Warszawa, dn. 28 kwietnia 2025 r.

OPINIA PARTNERA

w projekcie pn. „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia”

Projekt realizowany, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, przez Uczelnią Łazarskiego w partnerstwie z Związkiem Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości.

Dotyczy: programu kursu „Zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym”

Dnia 8 września 2023 r. weszła w życie ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Wprowadziła ona szereg nowych rozwiązań prawnych, które w założeniu mają w sposób kompleksowy i skoordynowany realizować priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości, obejmując swoim zakresem uregulowania jak:

1. **Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem:** Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia jest zobowiązany do wdrożenia, utrzymania i usprawniania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. System ten obejmuje m.in.:
    a. identyfikację ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem,
    b. monitorowanie i ocenę jakości oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń,
    c. zapewnienie szkoleń dla personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa,
    d. prowadzenie badań opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie standaryzowanej ankiety
2. **Autoryzacja:** Szpitale udzielające świadczeń w ramach umowy z NFZ, zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali, muszą uzyskać autoryzację potwierdzającą spełnianie określonych wymagań jakościowych. Autoryzacja jest

udzielana na okres pięciu lat przez Prezesa NFZ i jest warunkiem koniecznym do realizacji umowy z NFZ w zakresie świadczeń szpitalnych.

3. **Akredytacja:** Proces akredytacji ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot leczniczy standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania tego podmiotu. Akredytacji udziela minister właściwy do spraw zdrowia na okres czterech lat.
4. **Monitorowanie zdarzeń niepożądanych:** Podmioty lecznicze są zobowiązane do monitorowania, rejestrowania i analizowania zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczeń.
5. **Badania opinii i doświadczeń pacjentów:** Placówki medyczne muszą prowadzić badania opinii i doświadczeń pacjentów za pomocą standaryzowanych ankiet, co pozwala na systematyczną ocenę jakości świadczonych usług z perspektywy pacjentów.
6. **Publiczny dostęp do informacji o jakości świadczeń:** Ustawa przewiduje upublicznianie informacji o jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co ma na celu zwiększenie transparentności i umożliwienie porównywania podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki.

Rosnące wymagania prawne, potrzeba podnoszenia jakości usług medycznych oraz dostępność ofert pracy wskazują na utrzymujące się i prawdopodobnie zwiększające się zapotrzebowanie na specjalistów ds. zarządzania jakością w podmiotach leczniczych w Polsce. Według danych z rejestru REGON i rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), w Polsce działa ok. 20 000 – 25 000 podmiotów leczniczych, co pozwala przypuszczać, że liczba ofert pracy będzie rosła m.in. w zakresie:

- Koordynatorów ds. akredytacji
- Specjalistów ds. jakości w ochronie zdrowia
- Audytorów wewnętrznych
- Pełnomocników ds. jakości
- Ekspertów ds. zarządzania ryzykiem klinicznym

Odnośnie akredytacji, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia rozszerzająco w stosunku do ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie

pacjenta i bardziej szczegółowych interpretuje cele funkcjonowania systemu akredytacyjnego[1]:

1. **Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów:** Standardy akredytacyjne skupiają się na kluczowych obszarach funkcjonowania podmiotu leczniczego, które mają wpływ m.in. na bezpieczeństwo pacjenta w trakcie pobytu w podmiocie leczniczym. Systematyczne wdrażanie standardów do praktyki klinicznej pozwala na identyfikację i eliminację potencjalnych zagrożeń dla pacjentów, związanych z błędami medycznymi, zaniedbaniami czy brakiem odpowiednich procedur bezpieczeństwa.

2. **Podnoszenie standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych:** System akredytacji stawia wysokie standardy podmiotom leczniczym, co sprzyja poprawie jakości świadczonych usług oraz promuje ciągłe doskonalenie i rozwój.

