

*Natalia Habik-Tatarowska*¹

*Paulina Szumilas*²

*Zuzanna Habik*³

Rozliczalność i zarządzanie w ochronie zdrowia publicznego: odpowiedzialność za efekty działań zdrowotnych

Abstrakt

Artykuł ma charakter przeglądowo-analityczny i podejmuje problematykę konceptualizacji oraz instytucjonalizacji mechanizmów rozliczalności w systemie ochrony zdrowia publicznego, ujmowanych jako kluczowy element współczesnego paradygmatu *public governance*, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Celem opracowania jest ukazanie rozliczalności jako złożonej kategorii analityczno-normatywnej determinującej proces alokacji, wykorzystania i ewaluacji środków publicznych w realizacji celów zdrowotnych w Polsce na tle innych krajów. W oparciu o krytyczną analizę literatury przedmiotu oraz dokumentów strategicznych OECD i WHO zaprezentowano złożoność zjawiska, tzw. paradoksu współdzielonej odpowiedzialności w kontekście zintegrowanych polityk zdrowotnych. Przeprowadzona analiza wskazuje

¹ Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, e-mail: natalia.habik-tatarowska@uj.edu.pl, <https://orcid.org/0009-0001-9459-5492>

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, e-mail: paulina.szumilas@ujk.edu.pl, <https://orcid.org/0009-0008-8089-5022>

³ Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, e-mail: zuzanna.habik@student.uj.edu.pl, <https://orcid.org/0009-0008-4056-5520>

na występowanie deficytów rozliczalności szczególnie widocznych w polskim systemie ochrony zdrowia, które przejawiają się rozproszeniem kompetencyjnym, dominacją mechanizmów formalno-proceduralnych nad wynikowymi oraz ograniczoną przejrzystością relacji między różnymi poziomami zarządzania. W artykule przedstawiono również wybrane dane dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, które odnoszą się m.in. do finansowania ochrony zdrowia, zasobów kadrowych, poziomu wydatków prywatnych oraz mechanizmów ewaluacji polityk zdrowotnych na tle państw OECD. Podkreślono konieczność implementacji ram analitycznych zintegrowanej rozliczalności zdrowotnej obejmującego cztery zasadnicze wymiary, tj.: polityczny, administracyjny, profesjonalny i społeczny. Wdrożenie takich ram stanowi warunek zwiększenia legitymizacji działań publicznych, poprawy efektywności zarządzania zasobami oraz odbudowy zaufania społecznego do instytucji funkcjonujących w sektorze zdrowia.

Słowa kluczowe: rozliczalność, zdrowie publiczne, polityka zdrowotna, odpowiedzialność instytucjonalna, Polska, system ochrony zdrowia

Kody klasyfikacji JEL: I18, H83, H51

Accountability and Public Governance in Healthcare: Responsibility for Health Outcomes

Abstract

The article is of a review-analytical nature and addresses the conceptualization and institutionalization of accountability mechanisms in the public healthcare system, understood as a key element of the contemporary public governance paradigm, with a particular emphasis on the functioning of the Polish healthcare system. The aim of the study is to present accountability as a complex analytical and normative category that determines the process of allocation, utilization, and evaluation of public resources in achieving health objectives in Poland in comparison with other countries. Based on a critical analysis of the literature and strategic documents from the OECD and WHO, the study presents the complexity of the phenomenon of the so-called “paradox of shared responsibility” in the context of integrated health policies. The analysis indicates the presence of accountability deficits, particularly evident in the Polish healthcare system, manifested in fragmented competences, the dominance of formal-procedural mechanisms over outcome-oriented ones, and limited transparency in relationships between different levels of governance. The article also presents selected data on the functioning of the healthcare system in Poland, including healthcare financing, human resources, the level of private expenditure, and mechanisms for evaluating health policies in comparison with OECD countries. The study emphasizes the need to implement analytical frameworks of integrated health accountability encompassing four key dimensions: political, administrative, professional, and social.

The implementation of such frameworks is a prerequisite for enhancing the legitimacy of public actions, improving the efficiency of resource management, and rebuilding public trust in institutions operating within the healthcare sector.

Keywords: accountability, public health, health policy, institutional responsibility, Poland, healthcare system

JEL Classification Codes: I18, H83, H51

Wprowadzenie

Współczesne systemy ochrony zdrowia publicznego funkcjonują w warunkach narastającej złożoności instytucjonalnej, wielopoziomowego zarządzania oraz rosnących oczekiwań społecznych dotyczących skuteczności, przejrzystości i sprawiedliwości podejmowanych działań zdrowotnych. W tym kontekście pojęcia *accountability* (rozliczalność) i *governance* (zarządzanie) stały się centralnymi kategoriami analitycznymi w badaniach nad polityką zdrowotną, zarządzaniem publicznym oraz zdrowiem publicznym (Bovens, Goodin i Schillemans, 2014; Greer et al., 2022).

W ujęciu ładu publicznego systemy zdrowia opierają się na sieciowej współpracy wielu aktorów publicznych i niepublicznych, co oznacza odejście od hierarchicznego modelu zarządzania na rzecz współzarządzania i współodpowiedzialności za efekty zdrowotne. Rozliczalność nie pełni już wyłącznie funkcji kontrolnej, lecz staje się mechanizmem dystrybucji odpowiedzialności za efekty zdrowotne w systemach wielopoziomowych.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) konsekwentnie wskazuje, że skuteczna realizacja celów zdrowotnych, w tym celów Agendy 2030 oraz strategii Health in All Policies, wymaga istnienia klarownych, mierzalnych i wielowymiarowych mechanizmów rozliczalności obejmujących zarówno aktorów publicznych, jak i niepublicznych (WHO, 2022). Jednocześnie raporty Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) podkreślają, iż brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za efekty polityk zdrowotnych stanowi jedno z kluczowych źródeł nieefektywności systemów zdrowia, zwłaszcza w krajach o rozproszonych strukturach decyzyjnych (OECD, 2020).

W kontekście zdrowia publicznego relacja ta ulega jednak istotnemu skomplikowaniu ze względu na wielosektorowy charakter interwencji zdrowotnych, współdzielenie kompetencji pomiędzy różnymi poziomami władzy oraz udział aktorów prywatnych i społecznych w realizacji celów zdrowotnych (Greer, Wismar i Figueras, 2016).

Badania wskazują, że w systemach opartych na zintegrowanych ramach analitycznych rozliczalności zdrowotnej klasyczne, hierarchiczne mechanizmy odpowiedzialności są niewystarczające do oceny rzeczywistych efektów działań zdrowotnych (Bevir, 2013). Coraz częściej mówi się zatem o tzw. paradoksie współdzielonej odpowiedzialności, polegającym na rozmyciu odpowiedzialności pomiędzy liczne podmioty przy jednoczesnym wzroście oczekiwań wobec rezultatów polityk zdrowotnych (Koppell, 2005). Zjawisko to prowadzi do sytuacji, w której odpowiedzialność proceduralna dominuje nad odpowiedzialnością wynikową.

