

Jacek Michalak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

CZY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA MOŻE BYĆ EFEKTYWNY?

Wprowadzenie

Zgodnie z definicją Kotarbińskiego, „system jest to całość złożona z części, które wspólnie działają ku pożytkowi całości”. Zakłada się więc wspólny cel i współpracę składowych, a nie konkurencję i realizację jedynie celów cząstkowych. Mazur¹ pod pojęciem systemu rozumie zbiór elementów i zachodzących między nimi relacji. W tym ujęciu wspólne działania i pożytek całości nie muszą być cechą systemu – system może być nieefektywny. Wyodrębnienie wszystkich elementów systemu może być niemożliwe² stąd do badań wykorzystuje się mniej lub bardziej uproszczone modele, choć co prawda „wszystkie modele są błędne, chociaż niektóre – użyteczne”³. Jednak ograniczanie się do analizy modeli może prowadzić do istotnych nieporozumień, które w konsekwencji przyczyniają się do podejmowania błędnych decyzji. Ten sam model w różnych krajach daje różne rezultaty. Przykładem może być przekształcanie się systemów ubezpieczeń zdrowotnych i narodowej służby zdrowia w różnych krajach europejskich.

Pojęcie „ochrona zdrowia” obejmuje niemal wszystkie rodzaje ludzkiej działalności, włączając w to edukację, kulturę czy gospodarkę. Miller i Zieliński wyodrębniają następujące składowe systemu ochrony zdrowia:

- opiekę zdrowotną – medycyna lecznicza,
- ochronę zdrowia – zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowany przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego,
- struktury zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia,
- źródła i drogi finansowania całokształtu działań na rzecz zdrowia.

¹ M. Mazur: *Pojęcie systemu i rygor jego stosowania*. „Postępy Cybernetyki” 1987, z. 2.

² A. Döring, P. Friedemann: *The German Healthcare System*. „EPMA Journal” (2010), Vol. 1.

³ G.E.P. Box, N.R. Draper: *Empirical Model-Building and Response Surfaces*. Wiley, 1987.

Jeżeli jednak uwzględnić definicję Kotarbińskiego, to polski „system ochrony zdrowia” nie jest systemem ani ochrony, ani zdrowia. Konflikty (np. między ratownictwem medycznym a szpitalami czy między podstawową opieką zdrowotną a opieką specjalistyczną) są wbudowane w „system”. Są jego cechą immanentną, niezależnie od sposobów finansowania. Warto zauważyć, że niekiedy zmiany legislacyjne dotyczące dziedzin spoza ochrony zdrowia w istotny sposób obniżają efektywność opieki. Przykładem jest likwidacja izb wytrzeźwień, co skutkuje obecnie przewożeniem pijanych do szpitali, przede wszystkim na szpitalne oddziały ratunkowe. Nawet do 80% pacjentów SOR trafia tam w stanie upojenia alkoholowego.

Kwestie terminologiczne mają istotne znaczenie, gdy uwzględnimy determinanty zdrowia według Lalonde’a⁴. Wpływ medycyny naprawczej na zdrowie populacji jest rzędu kilkunastu procent, natomiast ponad 50% stanowią czynniki zależne od stylu życia. Według raportu Romanowa (2002), zdrowie nie jest indywidualną sprawą każdego obywatela, ale dobrem wspólnym, co skutkować powinno określoną polityką zdrowotną.

Twórcą pierwszego w świecie zintegrowanego systemu ochrony zdrowia był sir Edwin Chadwick (1800-1890). Celem tego systemu było utrzymanie pracowników do późnego wieku w jak najlepszym zdrowiu. Modele systemów ochrony zdrowia: Siemaszki, Bismarcka i Beveridge’a powstały znacznie później i są emanacjami polityki w poszczególnych krajach. Model Bismarcka (1883) wynikał nie tyle z troski o zdrowie obywateli, co o głosy wyborców. Model Beveridge’a (1948) był wyrazem koncepcji państwa opiekuńczego. Natomiast model Siemaszki powstał w latach 30., gdy podstawowym problemem zdrowotnym były choroby zakaźne (tyfus, gruźlica, grypa hiszpanka itd.), jak również głód⁵ czy warunki bytowania. Modele te były „oparte” na lekarzu ogólnym, a nie zespołach multidyscyplinarnych, bez kosztownych procedur diagnostycznych, z chirurgią o ograniczonych możliwościach, bez antybiotyków, leków psychotropowych, kardiologii interwencyjnej itd. Spełniały swoją rolę kosztem niskiej efektywności w rozumieniu medycznym, a więc przy znacznej umiERALNOŚCI, np. z powodu zapalenia płuc, które leczono chininą, lobeliną, efedryną, piramidonem i lekami wykrztuśnymi (Kalendarz lekarski z 1937). O ile modele Bismarcka i Beveridge’a są wciąż udoskonalane, o tyle model Siemaszki został zarzucony. Pojęcie „system ochrony zdrowia” jest utożsamiane przede wszystkim z opieką zdrowotną, zwłaszcza w kontekście finansowania

