

Polski system zdrowotny – efektywność czy studnia bez dna?

Przeciętni wśród słabych

Pod koniec ubiegłego roku został opublikowany raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) dotyczący statusu zdrowotnego obywateli państw członkowskich (Health at a Glance: Europe 2012. Paris: OECD Publishing 2012). Raport ten spotkał się z dość dużym odzewem w polskich mediach. Większość doniesień skupiała się na uwypuklaniu słabej oceny polskiego systemu zdrowotnego, a konkretnie – wyraźnie gorszych wartości mierników epidemiologicznych w Polsce w porównaniu z innymi krajami.



foto: images.com/Corbis

Cechą charakterystyczną mediów jest jednak mocne przerysowywanie tez stawianych w publikowanych komunikatach, co w omawianym wypadku oznaczało, że wspomniane porównanie wartości mierników epidemiologicznych przeprowadzane było pomiędzy Polską a krajami osiągającymi pod tym względem najlepsze rezultaty, a więc także – znacznie zamożniejszymi oraz bardziej doświadczonymi w budowaniu efektywnego systemu zdrowotnego. Drugą cechą mediów jest daleko posunięte spłykanie prezentowanej problematyki, co rodzi

niebezpieczeństwo nieuprawnionych przeinaczeń w prezentowanych treściach, a w efekcie – dezinformacji i kształtowania błędnego przeświadczenia na dany temat wśród społeczeństwa.

Czy jest aż tak źle?

W tym kontekście rodzi się pytanie, czy obraz polskiego systemu zdrowotnego jest rzeczywiście tak niekorzystny, jak wynikałoby to z doniesień medialnych. Wydaje się, że dominujący sposób dokonywania takiej

oceny, z uwagi na całkowitą nieporównywalność warunków społecznych, politycznych i ekonomicznych, w jakich funkcjonują systemy polski i krajów zachodnich, nie jest właściwym podejściem do tego zagadnienia, lecz jedynie drogą do powielenia jednoznacznie negatywnych opinii o polskim systemie zdrowotnym, a jednocześnie w dużej mierze jest obciążony niebez-

downej większości wypadków da bardzo jednoznaczny rezultat – ukaże nasz kraj w niekorzystnym świetle. Jak już jednak wspominałem, zestawienie takie jest niemiarodajne ze względu na nieporównywalny poziom zamożności krajów zachodnich i Polski, a w efekcie na poziom finansowania ochrony zdrowia. Oprócz tego wciąż trzeba mieć na uwadze to, że polski system znajduje się w okresie intensywnej transformacji, podczas gdy systemy w porównywanych krajach swój kształt i formuły organizacyjne budują od dziesięcioleci. Wagi tego doświadczenia nie umniejsza nawet to, że i tam modele organizacyjne ochrony zdrowia ulegają ciągłym modyfikacjom i ewoluują.

Wydaje się zatem, że ocena polskiego systemu zdrowotnego nie powinna się opierać na prostym i bezkrytycznym odniesieniu naszego wyniku epidemiologicznego do tego, który charakteryzuje zamożne państwa zachodnie. Powinna ona uwzględniać także (a może przede wszystkim) zmianę poziomu mierników epidemiologicznych w okresie transformacji. Skala i kierunek zmiany w tej materii pozwolą ocenić faktyczny postęp (lub jego brak) w zakresie poprawy sytuacji epidemiologicznej kraju. Spróbujmy wykonać tego rodzaju zabieg w odniesieniu do kilku podstawowych mierników epidemiologicznych: trwania życia (miara najogólniejsza z możliwych), umieralności powodowanej chorobami układu krążenia i nowotworami (mierniki reprezentujące dwa z grupy najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnych państw rozwiniętych). Jeśli wziąć pod uwagę lata 2000–2010 (druga dekada transformacji, w której kraj osiągnął już względną stabilność gospodarczą, a także zrealizowane zostały podstawowe zmiany organizacyjne w systemie zdrowotnym), zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia, przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce wydłużyło się o 3,6 proc. (z 73,86 w 2000 r. do 76,52 roku 2010 r.). Bardzo wyraźny jest w tym samym okresie spadek umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia: z ponad 446 przypadków na każde 100 tys. ludności do ok. 337 (spadek o 24,5 proc.). Spadek umieralności wskutek nowotworów złośliwych jest mniej spektakularny, ale wciąż wyraźny (9,5 proc. – z 217 do 196).

