

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia



For: istockphoto.com

Dobre rządzenie w ochronie zdrowia

W 2018 r. po raz czwarty przedstawiono Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia – narzędzie do oceny porównawczej wybranych parametrów działania systemu ochrony zdrowia. Pokazuje on obraz systemu przez pryzmat wybranych wskaźników zgrupowanych wokół stanu zdrowia, finansów oraz jakości konsumenckiej.

W rezultacie stworzona została struktura zawierająca trzy osie oceny, które reprezentują trzy główne cele, jakim zdaniem autorów Indeksu powinien być podporządkowany system ochrony zdrowia. Trzy cele podzielone są na trzynaście wymiarów, które grupują 41 wskaźników szczegółowych reprezentujących cechy systemu ochrony zdrowia. Cele te zostały zdefiniowane następująco:

- **poprawa stanu zdrowia mieszkańców** – najważniejszy i najbardziej oczywisty cel, któremu służy system ochrony zdrowia; stopień realizacji tego celu mierzony jest różnymi wskaźnikami obrazującymi stan zdrowia populacji;
- **efektywna gospodarka finansowa** – fundamentalna zasada ekonomii, wskazująca na ograniczoność

zasobów i konieczność dokonywania wyboru, na co je przeznaczać, jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia; przedmiotem oceny Indeksu są cechy regionalnych podsystemów ochrony zdrowia, które wskazują na lepsze lub gorsze efekty radzenia sobie z tym problemem;

- **jakość konsumentka opieki zdrowotnej** – opinia, że stan zdrowia jest ważniejszy aniżeli dobre samopoczucie użytkowników systemu, jest dość rozpowszechniona i wręcz zalecana krajom o niskiej i średniej zamożności; wraz ze wzrostem zamożności społeczeństw zwiększa się rola subiektywnie pojmowanej jakości oraz poczucia dostępności świadczeń; jakość konsumentka, opierająca się na percepcji praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta, staje się coraz ważniejsza.

Opracowanie koncepcji Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia miało miejsce w latach 2012–2013 i wynikało z kilku przesłanek:

- stała krytyka i niezadowolenie z systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie brak konsensusu co do przyczyn tego niezadowolenia, co w dalszym ciągu prowadzi do podejmowania niewłaściwych działań;
- niepewność co do kierunku zmian – problem ten w ostatnim czasie dostrzegł minister zdrowia Łukasz Szumowski, ogłaszając projekt Wizja Zdrowia;
- wrażliwość na kryzysy – w sytuacji gdy priorytety nie są jasno wyznaczone, system narażony jest na wstrząsy wywołane różnymi jednostkowymi zdarzeniami;
- problem z zarządzaniem złożonym systemem – nie-doświadczeni lub nadmiernie ambitni politycy próbują zwykle uchwycić w rękach więcej władzy niż ich poprzednicy. Wierzą, że w ten sposób, poprzez swoją osobistą mądrość i uczciwość, będą w stanie pokierować systemem lepiej, niż to było w przeszłości. Zwykle jednak to się nie udaje, a skutkuje spadkiem zaangażowania pozostałych uczestników systemu i porażką.

Ten ostatni aspekt warto dodatkowo omówić w kontekście końca kadencji sejmu i zbliżających się wyborów parlamentarnych.

Good governance – model zarządzania wielkimi organizacjami

Pojęcie dobrego rządzenia (*good governance*) zostało wprowadzone przez ekspertów Banku Światowego w raporcie „Governance and Development” (World Bank 1992). Koncepcja ta pierwotnie dotyczyła głównie zarządzania rozwojem krajów wspieranych przez Bank Światowy, a z czasem została rozciągnięta na praktykę zarządzania państwami w ogóle. Ekspertki Banku Światowego uznali, że koncepcja dobrego rządzenia zawiera się w trzech głównych elementach:

- **rozliczalność (*accountability*)** – pojęcie obejmujące społeczną kontrolę nad działaniami rządzących, w tym alokacją i wykorzystaniem zasobów, w któ-

rym najważniejszą rolę odgrywają udział obywateli w pracach instytucji rządowych, demokratyczny wybór władz, wolność wypowiedzi i mediów, swoboda stowarzyszania się itp.;

- **ramy prawne dla rozwoju** – pochodna koncepcji państwa prawa (sprawiedliwość, równość wobec prawa, wolność), w której wyodrębniono pięć krytycznych cech: 1) istnieją reguły podstawowe (konstytucyjne), 2) zasady wprowadzane w drodze prawnej są faktycznie wprowadzane w życie, 3) istnieją mechanizmy wymuszające stosowanie zasad stanowionych prawem, 4) konflikty są rozwiązywane przez wiążące decyzje niezależnego sądownictwa, 5) istnieją mechanizmy korekt i zmian zasad, gdy nie spełniają one oczekiwań;
- **informacja i transparentność** – łatwo dostępna, niezmanipulowana informacja pozwala na dokonywanie racjonalnych wyborów oraz podejmowanie optymalnych decyzji przez uczestników systemu: obywateli, konsumentów, producentów i zarządzających. Wybory oparte na adekwatnej wiedzy o ich konsekwencjach pozwalają na osiąganie najlepszych efektów.

Wskazano jednocześnie pięć cech złego rządzenia, którymi są:

- brak zdolności do odseparowania celów prywatnych od publicznych (społecznych), co powoduje kierowanie środków publicznych na zaspokajanie prywatnych interesów poszczególnych grup uczestników systemu;
- niezdolność do stworzenia stabilnych i przewidywalnych ram prawnych, co prowadzi do arbitralnego i jednostronnego interpretowania prawa przez władze;
- nadmiar regulacji, nadmierne ograniczenia dostępu do rynku (licencje, certyfikaty), co prowadzi do ograniczenia konkurencji i uzyskiwania renty monopolu;
- priorytety antyrozwojowe, co powoduje marnowanie zasobów;
- podejmowanie decyzji nietransparentnie lub w wąskim interesie określonych grup.

Koncepcja *good governance* wyróżnia się włączaniem różnych podmiotów (interesariuszy), działających na różnych obszarach i mających zróżnicowane możliwości oddziaływania, do realizacji wspólnych zadań. Podstawą koncepcji jest konstatacja, że postęp i osiągnięcie celów wymaga zaangażowania wielu interesariuszy i uwzględniania ich motywacji, co zwiększa szanse na odniesienie sukcesu.

W latach 90. XX wieku badania dotyczące metod zarządzania w ochronie zdrowia koncentrowały się na zdolności poprawy ogólnych wyników działania systemu w zakresie równości, efektywności i konkurencyjności [Robinson R., LeGrand J. (eds.). *Evaluating the NHS Reforms*. Kings Fund Institute, London 1994]. W ostatnich latach badacze zajmujący się polityką zdrowotną zaczęli analizować skuteczność zarządzania poprzez określanie procesowo zorientowanych ram oddziaływania, wspieranych pomiarami wyników

Tabela 1. Charakterystyka państw biurokratycznych i postmodernistycznych

Weberowskie państwo biurokratyczne	Państwo postmodernistyczne
rzządzenie	zarządzanie wielopoziomowe (<i>governance</i>)
hierarchia	heterarchia (sieci itp.)
władza (1): gra o sumie zerowej	władza (1): gra o sumie dodatniej
władza (2): skoncentrowana	władza (2): rozproszona
elitystyczne	pluralistyczne
jednolite, scentralizowane, monolityczne państwo	zdecentralizowane państwo
silna centralna władza wykonawcza	segmentowa władza wykonawcza
wyraźne linie odpowiedzialności	nieostre linie odpowiedzialności
centralna kontrola państwa	centralne ustalanie priorytetów państwa
jednolity, homogeniczny etos sektora publicznego	heterogeniczna kultura służby publicznej

Źródło: Richards D., Smith M.J. *Governance and Public Policy in the UK*. Oxford University Press 2002, s. 36.

