

Lucyna Gromulska, Mirosław J Wysocki

METODY OCENY SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

EVALUATION OF HEALTH SYSTEMS

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono zagadnienie oceny systemu ochrony zdrowia. W pierwszej części zostały przytoczone definicje systemu zdrowia i systemu ochrony zdrowia. Następnie opisano podstawowe założenia oceny systemów ochrony zdrowia oraz używane i zalecane wskaźniki, a następnie przedstawiono, w jaki sposób przeprowadzana jest ocena funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach europejskich.

Słowa kluczowe: *systemy zdrowia, systemy ochrony zdrowia, ewaluacja systemów ochrony zdrowia, wskaźniki zdrowotne*

ABSTRACT

Article presents problem of healthcare systems evaluation. Definitions of health system and healthcare system are introduced in the first part, which is followed by presentation of basic principles of healthcare systems evaluation, and commonly used and recommended indicators. Specific examples of healthcare systems evaluation methods implemented in selected European countries are described in the last part.

Key words: *health systems, healthcare systems, healthcare systems evaluation, health indicators*

WSTĘP

Istnieją różne definicje systemu (ochrony) zdrowia. W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej mówi się o *systemach zdrowia*, definiowanych jako wszystkie działania, których głównym celem jest promocja (*promotion*) zdrowia, utrzymywanie (*maintenance*) jak najlepszego zdrowia ludzi oraz uzupełnianie (*restoration*) deficytów w zdrowiu ludności (1). W tej pojemnej definicji znajdują swoje miejsce promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, interwencje zdrowotne, np. dotyczące bezpieczeństwa na drogach, czy w środowisku, jak również medycyna niekonwencjonalna. Definicja ta nie dotyczy obszarów takich jak ekonomia, edukacja czy polityka, ponieważ ich podstawowym przedmiotem zainteresowania nie jest zdrowie, mimo, że dotyczą one obszaru zdrowia pośrednio. Żadne cechy ani standardy, które mogłyby opisywać system zdrowia nie są podane w tej definicji. Definicja ta oznacza również, że system zdrowia istnieje w każdej kulturze, kraju czy grupie społecznej.

SYSTEMY (OCHRONY) ZDROWIA

Istnienie systemów zdrowia służy realizacji podstawowego prawa człowieka – prawa do zdrowia.

Prawo do zdrowia, czyli stanu kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności (2) jest prawem każdego człowieka według Światowej Deklaracji Praw Człowieka przyjętej przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 1948 roku (3). Celami systemu zdrowia są: poprawa zdrowia populacji, jaką system obejmuje (*good health*), odpowiadanie na oczekiwania adresatów (*responsiveness*) - szczególnie te niemedyczne, którym ostatnio poświęca się wiele uwagi, oraz zapewnianie sprawiedliwego finansowego zabezpieczenia przeciwko skutkom złego zdrowia (*fair financial contribution*).

Cele *systemów zdrowia* nie są zawsze osiągnięte w stopniu odpowiadającym potrzebom, więc ogólny brak zadowolenia ze świadczeń zdrowotnych i ich finansowania jest powszechny. Powtarzające się skargi dotyczą błędów i opóźnień w usługach zdrowotnych, wrogości, obojętności i braku kultury personelu, odmawiania czy trudnej dostępności usług zdrowotnych oraz ogromnych obciążeń finansowych dla dostawców usług zdrowotnych, czy finansów publicznych, a także społeczeństwa.

System ochrony zdrowia oznacza dostarczanie usług zdrowotnych i inwestowanie w nie (1). Ta definicja, węższa niż definicja systemu zdrowia, pozwala na zbieranie danych opisujących stopień utrzymywania

i uzupełniania zdrowia w populacjach. Istnieje wiele metod opisu i oceny systemów ochrony zdrowia. Ewaluacja jest elementem koniecznym procesów rozwoju i optymalizacji działania systemów ochrony zdrowia.

POTRZEBA OCENY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

System ochrony zdrowia jest skomplikowanym układem wielu zjawisk służącym niezmiernie ważnemu celowi – zdrowiu populacji. Wszelkie wady, niedoskonałości systemu ochrony zdrowia oraz wszystkie interwencje i reformy w celu naprawy tych niedoskonałości mają wpływ na zdrowie.

Interwencje w celu poprawy funkcjonowania systemu są konieczne. Żeby zapewnić ich skuteczność, niezbędna jest ocena obecnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, czyli tego: jak system działa, jak spełnia swoje funkcje, gdzie działa dobrze, a gdzie potrzebna jest zmiana. Ocena systemu ochrony zdrowia powinna być oparta o idee obiektywności oraz obejmować wiele wymiarów. Ocena jednego obszaru w obrębie systemu ochrony zdrowia, np rozliczenia kosztów, jest nie do końca sensowna, ze względu na dużą współzależność zjawisk i czynników oraz stopień złożoności systemu ochrony zdrowia.