3. **Wspieranie profesjonalizmu personelu medycznego:** W ramach akredytacji sprawdzane są kompetencje, kwalifikacje oraz elementy związane z adaptacją zawodową i strategią rozwoju personelu medycznego, co również wspiera podnoszenie standardów w zakresie opieki zdrowotnej.

4. **Wspieranie efektywności w zarządzaniu podmiotem:** Akredytacja obejmuje także ocenę sposobu zarządzania jednostką w takich obszarach jak np., polityki antybiotykowej, kontroli nad zakażeniami, czy strategii zatrudnienia personelu. Może się to przyczynić do bardziej efektywnego funkcjonowania i lepszego zarządzania ograniczonymi zasobami.

5. **Zachęcanie do innowacji i ciągłego doskonalenia:** Akredytacja nieustannie dostosowuje się do najnowszych standardów i oczekiwań, co pobudza podmioty lecznicze do wprowadzania innowacyjnych rozwiązań oraz ciągłego doskonalenia swoich praktyk.

6. **Ułatwienie porównywania podmiotów leczniczych:** Zwiększając transparentność procesu akredytacji coraz więcej danych przekazywanych jest do opinii publicznej przyczyniając się w ten sposób z jednej strony do jego społecznej kontroli procesu akredytacji, ale z drugiej strony umożliwia porównywanie różnych podmiotów leczniczych pod względem jakości udzielanych świadczeń, co może być pomocne dla pacjentów oraz instytucji

[1] https://cmj.gov.pl/akredytacja/cel-i-znaczenie-procesu/

związanych z zarządzaniem podmiotami leczniczymi w podejmowaniu świadomych (pacjenci) i trafnych decyzji (menadżerowie).

Standardy akredytacyjne są najważniejszym narzędziem oceny akredytacyjnej, określone w mechanizmie konsensusu we współpracy z najważniejszymi organizacjami i towarzystwami medycznymi. Zarówno szpitale, jednostki POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej), a także jednostki patomorfologii posiadają różne obowiązujące zestawy standardów, wedle których podlegają ocenie. Standardy ukierunkowane na poprawę jakości bezpieczeństwo opieki wszechstronnie obejmują funkcjonowanie szpitali oraz innych jednostek opieki zdrowotnej. Standardy są określane na poziomie optymalnym, tzn. stawiają relatywnie wysokie wymagania, które jednak są osiągalne dla jednostek podejmujących wysiłek wprowadzania zmian.

Z reguły standardy akredytacyjne stawiają wyższe wymogi niż obowiązujące przepisy prawa. Możliwa jest też relacja odwrotna, co wynika z charakterystyki i nakierowania wymogów akredytacyjnych na poprawę jakości. Standardy są wszechstronne, dotyczą kluczowych elementów udzielania świadczeń i zarządzania oraz wszystkich dziedzin, mających istotny wpływ na bezpieczeństwo i jakość świadczonej opieki.

Obecnie obowiązujące:

- Nowe standardy akredytacyjne dla szpitali[2] - Obwieszczenie z dn. 06.09.2024 r.
- Nowe standardy akredytacyjne dla jednostek POZ[3] - Obwieszczenie z dn. 30.12.2024 r.

Akredytacja (udzielana przez Ministra Zdrowia) potwierdza, że podmiot leczniczy spełnia określone standardy jakościowe. Choć jest ona formalnie dobrowolna, w praktyce:

- wpływa na wysokość finansowania ze środków publicznych,
- może być warunkiem udziału w programach pilotażowych czy umowach z NFZ,
- podnosi konkurencyjność i wiarygodność placówki

Kurs „Zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym” wychodzi naprzeciw potrzebom uczestników systemu, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę i zdobyć nowe umiejętności w obszarze podnoszenia jakości w podmiotach. Proponowany zakres tematyczny obejmuje najważniejsze kwestie dotyczące jakości z perspektywy podmiotów realizujących świadczenia ambulatoryjne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

[2] https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2024/73/oryginal/akt.pdf

[3] https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2024/145/akt.pdf

(POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Odwołuje się do aktualnych standardów akredytacyjnych, w oparciu o które prowadzi postępowanie akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Zakres tematyczny uwzględnia również najnowsze trendy w ochronie zdrowia. Jest nastawiony na zarządzanie jakością również w kontekście rozwiązywania kluczowych problemów sygnalizowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Obywatelskich.

