększający prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych efektów leczenia i unikania działań niepożądanych* (Ibidem:73). Przy zakupie leków szpital powinien kierować się ich skutecznością. Konieczne staje się opracowanie i wdrożenie procedur gospodarowania medykamentami;
- **laboratorium** – w szpitalu powinny istnieć mechanizmy kontroli pracy laboratoriów oraz nadzoru nad usługami realizowanymi poza placówką (w ramach kontraktowania);
- **diagnostyka obrazowa** – w tym obszarze podmioty świadczące usługi zdrowotne powinny zadbać, aby wszystkie osoby biorące udział w badaniach diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego zostały poddane ochronie adekwatnej do przeprowadzonych badań;
- **odżywiania** – proces terapii żywieniowej musi przebiegać według określonego planu, konieczny jest w tym względzie monitoring. W załączniku do obwieszczenia stwierdzono także, że: *W dokumentacji medycznej powinna znajdować się ocena potrzeb żywieniowych pacjenta, na podstawie której planowana jest terapia żywieniowa* (Ibidem: 99);
- **poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta** – poprawa jakości wymaga stałego monitorowania, analizowania i doskonalenia procesów klinicznych i zarządzania. Istotną rolę w tym procesie odgrywa silne przywództwo, dobra organizacja pracy i koordynacja działań personelu zatrudnionego w szpitalu;
- **zarządzania ogólnego** – efektywność zarządzania zależy od określenia roli poszczególnych osób, mających wpływ na bieżące kierowanie i strategię rozwoju organizacji;



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- **zarządzania zasobami ludzkimi** – jak stwierdzono w załączniku do obwieszczenia: *Dla realizacji misji i zapewnienia skutecznej opieki, szpital zatrudnia odpowiednią liczbę wykwalifikowanych osób. Dyrekcja współpracuje z kierownikami działów, w celu określenia pożądanej liczby i kwalifikacji zatrudnionych* (Ibidem: 123). Zarządzanie zasobami ludzkimi powinno być realizowane z uwzględnieniem możliwości edukacji i rozwoju zawodowego;
- **zarządzania informacją** – szpitale powinny efektywnie zarządzać informacjami. Realizacja tego zadania następuje poprzez: gromadzenie danych, odpowiednie ich przetwarzanie, zarządzanie wiedzą, itd.;
- **zarządzania środowiskiem opieki** – jak wskazano w załączniku do obwieszczenia: *Odpowiednia infrastruktura i sprawne systemy awaryjne w szpitalu gwarantują bezpieczny pobyt pacjentów i odwiedzających oraz bezpieczne warunki pracy. Bezpieczeństwo pacjentów zależy w znacznej mierze od sprawności urządzeń medycznych i ich prawidłowej konserwacji* (Ibidem:145).

W ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz. U. 2009, Nr 52 poz. 418) zawarto również informacje dotyczące procedury zabiegania o akredytację. Zainteresowany nią podmiot, udzielający świadczeń zdrowotnych, występuje z wnioskiem do Ministra Zdrowia, za pośrednictwem Ośrodka Akredytacyjnego. Działanie te uruchamia etap procedury oceniającej. Zgodnie z art. 3 ust. 4 polega ona na dokonaniu przeglądu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pod względem wypełnienia standardów akredytacyjnych. Szczegółowy tryb przeprowadzania oceny został przedstawiony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku (w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie) (Dz. U. 2009, Nr 150, poz. 1216). We wskazanym akcie wykonawczym stwierdzono, że cała procedura przebiega według harmonogramu przeglądu. Jest to plan działań sformułowany przez Ośrodek Akredytacyjny. Zostaje on przedstawiony ocenianej instytucji nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem przeglądu. Samego przeglądu dokonuje osoba upoważniona przez Ośrodek, zwana wizytatorem. Zgodnie z art. 3 ust. 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia, jest ona uprawniona do: a) wstępu na teren podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych; b) wglądu do dokumentacji medycznej (w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów); c) wglądu do innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu, a w szczególności dotyczącej pracowników ocenianego podmiotu, jego struktury oraz funkcjonowania; d) prowadzenia wywiadów z pracownikami podmiotu oraz z pacjentami. Według Rozporządzenia z 31 sierpnia 2009 roku wizytator dokonuje przeglądu na podstawie imiennego upoważnienia. Należy wskazać także, że zostaje on wyłączony z całej procedury, gdy między nim (bądź bliską mu osobą) a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, poddawanych ocenie, zachodzą okoliczności, które mogłyby wywołać wątpliwości co do jego bezstronności. Założono również, że w przypadku większych instytucji, zainteresowanych akredytacją, istnieje możliwość uwzględnienia dodatkowych wizytatorów. W takiej sytuacji wyznacza się wizytatora wiodącego, który odpowiada za przebieg przeglądu oraz koordynuje pracę pozostałych.

Wskazane działania powinny być zakończone odpowiednim raportem. Dokument ten zawiera: a) nazwę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zainteresowanego uzyskaniem akredytacji; b) czas trwania przeglądu; c) imię i nazwisko wizytatora (albo imiona i nazwiska wizytatorów w przypadku, gdy ocenie poddawana jest większa instytucja); d) określenie celu przeglądu; e) opis systemu punktowania; f) propozycję oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów akredytacyjnych; g) ocenę całkowitą podmiotu poprzez wskazanie, jaki procent możliwej do uzyskania liczby punktów stanowią zsumowane oceny punktowe spełniania przez niego



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

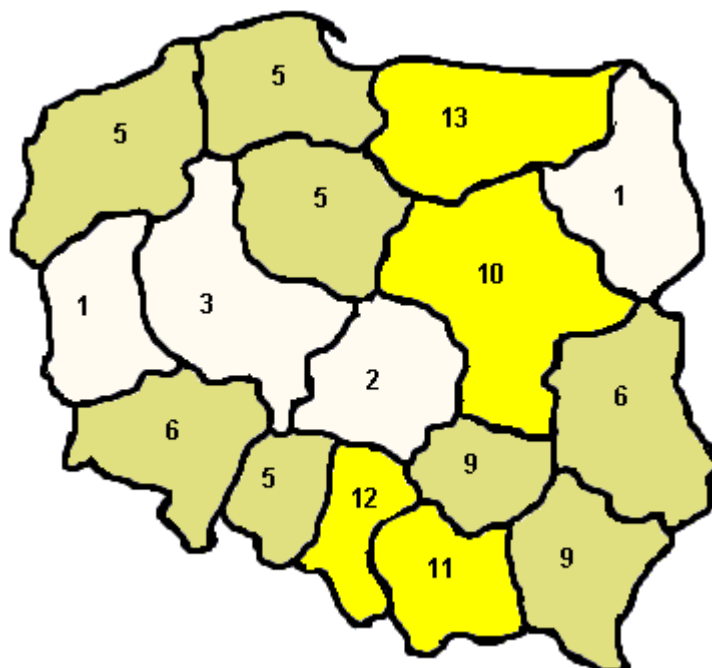
poszczególnych standardów akredytacyjnych; h) informację o możliwości wniesienia zastrzeżeń do raportu oraz i) omówienie standardów akredytacyjnych, które nie są spełnione albo są częściowo spełnione przez instytucję poddawaną ocenie. Raport udostępniany jest następnie podmiotowi zainteresowanemu uzyskaniem akredytacji. W terminie 14 dni od otrzymania raportu, instytucja poddawana procedurze oceniania może wnieść do niego zastrzeżenia. Ośrodek bądź uwzględnia je i wprowadza odpowiednie korekty w dokumencie, bądź odrzuca (zostają one jednak załączone do stanowiska Ośrodka). Następnie raport przekazywany jest Radzie. Ta zaś – na podstawie oceny punktowej spełniania poszczególnych standardów – przedstawia Ministrowi Zdrowia rekomendację w zakresie udzielenia albo odmowy udzielenia akredytacji danemu podmiotowi realizującemu świadczenia zdrowotne. Rekomendacje te wydawane są w formie uchwały podejmowanej większością 2/3 głosów w obecności co najmniej połowy składu Rady (w przypadku równej liczby głosów, ostateczną decyzję podejmuje przewodniczący). Przedstawiane są następnie Ministrowi Zdrowia, który na ich podstawie wydaje akredytację (w formie certyfikatu akredytacyjnego). Podmiot uczestniczący w całej procedurze ma możliwość odwołania się w terminie 14 dnia od negatywnej rekomendacji. Sprzeciw rozpatrywany jest przez Ministra Zdrowia. Zgodnie z art. 3 ust. 12 akredytacji udziela się na okres trzech lat.

Jak wynika z danych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, na koniec kwietnia 2011 roku dało się wskazać 103 szpitale w Polsce, które dysponowały aktualnym certyfikatem akredytacji. Najwięcej było ich zlokalizowanych w województwach: warmińsko-mazurskim (N=13), małopolskim (N=11) oraz mazowieckim (N=10); najmniej zaś w: lubuskim (N=1), łódzkim (N=2) oraz wielkopolskim (N=3). Biorąc pod uwagę, że liczba szpitali pozostawała różna w zależności od regionu, to natężenie placówek legitymujących się certyfikatem jakości było większe na południu Polski, w województwach: małopolskim, świętokrzyskim oraz podkarpackim oraz na północy kraju, w województwie warmińsko-mazurskim. Zgodnie z § 8 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 roku (w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie) (Dz. U. 2009, Nr 150, poz. 1216) do otrzymania akredytacji niezbędne jest uzyskanie przez szpital co najmniej 75 proc. ogółu punktów (75 proc. liczby możliwej do uzyskania). Z zestawienia wyników, dotyczących 102 szpitali, wynika, że w 40 placówkach udało się osiągnąć od 75 do 80 proc. wszystkich punktów, w 30 – od 81 do 85 proc., w 26 – od 86 do 90 proc., w 5 – od 91 do 95 proc., a w jednym 98 proc. (najwyższa uzyskana liczba punktów). Na mapie nr 2 została przedstawiona ilość szpitali w poszczególnych województwach, które dysponują aktualnym certyfikatem. Na wykresie nr 7 zaprezentowane jest natomiast zróżnicowanie omawianych placówek według liczby punktów uzyskanych w procesie akredytacji. Dane pochodzące z Centrum Monitorowania Jakości dotyczą także jednostek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wskazują, jaka ich liczba dysponuje aktualnym certyfikatem akredytacji. Na koniec kwietnia 2011 roku było ich ogółem 11. Placówki te zlokalizowane były w województwach: łódzkim (N=2), mazowieckim (N=4), opolskim (N=2), śląskim (N=1) oraz zachodniopomorskim (N=2).



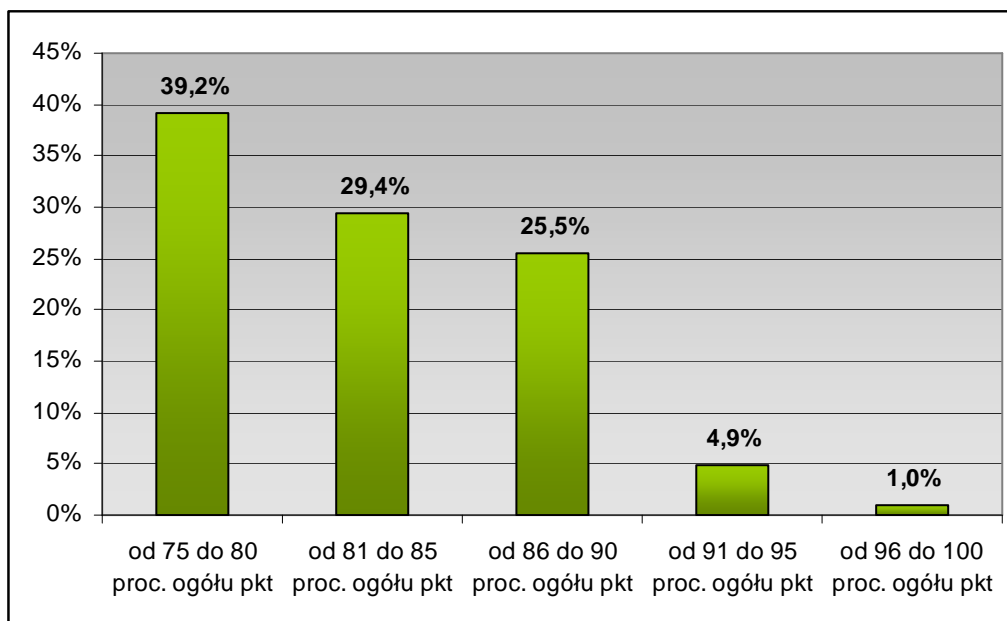
Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Mapa nr 2. Liczba szpitali w poszczególnych województwach dysponujących aktualnym certyfikatem akredytacji (30.04.2011)



Źródło: na podstawie danych pochodzących z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Wykres nr 7. Zróżnicowanie szpitali (w proc.) dysponujących aktualnym certyfikatem akredytacji wg liczby uzyskanych punktów (30.04.2011)



Źródło: na podstawie danych pochodzących z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Proces certyfikacji i akredytacji, którego rezultaty przedstawione zostały na powyższej mapie, upowszechniany jest dzięki środkom strukturalnym pochodzącym z Unii Europejskiej. Należy wskazać, że problematyka jakości ochrony zdrowia znalazła swoje odzwierciedlenie w dokumentach programowych odnoszących się do Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL). Na gruncie Priorytetu II PO KL ujęte zostały działania dotyczące rozwoju zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw, a także poprawy stanu zdrowia osób pracujących. W dokumencie operacyjnym zwrócono uwagę na zwiększenie efektywności zakładów opieki zdrowotnej oraz jakości świadczonych przez nie usług. Stwierdzono, że (...) *w obliczu wysokiego zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej oraz dokonujących się zmian własnościowych (coraz większa rola sektora prywatnego), uzasadnione jest dążenie do podnoszenia efektywności zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zwiększaniu jakości udzielanych świadczeń. W tym celu będzie wspierany rozwój kompetencji kadry zarządzającej i dysponentów środków publicznych oraz przeprowadzania akredytacji i certyfikacji jednostek służby zdrowia* (Ibidem:158). Przyjęto, że działania w tym zakresie powinny pozytywnie wpływać na sprawność funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, przede wszystkim w wymiarze gospodarowania środkami finansowymi. Zagadnienie akredytacji zostało uwzględnione w ramach Poddziałania 2.3.3. PO KL (*Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia*). Jak wynika z dokumentu pt. *Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013* (2009), na gruncie wskazanego Poddziałania istnieje możliwość realizacji następujących typów projektów:

- wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów;
- szkolenie pracowników, w szczególności kadry zarządzającej zakładów opieki zdrowotnej;
- rozwój standardów kwalifikacji dla kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia.

W dokumencie pt. *Program Operacyjny Kapitał Ludzki na lata 2007-2013* przyjęto, że realizacja zadań przewidzianych w ramach Poddziałania 2.3.3. PO KL powinna przyczynić się do znacznego zwiększenia udziału jednostek służby zdrowia posiadających akredytację. Docelowa wartość wskaźnika – definiowanego jako odsetek szpitali dysponujących certyfikatem – ma wynieść w 2014 roku – 32 proc. (wartość referencyjna, bazowa wynosi 8 proc.). Punktem wyjścia dla tego przedsięwzięcia stał się projekt systemowy pt. *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej*. Beneficjentem było w tym przypadku Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Projekt został zatwierdzony do realizacji decyzją Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2008 roku. Rekrutacja szpitali rozpoczęła się 15 października 2008 roku. Głównym celem projektu jest podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu akredytacji, realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także doprowadzenie do zwiększenia liczby szpitali akredytowanych. W ramach przedsięwzięcia przewidziano zróżnicowane formy działań, w tym: popularyzację wiedzy i informacji na temat systemu akredytacji, publikację standardów akredytacyjnych, przeprowadzenie pilotażu znowelizowanych standardów, realizację kursów edukacyjnych dla szpitali dotyczących uzyskiwania akredytacji, opracowanie systemu wskaźników dla oceny jakości opieki. W ramach wsparcia założono także przeprowadzanie wizyt akredytacyjnych w szpitalach (od 2009 roku). Na gruncie projektu związane z nimi obciążenia finansowe uległy pomniejszeniu. Samodzielnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały w ogóle zwolnione z kosztów wizyt akredytacyjnych, a niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej uzyskały wsparcie w takim zakresie procentowym, w jakim posiadają kontrakt z płatnikiem publicznym. Jak wynika z wniosku przygotowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,

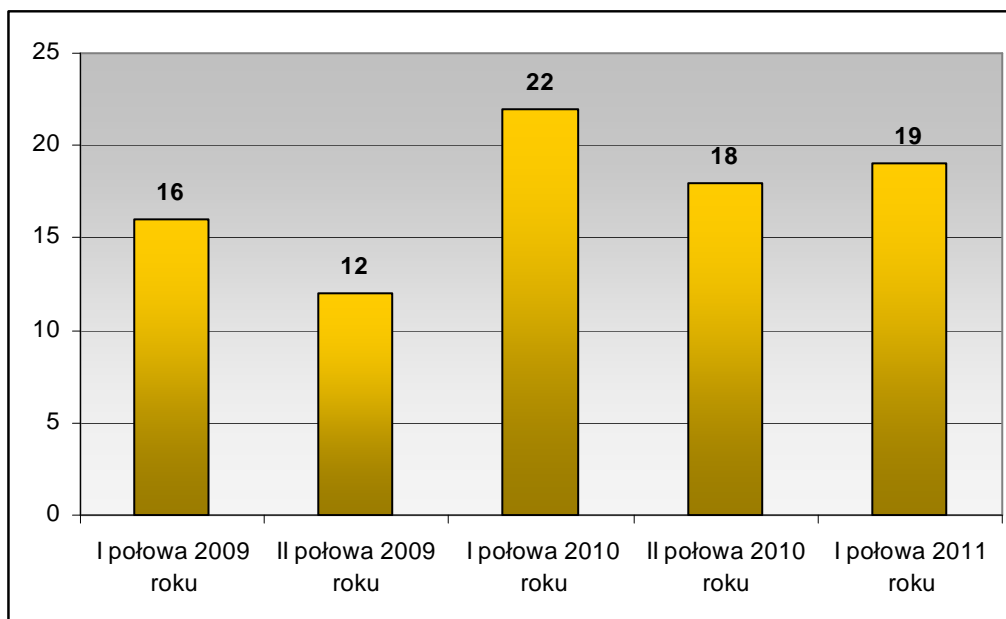


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

uczestnikami przedsięwzięcia mogą być zarówno szpitale, które zamierzają odnowić certyfikat akredytacyjny w celu utrzymania ciągłości (N=66), jak też placówki nie dysponujące certyfikatem w przeszłości (N=146). We wniosku przewidziano również, że 8 szpitali, którym odnowienie certyfikatu przypada na drugą połowę 2008 roku, weźmie udział w pilotażu standardów akredytacyjnych. Łącznie wsparciem objętych ma być zatem 220 placówek. Przewidziany został określony model rekrutacji jednostek do udziału w projekcie, w ramach którego założono: a) realizację konferencji promującej koncepcję akredytacji; b) upowszechnianie informacji o zasadach akredytacji i udziale w projekcie na stronach internetowych; c) wysłanie ulotki o projekcie oraz mailing do potencjalnych uczestników, do kadry zarządzającej szpitalami oraz do organów założycielskich; d) informowanie o projekcie w czasopiśmie branżowych i na konferencjach dotyczących opieki zdrowotnej, organizowanych przez inne podmioty; e) bezpośrednie spotkania z kadrami zarządzającymi szpitalami.

Od samego początku zainteresowanie projektem jest duże. Do końca 2010 roku 287 szpitali zgłosiło chęć udziału w procesie akredytacji i poddania się ocenie zewnętrznej. Na poniższym wykresie została przedstawiona ilość placówek objętych wsparciem w poszczególnych etapach realizacji projektu systemowego.

Wykres nr 8. Liczba szpitali objętych wsparciem w ramach projektu realizowanego przez CMJ w latach 2009-2011



Źródło: na podstawie danych pochodzących z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Poziom zainteresowania akredytacją w ramach projektu, odzwierciedlony na powyższym wykresie, jest duży. Należy się jednak nad tą kwestią głębiej zastanowić. Być może poziom ten wynika z faktu, że placówki zdrowotne, które były zainteresowane akredytacją, próbują podejść do darmowej procedury, przewidzianej w ramach projektu. Dane Centrum Monitorowania Jakości potwierdzają tę sugestię. Okazuje się bowiem, że od 2009 roku znacznie zmniejszyła się liczba placówek podchodzących do akredytacji poza projektem systemowym. Czy zatem ten wysoki poziom zainteresowania przyczyni się de facto do osiągnięcia przez beneficjenta wartości docelowej wskaźnika rezultatu w 2014 roku?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Ponadto, dało się zidentyfikować inne czynniki, które mogą utrudnić bądź uniemożliwić osiągnięcie docelowej wartości wskaźnika rezultatu. Te potencjalne bariery wymienione zostały w raporcie badawczych zatytułowanym *Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”*. Jak stwierdzono we wskazanym opracowaniu: *W ocenie przedstawicieli Beneficjenta systemowego, przy obecnych środkach dostępnych w ramach projektu oraz potencjale organizacyjnym, nie jest możliwe uzyskanie tego wskaźnika* (Ibidem:34). W raporcie zidentyfikowano również pewne czynniki, które mogą uniemożliwić bądź utrudnić osiągnięcie wartości docelowej omawianego wskaźnika, w tym:

- **ważność akredytacji przez okres trzech lat, likwidacja akredytacji warunkowych (jednorocznych)** – powstaje pytanie: w jakim stopniu szpitale, które w ramach projektu systemowego pozyskują certyfikat w latach 2008-2010 będą zainteresowane jego odnowieniem? Dodatkową barierą pozostaje kwestia opłat za wizytacje. Nie ponoszą ich szpitale biorące udział w projekcie. Każda placówka może uczestniczyć w nim tylko raz (zgodnie z wydatkowaniem środków strukturalnych). Czy szpitale pozostaną zainteresowane akredytacją, gdy będą musiały ponieść koszty związane z wizytacją?
- **brak motywacji zakładów opieki zdrowotnej do odnawiania certyfikatów** – powstaje pytanie: na ile korzyści wynikające z akredytacji okażą się dla szpitali ważne? Czy opłaci się im ponosić wysiłek organizacyjny i finansowy, aby ponownie uzyskać certyfikat? We wskazanym raporcie zasugerowano, że istotnym bodźcem w tym względzie powinny być pewne gratyfikacje proponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na razie jednak takie działania wzmacniające politykę jakości w ochronie zdrowia są jedynie w planach;
- **opóźnienie w realizacji harmonogramu**. Jak wskazano w raporcie, opóźnienie te występują już na samym początku wdrażania projektu. Zgodnie z harmonogramem, w 2008 roku certyfikat powinno było uzyskać 8 szpitali. W rzeczywistości otrzymało go w omawianym okresie tylko 5 placówek, zaś sam wskaźnik został zrealizowany w lutym 2009 roku. Powstaje pytanie: na ile beneficjentowi systemowemu uda się sprawnie realizować projekt?

Uwzględnienie tych czynników, potencjalnie uniemożliwiających bądź utrudniających, osiągnięcie przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu staje się istotne w dalszych rozważaniach. Pewne prognozy w tym względzie można sformułować wykorzystując **metodę wartości wypracowanej**¹. Umożliwia ona stwierdzenie – poprzez wyliczenie przyjętych w ramach metody wskaźników – czy: a) koszty projektu nie przekraczają budżetu; b) przedsięwzięcie realizowane jest zgodnie z harmonogramem; c) projekt realizowany jest zgodnie z założonymi kosztami; d) projekt jest realizowany w takim czasie, w jakim planowano? Do wyliczeń niezbędne okazują się następujące zmienne:

- PV [*Planned Value*] - część budżetu przeznaczona na realizację zaplanowanych działań w danym czasie;
- AC [*Actual Cost*] – rzeczywista wartość poniesionych kosztów (wydatków) w określonym czasie;
- oraz EV [*Earned Value*] – iloczyn stanu zaawansowania prac i planowanej wartości prac. Przedmiotem wyliczeń stają się natomiast następujące wskaźniki:
- CV [*Cost Variance*] – odchylenie kosztów [EV-AC];

¹ Dane niezbędne do wyliczenia wartości wypracowanej pochodzą ze sprawozdań beneficjenta systemowego.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- SV [*Schedule Variance*] – odchylenie harmonogramu [EV-PV];
- CPI [*Cost Performance Index*] – wskaźnik kosztowy [EV/AC];
- SPI [*Schedule Performance Index*] – wskaźnik harmonogramu [EV/PC].

Uzyskane wyniki okazały się optymistyczne. Odchylenie kosztów [CV] przyjęło wartość 0,06. Jeśli wartość tego wskaźnika jest wyższa od 0, to oznacza to, że ponoszone wydatki nie przekraczają budżetu. Odchylenie harmonogramu [SV] przyjęło wartość 0. Jeśli wskaźnik ten osiąga 0, oznacza to, że projekt realizowany jest zgodnie z harmonogramem. Wskaźnik kosztowy [CPI] przyjął wartość 1. Oznacza to, że projekt realizowany jest zgodnie z kosztami. Wskaźnik harmonogramu [SPI] przyjął wartość 1. Oznacza to, że projekt realizowany jest w takim czasie, w jakim planowano.

Pewnych wskazówek w zakresie możliwości osiągnięcia przez beneficjenta wartości docelowej wskaźników produktu oraz rezultatu dostarczyły także informacje dotyczące liczby przeprowadzonych wizytacji w latach 2004-2010. Dane w tym względzie zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela nr 3. Liczba wizytacji przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w latach 2004-2010²

Liczba wizyt akredytacyjnych:	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
przeprowadzonych w danym roku, w tym:	19	23	23	26	35	44	44
- liczba wizyt akredytacyjnych zakończonych pozytywną oceną	19	23	23	25	35	38	34
- liczba wizyt akredytacyjnych zakończonych negatywną oceną	0	0	0	1	0	6	10

Źródło: na podstawie danych pochodzących z Centrum Monitorowania Jakości.

Na podstawie tych danych, możliwe stało się dokonanie pewnych prognoz. Należy wskazać, że liczba wizyt akredytacyjnych przeprowadzonych w latach 2008-2010, zakończonych oceną pozytywną, pozostawała na wysokim poziomie. Powstaje pytanie, na ile w najbliższych latach procedura będzie cieszyć się takim zainteresowaniem? W rozważaniach warto uwzględnić dwa warianty: a) jeden optymistyczny, zakładający, że wszystkie placówki, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 starają się o niego ponownie; b) drugi - negatywny, opierający się na przeciwstawnych założeniach (żaden szpital nie stara się ponownie o certyfikat, akredytacje realizowane są wyłącznie ze środków strukturalnych). Zgodnie z pierwszym wariantem, zakłady, którym udało się w latach 2008-2011 pomyślnie przejść całą procedurę akredytacji będą ponownie ubiegały się o certyfikat. Powstaje pytanie: jaka liczba wizyt akredytacyjnych (realizowanych w ramach projektu systemowego oraz poza nim) musi zakończyć się w latach 2011-2014 oceną pozytywną, aby wartość docelowa wskaźnika produktu została osiągnięta przy tak optymistycznych założeniach? Okazuje się, że ogółem powinny być 143 takie wizyty. Przeliczając to równolicznie na lata 2011-2014 (uwzględniając przy tym założenie, że projekt kończy się 31.08.2014), to liczba wizyt akredytacyjnych zakończonych pozytywną oceną musi wynieść w kolejnych latach: 36 w 2011 roku, 36 w 2012 roku, 36 w 2013 oraz 35 w 2014. Warto dane te skonfrontować z planem zadań przewidzianych w ramach projektu na lata 2011-2014. Dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione w poniższej tabeli.

² Dane uwzględnione w tabeli dotyczą liczby wizyt akredytacyjnych w ogóle (w ramach projektu systemowego oraz poza nim).



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Tabela nr 4. Liczba wydanych certyfikatów w latach 2011-2014

Liczba wydanych certyfikatów:	2011	2012	2013	2014
w ramach planu CMJ (projekt systemowy)	37	36	35	24
w ramach wariantu optymistycznego	36	36	36	35

Źródło: część danych pochodzi z Centrum Monitorowania Jakości.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli, optymistyczny wariant, zakładający uzyskanie w 2014 roku przez beneficjenta wartości docelowej wskaźnika produktu (N=250 szpitali), jest możliwy przy łącznym spełnieniu następującym warunków:

- wszystkie szpitale, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 zabiegają o jego odnowienie;
- plan działania beneficjenta na lata 2011-2014 zostanie zrealizowany w 100 proc.;
- uda się dodatkowo objąć akredytacją 11 szpitali (poza projektem systemowym).

Ta ostatnia wartość (wartość bazowa) – 11 szpitali – stanowi różnicę pomiędzy liczbą certyfikatów przewidzianych do wydania w latach 2011-2014 (ogółem, w ramach projektu i poza nim) w wariantcie optymistycznym a liczbą certyfikatów przewidzianych do wydania w tym czasie przez Centrum Monitorowania Jakości w ramach projektu systemowego. Wartość ta wzrasta za każdym razem, gdy kolejny szpital, który uzyskał akredytację w latach 2008-2011, rezygnuje z ponownego ubiegania się o certyfikat. Dla przykładu, jeśli taką decyzję podejmie 5 placówek, to Centrum Monitorowania Jakości musi dodatkowo objąć do końca realizacji projektu ogółem 16 podmiotów (w przypadku, gdy plan działania realizowany jest w 100 proc.)³. **Analizując założenia niezbędne dla wariantu optymistycznego, wydaje się, że wartość docelowa wskaźnika produktu została zdefiniowana wysoko i będzie trudna do zrealizowania.**

W rozważaniach należy uwzględnić także wariant negatywny, niesprzyjający osiągnięciu przez beneficjenta wartości docelowej wskaźnika produktu. Taka sytuacja jest możliwa, gdy podmioty, które w ramach projektu uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 (do 31.08.2011), nie będą zainteresowane jego odnowieniem. Ostateczna wartość wskaźnika równa jest wówczas sumie certyfikatów wydanych w latach 2011-2014 (od 1.09.2011). W najgorszym scenariuszu, zakładającym zatem, że: a) szpitale nie są zainteresowane ponownym pozyskaniem certyfikatu; b) akredytacje

³ Relację tę da się zapisać za pomocą następującego wzoru matematycznego:

$$x = \sum_C - [(\sum_R - N) + \sum_P], \text{ gdzie:}$$

\sum_C – wartość docelowa wskaźnika produktu (zgodnie z planem, suma wszystkich szpitali dysponujących certyfikatami w 2014 roku)

\sum_R – liczba szpitali, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 (do 31.08.2011) (zarówno w ramach projektu, jak i poza projektem)

\sum_P – liczba szpitali, które uzyskują certyfikat w ramach projektu systemowego w latach 2011-2014 (od 1.09.2011)

N – liczba szpitali, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 (do 31.08.2011), nie ubiegających się ponownie o akredytację

X – liczba szpitali, które muszą zostać dodatkowo objęte akredytacją w latach 2011-2014 (poza projektem), aby wartość docelowa wskaźnika została osiągnięta.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

realizuje się wyłącznie w ramach środków finansowanych z projektu systemowego; na dzień zamknięcia projektu certyfikatem będzie dysponować 105 szpitali (wartość szacunkowa). Osiągnięta wartość stanowiłaby zatem 42 proc. wartości docelowej.

Dane te (dotyczące wskaźnika produktu) stanowią podstawę do rozważań nad możliwością osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości wskaźnika rezultatu. Jego definicja została sformułowana w *Podręczniku Wskaźników PO KL na lata 2007-2013* i brzmi następująco: *Odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia*. Przyjęto zarazem, że wskaźnik ten stanowi relację pomiędzy szpitalami, które uzyskały certyfikat (i dysponują nim w momencie pomiaru), a wszystkimi zakładami opieki zdrowotnej, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia podpisuje kontrakty na świadczenie usług szpitalnych. Jak wynika z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w 2010 roku ogółem takich placówek, które miały podpisane z NFZ umowy na świadczenie usług szpitalnych, było 1022. Przy założeniu, że wartość ta jest stała (nie zmieni się do 2014 roku), liczba zakładów, które powinny posiadać akredytację, wynosi de facto 327. Jak widać, różnica pomiędzy wartością wskaźnika produktu (N=250) a wskazaną liczbą (N=327) jest znaczna. Nawet przy optymistycznych założeniach, że beneficjentowi systemowemu uda się objąć certyfikatem 250 zakładów opieki zdrowotnej, to i tak nie osiągnie on wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Przy założeniu, że NFZ podpisze 1022 umowy na świadczenie usług szpitalnych, wartość wskaźnika rezultatu wyniesie 24 proc. Oznacza to de facto, że **próba osiągnięcia przez beneficjenta systemowego omawianego celu natrafia na poważną barierę**. Trudno jednoznacznie określić, z iloma podmiotami NFZ podpisze umowy na świadczenie usług szpitalnych w 2014 roku. Na podstawie danych pochodzących z lat 2007-2010 można stwierdzić jedynie, że liczba ta podlega fluktuacjom. Generalny trend ma jednak charakter wzrostowy, co oznacza, że ilość takich podmiotów w 2014 roku będzie raczej większa niż w 2010. **Dane te tym bardziej sugerują, że osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu może okazać się niemożliwe. W opinii zespołu ewaluacyjnego została ona zdefiniowana zbyt wysoko. Realna wartość wskaźnika rezultatu wynosi 20-22 proc.**

Podsumowanie

Podsumowując, problematyka jakości powinna odgrywać coraz większą rolę w systemie ochrony zdrowia. Istotnych wskazówek w tym względzie dostarczają badania społeczne. Te ogólnoeuropejskie pokazują, że polskie społeczeństwo negatywnie ocenia jakość usług medycznych świadczonych w szpitalach. Wyniki narodowych sondaży nie są już tak jednoznaczne. Z jednej strony, Polacy mają stosunkowo duży poziom zaufania do lekarzy i podejmowanych przez nich działań, z drugiej negatywnie oceniają system ochrony zdrowia jako pewną całość. Pewnym rozwiązaniem ukierunkowanym na podniesienie jakości usług medycznych pozostaje akredytacja, proces, w wyniku którego następuje modernizacja zakładów opieki zdrowotnej, ich dostosowywania do wymaganych standardów. Sama procedura akredytacja sukcesywnie była wdrażana w krajach zachodnioeuropejskich, jej korzenie zaś sięgają Stanów Zjednoczonych. Ideę tę można zatem uznać za pewną dobrą praktykę, która prędzej czy później będzie musiała stać się pewną normą dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Działania na rzecz jakości, realizowane przez Centrum Monitorowania Jakości, uzyskały wsparcie w ramach środków strukturalnych. Od 2008 roku wdrażany jest projekt systemowy, którego celem pozostaje objęcie akredytacją 32 proc. polskich szpitali. Jak wynika z analizy danych zastanych, proces ten może napotkać na pewnego rodzaju bariery. Problemem pozostaje okresowość certyfikatów czy likwidacja akredytacji warunkowej (przyznawanej na rok). Bariery może być także brak motywacji zakładów opieki zdrowotnej do przystępowania do całej procedury. Dane pochodzące z Centrum Monitorowania Jakości sugerują, że zainteresowanie



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

akredytacją jest duże. Konieczne staje się nawet utworzenie listy rezerwowej dla szpitali, które chcą uczestniczyć w projekcie. Powstaje pytanie: na ile placówki te będą chciały odnawiać certyfikat po jego wygaśnięciu? Czynniki ten niewątpliwie negatywnie wpływa na możliwość osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości wskaźnika rezultatu. **Należy podkreślić przy tym, że w opinii zespołu ewaluacyjnego, wartość ta została zdefiniowana zbyt optymistycznie. Byłaby adekwatna, gdyby nie fakt, że certyfikaty ważne są na okres trzech lat. Jedynym rozwiązaniem pozostaje obniżenie wartości wskaźnika rezultatu do poziomu 20-22 proc.**



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Rozdział II. Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej w perspektywie ekspertów, osób w ten proces zaangażowanych

W ramach ewaluacji zostały zrealizowane indywidualne wywiady pogłębione z przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej II stopnia dla Działania 2.3. PO KL (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia), wizytatorami biorącymi udział w procedurze akredytacyjnej oraz pracownikami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Przedmiotem badania stały się w tym przypadku zagadnienia dotyczące: a) wpływu wybranych czynników na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu; b) stopnia zainteresowania zakładów opieki zdrowotnej uczestnictwem w procedurze; c) przydatności i rozpoznawalności certyfikatu; d) barier, które uniemożliwiają poszczególnym podmiotom wzięcie udziału w procedurze akredytacyjnej; e) osiągnięcia przez realizatora projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Na wstępie, podjęte zostały kwestie dotyczące pierwszego z wyróżnionych obszarów tematycznych. Istotnym problemem, który może mieć wpływ na realizację projektu, pozostaje fakt, że certyfikaty akredytacji wydawane są zakładom opieki zdrowotnej na okres trzech lat (zgodnie z art. 3 ust. 12 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia). Istnieje prawdopodobieństwo, że niektóre podmioty nie będą chciały ponownie ubiegać się o akredytację. W rezultacie, osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu może być zagrożone. Osoby reprezentujące instytucje zaangażowane w projekt w większości stwierdzały, że szpitale są zainteresowane odnawianiem certyfikatów. Jak wskazał jeden z badanych będący wizytatorem: *Powiem szczerze, że nie spotkałem się ze szpitalem, który by mówił, że zrezygnuje lub nie podejmie ponownie do procedury [akredytacyjnej – przyp. aut.]. Zdaniem tych rozmówców, wygasanie certyfikatów nie stanowi zatem istotnego zagrożenia dla realizacji przedsięwzięcia. Ich posiadanie zaś przynosi wiele korzyści zakładom opieki zdrowotnej. Stąd, powinny być one zainteresowane ponownym poddaniem się procedurze akredytacyjnej. Spośród tych korzyści istotną rolę odgrywa prestiż zakładu posiadającego certyfikat. Jak stwierdził jeden z badanych:*

Większość szpitali będzie zainteresowana przedłużaniem certyfikatu akredytacji dlatego, że szpital z certyfikatem jakości cieszy się prestiżem. Aktualnie są niektóre szpitale certyfikowane systemem ISO, ale akredytacja zaczyna być coraz bardziej modna (...). Dyrektorzy szpitali zaczynają dostrzegać przewagę akredytacji w ochronie zdrowia.