⁴ Pierwszy raport Lalonde’a pochodzi z lat 70. XX wieku.

⁵ Hołodomor na Ukrainie był ludobójstwem, podobnie jak głód wynikający z kolektywizacji rolnictwa w ZSRR.

lecnictwa⁶. „Obecnie nasz system opieki zdrowotnej [...] zamiast koncentrować się na wartości dla pacjenta zajmuje się udogodnieniami i zyskami szpitali, cięciem kosztów i efektywnością wydatków na opiekę nad pacjentem. Są to istotne kwestie, ale bez skupienia uwagi na pacjencie prowadzą do marnotrawstwa i bólu”. Opinia ta dotyczy USA⁷. „Niewydolność systemu ochrony zdrowia” identyfikuje się z zadłużaniem szpitali, długim oczekiwaniem na „usługę medyczną”, czyli de facto z niesprawnościami dotyczącymi leczenia.

Z kolei pojęcie „efektywności” jest inaczej definiowane w różnych naukach. Zazwyczaj efektywnością określa się stosunek nakładów do uzyskanych rezultatów. W medycynie wyodrębnia się następujące pojęcia odnoszące się do efektywności jako relacji pomiędzy osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami:

- efektywność kliniczną (efficacy – ściśle określone warunki badania, wyselekcjonowani pacjenci, dobrze współpracujący z lekarzami),
- efektywność praktyczną (effectiveness – zwykłe warunki stosowania leku, przeciętni pacjenci, różnie przestrzegający zaleceń lekarskich),
- efektywność ekonomiczną (wydajność – efficiency)⁸.

Powyższych pojęć nie należy mylić ze sobą. Przykładem takiej, tragicznej w skutkach, pomyłki są losy leku rofekoksyb⁹. Okazuje się, że efektywność kliniczna i ekonomiczna (efficacy i efficiency) nie muszą świadczyć o efektywności praktycznej (effectiveness). Jednak skłonność do rozwiązywania skomplikowanych problemów za pomocą prostych rozwiązań daje się zauważyć od lat. W Polsce receptą na zdrowie obywateli miała być wpieryw Kasa Chorych (1920), potem Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1934), po wojnie kolejno: nacjonalizacja szpitali i aptek (1948-50), medycyna przemysłowa (lata 50.), zespoły opieki zdrowotnej (1975), usamodzielnienie zespołów opieki zdrowotnej, prywatyzacja

⁶ *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Red. J. Suchecka. ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

⁷ R.C. Dart: *Can Lean Thinking Transform American Health Care?* „Ann Emerg Med.” 2011, Vol. 57.

⁸ Natomiast skuteczność jest definiowana jako:

- pozytywnie oceniana zgodność wyniku działania z celem,
- umiejętność wyboru właściwych celów, właściwych rzeczy do zrobienia, a więc tego co jest organizacji potrzebne i pożądane dla jej sprawnego funkcjonowania i rozwoju,
- funkcja, zarówno właściwości systemu realizującego zadanie, jak i specyfiki samego zadania,
- cecha sprawnego działania,
- stopień w jakim planowane działania są zrealizowane, a planowane wyniki osiągnięte.

⁹ Lek – inhibitor cyklooksygenazy-2 (COX-2) był wprowadzony do obrotu w 1999 roku jako lek przeciwbólowy i przeciwzapalny, skuteczny w chorobach reumatycznych opornych na inne leki. Opinia o skuteczności i efektywności (także ekonomicznej) leku była wręcz entuzjastyczna, jednak w 2004 został wycofany z obrotu ze względu na częstsze występowanie zawałów serca i udarów, u osób stosujących rofekoksyb.