Szczególnego znaczenia problematyka rozliczalności nabrała w kontekście doświadczeń pandemii COVID-19, która unaoczniała zarówno potencjał, jak i strukturalne słabości systemów zdrowia publicznego. Analizy porównawcze wykazały, że kraje dysponujące spójnymi mechanizmami odpowiedzialności politycznej, administracyjnej i eksperckiej odnotowały wyższy poziom zaufania społecznego oraz większą zdolność adaptacyjną systemów zdrowia (Greer et al., 2022; OECD, 2021). Jednocześnie pandemia pogłębiła debatę nad odpowiedzialnością decydentów za skutki decyzji podejmowanych w warunkach niepewności i ograniczonej wiedzy naukowej.

W polskim systemie zdrowia publicznego zagadnienie rozliczalności pozostaje relatywnie słabo konceptualizowane i nadal rzadko poddawane pogłębionej analizie naukowej, mimo rosnącej wagi problemów związanych z efektywnością wydatkowania środków publicznych. Obowiązujące rozwiązania prawnoinstytucjonalne sprzyjają rozproszeniu kompetencji pomiędzy administrację centralną, samorządową oraz podmioty realizujące programy zdrowotne, co utrudnia jednoznaczne określenie odpowiedzialności za osiągnięte (bądź nieosiągnięte) efekty zdrowotne (Gałązka-Sobotka, Frąckiewicz-Wronka i Szetela, 2021). W konsekwencji mechanizmy ewaluacyjne mają charakter fragmentaryczny, a ich wyniki rzadko wykorzystywane są w procesach decyzyjnych. Wobec powyższego zasadne staje się podjęcie refleksji nad możliwością wdrożenia zintegrowanych ram analitycznych rozliczalności w systemie zdrowia, który uwzględniałby zarówno wymiar polityczny, administracyjny, profesjonalny, jak i społeczny. Takie podejście wpisuje się w postulaty nowoczesnego *good governance*, zakładającego przejrzystość, partycypację oraz orientację na rezultaty jako kluczowe determinanty skutecznych polityk zdrowotnych (WHO, 2022; OECD, 2020).

Wartość dodaną artykułu stanowi opracowanie ram analitycznych rozliczalności zdrowotnej w systemach wielopoziomowego zarządzania, umożliwiających integrację perspektywy politycznej, administracyjnej, profesjonalnej i społecznej. Ramy te nie stanowią pełnego modelu operacyjnego, lecz narzędzie porządkujące analizę relacji między strukturą systemu zdrowia, procesami zarządzania oraz efektami zdro-

wotnymi. Ich celem jest identyfikacja luk w rozliczalności systemowej, szczególnie w kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest analiza oraz krytyczna ocena mechanizmów rozliczalności funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia w perspektywie paradygmatu współzarządzania publicznego, a także opracowanie propozycji ram analitycznych rozliczalności zdrowotnej umożliwiających uporządkowanie relacji pomiędzy odpowiedzialnością instytucjonalną, procesami zarządzania oraz efektami zdrowotnymi. Opracowanie ma charakter konceptualny i nie stanowi kompletnego modelu operacyjnego, lecz próbę identyfikacji kluczowych wymiarów oraz kategorii analitycznych istotnych dla dalszych badań nad współzarządzaniem w ochronie zdrowia.

Metody

Artykuł ma charakter przeglądowo-analityczny i opiera się na krytycznej analizie literatury naukowej oraz dokumentów strategicznych dotyczących ładu publicznego i rozliczalności w zdrowiu publicznym. Przegląd literatury przeprowadzono z zastosowaniem podejścia narracyjnego, które umożliwia integrację zróżnicowanych koncepcji teoretycznych, modeli instytucjonalnych oraz wyników badań empirycznych odnoszących się do mechanizmów rozliczalności w polityce zdrowotnej.

Proces wyszukiwania źródeł przeprowadzono w międzynarodowych bazach danych: Scopus, Web of Science oraz PubMed, a także z wykorzystaniem wyszukiwarki Google Scholar. Zastosowano kombinacje słów kluczowych w języku angielskim, takich jak: *accountability*, *public governance*, *health policy*, *public health systems*, *health system governance*, *multi-level governance* oraz *Health in All Policies*.

Uwzględniono publikacje z lat 2005–2024, obejmujące artykuły przeglądowe, analizy teoretyczne oraz badania porównawcze odnoszące się do funkcjonowania systemów zdrowia publicznego. W szczególności wykorzystano raporty WHO oraz OECD. Kryteria włączenia obejmowały publikacje dotyczące mechanizmów rozliczalności w sektorze zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem ich powiązań z procesami zarządzania publicznego oraz efektami zdrowotnymi. Wykluczono natomiast opracowania o charakterze wyłącznie opisowym, które nie odnosiły się bezpośrednio do kategorii rozliczalności lub nie zawierały wystarczających informacji metodologicznych. Proces selekcji obejmował analizę tytułów i abstraktów, a następnie ocenę pełnych tekstów pod kątem zgodności z celem badania.

Uzupełniając przeanalizowano dokumenty i raporty instytucji międzynarodowych, m.in. Światowej Organizacji Zdrowia oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, które stanowią istotne źródło normatywnych ram dla współczesnych

polityk zdrowotnych. W części odnoszącej się do Polski wykorzystano również opracowania krajowe, raporty eksperckie oraz analizy systemowe dotyczące organizacji zdrowia publicznego i ewaluacji programów zdrowotnych.

Analiza materiału badawczego miała charakter jakościowy i obejmowała:

- 1) identyfikację dominujących sposobów konceptualizacji rozliczalności w literaturze przedmiotu,
- 2) analizę relacji pomiędzy mechanizmami rozliczalności a strukturami wielopoziomowego zarządzania oraz
- 3) rekonstrukcję kluczowych deficytów rozliczalności wskazywanych w odniesieniu do systemów zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu polskiego.

Dobór krajów do analizy porównawczej miał charakter celowy i opierał się na kryterium zróżnicowania modeli systemów ochrony zdrowia oraz poziomu rozwoju mechanizmów rozliczalności, co umożliwiło identyfikację odmiennych podejść instytucjonalnych.

Zastosowane podejście, mimo ograniczeń typowych dla przeglądu narracyjnego, pozwoliło na wypracowanie ram analitycznych dla zintegrowanych ram rozliczalności zdrowotnej, który w dalszej części artykułu stanowi podstawę dla formułowania wniosków i rekomendacji o charakterze praktycznym.