Niektórzy respondenci stwierdzali, że w wyniku akredytacji poprawia się funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej. Po jakimś czasie staje się to widoczne zarówno dla kierownictwa placówki, jak i dla personelu w ogóle. Jak wskazywali:

Szpitale ten proces wdrażają, a pracownicy po pewnym czasie widzą, że pewne korzyści są. Te korzyści dotyczą przede wszystkim uporządkowania dokumentacji medycznej, opieki nad pacjentem, procedur... To jednak poprawia jakość opieki zdrowotnej.

(...) ci ludzie [pracownicy zakładów opieki zdrowotnej – przyp. aut.] sami przyznają, ku naszej zresztą olbrzymiej satysfakcji, że to, co oni wprowadzili przygotowując się do akredytacji (...) teraz bardzo dobrze im służy.

Jeden z badanych wskazał, że sam proces akredytacji, przygotowywanie się do niego, zmieniają kulturę organizacji szpitali. To z kolei sprawia, że powrót do poprzedniego, mniej racjonalnego sposobu pracy staje się mało prawdopodobny. Jak stwierdził:



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Myślę, że jak ktoś już przyzwyczał się do pewnej pracy w ramach standardów akredytacyjnych, to kontynuuje ją.

Nie oznacza to jednak, że uczestnicy wywiadów nie identyfikowali żadnych problemów w tym względzie. Zwracali przede wszystkim uwagę, że sam proces przygotowywania się do akredytacji wiąże się z kosztami finansowymi. Jeśli zakłady opieki zdrowotnej nie będą dysponować określonymi środkami na ten cel, to mogą zrezygnować z ponownego starania się o uzyskanie certyfikatu. Pogląd ten wyrażony był przez niektórych respondentów za pomocą następujących sformułowań:

(...) część szpitali właśnie z (...) powodów finansowych może zrezygnować. Dotyczy to zwłaszcza tych szpitali, które mają duże kłopoty finansowe.

(...) można być bardzo przychylnie nastawionym do akredytacji, można bardzo chcieć, ale jeżeli akredytacja dużego szpitala sporo kosztuje, (...), to po prostu nie ma na to pieniędzy.

Zdaniem części badanych pewnym problemem pozostaje także nastawienie samego kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej. Tutaj istotne znaczenie ma kwestia braku kontynuacji działań, charakterystyczna dla tych placówek, w których następuje zmiana dyrekcji, osób podejmujących decyzje. Okazuje się, że nowe władze zakładu dość często nie są zainteresowane realizacją celów przyjętych przez poprzednie kierownictwo. Jak wskazał jeden z badanych, uczestnik indywidualnego wywiadu pogłębianego:

Takie mam spostrzeżenie, jak jeżdżę po różnych szpitalach, że w momencie, kiedy zmienia się dyrekcja w szpitalu, to akredytacja zostaje zaprzeczona. Po prostu, jeśli osoba, które przejmuje stanowisko, nie czuje kwestii jakości w ochronie zdrowia, to nie będzie kontynuować tematu.

Inny respondent stwierdził, że akredytacją bardziej zainteresowane pozostają pielęgniarki. Są one w większym stopniu związane z określonym miejscem pracy. Lekarze częściej pozostają zatrudnieni w różnych placówkach, stąd ich zainteresowanie akredytacją w danym zakładzie opieki zdrowotnej jest mniejsze.

Jeden z badanych wskazał, że pewnym problemem, który może stanowić zagrożenie dla realizacji projektu, pozostaje konkurencja ze strony ISO. Uczestnik wywiadu stwierdził, że wskazany certyfikat jest w większym stopniu rozpoznawalny. Z perspektywy pacjenta jednak, proces akredytacji upowszechniany przez Centrum Monitorowania Jakości okazuje się znacznie ważniejszy. ISO dotyczy jakości w systemie organizacyjnym, natomiast omawiana akredytacja odnosi się do tych obszarów, które wydają się istotne w szeroko rozumianym procesie leczenia. W tym przypadku, następuje zatem koncentracja nie tylko na kwestiach związanych z organizacją pracy, ale także na elementarnych zagadnieniach, ważnych z punktu widzenia ochrony zdrowia, jak: sterylność laboratorium, jakość posiłków, itd. W tym sensie, pacjent powinien w większym stopniu oczekiwać od szpitala certyfikatu akredytacji wydawanego przez Centrum Monitorowania Jakości, gwarantującego wysoką jakość usług medycznych oraz bezpieczeństwo, aniżeli certyfikatu ISO, zapewniającego skuteczną komunikację pomiędzy poszczególnymi działami organizacji.

Przedstawiciele instytucji zaangażowanych w projekt zostali również zapytani o to, jaki wpływ na osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu ma możliwość jednokrotnego udziału zakładów opieki zdrowotnej w projekcie. Jeden z badanych zauważył, że zainteresowanie certyfikacją jest obecnie dość spore. Wynika to z faktu, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

pozostają całkowicie zwolnione z kosztów wizyt akredytacyjnych, a niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej uzyskują wsparcie w takim zakresie procentowym, w jakim posiadają kontrakt z płatnikiem publicznym. W opinii badanego, wskazane podmioty będą w mniejszym stopniu zainteresowane ponownym uczestnictwem w procedurze, gdy przestanie być ona dla nich bezpłatna. Inny respondent wyjaśnił, dlaczego udział zakładów opieki zdrowotnej w projekcie jest jednokrotny. Jak wskazał, wynika to z samej specyfiki środków strukturalnych. Uczestnik może tylko raz brać udział w tym samym projekcie. Zdaniem tego badanego, fakt ten nie powinien mieć jednak wpływu na realizację wskaźnika rezultatu, gdyż potencjalne korzyści wynikające z certyfikatu i tak przewyższają potencjalne koszty związane z opłatą wizyt akredytacyjnych. Inny respondent stwierdził, że kluczowe znaczenie będzie mieć rok 2012. To wówczas przestaną być aktualne certyfikaty wydane w 2008 oraz 2009 roku. Jak stwierdził respondent, będzie to pewnego rodzaju „sprawdzian” dla całego systemu akredytacji. Sam badany na podstawie dotychczasowych doświadczeń był przekonany, że zakłady opieki zdrowotnej pozostaną zainteresowane odnawianiem certyfikatów.

Niektórzy respondenci formułowali pesymistyczne sądy odnośnie możliwości osiągnięcia przez beneficjenta wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Uważali, że w 2014 odsetek szpitali objętych akredytacją wyniesie 20 proc. lub nieco mniej (18-19 proc.). Wartość ta jest niższa od wartości docelowej. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy ma być brak zainteresowania szpitali ponownym podchodzeniem do procedury. Jak stwierdził jeden z respondentów:

Należy wziąć pod uwagę, że w projekcie trzeba przeprowadzić 220 akredytacji. Niektóre, udzielone do roku 2011, wygasną. Oznacza to, że w 2014 roku ich nie policzymy, chyba, że odnowią je za własne pieniądze. Tego jednak na dzień dzisiejszy nie wiemy. Wynika z tego, że w 2014 roku w najgorszym wypadku tylko 102 szpitale mogą posiadać certyfikat. Dokładnie tyle akredytacji jest bowiem zaplanowanych w ramach projektu na lata 2012-2014. (...). Ten wskaźnik zaś zakłada, że odsetek akredytowanych szpitali wyniesie 32 proc. Takich szpitali musiałyby być zatem około 300, 400. To jest moim zdaniem niemożliwe [niemożliwe jest osiągnięcie wskaźnika – przyp. aut.].

Podobną opinię wyrażał inny badany:

Przyjęcie takiej wartości wskaźnika oznacza, że przez pełne trzy lata [2012, 2013 oraz 2014 – przyp. aut.] musimy rocznie akredytować w projekcie i poza projektem łącznie ponad 100 szpitali. To jest według mnie niemożliwe z punktu widzenia gotowości zakładów opieki zdrowotnej.

Pojawiły się także opinie przeciwne. Zdaniem niektórych respondentów, w końcowym etapie realizacji projektu przez Centrum Monitorowania Jakości certyfikat będzie posiadać 32 proc. szpitali (wartość docelowa). Osoby, które formułowały takie szacunki, wskazywały na szybki wzrost placówek dysponujących akredytacją, odzwierciedlający niejako zainteresowanie zakładów opieki zdrowotnej tą procedurą. Jak stwierdził jeden z badanych: (...) *wzrost odsetka szpitali dysponujących certyfikatem sięga w tej chwili 100 proc. Takich akredytowanych szpitali jest 106 obecnie, a na starcie mieliśmy 60.* Rozważania w tym względzie prowadzą do postawienia istotnego pytania. Skoro zainteresowanie akredytacją w ramach projektu realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości pozostaje duże, to jakie czynniki mogą sprawić, że wartość wskaźnika rezultatu nie zostanie osiągnięta?

Poszukując odpowiedzi na powyższe pytanie należy skoncentrować się na dwóch zagadnieniach. Po pierwsze, jakie czynniki sprawiają, że niektórym szpitalom nie udaje się uzyskać certyfikatu akredytacyjnego? Jak duży jest odsetek placówek, które przystępując do procedury, nie



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

otrzymują akredytacji? Po drugie, należy skupić się na samym procesie certyfikowania. Czy daje się w ramach niego zaobserwować jakiegokolwiek czynniki (ludzkie, proceduralne, techniczne), które mogłyby utrudnić bądź uniemożliwić osiągnięcie wartości wskaźnika rezultatu? Pewnych wniosków odnoszących się do zidentyfikowanych obszarów problemowych dostarczyły wypowiedzi respondentów. Badani wskazywali, że akredytacji nie uzyskuje od 10 do 20 proc. szpitali biorących udział w procedurze. Jakże są tego powody? Z punktu widzenia formalnego, szpitale nie uzyskują odpowiedniej ilości punktów, gwarantujących im uzyskanie certyfikatu. Za tymi czynnikami formalnymi kryją się jednak konkretne problemy. Jeden z badanych stwierdził, że sukces szpitala podczas procedury akredytacyjnej zależy w dużej mierze od podejścia w nim do problematyki jakości. Jak wskazał respondent: (...) jeżeli zakład opieki zdrowotnej nastawiony jest w ogóle na podnoszenie jakości, to będzie mu znacznie łatwiej przejść procedurę akredytacji. Jeśli dyrekcja szpitala ma poczucie, że chce dobrze nim zarządzać, zarówno w sensie medycznym czy finansowym, to szpital ma duże szanse, prędzej czy później, na uzyskanie certyfikatu. Niektórzy badani zwracali uwagę, że w części przypadków decydującą rolę odgrywa nieprzygotowanie się szpitala do procedury, nieznanostwo standardów akredytacyjnych. Zdaniem jednego z respondentów, dużo zależy także od zaangażowania samej placówki w całe przedsięwzięcie. Z jego obserwacji wynikało, że w wielu przypadkach daje się wyróżnić konkretne etapy przygotowywania się szpitala do wizytacji. W okresie początkowym podejmuje się niewiele działań w tym względzie. Przyspieszenie następuje dopiero na etapie poprzedzającym wizytację. W opinii badanego, nie wszystkim szpitalom udaje się jednak wprowadzić niezbędne zmiany w przewidzianym czasie, zwłaszcza, gdy są wdrażane późno. Według innego respondenta, istotnym czynnikiem sprawiającym, że niektóre placówki nie uzyskują certyfikatu, pozostaje brak zaangażowania personelu medycznego w proces podnoszenia jakości usług w szpitalu. Uwaga ta dotyczyła przede wszystkim środowiska lekarskiego. Pewnym problemem pozostaje także dostosowanie dokumentacji do standardów akredytacyjnych. W rozważaniach respondentów pojawiały się także opinie, że obowiązujący minimalny limit punktów umożliwiający uzyskanie certyfikatu (N=246 punktów, 75 proc. wszystkich) jest zbyt wysoki. Niektórzy sugerowali, aby wrócić do praktykowanej niegdyś przez Centrum Monitorowania Jakości akredytacji warunkowej (wymagałoby to odpowiednich zmian w prawie, w obowiązującej ustawie o akredytacji). Szpitale miałyby wówczas czas, aby dokonać zmian w tych obszarach, które zostały ocenione najgorzej. Inny respondent sugerował, że to „stare podejście” działało mobilizująco na szpitale, ich personel miał pewność, że placówka podąża w dobrym kierunku. Jakie wnioski wypływają z tych rozważań? Jak wskazywali badani, odsetek szpitali, które przystępując do procedury akredytacyjnej nie uzyskują certyfikatu jest stosunkowo duży, większy aniżeli w okresie przed 2008 roku (przed początkiem wdrażania projektu systemowego). W większości przypadków porażka określonej placówki wynika z jej nieprzygotowania, dostosowania do standardów, zaangażowania personelu. Pewnym zagrożeniem pozostaje także sam limit punktów. Jeśli rację mają niektórzy badani, którzy sugerowali, że jest on zbyt wysoki, to w kolejnych etapach projektu realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości mogą pojawić się pewne problemy. Duże znaczenie ma w tym względzie kwestia, jakie szpitale już podeszły do procedury akredytacyjnej. W tym przypadku, możliwe są dwie, nierozłączne opcje, zakładające, że w pierwszej kolejności uzyskaniem certyfikatu są zainteresowane: a) szpitale potencjalnie najlepiej przygotowane do całej procedury; b) placówki najlepiej poinformowane w tym względzie. Przyjęcie za prawdziwą pierwszą ze wskazanych możliwości oznaczałoby, że beneficjentami projektu będą w kolejnych latach podmioty, w których jakość świadczonych usług pozostaje niższa. W konsekwencji, uzyskanie przez nie odpowiedniego limitu punktów może być trudne. **Na podstawie rozważań prowadzonych przez ekspertów, można wywnioskować, że warto podjąć określone działania wobec tych podmiotów, które podchodzą do akredytacji po raz**



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

pierwszy. Należy opracować nową ścieżkę dla takich szpitali oraz modyfikować program szkoleń, tak by w większym stopniu wychodził on naprzeciw potrzebom wskazanych placówek. Konieczne wydaje się również wydłużenie cykli szkoleniowych. W wyniku tych starań szpitale powinny być lepiej przygotowane do wizytacji. Warto również wydać publikację, chociażby internetową, przedstawiającą efektywną ścieżkę przygotowywania zakładu opieki zdrowotnej do procedury akredytacyjnej (wraz z podaniem przykładowego harmonogramu).

Osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu w ramach Poddziałania 2.3.3. zależy również od specyfiki samego procesu akredytacji. W pierwszej kolejności warto skoncentrować się na czasie trwania całej procedury. Wyróżnić można tu trzy etapy: a) przygotowywania się szpitala do wizytacji; b) wizytacji oraz c) wniosków powizytacyjnych (przedstawienie raportu Radzie Akredytacyjnej, wystawienie przez Radę rekomendacji). W ramach pierwszego etapu Centrum Monitorowania Jakości realizuje szkolenia dla reprezentantów szpitali zainteresowanych certyfikatem. Zdaniem badanych, wspominających o tych działaniach, kursy takie organizowane są ze znacznym wyprzedzeniem, tak by przedstawiciele tych placówek mogli jak najszybciej zapoznać się z obowiązującymi standardami oraz wprowadzić je w życie. Sama wizytacja trwa 2-3 dni. Respondenci zgodnie wskazywali, że czas trwania całego procesu jest odpowiedni. Niektórzy badani zwracali uwagę, że szpitale mają pewne problemy na etapie przygotowawczym. Kłopoty te związane są z implementacją standardów akredytacyjnych. Pojawiają się wówczas prośby, aby wizyty przekładać. Wydaje się, że etap pierwszy, w którym placówki dostosowują swoje funkcjonowanie do obowiązujących standardów, pozostaje najtrudniejszy dla podmiotów, które po raz pierwszy starają się o certyfikat. Omawiany proces będzie znacznie krótszy w przypadku szpitali ponownie się o niego ubiegających. Obok czasu, istotne znaczenie w całym procesie akredytowania ma potencjał projektodawcy, czyli Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Osoby uczestniczące w wywiadach stwierdzały, że Centrum dysponuje odpowiednim zapleczem, zwłaszcza personalnym. Niektórzy respondenci podkreślali, że pracownicy zatrudnieni w tej jednostce to profesjonaliści, dysponujący bardzo dużym doświadczeniem. Jak stwierdził jeden z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia: (...) *CMJ jest tak po krakowsku bardzo dobrze organizacyjnie przygotowany. Oni wiedzą, co muszą zrobić, aby zdążyć.* Rozważania badanych koncentrowały się natomiast na liczbie wizytatorów, czyli osobach zewnętrznych biorących udział w procedurze akredytacyjnej. Jeden z respondentów, przedstawiciel Centrum, stwierdził, że obecnie instytucja ta jest nawet w stanie zwiększyć liczbę wizytacji. Pewnym problemem mogą stać się jednak lata 2012-2014, gdy akredytacją zainteresowane będą szpitale, którym certyfikat właśnie wygasł, jak i placówki podchodzące do procedury akredytacyjnej po raz pierwszy. Podobne opinie formułowali inni uczestnicy indywidualnych wywiadów pogłębionych.

Ważnym tematem poruszonym podczas badania pozostawała ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej. Nie chodziło w tym przypadku, już tylko o te placówki, które posiadają certyfikat, ale o wszystkie tego rodzaju zakłady opieki zdrowotnej. Kwestia ta ma zasadnicze znaczenie, jeśli chodzi o osiągnięcie (bądź nie) założonej wartości wskaźnika rezultatu w ramach Poddziałania 2.3.3. Respondenci zgodnie stwierdzali, że zainteresowanie akredytacją jest wśród szpitali duże. Jak wskazywali:

(...) na dzień dzisiejszy potencjalnych chętnych jest bardzo dużo.

(...) zainteresowanie jest duże, o tym świadczy tzw. lista rezerwowa.

Badani posiłkowali się również liczbami. Jeden z nich stwierdził, że obecnie certyfikacją zainteresowanych jest ponad 300 szpitali, a środków wystarczy dla 100 placówek. Stąd, konieczne



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

staje się uwzględnienie wskazanej już listy rezerwowej. To zainteresowanie akredytacją wynika być może z faktu, że w zasadzie nie ma istotnych barier, które przeszkadzałyby szpitalom wzięcie udziału w procedurze. Badani zwracali uwagę, że obecnie placówki chcące uczestniczyć w procesie certyfikacji nie ponoszą żadnych kosztów finansowych. Są one pokrywane ze środków strukturalnych, przewidzianych w ramach projektu realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości. Jedyne bariery, jakie się pojawiają dotyczą zatem innych aspektów. Odnoszą się do kwestii związanych z dostosowaniem szpitali do standardów akredytacyjnych. Problem mogą mieć te placówki, które mają kłopoty finansowe i nie stać ich na wprowadzenie zmian organizacyjnych, zakup nowego sprzętu czy modernizację pomieszczeń, budynków. W tym sensie, finanse nie odgrywają bezpośredniej bariery w upowszechnianiu akredytacji, stanowią jednak barierę pośrednią. Niektórzy badani zwracali uwagę na to, że w niektórych placówkach uzyskaniem certyfikatu nie są zainteresowani sami pracownicy. Tłumaczyć to należy tym, że sam proces akredytacji, prowadzący w końcu do zmian w organizacji szpitala, może budzić pewne obawy. Z drugiej zaś strony, brak zainteresowania wynika z tego, że certyfikacja - w opinii części osób kierujących zakładami opieki zdrowotnej - nie przynosi wymiernych korzyści finansowych. Nie zmienia to jednak faktu, że marka akredytacji pozostaje zdaniem badanych rozpoznawalna wśród osób zarządzających szpitalami. Nieco inna sytuacja ma miejsce w przypadku pacjentów czy zwykłych obywateli. Tutaj rozpoznawalność omawianej marki jest znacznie mniejsza. Jak stwierdził jeden z respondentów: *(...) konieczna staje się jakaś promocja certyfikatów akredytacyjnych w mediach. By pacjenci wiedzieli, że mają możliwość wyboru szpitali, które oferują usługi na wyższym poziomie.* Inny badany wskazał, że pacjenci nie mają zazwyczaj wiedzy na temat akredytacji, a rozpoznawalną dla nich marką pozostaje co najwyżej ISO. Jak mówił w trakcie wywiadu: *ISO jest po prostu wypromowany na świecie. Akredytacja jakości ma charakter marki lokalnej, dlatego też przeznaczono na jej promocję znacznie mniej środków.* Badany zastanawiał się nad rozwiązaniem tej sytuacji. Sugerował, że powinien zostać wypracowany jeden certyfikat jakości o ogólnoeuropejskim charakterze.

Respondenci zostali także zapytani o mocne i słabe strony systemu akredytacji. Zdaniem jednego z badanych, wśród pozytywnych konsekwencji należy wymienić większy nacisk szpitali na kwestie związane z jakością. Pojęcie „jakości” nie jest przy tym abstrakcyjnie zdefiniowaną formułą, lecz odnosi się do różnych aspektów funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Badany stwierdził, że dzięki akredytacji: następuje poprawa organizacji pracy w szpitalu, zwiększa się jakość i transparentność dokumentacji prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej (jak stwierdził badany: *z tej dokumentacji parę lat temu nic nie wynikało. Natomiast w tej chwili, jeżeli dokumentacja jest dobrze prowadzona, to szpital może bronić swych racji przed roszczeniami, może przedstawić to, co przy pacjencie było robione...), zwraca się uwagę na przestrzeganie praw pacjenta, zwiększa się zaangażowanie personelu w świadczenie usług medycznych. Inny badany zwrócił uwagę, że najważniejszą zaletą systemu akredytacji jest poprawa bezpieczeństwa w szpitalach. Wskazał na konkretny przykład:*

Szpital, który porządnie monitoruje zakażenia i ma dobry zespół kontroli zakażeń, to liczba zakażeń zdecydowanie w nim spada, może nie do zera, bo to niemożliwe, ale jest ich wyraźnie mniej.

Zdaniem uczestnika wywiadu, pozytywny wpływ akredytacji daje się także zaobserwować w samym administrowaniu szpitalem. Jak stwierdził:

Druga korzyść z akredytacji to porządkowanie pewnych rzeczy w szpitalu, takich administracyjno-prawnych, wprowadzanie procedur, itd. To jest trudna sprawa, bo lekarze często bronią się przed procedurami. Uważają, że to zamach na wolność lekarską, na myślenie lekarskie. Procedura nie zwalnia nikogo z myślenia. Po prostu,



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

daje się ją zastosować w 90-95 proc. przypadków. W pozostałych 5 proc. zaś trzeba wiedzieć, trzeba mieć uzasadnienie, dlaczego tej procedury nie dało się zastosować.

Jeśli chodzi o słabe strony akredytacji, to w większości respondenci wskazywali, że sam certyfikat nie przekłada się wprost na wymierne korzyści finansowe. Pewnym problemem pozostaje także mała wiedza pacjentów (także tych potencjalnych) na temat całego systemu. Pojawia się pytanie, na ile w procesie dokonywania decyzji odnośnie leczenia w szpitalu uwzględniają zagadnienia związane z akredytacją? Poszczególni badani zwracali także uwagę na pewne okoliczności, które generują problemy. Zdaniem jednego z nich, proces akredytacji powinien dokonywać się w dwojaki sposób. Uzyskiwanie certyfikatów poprzez udział w projekcie realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości to tylko jedna z możliwych opcji. Dalej bowiem istnieje ścieżka, w której proces akredytacji nie jest finansowany ze środków unijnych. Zdaniem uczestnika wywiadu, obecnie nabywanie certyfikatów dokonuje się wyłącznie w ramach pierwszej opcji. Pojawia się zatem pytanie, które towarzyszy rozważaniom od samego początku: czy szpitale będą zainteresowane akredytacją, gdy skończą się pieniądze na ten cel? Trudno zatem – przy uwzględnieniu tych założeń – snuć prognozy dotyczące odsetka zakładów opieki zdrowotnej dysponujących certyfikatami w momencie zakończenia projektu. Inni badani, zwracali uwagę, że słabą stroną systemu akredytacji pozostaje jego słabe rozpowszechnienie wśród Polaków. Problematyka jakości zdrowia podejmowana jest w ramach środowiska medycznego. Pozostaje zagadnieniem nieznanym dla większości społeczeństwa. Jeden z respondentów wskazał, że problematyka ta uwarunkowana jest poziomem zamożności ludzi. Im bogatsze społeczeństwo, tym w większym stopniu przywiązuje się uwagę do kwestii jakości. Podobna zależność dotyczy struktury społecznej. Im wyższa pozycja, tym w większym stopniu uwzględnia się omawiane zagadnienia. Respondenci nie sugerowali, że działania na rzecz jakości ochrony zdrowia są bezzasadne. Uważali jedynie, że powinny być one promowane w społeczeństwie. Korzyści z tego będą dwójakiego rodzaju. Z jednej strony, zwiększy się świadomość pacjentów na temat bezpieczeństwa leczenia oraz przysługujących im praw. Z drugiej zaś, na promocji skorzystają także same placówki dysponujące certyfikatem akredytacji. Zwiększy się ich prestiż. W takiej sytuacji, sam proces akredytacji powinien spotykać się z mniejszym oporem personelu w placówkach, które certyfikatem jeszcze nie dysponują.

W ramach ewaluacji został zrealizowany także panel ekspercki. W dyskusji dało się zaobserwować dwa przeciwstawne stanowiska przyjmowane przez poszczególnych rozmówców, będących ekspertami, osobami zaangażowanymi w realizację projektu systemowego. Jedne z nich można określić mianem inkluzyjnego. Rozmówcy przyjmujący tę perspektywę stwierdzali, że akredytacja powinna być zjawiskiem powszechnym. W celu realizacji tego postulatu konieczne staje się zapewnienie szpitalom określonych środków na opłatę wizytacji. Bodziec w postaci funduszków wydaje się wskazany. Może bowiem okazać się, że bez tego rodzaju motywacji zakłady opieki zdrowotnej nie będą zainteresowane przystąpieniem do procedury. Zgodnie z tą perspektywą, akredytacja szpitali powinna być standardem. Jeden z rozmówców za modelowy system uznał ten obowiązujący we Francji, w którym istnieje konieczność obligatoryjnego poddania się omawianej procedurze. Samą akredytację przyznaje się zaś – w zależności od oceny wystawionej przez wizytatorów – na okres 3 lub 5 lat. Niektórzy rozmówcy sugerowali jednak, że w polskich warunkach samo przystąpienie do procedury powinno być dobrowolne. Same starania zaś należy popierać ze środków publicznych. Drugie stanowisko można określić mianem ekskluzywnego. Powszechność akredytacji sprawi, że straci ona de facto swoją wartość. Szpitale dysponujące certyfikatem przestaną wyróżniać się na tle innych. Nieuzasadniona okaże się idea, że poszczególne zakłady opieki zdrowotnej powinny rywalizować między sobą. Zgodnie z takim podejściem, ta konkurencja powinna



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

przyczynić się m.in. do wzrostu jakości świadczonych w nich usług. Pewną gratyfikacją, pożądaną w ramach tej rywalizacji, staje się właśnie certyfikat. Zgodnie z tą perspektywą, przystępowanie szpitali do procedury powinno być całkowicie dobrowolne i płatne. Akredytacja ma być marką wyróżniającą, przyznawaną najlepszym, a nie powszechnie stosowaną procedurą spełnianą przez wszystkie szpitale w kraju. W zależności od przyjętego stanowiska, różnie oceniana była docelowa wartość wskaźnika rezultatu. Dla reprezentantów perspektywy ekskluzywnej wartość ta była wygórowana. Według tych rozmówców, należy zabiegać o to, aby akredytacja pozostawała procedurą elitarną, wyłaniającą najlepsze podmioty funkcjonujące w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Uczestnicy panelu zostali zapytani, jakie czynniki negatywnie mogą wpłynąć na osiągnięcie omawianego wskaźnika. Zdaniem niektórych rozmówców, pewnym niepokojącym trendem jest wysoki odsetek szpitali przystępujących do procedury a nie uzyskujących certyfikatu. Wizytatorzy negatywnie oceniają jakość ich funkcjonowania. Zdaniem ekspertów, szpitale te nie przygotowują się w odpowiednim stopniu do wypełnienia standardów akredytacyjnych. Podchodzą do całej procedury na zasadzie „może się uda”. Z powodu braku odpowiedniego przygotowania starają się przekładać wizytacje o miesiąc bądź dwa. Odsetek tego typu podmiotów jest obecnie znacznie większy aniżeli w przeszłości. Wynika to z faktu, że zakłady opieki zdrowotnej nie ponoszą teraz kosztów związanych z akredytacją (są one finansowane ze środków strukturalnych). Do całej procedury przystępuje zatem większa ilość podmiotów, w tym także tych do niej nieprzygotowanych. Pewnym niepokojącym czynnikiem pozostaje także spadek liczby szpitali zainteresowanych akredytacją poza projektem. Zakłady opieki zdrowotnej pragnące uzyskać certyfikat chcą skorzystać ze wsparcia finansowego. W konsekwencji, podmiotów zainteresowanych tą ścieżką pozyskania akredytacji jest tak wiele, że konieczne staje się stworzenie listy rezerwowej. Z drugiej strony, tylko niewielka liczba podmiotów chciałaby przejść procedurę zgodnie z wcześniej obowiązującymi zasadami. Niektórzy rozmówcy wskazali również, że pewne zagrożenie wiąże się z odnawianiem certyfikatów. Ich zdaniem, brakuje odpowiednich bodźców, które sprawiłyby, że akredytacja wiązałaby się z wymiernymi korzyściami, np. finansowymi. Na dzień dzisiejszy, certyfikat daje szpitalowi jedynie pewien prestiż. Nie wszyscy eksperci zgadzali się jednak z tymi wnioskami. Niektórzy stwierdzali, że w postępującej konkurencji pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej certyfikaty mogą zacząć odgrywać coraz większą rolę. Ich waga wzrasta, gdyż usługami medycznymi w Polsce coraz częściej zainteresowani są mieszkańcy innych państw Wspólnoty. Dla nich certyfikat staje się pewnym znakiem rozpoznawczym, sugerującym, że w danej placówce leczenie charakteryzuje się wysokim poziomem, jest bezpieczne. Niektórzy rozmówcy wskazali również na pewien rozdźwięk między informacjami rozpowszechnianymi o akredytacji a faktycznymi korzyściami wynikającymi z tej procedury. Dyrektorzy szpitali niejednokrotnie słyszą, że certyfikat wiąże się z określonymi gratyfikacjami. Takie informacje przekazują swoim pracownikom. Później, gdy okazuje się, że te korzyści nie są na tyle wymierne, na ile oczekiwano, dyrektorzy placówek muszą wyjaśniać rozbieżności pracownikom. To rodzi rozczarowanie akredytacją zarówno wśród kardy zarządzającej szpitalami, jak i wśród personelu medycznego.

Rozmówcy zostali także zapytani o to, na ile realne jest osiągnięcia wskaźnika przez beneficjenta systemowego. Niektórzy stwierdzali, że w rzeczywistości takie szacowanie będzie możliwe dopiero za kilka miesięcy. To wówczas przestaną obowiązywać pierwsze certyfikaty przyznane w ramach projektu (w roku 2008 oraz 2009). Okaże się, na ile szpitale zainteresowane są ich odnowieniem. Część rozmówców zauważyła, że chęć ponownego uzyskania certyfikatu powinna być duża. Po pierwsze, samo przygotowanie do wypełniania standardów akredytacyjnych sprawia, że szpital zaczyna inaczej funkcjonować. Powrót do poprzedniej organizacji może wydawać się



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

nieracjonalny. Po drugie, jeśli szpital wypełnił standardy akredytacyjne trzy lata temu, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że jest je w stanie wypełnić obecnie. Sam proces przygotowawczy pozostaje na pewno krótszy niż w przypadku placówek, które nie dysponowały certyfikatem w przeszłości.

