

Hanna Saryusz-Wolska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Martyna Wronka

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

EFEKTYWNOŚĆ W OPIECE ZDROWOTNEJ – ZARYS WIELOWYMIAROWEGO PROBLEMU W OKRESIE TRANSFORMACJI

Wprowadzenie

Za podstawowy cel reformowania systemów zdrowotnych uważa się odpowiedni i sprawiedliwy dostęp obywateli do opieki zdrowotnej oraz poprawę efektywności ekonomicznej w skali mikro i makro¹. Globalnym wyzwaniem dla systemów zdrowotnych jest sprostanie rosnącemu popytowi na usługi medyczne oraz nasilającej się dysproporcji pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami pacjentów a możliwościami finansowania opieki zdrowotnej². Szczęólnego znaczenia nabiera konieczność wytworzenia odpowiedniej ilościowo i jakościowo puli usług zdrowotnych przy zawsze ograniczonych zasobach. Kluczowym problemem staje się efektywność (efficiency, performance) wszelkich podejmowanych działań, będąca funkcją skuteczności (effectiveness), rozumianej jako stopień realizacji celu i nakładów³.

Efektywność stanowi fundamentalne zagadnienie w teorii i praktyce zarządzania. W zarządzaniu w opiece zdrowotnej zarówno definiowanie, jak i pomiar efektywności, tzn. określenie z jednej strony efektów zdrowotnych, a z drugiej ponoszonych nakładów, napotyka na wiele trudności. „Efektywność ekonomicz-

¹ C. Włodarczyk: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 48.

² L.E. Swayne, W.J. Duncan, M.P. Ginter: *Strategic Management of Health Care Organizations*. Jossey-Bass, Wiley&Sons, Chichester, West Sussex, England 2008, s. 37-39.

³ N. Barr: *The Welfare State As Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*. Oxford University Press, Oxford 2001, s. 81.

na [...] koncentruje się na aspekcie technologicznym (osiągnięcie maksymalnego rozmiaru produkcji przy danych nakładach) i kosztowym (utrzymanie danej wielkości produkcji przy minimalnych nakładach)”⁴. Rachunek ekonomiczny w opiece zdrowotnej ma liczne ograniczenia z powodu trudności lub wręcz niemożności wyrażenia nakładów i efektów w takich samych jednostkach pomiaru⁵. Mimo to, a właściwie dlatego, zainteresowanie efektywnością opieki zdrowotnej jest niezwykle istotnym, wymagającym badań i analiz problemem. W naukach o zarządzaniu w ochronie zdrowia, nawet jeśli jest dla nas nie do przyjęcia myślenie kategoriami: „maksymalizacji zysku” czy „medicine is business like a business”, oczywiste wydaje się, że do wytworzenia pewnych niezbędnych produktów (usługi lecznicze) konieczne jest zaangażowanie odpowiednich zasobów.

Efektywność w opiece zdrowotnej

Zainteresowanie efektywnością w opiece zdrowotnej (i całym sektorze publicznym) tradycyjnie datuje się na światło na lata 80., a w krajach Europy Wschodniej i Środkowej na lata 90. Efektywność w opiece zdrowotnej to możliwość oceny (w jednostkach pomiaru niefinansowych i finansowych) rezultatów (outcomes) interwencji medycznych, rozumianych jako „produkt, produkcja – usług leczniczych” (output)⁶.

Trudności z definiowaniem i pomiarem efektywności w opiece zdrowotnej są wynikiem strukturalnej i funkcjonalnej złożoności systemów zdrowotnych⁷, występowania licznych interesariuszy⁸ oraz różnie pojmowanego interesu społecznego⁹. Specyfiką tego sektora jest także występowanie strumienia publicznych i prywatnych środków finansowych, o które konkurują publiczne i prywatne podmioty wytwarzające usługi lecznicze. Każdy kraj ma inny, ulegający stałym modyfikacjom system opieki zdrowotnej, dlatego próby oceny ich funk-

⁴ *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Red. J. Suchecka. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 160.

⁵ Ibid.

⁶ D.E. Lighter: *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*. Jones and Bartlett Publ, Sudbury, MA 2011, s. 412.

⁷ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 21-25.

⁸ *Performance Measurement for Health System Improvement: Experience Challenges and Prospects*. Eds. P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, S. Leatherman. European Observatory on Health Systems and Policy. Cambridge University Press, Cambridge 2009, s. 6-7.

⁹ G. Esping-Andersen: *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press, Oxford 1999, s. 49-50.

cjonowania wymagają zmierzenia się ze złożonością i wielowymiarowością pojęcia efektywności¹⁰.

