

TERMOMETR

dopasowany do pacjenta



Fot. iStockphoto.com

FILIP DOMAŃSKI

Na początku 2022 r. postawiłem tezę, że polski system ochrony zdrowia przoduje w Unii Europejskiej (tekst „Polska w czołówce” opublikowany w numerze 1–2/2022 „Menedżera Zdrowia”). Jest to założenie dość kontrowersyjne, ale nie całkiem oderwane od rzeczywistości. Clou mojej wypowiedzi było pokazanie, że brak obiektywnych i powszechnie uznanych narzędzi analitycznych daje podstawy, by o polskim systemie ochrony zdrowia głosić opinie, które na pierwszy rzut oka urągają zdrowemu rozsądkowi. Zaproponowałem opracowanie narzędzia, które temu zaradzi. Teraz chcę pokazać w zarysie, co moim zdaniem należy zrobić.

Jak pisałem we wspomnianym artykule, Polska potrzebuje modelu oceny skuteczności systemu ochrony

zdrowia (OSSOZ). Angielski termin, który się powszechnie przyjął, to *health systems performance assessment* (HSPA). OSSOZ nie tylko ocenia, jak skutecznie dany system ochrony zdrowia realizuje wyznaczone mu zadania, ale wskazuje również, co nie funkcjonuje prawidłowo, i sugeruje konieczne działania, by poradzić sobie z niedoskonałościami. Model OSSOZ porównałem do termometru, który nie leczy, ale bez niego podjęcie właściwych działań terapeutycznych jest bardzo trudne.

Systemy ochrony zdrowia są unikatowe – charakterystyczne dla danego kraju, a nawet regionu (na przykład w Hiszpanii i we Włoszech). Niemniej są cechy wspólne dla wszystkich lub większości systemów, co pozwala na porównania. Na podstawie działania jed-

nych systemów można wyciągać wnioski dotyczące innych. Inspiracji do przeprowadzania reform i wprowadzania udogodnień we własnym systemie można szukać poza nim.

Dopasowany do pacjenta

Unikatowość systemów ochrony zdrowia musi być odzwierciedlona w zróżnicowaniu narzędzi do ich obsługi. Modele OSSOZ („termometry”) nie są wyjątkiem, każdy z nich jest niepowtarzalny, musi być „dopasowany do pacjenta”.

Równocześnie nie należy pozostawać głuchym na to, co robią inni. Wręcz konieczne jest bycie na bieżąco z tym, co dzieje się poza własnym systemem. To pozwala łatwiej sięgać po sprawdzone rozwiązania i unikać błędów, które inni już popełnili. Członkostwo Polski w Unii Europejskiej oprócz wielu innych zalet ma także tę, że dostęp do wiedzy z innych krajów jest zdecydowanie łatwiejszy.

W celu zaspokojenia potrzeby wymiany doświadczeń i umożliwienia wspólnej refleksji nad modelami OSSOZ Komisja Europejska w 2014 r. powołała na wniosek państw członkowskich Grupę Ekspertów ds. OSSOZ. Grupa skupia wszystkie państwa Unii, a także Norwegię. Jej sekretariat jest obsługiwany przez KE – Dyrekcję Generalną ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE). Grupę wspomagają eksperci ze Światowej Organizacji Zdrowia, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych.

W trakcie prawie ośmiu lat działalności ekspertów zwiększyła się liczba państw unijnych mających OSSOZ. Te, w których takie modele funkcjonowały wcześniej, wprowadziły udoskonalenia, rozszerzyły zakres analiz itp. Wymiana krajowych doświadczeń na temat budowania i używania tych modeli jest jedną z podstawowych aktywności grupy.

Rozważając, co powinienem zaproponować w Polsce, sięgnąłem do sprawozdań z posiedzeń ekspertów¹. Niemal podczas każdego spotkania przedstawiciele przynajmniej jednego kraju prezentują aktualne prace nad OSSOZ. Dzielą się informacjami o tym, kto je projektuje, kto bierze udział w debatach nad ich kształtem, jaki mają zakres przedmiotowy, jakimi danymi są zasilane, jak prezentowane są wyniki analiz

dokonanych za ich pomocą. Przekazują także spostrzeżenia o problemach, które napotkali, i o tym, co ułatwia przygotowanie „termometrów szytych na miarę” – ich unikatowych modeli OSSOZ.