Podsumowanie

Podsumowując, zarówno uczestnicy indywidualnych wywiadów pogłębionych, jak i osoby uczestniczące w panelu eksperckim mieli pewne wątpliwości co do osiągnięcia przez beneficjenta systemowego docelowej wartości wskaźnika rezultatu. Badani wskazywali na pewne czynniki, które mogą uniemożliwić bądź utrudnić sprawną realizację projektu. Po pierwsze, stwierdzali, że brakuje odpowiednich gratyfikacji dla szpitali, które dysponują certyfikatem. W konsekwencji, rozpoznawalne przez personel korzyści odnoszą się tylko do wymiaru prestiżowego. Wydaje się, że warto w tym względzie przygotować pewną akcję informacyjną skierowaną do pracowników szpitali. Należy wskazać, że z akredytacją wiążą się nie tylko korzyści w wymiarze prestiżowym, ale także organizacyjnym. Być może nie są one identyfikowane przez personel. Taka sytuacja ma miejsce, gdy zmiany powodowane akredytacją odczytywane są po jakimś czasie jako element zastany (a nie wprowadzony, wdrożony). Po drugie, uczestnicy wywiadów i panelu eksperckiego stwierdzali, że **pewnym niepokojącym zjawiskiem jest spadek zainteresowania procedurą odpłatną. Wartość wskaźnika rezultatu została zdefiniowana zaś przy założeniu, że proces akredytacji będzie realizowany zarówno ścieżką projektową (bezpłatną) jak i pozaprojektową (płatną).**

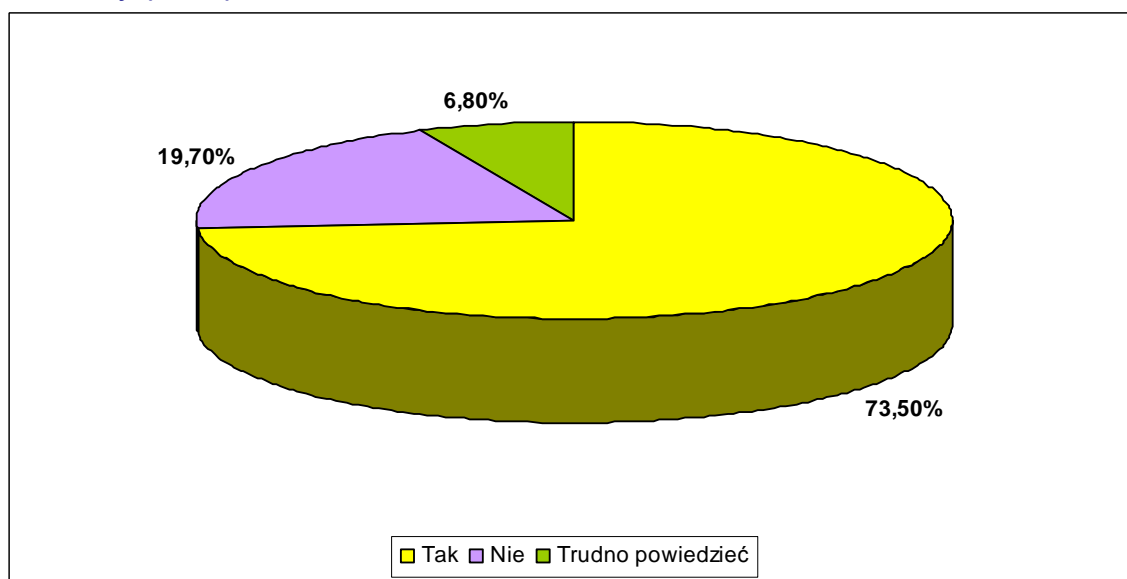


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Rozdział III. Proces akredytacji w ocenie osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej

W ramach ewaluacji projektu systemowego realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia zostało przeprowadzone badanie wśród osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, posiadającymi kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie usług szpitalnych. Zastosowanie znalazł w tym przypadku wywiad internetowy wspomagany komputerowo (CAWI). Prośba o zapoznanie się z narzędziem została rozesłana do ponad 1000 placówek. Ostatecznie, kwestionariusz wypełniło 411 respondentów. Na wstępie badani byli pytani o to, czy znany jest im certyfikat akredytacyjny przyznawany zakładom opieki zdrowotnej. Wiedzę w tym względzie deklarowało trzy czwarte respondentów (N=302). Co piąty badany (N=81) stwierdzał, że nie ma pojęcia, czym są certyfikaty akredytacyjne. Powstaje pytanie, czy rozkład odpowiedzi respondentów należy odczytywać optymistycznie?! Za taką interpretacją przemawia fakt, że zdecydowana większość kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej dysponowała wiedzą o akredytacji. Z drugiej jednak strony, co piąty badany pozbawiony był informacji w tym względzie. To całkiem spora grupa, zważywszy, że respondentami powinny być osoby zaangażowane w kierowanie zakładami opieki zdrowotnej. Szczegółowe dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 9.

Wykres nr 9. Czy znany jest Panu/i certyfikat akredytacyjny przyznawany szpitalom/zakładom opieki zdrowotnej? (N=411)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

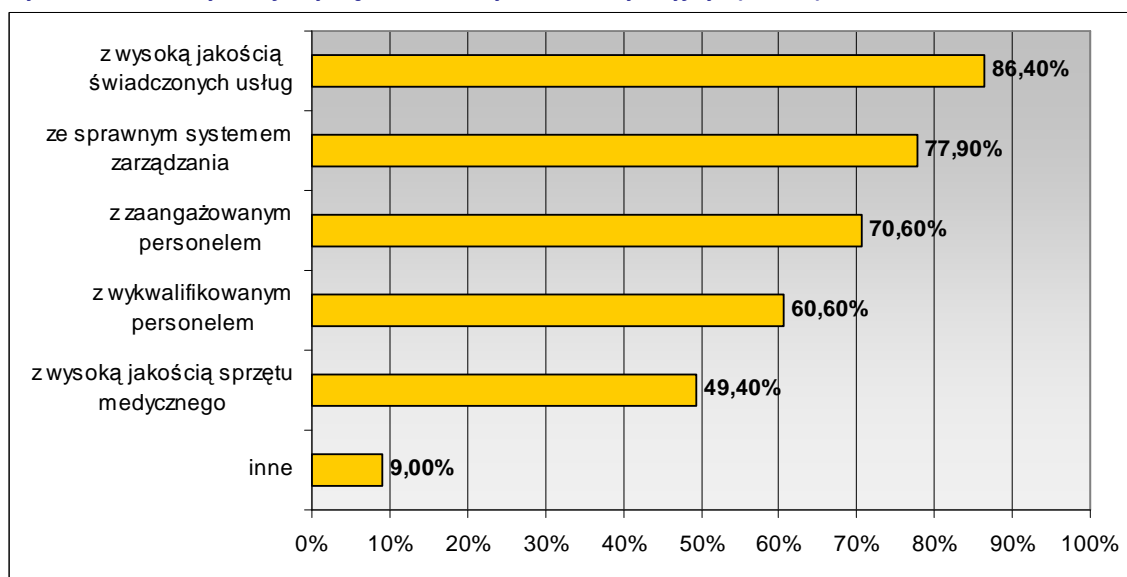
Ci badani, którzy w poprzednim pytaniu wskazali odpowiedzi „tak” oraz „trudno powiedzieć” (N=330) zostali następnie poproszeni o zadeklarowanie, z czym kojarzy się im certyfikat akredytacyjny. Wyrażając swoją opinię w tym względzie mieli możliwość zaznaczenia więcej niż jednej kategorii. Okazało się, że zdecydowanej większości respondentom certyfikat akredytacyjny kojarzył się z wysoką jakością usług świadczonych w danym zakładzie opieki zdrowotnej. Kategorię tę wskazało ponad 80 proc. badanych (N=285). Dla zdecydowanej większości respondentów certyfikat akredytacyjny kojarzył się także z/ze: sprawnym systemem zarządzania szpitalem, zakładem opieki



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

zdrowotnej (N=257), zaangażowaniem personelu w świadczenie usług na najwyższym poziomie (N=233) oraz z wykwalifikowanym pracownikami zatrudnionymi w danej placówce (N=200). Interesujące były także wskazania prawie połowy badanych (N=163) z tej zbiorowości. Deklarowali oni, że certyfikat akredytacyjny kojarzy się im z wysoką jakością sprzętu medycznego posiadanego przez dany szpital, zakład opieki zdrowotnej. Wymienione kategorie cieszyły się największą popularnością wśród respondentów. W strukturze kwestionariusza funkcjonowała dodatkowo odpowiedź – „inne”. Wskazał ją prawie co dziesiąty badany (N=30) z tej zbiorowości. W tym przypadku, respondenci mieli możliwość wyrażenia własnej opinii (pytanie otwarte). Z czym zatem kojarzył się tym osobom certyfikat akredytacyjny? Badani stwierdzali, że z bezpieczeństwem, zaufaniem pacjentów do szpitala, ujednoczeniem procesu leczenia, dostosowywaniem zakładów do standardów akredytacyjnych, itd. W zdecydowanej większości były to pojedyncze wypowiedzi. Respondenci formułowali także pewne opinie brzmiące pejoratywnie. Jedna z osób stwierdziła, że certyfikat kojarzy się jej z wysokimi kosztami jego uzyskania. Dla innej, akredytacja oznacza wzrost obowiązków średniego personelu medycznego. Dane odnoszące się do tego zagadnienia przedstawiono na wykresie nr 10.

Wykres nr 10. Z czym kojarzy się Panu/i certyfikat akredytacyjny? (N=330)

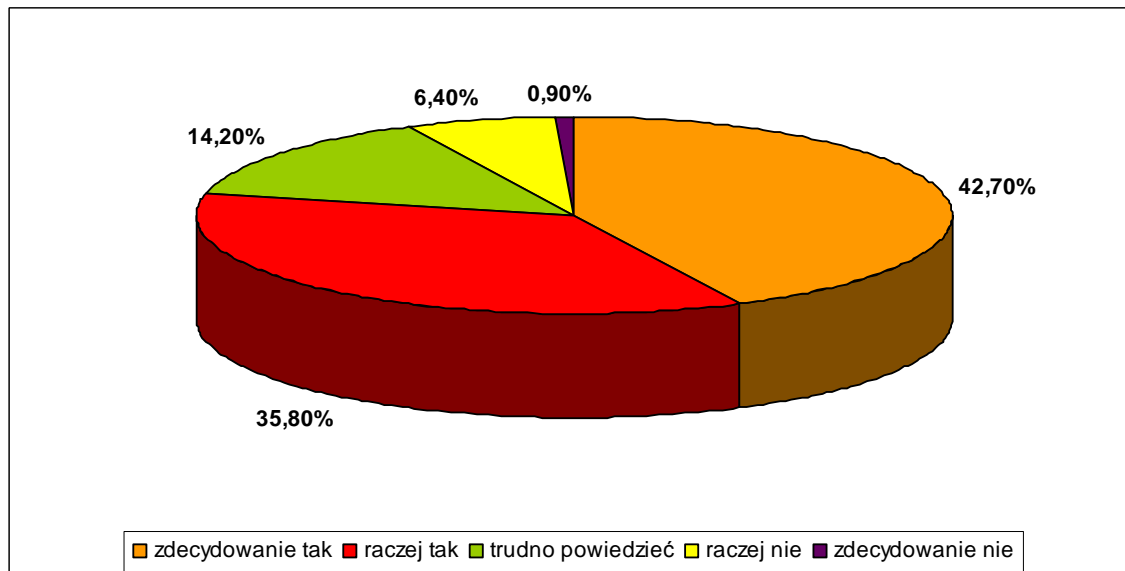


Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Ta sama zbiorowość badanych (N=330) została zapytana, czy certyfikat akredytacyjny przynosi korzyści szpitalowi, który nim dysponuje. Respondenci w zdecydowanej większości odpowiadali twierdząco. Ogółem taką opinię sformułowali trzy czwarte badanych (N=259) z tej zbiorowości. Rzadko natomiast wskazywano kategorie przeciwstawne, mające pejoratywny wydźwięk. Opinię, że certyfikat akredytacyjny „raczej nie” bądź „zdecydowanie nie” przynosi żadnych korzyści wyraziło ogółem 24 respondentów. Stosunkowo dużą zbiorowość stanowiły osoby, które wskazały kategorię „trudno powiedzieć” (14,20 proc., N=47). Dane dotyczące omawianej kwestii zostają zaprezentowane na wykresie nr 11.

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 11. Czy certyfikat akredytacyjny przynosi korzyści szpitalowi, który go posiada? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Jak widać, zdecydowana większość badanych ze zbiorowości osób, które posiadały wiedzę na temat akredytacji, sugerowała, że certyfikat przynosi korzyści szpitalom go posiadającym. Należy jednak wziąć pod uwagę następującą kwestię: jakiego rodzaju są to korzyści? Respondenci, którzy odpowiedzieli na poprzednie pytanie twierdząco (N=259), mieli możliwość doprecyzowania swojej opinii. Na podstawie analizy ich wskazań warto wyróżnić cztery grupy potencjalnych zysków związanych z posiadaniem certyfikatu akredytacyjnego:

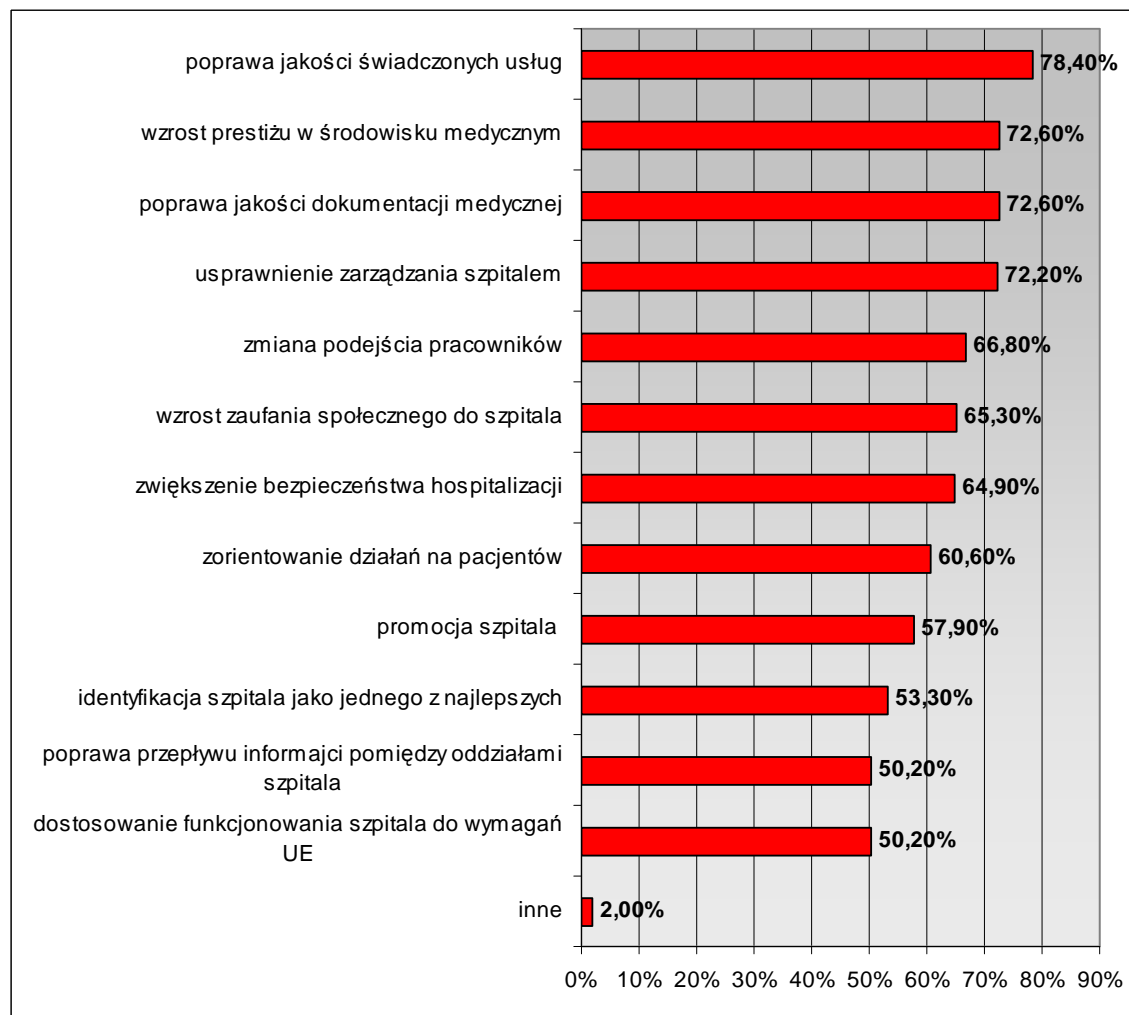
- pierwsza, w której funkcjonują korzyści dostrzegane przez 70 proc. i więcej badanych z tej zbiorowości, w tym: poprawa jakości usług świadczonych w szpitalu (N=203), wzrost prestiżu szpitala w środowisku medycznym (N=188), poprawa jakości dokumentacji medycznej (N=188), usprawnienie zarządzania szpitalem (N=187);
- druga, w której znajdują się korzyści wymieniane przez 60 - 69 proc. respondentów z tej zbiorowości, w tym: zmiana podejścia personelu medycznego do kwestii związanych z jakością i bezpieczeństwem (N=173), wzrost zaufania społecznego do danego szpitala (N=169), zwiększenie poziomu bezpieczeństwa hospitalizacji (N=168), ukierunkowanie działań szpitala na potrzeby i oczekiwania pacjenta oraz jego rodziny (N=157);
- trzecia, w której obecne są korzyści dostrzegane przez 50 – 59 proc. badanych, w tym: certyfikat przyczynia się do promocji szpitala (N=150), identyfikacja szpitala jako jednego z najlepszych (N=138), poprawa przepływu informacji pomiędzy oddziałami szpitala (N=130), dostosowanie funkcjonowania placówki do wymagań Unii Europejskiej (w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i zakażeń szpitalnych) (N=130);
- czwarta, na którą składają się wypowiedzi formułowane w ramach kategorii „inne”. Ogółem, swoją opinię wyraziło tutaj tylko 2 proc. badanych z omawianej zbiorowości. Respondenci wskazali na następujące korzyści związane z posiadaniem przez szpital certyfikatu akredytacyjnego: uzyskiwanie dodatkowych punktów przy kontraktowaniu z Narodowym Funduszem Zdrowia (N=3), uporządkowanie procedur medycznych (N=1), wprowadzenie standardów postępowania w wyjątkowych sytuacjach (N=1).



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Sugestie respondentów odnośnie potencjalnych korzyści wynikających z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego zostały obrazowo przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 12. Korzyści wynikające z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego (N=259)

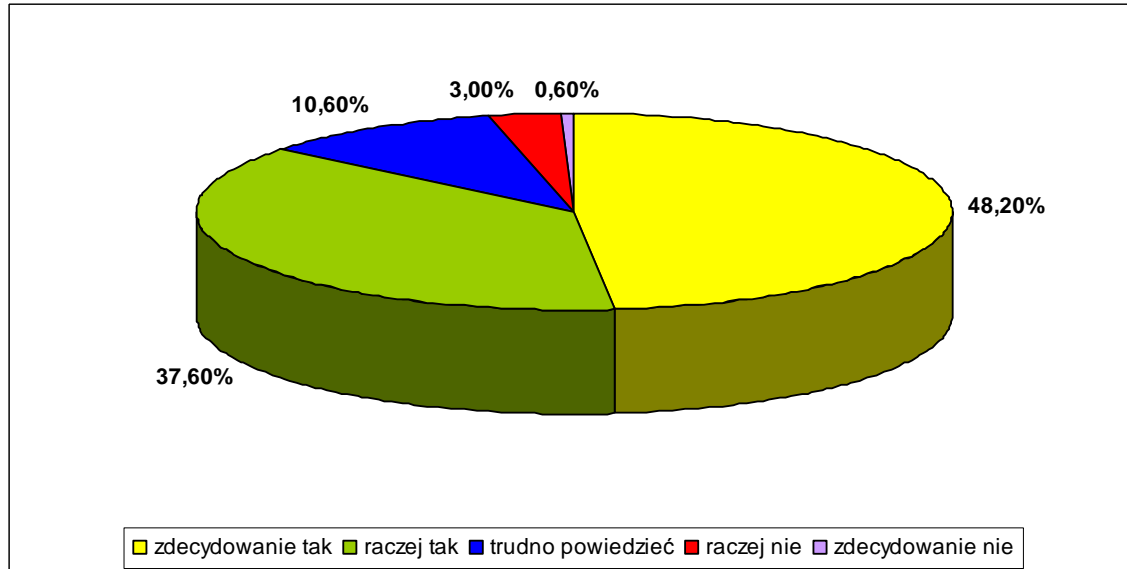


Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Wszystkim badanym, którzy dysponowali wiedzą na temat akredytacji szpitali (N=330), zostało zadane następujące pytanie: *Czy według Pana/i posiadanie certyfikatu przynosi korzyści pacjentom?* Zdecydowana większość respondentów z tej zbiorowości (N=283) odpowiedziała na nie twierdząco. Przeciwnego zdania było tylko 12 badanych. Co dziesiąta osoba (N=35) wskazała kategorię „trudno powiedzieć”. Ponownie zbiorowość ta była stosunkowo duża. Wydaje się, że byli to ci respondenci, którzy mieli świadomość istnienia certyfikatów akredytacyjnych, lecz ich wiedza w tym względzie pozostawała powierzchowna. Nie zdecydowali się zatem na wyrażanie jednoznacznych opinii. Szczegółowe dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 13.

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 13. Czy posiadanie certyfikatu przynosi korzyści pacjentom? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Jakiego rodzaju korzyści może przynieść certyfikat akredytacyjny pacjentom szpitali? Pytanie to skierowano do tych respondentów, którzy na poprzednie udzieliли odpowiedzi twierdzącej, wskazując kategorię „zdecydowanie tak” bądź „raczej tak” (N=283). Wyróżnić można trzy grupy korzyści dla pacjentów:

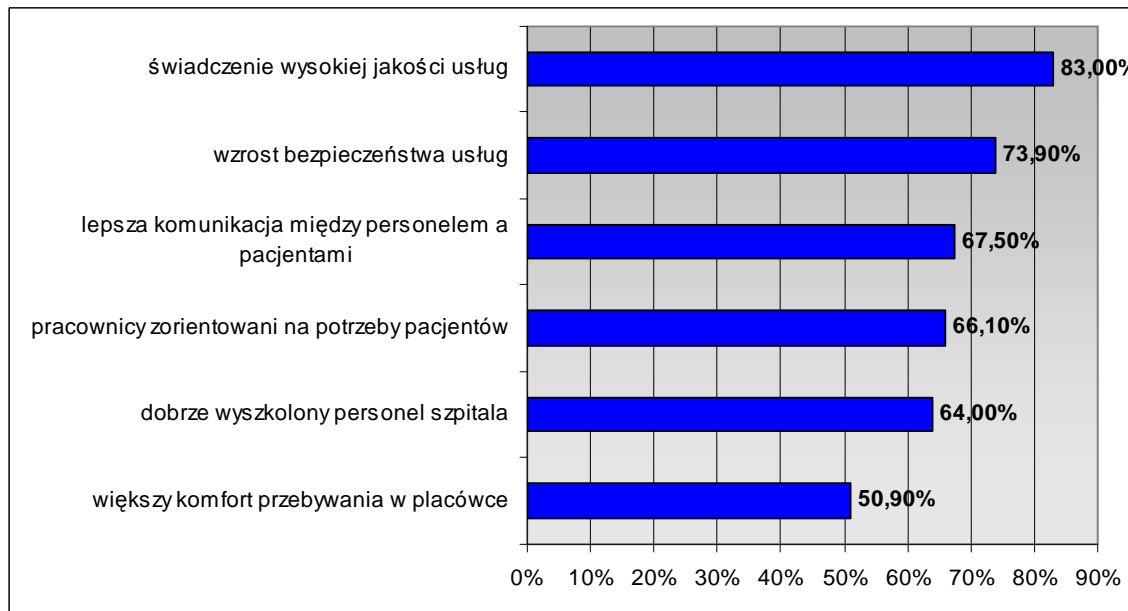
- pierwsza, w której funkcjonują korzyści wymieniane przez co najmniej 70 proc. badanych z tej zbiorowości, w tym: świadczenie usług wysokiej jakości przez szpital (N=235) oraz wzrost bezpieczeństwa (N=209);
- druga, w której obecne są korzyści identyfikowane przez 60-69 proc. respondentów z tej zbiorowości, w tym: poprawa komunikacji personelu z pacjentami (N=191), nastawienie pracowników szpitala na potrzeby i oczekiwania pacjenta (N=187), posiadanie przez zakład opieki zdrowotnej dobrze wyszkolonej kadry (N=181);
- trzecia, w której obecna jest korzyść dostrzegana przez połowę badanych z tej zbiorowości (N=144). W ich opinii, posiadanie przez szpital certyfikatu akredytacyjnego oznacza, że komfort przebywania w tej placówce jest wyższy.

Jak widać, odpowiedzi, jakich udzieliли respondenci z tej zbiorowości, sugerują, że korzyści dla pacjentów z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego tworzą określoną strukturę. Najważniejsze są te, które dotyczą jakości świadczonych usług oraz bezpieczeństwa osób hospitalizowanych w danym zakładzie. Obie wskazane kategorie wzajemnie się uzupełniają, warunkują. Na niższym poziomie struktury znajdują się te korzyści, które odnoszą się do relacji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym. Wdrożenie standardów akredytacyjnych zakończonych uzyskaniem certyfikatu powinno sprawić, że komunikacja na linii pracownicy szpitala – osoby hospitalizowane jest na wysokim poziomie. Wreszcie, na najniższym poziomie struktury (choć nie mniej ważnym od pozostałych) znajdują się kwestie związane z komfortem pobytu w danej placówce, stanowiące po części konsekwencją wysokiej jakości świadczonych w nim usług oraz dobrych relacji z personelem. Omawiane dane zostały przedstawione na wykresie nr 14.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 14. Korzyści dla pacjentów wynikające z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego (N=283)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

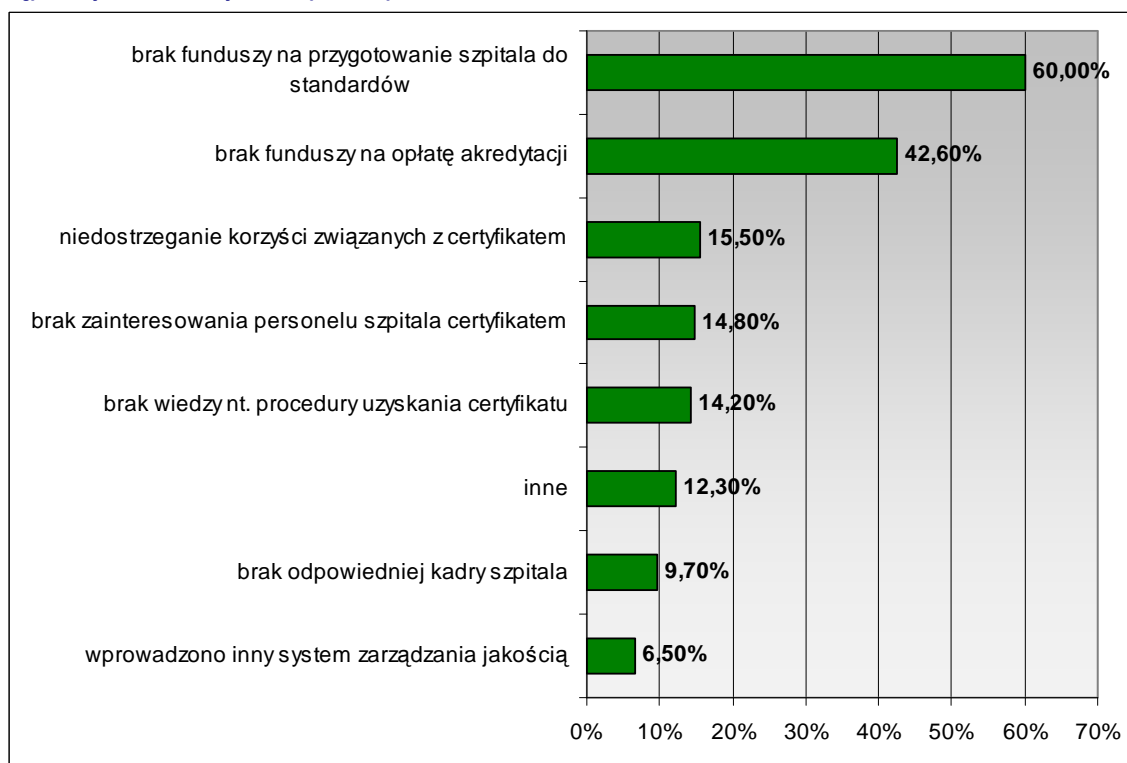
Wszyscy respondenci, którzy dysponowali wiedzą o akredytacji (N=330), zostali zapytani w ramach badania, czy prowadzony przez nich zakład opieki zdrowotnej podjął bądź podejmował w przeszłości działania mające na celu uzyskanie certyfikatu. Twierdzącej odpowiedzi udzieliła ponad połowa badanych (53 proc., N=175). Przeczącej zaś 47 proc. respondentów (N=155). Jednym z celów szczegółowych ewaluacji było znalezienie przyczyn, które sprawiają, że zakłady opieki zdrowotnej nie przystępują do procedury akredytacyjnej. Respondenci, którzy udzielali przeczącej odpowiedzi, zostali zapytani, jakie czynniki sprawiają (bądź sprawiły), że ich placówka nie stara się (nie starała się) o uzyskanie certyfikatu. Badani mieli możliwość wskazania więcej niż jednej kategorii, w swoich wyborach koncentrują się jednak głównie na dwóch przyczynach. Dwie trzecie respondentów z tej zbiorowości (N=93) stwierdziła, że ich zakład opieki zdrowotnej nie dysponuje odpowiednimi środkami finansowymi, niezbędnymi do przygotowania go do standardów. Prawie połowa badanych (N=66) wskazała natomiast, że ich placówce brakuje pieniędzy na opłatę akredytacji. Jak widać, przyczyny, które sprawiają, że niektóre placówki nie przystępują do procedury, mają charakter stricte finansowy. Wskazania respondentów z tej zbiorowości pozostają jednak zaskakujące, zwłaszcza w drugim przypadku. Koszty akredytacji dotyczą wizytacji danego zakładu opieki zdrowotnej. Obecnie jednak opłaty te pokrywane są w całości ze środków projektu systemowego realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości. Warunkiem jest jedynie przystąpienie do wskazanego przedsięwzięcia, uzyskanie statusu uczestnika. W jaki sposób należy zatem zinterpretować odpowiedzi respondentów w tym względzie? Wydaje się, że możliwe są w tym przypadku dwa wyjaśnienia. Po pierwsze, badani z tej zbiorowości mieli wiedzę na temat akredytacji, lecz jednocześnie pozbawieni byli informacji o projekcie systemowym realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości. Po drugie, respondenci znali wskazany projekt, lecz zarazem mieli świadomość, że zainteresowanie uzyskaniem certyfikatu w ten sposób jest duże (istnieją w końcu listy rezerwowe zakładów opieki zdrowotnej chcących skorzystać ze wsparcia). Nie podejmowali zatem żadnych działań w tym kierunku. Jakże inne przyczyny, poza tymi dwiema wymienionymi,



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

wskazywali badani? Niektórzy respondenci (N=24) zwracali uwagę, że posiadanie certyfikatu przez zakład opieki zdrowotnej nie wiąże się z żadnymi wymiernymi korzyściami, gratyfikacjami. Inni stwierdzali natomiast (N=23), że przystąpieniem do procedury nie jest zainteresowany sam personel placówki. Część respondentów (N=22) wskazała, że nie posiada wiedzy na temat akredytacji. Tylko nieznaczna grupa badanych (N=10) stwierdziła, że w ich zakładzie wprowadzono już system zarządzania jakością. Szczegółowe dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 15.

Wykres nr 15. Przyczyny, które sprawiają, że niektóre zakłady opieki zdrowotnej nie starają się (nie starają się) o uzyskanie certyfikatu (N=155)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

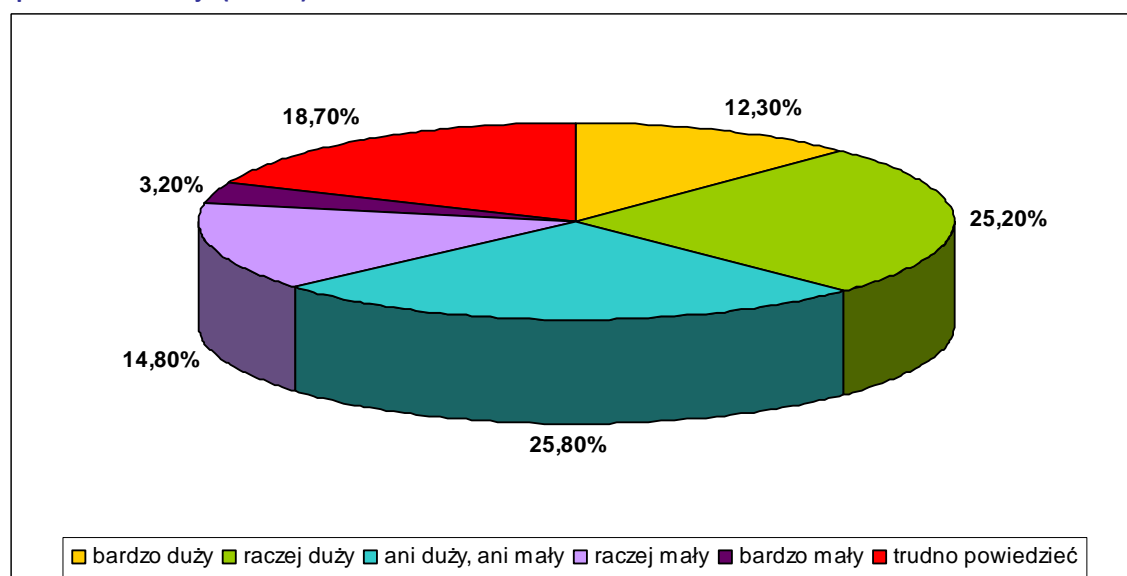
Ta sama zbiorowość respondentów została zatem zapytana, w jakim stopniu ich zakład jest zainteresowany uzyskaniem takiego certyfikatu. Ponad jedna trzecia badanych wskazała kategorie: „w bardzo dużym stopniu” (N=19) oraz „w raczej dużym stopniu” (N=39). Co czwarty respondent (N=40) z tej zbiorowości formułował odpowiedź neutralną. Stwierdzali, że poziom zainteresowania ich placówki akredytacją nie jest „ani duży, ani mały”. Pojawiały się także odpowiedzi o zabarwieniu negatywnym. Prawie co piąty respondent sugerował, że jego zakład opieki zdrowotnej jest w „raczej małym” (N=23) bądź w „bardzo małym” (N=5) stopniu zainteresowany uzyskaniem certyfikatu. Spora grupa badanych (N=29) z tej zbiorowości decydowała się na wskazanie kategorii „trudno powiedzieć”. Trudno w sposób jednoznaczny zinterpretować te wyniki. Istnieje prawdopodobieństwo, że mamy tutaj do czynienia z negatywnym nastawieniem części respondentów do akredytacji (i związanej z nią reorganizacji placówek) w ogóle. W tym sensie, identyfikowane poprzednio przyczyny, sprawiające, że niektóre zakłady nie starają się o uzyskanie certyfikatu, mogą stanowić pewną formę racjonalizacji. Z drugiej strony warto spojrzeć na całą



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

sytuację z perspektywy teorii racjonalnego wyboru. Skoro proces akredytacji wiąże się ze znacznymi kosztami (zwłaszcza na etapie przygotowywania placówki do wypełniania przez nią standardów), które nie są w wyraźny, instytucjonalnie ugruntowany sposób rekompensowane, to angażowanie się w całą procedurę pozostawało dla części badanych działaniem ryzykownym. Nie oznacza to zarazem, że respondenci ci mieli negatywną opinię o samej akredytacji. Być może wydawała się im procesem potrzebnym, lecz niedostosowanym do finansowych możliwości ich własnych szpitali. Mimo, że ta kalkulacja ma racjonalny charakter, to jednak nie bierze się w niej pod uwagę długookresowych korzyści wynikających z uzyskania przez zakład opieki zdrowotnej certyfikatu. Można zatem mówić w tym przypadku o kalkulacji uproszczonej, ograniczonej do krótkiego horyzontu czasowego. Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostają przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 16. Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego przez Pana/i zakład opieki zdrowotnej? (N=155)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Osobne pytania zostały skierowane do respondentów, którzy stwierdzili, że ich zakład opieki zdrowotnej podejmował bądź podjął działania zmierzające do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego. Ta grupa składała się ogółem ze 175 badanych. Na wstępie zostali oni zapytani, czy ich placówka otrzymała certyfikat po zakończeniu procedury akredytacyjnej. Prawie połowa respondentów (46,30 proc., N=81) odpowiada twierdząco. W 14 przypadkach certyfikat już wygasł, w 16 wygaśnie w 2011 roku, w 24 – w 2012 roku, w 20 – w 2013 roku, a w 6 – w 2014 roku. Jak wynika z odpowiedzi, lata 2012-2013 okażą się najistotniejsze z punktu widzenia osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu. To wówczas bowiem ilość wygasających certyfikatów będzie najwyższa. Co piąty badany (22,30 proc., N=39) z całej tej zbiorowości stwierdził, że jego zakład opieki zdrowotnej nie przeszedł pomyślnie procedury akredytacyjnej. Nie uzyskał zatem certyfikatu. Co trzeci respondent (31,40 proc., N=55) wskazał zaś, że jego zakład opieki zdrowotnej jest w trakcie procedury akredytacyjnej.