Kształcenie specjalisty ds. Zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym na potrzeby opieki ambulatoryjnej wymaga skoncentrowania się na kluczowych elementach, które mają bezpośredni wpływ na zdolność do dostarczania wysokiej jakości opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz w konsekwencji dążenia do podnoszenia wartości opieki.

Kurs powinien łączyć wiedzę teoretyczną z praktycznymi umiejętnościami potrzebnymi do realizacji zadań związanych z zarządzaniem.

W toku kształcenia uczestnik powinien nabyć m.in. wiedzę w zakresie podstaw prawnych organizacji systemu ochrony zdrowia, przygotowania placówki do procesu akredytacji i zarządzania jakością w podmiotach leczniczych w Polsce, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jej roli w procesie zarządzania jakością jak również identyfikować ekonomiczne aspekty wdrożenia polityki jakości w podmiocie leczniczym.

Uczestnik kursu powinien nabyć niezbędne umiejętności identyfikacji barier we wdrożeniu rozwiązań projakościowych, wykorzystania narzędzi i metod analizy danych dotyczących funkcjonowania podmiotu i satysfakcji pacjentów w celu tworzenia planów poprawy jakości.

Kluczowe są również umiejętności komunikacyjne i planowania, niezbędne do wdrażania w podmiocie leczniczym rozwiązań projakościowych, umiejętność skutecznej pracy w grupie nad analizą i rozwiązaniem problemów dotyczącego jakości świadczeń w podmiocie leczniczym i samodzielnego proponowania rozwiązań. Niezbędna jest również znajomość zasad komunikacji i skuteczna komunikacja z instytucjami zewnętrznymi (np. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta)

Biorąc pod uwagę powyższe, **przedstawiony do opinii program kursu „Zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym" wyczerpuje niezbędne zagadnienia, które powinien zawierać kurs dedykowany dla osób pragnących nabyć czy rozwinąć swoje kompetencje niezbędne do wsparcia obszaru zarządzania jakością**, który oferuje stabilne perspektywy zatrudnienia i rozwoju zawodowego. Program zapewni

niezbędne efekty uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

W związku z faktem, że w kursie będą uczestniczyć osoby zarówno pracujące w sektorze ochrony zdrowia jak i planujące podjęcie pracy w tym obszarze, należy położyć **szczególny nacisk na podstawowe zagadnienia prawne, narzędzia informatyczne i nowe technologie wykorzystywane w procesach zarządzania jakością, integrację z innymi systemami zarządzania. Należy zaprezentować przykłady dobrych praktyk, case study i aktywną wymianę doświadczeń.** Należy poruszyć temat systemu świadczeń kompensacyjnych, wskaźników i mierników jakościowych**.**

Rekomendujemy również omówienie rozwiązań projakościowych i roli benchmarkowania placówek, które mogą pojawić się w przyszłości. Przykładem takim w toku rozważań wdrożeniowych są rekomendacje stałego Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej dostępne na stronie Centrali NFZ https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-232023iv,6642.html W dotychczasowej praktyce NFZ w bardzo ograniczonym wymiarze stosuje narzędzia, które pozwoliłyby na monitorowanie i ewaluację jakości, co pobudzałoby oferentów usług do ciągłego doskonalenia swojej oferty, ale także wyrównywania różnic regionalnych w dostępie do usług zdrowotnych wysokiej jakości. Jednak w obliczu rosnących wydatków i obciążeń płatnika należy przypuszczać, że zmiany będą wdrażane i należy się na nie przygotowywać.

Opracowanie: Anna Kaźmierczak