

WYDAJNOŚĆ I JEJ POMIAR W OPIECE ZDROWOTNEJ

Iveta Vrabková

Materiały zostały przygotowane w ramach projektu: CZ.11.3.119/0.0/0.0/16_013/0003093 "Podnoszenie wiedzy i umiejętności studentów wyższych uczelni w zakresie realizacji polityk publicznych w Czechach i Polsce oraz poprawy ich stosowalności na rynku pracy"

Projekt jest współfinansowany z EFRR w ramach programu INTERREG V-A Republika Czeska - Polska poprzez Fundusz Mikroprojektów 2014 - 2020 w Euroregionie Silesia

Cel i treść prezentacji

Celem prezentacji jest zaznajomienie studentów z ramami oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej i porównań międzynarodowych.

Treść:

- Wstęp
- Parametry pomiaru wydajności i ramy oceny
- Obszary i wskaźniki pomiaru wydajności systemu opieki zdrowotnej
- Przykłady potrzeb informacyjnych interesariuszy w systemie opieki zdrowotnej
- Międzynarodowe porównania efektywności systemów opieki zdrowotnej
- Strategia „Zdrowie 2020“
- Porównanie wyników krajów UE według wskaźnika Zdrowie 2020 w latach 2005 i 2015

Wstęp

Treść pojęcia wydajności można rozumieć jako wynik określonego działania (aktywności). W ekonomii wydajność związana jest z celowym i zorganizowanym działaniem lub zbiorem działań (procesów), których celem jest wytworzenie wartości przewyższającej koszty jej powstania, przy jednoczesnym zachowaniu równowagi między efektywnością i sprawnością (Wagner, 2008; Wagner, 2009; Vrabková, 2012). Pomiar, a następnie ocena funkcjonowania usług zdrowotnych, podobnie jak w innych obszarach ludzkiej działalności, dostarcza odpowiedzi na obowiązkowe obecnie pytania:

1. "Czy rzeczy są robione dobrze?",
2. "Czy robione są właściwe rzeczy?,"
3. "Czy właściwe rzeczy są robione dobrze?".

Wstęp

Ocena i pomiar wyników usług zdrowotnych jest zatem bezpośrednio związana z koncepcją efektywności i zarządzania w sektorze publicznym. Należy jednak wspomnieć, że potrzeba informacji o wynikach w sektorze zdrowia powstaje nie tylko po stronie **świadczeniodawców i gwarantów usług zdrowotnych** (administracja publiczna, zarząd), ale także innych bezpośrednich i pośrednich interesariuszy, do których zalicza się także **obywateli i społeczeństwo**.

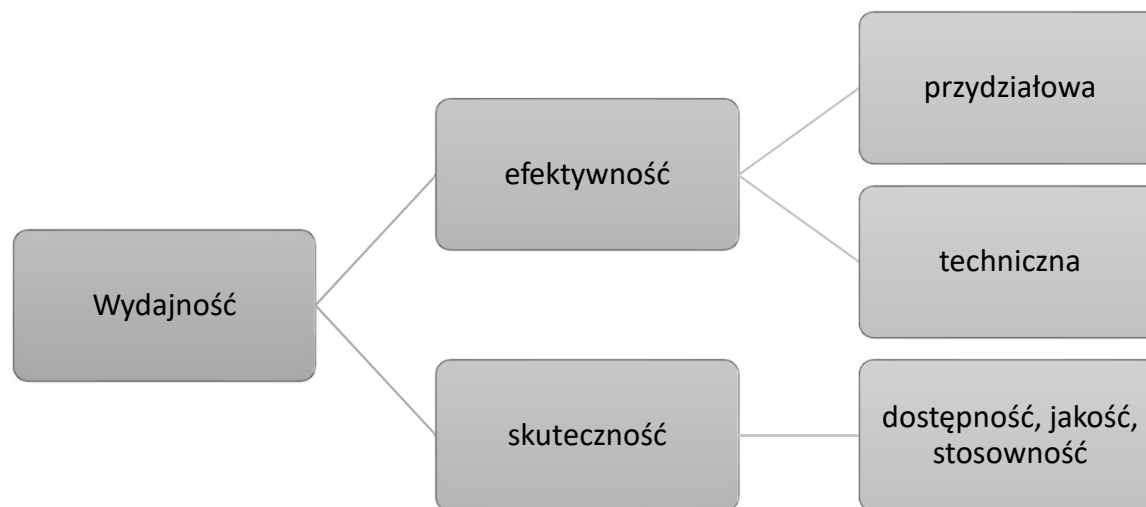
Faktyczna ocena funkcjonowania usług zdrowotnych i całej opieki zdrowotnej dokonywana jest zarówno w sposób profesjonalny według ustalonych wskaźników, ram ewaluacji, określonych modeli i metod, jak i w sposób laicki (obywatelski) na podstawie ogólnodostępnych informacji z własnych doświadczeń w ramach usług zdrowotnych.