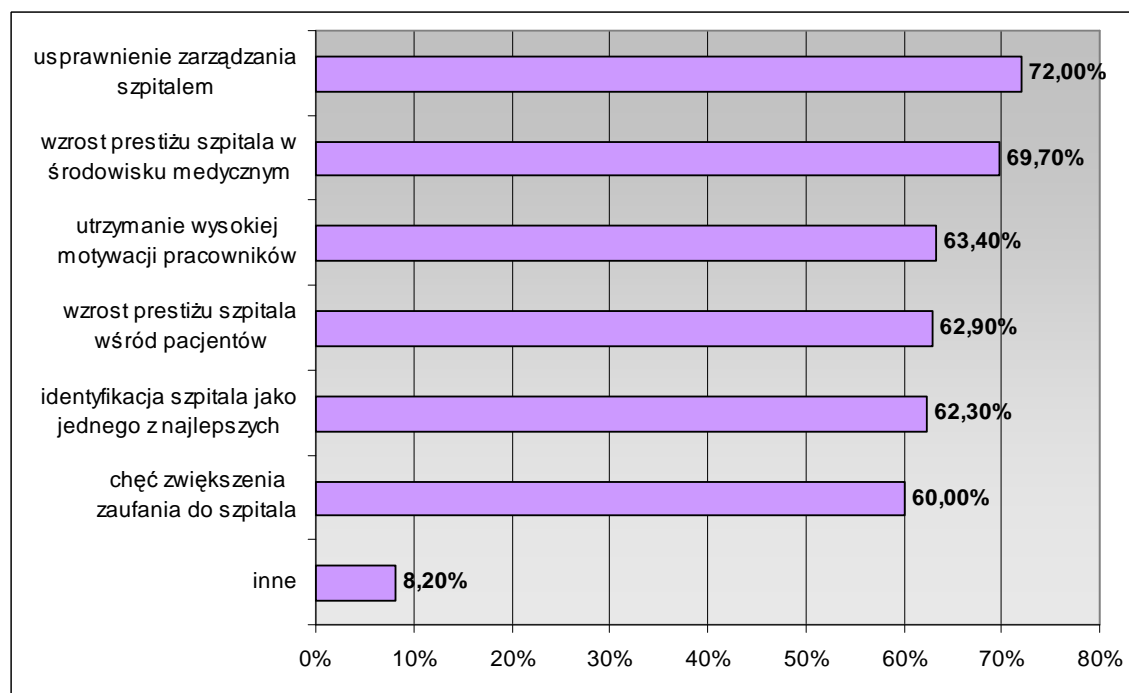
Z punktu widzenia ewaluacji, istotne znaczenie ma zagadnienie, jakie czynniki sprawiają, że zakład opieki zdrowotnej pozostaje zainteresowany uzyskaniem certyfikatu. Samym badanym z omawianej zbiorowości (N=175) zadano następujące pytanie: *Co skłoniło Pana/i szpital do*



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

przystąpienia do procedury akredytacyjnej? Respondenci wskazali na potencjalne korzyści wynikające z posiadania przez zakład opieki zdrowotnej certyfikatu. Dwie najważniejsze – zdefiniowane przez badanych – to: usprawnienie zarządzania szpitalem (N=126) oraz wzrost prestiżu szpitala w środowisku medycznym (N=122). Nie mniej istotne okazały się inne czynniki, w tym: wpływ certyfikatu na zaangażowanie pracowników w utrzymanie wysokiej jakości świadczonych usług (N=111), wzrost prestiżu szpitala wśród pacjentów (N=110), identyfikacja placówki jako jednej z najlepszych (N=109), wpływ akredytacji na zwiększenie zaufania społecznego do szpitala (N=105). Respondenci rzadko formułowali inne odpowiedzi na to pytanie. Nieliczni stwierdzili, że zainteresowanie akredytacją było związane z: chęcią pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia wyższego kontraktu (N=4) oraz podniesieniem bezpieczeństwa pacjentów (N=3). Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 17.

Wykres nr 17. Co skłoniło szpital do przystąpienia do procedury akredytacyjnej? (N=175)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

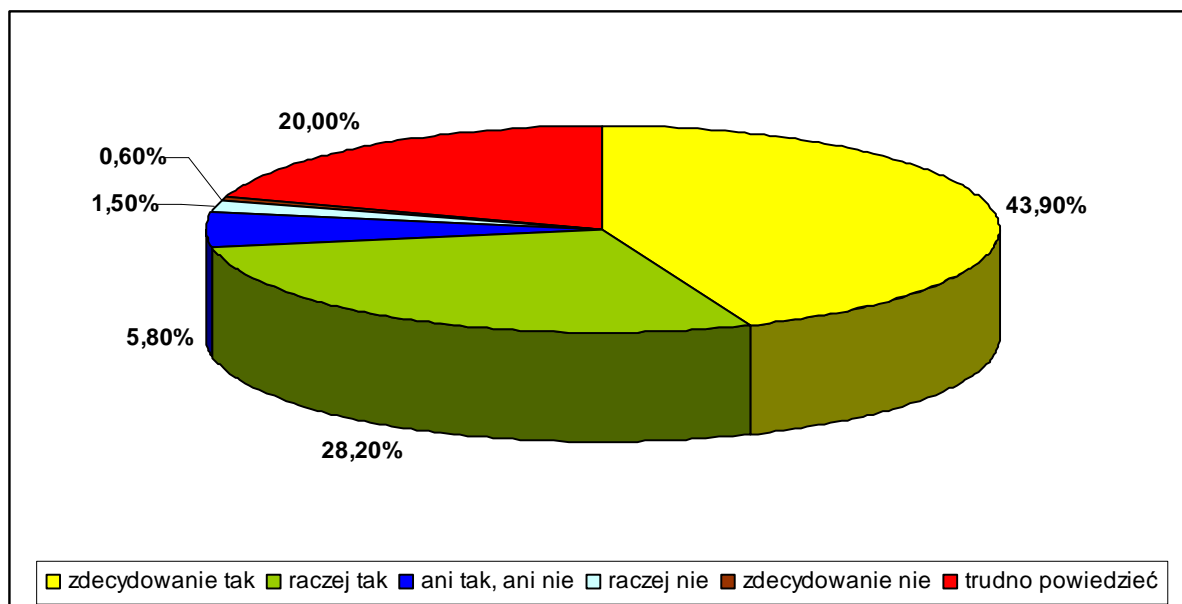
Istotnym czynnikiem, który może mieć wpływ na osiągnięcie przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu pozostaje okresowość certyfikatów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami są one wydawane na trzy lata. Wszyscy respondenci, którzy dysponowali wiedzą odnośnie akredytacji (N=330), zostali poproszeni o wyrażanie swojej opinii w tym względzie. Zostało im zadane pytanie, czy ich szpital byłby zainteresowany odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego (przy założeniu, że taki posiada) po okresie jego wygaśnięcia? Zdecydowana większość badanych wskazała w ramach kwestionariusza kategorie: „zdecydowanie tak” (N=145) oraz „raczej tak” (N=93). Deklaracje przeciwstawne formułowane były bardzo rzadko. Ogółem kategorie „zdecydowanie nie” oraz „raczej nie” wskazało 7 respondentów. Ponownie, stosunkowo dużą grupę stanowiły osoby, które wskazały odpowiedź „trudno powiedzieć”. Na zaznaczenie tej kategorii zdecydował się bowiem co piąty badany (N=66). Wydaje się, że uzyskane wyniki jeszcze bardziej podkreślają rolę czynnika finansowego w procesie przystępowania do



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

procedury akredytacyjnej. Odsetek osób, które twierdziły, że ich szpital będzie bądź byłby zainteresowany ponownym uzyskaniem certyfikatu był znacznie większy aniżeli odsetek osób deklarujących, że ich szpital uczestniczy lub uczestniczył w procedurze akredytacyjnej. Oznacza to, że w grupie tej obecni byli respondenci, których szpital nie podjął decyzji o ubieganiu się o certyfikat. Te powody mogły mieć właśnie finansowy charakter. Ponowne podejście do procedury akredytacyjnej jest łatwiejsze niż ubieganie się o certyfikat po raz pierwszy. Koszty związane z dostosowaniem szpitala do standardów pozostają mniejsze. Być może w ogóle nawet nie istnieją, jeśli placówka stale podnosi jakość swojego funkcjonowania. Szczegółowe dane w tym względzie zostały przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 18. Czy byliby/są Państwo zainteresowani odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego po okresie jego wygaśnięcia? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

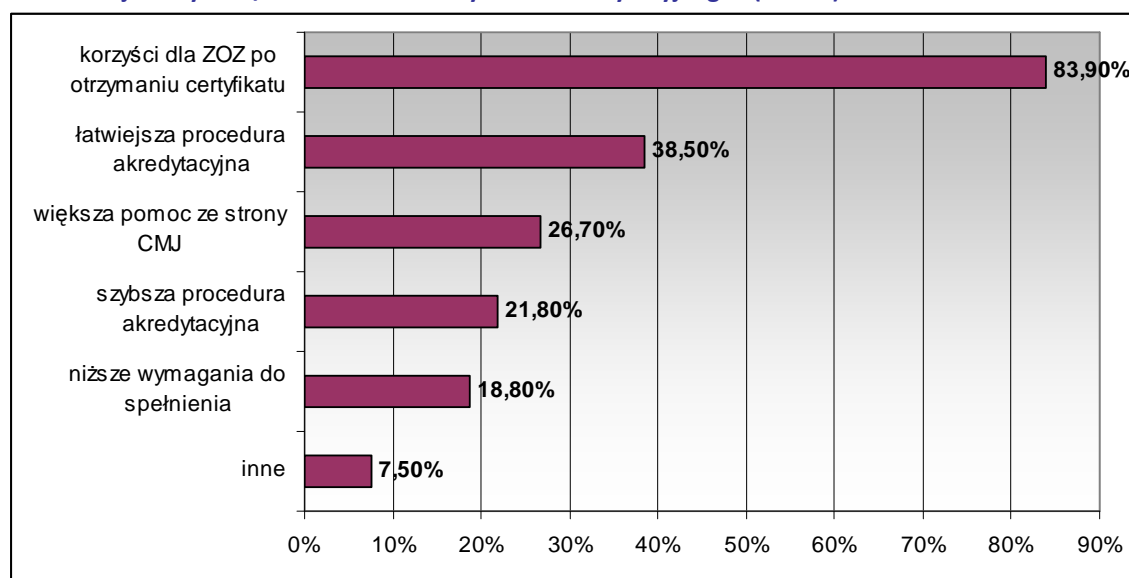
Wszyscy respondenci, którzy dysponowali wiedzą o akredytacji (N=330), zostali zapytani, jakie czynniki mogłyby sprawić, że zainteresowanie zakładów opieki zdrowotnej uzyskaniem (oraz odnowieniem) certyfikatu byłoby jeszcze większe. Zagadnienie to wydaje się istotne w perspektywie osiągnięcia w ramach projektu systemowego realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Badani mogli w tym pytaniu wskazać więcej niż jedną kategorię odpowiedzi. Zdecydowana większość z nich (N=277) stwierdziła, że zainteresowanie akredytacją byłoby jeszcze większe, gdyby wiązała się z nią wymierna gratyfikacja, np. w postaci zwiększenia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Inne opinie wskazywane były przez respondentów znacznie rzadziej. Ponad jedna trzecia z nich (N=127) uważała, że uproszczenie procedury akredytacyjnej zwiększy poziom zainteresowania zdobyciem certyfikatu. Co czwarty respondent z tej zbiorowości (N=88) wskazał natomiast, że konieczna jest większa pomoc ze strony Centrum Monitorowania Jakości dla podmiotów chcących przystąpić do procedury akredytacyjnej. Niektórzy badani koncentrowali się na zagadnieniach ściśle związanych z samym procesem certyfikacji. Prawie co piąty badany (N=72) uważał, że cała procedura powinna być szybsza. Trudno w sposób jednoznaczny zinterpretować wypowiedzi tych respondentów. Sama procedura trwa



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

bowiem stosunkowo krótko. Jak wskazuje się w pierwszym rozdziale, można w ramach niej wymienić kilka etapów: wizytacji kończącej się raportem, przedstawienia wniosków z wizytacji na forum Rady Akredytacyjnej, wystawienia przez Radę rekomendacji oraz etap podejmowania decyzji przez Ministra Zdrowia (na podstawie rekomendacji uzyskanych od Rady). Być może respondentom tym chodziło o okres, jaki upływa pomiędzy rekrutacją do omawianego projektu systemowego a przeprowadzeniem wizytacji i uzyskaniem certyfikatu. Pewne sugestie w tym względzie zostaną sformułowane w dalszej części rozdziału, w której podejmowane będą zagadnienia związane ze słabymi stronami systemu akredytacji. Badani zwracali również uwagę na obowiązujące standardy. Prawie co piąty z nich (N=62) uważał, że są one zbyt wysokie⁴. Tym samym przekłada się to na poziom zainteresowania akredytacją. Szczegółowe dane w tym względzie zostały przedstawione na wykresie nr 19.

Wykres nr 19. Jakie czynniki mogłyby wpłynąć na zwiększenie stopnia zainteresowania zakładów opieki zdrowotnej zdobyciem/odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Czynnikiem mającym wpływ na osiągnięcie przez Centrum Monitorowania Jakości wartości docelowej wartości wskaźnika pozostaje czas trwania procedury. Jak wynika z powyższego wykresu, niektórzy respondenci sugerowali, że przyspieszenie całego procesu akredytacji przyczyniłoby się do większego zainteresowania szpitali uzyskaniem certyfikatu. Jak jednak jest faktycznie? Wszystkim respondentom, którzy dysponowali wiedzą na temat certyfikacji (N=330) zostało zadane pytanie w tym względzie. Brzmiało ono następująco: *Czy czas trwania procedury akredytacyjnej według Pana/i jest odpowiedni?* Prawie połowa badanych sformułowała twierdzące odpowiedzi, wskazując kategorie: „zdecydowanie tak” (N=29) bądź „raczej tak” (N=116). Opinie przeciwne wyraził ogółem co dziesiąty (N=38) respondent z tej zbiorowości. Badani ci uważali w większości, że całą procedurę

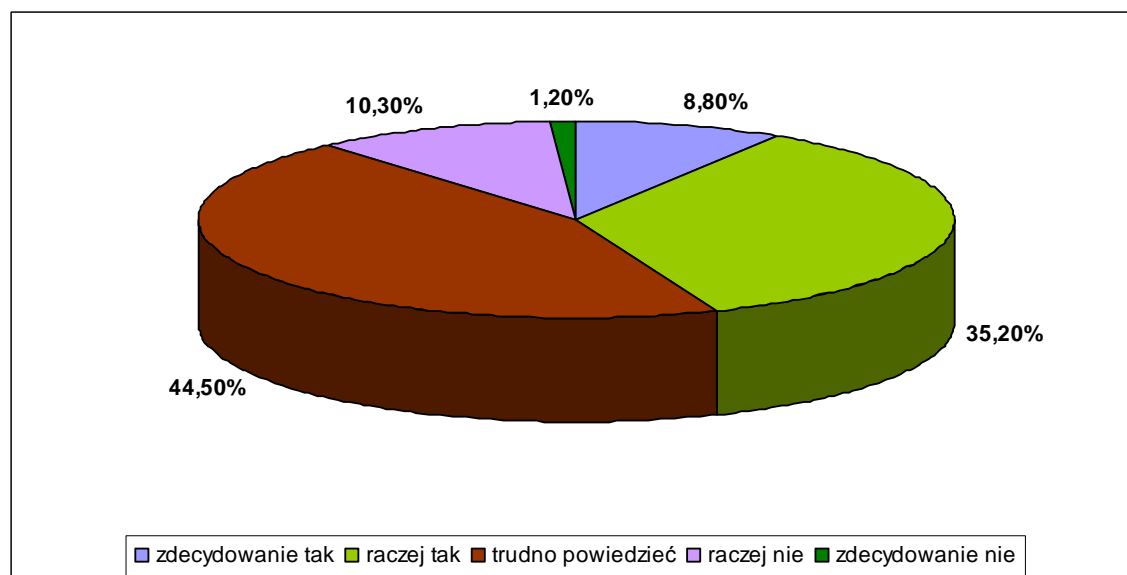
⁴ W innym miejscu zostało zadane pytanie badanym o obowiązujące standardy akredytacyjne. Zdecydowana większość respondentów (70,50 proc., N=229) stwierdziła, że są one wymagające, ale możliwe do spełnienia. W opinii co piątego badanego (20,60 proc., N=67) natomiast pozostawały one trudne do spełnienia. Omawiane standardy były proste do osiągnięcia jedynie dla 2 badanych (0,60 proc.), 27 zaś nie miało zdania w tym względzie.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

należy skrócić (N=32)⁵. Największą grupę stanowiły jednak osoby, które zaznaczyły kategorię „trudno powiedzieć”. Stanowiły one ogółem prawie połowę badanych (N=147) odpowiadających na to pytanie. Wyniki sugerują zatem, że znaczna część respondentów nie wiedziała, jak długo trwa procedura akredytacyjna. Prawdopodobnie byli to przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej, które nie posiadają certyfikatu bądź uzyskały go, gdy placówka była zarządzana przez inną osobę. Uzyskane dane pozwalają zatem na sformułowanie pewnej rekomendacji. **Wydaje się, że znaczna część przedstawicieli kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej nie dysponuje wiedzą na temat długości procedury akredytacyjnej. Być może proces ten wydaje się im dłuższy i bardziej skomplikowany niż jest w rzeczywistości. Konieczne wydają się zatem pewne działania promocyjne w tym względzie, które przedstawiłyby wiarygodny obraz akredytacji.** Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 20.

Wykres nr 20. Czy czas trwania procedury akredytacyjnej jest odpowiedni? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

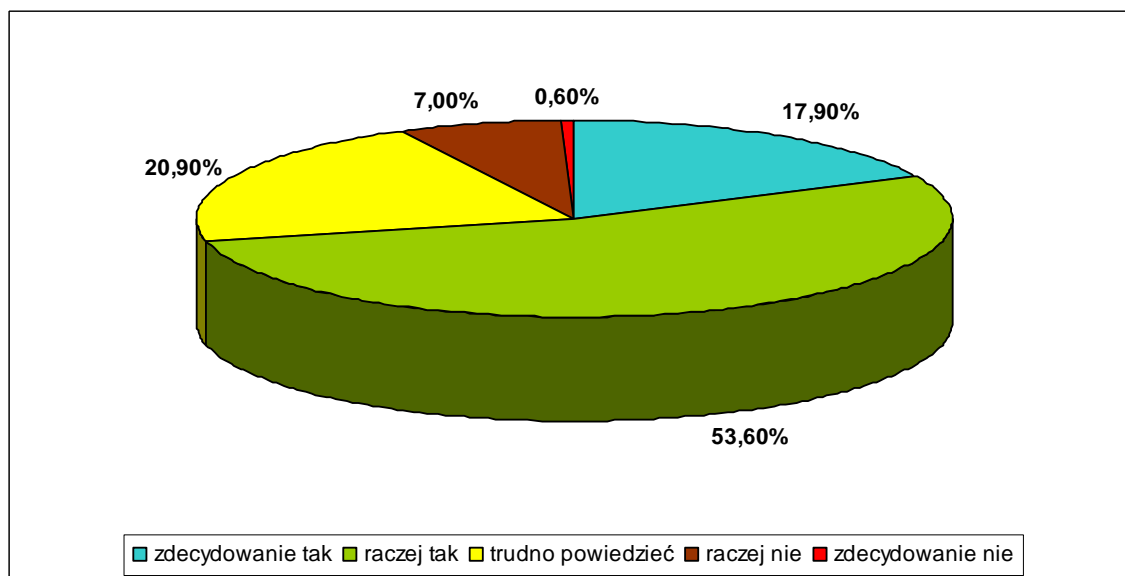
Przedmiotem badania stały się także przeszkody, które potencjalnie mogą utrudniać zakładom opieki zdrowotnej zdobycie akredytacji. Respondenci, którzy dysponowali wiedzą odnośnie certyfikatów (N=330), zostali zapytani, czy trudno jest uzyskać taką akredytację. Wyniki są interesujące. Odpowiedzi twierdzące, sugerujące takie właśnie stanowisko, wybierane były przez zdecydowaną większość badanych (ogółem 71,50 proc., N=236). Przeciwnego zdania było tylko 7,60 proc. respondentów (N=25), z czego 7,0 proc. (N=23) wskazało kategorię „raczej nie” a 0,6 proc. (N=2) „zdecydowanie nie”. Wśród badanych dominowało zatem przekonanie, że uzyskanie akredytacji jest trudne. Spora część respondentów (N=69) wskazała kategorię „trudno powiedzieć”. Były to zapewne osoby, których wiedza na temat akredytacji jest dość powierzchowna. Nie chciały zatem formułować jednoznacznych ocen w tym względzie. Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 21.

⁵ Czterech respondentów stwierdziło natomiast, że procedurę należy wydłużyć, dwóch zaś zaznacza kategorię „trudno powiedzieć”.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 21. Czy trudno jest uzyskać zakładom opieki zdrowotnej akredytację? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

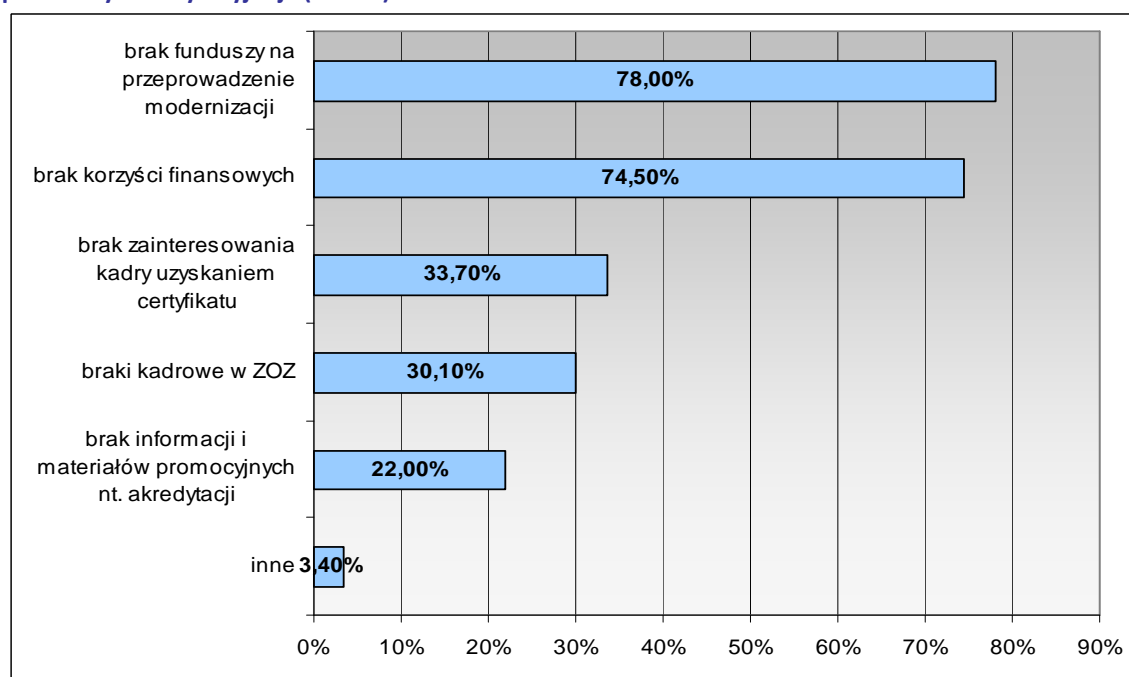
Badani w większość byli przekonani, że uzyskanie certyfikatu jest trudne. Sprawia to, że w rozważaniach konieczne stało się uwzględnienie dodatkowej kwestii. Wszyscy respondenci ze zbiorowości osób (N=330), które miały wiedzę na temat certyfikatów, zostali zapytani, czy istnieją jakieś bariery, które uniemożliwiają bądź utrudniają zakładom opieki zdrowotnej przystąpienie do procedury akredytacyjnej. Dwie trzecie respondentów (61,50 proc., N=203) odpowiedziało na nie twierdząco. Tylko 14,50 proc. badanych (N=48) uważało, że nie istnieją żadne bariery, które by uniemożliwiały bądź utrudniały zakładom opieki zdrowotnej przystąpienie do omawianej procedury. Ponownie sporą grupę stanowiły osoby, które wskazywały kategorię „trudno powiedzieć” (23,90 proc., N=79). Jakiego rodzaju są to bariery? To pytanie zostało skierowane do tych respondentów, którzy zadeklarowali wcześniej, że takie utrudnienia występują bądź wybrali kategorię „trudno powiedzieć”. Ogółem grupa ta liczy 282 osoby. Respondenci mieli możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi, swoją uwagę zwracali jednak na dwie zasadnicze bariery. Obie miały odmienny charakter. Po pierwsze, badani w zdecydowanej większości (N=220) sugerowali, że taką barierą pozostaje brak środków finansowych na dostosowanie szpitala do standardów akredytacyjnych. Jak widać, problem ten był wielokrotnie podejmowany przez zarządzających zakładami opieki zdrowotnej. Bariera ta ma obiektywny charakter, w tym sensie, że jest niezależna od chęci przystąpienia do procedury przez szpital. Po drugie, zdecydowana większość respondentów (N=210) stwierdzała także, że posiadanie certyfikatu przez zakład opieki zdrowotnej nie wiąże się z żadnymi finansowymi korzyściami. Był to argument często powtarzany przez badanych. Bariera ta ma subiektywny charakter, w tym sensie, że pozostaje zależna od woli osób zarządzających szpitalami. Wynika ze wspomnianej już kalkulacji potencjalnych kosztów i zysków. W opinii tych respondentów, w przypadku certyfikacji te pierwsze zdają się górować nad drugimi. Niemniej istotne okazały się inne bariery wymieniane przez respondentów. Dwie z nich odnosiły się do personelu zatrudnianego w zakładach opieki zdrowotnej. Co trzeci badany (N=95) zauważał, że pracownicy nie są zainteresowani uzyskaniem przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego. Podobna ilość respondentów (N=85) stwierdzała, że w ich zakładach występują braki kadrowe, które uniemożliwiają wypełnienie obowiązujących standardów. Pewną barierą dla niektórych osób okazał się także zbyt



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

mały zakres działań promujących certyfikaty. Co piąty badany (N=62) z tej zbiorowości stwierdzał, że problemem jest brak działań informacyjnych w tym względzie. Warto zauważyć, że grupa respondentów, która podnosiła tę kwestię, liczy tyle, co zbiorowość badanych wskazujących w różnych częściach kwestionariusza kategorię – „trudno powiedzieć”. Szczegółowe dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 22.

Wykres nr 22. Jakie bariery uniemożliwiają bądź utrudniają zakładom opieki zdrowotnej przystąpienie do procedury akredytacyjnej? (N=330)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Respondenci (N=330) zostali zapytani, jakiego rodzaju rozwiązania należy wprowadzić, aby tego rodzaju bariery wyeliminować. Zaproponowane przez nich działania odnosiły się do wcześniej zidentyfikowanych problemów, stanowiły de facto ich lustrzane odbicie. Dwa rozwiązania okazały się szczególnie istotne. Po pierwsze, zdecydowana większość respondentów (86,20 proc., N=243) uważała, że należy zapewnić akredytowanym szpitalom możliwość uzyskania większego kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozwiązanie to miałyby sprawić, że z posiadaniem certyfikatu będą wiązać się określone gratyfikacje finansowe, a nie tylko prestiżowe. Po drugie, zdecydowana większość respondentów (80,10 proc., N=226) opowiadała się także za przyznaniem dodatkowych środków finansowych na przeprowadzenie modernizacji zakładów opieki zdrowotnej. Dzięki temu, poszczególne placówki miałyby możliwość dostosować swoje funkcjonowanie do obowiązujących standardów akredytacyjnych. Rozwiązanie to stanowiło odpowiedź na jedną ze zidentyfikowanych barier. Odwoływało się do deklarowanego przez respondentów braku środków na dokonywanie zmian w zakładach⁶. Inne rozwiązania wydały się równie istotne. Ponad połowa badanych (58,20 proc., N=164) wskazała, że konieczne jest przyznanie dodatkowych środków Centrum Monitorowania

⁶ Pewnym rozwiązaniem tej sytuacji wydaje się zastosowanie odpowiednich bodźców finansowych, w tym: bezpośrednich (w postaci grantów modernizacyjnych, niskooprocentowanych pożyczek, subsydiów) oraz pośrednich (np. zwolnień fiskalnych).

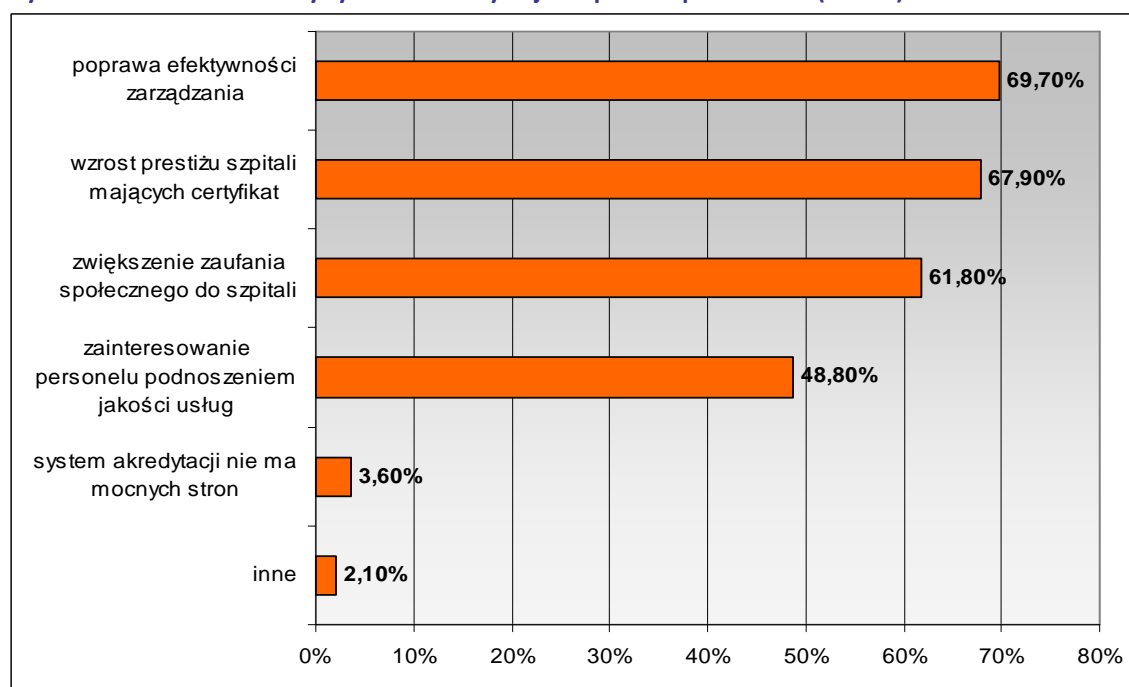


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Jakości na przeprowadzanie akredytacji. Prawie połowa zaś (42,90 proc., N=121) sugerowała, że niezbędne są fundusze na zwiększenie zasobów kadrowych w szpitalach, zakładach opieki zdrowotnej. Dla co piątego respondenta (22,30 proc., N=63), istotne znaczenie miało upowszechnienie informacji na temat akredytacji.

Przedmiotem rozważań w ramach badania stały się także mocne i słabe strony funkcjonowania systemu akredytacji. Pytania w tym względzie kierowane były do tych respondentów, którzy posiadali wiedzę dotyczącą certyfikatów (N=330). Odpowiadając mogli wskazać więcej niż jedną kategorię. Jeżeli chodzi o mocne strony, to badani zwracali uwagę przede wszystkim na trzy elementy. W wyniku akredytacji następuje ich zdaniem: poprawa efektywności zarządzania w szpitalach posiadających certyfikat (N=230), wzrost prestiżu tych placówek (N=224), wzrost zaufania społecznego do omawianych zakładów opieki zdrowotnej (N=204). Prawie połowa respondentów (N=161) stwierdziła także, że działania ukierunkowane na jakość mają wpływ na wzrost zaangażowania personelu w świadczenie usług na wysokim poziomie. Jeśli chodzi o słabe strony natomiast, to badani zdecydowanie najczęściej (N=286) wskazywali na to, że certyfikat nie pociąga za sobą wymiernych korzyści finansowych dla zakładów opieki zdrowotnej. Nieco rzadziej zwracali uwagę na inne kwestie, w tym: trzyletni okres ważności certyfikatu (N=99), niewystarczający poziom wsparcia ze strony Centrum Monitorowania Jakości (N=70), zbyt długi czas, jaki upływa od rekrutacji do wizytacji szpitala (N=59), zniesienie akredytacji warunkowej (N=59). Dane dotyczące mocnych i słabych stron systemu akredytacji zostały odzwierciedlone na poniższych wykresach.

