

Polska w czołówce



Czy polski system ochrony zdrowia jest najlepszy na świecie? Pewnie nie, ale na pewno jesteśmy w czołówce Unii Europejskiej.

FILIP DOMAŃSKI

W Polsce jest najmniej lekarzy w stosunku do liczby populacji w Unii Europejskiej, a pod względem liczby pielęgniarek jesteśmy na drugim miejscu od końca wśród 27 państw członkowskich. Wydatki na ochronę zdrowia na osobę mierzone parytetem siły nabywczej w 2019 r. dawały nam 22. miejsce. W wydatkach jako proporcji produktu krajowego brutto jesteśmy na trzecim miejscu – od końca.

Oczekiwana długość życia przy urodzeniu daje nam siódmą od końca pozycję w Unii, a zatem lepszą, niż sugerowałyby to liczba personelu czy nakłady na opiekę zdrowotną. Umieralność w Polsce jest ósma najwyższa spośród państw unijnych – to jeszcze lepszy wynik niż mierzony oczekiwaną długością życia, bo aż siedem państw wypada od nas gorzej. Spójrzmy na nierówności

w zdrowiu. Na 14 państw Unii Europejskiej, dla których dostępne są takie dane, zajmujemy dziewiątą lokatę, jeśli chodzi o różnicę w oczekiwanej długości życia w wieku 30 lat między kobietami z wykształceniem podstawowym i wyższym. W Polsce ta różnica wynosi 3,4 roku, a średnia UE14 to 3,2. W o wiele bogatszej Holandii trzydziestolatki z wykształceniem podstawowym mogą się spodziewać, że będą żyć aż o 6,2 roku krócej niż ich rodaczki z wyższym wykształceniem.

Zapadalność na raka, procent dzieci o niskiej masie urodzeniowej, liczba dzieci w wieku 11 i 15 lat, które zgłaszają liczne problemy zdrowotne, wreszcie odsetek dorosłej populacji z cukrzycą plasują nas poniżej średniej unijnej. Przypominam: mimo wyraźnie niskich nakładów i skrajnie niskiej liczby personelu.

Proszę mnie przekonać, że się mylę, wskazując nasz system ochrony zdrowia jako czołowy w Unii.

Pod tezę

Tak, dobrałem statystyki do tezy. Oczywiście powyższego nie pisałem całkiem serio. Przyznam, że nosiłem się z takim zamiarem już od jakiegoś czasu, a bezpośrednio do napisania tego tekstu zainspirował mnie Robert Mołdach z Instytutu Zdrowie i Demokracja, przypominając swoje przemyślenia sprzed dwóch lat¹. Jak wspominał na Twitterze, chciał w ten sposób sprowokować dyskusję, ale przyznał, że chyba mu się to nie udało. Niezrówny jego niepowodzeniem, też postanowiłem włożyć kij w mrowisko.

Autor tamtej prowokacji, by opisać nasz system ochrony zdrowia, odwołał się do celów Zrównoważonego Rozwoju przyjętych przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Dlaczego do nich? A dlaczego nie? Czy mamy w naszym kraju i naszym systemie ochrony zdrowia jakiś niepodważalny, standardowy zestaw wskaźników, do którego wszyscy się odwołują w debacie? Nie jestem pewien. Nie ulega wątpliwości, że do argumentowania służy w miarę skończony zasób statystyk, ale złotego standardu brak.

Ponieważ wypadamy w nim bardzo źle, krytycy rządu – kimkolwiek by byli, kiedykolwiek by się to działo i ktokolwiek zasiadałby w gabinecie przy Miodowej 15 – niejednokrotnie odwoływali się do zestawienia „Euro-Health Consumer Index”. Nie wiem, czy są świadomi jego braków². A nawet jeśli by byli, to czy zrezygnowaliby z posługiwania się tym rankingiem?

Co dwa lata Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) publikuje raporty „Health at a Glance: Europe” („Zdrowie w skrócie: Europa”), w których przedstawia i komentuje zbiór statystyk na temat Unii Europejskiej i kilku innych państw na kontynencie. Także w cyklu dwuletnim, przesuniętym o rok w stosunku do tych opracowań, OECD i Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych przygotowują krajowe profile zdrowotne, które pokrótce prezentują systemy ochrony zdrowia wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Islandii i Norwegii, a także ich problemy między innymi z zakresu zdrowia publicznego i epidemiologii. Te dokumenty wraz z raportami autorstwa Komisji Europejskiej tworzą serię „State of Health in the EU” („Stan zdrowia w UE”). Od swego debiutu w latach 2016 („Zdrowie w skrócie: Europa 2016”) i 2017 (profile i raport towarzyszący Komisji Europejskiej) te wydawnictwa zyskują na popularności jako źródło wiedzy i narzędzie oceny polskiego systemu ochrony zdrowia.