Rozliczalność jako kategoria analityczna w teorii ładu publicznego

W paradygmacie ładu publicznego rozliczalność stanowi jedną z kluczowych zasad normatywnych organizujących relacje pomiędzy państwem, rynkiem i społeczeństwem obywatelskim. W odróżnieniu od klasycznych modeli administracji publicznej, opartych na hierarchicznej kontroli i legalistycznym rozumieniu odpowiedzialności, ład publiczny zakłada współzarządzanie, sieciowy charakter relacji oraz współdzielenie kompetencji pomiędzy wieloma aktorami publicznymi i niepublicznymi (Bevir, 2013; Ansell i Torfing, 2016). W takim układzie rozliczalność przestaje być wyłącznie mechanizmem *ex post* kontroli działań administracyjnych, a staje się dynamiczną relacją obejmującą procesy uzasadniania decyzji, transparentności działań, ewaluacji efektów oraz ponoszenia konsekwencji politycznych, organizacyjnych i społecznych.

Bovens (2007) definiuje rozliczalność jako relację, w której aktor publiczny jest zobowiązany do wyjaśniania i uzasadniania swoich działań przed forum posiadającym prawo do zadawania pytań, wydawania ocen oraz egzekwowania sank-

cji. W literaturze wskazuje się jednak, że w warunkach ładu publicznego relacja ta ulega zwielokrotnieniu. Jeden podmiot odpowiada jednocześnie przed wieloma forami, a kryteria oceny działań często mają charakter konkurencyjny lub niespójny (Koppell, 2005). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w sektorze zdrowia publicznego, gdzie cele zdrowotne, społeczne, ekonomiczne i polityczne nakładają się na siebie.

Współczesne ujęcia rozliczalności podkreślają jej wielowymiarowy charakter, obejmujący m.in. wymiar polityczny (odpowiedzialność decydentów przed parlamentem i wyborcami), administracyjny (odpowiedzialność instytucji wykonawczych), profesjonalny (odpowiedzialność ekspertów i kadr medycznych) oraz społeczny (odpowiedzialność wobec obywateli i użytkowników systemu) (Bovens et al., 2014). Taka perspektywa stanowi istotny punkt odniesienia dla analizy systemów zdrowia publicznego, w których skuteczność interwencji zależy od koordynacji działań wielu aktorów działających na różnych poziomach zarządzania.

Ramy analityczne rozliczalności w polityce zdrowotnej – perspektywa OECD i WHO

Organizacje międzynarodowe, w szczególności WHO oraz OECD, odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu normatywnych ram rozliczalności w polityce zdrowotnej. WHO konsekwentnie wskazuje, że jest ona jednym z fundamentów silnych systemów zdrowia, obok przywództwa, partycypacji i oparcia decyzji na dowodach naukowych. W dokumentach strategicznych podkreśla się konieczność jasnego określenia ról i odpowiedzialności, systematycznego monitorowania postępów oraz publicznego raportowania wyników działań zdrowotnych (WHO, 2022).

OECD akcentuje natomiast znaczenie rozliczalności wynikowej, opartej na mierzalnych efektach zdrowotnych, efektywności wykorzystania zasobów oraz zdolności systemów do uczenia się na podstawie ewaluacji (OECD, 2020). Raporty porównawcze wskazują, że państwa o rozwiniętych mechanizmach rozliczalności charakteryzują się wyższą spójnością polityk zdrowotnych, lepszą koordynacją międzysektorową oraz większym zaufaniem społecznym do instytucji publicznych. Jednocześnie zarówno WHO, jak i OECD zwracają uwagę na napięcie pomiędzy rozliczalnością hierarchiczną a sieciową. W warunkach realizacji strategii „Zdrowie we wszystkich politykach” odpowiedzialność za efekty zdrowotne rozciąga się na sektory niezwiązane bezpośrednio z ochroną zdrowia, takie jak transport, edukacja czy polityka społeczna. Wymaga to redefinicji klasycznych mechanizmów rozliczalności i ich dostosowania do realiów zintegrowanego zarządzania publicznego.

WHO rozwija koncepcję rozliczalności poprzez ramy „zarządzania systemem zdrowotnym na rzecz równości w zdrowiu” obejmujące m.in. jasność ról instytucjonalnych, mechanizmy monitorowania postępów, publiczną dostępność danych oraz zdolność reagowania na nierówności zdrowotne (WHO, 2022). Z kolei OECD proponuje podejście oparte na koncepcji „ekosystemu rozliczalności”, w którym różne mechanizmy odpowiedzialności, tj.: polityczne, administracyjne, rynkowe i społeczne współdziałają, tworząc spójny system nadzoru nad efektami polityk zdrowotnych (OECD, 2020).

Wielopoziomowe zarządzanie zdrowiem publicznym a problem przypisania odpowiedzialności

Zdrowie publiczne jest obszarem polityki publicznej szczególnie silnie osadzonym w logice wielopoziomowego zarządzania. Kompetencje w zakresie planowania, finansowania i realizacji interwencji zdrowotnych są dzielone pomiędzy poziom centralny, regionalny i lokalny, a także pomiędzy sektor publiczny, prywatny i pozarządowy (Greer, Wismar i Figueras, 2016). Taki układ sprzyja elastyczności i dopasowaniu działań do lokalnych potrzeb, ale jednocześnie utrudnia jednoznaczne przypisanie odpowiedzialności za osiągnięte rezultaty.

W literaturze wskazuje się, że w systemach wielopoziomowych często dochodzi do rozmycia odpowiedzialności polegającego na przenoszeniu odpowiedzialności za niepowodzenia na inne poziomy władzy lub inne instytucje (Greer et al., 2022). Mechanizmy te osłabiają rozliczalność polityczną i ograniczają możliwość realnej oceny skuteczności polityk zdrowotnych. W konsekwencji procesy ewaluacyjne koncentrują się na zgodności proceduralnej, a nie na analizie rzeczywistego wpływu działań na stan zdrowia populacji.

W tabeli 1 przedstawiono strukturę wielopoziomowego zarządzania zdrowiem publicznym oraz przypisanie odpowiedzialności na poszczególnych poziomach decyzyjnych. Wskazuje ona, że system zdrowia publicznego jest zorganizowany w ramach różnych szczebli administracyjnych i sektorów, co wpływa na sposób kształtowania i realizacji polityk zdrowotnych. Na poziomie centralnym dominują zadania związane z tworzeniem polityki zdrowotnej, finansowaniem oraz ustanawianiem standardów, które następnie są wdrażane i koordynowane na poziomie regionalnym. Poziom lokalny odpowiada za realizację interwencji zdrowotnych, promocję zdrowia oraz działania w środowisku lokalnym, natomiast sektor prywatny i organizacje pozarządowe pełnią rolę uzupełniającą, koncentrując się na jakości usług, dostępności oraz wsparciu pacjentów. Analiza tabeli wskazuje również, że mechanizmy rozli-

czalności są zróżnicowane i zależne od poziomu zarządzania, tj. od ustaw i budżetu na poziomie centralnym, przez kontrakty i raportowanie regionalne, po ewaluację programów i partnerstwa na poziomie lokalnym i społecznym. W efekcie wielopoziomowa struktura zarządzania zdrowiem publicznym stwarza wyzwania w zakresie jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za efekty polityk zdrowotnych oraz wymaga spójnych mechanizmów koordynacji i monitorowania.