aptek oraz lecznictwa otwartego (lata 90.), ponownie Kasy Chorych (quasi-ubezpieczenia), komercjalizacja i prywatyzacja szpitali, przekazanie lecznictwa samorządom terytorialnym, jeden płatnik (NFZ), odrębne ratownictwo medyczne, koszyki świadczeń, listy leków refundowanych, ustawa o działalności leczniczej itd. Zmiany organizacyjne wynikają z kolejnych zmian legislacyjnych. Przyjęło się nawet uważać, że podstawowym sposobem rozwiązania problemów ochrony zdrowia powinny być kolejne ustawy. W rzeczywistości legislacja jest jedynie podstawą polityki zdrowotnej, która jest realizowana na różnych poziomach organizacyjnych¹⁰. Ruskowski stwierdził, że polski system zdrowotny to „socjalizm w rynkowym otoczeniu”, który spełnia kryteria Kornaia dla socjalizmu jako gospodarki niedoboru. Są to między innymi powszechne, częste, intensywne i chroniczne niedobory (świadczeń). Nastąpiło odwrócenie sytuacji rynkowej nabywcy i sprzedawcy, czemu towarzyszy wymuszona substytucja dóbr, wymuszone oszczędności i paternalizm.

Rozwiązanie problemów zdrowia nie jest kwestią uchwalenia „Konstytucji zdrowia”¹¹. Poza tym, dobra legislacja wymaga wykorzystania podstaw naukowych, zwłaszcza z zakresu organizacji i zarządzania. W ostatnich latach popularna staje się koncepcja oparcia oceny i finansowania szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zależności od uzyskanego efektu zdrowotnego (value-based purchasing – VBP, pay for performance – P4P), a błędna teza, że „nierównowaga pomiędzy producentem usługi zdrowotnej a konsumentem jest tak olbrzymia, że w większości wypadków można mu sprzedać wszystko i za każdą cenę” nadal ma swoich zwolenników. Podobnie jak założenia, że potrzeby zdrowotne ludności są nieograniczone, a wprowadzenie elektronicznej karty pacjenta uprości pracę lekarzy i wręcz rozwiąże problemy kolejek. Dopiero „[...] kryzys uświadomił wielu społeczeństwom europejskim, że obowiązujące w ich krajach systemy ochrony zdrowia są nieefektywne, nie sprawdzają się”¹².

Powstają zatem pytania, czy system ochrony zdrowia może być efektywny jako całość, jaka jest metodyka oceniania efektywności systemu, jakie są prawne przyczyny obecnych niesprawności systemu opieki zdrowotnej w Polsce i czy są to zjawiska występujące w innych krajach niż Polska?

Celem pracy była próba określenia bieżącego stanu badań i koncepcji teoretycznych dotyczących efektywności systemów ochrony zdrowia oraz uwarunkowań prawnych i strukturalnych efektywności systemu ze szczególnym uwzględnieniem Polski.

¹⁰ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owczar-Cydzik, D. Sobusik: *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice 2004.

¹¹ Pakietu ustaw, które w radykalny sposób rozwiążą wszystkie problemy systemu dotychczasowego. Nazwa popularna zwłaszcza w latach 90. XX wieku.

¹² A. Ryś: *Kryzys czyli czas na zmiany*. „Menedżer Zdrowia” 2012, Vol. 6.

Material i metody

W celu określenia podstaw teoretycznych pomiaru efektywności systemu ochrony zdrowia (jako całości) dokonano przeglądu medycznych (PubMed, HighWire Press, Cochrane Collaboration) i wielospecjalistycznych (EBSCO, Springer link) baz internetowych. Słowami kluczowymi były: effectiveness, efficiency, efficacy, health care system. Za kryteria włączenia przyjęto publikację w czasopiśmie fachowym, metodykę Evidence Based Medicine, analizę całego systemu opieki zdrowotnej, dane liczbowe dotyczące efektów zdrowotnych. Kryteriami wykluczenia były: prace odnoszące się do poszczególnych zagadnień szczegółowych, np. efektywności w różnych jednostkach chorobowych, prace niespełniające kryteriów EBM oraz prace starsze niż 10 lat – ze względu na zmiany legislacyjne, które zaszły w ostatnim dziesięcioleciu.

Podjęto również próbę oceny uwarunkowań wpływających na efektywność opieki zdrowotnej w Polsce, opierając się na aktach prawnych zawartych w bazie ISAP. Wykorzystano także oficjalne dane statystyczne dotyczące struktury opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia zawarte w materiałach GUS (2012).

Wyniki

Pojęcia „system ochrony zdrowia” i „system opieki zdrowotnej” – różniące się w polskim piśmiennictwie – w terminologii anglosaskiej określane są jako health system lub healthcare system.