Niewątpliwymi pozytywami są ich jakość metodologiczna, przystępność (są pisane zrozumiałym językiem, polski profil wydawany jest także po polsku) i łatwość, z jaką możemy porównywać się ze średnią unijną i z innymi członkami wspólnoty. Z drugiej strony musimy

„Chorwacja, Czechy, Irlandia, Litwa, Łotwa i Słowenia skorzystały albo wciąż korzystają z pomocy DG REFORM przy wprowadzaniu OSSOZ. Polska powinna do nich dołączyć”

zadowolić się cudzym produktem. Nie ma tam na pewno tych wszystkich danych, które by nas interesowały, a tematyka rozdziałów „Zdrowie w skrócie” i sprawozdań towarzyszących Komisji Europejskiej może nie zawsze odzwierciedlać to, o czym w Polsce toczą się najbardziej ożywione dyskusje.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i inne instytucje wydają cyklicznie lub mniej regularnie raporty i opracowania, które bez wątpienia stanowią cenne źródło danych i wiedzy i są specyficzne dla Polski. One również służą dyskusjom między ekspertami, politykami i opinią publiczną.

Mimo wszystko brakuje nam narzędzia prostego w obsłudze, które formułuje komunikaty zrozumiałe dla laików. Zbioru wskaźników, które opisywałyby różne elementy systemu ochrony zdrowia i dotyczyły szczególnie tych zagadnień, które są w Polsce najważniejsze. Takiego instrumentu, który służyłby nie tylko opisowi rzeczywistości, lecz także umożliwił wyznaczenie kierunków polityki zdrowotnej. Jednym słowem – modelu oceny skuteczności systemu ochrony zdrowia (OSSOZ).

W kwietniu 2014 r. Komisja Europejska opublikowała „Komunikat w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej”. Ten dokument był próbą podsumowania ówczesnego stanu debaty o systemach zdrowotnych w Unii Europejskiej. Wśród zagadnień omawianych w komunikacie jest między innymi OSSOZ, która także w polskiej wersji jest opisana angielskim skrótem HSPA (*health systems performance assessment*).

Celem OSSOZ jest nie tylko gromadzenie informacji, które pozwalają na nabycie wiedzy o działaniu systemów zdrowotnych. Przede wszystkim ma ona być podstawą do podejmowania decyzji o reformach i innych zmianach systemowych. Decydenci, poza zapoznaniem się z wynikami oceny działania systemu, powinni także otrzymać jasne wskazówki, na co należy położyć szczególny nacisk, jakie obszary wymagają wzmożonych wysiłków naprawczych.

Od czasu opublikowania tego komunikatu dużo wody upłynęło w kanale Charleroi–Bruksela, ale niestety nad Wisłą wciąż próżno szukać inicjatyw, które służyłyby

„ Leczenie pacjenta zwanego polskim systemem ochrony zdrowia zacznijmy od sprawienia sobie dobrego termometru – OSSOZ ”

systematycznemu ocenianiu skuteczności polskiego systemu ochrony zdrowia. Obecnie, czyli na początku roku 2022, w Unii Europejskiej koncept OSSOZ jest zdecydowanie lepiej znany, a taka ocena powszechniej stosowana niż 7 lat temu.

OSSOZ

Jesienią 2014 r. rozpoczęła działalność unijna Grupa Ekspertów ds. OSSOZ, która skupia przedstawicieli wszystkich państw członkowskich (w tym Polski) i Norwegii. Personel Dyrekcji Generalnej Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE) pełni funkcję sekretariatu tego gremium.

Jednym z najważniejszych działań Grupy jest wydawanie raportów o różnych aspektach OSSOZ. Dotąd ukazały się opracowania na temat oceny jakości opieki zdrowotnej, jej integracji, działania POZ, wydajności systemów zdrowotnych, ich odporności oraz dostępu do opieki zdrowotnej. Obecnie trwają prace nad raportem o profilaktyce. Przynajmniej kilka z tych zagadnień powinno wzbudzać w Polsce żywe zainteresowanie – wszak toczą się prace nad ustawami dotyczącymi tych problemów lub realizuje się przedsięwzięcia z nimi związane.