Drugą perspektywą oceny systemu jest ewaluacja sposobów zmiany, czyli ocena, czy planowane zmiany są realne i przyniosą oczekiwane efekty. Jeszcze jedną perspektywą oceny systemu jest mierzenie zmian w trakcie ich trwania oraz ewaluacja bezpośrednich i długofalowych skutków zmiany. Ulepszać można tylko to, o czym wiadomo, jakie jest i jakich ulepszeń potrzebuje (4).

W ostatnich latach coraz częściej podnoszona jest kwestia udziału pacjentów i ich wpływu na funkcjonowanie i kształtowanie systemu ochrony zdrowia.

Według najnowszego raportu *The Empowerment of the European Patient – options and implications* z marca 2009 roku (5) ogląd społeczny systemu i profesjonalistów ochrony zdrowia bardzo się zmienił w ciągu ostatnich lat. Europejczycy nie traktują lekarzy i szpitali jako niezawodnych, nieomylnych instancji zapewniających zdrowie. Społeczeństwo traktuje specjalistów i placówki usług zdrowotnych podobnie jak innych usługodawców, a siebie jak konsumentów wymagających usług wysokiej jakości. Postuluje się więc, by w większym stopniu włączać pacjentów w proces interwencji zdrowotnych i leczenia. Informacje od pacjentów i ich opinie na temat działania systemu ochrony zdrowia oraz pomysłów na reformy mogą być bardzo cenne.

GŁÓWNE OBSZARY OCENY SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

We wszystkich państwach dąży się do stworzenia najbardziej optymalnego systemu ochrony zdrowia, który odpowiada na zapotrzebowania zdrowotne społeczności. Systemy ochrony zdrowia bardzo się różnią, brak idealnego wzorca, ale istnieją wypracowane doświadczenia, co do lepszych niż inne form organizacji, zasad, czy mechanizmów pełnego wykorzystywania zasobów systemu w celu osiągnięcia zamierzonych celów. Podstawowe idee istnienia każdego systemu to: zdrowie ludzi – jest to podstawowy, najważniejszy cel; efektywność kosztowa oraz równość obywateli w korzystaniu i pozycji w systemie ochrony zdrowia. Systemy ochrony zdrowia różnią się znacznie w sposobach rozumienia i realizacji tych idei (1). Funkcje, poprzez które system ochrony zdrowia realizuje cele to: odpowiedzialne i troskliwe zarządzanie (ang. *stewardship*), tworzenie zasobów (inwestycje, kształcenie), finansowanie (zbieranie funduszy, ich rozdzielanie i nabywanie dóbr) oraz dostarczanie usług. W związku z tym, można wyróżnić dwa ogólne obszary oceny systemu ochrony zdrowia. Pierwszy z nich dotyczy realizacji celów systemu i składają się na niego pomiar osiągnięć i pomiar odpowiedzi systemu na pozamedyczne oczekiwania pacjentów. Osiągnięcia mają opisywać, w jakim zakresie działanie systemu odpowiada na wszelkie oczekiwania zdrowotne społeczności oraz jak sprawiedliwie rozdzielane są środki w stosunku do potrzeb zdrowotnych. Przedmiotem oceny jest również zakres i jakość odpowiadania na pozamedyczne oczekiwania ludzi (np. szacunek, godność, dyskrecja, prawo do informacji). Sposobem oceny celów jest często porównanie poziomu osiągnięć do istniejących zasobów systemu.

Drugi obszar oceny dotyczy funkcji systemu ochrony zdrowia. Ocenie podlegać powinny: odpowiedzialne i troskliwe zarządzanie, tworzenie zasobów (inwestycje i kształcenie), finansowanie (zbieranie funduszy, rozdzielanie i nabywanie dóbr), oraz poziom, dostępność dostarczania usług (1).

PRAKTYKOWANE METODY OCENY SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

Ocena systemu ochrony zdrowia wg *Światowej Organizacji Zdrowia* (1) powinna składać się z trzech elementów:

1. oceny ogólnego stanu zdrowia w populacji oraz stanu zdrowia w zależności od czynników demograficznych, geograficznych, społecznych i innych (rozkład zmiennych opisujących stan zdrowia w populacji),
2. oceny ogólnego poziomu spełniania przez system oczekiwań pozamedycznych (*responsiveness*) oraz

Tabela I. Mierniki systemu ochrony zdrowia proponowane przez ŚOZ
Table I. Measures of healthcare system recommended by WHO