Parametry pomiaru wydajności i ramy oceny

Pomiar uwzględnia wiele parametrów (np. opłacalność, efektywność, skuteczność/sprawność lub sprawiedliwość, adekwatność, jakość), które mogą być rozpatrywane indywidualnie, sekwencyjnie lub zbiorczo. Większość autorów podkreśla dwa parametry, a mianowicie efektywność i skuteczność.

Przykładem może być praca Pocellego (2009) zajmująca się pomiarem efektywności technicznej, w której wyznacza on ramy oceny wydajności w celu określenia pozycji efektywności technicznej, patrz rysunek 1. Ramy wydajności dzielą się na dwa parametry **efektywność** (efficiency) i **skuteczności** (effectiveness).

Rysunek 1: Parametry wydajności



Efektywność

Jednostki produkcyjne (szpital, pogotowie, przychodnia, oddział) są efektywne, jeśli:

- wytwarzają maksymalną produkcję przy dostępnych czynnikach (podejście produkcyjne),
- lub daną produkcję przy minimalnych czynnikach (podejście czynnikowe).

O stopniu efektywności decyduje więc stosunek produkcji do czynników (efektów do nakładów).

wartość czynników < wartość produkcji

Czynniki: zasoby ludzkie, zasoby finansowe, zasoby materialne, technologia, informacja, .

Produkcja: liczba godzin opieki, liczba leczonych pacjentów, liczba hospitalizowanych pacjentów,

Skuteczność (sprawność)

Jednostki produkcyjne są skuteczne, jeśli osiągnięte wyniki (outcomes), w tym dostępność (accessibility), jakość (quality) i stosowność (appropriateness) świadczonych usług, spełniają założone cele.

Skuteczność monitoruje zatem efekty produkcji w praktyce w postaci tzw. **wyników**.

- **Dostępność** (przestrzenna, czasowa, finansowa...) opieki zdrowotnej.
- **Satysfakcja** pacjenta/klienta z udzielonej opieki zdrowotnej.
- **Poprawa zdrowia/jakości** życia, długość życia...

Obszary i wskaźniki pomiaru wydajności systemu opieki zdrowotnej

Obszar pomiaru	Charakterystyka pomiaru	Przykłady wskaźników
zdrowie populacji	zagregowane dane dotyczące stanu zdrowia ludności	długość życia, skrócone lata życia, opóźniona śmiertalność, długość życia ograniczona niepełnosprawnością
zdrowie indywidualne	stan zdrowia jednostki w odniesieniu do populacji lub grupy, według wskaźników i różnych stanów zdrowia	krótkie ogólne lub szczegółowe badanie oparte na standaryzowanej ankiecie zdrowotnej (choroba Parkinsona, zapalenie stawów)
jakość kliniczna i stosowność opieki	pomiary dotyczące usług i opieki nad pacjentem, najlepszych praktyk i technologii procesu leczenia	mierniki skierowane na wyniki - stan zdrowia, powikłania pooperacyjne, śmiertelność; mierniki skierowane na procesy - częstotliwość pomiarów ciśnienia krwi
środowisko i komunikacja z pacjentami	traktowanie pacjentów, otoczenie pacjenta podczas leczenia, godność pacjenta, poufność, komunikacja, uczynność, wsparcie społeczne	ankiety dotyczące zadowolenia i doświadczenia pacjentów
równość	równość w zakresie zdrowia, w tym zdolność do finansowania opieki	opłaty (stawki) ograniczające dostęp, stosunek wykorzystania i korzyści, limity finansowania opieki, podział pomiaru wyników zdrowotnych
produktywność	system opieki zdrowotnej, organizacje i pracownicy służby zdrowia	produktywność pracy, efektywność kosztowa, efektywność techniczna, efektywność alokacyjna

Przyczyny oceny wyników opieki zdrowotnej

W opiece zdrowotnej, jak stwierdzają Smith et al. (2008), ocena i pomiar wyników monitoruje, mierzy i komunikuje stopień, w jakim różne aspekty systemu opieki zdrowotnej spełniają swoje kluczowe cele. **Potrzeba pomiaru wydajności systemu opieki zdrowotnej lub jego poszczególnych elementów wynika z odpowiedzialności interesariuszy** - od obywateli (społeczeństwa), pacjentów, dostawców usług zdrowotnych, firm ubezpieczeniowych, rządu i władz.