Tabela 1. Poziomy zarządzania i obszary odpowiedzialności w zdrowiu publicznym

Poziom zarządzania	Odpowiedzialność	Przykładowe instytucje	Mechanizmy rozliczalności
Centralny	polityka zdrowotna, finansowanie, standardy	MZ, NFZ, Rząd	ustawy, budżet, monitoring krajowy
Regionalny	organizacja świadczeń, koordynacja	wojewódzkie urzędy, NFZ (oddziały), WUM	raporty regionalne, kontrakty, ocena efektywności
Lokalny	interwencje zdrowotne, promocja zdrowia, opieka środowiskowa	samorządy, szkoły, Ośrodki Zdrowia	budżety lokalne, ewaluacja programów
Sektor prywatny	jakość usług, dostępność, koszty	kliniki, prywatne szpitale	akredytacje, standardy, umowy z NFZ
NGO/sektor społeczny	promocja zdrowia, wsparcie pacjentów	fundacje, organizacje pacjenckie	sprawozdania, efekty programów, partnerstwa

Legenda: MZ – Ministerstwo Zdrowia; NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia; WUM – Warszawski Uniwersytet Medyczny; NGO – organizacje pozarządowe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury dotyczącej zarządzania i rozliczalności w systemach zdrowia publicznego (Gałązka-Sobotka et al., 2021; Greer et al., 2016; Koppell, 2005; OECD, 2020, 2021, 2025; WHO, 2022, 2024).

Wybrane wskaźniki zasobów i efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia na tle OECD

Ocena rozliczalności systemu ochrony zdrowia wymaga uwzględnienia nie tylko mechanizmów instytucjonalnych, lecz także wybranych wskaźników dotyczących zasobów systemowych oraz efektów zdrowotnych. W celu zobrazowania najważniejszych uwarunkowań funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia poniżej przedstawiono wybrane dane OECD odnoszące się do poziomu finansowania, zasobów kadrowych, dostępności świadczeń oraz wybranych wskaźników zdrowotnych na tle średnich wartości dla państw OECD.

Dane OECD wskazują, że polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się istotnymi ograniczeniami zasobowymi i niższym poziomem finansowania w porównaniu ze średnią państw OECD. Liczba lekarzy w Polsce wynosi 3,9 na 1000 mieszkańców, co jest zbliżone do średniej OECD (3,9). Jednocześnie liczba pielęgniarek wynosi 5,9 na 1000 mieszkańców, przy średniej OECD wynoszącej 9,2, a liczba pracowników

opieki długoterminowej na 100 osób w wieku 65+ wynosi 0,3, podczas gdy średnia OECD wynosi 5,0 (OECD, 2025).

Przedstawione wskaźniki mają charakter ilustracyjny i wskazują na wybrane ograniczenia zasobowe oraz potencjalne źródła nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, co pozostaje istotne z perspektywy rozliczalności społecznej i profesjonalnej (tabela 2).

Tabela 2. Kluczowe wskaźniki systemu zdrowia w Polsce i OECD

Wskaźnik	Polska	OECD (średnia)
Wydatki na zdrowie (% PKB)	8,1	9,3
Wydatki <i>per capita</i> (USD PPP)	4284	5967
Długość życia (lata)	78,4	brak danych
Śmiertelność możliwa do uniknięcia (na 100 000)	202	145
Zadowolenie z dostępności opieki (%)	51	64
Niezaspokojone potrzeby zdrowotne (%)	3,8	brak danych
Udział wydatków na prewencję (%)	1,7	3,4
Lekarze na 1000 mieszkańców	3,9	3,9
Pielęgniarki na 1000 mieszkańców	5,9	9,2
Pracownicy opieki długoterminowej (na 100 osób 65+)	0,3	5,0

Legenda: PKB – produkt krajowy brutto; PPP – parytet siły nabywczej.

Źródło: OECD (2025).

Znaczenie wydatków prywatnych i „out-of-pocket”

Według WHO w systemie zdrowia w Polsce, pomimo powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nadal występują istotne luki w zakresie świadczeń objętych pakietem publicznym, w tym leków i usług stomatologicznych. Ponadto udział wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach zdrowotnych jest relatywnie wysoki, co wpływa na dostępność usług i ryzyko pogłębiania nierówności zdrowotnych (WHO, 2024). Z punktu widzenia rozliczalności wysoki udział wydatków prywatnych może świadczyć o niewystarczającej skuteczności systemu publicznego w zapewnieniu powszechnego dostępu do usług, co wymaga odpowiednich mechanizmów monitorowania i oceny wyników. Wydatki *out-of-pocket*, czyli bezpośrednie wydatki pacjentów ponoszone w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych, stanowią istotny element struktury finansowania systemu i mogą prowadzić do barier w dostępie do opieki oraz pogłębiania nierówności zdrowotnych.

Deficyty rozliczalności w polskim systemie zdrowia publicznego

Analiza polskiego systemu zdrowia publicznego wskazuje na utrwalone deficyty rozliczalności, wynikające zarówno z uwarunkowań instytucjonalnych, jak i kultury zarządzania publicznego. System ten charakteryzuje się znacznym rozproszeniem kompetencji pomiędzy administrację rządową, samorząd terytorialny oraz wyspecjalizowane agencje i instytucje wykonawcze. Brak spójnych mechanizmów koordynacji oraz jednoznacznych kryteriów oceny efektów zdrowotnych sprzyja dominacji rozliczalności formalno-prawnej nad wynikową (Gałązka-Sobotka et al., 2021).