Istnieje wiele definicji efektywności, ale największą popularność zdobyła koncepcja przedstawiona w 2001 roku w raporcie *The Institute of Medicine (IOM) – Crossing the Quality Chasm*, który określił sześć głównych celów systemów zdrowotnych w XXI wieku: a) bezpieczeństwo, b) skuteczność, c) skoncentrowanie na pacjencie, d) punktualność, e) efektywność i f) sprawiedliwość¹¹. Jakość integralnie powiązано ze skutecznością i efektywnością. Nie można mówić o efektywności bez określenia z jednej strony jakości i skutków (efektów) działań zdrowotnych¹², a z drugiej nakładów ponoszonych na te działania. W praktyce określenie zarówno specyficznego „produktu” opieki zdrowotnej, jak i jego ceny jest trudne, gdyż zależy od perspektywy podmiotowej, a efekty i nakłady wyrażane są w innych jednostkach miary¹³. W literaturze podaje się wiele wskaźników charakteryzujących jakość, skuteczność i efektywność opieki zdrowotnej¹⁴.

W opublikowanym w 2008 roku raporcie AHRQ *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures* przyjęto definicję efektywności jako „związek pomiędzy specyficznym dla systemu opieki zdrowotnej produktem (output) a zasobami użytymi do wytworzenia tego produktu (inputs)”. Aby dokonać oceny efektywności w ochronie zdrowia, zaproponowano typologię uwzględniającą:

- perspektywę (kto ocenia efektywność, kto jest oceniany i jaki jest cel oceny),
- produkt (jaki rodzaj produktu podlega ocenie),
- nakłady (jakie zasoby są zaangażowane w wytworzenie produktu).

Z praktycznego punktu widzenia istotna wydaje się ocena efektywności uwzględniająca poziomy organizacyjny opieki zdrowotnej i ich wzajemne powiązania:

- efektywność systemu opieki zdrowia jako całości (efektywność systemowa),
- efektywność różnych organizacji działających w systemie opieki zdrowotnej (efektywność organizacyjna),
- efektywność działań medycznych i niemedycznych związanych z leczeniem pacjenta (efektywność procesowa).

¹⁰ I. Joumard, C. André, C. Nicq: *Health Care Systems Efficiency and Institutions*. OECD Economics Department Working Paper, No. 769. OECD, Paris 2010.

¹¹ D.M. Berwick: *A User's Manual for the IOM's „Quality Chasm” Report*. „Health Affairs” 2002, May-Jun.

¹² K. Worren: *Quality Improvement: The Foundation, Processes, Tools, and Knowledge Transfer Techniques*. W: *The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy, and Tools*. Eds. E.R. Ransom, M.S. Joshi, D.B. Nash, S.B. Ransom. AUPHA Press., Washington, DC 2008.

¹³ *Finansowanie...*, op. cit., s. 160-161.

¹⁴ D.E. Lighter: Op. cit., s. 12-14; *Quality Improvement...*, op. cit., s. 12; www.cms.gov/pl

Oceniając aktualny stan badań i praktyki nad oceną efektywności w opiece zdrowotnej można zauważyć: a) rozwój metodologii badań efektywności i rosnącą ilość systematycznych, międzynarodowych opracowań dotyczących efektywności opieki zdrowotnej (opracowania OECD, AHRQ, WHO, UE), b) przepaść pomiędzy teorią i praktyką pomiaru efektywności¹⁵, c) krytyczną ocenę tego, co podaje się za analizę efektywności, gdyż bez odniesienia się do jakości i efektów działań medycznych możemy mówić jedynie o kosztach opieki zdrowotnej¹⁶, d) konieczność konsensusu, uzgodnień i przejrzystości analizowanych danych¹⁷.

Systemowe uwarunkowania efektywności w opiece zdrowotnej

W literaturze istnieją liczne opracowania dotyczące przekształceń w opiece zdrowotnej i oceny efektywności podejmowanych interwencji¹⁸. Zainteresowanie zmianami w systemach opieki zdrowotnej obserwuje się od wielu lat¹⁹, przy czym wiodącym sposobem myślenia jest ewolucja od podejścia zasobowego (ilość szpitali, łóżek, personelu medycznego, wykonywanych zabiegów) do efektywnościowego (efekty, wyniki, nakłady).

Obecne kierunki zamian w systemach opieki zdrowotnej muszą uwzględniać:

- rosnący popyt i oczekiwania pacjentów,
- konieczność zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania opieki medycznej, czy to przez państwo czy innych płatników,
- konieczność zapewnienia jakości usług i bezpieczeństwa pacjentów,
- rosnącą złożoność i trudności z przeprowadzeniem zmian w systemach zdrowotnych,

¹⁵ J. Roski, G. Pawlson: *Putting Reliable Health Care Performance Measurement Systems into Practice*. National Committee for Quality Assurance Issue Brief, Washington, DC 2007; Raport AHRQ 2008, s. iv.