Wola i determinacja

Jeśli w Polsce chcemy mieć dobrze działający model OSSOZ, który ułatwi diagnozowanie bolączek naszego systemu ochrony zdrowia i pomoże planować działania naprawcze, sięgnijmy po dorobek Grupy Ekspertów ds. OSSOZ i przyjrzyjmy się ich pracy.

Poprzedni akapit zacząłem od słów „Jeśli chcemy”. Pragnę zwrócić uwagę na tę sprawę. Nie chodzi tylko o to, że budowa modelu OSSOZ wymaga decyzji, ponieważ taki proces nie odbędzie się samoistnie. Najważniejsze jest to, że rozpoczęciu i prowadzeniu prac muszą towarzyszyć wola polityczna oraz determinacja.

Ocenianie skuteczności systemu ochrony zdrowia to proces angażujący wielu interesariuszy zarówno w systemie, jak i poza nim. Oznacza to przyznanie przynajmniej części uczestników nowych ról. To również poddanie analizie i ocenie takich działań, które dotychczas nie były analizowane i oceniane. Nie bez znaczenia jest też fakt, że zawsze w mniejszym lub większym zakresie wyniki OSSOZ są przedstawiane opinii publicznej. Bardzo często w naszym kraju nie pytamy w ogóle, co zawiodło, ale od razu o to, czyja to wina. To wszystko powoduje, że prace nad OSSOZ

na pewno napotkają opór, którego przewyciężenie może się okazać bardzo trudne.

Na Litwie obowiązek oceny skuteczności systemu ochrony zdrowia jest wprost nakazany prawem, a zatem kwestia, czy oceniać, została już rozstrzygnięta. Mimo to prace nad litewskim modelem OSSOZ wywołały silny sprzeciw w systemie ochrony zdrowia. Wiele grup interesu przeciwstawiało się wprowadzeniu w życie oceny skuteczności systemu.

Tworzenie modelu OSSOZ w Polsce nie mogłoby być wyłącznie przedsięwzięciem ministra zdrowia, ale musiałoby się stać istotną częścią programu całego rządu. Jeżeli taki model miałby być czymś trwałym, nie mógłby być kontestowany przez opozycję. Oceniani – profesjonaliści medyczni, świadczeniodawcy, instytucje systemu ochrony zdrowia, decydenci od szczebla krajowego po lokalny i inni – także musieliby

„Na podstawie działania jednych systemów ochrony zdrowia można wyciągać wnioski dotyczące innych. Inspiracji do przeprowadzania reform i wprowadzania udogodnień we własnym systemie można szukać poza nim”

„Jeśli w Polsce chcemy mieć dobrze działający model OSSOZ, który ułatwi diagnozowanie bolączek naszego systemu ochrony zdrowia i pomoże planować działania naprawcze, sięgnijmy po dorobek Grupy Ekspertów ds. OSSOZ i przyjrzyjmy się ich pracy”



Fot. Adobe Stock

się zgadzać z jego ogólnymi założeniami i szczegółami funkcjonowania.

Sposobem na to, by z kontestatorów uczynić promotorów pomysłu, jest włączenie ich do grona pracujących nad tym przedsięwzięciem. W Irlandii na pewnym etapie prac stworzono panel obywatelski, którego członkowie bardzo chętnie brali udział w konsultacjach. Tego typu rozwiązanie w Polsce byłoby takim novum, że nie wiem, czy warto je proponować akurat w tej sprawie. Niemniej model OSSOZ nie mógłby w naszym kraju powstawać tylko w gabinetach Ministerstwa Zdrowia.

Zespół

Konsultacje pomysłu lub poszczególnych rozwiązań to rzecz jasna nie ich tworzenie. Grono autorów koncepcji i odpowiedzialnych za jej konkretyzowanie musiałyby być węższe niż biorących udział regularnie i doraźnie w ocenianiu oraz modyfikowaniu propozycji. Doświadczenia innych państw pokazują, że modele OSSOZ tworzą na ogół resorty zdrowia i instytuty zdrowia publicznego lub inne organizacje zajmujące się analizami zdrowotności ludności.