Krzywdzące opinie

Jeśliby się oprzeć na zaprezentowanych powyżej danych, należałoby stwierdzić jednoznacznie, że dominująca w mediach (oraz w opinii publicznej) negatywna ocena polskiego systemu zdrowotnego jest przesadzona i niesprawiedliwa. W Polsce notuje się bowiem systematyczną poprawę poziomu mierników epidemiologicznych, czasem nawet w niebagatelnym zakresie. Oznacza to, w dużym uproszczeniu, że Polacy są coraz zdrowsi, a także coraz dłużej (statystycznie) żyją. Jest to wizerunek sprzeczny z tym, który utrwalił się w powszechnym odbiorze, a zgodnie z którym ochrona zdrowia znajduje się w permanentnym kryzysie, pacjent zaś jest w sys-



foto: iStockphoto

„ Dominująca w mediach (oraz w opinii publicznej) negatywna ocena polskiego systemu zdrowotnego jest przesadzona i niesprawiedliwa „

pieczeństwem błędu. Niniejszy artykuł będzie próbą dokonania nieco bardziej wyważonej oceny, oparcia jej na bardziej racjonalnych podstawach, a tym samym zweryfikowania poprawności powszechnych opinii funkcjonujących w mediach.

Epidemiologia – relacja czy dynamika?

Porównanie danych epidemiologicznych Polski z wysoko rozwiniętymi krajami zachodnimi w zdecy-

temie traktowany jako zło konieczne. Jednakże również i taka formuła oceny funkcjonowania systemu zdrowotnego jest niekompletna i niemiarodajna. Samo stwierdzenie, że sytuacja się poprawia, nie jest bowiem jednoznaczne z tym, że status zdrowotny Polaków zbliża się do statusu mieszkańców bogatych krajów zachodnich. Zasadne wydaje się również dokonanie porównania pod tym względem z innymi państwami postkomunistycznymi, które charakteryzuje zbliżony do polskiego zespół cech społecznych, ekonomicznych i politycznych.

