

Ocena systemu warunkiem stabilności polityki zdrowotnej

Szkiełko i oko

Jaki jest polski system ochrony zdrowia?
Czy może być lepszy? A jeśli ma być lepszy,
to dla kogo i pod jakim względem?

fot. Tongfo Images/Corbis



Niezadowolenie z systemu ochrony zdrowia w Polsce i utyskiwanie z tego powodu jest powszechne. Co charakterystyczne, znacznie bardziej niezadowoleni są ci, którzy nie korzystali, niż ci, którzy korzystali z usług medycznych. Także politycy i dziennikarze są bardziej „wyraziści” w krytyce systemu niż obywatele. Wynika to zapewne z faktu, że aby przebić się z komunikatem do opinii publicznej, co jest podstawowym zadaniem tych dwóch grup zawodowych, konieczne jest wywołanie silnych emocji. Fakty w tym kontekście mają mniejsze znaczenie, ponieważ są z reguły nudne, nie są jednoznaczne, zero-jedynkowe, a tym samym nie są nośne medialnie.

Przypadkowa ocena

Media skupiają się na kazusach, a politycy uważnie śledzą media. Oznacza to, że uniwersalne oceny są formułowane na podstawie pojedynczych przypadków. Nawet jeśli dziennikarz chce opisać sytuację występującą często, to na końcu i tak posłuży się kazusem, aby swój komunikat wzmocnić.

W Polsce mamy 6 mln hospitalizacji rocznie, jeśli w tej liczbie zdarzy się zaniedbanie, błąd, tragedia, to ten jeden przypadek staje się podstawą konstruowania polityki, a nie pozostałe 5 999 999 przypadków. Z drugiej strony, dopóki nie nastąpi katastrofa, nie ma szansy na poprawę. Jeśli media nie zainteresują się np. niską skutecznością profilaktyki wtórnej w ostrych zespołach wieńcowych, to politycy i zarządzający systemem także nie zwrócą na to uwagi. A media nie podejmą tematu, dopóki nie będzie można z niego uczynić nośnego i wyrazistego komunikatu.

Błędne koło

W ten sposób powstaje błędne koło polityki (chyba nie tylko zdrowotnej), polegającej na tym, że: 1) system funkcjonuje bez wyraźnego kierunku i bez stałego monitorowania postępów i jakości; 2) nie wiadomo, jak działa system w swojej masie, a pojedyncze epizody stają się dominującym nurtem komunikacji medialnej; 3) politycy skupiają się na pojedynczych epizodach i na wnioskach z takich epizodów budują politykę; 4) tak tworzona polityka nie odpowiada na masowe i naprawdę ważne problemy, co powoduje, że 5) obywatele mają poczucie braku skuteczności polityki i rozczarowania ludźmi, którzy się nią zajmują.

Czy można wyjść z tego zaklętego kręgu? Czy można liczyć na to, że polityka zdrowotna stanie się racjonalna i będzie prowadziła do systematycznej poprawy? Na pewno nie jest to łatwe, a materia medialno-polityczna nie będzie w tym pomocna. Po pierwsze z powodów omówionych powyżej, po drugie zaś z powodu zabójczej dla stabilności i konsekwencji działań walki politycznej. W związku z tym nie będzie zmiany w tym kierunku, jeśli społeczeństwo oraz środowiska medyczne tej zmiany nie wymuszą.

Mierniki sprawności

Zarządzanie złożonym systemem, o ile ma prowadzić do osiągnięcia określonych celów, wymaga po pierwsze wyznaczenia tych celów, a po drugie mierzenia i komunikowania stopnia ich osiągania. Służą temu narzędzia

znane pod ogólną nazwą mierników sprawności (*performance measures*). Narzędzia takie są wykorzystywane w wielu krajach, głównie anglosaskich i nordyckich, a także przez organizacje międzynarodowe, np. WHO czy OECD.