¹⁶ C.E. Adair, E. Simpson, A.L. Casebeer: *Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process*. „Healthcare Policy” 2006 2(1); P.S. Hussey, H. de Vries, J. Romley, M.C. Wang, S.S. Chen, P.G. Shekelle, E.A. McGlynn: *A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures*. „Health Services Research” 2009, Vol. 28.

¹⁷ J.M. Loeb: *The Current State of Performance Measurement in Health Care*. „International Journal for Quality in Health Care” 2004, Vol. 16; I. Joumard, C. André, C. Nicq: Op. cit, s. 6.

¹⁸ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: Op. cit., s. 21-25.

¹⁹ B.L. Kirkman-Liff, W.P. van der Ven: *Improving efficiency in the Dutch Health Care System: Current Innovations and Future Options*. „Health Policy” 1989, Vol. 13(1).

- spadek społecznego zaufania do lekarzy i działalności świadczeniodawców,
- konieczność zapewnienia odpowiedniej ilości i jakości personelu medycznego,
- zapewnienie skutecznej i efektywnej technologii informacyjnej w opiece zdrowotnej,
- konieczność ochrony informacji medycznych,
- zapewnienie lepszego dostępu do informacji i zwiększenie przejrzystości odnośnie do jakości, cen i kosztów usług medycznych²⁰.

Analizując efektywność systemów opieki zdrowotnej należy uwzględnić złożoność czynników wpływających na efekty zdrowotne, w tym:

- 1) otoczenie – między innymi kontekst kulturowy, społeczne sieci wsparcia, ochronę środowiska, edukację, żywność, uwarunkowania socjoekonomiczne i styl życia,
- 2) politykę zdrowotną: finansowanie opieki zdrowotnej, sposób płacenia za usługi, aspekty organizacyjne udzielania świadczeń zdrowotnych, regulatory systemu i sposób zachowania się różnych uczestników systemu,
- 3) rezultaty pośrednie dotyczące opieki zdrowotnej: a) efektywność i koszty, b) dostępność i zakres, c) jakość i bezpieczeństwo,
- 4) efekty końcowe – a) stan zdrowia, b) zadowolenie z opieki medycznej, c) ochrona wydatków związanych z leczeniem (ponoszenie kosztów leczenia)²¹.

Za najwcześniejsze, systematyczne próby oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w różnych krajach świata można uznać opracowania OECD (*Organisation for Economic Co-Operation and Development*)²². Ocenę efektywności systemów zdrowotnych podejmuje także WHO (*World Health Organization*)²³. Istotnym źródłem danych porównawczych są opracowania *Health Care Systems in Transition* (HiT) publikowane przez *European Observatory on Health Systems and Policies*²⁴.

Europejski Index Zdrowia 2009 (EHCI – European Healthcare Index), pochodzący z badania Eurobarometr „Bezpieczeństwo Pacjentów i Jakość Opieki Zdrowotnej” (Patient Safety and Quality of Healthcare)²⁵ analizuje opiekę zdrowotną w 33 krajach. Polska w sondażu tym wypadła wybitnie niekorzystnie, na co mają wpływ znaczne oczekiwania obywateli wobec systemu opieki zdrowotnej przy niskim poziomie finansowania.

²⁰ L.B. Burns, E.H. Bradley, B.J. Weiner: *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*. Delmar, Clifton Park, New York 2006, s. 7.

²¹ Ibid., s. 13.

²² Raport OECD z 2004 roku. *Towards High-Performing Health Systems*. www.ioecd (15.01.2012).

²³ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.

²⁴ www.euro.who.int/en/home/project/observatory (01.2012).

²⁵ http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebc_327_en.pdf (15.01.2012).

Jednym z fundamentalnych zagadnień w opiece zdrowotnej jest model rozwiązań systemowych, w tym relacja pomiędzy mechanizmami rynkowymi i regulacjami państwa. Ograniczenia mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej, niedoskonała konkurencja i niespełnianie kryteriów efektywności rynków oraz liczne regulacje powodują, że można mówić o „nieefektywnym rynku” i „nieefektywnym państwie”²⁶.

W raporcie OECD z 2010 roku *Health Care Systems Efficiency and Institutions*²⁷ analizującym efekty zdrowotne oraz ponoszone nakłady finansowe oceniono opiekę zdrowotną w Polsce jako „dość dobrą” („quite well”). Systematycznie zbierane i analizowane dane OECD (ostatnia publikacja *OECD Health Data 2011*²⁸) pozwalają na porównanie sytuacji w Polsce do innych krajów, w odniesieniu do: a) wydatków, b) zasobów, c) działalności opieki zdrowotnej, d) stanu zdrowia mieszkańców, e) występowania czynników ryzyka.