Ewaluacja programów zdrowotnych w Polsce ma często charakter fragmentaryczny i sprowadza się głównie do rozliczania wydatkowanych środków, bez systematycznej analizy długoterminowych efektów zdrowotnych i społecznych. Wyniki tych ocen rzadko są wykorzystywane w procesach decyzyjnych, co ogranicza zdolność systemu do uczenia się, adaptacji oraz korekty polityk w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby populacji. Deficyty te stały się szczególnie widoczne w okresie pandemii COVID-19, kiedy brak klarownych mechanizmów odpowiedzialności utrudniał ocenę skuteczności podejmowanych interwencji. Jednocześnie mają one wymiar kulturowy, ponieważ w praktyce administracyjnej nadal dominuje orientacja na zgodność z procedurami, a nie na ocenę rzeczywistego wpływu polityk na zdrowie populacji. Takie ramy funkcjonowania sprzyjają rozmywaniu odpowiedzialności za rezultaty i utrwalaniu zachowań defensywnych w instytucjach publicznych.

W tabeli 3 zaprezentowano główne deficyty rozliczalności w polskim systemie zdrowia, identyfikowane na podstawie analiz instytucjonalnych, danych statystycznych oraz raportów ewaluacyjnych. Wskazuje ona, że kluczowym problemem jest rozproszenie kompetencji oraz brak spójnych mechanizmów koordynacji między poziomem centralnym, regionalnym i lokalnym, co utrudnia przypisanie odpowiedzialności za efekty polityk zdrowotnych. Dominacja rozliczalności formalno-prawnej skutkuje skupieniem się na zgodności proceduralnej, a nie na rzeczywistym wpływie działań na stan zdrowia populacji. Słabe mechanizmy ewaluacji ograniczają zdolność systemu do uczenia się i adaptacji. Ponadto wysoki udział wydatków prywatnych oraz niski udział prewencji wskazują na ograniczenia w dostępności usług oraz rosnące długoterminowe koszty zdrowotne. Niedobory kadrowe, szczególnie w obszarze pielęgniarstwa i opieki długoterminowej, przekładają się na spadek jakości usług oraz zwiększenie nierówności w dostępie do opieki.

Tabela 3. Główne deficyty rozliczalności w polskim systemie zdrowia (w świetle danych i praktyk)

Obszar deficytu	Objawy w Polsce	Konsekwencje dla efektywności systemu
Brak spójności między poziomami	rozproszenie kompetencji	trudność w ocenie efektów polityk
Dominacja rozliczalności formalnej	audyty proceduralne	brak oceny wpływu na zdrowie populacji
Słabe mechanizmy ewaluacji	fragmentaryczne oceny programów	brak uczenia się systemu
Wysokie wydatki prywatne	wydatki bezpośrednie	nierówności, ograniczona dostępność
Niski udział prewencji	1,7% wydatków	długofalowe skutki zdrowotne i koszty
Niedobory kadrowe	pielęgniarki, opieka długoterminowa	spadek jakości usług i dostępności

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, OECD oraz raportów i analiz dotyczących funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Paradoks współdzielonej odpowiedzialności w zdrowiu publicznym

Paradoks współdzielonej odpowiedzialności (Koppell, 2005) jest kluczowym konceptem wyjaśniającym, dlaczego w systemach opartych na *governance* odpowiedzialność często ulega rozmyciu. W zdrowiu publicznym cele polityk są wielowymiarowe, tj.: poprawa zdrowia populacji, redukcja nierówności zdrowotnych, kontrola kosztów, zapewnienie jakości usług oraz wzrost zaufania społecznego. Jednocześnie realizacja tych celów wymaga zaangażowania wielu sektorów i aktorów: administracji publicznej, sektora prywatnego, organizacji pozarządowych, środowisk naukowych oraz społeczności lokalnych. W praktyce oznacza to, że odpowiedzialność za efekty zdrowotne jest współdzielona, ale brak jasnych mechanizmów przypisania roli i odpowiedzialności prowadzi do sytuacji, w której wyniki są trudne do zmierzenia, a odpowiedzialność za niepowodzenia jest przerzucana między podmiotami. W rezultacie dominuje rozliczalność proceduralna rozumiana jako mechanizmy sprawozdawczości i kontroli formalnej kosztem rozliczalności wynikowej, czyli oceny rzeczywistych efektów zdrowotnych.

Doświadczenia pandemii COVID-19 jako test mechanizmów rozliczalności

Pandemia COVID-19 uwypukliła znaczenie spójnych i przejrzystych mechanizmów rozliczalności. Kraje, w których istniały klarowne relacje odpowiedzialności politycznej i eksperckiej oraz rozwinięte mechanizmy komunikacji z obywatelami, charakteryzowały się wyższym poziomem zaufania społecznego oraz większą zdol-

nością adaptacyjną systemów zdrowia (Greer et al., 2022). W kontekście polskim doświadczenia pandemii wskazały na problemy koordynacji, niejasność odpowiedzialności i ograniczenia w komunikacji, co prowadziło do osłabienia zaufania społecznego i wzrostu napięć politycznych. Brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za decyzje podejmowane w warunkach niepewności może prowadzić do erozji legitymizacji działań publicznych.

Ramy analityczne zintegrowanej rozliczalności zdrowotnej – propozycja koncepcyjna

W odpowiedzi na zidentyfikowane deficyty rozliczalności w systemie zdrowia publicznego proponuje się ramy analityczne zintegrowanej rozliczalności zdrowotnej. Proponowane ujęcie nie stanowi w pełni operacyjnego modelu zarządzania, lecz koncepcyjną próbę uporządkowania relacji pomiędzy odpowiedzialnością instytucjonalną, procesami zarządzania oraz efektami zdrowotnymi. W odróżnieniu od bardziej rozbudowanych modeli wielowymiarowych, obejmujących np. wymiar rynkowy, cyfrowy czy finansowy, proponowane ramy koncentrują się na czterech podstawowych wymiarach rozliczalności szczególnie istotnych z perspektywy *governance* w zdrowiu publicznym: politycznym, administracyjnym, profesjonalnym i społecznym. Celem takiego zawężenia jest stworzenie przejrzystego schematu analitycznego odnoszącego się do kluczowych relacji odpowiedzialności w systemie ochrony zdrowia.

Model ten zakłada, że rozliczalność nie jest jednorazowym aktem kontroli, ale dynamicznym procesem obejmującym powiązanie celów zdrowotnych, alokacji zasobów, pomiaru efektów oraz mechanizmów egzekwowania odpowiedzialności. Ramy analityczne modelu opierają się na czterech powiązanych etapach: 1) definiowaniu celów zdrowotnych na poziomie strategicznym, 2) implementacji działań i alokacji zasobów, 3) monitorowaniu i pomiarze efektów zdrowotnych i 4) przypisaniu odpowiedzialności oraz wprowadzaniu działań korygujących.

Kluczowym założeniem modelu jest integracja danych o wynikach zdrowotnych z procesami decyzyjnymi, co umożliwi przejście od rozliczalności proceduralnej do rozliczalności wynikowej. Ramy analityczne modelu obejmują cztery komplementarne wymiary rozliczalności, które są ze sobą powiązane poprzez wspólny system informacji i raportowania.

