

Sylwia NIESZPORSKA  
Politechnika Częstochowska  
Wydział Zarządzania  
sylniesz@poczta.onet.pl

## **ROLA MIERNIKA SPRAWNOŚCI SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH W KREOWANIU CELÓW ZARZĄDZANIA SEKTOREM**

**Streszczenie.** Ocena systemów zdrowotnych nurtuje wielu specjalistów z dziedziny zarządzania. Nie jest ona łatwa choćby ze względu na różnorodność czynników determinujących ich funkcjonowanie, jednak istnieje dzisiaj wiele różnorodnych sposobów i metod pomiaru ich sprawności. Prezentowane opracowanie jest próbą opisu jednej z takich miar, jednak głównym jego celem jest analiza obecnej polityki zdrowotnej Polski i odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu stawiane przed sektorem cele odnoszą się do potrzeb systemu wykrytych przez wspomniane miary.

**Słowa kluczowe:** system ochrony zdrowia, miary sprawności systemu, cele sektora zdrowia.

## **THE ROLE OF THE HEALTH PERFORMANCE MEASURE IN THE CREATION OF THE SYSTEM'S MANAGEMENT OBJECTIVES**

**Summary.** The health systems' assessment has been troubling many a specialist from the field of management. A variety of factors determining their function makes it a difficult task, but there are many different ways and methods to measure their effectiveness today. The presented study is therefore an attempt to describe one of these measures, but the main aim is to analyse the current Polish health policy for next years and to answer the question to which extent the objectives of the sector refer to needs of the system detected by the measurement.

**Keywords:** a health care system, performance measures, objectives of the health sector.

## 1. Wstęp

System ochrony zdrowia to jeden z ważniejszych sektorów każdego kraju. Wynika to z wielu czynników, a najważniejszy wydaje się jego wpływ na zdrowie i życie obywateli, które w kontekście niemal wszystkich gałęzi gospodarki ma kluczowe znaczenie. Być może właśnie dlatego sektor ten tak silnie jest związany z bardzo różnorodnymi strukturami społecznymi. Z jednej bowiem strony, od zarania dziejów działalnością zdrowotną parowały organizacje religijne czy charytatywne, z drugiej – szczególnie w dzisiejszych czasach – budzi on zainteresowanie władz lokalnych, rządowych czy partii politycznych. Tak szerokie zainteresowanie sektorem, zaangażowanie w jego funkcjonowanie wielu instytucji i organizacji, często pozostających ze sobą w burzliwych relacjach, sprawia, że zarządzanie nim odbywa się w bardzo specyficznym i dynamicznie zmieniającym się otoczeniu. Żyjące dłużej społeczeństwa, ich starzenie się, ale także możliwości i zmiany w leczeniu wielu chorób, postęp technologiczny, diagnostyczny, rosnące oczekiwania pacjentów i wynikający z powyższych wzrost kosztów pochłanianych przez systemy zdrowotne to bardzo znaczące dla zarządzania sektorem determinanty. Ich zmienność w czasie, różnorodny wpływ na system oraz często wykluczające się wzajemnie cele tak różnych interesariuszy czynią niezwykle trudnym określenie jasnej i spójnej dla wszystkich wizji, jaka przyświecać powinna istnieniu i działalności sektora zdrowotnego, stawiającego w dużej mierze na zapewnienie opieki zdrowotnej swoim obywatelom na możliwie najwyższym poziomie.

Ewoluuje otoczenie sektora i nieustanne jego monitorowanie staje się zatem w dzisiejszym świecie koniecznością w kreowaniu metod i sposobów zarządzania sektorem zdrowotnym, którego nadrzędna wartość, a mianowicie zdrowie, powinna stanowić kluczowe zagadnienie wszystkich sektorów i polityk<sup>1</sup>. Niebawem pomocne wydają się w takim kontekście rozmaite narzędzia i metody pozwalające na rzetelną i w miarę kompleksową jego ocenę. Prezentowane opracowanie ma więc na celu przedstawienie jednego z takich mierników (miernika sprawności systemu) oraz stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu polska polityka zdrowotna i stawiane przez nią cele odzwierciedlają wykryte przez wspomniany miernik potrzeby dotyczące ochrony zdrowia społeczeństwa.