Efekty zdrowotne są wypadkową wielu czynników, w tym efektywnie wykorzystanych zasobów opieki zdrowotnej²⁹. Istnieje wiele prostych i złożonych wskaźników charakteryzujących zarówno system ochrony zdrowia (health policy), jak i system opieki zdrowotnej (health care)³⁰. Wzajemne współzależności w systemie wymagają odpowiednich działań planistycznych i koordynacji międzyorganizacyjnej³¹, aby eliminować podmioty mniej efektywne i dążyć do optymalnej struktury podmiotów leczących pod względem ilości, rodzaju i rozmieszczenia terytorialnego. Oprócz oceny systemu jako całości wartościowe są analizy subsektorowe (dotyczące leczenia przypadków złożonych, angażujących różne rodzaje i formy opieki zdrowotnej lub leczenie określonych chorób, np. nowotworów złośliwych czy cukrzycy)³². Zarządzanie ponad barierami organizacyjnymi, zarządzanie sieciami usług czy opieka koordynowana³³ dają efekt synergii i poprawiają efektywność opieki medycznej szczególnie w chorobach przewlekłych. Przekształcenia systemowe mają istotny wpływ na funkcjonowanie elementów systemu, szczególnie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

²⁶ N. Barr: Op. cit., s. 51-52.

²⁷ I. Joumard, C. André, C. Nicq: *Health Care Systems Efficiency and Institutions*. OECD Economics Department Working Paper, No. 769. OECD, Paris 2010, s. 48.

²⁸ www.oecd.org/health/healthdata (15.01.2012).

²⁹ I. Joumard, C. André, C. Nicq, O. Chatal: Op. cit., s. 8.

³⁰ I. Joumard, C. André, C. Nicq: Op. cit., s. 28-29 i 42; S. Drösler, P. Romano, L. Wei: *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009*. OECD Health Working Paper. OECD, Paris 2009.

³¹ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: Op. cit., s. 242-243.

³² U. Häkkinen, I. Joumard: *Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research*. OECD Economics Department Working Paper, No. 554. OECD, Paris 2007, s. 8.

³³ M.M. Hofmarcher, H. Oxley, E. Rusticelli: *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper, No. 30. OECD, Paris 2007, s. 49.

Na rynku usług zdrowotnych zarówno publicznych, jak i prywatnych pozostaną podmioty najbardziej efektywne, które będą w stanie przystosować się do nowych warunków otoczenia.

Efektywność organizacyjna zakładów opieki zdrowotnej

Działanie organizacji opieki zdrowotnej (szpitale, poradnie) odbywa się w złożonym strukturalnie i funkcjonalnie otoczeniu. Analiza strategiczna podmiotów opieki zdrowotnej wymaga uwzględnienia wielu czynników prawno-politycznych, ekonomicznych, społeczno-demograficznych, technologicznych i mechanizmów rynkowych³⁴.

Pomiar efektywności organizacyjnej, choć trudny i złożony, ma zdecydowanie pozytywny wpływ na usprawnianie organizacji³⁵. W liberalnych systemach opieki zdrowotnej, gdzie działają prywatni dostawcy usług leczniczych i prywatni płatnicy zainteresowanie efektywnością, głównie ekonomiczną, istniało od dawna³⁶, gdyż stanowi to rynkowy warunek przetrwania organizacji. Koncepcje, definiowanie i pomiar efektywności organizacyjnej, w tym organizacji publicznych i opieki zdrowotnej, stanowi problem będący przedmiotem wielu opracowań³⁷.

Heterogeniczność organizacji w systemach zdrowotnych powoduje, że analizując ich efektywność należy uwzględnić typologię podmiotów. Powszechnie używa się podziału zaproponowanego przez Longesta na³⁸:

- 1) organizacje dostarczające usługi zdrowotne („primary providers”, w Polsce używa się określeń – zakłady opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, obecnie podmioty lecznicze,
- 2) organizacje dostarczające zasobów dla zakładów opieki zdrowotnej („secondary providers”),
- 3) organizacje regulujące działalność obu wymienionych grup podmiotów,

³⁴ L.E. Swayne, W.J. Duncan, M.P. Ginter: Op. cit., s. 37-39.

³⁵ *Performance Measurement...*, op. cit.; D.E. Lighter: Op. cit., s. 12-14.

³⁶ B.B. Longest: *Relationships Between Coordination, Efficiency, and Quality of Health Care in General Hospitals*. „Hospital & Health Services Administration” 1974, Vol. 19(4).