(*performance measurements*) [The World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation, Geneva 2000; Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T.K. (eds.). Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy. Cambridge University Press, Cambridge 2010].

Good governance jest przeciwstawiane tradycyjnym sposobom organizacji i zarządzania państwem wywodzącym się z początków XX wieku. Tabela 1 zestawia strukturalną charakterystykę tradycyjnego biurokratycznego państwa (z czasów tuż po II wojnie światowej), które stanowiło w wielu aspektach podłoże formalne zarządzania systemami ochrony zdrowia w Europie, ze znacznie bardziej rozproszonym układem władzy i kompetencji, który wyłonił się w formie nowego, postmodernistycznego państwa (z czasów po zakończeniu zimnej wojny).

Ideologicznie kierunek ten jest oparty na założeniu, że w postmodernistycznym państwie źródłem władzy nie jest siła i hierarchia, lecz przywództwo (*leadership*). Jest ono wzmacniane regulacjami prawnymi, lecz jednocześnie wymaga charyzmy, wizji i poddawane jest raz po raz weryfikacji – czy to demokratycznej, czy to medialno-społecznej. Osiąganie postępu, inicjowanie i kierowanie zmianami w takim środowisku wymaga zdolności perswazji, zdolności do mobilizowania wysiłku wielu interesariuszy, a także empatii i akceptacji różnorodności priorytetów.

Do mobilizowania opinii publicznej oraz szerokich gremiów profesjonalnych wokół określonych celów służą publicznie negocjowane i ogłaszane plany i strategie, a także narzędzia monitorowania postępu w formie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia. Mierniki tego rodzaju wykorzystywane są w wielu krajach,

choć szczególnie rozpowszechniły się w krajach anglosaskich i skandynawskich, a także w praktyce organizacji międzynarodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) czy Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Zdaniem badaczy z *Health Policy Analysis Program*, prowadzonego przez Uniwersytet Waszyngtoński, jest siedem powodów stosowania w zarządzaniu mierników sprawności systemu ochrony zdrowia:

1. Określanie i komunikowanie celów systemu

Wiele celów systemu ochrony zdrowia jest domyślnych. Są one tak oczywiste, że osoby zarządzające systemem oraz jego uczestnicy nie werbalizują ich, nie nazywają i nie przekazują pozostałym uczestnikom. Do skutecznego mobilizowania interesariuszy systemu konieczne jest zdefiniowanie celów i wybór priorytetów. Pomoc w tym może przyjęcie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia*, choć z punktu widzenia logiki to cele powinny być wyznaczone jako pierwsze. Jednak, jak pokazują doświadczenia (The World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation, Geneva 2000), definiowanie celów czasem zaczyna się od próby oceny działania systemu.

2. Refleksja na temat możliwości systemu

Projektując mierniki, należy się zastanowić, na co ma wpływ oceniany podmiot czy organizacja. Co do zasady nie ma uzasadnienia ujmowanie w zestawie takich mierników, których nie można poprawić w drodze usprawnienia zarządzania i funkcjonowania systemu. Intencją twórców *indeksów sprawności* jest bowiem zwykle poprawa jakości systemów, a zatem zmiana na lepsze.

3. Nawiązanie współpracy wielu interesariuszy

Tworzenie systemu mierników, ich dobór, nadawanie wag miernikom syntetycznym, walidacja itp. są po-

wodem nawiązania współpracy przedstawicieli różnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Ocena systemu i dyskusja nad wynikiem oceny dokonywana jest na bieżąco przez osoby o odmiennych poglądach, co prowadzi do wymiany zdań, również na tematy zasadnicze, takie choćby jak cel działania systemu ochrony zdrowia.