Wyniki przeglądu baz danych dla słów kluczowych i dla frazy „effectiveness of health care system” przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Wyniki przeglądu baz danych

Baza	Liczba stron dla słów kluczowych	Liczba publikacji dla frazy
EBSCO	1806	27
Springer link	2 690	0
PubMed	33 145	0
HighWire	125 133	2
Cochrane Collaboration	100	1
Google publikacje naukowe	2 620 000	36

W bazach medycznych znaleziono zaledwie 2 publikacje spełniające kryteria wyszukiwania, natomiast w bazie EBSCO – 27 pozycji. W bazie Cochrane Collaboration tylko jedna praca (meta-review) dotyczyła metodyki oceny efektywności systemu ochrony zdrowia. Uzyskane wyniki wskazują na znaczne trudności metodyczne w ocenie efektywności systemu zdrowotnego.

Wyniki wyszukiwania aktów prawnych według haseł w polskim Internetowym Systemie Aktów Prawnych (ISAP) przedstawia tabela 2.

Tabela 2

Hasła według ISAP

Hasło według ISAP	Liczba aktów prawnych
Ochrona Zdrowia	1641
Szpitala	91
Ubezpieczenia zdrowotne	254
Lekarze	321
Apteki	217
Ratownictwo	248
Praktyka lekarska	19
Farmaceutyczne środki	692

Wyniki wyszukiwania w systemie ISAP obejmują zarówno akty obowiązujące, jak i już nieaktualne. Poza ustawami i uchwałami Parlamentu znajdują się tu: akty powiązane, akty uchylone, akty uznane za uchylone, akty wykonawcze, akty zmieniające, akty zmienione, dyrektywy europejskie, odesłania. Ustawy są często nowelizowane, co nie świadczy dobrze o jakości stanowionego prawa, np. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (2004) zmieniająca 43 inne akty prawne, nowelizowana była (po ustanowieniu tekstu jednolitego w 2008 roku) 31 razy w ciągu niespełna 4 lat. Ustawa o działalności leczniczej uchyliła 12 innych ustaw, była nowelizowana 4 razy w ciągu 2 lat, a reguluje wiele kwestii nadmiernie szczegółowych, np. normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (jak gdyby nie istniało prawo pracy). Niektóre akty prawne szczegółowo regulują sprawy oczywiste jak np. rozporządzenie ministra zdrowia „w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pa-

cjenta” czy rozporządzenie ministra zdrowia „w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego”, które nakazuje sporządzanie raportu z całodobowego dyżuru. Jako komentarz posłużyć może jedynie sformułowanie Tacyta (Annales III 27): „Corruptissima re publica plurimae leges”¹³.

Od 2011 roku NIL prowadzi akcję „Krajowy indeks niedorzeczności w ochronie zdrowia” (<http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/krajowy-indeks-niedorzeczności-w-ochronie-zdrowia>). Celem akcji jest „uświadomienie pacjentom i całemu społeczeństwu, że wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia roli kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nienadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia prowadzi do nadużyć oraz niezgodności coraz bardziej szczegółowych i mnożonych ponad wszelką miarę wymagań biurokratycznych z zasadami wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Efektem tej sytuacji są liczne utrudnienia i ograniczenia dla pacjentów”. Do dzisiaj lekarze zgłosili 50 niedorzeczności. Istotnym czynnikiem, które należy brać pod uwagę jest wzrost liczby pracowników zajmujących się zarządzaniem. W NHS w latach 1999-2009 liczba personelu NHS wzrosła o 35% a liczba menedżerów – o 82%¹⁴.

„System ochrony zdrowia”, zwłaszcza w Polsce, systemem nie jest, ponieważ 795 szpitali, 16 608¹⁵ zakładów opieki zdrowotnej, 79 337 lekarzy, 184 748 pielęgniarek, 6927 praktyk lekarskich, 11 297 aptek (GUS, 2012) oraz 10 Uniwersytetów Medycznych z 42 szpitalami klinicznymi oddzielnie realizują swoje cele cząstkowe i nie muszą działać ku pożytkowi całości.