Wymiar polityczny odnosi się do odpowiedzialności decydentów publicznych za kształtowanie celów zdrowotnych oraz ich realizację. Obejmuje mechanizmy takie jak budżetowanie zadaniowe, raportowanie do parlamentu oraz powiązanie polityk zdrowotnych z priorytetami strategicznymi państwa.

Wymiar administracyjny dotyczy instytucji odpowiedzialnych za wdrażanie polityk zdrowotnych i zarządzanie zasobami. Kluczowe znaczenie mają tu systemy wskaźników efektywności, benchmarking oraz audyty efektywności, które umożliwiają ocenę relacji między nakładami a osiąganymi rezultatami.

Wymiar profesjonalny obejmuje odpowiedzialność środowisk medycznych za jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych. W jego ramach stosuje się wskaźniki kliniczne, systemy akredytacji oraz rejestry medyczne, które pozwalają na monitorowanie wyników leczenia i poprawę jakości opieki.

Wymiar społeczny odnosi się do odpowiedzialności wobec obywateli i użytkowników systemu zdrowia. Obejmuje mechanizmy publicznego raportowania wyników, wskaźniki doświadczeń pacjentów oraz różne formy partycypacji społecznej (OECD, 2020).

Proponowane ramy wymagają dalszej operacjonalizacji poprzez określenie mierzalnych wskaźników, kryteriów sukcesu oraz źródeł danych umożliwiających ocenę efektywności polityk zdrowotnych. W szczególności konieczne jest zdefiniowanie czterech podstawowych kategorii analitycznych: zmiennych wejściowych, takich jak poziom finansowania ochrony zdrowia, zasoby kadrowe czy infrastruktura systemu; wskaźników procesowych obejmujących m.in. dostępność świadczeń, czas oczekiwania, poziom koordynacji opieki oraz realizację programów profilaktycznych; wyników odnoszących się do jakości świadczeń, skuteczności leczenia i doświadczeń pacjentów oraz efektów końcowych, takich jak długość życia, śmiertelność możliwa do uniknięcia, nierówności zdrowotne czy poziom zaufania społecznego do instytucji systemu zdrowia.

Mechanizm działania modelu

Istotą modelu jest przepływ informacji oraz odpowiedzialności pomiędzy jego wymiarami. Dane dotyczące wyników zdrowotnych, generowane na poziomie profesjonalnym i administracyjnym, są agregowane i przekazywane na poziom polityczny, gdzie stanowią podstawę podejmowania decyzji strategicznych oraz alokacji zasobów. Jednocześnie dane te są udostępniane społeczeństwu, co umożliwia kontrolę społeczną i wzmacnia przejrzystość systemu. W sytuacji, gdy zakładane cele zdrowotne nie są osiągnięte, model zakłada uruchomienie mechanizmów korekcyjnych, takich jak zmiana sposobu finansowania, modyfikacja programów zdrowotnych lub wprowadzenie działań naprawczych na poziomie instytucjonalnym. Tym samym rozliczalność przyjmuje charakter realny, powiązany z konsekwencjami decyzyjnymi, a nie wyłącznie formalno-proceduralny.

Rola danych jako instrumentu rozliczalności

W proponowanym modelu dane finansowe, epidemiologiczne i systemowe stanowią podstawowy mechanizm rozliczalności wynikowej. Nie pełnią one jedynie funkcji opisowej, lecz umożliwiają przypisanie odpowiedzialności za efekty polityk zdrowotnych na różnych poziomach zarządzania.

Przykładowo, brak poprawy wskaźników zdrowotnych przy jednoczesnym wzroście nakładów publicznych może wskazywać na deficyty na poziomie politycznym (niewłaściwe priorytety), administracyjnym (nieefektywna implementacja) lub profesjonalnym (niewystarczająca jakość świadczeń). W tym ujęciu wskaźniki zdrowotne stają się narzędziem identyfikacji odpowiedzialności, a nie jedynie miarą stanu zdrowia populacji.

Źródłem pomiaru dla wskazanych kategorii powinny być zarówno dane administracyjne (NFZ, Ministerstwo Zdrowia, GUS), jak i dane epidemiologiczne, rejestry medyczne, wskaźniki OECD i WHO oraz badania doświadczeń pacjentów (PREMs/PROMs). W tym ujęciu dane przedstawione w tabeli 2 mają charakter ilustracyjny i służą ukazaniu wybranych deficytów systemowych, a nie stanowią kompletnego zestawu wskaźników operacyjnych proponowanych ram analitycznych.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że państwa o wyższym poziomie rozliczalności w ochronie zdrowia charakteryzują się nie tylko odpowiednim poziomem finansowania, lecz przede wszystkim instytucjonalnym powiązaniem nakładów z wynikami zdrowotnymi oraz rozwiniętymi systemami monitorowania jakości i efektywności świadczeń. Kluczowe znaczenie ma tu zdolność systemu do generowania wiarygodnych danych, ich analizy oraz wykorzystania w procesach decyzyjnych, co stanowi istotę tzw. rozliczalności wynikowej (OECD, 2020; Smith et al., 2009).

Przykłady państw o rozwiniętych mechanizmach rozliczalności wskazują na różnorodne, lecz komplementarne podejścia instytucjonalne.

Wielka Brytania (NHS) stanowi jeden z najbardziej rozwiniętych przykładów systemu opartego na formalnych mechanizmach rozliczalności. Funkcjonują tam zintegrowane systemy raportowania jakości i efektywności, w tym Quality and Outcomes Framework (QOF), który wiąże wynagrodzenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z osiąganymi wynikami klinicznymi. Dodatkowo instytucje takie jak Care Quality Commission prowadzą systematyczną ocenę jakości świadczeń, a wyniki tych ocen są publicznie dostępne, co wzmacnia rozliczalność zarówno administracyjną, jak i społeczną (Bevan i Hood, 2006; OECD, 2020).

W Holandii rozwinięto model oparty na regulowanej konkurencji między ubezpieczycielami, w którym kluczową rolę odgrywa obowiązek raportowania jakości i wyników leczenia przez świadczeniodawców. System ten opiera się na silnych

mechanizmach transparentności oraz aktywnej roli pacjenta jako „świadomego wyborcy” usług zdrowotnych. Rozliczalność ma tu charakter zarówno rynkowy, jak i instytucjonalny, ponieważ wyniki wpływają na kontraktowanie świadczeń oraz decyzje ubezpieczycieli (OECD, 2020; Busse et al., 2019).