Stan zdrowia	Poziom odpowiedzi na oczekiwania pozamedyczne (<i>responsiveness</i>)	Sposób rozdzielania środków finansowych
<ul style="list-style-type: none"> • umieralność i liczba zgonów przed 5 r. ż. • umieralność i liczba zgonów w okresie 15-59 lat • oczekiwania długość życia w chwili narodzin • obciążenie chorobą (<i>burden of disease</i>) • DALY – utracona długość życia korygowana niepełnosprawnością • DALE - oczekiwana długość życia korygowana niepełnosprawnością • relacja DALE do oczekiwanej długości życia • stan zdrowia w zależności od zmiennych – społecznych, ekonomicznych, demograficznych, geograficznych. 	<ul style="list-style-type: none"> • ocena oczekiwań pacjenta (ankieta) dotycząca: poczucia godności, szacunku, autonomii; poufności, możliwości wyboru dostawcy usług zdrowotnych, dostępu do wszelkich informacji o systemie i leczeniu oraz możliwości współdecydowania o leczeniu • dostęp do sieci wsparcia społecznego • poziom dyskrecji i poufności (dokumentacja medyczna, sposób przekazywania informacji o pacjencie) • poziom kultury w relacji – system – pacjent • możliwość wyboru lekarza, miejsca leczenia • traktowanie z szacunkiem niezależnie od pozycji społeczno-ekonomicznej • czas oczekiwania na usługę medyczną • poziom odpowiedzi na oczekiwania pozamedyczne w zależności od różnych czynników 	<ul style="list-style-type: none"> • stosunek opłat za usługi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do opłat „z własnej kieszeni” • stosunek wydatków pacjenta na zdrowie do wydatków bytowych (oprócz wydatków na jedzenie) – rozkład w populacji (im równiejszy rozkład, tym lepiej) • rozkład wydatków na zdrowie w zależności od zmiennych geograficznych, społecznych, demograficznych i innych

oceny poziomu spełniania przez system oczekiwań pozamedycznych w zależności od różnych czynników (rozkład w populacji),

3. oceny sposobu rozdzielania środków finansowych.

Mierniki odnoszące się do powyższych obszarów oceny systemu ochrony zdrowia przedstawione są w tabeli I.

W reformowaniu systemów ochrony zdrowia bardzo cenne okazuje się czerpanie z doświadczeń innych państw. Porównywanie daje możliwość zwrócenia uwagi na szersze spektrum zagadnień, problemów i rozwiązań oraz bardziej rzeczywiste przewidywanie konsekwencji podejmowanych decyzji. Porównywanie systemów ochrony zdrowia pozwala również na ustalenie miar projektowanych zmian oraz przyjęcie standardów czy wielkości zmian, do których chce się dążyć (6). Metoda ta nosi nazwę porównywalnych systemów (ochrony) zdrowia (*comparative health systems*) i zakłada podejście multidyscyplinarne.

W celu porównywania systemów ochrony zdrowia wybiera się systemy państw o podobnych cechach społeczno-ekonomicznych (zmienne kontrolne) i używa schematu quasi-eksperymentalnego. Porównuje się następujące zmienne: całkowita suma wydatków, oczekiwana długość życia, lub oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) oraz szczegółowe rezultaty działania systemów. Te dane składają się na ogólną ocenę osiągnięć systemów. Można również porównywać systemy w węższych kategoriach: poszczególnych celów i funkcji. Często używaną odmianą metody porównywalnych systemów ochrony zdrowia jest porównywanie struktury, procesu i osiągnięć (7). Struktura oznacza obecność i udział w systemie wszystkich jego zasobów np. zasobów organizacyjnych czy

stanu zdrowia populacji. Proces to droga dostarczania usług zdrowotnych oraz stopień korzystania z nich. Osiągnięcia dotyczą bezpośrednich wyników systemu takich jak: jakość, efektywność oraz dostęp do usług oraz długofalowych osiągnięć systemu: efektywności kosztowej i odpowiadania na zdrowotne oraz pozamedyczne potrzeby adresatów systemu. Przykładowe wskaźniki bezpośrednich i długofalowych osiągnięć przedstawione są w tabeli II.

Podstawowym i oczywistym postulatem dobrego funkcjonowania systemu zdrowia jest dopasowanie systemu do populacji, w jakiej istnieje: do specyficznych potrzeb i problemów zdrowotnych, oczekiwań (również co do godności, szacunku i równości), stanu zdrowia, struktury społeczno-ekonomicznej. Wszelkie dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne powinny być rutynowo i obowiązkowo wykorzystywane w ocenie i projektowaniu zmian i reform systemów ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o bezpieczeństwo finansowe systemu, to istnieje wiele wariantów i zasad zbierania, gromadzenia, dzielenia i rozliczania zasobów finansowych przeznaczonych na zdrowie. Wyróżnia się trzy główne obszary problemowe w tym zakresie: ilość zasobów, jakie system jest w stanie zmobilizować; typ i liczba usług, jakie system jest w stanie zakupić (pakiet świadczeń w stosunku do potrzeb zdrowotnych) oraz zakup usług w celu osiągnięcia określonych wyników zdrowotnych (np. badania przesiewowe).

Istnieją duże różnice między krajami, jeśli chodzi o finansowanie systemu ochrony zdrowia. Nie istnieje konsensus co do ilości środków, które powinny być przeznaczane na zdrowie, ale opinie, co do dobrych sposobów finansowania są ustalone. W krajach biednych,

Tabela II. Wskaźniki bezpośrednich i długofalowych osiągnięć systemów ochrony zdrowia.