Hipotetyczny polski zespół na pewno powinien się składać z ekspertów Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego. Grono nie powinno być zbyt liczne, by mogło sprawnie pracować. Za to zespół winien zasięgać informacji z wielu innych instytucji. Należą do nich te, które mają w swojej gestii dane z systemu ochrony zdrowia: Narodowy Fundusz Zdrowia i Centrum e-Zdrowia, a także Główny Urząd Statystyczny. Nie należy zapominać o regularnym dialogu z takimi środowiskami, jak profesjonaliści medyczni, świadczeniodawcy, podmioty tworzące jednostek leczniczych i pacjenci.

O tym, kto jeszcze znajduje się wśród najaktywniejszych twórców modelu OSSOZ, decyduje to, jaki

obszar jest poddawany analizie i ocenie. W większości przypadków modele nie ograniczają się do działań związanych z wąsko pojętymi systemami ochrony zdrowia, ale wykraczają poza nie. Na potrzeby oceny stanu zdrowia ludności bierze się pod uwagę część zadań systemów pomocy społecznej i edukacji. Kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują wymiar geograficzny, co może się wiązać z zagadnieniami infrastruktury transportowej i transportu publicznego. Dostępność finansowa ma związek z dochodami społeczeństwa. Opinie pacjentów na temat skoncentrowania na nich systemów ochrony zdrowia zależą między innymi od edukacji zdrowotnej, która mieści się także w zakresie działania szkolnictwa. Rozważając skutki i dotkliwość pandemii COVID-19, mówi się między innymi o wpływie zanieczyszczenia powietrza na ciężkość przebiegu choroby i śmiertelność. Takie kwestie także należy brać pod uwagę, gdy debatuje się nad modelami OSSOZ.

Jak już wspominałem, OSSOZ to nie tylko analiza i ocena tego, co się dzieje, lecz także proponowanie konkretnych działań we wskazanych obszarach. Zasadą demokracji jest między innymi przejrzystość działań administracji, czyli informowanie opinii publicznej. Informacje przekazywane społeczeństwu muszą być rzetelne, ale zrozumiałe dla laików. Decydenci, szczególnie najwyższego szczebla, też raczej nie są specjalistami w dziedzinie systemów ochrony zdrowia, więc także oni powinni otrzymywać jasne komunikaty. Te wymogi powodują, że prezentacja wyników OSSOZ nabiera szczególnego znaczenia. Może się nawet okazać, że prowadzenie najpoprawniejszych metodologicznie analiz opartych na wysokiej jakości danych nie zagwarantuje sukcesu, ponieważ rekomendacje przygotowane na ich podstawie będą sformułowane w tak skomplikowany sposób, że nie dotrą do świadomości adresatów. Eksperti do spraw komunikacji, w tym graficznej prezen-

”Zastrzeżenia co do kodowania przyczyn zgonów w Polsce podnoszono lata przed wybuchem pandemii COVID-19. Od dawna nie jesteśmy zupełnie pewni, na co umieramy”



Fot. Adobe Stock

tacji statystyk itp., także muszą blisko współpracować z twórcami modelu OSSOZ.

Od przybytku głowa nie boli

Bez wątplenia część rozważań należy poświęcić sprawie modelu OSSOZ – danym, które będą go zasilały. „Od przybytku głowa nie boli” i „Co za dużo, to niezdrowo” – oba te powiedzenia funkcjonują w polszczyźnie, choć ich przekazy są przeciwstawne. Który z nich jest prawdziwy? Eksperta pozna się po tym, że odpowie: „to zależy”. Tak właśnie jest z danymi w systemie ochrony zdrowia – mamy ich tyle, że możemy czerpać pełnymi garściami, by się przyrzyć różnym zjawiskom, analizować, oglądać system z wielu stron. Równocześnie nie radzimy sobie z ich przyswajaniem i właściwym wykorzystaniem. Jest wiele danych, które są gromadzone, jednak praktycznie nigdy się z nich nie korzysta.