Mierniki sprawności mogą być stosowane wobec poszczególnych placówek, regionów kraju, a także krajów. Najczęściej wykorzystuje się je w formie porównań (*benchmarków*) wyników podobnych do siebie podmiotów. Mierniki te mogą być odnoszone do z góry założonych celów (targetów) albo do średniej osiągananej przez podmioty uznawane za referencyjne. Zdaniem Patricia Lichiello z *Health Policy Analysis Program* (Uniwersytet Waszyngtoński) jest siedem powodów, by stosować mierniki sprawności w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia:

1. Określenie i komunikowanie celów systemu

Wiele celów systemu jest domyślnych. Są one tak oczywiste, że osoby zarządzające systemem, a także jego uczestnicy nie werbalizują ich, nie nazywają oraz nie komunikują pozostałym uczestnikom. Z tego bierze się wiele nieporozumień, przede wszystkim co do ważności poszczególnych cech: Czy ważniejsze jest, by system był efektywny, czy sprawiedliwy? Czy ważniejsze jest, by wszyscy byli ubezpieczeni, czy by spływ składki był skuteczny? Wiadomo, że nie można skutecznie realizować dziesiątek, często sprzecznych, zadań. Trzeba się zdecydować, co jest ważniejsze, a co mniej ważne, i temu służy jawne określenie celów i priorytetów systemu. Pomaga w tym określenie mierników jego sprawności.

2. Refleksja na temat możliwości systemu

Projektując narzędzia mierników sprawności, trzeba się zastanowić, na co oceniana organizacja ma wpływ, jakie ma możliwości, a na co wpływu nie ma. Nie ma sensu ujmować w zestawie mierników, wskaźników, których nie można poprawić.

3. Nawiązanie współpracy przez interesariuszy

Tworzenie systemu mierników sprawności, dobór poszczególnych wskaźników, nadawanie im wag w miernikach syntetycznych, walidacja itp. wymaga współpracy przedstawicieli różnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Ocena systemu jest na bieżąco przeprowadzana przez osoby mające różne punkty widzenia, a brak komunikacji między nimi jest często przyczyną naginania działania całego systemu w jedną stronę i pomijania punktu widzenia innych.

4. Przypisywanie odpowiedzialności

Za realizację celów systemu ochrony zdrowia odpowiadają poszczególne grupy zawodowe i osoby. Na całej tej społeczności spoczywa odpowiedzialność w dwóch wymiarach: w wymiarze makro – za ogólny obraz systemu i stopień, w jakim spełnia on najszerze oczekiwania; w wymiarze mikro – za własną dziedzinę aktywności, wąski odcinek pracy, na którym działa dana osoba. Określenie mierników sprawności pozwala na zidentyfikowanie obszarów i przypisanie odpowiedzialności za osiągnięcie określonych parametrów w systemie.

5. Stała poprawa jakości

Mierniki sprawności, stosowane regularnie, pozwalają wpływać na jakość pracy poszczególnych fragmentów systemu i grup zawodowych, które w nich działają. Mierniki sprawności mogą mieć charakter statyczny – dają wówczas obraz danego zjawiska w danym punkcie czasu, a także dynamiczny – pokazują postęp (lub regres) w zakresie danego zjawiska w określonym czasie.

„ Z naszego systemu ochrony zdrowia znacznie bardziej niezadowoleni są ci, którzy nie korzystali z usług medycznych, niż ci, którzy z nich korzystali ”

6. Śledzenie postępów

Zarówno mierniki statyczne, jak i dynamiczne, obserwowane przez kolejne lata, umożliwiają identyfikację organizacji (np. województw, szpitali), w których notowany jest postęp, a także takich, w których postępu brak. Porównanie skali zmian w czasie między organizacjami pozwala ocenić, czy uzyskiwane są najlepsze możliwe rezultaty, czy też są one poniżej możliwości.

7. Komunikacja i promocja

Mierniki sprawności ostatecznie są wykorzystywane do informowania odpowiednich odbiorców o stanie rzeczy oraz o postępach w osiąganiu celów. Wśród najważniejszych odbiorców znajdują się rząd oraz jego agendy, środowiska medyczne oraz społeczność kraju i poszczególnych regionów.

Przykład zagraniczny

W wielu krajach wykorzystuje się mierniki sprawności jako narzędzia zarządzania systemem. Lista tego typu inicjatyw została przedstawiona w tabeli 1. Jak można zauważyć, istnieje wiele inicjatyw tego rodzaju na poziomie międzynarodowym, w których podmiotem oceny są terytoria, z wszystkimi organizacjami działającymi na ich terenie. Podejście takie wynika w szczególności z założenia, że co prawda poszczególne działania w systemie ochrony zdrowia podejmowane są przez poszczególne organizacje czy nawet osoby, lecz efekt, który wyraża się wielkością odpowiedniego wskaźnika, zależy od wielu działań, najczęściej sumy działań poszczególnych organizacji. Na przykład, znany i (nie)sławny wskaźnik śmiertelności (wewnątrz)szpitalnej. Wskaźnik ten mierzy liczbę osób zmarłych w szpitalu, a więc może być miernikiem jakości opieki prowadzonej w danym szpitalu. Jest jednak zależny od stanu zdrowia pacjentów