Innym zauważalnym efektem działalności Grupy Ekspertów ds. OSSOZ jest rosnąca liczba systemów, w których powstają modele OSSOZ. Chorwacja, Czechy, Irlandia, Litwa, Łotwa i Słowenia to tylko część krajów, które w ostatnich latach zaangażowały się w ocenianie skuteczności swoich systemów zdrowotnych. Słowenia już opublikowała pierwszy raport na ten temat, Irlandia jesienią 2021 r. zakończyła pierwszy etap tworzenia swojego systemu OSSOZ, Chorwacja będzie mieć takowy jeszcze w tym roku (wpisała go do swojego Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności). Czechy inicjują prace.

Tak jak każdy system ochrony zdrowia jest unikatowy, tak unikatowe są narzędzia używane do jego oceny. Mimo to są także wspólne elementy. W każdym z państw padają pytania o źródła danych służących ocenie, jakie obszary działania systemów będą oceniane, w jaki sposób prezentować wyniki, w jakim stopniu porównywać się z innymi krajami czy jak duża powinna być grupa docelowa gotowych raportów.

Grupa Ekspertów, a także inna nieformalna grupa pod auspicjami Dyrekcji Generalnej Komisji Europejskiej

ds. Wspierania Reform Strukturalnych (DG REFORM) to fora wymiany informacji i dobrych praktyk w projektowaniu i prowadzeniu OSSOZ. DG REFORM zajmuje się finansowaniem pomocy technicznej przy wprowadzaniu istotnych zmian i reform w wielu obszarach, w tym w systemach zdrowotnych. Wymienione kraje skorzystały albo wciąż korzystają z tej pomocy przy wprowadzaniu OSSOZ. Polska powinna do nich dołączyć.

Ideą OSSOZ jest pokazanie obrazu działania systemów w sposób przystępny (są kraje, gdzie korzysta się z systemu świateł drogowych – kolor zielony oznacza postęp, dobrą sytuację, żółty zwraca uwagę na niepokojące trendy, a czerwony to stan alarmowy), w formie skrótowej, ale nie bez dogłębnej analizy. Pierwszymi adresatami ocen skuteczności są decydenci, bo to od ich reakcji zależy, czy nastąpią pożądane zmiany. Opinia publiczna także ma dostęp przynajmniej do części gromadzonych informacji. To pomaga jej zrozumieć złożoność działania systemów ochrony zdrowia, poczuć się współodpowiedzialną za nie i... wywierać presję na polityków.

Nie tylko wynik – model OSSOZ – jest pożyteczny dla danego systemu ochrony zdrowia, lecz także samo prowadzenie prac nad nim. Taki proces jest okazją do refleksji nad tym, w jakim stopniu system powinien się skupiać na leczeniu, a ile uwagi poświęcać profilaktyce, czy na pewno ochronie podlega całe zdrowie, tak jak definiuje je Światowa Organizacja Zdrowia³. Tworzenie modelu OSSOZ pozwala uporządkować dane i informacje gromadzone w systemie, poprawić ich jakość, przemyśleć ich konieczność i wagę.

Termometr nie obniży choremu temperatury, ale pozwoli się zorientować, czy mamy do czynienia z lekkim stanem podgorączkowym czy z sytuacją tak poważną, że zagraża życiu. Gdy podamy leki przeciwgorączkowe, dzięki termometrowi dowiemy się, czy działają. Model OSSOZ ma podobne znaczenie dla systemów ochrony zdrowia. Sam z siebie nie uleczy, ale pokaże, gdzie leży problem i jak bardzo jest poważny.

Leczenie pacjenta zwanego polskim systemem ochrony zdrowia zacznijmy od sprawienia sobie dobrego termometru. Ten pierwszy krok ułatwi kolejne. A jak zbudować polski model OSSOZ? To już temat na inną opowieść, którą napiszę wkrótce.

Filip Domański, ekspert w dziedzinie systemów i polityk zdrowotnych, były wieloletni pracownik Ministerstwa Zdrowia i Komisji Europejskiej

Przypisy:

¹Mołdach R. Na rozdrożu. <https://www.termedia.pl/mz/Narozdrozu,32623.html>.

²Cylus J, Nolte E, Figueras J, McKee M. What, if anything, does the EuroHealth Consumer Index actually tell us? <https://blogs.bmj.com/bmj/2016/02/09/what-if-anything-does-the-eurohealth-consumer-index-actually-tell-us/>.

³Ta definicja nie odnosi się jedynie do braku choroby, ale wskazuje na dążenie do zapewnienia pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.