## 2. Cele polskiego systemu zdrowia

W Polsce planowaniem polityki zdrowotnej kraju zajmuje się wiele podmiotów rządowych i samorządowych, jednak najważniejsze obowiązki w tym obszarze spoczywają na

---

<sup>1</sup> Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century (2013). World Health Organization 2013 Regional Office for Europe.

rzędzie (w tym Ministerstwie Zdrowia). Misją Ministerstwa jest „prezentowanie spójnego, odpowiednio uzgodnionego i uzasadnionego stanowiska Polski w obszarze zdrowia na wszystkich forach międzynarodowych”<sup>2</sup>. Spójność jest tutaj rozumiana w kontekście wspierania działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach zarówno Unii Europejskiej, jak i w obrębie różnych regionów kraju.

Zasadniczo polskie ustawodawstwo jednoznacznie nie definiuje krajowych ram strategicznych polityki w obszarze ochrony zdrowia, jednak na potrzeby przestrzegania polityki unijnej przyjmuje się, że: „to zestaw komplementarnych dokumentów określających kierunek strategiczny oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego (...) zawierających zakres, ramy czasowe, konkretne i kompleksowe cele oraz instrumenty monitoringu i ewaluacji pozwalające na ocenę postępu w implementacji”<sup>3</sup>.

Jednym z ważniejszych dokumentów formułujących i wyznaczających kierunki strategiczne oraz działania na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia polskiego społeczeństwa jest, aktualizowany co kilka lat, *Narodowy Program Zdrowia (NPZ)*. Najnowszy *NPZ* dotyczy lat 2016-2020 i za główny cel strategiczny uznaje:

- wydłużenie życia Polaków,
- poprawę zdrowia i jakości życia,
- zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu<sup>4</sup>.

Realizację tak postawionych celów mają ułatwić działania zmierzające do: poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej; ograniczenia rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz zapobiegania uzależnieniom behawioralnym; poprawy dobrostanu psychicznego; ograniczenia narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka; utrzymania i poprawy zdrowia osób starszych.

W realizacji tak postawionych celów pomocą dla polskich menedżerów i kreatorów polityki zdrowotnej jest wiele raportów diagnozujących przede wszystkim stan zdrowia Polaków, stan demograficzny i epidemiologiczny społeczeństwa, prezentujących szczegółową analizę organizacji systemu zdrowotnego z uwzględnieniem zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych.

---

<sup>2</sup> [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (04.05.2016).

<sup>3</sup> Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Warszawa, lipiec 2015, s. 7.

<sup>4</sup> Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12279052>.

### 3. Wskaźniki skuteczności systemów zdrowotnych

System zdrowotny jest to „(...) dobrze uporządkowany i wewnętrznie skoordynowany zespół elementów, stworzony w celu realizacji (...)”<sup>5</sup> takich celów, jak:

- zagwarantowanie i udostępnienie całej populacji w miarę pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, bez względu na kryteria ekonomiczne, społeczne, geograficzne i kulturowe;
- zapewnienie wszelkich usług medycznych na możliwie najwyższym poziomie z uwzględnieniem poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad etycznych;
- optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i personalnych przy jednoczesnym uwzględnieniu zasad produktywności, racjonalności i skuteczności;
- wdrażanie działań doskonalących system i umożliwiających jego uczestnikom osiągnięcie satysfakcji ze współpracy.

Wydaje się, że przy tak sformułowanej definicji systemu formy jego oceny w Polsce koncentrują się jedynie na, co prawda, najważniejszym jego aspekcie, ale jedynym – a mianowicie na zdrowiu społeczeństwa. Analizuje się zatem szczegółowo powszechnie znane i gromadzone dane ilościowe dotyczące: oczekiwanej długości życia noworodków, liczby zgonów; wskaźników umieralności niemowląt i innych grup wiekowych; wskaźników śmiertelności okołoporodowej; przyczyn zgonów; mierników reprezentujących styl życia społeczeństwa (odsetek palaczy, konsumpcja alkoholu, wskaźniki nadwagi i otyłości); wskaźników szczepień; liczby zaburzeń psychicznych<sup>6</sup>. Pozostałe płaszczyzny funkcjonowania systemu zdrowia wydają się pomijane w Polsce, choć na świecie prowadzone są badania na znacznie większą skalę<sup>7</sup>. Kraje nordyckie czy anglosaskie, ale także organizacje patronujące i monitorujące zdrowie na świecie, takie jak *World Health Organization (WHO)* czy *OECD*, wykorzystują narzędzia umożliwiające monitorowanie stopnia osiągnięcia celów znane pod nazwą mierników sprawności (*performence measure*)<sup>8</sup>. Jak podaje *WHO*<sup>9</sup>, rolą tego typu miar jest doskonalenie jakości decyzji podejmowanych przez pacjentów, świadczeniodawców, managerów, rząd na wszystkich jego poziomach, ubezpieczycieli, polityków i wszystkie osoby oraz organizacje wspierające finansowo system ochrony zdrowia.