³⁷ M. Bratnicki: *W poszukiwaniu teoretycznych podstaw pomiaru przedsiębiorczości organizacyjnej*. „Organizacja i Kierowanie” 2005, Vol. 4 (122); *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Vol. 3. Performance and Tools*. Eds. K. Hendriksen, J.B. Battles, M.A. Keyes, M.L. Grady. AHRQ Publ., Rockville, MD 2008; *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. AE, Katowice 2010.

³⁸ B.B. Longest Jr.: *Management Principles for the Health Professional*. Appleton & Lange, Norwalk, CT 1990.

- 4) organizacje reprezentujące obie wymienionych grupy podmiotów,
- 5) konsumenci (pacjenci) usług zdrowotnych.

Wydaje się, że najistotniejsze znaczenie z punktu widzenia zarządzania w opiece zdrowotnej mają „primary providers” – organizacje dostarczające usługi zdrowotne, gdyż to tu powstaje specyficzna usługa lecznicza (efekt, jakość) i dochodzi do kluczowego kontaktu pacjent (klient)-personel medyczny, to tu generowane są koszty leczenia.

Według Lightera, pomiar efektywności organizacyjnej służy wielu celom i wykorzystywany jest przez dostawców usług zdrowotnych dla poprawy jakości usług, wyników finansowych, z powodów poznawczych, a także wówczas, gdy płatnik płaci za efektywność (pay-for-performance) lub finansuje specjalne programy lecznicze (reporting programs). Efektywność organizacyjna powinna mieć wpływ na decyzje konsumenckie lub nabywcze (zakup usług przez klientów i/lub płatnika). Pomiar efektywności można także traktować instrumentalnie, np. w celu uzyskania lub utrzymania akredytacji, zewnętrznych audytów jakości, rankingów szpitali czy benchmarkingu³⁹.

Poprawa efektywności organizacyjnej podmiotów opieki zdrowotnej (zoz-y) wymaga zastosowania wiele metod i technik zaczerpniętych z zarządzania biznesowego, np.:

- restrukturyzacji (fuzje i podziały, tworzenie holdingów, dywersyfikacja),
- TQM (total quality management) i CQI (continuous quality improvement),
- integracji horyzontalnej i pionowej (zapewnienie ciągłości opieki, obniżenie kosztów działalności, współpraca i wspólne wykorzystanie zasobów, przepływ informacji),
- aliansów strategicznych i tworzenia sieci świadczeniodawców,
- zmian w organizacji pracy (work restructuring),
- skoncentrowania się na kliencie (customer focus)⁴⁰.

Analizując efektywność organizacji opieki zdrowotnej należy uwzględnić ich złożoną strukturę wewnętrzną⁴¹, różnice dotyczące ilości i rodzaju wykonywanych usług oraz charakterystykę leczonych pacjentów. Ryzyko działań dotyczy zarówno efektów leczniczych, jak i ponoszonych kosztów leczenia. Dobra praca zespołowa wpływa na bezpieczeństwo i wysoką jakość świadczonych usług medycznych⁴².

Lighter wyróżnia kilka kategorii miar oddających różne aspekty procesów przebiegających w organizacji, w tym miary: a) finansowe, b) wykorzystania

³⁹ D.E. Lighter: Op. cit., s. 111.

⁴⁰ L.B. Burns, E.H. Bradley, B.J. Weiner: Op. cit., s. 12.

⁴¹ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: Op. cit., s. 315-321.

⁴² D.E. Lighter: Op. cit., s. 35 i 115; *The Healthcare...*, op. cit., s. 70.

(sprzętu, aparatury, leków), c) przyporządkowania (np. ilość zabiegów przypadających na poszczególne zespoły medyczne, ilość hospitalizacji i czas pobytu pacjenta na oddziale), d) związane z leczeniem określonej choroby (disease specific), e) satysfakcji z leczenia. Efektywność można mierzyć na poziomie całej organizacji, jednostek organizacyjnych, np. oddziałów, stanowisk pracy i poszczególnych procesów. W podmiotach leczących stosuje się wskaźniki charakteryzujące procesy podstawowe (procesy diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne), które obrazują normy i standardy jakości opieki i odpowiadają zaleceniom postępowania medycznego (EBM – evidence-based medicine). Standardy opieki medycznej (guidelines) publikowane są przez różne organizacje i gremia lekarskie⁴³, a ich przestrzeganie stanowi jedno z podstawowych kryteriów oceny efektywności organizacji leczniczych.