Istotnym warunkiem podjęcia odpowiedzialności na danym poziomie (np.: pacjent w wyborze lekarza, świadczeniodawca w zapewnieniu funkcjonowania szpitala, rząd w decydowaniu o systemie finansowania i dostępności świadczeń zdrowotnych, kasa chorych w opracowaniu profilaktycznych programów zdrowotnych lub planów ubezpieczeniowych, obywatele w głosowaniu) **jest rzetelna i dokładna informacja** (dane) zarówno w ujęciu mikro, jak i makro (agregacja). Z tego powodu powstają specyficzne systemy informacyjne. W praktyce jednak rozwój systemów informacyjnych skierowanych na wyniki w opiece zdrowotnej rzadko odbywa się z jasnym wyobrażeniem, kim są użytkownicy informacji lub jakie są ich potrzeby informacyjne.

Przykłady potrzeb informacyjnych interesariuszy w systemie opieki zdrowotnej

Rząd	monitorowanie stanu zdrowia narodu; ustalanie polityki zdrowotnej; zapewnienie funkcjonalności i dokładności procesów regulacyjnych; spełnianie wymogów celowości wydatków publicznych; zapewnienie odpowiedniej informacji i badań; monitorowanie efektywności i skuteczności regulacji
Administracja państwowa	zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej; zapewnienie dobrostanu pacjentów; zapewnienie szerszej ochrony konsumentów; zapewnienie sprawnego funkcjonowania rynku
Ubezpieczony	zapewnienie, że płatności (składki) za usługi i towary zdrowotne są wydawane w sposób skuteczny i efektywny
Towarzystwa ubezpieczeniowe	zapewnienie, że umowy oferowane ich pacjentom są zgodne z celami, których oczekują pacjenci
Usługodawcy	monitorowanie i ulepszanie istniejących usług; ocena lokalnych potrzeb
Lekarze	zdolność do nadążania za aktualną praktyką i poprawa wyników
Pacjenci	wybór usługodawcy; informacje o alternatywnych metodach leczenia
Społeczeństwo	zapewnienie dostępności odpowiednich usług teraz i w przyszłości; wybory rządowe

Międzynarodowe porównania wydajności systemów opieki zdrowotnej

Międzynarodowe porównywanie systemów opieki zdrowotnej, czy też ich wydajności, jest bardzo popularnym tematem wśród badaczy akademickich, jak również instytucji ponadnarodowych, takich jak OECD, WHO czy Komisja Europejska.

Znaczenie międzynarodowych porównań funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej rośnie również dlatego, że pozwalają one na prowadzenie bardziej odpowiedzialnej polityki zdrowotnej, poprawę jakości opieki zdrowotnej lub zwiększenie zdolności władzy i partnerstwa w ogóle.

Równie ważny jest fakt, że funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej ma wpływ na transgraniczną opiekę zdrowotną i turystykę zdrowotną. Szczególnie na poziomie Unii Europejskiej porównania międzynarodowe mają fundamentalne znaczenie, a mianowicie stanowią niezbędną podstawę do stworzenia ram prawnych i organizacyjnych koniecznych do wdrożenia dyrektyw regulujących swobodny przepływ osób i usług w zakresie ochrony zdrowia, czyli transgranicznej opieki zdrowotnej.

Ważnym zagadnieniem w porównaniu międzynarodowym jest określenie jego zakresu. W przypadku systemu opieki zdrowotnej chodzi o określenie jego granic i elementów składowych. Kluczowymi pojęciami w określaniu granic systemu opieki zdrowotnej są zdrowie populacyjne i promocja zdrowia.

Strategia „Zdrowie 2020“

Strategia Zdrowie 2020 to europejski dokument dotyczący polityki zdrowotnej dla XXI wieku. Dokument podpisały wszystkie kraje Regionu Europejskiego WHO. Cele strategiczne tego dokumentu są skierowane na poprawę zdrowia populacji i zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia oraz wzmocnienie roli administracji publicznej w zdrowiu w zakresie zdrowia .

Cele dokumentu odzwierciedlają trzy główne obszary:

- obciążenie chorobami i czynnikami ryzyka;
- zdrowie człowieka, dobrobyt i jego uwarunkowania;
- działanie i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej.

Na podstawie obszarów priorytetowych sformułowano 6 celów głównych i 19 celów mierzalnych, czyli wskaźników pozwalających ocenić różnice między krajami.