<sup>5</sup> Kautsch M., Whitfield M.: Zdrowie i opieka zdrowotna – zagadnienia uniwersalne i przypadki szczególne, [w:] Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 30.

<sup>6</sup> Mowa tu o publikacjach wydawanych przez Główny Urząd Statystyczny czy Ministerstwo Zdrowia.

<sup>7</sup> Szerzej na ten temat np. w: Zweifel P., Breyer F., Kofmann M.: *Health Economics*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2009.

<sup>8</sup> Koziarkiewicz A.: Szkiełko i oko. „Menedżer Zdrowia”, nr 4, czerwiec 2013, s. 36.

<sup>9</sup> Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I.: Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, p. ii.

Mierniki sprawności dotyczą wielu płaszczyzn funkcjonowania systemów zdrowotnych. Obszary te to:

- zdrowie populacji (mierzone np. za pomocą: oczekiwanej długości życia, utraconych lat życia, miernika DALY);
- wyniki zdrowotne jednostek (mierzone z zastosowaniem miar stanu zdrowia pacjenta takich jak np. EQ-5D, SF-36);
- jakość kliniczna i zasadność opieki medycznej (oznaczana np. przy użyciu mierników stanu zdrowia, wskaźników umieralności pooperacyjnej, częstości pomiaru ciśnienia tętniczego);
- reakcja systemu na popyt na świadczenia (odzwierciedlana np. przez pomiar satysfakcji pacjenta);
- równość w dostępie do usług (określana np. za pomocą miar użyteczności, wskaźnika dostępności);
- produktywność systemu (reprezentowana przez mierniki: koszt-efektywność, efektywność techniczna czy alokacyjna).

Wyznaczenie mierników sprawności systemu zdrowotnego, ze względu na dużą różnorodność analizowanych obszarów, wymaga zastosowania wielu metod pomiaru, wskaźników, technik analitycznych czy różnorodnych metod gromadzenia i przetwarzania danych. Pozwalają one na ocenę sprawności całego systemu w ujęciu krajowym, także regionalnym; można je stosować także do poszczególnych placówek. Za ich stosowaniem przemawiają następujące powody<sup>10</sup>:

1. są pomocne w wyznaczaniu i dopasowywaniu celów do systemu;
2. dają szansę na ocenę możliwości systemu;
3. umożliwiają komunikowanie się interesariuszy systemu;
4. przypisują odpowiedzialność poszczególnym grupom zawodowym;
5. wpływają na polepszenie jakości usług;
6. pozwalają śledzić postępy;
7. dostarczają interesariuszom informacji o stanie systemu i postępach w osiągnięciu celów.

Najogólniej rzecz ujmując, mierniki te pozwalają na pomiar efektywności strategii systemów zdrowotnych sprawdzonych przez praktyków i kreatorów zdrowia publicznego w wielu krajach, a także menedżerów innych organizacji sektora publicznego i prywatnego. Na gruncie właśnie tego typu miar powstało w różnych krajach wiele inicjatyw, a wśród nich<sup>11</sup>:

---

<sup>10</sup> Lichiello P., Turnock B.J.: Consultant. Guidebook for Performance Measurement, Turning Point Collaborating for a New Century in Public Health, <http://www.phf.org/resourcestools/documents/pmcguidebook.pdf>, p. 25.

<sup>11</sup> Kozierkiewicz A.: Szkiełko i oko, op.cit., s. 38.

- *Health for All 2000* (WHO);
- *Health systems performance 2000* (WHO);
- *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (WHO Dania);
- *European Community Health Indicators* (Komisja Europejska);
- *Australia's National Health Performance Committee's Framework* (Austria);
- *Canadian Institute for Health Information's Performance Framework* (Kanada);
- *The National Indicator Project* (Dania);
- *Netherlands National Health Care Report* (Holandia);
- *NHS High-Level Performance Framework* (Wielka Brytania).