Wykres nr 23. Mocne strony systemu akredytacji w opinii respondentów (N=330)

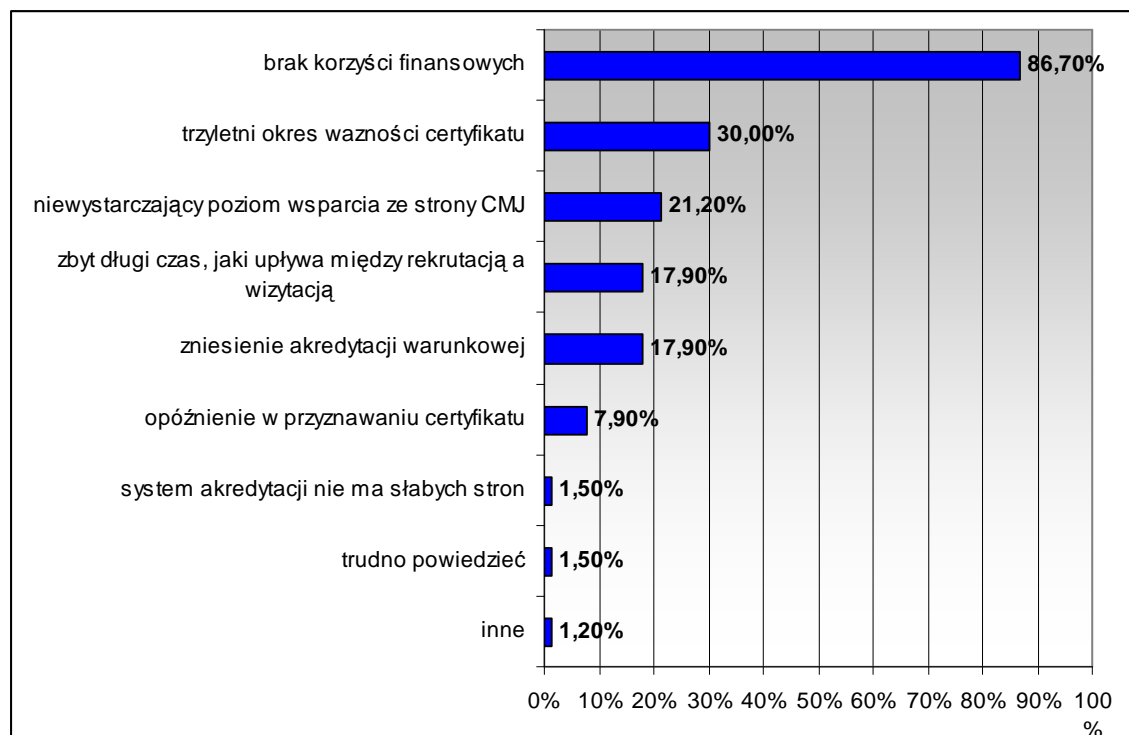


Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 24. Słabe strony systemu akredytacji według respondentów (N=330)



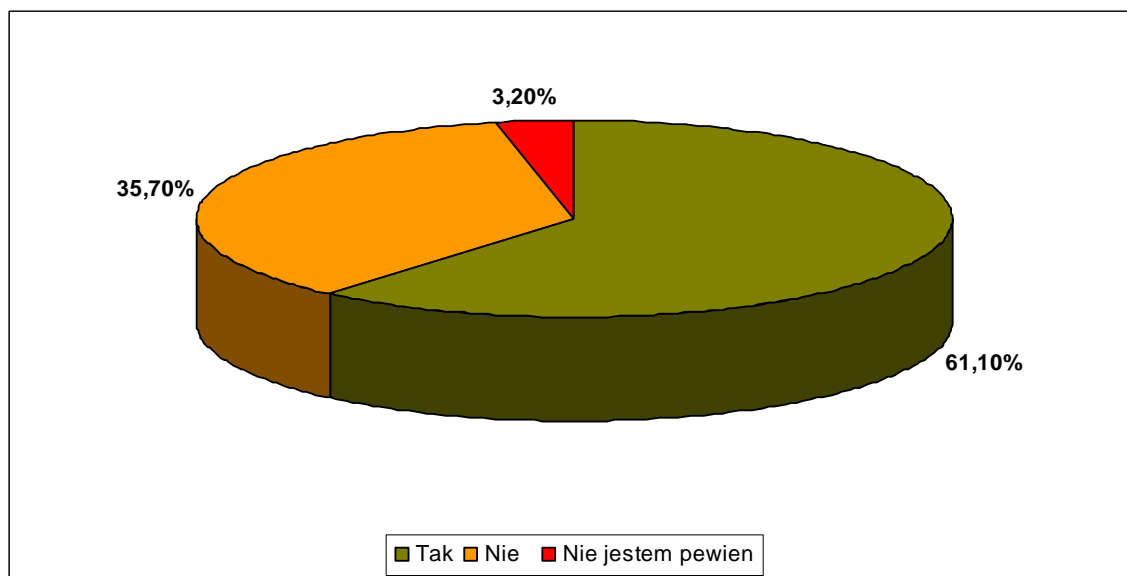
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Wszyscy respondenci (N=406) zostali zapytani także, czy w ich zakładzie opieki zdrowotnej wprowadzone są normy ISO. Kwestia ta odgrywa istotną rolę w rozważaniach. Niektórzy uczestnicy indywidualnych wywiadów pogłębionych zwracali uwagę, że można mówić o pewnej konkurencji pomiędzy systemem ISO a systemem akredytacji upowszechnianym przez Centrum Monitorowania Jakości. Stwierdzali przy tym, że pierwszy z nich jest bardziej rozpoznawalny. W konsekwencji, rozpowszechnienie systemu ISO, jego znajomość mogą stanowić pewne zagrożenie dla osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Należy jednak pamiętać, że system akredytacji nie pozostaje na przegranej pozycji. W końcu, ma on stricte medyczny charakter, ukierunkowany jest na poprawę jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Respondenci badania CAWI wskazali w większości (N=248), że w ich placówce wprowadzone są normy ISO. Przeciwną deklarację formułował co trzeci badany (N=145). Dane w tym względzie zostały przedstawione na wykresie nr 25.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 25. Czy w Pana/i zakładzie opieki zdrowotnej wprowadzone są normy ISO? (N=406)



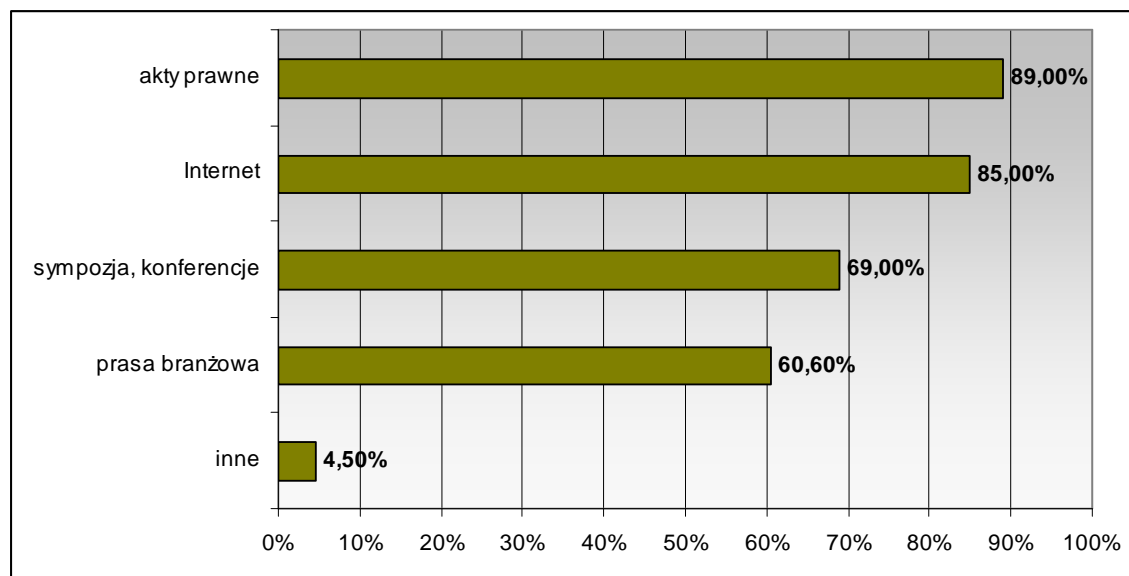
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Na koniec należy wskazać, że na podstawie wyników badania dało się także zidentyfikować obszary, w ramach których konieczne wydaje się podjęcie pewnych działań, tak by możliwe było osiągnięcie przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźnika rezultatu. Najbardziej istotnym z nich pozostaje kwestia promocji akredytacji. Mimo, że wiedza na temat certyfikatów jest stosunkowo powszechna, to nadal wiele osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej nie ma informacji w tym względzie. Dowodem na to są wyniki zrealizowanego badania. Oznacza to, że konieczne jest przeprowadzenie pewnych działań informacyjnych zorientowanych na tę właśnie grupę odbiorców. Niezbędne staje się w tym przypadku ustalenie kanałów, za pomocą których wiedza na temat akredytacji może być upowszechniana. W ramach badania wszystkim respondentom zostało zadane pytanie, z jakich źródeł czerpią wiedzę na temat systemu ochrony zdrowia. Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Zdecydowana większość z nich wskazała dwa podstawowe źródła informacji. Były to: akty prawne (N=349) oraz Internet (N=345). Istotnym źródłem wiedzy pozostawały także sympozja oraz konferencje. Wskazała je dwie trzecie badanych (N=280). Dużą popularnością cieszyła się również prasa branżowa (N=246). W tym przypadku informacje uzyskiwane były przede wszystkim z takich pism jak: „Rynek Zdrowia” (N=127), „Menadżer Zdrowia” (N=60), „Służba Zdrowia” (N=53), „MED-INFO” (N=41), „Puls Medycyny” (N=29), „Gazeta Lekarska” (N=25), „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” (N=16), „Medycyna Praktyczna” (N=14), „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” (N=11). Dane dotyczące wykorzystywanych przez badanych źródeł informacji o systemie ochrony zdrowia zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 26. Z jakich źródeł respondenci uzyskują informacje o systemie ochrony zdrowia? (N=406)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Przeprowadzenie dodatkowych kampanii informacyjnych wśród osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, a także wśród środowiska medycznego, wydaje się konieczne. Dane pochodzące z badania pokazały bowiem, że nadal część osób zaangażowanych w kierowanie placówkami ochrony zdrowia nie posiada wiedzy o akredytacji bądź ich wiedza jest powierzchowna.

Podsumowanie

Podsumowując, większość badanych, reprezentujących zakłady opieki zdrowotnej, dysponowała wiedzą na temat certyfikatów. Sam proces akredytacji przynosi w opinii respondentów korzyści zarówno dla szpitali jak i dla pacjentów. Badani podkreślali jednak, że w przypadku zakładów opieki zdrowotnej ta gratyfikacja ma przede wszystkim charakter prestiżowy. Jak wynika z analizy odpowiedzi udzielanych w ramach kwestionariusza internetowego, respondenci byli świadomi korzyści stanowiących rezultat pozyskania certyfikatu przez zakład opieki zdrowotnej. Zwracali uwagę, że szpitale nim dysponujące realizują usługi medyczne na wysokim poziomie, są bezpiecznymi, dobrze zorganizowanymi placówkami. Pewne korzyści odnoszą się także do personelu, który integruje się wokół celu, jakim jest pozyskanie akredytacji. Mimo świadomości tych zysków, pewną barierą, utrudniającą bądź uniemożliwiającą przystąpienie do całej procedury, pozostaje brak środków finansowych. Nie chodzi przy tym o pieniądze związane z realizacją wizytacji akredytacyjnych, te bowiem są finansowane w ramach projektu systemowego. Podstawowym problemem pozostaje przygotowanie placówki do wypełnienia standardów akredytacyjnych. Modernizacja szpitali wymaga zaś odpowiednich funduszy. **Wydaje się zatem, że mimo deklaratywnego zainteresowania akredytacją, proces ten będzie natrafiać na pewne bariery, w szczególności, gdy pojawi się konieczność finansowania go z własnych środków. Kalkulacje poszczególnych szpitali, uwzględniające potencjalne korzyści (prestiż) oraz koszty (związane z modernizacją), mogą wówczas okazać się niekorzystne. Taka sytuacja będzie miała negatywny wpływ na możliwość osiągnięcia przez beneficjenta systemowego wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu. Konieczne staje się zatem przeciwdziałanie tym problemom. Po pierwsze,**



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

należy podjąć działania na rzecz finansowego premiowania szpitali posiadających akredytację. Pewnym rozwiązaniem w tym względzie pozostaje wprowadzenie zróżnicowanej wyceny punktu rozliczeniowego dla szpitali posiadających certyfikat. Dodatkowo warto rozważyć model 3-stopniowego podziału akredytowanych szpitali i powiązanie tych grup z różną wyceną punktu rozliczeniowego. Po drugie, konieczne wydaje się przeprowadzenie strategii marketingowych skierowanych do kadry zarządzającej szpitalami. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej, które dysponują już akredytacją, ważne jest podtrzymanie zainteresowania odnowieniem certyfikatu. Jeśli chodzi zaś o placówki jej nie posiadające, to niezbędne wydaje się przeprowadzenie działań marketingowych zmierzających do zwiększenia zainteresowania akredytacją.

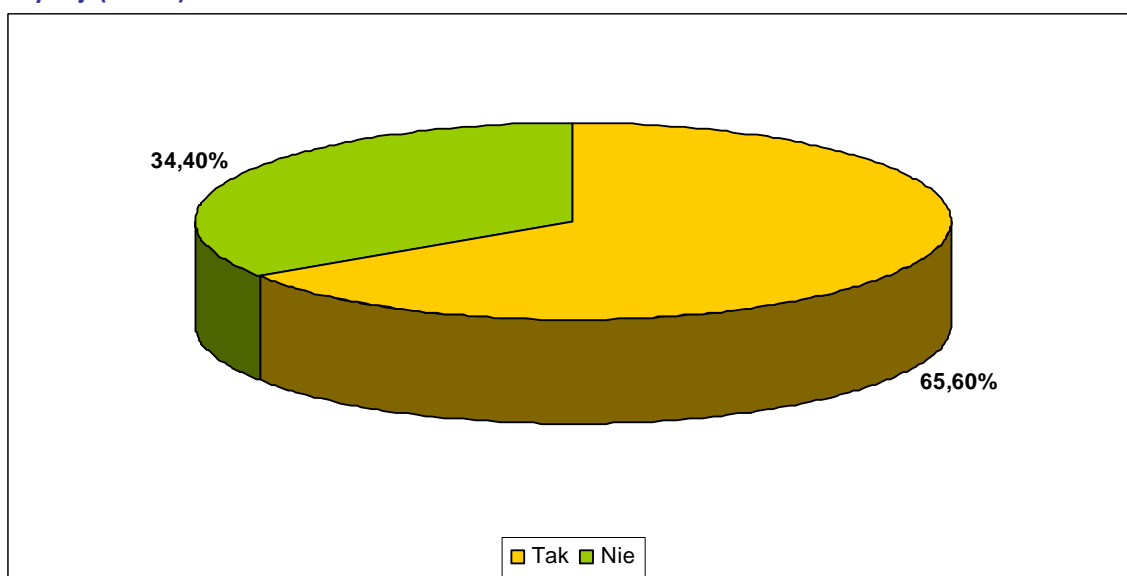


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Rozdział IV. Proces akredytacji zakładów opieki zdrowotnej w opinii osób przebywających w szpitalach dysponujących certyfikatem

W ewaluacji, której rezultatem jest niniejsze opracowanie, zostało uwzględnione także badanie osób (w tym pacjentów) przebywających na terenie szpitali dysponujących aktualnym certyfikatem akredytacji, nie będących członkami personelu⁷. Działanie to realizowane było za pomocą wywiadu kwestionariuszowego (PAPI). Jego przedmiotem stała się wiedza tych osób o akredytacji, jej wpływie na funkcjonowanie szpitali oraz możliwych korzyściach wynikających z uzyskania certyfikatu. Samo badanie miało określoną strukturę. Na wstępie ankietier realizujący wywiad upewniał się, że szpital, w którym ma przeprowadzać wywiady, posiada aktualny certyfikat akredytacji. Etap ten został odzwierciedlony w strukturze wywiadu w postaci pytania filtrującego. Następnie ankietier stwierdzał, czy przy bramie do szpitala, na fasadzie budynku czy w holu głównym znajduje się informacja (w formie tablicy, plakatu), że dana placówka posiada certyfikat akredytacji. Wyniki uzyskane w ramach tego etapu pozostają zaskakujące. Wydawać się może, że szpitale powinny być zainteresowane upowszechnianiem informacji na temat wysokiej jakości świadczonych w nich usług. Takie podejście nie jest jednak charakterystyczne dla wszystkich placówek. Z obserwacji ankietierów wynikało, że tylko w przypadku 65,60 proc. (N=210) szpitali udało się zidentyfikować w widocznym miejscu informacje o dysponowaniu przez daną jednostkę certyfikatem. W tym przypadku, sformułowanie „tylko” wydaje się jak najbardziej zasadne. W zasadzie wszelkie szpitale powinny upowszechniać informację w tym względzie, zwłaszcza, że certyfikat potwierdza wysoką jakość świadczonych w nich usług medycznych. W co trzeciej placówce (N=110) ankietierom nie udało się zidentyfikować żadnej tablicy czy plakatu wskazującego, że dana jednostka pozytywnie przeszła proces oceny akredytacyjnej. Dane w tym względzie zostały przedstawione na wykresie nr 27.

Wykres nr 27. Obecność w widocznym miejscu informacji wskazujących, że szpital dysponuje certyfikatem akredytacji (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

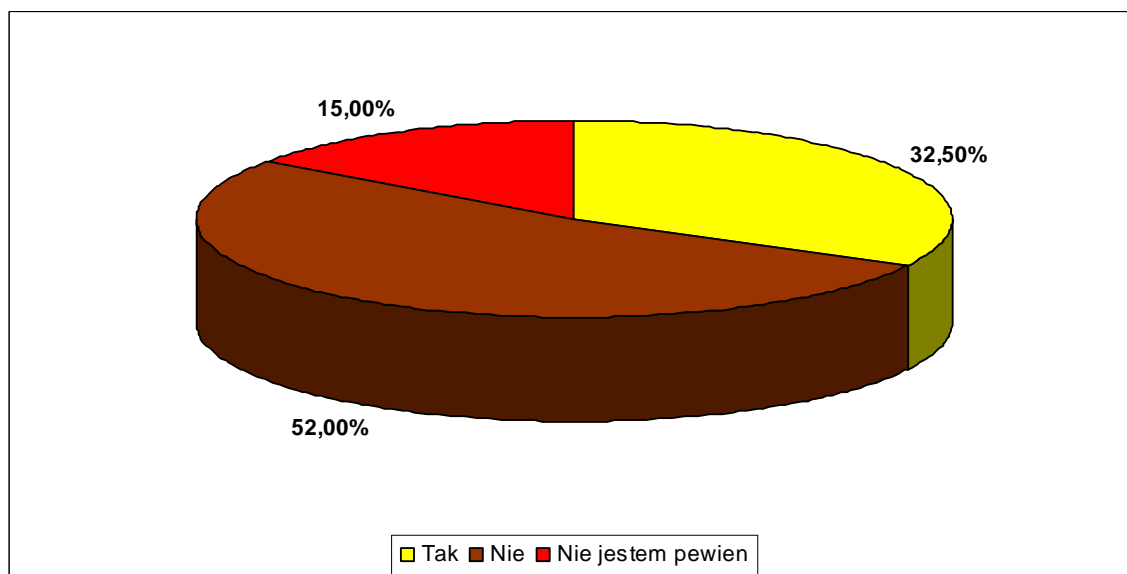
⁷ Ogółem w badaniu wzięło udział 320 respondentów. Więcej informacji odnośnie wielkości i struktury próby – zob. *Wprowadzenie. Prezentacja stanowiska metodologicznego*.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Na kolejnym etapie badania ankieteryzy przechodzili do realizacji wywiadu już bezpośrednio z osobami przebywającymi w szpitalach. Na wstępie zostało zadane im następujące pytanie: *Czy wie Pan/i, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację?* Odpowiedzi respondentów sugerują, że wiedza o akredytacji nie jest powszechna. Tym bardziej istotne wydaje się zatem jej upowszechnianie poprzez umieszczanie tablic, plakatów informacyjnych w ramach szpitali. Tylko co trzeci badany (N=104) formułował pozytywną odpowiedź na to pytanie. Ponad połowa (N=168) nie wiedziała, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację. Zaskakująco wysoki był też odsetek odpowiedzi „nie jestem pewien”. Wskazało je 15 proc. respondentów (N=48). Być może wynikało to z samego kontekstu, w jakim realizowane było badanie. Niektórzy respondenci nie chcieli z jednej strony wyjść na niekompetentnych, z drugiej strony obawiali się dokładniejszych pytań. W takiej sytuacji nie formułowali jednoznacznych odpowiedzi. Dane dotyczące wiedzy badanych na temat możliwości uzyskiwania przez szpitale akredytacji zostały przedstawione na wykresie nr 28.

Wykres nr 28. Czy wie Pan/i, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację? (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

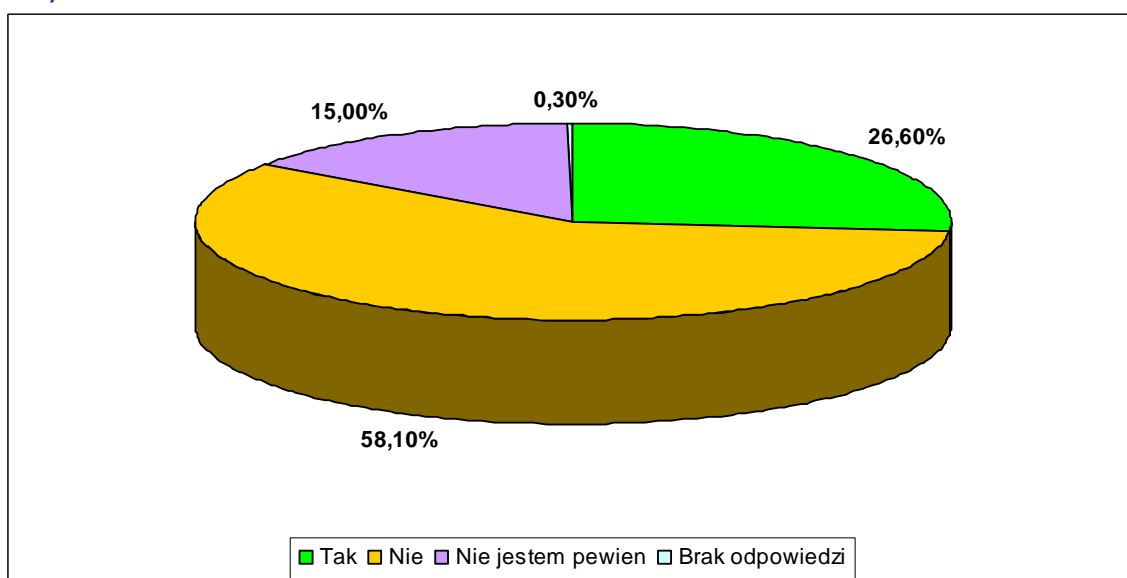
W trakcie wywiadu badani zostali spytani, czy wiedzą czym jest akredytacja (system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej). Twierdzącą odpowiedź w tym względzie formułował co czwarty respondent (N=48). Ponad połowa stwierdziła, że nie ma wiedzy na temat tego, czym jest akredytacja. Ponownie 15 proc. badanych wskazało odpowiedź – „nie jestem pewien”. Jak widać, wiedza na temat możliwości ubiegania się przez szpital o akredytację nie musi oznaczać, że osoba posiada informacje na temat samego procesu. Różnica pomiędzy odpowiedziami respondentów nie była jednak znacząca. Co trzeci respondent (32,50 proc.) dysponował wiedzą odnośnie możliwości ubiegania się przez szpitale o certyfikat akredytacji, co czwarty zaś (26,60 proc.) wiedział, czym jest akredytacja (różnica 5,90 punktów proc.). Dane te dają podstawę do sformułowania pewnych wniosków. Ponad połowa respondentów nie wiedziała, czym jest akredytacja, ani o możliwościach z nią związanych. Populację tę można określić mianem „zbiorowości pozbawionej informacji”. Jej przeciwieństwem pozostają badani, którzy dysponowali wiedzą o samej akredytacji oraz o tym, że szpitale mogą się ubiegać o certyfikat poświadczający jakość realizowanych w nich usług. Populację tę



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

można określić mianem „zbiorowości poinformowanej”. Należał do niej co czwarty respondent. Trzecią zbiorowość stanowili badani, którzy wiedzieli, że szpitale mogą ubiegać się o akredytację, nie mieli natomiast informacji na temat tego, czym akredytacja jest. Ta populacja respondentów była nieznaczną, można ją określić mianem „zbiorowości niedoinformowanej”. Tworzyło ją prawie 6 proc. badanych. W końcu ostatnią zbiorowość konstituowali respondenci, którzy nie potrafili się ustosunkować do przedmiotu badania i wskazywali odpowiedź „nie jestem pewien”. Populację tę tworzyło 15 proc. osób biorących udział w wywiadach kwestionariuszowych. Dane dotyczące wiedzy respondentów na temat akredytacji zostały przedstawione na wykresie nr 29.

Wykres nr 29. Czy wie Pan/i czym jest akredytacja? (system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej) (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

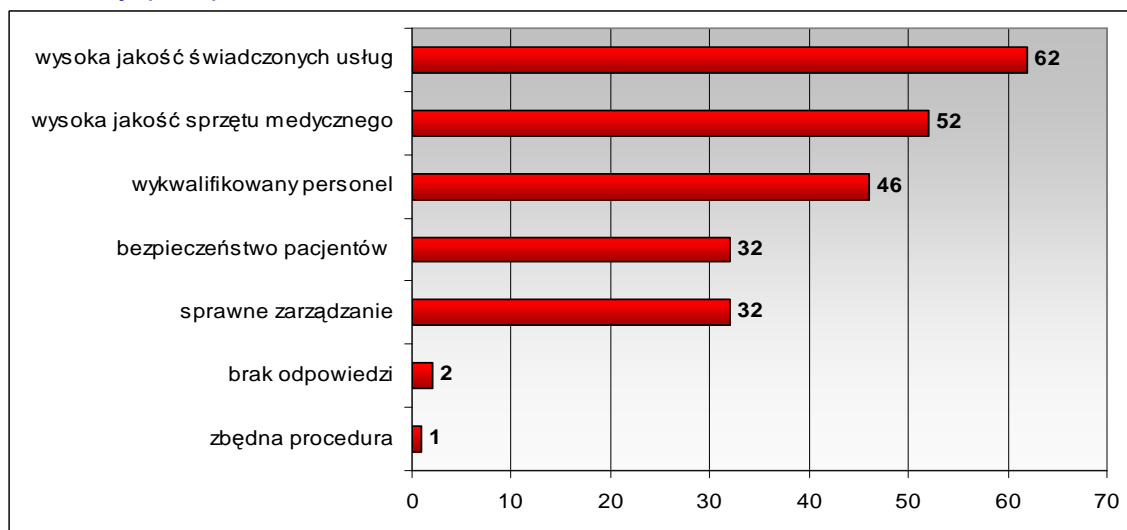
Ci, którzy stwierdzili, że posiadają wiedzę na temat akredytacji (N=85), zostali poproszeni przez ankietera o wskazanie, z czym kojarzy im się posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital czy zakład opieki zdrowotnej. Respondenci mieli możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi w tym względzie. Należy stwierdzić, że ich sugestie pozostawały trafne. Badani najczęściej wskazywali, że posiadanie przez szpital certyfikatu oznacza wysoką jakość świadczonych w nich usług. Taką opinię wyraziło 62 respondentów na 85, którzy odpowiadali na to pytanie. Posiadanie przez szpital czy zakład opieki zdrowotnej certyfikatu akredytacji kojarzyło się także z wysoką jakością sprzętu używanego w danej placówce. Taki punkt widzenia był przyjmowany przez 52 badanych. Niektórzy respondenci wiązali kwestię akredytacji z kwalifikacjami personelu medycznego zatrudnionego w szpitalu bądź zakładzie opieki zdrowotnej. W ich przekonaniu certyfikat potwierdza wysokie kompetencje osób pracujących w danej placówce. Taką opinię formułowało ogółem 46 badanych. Niektórzy respondenci wiązali kwestię akredytacji z bezpieczeństwem pacjentów. Po części stanowiło to konsekwencję wcześniej wymienionych zagadnień. Skoro bowiem szpital czy zakład opieki zdrowotnej cechuje wysoka jakość świadczonych usług medycznych oraz wysokie kwalifikacje personelu, a sama placówka dysponuje profesjonalnym sprzętem, to wzrasta zarazem bezpieczeństwo pacjentów. Taki punkt widzenia był przyjmowany przez 32 badanych. Dla niektórych respondentów, posiadanie przez szpital czy zakład opieki



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

zdrowotnej certyfikatu akredytacji oznaczało, że dany podmiot jest sprawnie zarządzany. Opinię taką formułowało 32 badanych. Tylko jeden respondent stwierdził, że sam proces akredytacji jest zbędną procedurą. Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 30.

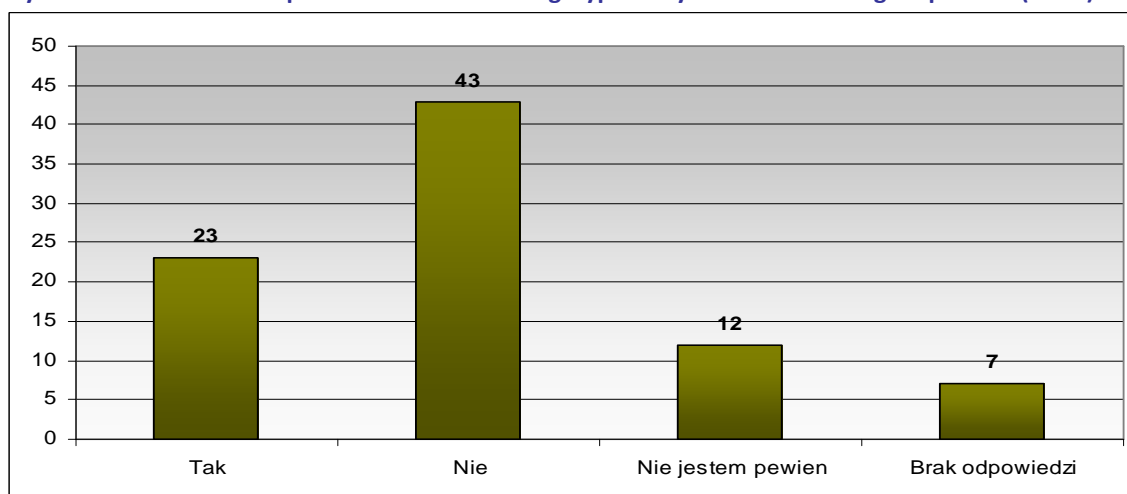
Wykres nr 30. Z czym Panu/i kojarzy się posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital/zakład opieki zdrowotnej? (N=85)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Badani (N=85), którzy wcześniej zadeklarowali, że posiadają wiedzę odnośnie akredytacji, zostali zapytani o to, czy znany jest im logotyp certyfikatu nadawanego szpitalom. Odpowiedzi wydają się interesujące. Większość tych respondentów (N=43) stwierdziła, że nie ma wiedzy na temat wyglądu logotypu. Tylko co czwarty badany z tej grupy (N=23) formułował przeciwną opinię. Dane w tym względzie zostały przedstawione na wykresie nr 31.

Wykres nr 31. Wiedza respondentów na temat logotypu certyfikatu nadawanego szpitalom (N=85)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Respondenci (N=35), którzy stwierdzili, że znają logotyp właściwy dla certyfikatu akredytacji bądź wybrali we wcześniejszym pytaniu kategorię „nie jestem pewien”, zostali poproszeni o jego wskazanie. Kwestia ta była istotna, pozwalając bowiem wskazać, na ile deklarowana przez badanych wiedza pozostaje adekwatna do rzeczywistości. Respondentom przedstawiono trzy logotypy: certyfikat akredytacji (nr 1), ISO (nr 2) oraz certyfikat „Najwyższej jakości w medycynie”, nadawany przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Badań nad Jakością (nr 3). Zostały one przedstawione poniżej.

Schemat nr 1. Logotypy przedstawione respondentom podczas realizacji wywiadu

Logotyp nr 1



Logotyp nr 2



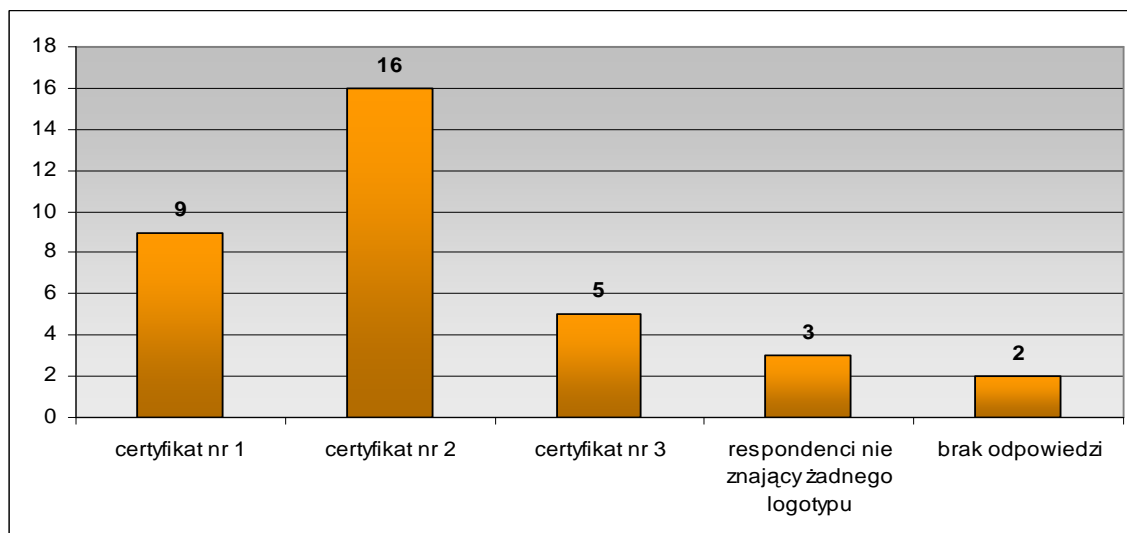
Logotyp nr 3



Źródło: na podstawie logotypów uwzględnionych w strukturze wywiadu.

Okazuje się, że wśród respondentów sugerujących znajomość logotypu omawianego certyfikatu (bądź zakładających, że mogą taką wiedzę posiadać), istniał pewien rozdźwięk pomiędzy deklaracjami a rzeczywistą znajomością znaku rozpoznawczego akredytacji. Spośród 35 respondentów, którym zostało zadane to pytanie, tylko 9 wskazało poprawną odpowiedź. Największa grupa badanych (N=16) stwierdzała, że logotypem właściwym dla certyfikatu akredytacji jest logotyp nr 2. Na znak nr 3 wskazało 5 respondentów. Trzech badanych nie znało żadnego z przedstawionych logotypów. Dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 32. Liczba respondentów wskazujących poszczególne certyfikaty (N=35)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

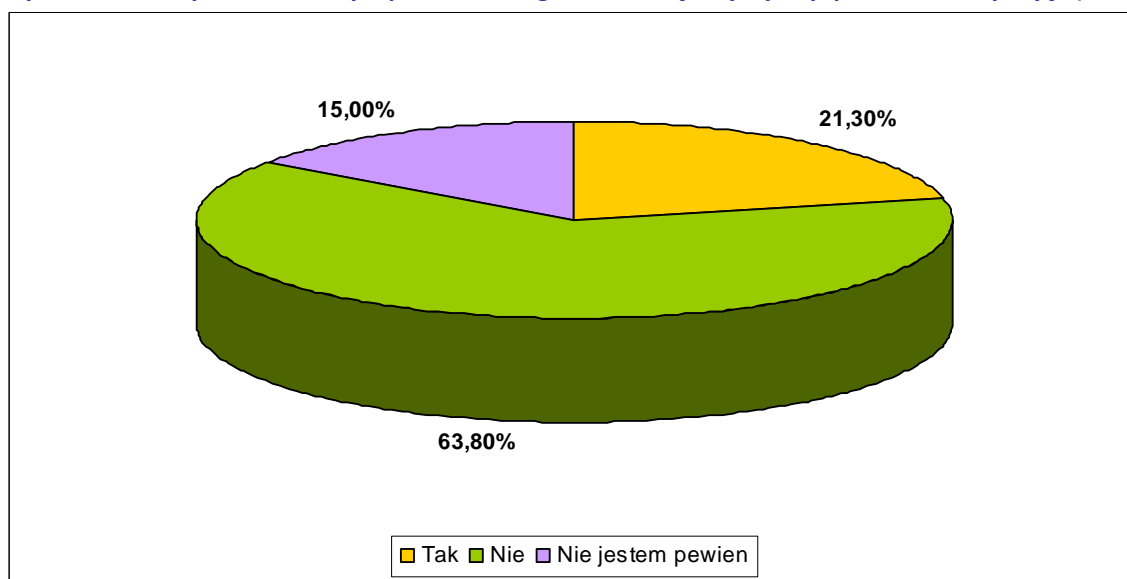


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Jak wynika zatem z badania, wiedza na temat logotypu właściwego dla certyfikatu akredytacji jest w rzeczywistości niewielka. Ogółem posiadała ją jedynie 2,80 proc. (N=9) spośród wszystkich osób uczestniczących w wywiadzie. Ci respondenci, którzy wskazali, że dysponują wiedzą na temat logotypu charakterystycznego dla omawianego certyfikatu, najczęściej mylili ten logotyp ze znakiem rozpoznawczym ISO.