4. Przypisywanie odpowiedzialności

Za realizację celów systemu ochrony zdrowia odpowiadają poszczególne grupy zawodowe, osoby i organizacje. Na całym środowisku spoczywa odpowiedzialność w dwóch wymiarach:

- 1) w skali makro – za ogólny kształt systemu i stopień, w jakim spełnia on najszersze oczekiwania,
- 2) w skali mikro – za własną dziedzinę aktywności, wąski odcinek pracy, na którym działa dana osoba lub organizacja. Określenie *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia* pozwala lepiej zidentyfikować obszar i przypisać odpowiedzialność za osiągnięcie założonych celów (wskaźników) w systemie.

5. Stała poprawa jakości

Mierniki stosowane regularnie pozwalają wpływać na jakość pracy poszczególnych elementów systemu, grup zawodowych i organizacji. Niektóre ogólne *mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia* stosowane na poziomie makro mogą być uszczegóławiane i stosowane na poziomie zarządzania poszczególnymi podmiotami lub procesami. Mierniki mogą mieć charakter statyczny, kiedy oddają obraz danego zjawiska w danym punkcie czasu, ale również dynamiczny, kiedy pokazują postęp (lub regres) w zakresie danego zjawiska w określonym czasie.

6. Śledzenie postępów

Zarówno mierniki statyczne, jak i dynamiczne obserwowane przez kolejne lata pozwalają zidentyfikować organizacje (np. województwa, szpitale), gdzie dokonuje się postęp, oraz te, gdzie nie zachodzą zmiany na lepsze.

7. Komunikacja i promocja

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia ostatecznie wykorzystywane są do informowania właściwych podmiotów o stanie rzeczy oraz o postępach w osiągnięciu przyjętych celów. Do najważniejszych podmiotów należy rząd oraz jego agendy, środowisko zawodowe oraz społeczeństwo kraju lub poszczególnych regionów.

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia jest inicjatywą oddolną, przedsięwzięciem niekomercyjnym, w całości przeprowadzonym przez portal dane-i-analazy.pl, PwC oraz w ostatniej edycji Narodowy Fundusz Zdrowia. Autorzy mają nadzieję, że przedsięwzięcie to będzie dalej prowadzone z rosnącym udziałem NFZ oraz władz samorządowych szczebla wojewódzkiego.

Adam Kozierekiewicz, Monika Natkaniac
Autorzy są ekspertami firmy dane-i-analazy.pl

Najsprawniejsza w Polsce ochrona zdrowia na Pomorzu i w Wielkopolsce

Poniżej przedstawiamy wyniki raportu Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia. *Najważniejszy i najbardziej oczywisty cel, któremu służy system ochrony zdrowia, to ochrona i poprawa stanu zdrowia obywateli* – piszą autorzy raportu. Prezentujemy wyniki w tej właśnie kategorii:

1. Pomorskie
2. Wielkopolskie
3. Śląskie
4. Kujawsko-pomorskie
5. Podlaskie
6. Świętokrzyskie
7. Lubelskie
8. Zachodniopomorskie
9. Dolnośląskie
10. Małopolskie
11. Warmińsko-mazurskie
12. Mazowieckie
13. Podkarpackie
14. Lubuskie
15. Łódzkie
16. Opolskie

– *Sądzę, że główną przyczyną sukcesu jest umiejętne sterowanie strumieniami dofinansowania* – mówi Agnieszka Pachciarz, dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. – *Staraliśmy się przede wszystkim zidentyfikować deficytowe zakresy świadczeń, by móc zastosować odpowiednie instrumenty, głównie finansowe, zachęcające do ich zmniejszenia. Dotyczyło to na przykład dostępu do badań diagnostycznych, zwiększenia proporcji wydatków na leczenie pozaszpitalne, na leczenie jednodniowe, szpitalne i opiekę długoterminową* – dodaje.

Pełne wyniki rankingu są dostępne pod adresem <https://dane-i-analazy.pl/raport/1845-kisoz-2018/zobacz/atlas.html>