W Polsce, być może ze względu na złożoność procesu oceny sprawności systemu i konieczność gromadzenia olbrzymiej liczby danych, niestety nie przeprowadza się badań tego typu. Jak jednak twierdzą eksperci, „Ogrom międzynarodowych doświadczeń oraz zasoby posiadanych w Polsce danych pozwalają stwierdzić, że stworzenie narzędzia oceny systemu, w szczególności oceniającego stan ochrony zdrowia na poziomie województw, jest możliwe”<sup>12</sup>. Jednym z warunków stworzenia takiego systemu jest jednak odpolitycznienie sektora zdrowotnego i powierzenie tej roli organizacjom zapewniającym neutralność polityczną. Polski model służby zdrowia koresponduje z tzw. modelem Siemaszki, którego głównym założeniem jest koncepcja publicznej służby zdrowia finansowanej z podatków społeczeństwa, w której jedną z nadrzędnych ról pełni państwo. Rolą państwa jest dbałość o dobrobyt społeczny także w kontekście zdrowia, „jednak zdolność specyficznych grup interesu do uzyskania wpływów może prowadzić do zawładnięcia procesami regulacyjnymi”<sup>13</sup>, a wówczas państwo przestaje stawiać dobro społeczeństwa na pierwszym miejscu, realizując interesy rządzących grup politycznych<sup>14</sup>.

#### 4. Euro Health Consumer Index

Jednym z ciekawszych mierników pozwalających na ocenę sektorów zdrowotnych w różnych krajach jest *Euro Health Consumer Index (EHCI)*. Jego waga i znaczenie w weryfikacji stanu systemów zdrowotnych w różnych krajach wiąże się z faktem ich oceny z perspektywy pacjenta. Wydaje się, że w dzisiejszych realiach rola nadrzędnego podmiotu, wokół którego tworzone są systemy zdrowotne, a więc pacjenta, słabnie, a ciężar analiz i rozważań decydujących o stanie systemów przenoszony jest na wymiar ekonomiczny.

<sup>12</sup> Koziarkiewicz A.: Szkiełko i oko, op.cit., s. 40.

<sup>13</sup> Getzen T.E.: *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2000, s. 406.

<sup>14</sup> Co zauważają między innymi autorzy opracowania: *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, praca zbiorowa pod red. A. Frączkiewicz-Wronki, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2010.

Dlatego spojrzenie na system oczyma pacjenta i wydanie opinii właśnie z jego perspektywy ma dzisiaj niezwykle znaczenie.

*EHCI* pozwala na monitorowanie stanu systemów zdrowotnych w różnych krajach. Jego początki sięgają 2004 roku i opublikowania raportu *the Swedish Health Consumer Index*, w którym porównano 21 państw z zastosowaniem 12 wskaźników dotyczących kreowania polityki zdrowotnej w różnych krajach, wyborów dokonywanych przez świadczeniobiorców, poziomu usług i dostępu do informacji. Z biegiem lat mierniki ulegały zmianie i tak jak na początku skupiały się na tych najbardziej podstawowych, jak: umieralność niemowląt, przeżywalność w chorobach nowotworowych, leczenie udarów i chorób serca; w najnowszym raporcie z 2015 roku zostały wzbogacone o dane dotyczące dostępu do informacji, jakości usług, mobilności w finansowaniu świadczeń w ramach dyrektyw transgranicznych czy e-zdrowia<sup>15</sup>. Wszystkie uwzględniane w *EHCI* miary zebrane są w najnowszym raporcie w 6 grup:

1. Prawa pacjenta i informacja (12 wskaźników),
2. Dostęp do świadczeń mierzony czasem oczekiwania na usługę (6 wskaźników),
3. Rezultaty leczenia (8 wskaźników),
4. Zakres i zasięg świadczonych usług (8 wskaźników),
5. Profilaktyka (7 wskaźników)
6. Rynek leków (7 wskaźników).

48 wskaźników połączonych jest w jeden syntetyczny *Euro Health Consumer Index*, którego wartość należy do przedziału [0,1000]; najwyższa jego wartość oznacza najlepszą ocenę systemu zdrowotnego danego kraju.