Wśród koncepcji oceny efektywności organizacyjnej w opiece zdrowotnej najczęściej stosuje się zrównoważoną kartę wyników (BSC – balanced scorecard) i biznesową kartę wyników sześć sigma (six sigma business scorecard). Niektóre podmioty, głównie duże szpitale specjalistyczne, mają wieloletnie doświadczenia w stosowaniu tych narzędzi zarządczych⁴⁴. Zarówno w BSC (zadowolenie klientów, procesy wewnętrzne, uczenie się i innowacyjność oraz skutki finansowe), six sigma, pryzmacie efektywności czy systemie oceny Baldrige'a (Baldrige Scoring System) fundamentalną rolę odgrywa ocena kluczowych procesów w organizacjach opieki zdrowotnej⁴⁵.

Efektywność procesowa w opiece zdrowotnej

Każda praca wykonywana przez personel medyczny w szpitalu czy przychodni składa się z procesów⁴⁶, a zarządzania w opiece zdrowotnej związane jest zawsze z analizą i poprawą procesów leczenia⁴⁷. Procesem nazywamy „[...] każdy ciąg logicznie uporządkowanych czynności, w wyniku których powstaje określony efekt (rezultat) działania (produkt, usługa)”⁴⁸. Procesy podstawowe w medycynie nierozzerwalnie związane są z korzyściami zdrowotnymi, jakie

⁴³ <http://cms.hhs.gov/PQRIMeasuresList.pdf>; www.guideline.gov/; www.has-sante.fr/ (1.02.2012).

⁴⁴ *Advances in Patient...*, op. cit., s. 16.

⁴⁵ O. Groene, E. Brandt, W. Schmidt, J. Moeller.: *The Balanced Scorecard of Acute Setting: Development Process, Definition of 20 Strategic Objectives and Implementation*. „International Journal of Quality in Health Care” 2009, Vol. 21(4).

⁴⁶ D.E. Lighter: Op. cit., s. 61.

⁴⁷ J. Walburg, H. Bevan, J. Wildenspin, K. Lemmens: *Performance Management in Health Care*. Routledge, Abingdon, Oxfordshire, UK 2006, s. 18.

⁴⁸ S. Nowosielski: *Zarządzanie procesami*. <http://procesy.ae.wroc.pl/istotaZPR.htm> (01.02.2012).

przynoszą (lub powinny przynosić) określone działania lecznicze. Personel medyczny jest bardziej zainteresowany skutecznością niż efektywnością leczenia. Według Shortella punktem wyjścia do oceny efektywności jest zawsze określony efekt zdrowotny:

- 1) skuteczność (effectivness) – osiągnięcie pożądaných skutków, działanie prowadzące do celu, w idealnych warunkach i wobec właściwego rozpoznanego problemu zdrowotnego,
- 2) odpowiedniość – zastosowanie skutecznego leczenia wobec problemu zdrowotnego u określonego pacjenta w odpowiednim czasie,
- 3) efektywność (efficiency) – optymalna relacja efekt-nakłady, zapewnienie jakości usługi wymagającej określonych nakładów zakładając, że jest ona skuteczna i właściwa⁴⁹.

Metody i narzędzia zarządzania procesami w organizacjach opieki zdrowotnej mają dać odpowiedź na fundamentalne pytanie, czy istnieje związek pomiędzy poprawą jakości i kosztami, który pozwala na podniesienie efektywności organizacyjnej⁵⁰. Analiza procesowa uwzględnia z jednej strony co i jak robimy (jakość), a z drugiej, jakie i ile środków musimy zaangażować do wytworzenia produktu. Wśród narzędzi analizy procesowej wymienia się: a) blokowe schematy działania, b) ilościową ocenę procesów (dane liczbowe dotyczące procesu, np. ilość konsultacji, ilość hospitalizowanych czy operowanych), c) drzewa decyzyjne, d) specjalne diagramy⁵¹. Aby ocenić efektywność procesową, należy powiązać pomiar jakości procesów i efekty zdrowotne z kontrolą kosztów, czyli analizę danych zawartych w dokumentacji medycznej i finansowej. Pojawiają się publikacje, w których na podstawie obszernych metaanaliz stwierdza się, iż często nie mierzy się efektywności, a jedynie koszty leczenia⁵².

Procesy lecznicze charakteryzują się znaczną złożonością, zmiennością i działaniami zespołowymi, które wymagają koordynacji pracy wielodyscyplinarnego zespołu według określonego harmonogramu. W opiece zdrowotnej mamy do czynienia z wieloma odrębnościami charakteryzującymi procesy lecznicze, np. indywidualizacją procesów leczenia, trudnymi do przewidzenia skutkami ubocznymi i powikłaniami leczenia. Analiza procesowa nierozzerwalnie związana jest z rozwojem informatyki (HIT – Health Information Technology). Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji chorego (EHR – Electronic Health Record), informatyzacja zakładów opieki zdrowotnej oraz systemu jako całości

⁴⁹ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny: Op. cit., s. 406.