Tabela 1. Inicjatywy oparte na koncepcji mierników sprawności (*performance measure*)

Nazwa projektu	Organizacja	Skala pomiaru	Pierwszy raport
Health for All 2000	World Health Organization	kraje członkowskie	1981
Health systems performance 2000	World Health Organization	kraje członkowskie	2000
Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)	World Health Organization, Kopenhaga	kraje członkowskie	2004
European Community Health Indicators	Komisja Europejska	kraje członkowskie	2003
Australia's National Health Performance Committee's Framework	Australian Institute of Health and Welfare	terytoria	2004
Canadian Institute For Health Information's Performance Framework	Canadian Institute for Health Information	regiony	2005
The National Indicator Project (Dania)	Ministerstwo Zdrowia wraz z organizacjami samorządowymi i pacjenckimi	powiaty	2000
De Zorgbalans (Netherlands National Health Care Report) (Holandia)	National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)		2005
NHS High-Level Performance Framework (Wielka Brytania)	Department of Health	regiony	1999
US National Healthcare Quality Report	US Department of Health and Human Services	stany	2005
Health Care Quality Indicators Project	OECD	kraje członkowskie	2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie wielu dokumentów

przyjmowanych do szpitala (w tym jakości opieki przedszpitalnej), zachowań społecznych (wybór miejsca umierania – dom czy szpital), a także roli danego szpitala w lokalnym systemie ochrony zdrowia. Ocenianie szpitali przez pryzmat liczby zgonów bez uwzględnienia powyższych czynników (tzw. adaptacja do ryzyka – *risk-adjustment*) byłoby bardzo szkodliwe.

Jak można zauważyć, pierwsze szerzej znane próby wykorzystania mierników sprawności miały miejsce jesz-

cze w latach 80. XX w. W dokumencie *Health for All* (HFA) WHO zawarto zestaw ok. 20 celów do osiągnięcia do roku 2000. Cele zostały wyposażone we wskaźniki ich osiągania, które tym samym stały się miernikami sprawności systemów ochrony zdrowia. Program HFA stał się następnie podstawą formułowania na poziomie krajów odpowiednich dokumentów lokalnych. W Polsce stał się nim Narodowy Program Zdrowia (NPZ), także wyposażony w zestaw wskaźników, które okresowo są sprawozdawane do Ministerstwa Zdrowia. O rozczarowująco małej roli NPZ w Polsce napisano już wiele; warto jedynie zauważyć, że nieznane są i nieużywane wskaźniki, które opisują, w jakim stopniu cele NPZ są osiągnane. Nawet publikowane opracowania (Szymborski 2012) mają minimalny wydźwięk społeczny i wydaje się, że zupełnie nie wpływają na politykę zdrowotną.

Inicjatywa WHO

Kolejnym krokiem w popularyzowaniu mierników sprawności na skalę świata była inicjatywa WHO (WHO 2000), zawarta w dokumencie *Health Report 2000*. Po raz pierwszy zaproponowano w nim ocenę sys-

„ Mierniki sprawności są wykorzystywane w wielu krajach, głównie anglosaskich i nordyckich, a także przez organizacje międzynarodowe, takie jak WHO czy OECD ”

Tabela 2. Konceptcje i idee stanowiące punkt odniesienia oceny

	Wielka Brytania	Kanada	Australia	USA	EHCI	WHO HFA	WHO HR 2000	WHO PATH	OECD
Akceptacja społeczna		+					+		
Dostępność	+	+	+	+		+			
Odpowiedniość		+	+						+
Potencjał	+								+
Kompetencje	+	+	+						
Ciągłość opieki		+	+						
Skuteczność	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Efektywność (w tym kosztowa)		+	+	+			+		
Równość		+	+	+		+	+		
Jakość konsumentcka (<i>responsiveness</i>)	+	+		+			+		
Bezpieczeństwo		+	+	+					+
Stabilność/trwałość			+						
Szybkość działania	+			+					