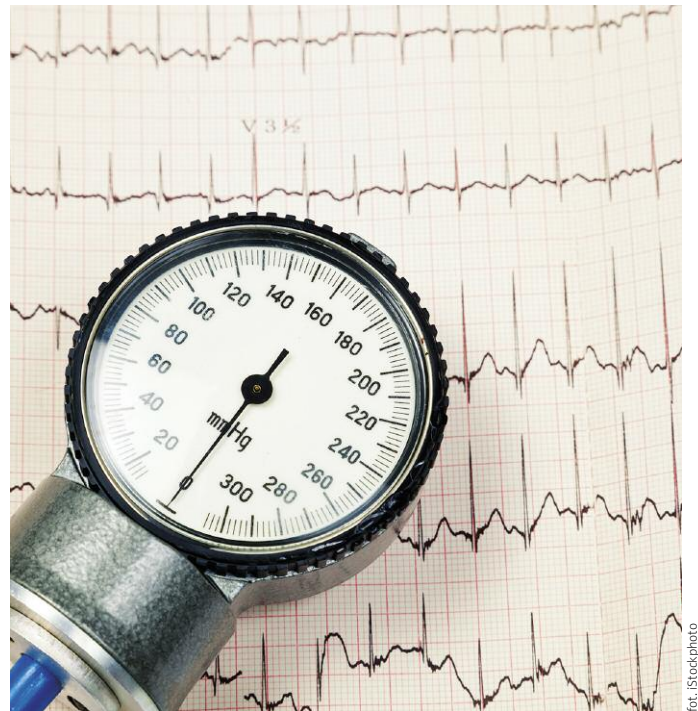
Kombinacja mierników

Tym samym dochodzimy do wniosku, że najbardziej klarowny i miarodajny obraz funkcjonowania polskiego systemu zdrowotnego oraz ocena jego efektywności są możliwe wyłącznie poprzez kombinację mierników odnoszących się do sfery relatywnej (porównanie z innymi państwami) oraz sfery dynamicznej (ocena zmian w statusie epidemiologicznym populacji). Ciekawym kierunkiem takiej analizy może być zestawienie danych dla Polski z danymi dla innych krajów o podobnych uwarunkowaniach (przyjmijmy, że będą to nowe kraje członkowskie Unii Europejskiej, a więc postkomunistyczne, które przystąpiły do UE w roku 2004 i 2007), a następnie porównanie ich z ujednoliconym punktem odniesienia, którym będą zagregowane dane dla „starych” państw członkowskich Unii Europejskiej. Można tu przyjąć, że sytuacja w zakresie zdrowia jest w pewnej mierze analogiczna do sytuacji gospodarczej, a więc że celem nowych państw członkowskich UE jest osiągnięcie poziomu zdrowotności charakteryzującego bogatsze państwa zachodnie. Ocenie poddane zostanie zatem tempo eliminowania luki dzielącej poziom wartości mierników epidemiologicznych w poszczególnych państwach Europy Środkowo-Wschodniej od tego, który można zaobserwować w krajach stanowiących punkt odniesienia – czyli bogatszych. Drugą płaszczyzną oceny będzie efektywność kosztowa opierająca się na założeniu, że zwiększenie finansowania ochrony zdrowia skutkuje poprawą wartości mierników epidemiologicznych. Przy czym im lepsza sytuacja wyjściowa (w warunkach stabilizacji), tym większy wysiłek finansowy potrzebny jest do osiągnięcia dalszej poprawy.

$a/(b+1)$

Na potrzeby przeprowadzenia analizy zgodnej z zarysowanymi powyżej założeniami można zastosować roboczy wzór szacowania efektywności systemu zdrowotnego: $a/(b+1)$, gdzie a oznacza wartość mierników epidemiologicznych znormalizowaną przy użyciu metody unitaryzacji zerowanej, natomiast b zmianę poziomu finansowania ochrony zdrowia wyrażoną w postaci dziesiątej. Efektywność systemu zdrowotnego tym samym zostanie oceniona nie poprzez odniesienie efektu epidemiologicznego do poziomu finansowania, ale

poprzez zestawienie go ze zmianą poziomu finansowania – w myśl założenia, że większa dynamika wzrostu finansowania przekłada się na lepszy wynik epidemiologiczny (taka teza jest często stawiana w publicznych dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia).



Finansowanie

Wśród nowych państw członkowskich UE dla przyjętego okresu 2000–2010 najwyższy przyrost poziomu finansowania ochrony zdrowia zanotowano w wypadku Słowacji (zwiększenie wydatków o 60 proc.!). Drugim państwem o najwyższym przyroście, co może być dla wielu osób zaskoczeniem, była... Polska, gdzie poziom finansowania zwiększył się z 5,52 proc. PKB w roku 2000 do 7,46 proc. PKB w roku 2010 (wszystkie dane za WHO), a więc o 35,1 proc. Wzrost finansowania zarejestrowano także we wszystkich pozostałych państwach w rozpatrywanej grupie, z jednym wyjątkiem – Estonii, gdzie na koniec pierwszej dekady XXI wieku finansowanie było takie samo jak na jej początku i wynosiło 6,04 proc. PKB (trzeba jednak zaznaczyć, że w tej dekadzie finansowanie ochrony zdrowia w Estonii podlegało wahaniom, nawet dość znacznym, osiągając największy dołek w roku 2006, kiedy wyniosło jedynie 5 proc. PKB). Dla sporej części opinii publicznej zaskakujące może być również to, że w całym rozpatrywanym okresie zwiększył się także udział finansowania publicznego ochrony zdrowia w Polsce – z 70 proc. w roku 2000 do 72,6 proc. w roku 2010. Trend taki nie jest regułą – Słowacja, Czechy i Bułgaria w tym samym czasie zanotowały spadek finansowania publicznego; w wypadku tego pierwszego kraju nawet bardzo znaczący – o 26,3 proc.