Co więcej, Inspekcja Sanitarna (prawie 400 stacji sanitarno-epidemiologicznych wojewódzkich, powiatowych i granicznych), 16 wojewodów, tyleż samorządów wojewódzkich, 379 samorządów powiatowych i 2478 samorządów gminnych także jest zobowiązanych do działania na rzecz promocji i ochrony zdrowia¹⁶, ale realizują cele własne. W piśmiennictwie często personel medyczny (zwłaszcza lekarzy) traktuje się jako jednorodną grupę zapominając o ok. 70 rodzajach specjalności lekarskich, 12 pielęgniarskich, tyluż farmaceutycznych oraz o 23 rodzajach zawodów medycznych. Zaprojektowanie systemu, który ogarnie wszystkie powyższe struktury (w tym personel) jest zadaniem niezmiernie trudnym, jeśli nie niewykonalnym. Co więcej, efektywność systemu oceniana jest na podstawie liczby wykonanych świadczeń („usług zdrowotnych”: 7 344 000 hospitalizacji, 290 mln porad, z czego 42% w poradniach specjalistycznych, 7,4 po-

¹³ Państwo jest w największym nierządzie, gdy ma wiele praw.

¹⁴ K. Grosios, P.B. Gahan, J. Burbidge: *Overview of Healthcare in the UK*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1.

¹⁵ Dane nie obejmują resortu obrony narodowej i resortu spraw wewnętrznych i administracji.

¹⁶ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owczar-Cydzik, D. Sobusik: Op. cit.

rad na 1 mieszkańca) negatywnych wskaźników zdrowotnych (umieralność, chorobowość) oraz nakładów finansowych rzędu 100 mld zł rocznie¹⁷.

Warto podkreślić, że monopson NFZ płaci za wykonanie procedur wybierając zazwyczaj oferty najtańsze, a nie za uzyskany efekt zdrowotny u konkretnego pacjenta.

Dyskusja

Badania systemów ochrony zdrowia są odbiciem koncepcji, niekoniecznie spójnych. Poza dwoma głównymi modelami opieki zdrowotnej (Bismarck versus Beveridge) można wyodrębnić koncepcję „salutogenezy” (jako rozwinięcia spersonalizowanej medycyny połączonej z działalnością zapobiegawczą)¹⁸. Medycyna spersonalizowana (patient-oriented medicine) opiera się na indywidualnym podejściu do pacjenta, z wykorzystaniem badań genetycznych w odróżnieniu od medycyny opartej na dowodach (EBM), która odnosi się do wyników badań populacyjnych¹⁹. Często są projekty optymalizacji opieki jedynie oparte na kryteriach ekonomicznych²⁰ czy przekonaniu o skuteczności informatyzacji²¹. Kolejne koncepcje łączą efektywność systemu zdrowotnego z jakością²² czy efektywnością medyczną²³.

¹⁷ Stan zdrowia nie jest przedmiotem oceny – spadek chorobowości oznacza, że jesteśmy mniej chorzy, a nie bardziej zdrowi. Poza tym liczba hospitalizacji nie jest liczbą osób leczonych w szpitalach, gdyż jeden pacjent może być leczony wielokrotnie, a sprawozdawczość statystyczna tego nie odnotowuje. Pacjent przebywający na kilku oddziałach szpitalnych podczas jednego pobytu w szpitalu, na każdym oddziale liczony był oddzielnie (tzw. leczeni z ruchem międzyoddziałowym). Subiektywna ocena stanu zdrowia nie jest wskaźnikiem miarodajnym.

¹⁸ M. Alivia, P. Paola Guadagni, P.R. di Sarsina: *Towards Salutogenesis in the Development of Personalized and Preventive Healthcare*. „EPMA Journal” 2011, Vol. 2.

¹⁹ D.A. Clark: *The End of Evidence-based Medicine?* „Inflammopharmacol” 2012, Vol. 20; V. Costigliola: *Healthcare Overview: Global Process of Personalization in Medicine*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1.

²⁰ J. Baranowski, A. Windak: *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*. *Sprawne Państwo*. Program Erenst & Young, Warszawa 2012; P.M. Brown: *Personalized Medicine and Comparative Effectiveness Research in an Era of Fixed Budgets*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1; M.A. Borg: *Are Healthcare Economics a Factor Behind European MRSA Rates?* „Eur J Clin Microbiol Infect Dis” 2010, Vol. 29.

²¹ B. Chaudhry, J. Wang, S. Wu, M. Maglione, W. Mojica, E. Roth, S.C. Morton, P.G. Shekelle: *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*. „Ann Intern Med.” 2006, Vol. 144; J.D. D’Amore, D.F. Sittig, R.B. Ness: *How the Continuity of Care Document Can Advance Medical Research and Public Health*. „American Journal of Public Health” 2012, Vol. 102, (5).