## 5. Polska na tle krajów Europy

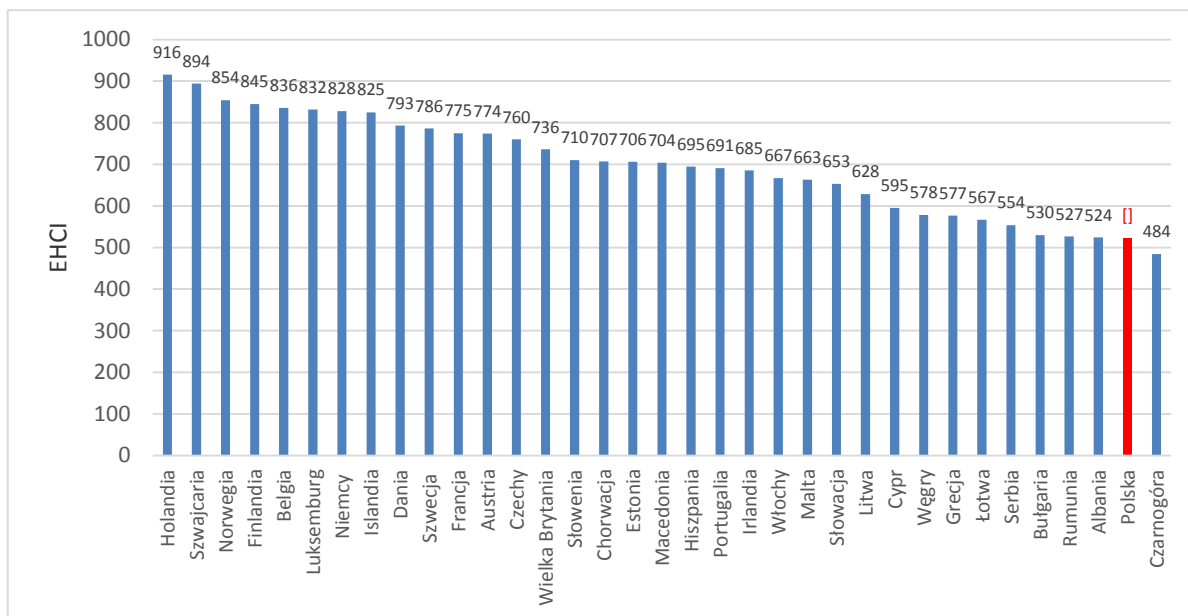
Jak wynika z najnowszego raportu o wartości *EHCI*, Polska niestety plasuje się na przedostatnim miejscu w grupie 35 państw (rys. 1). Dla 2015 roku wartość indeksu kształtowała się dla Polski na poziomie 523, podczas gdy najwyższej oceniona Holandia zdobyła w tym czasie aż 916 punktów. W 2015 roku Polska spadła w rankingu państw europejskich o dwie pozycje w porównaniu z 2013 rokiem, jednak nie pozycja jest tutaj najważniejsza, ale zdobyte przez polski system ochrony zdrowia punkty. W wybranych latach wartości zdobytych punktów prezentuje rys. 2.

Jak donoszą eksperci<sup>16</sup>, nie możemy porównywać się do tegorocznego zwycięscy w rankingu *EHCI*, a więc holenderskiego systemu ochrony zdrowia, z kilku powodów.

<sup>15</sup> Björnberg A.: Euro Health Consumer Index 2015 Raport. Health Consumer Powerhouse, 2016-01-26.

<sup>16</sup> Menedżer Zdrowia, Newsletter, Czwartek, 4 lutego 2016, <http://www.termedia.pl/mz/Dlaczego-Holandia-jest-czempionem-ochrony-zdrowia-w-Europie-a-nie-Polska-Eksperci-komentuja,20738.html>.

System ten opiera się na decyzjach podejmowanych przez absolutnych profesjonalistów, ale i samych pacjentów. Cechuje go znacznie dalej posunięte odpartyjnienie niż np. w Polsce i konkurencyjny rynek ubezpieczeń zdrowotnych.



Rys. 1. Wartości Euro Health Consumer Index w 2015 roku

Fig. 1. Values of Euro Health Consumer Index in 2015

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Björnberg A.: Euro Health Consumer Index 2015..., op.cit.