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD

temów ochrony zdrowia na świecie i przedstawiono ranking ponad 180 krajów. Aby to było możliwe, przedstawiciele WHO musieli najpierw określić cele i wartości, w odniesieniu do których systemy wszystkich krajów świata będą oceniane. Ponieważ spektrum priorytetów, wartości i zasad w takiej skali jest niezwykle szerokie, cele musiały być bardzo uniwersalne, a mimo to wzbudzały protesty przedstawicieli poszczególnych krajów. W efekcie za uniwersalne cele systemów uznano: 1) zdolność do osiągania dobrych wskaźników zdrowia w populacji kraju, 2) zdolność do zaspokajania uniwersalnych oczekiwań pacjentów (*responsiveness*), 3) sprawiedliwość obciążenia finansowego poszczególnych grup społecznych kosztami systemu (*fairness*). Wpływ raportu na systemy ochrony zdrowia był ogromny. Krytyka, jaka spadła na ówczesną szefową WHO (Gro Harlem Brundtland) oraz głównego architekta systemu oceny (Christophera Murraya), była wielka, co nie zmieniło faktu, że WHO w dalszym ciągu dokonuje pomiarów tych wskaźników i są one punktem odniesienia dla globalnej polityki zdrowotnej.

Inicjatywa Unii Europejskiej

Komisja Europejska oraz jej organ statystyczny, Eurostat, od ok. 10 lat prowadzą projekt pod nazwą *European Community Health Indicators* (ECHI). W ramach tego projektu opracowano wersję długą (ok. 130 wskaźników) i krótką (ok. 70 wskaźników). Dane ECHI są stopniowo gromadzone i baza jest rozszerzana, choć wystę-

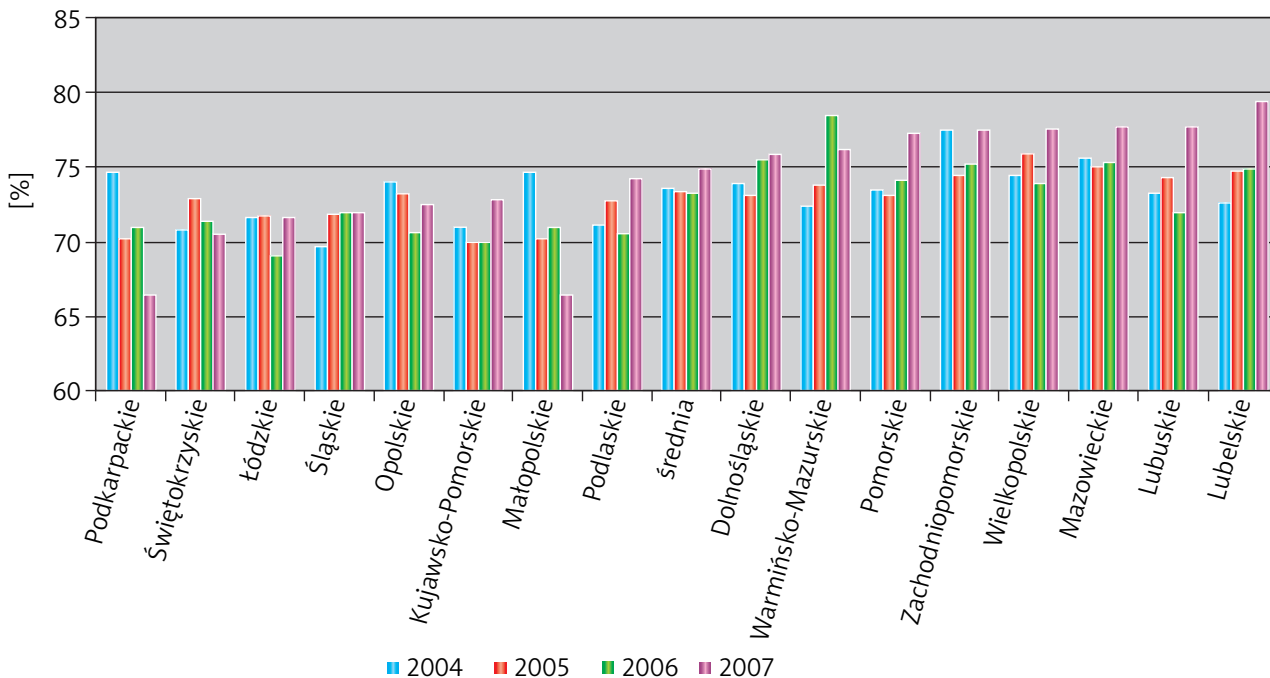
pują duże opory na poziomie krajów przed wysiłkiem zbierania tych informacji. Komisja Europejska powołuje się na wskaźniki ECHI przy różnych okazjach, w których ma prawo oceniać krajowe systemy ochrony zdrowia, co na mocy Traktatu z Lizbony jest bardzo ograniczone.