W trakcie wywiadu wszystkim badanym zostało postawione następujące pytanie: *Czy wie Pan/i, czy szpital na którego terenie się znajdujemy, posiada akredytację?* Wszystkie placówki objęte badaniem dysponowały omawianym certyfikatem. Oznacza to, że górny limes twierdzących odpowiedzi na to pytanie wynosił 100 proc. Wyniki okazują się jednak mało optymistyczne. Sugerują, że w szpitalach, w których przebywali w trakcie badania respondenci, zawodzą działania promujące certyfikat akredytacji (a tym samym wysoką jakość usług świadczonych w danej placówce). Tylko co piąty badany (N=68) udzielał na wskazane pytanie twierdzącej odpowiedzi. Dwie trzecie respondentów (N=204) stwierdziła, że nie mają wiedzy w tym względzie. Dane te zostały przedstawione na wykresie nr 33.

Wykres nr 33. Czy wie Pan/i, czy szpital na którego terenie się znajdujemy, posiada akredytację? (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

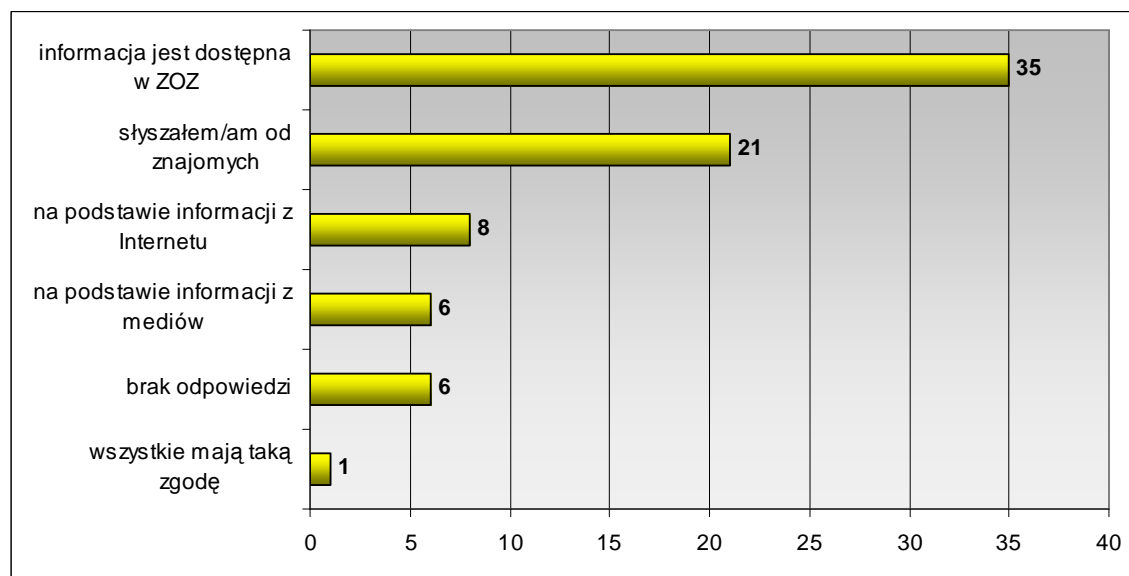
Dane zaprezentowane na wykresie warto skonfrontować z obserwacjami poczynionymi przez ankieterów na wstępnym etapie badania. Wynika z nich, że w prawie 66 proc. analizowanych placówek dało się zidentyfikować tablice bądź plakaty informujące o dysponowaniu przez dany szpital certyfikatem akredytacji. Odsetek osób zdających sobie sprawę z tego faktu był jednak znacznie mniejszy. Trudno jednoznacznie wskazać przyczyny leżące u podstaw tego zjawiska. Być może wynika to z faktu, że przyjęte formy upowszechniania informacji o posiadaniu przez szpital certyfikatu akredytacji są mało efektywne. Warto zadać zatem następujące pytanie: skąd pochodzi wiedza respondentów w tym względzie? Zostało ono uwzględnione w kwestionariuszu wywiadu. Badani mieli możliwość wskazania więcej niż jednego źródła informacji. Spośród 68 respondentów, którzy wiedzieli, że szpital dysponuje certyfikatem akredytacji, 35 pozyskało informację w tym względzie w samej placówce, 21 słyszało o tym od znajomych, 8 dowiedziało się z Internetu, 6



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

z innych mediów (radio, prasy, telewizji). Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 6 badanych, zdaniem jednego zaś wszystkie szpitale posiadają certyfikat akredytacji. Dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 34.

Wykres nr 34. Skąd respondenci pozyskują wiedzę, że szpital dysponuje certyfikatem akredytacji? (N=68)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Rozważając brak wiedzy respondentów na temat tego, czy szpital dysponuje certyfikatem akredytacji, należy wziąć pod uwagę całą złożoność kontekstu społecznego. Konieczne wydaje się w tym względzie zadanie następującego pytania: jakie czynniki decydują o tym, że osoba decyduje się na wybór określonego szpitala, zakładu opieki zdrowotnej? Wyróżnić można cztery sytuacje, w dwóch z nich wiedza o dysponowaniu przez dany podmiot certyfikatem akredytacji pełni istotną rolę:

- sytuacja pierwsza: osoba świadomie dokonuje wyboru szpitala (zakładu opieki zdrowotnej), który posiada certyfikat akredytacji. W tym przypadku certyfikat jest potwierdzeniem wysokiej jakości usług świadczonych w danej placówce. Pełni decydującą rolę w wyborze miejsca leczenia;
- sytuacja druga: osoba jest zainteresowana leczeniem w placówce, w której jakość usług medycznych jest wysoka. W swym wyborze kieruje się takimi czynnikami, jak: opinie znajomych, lekarzy prowadzących leczenie, itd. Bierze pod uwagę posiadanie przez daną placówkę certyfikatu akredytacji, choć pełni on w procesie podejmowania decyzji tylko rolę pomocniczą;
- sytuacja trzecia: osoba zainteresowana jest leczeniem w placówce, w której jakość usług medycznych jest wysoka. Nie ma jednak przekonania co do wartości wszelkich certyfikatów, ufa przede wszystkim opiniom formułowanym przez ważne dla niej osoby, w tym członkom rodziny, znajomym oraz lekarzom prowadzącym leczenie. W tym przypadku, certyfikat nie odgrywa żadnej roli w procesie podejmowania decyzji;
- sytuacja czwarta: osoba nie ma możliwości wyboru szpitali (np. jest ofiarą wypadku komunikacyjnego), jej możliwości są ograniczone bądź w ogóle nie przykłada wagi co do

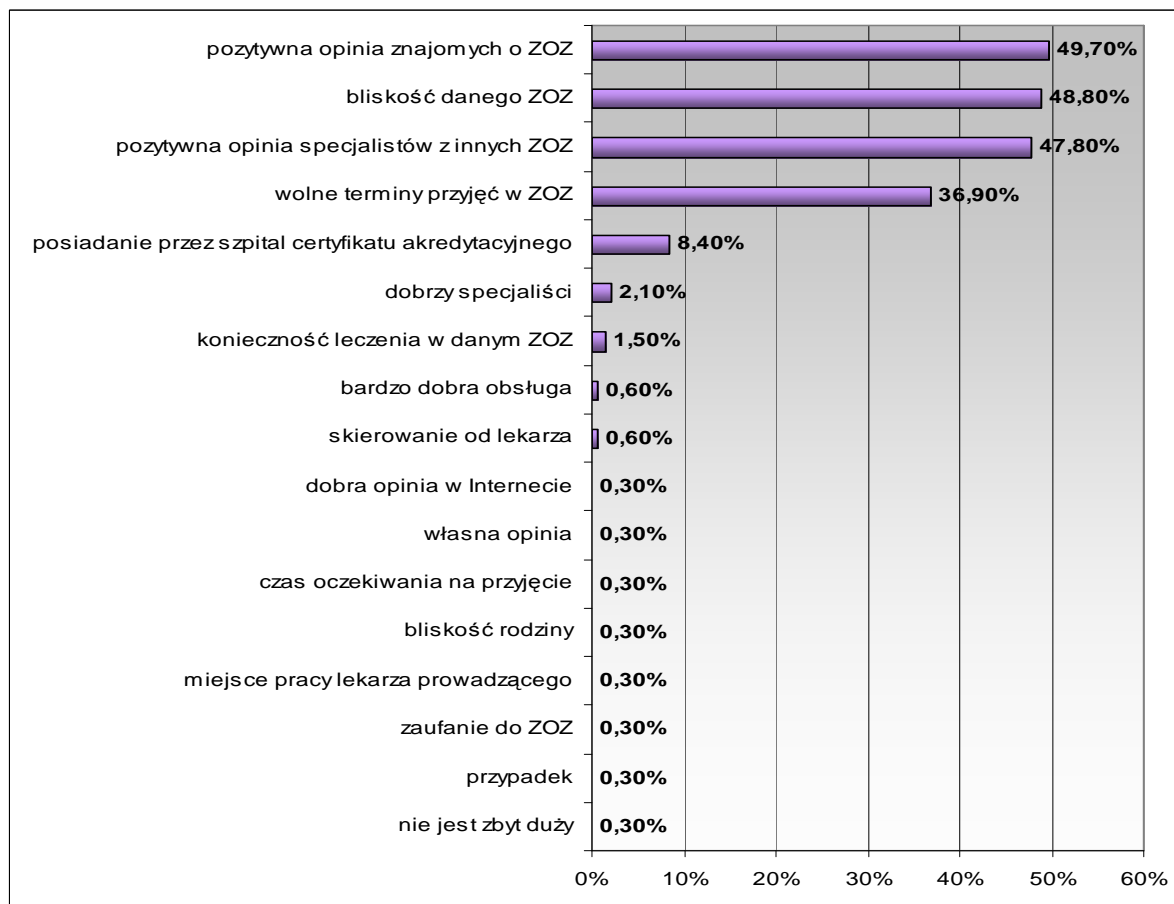


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

jakości leczenia. W tym przypadku certyfikat nie odgrywa żadnej roli w procesie podejmowania decyzji.

Pewnych informacji na temat czynników determinujących decyzję o wyborze zakładu opieki zdrowotnej dostarczyły wyniki badania. Wszystkim respondentom zostało zadane pytanie dotyczące tego zagadnienia. Badani mieli możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi. Okazuje się, że decydującą rolę w procesie podejmowania decyzji odgrywają cztery czynniki: pozytywna opinia znajomych o danym zakładzie opieki zdrowotnej (N=159), bliskość danego zakładu opieki zdrowotnej (N=156), pozytywna opinia specjalistów o danym zakładzie opieki zdrowotnej (N=153), wolne terminy przyjęć (N=118). Dopiero czwartym z kolejności czynnikiem jest posiadanie przez dany zakład opieki zdrowotnej certyfikatu akredytacji. Brało go pod uwagę 27 badanych. Jak widać zatem, opisana powyżej sytuacja pierwsza, w której rola certyfikatu odgrywa decydującą rolę w procesie podejmowania decyzji, występuje raczej rzadko. Wielokrotność wyboru odpowiedzi sprawiła, że nie było możliwe zidentyfikowanie czynnika najbardziej istotnego, zasadniczego. Uzyskane dane pozwalają jednak stwierdzić, że respondenci kierują się w swych wyborach przede wszystkim opinią osób, którym ufają (znajomi, lekarze) bądź pewną koniecznością (np. wolnymi terminami przyjęć), zaś kwestia certyfikatu pozostaje mniej (sytuacja druga) bądź bardziej istotna dla co dziesiątego badanego (8,40 proc.). Dokładne dane dotyczące omawianego zagadnienia przedstawiono na wykresie nr 35.

Wykres nr 35. Jakie czynniki bierze Pan/i pod uwagę wybierając zakład opieki zdrowotnej? (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

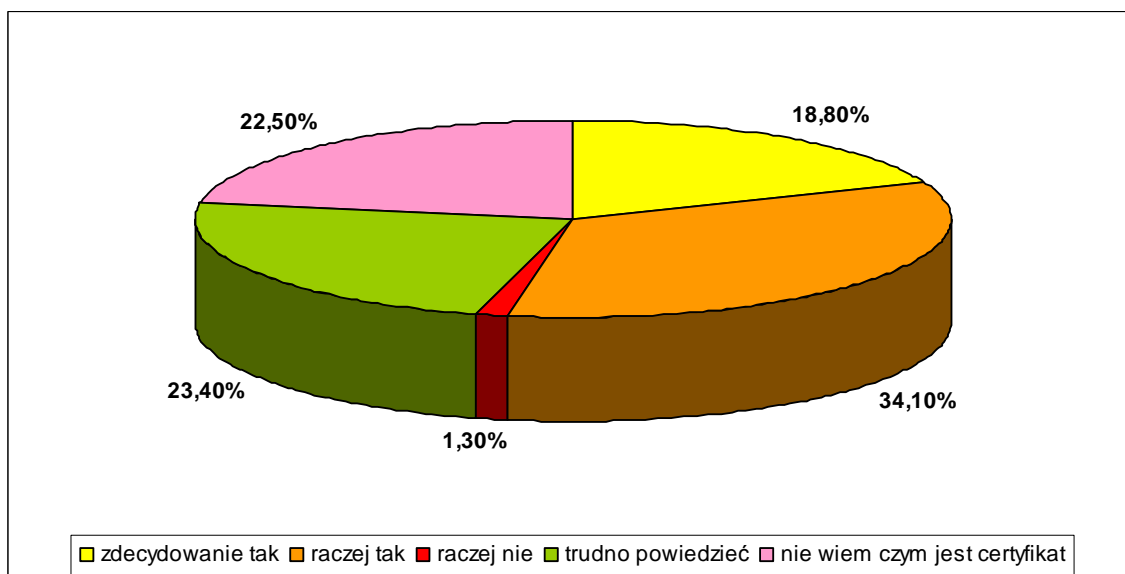


Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Odpowiedzi przedstawione na powyższym wykresie nie kwestionują jednak potrzeby upowszechniania wśród zwykłych obywateli informacji na temat certyfikatów akredytacji, posiadanych przez zakłady opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie. Warto zauważyć, że dla respondentów istotne okazały się m.in. takie czynniki, jak: „pozytywna opinia znajomych” oraz „pozytywna opinia specjalistów”. Oba terminy odnoszą się de facto do jakości usług medycznych świadczonych przez daną placówkę. W taki właśnie sposób można interpretować wyrażenie „pozytywna opinia”.

Sami badani zostali zapytani, czy posiadanie certyfikatu przynosi jakieś korzyści zakładowi opieki zdrowotnej. Znaczna część respondentów odpowiedziała twierdząco w tym względzie, w tym 18,80 proc. (N=60) wskazało odpowiedź „zdecydowanie tak” a 34,10 „raczej tak”. Co interesujące, badani rzadko formułowali opinie przeciwne. Tylko 1,30 proc. respondentów stwierdziło, że posiadanie certyfikatu akredytacji raczej nie przynosi zakładom opieki zdrowotnej korzyści. Warto zauważyć, że badani nie wyrażali w tym względzie opinii skrajnie negatywnych (odzwierciedlanych na poziomie kwestionariuszu za pomocą kategorii „zdecydowanie nie”). Istotny wpływ na odpowiedzi udzielane na to pytanie miała jednak powszechność (a raczej jej brak) wiedzy na temat akredytacji. Ponad połowa wszystkich respondentów wskazała bowiem kategorie „trudno powiedzieć” (23,40 proc.) oraz „nie wiem czym jest certyfikat” (22,50 proc.). Dane w tym względzie zostały przedstawione na wykresie nr 36.

Wykres nr 36. Czy posiadanie certyfikatu akredytacji przynosi korzyści zakładowi opieki zdrowotnej? (N=320)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

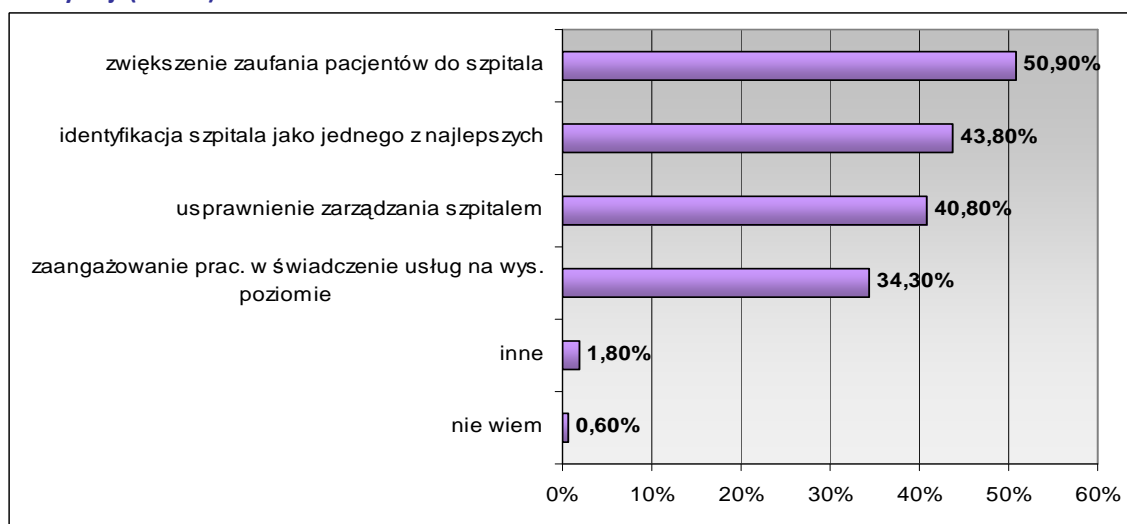
Badani (N=169), którzy stwierdzali, że posiadanie certyfikatu przynosi korzyści zakładom opieki zdrowotnej, byli następnie pytani, jakiego rodzaju korzyści mają na myśli. Mogli przy tym wskazać więcej niż jedną. Okazuje się, że w opinii ponad połowy respondentów z tej grupy (N=86) certyfikat zwiększa zaufanie pacjentów do zakładu opieki zdrowotnej. Dla prawie połowy badanych (N=74) pozwala natomiast identyfikować daną placówkę jako jedną z najlepszych. Znaczna część respondentów uważała także, że wśród potencjalnych korzyści należy wymienić: usprawnienie zarządzania zakładem opieki zdrowia (N=69) oraz zaangażowanie pracowników zakładu



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w świadczenie usług wysokiej jakości (N=58). Dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 37.

Wykres nr 37. Korzyści dla zakładów opieki zdrowotnej związane z posiadaniem przez nie certyfikatu akredytacji (N=169)



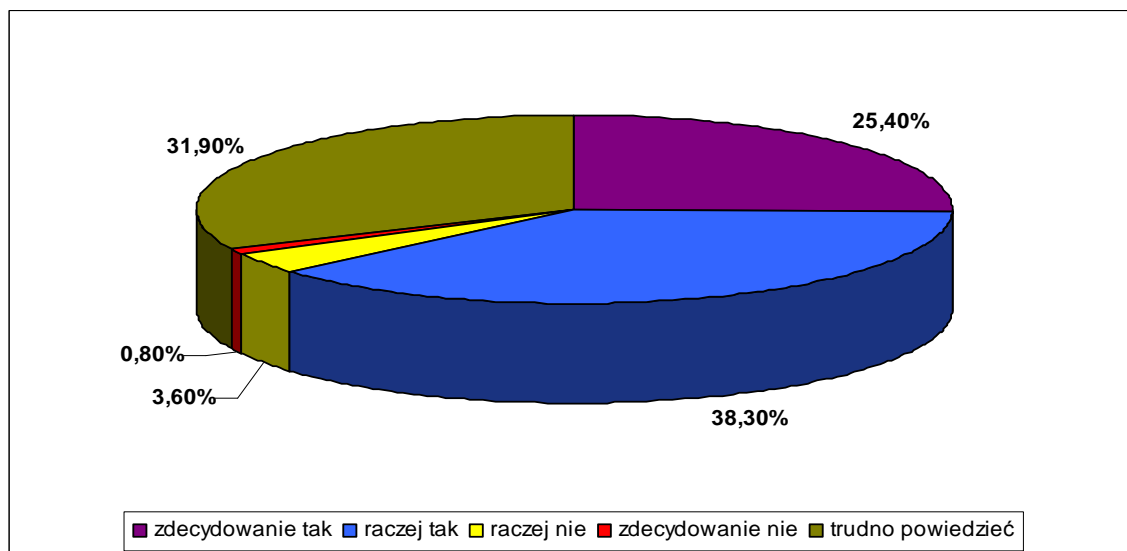
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Badani zostali zapytani także o to, jakie korzyści dla pacjenta wiążą się z posiadaniem przez dany zakład opieki zdrowotnej certyfikatu akredytacji. O wypowiedź w tym względzie poproszeni byli wszyscy respondenci, poza tymi, którzy wcześniej zadeklarowali, że nie wiedzą, czym jest omawiany certyfikat (ogółem 248 osób). Ogółem zatem opinię w tym względzie formułowała grupa 248 osób. Ponad połowa z nich (N=158) stwierdziła, że posiadanie przez dany zakład certyfikatu zdecydowanie bądź raczej wiąże się z pewnymi korzyściami dla pacjentów. Przeciwnego zdania było jedynie 11 osób. Znaczną grupę badanych stanowiły osoby, które wskazały odpowiedź „trudno powiedzieć” (N=79). Można przypuszczać, że byli to respondenci, których wiedza na temat certyfikatu akredytacji pozostawała niewielka. Dokładne dane dotyczące omawianego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 38.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 38. Czy posiadanie certyfikatu przez ZOZ przynosi korzyści pacjentom? (N=248)



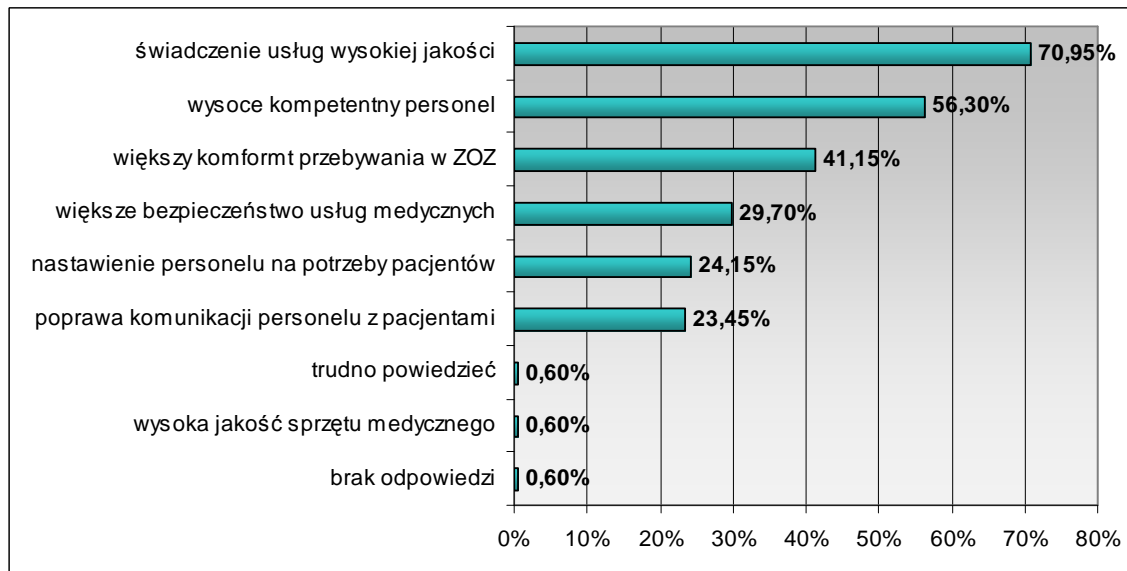
Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Badani (N=158), którzy odpowiadali na powyższe pytanie twierdząco, zostali poproszeni o wskazanie, jakie korzyści dla pacjentów wiążą się z posiadaniem przez dany zakład opieki zdrowotnej certyfikatu akredytacji. Respondenci mieli możliwość udzielania więcej niż jednej odpowiedzi. Większość z nich stwierdziła (N=112), że taką korzyścią dla pacjenta pozostaje fakt, że zakłady dysponujące certyfikatem świadczą usługi wysokiej jakości. Ponad połowa badanych (N=89) wskazała także, że certyfikat stanowi odzwierciedlenie wysokich kompetencji cechujących personel medyczny. Znaczna część respondentów wiązała akredytację z następującymi korzyściami dla pacjentów: większym komfortem przebywania w danym zakładzie (N=65), większym bezpieczeństwem dla pacjentów (N=47), większym nastawianiem pracowników danej placówki na potrzeby osób w niej hospitalizowanych, leczonych (N=38), lepszą komunikacją pomiędzy personelem a pacjentami (N=37). Dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 39.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykres nr 39. Korzyści dla pacjentów związane z posiadaniem przez zakłady opieki zdrowotnej certyfikatów akredytacji (N=158)

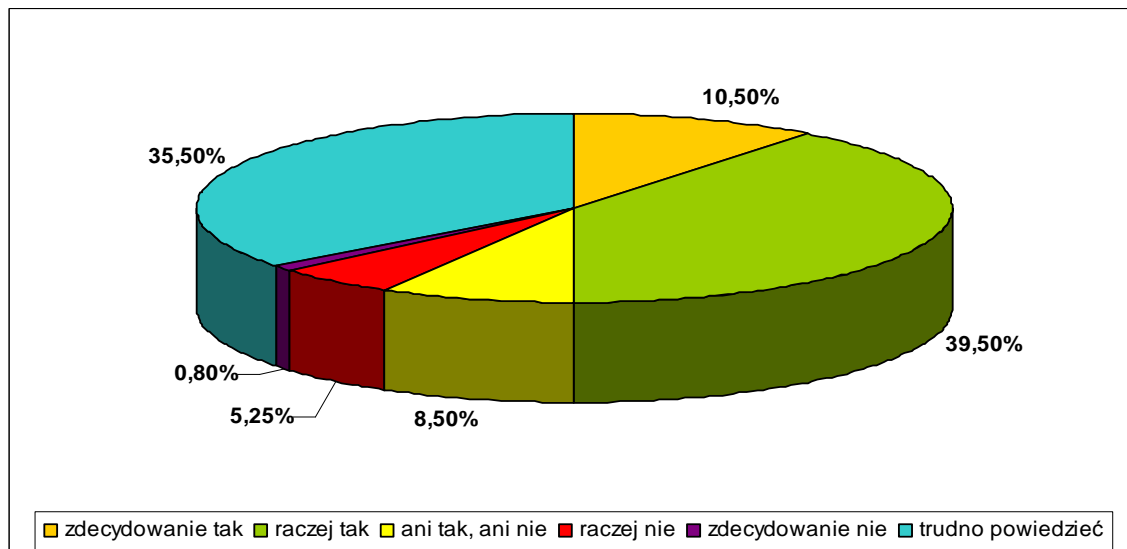


Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Przedmiotem zainteresowania w badaniu stała się także percepcja badanych, osób przebywających na terenie akredytowanych szpitali, odnośnie trudności związanych z uzyskaniem akredytacji. Respondentom zostało postawione następujące pytanie: *Czy uważa Pan/i, że trudno jest uzyskać przez zakładu opieki zdrowotnej taką akredytację?* O wypowiedź w tym względzie poproszeni byli badani, którzy wiedzieli, czym jest omawiany w opracowaniu certyfikat. Ogółem na pytanie odpowiadało 248 osób. Połowa badanych (N=124), wskazało kategorie „zdecydowanie tak” (N=26) oraz „raczej tak” (N=98). Tylko dla 15 badanych uzyskanie certyfikatu akredytacji przez zakład opieki zdrowotnej nie było trudne (dla 13 raczej nie, dla 2 zdecydowanie nie). Prawie co dziesiąty respondent wskazał kategorię „ani tak, ani nie” (N=21). Ponownie znaczną grupę stanowili ci, którzy stwierdzali „nie wiem” (N=88). Dane dotyczące tego zagadnienia zostały przedstawione na wykresie nr 40.

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

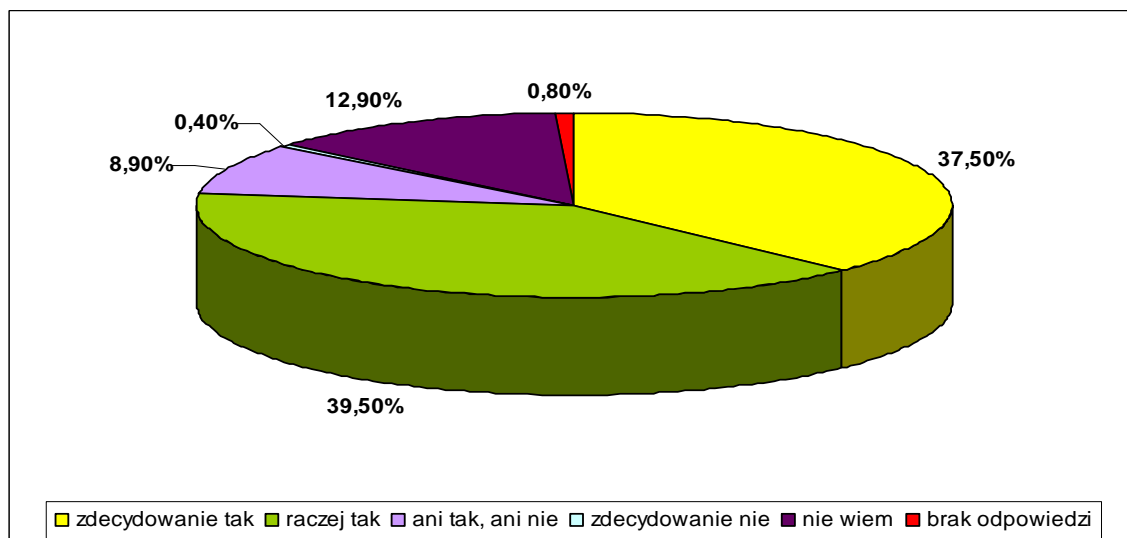
Wykres nr 40. Czy trudno jest zakładowi opieki zdrowotnej uzyskać akredytację? (N=248)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.

Na koniec respondenci zostali poproszeni o wskazanie, czy zakłady opieki zdrowotnej powinny starać się o uzyskanie akredytacji. Pytanie to skierowano do tych badanych, którzy wiedzieli czym jest omawiany certyfikat. Ogółem grupa ta liczyła 248 osób. Na pytanie odpowiedziało twierdząco trzy czwarte badanych (N=191). Przeciwnego zdania była tylko jedna osoba, która wskazała kategorię „zdecydowanie nie”. Prawie co dziesiąty respondent (N=22) stwierdził „ani tak, ani nie”. Zmniejszyła się natomiast – zwłaszcza w porównaniu z poprzednimi pytaniami – liczba badanych wskazujących kategorię „nie wiem”. Taką odpowiedź formułował co dziesiąty respondent (N=32). Wpływ na to miało na pewno samo badanie, w ramach którego implicite następowało upowszechnienie wiedzy na temat akredytacji. Dane w tym względzie zostały przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres nr 41. Czy zakłady opieki zdrowotnej powinny starać się o uzyskanie akredytacji? (N=248)



Źródło: na podstawie badań własnych, ASM Centrum Badań i Analiz Rynku.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Podsumowanie

Podsumowując, większość badanych osób przebywających na terenie akredytowanych szpitali nie posiadała wiedzy na temat akredytacji. Być może wynikało to z faktu, że same placówki zdrowotne stosunkowo często nie upowszechniają informacji o posiadaniu certyfikatu. Wśród osób dysponujących wiedzą na temat akredytacji, tylko połowa dowiedziała się o niej w zakładzie opieki zdrowotnej. Istotnymi kanałami informacyjnymi okazali się znajomi, lekarze prowadzący. Badani, nierzadko pacjenci szpitali, pozytywnie oceniali działania zmierzające na rzecz podniesienia jakości usług medycznych. Stwierdzali, że certyfikat wiąże się z wymiernymi korzyściami dla osób leczących się w akredytowanych placówkach. Nie chodzi przy tym o względy wyłącznie medyczne, dotyczące jakości usług, sprzętu medycznego czy kwalifikacji zatrudnionych w nich osób. Badani zwracali bowiem uwagę, że konsekwencją akredytacji jest również poprawa relacji pomiędzy pacjentami a personelem. Istotne dane, pozyskane od osób uczestniczących w wywiadach, dotyczyły czynników mających wpływ na podejmowanie przez nich decyzji odnośnie wyboru szpitala. Okazuje się, że w większości respondenci zdawali się w tym względzie na rady znajomych, lekarzy prowadzących oraz członków rodziny, w zdecydowanie mniejszym stopniu brali zaś pod uwagę formalne wyznaczniki jakości usług realizowanych przez dany zakład. To sprawa, że badani rzadko podejmowali decyzję kierując się tym, czy szpital posiada certyfikat. Wydaje się, że sytuacja ta nie wynika z nieufności respondentów do jakichkolwiek formalnych wyznaczników jakości, lecz z braku wiedzy o istnieniu certyfikatów. Wnioski te prowadzą do istotnej konkluzji. **Konieczne staje się upowszechnienie wiedzy o akredytacji wśród zwykłych obywateli. To pozwoli podnieść znaczenie certyfikatów, zwiększy się także ich rozpoznawalność. Niezbędne staje się zatem przeprowadzenie kampanii informacyjnej skierowanej do społeczeństwa. Środki na ten cel powinny pochodzić z PO KL. Należy zatem zastanowić się nad możliwością zwiększenia budżetu omawianego projektu systemowego. Konsekwencją działań promocyjnych (skierowanych do społeczeństwa) może okazać się wzrost zainteresowania akredytacją wśród zakładów opieki zdrowotnej.**



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wnioski i rekomendacje

Na wstępie należy dokonać sumarycznego podsumowania informacji pochodzących z różnych badań, zaprezentowanych w niniejszym opracowaniu. Sformułować można cztery zasadnicze wnioski:

- analiza danych zastanych wykazała, że osiągnięcie wartości wskaźników produktu oraz rezultatu będzie trudne (a w tym drugim przypadku nawet raczej niemożliwe) – wartości tych wskaźników zostały zdefiniowane zbyt wysoko;
- wywiady przeprowadzone z osobami zaangażowanymi w proces akredytacji, rozmowa z ekspertami nie przyniosły jednoznacznej odpowiedzi na pytania postawione w ewaluacji. Znaczna część tych osób była jednak przekonana, że wartość wskaźnika rezultatu została zdefiniowana zbyt wysoko;
- badanie zrealizowane za pomocą techniki CAWI, którego respondentami byli przedstawiciele kadry zarządzającej zakładów opieki zdrowotnej, wykazało, że poziom wiedzy na temat akredytacji nie był zbyt wysoki w tej grupie. Będzie to niekorzystnie rzutować na próby osiągnięcia wartości docelowej wskaźników produktu oraz rezultatu;
- okazało się także, że wiedza zwykłych obywateli na temat akredytacji jest mała. Respondenci uczestniczący w badaniu (realizowanym za pomocą techniki wywiadu kwestionariuszowego) w znacznej mierze nie wiedzieli, czym jest certyfikat, nie potrafili także zidentyfikować jego „marki”.

Na podstawie uzyskanych danych możliwe stało się sformułowanie odpowiedzi na przyjęte pytania badawcze. Przedstawiono je w poniższej tabeli.