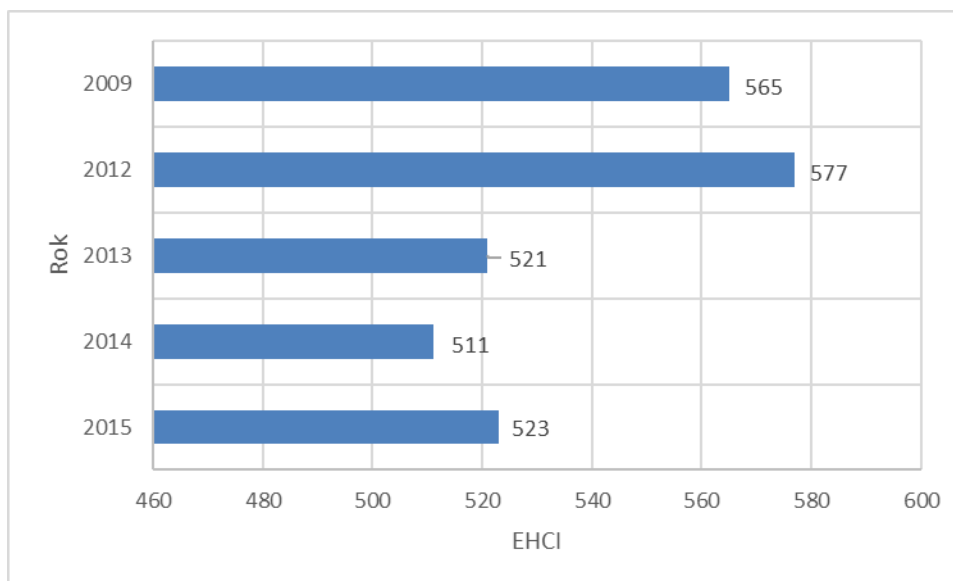
Jednym z ważniejszych celów holenderskiego systemu zdrowotnego jest ciągle podnoszenie jakości obsługi pacjenta, a także jakości klinicznej.

W Polsce system ochrony zdrowia podlega ciągłym modyfikacjom, jednak nadal:

- nie ma konkurencyjnego rynku ubezpieczeń,
- odznacza się niesłuchanie niskimi wydatkami publicznymi na sektor,
- ma mocno upolityczniony system zdrowotny,
- zdaje się nie nadążać za popytem na usługi starzejącego się społeczeństwa,
- nie ma, jak w Holandii, organizacji stworzonych przez pacjentów, które miałyby wpływ na kształt systemu i broniły ich praw,
- charakteryzuje się bardzo niskim poziomem teleopieki,
- nie ma wdrożonych na wszystkich poziomach ochrony zdrowia systemów informacyjnych o pacjencie,
- nie gwarantuje swoim pacjentom równego i powszechnego dostępu do doświadczeń medycznych<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oznacza, że każdy ma dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, których potrzebuje, bez ryzyka borykania się z trudnościami finansowymi związanymi z pokryciem





Rys. 2. Wartości Euro Health Consumer Index dla Polski w wybranych latach

Fig. 2. Values of Euro Health Consumer Index for Poland in selected years

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Björnberg A.: Euro Health Consumer Index 2015..., op.cit.

Co więcej, przyznane polskiemu systemowi zdrowotnemu punkty świadczą o olbrzymich jego brakach w kwestii praw pacjenta i informacji, a szczególnie w dziedzinie e-świadceń, niezadowalającym dostępie do świadczeń z zakresu onkologii, diagnostyki komputerowej, leczenia zaćmy u osób w wieku powyżej 65. roku życia, opieki długoterminowej u osób w podeszłym wieku. Nadal problemem pozostaje kwestia równego dostępu do świadczeń medycznych i nieformalnych opłat dla lekarzy, co wynika z omawianego raportu.

## 6. Wnioski

Obecny rynek świadczeń zdrowotnych na świecie wymaga od menedżerów służby zdrowia niezwyklej wiedzy, a także czujności i uwagi poświęconej wielopłaszczyznowemu rozumieniu natury systemu. Z jednej bowiem strony, jego najważniejszym beneficjentem powinien być pacjent, którego nie tylko zdrowie i życie powinno być stawiane na pierwszym miejscu, lecz także jego komfort, poczucie bezpieczeństwa, łatwość w dostępie do profesjonalnych usług medycznych na najwyższym poziomie. Z drugiej strony, obecność podmiotów leczniczych na rynku świadczeń wymusza bardzo precyzyjne i ekonomicznie uzasadnione kierowanie sektorem. Nie bez znaczenia, szczególnie w polskich realiach,

pozostaje także umiejscowienie systemu zdrowotnego w strukturach i wpływach rządzących partii politycznych.