²² O.A. Arah, N.S. Klazinga, D.M.J. Delnoij, A.H.A.T. Asbroek, T. Custers: *Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A Quest for Effectiveness, Quality, and Improvement*. „International Journal for Quality in Health Care” 2003, Vol. 15, (5).

²³ J.M. Coffman, M.K. Hong, W.M. Aubry, H.S. Luft, E. Yelin: *Translating Medical Effectiveness Research into Policy: Lessons from the California Health Benefits Review Program*. „The Milbank Quarterly” 2009, Vol. 87, (4).

Spośród znalezionych przez Rockersa i innych (2012) 414 publikacji – 259 spełniało kryteria włączenia, w 50% ograniczono analizy do wyników badań kontrolowanych, a w 68% wykorzystano kryteria EPOC (Effective Practice and Organisation of Care). W sumie autorzy uznali za konieczne prowadzenie dalszych badań nad kryteriami stosowanymi w badaniu systemów zdrowotnych pod warunkiem, że zwiększanie liczby kryteriów nie może zaburzać rzetelności badań²⁴. Shah i inni (2012) w pracy poświęconej skuteczności działań na rzecz zdrowia (Health Impact Assessment) wykazują, że na 51 programów zaledwie w ośmiu uzyskano poprawę QALY, natomiast w 18 zidentyfikowano inne korzyści dla zdrowia, niektóre programy nie pozwalały na ocenę koszt-korzyść. Decyzje o alokacji środków są w różny sposób podejmowane przez Wydział Zdrowia i NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), co prowadzi do braku efektywności finansowej programów. Trudności metodyczne w ocenie jakości życia podkreślają Paz i inni (2009). Narzędzia bowiem wykorzystywane w tym celu (SF-36, HUI, EQ-5D, QWB-SA, HALex, MLHFQ, NEI-VFQ-25) w ograniczonym zakresie nadają się do oceny jakości życia populacji generalnej. Vest i Gamm (2009) oceniali efektywność przekształceń opieki zdrowotnej w USA na podstawie 9 publikacji spełniających kryteria włączenia, z wykorzystaniem Six Sigma, Lean/Toyota Production System, i Studer's Hardwiring Excellence. Autorzy stwierdzają, że z powodu ograniczeń metodycznych wyniki badań 9 prac mogą być kwestionowane ze względu na błędy w zaprojektowaniu badań, niewłaściwych analiz i niepowodzeń w wykluczeniu hipotez alternatywnych. Eccles i inni (2009) wręcz stwierdzają, że podstawy teoretyczne nie są wykorzystywane we wdrażaniu efektywnych praktyk klinicznych w brytyjskiej NHS. Wielu polityków uznaje, że prowadzenie badań porównawczych nad efektywnością ochrony zdrowia może zredukować marnotrawstwo w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. W tym celu Hofman i współautorzy (2010) proponują koncepcję „medycyny marginalnej” (analogia do marginal costs) polegającą na opracowaniu wytycznych do wyboru najlepszych opcji zdrowotnych. Jednak podstawowym problemem jest niedostatek danych zarówno w badaniach obserwacyjnych, jak i dla opracowania dowodów skuteczności. Pojawia się bowiem pytanie, czy różni specjaliści zajmujący się tym problemem są w stanie opracować wystarczająco dokładne narzędzia pomiaru? Ewentualnym rozwiązaniem jest opracowanie narzędzi dla oceny efektywności poszczególnych działań na rzecz zdrowia populacji²⁵.

²⁴ P.C. Rockers, A.B. Feigl, J.A. Röttingen, A. Fretheim, D. de Ferranti, J.N. Lavis, H.O. Melberg, T. Bärnighausen: *Study-design Selection Criteria in Systematic Reviews of Effectiveness of Health Systems Interventions and Reforms: A Meta-review*. „Health Policy” 2012, Vol. 104.

²⁵ S.M. Kansagra, T.A. Farley: *Public Health Research: Lost in Translation or Speaking the Wrong Language?* „Am J Public Health” 2011, Vol. 101.

Tenbenschel i współautorzy (2012) na podstawie danych z *Health Policy Monitor* w 11 krajach rozwiniętych wykazali, że lepsze wyniki zdrowotne (outcomes) uzyskuje się:

- w systemach zdrowotnych finansowanych z podatków,
- gdy w rządzie dominuje centrolewica,
- gdy systemy oparte na ubezpieczeniach społecznych w większym stopniu są zainteresowane obniżką kosztów i efektywnością ekonomiczną.