Dane epidemiologiczne

Zgola odmiennie wypadają porównania danych epidemiologicznych. Estonia zanotowała w rozpatrywanym okresie największy przyrost wartości średniego dalszego trwania życia, które wydłużyło się o 7,16 proc. Najgorszy wynik wśród nowych państw członkowskich UE miała pod tym względem Litwa (wzrost o 1,88 proc.). Polska ze swoim wynikiem (podanym powyżej) lokuje się na 5. pozycji w grupie 10 państw. W wypadku umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia najlepszy rezultat zanotowała Słowenia (spadek umieralności o 30,7 proc.), najgorsza ponownie jest Litwa (3,97 proc. spadku umieralności). Polska pod tym względem uzyskała czwarty rezultat w grupie „nowych”

„ W Polsce bardzo wyraźnie zmalała umieralność z powodu chorób układu krążenia: z przeszło 446 przypadków na 100 tys. osób do około 337 (spadek o 24,5 proc.) ”

członków UE. Wreszcie mierniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych najkorzystniej zmieniły się w latach 2000–2010 w Czechach (17,8 proc. spadku umieralności), a najslabiej w Rumunii, gdzie umieralność zwiększyła się o 5,4 proc. Polska usytuowała się na trzecim miejscu w grupie wszystkich rozpatrywanych państw.

Jeśli zatem oprzeć się na powyższych danych, ocena naszego systemu zdrowotnego przestaje być aż tak pozytywna, jak mogłaby być w wypadku prostej oceny trendów zmiany wartości mierników epidemiologicznych, choć wciąż byłaby lepsza niż ta, która dominuje w opinii publicznej. Uzyskujemy bowiem lepsze rezultaty niż większość państw naszego regionu Europy, jednak zauważalnie gorsze od tych, które są w tej materii liderami. Najogólniej rzecz ujmując, ogólny wynik Polski należałoby ocenić jako przeciętny.

Efektywność

Pozostaje jednak kwestia skonfrontowania wyniku epidemiologicznego z danymi dotyczącymi finansowania ochrony zdrowia. Należy zbadać i ocenić stopień redukcji dystansu dzielącego nasz system zdrowotny od zachodnich państw przyjętych jako punkt odniesienia. W wypadku pierwszej kwestii, przyjęta metoda oceny efektywności systemu zdrowotnego na pierwszym miej-

scu postawi Estonię z wartością sumaryczną miernika równą 2,49 punktu. Rozpatrując każdy z mierników epidemiologicznych z osobna, w grupie trzech uwzględnionych Estonia nie uzyskuje najlepszego rezultatu jedynie w wypadku umieralności z powodu nowotworów złośliwych, gdzie uzyskała trzeci wynik (0,59 pkt) – za Czechami (0,8 pkt) i Węgrami (0,62 pkt). W pozostałych dwóch wynik Estonii jest najlepszy; w wypadku trwania życia dodatkowo kraj ten wyraźnie dystansuje pozostałe państwa. Także wynik sumaryczny jest wyraźnie lepszy niż pozostałych państw, gdzie druga w kolejności Słowenia uzyskała rezultat 1,74 pkt. Wynik Polski – 1,29 – jest niemal dwukrotnie gorszy od wyniku Estonii i daje nam piąte miejsce wśród dziesięciu rozpatrywanych państw. Wynik lepszy od naszego kraju uzyskały, poza Estonią i Słowenią, także Czechy i Węgry. Jeśli rozpatrywać efektywność mierzoną odrębnie dla każdego badanego miernika epidemiologicznego, Polska jest szósta w wypadku trwania życia, piąta, jeśli chodzi o nowotwory i czwarta w wypadku chorób układu krążenia.