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Tabela nr 5. Tabela wniosków i rekomendacji

Lp.	Tytuł raportu	Pytanie badawcze	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji
Cel szczegółowy I: ocena wpływu określonych czynników na możliwość osiągnięcia wartości docelowej omawianego wskaźnika rezultatu.							
1.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	Jak na osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika wpływa wygasanie ważności certyfikatów akredytacyjnych oraz możliwość tylko jednokrotnego udziału w projekcie?	Zagrożeniem dla osiągnięcia wartości docelowej jest sytuacja, w której szpitale uzyskujące certyfikat w latach 2008-2011 (w ramach projektu) nie przystępują ponownie do akredytacji. Momentem decydującym okaże się rok 2012 (s. 39-40, 45). Ekspert nie byli zgodni, jak postąpią szpitale. Certyfikaty bowiem przynoszą im głównie korzyści organizacyjne oraz prestiżowe (s. 50). Z danych zastanych wynikało, że szpitale uzyskujące certyfikat w latach 2004-2007 w większości były zainteresowane akredytacją po jej wygaśnięciu (s.39-40).	Konieczne staje się upowszechnianie informacji na temat innych korzyści wynikających z certyfikatów niż tylko tych odnoszących się do wymiaru prestiżowego. Warto wskazywać, że: dzięki certyfikatom na lepsze zmienia się kultura organizacyjna w szpitalach; pacjenci zagraniczni są zainteresowani posiadaniem przez szpitale certyfikatu, zwiększa się bezpieczeństwo pacjentów leczonych w placówce, itd. Kampanie informacyjne w tym względzie powinny być skierowane do personelu medycznego, osób zarządzających szpitalami (s. 51, 69-70).	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia	Kampanie informacyjne skierowane do kadry zarządzającej szpitalami oraz personelu medycznego. Warto w tym względzie wykorzystać artykuły prasowe opisujące korzyści wynikające z procesu akredytacji. Tak określoną kampanię marketingową można oprzeć na danych uzyskanych w badaniu.	Od I kwartału 2012 roku
2.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika	Jaka jest proporcja pomiędzy szpitalami, które utraciły certyfikat,	Szpitale, które uzyskały certyfikat w latach 2004-2007 w zdecydowanej większości podchodzą				



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	a szpitalami, które go uzyskały?	ponownie do procedury akredytacyjnej w latach 2008-2011. Dodatkowo certyfikat obecnie otrzymują placówki, które go wcześniej nie posiadały (s. 39-40).				
3.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	Jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat niż go uzyska?	Ryzyko takie może wystąpić w latach 2012-2014, gdy skończy się ważność certyfikatów w szpitalach, które uzyskały je w okresie 2008-2011 (s. 39-40). Trudno jednoznacznie stwierdzić, jakie będzie wśród nich zainteresowanie ponownym podejściem do procedury akredytacyjnej. Istotnym momentem będzie rok 2012. To wówczas będzie można sformułować pierwsze wnioski w tym względzie (s.45).	Należy wprowadzić system monitorowania poziomu odnawiania certyfikatów akredytacyjnych, które uzyskały certyfikat w ramach omawianego projektu systemowego. Przydatny może okazać się w tym względzie wzór zaproponowany w opracowaniu (s. 40): $x = \sum_c - [(\sum_r - M) + \sum_p]$ gdzie: \sum_c – wartość docelowa wskaźnika produktu (zgodnie z planem, suma wszystkich szpitali dysponujących certyfikatami w 2014 roku)	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Monitorowanie poziomu odnawiania certyfikatów akredytacyjnych za pomocą wskazanego wskaźnika.	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

				<p>Σ_R – liczba szpitali, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 (do 31.08.2011) (zarówno w ramach projektu, jak i poza projektem)</p> <p>Σ_P – liczba szpitali, które uzyskają certyfikat w ramach projektu systemowego w latach 2011-2014 (od 1.09.2011)</p> <p>N – liczba szpitali, które uzyskały certyfikat w latach 2008-2011 (do 31.08.2011), nie ubiegających się ponownie o akredytację</p> <p>x – liczba szpitali, które muszą zostać dodatkowo objęte akredytacją w latach 2011-2014 (poza projektem), aby wartość docelowa wskaźnika została osiągnięta.</p>			
4.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji</i>	Jaki jest odsetek szpitali, które brały udział w projekcie i nie przeszły pomyślnie procedury akredytacyjnej? Jaki jest wpływ tych przypadków	W opinii ekspertów jest to od 10 do 20 proc. szpitali (podchodzących do procedury) (s. 46). Podobne dane pochodzą z analizy danych zastanych. Wskaźnik ten jest obecnie znacznie wyższy niż w okresie 2004-2007.	Należy opracować nową ścieżkę postępowania dla szpitali, które przystępują do procesu akredytacyjnego po raz pierwszy. Należy zmodyfikować program szkoleń w taki sposób, aby odzwierciedlał on potrzeby	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Przygotowanie i wdrażanie nowych, rozszerzonych programów szkoleniowych dla szpitali, które nigdy nie uczestniczyły w procedurze akredytacyjnej	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	<i>zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	na możliwość osiągnięcia wartości wskaźnika?	Sytuacja ta wynika z faktu, że do procedury podchodzą szpitale słabiej przygotowane. Zachęca je brak opłat za wizytacje.	szpitali, które nie przechodziły wcześniej procedury akredytacyjnej. Należy zwiększyć liczbę cykli szkoleniowych dla szpitali, które nigdy wcześniej nie przechodziły procedury akredytacyjnej. (s. 46, 47)			
5.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	Jak na osiągnięcie wartości wskaźnika wpływa czas trwania procedury akredytacyjnej/uzywania certyfikatu akredytacyjnego? Czy biorąc pod uwagę czas trwania procedury akredytacyjnej oraz liczbę szpitali biorących udział w projekcie realne jest osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika?	Niektórzy eksperci stwierdzali, że część szpitali nie jest w stanie przygotować się do wizytacji w odpowiednim czasie. W dużej mierze wynika to z faktu, że działania ukierunkowane na dostosowywanie placówki do standardów akredytacyjnych realizowane są zbyt późno. Obecnie liczba takich szpitali jest większa niż w okresie sprzed realizacji projektu. Ich brak przygotowania, wynikający ze zbyt późnego podjęcia działań, wpływa na wartości wskaźników produktu oraz rezultatu. Stanowi zatem pewne zagrożenie dla realizacji projektu (s. 46).	Warto wydać publikację (choćby w formie internetowej) przedstawiającą efektywną ścieżkę przygotowywania szpitala do wypełniania standardów akredytacyjnych (wraz z podaniem przykładowego harmonogramu) (s. 47).	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.	Wydanie publikacji elektronicznej. Konsultacje ze szpitalami przygotowującymi się do akredytacji.	Od I kwartału 2012 roku
6.	Ocena możliwości	Jakie są możliwości techniczne i	Z badania wynika, że Centrum Monitorowania	Należy podtrzymać prowadzoną politykę	Centrum Monitorowania	Podtrzymanie polityki szkoleniowej	Od I kwartału



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	personalne Centrum Monitorowania Jakości do przeprowadzania wizyt akredytacyjnych? Czy posiadany przez Centrum Monitorowania Jakości potencjał w tym zakresie jest wystarczający do przeprowadzenia odpowiedniej dla osiągnięcia wskaźnika liczby wizyt akredytacyjnych?	Jakości dysponuje odpowiednim zapleczem kadrowym, organizacyjnym, a także wystarczającą liczbą wizytatorów (s. 47).	szkoleniową dla wizytatorów (s.89).	Jakości w Ochronie Zdrowia		2012 roku
Cel szczegółowy II: ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestniczeniem w procedurze akredytacyjnej							
7.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach	Jaki jest stopień zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej?	Jak wynika z analizy danych zastanych, zainteresowanie uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej pozostaje obecnie na wysokim poziomie (s. 37, 47). Należy przy tym wskazać, że od początku wdrażania projektu szpitale zainteresowane są udziałem przede wszystkim w akredytacji finansowanej ze				



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	Działania 2.3. PO KL		środków strukturalnych (s. 50).				
8.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu wśród szpitali, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji?	Z badania CAWI wynika, że tylko jedna trzecia szpitali, które nie posiadają (ani nie posiadały w przeszłości) certyfikatu, jest zainteresowana jego uzyskaniem. Znaczny odsetek stanowią placówki, których reprezentanci mają obojętny stosunek do akredytacji bądź nie wiedzą zbyt wiele na temat tej procedury (s. 59)	Konieczne staje się upowszechnienie wiedzy na temat akredytacji wśród przedstawicieli kadry zarządzającej szpitali, które nie brały wcześniej udziału w tej procedurze (s. 63, 70)	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia	Przeprowadzenie kampanii informacyjnej skierowanej do przedstawicieli kadry zarządzającej szpitali, które nie brały dotąd udziału w akredytacji.	Od I kwartału 2012 roku
9.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	Jaki jest stopień zainteresowania szpitali odnowieniem certyfikatu po okresie jego wygaśnięcia?	Wniosek w tym względzie można sformułować na podstawie wyników badania CAWI – co najmniej 72 proc. przystąpiłoby ponownie do procedury (s. 60-61).				
10.	Ocena możliwości	Czy wystarczająca liczba szpitali	Trudno jest w sposób jednoznaczny sformułować				



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	zgłasza chęć przystąpienia do procesu akredytacji w kontekście osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika?	wniosek w tym względzie. Wartości wskaźników rezultatu i produktu zostały wysoko zdefiniowane. Osiągnięcie wskaźnika rezultatu wydaje się niemożliwe, wskaźnika produktu zaś zależy od liczby szpitali ponownie podchodzących do procedury akredytacyjnej (s. 39-40).				
11.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	W jaki sposób (jakimi instrumentami/narzędziami) można zwiększyć poziom zainteresowania szpitali zdobyciem bądź odnowieniem certyfikatu?	Respondenci badania CAWI (kadra zarządzająca) stwierdzili, że poziom zainteresowania akredytacją ulegnie zwiększeniu, jeśli z certyfikatem będą wiązać się wymierne korzyści (83,90 proc. wskazań). Stwierdzano także, że istotne znaczenie mają w tym względzie takie kwestie jak: ułatwienie procedury (38,50 proc.), zwiększenie wsparcia ze strony CMJ (26,70 proc.), przyspieszenie procedury (21,80 proc.), obniżenie wymagań (18,80 proc.) (s. 61-62). Wydaje się również, że zainteresowanie szpitali uwarunkowane jest wiedzą pacjentów na temat	Należy przygotować strategię marketingową na temat akredytacji uwzględniając następujące grupy docelowe: a) kadre zarządzającą szpitalami, które posiadają już akredytację – w celu podtrzymania ich zainteresowania odnowieniem certyfikatu (s. 70); b) kadre zarządzającą szpitalami, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji – w celu zwiększenia zainteresowania akredytacją nowych podmiotów (s. 70); c) opinię publiczną – w celu zwiększenia rozpoznawalności marki akredytacji i powiązaniu ją z bezpieczeństwem	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia	Wprowadzenie odpowiednich zmian legislacyjnych, przeprowadzenie kampanii marketingowych skierowanych do wskazanych grup docelowych.	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

			akredytacji. Ta jest zaś niska (s. 74-75).	<p>świadczeń zdrowotnych udzielanych przez certyfikowany szpital (s. 84).</p> <p>Należy także podjąć działania na rzecz finansowego premiowania szpitali posiadających akredytację. Dla przykładu, można zdecydować się na wprowadzenie zróżnicowanej wyceny punktu rozliczeniowego dla szpitali posiadających certyfikat. Dodatkowo warto rozważyć model 3-stopniowego podziału akredytowanych szpitali i powiązanie tych grup z różną wyceną punktu rozliczeniowego (s.69-70).</p>			
<p>Cel szczegółowy III: ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacji wśród: a) kadry zarządzającej szpitali; b) osób przebywających w czasie realizacji badania na terenie szpitala (z wyłączeniem personelu medycznego)</p>							
12.	Ocena możliwości osiągnięcia rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego</i>	Jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacji (np. logo, nazwa certyfikatu) wśród kadry zarządzającej szpitalami?	Jak wynika z badania CAWI, 20 proc. przedstawicieli kadry zarządzającej szpitalami nie wie czym jest akredytacja a dalsze 7 proc. prawdopodobnie nie wie (wskazali kategorię „trudno powiedzieć”). W rzeczywistości wskaźnik ten może być wyższy, gdyż część badanych (20 proc.) ze zbiorowości tych, którzy	Niezbędne wydają się działania informacyjne skierowane do przedstawicieli kadry zarządzającej szpitali (s. 70)	Centrum Monitorowania Jakości, Ministerstwo Zdrowia	Realizacja kampanii informacyjnych, marketingowych skierowanych do przedstawicieli kadry zarządzającej szpitali.	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	w ramach Działania 2.3. PO KL		zadeklarowali wiedzę na temat akredytacji, nie potrafiła się ustosunkować do wielu kwestii związanych z akredytacją (s.52).				
13.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	Czy kadra zarządzająca szpitali ma prawidłowe skojarzenia „marki” certyfikatu z realizowaną przez Centrum Monitorowania Jakości procedurą akredytacyjną?	Respondenci, którzy dysponowali wiedzą na temat akredytacji kojarzyli markę certyfikatu z procedurą akredytacyjną realizowaną przez Centrum Monitorowania Jakości. Dla zdecydowanej większości badanych certyfikat oznaczał wysoką jakość usług świadczonych w szpitalu (86 proc.). Ponadto, respondenci kojarzyli certyfikat ze sprawnym systemem zarządzania (78 proc.), większym zaangażowaniem personelu (71 proc.), wykwalifikowanym personelem medycznym (61 proc.), wysoką jakością sprzętu medycznego (49 proc.) (s. 53).				
14.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w	Jak kadra zarządzająca szpitali ocenia przydatność/korzyści płynące z	Kadra zarządzająca szpitalami zwracała uwagę przede wszystkim na korzyści odnoszące się do wymiaru prestiżowego.				



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	posiadania certyfikatu? Czy w opinii kadry zarządzającej warto jest ubiegać się o certyfikat akredytacji?	Osoby te w większości wskazywały, że warto ubiegać się o akredytację. Zaznaczały przy tym, że związane z nią wymierne, finansowe korzyści są niewielkie (s. 54-55, 66-67).				
15.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej</i> , realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL	Jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacyjnego (np. logo, nazwa certyfikatu) wśród osób przebywających w czasie realizacji badania ewaluacyjnego na terenie szpitala lub w jego pobliżu?	Tylko co piąta osoba przebywająca na terenie szpitala posiadającego akredytację rozpoznawała markę certyfikatu jakości. Rozpoznawalność społeczna marki jest zatem niska (s. 72-73).	Niezbędne wydają się kampanie informacyjne skierowane do opinii publicznej (s. 84). Wszystkie szpitale, które uzyskały certyfikat akredytacyjny powinny zostać zobowiązane do umieszczenia w widocznym miejscu (np. w holu szpitala, przy bramie wjazdowej, itd.) informacji o posiadanym certyfikacie (np. poprzez umieszczenie tablicy informacyjnej) (s. 71, 84).	Centrum Monitorowania Jakości, Ministerstwo Zdrowia	Realizacja kampanii informacyjnych skierowanych do opinii publicznej	Od I kwartału 2012 roku
16.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu</i>	Czy osoby te wiedzą czym jest system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej? Jakimi kryteriami kierują się te osoby dokonując wyboru	Osoby przebywające w szpitalach w trakcie badania w większości nie wiedziały czym jest system certyfikacji. Przy wyborze szpitala kierują się przede wszystkim opinią lekarzy prowadzących, znajomych	Niezbędne wydają się kampanie informacyjne skierowane do opinii publicznej (s.84)	Centrum Monitorowania Jakości, Ministerstwo Zdrowia	Realizacja kampanii informacyjnych skierowanych do opinii publicznej	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	<i>akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	szpitala? Czy wśród tych kryteriów znajduje się posiadanie przez szpital akredytacji?	oraz rodziny. Tylko 8,40 proc. badanych stwierdziło, że w procesie podejmowania decyzji bierze pod uwagę certyfikat (s. 73-78).				
Cel szczegółowy IV: identyfikacja barier, które uniemożliwiają bądź utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej							
17.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	Czy można zidentyfikować bariery, które uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej? Jeśli tak, jakie są to bariery? Jakie działania można przedsięwziąć w celu ich wyeliminowania?	Zdecydowana większość respondentów badania CAWI (kadra zarządzająca) (78 proc.) wskazywała, że pewnym problemem utrudniającym szpitalowi przystąpienie do procedury akredytacyjnej jest brak funduszy na dostosowanie placówki do obowiązujących standardów (s. 65).	Należy podjąć działania na rzecz finansowego premiovania szpitali posiadających akredytację (s. 65, 69-70). Niezbędne jest wsparcie finansowe szpitali, które zdecydują się na podnoszenie jakości własnego funkcjonowania. Można wyróżnić dwa rodzaje bodźców: bezpośrednie (np. granty modernizacyjne) oraz pośrednie (zwolnienia podatkowe); które powinny być zastosowane w tym przypadku (s. 65).	Ministerstwo Zdrowia	Propozycje zmian legislacyjnych	Od I kwartału 2012 roku
18.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie</i>	Jakie są słabe, a jakie są mocne strony funkcjonowania systemu akredytacji? Czy system wykazuje	Wśród mocnych stron należy wymienić: większy prestiż szpitala, renoma placówki w środowisku medycznym, zaangażowanie pracowników w zakresie świadczenia usług na	Należy podjąć działania na rzecz finansowego premiovania szpitali posiadających akredytację (s.69-70).	Ministerstwo Zdrowia	Propozycje zmian legislacyjnych	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	<i>procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	elementy, które należałoby zmienić lub poprawić? Jeśli tak, na czym powinny polegać te zmiany?	wysokim poziomie, poprawa relacji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym (zwłaszcza w zakresie komunikacji), wzrost bezpieczeństwa leczenia. Wśród słabych stron wymienia się przede wszystkim brak finansowych gratyfikacji związanych z akredytacją oraz (tylko) trzyletnią ważność certyfikatu (s. 67).				
Cel szczegółowy V: ocena możliwości osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu w projekcie							
19.	Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. <i>Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3. PO KL</i>	Czy aktualna wartość docelowa wskaźnika rezultatu jest możliwa do osiągnięcia? Jeśli tak, jakie działania w największym stopniu mają wpływ na osiągnięcie wskaźnika? Czy można zidentyfikować „dobre praktyki” w projekcie? Jeżeli nie, jaka jest realna/możliwa do osiągnięcia	Obecna wartość wskaźnika nie wydaje się możliwa do osiągnięcia. Wartość wskaźnika rezultatu została zdefiniowana zbyt wysoko (s. 41-42). Za „dobrą praktykę” można uznać sposób przygotowania standardów akredytacyjnych oraz strony internetowej promującej projekt (s.97).	Wartość wskaźnika rezultatu powinna zostać zmniejszona do poziomu 20-22 proc (s. 41-42).	Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Zmiany w dokumentach programowych	Od I kwartału 2012 roku



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

		wartość docelowa wskaźnika rezultatu? Jakie działania należy przedsięwziąć, żeby osiągnąć realną wartość docelową wskaźnika?					
--	--	--	--	--	--	--	--



Załącznik nr 1. Dyspozycje do badania techniką IDI

1.1 Dyspozycje do wywiadu IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (IW)

Dzień dobry! Nazywam się i reprezentuję firmę ASM – Centrum Badań i Analiz Rynku. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia mamy przyjemność realizować obecnie badanie ewaluacyjne dotyczące oceny możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pod nazwą „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).

Zgodnie z treścią wskaźnika rezultatu, do 2014 roku 32% jednostek służby zdrowia będzie posiadać akredytację. W związku z faktem, że Ministerstwo Zdrowia pełni rolę Instytucji Wdrażającej dla Działania 2.3. w ramach którego realizowany jest projekt systemowy CMJ, pod nazwą „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”, chcielibyśmy z Państwem porozmawiać o dotychczasowym przebiegu projektu oraz wpływie dotychczas podejmowanych przez CMJ działań na osiągnięcie wskaźnika rezultatu.

Chcielibyśmy się również dowiedzieć, jakie dostrzegają Państwo mocne i słabe strony obecnego systemu akredytacyjnego, ryzyka, zagrożenia, związane z osiągnięciem wskaźnika rezultatu, ale także, czy dostrzegacie Państwo szanse, sposoby usprawnienia istniejącego systemu.

W związku z powyższym chciałabym/chciałbym zadać Panu kilka pytań, kluczowych z punktu widzenia badania ewaluacyjnego. Chciał(a)bym dodać, że wywiad jest anonimowy i nie będzie możliwe przypisanie konkretnej wypowiedzi do nazwiska respondenta.

I. Ocena wpływu wybranych czynników na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu

1. Jak Pana/i zdaniem na osiąganie wartości docelowej wskaźnika rezultatu wpływa wygasanie ważności certyfikatów akredytacyjnych?
 - a. Jaki Pana/i zdaniem procent jednostek, które obecnie posiadają akredytację będzie zainteresowany jej odnowieniem?
 - b. Dlaczego szpitale będą/nie będą chciały odnawiać ważności certyfikatu?
2. Jak na osiąganie wartości docelowej wskaźnika rezultatu wpływa możliwość tylko jednokrotnego udziału w projekcie?
 - a. Czy Pana/i zdaniem szpitale będą zainteresowane odnowieniem certyfikatów akredytacyjnych, bez wsparcia finansowego ze środków unijnych? Dlaczego?
3. Czy posiada Pan/i wiedzę na temat tego, jaka jest proporcja pomiędzy szpitalami, które utraciły certyfikat akredytacyjny, a szpitalami, które go uzyskały? Jeżeli tak, proszę powiedzieć:
 - a. Ile szpitali traci rocznie certyfikat akredytacyjny?
 - b. Ile szpitali rocznie uzyskuje certyfikat akredytacyjny?
4. Jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat, niż go uzyska?
5. Jaki jest odsetek szpitali, które brały udział w projekcie i nie przeszły pomyślenia procedury akredytacyjnej?
 - a. Jakie są główne powody niezyskiwania przez szpitale akredytacji?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- b. W jaki sposób można wyeliminować te bariery?
6. Jaki jest wpływ takich przypadków na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu?
7. Jak na osiąganie wartości wskaźnika wpływa czas trwania procedury akredytacyjnej/uzyskania certyfikatu akredytacyjnego?
 - a. Jak szpitale oceniają długość trwania procedury akredytacyjnej?
 - b. Czy jest możliwe skrócenie procedury akredytacyjnej? Dlaczego tak, dlaczego nie? Jeżeli tak, w jaki sposób można skrócić procedurę?
8. Czy biorąc pod uwagę czas trwania procedury akredytacyjnej oraz liczbę szpitali uczestniczących w projekcie realne jest osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika?
9. Jakie są Pana/i zdaniem możliwości techniczne CMJ do przeprowadzenia wizyt akredytacyjnych? Co można by zmienić i w jaki sposób?
10. Jakie są Pana/i zdaniem możliwości personalne CMJ do przeprowadzenia wizyt akredytacyjnych? Co można by zmienić i w jaki sposób?
11. Czy posiadany przez CMJ potencjał jest wystarczający do przeprowadzenia odpowiedniej dla osiągnięcia wskaźnika liczby wizyt akredytacyjnych? Dlaczego tak, dlaczego nie?
12. Jak Pana/i zdaniem podwyższenie wymogów stawianym szpitalom w procedurze przyznawania akredytacji wpłynęło na uzyskiwanie przez nich certyfikatów?

II. Ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej

1. Jaki jest stopień zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej?
2. Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego wśród szpitali, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji?
3. Jaki jest stopień zainteresowania szpitali odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego po okresie jego wygaśnięcia?
4. Czy wystarczająca liczba szpitali zgłasza chęć przystąpienia do procesu akredytacji w kontekście osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika?
5. W jaki sposób (jakimi instrumentami/narzędziami) zwiększyć można stopień zainteresowania szpitali zdobyciem/odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego?

III. Ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacyjnego (logo, nazwa certyfikatu)

1. Jaka jest rozpoznawalność „marki” certyfikatu akredytacyjnego, to znaczy logo, certyfikatu, wśród kadry zarządzającej szpitalami?
2. Czy kadra zarządzająca szpitalami, ma prawidłowe skojarzenie „marki” certyfikatu z realizowaną przez CMJ procedurą akredytacyjną?

IV. Identyfikacja barier, które uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej

1. Jakie Pana/i zdaniem bariery uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej? Jakie działania można przedsięwziąć w celu wyeliminowania tych barier?
2. Jakie Pana/i zdaniem są słabe, a jakie mocne strony funkcjonowania systemu akredytacji?
3. Czy system funkcjonowania akredytacji wskazuje elementy, które należałoby zmienić lub poprawić?

Jeżeli **tak**, to:



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- Jakie elementy należałoby zmienić lub poprawić?
- Na czy powinny polegać te zmiany?

V. Ocena możliwości osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu w projekcie

1. Czy Pana/i zdaniem aktualna wartość docelowa wskaźnika rezultatu dla projektu jest możliwa do osiągnięcia?
 - a. Jeżeli **tak**, to:
 - Jakie działania w największym stopniu mają wpływ na osiągnięcie wskaźnika?
 - Czy można identyfikować „dobre praktyki” w projekcie?
 - b. Jeżeli **nie**, to:
 - Jaka jest realna/możliwa do osiągnięcia wartość docelowa wskaźnika rezultatu?
 - Jakie działania należy przedsięwziąć, żeby osiągnąć realną wartość docelową wskaźnika?
2. Czy chciał(a)by Pan/i coś dodać co naszej rozmowy?

Serdecznie dziękuję za udział w badaniu!



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1.2 Dyspozycje do wywiadu IDI z przedstawicielami CMJ

Dzień dobry! Nazywam się i reprezentuję firmę ASM – Centrum Badań i Analiz Rynku. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia mamy przyjemność realizować obecnie badanie ewaluacyjne dotyczące oceny możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pod nazwą „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” realizowanym przez Państwa instytucję (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)).

Zgodnie z treścią wskaźnika rezultatu, do 2014 roku 32% jednostek służby zdrowia będzie posiadać akredytację. W związku z zaangażowaniem Państwa instytucji w przeprowadzanie procedur akredytacyjnych, chciał(a)bym dziś z Panem/Panią porozmawiać o zainteresowaniu, jakie wykazują szpitale, aby uzyskać certyfikat akredytacyjny. Będzie interesować nas również, czy dostrzegają Państwo mocne i słabe strony obecnego systemu akredytacyjnego, ryzyka, zagrożenia, związane z osiągnięciem wskaźnika rezultatu, ale także, czy dostrzegacie Państwo szanse, sposoby usprawnienia istniejącego systemu.

W związku z powyższym chciałabym/chciałbym zadać Panu kilka pytań, kluczowych z punktu widzenia badania ewaluacyjnego. Chciał(a)bym dodać, że wywiad jest anonimowy i nie będzie możliwe przypisanie konkretnej wypowiedzi do nazwiska respondenta.

I. Ocena wpływu wybranych czynników na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu

1. Czy Pana/i zdaniem szpitale/zakłady opieki zdrowotnej, którym będzie wygasać ważność certyfikatu akredytacyjnego, będą podejmować starania w celu przedłużenia ważności certyfikatu? Dlaczego tak? Dlaczego nie?
2. Jaki Pana/i zdaniem procent jednostek służby zdrowia, które obecnie posiadają akredytację, będzie zainteresowany jej odnowieniem?
3. Jaki Pana/i zdaniem wpływ na podjęcie decyzji o uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego ma możliwość uczestniczenia w projekcie CMJ? Jakie Pana/i zdaniem byłoby zainteresowanie pozyskaniem certyfikatu akredytacyjnego, bez istnienia projektu? Czy Pana/i zdaniem szpitale będą zainteresowane odnowieniem certyfikatów akredytacyjnych, bez wsparcia finansowego ze środków unijnych? Dlaczego?
4. Jaka jest obecnie proporcja pomiędzy szpitalami, które uzyskują certyfikat, a szpitalami, które go tracą?
 - a. Ile szpitali rocznie traci certyfikat akredytacyjny?
 - b. Ile szpitali rocznie uzyskuje certyfikat akredytacyjny?
5. Ile (procentowo) Pana/i zdaniem szpitali może posiadać akredytację w 2013 roku? Czy poziom ten będzie wyższy czy niższy od obecnego? Dlaczego Pan/i tak sądzi?
6. Czy Pana/i zdaniem każdy szpital, który uczestniczy w procedurze akredytacyjnej otrzyma certyfikat? Dlaczego?
7. Jak z roku na rok wyglądają proporcje pomiędzy szpitalami, które uzyskują certyfikat akredytacyjny w stosunku do takich, które go tracą? Czy można mówić o jakiejś tendencji w tym zakresie? Jak sytuacja Pana/zdaniem będzie kształtować się w ciągu najbliższych lat? Dlaczego Pan/i tak twierdzi?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

8. Jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat, niż go uzyska?
9. Czy mógł(a)by Pan/i wskazać źródła/przyczyny tego ryzyka? W jaki sposób Pana/i zdaniem można zniwelować prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka? Czy jest to w ogóle możliwe?
10. Jaki jest odsetek szpitali, które brały udział w projekcie i nie przeszły procedury akredytacyjnej pomyślnie?
 - a. Jakie są główne powody nieuzyskiwania przez szpitale akredytacji?
 - b. W jaki sposób można wyeliminować te bariery?
11. Jaki jest wpływ takich przypadków na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu?
12. Jak na osiąganie wartości wskaźnika wpływa czas trwania procedury akredytacyjnej/uzyskania certyfikatu akredytacyjnego?
 - a. Jak szpitale oceniają długość trwania procedury akredytacyjnej?
 - b. Czy jest możliwe skrócenie procedury akredytacyjnej? Dlaczego tak, dlaczego nie? Jeżeli tak, w jaki sposób można skrócić procedurę?
13. Czy biorąc pod uwagę czas trwania procedury akredytacyjnej oraz liczbę szpitali uczestniczących w projekcie realne jest osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika rezultatu?
14. W jaki sposób można skrócić czas trwania procedury akredytacyjnej? Czy wskazany przez Pana/Panią sposób można wprowadzić w życie? Dlaczego tak? Dlaczego nie?
15. Proszę opisać, jakim dysponują Państwo potencjałem technicznym w zakresie realizacji wizyt akredytacyjnych. Czy jest on wystarczający? Co należałoby zmienić, ulepszyć, aby przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych przebiegało szybciej i sprawniej (jeżeli jest to możliwe)?
16. Proszę opisać, jakimi dysponują Państwo potencjałem personalnym w zakresie realizacji wizyt akredytacyjnych. Czy jest on wystarczający? Czy należałoby dokonać jakich zmian personalnych, aby proces akredytacji przebiegał szybciej i sprawniej (jeżeli jest to możliwe)?
17. Czy posiadany przez CMJ potencjał jest wystarczający do przeprowadzenia odpowiedniej dla osiągnięcia wskaźnika liczby wizyt akredytacyjnych? Dlaczego tak, dlaczego nie?
18. Jak Pana/i zdaniem podwyższenie wymogów stawianym szpitalom w procedurze przyznawania akredytacji wpłynęło na uzyskiwanie przez nich certyfikatów?

II. Ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej

1. Jaki jest stopień zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej? Co Pana/i zdaniem może zwiększać zainteresowanie szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej? Czy istnieją czynniki, które obniżają zainteresowanie szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej? Jeżeli tak, proszę wskazać, jakie to czynniki?
2. Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego wśród szpitali, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji?
3. Jaki jest stopień zainteresowania szpitali odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego po okresie jego wygaśnięcia?
4. Jak Pana/i zdaniem, można zachęcać szpitale, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacyjnego do podjęcia działań w celu procesu akredytacyjnego. Jakie jest Pana/i zdaniem znaczenie certyfikatu akredytacyjnego, dla szpitali, które go nie posiadają i które nigdy nie starały się o jego zdobycie?
5. Czy obserwują Państwo wzmożone zainteresowanie szpitalami, którym kończy się certyfikat akredytacyjny, odnowieniem jego ważności?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

6. Czy informują Państwo szpitale o zbliżającym się terminie wygaśnięcia certyfikatu akredytacyjnego i zachęcają do jego odnowienia? Dlaczego tak? Dlaczego nie?
7. Czy Pana/i zdaniem liczba szpitali zainteresowanych przystąpieniem do procesu akredytacji jest wystarczająca do tego, aby w 2013 roku 32% zakładów opieki zdrowotnej posiadało certyfikat akredytacyjny? Dlaczego Pan/i tak sądzi?
8. Czy stosują Państwo instrumenty/narzędzia, mające na celu zwiększenie stopnia zainteresowania szpitala zdobyciem/odnowieniem certyfikatu? Jeżeli tak, proszę wskazać, jakie to instrumenty? Jeżeli nie, proszę powiedzieć, jakie instrumenty/narzędzia mogłyby być skuteczne?

III. Ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacyjnego (logo, nazwa certyfikatu)

1. Czy Pan/i zdaniem kadra zarządzająca szpitalami ma pełną wiedzę na temat tego, jak wygląda procedura akredytacyjna i jaką rolę spełnia w tym procesie CMJ? Dlaczego Pan/i tak sądzi?
2. Z czym kadrze zarządzającej szpitalami kojarzy się marka certyfikatu akredytacyjnego? Czy są to prawidłowe skojarzenia?

IV. Identyfikacja barier, które uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej

1. Czy kadra zarządzająca szpitali zgłasza problemy które utrudniają lub całkowicie uniemożliwiają przystąpienie do procedury akredytacyjnej? Jeżeli tak proszę wskazać, jakie to bariery? Jakie działania można przedsięwziąć w celu wyeliminowania tych barier?
2. Jakich Pana/i zdaniem są słabe, a jakie mocne strony funkcjonowania systemu akredytacji?
3. Czy system funkcjonowania akredytacji wskazuje elementy, które należałoby zmienić lub poprawić? Jeżeli **tak**, to:
 - Jakich elementów należałoby zmienić lub poprawić?
 - Na czy powinny polegać te zmiany?

Ocena możliwości osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu w projekcie

1. Czy Pana/i zdaniem aktualna wartość docelowa wskaźnika rezultatu dla projektu jest możliwa do osiągnięcia?
 - a. Jeżeli **tak**, to:
 - Jakich działań w największym stopniu mają wpływ na osiągnięcie wskaźnika?
 - Czy można identyfikować „dobre praktyki” w projekcie?
 - b. Jeżeli **nie**, to:
 - Jaka jest realna/możliwa do osiągnięcia wartość docelowa wskaźnika rezultatu?
 - Jakich działań należy przedsięwziąć, żeby osiągnąć realną wartość docelową wskaźnika?
2. Czy chciał(a)by Pan/i coś dodać co naszej rozmowy?

Serdecznie dziękuję za udział w badaniu!



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1.3 Dyspozycje do wywiadu IDI z wizytatorami

Dzień dobry! Nazywam się i reprezentuję firmę ASM – Centrum Badań i Analiz Rynku. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia mamy przyjemność realizować obecnie badanie ewaluacyjne dotyczące oceny możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Tytuł projektu realizowanego przez CMJ w ramach Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL), to „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”. W ramach projektu realizowanego przez CMJ przeprowadzane są wizyty akredytacyjne, pod Pana/i nadzorem, dlatego też chciałabym/chciałbym dziś z Panem/Panią porozmawiać o zainteresowaniu szpitali/zakładów opieki zdrowotnej uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego. Będzie nas również interesować, jaka jest świadomość kadry zarządzającej szpitalami o korzyściach płynących z uzyskania certyfikatu.