Cele strategii "Zdrowie 2020"

Cele strategii "Zdrowie 2020":

- Cel 1: Zmniejszenie przedwczesnej umieralności w Europie do 2020 r.
- Cel 2: Zwiększenie średniej długości życia w momencie urodzenia.
- Cel 3: Zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia (cel obejmuje uwarunkowania społeczne).
- Cel 4: Poprawa dobrobytu obywateli Europy.
- Cel 5: Zapewnienie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i poszanowanie prawa do zdrowia.
- Cel 6: Ustalenie krajowych celów i zadań w zakresie zdrowia w każdym kraju.

Wyniki 2005

obliczenia indeksowe

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
AUT	29,32	87,82	35,36	86,23	19,42
BEL	58,47	83,20	67,80	67,80	71,26
BGR	42,08	18,37	37,51	37,51	41,82
CYP	65,05	83,60	83,31	83,31	11,46
CZE	45,91	53,63	31,30	74,02	64,62
DEU	67,76	86,64	77,91	77,91	83,03
DNK	71,97	75,83	74,17	74,17	80,04
ESP	63,53	95,48	73,99	73,99	67,68
EST	23,73	23,18	42,94	42,94	17,74
FIN	72,10	84,77	78,25	78,25	71,65
FRA	61,03	95,87	81,65	81,65	86,56
GBR	58,36	84,09	68,73	68,73	56,00
GRC	70,50	84,48	46,55	46,55	61,95
HRV	48,70	46,37	50,98	50,98	61,88
HUN	35,49	22,50	56,52	56,52	68,56
IRL	66,31	83,30	31,63	75,01	47,88
ITA	64,79	100	76,05	76,05	64,66
LTU	27,81	5,40	30,16	30,16	35,25
LUX	52,81	93,71	85,77	85,77	74,58
LVA	64,90	1,00	8,60	14,74	33,77
MLT	29,02	86,15	32,81	78,53	54,33
NLD	34,03	87,92	34,33	83,09	86,87
POL	60,70	43,22	8,82	8,82	47,63
PRT	63,68	84,28	37,46	37,46	72,16
ROU	55,11	14,64	9,42	9,42	8,32
SVK	62,40	34,58	43,41	43,41	60,02
SVN	81,11	67,29	82,58	82,58	74,19
SWE	79,18	99,21	77,54	77,54	79,11



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014–2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Wyniki 2015

obliczenia indeksowe

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
AUT	80,3	80,3	84,0	92,3	75,6
BEL	71,5	77,2	79,9	88,9	78,7
BGR	22,8	1,0	3,3	6,6	25,4
CYP	71,2	82,8	61,3	64,3	11,4
CZE	53,7	49,0	82,1	96,1	57,4
DEU	66,3	73,3	74,5	86,5	70,6
DNK	79,5	75,4	82,1	92,5	74,1
ESP	72,4	98,0	48,0	41,7	58,7
EST	25,6	40,3	54,5	68,6	34,0
FIN	75,1	79,1	86,8	87,1	69,4
FRA	64,4	100,0	79,2	80,7	80,3
GBR	58,6	76,3	69,2	74,3	65,6
GRC	73,5	76,2	21,8	17,9	48,6
HRV	56,7	34,4	52,6	65,2	54,1
HUN	39,9	16,8	50,0	81,8	52,7
IRL	63,9	80,3	75,5	70,2	52,0
ITA	59,8	95,6	68,6	64,4	36,3
LTU	15,9	0,6	14,9	40,0	31,9
LUX	75,3	99,3	85,6	78,9	57,4
LVA	40,6	6,3	32,7	49,7	22,1
MLT	32,6	86,8	75,6	87,3	52,4
NLD	79,4	83,5	82,4	83,1	81,8
POL	58,5	35,8	56,6	75,9	34,3
PRT	78,6	79,6	61,9	61,3	65,7
ROU	22,8	6,3	4,2	10,6	4,1
SVK	61,8	29,2	43,1	69,2	54,7
SVN	66,8	74,8	87,9	91,8	66,6
SWE	88,8	89,4	87,8	88,6	89,9