Przeciętny wynik

Powyższa analiza potwierdza przeciętność wyniku Polski w konfrontacji z innymi państwami postkomunistycznymi, wyraźnie wskazując jednak na dystans dzielący nasz kraj od liderów. Jeszcze ciekawszy rezultat otrzymamy, analizując trendy epidemiologiczne oraz efektywność systemu w konfrontacji z danymi dla państw przyjętych jako punkt odniesienia. Okazuje się bowiem, że wprawdzie ogólne trwanie życia w Polsce wydłuża się szybciej niż w państwach zachodnich, ale tempo redukcji luki dzielącej nas od średniego wyniku „starych” państw członkowskich jest znikome. W 2000 r. przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin w Polsce wynosiło 93,8 proc. wartości dla krajów zachodnich. Po upływie dekady wartość ta wyniosła 94,3 proc., co daje zaledwie pół punktu procentowego poprawy. Jeszcze gorzej rzecz wygląda w wypadku pozostałych ujętych mierników, gdzie poziom umieralności w Polsce w relacji do państw zachodnich zamiast się zbliżać – oddala się. Warto dodatkowo zaznaczyć, że w wypadku nowotworów dzieje się to przy wyraźnie niższym poziomie zapadalności na nowotwory złośliwe. Wynik taki można zinterpretować w sposób następujący – o ile w wypadku chorób układu krążenia podejmowane interwencje i kierunki modyfikacji systemu lecznictwa dają przyzwoity rezultat, o tyle leczenie i profilaktyka nowotworów wyglądają źle. Przy czym w obu wypadkach skuteczność naszego systemu jest niższa niż państw zachodniej Europy. Dla porządku dodajmy, że problem ten dotyczy większości państw regionu. Jeśli chodzi o choroby układu krążenia, tylko Słowenia uzyskała bardziej dynamiczny spadek umieralności w rozpatrywanym okresie, a w wypadku chorób nowotworowych jedynie Czechy i Słowacja.

Tak ujęte dane nie napawają optymizmem. Wciąż jednak można je tłumaczyć wyższym poziomem zamożności w państwach Europy Zachodniej i postawić tezę, że są one w stanie uzyskać taki rezultat poprzez pompowanie w swoje systemy zdrowotne ogromnych pieniędzy. Przyjęta formuła oceny efektywności rozumianej jako wynik epidemiologiczny zestawiony z dynamiką wzrostu finansowania powinna dać odpowiedź, czy teza ta jest zgodna z rzeczywistością. Okazuje się, że dla trwania życia wartość miernika efektywności dla państw „starej Unii” wynosi 0,27, dla chorób układu krążenia 0,82, a dla chorób nowotworowych – 0,56. W pierwszym wypadku wśród państw Europy Środkowo-Wschodniej lepszy wynik uzyskały Estonia, Słowenia, Łotwa, Rumunia i Węgry. W drugim – Estonia i Słowenia, a w trzecim – Czechy, Węgry i Estonia. Zatem kraje Europy Zachodniej nie tylko uzyskują wciąż lepsze wyniki w zakresie poprawy stanu zdrowia ludności, ale w przeważającej liczbie przypadków robią to relatywnie mniejszym wysiłkiem finansowym.

Kryteria oceny

Ta analiza ma, rzecz oczywista, bardzo przyczynkowy charakter. Zarówno z uwagi na ograniczoną liczbę uwzględnionych mierników epidemiologicznych, jak i ze względu na dość uproszczoną metodologię oceny efektywności systemów zdrowotnych. Nawet jednak w tej formule pozwala ona na wyciągnięcie kilku dość istotnych wniosków.