Table II. Indicators of direct and long-term results of health-care systems

	Kategorie	Wskaźniki
Bezpośrednie osiągnięcia systemu	Efektywność	1. koszt/jednostka wyniku zdrowotnego
	Jakość	1. adekwatność procedur: nadużywane, nieużywane, źle używane
	Dostęp	1. liczba wykorzystanych usług zdr. 2. liczba personelu, szpitali/1000 osób
	Koszt	1. całkowita suma wydatków na zdrowie 2. procent wydatków na zdrowie / PNB 3. wielkość deficytów poszcz. placówek 4. struktura finansowania: obowiązkowe ubezpiecz. zdr. / wydatki prywatne pacjentów / prywatne ubezpiecz. zdrowotne / dodatkowe ubezpieczenia np przez pracodawców
Długofalowe osiągnięcia systemu	Stan zdrowia	Zmienne demograficzne i epidemiologiczne np: 1. oczekiwana długość życia 2. umieralność niemowląt 3. umieralność matek 4. DALY 5. QALY 6. HLY 7. struktura zaludnienia, wykształcenia, bezrobocia i inne
	Bezpieczeństwo finansowe	1. pokrycie wydatków przez ubezpieczenia zdrowotne 2. procent wydatków pacjenta (oprócz ubezpieczenia) w całkowitej sumie wydatków zdrowotnych 3. procent ludzi zubożonych w wyniku choroby
	Satysfakcja konsumentów (oczekiwania pozamedyczne)	1. wyniki ankiet satysfakcji pacjenta 2. oczekiwania pacjenta/satysfakcja z usług 3. przeciętny czas 1 porady lekarskiej 4. przeciętna ilość dokumentacji pacjenta w jednostce medycznej 5. czas oczekiwania na usługi specjalistyczne

ilość środków nie pozwala na zapewnienie równości w dostępie do usług zdrowotnych, a w bogatym problemem jest efektywność kosztowa, ponieważ mimo dużych środków finansowych przeznaczanych na zdrowie, nie obserwuje się adekwatnych zmian zdrowotnych.

Wiadomo, że opłaty „z własnej kieszeni” za usługi zdrowotne, w niewielkim tylko stopniu spełniają zasady systemu takie jak: efektywność, równość, bezpieczeństwo finansowe oraz podział ryzyka finansowego czy dostęp do usług zdrowotnych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne spełnia te zasady w znacznie większym stopniu (7).

Wymiar dostarczania usług zdrowotnych można podzielić na dwa obszary: typ usług oraz typ dostar-

czyciela. Wyróżnia się, między innymi, takie typy usług zdrowotnych jak: usługi oparte na udziale społeczności dla wszystkich, usługi dostarczane w szpitalu wąskiej grupie odbiorców z poważnymi problemami zdrowotnymi, usługi specjalistyczne dla osób ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi. W wielu systemach (ochrony) zdrowia dostawcy podzieleni są na trzy grupy, oznaczające również kierunek kierowania pacjentów: dostawcy podstawowych usług, zdrowotnych (obszary: promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, leczenie często występujących chorób, leczenie chorób przewlekłych), dostawcy usług zdrowotnych drugiego szczebla (obszary: pogotowie ratunkowe i wszystkie usługi w sytuacjach nagłych i zagrażających życiu) oraz dostawcy usług specjalistycznych (obszar usług specjalistycznych i specjalnych potrzeb). Dostawcy usług zdrowotnych mogą wywodzić się z sektora publicznego lub prywatnego, ale w wielu krajach dąży się do bardziej efektywnego partnerstwa publiczno-prywatnego. System oparty o partnerstwo publiczno-prywatne to sytuacja w której współdziałają różne motywy, filozofie pomagania oraz sposoby dostarczania usług.

Ocenie również powinny podlegać zasady i prawa rządzące systemem zdrowotnym. Prawo i decyzje wykonawcze na poziomie ministerialnym mają służyć zapewnieniu zasady sprawiedliwości w wymianie dóbr w obrębie systemu zdrowia, poprawianiu błędów rynkowych systemu oraz zapewnieniu równości w finansowaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych. Polityka regulująca system zdrowia znajduje swoje odzwierciedlenie w każdym aspekcie działania systemu. Decyzje polityczne i wykonawcze dotyczą dzielenia ryzyka finansowego, zapewniania jakości i bezpieczeństwa, równości w dostępie do usług zdrowotnych oraz efektywności kosztowej.

PRZYKŁADY METOD OCENY SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

Eurohealth Consumer Index (EHI) (8). Metoda ta jest stosowana w krajach Europy od 2005 roku. Jest to narzędzie składające się z 27 wskaźników opisujących wymiar nastawienia na konsumenta w opiece zdrowotnej (*consumer-friendly healthcare*). Pacjent-konsument chce mieć wpływ na jakość świadczeń zdrowotnych i brać czynny udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Pacjent - konsument chce mieć dostęp do informacji dotyczących usług zdrowotnych, ich jakości i skuteczności, oraz wiedzy na temat przepisów określających zasady działania systemu opieki zdrowotnej i miejsca w nim pacjenta.