Istnieje wiele krajowych inicjatyw w zakresie mierników sprawności. Część z nich została wymieniona w tabeli 1. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) podsumowała ich cechy i podjęła działania w ramach własnego projektu *Health Care Quality Indicators* (HCQI). Zidentyfikowano kilkanaście cech wspólnych systemów mierników sprawności, wartości i koncepcji, które zostały uznane w poszczególnych systemach za ważne i godne wsparcia.

Najczęściej oceniane, a tym samym wspierane, wartości to:

- skuteczność – zdolność do osiągania poprawy w danej dziedzinie ochrony zdrowia, mierzonej wskaźnikami stanu zdrowia. Skuteczność może być mierzona wskaźnikami efektu (*outcome measures*), lecz z powodu odroczenia efektów wobec podejmowanych działań (np. efekty leczenia nowotworów widoczne są dopiero po 5 latach od rozpoczęcia leczenia, tzw. 5-letnia przeżywalność) jako miernik skuteczności są używane wskaźniki procesu;
- bezpieczeństwo – stopień, w jakim udaje się unikać powikłań i efektów ubocznych terapii podejmowanych w placówkach ochrony zdrowia;

Rycina 1. Zmiany odsetka przeżywających wśród chorych na raka piersi z rozpoznaniem z lat 2004–2007



Źródło: www.dane-i-analazy.pl na podstawie RLC NFZ

- jakość konsumencka (*responsiveness*) – stopień, w jakim system odpowiada na uzasadnione pozamedyczne potrzeby pacjentów. Zwykle w tym zakresie wykorzystywane są wskaźniki satysfakcji pacjentów lub cechy, o których wiadomo, że wpływają na dobrą ocenę opieki przez pacjentów, a nieodnoszące się bezpośrednio do jakości klinicznej;
- dostępność – łatwość uzyskania świadczenia przez pacjentów. Dostępność oraz jej odwrotność w postaci barier dostępu (*burdles*) może mieć wymiar prawny, fizyczny (geograficzny), finansowy, psychologiczny i in.;
- równość – najczęściej analizowana jest jako równość w dostępie (patrz wyżej) lub w stanie zdrowia i mierzona wskaźnikami obrazującymi różnice w tych aspektach między grupami społecznymi, definiowanymi z punktu widzenia ich zamożności, wykształcenia, miejsca zamieszkania itp.;
- efektywność – relacja między osiąganymi efektami a przeznaczanymi na to zasobami. Zasoby najczęściej są określane wielkościami finansowymi, lecz można je także mierzyć poprzez infrastrukturę, personel itp.

Współczynnik Donabediana

Zakres wskaźników w poszczególnych narzędziach może być bardzo różnorodny. Zwykle jednak można je zakwalifikować do poszczególnych kategorii wskaźników jakości Donabediana, obejmujących:

- wskaźniki struktury – statyczne elementy systemu, stanowiące o jego potencjale, choć niepokazujące, w jakim stopniu ten potencjał jest wykorzystywany

(np. liczba lekarzy, liczba urzędów, ilość dostępnych środków);

- wskaźniki procesu – elementy obrazujące poprawność postępowania, choć niemówiące o osiągniętych wynikach. Do mierzenia wskaźników procesu konieczne jest uzgodnienie, co należy uznać za właściwy sposób postępowania. Przykładem wskaźnika procesu jest odsetek kobiet w określonym wieku poddanych przesiewowemu badaniu mammograficznemu;
- wskaźniki wyniku – najbardziej pożądane wskaźniki, o ile są dostępne, mierzalne i odporne na manipulację. Obrazują one bezpośrednio to, do czego dana organizacja powinna dążyć i do czego jest powołana. Są to zatem wskaźniki osiągnięcia celu.

Ogrom międzynarodowych doświadczeń oraz zasoby posiadanych w Polsce danych pozwalają stwierdzić, że stworzenie narzędzia oceny systemu, w szczególności oceniającego stan ochrony zdrowia na poziomie województw, jest możliwe. Mierniki typu 5-letnie przeżycia w raku piersi (ryc. 1.) są możliwe do uzyskania z zasobów informacyjnych takich instytucji, jak NFZ, GUS czy PZH.

Wydaje się także, że wobec opisanych na początku problemów stworzeniem takiego systemu powinny się zająć organizacje pozarządowe, zapewniając mu neutralność polityczną i trwałość, niezależnie od zmian politycznych na poszczególnych szczeblach władzy. Miejmy nadzieję, że taka inicjatywa powstanie i nakieruje dyskusję dotyczącą ochrony zdrowia na rzeczy ważne i sprawdzalne, co pozwoli systemowi wyrwać się z zakłętego kręgu niemocy.

Adam Kozierekiewicz