Nie tylko ilość, lecz także jakość danych może być poważnym utrudnieniem. Zastrzeżenia co do kodowania przyczyn zgonów w Polsce podnoszono lata przed wybuchem pandemii COVID-19. Od dawna nie jesteśmy zupełnie pewni, na co umieramy. Według informacji z map potrzeb zdrowotnych² w 2019 r. było w Polsce pięć szpitali, z których każdy przyjął tylko jednego pacjenta. Kolejnych pięć odnotowało dwa razy więcej hospitalizacji, czyli po dwie. Te przykłady pokazują, że ewentualne prace nad polskim modelem OSSOZ nie mogą się ograniczać do zaprojektowania struktury, ale muszą objąć też wkład do niej. Powinny się stać przyczynkiem do dyskusji, jak poprawić dane, których zbieranie kosztuje, wymaga zaangażowania wielu osób i instytucji. Grzechem jest marnotrawienie tych zasobów.

Statystyki dotyczące przyczyn zgonów czy hospitalizacji są zbyt istotne, by z nich rezygnować, ale – tak jak nad jakością – przy tworzeniu modelu OSSOZ w Polsce warto się zastanowić nad zakresem danych,

które będą używane. Z relacji ze spotkań Grupy Ekspertów ds. OSSOZ wynika, że na ogół początkowo zespoły w różnych krajach dysponowały listami kilkuset, a nawet kilku tysięcy wskaźników. Podczas kolejnych etapów prac listy te skracano, najczęściej do kilkudziesięciu, maksymalnie dwustu wskaźników. Przy tej okazji warto wspomnieć o Szwecji, gdzie model OSSOZ działa od dłuższego czasu.

Kilka lat temu instytucje odpowiedzialne za funkcjonowanie OSSOZ w Szwecji otrzymały zlecenie od resortu zdrowia, by uprościć model i zaproponować od pięciu do dziesięciu wskaźników. Takich, które pokazują kwestie najistotniejsze dla pacjentów. To dość radykalne okrojenie jest efektem konstatacji, że posługiwanie się ich większą liczbą utrudnia skuteczne planowanie polityki zdrowotnej. Podobnie jak z panelem obywatelskim w Irlandii – nie czas jeszcze w Polsce na takie rozwiązania, ale warto wiedzieć, co robią bardziej od nas zaawansowani.

Po co?

Przemysławczy, kto powinien tworzyć model OSSOZ, i pochyliwszy się nad danymi, z których będzie czerpał, zadajmy pytanie, które najprawdopodobniej powinno paść nieco wcześniej. Co ma być celem dokonywania oceny skuteczności polskiego systemu ochrony zdrowia?

W innych krajach najczęściej motywacją jest chęć odpowiedzi na pytanie, co wymaga poprawy w systemie, jakie są jego niedomagania. Jak już wspominałem, na Litwie to prawo stanowi, że należy oceniać skuteczność systemu ochrony zdrowia. W przypadku Słowenii motywacja miała charakter zewnętrzny. Było nią zalecenie Komisji Europejskiej wydane w ramach semestru europejskiego. Pewną ciekawostką z powodu odwrócenia kolejności zdarzeń jest sytuacja w Irlandii. Tam najpierw rozpoczęto reformę systemu ochrony zdrowia (w 2017 r.), a dwa lata później zaczęto opracowywać

model OSSOZ, by w przyszłości pozwolił ocenić jej skutki.

Wydaje się, że u nas pierwszym zadaniem modelu OSSOZ byłoby doprowadzenie do sytuacji, w której zarówno eksperci, jak i główni interesariusze systemu, a także rządzący i opozycja zgodzą się co do tego, jakie obszary wymagają naprawy. Gdyby jeszcze udało się osiągnąć kompromis w sprawie charakteru zasadniczych działań i ich kierunku, to można by mówić o sporym sukcesie.

Po wskazaniu celu, w jakim ma działać model, można poniekąd powrócić do rozważań nad jego zakresem. Konstytucja RP stanowi, że każdy obywatel Polski, bez względu na sytuację majątkową, powinien mieć równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych. Przepisy innych ustaw są bardziej szczegółowe, ale to nie zamyka dyskusji o tym, co ma oceniać model OSSOZ. Jedynie równość dostępu? Chyba zgodzimy się, że nie tylko ją.