Celem przeprowadzonych przez nas badań jest ocena tego, czy możliwe jest aby w momencie zakończenia projektu, to jest w 2014 roku, 32% jednostek służby zdrowia posiadało akredytację (jest to wskaźnik rezultatu projektu realizowanego przez CMJ), biorąc pod uwagę, takie czynniki jak:

- Długość trwania procedury akredytacyjnej
- 3-letnia ważność certyfikatu
- Tylko jednorazowa możliwość udziału danego zakładu opieki zdrowotnej w projekcie CMJ, która umożliwia zredukowanie kosztów, jakie ponoszą szpitale w związku z przeprowadzeniem wizyty akredytacyjnej

W związku z powyższym chciałabym/chciałbym zadać Panu kilka pytań, kluczowych z punktu widzenia badania ewaluacyjnego. Chciał(a)bym dodać, że wywiad jest anonimowy i nie będzie możliwe przypisanie konkretnej wypowiedzi do nazwiska respondenta.

I. Ocena wpływu wybranych czynników na możliwość osiągnięcia wskaźnika rezultatu

1. Czy Pana/i zdaniem szpitale/zakłady opieki zdrowotnej, którym będzie wygasać ważność certyfikatu akredytacyjnego, będą podejmować starania w celu przedłużenia ważności certyfikatu? Dlaczego tak? Dlaczego nie?
2. Jaki Pana/i zdaniem procent jednostek służby zdrowia, które obecnie posiadają akredytację, będzie zainteresowany jej odnowieniem?
3. Jaki Pana/i zdaniem wpływ na podjęcie decyzji o uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego ma możliwość uczestniczenia w projekcie CMJ? Jakiego Pana/i zdaniem byłoby zainteresowanie pozyskaniem certyfikatu akredytacyjnego, bez istnienia projektu? Czy Pana/i zdaniem szpitale będą zainteresowane odnowieniem certyfikatów akredytacyjnych, bez wsparcia finansowego ze środków unijnych? Dlaczego?
4. Odwołując się do Pana wiedzy na temat długości ważności certyfikatu akredytacyjnego i zainteresowania certyfikatem przez ZOZ, ile (procentowo) Pana/i zdaniem szpitali może posiadać akredytację w 2013 roku? Czy poziom ten będzie wyższy czy niższy od obecnego? Dlaczego Pan/i tak sądzi?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

5. Czy Pana/i zdaniem każdy szpital, który uczestniczy w procedurze akredytacyjnej otrzyma certyfikat? Dlaczego?
6. Jak z roku na rok wyglądają proporcje pomiędzy szpitalami, które uzyskują certyfikat akredytacyjny w stosunku do takich, które go tracą? Czy można mówić o jakiejś tendencji w tym zakresie? Jak sytuacja Pana/zdaniem będzie kształtować się w ciągu najbliższych lat? Dlaczego Pan/i tak twierdzi?
7. Jak duże jest ryzyko, że więcej szpitali utraci certyfikat, niż go uzyska?
8. Czy mógł(a)by Pan/i wskazać źródła/przyczyny tego ryzyka? W jaki sposób Pana/i zdaniem można zniwelować prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka? Czy jest to w ogóle możliwe?
9. Jak często się zdarza, że szpital biorący udział w procesie akredytacyjnym, nie przechodzi go pomyślnie? W jaki sposób szpitale reagują na niepomyślny wynik wizyty akredytacyjnej, to znaczy czy mobilizuje ich on do zwiększenia starań, czy też do zaniechania ponownego poddania się ocenie wizytatorów? Jakie jest prawdopodobieństwo, że szpital, który nie uzyskał akredytacji ponownie podejmie starania o jej przyznanie?
10. Jakie są główne powody niezyskiwania przez szpitale akredytacji? W jaki sposób można wyeliminować te bariery?
11. Jak ocenia Pan/i czas trwania procedury akredytacyjnej? Jak oceniają czas trwania procedury akredytacyjnej szpitale? Czy spotkał/a się Pan/i z jakąkolwiek opinią na ten temat? Czy możliwe jest aby w 2013 roku 32% jednostek służby zdrowia posiadało certyfikat akredytacyjny, biorąc pod uwagę czas trwania akredytacji oraz liczbę szpitali?
12. W jaki sposób można skrócić czas trwania procedury akredytacyjnej? Czy wskazany przez Pana/Panią sposób można wprowadzić w życie? Dlaczego tak? Dlaczego nie?
13. Czy Pana zdaniem CMJ dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym, aby sprawnie przeprowadzać wizyty akredytacyjne? Czy należałoby coś zmienić/ulepszyć?
14. Czy zdarzają się jakieś przesunięcia czasowe, jeżeli chodzi o czas trwania wizyt, termin ich przeprowadzania, które mają negatywny wpływ na sprawność realizowania projektu? Jeżeli tak, to na czym one polegają i w jaki sposób można je wyeliminować?
15. Czy odczuwa Pan/i braki personalne, jeżeli chodzi o liczbę wizytatorów? Czy pożądanym jest zwiększenie liczby wizytatorów? Jeżeli tak, czy jest on możliwy i w jaki sposób wpłynąłby na sprawność procesu przyznawania akredytacji?
16. Jak Pana/i zdaniem podwyższenie wymogów stawianym szpitalom w procedurze przyznawania akredytacji wpłynęło na uzyskiwanie przez nich certyfikatów?

II. Ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej

1. Czy posiada Pan/i informacje, jak duże jest zainteresowanie szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej? Jeżeli tak, proszę określić stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego wśród szpitali, które nigdy nie przechodziły procesu akredytacji?
2. Na podstawie Pana/i doświadczeń, proszę wskazać jakie instrumenty/narzędzia mogłyby zwiększyć zainteresowanie szpitali zdobyciem certyfikatu, a jakie narzędzia/instrumenty mogłyby zachęcać szpitale do odnowienia certyfikatu?



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

III. Ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacyjnego (logo, nazwa certyfikatu)

1. Czy Pana/i zdaniem, kadry zarządzającej szpitalami znana jest marka certyfikatu akredytacyjnego? Czy mógłby Pan/i określić, komu przede wszystkim znana jest marka?
2. Czy Pan/i zdaniem kadra zarządzająca szpitalami ma pełną wiedzę na temat tego, jak wygląda procedura akredytacyjna i jaką rolę spełnia w tym procesie CMJ? Dlaczego Pan/i tak sądzi?
3. Z czym kadry zarządzającej szpitalami kojarzy się marka certyfikatu akredytacyjnego? Czy są to prawidłowe skojarzenia?

IV. Identyfikacja barier, które uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej

1. Czy kadra zarządzająca szpitalami zgłasza problemy, które utrudniają lub całkowicie uniemożliwiają przystąpienie do procedury akredytacyjnej?
2. Jakie Pana/i zdaniem bariery uniemożliwiają/utrudniają szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej?
3. Jakie działania można przedsięwziąć w celu wyeliminowania tych barier?
4. Odwołując się do Pana/i doświadczeń związanych z wizytami akredytacyjnymi, proszę wskazać co funkcjonuje bardzo dobrze, czyli jest mocną stroną. Proszę również powiedzieć, czy występują jakieś elementy, które wpływają negatywnie na proces akredytowania szpitali, innymi słowami są słabą stroną procesu akredytacji? Czy są elementy, które uważa Pan/i, że należy zmienić?
5. Czy chciał(a)by Pan/i coś dodać do naszej rozmowy?

Serdecznie dziękuję za udział w badaniu!



Załącznik nr 2. Kwestionariusz wywiadu do badania techniką PAPI

Dyspozycje dla ankietera: Ankieter przed rozpoczęciem badań ankietowych techniką PAPI wśród osób przebywających w szpitalu lub w jego obrębie (z wykluczeniem personelu szpitala) proszony jest o sprawdzenie, czy przy wejściu głównym do szpitala (brama wejściowa/wejście główne) lub w holu głównym szpitala znajduje się tablica/plakat lub inna informacja wskazująca, że szpital posiada akredytację.

A. Czy szpital w obrębie którego prowadzone jest badanie PAPI (wypełnia ankieter!):

- Posiada certyfikat akredytacyjny
- Nie posiada certyfikatu akredytacyjnego (przejdź do przeprowadzenia ankiety PAPI)

B. Czy zauważyłeś, że przy bramie głównej szpitala/holu głównym szpitala/na budynku/innym widocznym miejscu znajduje się informacja (plakat, tablica) wskazująca, że szpital posiada akredytację (wypełnia ankieter!):

- Tak
- Nie

Jeżeli masz dodatkowe spostrzeżenia na temat widoczności certyfikatu akredytacyjnego, wpisz je tutaj

.....
.....

Przedstawienie celu badania! Dzień dobry! Nazywam się ... i jestem ankieterem firmy ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. z siedzibą w Kutnie. Mam przyjemność realizować badanie zleczone przez **Ministerstwo Zdrowia** na temat procesu akredytacji w szpitalach (pn. „Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL”).

W związku z tym chciałbym/łabym zająć Panu/i chwilę i poprosić o odpowiedź na kilka pytań. Uzyskane przez Pana/Panią **odpowiedzi przyczynią się do rozpoznania aktualnej sytuacji w szpitalach**, a co za tym idzie **pozwolą na polepszenie jakości usług medycznych świadczonych w zakładach opieki zdrowotnej**. Badanie ankietowe jest anonimowe, w związku z czym nie istnieje możliwość identyfikacji uzyskanych od Pana/i informacji. Wyniki badania posłużą jedynie do konstrukcji zbiorczych statystyk wykorzystanych w raporcie.



Rekrutacja

R1. Czy należy Pan/i do personelu medycznego zakładu opieki zdrowotnej na terenie/w pobliżu, którego znajdujemy się? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Tak – Ankieter: zakończyć ankietę
2. Nie

I. Ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacyjnego

1. Czy wie Pan/i, że szpitale mogą się ubiegać o akredytację? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Tak
2. Nie
3. Nie jestem pewien

2. Czy wie Pan/i, czym jest akredytacja (system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej)? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Tak
2. Nie - Ankieter: przejść do pytania nr 6
3. Nie jestem pewien - Ankieter: przejść do pytania nr 6

3. Z czym Panu/i kojarzy się posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital/zakład opieki zdrowotnej? Ankieter: zaznaczyć wszystkie wskazania respondenta, przeczytać kafeterię.

1. Wysoka jakość świadczonych usług przez szpital/zakład opieki zdrowotnej
2. Wykwalifikowany personel, zatrudniony w szpitalu/ZOZ
3. Wysoka jakość posiadanego sprzętu medycznego przez szpital/ZOZ
4. Bezpieczeństwo dla pacjentów przebywających w szpitalu/ZOZ
5. Sprawne zarządzanie szpitalem
6. Inne, jakie?.....
7. Trudno powiedzieć

4. Czy znane jest Panu/i logo certyfikatu akredytacyjnego nadawanego szpitalom? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Tak
2. Nie Ankieter: przejść do pytania nr 6
3. Nie jestem pewien

5. Proszę powiedzieć, który ze wskazanych logotypów, symbolizuje posiadanie akredytacji przez szpital? Ankieter pokazuje respondentowi 3 logotypy (znajdujące się na karcie respondenta), przy czym tylko pierwszy jest logotypem symbolizującym posiadanie akredytacji przez szpital. Ankieter: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.

1. respondent wskazał certyfikat nr 1
2. respondent wskazał certyfikat nr 2
3. respondent wskazał certyfikat nr 3
4. respondent nie zna żadnego logotypu

6. Czy wie Pan/i, czy szpital na którego terenie się znajdujemy, posiada akredytację? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Tak
2. Nie - Ankieter: przejść do pytania nr 8
3. Nie jestem pewien- Ankieter: przejść do pytania nr 8



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- 7. Skąd Pan/i wie o posiadaniu przez szpital akredytacji? Ankieter: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi, należy przeczytać kafeterię.**
1. Informacja jest dostępna w zakładzie opieki zdrowotnej (ulotki, plakaty)
 2. Znalazłem/znalazłam informację w Internecie
 3. Uzyskałem/uzyskałam informację z mediów (prasa, radio, tv)
 4. Słyszałem/słyszałam od znajomych
 5. Inne źródła, jakie?
- 8. Jakie czynniki bierze Pan/i pod uwagę wybierając zakład opieki zdrowotnej? Ankieter: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi, należy przeczytać kafeterię.**
1. Pozytywna opinia znajomych o zakładzie opieki zdrowotnej
 2. Pozytywna opinia specjalistów z innych zakładów opieki zdrowotnej
 3. Posiadanie przez szpital certyfikatu akredytacyjnego
 4. Bliskość danego zakładu opieki zdrowotnej od miejsca zamieszkania
 5. Wolne terminy przyjęć w zakładach opieki zdrowotnej
 6. Inne, jakie?.....
- 9. Czy według Pana/i posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przynosi korzyści zakładom opieki zdrowotnej? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.**
1. Raczej tak
 2. Zdecydowanie tak
 3. Trudno powiedzieć – Ankieter: przejść do pytania nr 11
 4. Raczej nie – Ankieter: przejść do pytania nr 11
 5. Zdecydowanie nie – Ankieter: przejść do pytania nr 11
 6. Nie wiem, czym jest certyfikat akredytacyjny - Ankieter: przejść do metryczki
- 10. Jakie korzyści według Pana/i wynikają z posiadania akredytacji dla zakładów opieki zdrowotnej? Ankieter: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi, należy przeczytać kafeterię.**
1. usprawnienie w zarządzaniu szpitalem
 2. zwiększenie zaufania pacjentów do pracowników szpitala
 3. identyfikacja szpitala jako jednego z najlepszych
 4. zaangażowanie pracowników szpitala w świadczenie usług wysokiej jakości
 5. inne, jakie?.....
- 11. Czy według Pana/i posiadanie takiego certyfikatu przynosi korzyści pacjentom? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.**
1. Raczej tak
 2. Zdecydowanie tak
 3. Trudno powiedzieć – Ankieter: przejść do pytania nr 13
 4. Raczej nie – Ankieter: przejść do pytania nr 13
 5. Zdecydowanie nie – Ankieter: przejść do pytania nr 13
- 12. Jakie korzyści według Pana/i wynikają z posiadania akredytacji dla pacjentów? Ankieter: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi, należy przeczytać kafeterię.**
1. Świadczenie usług wysokiej jakości przez szpital
 2. Posiadanie przez szpital bardzo dobrze wyszkolonego personelu medycznego, przestrzegającego karty praw pacjenta
 3. Poprawa komunikacji personelu z pacjentami
 4. Nastawienie pracowników szpitala na potrzeby pacjentów
 5. Większy komfort przebywania w placówce



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

6. Odczuwane przez pacjenta bezpieczeństwo świadczonych usług
7. Inne, jakie?.....

13. Czy uważa Pan/i, że trudno jest uzyskać przez zakłady opieki zdrowotnej taką akredytację?

Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Raczej tak
2. Zdecydowanie tak
3. Ani tak, ani nie
4. Raczej nie
5. Zdecydowanie nie
6. Nie wiem *Ankieter – nie czytać opcji*

14. Czy uważa Pan/i, że zakłady opieki zdrowotnej powinny się starać o uzyskanie takiego certyfikatu? Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.

1. Raczej tak
2. Zdecydowanie tak
3. Ani tak, ani nie
4. Raczej nie
5. Zdecydowanie nie
6. Nie wiem *Ankieter – nie czytać opcji*

Metryczka

M1. Miejsce zamieszkania: *Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.*

1. Wieś
2. Małe miasteczko <do 20 tys mieszkańców>
3. Średniej wielkości miasteczko <21 - 100 tys mieszkańców>
4. Duże miasto <101 – 500 tys mieszkańców>
5. Aglomeracja – powyżej 500 tys. Mieszkańców

M2. Wiek: *Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.*

1. do 20 roku życia
2. 21 – 30 lat
3. 31 -40 lat
4. 41 – 50 lat
5. więcej niż 50 lat

M3. Płeć: *Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię*

1. kobieta
2. mężczyzna

M4. Wykształcenie: *Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię.*

1. brak wykształcenia/podstawowe
2. zasadnicze zawodowe
3. średnie ogólnokształcące/zawodowe
4. wyższe licencjackie/magisterskie/doktoranckie

M5. Sytuacja materialna: *Ankieter: zaznaczyć 1 odpowiedź, przeczytać kafeterię*

1. bardzo zadowolająca
2. raczej zadowolająca
3. umiarkowana
4. raczej niezadowolająca
5. bardzo niezadowolająca



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik do ankiety PAPI – Karta respondenta do pytania nr 4

Logotyp nr 1



Logotyp nr 2



Logotyp nr 3





Załącznik nr 3. Kwestionariusz ankiety internetowej w badaniu CAWI

Szanowny Panie, Szanowna Pani

Na zlecenie **Ministerstwa Zdrowia**, firma *ASM Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. z siedzibą w Kutnie* ma przyjemność realizować badanie ewaluacyjne pn. „Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL*”. Celem wspomnianego projektu systemowego, realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, jest podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu akredytacji i doprowadzenie do zwiększenia liczby szpitali akredytowanych.

W ramach oceny prowadzonego przez CMJ projektu, przeprowadzane są ankiety internetowe z kadrami zarządzającymi szpitalami w Polsce. W związku z powyższym zwracamy się do Pana/i z uprzejmą prośbą o poświęcenie 5-10 minut na wypełnienie poniższej ankiety. Badanie jest anonimowe, do czego zobowiązuje nas ustawa o ochronie danych osobowych, w związku z czym nie istnieje możliwość identyfikacji uzyskanych od Pana/i odpowiedzi. Uzyskane wyniki posłużą jedynie do konstrukcji zbiorczych statystyk, wykorzystanych w raporcie (raport z badania ewaluacyjnego będzie dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia). Pana/i udział w badaniu jest niezbędny w celu powodzenia całości przedsięwzięcia i przyczyni się do stworzenia wartościowych rekomendacji pod adresem Ministerstwa Zdrowia i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

I. Ocena przydatności i rozpoznawalności „marki” certyfikatu akredytacyjnego

1. **Czy znany jest Panu/i certyfikat akredytacyjny** (przyznawany przez Ministra Zdrowia w procesie akredytacji, który prowadzony jest przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) **przyznawany szpitalom/zakładom opieki zdrowotnej?** *Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.*
 1. Tak
 2. Nie – przejście do pytania nr 25
 3. Trudno powiedzieć
2. **Proszę zaznaczyć, z czym kojarzy się Panu/i certyfikat akredytacyjny:** *Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.*
 1. Z wysoką jakością świadczonych usług przez szpital/zakład opieki zdrowotnej
 2. Z wykwalifikowanym personelem zatrudnionym w szpitalu/zakład opieki zdrowotnej
 3. Z wysoką jakością posiadanego sprzętu medycznego przez szpital/zakład opieki zdrowotnej
 4. Ze sprawnym systemem zarządzania szpitalem/zakładem opieki zdrowotnej
 5. Z zaangażowaniem personelu w świadczenie usług na najwyższym poziomie
 6. Inne, jakie?.....
3. **Czy według Pana/i posiadanie takiego certyfikatu przynosi korzyści szpitalowi?** *Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.*
 1. Raczej tak
 2. Zdecydowanie tak
 3. Trudno powiedzieć – przejście do pytania nr 5
 4. Raczej nie – przejście do pytania nr 5
 5. Zdecydowanie nie – przejście do pytania nr 5



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

4. Jakie korzyści według Pana/i wynikają z posiadania akredytacji dla zakładów opieki zdrowotnej? *Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.*

1. Usprawnienie w zarządzaniu szpitalem
2. Wzrost prestiżu szpitala w środowisku medycznym
3. Zwiększenie zaufania społecznego do danego szpitala/zakładu opieki zdrowotnej
4. Identyfikacja szpitala jako jednego z najlepszych
5. Ukierunkowanie działań szpitala na potrzeby i oczekiwania pacjenta i jego rodziny
6. Poprawa przepływu informacji pomiędzy oddziałami szpitalnymi
7. Poprawa jakości dokumentacji medycznej
8. Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa hospitalizacji
9. Poprawa jakości usług świadczonych w szpitalu
10. Dostosowanie funkcjonowania szpitala do wymogów Unii Europejskiej w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i zakażeń szpitalnych
11. Przyczynia się do promocji szpitala
12. Powoduje zmiany świadomości personelu medycznego w postrzeganiu jakości i bezpieczeństwa opieki
13. inne, jakie?.....

5. Czy według Pana/i posiadanie takiego certyfikatu przynosi korzyści pacjentom? *Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.*

1. Raczej tak
2. Zdecydowanie tak
3. Trudno powiedzieć – przejście do pytania nr 7
4. Raczej nie – przejście do pytania nr 7
5. Zdecydowanie nie – przejście do pytania nr 7

6. Jakie korzyści według Pana/i wynikają z posiadania akredytacji dla pacjentów? *Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.*

1. Świadczenie usług wysokiej jakości przez szpital
2. Posiadanie przez szpital bardzo dobrze wyszkolonego personelu medycznego, przestrzegającego karty praw pacjenta
3. Poprawa komunikacji personelu z pacjentami
4. Nastawienie pracowników szpitala na potrzeby pacjentów
5. Większy komfort przebywania w placówce dla pacjentów
6. Odczuwane przez pacjenta bezpieczeństwo świadczonych usług
7. Inne, jakie?.....

II. Ocena stopnia zainteresowania szpitali uczestnictwem w procedurze akredytacyjnej.

7. Czy Pana/i zakład opieki zdrowotnej, podejmował/podjął działania mające na celu otrzymanie certyfikatu akredytacji? *Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.*

1. Tak – przejście do pytania nr 10
2. Nie

8. Dlaczego Pana/i szpital/zakład opieki zdrowotnej nie starał się o uzyskanie certyfikatu akredytacji? *Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.*

1. Brak wiedzy nt. procedury uzyskania certyfikatu akredytacyjnego
2. Brak funduszy na przygotowanie się szpitala do spełniania standardów akredytacyjnych
3. Brak odpowiedniej kadry szpitala
4. Brak funduszy na opłatę akredytacji
5. Brak dostrzegania korzyści z posiadania certyfikatu akredytacyjnego



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

6. Brak zainteresowania personelu szpitala uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego
7. Inne, jakie?.....
- 9. Jaki jest stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego przez Pana/i szpital? Instrukcja: po odpowiedzi przejść do pytania nr 13**
 1. bardzo duży
 2. raczej duży
 3. ani duży ani mały
 4. raczej mały
 5. bardzo mały
 6. Trudno powiedzieć
- 10. Czy zakład opieki zdrowotnej, w którym Pan/i pracuje otrzymał certyfikat po ukończeniu procedury akredytacyjnej? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.**
 1. Tak, kiedy wygasa ważność certyfikatu
 2. Nie
 3. Jesteśmy w trakcie procedury akredytacyjnej
- 11. Co skłoniło Pana/i szpital do przystąpienia do procedury akredytacyjnej? Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.**
 1. usprawnienie w zarządzaniu szpitalem
 2. wzrost prestiżu szpitala w środowisku medycznym
 3. wzrost prestiżu szpitala wśród pacjentów
 4. wpływ na zaangażowanie pracowników w celu utrzymania wysokiej jakości świadczonych usług
 5. wpływ na zwiększenie zaufania społecznego do danego szpitala/zakładu opieki zdrowotnej
 6. identyfikacja szpitala jako jednego z najlepszych
 7. inne, jakie?.....
- 12. Jaki był stopień zainteresowania zdobyciem certyfikatu akredytacyjnego przez Pana/i szpital, przed podjęciem działań mających na celu jego otrzymanie? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.**
 1. bardzo duży
 2. raczej duży
 3. ani duży ani mały
 4. raczej mały
 5. bardzo mały
 6. Nie wiem/nie pamiętam
- 13. Czy byliby/są Państwo zainteresowani odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego po okresie jego wygaśnięcia? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.**
 1. zdecydowanie tak
 2. raczej tak
 3. ani tak ani nie
 4. raczej nie
 5. zdecydowanie nie
 6. Trudno powiedzieć
- 14. Jakie czynniki według Pana/i mogłyby wpłynąć na zwiększenie stopnia zainteresowania szpitali zdobyciem/odnowieniem certyfikatu akredytacyjnego? Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.**



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1. łatwiejsza procedura akredytacyjna
2. szybsza procedura akredytacyjna
3. niższe wymagania do spełnienia w celu otrzymania akredytacji
4. profity dla zakładów opieki zdrowotnej po otrzymaniu akredytacji (możliwość zwiększenia kontraktu z NFZ)
5. większa pomoc Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przy staraniach otrzymania akredytacji (proszę wskazać jakiej pomocy oczekiwałyby/oczekiwałaby Pani/Pan od CMJ.....)
6. inne, jakie?.....

III. Ocena wpływu czynników na możliwość osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu.

15. Czy czas trwania procedury akredytacyjnej według Pana/i jest odpowiedni? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.

1. Zdecydowanie tak - *przejdźcie do pytania nr 17*
2. Raczej tak - *przejdźcie do pytania nr 17*
3. Trudno powiedzieć - *przejdźcie do pytania nr 17*
4. Raczej nie
5. Zdecydowanie nie

16. Czy czas trwania procedury akredytacyjnej/uzyskania certyfikatu należało by skrócić czy wydłużyć? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.

1. Skrócić
2. Wydłużyć
3. Trudno powiedzieć

IV. Bariery uniemożliwiające/utrudniające szpitalom przystąpienie do procedury akredytacyjnej.

17. Czy uważa Pan/i, że trudno jest uzyskać przez szpital akredytację? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.

1. Zdecydowanie tak
2. Raczej tak
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej nie
5. Zdecydowanie nie

18. Czy według Pana/i istnieją bariery, które uniemożliwiają/utrudniają zakładom opieki zdrowotnej przystąpienie do procedury akredytacyjnej? Instrukcja: możliwość zaznaczenia 1 odpowiedzi.

1. Tak
2. Nie – *przejdźcie do pytania nr 21*
3. Trudno powiedzieć

19. Jakie według Pana/i są to bariery? Instrukcja: Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.

1. brak informacji i materiałów promocyjnych nt. akredytacji
2. brak korzyści finansowych dla szpitali z posiadania certyfikatu akredytacyjnego
3. brak zainteresowania kadry w szpitalu posiadaniem certyfikatu akredytacyjnego
4. braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej
5. brak funduszy na przeprowadzanie modernizacji zakładów opieki zdrowotnej
6. inne, jakie?.....



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

20. Jakie według Pana/i działania można podjąć w celu wyeliminowania tych barier? Instrukcja:

Możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi.

1. większa dostępność do materiałów informacyjnych i promocyjnych, jakich?.....
2. przyznanie dodatkowych środków na przeprowadzenie akredytacji dla Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
3. zapewnienie dodatkowych funduszy na przeprowadzanie modernizacji zakładów opieki zdrowotnej
4. zapewnienie dodatkowych funduszy na zwiększenie zasobów kadrowych w szpitalach/zakładach opieki zdrowotnej
5. możliwość uzyskania przez akredytowany szpital większego kontraktu z NFZ
6. inne, jakie?.....

21. Jakie według Pana/i są mocne strony funkcjonowania systemu akredytacji? Instrukcja:

możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi

1. wzrost prestiżu szpitali posiadających akredytację
2. poprawa efektywności w zarządzaniu szpitalami posiadającymi akredytację
3. zwiększenie zaufania społecznego do szpitali posiadających akredytację
4. zainteresowanie personelu medycznego w podnoszeniu jakości świadczonych usług
5. inne, jakie?.....
6. system akredytacji nie ma mocnych stron

22. Jakie według Pana/i są słabe strony funkcjonowania systemu akredytacji? Instrukcja:

możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi

1. tylko trzyletni okres ważności certyfikatu akredytacyjnego
2. zbyt długi czas, jaki upływa pomiędzy rekrutacją szpitala do procedury akredytacyjnej a wizytą akredytacyjną
3. niewystarczający poziom wsparcia ze strony CMJ
4. zniesienie akredytacji warunkowej trwającej 1 rok
5. opóźnienia w przyznawaniu certyfikatu akredytacyjnego
6. brak profitów finansowych z faktu posiadania certyfikatu akredytacyjnego (np. możliwość większego kontraktu z NFZ)
7. inne, jakie?.....
8. system akredytacji nie ma słabych stron – *przejdźcie do metryczki*

23. Jakie działania według Pana/i można przedsięwziąć w celu wyeliminowania słabych stron?

Instrukcja: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi

1. większa liczba szkoleń nt. akredytacji dla personelu szpitali/zakładów opieki zdrowotnej
2. przeprowadzenie akcji promujących markę certyfikatu akredytacyjnego
3. wsparcie przedstawiciela/opiekuna ze strony CMJ w procesie akredytacji szpitala
4. wprowadzenie finansowego systemu premiowania szpitali, które posiadają certyfikat akredytacji
5. inne, jaki?.....

24. Czy uważa Pan/Pani, że obowiązujące standardy akredytacyjne są: Instrukcja: Możliwość wskazania 1 odpowiedzi

1. trudne do spełnienia przez szpitale;
2. wymagające ale możliwe do spełnienia przy odpowiednim poziomie przygotowania;
3. proste do spełnienia;



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

4. nie mam zdania.

25. Czy w Pana/i zakładzie opieki zdrowotnej wprowadzone są normy ISO? *Instrukcja: możliwość wskazania 1 odpowiedzi*

1. Tak
2. Nie
3. Nie jestem pewien

26. Z jakich źródeł czerpie Pan/i informacje na temat systemu ochrony zdrowia? *Instrukcja: możliwość zaznaczenia więcej niż 1 odpowiedzi*

1. Prasa branżowa, jaka (proszę wymienić tytuł)
2. Akty prawne
3. Internet
4. Sympozja, konferencje
5. Inne, jakie?.....

Metryczka

M1. Województwo, w którym znajduje się szpital

M2. Wielkość miejscowości w której znajduje się szpital:

1. Małe miasteczko <do 20 tys mieszkańców>
2. Średniej wielkości miasteczko <21 - 100 tys mieszkańców>
3. Duże miasto <101 – 500 tys mieszkańców>
4. Aglomeracja – powyżej 500 tys. Mieszkańców



Załącznik nr 4. Scenariusz panelu eksperckiego

Prezentowanie celu spotkania

Omówienie kwestii technicznych

Prośba o przedstawienie się respondentów

Część właściwa dyskusji

Prezentowanie założeń badania ewaluacyjnego

Prezentowanie wybranych wniosków i rekomendacji z przeprowadzonego badania

Wniosek 1. Z indywidualnych wywiadów pogłębionych i ankiet internetowych wynika, że szpitale pozytywnie oceniają ideę certyfikatu akredytacyjnego. Szpitale są zainteresowane podnoszeniem własnych usług. Jednakże problemem dla kadry zarządzającej szpitalami jest, że za pozyskaniem certyfikatu akredytacyjnego nie idą żadne wymierne korzyści, na przykład wyższy kontrakt z NFZ. To sprawia, że koszty związane z modernizacją szpitala, dostosowaniem go do obowiązujących standardów, są niewspółmierne do korzyści wynikających z posiadania certyfikatu.

Pytanie 1: Czy za posiadaniem certyfikatu akredytacyjnego, rzeczywiście nie idą wymierne korzyści. Jeżeli takie korzyści istnieją, w jaki sposób te korzyści można promować?

Pytanie 2: Czy Państwa zdaniem problemem są rzeczywiście koszty wizyty akredytacyjnej, czy może w grę wchodzi tu inne czynniki.

Dyskusja nad pierwszym wnioskiem i rekomendacją.

Wniosek 2. Kolejny wniosek pochodzi również z badania CAWI. Okazuje się, że wśród około 411 przeankietowanych, jedynie około 75% przedstawicieli kadry zarządzającej szpitalami posiadało jakąkolwiek wiedzę o certyfikacie akredytacyjnym. Oznacza to, że co czwarty Zakład Opieki Zdrowotnej w Polsce nie wie, czym jest akredytacja. około 1/5 (20 proc.) ma wiedzę powierzchowną na temat certyfikatów. Osoby te w ramach kwestionariusza wskazywały głównie odpowiedź "trudno powiedzieć". Wynika z tego, że realną wiedzę na temat akredytacji posiada około 60 proc. osób zarządzających szpitalami, w przypadku reszty jest to brak wiedzy bądź wiedza powierzchowna.

Pytanie 1: Czy Państwa zdaniem należy zintensyfikować działania informacyjno-promocyjne wśród szpitali na temat istnienia certyfikatu akredytacyjnego, sposobu jego pozyskiwania i wynikających z posiadania certyfikatu korzyści.

Pytanie 2: Czy Państwa zdaniem, działania informacyjno-promocyjne przyniosą pożądany skutek, w postaci zwiększenia zainteresowania szpitali pozyskaniem certyfikatu akredytacyjnego, czy też akcja promocyjna nie będzie miała żadnego wpływu na zainteresowanie akredytacją.

Dyskusja nad drugim wnioskiem i rekomendacją.

Wniosek 3. Kolejny wniosek pochodzi z badania ankietowego wśród pacjentów, osób przebywających na terenie szpitali, niebędących kadrą szpitala. Okazuje się, że certyfikat akredytacyjny jest słabo rozpoznawalny przez zwykłych obywateli. Ankietowani rozumieją idee stojące za certyfikatem, lecz ich wiedza na temat akredytacji jest skąpa. W wyborze szpitali opierają się przede wszystkim na opinii lekarzy oraz znajomych niż na fakcie posiadania przez szpital certyfikatu. W procesie podejmowania



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

decyzji dominują zatem czynniki nieformalne (opinie) niż formalne, zinstytucjonalizowane (czyli certyfikat).

Pytanie 1: Dla kogo tak naprawdę jest certyfikat, skoro pacjenci nie kierują się nim przy wyborze szpitali?

Pytanie 2: czy Państwa zdaniem na zwiększenie zainteresowania szpitali akredytacją wpłynęłaby akcja promocyjna wśród pacjentów, przedstawiająca korzyści wynikające z korzystania usług szpitali akredytowanych. Dlaczego tak, dlaczego nie?

Dyskusja nad trzecim wnioskiem i rekomendacją.

Wniosek 4. W IDI część respondentów stwierdziła, że docelowa wartość wskaźnika nie jest możliwa do osiągnięcia. Wskazywali oni, że trudno będzie objąć akredytacją 32 proc. szpitali. Wartość realną wskaźnika określają raczej na 20 proc. Stwierdzają, że "momentem prawdy" będzie rok 2012, kiedy to część szpitali, które pozyskały certyfikat w ramach projektu, straci go.

Pytanie 1: Czy Państwa zdaniem posiadanie przez 32% zakładów opieki zdrowotnej akredytacji w 2014 roku, jest możliwe, czy raczej nie. Dlaczego Państwo tak sądzą?

Dyskusja nad czwartym wnioskiem i rekomendacją.

Ostatnie głosy w dyskusji.

Zakończenie. Podziękowanie.



ASM - CENTRUM BADAŃ I ANALIZ RYNKU SP. Z O.O.

ul. Grunwaldzka 5, 99-301 Kutno

Tel.: +48 (0 24) 355 77 00;

Faks +48 (0 24) 355 77 01

www.asm-poland.com.pl

ASM - Centrum Badań i Analiz Rynku powstało w 1996 roku jako polska firma specjalizująca się w badaniach rynku inwestycyjno - budowlanego oraz rynku b2b. Dziś specjalizujemy się w takich obszarach badawczych jak: budownictwo, rynek pracy, rynek medyczny i farmaceutyczny, energetyczny, bankowy, technologii IT, MŚP, transport.

**Podstawą naszej pracy jest pomoc przedsiębiorstwom
w podejmowaniu kluczowych decyzji marketingowych.**

www.asm-poland.com.pl