Szwecja reprezentuje podejście oparte na wysokim poziomie decentralizacji i rozwiniętych narzędziach rozliczalności profesjonalnej. Szczególną rolę odgrywają narodowe rejestry kliniczne, które umożliwiają monitorowanie wyników leczenia w czasie rzeczywistym oraz ich porównywanie pomiędzy regionami i placówkami. Dane te są wykorzystywane zarówno do poprawy jakości świadczeń, jak i do podejmowania decyzji zarządczych, co czyni z nich jeden z najbardziej zaawansowanych przykładów integracji wiedzy klinicznej z systemem *governance* (OECD, 2020; Klazinga et al., 2011).

Kanada natomiast rozwija model wielopoziomowej rozliczalności, w którym kluczową rolę odgrywa system pomiaru wyników zdrowotnych koordynowany przez Canadian Institute for Health Information (CIHI 2013; CIHI 2023). Dane dotyczące jakości, dostępności i efektywności świadczeń są regularnie raportowane i porównywane pomiędzy prowincjami, co wzmacnia mechanizmy uczenia się systemowego oraz odpowiedzialności między poziomami zarządzania. Istotnym elementem są także publiczne raporty dotyczące wyników systemu zdrowia, które zwiększają przejrzystość i umożliwiają ocenę działań przez obywateli (OECD, 2020).

Tabela 4. Mechanizmy rozliczalności w wybranych systemach ochrony zdrowia – ujęcie porównawcze

Kraj	Model systemu	Kluczowe mechanizmy rozliczalności	Dominujący typ rozliczalności	Znaczenie dla efektywności systemu
Wielka Brytania (NHS)	System publiczny (Beveridge)	QOF (powiązanie finansowania z wynikami), raportowanie jakości (CQC), publiczne raporty	polityczna, administracyjna, społeczna	wysoka przejrzystość, silne powiązanie wyników z finansowaniem
Holandia	Regulowana konkurencja	raportowanie jakości, kontraktowanie świadczeń przez ubezpieczycieli, wybór pacjenta	administracyjno-rynkowa (z komponentem społecznym)	wysoka efektywność i konkurencyjność świadczeniodawców
Szwecja	System zdecentralizowany	rejestry kliniczne, benchmarking regionalny, raportowanie wyników	profesjonalna, administracyjna	wysoka jakość kliniczna i zdolność uczenia się systemu
Kanada	System publiczny (federalny)	raportowanie wyników przez CIHI, porównania między prowincjami, wskaźniki jakości	administracyjna, polityczna	wzmocniona koordynacja między poziomami systemu
Polska	System mieszany	dominacja kontroli formalnej, ograniczone wykorzystanie wskaźników wynikowych	administracyjno-proceduralna (dominacja wymiaru formalnego)	ograniczona efektywność i słaba rozliczalność wynikowa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD (2020, 2025), Busse et al. (2019), Klazinga et al. (2011).

Analiza porównawcza wskazuje, że pomimo różnic instytucjonalnych wspólną cechą tych systemów jest silna integracja danych o wynikach zdrowotnych z procesami decyzyjnymi, finansowaniem oraz mechanizmami nadzoru, a także ich szeroka dostępność publiczna. Wysoki poziom rozliczalności wynika zatem nie tylko z istnienia formalnych struktur odpowiedzialności, lecz przede wszystkim z funkcjonowania spójnych systemów informacji, które umożliwiają bieżące monitorowanie efektów oraz ich wykorzystanie w zarządzaniu polityką zdrowotną. Kategorie administracyjno-rynkowa i administracyjno-proceduralna stanowią rozszerzenie operacyjne czterech podstawowych wymiarów rozliczalności przyjętych w artykule (tabela 4).

W tym kontekście rozliczalność przyjmuje charakter systemowy i dynamiczny, obejmując zarówno relacje hierarchiczne, jak i sieciowe oraz rynkowe, co stanowi istotny punkt odniesienia dla reform systemów zdrowia o niższym poziomie rozliczalności, w tym Polski (OECD, 2020; OECD, 2025).

Dyskusja

W systemach zdrowia publicznego odpowiedzialność za efekty działań zdrowotnych ma charakter współdzielony, jednak powinna być instytucjonalnie przypisana poprzez jasno zdefiniowane mechanizmy rozliczalności na poziomie politycznym, administracyjnym i profesjonalnym.

Problem rozliczalności w zdrowiu publicznym ma charakter strukturalny i wynika nie z braku instrumentów, lecz z ich niespójnej architektury instytucjonalnej. W systemach *governance* dochodzi do napięcia między logiką hierarchiczną, rynkową i sieciową, co prowadzi do fragmentacji odpowiedzialności. W ujęciu paradygmatu ładu publicznego deficyty rozliczalności wynikają przede wszystkim z wielości i zróżnicowania aktorów zaangażowanych w realizację celów zdrowotnych, rozproszenia kompetencji decyzyjnych pomiędzy różne poziomy zarządzania oraz braku spójnych mechanizmów koordynacji międzysektorowej. Wnioski te są zbieżne z ustaleniami badań międzynarodowych, które wskazują, że systemy zdrowia oparte na sieciowych formach zarządzania wymagają jakościowo odmiennych narzędzi rozliczalności niż klasyczne modele administracji hierarchicznej (Bovens et al., 2014; Ansell i Torfing, 2016).

Szczególno znaczenia nabiera zidentyfikowany w literaturze „paradoks współdzielonej odpowiedzialności”, który w praktyce prowadzi do dominacji rozliczalności proceduralnej nad wynikową. Zjawisko to jest wyraźnie widoczne również w polskim systemie zdrowia publicznego, gdzie mechanizmy sprawozdawczości i kontroli koncentrują się na zgodności formalnej działań z obowiązującymi regulacjami,

a w mniejszym stopniu na rzeczywistej ocenie ich wpływu na stan zdrowia populacji. Podobne obserwacje formułowane są w analizach OECD, wskazujących, że brak orientacji na rezultaty osłabia efektywność polityk zdrowotnych i ogranicza możliwość uczenia się instytucjonalnego (OECD, 2020).

Doświadczenia pandemii COVID-19 dodatkowo uwypukliły znaczenie spójnych i przejrzystych mechanizmów rozliczalności. Kraje, w których istniały klarowne relacje odpowiedzialności politycznej i eksperckiej oraz rozwinięte mechanizmy komunikacji z obywatelami, charakteryzowały się wyższym poziomem zaufania społecznego oraz większą zdolnością adaptacyjną systemów zdrowia (Greer et al., 2022). W tym kontekście brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za decyzje podejmowane w warunkach niepewności może prowadzić do erozji legitymizacji działań publicznych.

Niniejsze opracowanie posiada pewne ograniczenia. Po pierwsze, zastosowane podejście przeglądu narracyjnego nie zapewnia pełnej replikowalności wyników i może wiązać się z selektywnością doboru źródeł. Po drugie, analiza ma charakter głównie teoretyczno-analityczny i nie obejmuje badań empirycznych, co ogranicza możliwość ilościowej weryfikacji zaproponowanego modelu. Po trzecie, wykorzystane dane wtórne (OECD, WHO) odnoszą się do różnych okresów sprawozdawczych, co może wpływać na ich porównywalność.