Przy tak wielopłaszczyznowym charakterze sektora zdrowotnego kluczem do jego sukcesu jest bardzo przemyślana strategia w zarządzaniu odzwierciedlająca faktyczne jego bolączki, ujmująca w swoich ramach rzeczywiste potrzeby i wymagania, jakim system powinien sprostać. Pomocą w formułowaniu takich strategii niewątpliwie pozostają na całym świecie rozmaite raporty o stanie systemów zdrowotnych, raporty donoszące o skuteczności systemów z uwzględnieniem holistycznego jego charakteru. Jednym z takich przekazów może być *Euro Health Consumer Index*, który nie tylko pozwala dopasowywać politykę zdrowotną Unii Europejskiej do potrzeb pacjentów w zmieniającym się dynamicznie otoczeniu, lecz także porównywać polityki poszczególnych krajów wraz ze wskazaniem punktów newralgicznych, wpływających niekorzystnie na potrzeby pacjentów.

Przy analizie wyników najnowszego rankingu systemów zdrowotnych 35 państw Europy niestety potwierdza się powszechnie znana w Polsce opinia o złym stanie systemu zdrowotnego uplasowanego w tym rankingu na 34. miejscu. Niedoskonałości wykryte w tak różnorodnych i badanych europejskim indeksem zdrowia obszarach jednoznacznie wskazują na źródła takiego stanu rzeczy. Czy jednak polscy menedżerowie zdrowia i decydenci często powoływani z ramienia partii politycznych dostrzegają te symptomy? Czy znają bolączki pacjentów, ale i innych grup zaangażowanych w funkcjonowanie systemu pojawiające się na co dzień oraz te, które nieustannie ściągają polski system zdrowia na dno Europy? Odpowiedzi na te pytania można szukać w najnowszych kierunkach działań i kreowanej polityce zdrowotnej, które zdają się nadal tkwić w klasycznym pojmowaniu systemu, nieuwzględniającym jego złożonego charakteru. Monitoruje się dość szczegółowo zdrowie Polaków, zachodzące w nim zmiany, porównuje z innymi krajami Europy, wiele mówi się o jakości usług zdrowotnych, czasami wspomina się o analizach ekonomicznych, choć w tej materii zdaje się istnieć między Polską a innymi krajami olbrzymia przepaść. Jednak nadal polityka zdrowotna kraju zdaje się nie uwzględniać racji i praw pojedynczego pacjenta, a kreowana na najwyższym szczeblu władzy – nie otwiera się na lokalne potrzeby społeczeństwa.

## **Bibliografia**

1. Björnberg A.: Euro Health Consumer Index 2015 Raport. Health Consumer Powerhouse 2016-01-26.
2. Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2010.

3. Getzen T.E.: *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2000.
4. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization 2013 Regional Office for Europe.
5. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. red.): *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
6. Kozierkiewicz A.: Szkiełko i oko. „Menedżer Zdrowia”, nr 4, czerwiec 2013, s. 36-40.
7. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Warszawa, lipiec 2015.
8. Lichiello P., Turnock B.J.: *Consultant, Guidebook for Performance Measurement. Turning Point Collaborating for a New Century in Public Health*, <http://www.phf.org/resourcestools/documents/pmcguidebook.pdf>.
9. Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I.: *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008.
10. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12279052>.
11. Światowy Raport Zdrowia 2013. Badania dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=107&wid=12&wai=&year=&back=%2F>.
12. Zweifel P., Breyer F., Kofmann M.: *Health Economics*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2009.

## Abstract

Determining the health sector's management strategy is a big challenge for health policy makers. This is caused by diverse factors that influence the state of the sector, however their analysis can undoubtedly simplify the decision-making process. The evaluation of various aspects of the health systems' functioning is possible thanks to *performance measures*. In the present study many of these measures are depicted and the *Euro Health Consumer Index (EHCI)* is described in detail. Unfortunately the *EHCI* puts the Polish system on the penultimate place among 35 European countries, which evokes the question to what extent the Polish health policy and its strategic objectives for the next years correspond to detected problems and deficiencies.