Wskaźniki EHI (27 wskaźników) są przyporządkowane do 5 skal: prawa pacjenta i dostępność informacji,

czas oczekiwania na leczenie, rezultaty, „hojność” (zakres oferty świadczeń i sposób jej udzielania) oraz farmaceutyki. Skala to 6-10 stwierdzeń np „Publiczny dostęp do listy lekarzy z prawem wykonywania zawodu”, co do których respondenci ustosunkowują się na 3 stopniowej skali: dobry, średni, niedobry. Wyniki łączny i poszczególnych skal są przeliczane na punkty od 0 do

1 000 (maksymalny wynik). W 2007 roku krajem, który otrzymał najlepszy wynik łączny EHI była Austria (810 punktów). Spośród 29 ocenianych krajów, Polska znalazła się na 27! miejscu, przed Bułgarią i Łotwą, z wynikiem 430 punktów, co pokazuje, jak wiele mamy do zrobienia w kwestii traktowania pacjentów jako równych partnerów w obrębie systemu opieki zdrowotnej.

Wielka Brytania. NHS Next Stage Review (9). W raportach dotyczących systemu opieki zdrowotnej (NHS) w Wielkiej Brytanii podkreśla się wagę ciągłego polepszania jakości nie tylko świadczeń zdrowotnych, ale też wszystkich obszarów działania. Podstawową metodą poprawy jakości jest zbieranie danych od pacjentów-konsumentów oraz profesjonalistów dysponujących wiedzą, doświadczeniem oraz wewnętrznym oglądem systemu zdrowia i jego problemowych obszarów. Istnieje zestaw wskaźników jakości stosowanych w całym kraju, ale władze NHS zachęcają ośrodki zdrowia do inicjowania własnych praktyk oceny swojej działalności. Wychodzą z założenia, że najlepszą strategią poprawy jakości placówek zdrowia jest wzmacnianie ich własnej inicjatywy zbierania danych na temat ich własnej pracy i obszarów problemowych. Ta inicjatywa świadczy o tym, że personel w danej placówce współpracuje w kierunku zwiększenia jakości i efektywności pracy. Od kwietnia 2010 r. raporty na temat jakości mają być co roku udostępniane wszystkim – zarówno profesjonalistom, jak pacjentom-konsumentom w internecie, podobnie jak coroczne raporty finansowe. Co więcej, rzetelność i spójność zbieranych danych będzie oceniana przez komisję jakości opieki zdrowotnej, a raport z tej oceny ma być powszechnie dostępny. Przewiduje się również korzystanie z podobnych raportów jakości tworzonych w innych państwach by korzystać z dobrych praktyk zagranicznych.

Placówki, które osiągają najlepsze wyniki w zakresie jakości opieki zdrowotnej będą otrzymywać więcej środków finansowych na działalność w przyszłości – w pespektywie kilkuletniej, tak by możliwe były długoterminowe projekty poprawy jakości. Będzie to rzeczywista zachęta do działań w tym kierunku.

Monitorowaniem jakości w systemie ochrony zdrowia, zarówno w sektorze publicznym jak prywatnym, zajmują się trzy organizacje: komisja zdrowia (*Healthcare Commission*), komisja nadzoru opieki społecznej (*Commission for Social Care Inspection*), oraz komisja zdrowia psychicznego (*Mental Health Act Commission*). Monitoring odbywa się w trybie regularnym

oraz w trybie rozpatrywania sytuacji problemowych zgłaszanych na bieżąco do komisji. Poza tym warto wspomnieć o dwóch projektach o zasięgu narodowym, które dotyczą monitoringu poszczególnych obszarów systemu zdrowia:

Narodowa Sieć Usług Zdrowotnych (*National Service Framework*) zajmuje się oceną i tworzeniem programów rozwoju systemu oraz wyznaczania dobrych standardów i praktyk w zakresie leczenia choroby wieńcowej serca, nowotworów, zdrowia psychicznego oraz cukrzycy. Sieć poprawy jakości i rezultatów (*Quality and Outcome Framework*) zajmuje się poprawą jakości usług dostarczanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Praktyki lekarskie są nagradzane punktami – przeliczanymi potem na przyznawane im fundusze – zależnie od dobrej organizacji placówek, ocen pacjentów, dostępności dodatkowych usług oraz metod leczenia chorób przewlekłych.

Działania podejmowane przez system zdrowia w Wielkiej Brytanii (NHS) w zakresie zwiększania efektywności to: zwiększanie produktywności, centralizacja kontraktowania z NHS w celu zawierania umów bardziej efektywnych kosztowo, redukcja kosztów ponoszonych przez NHS i administrację, zwiększanie efektywności opieki społecznej, oszczędności na poziomie lokalnym. Zwiększanie efektywności jest osiągnięte poprzez porównywanie placówek, np pod względem liczby przyjęć na dzień, długości pobytu pacjentów w placówkach, liczby ponownych przyjęć, porównywania kosztów rzeczywistych usług zdrowotnych do kosztów standardowych ustalanych przez NHS. Komisja opieki zdrowotnej porównuje dane z całego roku z zakładanymi progami efektywności w tym roku. Powstaje w ten sposób ocena narodowego systemu ochrony zdrowia publikowana w raporcie podawanym do publicznej wiadomości. Organem, który zajmuje się tworzeniem sposobów poprawy efektywności oraz szkoleniem profesjonalistów w tym zakresie jest częściowo niezależny od Ministerstwa Zdrowia Instytut innowacji i rozwoju.

Budżet NHS jest planowany w cyklu trzyletnim. Budżet dla placówek świadczących usługi zdrowotne jest ustalany z góry. System administracyjny jest scentralizowany, co w założeniu ma zmniejszać koszty. Systematyczna ocena porównawcza nowych i starych technologii w systemie jest przeprowadzana przez Narodowy instytut zdrowia i doskonałości klinicznej (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*)

F r a n c j a (10). Każda placówka zdrowia jest objęta systemem oceny merytorycznej (akredytacji) przez organizację nadzoru w sektorze zdrowia (*Haute Autorité de Santé, HAS*). Akredytacja przyznawana jest co cztery lata przez zespół ekspertów HAS na podstawie ogólnie wiadomych kryteriów. Lekarze są prawnie zobowiązani do poddania się zewnętrznej ocenie ich

praktyki co pięć lat. Planowane jest włączenie grup pielęgniarek i położnych do tego systemu zewnętrznej oceny.

System opieki zdrowotnej jest obecnie w procesie zmian w kierunku poprawy efektywności. Zmiany strukturalne obejmują wdrażanie komputerowego systemu rejestracji i dokumentacji medycznej w celu unikania powtarzania badań, błędów w przepisywaniu leków (unikanie efektów ubocznych leków) oraz wdrażania systemu opłat prospektywnych (rodzaj abonamentu rocznego) za usługi zdrowotne we wszystkich placówkach systemu zdrowia. Zmiany proceduralne dotyczą dwóch obszarów: reorganizacji przyjęć, np. przełożenia niektórych obowiązków lekarzy na niższy personel oraz poprawy koordynacji opieki zdrowotnej, szczególnie nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Również testowane są sposoby edukacji pacjentów oraz „infolinii” tworzone w celu odpowiedzi na potrzeby pacjentów.

Prace nad zwiększeniem efektywności kosztowej opierają się na następujących działaniach: redukcja liczby długich hospitalizacji, ograniczanie listy leków refundowanych, zwiększanie przepisywania leków generycznych oraz leków „bez recepty”, wprowadzenie systemu wolontariatu wśród personelu wspomagającego personel medyczny, wprowadzenia protokołów zarządzania leczeniem chorób przewlekłych.

N i e m c y (10). W systemie zdrowia w Niemczech istnieje wiele mechanizmów poprawy jakości. Wszyscy dostawcy usług zdrowotnych są zobligowani do wypracowania systemu zarządzania jakością, systemu ciągłego dokształcania lekarzy, oceny stosowanych procedur szczególnie tych dotyczących farmakoterapii czy limitów przyjęć pacjentów w celu odbycia skomplikowanych operacji np. przeszczepów. Każda placówka ochrony zdrowia ma obowiązek wdrożenia systemu oceny jakości, w obrębie którego jest 150 wskaźników. Każda placówka otrzymuje indywidualną informację zwrotną dotyczącą jakości jej działania i ma obowiązek co roku upublicznić raport jakości obejmujący wysokości minimum 30 wskaźników.

Jeśli chodzi o poprawę efektywności leczenia, to ceny leków oryginalnych i generycznych są ustalane z góry, a podwyżkę ich cen firma farmaceutyczna może negocjować z rządem, o ile jakość tego leku się polepsza. Efektywność kosztowa leków jest systematycznie mierzona, co wywiera nacisk na koncerny farmaceutyczne. System rabatów i zachęcania do obniżania cen leków to również metody kontroli koncernów farmaceutycznych.

Jeśli chodzi o poprawę efektywności kosztowej, to od 2009 roku w budżecie każdego szpitala będzie obowiązywała zasada jednorodnych grup pacjentów. Mechanizm finansowania opieki ambulatoryjnej jest

oparty na mechanizmie alokacji środków w zależności od chorobowości.

D a n i a (10). Każda placówka będąca częścią systemu ochrony zdrowia jest zobowiązana do przeprowadzania oceny jakości swojego działania co roku, oraz zewnętrznej oceny jakości co trzy lata. Raporty z ocen są przekazywane grupie profesjonalistów - ekspertów, którzy przyznają każdej placówce akredytację na świadczenie usług zdrowotnych. Ocena jakości działania inicjowana i przeprowadzana przez placówki to porównanie wyników własnego działania w wielu wymiarach, z ilością przyznanych środków, standardami i obowiązującymi procedurami. Pozwala to na porównywanie wyników w czasie i pomiędzy poszczególnymi ośrodkami zdrowia. Zewnętrzna ocena to weryfikacja tych danych i monitoring, czy w danej placówce poprawia się jakość działania i leczenia. Niektóre dane z raportów jakości są powszechnie udostępniane, by ułatwić pacjentom wybór placówki i specjalisty.

Dania jest pionierem europejskim w podnoszeniu efektywności leczenia, zwłaszcza jeśli chodzi o działania mające na celu ograniczenie długiego pobytu pacjentów w szpitalu oraz zmniejszanie liczby hospitalizacji na rzecz opieki ambulatoryjnej. Poza tym, podejmowane są inicjatywy w celu poprawy koordynacji świadczenia usług oraz w kierunku centralizacji pewnych obszarów. Dzięki dotychczasowym reformom ograniczono liczbę regionów administracyjnych z 14 do 5 oraz liczbę pojedynczych okręgów z 270 do 98. W latach 90 – tych, wprowadzono metodę jednorodnych grup pacjentów oraz schemat częściowego finansowania usług zdrowotnych. Ministerstwo zdrowia co roku publikuje ranking produktywności placówek świadczących usługi zdrowotne. Zasada zwiększania efektywności kosztowej obowiązuje w czasie corocznych negocjacji dotyczących wysokości przyznanych finansów na zdrowie pomiędzy rządem a regionami i okręgami administracji zdrowia. W czasie negocjacji ustalane są również wysokości opodatkowania i wydatków oraz alokacji środków. Wydatki i polityka finansowa poszczególnych placówek są kontrolowane przez okręgowe i regionalne ośrodki administracji zdrowia. Opracowane są standardy postępowania lekarzy i farmaceutów w celu zastępowania leków oryginalnych generycznymi. Przeprowadzane są również regularne oceny jakości stosowanych technologii na każdym z poziomów organizacji systemu zdrowia.

H o l a n d i a (10). Zasada jakości w systemie zdrowia jest tu uregulowana prawnie i dotyczy w szczególności poziomu profesjonalizmu kadr, jakości działania instytucji, praw pacjenta oraz technologii medycznych. Narodowy inspektorat zdrowia jest odpowiedzialny za monitorowanie jakości. Dostawcy usług zdrowotnych ściśle współpracują z pacjentami, organizacjami konsumenckimi oraz ubezpieczycielami jeśli chodzi

o działania zwiększające jakość usług zdrowotnych i ogólnie – systemu ochrony zdrowia.

Jakość pracy profesjonalistów ochrony zdrowia jest zapewniana poprzez system odnawiania rejestracji i potwierdzania kwalifikacji, obowiązek kształcenia, systematyczne oceny rówieśnicze organizowane przez grupy profesjonalistów, obecność wytycznych jeśli chodzi o standardy pracy poszczególnych grup zawodowych oraz technologii i procedur. Istnieje autorski ogólnonarodowy program poprawy jakości, wzorowany na doświadczeniach amerykańskich, w którym doświadczenia pacjentów są systematycznie zbierane, analizowane i podawane do publicznej wiadomości.

W celu zapewnienia efektywności systemu i efektywności kosztowej istnieje uregulowany prawnie system współzawodnictwa pomiędzy ubezpieczycielami zdrowotnymi, oparty na centralnym monitoringu wyników ubezpieczycieli oraz transparentności.

Ponadto mają miejsce reformy dotyczące metody płatności za usługi zdrowotne: odejście od metody budżetu na rzecz systemu finansowania wg osiągnięć np holenderskiego wariantu metody jednorodnych grup pacjentów (szpitale konkurują między sobą w zakresie cen za poszczególne usługi zdrowotne). Istnieje również wiele programów poprawy organizacji w kierunku organizacji biznesowej. Stosowane w systemie technologie są oceniane, a wyniki tych ocen są podawane do publicznej wiadomości, co ma na celu podejmowanie przez pacjentów świadomych decyzji co do własnego leczenia. Istnieją również mechanizmy kontroli stosowania farmakoterapii oraz sposobu przepisywania leków. W Holandii wprowadzono nową ustawę prawną regulującą ubezpieczenia zdrowotne. Jej naczelną zasadą jest zwiększanie konkurencji pomiędzy prywatnymi ubezpieczycielami zdrowotnymi, kontrolowanie kosztów i zwiększanie jakości.

S z w e c j a (10). Pomiędzy radami gmin a rządem zawarto umowy dotyczące szczegółowych sposobów realizacji usług zdrowotnych np: przypadki nie nagle mają być konsultowane przez lekarza pierwszego kontaktu w ciągu maks. 7 dni, przez specjalistę w ciągu maks. 90 dni od skierowania oraz leczone w ciągu maks. 90 dni. W większości gmin okresy oczekiwania są dłuższe, i w takim przypadku pacjenci mają prawo leczyć się w innej placówce.

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, sami mieszkańcy gmin wybierają placówki, które będą dostarczać usługi zdrowotne, na podstawie własnej oceny tych placówek pod względem jakości i dostępu, wg polityki „pieniądz idzie za pacjentem”. Równolegle jest wprowadzona polityka zwiększania liczby prywatnych dostawców usług zdrowotnych, co ma spowodować zwiększenie ich konkurencyjności.