Pomimo tych ograniczeń opracowanie stanowi podstawę do dalszych badań empirycznych nad mechanizmami rozliczalności w systemach zdrowia publicznego.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wskazuje, że rozliczalność w polskim systemie zdrowia publicznego pozostaje słabo zinstytucjonalizowana i w praktyce często sprowadzana do mechanizmów proceduralnych. Dominacja rozliczalności formalno-prawnej oraz rozproszenie kompetencji pomiędzy różne poziomy zarządzania prowadzą do ograniczonej przejrzystości relacji odpowiedzialności, co z kolei utrudnia ocenę realnych efektów działań zdrowotnych. W konsekwencji system zdrowia publicznego wykazuje symptomy „paradoksu współdzielonej odpowiedzialności”, w którym wzrost liczby aktorów odpowiedzialnych za realizację celów zdrowotnych nie przekłada się na większą skuteczność ani legitymizację polityk.

W świetle analiz porównawczych jednym z kluczowych deficytów polskiego systemu zdrowia jest brak systemowego powiązania danych o wynikach zdrowotnych z procesami decyzyjnymi i finansowymi. W odróżnieniu od państw takich jak Wielka Brytania czy Szwecja, dane te nie pełnią roli centralnego mechanizmu rozliczal-

ności, lecz mają charakter wtórny. Ogranicza to możliwość realnego egzekwowania odpowiedzialności za efekty polityk zdrowotnych. Rekomenduje się dalsze rozwijanie i operacjonalizację ram analitycznych zintegrowanej rozliczalności zdrowotnej, obejmujących wymiar polityczny, administracyjny, profesjonalny i społeczny. Ramy te mogą stanowić punkt wyjścia do budowy bardziej kompleksowych modeli rozliczalności uwzględniających również aspekty rynkowe, cyfrowe i finansowe.

Wskazane jest również wyraźne przypisanie odpowiedzialności za realizację celów zdrowotnych na poszczególnych poziomach zarządzania, z jednoczesnym wzmocnieniem koordynacji międzysektorowej i systemów zarządzania kryzysowego, co jest szczególnie istotne w świetle doświadczeń pandemii COVID-19 (Greer et al., 2022; OECD, 2021).

Rozwój systemów monitoringu i ewaluacji powinien być oparty na mierzalnych wskaźnikach efektów zdrowotnych oraz mechanizmach „uczenia się” z wyników. W tym kontekście istotne jest powiązanie wydatków na zdrowie z rzeczywistymi rezultatami, a nie tylko z realizacją budżetu (OECD, 2020; WHO, 2022).

Zaleca się wzmocnienie mechanizmów partycypacji społecznej i transparentnej komunikacji z obywatelami, co może zwiększyć legitymizację i akceptację polityk zdrowotnych. Wymaga to jednak stworzenia formalnych kanałów dialogu i raportowania, a także włączenia obywateli w proces oceny efektywności programów zdrowotnych. Wskazane jest budowanie kultury odpowiedzialności wynikowej w instytucjach publicznych poprzez powiązanie wyników z procesami decyzyjnymi i finansowymi oraz wzmocnienie roli ekspertów w procesach decyzyjnych.

Realizacja powyższych rekomendacji może przyczynić się do zwiększenia efektywności wykorzystania środków publicznych, poprawy jakości decyzji zdrowotnych oraz odbudowy zaufania społecznego do instytucji systemu zdrowia publicznego. Jednocześnie wprowadzenie zintegrowanych ram analitycznych rozliczalności zdrowotnej stanowić będzie podstawę do dalszych badań empirycznych nad skutecznością polityk zdrowotnych i mechanizmów ładu publicznego w Polsce.

Z perspektywy praktycznej szczególnie istotne wydaje się powiązanie postulatów zintegrowanej rozliczalności z realnymi instrumentami zarządzania publicznego, takimi jak kontraktowanie świadczeń, planowanie budżetowe czy mechanizmy nadzoru właścicielskiego. Bez takiego „przełożenia” na narzędzia operacyjne istnieje ryzyko, że koncepcja zintegrowanego modelu rozliczalności pozostanie głównie postulatem normatywnym, a nie realnym impulsem do zmiany funkcjonowania systemu zdrowia publicznego.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Wszystkie wymienione autorki wniosły znaczący, bezpośredni i intelektualny wkład w artykuł i zatwierdziły go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorki deklarują, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o etyce badawczej

Autorki poświadczają, że opublikowane w tekście badania zostały przeprowadzone zgodnie z etyką badawczą afiliowanych uczelni.

Bibliografia

- Ansell, C., Torfing, J. (2016). *Public Governance as Co-Creation: A Strategy for Revitalizing the Public Sector and Rejuvenating Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bevan, G., Hood, C. (2006). What's Measured Is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System, *Public Administration*, 84(3): 517–538.
- Bevir, M. (2013). *A Theory of Governance*. University of California Press.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W. (2019). *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Bovens, M. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework, *European Law Journal*, 13(4): 447–468.
- Bovens, M., Goodin, R.E., Schillemans, T. (2014). *The Oxford Handbook of Public Accountability*. Oxford: Oxford University Press.
- Canadian Institute for Health Information. (2013). *Health System Performance in Canada: Progress report*. CIHI.
- Canadian Institute for Health Information. (2023). *How Canada Compares: Results from the OECD Health Statistics 2023*. CIHI.
- Gałązka-Sobotka, M., Frączkiewicz-Wronka, A., Szetela, B. (2021). Governance i odpowiedzialność w systemie zdrowia publicznego w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 19(1): 7–19.
- Greer, S.L., King, E.J., da Fonseca, E.M., Peralta-Santos, A. (2022). *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

- Greer, S.L., Wismar, M., Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*. WHO Regional Office for Europe.
- Klazinga, N., Fischer, C., Asbroek, A. (2011). Health Services Research Related to Performance Indicators and Benchmarking in Europe, *Journal of Health Services Research and Policy*, 16(2): 38–47.
- Koppell, J.G.S. (2005). Pathologies of Accountability: ICANN and the Challenge of “Multiple Accountabilities Disorder”, *Public Administration Review*, 65(1): 94–108.
- OECD. (2020). *Public Governance and Health Systems: Towards Better Accountability*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2021). *Building Resilience to Future Shocks through Good Governance*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: Country Note – Poland*. Paris: OECD Publishing.
- Smith, P.C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2022). *Strengthening Governance for Health Equity*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Poland: Health System Summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies.