⁵⁰ D.E. Lighter: Op. cit., s. 9.

⁵¹ Ibid., s. 63.

⁵² P.S. Hussey, H. de Vries, J. Romley, M.C. Wang, S.S. Chen, P.G. Shekelle, E.A. McGlynn: *A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures*. „Health Services Research” 2009, Vol. 28.

stanowi podstawę do analizy procesów leczenia, a co za tym idzie efektywności opieki zdrowotnej⁵³.

Międzynarodowa Organizacja Normalizacji (ISO – International Organization for Standardization) opublikowała w 2001 roku wytyczne dotyczące standardów jakości dla sektora opieki zdrowotnej⁵⁴. W onkologii stosuje się wytyczne leczenia NCCN (The National Comprehensive Cancer Network – Clinical Practice Guidelines in Oncology – NCCN Guidelines™)⁵⁵. W literaturze wskazuje się na przepaść pomiędzy wytycznymi leczenia (evidence-based medicine) a praktyką, determinowaną dostępnością do leczenia, czyli dostarczeniem odpowiedniej ilości i jakości usług medycznych⁵⁶.

Podsumowanie

Efektywność w opiece zdrowotnej stanowi wybitnie złożony problem, który należy analizować na kilku różnych, wzajemnie powiązanych poziomach: a) systemu jako całości, b) organizacji opieki zdrowotnej i c) procesów. W polskim systemie zdrowotnym można zaobserwować niedostatek mechanizmów planowania i koordynacji eliminujących organizacje opieki zdrowotnej (zakłady opieki zdrowotnej – szpitale i poradnie), szczególnie publiczne o mniejszej efektywności. Transformacja od sektora publicznej opieki zdrowotnej do zarządzania usługami publicznymi ponad organizacjami wydaje się trudna i długotrwała. Tymczasem efektywne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej jest warunkiem poprawy dostępności i jakości usług medycznych. Jako słabe, szczególnie w sektorze publicznym, należy ocenić relacje pomiędzy podmiotami, takie jak kooperacja, koncentracja, fuzje czy przejęcia, które poprawiłyby ich efektywność. Innym problemem związanym z efektywnością opieki zdrowotnej jest brak systemów informatycznych, które są źródłem danych o kosztach i jakości usług medycznych niezbędnych do podejmowania odpowiednich decyzji.

Aktualny stan badań i praktyki nad oceną efektywności w opiece zdrowotnej wskazuje na: a) rozwój metodologii badań i rosnącą ilość systematycznych, międzynarodowych opracowań dotyczących efektywności opieki zdrowotnej,

⁵³ E.G. Poon, A. Wright, S.R. Simon, C.A. Jenter, R. Kaushal, L.A. Volk, P.D. Cleary, J.A. Singer, A.Z. Tumulolo, D.W. Bates: *Relationship Between Use of Electronic Health Record Features and Health Care Quality: Results of a Statewide Survey*. „Medical Care” 2010, Vol. 48(3).

⁵⁴ <http://iso.org>. *Quality Management Systems – Guideline for Process Improvement in Health Services Organizations*. ISO 9004:2000 – *Quality Management Systems – Guideline for Performance Improvement* (01.02.2012).

⁵⁵ http://www.nccn.org/professional/physician_gls/f_guidelines (01.02.2012).

⁵⁶ N. Barr: *Op. cit.*, s. 81.

b) przepaść pomiędzy teorią i praktyką pomiaru efektywności, c) krytyczną ocenę analiz efektywności, gdyż bez odniesienia się do jakości działań medycznych możemy mówić jedynie o kosztach opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Adair CE., Simpson E., Casebeer AL., Birdsell JM., Hayden KA., Lewis S.: *Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends a State of the Science Review*. „Healthcare Policy” 2006, Vol. 1(4).
- Adair CE., Simpson E., Casebeer AL.: *Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process*. „Healthcare Policy” 2006, Vol. 2(1).
- Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Vol. 3. Performance and Tools*. Eds. K. Hendriksen, J.B. Battles, M.A. Keyes, M.L. Grady. AHRQ, Rockville, MD 2008.
- Barr N.: *The Welfare State As Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*. Oxford University Press, Oxford 2001.
- Berwick DM.: *A User’s Manual for the IOM’s „Quality Chasm’ Report*. „Health Affairs” 2002, May-Jun.
- Bratnicki M.: *W poszukiwaniu teoretycznych podstaw pomiaru przedsiębiorczości organizacyjnej*. „Organizacja i Kierowanie” 2005, nr 4 (122).
- Burns LB., Bradley EH., Weiner BJ.: *Shortell and Kaluzny’s Healthcare Management: Organization Design and Behavior*. Delmar, Clifton Park, New York 2006.
- Drösler S., Romano P., Wei L.: *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009*. OECD, Health Working Paper. OECD. Paris 2009.
- Esping-Andersen G.: *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press, Oxford 1999.
- Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Red. J. Suchecka. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M.: *The Economics of Health and Health Care*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey 1997.
- Groene O., Brandt E., Schmidt W., Moeller J.: *The Balanced Scorecard of Acute Setting: Development Process, Definition of 20 Strategic Objectives and Implementation*. „International Journal of Quality in Health Care” 2009, Vol. 21(4).
- Häkkinen U., Joumard I.: *Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research*. OECD Economics Department Working Paper, No. 554. OECD, Paris 2007.
- Hofmarcher M.M., Oxley H., Rusticelli E.: *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper, No. 30. OECD, Paris 2007.
- Hussey P.S., de Vries H., Romley J., Wang M.C., Chen S.S., Shekelle P.G., McGlynn E.A.: *A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures*. „Health Services Research” 2009, Vol. 28.