Rady gmin co roku ustalają wysokość budżetu za świadczenia zdrowotne. Rząd okazjonalnie ustala kary

pieniężne – obniżenie grantu – dla gmin, które podwyższają podatki powyżej pewnego limitu. Istnieje polityka oceny jakości leków, której efektem jest dofinansowanie leków o wyższej skuteczności i stosunku ceny do jakości. Na szczeblu lokalnym, kontrola kosztów odbywa się w obrębie rad gmin i okręgów, które nadzorują lub są właścicielami ośrodków zdrowia. Prywatni dostawcy usług zdrowotnych mają kontrakty z radami gmin. Większość szpitali jest opłacanych wg zasady jednorodnych grup pacjentów, ale nadwyżki wykonań są opłacane w mniejszym stopniu, co hamuje aktywność. Usługi zdrowotne na poziomie podstawowym są opłacane „od pacjenta” albo wg zasady globalnego budżetu. W wielu gminach dostawcy podstawowej opieki zdrowotnej są finansowo odpowiedzialni za koszty przepisywania leków, co powoduje zwiększanie przez nich kontroli wydatków na farmakoterapię.

P o l s k a (11). Wysiłki w kierunku oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce są podejmowane zwłaszcza po 1990 roku, po przemianie ustrojowej. Podstawowym założeniem reformy polskiego systemu ochrony zdrowia z 1999 r., którą tylko częściowo wprowadzono w życie (wycofano się z niej w 2001 r.) to: wprowadzenie mechanizmów rynkowych i decentralizacji jako czynników poprawy efektywności i jakości. Konsekwencje działania tego mechanizmu zaczęły być widoczne: podwyższenie środków w systemie, wzrost swobody decyzyjnej podstawowych podmiotów służby zdrowia, a zwłaszcza świadczeniobiorców. Decentralizacja miała doprowadzić do zwiększenia autonomii regionalnych kas chorych oraz zwiększenia decyzyjności i odpowiedzialności samorządów terytorialnych – miały one tworzyć plany zaspokajania potrzeb zdrowotnych oraz sieci lokalnych i regionalnych placówek ochrony zdrowia. Niestety, zbyt szybko zrezygnowano z powyższego kierunku zmian w systemie, zamiast angażować wysiłek w umacnianie początkowych efektów, szczególnie poprzez regulację systemową, którą zaniedbano, utrzymując, że mechanizm rynkowy „reguluje się sam”. W 2003 roku przeprowadzono reformę centralizacyjną, w momencie kiedy założenia poprzedniej reformy – mimo, że „trudnej” szczególnie dla świadczeniodawców, zaczęły przynosić pierwsze pozytywne efekty. Kierownicy i dyrektorzy placówek, bez wsparcia regulacji systemowych, doświadczali zbyt dużych trudności w zarządzaniu według innych niż w poprzednim zasad. Narodowy Fundusz Zdrowia – pozabudżetowy mechanizm finansowania - nie jest przejrzysty i nie podlega audytom, co hamuje jego rozwój i motywację do polepszania jakości i efektywności.

Oceny funkcjonowania systemu były i są prowadzone w Polsce, ale są one raczej wyrazem zainteresowania badaczy i ekspertów. Zalecenia płynące z tych ocen nie są wprowadzane do systemu na szeroką skalę,

co naprawdę powodowałyby zmianę jego działania. Obowiązkowe i standardowe metody ocen powinny być koniecznym elementem regulacji systemowych opisujących działanie systemu ochrony zdrowia.

PODSUMOWANIE

Argumentom o konieczności oceny systemów (ochrony) zdrowia oraz o korzyściach wynikających z tej oceny nie sposób zaprzeczyć. Są one oczywiste i powszechnie znane. Tak jak w przypadku innych słusznych założeń dotyczących poprawy stanu zdrowia, trudności może dostarczać próba realizacji postulatów, co zostało pokazane na przykładzie metod oceny systemów ochrony zdrowia różnych państw. Ocenianie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia to dynamiczny proces, który musi być powiązany ze specyfiką kraju i systemu ochrony zdrowia.

Dlatego, jak najszybciej należy rozpocząć ten proces w Polsce, korzystając z udanych i nieudanych doświadczeń w innych państwach.

PIŚMIENNICTWO

1. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000
2. WHO Basic Documents. Forty-fifth edition. Supplement. Geneva: World Health Organization; 2006
3. Universal Declaration of Human Rights. United Nations. General Assembly Resolutions 217A(III), UNGAOR, Res.71, UN Doc. A/810. New York: United Nations; 1948
4. High Quality Care for All. NHS Next Stage Review Final Report. Crown copyright. UK; 2008
5. The Empowerment of the European Patient – options and implications. Report. Brussels: Health Consumer Powerhouse; 2009
6. Wang H. Comparative Health Systems. W: Public Health. Wyd. 1. 2008 London: Elsevier; 2008
7. Aday LA, Bedgley CE, Lairson DR i in. Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity. Chicago: Health Administration Press; 1998
8. Euro Health Consumer Index 2007. Brussels: Health Consumer Powerhouse AB; 2007
9. High Quality Care for All. NHS Next Stage Review Final Report. London: Crown Copyright; 2008
10. Eurohealth. Health systems snapshots: perspectives from six countries. London: LSE Health and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008: 1-11
11. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Warszawa: Fundacja Naukowa CASE; 2002

Otrzymano: 9.06.2010 r.

Zaakceptowano do druku: 22.06. 2010

Adres do korespondencji:

Mgr Lucyna Gromulska

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

e-mail:lgromulska@pzh.gov.pl