Wniosek dotyczący już przyjętych w tekście kryteriów oceny systemu zdrowotnego w Polsce nakazuje stwierdzić, że w grupie państw postkomunistycznych należymy do grona przeciętniaków. W zestawieniu zaś z państwami Europy Zachodniej wypadamy blado. Nie tylko ze względu na to, że poziom mierników epidemiologicznych w Polsce jest mniej korzystny, ale przede wszystkim dlatego, że jesteśmy wyraźnie mniej skuteczni w ich poprawie, a status zdrowotny Polaków, jakkolwiek się poprawia, w porównaniu z populacjami krajów zachodnich wciąż niezmiennie pozostaje tak samo słaby, a nawet się pogarsza. Innymi słowy – przepaść dzieląca nas od państw zamożnego Zachodu nie zmniejsza się, ale wręcz poszerza. Po trzecie, powyżej opisana sytuacja jest z pewnością w pewnej mierze rezultatem większych możliwości finansowych państw zachodnich, wydaje się jednak, że czynnikiem kluczowym jest nie to, ile pieniędzy przeznaczają na ochronę zdrowia, lecz to, na co się je przeznaczają i jak są ukształtowane mechanizmy gospodarowania zasobami systemu. Potwierdza to zarówno wynik państw zachodnich w analizie efektywności systemu, jak i kazu Estonii, która przy niezmiennym poziomie finansowania lokuje się w grupie państw zyskujących najlepsze rezultaty epidemiologiczne, co pod względem efektywności czynią ją bezkonkurencyjną. Po czwarte wreszcie, odnosząc się do pytania postawionego

w początkowej części artykułu, należy stwierdzić, że defetyzm siany przez media w kwestii funkcjonowania polskiego systemu zdrowotnego, jakkolwiek jest może nieco przesadzony i wyprowadzany z błędnych przesłanek, nie jest pozbawiony słuszności.

Pesymizm w ocenie dotychczasowych rezultatów przekształceń w polskiej ochronie zdrowia jest w bardzo dużej mierze uzasadniony. Jeszcze raz przy tym trzeba podkreślić przede wszystkim bardzo przeciętny wynik epidemiologiczny (zarówno w porównaniu z państwami zachodnimi, jak i innymi krajami naszego regio-

„ Przepaść dzieląca nas od państw zamożnej, zachodniej części kontynentu nie tylko nie zmniejsza się, ale wręcz poszerza ”

nu) przy relatywnie dużej dynamice przyrostu finansowania. Nieodparcie nasuwa się zatem wniosek, że fundusze na ochronę zdrowia w Polsce są najwyczerpaniej w świecie trwonione, a w każdym razie ich alokacja w istotny sposób niedomaga, nie przynosząc wyraźnych korzyści pacjentom. Można się zastanawiać, na ile w tej kwestii doniosłą rolę odegrały roszczenia płacowe pracowników medycznych (według danych Ministerstwa Zdrowia, od września 2006 r. do marca 2012 r. całkowite średnie wynagrodzenie ordynatora szpitala zwiększyło się o 115 proc.; podobny wzrost wynagrodzeń zanotowano w wypadku lekarzy różnych stopni specjalizacji; nieco mniejszy był wzrost wynagrodzeń kadry pielęgniarskiej: 70–80 proc.) lub też procesy restrukturyzacji publicznych szpitali, pochłaniające częstokroć kwoty sięgające miliarda złotych rocznie (licząc wyłącznie pieniądze pozostające w dyspozycji ministra zdrowia). Przyjmując założenie, że taki kierunek alokacji funduszy jest pewnego rodzaju metodą wygaszania ognisk zapalnych powstałych wskutek wcześniejszych zaniedbań, można zaryzykować tezę (w tej chwili niemożliwą do zweryfikowania), że zapoczątkuje to większymi korzyściami dla pacjenta w przyszłości.

Pozostaje mieć nadzieję, że teza ta znajdzie odzwierciedlenie w rzeczywistości, jednakże dokonując oceny celowości i skuteczności dotychczasowych przekształceń w systemie zdrowotnym, należy je ocenić jako dalece niezadowolające.

Piotr Romaniuk