- Institute of Medicine (IOM): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press, Washington, DC 2001.
- Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O.: *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*. OECD Economics Department Working Paper, No. 627. OECD, Paris 2008.
- Joumard I., André C., Nicq C.: *Health Care Systems Efficiency and Institutions*. OECD Economics Department Working Paper, No. 769. OECD, Paris 2010.
- Kirkman-Liff B.L., van der Ven W.P.: *Improving Efficiency in the Dutch Health Care System: Current Innovations and Future Options*. „Health Policy” 1989, Vol. 13(1).
- Lighter D.E.: *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*. Jones and Bartlett Publ., Sudbury, MA 2011.
- Loeb JM.: The Current State of Performance Measurement in Health Care. „International Journal for Quality in Health Care” 2004, Vol. 16.
- Longest B.B. Jr.: *Management Principles for the Health Professional*. Appleton & Lange, Norwalk, CT 1990.
- Longest B.B.: *Relationships Between Coordination, Efficiency, and Quality of Health Care in General Hospitals*. „Hospital & Health Services Administration” 1974, Vol. 19(4).
- Performance measurement for health system improvement: experience challenges and prospects*. Eds. P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas S. Leatherman. European Observatory on Health Systems and Policy, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
- Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. AE, Katowice 2010.
- Poon E.G., Wright A., Simon S.R., Jenter C.A., Kaushal R., Volk L.A., Cleary P.D., Singer J.A., Tumolo A.Z., Bates D.W.: *Relationship Between Use of Electronic Health Record Features and Health Care Quality: Results of a Statewide Survey*. „Medical Care” 2010, Vol. 48(3).
- Report AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. AHRQ Publ. Rockville, MD 2008, No.08-0030.
- Report European Commission, Eurobarometr 327: *Patient Safety and Quality of Health Care*. TNS Opinion and Social, Brussels, Belgium 2010.
- Roski J., Pawlson G.: *Putting Reliable Health Care Performance Measurement Systems into Practice*. National Committee for Quality Assurance Issue Brief, Washington, DC 2007.
- Shortell S.M., Kaluzny, A.D.: *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter M.P.: *Strategic Management of Health Care Organizations*. Jossey-Bass, Wiley & Sons, Chichester, West Sussex, England 2008.
- The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy, and Tools*. Eds. E.R. Ransom, M.S. Joshi, D.B. Nash, S.B. Ransom. AUPHA Press, Washington, DC 2008.
- Vos de M., Graafman W., Kooistra M., Meijboom B., van der Voort P., Westert I.G.: *Using Quality Indicators to Improve Hospital Care: A Review of the Literature*. „International Journal for Quality in Health Care” 2009, Vol. 21(2).

Walburg J., Bevan H., Wildenspin J., Lemmens K.: *Performance Management in Health Care*. Routledge, Abingdon, Oxfordshire, UK 2006.

Włodarczyk C.W.: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

EFFICIENCY IN HEALTH CARE – OUTLINE OF A MULTIDIMENSIONAL PROBLEM OF THE TRANSFORMATION PERIOD

Summary

Efficiency is one of key notions in the theory and practice of system and organization management and is also relevant to health care. There are many economic theories to explain appropriate distribution of health care in the society. Controversies about efficiency in health care refer to the extent to which market mechanisms can and should be modified by new instruments of health policy.

Efficiency in health care consists of expected effects of action on several inter-linked levels: a. system as a whole, b. Organization of health care and c. processes (primarily basic therapeutic processes).

In view of the complexity of the problem, the work presents outlines of different health care efficiency concepts and measurement methods, points out to connections and relations in systems, organization and processes which result on the one hand – from the development in medicine and new technologies, and on the other – from management decisions whose importance grows in the times of systemic transformations.