Natomiast skład polityczny rządu nie jest głównym czynnikiem kształtującym politykę zdrowotną państwa. Dopiero od 2003 roku zwiększa się rola inicjatyw kierowanych do społeczeństw, oceny dostępności i równości oraz skutków zdrowotnych dla populacji²⁶.

Zatem, w odróżnieniu od badań efektywności opieki zdrowotnej nad wybranymi grupami pacjentów (kardiologia, onkologia, pediatria), badania efektywności systemów ochrony zdrowia są nieliczne. Wynika to przede wszystkim z trudności metodologicznych, złożoności problemu, jak i uwarunkowań politycznych. Dopiero w ostatnich latach daje się zauważyć większe zainteresowanie efektywnością systemów ochrony zdrowia na poziomie krajowym i międzynarodowym, chociaż niektóre z prezentowanych koncepcji są powrotem do idei z XIX i XX wieku.

Podsumowanie

1. Ustalenie efektywności systemu ochrony zdrowia wymaga przezwyciężenia licznych problemów metodycznych, do których rozwiązania konieczne są dalsze badania z udziałem zespołów multidyscyplinarnych.
2. Problem efektywności ochrony zdrowia dotyczy zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Nie wynika jedynie z ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.
3. W polskim systemie ochrony zdrowia od wielu lat trwa tendencja do rozwiązania wszystkich problemów za pomocą nadmiernie szczegółowych i często zmienianych aktów prawnych przy niedoborze finansowania i niedocenianiu roli partnerów z różnych grup zawodowych.

²⁶ T. Tenbenschel, S. Eagle, T. Ashton: *Comparing Health Policy Agendas Across Eleven High Income Countries: Islands of Difference in a Sea of Similarity*. „Health Policy” 2012, Vol. 106.

Bibliografia

- Alivia M., Paola Guadagni P., di Sarsina P.R.: *Towards Salutogenesis in the Development of Personalized and Preventive Healthcare*. „EPMA Journal” 2011, Vol. 2.
- Arah O.A., Klazinga N.S., Delnoij D.M.J., Asbroek A.H.A.T., Custers T.: *Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A Quest for Effectiveness, Quality, and Improvement*. „International Journal for Quality in Health Care” 2003, Vol. 15, (5).
- Baranowski J., Windak A.: *Optimalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawne Państwo*. Program Erenst & Young, Warszawa 2012.
- Borg M.A.: *Are Healthcare Economics a Factor Behind European MRSA Rates?* „Eur J Clin Microbiol Infect Dis” 2010, Vol. 29.
- Box G.E.P., Draper N.R.: *Empirical Model-Building and Response Surfaces*. Wiley, 1987.
- Brown P.M.: *Personalized Medicine and Comparative Effectiveness Research in an Era of Fixed Budgets*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1.
- Chaudhry B., Wang J., Wu S., Maglione M., Mojica W., Roth E., Morton S.C., Shekelle P.G.: *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*. „Ann Intern Med.” 2006, Vol. 144.
- Clark D.A.: *The End of Evidence-based Medicine?* „Inflammopharmacol” 2012, Vol. 20.
- Coffman J.M., Hong M.K., Aubry W.M., Luft H.S., Yelin E.: *Translating Medical Effectiveness Research into Policy: Lessons from the California Health Benefits Review Program*. „The Milbank Quarterly” 2009, Vol. 87, (4).
- Costigliola V.: *Healthcare Overview: Global Process of Personalization in Medicine*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1.
- Cvetanović S.: *On Economic Evaluation of Health Care*. „Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš” 2011, Vol. 28(3).
- D’Amore J.D., Sittig D.F., Ness R.B.: *How the Continuity of Care Document Can Advance Medical Research and Public Health*. „American Journal of Public Health” 2012, Vol. 102, (5).
- Dart R.C.: *Can Lean Thinking Transform American Health Care?* „Ann Emerg Med.” 2011, Vol. 57.
- Döring A., Friedemann P.: *The German Healthcare System*. „EPMA Journal” (2010), Vol. 1.
- Eccles M.P., Armstrong D., Baker R., Cleary K., Davies H., Davies S., Glasziou P., Iltott I., Kinmonth A.L., Leng G., Logan S., Marteau T., Michie S., Rogers H., Rycroft-Malone J., Sibbald B.: *An Implementation Research Agenda*. „Implementation Science” 2009, Vol. 4.
- Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Red. J. Suchecka. ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Frączkiewicz-Wronka A., Jaśłowski J., Owcarz-Cydzik B., Sobusik D.: *Samorządowa polityka zdrowotna*. Katowice 2004.
- Grosios K., Gahan P.B., Burbidge J.: *Overview of Healthcare in the UK*. „EPMA Journal” 2010, Vol. 1.

- GUS 2012, Polska w liczbach. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/f_polska_w_liczbach_2012.pdf (30.09.2012).
- Hoffman A., Pearson S.D.: *'Marginal Medicine': Targeting Comparative Effectiveness Research To Reduce Waste*. „Health Affairs” 2009, Vol. 28, (4).
- Internetowy System Aktów Prawnych. <http://isap.sejm.gov.pl/>
- Kansagra S.M., Farley T.A.: *Public Health Research: Lost in Translation or Speaking the Wrong Language?* „Am J Public Health” 2011, Vol. 101.
- Kornai J.: *Niedobór w gospodarce*. Warszawa 1985.
- Lalonde M.: *A New Perspective on the Health of Canadians*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Li S.C.: *Pharmacoeconomic Evaluation in Rheumatology An Introduction to Pharmacoeconomic Evaluation in Rheumatology*. „APLAR Journal of Rheumatology” 2003, Vol. 6.
- Matuszak-Flejszman A.: *Skuteczność i efektywność systemów zarządzania środowiskowego*. http://eko-net.pl/fileadmin/user_upload/docs/Skuteczność_i_efektywność_SZS_Alina_Matuszak-Flejszman.pdf
- Mazur M.: *Pojęcie systemu i rygoru jego stosowania*. „Postępy Cybernetyki” 1987, z. 2.
- Miller M., Zieliński A.: *Zdrowie publiczne – misja i nauka*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, Vol. 56.
- Paz S.H., Liu H., Fongwa M.N., Morales L.S., Hays R.D.: *Readability Estimates for Commonly Used Health-related Quality of Life Surveys*. „Qual Life Res” 2009, Vol. 18.
- Rockers P.C., Feigl A.B., Röttingen J.A., Fretheim A., de Ferranti D., Lavis J.N., Melberg H.O., Bärnighausen T.: *Study-design Selection Criteria in Systematic Reviews of Effectiveness of Health Systems Interventions and Reforms: A Meta-review*. „Health Policy” 2012, Vol. 104.
- Romanow R.: *Building Values. The Future of Health Care in Canada*. 2002. http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf (30.09.2012).
- Ruszkowski J.: *Polski system zdrowotny – socjalizm w rynkowym otoczeniu*. W: *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*. Red. K. Ryć i Z. Skrzypczak. UW, Warszawa 2008.
- Ryś A.: *Kryzys, czyli czas na zmiany*. „Menedżer Zdrowia” 2012, Vol. 6.
- Shah K., Praet C., Devlin N., Sussex J., Appleby J., Parkin D.: *Is the Aim of the English Health Care System to Maximize QALYs?* „Journal of Health Services Research & Policy” 2012, Vol. 17 (3).
- Spis wskazań: Bronchopneumonia*. W: *Kalendarz lekarski 1938*. Dom Agenturowy Remedia, Warszawa 1937.
- Tacyt (Publius Cornelius Tacitus): *Dzieje roczne (Annales) III – 27*. ŁTN Łódź, 2000.
- Tenbensen T., Eagle S., Ashton T.: *Comparing Health Policy Agendas Across Eleven High Income Countries: Islands of Difference in a Sea of Similarity*. „Health Policy” 2012, Vol. 106.
- Vest J.R., Gamm L.D.: *A Critical Review of the Research Literature on Six Sigma, Lean and StuderGroup's Hardwiring Excellence in the United States: The Need to Demonstrate and Communicate the Effectiveness of Transformation Strategies in Healthcare*. „Implementation Science” 2009, Vol. 4.

CAN THE HEALTHCARE SYSTEM BE EFFECTIVE?

Summary

The different definitions of efficiency (in their medical meanings) are presented as the result of meta-reviews found in scientific databases. Efficacy and efficiency are often mismatched with effectiveness in the research of healthcare systems in different countries.

In addition to the classic Bismarck's and Beveridge's models the modern concepts of health systems include personalized medicine, recognition of health as economic value, and so called salutogenesis. However, the basic problem in the Polish healthcare system is the low quality of overly specific and often changed legislation.