Czy i w jakim stopniu badać jakość świadczeń? W jaki sposób mierzyć wspomnianą równość dostępu? Ile miejsca poświęcać finansowaniu systemu? Czy na przykład oceniać źródła finansowania pod względem stabilności przychodów w przyszłości? Ostatnimi laty coraz więcej mówi się o skoncentrowaniu systemów ochrony zdrowia na pacjentach, a nawet na ludziach w ogóle (pacjenci to ci, którzy już otrzymują jakąś formę leczenia) i ich potrzebach. Jak ten koncept odzwierciedlić w modelu OSSOZ? Czy i jak badać satysfakcję profesjonalistów medycznych? Ich zadowolenie z pracy, możliwości rozwoju zawodowego czy perspektywy finansowe?

Mam nadzieję, że udało mi się pokazać, że pytania i kwestie do rozstrzygnięcia przy opracowywaniu polskiego modelu OSSOZ jest bardzo dużo. Nie chciałem nimi epatować, ale zwrócić uwagę na to, że działania podejmowane w systemie ochrony zdrowia i w związku z nim muszą być dobrze przemyślane i solidnie zaplanowane. Wszystkich problemów nie sposób przewidzieć, ale przynajmniej na pojawienie się części z nich można się zawnoczu przygotować.

Korzystajmy z UE

Na zakończenie chcę wspomnieć o tym, do czego już wcześniej nawiązywałem – jesteśmy w Unii Europejskiej, więc korzystajmy z tego. Miło jest podróżować bez paszportu i mieć za co remontować szpitale (szkoda, że niekoniecznie przychodnie POZ), ale to nie wszystkie korzyści z naszego członkostwa w Unii.

Uczmy się od innych, przyglądajmy temu, co robią. A gdy jest taka okazja, chwalmy się tym, co nam dobrze wyszło.

Grupa Ekspertów ds. OSSOZ to specjaliści w tej dziedzinie. Część z nich ma wieloletnie doświadczenie w tworzeniu modeli w swoich krajach, a także w doradztwie innym. Często są to jednocześnie praktycy i naukowcy, których wiedzę trudno przecenić. Istnieje mechanizm, który pozwala czerpać z tego zasobu. Takie kraje, jak Chorwacja, Czechy, Irlandia, Litwa, Łotwa czy Słowenia, już się nim posłużyły. Mowa tu o pomocy technicznej finansowanej przez Komisję Europejską.

Dyrekcja Generalna ds. Wspierania Reform Strukturalnych (DG REFORM) ma za zadanie ułatwianie państwom członkowskim uzyskiwania pomocy technicznej potrzebnej do przeprowadzania reform. Jej zakres obejmuje praktycznie wszystkie dziedziny, które są w gestii władz publicznych krajów unijnych. Naturalnie należą do nich także systemy ochrony zdrowia. Więcej na temat działania Instrumentu Wsparcia Technicznego (IWT) można się dowiedzieć na stronach Ministerstwa Rozwoju i Technologii³.

Grupa Ekspertów ds. OSSOZ była tym gremium, które przed powstaniem ogólnounijnego mechanizmu pomocy technicznej rozpoczęło wzajemne wspieranie się w pracy na rzecz oceny skuteczności systemów ochrony zdrowia. Organizowano między innymi seminaria i wizyty studyjne, by podpowiadać sobie, jak ulepszać tę działalność. Powstanie DG REFORM jedynie usprawniło tę współpracę. Uważam, że jeśli w Polsce zapadnie decyzja, by stworzyć model OSSOZ, powinniśmy skorzystać z IWT. Nie tylko uzyskamy współfinansowanie naszych działań, ale też będziemy mieć ułatwiony dostęp do wsparcia najlepszych ekspertów. Przy wprowadzaniu OSSOZ w Polsce wstydem nie byłoby poprosić o pomoc innych, wstydem byłoby o nią nie poprosić.

Filip Domański, ekspert w dziedzinie systemów i polityk zdrowotnych, były wieloletni pracownik Ministerstwa Zdrowia i Komisji Europejskiej, w latach 2017–2021 kierował pracami Sekretariatu Grupy Ekspertów ds. OSSOZ

„Sposobem na to, by z kontestatorów uczynić promotorów pomysłu, jest włączenie ich do grona pracujących nad tym przedsięwzięciem”

Przypisy

¹ https://health.ec.europa.eu/health-systems-performance-assessment/events_en (dostęp: 10 lipca 2022 r.)

² <https://basiw.mz.gov.pl/>

³ <https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologiea/instrument-wsparcia-technicznego>