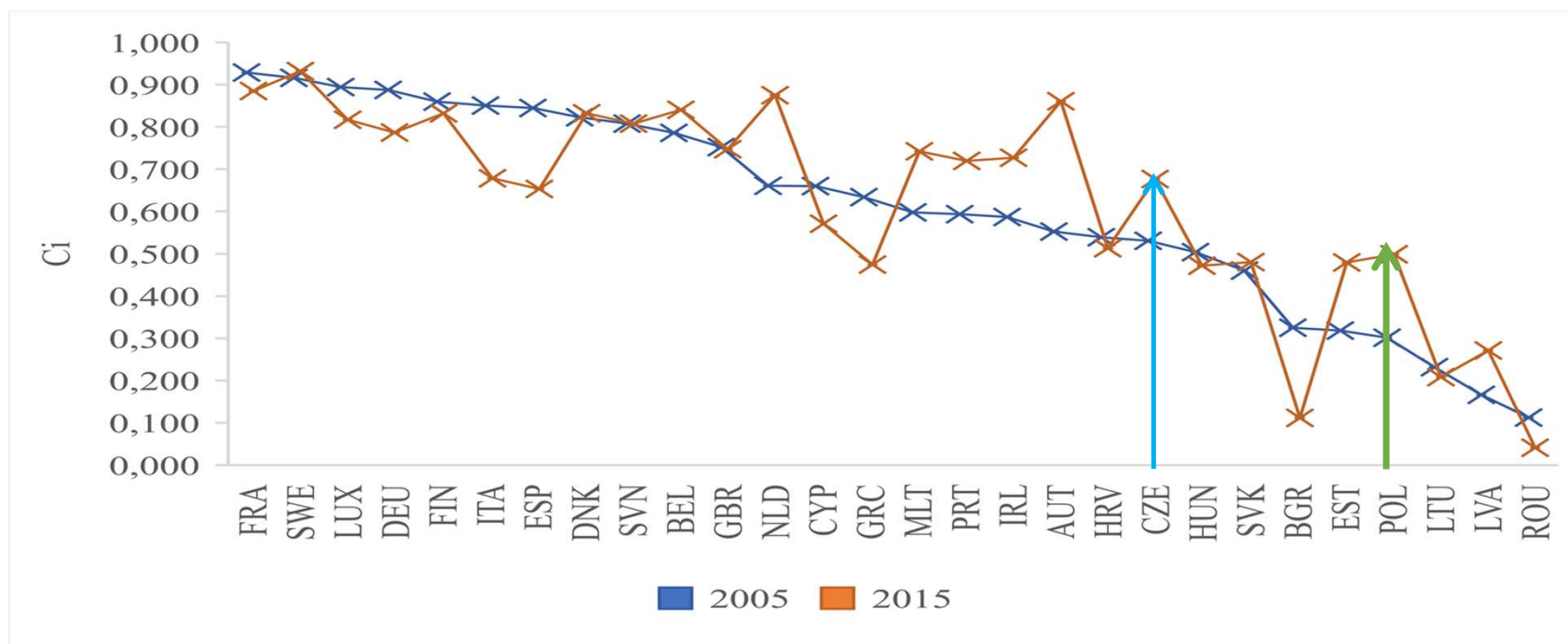


PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Ranking państw wg metody TOPSIS, porównanie wyników dla 2005 i 2015 r.



Co mówią nam wyniki porównania?

Wyniki pokazują, że średnio kraje UE poprawiły się tylko nieznacznie w 2015 roku (wartość średnia 0,626) w porównaniu do 2005 roku (wartość średnia 0,612).

W ujęciu wartości średnich **pozytywny wpływ** na osiągnięty poziom zdrowia ludności miały następujące wskaźniki: standaryzowany współczynnik przedwczesnej umieralności ogółem (spadek wartości), spożycie alkoholu na osobę w przypadku osób powyżej 15 roku życia (spadek wartości), odsetek dzieci zaszczepionych przeciwko odrze i polio (wzrost wartości), standaryzowany wskaźnik umieralności z wszystkich przyczyn i urazów (spadek wartości), średnia długość życia przy urodzeniu (wzrost wartości), umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń (spadek wartości), odsetek ludności z poprawą warunków sanitarnych (wzrost wartości), całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB (wzrost wartości).

Negatywny wpływ na stan zdrowia ludności miały natomiast: otyłość (wzrost wartości), stopa bezrobocia (wzrost wartości), odsetek niezarejestrowanych dzieci w wieku oficjalnej szkoły podstawowej (wzrost wartości), współczynnik Giniego (wzrost wartości) oraz udział wydatków prywatnych w wydatkach na zdrowie ogółem (wzrost wartości).

Literatura

Vaňková, I., Vrabková, I., Ardielli, E. *Evaluace ekonomických determinantů zdravotnictví: možnosti multikriteriálního hodnocení*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2022.

WHO (2012). *Developing indicators for the Health 2020 targets* [online]. 2021. [cit. červenec 2021]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf.

WHO. (2021). *Health 2020: the European policy for health and well-being* [online]. 2021. [cit. červenec 2021]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

Děkuji za uwagę

doc. inž. **Iveta Vrabková, Ph.D.**

iveta.vrabkova@vsb.cz

www.vsb.cz



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO