



Health Consumer Powerhouse

Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016



Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016

Health Consumer Powerhouse

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
w 2016 r.
Raport

Prof. dr Arne Björnberg
arne.bjornberg@healthpowerhouse.com

Health Consumer Powerhouse
26 stycznia 2017 r.
Liczba stron: 102

Niniejszy raport może być cytowany bez ograniczeń pod warunkiem podania źródła.
© Health Consumer Powerhouse Ltd., 2017.

Spis treści

SUKCES EUROPEJSKICH SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ KWESTIONUJE WYNIKI BADANIA.....	4
1. STRESZCZENIE	5
1.1 Uwagi ogólne – europejskie systemy opieki zdrowotnej funkcjonują coraz lepiej.....	5
1.2 Wyniki w poszczególnych krajach	5
1.3 Analiza indywidualna 35 krajów.....	7
1.4 Czy mniej zamożne kraje wracają do formy po kryzysie finansowym?	20
1.5 BBB, czyli model Bismarcka deklasuje model Beveridge’a – to już stało się tradycją.....	21
2. WPROWADZENIE	22
2.1 Podstawowe informacje	22
2.2 Zakres indeksu	23
2.3 O autorze.....	23
3. WYNIKI EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2016	25
3.1 Podsumowanie wyników	29
4. WYNIKI SKORYGOWANE O WSKAŹNIK „WARTOŚĆ-CENA”	32
4.1 Metodyka kalkulacji wyniku BFB	32
4.2 Wyniki ujęte w tabeli wyników BFB.....	33
5. TRENDY NA PRZESTRZENI DZIESIĘCIU LAT	34
5.1 Zmiany wyników w latach 2006-2016	34
5.2 Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia	36
5.3 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej	38
5.4 Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta	39
5.5 Listy oczekujących: problem mentalny pracowników opieki zdrowotnej?	39
5.6 Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?.....	43
5.7 Rozprzestrzenianie się MRSA	43
6. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?	44
7. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA.....	44
7.1 Zakres i treść EHCI 2005.....	44
7.2 Zakres i treść EHCI 2006-2014	45
7.3 EHCI 2016	46
7.4 Obszary, do których odnoszą się wskaźniki (podkategorie)	46
7.5 Punktacja zastosowana w EHCI 2016.....	47
7.6 Współczynniki wagowe	47
7.7 Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2016.....	48
7.8 Ustawienia wartości progowych	55
7.9 Źródła danych „CUTS”.....	56
7.10 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2016	57
7.11 Zewnętrzny panel ekspercki.....	100
8. BIBLIOGRAFIA	100
8.1 Główne źródła informacji	100
ZAŁĄCZNIK NR 1. SAGA PRAWDZIWA O STAWIE BIODROWYM WERNERA, CZYLI JAKI POWINIEN BYĆ CZAS OCZEKIWANIA W KAŻDYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA	102

Sukces europejskich systemów opieki zdrowotnej kwestionuje wyniki badania

W czasach pesymizmu i rozczarowania społeczeństwo powinno realizować takie funkcje, które przynoszą wymierne korzyści. W Europie system opieki zdrowotnej jest takim właśnie dobrem. Z każdym rokiem system ten funkcjonuje coraz lepiej, ratując ludzkie życie, lecząc choroby i poprawiając jakość życia członków społeczeństwa. Co więcej, w czasach Trumpizmu jest on w dużej mierze dostępny dla niemal wszystkich Europejczyków.

To nie jest równoznaczne ze stwierdzeniem, że każdy uzyskuje taką pomoc, na jaką zasługuje, czy też, że system opieki zdrowotnej jest dobrze naoliwionym i bezbłędnie funkcjonującym cudem. Jak pokazuje od ponad 10 lat Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI), finansowane ze środków publicznych europejskie systemy opieki zdrowotnej ulegają systematycznej poprawie. Skala Indeksu jest sposobem mierzenia, w jakim zakresie każdy z 35 krajów spełnia oczekiwania związane z dobrą, przyjazną dla pacjenta opieką zdrowotną. W rankingu EHCI 2008 zwycięski kraj uzyskał 84%, podczas gdy w 2016 r. zwycięzca miał wynik ponad 93%, a 11 krajów przekroczyło pułap 80%. Podobna tendencja widoczna jest wśród krajów o najsłabszych wynikach, gdzie odnotowuje się wzrost z poziomu 45% do 50% (co oznacza, niestety, że różnice w osiągnięciach między starymi i nowymi krajami UE wciąż są znaczące). Cały blok 35 krajów poprawił swoje wyniki.

W raporcie dotyczącym Indeksu znaleźć można wiele przykładów działań usprawniających funkcjonowanie systemu. Istnieje ogromny potencjał dalszego rozwoju, pod warunkiem przyspieszenia procesu wzajemnej transgranicznej wymiany wiedzy i doświadczenia.

- Czym byłoby skrócenie czasu oczekiwania, obniżenie kosztów związanych z polityką kolejkową i osobistych niedogodności, gdyby dużo więcej krajów zaoferowało taki sam szybki dostęp do opieki zdrowotnej, jaki zapewnia Belgia czy Republika Macedonii?
- Czy w sytuacji gdy profilaktyka jest wciąż w przeważającej mierze niezagospodarowanym obszarem, mogącym usprawnić system opieki zdrowotnej, Norwegia, lider w tej podkategorii rankingu EHCI, mogłaby wyznaczyć standard wart powielania i wdrażania na kontynencie?
- W związku z tym, że coraz więcej krajów zbliża się do osiągnięcia maksymalnej punktacji przewidzianej w Indeksie dla wyników leczenia, można mieć wrażenie, że nie tylko najbogatsze kraje, ale także te średniozamożne jak np. Finlandia, Islandia, Czechy czy Słowenia zainspirowały się wydajnymi kosztowo rozwiązaniami.

Systemy opieki zdrowotnej oparte na najlepszym stosunku jakości do ceny są przedmiotem wnikliwej analizy, nie tylko w krajach europejskich. Co będzie rozwiązaniem przystępnym cenowo i zrównoważonym w krajach borykających się z problemami starzenia się społeczeństwa, deficytu budżetowego i niedoboru siły roboczej? Jest to twardy orzech do zgryzienia dla rządów krajowych oraz Komisji Europejskiej i OECD. Możemy śmiało powiedzieć, że nie brakuje wiedzy potrzebnej do naprawienia wadliwych systemów, ale czy wystarczy determinacji?

Stała poprawa wyników wymaga nie tylko bardziej wymagających kryteriów oceny, ale również nowego podejścia do tego, który wskaźnik jest w stanie uchwycić pełny potencjał współczesnego systemu opieki zdrowotnej. Ranking EHCI (oraz dodatkowe mierniki HCP) będzie musiał rozwijać się wraz ze zmieniającym się obliczem opieki zdrowotnej. Rok 2017 będzie rokiem zmian w EHCI. Więcej informacji o tym procesie dostępnych jest na stronie www.healthpowerhouse.com – z przyjemnością poznamy Państwa opinie na temat tego, jak powinniśmy dalej postępować!

Johan Hjertqvist
Założyciel i Prezes HCP

Ranking EHCI 2016 został opracowany bez zewnętrznego wsparcia finansowego, tzn. 100% kosztów poniosł Health Consumer Powerhouse, Ltd.

1. Streszczenie

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016 stanowi tylko częściowe uaktualnienie edycji z 2015 r. Wynika to z dwóch powodów:

- A) Ranking EHCI 2016 został opracowany bez zewnętrznego wsparcia finansowego, tzn. został on w całości sfinansowany przez Health Consumer Powerhouse.
- B) Nieustanna poprawa wydajności świadczeń zdrowotnych (również w czasie trwania „kryzysu finansowego” zapoczątkowanego w 2008 r.) sprawiła, że te same wskaźniki i wartości odjęcia dla wyników okazały się przestarzałe lub niewyróżniające się.

Pomimo zastosowania wymuszonych przez kryzys mechanizmów oszczędnościowych, takich jak szeroko komentowane w mediach ograniczenia wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną, europejskie systemy opieki zdrowotnej odnotowują coraz lepsze wyniki. Wskaźniki przeżywalności pacjentów z chorobami serca, po udarze czy też cierpiących na nowotwory stale rosną, pomimo tego, że dużo mówi się o nasilającym się wpływie negatywnych czynników związanych ze stylem życia, takich jak otyłość, złe nawyki żywieniowe czy siedzący tryb życia. Współczynnik umieralności niemowląt, który jest chyba najbardziej wymownym pojedynczym wskaźnikiem Indeksu, również spada, co można zaobserwować również na przykład w silnie dotkniętych skutkami kryzysu krajach bałtyckich.

Oznacza to, że następna edycja EHCI będzie musiała poświęcić analizę długoterminową, wprowadzając zamiast niej połączenie kilku nowych, bardziej wymagających wskaźników oraz podniesienie limitów odjęcia pomiędzy wynikami „czerwonymi”/„żółtymi”/„zielonymi”.

W pierwszych latach prowadzenia rankingu EHCI „Farmakopea w wersji elektronicznej” istniały wyłącznie w dwóch krajach (Szwecji i Danii), dzisiaj posiada je niemal każdy kraj. Gdy wprowadzono współczynnik umieralności niemowląt, wynik Zielony (poniżej 4 zgonów na 1000 urodzeń) uzyskało jedynie 9 krajów – obecnie kolorem zielonym (z zachowaniem tego samego kryterium) oznacza się 24 kraje. Podobne zjawisko można zaobserwować dla wielu innych wskaźników.

1.1 Uwagi ogólne – europejskie systemy opieki zdrowotnej funkcjonują coraz lepiej

Jedenaście krajów zachodnioeuropejskich uzyskało ponad 800 punktów na 1000 możliwych (co stanowi wzrost o 3 kraje w porównaniu z rokiem 2015). Czechy są pierwszym krajem Europy Środkowo-Wschodniej znajdującym się tak blisko czołówki. Od Szwecji, sklasyfikowanej na 12. pozycji, Czechy dzieli już tylko 6 punktów.

1.1.1 Dlaczego brak jest powiązania pomiędzy dostępnością opieki zdrowotnej a nakładami finansowymi?

Odpowiedź: Ponieważ funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej bez kolejek oczekujących jest tańsze samo w sobie! Wbrew powszechnemu przekonaniu, panującemu również wśród polityków zajmujących się ochroną zdrowia, listy oczekujących wcale nie generują oszczędności – wręcz przeciwnie, generują koszty!

Ochrona zdrowia to zasadniczo branża oparta na procesach. Każdy profesjonalny menadżer działający w takiej branży wie, że kluczem do utrzymania kosztów na niskim poziomie są sprawne procedury, w których ewentualne przerwy i zakłócenia są ograniczone do minimum.

1.2 Wyniki w poszczególnych krajach

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2016 Holandia wytrzymała atak Szwajcarii. Jeszcze w 2014 r. 904 punkty uzyskane przez Szwajcarię oznaczałyby pewne zwycięstwo w rankingu. Jednakże w 2015 r. Holandii udało się pokonać – po raz pierwszy w historii EHCI – barierę 900 punktów. Tym samym, z wynikiem 927 punktów Holandia utrzymała palmę pierwszeństwa!

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w ra-

porcie EHCI 2016 uwzględniono 48 i były to te same wskaźniki, które oceniano rok wcześniej. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce kwalifikacji generalnej każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 r. W trzech z sześciu podkategorii EHCI 2016 Holandia jest liderem bądź zajmuje ex equo pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów. Do 2016 r. kraj ten poprawił swoje osiągnięcia w kategorii czas oczekiwania na leczenie, w której prym wiodą niektóre kraje Europy Środkowej. Zazwyczaj HCP stara się podkreślić, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta (pacjenta), tzn. nie uzurpuje sobie prawa do rozstrzygnięcia, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Ponieważ jednak bardzo trudno jest opracować Indeks HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2016 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne wiele można by się nauczyć, analizując bardziej wnikliwie holenderską drogę na szczyt!

Szwajcaria od dawna cieszy się reputacją kraju posiadającego znakomity, chociaż drogi, system opieki zdrowotnej i nie jest zaskoczeniem, że coraz bardziej wnikliwe badania pozwoliły na wyeliminowanie większości wyników b.d., zapewniając tym samym Szwajcarii wysoką pozycję w rankingu EHCI.

Brązowym medalistą jest Norwegia z wynikiem 865 punktów. Wysokie wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca zaczęły wreszcie przynosić efekty, jednak Norwegia traci sporo punktów ze względu na kwestie związane z czasem oczekiwania, co jest absolutnie niewytłumaczalne!

Zdaje się, że Belgia (4. miejsce, 860 punktów) wreszcie rozwiązała problem jakości Wyników leczenia i monitorowania/raportowania wyników, w połączeniu z chyba najlepszą dostępnością do świadczeń zdrowotnych w Europie.

Dania (9. pozycja, 827 punktów, co oznacza wzrost o 34 punkty w porównaniu z rokiem poprzednim przy zachowaniu tego samego miejsca w rankingu) sporo zyskała na wprowadzeniu wskaźników e-Zdrowie. Mimo tego, jak wynika z analizy długoterminowej przedstawionej w Rozdziale 5.1, Dania nieprzerwanie poprawiała swój wynik – od chwili włączenia jej do badania w 2006 r. aż do roku 2014, kiedy to nasiliła się konkurencja, a Dania zmniejszyła dostęp do informacji dotyczącej Wyników leczenia i zastrzyła przepisy dotyczące dostępu pacjentów do świadczeniodawców.

Na wyniku uzyskanym przez Szwecję, za doskonałe pod względem technicznym świadczenia, jak zawsze negatywnie, odbijają się niekończące się problemy związane z czasem oczekiwania, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2016 r. Szwecja spadła na 12. miejsce z wynikiem 786 punktów, co gwarantowało jej 10. pozycję rok wcześniej. Największą utratę punktów obserwuje się w obszarze Dostępność usług (125 punktów mniej niż Belgia czy Szwajcaria), gdzie Szwecja, obok Irlandii i Polski, odnotowuje najniższy wynik wśród 35 krajów.

Portugalia, na 14. miejscu z liczbą 763 punktów, plasuje się tuż obok Wielkiej Brytanii z niewielką stratą punktów – świetny wynik!

Wśród krajów Europy Południowej świadczenia medyczne bardzo wysokiej jakości oferują w wielu obszarach Hiszpania i Włochy. Wydaje się jednak, że faktyczna jakość opieki zdrowotnej oferowanej w krajach południowoeuropejskich jest w nieco zbyt dużym stopniu uzależniona od zdolności konsumentów do pokrycia kosztów prywatnej opieki zdrowotnej, będącej uzupełnieniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto zarówno Hiszpanię, jak i Włochy cechują duże regionalne różnice w jakości opieki zdrowotnej, co skutkuje przyznaniem tym krajom wyników oznaczonych kolorem żółtym.

Zaskakująco dobre wyniki odnotowują systemy opieki zdrowotnej niektórych wschodnioeuropejskich krajów członkowskich UE, szczególnie Czech, Słowenii i Estonii, zwłaszcza biorąc pod uwagę ich dużo niższe wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca, wyrażone w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej.

Spośród wszystkich krajów zaangażowanych w badanie od początku jego istnienia, w 2014 r. Republika Macedonii odnotowała najszybszy wzrost swojej pozycji w rankingu – z 27. miejsca na 16. Stało się to możliwe głównie dzięki zlikwidowaniu kolejek oczekujących poprzez wdrożenie internetowego systemu rejestracji wizyt działającego w czasie rzeczywistym! Sytuacja ta wydaje się być możliwa do utrzymania w 2016 r., przy niewielkim tylko spadku na 20. miejsce w związku z poprawieniem wyników w innych krajach.

1.3 Analiza indywidualna 35 krajów

1.3.1 Holandia

Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce finałowego rankingu w każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 r. Uzyskane przez nią w 2012 r. 872 punkty stanowiły zdecydowanie najwyższy wynik w historii Indeksów HCP. Aktualny wynik, 927 punktów odnotowanych w EHCI 2016 r., robi jeszcze większe wrażenie i świadczy o tym, że w kolejnym roku ranking musi stanowić jeszcze większe wyzwanie, aby zarejestrować różnice.

Holandia uzyskała ponadto 922 punkty w Europejskim Indeksie Diabetologicznym 2014 (Euro Diabetes Index, EDI). Wynik ten w normalnych warunkach zapewniłby Holandii „złoty medal” w rankingu EDI. Tym razem jednak zdobyła go Szwecja z wynikiem 936 punktów, który osiągnęła dzięki posiadaniu danych dla wszystkich wskaźników.

Holandia triumfuje w czterech z sześciu podkategorii Indeksu, a jej ogromna przewaga zdaje się wynikać z faktu, że w holenderskim systemie opieki zdrowotnej trudno znaleźć słabe punkty. Jedyny obszar, w którym kraj może poprawić swój wynik, to czas oczekiwania. W tej kategorii prym wiodą kraje Europy Środkowej.

Jak zwykle, HCP stara się podkreślić, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta (pacjenta), tzn. nie uzurpuje sobie prawa do rozstrzygania, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Począwszy od 2006 r. HCP opracowuje nie tylko ogólny Indeks EHCI, ale także specjalistyczne indeksy dotyczące cukrzycy, opieki kardiologicznej, HIV, migreny i wirusowego zapalenia wątroby. Holandia jest wyjątkowa, ponieważ zawsze znajduje się w grupie trzech czy czterech najwyższej sklasyfikowanych krajów, niezależnie od badanego obszaru ochrony zdrowia. Rodzi to silną pokusę sformułowania stwierdzenia, że niekwestionowany zwycięzca rankingu EHCI 2016 istotnie dysponuje „najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie”.

1.3.1.1 Co zatem Holendrzy robią właściwie?

Należy podkreślić, że poniższe rozważania oparte są w znacznym stopniu na spekulacjach, których nie można potwierdzić wynikami EHCI.

Holandia wyróżnia się dużą liczbą konkurujących ze sobą ubezpieczycieli zdrowotnych, niepowiązanych ze świadczeniodawcami / szpitalami. Ponadto kraj ten posiada prawdopodobnie najlepsze w Europie rozwiązania w zakresie udziału organizacji pacjenckich w procesie podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej oraz kształtowania zasad polityki w tym obszarze.

Co więcej, holenderski system opieki zdrowotnej zajął się jednym ze swoich nielicznych słabych punktów, czyli dostępnością. Powstało 160 ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, w których gabinety otwarte są 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Biorąc pod uwagę niewielką powierzchnię tego kraju, oznacza to, że każdy powinien bez trudu trafić do czynnego ośrodka.

Można założyć, że istotnym efektem netto struktury systemu opieki zdrowotnej w Holandii jest to, iż decyzje dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej podejmowane są przez specjalistów ochrony zdrowia przy wyjątkowo dużym udziale pacjenta. Wydaje się, że w tym kraju instytucje finansujące świadczenia medyczne oraz osoby niezwiązane zawodowo z opieką zdro-

wotną, np. politycy czy biurokraci, odsunięci są od procesu decyzyjnego w większym zakresie niż w pozostałych krajach europejskich. Już to, samo w sobie, może być jednym z głównych powodów zwycięstwa Holandii w rankingach EHCI w latach 2008-2016.

1.3.1.2 Czy Holendrzy popełniają jakieś błędy? Jeżeli tak, to jakie?

Holandia zdobywa dużo lub bardzo dużo punktów we wszystkich podkategoriach, może z wyjątkiem „Dostępności” i „Profilaktyki”, w których odnotowuje dość przeciętne wyniki. Z drugiej strony, nie odbiega pod tym względem od większości innych krajów.

Tradycyjny problem Holendrów związany ze słabą punktacją za „Czas oczekiwania” został do 2016 r. w dużej mierze rozwiązany. Jak zaobserwowano w zleconym przez OECD badaniu autorstwa Sicilianiego i Hursta obejmującym lata 2003/2004 oraz w rankingach EHCI z lat 2005-2016, kolejki pacjentów oczekujących na specjalistyczne leczenie istnieją, paradoksalnie, głównie w tych krajach, w których lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pełnią funkcję „odźwiernego” (tam, gdzie skierowanie do specjalisty należy uzyskać od lekarza pierwszego kontaktu).

System oparty na instytucji lekarza pierwszego kontaktu to „fundament holenderskiej opieki zdrowotnej” (jak poinformował HCP były holenderski minister zdrowia i co powtórzono w holenderskim parlamencie w listopadzie 2014 r.). Uważa się powszechnie, że obniża on koszty i zapewnia ciągłość opieki, co jest z pewnością korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie źródeł podanych w pkt. 7.10.2 w odniesieniu do wskaźnika 2.2, nie istnieją żadne dowody przemawiające za hipotezą o redukcji kosztów. Ponadto jak można przeczytać w pkt. 4.1, Holandia zwiększyła nakłady na opiekę zdrowotną, stając się krajem o najwyższej kwocie nakładów na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Europie. Do 2014 r. udało jej się nawet przybliżyć do krajów, które HCP na własne potrzeby nazywa „trzema bogatymi draniami”, czyli Norwegii, Szwajcarii i Luksemburga, których PKB *per capita* stanowi jakość samą w sobie. Zostało to już dostrzeżone w raporcie EHCI z 2009 r.

Do roku 2014 Holandia pod względem nakładów na opiekę zdrowotną znalazła się na tym samym poziomie co Szwecja i Niemcy!

Kwestia ta została szczegółowo omówiona w raporcie EHCI 2013¹.

Holenderski system opieki zdrowotnej cechuje nadmierne wykorzystywanie opieki szpitalnej (oraz zinstytucjonalizowanej opieki psychiatrycznej i opieki nad osobami starszymi).

Jak się wydaje, rzeczywiste sposoby organizacji systemu opieki zdrowotnej w Holandii, które nie są oparte na modelu wielu płatników, mogłyby wyjaśnić wysokie nakłady na opiekę zdrowotną *per capita*. Jeśli kraj na to stać, nie stanowi to problemu. Pamiętajmy jednak, że dla dobra wyników leczenia i w trosce o jakość życia pacjentów, program redukujący koszty hospitalizacji mógłby wpłynąć pozytywnie na holenderski budżet opieki zdrowotnej. Według holenderskich źródeł rządowych zaprezentowanych podczas Irlandzkiego Szczytu Zdrowotnego w maju 2016 r. kraj realizuje strategię zmierzającą do zaoszczędzenia 12 mld EUR rocznie przechodząc na system opieki w mniejszym stopniu bazujący na opiece szpitalnej.

1.3.2 Szwajcaria

Srebrna medalistka, 904 punkty (wzrost z poziomu 894).

Szwajcarska opieka zdrowotna od dawna cieszy się znakomitą reputacją. Nie jest więc zaskoczeniem, że po wyeliminowaniu przypadków b.d. występujących w poprzednich edycjach rankingu, Szwajcaria uzyskała bardzo dobry wynik. Biorąc pod uwagę znaczne środki wpompowane w szwajcarską opiekę zdrowotną, należało się tego spodziewać! Szwajcaria jest jednym z dwóch krajów (drugim jest Belgia), który zdobył wyłącznie „Zielone” oceny w podkategorii „Dostępność”.

W 2016 r. Szwajcaria zostawiła daleko w tyle „ekstraklasę” krajów Europy Zachodniej, które uzyskały wyniki powyżej 800 punktów! Szwajcarski system opieki zdrowotnej był prawdopodobnie

¹ www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf

równie dobry już wcześniej, jednak wysoce zdecentralizowana struktura kantonów utrudniała proces gromadzenia danych.

1.3.3 Norwegia

3. miejsce, 865 punktów. Bogactwo Norwegii oraz bardzo wysokie nakłady na opiekę zdrowotną *per capita* zdają się procentować – przez lata Norwegia pięła się powoli, ale systematycznie w rankingu EHCI. Tradycyjnie, norwescy pacjenci narzekali na długi czas oczekiwania na leczenie. Chociaż daje się tu zauważyć znaczącą poprawę, to jednak jest to nadal ten obszar, w którym Norwegia traci największą liczbę punktów – aż 87 punktów do liderów w tej kategorii, czyli Belgii i Szwajcarii!

Słabą dostępność opieki zdrowotnej w Norwegii trzeba przypisać w większym lub mniejszym stopniu niewłaściwemu zarządzaniu, ponieważ z całą pewnością nie jest to kwestia braku środków. W rzeczywistości sytuację w Norwegii można wyjaśnić tym, że system opieki zdrowotnej bez kolejek oczekujących jest tańszy w utrzymaniu niż system z kolejkami (tzn. listy oczekujących nie generują oszczędności, lecz koszty). Nadmiar pieniędzy może być przekleństwem, utrudniając racjonalizację lub przyswojenie sobie zasad efektywnej organizacji logistyki.

1.3.4 Belgia

Belgijski system opieki zdrowotnej jest prawdopodobnie najbardziej szczodrym systemem w Europie². Po, jak się zdaje, zakończonych sukcesem wysiłkach zmierzających do zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń i standardów raportowania danych, Belgia plasuje się na 4. miejscu w rankingu EHCI 2016 (zdobywając 860 punktów). Niemniej jednak nadal nie zajmuje czołowej pozycji w kategorii „Wyniki leczenia”.

1.3.5 Islandia

Z uwagi na swoje położenie geograficzne na północnym Atlantyku, Islandia (5. pozycja, 854 punkty) była zmuszona zbudować system opieki zdrowotnej zdolny (nie chodzi tu o rozmiary!) do zapewnienia opieki kilku milionom ludzi, podczas gdy obsługuje on tylko 300 000 Islandczyków. Islandia należy do grupy pięciu krajów uzyskujących wynik 288 punktów w kategorii „Wyniki leczenia”, co jest wynikiem najbliższym perfekcyjnym trzystu punktom.

Wydaje się również, że wszelkie spekulacje na temat wpływu kryzysu finansowego na islandzki system opieki zdrowotnej były przesadzone. Ogólnie rzecz biorąc, Islandia jest krajem bardzo zamożnym, co zresztą udowodniła szybko wychodząc z kryzysu.

Z uwagi na brak profesjonalnego programu szkoleń dla lekarzy, wydaje się, że Islandia z powodzeniem stosuje system, który przypomina nieco średniowieczne reguły kształcenia stolarzy i murarzy: przez wiele lat po zdobyciu kwalifikacji rzemieślnicy ci mieli zakaz osiedlania się w jednym miejscu i tym samym byli zmuszani do kilkuletniej tułaczki, podczas której pracowali dla różnych majstrów. Oczywiście w międzyczasie zdobywali bardzo dużo różnych umiejętności. Po ukończeniu studiów młodzi islandzcy lekarze pracują za granicą zwykle przez 8 do 10 lat, a potem często wracają do swojego kraju (i wcale nie muszą ożenić się z wdową po majstrze, aby rozpocząć własną praktykę!). Islandzcy lekarze nie tylko bardzo dużo się uczą, ale też zdobywają cenne kontakty, które mogą się przydać w skomplikowanych przypadkach medycznych. W Islandii, jeżeli lekarz nie jest w stanie poradzić sobie z danym przypadkiem, zwykle bierze telefon i dzwoni do swojego byłego szefa czy doświadczonego kolegi pracującego w renomowanym szpitalu za granicą, i pyta: Czy możesz przyjąć tę pacjentkę? Odpowiedź jest zazwyczaj następująca: Wsadź ją do samolotu!

1.3.6 Luksemburg

Luksemburg (6. miejsce, 851 punktów) jako najbogatszy kraj w UE stać by było na stworzenie własnego kompleksowego systemu opieki zdrowotnej. Jednak w odróżnieniu od Islandii, Luk-

² Niektórzy mogliby powiedzieć, że belgijski system opieki zdrowotnej jest nawet zbyt szczodry. Przyjaciel zespołu HCP, mieszkający w Brukseli, został „porwany i zatrzymany” w szpitalu na 6 dni (!), po tym jak pewnego ranka w pracy poczuł lekki ból w klatce piersiowej.

semburg mógł skorzystać ze swojego położenia w środku Europy. Zachowując granice zdrowego rozsądku, co jest nietypowe dla wciąż poszukującego nowych źródeł finansowania sektora publicznego, Luksemburg nie zbudował takiego systemu i od wielu lat pozwala swoim obywatelom na szukanie pomocy medycznej w sąsiednich krajach. Najwyraźniej trafiają do dobrych szpitali. Prawdopodobnie z tego względu Luksemburg traci punkty w zakresie wskaźnika aborcji – dla zachowania dyskrecji wiele obywaterek Luksemburga prawdopodobnie poddało się temu zabiegowi poza granicami małego i kameralnego Księstwa.

Luksemburg zaprotestował w HCP przeciwko niskiemu wynikowi dotyczącemu konsumpcji papierosów twierdząc, że większość papierosów wypalają przedstawiciele innych narodowości. Z punktu widzenia europejskiego zdrowia publicznego, sprzedawanie tanich wyrobów tytoniowych sąsiadom nie jest wiele lepsze od palenia ich samodzielnie.

1.3.7 Niemcy

Niemcy (7. pozycja, 849 punktów) odnotowały gwałtowny spadek w rankingu EHCI 2012 z 6. miejsca w 2009 r. na 14. Zgodnie z hipotezą przedstawioną w rankingu EHCI 2012, na zaskakująco negatywną ocenę organizacji pacjenckich mogła mieć wpływ głęboko zakorzeniona „niemiecka skłonność do narzekania”, tzn. rzeczywiste pogorszenie się niegdyś doskonałego dostępu do opieki zdrowotnej nie było tak poważne, jak powszechnie twierdzono, a negatywne reakcje stanowiły wynik szoku, kiedy uświadomiono sobie, że „teraz już nie wszystko będzie za darmo”.

Badanie z roku 2015 zdaje się potwierdzać tę teorię i można odnieść wrażenie, że niemieccy pacjenci przekonali się, że u boku kanclerz Merkel w roli Królowej Europy „sprawy nie mają się aż tak źle”.

Tradycyjnie Niemcy dysponowały najmniej restrykcyjnym i najbardziej propacjenckim systemem opieki zdrowotnej w Europie, w którym pacjent mógł w każdej chwili uzyskać dostęp do takich świadczeń, jakich chciał (jego „siłą była ilość, a nie jakość”). Wydaje się, że Niemcy przezwyciężyły tradycyjną słabość swojego systemu opieki zdrowotnej, którą była duża liczba raczej małych szpitali ogólnych, niespecjalistycznych, co prowadziło do słabych ocen jakości leczenia. Ta tendencja była jeszcze bardziej widoczna w 2016 r.: Niemcy są w gronie 6 krajów z najlepszym wynikiem w kategorii „Wyniki leczenia”.

W informacji zwrotnej od organów zarządzających systemem opieki zdrowotnej znalazła się odpowiedź Bundesministerium für Gesundheit (BMG), nawiązująca do interesującego badania dotyczącego czasu oczekiwania w niemieckim systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Jest bez znaczenia, jakie faktycznie liczby zostały podane w tym badaniu; co ważne, jednostka czasu użyta do zmierzenia i przeanalizowania dostępności podstawowej opieki zdrowotnej nie była określona w miesiącach, tygodniach czy dniach, ale w minutach!

1.3.8 Finlandia

Jak pokazuje ranking EHCI, Finlandia (8. pozycja, 842 punkty) znalazła się w gronie europejskich czempionów, osiągając najlepsze wyniki leczenia przy relatywnie niskich kosztach. Finlandia jest faktycznym liderem, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną oferującą najlepszy stosunek wartości do ceny.

Czas oczekiwania na niektóre świadczenia jest wciąż długi, dostęp do zabiegów zwiększających komfort życia pacjentów, jak np. operacja zaćmy czy opieka dentystyczna, jest ograniczony, a opłaty z własnej kieszeni, w tym za leki przepisane na receptę, są wyższe niż u skandynawskich sąsiadów.

Oznacza to prawdopodobnie, że publiczni płatnicy i politycy byli tradycyjnie mniej wyczuleni na założenia „konsumeryzmu zdrowotnego” niż ich koledzy z innych, zamożnych krajów. Można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach sytuacja się poprawiła, a Finlandia znajduje się wśród krajów osiągających najwyższe wyniki w kategorii „Zakres i zasięg świadczeń zdrowotnych”.

1.3.9 Dania

9. miejsce, 826 punktów. Dania szybko wspięła się na 2. miejsce dzięki wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie” w EHCI 2008. Kraj ten od chwili włączenia go w 2006 r. do rankingu EHCI odnotowuje stały wzrost. Co ciekawe, Dania świetnie poradziła sobie z powrotem do struktury rankingu EHCI z 2007 r., zachowując w edycji za rok 2012 srebrny medal i zdobywając 822 punkty! Dania poczyniła również w ostatnich latach ogromny postęp w obszarze ograniczania współczynnika umieralności z powodu chorób serca. Dania była jednym z zaledwie trzech państw, które uzyskiwały punkty w podkategorii „Swobodny wybór świadczeniodawcy w UE” po zaostrzeniu kryteriów w celu ich dostosowania do wymogów dyrektywy UE, a także w podkategorii „Internetowy ranking szpitali wskazujący pacjentom najlepsze placówki”.

Jednakże wprowadzenie w 2013 r. podkategorii „Profilaktyka” osłabiło pozycję Danii, która straciła z tego powodu 20 punktów względem swoich agresywnych konkurentów. Chociaż trudno jest udowodnić związek przyczynowy, niedawny spadek wyników Danii zbiega się w czasie nie tylko z usunięciem danych dotyczących wyników leczenia z duńskiego systemu informacji dotyczących jakości opieki szpitalnej. W tym samym czasie zaostrzono również dostęp do systemu opieki zdrowotnej, dzięki czemu duńscy pacjenci mają do dyspozycji tylko dwa numery telefonów – numer do swojego lekarza pierwszego kontaktu lub numer alarmowy 112.

1.3.10 Austria

Austria (10. miejsce, 826 punktów) odnotowała spadek w porównaniu z rankingiem z 2012 r.

W 2016 r. Austria powraca na szczyty, odnotowując wyniki powyżej 800 punktów. Wprowadzenie wskaźnika aborcji nie pomogło: w Austrii nie ma zakazu podobnego do istniejącego w Polsce i w trzech innych państwach Europy, jednak aborcja nadal nie jest wykonywana w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych. Niezależnie od tego, czy Austria zasługuje na ocenę „czerwoną”, czy też ocenę b.d. w tym wskaźniku, byłby to pewnie temat do debaty, gdyby nie brak oficjalnych statystyk aborcyjnych.

1.3.11 Francja

815 punktów. Francja wypadła z pierwszej dziesiątki po tym, jak około 2009 r. ograniczyła dostęp do usług specjalistycznych, który wcześniej był dość liberalny. Poza tym jest to skuteczny i dobry pod względem technicznym system, w którym występuje tendencja do medykalizacji wielu chorób³ i przepisywania pacjentom mnóstwa leków.

Francja od dawna ma najniższy w Europie wskaźnik umieralności z powodu chorób serca. Co więcej, była pierwszym krajem, w którym (w 1988 r.) choroby układu krążenia przestały być główną przyczyną zgonów. Co więcej, Francja zajęła pierwsze miejsce w niedawnym Europejskim Indeksie Oceniającego Opiekę Kardiologiczną 2016⁴.

1.3.12 Szwecja

Szwecja spadła w rankingu EHCI 2013 z 6. na 11. miejsce zdobywając 756 punktów, co było wynikiem jedynie o 6 punktów niższym niż ten uzyskany w 2012 r. (wyniósł on wówczas 762 punkty). W rankingu EHCI 2016 Szwecja spadła jeszcze niżej, na 12. pozycję, przy czym uzyskana punktacja, 786 punktów, była identyczna jak w roku 2015. W 2016 r., w którym aż 11 krajów uzyskało wynik powyżej 800 punktów, niekończące się problemy Szwecji z listami oczekujących na świadczenia zdrowotne sprawiły, że kraj wypadł z grona najlepszych.

Biorąc pod uwagę to, że opieka zdrowotna w Szwecji od lat pielęgnuje tradycję zniechęcania pacjentów do kontaktu z lekarzem, o ile nie są naprawdę chorzy, kraj ten wypadł nadszpodziewanie dobrze w nowej podkategorii „Profilaktyka”.

Szwecja znajduje się w niewielkiej grupie krajów (oprócz Szwecji jest tam jeszcze zaledwie kilka krajów Europy Środkowo-Wschodniej), w których wykonuje się więcej niż 30 aborcji na 100 uro-

³ Wadham, Lucy; *The Secret Life of France*, Faber Faber, 2013.

⁴ www.healthpowerhouse.com/publications/euro-heart-index-2016/

dzeń żywych, przy czym w EŚW jest to prawdopodobnie reliktem okresu sprzed 1990 r. W Rosji aborcja jest wciąż traktowana jako powszechny środek antykoncepcyjny; na 100 narodzin wykonuje się tam 55 zabiegów przerwania ciąży (co i tak oznacza spadek w porównaniu z początkiem lat 90-tych ubiegłego wieku, kiedy liczba ta wynosiła ponad 200).

Jednocześnie bardzo trudno jest poprawić notorycznie słabe wyniki Szwecji w podkategorii „Dostępność świadczeń medycznych”, pomimo podejmowanych przez tamtejsze władze wysiłków zmierzających do pobudzenia zdecentralizowanego zarządzanego na poziomie regionalnym systemu opieki zdrowotnej i skrócenia kolejek za pomocą zwiększenia nakładów finansowych („Kolejkomiliardy”). Szwecja, wraz z Holandią i Austrią, ma obecnie najwyższy wskaźnik nakładów na opiekę zdrowotną *per capita* (tuż za trzema niezwykle bogatymi krajami, zob. Ustęp 4.1). „Zasypywanie problemu pieniędzmi” nie jest skutecznym sposobem radzenia sobie z trudnościami. Sondaż HCP adresowany do organizacji pacjenckich potwierdza obraz sytuacji, który wyłania się z oficjalnych danych zamieszczonych na stronie www.vantetider.se, a mianowicie, że Szwecji nie udaje się zrealizować celów związanych z zakładanym maksymalnym czasem oczekiwania, które na tle innych krajów europejskich są bardzo skromne. Gorsze rezultaty, jeżeli chodzi o docelowy maksymalny czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (wynoszący w Szwecji nie więcej niż 7 dni), osiąga jedynie Portugalia z wynikiem poniżej 15 dni. W ankiecie HCP szwedzcy i irlandzcy pacjenci przedstawiają najbardziej pesymistyczny obraz dostępu do świadczeń medycznych spośród wszystkich europejskich nacji. Szczególnie nieludzki wydaje się długi czas oczekiwania przez pacjentów cierpiących na nowotwory, i to nie tylko w stołecznym Sztokholmie!

Innymi słowy, dlaczego Republika Macedonii może obniżyć czas oczekiwania praktycznie do zera, a Szwecja nie jest w stanie tego zrobić?

1.3.13 Czechy

Czechy zawsze były gwiazdą wśród krajów EŚW i w 2016 r. zachowały 13. miejsce w rankingu (780 punktów), tracąc jedynie 6 punktów do Szwecji i stając na czele grupy krajów EŚW, tuż przed Zjednoczonym Królestwem. Brawo za liczbę punktów uzyskaną w kategorii „Dostępność do usług opieki zdrowotnej”!

1.3.14 Portugalia

14. pozycja, 763 punkty (przed Zjednoczonym Królestwem). Bardzo imponujący wzrost – w 2013 r. Portugalia zajmowała 16. miejsce w rankingu z 671 punktami (wzrost z 25. miejsca w rankingu w 2012 r.). W 2014 r. Portugalia awansowała na 13. miejsce, zdobywając 722 punkty. W 2015 r. nastąpiło niewielkie pogorszenie, głównie ze względu na niższy poziom zadowolenia pacjentów z czasu oczekiwania na usługę. W efekcie wynik Portugalii to 691 punktów i 20. miejsce (środek rankingu; niewielka zmiana liczby punktów może skutkować znaczącą zmianą pozycji w rankingu). Kraj ten dobrze sobie radzi, jeżeli weźmiemy pod uwagę wskaźnik wartości do ceny (ang. Bang-for-the Buck).

1.3.15 Zjednoczone Królestwo

15. miejsce, 761 punktów. Kiedy w 2014 r. w Zjednoczonym Królestwie przeprowadzono ankietę wśród społeczeństwa, najczęstsza odpowiedź na pytanie o „esencję brytyjskości” brzmiała „dostęp do NHS”. Niemniej jednak brytyjski system opieki zdrowotnej nigdy nie znalazł się w pierwszej 10. badania EHCI, głównie ze względu na słabą dostępność usług (najgorszą w Europie obok Polski i Szwecji) oraz autokratyczną odgórną kulturę zarządzania.

Przeciętne „Wyniki leczenia” osiągnęte przez brytyjski system opieki zdrowotnej poprawiają się: Zjednoczone Królestwo po raz pierwszy od czasu powstania rankingu EHCI uzyskało „zielony” wynik w kategorii „Umieralność niemowląt”.

Kraj, w którym kiedyś złamano szyfr Enigmy, powinien przestudiować styl zarządzania specjalistami opracowany w Bletchley Park⁵!

⁵ McKay, Sinclair; *The Secret Life of Bletchley Park*, rozdział 17, *Aurum Press, London (2010).

1.3.16 Słowenia

16. miejsce, 740 punktów.

Kiedy zespół HCP po raz pierwszy odwiedził słoweńskie Ministerstwo Zdrowia w 2006 r., przedstawiciel MZ oświadczył dumnie „Nie jesteśmy krajem bałkańskim. Jesteśmy austriacką prowincją, która w 1918 r. miała pecha!”.

Słoweński wskaźnik PKB *per capita* jest trzy-, czterokrotnie wyższy od wskaźników w innych krajach byłej Jugosławii (z wyjątkiem Chorwacji, w której wynosi on ok. 75% słoweńskiego wskaźnika). Ta różnica nie powstała w ciągu ostatnich dwóch dekad – w 1985 r. Chorwacja i Słowenia wyprodukowały wspólnie 75% PKB Jugosławii.

Jeszcze bardziej niezwykle jest to, że kraj zamieszkały przez zaledwie 2 miliony ludzi, potrafi wykształcić określoną liczbę wykwalifikowanych i oddanych specjalistów, którzy mają swój wkład w rozwój niektórych dziedzin medycyny. Można to zauważyć na przykładzie wirusowego zapalenia wątroby (WZW) – Słowenia zajmowała 2. miejsce w Europie w Europejskim Rankingu WZW za rok 2012⁶ – oraz wskaźnika dla cukrzycy i chorób układu krążenia – kraj został zaklasyfikowany na 6. miejscu Europejskiego Indeksu Diabetologicznego 2014⁷ i na 5. pozycji Europejskiego Indeksu Oceniającego Opiekę Kardiologiczną 2016.

1.3.17 Estonia

729 punktów. Chociaż Estonia nie osiągnęła spektakularnych wyników w żadnej podkategorii, to jednak na przestrzeni kilku lat wypadła całkiem dobrze w rankingu, zważywszy na dość ograniczone zasoby ekonomiczne tego małego kraju. Lider w obszarze wyniku skorygowanego o wskaźnik wartości do ceny (zob. Rozdział 4). Estonia jest jednym z niewielu krajów, którym udało się utrzymać na niskim poziomie wskaźniki zapadalności na infekcje bakteryjne odporne na antybiotyki. Czy wynika to z restrykcyjnej polityki dotyczącej przepisywania antybiotyków?

1.3.18 Hiszpania

709 punktów. Wysoka decentralizacja pod względem regionalnym. Hiszpański system opieki zdrowotnej zdaje się w zbyt dużym stopniu opierać na opiece prywatnej, niemniej jednak w 2016 r. Hiszpania uzyskała lepszy rezultat w kategorii „Wyniki leczenia” niż poprzednio.

1.3.19 Chorwacja

Kraj uzyskał 19. miejsce i 703 punkty, co zasadniczo stanowi powtórzenie wyniku z 2015 r. z niewielkim tylko spadkiem w rankingu. Do czasu macedońskiego cudu z 2014 r., Chorwacja (a jeszcze bardziej Słowenia) stanowiły dla innych krajów byłej Jugosławii niedościgniony wzór. Pomimo skromnego jak na zachodnioeuropejskie standardy wskaźnika PKB *per capita*, chorwacki system opieki zdrowotnej z powodzeniem przeprowadza również zaawansowane i kosztowne procedury, jak np. operacje przeszczepu nerki. Z liczbą około 50 transplantacji na milion mieszkańców Chorwacja znajduje się w czołówce krajów europejskich.

1.3.20 Republika Macedonii

Republika Macedonii była absolutnym „Przebojem Roku” w 2014 r. Kraj ten zajął wtedy 16. miejsce w rankingu, z wynikiem na poziomie 700 punktów, podczas gdy jeszcze rok wcześniej był na 27. pozycji z 555 punktami. Wynik ten daje Macedonii tytuł „Przeboju wszech czasów rankingów EHCI” – nigdy wcześniej żaden kraj nie wspiął się o 11 pozycji w ciągu zaledwie roku!

Macedonia utrzymała ten wynik w 2016 r., zdobywając 699 punktów, co daje jej 20. miejsce w rankingu.

Republika Macedonii dokonała niesamowitego przełomu w obszarze elektronicznej rejestracji wizyt. Od lipca 2013 r. każdy lekarz pierwszego kontaktu może w czasie rzeczywistym i w obecności pacjenta zgłosić konieczność zarezerwowania wizyty u specjalisty bądź zapotrzebowanie na ciężki sprzęt diagnostyczny dostępny w kraju i dokonać rezerwacji w dowolnym miejscu na

⁶ www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf

⁷ <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2016/EDI-2016-report.pdf>

terenie kraju, wykonując zaledwie kilka ruchów myszką. Pozwoliło to na zredukowanie do minimum czasu oczekiwania, pod warunkiem, że pacjent jest gotowy przebyć niewielką odległość (cały kraj ma wymiary 200 km na 130 km, a stolica Skopje położona jest względnie w centrum). Wydaje się, że pacjenci docenili to rozwiązanie, o czym świadczą wysokie noty Republiki Macedonii dla wskaźnika „Dostępność”.

Zapewne spore zasługi ma tutaj Minister Zdrowia i jego zdecydowane rządy, czego wyrazem jest stwierdzenie „Chcę, żeby system był w pełni sprawny od 1 lipca 2013 r. i basta!”. System („IZIS”) obejmuje również e-Recepty.

Macedoński system IZIS może być wzorem dla innych krajów. Jaki wynika stąd przekaz dla pozostałych europejskich ministrów i innych osób odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej? „Idźcie i czyńcie podobnie”. Należy jednocześnie pamiętać, że wdrożenie programu e-Zdrowie wymaga czasu i, że w międzyczasie zanim pacjenci przyzwyczają się do nowo nabytych uprawnień i swobody wyboru, mogą pojawić się problemy.

Obszarem, nad którym Republika Macedonii musi jeszcze popracować są faktyczne wyniki leczenia. Nie ma tutaj drogi na skróty; nawet ze zdecydowanym przywództwem, na istotne zmiany w tym zakresie trzeba będzie poczekać około 5 lat.

1.3.21 Irlandia

21. miejsce, 689 punktów.

Irlandia ma szczegółowe oficjalne statystyki dotyczące czasu oczekiwania w różnych obszarach ochrony zdrowia i te dane gwarantowały jej dobry wynik aż do rankingu EHCI z 2013 r. Jednakże na przestrzeni kilku lat, w trakcie których prowadzone było badanie EHCI, odpowiedzi irlandzkich organizacji pacjenckich na zamieszczane w sondażu pytania stały się coraz bardziej pesymistyczne. Jest ogólnie wiadome, że klienci/pacjenci zapamiętują lepiej zdarzenia mniej przyjemne. Jednakże w związku z tym, że te same negatywne oceny pojawiły się ponownie w rankingu za rok 2016 – spośród 35 krajów Irlandia, Zjednoczone Królestwo i Szwecja są najgorzej oceniane przez rodzime organizacje pacjenckie w kategorii „Dostępność” – pojawiają się wątpliwości co do wiarygodności oficjalnych statystyk.

W rankingach EHCI za lata 2014-2016 podjęto więc decyzję o wykorzystaniu informacji uzyskanych od organizacji pacjenckich w celu wystawienia Irlandii oceny w kategorii „Dostępność”. To jest właśnie przyczyna spadku z 14. na 22. miejsce w 2014 r., z niewielkim wzrostem w 2016 r.

Niestety, zostało to potwierdzone przez irlandzki Zarząd Służby Zdrowia (HSE) oraz Ministerstwo Zdrowia po opublikowaniu raportu EHCI 2015, kiedy to stwierdzono w notatce służbowej, że uruchomiony w Irlandii program zmierzający do skrócenia czasu oczekiwania stawia sobie za cel wprowadzenie okresu oczekiwania na wizytę u specjalisty, który nie będzie przekraczał 18 (!) miesięcy. Nawet jeżeli cel ten zostanie osiągnięty, Irlandia pozostanie krajem o najdłuższym okresie oczekiwania w Europie.

Problemem jest również to, że Irlandia jest krajem o najwyższym odsetku populacji, która wykupuje podwójne ubezpieczenie zdrowotne (> 40%; spadek z 52% odnotowanych trzy lata temu⁹). Czy zjawisko to należy postrzegać jako przejaw ogromnego niezadowolenia z publicznego systemu opieki zdrowotnej, czy też jako sposób na radzenie sobie z progresywną skalą podatkową?

W Irlandii nie obowiązuje już całkowity zakaz przeprowadzania aborcji. Jednakże wymóg, aby kobieta, która chce się poddać zabiegowi usunięcia ciąży, poddawana była ocenie pod kątem zagrożenia dla zdrowia, w tym ryzyka popełnienia samobójstwa, jest naprawdę nieznacznym krokiem naprzód na drodze prowadzącej do uznania prawa do aborcji za prawo przysługujące każdej kobiecie. Stąd też „purpurowa” ocena w zakresie tego wskaźnika.

⁸ Łukasz 10:37

⁹ OECD Health at a Glance, 2012.

1.3.22 Włochy

682 punkty. We Włoszech występuje największe wewnętrzne zróżnicowanie wśród krajów europejskich, jeżeli chodzi o wskaźnik PKB *per capita* w poszczególnych regionach. PKB najbiedniejszego regionu stanowi tylko 1/3 PKB Lombardii (będącej najbogatszym regionem). Mimo że w teorii cały system opieki zdrowotnej jest scentralizowany w rękach Ministerstwa Zdrowia, to wynik badania dla Włoch stanowi mieszaną ocen „zielonych” dla północnych Włoch i Rzymu oraz ocen „czerwonych” dla południowych Włoch. W efekcie mamy sporo ocen „żółtych”.

1.3.23 Słowacja

678 punktów, wzrost o 25 punktów w porównaniu z rokiem 2015, co wystarcza do utrzymania pozycji w rankingu. Wprowadzony stosunkowo niedawno na Słowacji system (dodatkowych) prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie przyniósł jeszcze istotnej zmiany pozycji kraju w rankingu EHCI.

1.3.24 Serbia

24. miejsce, 670 punktów, wzrost o 116 punktów w porównaniu z rokiem 2015, co sprawia, że Serbia jest „państwem, które dokonało najbardziej imponującego awansu roku”!

Po uwzględnieniu Serbii po raz pierwszy w rankingu EHCI z 2012 r., w którym zajęła ostatnie miejsce, Ministerstwo Zdrowia w Belgradzie wyraziło oburzenie, że wyniki nie były sprawiedliwe. Co ciekawe, spotkało się to również z odzewem serbskich organizacji zrzeszających specjalistów ochrony zdrowia, które twierdziły, że wyniki uzyskane przez ich kraj były przesadzone, i że w EHCI nie potraktowano wystarczająco poważnie problemu korupcji w serbskiej opiece zdrowotnej. Jedynym wskaźnikiem odnoszącym się bezpośrednio do korupcji jest wskaźnik „Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom” i tutaj Serbia otrzymała „czerwony” wynik.

Głównym elementem składowym tego imponującego wzrostu jest wpływ, jaki na „Czas oczekiwania” wywarło uzyskanie licencji na macedoński system IZIS i wdrożenie go na potrzeby rezerwowania bezpośredniej opieki specjalistycznej oraz e-Recept. Pełne skutki tej zmiany nie dały się odczuć do czasu opublikowania wyników EHCI 2016, gdyż Serbia jest większym krajem niż Republika Macedonii.

Jak wynika z niepotwierdzonych danych, korupcja, która od dawna jest bolączką serbskiego systemu opieki zdrowotnej, została wyraźnie ograniczona. Niestety, nie wystarczy to do zapewnienia lepszego wyniku w tej kategorii.

1.3.25 Malta

666 punktów. Wzrost z poziomu 663 punktów w 2015 r. Dostępność usług na przyzwoitym poziomie, ale niezbyt dobry wynik, jeżeli chodzi o efekty leczenia. Ponadto zdaje się, że w publicznym systemie dopłat do maltańskiej opieki zdrowotnej istnieją luki. Dotyczy to przede wszystkim dopłat do leków. Wielu Maltańczyków nie zabiega o dopłaty. W rezultacie istnieje niewiele danych na temat spożycia leków!

1.3.26 Cypr

623 punkty, wzrost o 28 punktów w porównaniu z rokiem 2015. Bardzo trudno ocenić ten kraj w ramach badania EHCI, ponieważ Cypr nie ma tak naprawdę publicznego systemu opieki zdrowotnej w takim sensie, w jakim występuje on w pozostałych krajach Europy. Ponieważ EHCI zasadniczo nie nagradza kraju za usługi uzyskiwane prywatnie, istnieje prawdopodobieństwo, że wynik ten w rzeczywistości powinien być niższy.

1.3.27 Litwa

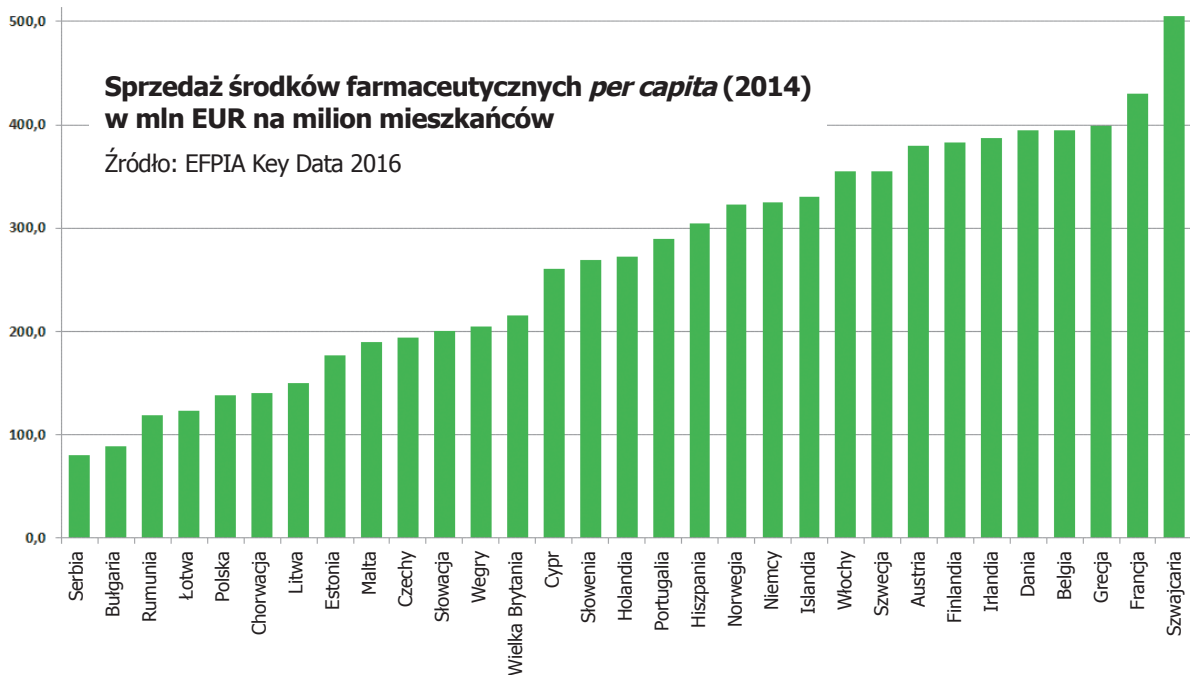
620 punktów. W 2015 r. Litwie udało się wyjść z dołka, w jakim znalazła się w 2014 r., kiedy to spadła na 32. miejsce z wynikiem 510 punktów. To pokazuje, że indeks EHCI jest czasami wrażliwy na niewielkie zmiany w odpowiedziach organizacji pacjenckich wypełniających ankietę HCP, których liczba jest często dość ograniczona. W 2016 r. Litwa wróciła na drogę, którą podąża już od dłuższego czasu (zob. rys. 5.1).

1.3.28 Grecja

Grecja odnotowała dramatyczny spadek nakładów *per capita* na opiekę zdrowotną; zmniejszyły się one o 28% pomiędzy rokiem 2009 a 2011, ale w 2012 r. odnotowano jednoprocenowy wzrost! Liczby te zaskakują na tle reszty Europy. Żaden inny z krajów dotkniętych przez kryzys finansowy, takich jak Portugalia, Irlandia, Hiszpania, Włochy, Estonia, Łotwa czy Litwa, nie odnotował obniżenia nakładów na opiekę zdrowotną poważniejszego niż chwilowy spadek rządu ok. 10% (zob. Załącznik nr 2). Istnieje pewne ryzyko, że spadek o 28% jest równie wiarygodny co wskaźniki budżetowe Grecji, które doprowadziły kraj do strefy euro.

Grecja wyraźnie zmieniła swoje tradycyjne podejście do nowinek farmaceutycznych. Kraj, który dotychczas ochoczo wprowadzał na rynek nowe wyroby, stał się dużo bardziej zachowawczy. Jednak jak pokazuje poniższy wykres, jeszcze pod koniec 2012 r. Grecja miała 3., najwyższy w Europie wskaźnik spożycia środków farmaceutycznych na jednego mieszkańca wyrażony jako wartość pieniężna! Wynika to częściowo z niechęci do wpuszczenia na rynek leków generycznych. Można odnieść wrażenie, że farmaceuci (i lekarze?) niechętnie informują pacjentów o tym, że leki generyczne stanowią odpowiedniki leków markowych.

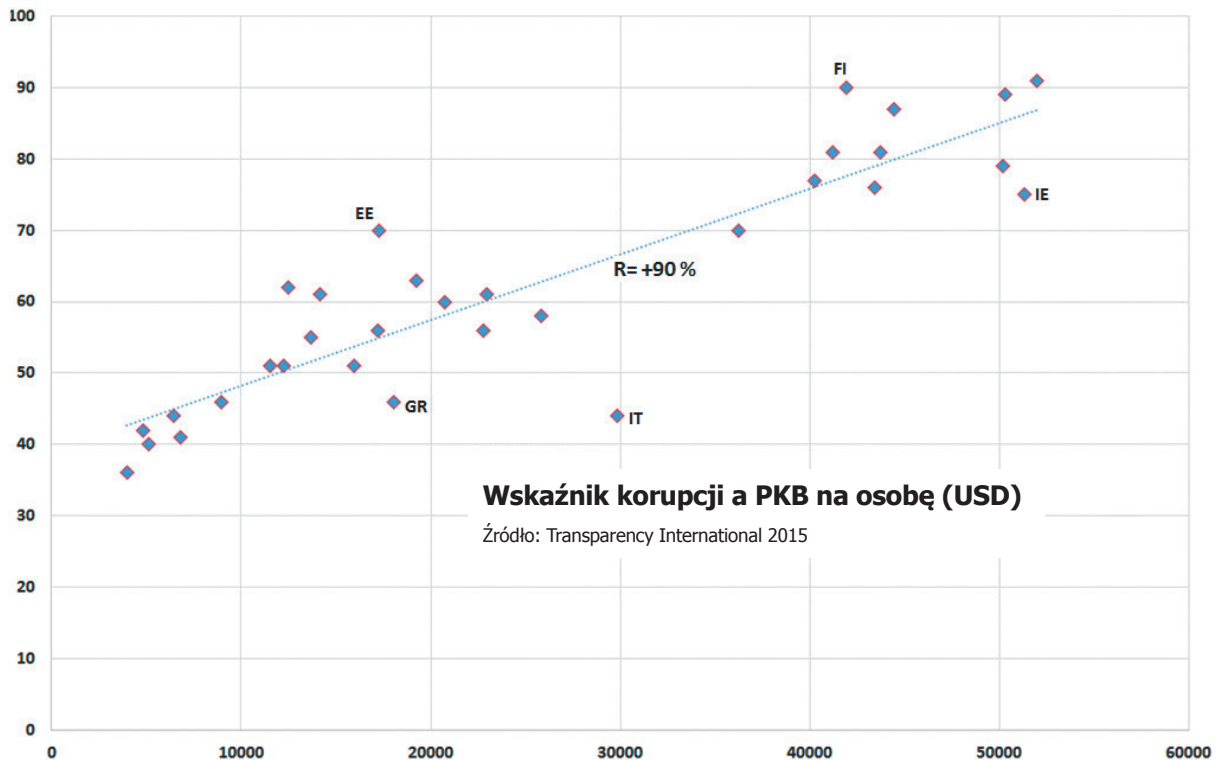
Tym, co się częściowo zmieniło, jest gotowość Grecji do wprowadzania nowych leków na rynek. Jak pokazuje Wskaźnik 6.5 (nowe leki na artretyzm), Grecja, w niektórych przypadkach, zmieniła radykalnie swoje wcześniejsze szczodre nastawienie do wprowadzania nowych, kosztownych leków. Kolejna zmiana to spadek w 2014 r. z pozycji nr 3 w 2012 r. na miejsce 11 na liście krajów odnotowujących najwyższe wydatki na leki.



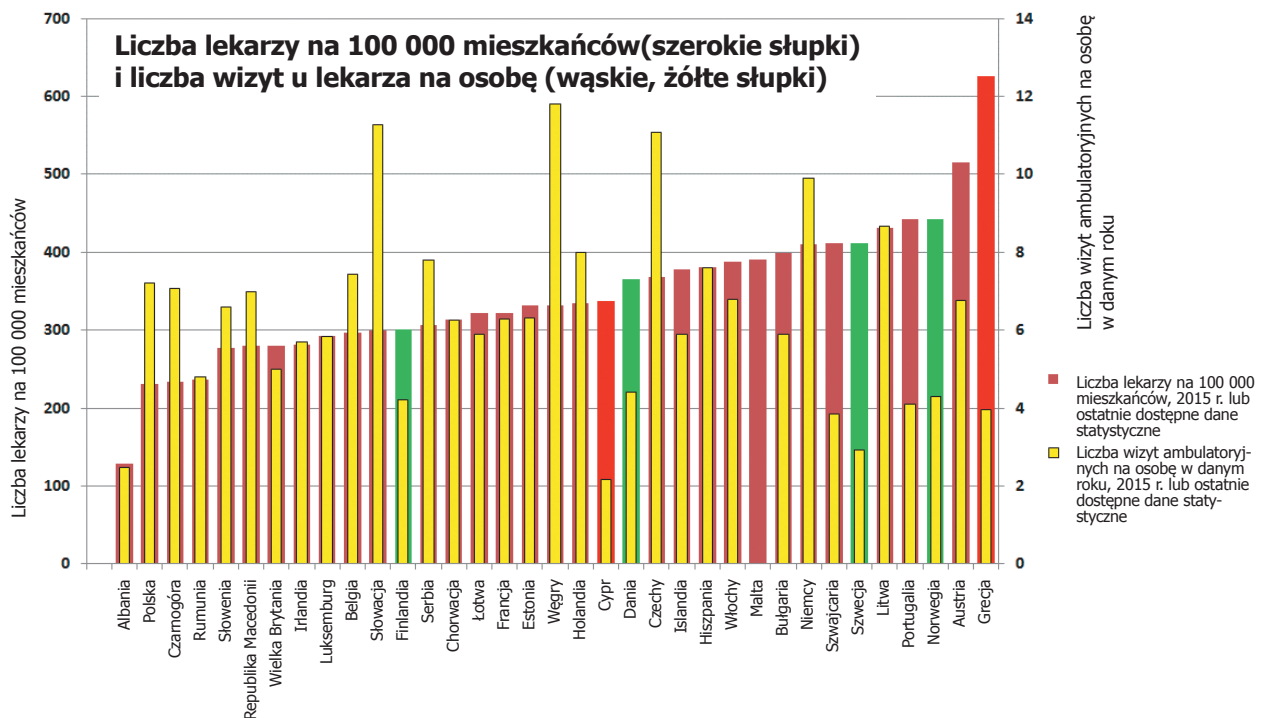
Wykres 1.3.28a.

Na wydatki Grecji na środki farmaceutyczne ma prawdopodobnie wpływ fakt, że Grecja (i Włochy) to dwa kraje w Europie, w których poziom korupcji¹⁰ przekracza wartość, jakiej można by spodziewać się biorąc pod uwagę poziom ubóstwa.

¹⁰ www.euractiv.com/section/health-consumers/news/novartis-under-scrutiny-for-alleged-pharma-scandal-in-greece/?nl_ref=28487074



Rys. 1.3.28b Wyniki korupcji a PKB/capita Na skali określającej poziom korupcji, wynik 100 oznacza kraj wolny od korupcji; im niższy wynik, tym korupcja przybiera poważniejsze formy. Istnieje dość bliska współzależność ($R = 90\%$) pomiędzy biedą a korupcją. Słabo na tle innych krajów wypadają Włochy, Grecja i Irlandia (tzn. kraje te są bardziej skorumpowane niż można by oczekiwać). Bardzo uczciwe w odniesieniu do swoich środków ekonomicznych są Estonia i Finlandia. Trzy najbogatsze kraje, Luksemburg, Szwajcaria i Norwegia zostały pominięte – ich PKB/capita jest o 50 do 100% wyższy niż w jakimkolwiek innym kraju.



Wykres 1.3.28b. Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (szerokie słupki) oraz liczba wizyt lekarskich per capita (żółte wąskie słupki).

Grecja jest zdecydowanym liderem w Europie pod względem liczby lekarzy w przeliczeniu na jednego mieszkańca (zob. poniżej). Ma także największą liczbę farmaceutów na osobę. Jednak obraz greckiej opieki zdrowotnej stworzony na podstawie informacji uzyskanych od organizacji pacjenckich nie świadczy bynajmniej o istnieniu zdrowej konkurencji mającej na celu zapewnieniu świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.

1.3.29 Łotwa

589 punktów. Mimo iż Łotwa padła ofiarą kryzysu finansowego w takim samym stopniu jak Grecja, to wraz z Litwą odnotowała wielki powrót. W obydwu krajach widoczna jest poprawa naprawdę ważnego wskaźnika, jakim jest umieralność niemowląt. Podczas gdy w 2012 r. wskaźnik ten na Łotwie wynosił 6,2 na 1000 narodzin (ocena „czerwona”), to w 2014 r. wynosił już 3,9 na 1000 narodzin (ocena „zielona”), a w 2016 r. jego wartość wynosiła 3,8. Miejmy nadzieję, że trend ten się utrzyma – w przypadku małego kraju tego rodzaju liczby są wrażliwe na zmienność losową.

1.3.30 Węgry i Polska

Węgry (30. miejsce, 575 punktów) i Polska (31. miejsce, 564 punkty) to dwa kraje, które w ostatnich latach nie wypadają najlepiej w rankingu EHCI pomimo dobrego i rozbudowanego systemu kształcenia personelu medycznego oraz długiej tradycji finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych na zasadach solidaryzmu społecznego.

Przyczyny takiego stanu rzeczy nie są oczywiste. Jednakże możliwe, że pomiędzy oboma krajami istnieje wspólny mianownik: z punktu widzenia zarządzania znana jest następująca prawidłowość: jeżeli wyższa kadra zarządzająca zaczyna skupiać się na rzeczach innych niż wytwarzanie najlepszych produktów i świadczenie najlepszych usług, jakość produktów i usług ulega obniżeniu. W korporacji pojęcie „inne rzeczy” może oznaczać Business dla Zabawy, czyli np. „ekscytujące” przejęcia spółek, eskapady firmowym odrzutowcem w towarzystwie bogaczy lub coś podobnego.

W ostatnich latach rządy Węgier i Polski zdawały się skupiać na rzeczach innych niż optymalne zarządzanie krajem. Na Węgrzech było to dążenie do powstrzymania przed przyjazdem do kraju 1200 uchodźców rocznie – swoją drogą to naprawdę żałosna liczba. W Polsce natomiast uwagę władz pochłaniała walka z wolną prasą i wprowadzenie zakazu przeprowadzania aborcji poza kilkoma najbardziej ekstremalnymi przypadkami.

Od początków istnienia rankingu EHCI trwająca polityczna debata dotycząca fundamentalnych reform w Polsce (jak również w Rumunii i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej) niewiele przyniosła. Na Węgrzech, kraju Europy Środkowo-Wschodniej posiadającym jeden z najstarszych systemów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie powiodła się próba przekształcenia tego naznaczonego sowiecką mentalnością reliktu we współczesny, zorientowany na pacjenta system.

Spółeczeństwa i personel medyczny obu krajów zasługują na więcej.

1.3.31 Albania

32. miejsce, 551 punktów, wzrost o 27 punktów w porównaniu z rokiem 2015.

Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego Ministerstwa Zdrowia. Jak wynika z informacji zamieszczonych w punkcie 4.1, Albania dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami sektora ochrony zdrowia. Przed zajęciem ostatniego miejsca ratuje ją dobry wynik w podkategorii „Dostępność”. Również w 2016 r. organizacje pacjenckie potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, które twierdzi, że kolejki oczekujących stanowią mało istotny problem.

Albańskie Ministerstwo Zdrowia wyjaśniło tę sytuację w następujący sposób: „Albańczycy to twardzi ludzie, którzy do lekarza trafiają tylko, gdy zostają tam wniesieni”, co sugeruje niepełne wykorzystanie możliwości systemu opieki zdrowotnej. Jest to uproszczenie. Albańczycy odwiedzają lekarzy pierwszego kontaktu ponad dwa razy częściej niż Szwedzi (3,9 wizyty rocznie w porównaniu ze średnią dla Szwecji wynoszącą 1,7 wizyty)!

Albania ma jeden wspólny problem z pozostałymi krajami bałkańskimi, za wyjątkiem Słowenii: trudno oszacować, które świadczenia medyczne są faktycznie dostępne w ramach bezpłatnej opieki zdrowotnej, czyli bez konieczności wnoszenia nieformalnych opłat.

1.3.32 Bułgaria

33. miejsce, 526 punktów

Bułgaria zrobiła ogromny postęp w okresie od 2012 do 2013 r., na co wskazują dużo bardziej pozytywne odpowiedzi organizacji pacjenckich na zamieszczone w sondażu pytania dotyczące podkategorii EHCI „Dostępność”. Taka poprawa sytuacji nie jest łatwa do uzyskania, jeśli nie towarzyszy jej reforma systemowa, taka jak wprowadzenie systemu rezerwacji/skierowań w Republice Macedonii. Zespół HCP sprawdził dokładność tych informacji i wygląda na to, że są one zgodne ze stanem faktycznym. Niestety, Bułgaria traci punkty w kategorii „Wyniki leczenia” oraz „Zakres i zasięg usług zdrowotnych”.

1.3.33 Czarnogóra

34. miejsce, 518 punktów – wzrost o 34 punkty w porównaniu z 2015 r. to nadal za mało, aby uniknąć ostatniej pozycji. Jedną z okoliczności historycznie działających na korzyść Czarnogóry był masowy napływ rosyjskiego kapitału, któremu, w chwili sporządzania niniejszego raportu, zagrozić mogą niskie ceny ropy naftowej i sankcje nałożone na rosyjskich kapitalistów po zajęciu Krymu.

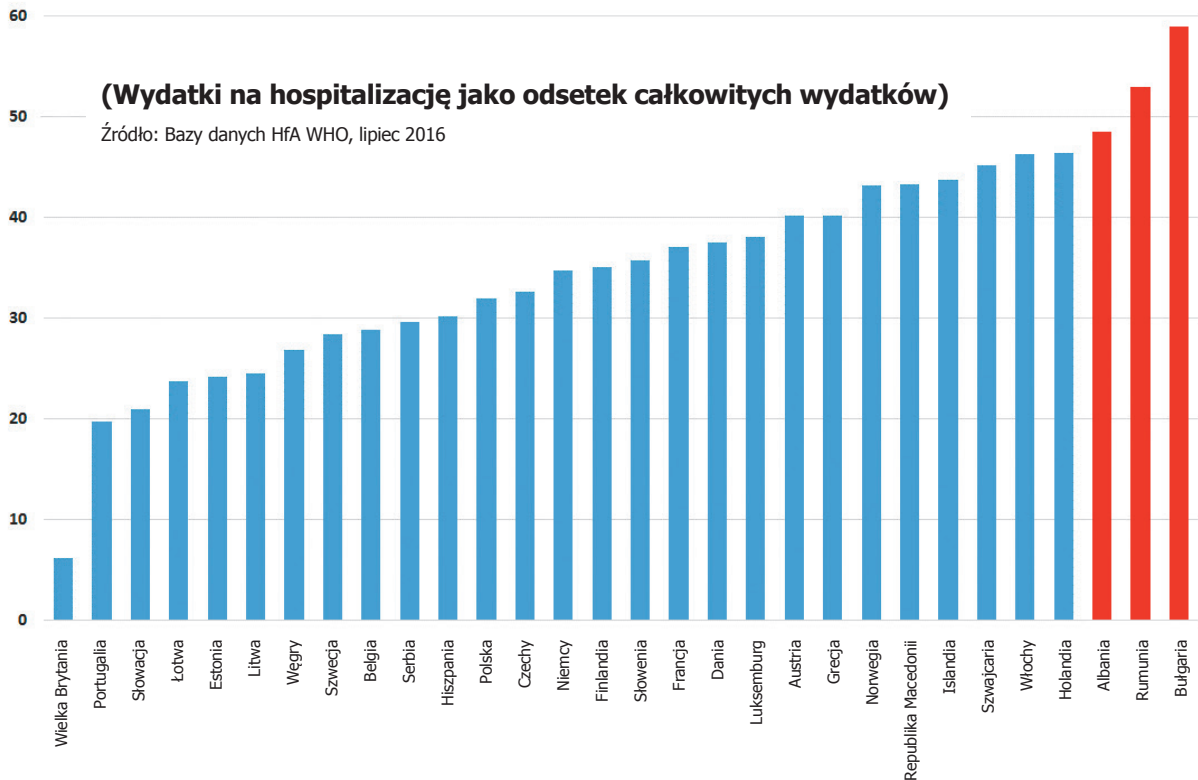
Populacja kraju wynosi zaledwie 650 tysięcy ludzi, co umożliwia szybkie przeprowadzenie reform.

1.3.34 Rumunia

35. miejsce, 497 punktów.

Rumunia ma poważne problemy z zarządzaniem całym sektorem publicznym. W systemie ochrony zdrowia dyskryminacja grup mniejszościowych, np. Romów (stanowiących od 3,5 do 4% populacji) skutkuje niskim wynikiem dla wskaźnika „Wyniki leczenia”.

Co więcej, system opieki zdrowotnej w Albanii, Rumunii i Bułgarii ma przestarzałą strukturę, którą cechuje przewaga kosztownej opieki szpitalnej nad bardziej opłacalną opieką ambulatoryjną (zob. rysunek poniżej).



Rys. 1.3.35 Im wyższy jest udział opieki szpitalnej, tym bardziej przestarzała jest struktura systemu opieki zdrowotnej. O ile Holendrzy, Szwedzi i (prawdopodobnie) Włosi preferują długie okresy hospitalizacji i mogą sobie na to pozwolić, o tyle Bułgaria, Rumunia i Albania wręcz przeciwnie! Kraje te powinny uzyskać profesjonalne wsparcie w celu dokonania restrukturyzacji swoich systemów opieki zdrowotnej!

1.4 Czy mniej zamożne kraje wracają do formy po kryzysie finansowym?

Całościowy wynik zdaje się wskazywać na możliwy makroekonomiczny skutek kryzysu finansowego. Najwyższe wyniki w rankingu 2014 r. należały do krajów bogatszych, co było bardziej widoczne niż we wszystkich poprzednich edycjach badania. Wygląda na to, że kraje te zdołały uniknąć (raczej umiarkowanych) skutków kryzysu finansowego, który mocniej uderzył w mniej zamożne państwa. Można to rozumieć w ten sposób, że kryzys finansowy przyczynił się do nieznacznego, ale zauważalnego wzrostu nierówności w systemach opieki zdrowotnej krajów europejskich.

Z łącznych wyników za 2016 r. pokazanych na rys. 4.1 poniżej wynika, że ta różnica w dochodzie uległa niewielkiemu zmniejszeniu. Między 2014 a 2016 r. 8 najmniej zamożnych krajów zyskało średnio 53 punkty! Może to wskazywać, że także biedniejsze kraje europejskie wracają do formy po kryzysie.

Analiza wyników na poziomie wskaźnika ujawniła następujące tendencje:

1.4.1 Jakość wyników leczenia stale się poprawia

Na przestrzeni lat zaobserwować można stałą poprawę wskaźników takich jak „przeżywalność pacjentów cierpiących na nowotwory” czy „umieralność niemowląt”. Dotyczy to także krajów bałtyckich, które przeżyły finansowy „zimny prysznic”, w każdym aspekcie porównywalny do tego, co przytrafiło się południowej Europie czy Irlandii. Przykładem są tu Litwa i Łotwa, które w niezwykle sposób zmniejszyły wskaźnik umieralności niemowląt, i to w okresie największego zaciskania pasa.

Jest to prawdopodobnie zasługa lekarzy znanych z tego, że nie jest łatwo nimi zarządzać – sygnały napływające od menadżerów i polityków są nierzadko puszczane przez nich mimo uszu. Byłoby to prawdą, zwłaszcza jeśli chodzi o zapewnianie kiepskiej jakościowo opieki medycznej, co przecież wystawiłoby lekarzy na krytykę ze strony środowiska zawodowego, które, w większości przypadków, wywiera na nich o wiele większy wpływ niż niejeden zarząd czy budżet.

1.4.2 Opóźnienia lub ograniczenia dotyczące wprowadzania nowych środków farmaceutycznych

Jak pokazują Wskaźniki 6.3-6.5 (punkt 7.10.6), oszczędzanie na wprowadzaniu/wdrażaniu leków, w szczególności nowych, opatentowanych (i kosztownych) substancji, wydaje się bardzo powszechną taktyką ograniczania wydatków na opiekę zdrowotną w wielu krajach. Zaobserwowano to już w poprzednich Indeksach HCP¹¹.

Jest to oczywiste zwłaszcza w przypadku Grecji, kraju, który w przeszłości chętnie i sprawnie wprowadzał nowe leki. W 2010 r. wydatki budżetu na leki na receptę przeznaczone dla 11 milionów ludzi wyniosły w Grecji 8 miliardów euro. Dla porównania, Szwedzi wydali w tym samym okresie 4 miliardy euro na leki dla 9,5 miliona ludzi, przy czym ceny leków w Grecji są tradycyjnie niższe. Grecka gotowość do wprowadzania nowych leków znacząco osłabła wraz z wprowadzeniem ich generycznych zamienników.

Pomimo tego, jeszcze w 2012 r. Grecja zajmowała 3. miejsce w Europie pod względem spożycia leków wyrażonego jako wartość pieniężna. Do roku 2014, państwo to spadło na 11. pozycję w tej kategorii.

1.5 BBB, czyli model Bismarcka deklasuje model Beveridge'a – to już stało się tradycją

Przykład Holandii zdaje się być ostatnim gwoździem do trumny systemów opieki zdrowotnej opartych na modelu Beveridge'a, z czego wypływa jednoznaczna lekcja: należy odsunąć polityków i innych amatorów od podejmowania faktycznych decyzji dotyczących być może najbardziej skomplikowanego sektora na świecie, czyli systemu opieki zdrowotnej! Model Beveridge'a sprawdza się jedynie w krajach o małej liczbie ludności, takich jak Islandia, Dania i Norwegia.

1.5.1 Jakie są cechy charakterystyczne obu systemów?

Wszystkie państwowe systemy opieki zdrowotnej borykają się z tym samym problemem: jakie techniczne rozwiązanie należałoby zastosować, aby skierować 8 do 11% dochodu narodowego do sektora ochrony zdrowia?

Systemy opieki zdrowotnej bazujące na modelu **Bismarcka**: opierają się na ubezpieczeniu społecznym, przy czym istnieje wielu ubezpieczycieli, wiele kas chorych itp., które w sensie organizacyjnym są niezależne od świadczeniodawców.

Systemy bazujące na modelu **Beveridge'a**: są to systemy, w ramach których finansowanie i dostarczanie świadczeń odbywa się w obrębie jednej struktury organizacyjnej, tzn. organy finansujące i świadczeniodawcy całkowicie lub częściowo wchodzi w skład jednej organizacji. Za przykład może posłużyć brytyjski National Health Service (NHS) czy okręgi administracyjne krajów skandynawskich.

Od ponad pięciu dekad, a w szczególności od momentu stworzenia brytyjskiego NHS – największego w Europie systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu Beveridge'a – toczy się burzliwa debata nad zaletami obu modeli.

Już podczas tworzenia EHCI 2005, który stanowił pierwszą pilotażową próbę opracowania rankingu z udziałem 12 krajów zaobserwowano, że „ogólnie rzecz biorąc, kraje o długiej tradycji pluralizmu w finansowaniu i oferowaniu świadczeń medycznych, tj. dające konsumentowi możliwość wyboru pomiędzy różnymi ubezpieczycielami, które nie dzielą przy tym świadczeniodawców na prywatnych

¹¹ Europejski Ranking WZW za 2012 r.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

kierujących się zyskiem, organizacje typu non profit i świadczeniodawców finansowanych ze środków publicznych, wykazują wspólne cechy związane nie tylko z czasem oczekiwania...”

Patrząc na wyniki rankingów EHCI z lat 2006-2016, trudno nie zauważyć, że w czołówce znalazły się kraje wierne modelowi Bismarcka, a tuż za nimi uplasowały się kraje skandynawskie z systemami wzorowanymi na modelu Beveridge’a, którymi – z racji niewielkiej liczby ludności – łatwiej zarządzać. Wydaje się, że w dużych systemach opieki zdrowotnej opartych na modelu Beveridge’a trudno jest zapewnić pacjentowi naprawdę wysoki poziom usług. Największe kraje oparte na tym modelu – Zjednoczone Królestwo, Hiszpania i Włochy – zajmują zbliżone pozycje mniej więcej w połowie Indeksu. Zjawisko to można wyjaśnić na (co najmniej) dwa sposoby:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga zaawansowanych umiejętności menadżerskich, które zwykle są sownie wynagradzane. Organizacja taka jak angielski NHS, zatrudniająca prawie 1,5 miliona pracowników, którzy mają swoje własne plany zawodowe, niekoniecznie pokrywające się z planami kierownictwa/administracji, co na pewno nie ułatwia życia tym ostatnim, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Jest wątpliwe, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i świadczenia dodatkowe pozwalające pozyskać takich menadżerów.

2. W organizacjach opartych na modelu Beveridge’a, odpowiedzialnych zarówno za finansowanie, jak i zapewnianie świadczeń zdrowotnych, istnieje ryzyko, że lojalność polityków i innych głównych decydentów wobec konsumentów/pacjentów może osłabnąć. Mogą oni skupić swoją uwagę na organizacji, którą z uzasadnionym poczuciem dumy budowali od dziesięcioleci (lub innych aspektów jej funkcjonowania, takich jak tworzenie miejsc pracy w swoich rodzinnych miastach).

2. Wprowadzenie

Health Consumer Powerhouse (HCP) stał się ośrodkiem, w którym powstają koncepcje i działania promujące w Europie model zdrowotny powiązany z konsumentem. W raporcie opublikowanym w ubiegłym roku stwierdziliśmy, że „Przyszli konsumenci świadczeń zdrowotnych odrzuca wszelkie tradycyjne granice”. Wydaje się jednak, że proces ten już się rozpoczął. Dyrektywa UE z 2011 r. dotycząca praw pacjenta do transgranicznej opieki zdrowotnej jest doskonałym przykładem tej tendencji. Aby stać się znaczącym graczem na scenie systemu opieki zdrowotnej, tworzącym oddolnie niezbędną presję na reformy, konsument musi zdobyć dostęp do wiedzy umożliwiającej porównywanie polityki zdrowotnej, usług i wyników. Europejskie Konsumenckie Indeksy Zdrowia stanowią próbę dostarczenia konsumentom potrzebnych do tego narzędzi. Oprócz korzyści, które zastosowanie przejrzystych mierników przynosi konsumentom, prowadzi to do poprawienia jakości i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, jako że wyniki są publikowane i analizowane w sposób jawny, systematyczny i powtarzalny.

Komisja Europejska zdaje się obecnie również podzielać tę opinię, ponieważ zainicjowała utworzenie w 2016 r. systemu ocen mającego na celu zidentyfikowanie skutecznych krajowych systemów opieki zdrowotnej. Nadrzędnym celem tego działania ma być wzmocnienie ogólnoeuropejskich dobrych praktyk umożliwiających zapewnienie lepszej jakości usług w zakresie opieki zdrowotnej.

2.1 Podstawowe informacje

Od 2004 r. HCP wydaje zróżnicowane publikacje porównawcze na temat systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Pierwszą z nich był Szwedzki Konsumencki Indeks Zdrowia z 2004 r. (dostępny także w wersji angielskiej). Tworząc ranking 21 rad okręgowych w oparciu o 12 podstawowych wskaźników dotyczących „kształtu” polityki systemowej, wyboru, jakim dysponują konsumenci, poziomu świadczeń i dostępu do informacji, wprowadziliśmy metodę porównawczą stanowiącą element procesu umacniania pozycji i samoświadomości konsumentów. Po dwóch latach inicjatywa ta zainspirowała, czy też sprowokowała, Szwedzkie Stowarzyszenie Organów Władzy Lokalnej i Regionów, a także Narodową Radę Zdrowia i Opieki Społecznej, do przystąpienia do tworzenia podobnego rankingu, co uczyniło zestawienia dostępne dla ogółu społeczeństwa kluczowym szwedzkim instrumentem wprowadzania zmian.

W przypadku indeksów paneuropejskich stworzonych w latach 2005-2008, HCP przyjęło w zasadzie to samo podejście, polegające na wybraniu pewnej liczby wskaźników odzwierciedlających stopień, w jakim narodowe systemy opieki zdrowotnej są „przyjazne dla użytkowników”. Stworzono w ten sposób podstawę do porównywania systemów opieki zdrowotnej różnych krajów.

Ponadto od 2008 r. HCP znacząco poszerzyła program porównawczy:

- W styczniu 2008 r. kanadyjski Frontier Center i HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Konsumentcki Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja z 2009 r. została opublikowana w maju 2009 r.
- Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Kardiologicznej, opublikowany w lipcu 2008 r., porównuje 29 europejskich systemów opieki kardiologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach obejmujących 28 wskaźników efektywności. W 2016 r. opublikowano nową edycję tego Indeksu.
- Pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia została opublikowana we wrześniu 2008 r. we współpracy z ośrodkiem Frontier Center for Public Policy i przedstawiała ocenę opieki zdrowotnej z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjską prowincję, a następnie została powtórzona w latach 2009 i 2010.
- Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Diabetologicznej, opublikowany we wrześniu 2008 r., jest pierwszym rankingiem europejskiej opieki zdrowotnej świadczonej osobom chorym na cukrzycę. Ranking obejmuje pięć kluczowych kategorii: informacje, prawa przysługujące konsumentowi i dostępne możliwości wyboru, szczodrość systemu, profilaktykę, dostęp do procedur i wyniki leczenia. W 2014 r. opublikowano nową edycję tego Indeksu.
- Inne opublikowane Indeksy to: Europejski Indeks HIV 2009, Europejski Indeks Bólu Głowy 2012 oraz Europejski Indeks WZW 2012.
- Tegoroczna edycja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia (poszerzonego o wskaźnik umieralności na POChP) obejmuje 48 wskaźników sprawności działania opieki zdrowotnej w 35 krajach.

Chociaż jest to wciąż nieco kontrowersyjny punkt widzenia, HCP uważa, że porównywanie jakości w obszarze opieki zdrowotnej przynosi korzyści wszystkim zainteresowanym stronom: konsumentom, którzy mogą podejmować świadome decyzje i działania; rządów, władzom i świadczeniodawcom, w przypadku których większa koncentracja na zadowoleniu konsumenta i wynikach jakościowych sprzyja zmianom; a także mediom, którym ranking oferuje jednoznaczne fakty przydatne w dziennikarstwie konsumentckim, doprawione szczyptą sensacji. Takie zestawienia obrazują nie tylko wady i braki systemu, ale też wskazują na możliwości jego poprawy. Uwzględniając powyższe, ranking EHCI został zaprojektowany tak, aby stał się ważnym systemem porównawczym wspierającym interaktywną ocenę i zmiany na lepsze.

Jeden z ministrów zdrowia na widok wstępnych wyników rankingu dla swojego kraju stwierdził: „Dobrze jest mieć kogoś, kto ci wciąż powtarza, że mogłeś to zrobić lepiej”.

2.2 Zakres Indeksu

Celem niniejszego Indeksu było dobranie ograniczonej liczby wskaźników opisujących określoną liczbę obszarów oceny, które łącznie mogą wiele powiedzieć na temat sposobu świadczenia usług w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej.

2.3 O autorze

Pracami nad Indekssem EHCI 2016 kierował **prof. dr Arne Björnberg**, Prezes Health Consumer Powerhouse.

Dr Björnberg posiada doświadczenie zdobyte na stanowiskach dyrektora ds. badań w szwedzkim systemie opieki zdrowotnej. Pełnił on również funkcje Dyrektora Generalnego Szwedzkiej Narodowej Korporacji Farmaceutycznej („Apoteket AB”), Dyrektora ds. rozwiązań w sektorze



opieki zdrowotnej i rozwiązań sieciowych w IBM na obszar Europy, Bliskiego Wschodu i Afryki, oraz piastował stanowisko Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego Szwecji Północnej („Norrlands Universitetssjukhus” w Umeå).

Dr Björnberg był także kierownikiem projektu indeksów EHCI w latach 2005-2015, Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Opieki Kardiologicznej z 2008 r. oraz uczestniczył w wielu innych projektach związanych z Indeksami.

Dr Björnberg jest profesorem wizytującym w Europejskim Centrum na rzecz Pokoju i Rozwoju, będącym jednym z wydziałów Uniwersytetu Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz Pokoju.

3. Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2016

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016

Podkategoria	Wskaźnik	Albania	Austria	Belgia	Bulgaria	Chorwacja	Cypr	Czechy	Dania	Estonia	Finlandia	Francia	Republika Macedonii	Niemcy	Grecja	Węgry	Islandia	Irlandia	
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	1.2 Organizacje pacjenckie zaangażowane w proces decyzyjny	👎	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	1.3 Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👎	👍	👍	👎	👎	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👎	👍	👎
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎
	1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	1.7 Internetowe lub dostępne non stop telefoniczne, interaktywne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.8 Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania	nd.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	nd.	👍	👍	👍	👍	👍
	1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem świadczonych usług	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	nd.	👍
	1.10 Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.11 Dostęp pacjentów do internetowych systemów umawiania wizyt	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	1.12 e-Recepty	👎	👍	👎	👎	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	Wynik ważony podkategorii		73	108	104	66	108	73	87	111	108	108	90	118	104	63	73	115	80
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👎	👎	👎	👍
	2.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	2.3 Poważne planowe zabiegi operacyjne: < 90 dni	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👎	👎
	2.4 Leczenie nowotworów: < 21 dni	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍
	2.5 Tomografia komputerowa: < 7 dni	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎
	Wynik ważony podkategorii		163	200	225	150	175	125	213	150	163	150	188	225	188	125	125	163	100
3. Wyniki leczenia	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Śmiertelność niemowląt	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Przeżywalność pacjentów cierpiących na nowotwory	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.5 Utracone potencjalne lata życia	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 Zakażenia MRSA	👎	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍
	3.7 Współczynnik aborcji	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Depresja	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.9 Umieralność na POChP	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	Wynik ważony podkategorii		175	238	250	150	188	213	238	275	238	288	263	138	288	213	163	288	250

4. Zakres i zasięg oferowanych świadczeń	4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej																	
	4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	b.d.					b.d.											
	4.3 Liczba przeszczepów nerek na milion mieszkańców																	
	4.4 Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia?																	
	4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom																	
	4.6 Długofalowa opieka nad osobami starszymi																	
	4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej																	
	4.8 Cięcia cesarskie																	
	Wynik ważony podkategorii	42	99	109	47	104	68	104	115	94	115	94	68	83	52	73	115	78
5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom																	
	5.2 Ciśnienie krwi																	
	5.3 Profilaktyka palenia																	
	5.4 Alkohol																	
	5.5 Aktywność fizyczna	b.d.																
	5.6 Szczepienie przeciwko wirusowi HPV																	
	5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi																	
	Wynik ważony podkategorii	65	101	95	65	71	83	77	95	65	101	95	89	101	83	89	113	95
6. Środki farmaceutyczne	6.1 Refundacja leków sprzedawanych na receptę																	
	6.2 Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych z opieką zdrowotną																	
	6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych	b.d.											b.d.					
	6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)				b.d.	b.d.								b.d.				b.d.
	6.5 Leki na zapalenie stawów	b.d.											b.d.					
	6.6 Użycie statyny	b.d.					b.d.											b.d.
	6.7 Antybiotyki per capita	b.d.																
	Wynik ważony podkategorii	33	81	76	48	57	62	62	81	62	81	86	62	86	57	52	62	86
Wynik końcowy	551	826	860	526	703	623	780	827	729	842	815	699	849	593	575	854	689	
Miejsce	32	10	4	33	19	26	13	9	17	8	11	20	7	28	30	5	21	

Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia 2016

Podkategoria	Wskaźnik	Włochy	Łotwa	Litwa	Luksenburg	Malta	Czarnogóra	Holandia	Norwegia	Polska	Portugalia	Rumunia	Serbia	Słowacja	Słowenia	Hiszpania	Szwecja	Szwajcaria	Wielka Brytania	
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Organizacje pacjenckie zaangażowane w proces decyzyjny	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Internetowe lub dostępne non stop telefoniczne, interaktywne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania	👍	b.d.	b.d.	👍	👍	nd.	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	nd.	👍	👍	👍	👍	nd.	👍
	1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem świadczonych usług	👍	👍	👍	👍	nd.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 Dostęp pacjentów do internetowych systemów umawiania wizyt	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-Recepty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		83	87	97	101	80	63	122	125	66	108	80	111	97	104	87	104	111	108
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.3 Poważne planowe zabiegi operacyjne: < 90 dni	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.4 Leczenie nowotworów: < 21 dni	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.5 Tomografia komputerowa: < 7 dni	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		138	113	175	200	163	113	200	138	100	150	150	188	163	125	113	100	225	100
3. Wyniki leczenia	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Śmiertelność niemowląt	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Przeżywalność pacjentów cierpiących na nowotwory	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.5 Utracone potencjalne lata życia	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 Zakażenia MRSA	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7 Współczynnik aborcji	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8 Depresja	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.9 Umieralność na POChP	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		188	146	135	219	135	135	240	240	146	188	104	125	135	208	198	229	240	188

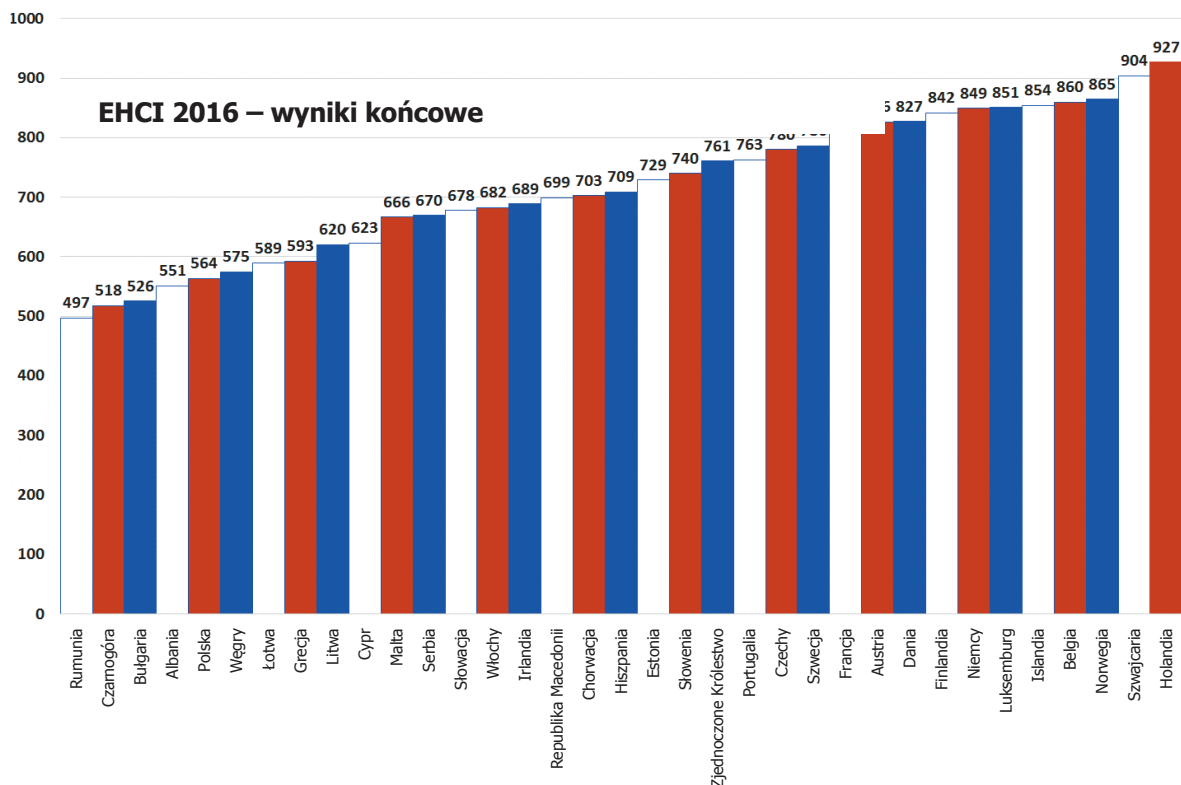
4. Zakres i zasięg oferowanych świadczeń	4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej																	
	4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia						b.d.											
	4.3 Liczba przeszczepów nerek na milion mieszkańców																	
	4.4 Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia?																	
	4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom																	
	4.6 Długofalowa opieka nad osobami starszymi						b.d.											
	4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej				b.d.													
	4.8 Cięcia cesarskie																	
	Wynik ważony podkategorii	78	73	68	104	94	57	125	115	63	78	52	57	89	89	94	125	94
5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom																	
	5.2 Ciśnienie krwi																	
	5.3 Profilaktyka palenia																	
	5.4 Alkohol																	
	5.5 Aktywność fizyczna																	
	5.6 Szczepienie przeciwko wirusowi HPV																	
	5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi																	
	Wynik ważony podkategorii	101	77	65	107	95	77	107	119	95	101	48	89	83	83	107	101	101
6. Środki farmaceutyczne	6.1 Refundacja leków sprzedawanych na receptę																	
	6.2 Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych z opieką zdrowotną																	
	6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych					b.d.	b.d.											
	6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)		b.d.	b.d.		b.d.	b.d.											
	6.5 Leki na zapalenie stawów					b.d.	b.d.											
	6.6 Użycie statyny					b.d.	b.d.											
	6.7 Antybiotyki per capita																	
	Wynik ważony podkategorii	57	52	52	76	48	33	86	81	52	76	43	62	71	76	71	81	86
Wynik końcowy	682	589	620	851	666	518	927	865	564	763	497	670	678	740	709	786	904	761
Miejsce	22	29	27	6	25	34	1	3	31	14	35	24	23	16	18	12	2	15

Wskaźniki pokazane w powyższej tabeli na polach z tłem jasnozielonym zostały zaktualizowane od czasu opracowania edycji z 2015 r., natomiast te umieszczone na tle białym i jasnożółtym obliczono na podstawie tych samych danych, które zostały użyte na potrzeby raportu za rok 2015.

Należy zauważyć (punkt 7.6), że wagę sześciu podkategorii nieznacznie zmodyfikowano od 2015 r., co powoduje, że kraje mogą uzyskać inny całkowity wynik za rok 2016 pomimo otrzymania takiej samej oceny C/Ż/Z jak w roku 2015.

Wskaźnik 3.x dotyczący umieralności na POChP nie został włączony do ogólnej klasyfikacji punktowej (wyjaśnienie tego faktu znajduje się w punkcie 7.10.3).

3.1 Podsumowanie wyników



Rys. 3.1 EHCI 2016: wyniki końcowe.

Ustalenia obecnej – dziesiątej z kolei – edycji rankingu stanowiącego próbę opracowania indeksu porównującego systemy opieki zdrowotnej potwierdzają, że istnieje w UE grupa krajów, które posiadają systemy opieki zdrowotnej dobrze funkcjonujące z punktu widzenia pacjenta.

Celowym zabiegiem było opracowanie takiego sposobu obliczania punktacji, który ograniczył niemal do zera prawdopodobieństwo uzyskania przez dwa kraje tego samego miejsca w rankingu. Należy tym samym podkreślić, że nie warto koncentrować się na wnikliwej analizie powodów, dla których dany kraj znalazł się na miejscu 13., a inny na 16. Nawet bardzo drobne zmiany w punktacji przyznawanej w poszczególnych podkategorjach mogą wpłynąć na kolejność klasyfikacji, zwłaszcza w obrębie krajów plasujących się pośrodku stawki rankingowej, a w przypadku EHCI za rok 2016 – także na miejscach od 3. do 8.

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2016 Holandia ponownie umocniła swoją pozycję lidera, osiągając wynik 927 punktów na 1000 możliwych, co stanowi najwyższy wynik w historii EHCI. Holandii udało się zachować najwyższą pozycję pomimo awansu pozycji Szwajcarii, która uzyskała imponujący wynik na poziomie 904 punktów.

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmian wskaźników, których w raporcie EHCI 2016 uwzględniono 48; były to te same wskaźniki, które oceniano rok wcześniej. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce finałowego rankingu w każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 r. W czterech z sześciu podkategorii EHCI 2016 Holandia jest liderem bądź zajmuje ex equo pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów w pozostałych podkategorjach. Zazwyczaj HCP stara się podkreślać, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta (pacjenta), tzn. nie usurpuje sobie prawa do rozstrzygania, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Ponieważ jednak bardzo trudno jest opracować indeks podobny do tego autorstwa HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2016 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne wiele

można by się nauczyć, analizując bardziej wnikliwie holenderską drogę na szczyt!

Szwajcaria od dawna cieszy się reputacją kraju posiadającego znakomity system opieki zdrowotnej i nie jest zaskoczeniem, że coraz bardziej wnikliwe badania pozwoliły na wyeliminowanie większości wyników b.d., zapewniając tym samym Szwajcarii wysoką pozycję w rankingu EHCI.

Brązowym medalistą jest Norwegia z wynikiem 865 punktów. Miejsca od 3. do 8. zajmują Norwegia, Belgia, Islandia, Luksemburg, Niemcy i Finlandia, które dzieli jedynie niewielka różnica punktów.

Dania, która przez wiele lat zajmowała drugie miejsce w rankingu EHCI, jest pewnym rozczarowaniem – w 2016 r. spadła na 9. miejsce. Dania zaprzestała ujawniania wyników leczenia szpitalnego opinii publicznej, co kosztowało ją kilka punktów. Oprócz tego – w porównaniu z 2012 r. – straciła 30 punktów w kategorii „Dostępność”. Zbiega się to w czasie z wprowadzeniem przez Danię prawdopodobnie najbardziej sztywnego systemu dostępu do usług opieki zdrowotnej w całej Europie. Aby skontaktować się z lekarzem, duńscy pacjenci mają mieć teraz do dyspozycji tylko dwa numery telefonu – numer do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i numer 112!

Na wyniku uzyskanym przez Szwecję, za doskonałe pod względem technicznym świadczenia, jak zawsze negatywnie, odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością/czasem oczekiwania, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2016 r., Szwecja wraca na 12. lokatę z niezmienną liczbą 786 punktów, która rok wcześniej pozwoliła jej zająć 10. pozycję.

Wśród krajów Europy Południowej, świadczenia medyczne o bardzo wysokiej jakości oferują w wielu obszarach Hiszpania i Włochy. Wydaje się jednak, że faktyczna jakość opieki zdrowotnej oferowanej w krajach południowoeuropejskich jest w nieco zbyt dużym stopniu uzależniona od zdolności konsumentów do pokrycia kosztów prywatnej opieki zdrowotnej, będącej uzupełnieniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, zarówno Hiszpanię, jak i Włochy cechują duże regionalne różnice w jakości opieki zdrowotnej, co skutkuje przyznaniem tym krajom wyników oznaczanych kolorem żółtym.

Zaskakująco dobre wyniki odnotowują systemy opieki zdrowotnej niektórych wschodnioeuropejskich krajów członkowskich UE (przede wszystkim Czech i Estonii), zwłaszcza biorąc pod uwagę ich dużo niższe wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca, wyrażone w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Należy jednak pamiętać, że przekształcenie gospodarki planowej w uwzględniającą wybory konsumentów gospodarkę rynkową wymaga czasu.

Odnotowujemy poprawę w obszarze praw pacjenta i konsumenta. Coraz więcej krajów europejskich posiada regulacje prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które wprost realizują prawa pacjenta, a faktyczny dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej staje się standardem. Przez lata, zaledwie dwa-trzy kraje dysponowały rankingami najlepszych szpitali i klinik. W tegorocznym indeksie liczba ta wzrosła do dziewięciu, co – mamy nadzieję – świadczy o pozytywnych zmianach w tym obszarze. Turystyka medyczna, wspierana przez nową dyrektywę w sprawie mobilności pacjentów, może zwiększyć zapotrzebowanie na przejrzystość w zakresie wyników leczenia użytkiwanych przez placówki medyczne. Po wprowadzeniu dyrektywy transgranicznej kryteria dla tego wskaźnika zostały zaostrzone w odpowiedzi na założenia wdrażanej dyrektywy. Nie powinno zatem dziwić, że w 2013 r. jedynymi krajami, które uzyskały „zielony” wynik w tej kategorii były Holandia i Luksemburg – kraje od lat wspierające transgraniczną opiekę zdrowotną.

Ogólnie rzecz biorąc, jakość europejskich systemów opieki zdrowotnej ciągle poprawia się, chociaż statystyki dotyczące wyników leczenia są w wielu krajach wciąż szokująco słabe. Dotyczy to zwłaszcza najczęstszej przyczyny zgonów – chorób układu krążenia – w przypadku których dane dotyczące podstawowego parametru, trzydziestodniowego okresu ryzyka zgonu z powodu nawrotu choroby u pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, musiały być zestawione z wielu zasadniczo różnych źródeł. W związku z powyższym, wskaźnik ten (3.1) został zmodyfikowany.

Gdyby urzędnicy i politycy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną zaczęli przyglądać się rozwiązaniom

stosowanym w sąsiednich krajach, i „podkraść” zagranicznym kolegom pomysły na usprawnienie ochrony zdrowia, byłoby wielce prawdopodobne, że wynik uzyskany przez systemy opieki zdrowotnej ich krajów w dużo większym stopniu zbliżyłby się do maksymalnego poziomu 1000 punktów. Oto jeden z najlepszych tego przykładów: gdyby sytuacja „kolejkowa” Szwecji była taka jak w Belgii, samo to pozwoliłoby jej konkurować z Holandią z wynikiem na poziomie ok. 880 punktów!

Dalsze omówienie wyników uzyskanych przez kraje oraz zmian zaobserwowanych w badanym okresie znaleźć można w Rozdziale 5: Trendy na przestrzeni dziesięciu lat.

3.1.1 Wyniki uzyskane przez poszczególne kraje

Poza – być może – Holandią i Szwajcarią, żaden z krajów nie uzyskał świetnych wyników we wszystkich kategoriach wskaźników indeksu EHCI. Jak się wydaje, wyniki poszczególnych krajów w większym stopniu odzwierciedlają „krajową kulturę organizacyjną i podejście do problemu” niż wielkość wydatków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Cechy kulturowe są według wszelkiego prawdopodobieństwa głęboko zakorzenione historycznie. Zreformowanie dużej firmy trwa kilka lat, a w przypadku państwa proces ten może zająć dziesięciolecia!

3.1.2 Wyniki w „sześcioboju”

Ranking EHCI 2016 składa się z sześciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskał wyróżniających się wyników we wszystkich obszarach oceny systemu opieki zdrowotnej, ważna może okazać analiza klasyfikacji 35 krajów w każdej z pięciu elementów tego „pięcioboju”. Wyniki osiągnięte w poszczególnych podkategoriach podsumowano w poniższej tabeli:

Podkategoria	Holandia	Szwajcaria	Norwegia	Belgia	Islandia	Luksemburg	Niemcy	Finlandia	Dania	Austria	Francja	Szwecja	Czechy	Portugalia	Wielka Brytania	Słowenia	Estonia	Hiszpania	Chorwacja	Republika Macedonii	Irlandia	Włochy	Słowacja	Serbia	Malta	Cypr	Litwa	Grecja	Łotwa	Węgry	Polska	Albania	Bulgaria	Czarnogóra	Rumunia
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	122	111	125	104	115	101	104	108	111	108	90	104	108	108	104	108	87	108	118	80	83	97	92	111	80	73	97	63	87	73	66	73	66	63	80
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	200	225	138	225	163	200	188	150	150	200	188	100	213	150	100	125	163	113	175	225	100	138	163	188	163	125	175	125	113	125	100	163	150	113	150
3. Wyniki leczenia	288	288	288	250	288	263	288	288	275	238	263	275	238	250	250	263	238	238	188	138	250	225	175	163	188	213	163	213	188	163	188	175	150	175	125
4. Zakres i zasięg świadczeń	125	94	115	109	115	104	83	115	115	99	94	125	104	78	109	89	94	94	104	68	78	78	89	57	94	68	68	52	73	73	63	42	47	57	52
5. Profilaktyka	107	101	119	95	113	107	101	101	95	101	95	101	77	101	113	83	65	107	71	89	95	101	83	89	95	83	65	83	77	89	95	65	65	77	48
6. Środki farmaceutyczne	86	86	81	76	62	76	86	81	81	81	86	81	62	79	81	76	62	71	54	62	86	57	71	62	48	62	52	57	52	52	52	33	48	33	43
Wynik końcowy	927	904	865	860	854	851	849	842	827	826	815	786	780	763	761	740	729	709	703	699	689	682	678	670	666	623	620	593	589	575	564	551	526	518	497
Miejsce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Jak wynika z tabeli, pierwsze miejsce w klasyfikacji generalnej holenderskiego systemu opieki zdrowotnej jest w dużej mierze zasługą równomiernie wysokich ocen przyznanych mu we wszystkich podkategoriach. Sukces Holandii wynika również z bardzo dobrej jakości świadczeń medycznych oraz poprawy wyników w obszarze „Dostępność”, który w poprzednich latach był jednym ze słabszych punktów holenderskiego systemu.

Laureat drugiego miejsca, Szwajcarią, zdobyła – ex equo z Belgią – największą liczbę punktów w kategorii „Dostępność”. Żaden z krajów nie zdobył wyłącznie „zielonych” ocen w kategorii „Wyniki leczenia”. Szwedzki system opieki zdrowotnej, który – wraz z Finlandią i Holandią – uzyskał wysokie oceny w kategorii „Zakres i zasięg świadczeń”, mógłby wejść do ścisłej czołówki rankingu, gdyby nie problemy z dostępem do świadczeń medycznych. W zestawieniu ze standardami belgijskimi lub szwajcarskimi, sytuacji Szwecji w tym obszarze nie da określić się inaczej jak „fatalna”.

Podkategoria	Najwyżej ocenione kraje	Uzyskana punktacja	Maksymalna liczba punktów
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	Norwegia	125!	125
2. Dostępność	Belgia, Republika Macedonii, Szwajcaria	225!	225
3. Wyniki leczenia	Finlandia, Islandia, Niemcy, Holandia, Norwegia, Szwajcaria	288	300
4. Zakres i zasięg świadczeń	Holandia, Szwecja	125!	125
5. Profilaktyka	Norwegia	119	125
6. Środki farmaceutyczne	Francja, Niemcy, Irlandia, Holandia, Szwajcaria	86	100

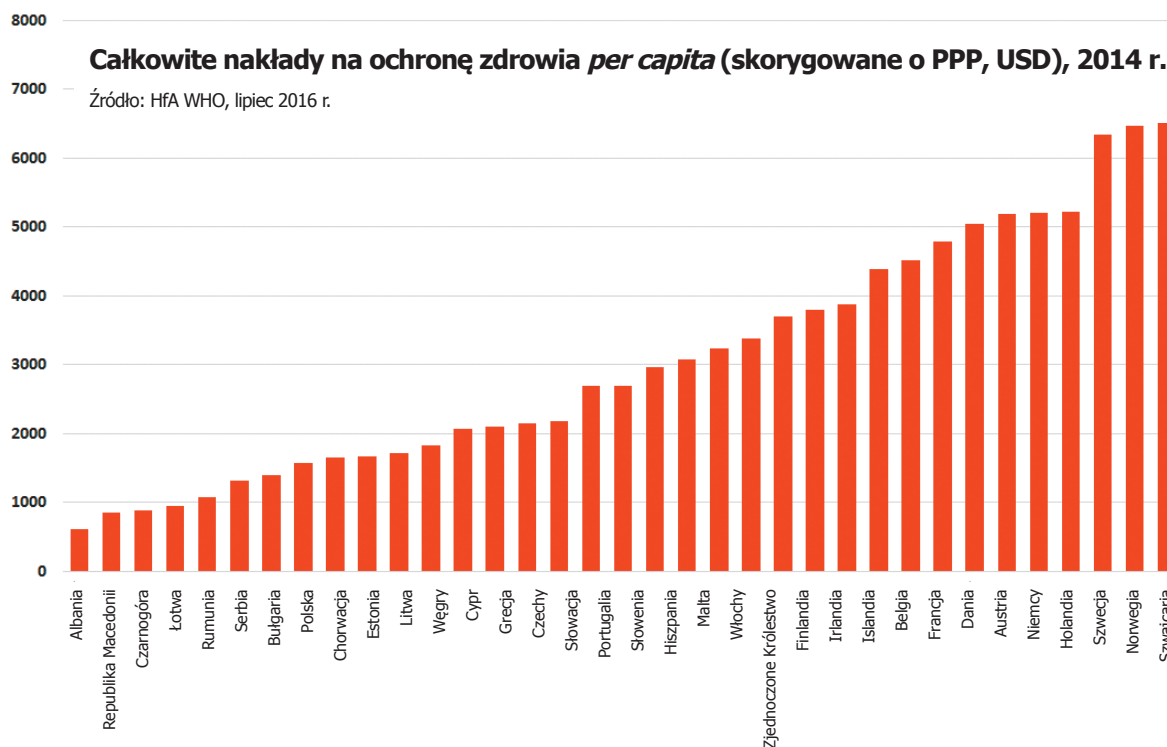
4. Wyniki skorygowane o wskaźnik „wartość-cena”

Jako że projekt EHCI obejmuje wszystkie 28 krajów członkowskich UE i osiem innych krajów europejskich, Indeks stanowi bez wątpienia próbę porównania krajów dysponujących nieporównywalnymi zasobami finansowymi. Roczne wydatki na ochronę zdrowia *per capita* wyrażone w dolarach amerykańskich przy uwzględnieniu parytetu siły nabywczej, wahają się między kwotą niższą niż 600 \$ w Albanii, a wyższą niż 6000 \$ w Norwegii, Szwajcarii i Luksemburgu. W przypadku krajów Europy Zachodniej i państw skandynawskich kwota ta wynosi od 3000 do 5000 \$. W ramach odrębnej kalkulacji, w rankingu EHCI za rok 2016 uwzględniono dodatkowo wynik skorygowany o wskaźnik wartości do ceny (ang. Bang-For-the-Buck), zwany „wynikiem BFB”.

4.1 Metodyka kalkulacji wyniku BFB

Sposób przeprowadzenia takiej korekty wyniku nie jest jednoznaczny. Jeśli wyniki miałyby zostać skorygowane w prostej relacji do nakładów na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca, doprowadziłoby to do przesunięcia wszystkich mniej zasobnych krajów do ścisłej czołówki rankingu. To jednak byłoby zdecydowanie niesprawiedliwe w stosunku do krajów finansowo silniejszych. Nawet jeżeli przy określaniu wydatków na ochronę zdrowia uwzględnia się parytet siły nabywczej, jest rzeczą oczywistą, że kwoty obliczone zgodnie z tym parytetem umożliwią zakup większej liczby świadczeń w tych krajach członkowskich, w których miesięczne wynagrodzenie pielęgniarki wynosi 200 €, niż w tych państwach, w których przekracza ono 3500 €. Z tego powodu wyniki skorygowane o parytet siły nabywczej obliczono w następujący sposób:

Wielkość wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wyrażona w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej zaczerpnięto z bazy danych WHO Health for All (lipiec 2016 r.; najbardziej aktualne statystyki, niemal wszystkie pochodzące z 2013 r.). Pokazuje to poniższy wykres:

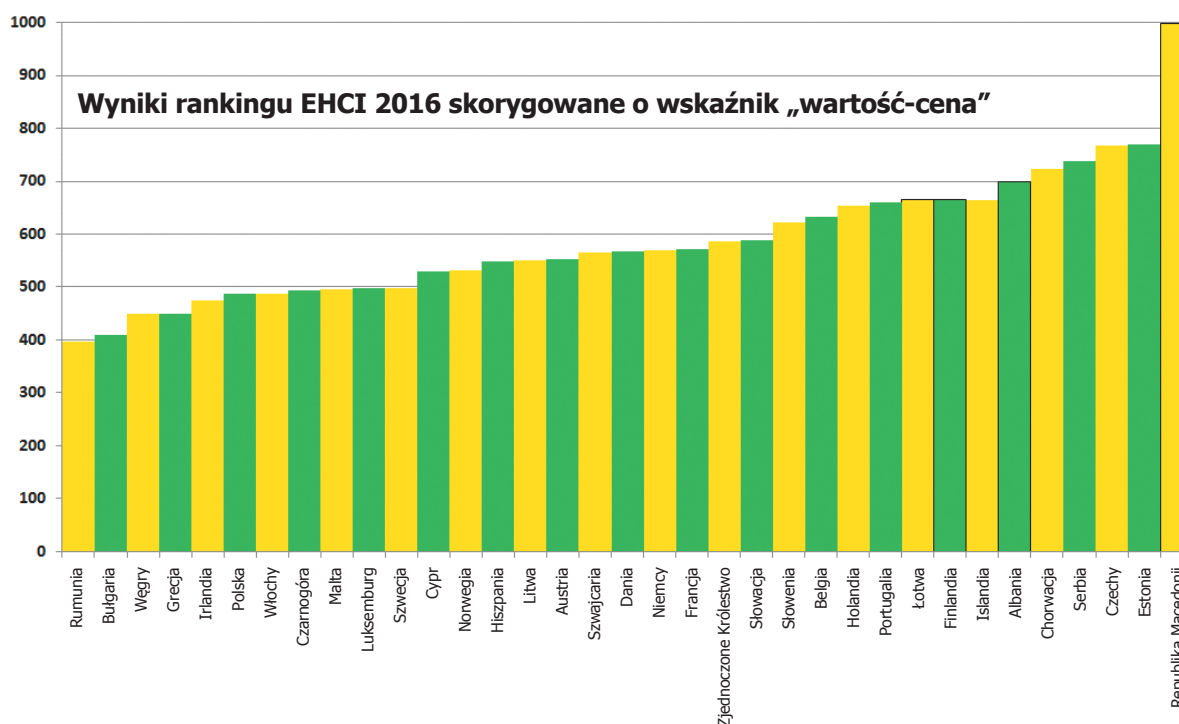


Dla każdego z krajów wyciągnięto z tej liczby pierwiastek kwadratowy. Powodem takiej operacji jest fakt, że krajowe świadczenia zdrowotne są, ogólnie rzecz biorąc, tańsze, proporcjonalnie do wielkości nakładów na ochronę zdrowia. Podstawowe wyniki rankingu EHCI podzielono przez uzyskany w ten sposób pierwiastek kwadratowy. Na potrzeby tego działania podstawową, możliwą do uzyskania punktację (3, 2 i 1) zastąpiono wartościami 2, 1 i 0. W podstawowym rankingu EHCI minimalnym wynikiem możliwym do zdobycia są 333 punkty, a maksymalnym 1000 punktów. Wartości punktowe 2, 1 i 0 nie zmieniają względnej klasyfikacji 35 uczestników rankingu (lub zmieniają ją jedynie w marginalnym stopniu), ale są niezbędne do skorygowania wyników o wskaźnik stosunku wartości do ceny. Gdyby nie przeprowadzono pierwiastkowania, 333 „wolne” punkty w dolnej części skali spowodowałyby błyskawiczny awans krajów mniej zamożnych do czołówki listy.

Uzyskany w ten sposób wynik został pomnożony przez średnie arytmetyczne wszystkich 35 pierwiastków kwadratowych (co skutkowało normalizacją wyników w takim samym zakresie wartości liczbowych, jaki wystąpił przy pierwotnie uzyskanych wynikach).

4.2 Wyniki ujęte w tabeli wyników BFB

Rezultat korekty BFB przedstawiony został na poniższym wykresie. Nawet pomimo zastosowania procedury pierwiastka kwadratowego, opisaną w poprzednim dziale, wiele mniej zamożnych krajów odnotowało znaczący awans w tabeli wyników.



Oczywiście wyniki dla wskaźnika BFB należy traktować po trosze jako ćwiczenie akademickie. Omawiana metoda polegająca na pierwiastkowaniu kwot wydatków na ochronę zdrowia z całą pewnością nie ma podstaw naukowych.

Bezapelacyjnym liderem rankingu uwzględniającego korektę BFB za rok 2016 jest Republika Macedonii, która dzięki temu zabiegowi nadal zyskuje znaczącąwyżkę punktacji z tytułu poprawy wyniku w podkategorii „Czas oczekiwania”! Analiza BFB zawsze wychodziła na zdrowie Estonii; w ostatnim rankingu dołączyły do niej Czechy, Serbia i Chorwacja. Islandia zajmuje wysokie miejsca od momentu swojego debiutu w rankingu skorygowanym wskaźnikiem BFB. Wygląda na to, że Estonia – niekwestionowany lider punktacji BFB za lata 2007 i 2008 – wciąż radzi sobie dobrze w miarę swoich możliwości finansowych. Być może „zimny prysznic”, jakiego doświadczył ten kraj w następstwie kryzysu finansowego, pomógł wzmocnić te cechy estońskiego systemu opieki zdrowotnej, które sprzyjają uzyskiwaniu wysokiej efektywności ekonomicznej.

W tym zestawieniu zaskakująco dobrze radzi sobie Holandia. Szwecja spada ośmiu miejsc w dół ze względu na efekty prób rozwiązania problemu czasu oczekiwania poprzez zwiększanie finansowania – obok Holandii i Austrii, Szwecja jest obecnie krajem wydającym najwięcej pieniędzy na opiekę zdrowotną, a i tak uzyskała tyle samo punktów, co w 2015 r.!

Grecja i Węgry raz jeszcze znalazły się na szarym końcu tego rankingu.

Już w 2012 r. Czechy i Chorwacja dobrze radziły sobie w punktacji skorygowanej wskaźnikiem BFB. Wygląda na to, że ich wysoka pozycja w rankingu zmodyfikowanym wskaźnikiem BFB nie jest jedynie artefaktem pomiarowym: system opieki zdrowotnej w Czechach wydaje się w pewnym – fundamentalnym – zakresie stabilny i wolny od korupcji, co wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej stanowi relatywnie rzadko spotykane zjawisko. Chorwacja posiada w swoim systemie opieki zdrowotnej „oazę doskonałości” i być może stanie się popularnym celem turystyki zdrowotnej. Niewiele jest bowiem państw, gdzie profesjonalnie przeprowadzony zabieg wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego kosztuje zaledwie 3000 €.

5. Trendy na przestrzeni dziesięciu lat

Ranking EHCI 2005 był pilotażową próbą analizy systemów opieki zdrowotnej uwzględniającą jedynie 12 krajów i 20 wskaźników. Tym samym nie został on uwzględniony w analizie długoter-

minowej.

W odpowiedziach na wyniki ukazane w „Tabelach punktowych dla pojedynczych krajów”, uzyskanych od organów krajowych (ministerstw zdrowia) w 2013 r. odnotowano bezprecedensowo dużą liczbę odniesień do aktów ustawodawstwa, które miały uzasadniać wyższe wyniki. Typowym przykładem był wskaźnik 6.4, „Przedział czasowy pomiędzy rejestracją leku a objęciem go refundacją”, w przypadku którego kilka krajów powołało się na akty ustawodawcze stwierdzając, że ustawy o czasie oczekiwania (180 dni) przemawia za przyznaniem „żółtego” wyniku. Ranking EHCI nie traktuje ustawodawstwa jako bezpośredniej podstawy obliczania wyniku dla danego wskaźnika, ponieważ w rzeczywistości procedury wdrażania norm i przepisów pełne są luk.

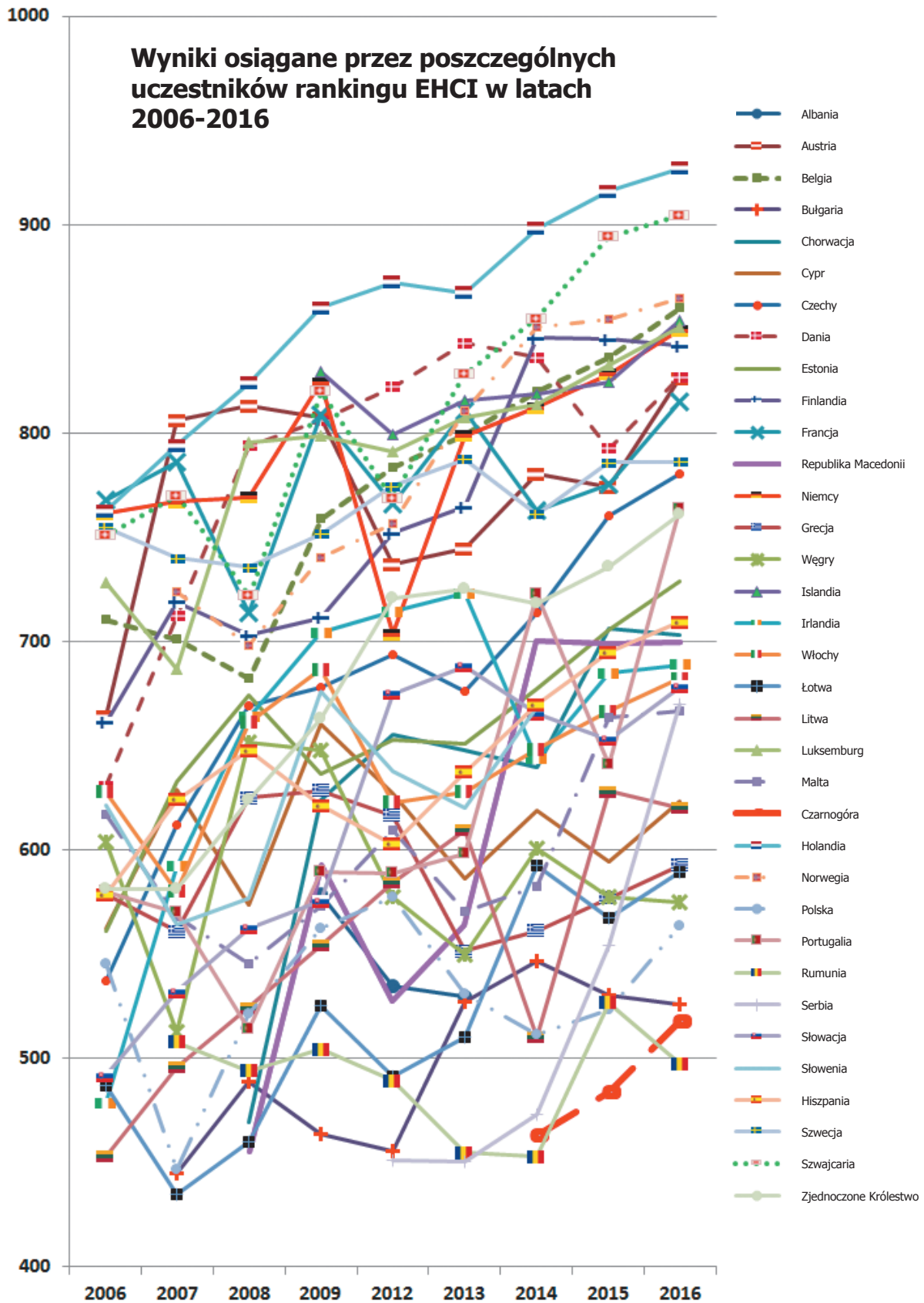
5.1 Zmiany wyników w latach 2006-2016

Z punktu widzenia konsumenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych, sytuacja ogólna w większości krajów ulega poprawie. Nie zmienia to jednak faktu, że – szczególnie po wprowadzeniu dziewięciu nowych wskaźników do Indeksu w 2012 r. oraz kolejnych siedmiu w 2013 r. – tylko niektóre kraje pozytywnie zaliczyły te dodatkowe testy systemów opieki zdrowotnej, podczas gdy wyniki niektórych uległy w latach 2014-2016 pogorszeniu.

Z nowymi kryteriami testowymi dobrze poradziły sobie Holandia, Szwajcaria, Norwegia, Islandia, Dania, Belgia oraz Finlandia. Tymczasem, jak pokazuje poniższy wykres, wydaje się, że wywołane reakcją na kryzys finansowy (?) niezadowolenie organizacji pacjenckich, któremu dały upust w odpowiedziach ankietowych z 2012 r., do 2016 r. w znacznym stopniu ucichło.

Cechą charakterystyczną, dużo lepiej widoczną w pokryzysowym roku 2014 niż w latach poprzednich, jest rozwarstwienie między mniej i bardziej zasobnymi krajami. W 2016 r. różnica ta jest zdecydowanie mniej widoczna.

Wyniki osiągnięte przez kraje, takie jak Portugalia, Republika Macedonii i (w 2016 r.) Serbia, pokazują jednak, że PKB na mieszkańca nie musi stanowić dominującego czynnika sprawności systemów ochrony zdrowia. Pośród nielicznych krajów, które wykazują „płaski” (czyli niewznoszący) trend w dziesięcioletniej perspektywie, wymienić można państwa tak różne od siebie jak Szwecja i Rumunia, a także Grecja, która wydaje się dochodzić do siebie po spadku z 2012 r.



Rys. 5.1. Wyniki osiągnięte przez poszczególnych uczestników rankingu EHCI w latach 2006-2016.

5.1.1 Względność wyników rankingu – niższa pozycja nie musi oznaczać pogorszenia jakości świadczeń

To, że zastosowanie znormalizowanej metody kalkulacji wyników skutkuje pojawieniem się trendu wzrostowego w przypadku większości krajów, może zostać uznane za oznakę rzeczywistej poprawy europejskich systemów opieki zdrowotnej. Natomiast to, że niektóre kraje odnotowują trend spadkowy, nie powinno być interpretowane jako dowód pogorszenia się jakości ich systemów opieki zdrowotnej w badanym okresie – słabszy wynik oznacza jedynie, że kraje rozwijały się w omawianym zakresie wolniej niż wynikałoby to ze średniej europejskiej.

5.2 Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia

W celu uzyskania szczegółowych informacji na temat wskaźników dotyczących wyników leczenia prosimy o zapoznanie się z treścią punktu 7.10.3., które opisują zmiany zachodzące w dłuższej perspektywie. Ogólnie rzecz biorąc, trzeba zauważyć, że niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków, skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie poprawia się. Jakość opieki zdrowotnej chyba najlepiej pokazuje wskaźnik nr 3.3 (Umieralność niemowląt). W tej kategorii wartości graniczne dla wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od 2006 r., podczas gdy liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 r. do dwudziestu czterech w 2016 r. Poniżej znajduje się „mapa jakości opieki zdrowotnej” w Europie, przygotowana na podstawie punktacji uzyskanej w podkategorii „Wyniki leczenia” w rankingu EHCI 2016:

Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016

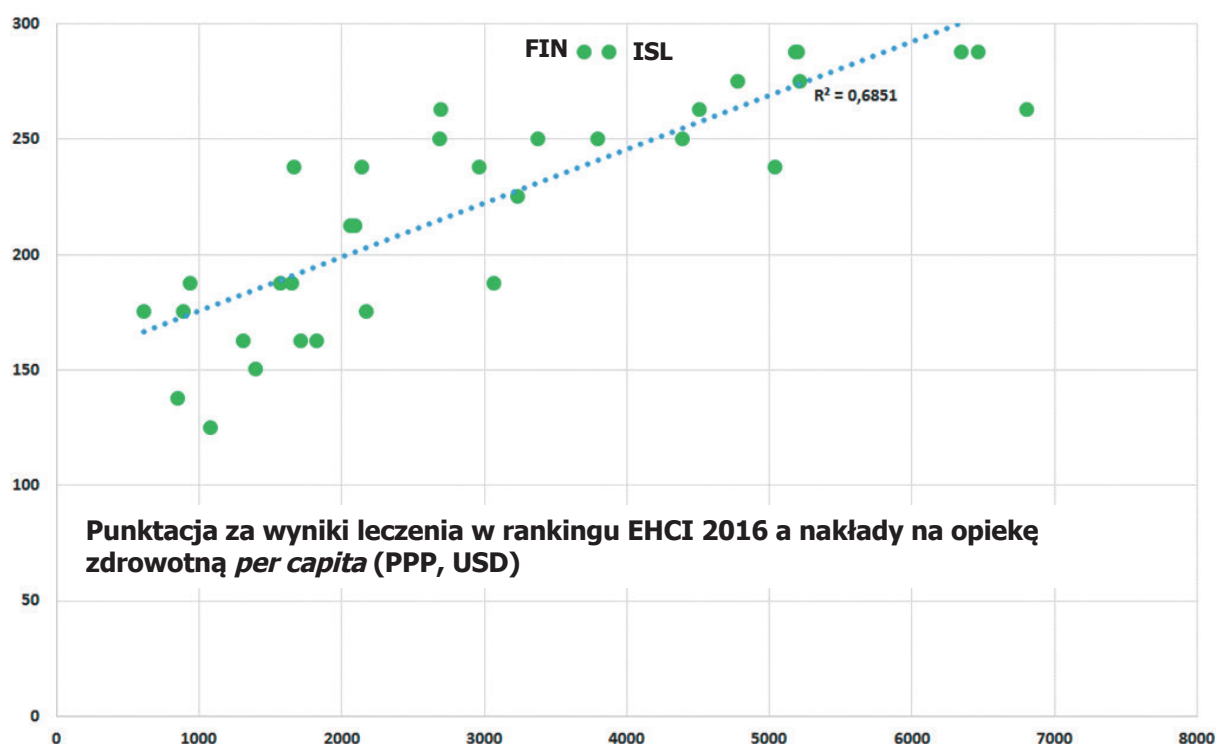


Sytuacja pokazana na tej mapie pozostaje dość niezmienna w czasie, przy czym „zielony” obszar powoli, ale niezmiennie rozszerza się. Niektórym krajom Europy Środkowo-Wschodniej, które w 2006 r. otrzymały zdecydowanie „czerwony” wynik, udało się w aktualnej edycji rankingu awansować do kategorii „żółtej”. Z kolei Niemcy, które w przeszłości pozostawały w sferze „żółtej”, obecnie zadomowiły się już w obszarze punktacji „zielonej”. Również Portugalia, Słowenia i Zjednoczone Królestwo w 2016 r. po raz pierwszy weszły do „zielonego” obszaru. Także Irlandia i Belgia poprawiły swoje wyniki pod względem jakości świadczeń. Austria (i Szwecja) uzyskują gorsze wyniki ze względu na wskaźnik „aborcja”, uznawany za wynik leczenia.

Włochy i Hiszpania (Kraje Modelu Beveridge’a) pozostały w kategorii „żółtej”, najprawdopodobniej z uwagi na duże zróżnicowanie regionalne; nie ulega wątpliwości, że oba te kraje posiadają wysokiej klasy ośrodki medyczne, natomiast ich całociowe wyniki krajowe są zdecydowanie bardziej „żółte”.

5.2.1 Wskaźnik LAP, czyli większe pieniądze – lepsze wyniki!

Nawet biorąc pod uwagę to, że kraje Modelu Beveridge’a osiągają lepsze wyniki niż państwa realizujące model Bismarcka, wydaje się, iż istnieje wyraźna korelacja między wysokością nakładów finansowych i wynikami leczenia – zjawisko to pokazuje poniższy wykres: (R)

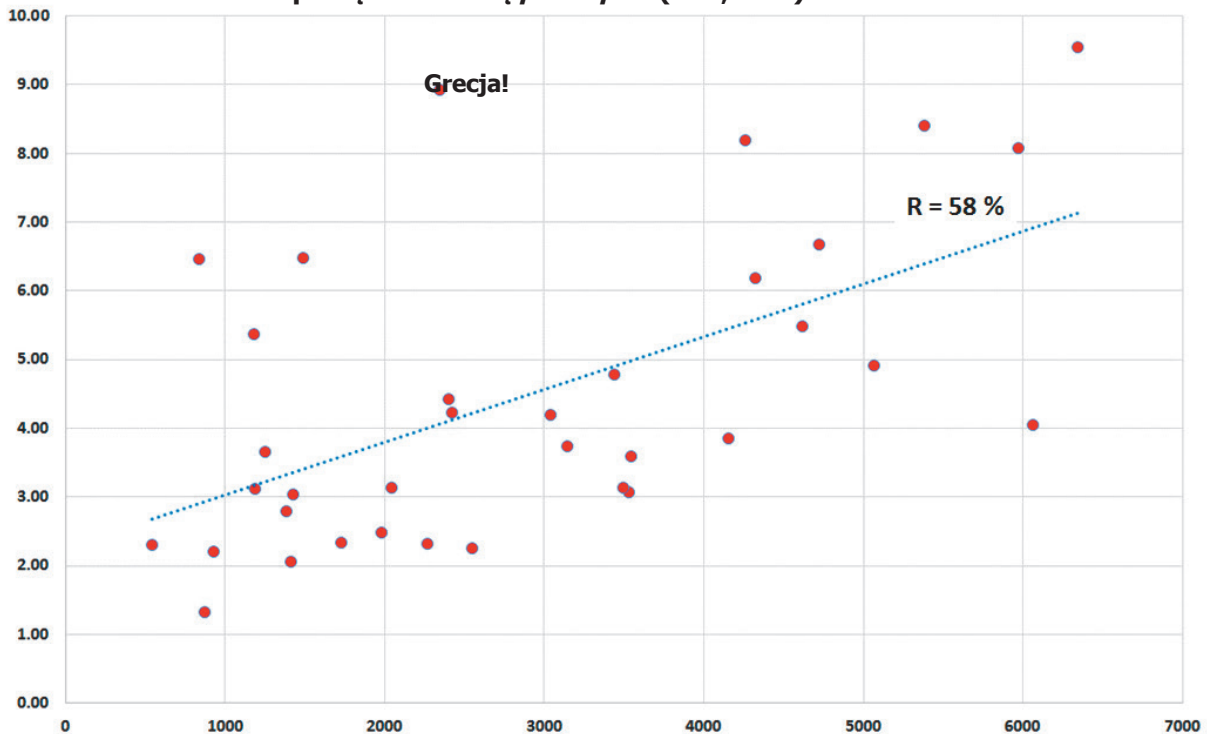


Rys. 5.2.1. Korelacja między wynikami leczenia a nakładami finansowymi jest dość wyraźna (wartość R obniżyła się nieco z 85,4% w 2015 r. do 82,7%). Biorąc pod uwagę wysokość nakładów finansowych, dobrze radzą sobie Finlandia i Islandia.

Istnieje najprawdopodobniej wiele przyczyn pozytywnego wpływu zwiększonych nakładów finansowych na wyniki leczenia, poza oczywistą możliwością zatrudnienia najlepszych specjalistów i użycia najnowocześniejszego sprzętu. Jedną z nich wydaje się być to, że większe nakłady umożliwiają objęcie leczeniem pacjentów, u których wystąpiły mniej wyraźne symptomy choroby. Relację tę można pokazać za pomocą wskaźnika „Poziomu uwagi poświęcanej problemom zdrowotnym” (ang. Level of Attention to the Problem, LAP), którego ilustrację stanowi poniższy wykres. Pokazuje on relację pomiędzy „stosunkiem liczby pacjentów wypisanych do domu do liczby zgonów spowodowanych chorobami serca”, a wysokością nakładów na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca. Jeżeli liczba wypisanych do domu pacjentów jest dużo wyższa niż liczba zgonów, oznacza to, że do szpitala przyjmowani są pacjenci, u których wystąpiły mniej wyraźne symptomy choroby.

Korelacja ta jest widoczna. Wyraźnie widać też interesujący fakt dotyczący ciężko doświadczonej przez kryzys Grecji: kraj ten nie tylko stać na zakup dużej ilości leków (zob. punkt 1.3.28), ale jakimś sposobem może on sobie również pozwolić na niezwykle szczodre – w stosunku do wielkości oficjalnego budżetu systemu opieki zdrowotnej – finansowanie szpitalnej opieki kardiologicznej.

Stosunek liczby pacjentów wypisanych do domu do liczby zgonów do nakładów na opiekę zdrowotną *per capita* (PPP, USD)



Rys. 5.2.2 Przykład wskaźnika LAP z badania EHCI 2014.

5.3 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej

W 2005 r. brytyjska organizacja Dr Foster była jedyną gwiazdą na firmamencie instytucji zajmujących się dostarczaniem wykazów świadczeniodawców (szpitali), stanowiących dla pacjentów źródło informacji na temat tego, które szpitale uzyskują dobre wyniki w kategorii faktycznej skuteczności leczenia czy odsetka przeżywalności pacjentów.

W 2007 r. takich organizacji było już nieco więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem najbardziej godnym uwagi jest duński serwis internetowy www.sundhedskvalitet.dk, który ocenia szpitale w skali hotelowej, przyznając im od jednej gwiazdki ★ do pięciu ★★★★★ gwiazdek. Serwis podaje wskaźniki poziomu jakości świadczeń, a także uzyskiwane faktyczne wyniki leczenia, w tym wskaźniki śmiertelności wśród pacjentów, u których rozpoznano określone schorzenia. Prawdopodobnie najbardziej imponującym elementem tego systemu było to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem łącza internetowego bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik. Niestety, duński system nie obejmuje już informacji na temat rzeczywistych wyników leczenia, a jedynie na temat częstotliwości wykonywania określonych procedur przez szpitale.

Niemcy dołączyły do elitarnego grona państw (jest ich obecnie siedem), które uzyskały „zielony” wynik w tej kategorii, dzięki sile oddziaływania publicznego instytutu BQS (www.bqs-institut.de), który także przekazuje informacje na temat jakości leczenia w wielu niemieckich szpitalach. Być może jest to jedna z przyczyn przyznania niemieckiej opiece zdrowotnej w 2016 r. zdecydowanie „zielonego” wyniku w kategorii jakości (patrz wyżej).

Do grupy krajów informujących opinię publiczną o jakości świadczeń medycznych dołączyły Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Podobnie stało się w Szwecji, chociaż tamtejsza

publikacja („Öppna jämförelser”) nie jest w gruncie rzeczy przeznaczona dla szerokiego kręgu odbiorców. Ponadto możemy znaleźć, być może dalekie od ideału, ale już funkcjonujące rankingi jakości oferowanych świadczeń, które dostępne są w krajach takich jak Cypr, Węgry, Republika Macedonii, Włochy (na szczeblu regionalnym; m.in. w Toskanii) oraz Słowenia. We Francji zespół HCP wciąż nie znalazł innego dostępnego publicznie rankingu świadczeń poza listą „Najlepsze kliniki we Francji”, publikowaną raz do roku przez tygodniki Le Point oraz Le Figaro. W związku z tym, że francuskie organizacje pacjenckie były w skali europejskiej najlepiej poinformowane o tej usłudze, Francja uzyskała „zielony” wynik w tej kategorii.

Źródła ministerialne w Republice Macedonii podały, że opublikują już wkrótce wykaz „Stu najlepszych lekarzy”. Będą one szczególnie godne uwagi, i to nie tylko z punktu widzenia metodyki! Publikacja wyników dotyczących poszczególnych lekarzy rozpoczyna się także w Zjednoczonym Królestwie.

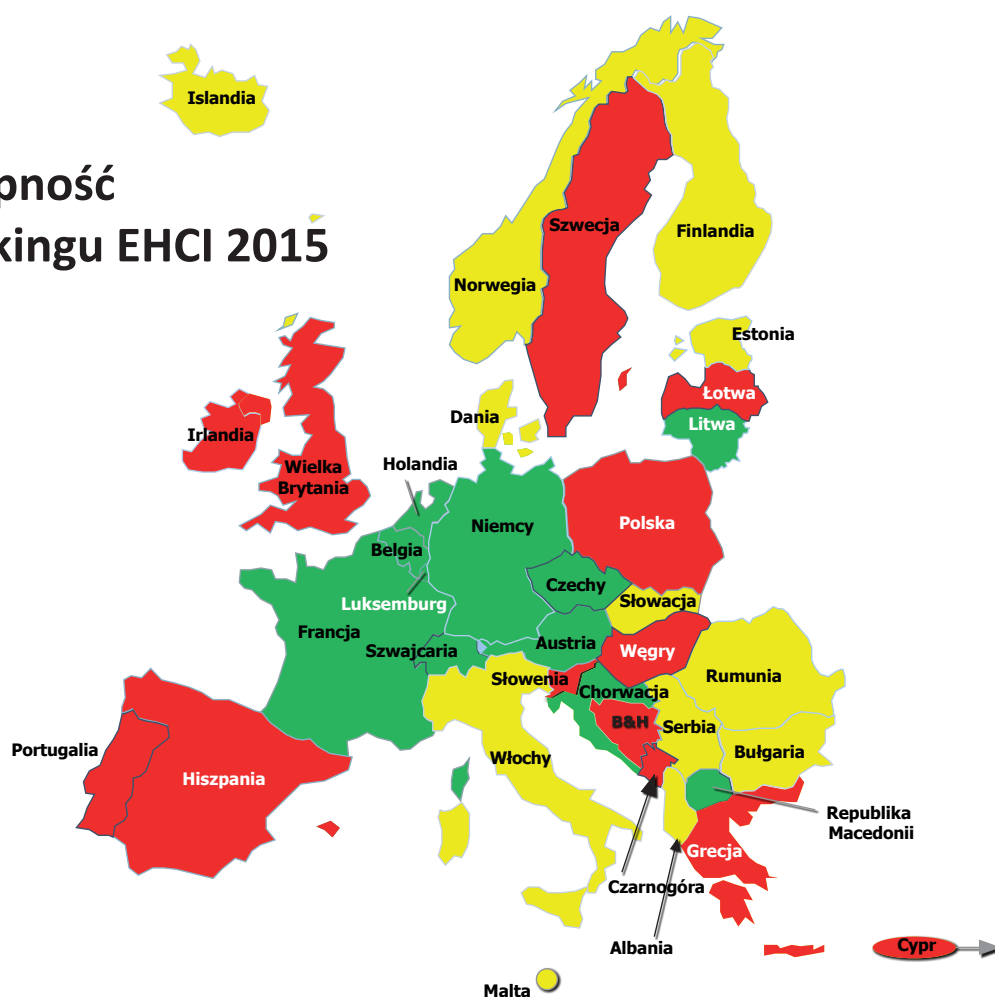
5.4 Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta

Jeszcze w styczniu 2007 r. przedstawiciel Szwedzkiego Stowarzyszenia Przemysłu Farmaceutycznego (LIF), które dzięki powszechnie znanej farmakopei „Patient-FASS” (www.fass.se) zyskało status pioniera w tej kategorii, dowodził, że szwedzka farmakopea oraz jej duński odpowiednik to jedyne w Europie przykłady powszechnie dostępnej informacji o lekach wydawanych na receptę. Obecnie przyjazne dla użytkownika i oparte na zasobach sieciowych instrumenty umożliwiające znalezienie informacji na temat środków farmaceutycznych są dostępne w 30 krajach (zob. punkt 7.10.6, wskaźnik nr 6.2). Mieszkańcy małej liczby pozostałych krajów mogą zazwyczaj dotrzeć do takich informacji poprzez jeden z krajów sąsiednich w zrozumiałym dla nich języku. Zdecydowana większość tych serwisów wyraźnie wskazuje, że dostępne w nich informacje uzyskane zostały od firm farmaceutycznych. Zgodnie z przewidywaniami wyrażonymi w raporcie EHCI za rok 2015, wskaźnik ten zasadniczo przestał pełnić funkcję porównawczą i najprawdopodobniej nie zostanie uwzględniony w raporcie za kolejny rok.

5.5 Listy oczekujących: problem mentalny pracowników opieki zdrowotnej?

Na przestrzeni lat jedna obserwacja pozostaje niezmienna: system oparty na lekarzach pierwszego kontaktu oznacza kolejki. Wbrew powszechnemu przekonaniu, bezpośredni dostęp do opieki specjalistycznej nie generuje problemów związanych z dostępem do specjalistów, które wynikałyby ze zwiększonego popytu na tego typu świadczenia; problem kolejek oczekujących na opiekę specjalistyczną dotyczy w przeważającej mierze systemów, w których konieczne jest uzyskanie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co zdaje się być dosyć absurdalnym wnioskiem.

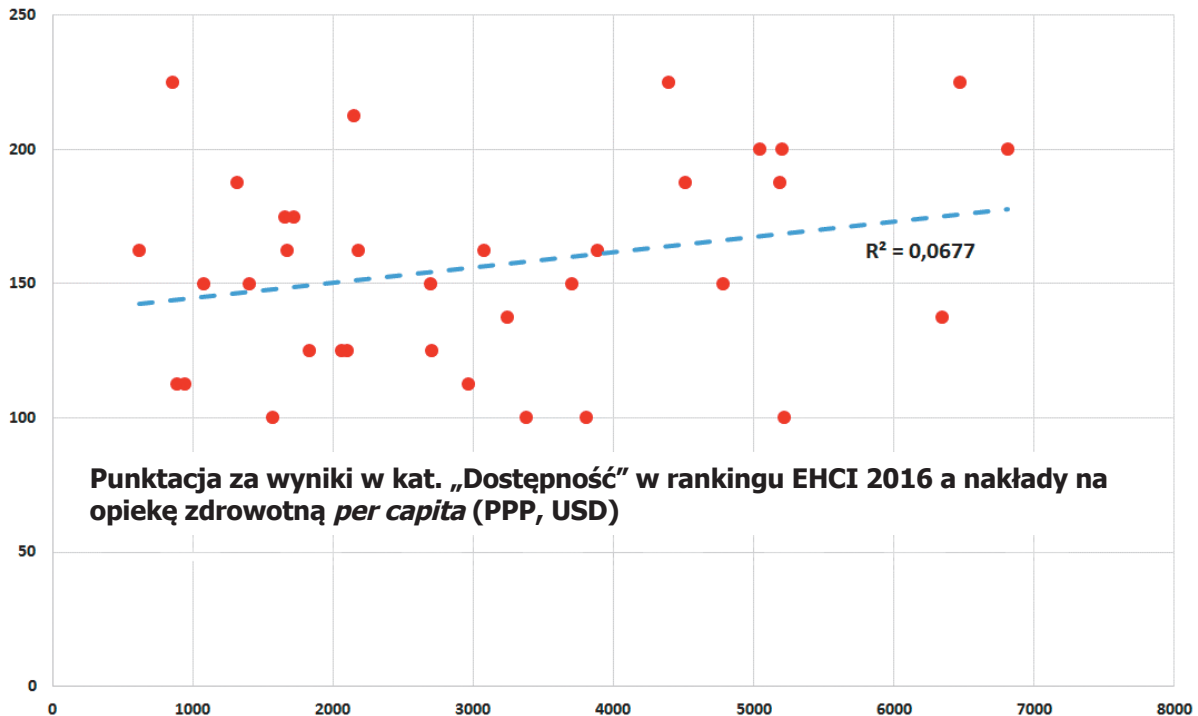
Dostępność w rankingu EHCI 2015



Rys. 5.5 a. „Obszar kolejek” (czerwony) i „Obszar pozbawiony kolejek” (zielony), określony na podstawie wyników rankingu EHCI 2016 (głównie takich samych danych za oba lata).

Granice „obszaru kolejek” są zadziwiająco stabilne na przestrzeni lat.

W praktyce brak jest jakiegokolwiek korelacji między wysokością nakładów pieniężnych a dostępnością systemu opieki zdrowotnej, co pokazuje poniższy wykres. To może wyjaśnić ograniczone efekty wpompowania miliardów euro do szwedzkich hrabstw, co miało skłonić je do skrócenia kolejek.



Rys. 5.2 b. R = +26% (spadek o 4% w porównaniu z 2015 r.). Współczynniki korelacji (R) o wartości poniżej 50% oznaczają w praktyce brak korelacji.

Wydaje się, że kolejki do świadczeń opieki zdrowotnej to raczej problem mentalny kierownictwa i personelu pracowników opieki zdrowotnej, a nie skutek ograniczonej dostępności zasobów. Interesującą kwestią z zakresu analizy behawioralnej musi być próba zrozumienia, w jaki sposób psychiatrzy dziecięcy, a więc przedstawiciele wymagającego dużej empatii zawodu, mogą przyzwyczaić się do mówienia pacjentom i ich rodzicom, że czas oczekiwania na wizytę w przypadku dziecka z problemami psychicznymi wynosi półtora roku (w Szwecji takie sytuacje są powszechne)!

Szwedzki projekt antykolejkowy, na który rząd tego państwa wydał około miliarda euro, skrócił w pewnym zakresie czas oczekiwania na leczenie. Niestety ten sukces nie dość, że najwyraźniej nie przełożył się na krótszy czas oczekiwania na leczenie pacjentów onkologicznych, to na dodatek okazał się w 2016 r. niewystarczający do wyjścia Szwecji z grupy krajów, które zmiany dokonują zbyt wolno.

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów opartych na roli lekarzy pierwszego kontaktu, brytyjski National Health Service (NHS), wydał od 2008 r. miliony funtów na redukcję kolejek i wprowadził maksymalny termin oczekiwania na faktyczne podjęcie leczenia, wynoszący 18 tygodni od momentu postawienia diagnozy. Zlecone przez HCP badanie ankietowe pacjentów, przeprowadzone na potrzeby Indeksów za lata 2012 i 2013, wykazały pewną poprawę, ale – jak się zdaje – niektóre pozytywne skutki zmian przeprowadzonych w tym okresie zostały zaprzepaszczone w 2016 r.

Inaczej jest w Irlandii, gdzie odpowiedzi udzielone przez ankietowane organizacje pacjenckie nadal rysują o wiele bardziej pesymistyczny obraz niż ten przedstawiany przez (bardzo szczegółowe) oficjalne statystyki dotyczące czasu oczekiwania na leczenie. Ze względu na powyższe, po latach korzystania z oficjalnych statystyk na temat kolejek w Irlandii, w rankingu EHCI za rok 2016 uwzględniono informacje na temat czasu oczekiwania przedstawione przez pacjentów.

Co więcej, nawet zdecydowani zwycięzcy rankingów z lat ubiegłych uciekają się do działań o charakterze restrykcyjnym. Francja, na przykład, ograniczała w 2007 r. dostęp pacjentów do świadczeń, co skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania, a tym samym gorszym wynikiem w tej kategorii (w połączeniu z dość kiepskimi wynikami w podkategorii „e-zdrowie”). Wydaje się, że od 2009 r. francuscy pacjenci (i lekarze?) nauczyli się funkcjonować w ramach nowych

regulacji, ponieważ odpowiedzi udzielone przez francuskich pacjentów w ankiecie dotyczącej tej podkategorii są dziś bardziej optymistyczne. Więcej informacji na temat czasu oczekiwania na usługi zdrowotne we Francji można również znaleźć w Załączniku nr 1.

W tym kontekście HCP będzie nadal wspierać wolny wybór, równy i bezpośredni dostęp do świadczeń zdrowotnych, a także działania zmierzające do przewyciężenia doświadczanych przez konsumentów przeszkód wywołanych niedostateczną ilością informacji – jako fundamenty nowoczesnego europejskiego systemu opieki zdrowotnej XXI wieku.

5.5.1 Dlaczego brak jest powiązania pomiędzy dostępnością opieki zdrowotnej a nakładami finansowymi?

Odpowiedź: Ponieważ funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej bez kolejek oczekujących jest tańsze samo w sobie! Wbrew powszechnemu przekonaniu, panującemu również wśród polityków zajmujących się ochroną zdrowia, listy oczekujących wcale nie generują oszczędności – wręcz przeciwnie, generują koszty!

Ochrona zdrowia to zasadniczo branża oparta na procesach. Każdy profesjonalny menadżer działający w takiej branży wie, że kluczem do utrzymania kosztów na niskim poziomie są sprawne procedury, w których ewentualne przerwy i zakłócenia są ograniczone do minimum.

5.5.2 „Stare, dobre czasy”, których nigdy nie było!

Dlaczego ślady „kryzysu finansowego” są stosunkowo mało widoczne, w szczególności w kontekście efektów (wyników) leczenia? Jedną z fundamentalnych przyczyn tego stanu rzeczy jest tradycyjnie ograniczona zdolność systemów opieki zdrowotnej do monitorowania swojej wydajności, co prowadzi do sytuacji, w której pracownicy ochrony zdrowia, politycy i opinia publiczna wystawiają zawyżoną ocenę poziomu usług z lat ubiegłych!

O oszczędnościach w systemie opieki zdrowotnej zaczęto mówić dopiero na początku lat 90. ubiegłego wieku, kiedy to nastąpiło spowolnienie gospodarcze, które wymusiło poważne oszczędności po raz pierwszy od – mniej więcej – kilku dziesięcioleci. Przed 1990 r. politycy zajmujący się opieką zdrowotną pytali: „Jakie będą priorytety dla dwu-, trzyprocentowego rocznego realnego wzrostu dochodów?”, bo to było ich największym zmartwieniem.

W obszarach dotkniętych kryzysem kolejkowym, np. w Skandynawii czy Zjednoczonym Królestwie, czas oczekiwania był zdecydowanie dłuższy niż ten odnotowywany nie tylko 5 czy 10 lat temu, ale z pewnością także w okresie poprzedzającym rok 1990. W rozmowach z lekarzami i pielęgniarkami o bardzo długim stażu pracy pojawiają się przerażające historie o pacjentach wypełniających szczelnie korytarze i piwnice, a trzeba pamiętać, że relacje takie pochodzą ze „starych, dobrych czasów”, sprzed kryzysu finansowego.

5.5.3 Nieformalne opłaty

Co ważniejsze, jeden ze wskaźników, który został wprowadzony po raz pierwszy w 2008 r., ma wskazać, czy od pacjentów oczekuje się, żeby poza oficjalnymi opłatami przekazywali lekarzom także płatności nieformalne. W niektórych krajach (co zaskakujące – zachodnioeuropejskich) nieformalne opłaty ponoszone są w celu uzyskania kontroli nad procesem leczenia: ominięcia kolejki, uzyskania dostępu do najskuteczniejszych terapii czy też możliwości skorzystania z nowoczesnych metod leczenia i leków. Więcej informacji na temat takich opłat można znaleźć w części [Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom](#).

Pomimo swoich wszystkich niedoskonałości, obejmujący całą Europę sondaż na temat nieformalnych opłat jest jedynym takim badaniem kiedykolwiek przeprowadzonym w Europie. Pokazuje to, jak mało uwagi kraje i instytucje europejskie poświęcają problemowi szarej strefy w systemie opieki zdrowotnej.

Ta obserwacja rodzi dwa pytania:

1. Po pierwsze: w odróżnieniu od innych zawodów, takich jak piloci linii lotniczych, prawnicy, inżynierowie i inni specjaliści pracujący w dużych organizacjach, zatrudnieni lekarze jako jedyni

mogą „dorabiać na boku” bez konieczności uzyskania wyraźnej zgody głównego pracodawcy. Czy jest coś, co przemawia za utrzymaniem takiego stanu rzeczy?

- Po drugie: co można zrobić, aby zapewnić lekarzom „normalne” warunki zatrudnienia, w tym przyzwoite wynagrodzenie? Jak zachęcić ich do tego, żeby nadwyżki energii wykorzystywali do cięższej pracy (za dodatkowe pieniądze oczywiście) dla swojego głównego pracodawcy, a nie w trakcie dodatkowej praktyki, która często pozostawia duże szpitale w stanie bezczynności wynikającej z braku najważniejszych specjalistów?

5.6 Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?

W każdym roku wyniki ankiety opracowywanej we współpracy z instytutem Patient View ujawniają ciekawy fakt: w niektórych państwach organizacje pacjenckie oraz przedstawiciele ruchów prozdrowotnych (w tym bardzo szanowanych instytucji) nie wiedzą o części dostępnych tam świadczeń medycznych. Co ciekawe, było to prawdopodobnie bardziej widoczne w 2016 r. niż w latach ubiegłych. „Tabele punktowe dla pojedynczych krajów” otrzymane od organów krajowych wykazywały pewną cechę wspólną: urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną wskazywali w nich – mniej lub bardziej poirytowanym tonem – że pewne prawa pacjenta lub usługi informacyjne faktycznie istnieją w ich krajach.

Przykładowo, nasz zespół badawczy stale uzyskuje negatywne odpowiedzi dotyczące istnienia rejestrów lekarzy, farmakopei, dostępu do dokumentacji medycznej itp. w krajach, w których badacze pracujący dla HCP z łatwością znajdują tego rodzaju informacje, nie znając nawet lokalnego języka. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie fakt, że władze krajowe wprowadzają znaczące usprawnienia systemu, ale zapominają poinformować o tym opinię publiczną. Gdy system opieki zdrowotnej odchodzi od zhierarchizowanej kultury eksperckiej i staje się branżą, na którą coraz większy wpływ ma komunikacja z podmiotami zewnętrznymi, sytuacja taka musi mieć negatywne skutki dla osób korzystających z systemu, dla podatników i dla samego systemu!

Grecja, Irlandia i Hiszpania to trzy kraje, w których opinie organizacji pacjenckich są gorsze od oficjalnych statystyk. Dla przykładu: regulacje hiszpańskie uprawniają pacjentów do zapoznania się ze swoją dokumentacją medyczną. Tymczasem odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące tej kwestii, które nadesłały hiszpańskie organizacje pacjenckie, okazały się jednymi z najbardziej pesymistycznych spośród otrzymanych z 35 krajów ujętych w Indeksie.

W sektorze prywatnym wiadomo dobrze, że nawet najlepiej zaprojektowane i wytworzone produkty lub usługi potrzebują skutecznego marketingu, aby dotrzeć do szerokiego grona klientów. W sektorze publicznym nacisk kładzie się na ogół (w najlepszym razie) na planowanie i świadczenie usług, często jednak prawie całkowicie pomija się kwestie informowania o nich oraz ich marketingu.

W europejskim systemie opieki zdrowotnej należy położyć większy nacisk na informowanie obywateli o tym, jakie usługi są dostępne!

5.7 Rozprzestrzenianie się MRSA

W rankingu EHCI 2007 dużą uwagę poświęcono problemowi rozprzestrzeniania się zjawiska oporności na antybiotyki: „Szpitalne zakażenia MRSA (szczepami gronkowca złocistego opornego na metycylinę) wydają się rozprzestrzeniać i już dziś stanowią poważne zagrożenie zdrowotne w co drugim kraju objętym zakresem badania”. Niestety, jedynymi krajami, w których odnotowano znaczącą poprawę w tej kwestii, są Bułgaria, Polska, Zjednoczone Królestwo i Irlandia. Tylko 7 na 35 krajów ujętych w rankingu utrzymuje obecnie, że MRSA nie jest w ich przypadku poważnym problemem, co umożliwia im przyznanie „zielonej” punktacji; są to te same kraje co w 2009 r.!

Najbardziej drastyczne obniżenie częstotliwości występowania MRSA nastąpiło w Zjednoczonym Królestwie, gdzie odsetek opornych zakażeń zmniejszył się z ponad 40% do ok. 15%. Jest to najprawdopodobniej rezultat starań podejmowanych na rzecz utrzymania higieny w szpitalach, ponieważ w dalszym ciągu Wyspy Brytyjskie są obszarem najbardziej widocznego nadużywania antybiotyków, na co wskazują wartości sprzedaży firm farmaceutycznych.

5.7.1 Zakaz sprzedaży antybiotyków bez recepty

W walce z rozprzestrzeniającym się zjawiskiem oporności drobnoustrojów na antybiotyki skuteczna może okazać się przede wszystkim jedna metoda: wprowadzenie zakazu sprzedaży antybiotyków bez recepty. Zakaz taki mógłby wejść w życie w formie łatwej do sformułowania dyrektywy unijnej, którą można by też w dość nieskomplikowany sposób monitorować, bowiem we wszystkich krajach funkcjonują systemy rozróżniania leków sprzedawanych na receptę (Rx) od leków dostępnych w obrocie OTC. W każdym z krajów, w których powszechna jest sprzedaż antybiotyków bez recepty, występuje poważny problem z opornością mikroorganizmów!

Jedno takie działanie brukselskich urzędników zwiększyłoby bezpieczeństwo europejskich pacjentów w dużo większym stopniu niż większość innych inicjatyw, w które angażuje się UE!

6. Jak interpretować wyniki Indeksu?

Pierwszą i najważniejszą zasadą, jaką należy kierować się podczas interpretowania wyników Indeksu jest ostrożność!

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia za rok 2016 stanowi próbę zmierzenia i stworzenia rankingu efektywności świadczeń zdrowotnych z perspektywy konsumenckiej. Wyniki EHCI z pewnością nie są wolne od problemu dotyczącego jakości informacji. Brakuje ogólnoeuropejskiego, jednolitego zestawu procedur zbierania danych, a podejmowane przez Komisję Europejską próby wprowadzenia wspólnych, mierzalnych wskaźników obrazujących sytuację w ochronie zdrowia okazały się dalece nieskuteczne. Aktualnie Komisja zaczyna zajmować się opracowywaniem metod oceny efektywności krajowych systemów opieki zdrowotnej, co rodzi kolejne wyzwania, z którymi będzie trzeba sobie poradzić.

HCP stoi jednak niewzruszenie na stanowisku, że lepiej zaprezentować uzyskane wyniki opinii publicznej, dając asumpt do konstruktywnej dyskusji niż zgodzić się z powszechną opinią, zgodnie z którą dopóty, dopóki informacje dotyczące opieki zdrowotnej nie będą w stu procentach sprawdzone, należy trzymać je pod kluczem. Należy ponownie podkreślić, że Indeks pokazuje informacje uzyskane od konsumentów, a nie wrażliwe dane medyczne lub dane osobowe pacjentów.

To, że wyniki rankingu EHCI 2016 nie mają waloru informacji zweryfikowanych w sposób naukowy, nie znaczy, że należy je odrzucić jako zupełnie przypadkowe. Indeks tworzony jest oddolnie – oznacza to, że należy się spodziewać, iż kraje posiadające podobne systemy opieki zdrowotnej zajmą niezbyt od siebie oddalone miejsca w rankingu. Potwierdzeniem tego jest fakt, że kraje skandynawskie tworzą w rankingu w miarę zwartą grupę, Anglia i Szkocja są blisko siebie, podobnie jak Czechy i Słowacja, Hiszpania i Portugalia czy Grecja i Cypr.

Z wcześniejszych doświadczeń uzyskanych przy tworzeniu ogólnych Europejskich Konsumenckich Indeksów Zdrowia wynika, że ranking konsumencki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie prezentacji jakości świadczeń zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2016 staną się inspiracją do znalezienia sposobów i obszarów usprawnienia europejskich systemów opieki zdrowotnej.

7. Ewolucja Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia

7.1 Zakres i treść EHCI 2005

W rankingu EHCI 2005 uwzględniono następujące kraje: Belgię, Estonię, Francję, Niemcy, Węgry, Włochy, Holandię, Polskę, Hiszpanię, Szwecję, Zjednoczone Królestwo oraz – dla celów porównawczych – Szwajcarię.

Włączenie do badania od razu wszystkich 25 krajów członkowskich byłoby trudnym zadaniem

ze względów metodologicznych i statystycznych, zwłaszcza, że akcesja wielu z nich nastąpiła niedawno.

Celem rankingu EHCI 2005 było znalezienie reprezentatywnej próbki krajów dużych i małych, przyjętych do UE niedawno i należących do niej od lat.

Oprócz przedstawionych już kryteriów związanych z wielkością i stażem w UE, wybór dokonany został również pod wpływem pragnienia ujęcia w rankingu wszystkich tych krajów członkowskich, których populacja liczyła co najmniej 40 milionów mieszkańców. Ponieważ kraje skandynawskie mają dosyć zbliżone systemy opieki zdrowotnej, na reprezentanta tej grupy wybrana została Szwecja, tylko i wyłącznie dlatego, że członkowie zespołu pracującego nad tym projektem posiadali szeroką wiedzę na temat szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej.

Jak już wspomniano, kryteria wyboru nie miały związku z tym, czy świadczenia w ramach danego systemu opieki zdrowotnej są finansowane lub oferowane ze środków publicznych, czy prywatnych. Ranking ten zupełnie nie badał na przykład kwestii prywatnych świadczeniodawców usług zdrowotnych (o ile nie miała ona potencjalnego wpływu na czas dostępu do usług lub też wyniki leczenia).

Prace nad EHCI 2005 dowiodły, że istnieje możliwość opracowania i uzyskania danych potrzebnych do stworzenia indeksu pozwalającego na porównanie i utworzenie rankingu krajowych systemów opieki zdrowotnej postrzeganych z perspektywy konsumenta/pacjenta.

7.2 Zakres i treść EHCI 2006-2014

Ranking EHCI z 2006 r. obejmował wszystkie 25 krajów członkowskich EU oraz Szwajcarię i korystował w zasadzie z tej samej metodyki, która była używana w roku 2005.

Zwiększono także liczbę wskaźników, z 20 wykorzystanych w rankingu EHCI 2005 do 28 z edycji 2006. Zachowano pięć podkategorii, z tą różnicą, że podkategorię „Przyjazne nastawienie do klienta” włączono do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta”. Dodano nową podkategorię „Szczodrość systemu” (Co wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?), ponieważ liczni obserwatorzy, w tym politycy odpowiedzialni za systemy opieki zdrowotnej w krajach, które oficjalnie przyznawały się do problemów z długimi kolejkami oczekujących, twierdzili, że brak kolejek mógł być wynikiem „skąpstwa systemu”. Oznaczałoby to, że krajowe systemy ochrony zdrowia, które są bardziej restrykcyjne, jeśli chodzi o reglamentowanie dostępu do określonych procedur, mogą z oczywistych względów mieć mniej problemów z długimi listami oczekujących.

Aby zbadać tę kwestię, wprowadzono podkategorię „Szczodrość” publicznych systemów opieki zdrowotnej, którą w 2009 r. przemianowano na „Zakres i zasięg świadczeń”. Problem związany z tą podkategorią polega na tym, że zastosowany wskaźnik może bardzo łatwo przekształcić się po prostu w kolejną metodę mierzenia bogactwa narodowego (PKB/mieszkańca). Sugerowany wskaźnik „Liczba zabiegów wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego na 100 000 mieszkańców” jest dobitnym przykładem tej sytuacji. Taka operacja to dla systemu opieki zdrowotnej wydatek rządu 7000 € (może być on wyższy w Europie Zachodniej, niższy zaś w krajach oferujących pracownikom ochrony zdrowia niskie zarobki). Koszt ten, w przypadku wyniszczającej choroby (która jednak nie zagraża życiu), skutkuje istnieniem ścisłej korelacji pomiędzy poziomem świadczeń a wskaźnikiem PKB na mieszkańca.

Operacje usunięcia ząbów wydają się lepszym i mniej związanym z PKB wskaźnikiem szczodrości publicznych systemów opieki zdrowotnej. Trzeba za nie zapłacić jedynie jedną dziesiątą tego, co za operacje wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego, dzięki czemu kraje mniej zamożne mogą sobie pozwolić na przeprowadzanie większej liczby zabiegów tego typu.

Aby osiągnąć wyższy poziom wiarygodności informacji, jednym z najważniejszych elementów procesu było stworzenie, w sposób bardziej systematyczny niż miało to miejsce w przypadku poprzednich edycji rankingów EHCI, sieci bezpośrednich kontaktów z krajowymi organami władzy

odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną. Słabość danych statystycznych dotyczących europejskich systemów opieki zdrowotnej opisanych w poprzednich raportach EHCI można rekompensować jedynie poprzez prowadzenie dogłębnych dyskusji z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska na szczeblu krajowych urzędów opieki zdrowotnej.

Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2006-2008 ministerstwa zdrowia, jak również ich agendy odpowiedzialne za nadzór lub Zapewnienie Jakości świadczeń zdrowotnych, wykazywały chęć współpracy. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane pytania. Sytuacja znacznie się poprawiła w latach 2009-2012, a w 2016 r. wyglądała nadal bardzo korzystnie (zob. punkt 8.9.2).

7.3 EHCI 2016

Praca nad Indekssem stanowi kompromis pomiędzy wyborem wskaźników uznanych za najbardziej istotne w kontekście zapewnienia informacji o różnych krajowych systemach opieki zdrowotnej ocenianych z perspektywy pacjenta/konsumenta, a dostępnością danych na potrzeby tych wskaźników. Jest to kolejna wersja klasycznego problemu sprowadzającego się do tego: „Czy powinniśmy szukać studolarowego banknotu w ciemnym zaułku, czy monety dziesięciocentowej pod latarnią?”.

Za rzecz istotną uznano wprowadzenie różnorodnych wskaźników w różnych obszarach, takich jak stosunek do oferowanych świadczeń oraz zorientowanie na konsumenta, a także wskaźników oceniających „twarde fakty”, które ukazują jakość opieki zdrowotnej przez pryzmat wyników. Postanowiono także poszukać wskaźników uwzględniających rzeczywiste efekty wyrażone w formie wyników leczenia, zamiast wskaźników opisujących procedury medyczne, takich jak „czas do wklucia igły” (czyli czas pomiędzy przybyciem pacjenta na oddział ratunkowy szpitala a dożylnym podaniem leku rozpuszczającego skrzeplinę), odsetek pacjentów chorych na serce, u których interwencja doprowadziła do rozpuszczenia skrzepliny lub którym założono stenty itp.

Celowo zrezygnowano ze wskaźników mierzących stan publicznej opieki zdrowotnej, takich jak przewidywana długość życia, śmiertelność na nowotwory płuc, całkowita śmiertelność z powodu chorób serca, zachorowalność na cukrzycę itp. Wskaźniki te uzależnione są w głównej mierze od stylu życia bądź czynników środowiskowych, nie zaś od wydajności systemu opieki zdrowotnej. Na ogół oferują one niewiele informacji przydatnych konsumentowi pragnącemu dokonać wyboru między dostępnymi metodami leczenia lub świadczeniodawcami, konsumentowi czekającemu w kolejce na planowany zabieg lub niepokojącemu się ryzykiem wystąpienia powikłań pozabiegowych, czy konsumentowi niezadowolonemu z powodu ograniczeń w dostępie do informacji.

7.3.1 Nowe wskaźniki wprowadzone do EHCI 2016

Zestaw wskaźników zastosowanych w badaniu EHCI 2016 jest taki sam, jak w 2014 i 2015 r., z jednym wyjątkiem.

Podkategoria 6 (Środki farmaceutyczne):

Ta podkategoria wygląda tak samo jak w rankingach z poprzednich lat, poza wskaźnikiem 6.6, który ukazuje tempo wprowadzania statyn, a nie metforminy.

7.4 Obszary, do których odnoszą się wskaźniki (podkategorie)

Indeks 2013, podobnie jak poprzednie edycje Indeksu EHCI, obejmował wskaźniki podzielone na sześć (liczba ta zmieniała się) podkategorii.

Do EHCI 2013 włączono szóstą podkategorię: „Profilaktyka”, ponieważ wiele zainteresowanych osób (zarówno ministerstwa, jak i eksperci) prosiło o uwzględnienie tego elementu w EHCI. Drobnym problemem związanym z podkategorią „Profilaktyka” może być fakt, że wiele działań profilaktycznych nie leży w gestii podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia. Autorzy Indeksu starają się przynajmniej zorientować go na takie aspekty Profilaktyki, które decydenci mogą kształtować w stosunkowo krótkim czasie.

W związku z koniecznością rezygnacji z niektórych wskaźników ze względu na brak danych statystycznych oraz po dokładnej analizie przeprowadzonej przez [panel ekspertów](#) do Indeksu EHCI

2016 włączono ostatecznie 48 wskaźników.

Obszary wskaźników w indeksie EHCI 2016 wyglądają następująco:

Podkategoria	Liczba wskaźników
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	12
2. Dostępność/Czas oczekiwania na leczenie	6
3. Wyniki leczenia	8
4. Zakres i zasięg usług (Szczodrość systemu)	8
5. Profilaktyka	7
6. Środki farmaceutyczne	7

7.5 Punktacja zastosowana w EHCI 2016

Sprawność działania poszczególnych krajowych systemów opieki zdrowotnej oceniona została na trzystopniowej skali dla każdego wskaźnika, a ocenom przyporządkowano dość oczywiste oznaczenia kolorystyczne – zielony = ocena dobra (👍), żółty = ocena dostateczna (👎) oraz czerwony = ocena niedostateczna (👎). Za kolor zielony przyznawano 3 punkty, za żółty 2 punkty, a za kolor czerwony (lub za „brak danych”, b.d.) 1 punkt.

Fakt, że w Indeksie znalazło się sześć krajów spoza UE, które nie powinny być piętnowane z tego powodu, że nie są (jeszcze) członkami Unii, wymógł, w przypadku wskaźnika „1.8. Swobodny wybór świadczeń w innym kraju UE”, wprowadzenie nowego wyniku w rankingu EHCI 2009: „nie dotyczy”. Krajom tym przyznawana jest zatem ocena „nd.”, dająca 2 punkty. Taką ocenę zastosowano także dla wskaźnika 1.9 w przypadku Islandii i Malty, gdyż w zasadzie każde z tych państw ma tylko jeden szpital z prawdziwego zdarzenia.

W 2013 r. wprowadzono oznaczenie o kolorze purpurowym, 🍇 dające 0 punktów i przyznawane za najgorsze wyniki. Było on stosowane wyłącznie w przypadku pkt. „3.7. Wskaźniki aborcji” w odniesieniu do krajów, w których kobiety nie miały prawa do aborcji.

Od czasu Indeksu 2006 stosowana jest ta sama metodyka: W przypadku każdej podkategorii wynik dla danego kraju obliczany jest jako procent maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów (np. dla Czasu oczekiwania wynik dla danego kraju stanowi odsetek maksymalnej liczby $3 \times 6 = 18$).

Następnie wyniki dla wszystkich podkategorii są mnożone przez współczynniki wagowe podane w następnym punkcie i sumowane w celu uzyskania ostatecznego wyniku dla kraju. Wyniki procentowe są zaokrąglane do trzycyfrowych liczb całkowitych, tak aby „Wyłącznie zielone” oceny uzyskane dla wszystkich 48 wskaźników dawały 1000 punktów. Z kolei kraj uzyskujący „Wyłącznie czerwone” oceny zdobywa 333 punkty.

7.6 Współczynniki wagowe

Już w przypadku rankingu EHCI 2005 zastanawiano się nad możliwością wprowadzenia współczynników wagowych, tzn. nad wskazaniem pewnych obszarów wskaźników, które mają większe znaczenie od pozostałych, a następnie pomnożeniem uzyskanych dla nich wyników przez liczby inne niż 1.

W rankingu EHCI 2006 wprowadzono wyraźne współczynniki wagowe dla pięciu podkategorii, po dokładnym rozważeniu, którym wskaźnikom należy przypisać większe znaczenie. Pod wpływem rozmów z [uczestnikami paneli eksperckich](#) oraz bazując na doświadczeniach uzyskanych dzięki licznym badaniom opinii pacjentów, ustalono, że podkategorie dostępności i wyników leczenia są głównymi kandydatami do przyznania wyższych współczynników wagowych.

¹² Healthcare across the UK: A comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland, National Audit Office, 2012.

W rankingu EHCI 2016 wynikom punktowym dla pięciu podkategorii przyznano wskazane poniżej wagi. HCP zawsze starał się przyporządkować wysoką wagę Wynikom leczenia, ponieważ wskaźnik ten częstokroć wskazywany jest w badaniach ankietowych przez pacjentów jako najistotniejszy w systemie opieki zdrowotnej. W pierwszych latach opracowywania rankingu HCP był za to bardzo krytykowany z wykorzystaniem iluzorycznego argumentu, że „najlepsi lekarze i najlepsze szpitale dostają najtrudniejsze przypadki, a co za tym idzie – mają najgorsze wyniki leczenia”. Pogląd ten nie znajduje żadnego uzasadnienia w analizach porównawczych szpitali.

Z satysfakcją odnotowaliśmy, że w roku 2016 niektórzy z malkontentów argumentujących, iż wskaźniki Wyników leczenia były niesprawiedliwe, skrytykowali EHCI za nieprzypisanie wystarczająco wysokiej wagi do wyników leczenia. Reagując z właściwą nam szybkością, w 2016 edycji rankingu podnieśliśmy wagę wyników leczenia z 250 (wartość z raportu za 2015 r.) do 300. W ramach ogólnej liczby 1000 punktów, to zwiększenie skompensowane zostało obniżeniem wagi podkategorii 1. i 4. (o 25 punktów każda).

Podkategoria	Waga względna („Wyłącznie zielone” oceny do końcowego maksymalnego wyniku 1000 punktów)	Punkty przyznane za „zieloną” ocenę w każdej podkategorii
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta oraz e-Zdrowie	125	10,42
2. Dostępność (Czas oczekiwania na leczenie)	225	37,50
3. Wyniki leczenia	300	37,50
4. Zakres i zasięg usług („Szczerość systemu”)	125	15,62
5. Profilaktyka	125	17,85
6. Środki farmaceutyczne	100	14,29
Całkowita suma wag	1000	

W rezultacie, po dodaniu i pomnożeniu odsetków wyników całkowitych (1000/Całkowita suma wag), maksymalny wynik w Indeksie teoretycznie możliwy do uzyskania przez system opieki zdrowotnej wynosi 1000, a najniższy wynik to 333 punkty.

Należy podkreślić, że ponieważ niewiele krajów wypada doskonale w jednej podkategorii, a bardzo słabo w innych, ostateczny ranking krajów przedstawiony w EHCI 2016 jest niezwykle stabilny, nawet biorąc pod uwagę fakt, że współczynniki wagowe cechuje spore zróżnicowanie.

W projekcie eksperymentowano z innymi zestawami wyników dla kolorów zielonego, żółtego i czerwonego, takimi jak 2, 1 i 0 (które byłyby naprawdę krzywdzące dla systemów o niskiej sprawności), a także 4, 2 i 1 (które byłyby bardzo korzystne dla systemów najlepszych). Nawet podczas tych eksperymentów ostateczny ranking okazał się niezwykle stabilny.

7.7 Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2016

Należy zauważyć, że od 2009 r. HCP otrzymuje znacznie więcej informacji od krajowych organów ochrony zdrowia niemal wszystkich 35 krajów ujętych w Indeksie. W takich przypadkach, odpowiedzi udzielone w ankiecie zleconej przez Patient View 2016 są wykorzystywane bardzo ostrożnie, np. jeśli dane „oficjalne” wskazują na „zielony” wynik, a według ankiety możliwa do uzyskania ocena jest zdecydowanie „czerwona”, kraj otrzymuje wynik „żółty”.

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji	
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	Czy krajowe ustawodawstwo dotyczące opieki zdrowotnej uwzględnia wprost prawa pacjenta?	Tak	Karty praw pacjenta i podobne regulacje różnego rodzaju	Nie	Raporty HIT opracowane przez European Observatory, http://europatientrights.eu/about_us.html ; Ustawa o prawach pacjenta (Załącznik 1 do raportu EHC); http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1 ; http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patients_rights.htm ; http://www.dohc.ie ; http://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx ; http://db2.doyrna.es/pdf/261/261v1n2a13048764pdf001.pdf ; http://www.bmg.bund.de/paevention/patientenrechte/patientenrechtgesetz.html	
	1.2 Organizacje pacjenckie są zaangażowane w proces decyzyjny		Tak, z mocy ustawy	Tak, z wyjątkowo w charakterze doradczym	Nie, nie jest to wymagane ani stosowane w praktyce	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie.	
	1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	Czy pacjenci otrzymują stosowne odszkodowania bez konieczności uzyskania pomocy wymiaru sprawiedliwości w kwestii wykazania kto popełnił błąd?		Tak	Do pewnego stopnia; w ponad 25% przypadkach niezdolności do pracy koszty świadczenia wypłacane są przez państwo	Nie	Swedish National Patient Insurance Co. (wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); www.hse.ie ; www.hiqa.ie .
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza			Tak	Tak, ale nie łatwo ją uzyskać ze względu na błędne informacje, biurokrację bądź sceptycyzm lekarza	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie.

<p>1. Prawa pacjenta i informacje przekazane dla pacjenta</p>	<p>1.5 Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej</p>	<p>Czy pacjenci mogą zapoznać się z dotyczącą ich dokumentacją medyczną?</p>	<p>Tak, lekarz udostępni im kopie dokumentacji, jeśli o to poproszą</p>	<p>Tak, ale jest to kłopotliwe; może wiązać się z koniecznością złożenia wniosku bądź następuje tylko w obecności/ pod nadzorem specjalistów</p>	<p>Nie, jest to prawo ustawowe</p>	<p>Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie; www.dohc.ie.</p>
	<p>1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu</p>	<p>Czy społeczeństwo może się łatwo dowiedzieć: że „lekarz X posiada uprawnienia do wykonywania zawodu”?</p>	<p>Tak, na stronie www bądź w szeroko dostępnej publikacji</p>	<p>Tak, ale publikacja jest droga bądź trudno dostępna</p>	<p>Nie</p>	<p>Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Krajowe rejestry lekarzy; p://www.sst.dk/Tilsyn/Indivuet_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx; http://</p>
	<p>1.7 Internetowe lub dostępne non stop telefoniczne, interaktywne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej</p>	<p>Informacje, które mogą pomóc pacjentowi podjąć decyzję o oczekiwaniu bądź poszukiwaniu niezwłocznej pomocy.</p>	<p>Tak</p>	<p>Tak, ale nie są one ogólnie dostępne bądź niewiele osób wie o ich istnieniu</p>	<p>Nie, bądź sporadycznie</p>	<p>Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie; http://www.nhsdirect.nhs.uk/; www.hse.ie; www.ntpf.ie.</p>
	<p>1.8 Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków pochodzących z kraju pochodzenia</p>	<p>Zwrot kosztów transgranicznej opieki w roku 2015</p>	<p>>10 eurocentów per capita w roku 2015</p>	<p>< 10 Eurocentów per capita w roku 2015</p>	<p>Brak zwrotu w roku 2015</p>	<p>DANE PAŃSTW CZŁONKOWSKICH o transgranicznej opiece zdrowotnej po wejściu w życie Dyrektywy 2011/24/UE (2015 r.)</p>
	<p>1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców</p>	<p>„NHS Choices” w Zjednoczonym Królestwie to przykład rozwiązania, które predestynuje kraj do uzyskania „zielonego” wyniku.</p>	<p>Tak</p>	<p>W pewnym zakresie, mają charakter regionalny bądź nie są znane szerszemu gronu odbiorców</p>	<p>Nie</p>	<p>Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. http://www.sundhedskvalitet.dk/; http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2109.aspx; http://www.hiqa.ie/; http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html.</p>
	<p>1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)</p>	<p>Odsetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu korzystających z elektronicznej dokumentacji pacjenta dla celów uzyskania danych diagnostycznych</p>	<p>≥90% gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu</p>	<p>< 90 ≥ 50% gabinetów</p>	<p><50% gabinetów</p>	<p>http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf; http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11; www.icgp.ie; Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians „Benchmarking ICT use among GPs in Europe”; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy (s. 60), Gartner Group</p>

1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1.1 Dostęp pacjentów do internetowych systemów umawiania wizyt	Czy pacjenci mogą umawiać się na wizyty za pośrednictwem internetu?	Tak, jest to powszechnie dostępne	W niektórych szpitalach/ klinikach stosujących to pionierskie rozwiązanie	Nie, bądź w sporadycznych przypadkach	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną.
	1.1.2 e-Recepty		W pełni funkcjonalne usługi e-Recepty na terenie całego kraju lub w przeważających częściach niektórych regionów	Niektóre apteki oferują takie usługi	Tak, bądź bardzo rzadko	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną.
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia	Czy mogę liczyć na to, że mój lekarz pierwszego kontaktu przyjmie mnie jeszcze dzisiaj?	Tak	Tak, ale system nie zawsze działa prawidłowo	Nie	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia.
	2.2 Bezpośredni dostęp do specjalistów	Bez skierowania od lekarza rodzinnego (lekarza pierwszego kontaktu)	Tak	W praktyce zdarza się to dość często bądź dotyczy ograniczonej liczby specjalizacji	Nie	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych.
	2.3 Poważne zabiegi operacyjne: <90 dni	Pomostowanie aortalno-wieńcowe/ PTCA i wszyczenie endoprotezy stawu biodrowego/kolanowego	90% <90 dni	50-90% <90 dni	>50% >90 dni	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych.
	2.4 Leczenie nowotworów: <21 dni	Okres czasu, który upływa od momentu podjęcia decyzji o zastosowaniu leczenia do momentu zastosowania radioterapii/chemioterapii	90% <21 dni	50-90% <21 dni	>50% >21 dni	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se ; Vårtdetider cancervård
	2.5 Tomografia komputerowa <7 dni	Okres oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne (w stanach nieostrych)	Standardowo <7 dni	Standardowo <21 dni	Standardowo >21 dni	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se ; Vårtdetider

2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	„Czas oczekiwania”: okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz przystępuje do zaopatrzenia pacjenta/rozpoznanie problemu.	Standardowo <1 godziny	Standardowo od 1 do 3 godzin	Standardowo > 3 godzin	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych.
	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)	Nachylenie linii trendu dla zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (zarejestrowane wartości)	Gwałtowny spadek	Umiarkowany spadek	Niewielki spadek	Baza danych HFA WHO, lipiec 2016
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	Nachylenie linii trendu dla zgonów z powodu udaru mózgu (zarejestrowane wartości)	Gwałtowny spadek	Umiarkowany spadek	Niewielki spadek	Baza danych HFA WHO, lipiec 2016
3. Wyniki leczenia	3.3 Umieralność niemowląt	na 1000 urodzeń żywych	<4	<6	≥6	Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich” (Health for All) dla wszystkich wskaźników umieralności, lipiec 2016 r., ostatnie dostępne dane statystyczne.
	3.4 Przeżywalność pacjentów chorych na raka	1 pomniejszone o wskaźnik umieralności/zachorowalności za rok 2012 („wskaźnik przeżywalności”)	≥60%	59,9 - 50 %	<50%	J. Ferlay i in. / European Journal of Cancer nr 49 (2013), s. 1374-1403
	3.5 Utracone potencjalne lata życia (PYLL)	Wszystkie przyczyny, utracone lata, /100000 mieszkańców, standaryzacja wg wieku	<4000	4001 - 6000	>6000	Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności w krajach europejskich, październik 2016
3. Wyniki leczenia	3.6 Zakażenia MRSA (gronkowcem złocistym opornym na metycylinę)	Wyniki testów do oznaczenia wrażliwości izolatów S. aureus, w procentach	<5%	<20%	>20%	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2014.pdf
	3.7 Wskaźniki aborcji	Liczba na 1000 urodzeń żywych; niska = dobra opieka, aborcja zabroniona = kolor fioletowy	<200	201-300	>300	Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016, Dane ONZ na temat aborcji
	3.8 Depresja	Średni wynik uzyskany na podstawie odpowiedzi na 5 pytań dotyczących zdrowia psychicznego	≥67%	66 - 55%	<55%	Specjalne badanie Eurobarometru nr 345, październik 2011 r.; www.fhi.no „Psykisk helse i Norge 2011:2”; http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/nat_fp.php?mode=8
	3.x Umieralność na POChP	Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR) z powodu chorób układu oddechowego, z wyłączeniem zgonów na skutek zapalenia płuc i grypy	< 20	20 - 30	> 30	Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności w krajach europejskich, październik 2016

<p>4.</p> <p>Zakres i zasięg oferowanych świadczeń</p>	4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej	Wydatki na ochronę zdrowia ze środków publicznych jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia	≥80%	> 80% > 70%	≤70%	Baza danych HFA WHO, lipiec 2016
	4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	Łączna liczba procedur podzielona na 100 000 mieszkańców w wieku 65 lat lub powyżej	>5000	5000 - 3000	<3000	Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2016, baza danych WHO HFA, dane krajowe
	4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców	Liczba żywych i nieżyjących dawców, liczba procedur na milion mieszkańców	≥40	40 - 30	<30	Newsletter Rady Europy nr 21, wrzesień 2016
	4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?	Odsetek osób o średnich dochodach deklarujących niezaspokojoną potrzebę wizyty u stomatologa (przystępność kosztowa), 2014/najnowsze dostępne dane.	<5%	5 - 9.9%	≥10%	Eurostat: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do
	4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom	Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”	Nie!	Czasami, w zależności od sytuacji	Tak, często.	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia.
	4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna	Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	≥5000	4999 - 3000	<3000	Baza danych HFA WHO, lipiec 2016
	4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej	Odsetek pacjentów dializowanych w domu metodą dializy otrzewnowej (DO) bądź pozaustrojowej (HD)	≥15%	<15% - 8%	<8%	Raport roczny 2014 Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, www.ceapir.org
	4.8 Cięcia cesarskie	Liczba cięć cesarskich na 1000 urodzeń żywych; niska = dobra opieka prenatalna	<200	201-300	>300	Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016, Dane ONZ na temat aborcji
<p>4.</p> <p>Zakres i zasięg oferowanych świadczeń</p>						

5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ósmiu chorobom	Tężec, krztusiec, polio i Haemophilus influenzae typu b, WZW typu B, odra, świnka, różyczka – średnia arytmetyczna	≥95.0%	≥90.0 - ≥94.9%	≤89.9%	Baza danych HfA WHO, lipiec 2016, http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=352277
	5.2 Ciśnienie krwi	Odsetek ludzi powyżej 18. roku życia z ciśnieniem krwi > 140/90	≤25%	>25 - 30%	>30%	WHO Global Health Observatory, 2016-10-28
	5.3 Profilaktyka palenia	Sprzedaż papierosów per capita osobom powyżej 15. roku życia (2015 r.), w tym papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł	<1100	1100 - 1699	≥1700	KPMG Project Sun 2016
	5.4 Alkohol	Konsumpcja alkoholu („korekta o dane dotyczące nadmiernego spożywania alkoholu”) na osobę 15+	<10 litrów czystego alkoholu na osobę	10-13 litrów czystego alkoholu na osobę	>13 litrów	WHO HfA, lipiec 2016, Specjalne badanie Eurobarometru nr 331, kwiecień 2010
	5.5 Aktywność fizyczna	Liczba godzin zajęć wychowania fizycznego w ramach edukacji obowiązkowej	≥751	750 - 600	<600	https://webgate.ec.europa.eu/fpifs/mwikis/eurydice/images/0/0f/197_EN_IT_2016.pdf ; www.vsa.zh.ch
	5.6 Szczepienia przeciwko HPV	Krajowy program skierowany do nastoletnich dziewcząt	Tak, bezpłatnie dla pacjenta	Tak, pacjent ponosi znaczną część kosztów	Nie	ECDC, Vaccine Schedule Recommended immunisations for human papillomavirus infection 2014.
	5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi	Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR)/ 100 000 mieszkańców	<5	5 - 8	>8	WHO HfA, lipiec 2016



6. Środki farmaceutyczne	6.1 Refundacja leków sprzedawanych na receptę	Odsutek łącznej wartości sprzedaży refundowanych środków farmaceutycznych	≥70%	69,9 - 50%	<50%	Bazy danych WHO HfA, lipiec 2016, EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2016
	6.2 Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną?	Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (na stronach www lub w szeroko dostępnych publikacjach)?	Tak, informacje dostarczane są przez znany i wiarygodny podmiot	Tak, ale trudno ustalić, jaki podmiot udostępnia takie informacje	Nie	Badania HCP 2010-2016. Krajowe agencje do spraw produktów medycznych. Aktualizacja Farmakopei WHO.
	6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych	ATC Kod L01XC (przeciwciężła monoklonalne) zużycie per capita, w mln dolarów amerykańskich na milion mieszkańców	>15	15 - 10	<10	Baza danych IMS MIDAS, okres 12 miesięcy kończący się w czerwcu 2013 r., www.nuffieldtrust.org.uk/data-and-charts/prescribing-spend-person-uk
	6.4 Dostęp do nowych leków (okres oczekiwania na refundację)	Okres czasu, który upływa między rejestracją a datą objęcia refundacją	<150 dni	< 300 dni	> 300 dni	Patients W.A.I.T. Indicator, Raport z 2011 i 2012 r. – na podstawie baz danych Europejskiej Federacji Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA)
	6.5 Leki na zapalenie stawów	Inhibitory TNF-α, Standardowe jednostki per capita, skorygowane o współczynnik chorobowości	> 300	300 - 100	<100	Baza danych IMS MIDAS lipiec 2015 - czerwiec 2016. Eumusc.net: Raport v5.0 „Musculoskeletal Health in Europe” (2012), Specjalne badanie Eurobarometru nr 272 (2007)
	6.6. Użycie statyny	Tempo wprowadzania do obrotu statyny (Kod ATC C10A), skorygowane o współczynnik chorobowości, SU na osobę w wieku 50+	> 150	149 - 50	<49	Baza danych IMS MIDAS lipiec 2015 - czerwiec 2016.
	6.7 Antybiotyki / per capita	ATC Kod J01, DDD na 1000 mieszkańców na dzień	<17	17 - 22	>22	ECDC: Zużycie antybiotyków według grup antybiotykowych w 30 krajach UE/ EOG, 2014 r.; baza danych IMS MIDAS, w przeciągu 12 miesięcy licząc do czerwca 2013 r.

Tabela 7.7: Definicje wskaźników i źródła danych EHCI 2016

7.7.1 Dodatkowe gromadzenie danych – badanie ankietowe

Poza uzyskaniem danych z ogólnie dostępnych źródeł, jak miało to miejsce w przypadku Indeksów za lata 2005-2014, organizacja Patient View (PV) przeprowadziła ankietę internetową wśród organizacji pacjenckich (dane teleadresowe Patient View: Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, tel.: 0044-(0)1547-520-965, e-mail: info@patient-view.com). W roku 2016 ankietę obejmowała sześć wskaźników dotyczących „Dostępności”, dwa wskaźniki w podkategorii „e-Zdrowie” oraz 8 innych wskaźników. Ankietę jest dostępna na stronie: https://www.dropbox.com/s/ae670o9pxm63boj/Survey_55014628.pdf?dl=0.

Odpowiedzi przesyłały łącznie 974 organizacje pacjenckie. Najniższa liczba odpowiedzi pochodzących z jednego kraju wynosiła 1 (Albania, Islandia i Czarnogóra).

Począwszy od 2009 r., poprawiła się jakość i zakres informacji udzielanych przez organy krajowe. Z tego powodu odpowiedzi udzielone w ankiecie PV traktowane były z dużą ostrożnością przy ustalaniu wartości punktowych dla poszczególnych wskaźników. W przypadku każdego wskaźnika, dla którego HCP uzyskała istotne informacje z oficjalnych źródeł krajowych (tzn. informacje zawierające rzeczywiste dane ułatwiające przyznanie odpowiedniej liczby punktów), wyniki ankiety PV były wykorzystywane do modyfikacji liczby punktów przyznanych na podstawie danych otrzymanych z oficjalnych źródeł krajowych, wyłącznie wtedy, gdy odpowiedzi udzielone w ankiecie PV prezentowały obraz radykalnie odmienny od wynikającego z oficjalnych danych.

Ankieta PV została zatem wykorzystana jako źródło danych CUTS (zob. punkt 8.11) jedynie w przypadku wskaźników określających czas oczekiwania i dla wskaźnika 4.5. (Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom).

7.7.2 Dodatkowe gromadzenie danych – informacje uzyskane od ministerstw/innych krajowych organów

Wstępne tabele punktowe zostały w dniu 30 października 2016 r. przesłane do ministerstw zdrowia bądź innych krajowych organów wszystkich 35 krajów uwzględnionych w rankingu. Dzięki temu podmioty te miały możliwość przekazania bardziej aktualnych danych lub danych lepszej jakości niż te pochodzące ze źródeł ogólnodostępnych.

Procedura została przygotowana wiosną 2016 r. w drodze intensywnej wymiany korespondencji listownej i elektronicznej, rozmów telefonicznych oraz wizyt bezpośrednich w ministerstwach/innych organach. Ostatecznie, udało się zgromadzić informacje pochodzące z oficjalnych źródeł krajowych w formie przekazanych z powrotem „tabel punktowych dla pojedynczych krajów” lub szczegółowych dyskusji prowadzonych podczas wizyt bezpośrednich w ministerstwach zdrowia/innych krajowych organach.

Tabele przesłane krajowym agencjom ochrony zdrowia zawierały jedynie wyniki punktowe dla danego kraju. Akceptowano poprawki, ale wyłącznie w formie danych faktycznych, a nie zmiany wyniku przez organy krajowe (nierzadko z „czerwonego” na lepszy, chociaż, co zaskakujące, często przeważała zwykła uczciwość i wyniki były korygowane „w dół”).

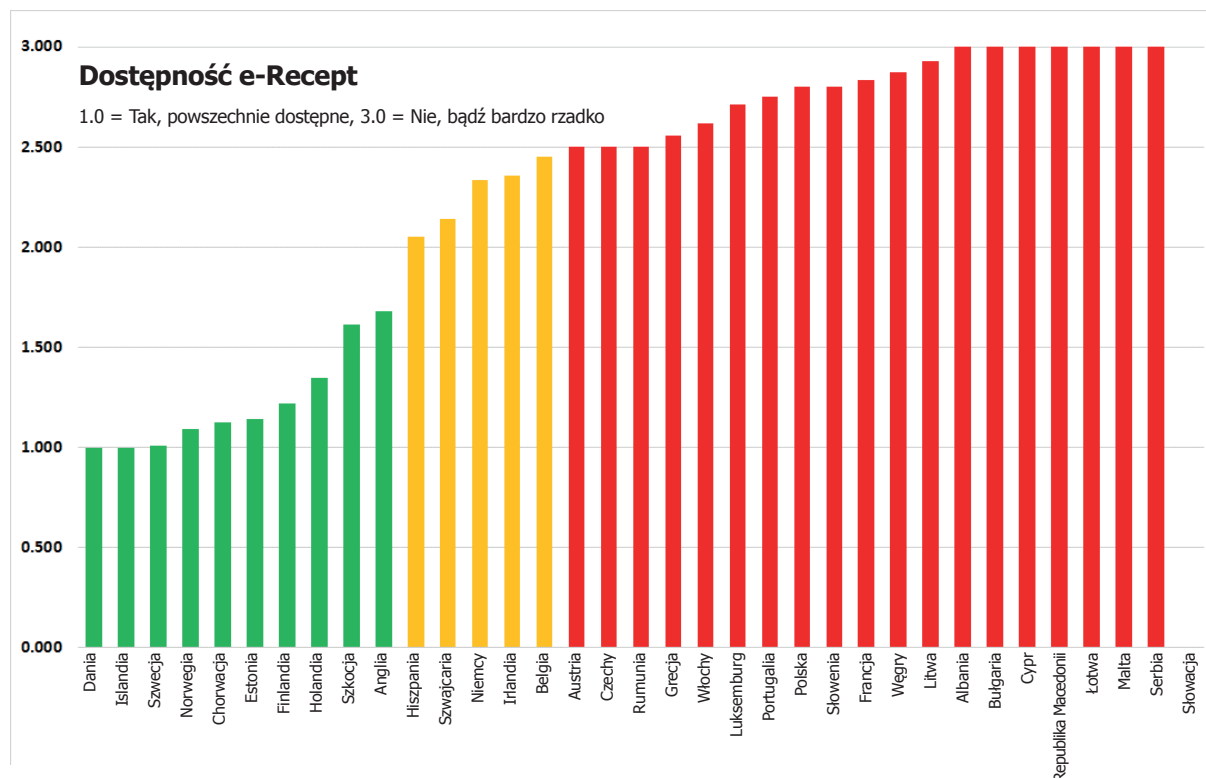
7.8 Ustawienia wartości progowych

Sprawność działania krajowych systemów opieki zdrowotnej była oceniana na podstawie trzypunktowej skali dla każdego wskaźnika (więcej informacji znaleźć można w punkcie poświęconym Punktacji).

Celem nie było opracowanie globalnej i opartej na podstawach naukowych zasady ustalania wartości progowych umożliwiających uzyskanie „zielonych”, „żółtych” lub „czerwonych” wyników dla różnych wskaźników. Wartości progowe zostały ustalone po przeanalizowaniu rozpiętości rzeczywistych parametrów po to, aby nie dopuścić do uzyskania „wyłącznie zielonych” bądź „wyłącznie czerwonych” wyników dla określonych wskaźników.

Wartości progowe są zwykle ustalone w drodze analizy wykresu słupkowego prezentującego wartości wskaźnika dla danego kraju w kolejności rosnącej. Powstała w ten sposób krzywa, zazwyczaj

w kształcie litery „S”, jest następnie badana pod kątem występujących w niej wcięć, które mogą wskazywać na grupy państw, i które są często traktowane jako wartości wyjściowe wyników. Nieznacznie preferowane są również parzyste wartości progowe. Procedurę tę przedstawia diagram zawierający punktację dla wskaźnika „1.10. E-Recepty”:



Punktacja dla wskaźnika 1.10. Łatwo zauważyć „wcięcia w krzywej S”.

Na koniec należy stwierdzić, że HCP jest organizacją kierującą się wartościami. Popieramy dążenie do umocnienia pozycji i samoświadomości pacjentów (konsumentów), a więc podejście, które kładzie nacisk na aspekt dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Ponadto, w opinii HCP, poszczególne osoby są w stanie podejmować lepsze decyzje dotyczące ich zdrowia i systemu opieki zdrowotnej niż te wynikające z rozstrzygnięć uwarunkowanych moralistycznymi, religijnymi i paternalistycznymi uprzedzeniami.

7.9 Źródła danych „CUTS”

W miarę możliwości poszukiwano takich danych dla pojedynczych wskaźników, które spełniają kryteria CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). Gdy dane dotyczące podstawowego parametru dla określonego wskaźnika są dostępne dla wszystkich lub większości z 35 krajów w jednym i wystarczająco wiarygodnym źródle, zdecydowanie preferuje się wykorzystywanie danych CUTS jako podstawy ustalania wyniku dla tego wskaźnika. Do źródeł danych CUTS zaliczamy np. dane ECDC, bazy danych WHO, dane OECD dotyczące zdrowia, specjalne badania Eurobarometru czy publikacje naukowe wykorzystujące jasno określoną, ustaloną metodykę.

Poza efektywnością tego podejścia podstawowym powodem preferowania danych CUTS, tam gdzie jest to możliwe, jest fakt, że gromadzenie danych opartych głównie na informacjach uzyskanych z 35 źródeł krajowych, nawet jeśli tymi źródłami są ministerstwa zdrowia bądź krajowe agencje ochrony zdrowia czy urzędy statystyczne, rodzi problemy z ich spójnością. Powszechnie wiadomo, że trudno jest uzyskać precyzyjne odpowiedzi z wielu źródeł, nawet jeśli odpowiadają one na to samo dobrze sformułowane pytanie. Na przykład w jednym z poprzednich Indeksów trudności nastręczało sformułowanie pytania o precyzyjnie określony wskaźnik, np. „Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR) z powodu chorób układu oddechowego u mężczyzn powyżej

45. roku życia". W związku z tym, że jeden z krajów gwałtownie protestował przeciwko uzyskanemu wynikowi, konieczne było trzykrotne zadanie pytania na piśmie, zanim (bardzo dobrze wykształcony) przedstawiciel władz krajowych zauważył, że współczynnik dotyczył tylko „mężczyzn powyżej 45. roku życia”, a nie całej populacji. Należy podkreślić, że także w przypadku zidentyfikowania danych CUTS dla danego wskaźnika są one weryfikowane poprzez zestawienie danych pochodzących z różnych źródeł, ponieważ wielokrotnie zdarzało się, że ze źródeł krajowych bądź publikacji naukowych udawało się uzyskać nowsze lub bardziej precyzyjne dane.

7.9.1 Czynniki „Skrzyni biegów Rolls-Royce’a”

Chętniej wykorzystujemy dane CUTS, jeśli to tylko możliwe, z tej samej przyczyny, dla której Rolls-Royce (w okresie poprzedzającym przejęcie przez BMW) nie konstruował własnych skrzyń biegów. Uzasadniano to w następujący sposób: „Po prostu nie jesteśmy w stanie zbudować skrzyni biegów lepszej od tej, którą możemy zamówić od zewnętrznego dostawcy, w związku z czym nie produkujemy ich sami”. W niewielkiej organizacji, jaką jest HCP, tę samą prawdę można by odnieść do wskaźnika, który jest ujęty w badaniach Eurobarometru, bazie danych HfA WHO czy innych danych CUTS.

7.10 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2016

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2016 gromadzi dane na temat 48 wskaźników sprawności działania systemu opieki zdrowotnej i grupuje je w sześciu podkategoriach. Każda z tych podkategorii jest odzwierciedleniem pewnej jednostki logicznej, np. „Wyników leczenia” czy „Dostępności”.

Dla wygody i jasności przekazu, wskaźnikom zamieszczonym w niniejszym raporcie nadano numery.

Tam gdzie było to możliwe, zastosowano dane CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). Więcej informacji na temat tej metody, typowej dla prac badawczych prowadzonych przez HCP, dostępnych jest w zakładce „Źródła danych CUTS”.

7.10.1 Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta

Podkategoria ta określa zdolność systemu opieki zdrowotnej do wzmocnienia pozycji pacjenta tak, aby zniwelować nierówności informacyjne pomiędzy specjalistą ochrony zdrowia a pacjentem.

Dlaczego jest to jedna z ulubionych podkategorii HCP? Ponieważ obejmuje ona wskaźniki niezależne od PKB. Nawet najbiedniejsze kraje mogą sobie pozwolić na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016 po raz kolejny dowodzi słuszności powyższego stwierdzenia.

Podkategoria ta obejmuje dwanaście wskaźników.

1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta

Czy krajowe ustawodawstwo dotyczące opieki zdrowotnej uwzględnia wprost prawa pacjenta? Czy dzieje się to na poziomie ustaw czy innych aktów ustawodawczych? Czy istnieją kodeksy etyki zawodowej, karty praw pacjenta itp.? Wskaźnik ten jest uwzględniany w rankingach EHCI od 2005 r. Ze względu na to, że na chwilę obecną tylko trzy kraje nie przyjęły takich przepisów, wskaźnik ten może zostać zastąpiony przez inny w 2016 r.

Źródła danych: http://europatientrights.eu/about_us.html; Ustawa o Prawach Pacjenta (Załącznik nr 1 do raportu EHCI wykorzystany jako materiał wyjściowy); aktualizacje na podstawie raportów HiT opracowanych przez European Observatory, informacji uzyskanych od krajowych organów ochrony zdrowia, badań zasobów internetowych, analizy czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

1.2 Organizacje pacjenckie zaangażowane w proces decyzyjny

Czy organizacje pacjenckie mają prawo do uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną? Czasami dowiadujemy się, że organizacje pacjenckie są zachęcane do angażowania się w proces decyzyjny, czasami angażują się w niego na podstawie przepisów prawa, czasem dzieje się to nieoficjalnie, ale zaangażowanie to ma charakter stały, czasem robią to w sposób czysto formalny, bez realnej ingerencji lub w ogóle nie uczestniczą w procesie.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Raporty HiT opracowane przez European Observatory. Dane niezaliczane do CUTS.

1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej

Czy pacjenci otrzymują stosowne odszkodowania bez pomocy wymiaru sprawiedliwości? Czy przesłanką uzyskania odszkodowania jest dowiedzenie, kto z członków personelu medycznego popełnił błąd? Co roku członkowie zespołu badawczego HCP spotykają urzędników ochrony zdrowia wysokiego szczebla, którzy nigdy nie słyszeli o systemach ubezpieczeń z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej, takim jak np. system działający w krajach skandynawskich. Jednakże, od 2009 r. w wielu krajach nastąpiła wyraźna poprawa w tym obszarze.

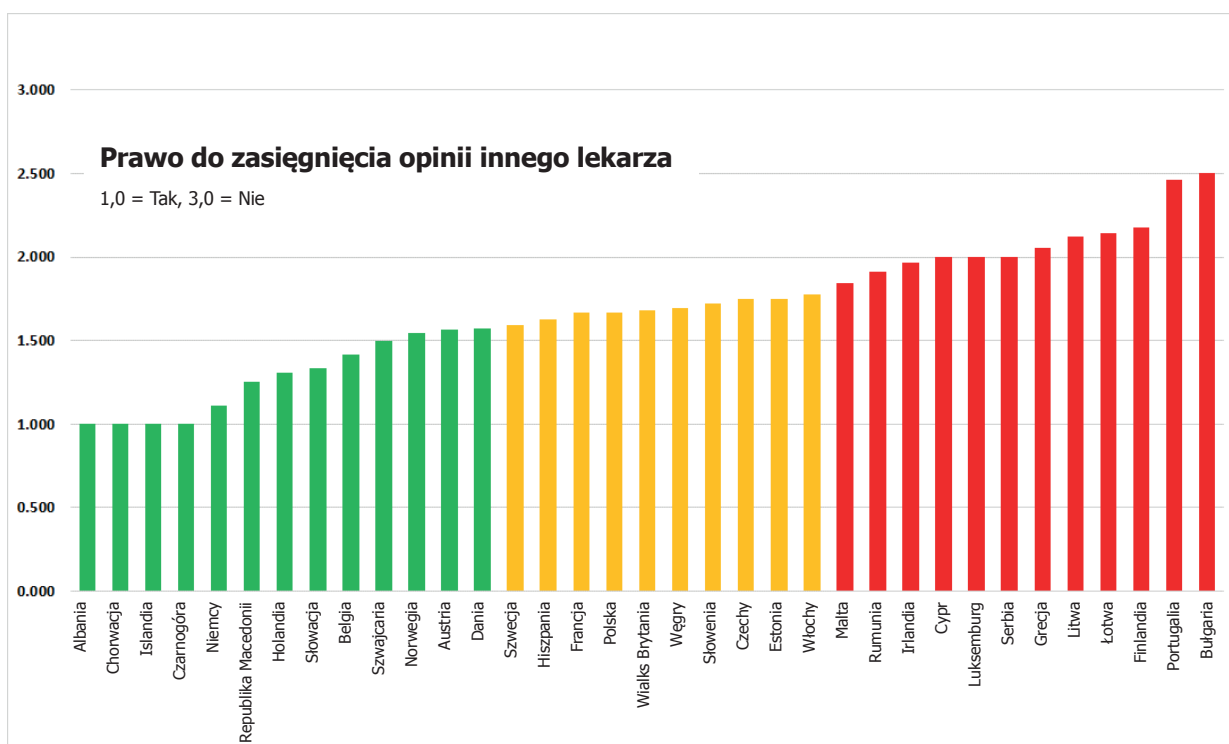
Źródła danych: Swedish National Patient Insurance Co. (wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); www.hse.ie; www.hiqa.ie. Krajowe organy ochrony zdrowia, badania zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza

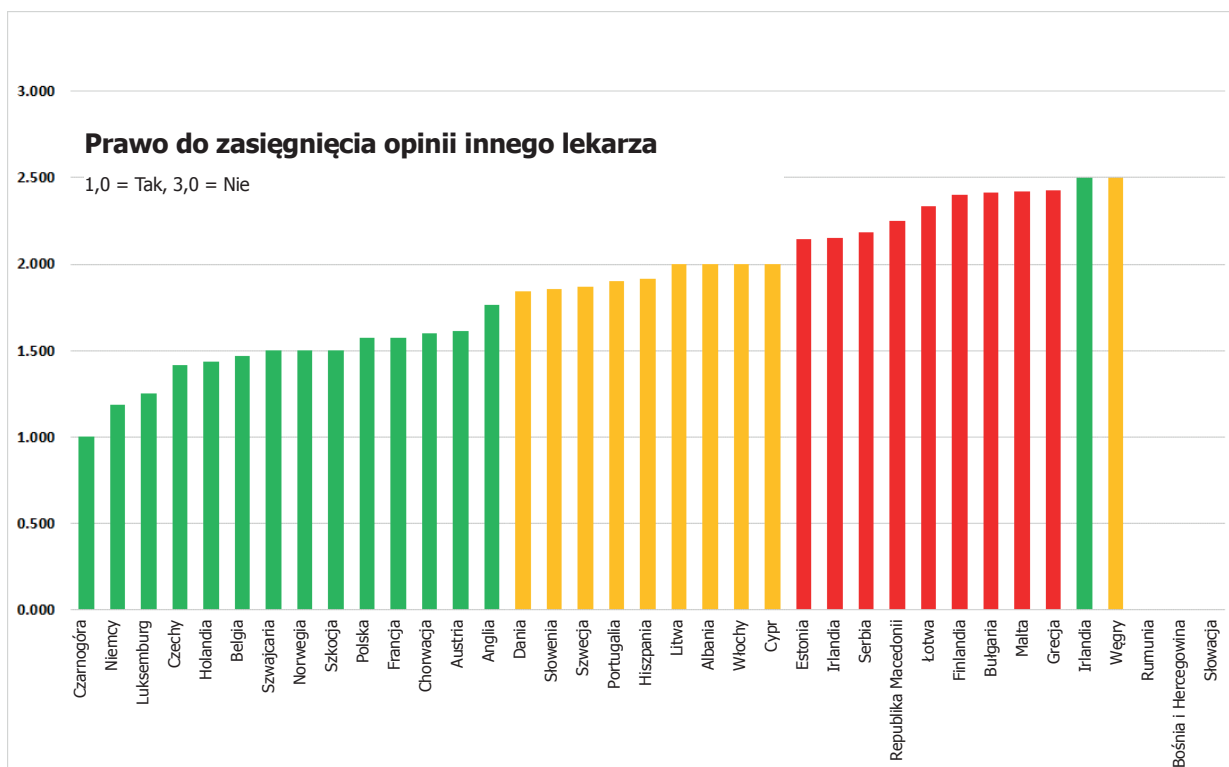
Podobnie jak w innych dziedzinach życia człowieka, również w medycynie niewiele jest pytań, na które można udzielić jednej tylko odpowiedzi czy problemów zdrowotnych, dla których istnieje jedno rozwiązanie. Czy zatem pacjenci mają prawo do uzyskania opinii innego lekarza na temat swojego stanu zdrowia bez konieczności wnoszenia dodatkowych opłat? Czy jest to formalnie usankcjonowane prawo, rzadko egzekwowane w praktyce, czy też może od dawna obowiązująca zasada?

Porównując wykresy za rok 2014 i 2016 (poniżej), widać, że – z pewnymi trudnościami – w wielu europejskich krajach faktycznie wzrasta świadomość pacjentów na temat dostępności opinii drugiego lekarza.

Krajom, w których to prawo istnieje „na papierze”, ale organizacje pacjenckie niewiele o nim wiedzą, przyznano „żółty” wynik zamiast „zielonego”, który zostałby przyznany, gdyby było ono formalnie egzekwowane.



Rys. 7.10.1.4 a: w 2016 r.



Rys. 7.10.1.4 a: w 2014 r.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej

Czy pacjenci mają łatwy dostęp do swojej dokumentacji medycznej i mogą się z nią zapoznać? Trudno w to uwierzyć, ale w niektórych miejscach w Europie dane osobowe i integralność pacjenta są tak bardzo chronione, że nie ma on dostępu do własnej dokumentacji medycznej. Jest

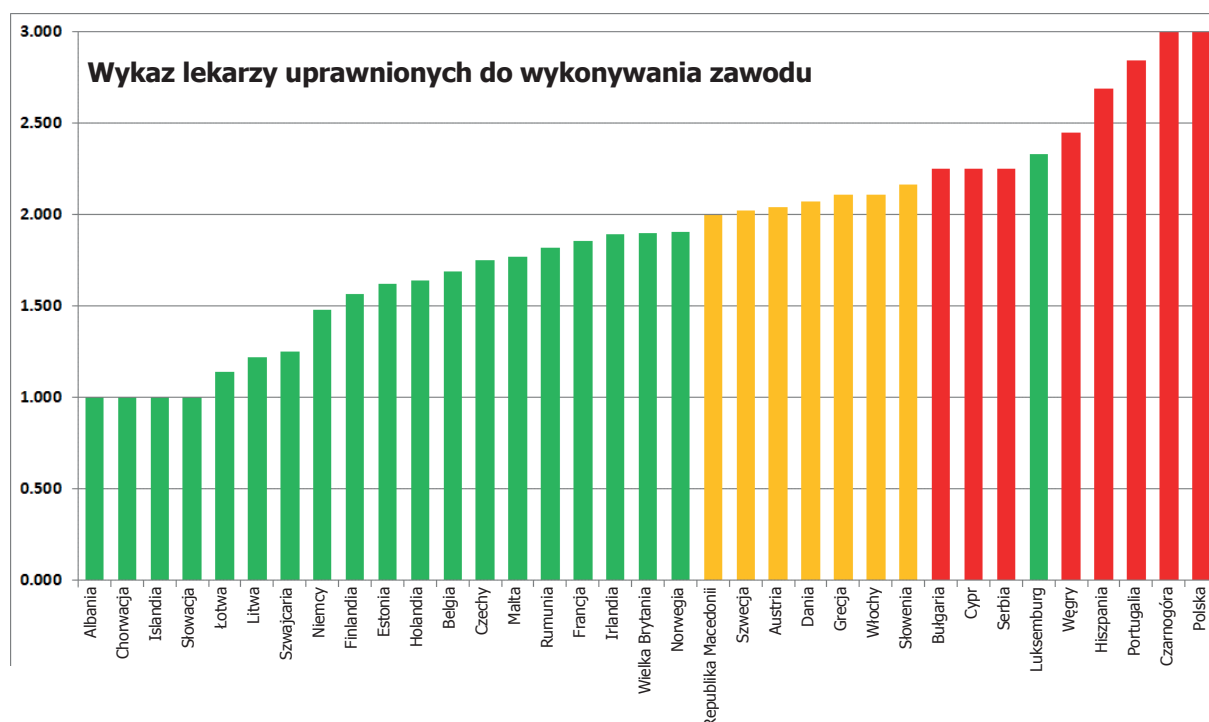
to o tyle zadziwiające, że dyrektywa UE o ochronie danych osobowych stanowi jednoznacznie, że pacjenci takie uprawnienie powinny przysługiwać z mocy prawa. Są też kraje, w których pacjenci są również pozbawieni dostępu do dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia im się, że to dla ich własnego dobra. Jednakże, można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach w wielu krajach sytuacja uległa znacznej poprawie.

Pomimo tego, że pacjenci mają mieć z założenia dostęp do swojej dokumentacji, w niektórych krajach poziom wiedzy pacjentów w tym zakresie jest niski.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia, badanie zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

1.6 Rejestr lekarzy z prawem do wykonywania zawodu

Czy społeczeństwo może się łatwo dowiedzieć czy „lekarz X posiada uprawnienia do wykonywania zawodu”? Aby odpowiedź twierdząca została uznana, wymagane jest istnienie serwisu internetowego/telefonicznego. „Żółte strony” nie gwarantują krajowi „zielonego” wyniku – z wyjątkiem Luksemburga, gdzie rozdział spisu poświęcony lekarzom jest co roku recenzowany i zatwierdzany przez Ministerstwo Zdrowia. Usługa „rejestru lekarzy” jest łatwa do uruchomienia i nie wiąże się z dużymi kosztami, ale wciąż bardzo trudno znaleźć takie źródła informacji.



Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2015 r. Krajowe rejestry lekarzy. Krajowe organy ochrony zdrowia, badanie zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

1.7 Internetowe lub dostępne non stop telefonicznie, interaktywne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej

Zastosowany w poprzednich latach prosty opis tego wskaźnika pozostał bez zmian w rankingu za rok 2013: Informacje, które mogą pomóc pacjentowi podjąć następujące decyzje: „Po konsultacji telefonicznej, zażyję paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast pojedę na izbę przyjęć do najbliższego szpitala”. Najbardziej kompleksowe usługi tego typu zapewnia brytyjski NHS Direct. W 2016 r. wiele krajów opracowało zdecentralizowane rozwiązania, takie jak

¹² www.chooseandbook.nhs.uk

całodobowe gabinety podstawowej opieki medycznej oferujące taką samą usługę.

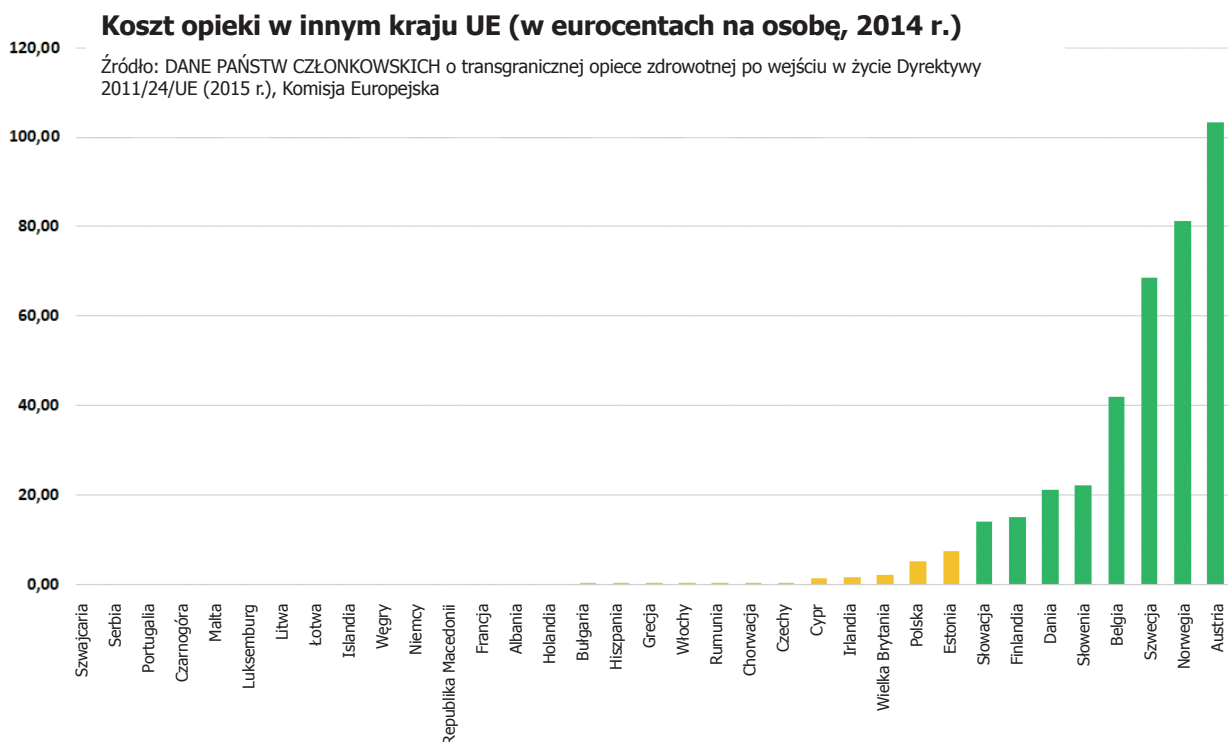
Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

1.8 Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków pochodzących z kraju pochodzenia

Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej została uchwalona 9 marca 2011 r. Do 25 października 2013 r. kraje członkowskie UE musiały we własnym zakresie uchwalić przepisy wdrażające dyrektywę. W związku z tym kryteria punktacji dla tego wskaźnika zostały znacznie zaostrzone w porównaniu z poprzednimi edycjami EHCI. W momencie publikacji niniejszego raportu (styczeń 2017) daje się zauważyć pewien niewielki postęp w tym obszarze datowany od jesieni 2013 r.

Po raz pierwszy w historii Komisja Europejska opublikowała dane o strumieniach płatności na rzecz obywateli otrzymujących świadczenia w innym kraju UE (zob. poniższy wykres). Zgodnie z danymi uzyskanymi przez Komisję, Austria była jedynym krajem, w którym koszty te przekroczyły w 2014 r. 1 euro na mieszkańca. W przypadku niektórych krajów, takich jak Holandia czy Malta (oba tradycyjnie umożliwiają obywatelom leczenia poza swoimi granicami) dane takie okazały się niedostępne.

Zgodnie z przypuszczeniem wyrażonym w raporcie EHCI za rok 2015, upowszechnienie holenderskiego podejścia zakładającego, że „koszt swobodnego dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej nie przekroczy jednego procenta budżetu przeznaczanego na opiekę zdrowotną”, wymagać będzie specjalnych wysiłków.



Rys. 7.10.1.8 DANE PAŃSTW CZŁONKOWSKICH o transgranicznej opiece zdrowotnej po wejściu w życie Dyrektywy 2011/24/UE (2015 r.), Komisja Europejska.

Źródła danych: DANE PAŃSTW CZŁONKOWSKICH o transgranicznej opiece zdrowotnej po wejściu w życie Dyrektywy 2011/24/UE (2015 r.), Komisja Europejska. Krajowe organy ochrony zdrowia.

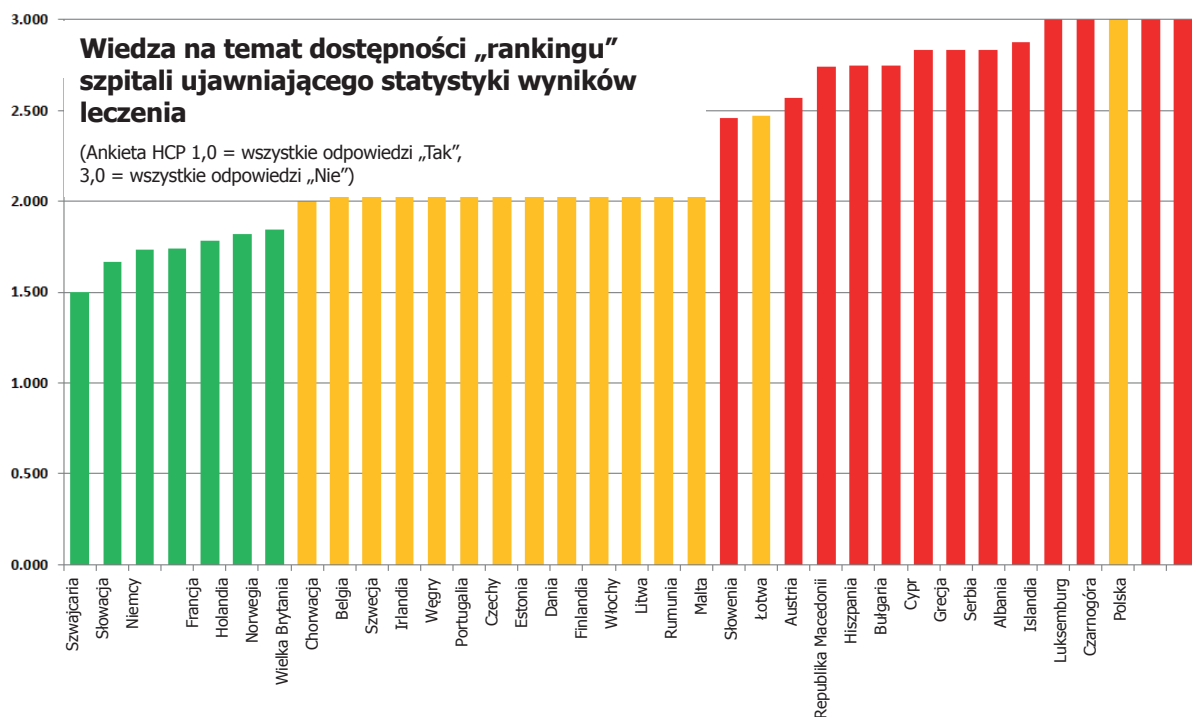
1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców

W 2005 r. brytyjska organizacja Dr Foster była jedyną gwiazdą na firmamencie instytucji zajmujących się dostarczaniem wykazów świadczeniodawców (szpitali), stanowiących dla

pacjentów źródło informacji na temat tego, które szpitale uzyskują dobre wyniki w kategorii faktycznej skuteczności leczenia czy odsetka przeżywalności pacjentów. Obecnie inicjatywa ta przekształciła się w serwis „NHS Choose and Book”¹².

W 2016 r. można wskazać tylko kilka dodatkowych przykładów takich inicjatyw, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonana, że najbardziej godny uwagi był duński serwis www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx, który oceniał szpitale w skali hotelowej, przyznając im od jednej gwiazdki ★ do pięciu ★★★★★ gwiazdek. Serwis podawał także wskaźniki poziomu jakości świadczeń, a także uzyskiwane faktyczne wyniki leczenia, w tym wskaźniki śmiertelności wśród pacjentów, u których rozpoznano określone schorzenia. Niestety, strona ta nie zawiera już informacji na temat rzeczywistych wyników leczenia.

W 2016 r. brytyjski NHS Choices pozostaje wzorcowym przykładem europejskiej inicjatywy gwarantującej uzyskanie „zielonego” wyniku. Dzięki rankingowi „Najlepsze kliniki we Francji”, publikowanym raz do roku przez tygodniki „Le Point” oraz „Le Figaro”, w 2016 r. Francja otrzymała „zieloną” ocenę, która świadczyła o wysokiej rozpoznawalności tego rankingu wśród pacjentów, co wykazała ankieta HCP. Wynik taki w 2016 r. uzyskały też Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Niemcy, które otrzymały „żółtą” ocenę w 2012 r., (ponownie) awansowały na poziom „zielony” w związku z przywróceniem dostępu do tego typu informacji. W Szwecji ranking świadczeniodawców istnieje w formie ponad czterystustronicowej książki, której raczej nie można uznać za łatwo dostępną dla pacjentów.



Rys. 7.10.1.9 Wyniki „żółte” przyznano Islandii i Malcie w celu uniknięcia dyskryminacji państw wyspiarskich, w których funkcjonuje po jednym szpitalu z prawdziwego zdarzenia.

Źródła danych: Badanie ankietowe wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2016 r., www.drfoosterhealth.co.uk/; www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx; www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon____2109.aspx; www.hiqa.ie/; <http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html>, www.bqs-institut.de/. Dane niezaliczane do CUTS.

1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)

Odsetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu wykorzystujących komputery do przechowywania danych medycznych pacjentów oraz do komunikowania się z innymi segmentami systemu opieki zdrowotnej. Wreszcie, w 2016 r., o 20 lat za późno, staje się to normą w Europie! Wśród

krajów, które w tej kategorii uzyskały „zielony” wynik, znalazła się Republika Macedonii i Serbia, oba ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS.

Źródła danych:

http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf;

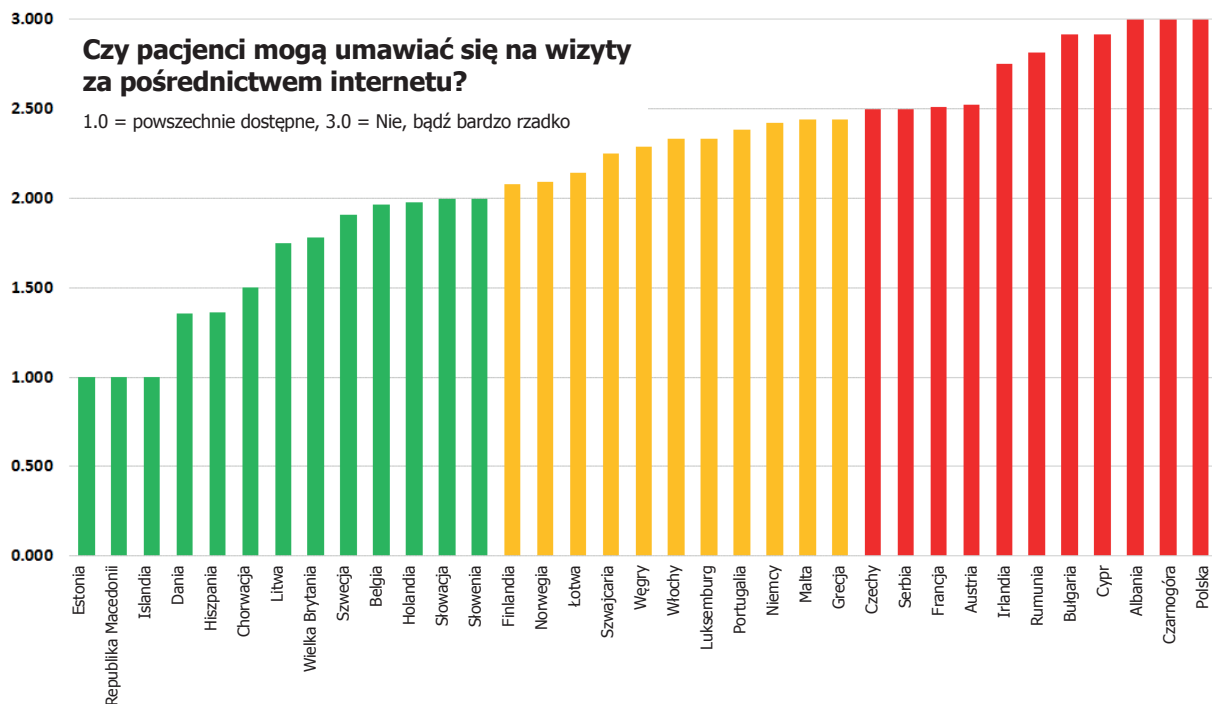
<http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11>;

www.icgp.ie;

Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians „Benchmarking ICT use among GPs in Europe”; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy (s. 60), Gartner Group. Dane CUTS.

1.11 Czy pacjenci mają dostęp do internetowych systemów umawiania wizyt?

Stosunek podaży do popytu w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów czy poważnych zabiegów operacyjnych jest bardzo zbliżony do tego istniejącego dla pokoi hotelowych czy wakacji organizowanych przez biura podróży. Nie ma tak naprawdę powodów, dla których pacjenci nie mogliby rezerwować wolnych „miejsc” w dogodnym dla siebie momencie. Nie jest to jednak powszechnie spotykana w Europie praktyka; w 2009 r. jeden z zaledwie dwóch „zielonych” wyników w tej podkategorii uzyskała Portugalia, o której mówiło się, że „cztery miliony mieszkańców okolic Lizbony” posiada dostęp do takiej usługi. W 2016 r. trzynaście krajów udostępniło tę usługę znaczącym grupom obywateli, co jest dużym krokiem naprzód (w 2013 r. było to 9 krajów), jednak od 2014 r. niewiele się wydarzyło! Jak pokazuje przykład Macedonii, usługi takie mogą w dużym stopniu zlikwidować kolejki w systemie opieki zdrowotnej. Wśród krajów, które w tej kategorii uzyskały „zielony” wynik, znalazły się Republika Macedonii i Serbia, obie ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS.



Rys. 7.10.1.11 Wartości graniczne dla „żółtego” i „zielonego” wyniku nie zmieniły się od 2009 r.

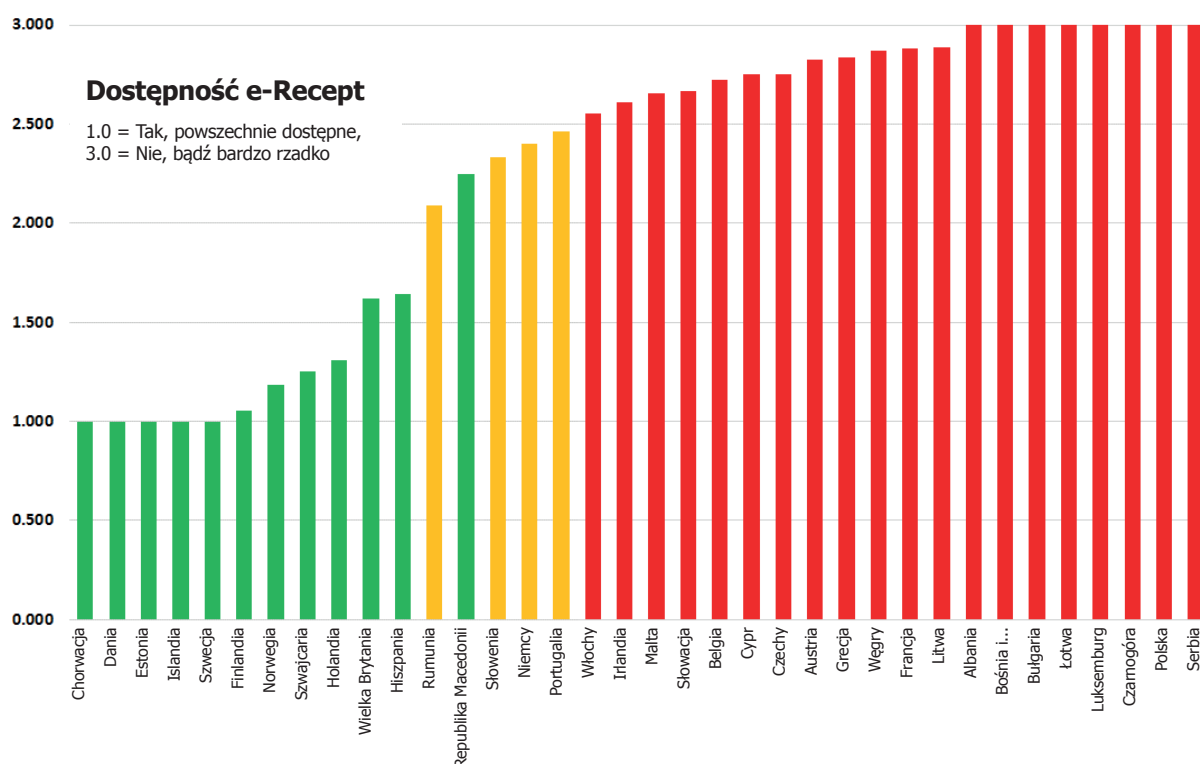
Źródła danych: Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2016 r. Krajowe organy ochrony zdrowia.

1.12 e-Recepty

Pytanie z ankiety HCP:

„Czy pacjenci w Państwa kraju odbierają leki w aptece przy użyciu recept wysyłanych drogą elektroniczną? [Są to tzw. e-Recepty, które nie wymagają wersji papierowej.]”

1. Tak, jest to powszechnie dostępna funkcjonalność.
2. Taka możliwość istnieje, niemniej oferuje ją jedynie nieliczna grupa nowatorskich lekarzy/przychodni/szpitali.
3. Nie (albo bardzo rzadko).



Rys. 7.10.1.12 Odpowiedzi na powyższe pytanie udzielone w ankietach.

Chorwacja i kraje skandynawskie są pod tym względem europejskimi liderami. Z uwagi na fakt, że e-Recepty to po prostu bardzo ustandaryzowana forma wiadomości e-mailowej, postęp w tym zakresie jest szokująco niski. Wśród krajów, które w tej kategorii uzyskały „zielony” wynik, znalazła się Republika Macedonii i Serbia, oba ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS.

Źródła danych: Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2016 r. „The set-up of guidelines in support of European e-Prescription interoperability (2011-2013)”, Empirica, Bonn); krajowe organy ochrony zdrowia.

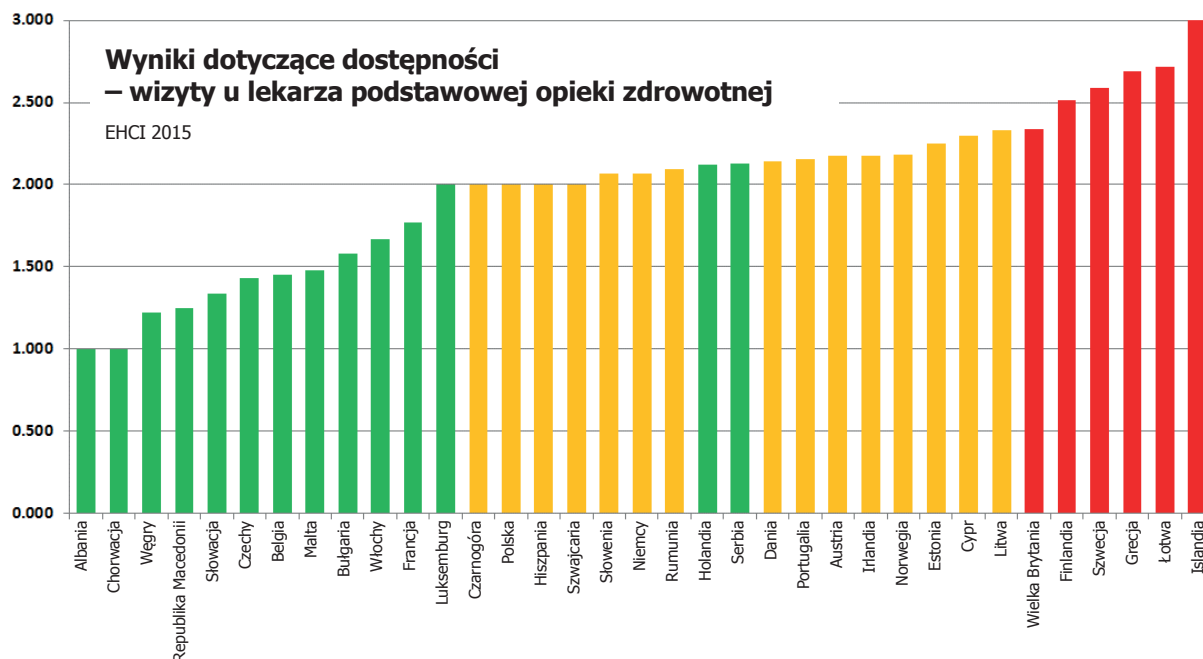
7.10.2 Czas oczekiwania na leczenie

2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia

Badanie bardzo zasadnej potrzeby: czy pacjenci mogą liczyć na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej tego samego dnia, jeśli jedynym wskazaniem jest ich własne przekonanie, że

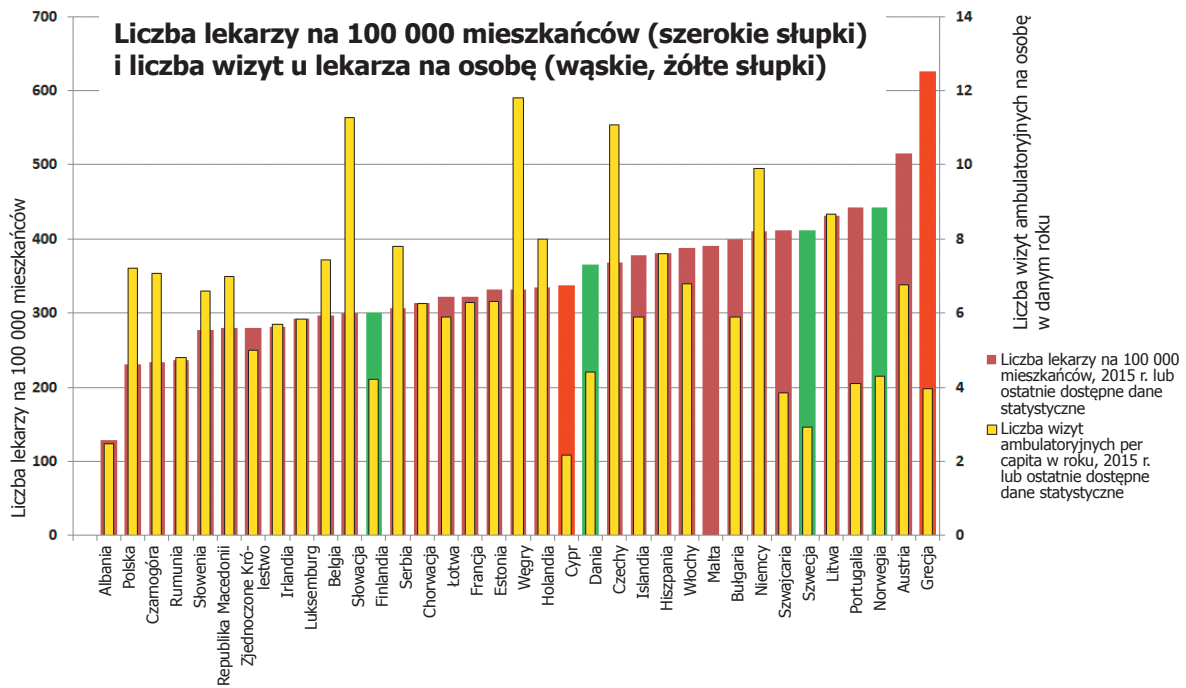
¹³ G. Van Merode, A. Paulus, P. Groenewegen, Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?, J Health Serv Res Policy, styczeń 2000; nr 5 (1), s. 6-22. Zob. też Kroneman i in.: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study, Health Policy nr 76 (2006), s. 72-79.

muszą zobaczyć się z lekarzem?



Rys. 7.10.2.1 a Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie: czy w Państwa kraju pacjenci mogą dostać się do lekarza pierwszego kontaktu w dniu zgłoszenia (lub bez umawiania wizyty)? (1,0 = wszystkie „Tak”, 3,0 = wszystkie „zwykle nie”). W Serbii placówki podstawowej opieki zdrowotnej przyjmują pacjentów „z ulicy” całą dobę; przyczyna negatywnych odpowiedzi udzielonych przez pacjentów w Luksemburgu, Serbii i Holandii pozostaje niewyjaśniona.

Z odpowiedzi udzielonych na to pytanie w zasadzie wynika, że nie ma logicznego wyjaśnienia przyczyny powstawania kolejek do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej; wyniki wydają się być rozmieszczone przypadkowo i pozostawać bez związku z sytuacją finansową danego kraju (PKB lub wydatkami na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca), zakresem świadczeń czy gęstością sieci podstawowej opieki zdrowotnej (zob. wykres poniżej). W niektórych krajach, w których raczej nie spodziewalibyśmy się takiej sytuacji, lekarz pierwszego kontaktu ma nawet obowiązek odbierania telefonów od każdego pacjenta zarejestrowanego w prowadzonym przez niego gabinecie 24 godziny na dobę, przez siedem dni w tygodniu.



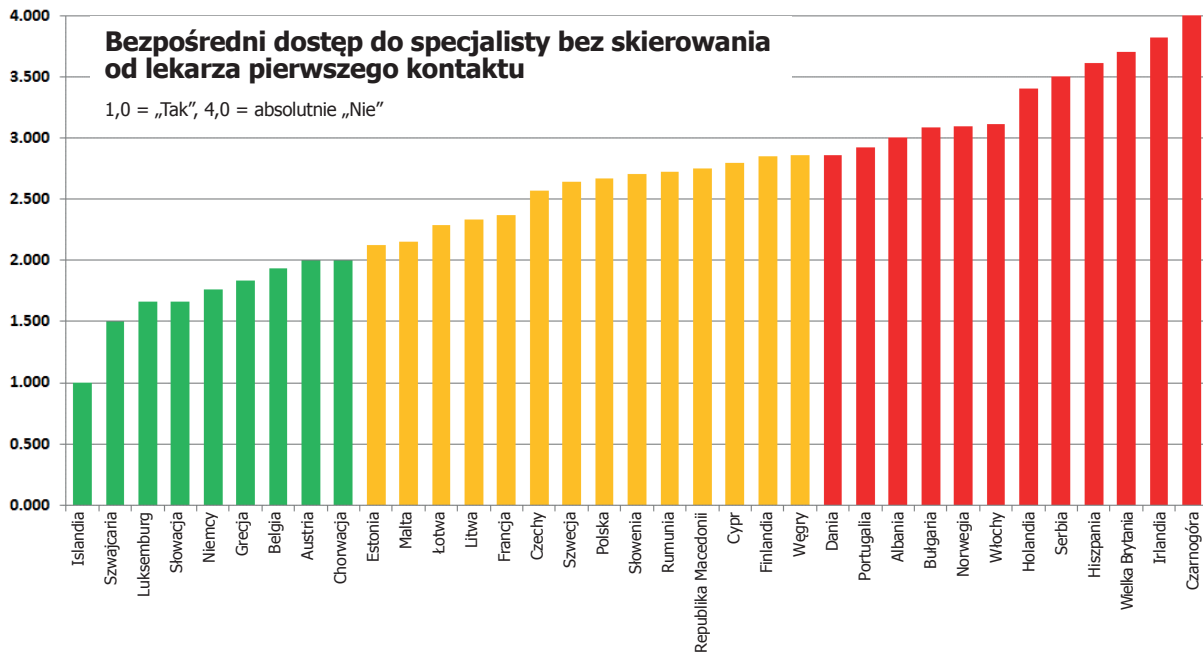
Wykres 7.10.2.1 b Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (szerokie słupki) oraz liczba wizyt ambulatoryjnych na osobę (wąskie słupki). Jak widać na wykresie, korelacja pomiędzy liczbą lekarzy na jednego mieszkańca i dostępnością lekarzy jest bardzo nieznaczna. Można tu wyróżnić pewne cechy kulturowe: w krajach skandynawskich (szerokie, zielone paski) pacjenci poszukują porady lekarskiej jedynie wtedy, kiedy są już naprawdę chorzy. Również Szwajcarzy i Portugalczycy nie naprzykrzają się zbyt często lekarzom. Bardzo niewielka liczba wizyt na lekarza odnotowana na Cyprze czy w Grecji (która ma zdecydowanie najwyższą liczbę lekarzy *per capita*) może jednak wynikać z zaniżania liczby wizyt w celu uniknięcia podatków. Austriacki system zdaje się mieć ten sam problem z produktywnością, jaki występuje w krajach skandynawskich.

Źródła danych: Patients' Perspectives of Healthcare: Waiting times in Europe („Czas oczekiwania w Europie”); badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. Krajowe organy ochrony zdrowia, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

2.2 Bezpośredni dostęp do specjalistów

Czy pacjenci mogą dostać się do lekarza specjalisty bez konieczności uzyskania wcześniejszego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej?

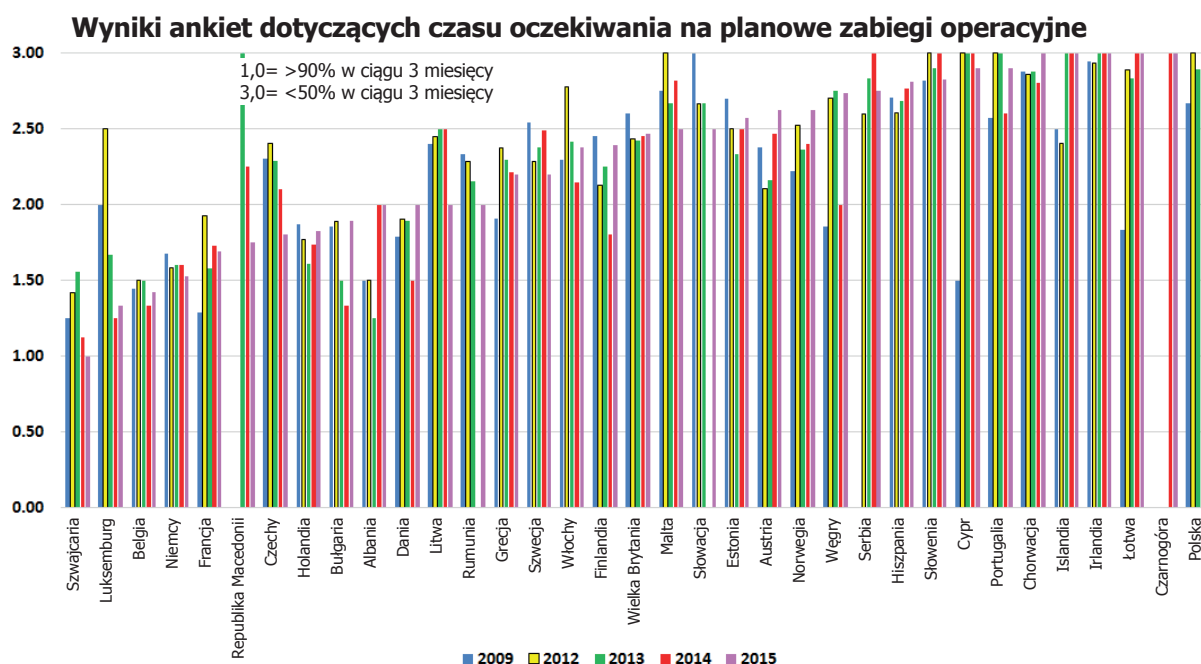
Ten wskaźnik wzbudza prawdopodobnie największe kontrowersje w całej historii indeksów HCP. W badaniach EHCI nie uwzględnia się jednak wierzeń o charakterze religijnym – niezależnie od tego, czy chodzi o muzułmanów, katolików, czy też wyznawców „strażniczej” roli lekarzy pierwszego kontaktu. Co za tym idzie, wskaźnik ten pozostaje w użyciu od 2005 r. i wydaje się potwierdzać pogląd, że „przypisanie lekarzom pierwszego kontaktu roli «odźwiernych» w systemie opieki zdrowotnej nie ma żadnego wpływu na poziom kosztów opieki ambulatoryjnej, ani też poziom (lub wzrost) całościowych kosztów opieki zdrowotnej¹³”



Źródła danych: Patients' Perspectives of Healthcare: Waiting times in Europe („Czas oczekiwania w Europie”); badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia z urzędnikami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia; www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf; www.ic.nhs.uk/; www.oecd.org, www.vantetider.se. Dane niezaliczane do CUTS.

2.3 Poważne, planowe zabiegi operacyjne <90 dni

Jaki jest odstęp czasowy pomiędzy postawieniem diagnozy a rozpoczęciem leczenia w przypadku „koszyka” zabiegów takich jak pomostowanie aortalno-wieńcowe czy angioplastyka (PTCA) i wymiana stawu biodrowego albo kolanowego? Trudno nie dostrzec, że już sam fakt prowadzenia przez niektóre kraje (np. Irlandię, Szwecję, Zjednoczone Królestwo) oficjalnych statystyk czasu oczekiwania na te zabiegi nie świadczy najlepiej o funkcjonowaniu tamtejszych systemów opieki zdrowotnej. Kraje takie jak Niemcy, gdzie czas oczekiwania wynosi od dwóch do trzech tygodni, nigdy nie czuły potrzeby opracowywania danych na ten temat, zasadniczo z tego samego powodu, dla którego Singapur dysponuje mniejszą liczbą pługów śnieżnych niż Helsinki.



Rysunek 7.10.2.3 Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania na poważne planowe zabiegi operacyjne. Jeżeli niebieskie/ciemnoczerwone słupki są wyższe niż zielone, oznacza to, że czas oczekiwania wydłużył się w okresie „kryzysu finansowego”, ale uległ niewielkiemu skróceniu w 2016 r.

Jak pokazuje wykres, jest to jeden z nielicznych wskaźników EHCI, w przypadku których widać wpływ kryzysu finansowego: wydaje się, że czas oczekiwania na (kosztowne) planowe zabiegi operacyjne uległ niewielkiemu wydłużeniu w okresie od 2009 do 2013 r., szczególnie w niektórych krajach ciężko dotkniętych kryzysem. Niemniej, jeżeli efekt ten nie jest artefaktem, jego nasilenie było dość nieznaczne i wydawało się, że w 2014 r. sytuacja w wielu krajach poprawiła się. Niestety, dane wskazują, że poprawa ta nie dotrwała do 2016 r.

Wyniki ankiety uzyskane dla mniejszych krajów należy traktować z dużą dozą ostrożności z uwagi na niewielką liczbę udzielonych odpowiedzi. Wśród krajów, które w tej kategorii uzyskały lepszy wynik, znalazła się Serbia, ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS.

Źródła danych: Patients' Perspectives of Healthcare Waiting times in Europe; badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

2.4 Terapie onkologiczne <21 dni

Wskaźnik ten określa czas od momentu podjęcia decyzji o podjęciu leczenia (ang. decision to treat, DTT) do rozpoczęcia radioterapii lub chemioterapii. Maksymalny czas oczekiwania w przypadku wyniku „zielonego” jest i powinien być znacznie krótszy niż w przypadku planowych zabiegów operacyjnych. Optymistycznie nastraja fakt, że ogólna dostępność terapii antynowotworowych jest większa niż planowych zabiegów operacyjnych, nawet jeżeli uwzględnić zdecydowanie węższy margines czasu potrzebnego do osiągnięcia „zielonego” wyniku (21 dni w porównaniu z 90 dniami).

Zlecone przez HCP badanie ankietowe organizacji pacjenckich charakteryzuje się tą samą logiką co ankieta dotycząca planowych zabiegów operacyjnych (opisanych powyżej). W przypadku czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, średnia punktacja odpowiedzi wynosząca 1,0 oznacza,

¹⁴ Townsend i in., „Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016”, European Heart Journal. doi:10.1093/eurheartj/ehw334.

że „każdy pacjent rozpoczyna leczenie w ciągu trzech tygodni”, natomiast wynik 3,0 oznacza, że „wszyscy pacjenci muszą czekać dłużej niż trzy tygodnie”.

Co ciekawe, w obrębie tej kategorii zaobserwować można ten sam wskaźnik, który pokazuje podobną tendencję w obszarze planowych operacji, a mianowicie wynikający z oszczędności (?), niewielki wzrost czasu oczekiwania na te kosztowne terapie w latach 2009-2013, który obniżył się nieco w roku 2014; sytuacja uległa dalszej poprawie w roku 2015.

Rok	Przeciętny czas oczekiwania chorych na nowotwory
w 2009 r.	1,692
w 2012 r.	1,789
w 2013 r.	1,871
w 2014 r.	1,833
w 2015 r.	1,775

Wśród krajów, które w tej kategorii uzyskały lepszy wynik, znalazła się Serbia, ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS oraz z powodu 50-procentowego wzrostu zdolności do stosowania radioterapii w roku 2016.

Źródła danych: Badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Raport na temat czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne opracowany przez Szwedzką Radę Zdrowia i Opieki Społecznej (2016). Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

2.5 Tomografia komputerowa <7 dni

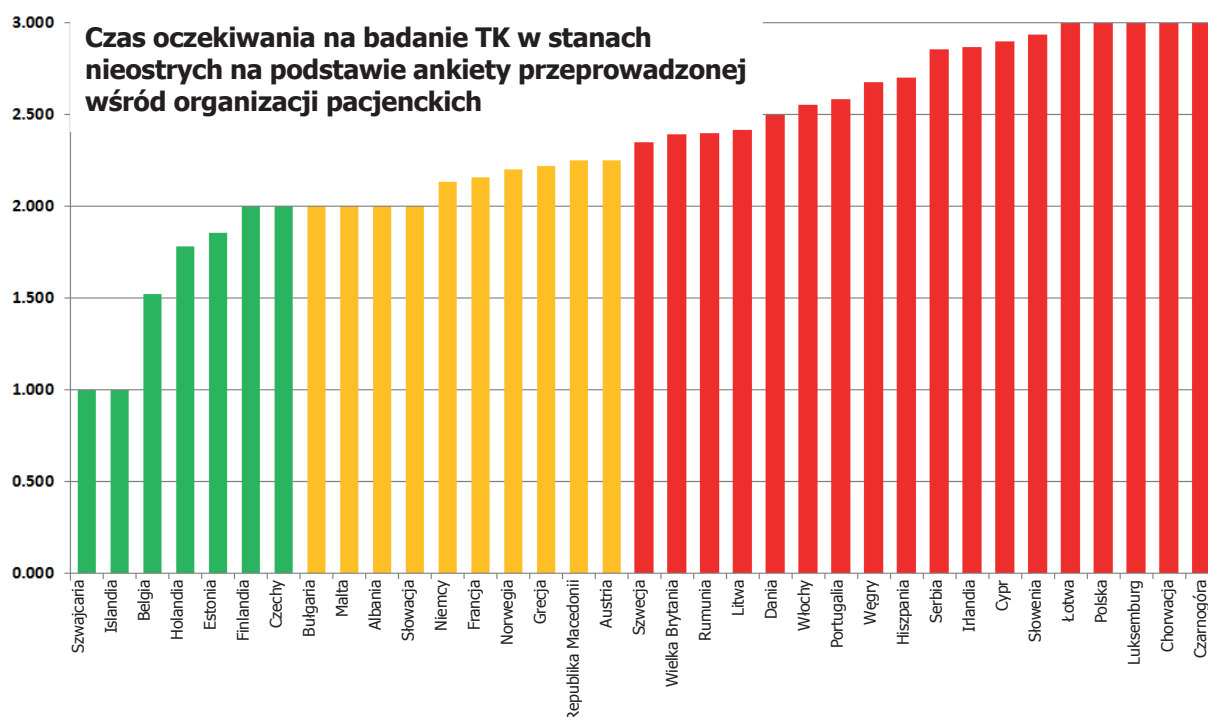
Czas od wystawienia przez lekarza skierowania na tomografię komputerową do momentu przeprowadzenia badania wybrany został jako wskaźnik reprezentatywny dla okresu oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne. Pewną trudność sprawiło skłonienie respondentów (w krajowych organach ochrony zdrowia) do niestosowania przy udzielaniu odpowiedzi podziału na badania stanów „ostrych” bądź „nieostrych”. Należy jeszcze raz podkreślić, że przyczyną długiego czasu oczekiwania na badanie TK jest niska jakość świadczeń medycznych oraz że sytuacja ta zwiększa koszty opieki zdrowotnej, nie jest zaś źródłem oszczędności, ponieważ procedura utrzymywania ciągłego kontaktu z pacjentami przez okres tygodni czy miesięcy pociąga za sobą znaczne koszty a samo badanie jest tańsze, jeśli pacjent (i świadczeniodawca) ma świeżo w pamięci zasadniczy powód przeprowadzenia badania.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród organizacji pacjenckich na zlecenie HCP ma tę samą logikę, co wspomniane wyżej badanie dotyczące planowanych zabiegów operacyjnych; średni wynik w przypadku odpowiedzi na pytanie o czas oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych wyniósł od 1,0, co zasadniczo oznacza, że „badanie jest przeprowadzane w ciągu 1 tygodnia dla każdego pacjenta” do 3,0, czyli „każdy czeka ponad trzy tygodnie”.

Wśród krajów, które w tej kategorii uzyskały lepszy wynik, znalazła się Serbia ze względu na wdrożenie macedońskiego systemu elektronicznej opieki zdrowotnej IZIS.

¹⁵ Blake, S. *Clinical and Pathological Reports* (monografia), Newry, N. Ireland (1818).

¹⁶ www.who.int/diabetes/global-report/en/.



Rys. 7.10.2.5 Odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące czasu oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych. Może wydawać się, że przyznawanie „zielonej” oceny za wynik poniżej 7 dni to ustawianie poprzeczki zbyt wysoko, ale nie ma najmniejszej realnej przyczyny, dla której czas oczekiwania miałby być dłuższy. Wyniki dla Albanii i Islandii zostały zmodyfikowane w 2014 r. względem danych ze źródeł krajowych – odpowiedzi pacjentów w 2016 r. zdają się to potwierdzać.

Źródła danych: Badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć

Jest to nowy wskaźnik, wprowadzony w 2013 r. Pytanie, które znalazło się w ankiecie HCP dla organizacji pacjenckich brzmiało następująco:

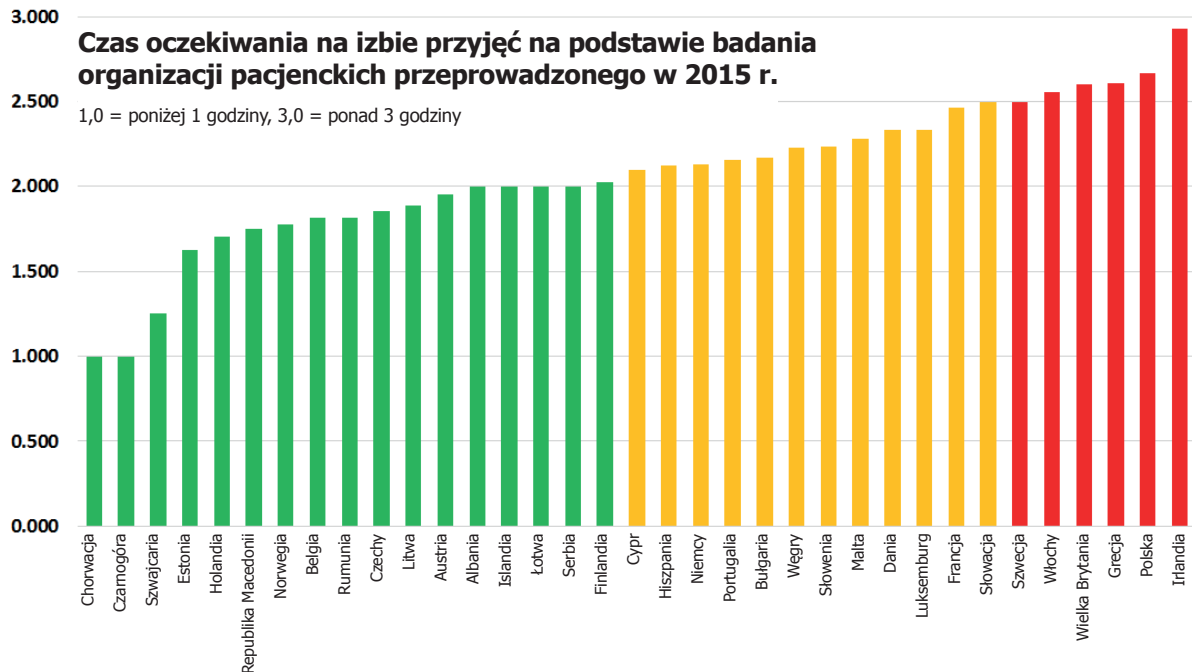
„Która z poniższych odpowiedzi najlepiej określa ZWYKŁY czas oczekiwania na izbach przyjęć w Państwa kraju? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz przystępuje do zaopatrzenia pacjenta/rozpoznania problemu].

1. Zwykle PONIŻEJ 1 godziny.
2. Zwykle PONAD godzinę, ale MNIEJ NIŻ 3 godziny.
3. Często PONAD 3 godziny.

Nie jest przypadkiem, że kraje, które uzyskały najniższe wyniki dla wskaźnika „Dostępność”, takie

jak Szwecja, Zjednoczone Królestwo oraz Irlandia, odnotowały również słaby rezultat w kategorii „Czas oczekiwania na izbie przyjęć”!

W styczniu 2016 r. krajowy organ nadzoru nad efektywnością systemu opieki zdrowotnej w Szwecji zaproponował obowiązkowe skierowanie w celu uzyskania dostępu do szpitalnej izby przyjęć. Ale kto miałby wystawić takie skierowanie?



Rys. 7.10.2.6 Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania na izbie przyjęć.

Źródła danych: Badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2013 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

7.10.3 Wyniki leczenia

Podkategoria „Wyniki leczenia” ocenia sprawność działania systemów opieki zdrowotnej różnych krajów pod względem uzyskiwanych przez nie wyników leczenia. Specjaliści ochrony zdrowia mają czasami tendencję do patrzenia na systemy ochrony zdrowia głównie przez pryzmat uzyskiwanych przez nie wyników – twierdząc, że tak naprawdę liczy się tylko rezultat. Do pewnego stopnia podzieleny ten sposób myślenia, czego odzwierciedleniem jest znaczenie, jakie przypisujemy wskaźnikom podkategorii „Wyniki leczenia”.

3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)

Dostępne w Europie dane dotyczące śmiertelności wewnątrzszpitalnej z powodu ostrego zawału serca są zaskakująco fragmentaryczne i niespójne.

Z tego powodu, wskaźnik ten został zastąpiony, począwszy od rankingu EHCI 2014, wskaźnikiem „Nachylenie długoterminowej linii trendu dla zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca – Standaryzowany Współczynnik Zgonów (SDR)”. Pod koniec ubiegłego wieku pogląd, że CVD stanowi główną przyczynę zgonów w Europie stał się dość powszechnie przyjętym aksjomatem. Przyczyną tego stanu rzeczy po części były błędy sprawozdawczości: jako że zgon często następuje po zatrzymaniu akcji serca, niewydolność serca jest rutynowo wpisywana jako przyczyna śmierci w aktach zgonu. Przykładem tego zjawiska jest Bułgaria, gdzie na początku XXI wieku choroby układu krążenia wskazywano jako przyczynę 66% zgonów.

Poprawa jakości opieki kardiologicznej znacząco zmieniła sytuację, co pokazuje poniższa tabela¹⁴.

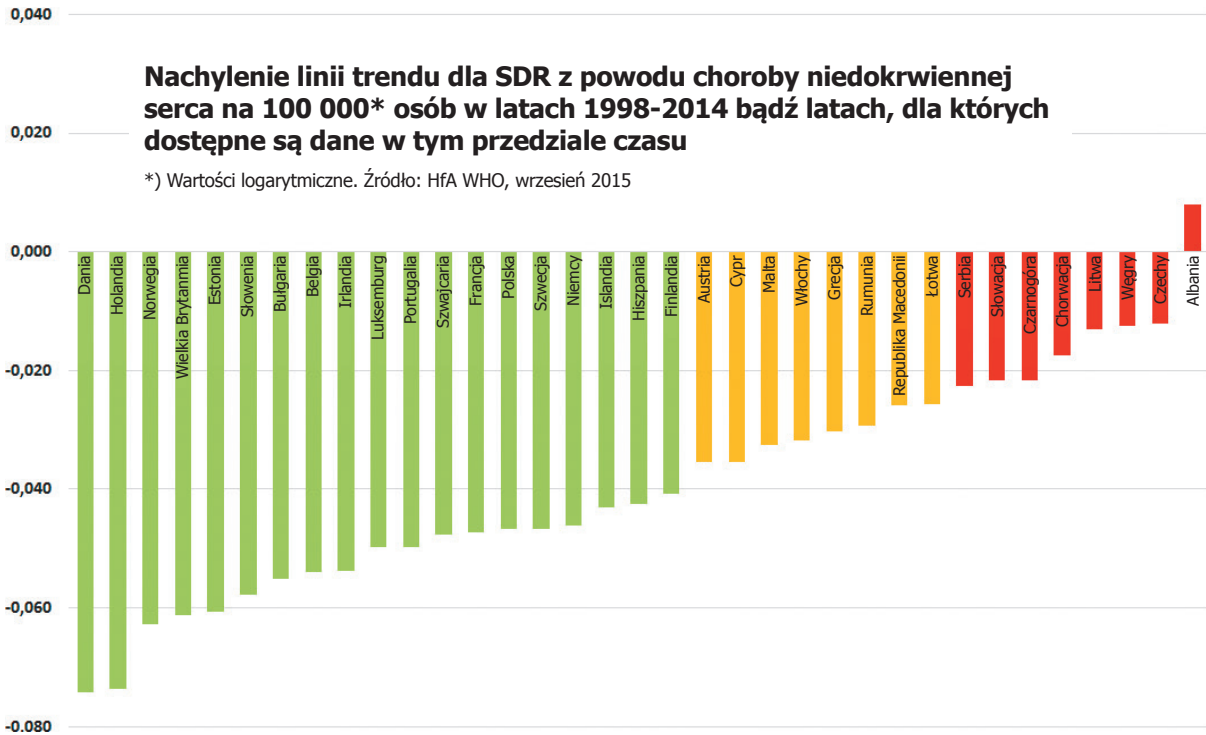
Kraj	Ostatni rok	Liczba zgonów mężczyzn		Rok zmiany	Liczba zgonów mężczyzn		Rok zmiany
		Liczba	Liczba		Liczba	Liczba	
Belgia	2012	15 920	14 299	2006			
Dania	2012	8226	6442	2010	7613	6654	2010
Francja	2011	92 375	64 659	1988			
Włochy	2012	99 794	99 661	2012			
Izrael	2013	5455	4819	2009	5507	5217	2012
Luksemburg	2013	566	523	2010			
Holandia	2013	23 766	18 026	2004			
Norwegia	2013	5788	5630	2013			
Portugalia	2013	15 746	13 981	2009			
Słowenia	2010	3245	3071	2007			
Hiszpania	2013	67 711	53 487	1999			
Wielka Brytania	2013	87 511	79 935	2011			

Tabela 3: Kraje europejskie, w których liczba zgonów spowodowanych nowotworami przekracza liczbę zgonów wywołanych chorobami układu krążenia u kobiet i mężczyzn

Francja osiągnęła punkt, w którym choroby nowotworowe stały się częściej występującą przyczyną zgonów niż choroby układu krążenia już w 1988 r. – to, że w kraju tym liczba chorych na CVD jest niska, wiadomo już od dwustu lat¹⁵. Do 2000 r. wynik taki osiągnęła również Hiszpania, do której 10 kolejnych krajów dołączyło w ciągu kolejnych 13 lat.

WHO wykazała, że zmiana ta spowodowana musiała zostać poprawą jakości opieki kardiologicznej¹⁶. Związane ze stylem życia czynniki ryzyka cukrzycy są w dużej mierze identyczne z czynnikami zachorowalności na choroby układu krążenia. Założenie, że poprawa jakości leczenia tych ostatnich nie wynika z poprawy jakości opieki zdrowotnej wymaga dojścia do dość drastycznego wniosku, iż WHO i diabetolodzy z całego świata mówią od rzeczy!

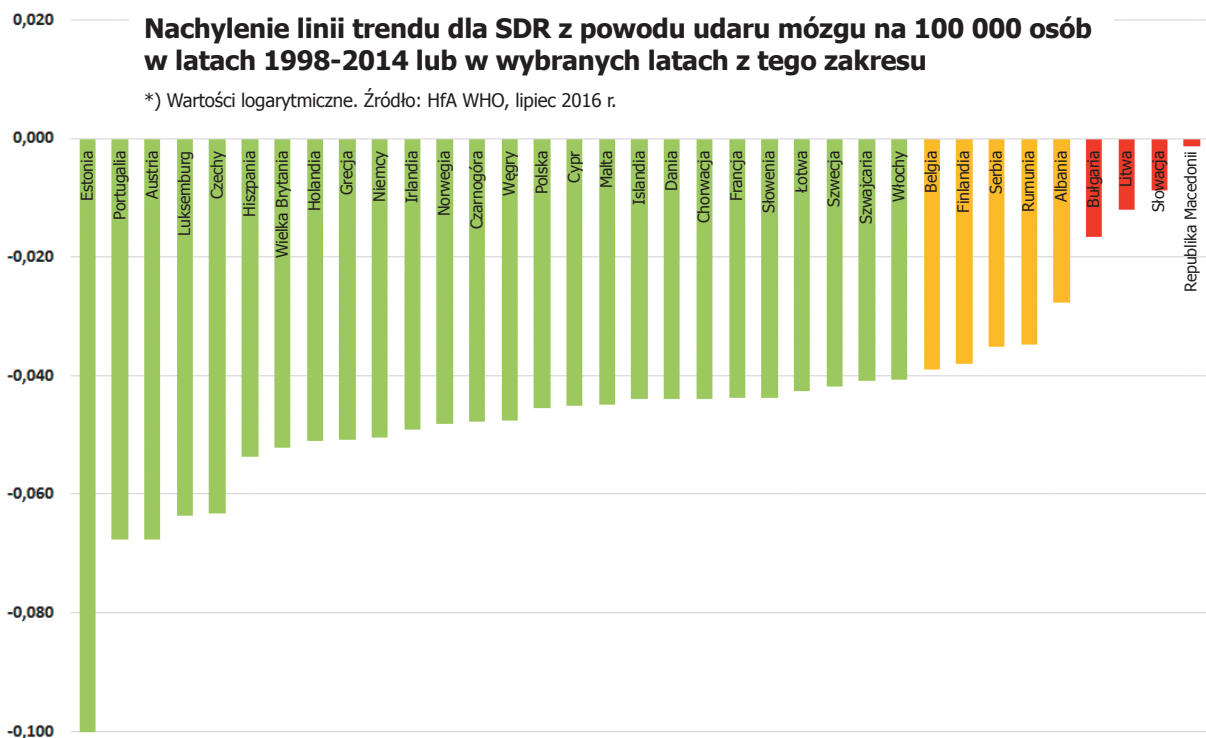
Faktyczne dane dotyczące wskaźnika odnoszą się do stromego nachylenia długoterminowej linii trendu. Niniejsze obliczenia zostały przeprowadzone na podstawie logarytmicznych wartości SDR po to, aby zrównoważyć fakt, że np. Francja rozpoczyna porównywanie SDR na poziomie mniej więcej jednej szóstej wskaźnika dla niektórych krajów Europy Środkowo-Wschodniej (zob. poniższy wykres).



Źródło danych: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. Dane CUTS.

3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu.

Zastosowanie tej samej logiki, co w przypadku CVD, umożliwiło w 2014 r. wprowadzenie długo oczekiwanego wskaźnika opisującego trzecią, najczęstszą po chorobach układu krążenia i nowotworach, przyczynę zgonów, tj. udar mózgu.



Źródło danych: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. Dane CUTS.

3.3 Umieralność niemowląt

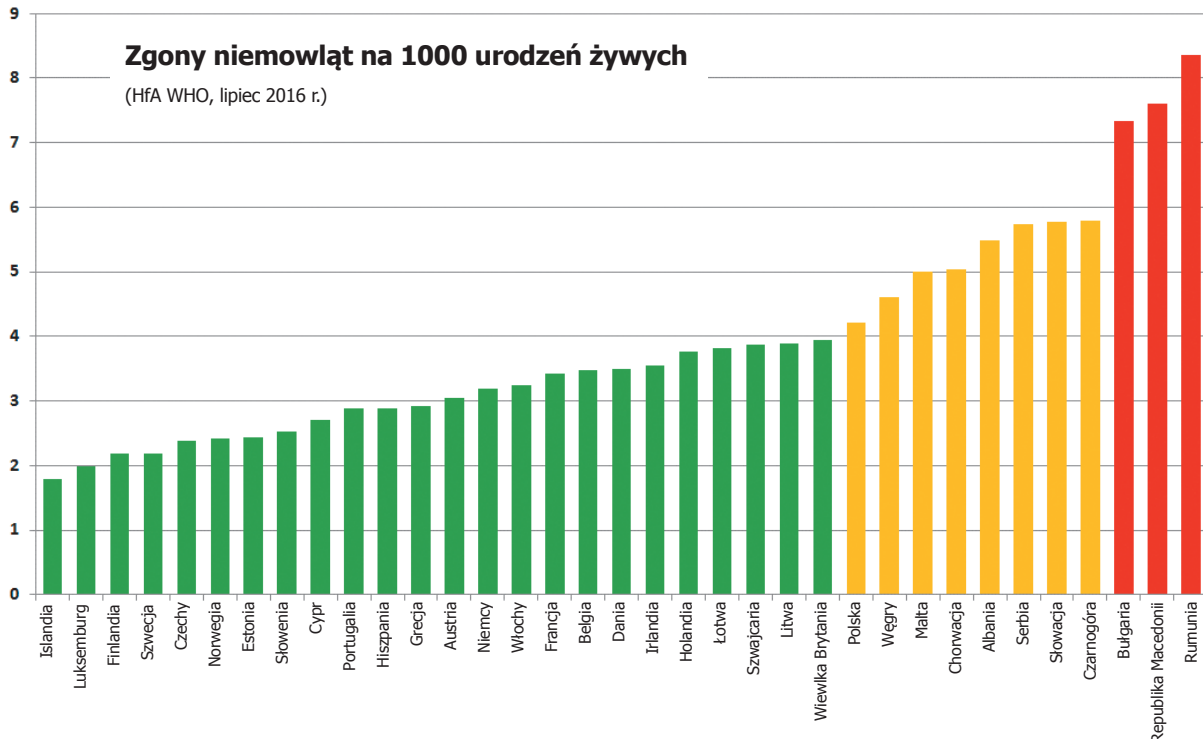
Wskaźnik umieralności niemowląt to liczba zgonów niemowląt przed ukończeniem pierwszego roku życia na 1000 żywych urodzeń w danym roku. W krajach rozwiniętych zwiększona umieralność dotyczy głównie niemowląt o bardzo niskiej masie urodzeniowej, z których wiele jest wcześniakami. W Europie prawdopodobnie ponad połowa wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej przypada na niemowlęta o niskiej masie urodzeniowej. W przypadku Europy, gdzie wskaźnik umieralności niemowląt utrzymuje się zwykle poniżej wartości 6/1000, kluczowymi czynnikami wpływającymi na tak dobre wyniki są najprawdopodobniej badania kontrolne w okresie ciąży oraz dostęp do najwyższej jakości opieki medycznej w czasie porodu. Luksemburg i Islandia mogą pochwalić się najniższym na świecie wskaźnikiem umieralności niemowląt – wynosi on mniej niż 2/1000.

Wskaźnik ten mógłby być najlepszym pojedynczym wskaźnikiem wykorzystywanym do oceny globalnej jakości systemu ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że wydaje się on całkowicie odporny na skutki kryzysu finansowego: od 2005 r. statystyki dotyczące umieralności niemowląt nieustannie się poprawiają! Wartości graniczne wyników „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od premiery rankingu EHCI. Liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 do dwudziestu czterech w 2016 r.

Szczególnie imponujący wynik uzyskała Łotwa, gdzie współczynnik umieralności niemowląt spadł z 6,2 do 3,9 w ciągu dwóch lat! W rankingu za rok 2016 również Zjednoczone Królestwo po raz pierwszy dołączyło do grupy państw o „zielonym” wyniku w tej kategorii.

Średnia krajowa wciąż się obniża, pomimo „kryzysu finansowego”: w raporcie EHCI za rok 2012 było to 4,49, w 2016 r. wynik ten wyniósł 3,88.

Zainteresowani czytelnicy mogą zachować ten fragment. W celu utrzymania różnorodności EHCI, wartości graniczne dla wyników oznaczonych poszczególnymi kolorami zostaną najprawdopodobniej zaokrąglone w 2017 r.



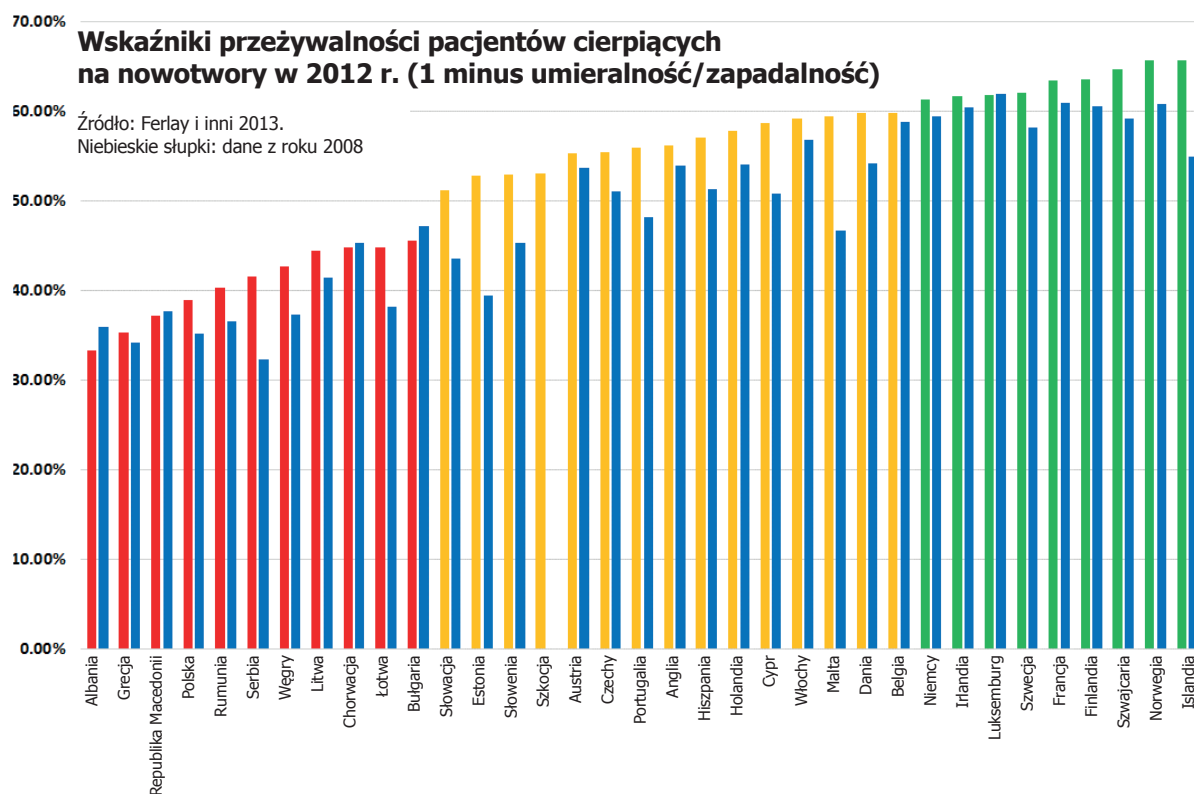
Źródła danych: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich” dla wszystkich wskaźników umieralności, lipiec 2016 r., ostatnie dostępne dane statystyczne. Dane pochodzące z późniejszego okresu przekazane przez organy krajowe. Dane CUTS.

3.4 Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zachorowalności na te choroby (2012)

Wskaźnik wyników leczenia chorób nowotworowych zastosowany w indeksie EHCI 2008 opierał się na tradycyjnym 5-letnim wskaźniku przeżywalności pacjentów z chorobami nowotworowymi (wszystkie rodzaje nowotworów z wyjątkiem raka skóry). Ze względu na to, że wiosną 2012 r. nie były dostępne bardziej aktualne dane niż EURO CARE-4 (pacjenci zdiagnozowani w latach 1995-1999), dane dla tego wskaźnika za 2012 rok pochodziły z bardzo wszechstronnej publikacji autorstwa J. Ferlaya i innych, zawierającej zestawienie przypadków zachorowań na raka i zgonów spowodowanych tą chorobą we wszystkich 34 krajach w 2008 r. W odniesieniu do tego wskaźnika stosunek liczby zgonów do zachorowalności niższy niż 0,4 odpowiada w zasadzie wskaźnikowi przeżywalności pacjentów na poziomie >60 procent.

Ze względu na to, że między opublikowaniem raportów EHCI za lata 2012 i 2013 upłynęło 16 miesięcy, tak się złożyło, że Ferlay i inni opublikowali artykuł oparty na tych samych danych za rok 2012 jeszcze w okresie poprzedzającym publikację niniejszego raportu. Oznacza to, że na wykresie poniżej pokazano sytuację z lat 2008 i 2012, tj. dwóch lat wyznaczających początek i koniec kryzysu finansowego. Niestety, w 2016 r. są to w dalszym ciągu najbardziej aktualne i najobszerniejsze dane dotyczące umieralności na choroby nowotworowe.

Jak wielokrotnie podkreślano w niniejszym raporcie, bardzo trudno jest zidentyfikować jakiegokolwiek skutki oszczędności finansowych w obszarze „Wyniki leczenia poważnych schorzeń”. Wskaźniki przeżywalności pacjentów cierpiących na nowotwory poprawiają się, również w krajach, o których wiadomo, że musiały zastosować daleko posunięte programy oszczędnościowe.



Źródła danych: J. Ferlay i inni. Annals of Oncology, 2010, J. Ferlay i in. European Journal of Cancer nr 49 (2013), s. 1374-1403. Dane CUTS.

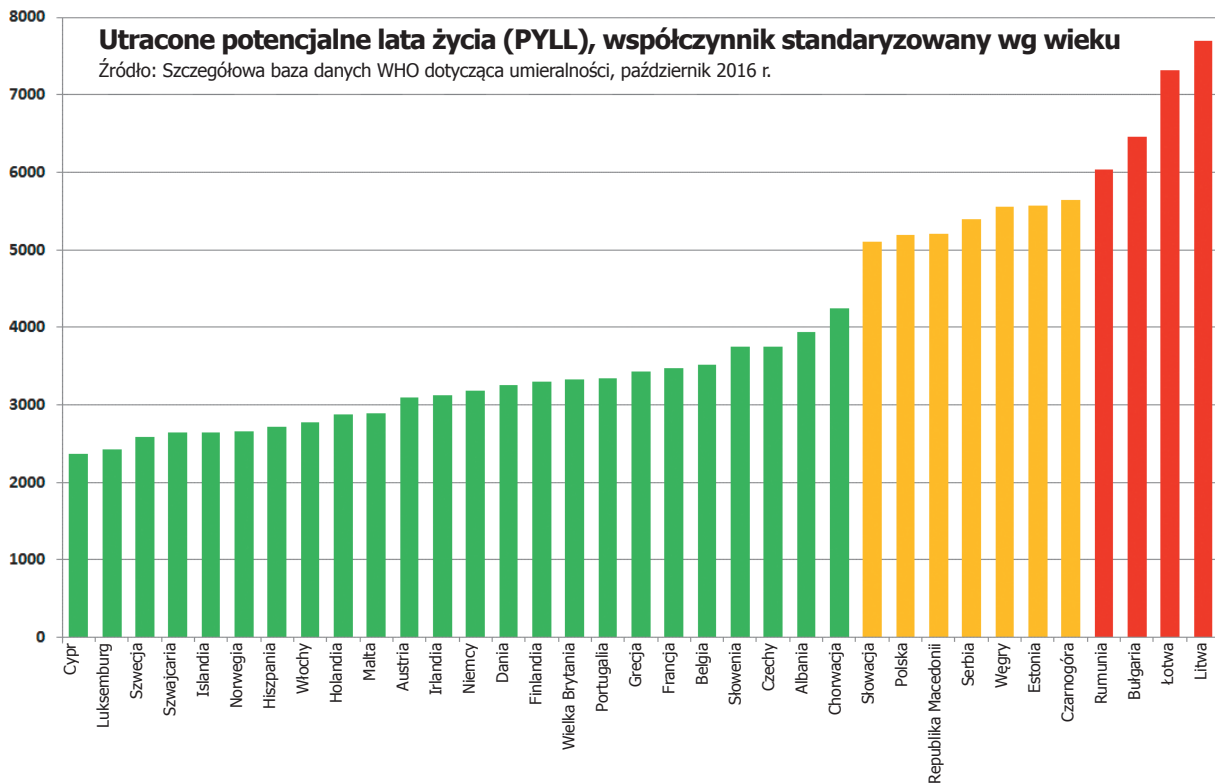
3.5 Utracone potencjalne lata życia (PYLL)

Wskaźnik ten opisuje utracone lata życia w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wieku 0-69 lat, uwzględniając wszystkie przyczyny zgonów. Zastosowany przez WHO i OECD wskaźnika utraconych potencjalnych lat życia (PYLL) uwzględnia wiek, w którym nastąpił zgon, przyznając więk-

¹⁷ Raport Parlamentu Europejskiego na temat Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego oraz Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych (2013/2040(INI)), Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia, Sprawozdawca: Edite Estrela, 26.09.2013 r.

sze wartości zgonom osób w młodszym wieku, a niższe zgonom osób w starszym wieku.

Wskaźnik PYLL jest obliczany na podstawie liczby zgonów pomnożonej przez liczbę lat przewidywanej długości życia w wieku, w którym nastąpił zgon. Na potrzeby raportu EHCI wskaźnik PYLL sprawdza się lepiej niż popularny wskaźnik liczby zgonów, którym mogła zapobiec interwencja medyczna („Healthcare Amenable Deaths”), ponieważ ten ostatni automatycznie przyznaje niskie wartości krajom o niskim wskaźniku zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD), np. krajom basenu Morza Śródziemnego, a przede wszystkim – Francji.



Źródło danych: Szczegółowa baza danych WHO (WHO Detailed Mortality Database) dotycząca umieralności, wyciąg, październik 2016 r. Wartości graniczne dla wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” są takie same, jak w poprzednich latach, aby umożliwić porównanie w dłuższej perspektywie czasowej. Dane CUTS.

3.6 Zakażenia MRSA (gronkowcem złocistym opornym na metycylinę)

Wskaźnik ten określa odsetek szczepów drobnoustrojów szpitalnych wykazujących oporność na antybiotyki. Pozwala on ocenić powszechność i zasięg występowania głównych rodzajów bakterii inwazyjnych o potwierdzonej klinicznie i epidemiologicznie oporności lekowej. Podobnie jak w poprzednich edycjach raportów, wykorzystano dane sieci ECDC EARS (Europejskiego Programu Nadzoru nad Lekoopornością). Dane te gromadzone są przez 800 publicznych laboratoriów obsługujących ponad 1300 szpitali w 31 krajach Europy.

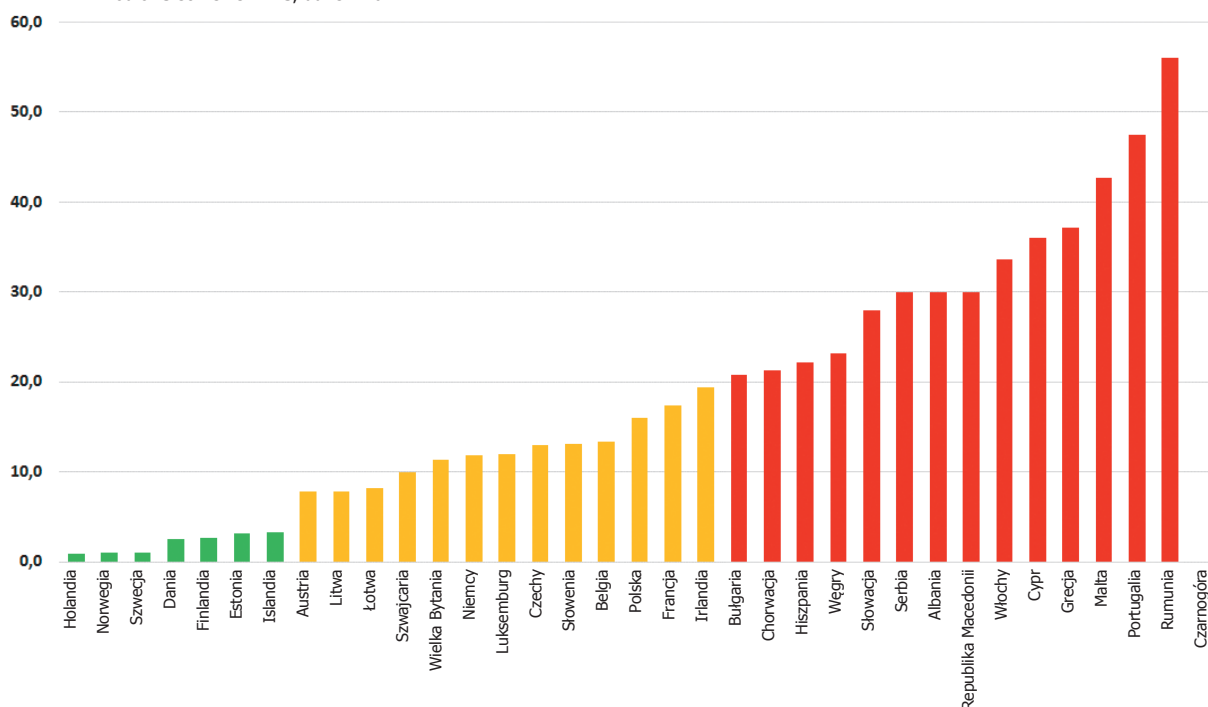
Jest to dość zaskakujące, ale w wielu krajach odsetek opornych zakażeń szpitalnych utrzymuje się od lat na podobnym poziomie. Można założyć, że dany kraj dość dobrze radzi sobie z tym problemem (co ma miejsce np. w Skandynawii czy Holandii), albo spodziewać się zmian w czasie. Pozostaje tajemnicą, dlaczego wskaźnik ten w takich krajach jak Niemcy czy Francja, mógł się utrzymywać na poziomie nieznacznie powyżej 20 procent. Według danych za rok 2012, Niemcy odnotowały znaczący spadek.

Rzeczywistą poprawę odnotowano na Wyspach Brytyjskich – dzięki bardzo zdecydowanym dzia-

łaniami zarówno Zjednoczone Królestwo, jak i Irlandia obniżyły wskaźnik oporności z 40-45 procent w 2008 r. do poziomu poniżej 20 procent (Irlandia) oraz poniżej 15 procent (Zjednoczone Królestwo).

MRSA; odsetek zakażeń szpitalnych drobnoustrojami wykazującymi oporność

Źródło: Sieć ECDC EARS, dane z 2014 r.



Źródła danych: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2014.pdf> (większość danych za rok 2014). Dane CUTS.

3.7 Wskaźniki aborcji

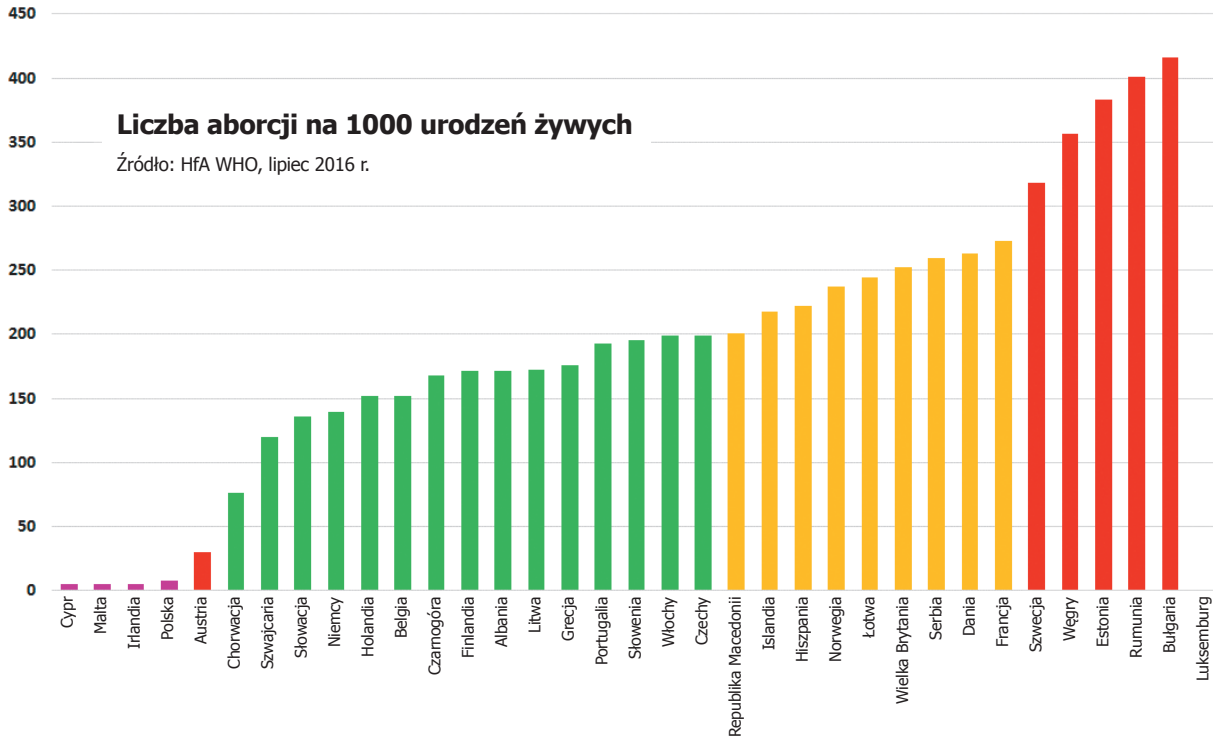
Wskaźnik ten pojawił się po raz pierwszy w rankingu EHCI 2013.

Punktacja dla tego wskaźnika jest dość skomplikowana. Punkty przyznawane są w oparciu o zasadę, że darmowe, określone przepisami prawa zabiegi usunięcia ciąży powinny być dostępne dla kobiet w każdym kraju¹⁷. Jednocześnie stosowanie aborcji jako środka antykoncepcyjnego należy uznać za zdecydowanie niepożądane. Dobrym przykładem była tutaj Rosja, w której liczba aborcji w pierwszej połowie lat 90. XX w. wynosiła ponad 200 zabiegów na 100 żywych urodzeń; obecnie, z liczbą 55 zabiegów na 100 urodzeń, Rosja w tym zakresie zbliża się do reszty Europy. Pozostałości tej samej praktyki można dostrzec w państwach byłego Układu Warszawskiego (zob. poniższy wykres). Smuci fakt, że Szwecja nadal należy do tej samej kategorii krajów.

Są cztery kraje w Europie, w których kobietom nie przysługuje nieograniczone prawo do aborcji: Cypr, Irlandia, Malta i Polska. Kraje te otrzymały unikalną „purpurową” ocenę (= 0 punktów), mimo że irlandzkie ustawodawstwo zezwala na aborcję w wyjątkowych okolicznościach i po uzyskaniu zewnętrznej opinii. Od wieków wiadomo, że stygmatyzacja bądź zakaz usuwania ciąży prowadzi do tragedii takich jak historia stomatolożki, która zmarła w szpitalu w Galway, ponieważ lekarze nie odważyli się/nie chcieli poddać jej zabiegowi usunięcia (umierającego już) płodu. Zakazy prawne nie zapobiegają aborcjom, a co najwyżej czynią z nich poważne ryzyko dla zdrowia, ponieważ zmuszają kobiety do wyjazdu za granicę lub przeprowadzenia aborcji w tajemnicy, w niebezpiecznych warunkach. W tym ostatnim przypadku problem dotyczy prawie wyłącznie kobiet o słabszej pozycji społeczno-ekonomicznej. W Polsce odbyła się niedawno dyskusja polityczna o jeszcze dalej idącym ograniczeniu prawa do aborcji.

¹⁸ www.healthpowerhouse.com

W Austrii nie ma zakazu aborcji, ale zabiegi te nie są przeprowadzane w szpitalach publicznych, co skutkuje brakiem faktycznych statystyk aborcyjnych. Luksemburg również nie posiada statystyk dotyczących aborcji, prawdopodobnie dlatego, że kobiety często dyskretnie poddają się aborcji w sąsiednich krajach.



Źródło: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. Dane CUTS.

3.8 Depresja

Od 2005 r. HCP nosiło się z zamiarem wprowadzenia wskaźnika oceniającego jakość opieki psychiatrycznej. Z powodu istotnych problemów metodologicznych i definicyjnych, które skutkowały poważną niespójnością danych, postanowiliśmy odrzucić zazwyczaj stosowane wskaźniki, takie jak liczba łóżek psychiatrycznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, liczba hospitalizowanych osób z zaburzeniami psychicznymi, wartość sprzedaży leków oraz wiele innych. Tak się składa, że temat spadku liczby samobójstw w okresie dziesięciu lat, np. od 1995 r., powracał podczas posiedzeń roboczych Panelu Ekspertów. Jednak oprócz kwestii braku wiarygodności danych pojawił się też pewien praktyczny problem do rozwiązania: należało mianowicie stworzyć wskaźnik sprawiedliwy dla krajów wszystkich regionów Europy, uwzględniając jednocześnie znaczący wzrost liczby samobójstw w krajach Europy Wschodniej odnotowany w latach 1991-1995. W 2008 r., po długich i burzliwych dyskusjach, wprowadzono wskaźnik „Nachylenie linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw za okres od 1995 r. do daty najnowszych dostępnych danych”. Dokonano tego z pełną świadomością ograniczeń interpretacyjnych wynikających z tego wskaźnika.

W roku 2012 stało się jasne, że ogólna poprawa warunków życia, szczególnie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, a później także skutki kryzysu finansowego w krajach takich jak Grecja, zniwelowały efekt, jaki na wskaźnik samobójstw wywiera opieka psychiatryczna. Po intensywnych poszukiwaniach odpowiedniego wskaźnika opisującego zdrowie psychiczne ostatecznie postanowiliśmy uwzględnić średnią arytmetyczną z pięciu pytań zawartych w poniższej tabeli, pochodzącej ze Specjalnego badania Eurobarometru dotyczącego zdrowia psychicznego (Special Eurobarometer on Mental Health):

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni... % „cały czas” + % „przez większość czasu”	Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni... % „nigdy” + % „rzadko”
--	---

Czułeś się szczęśliwy	Byłeś spokojny	Czułeś się tak źle psychicznie, że nic nie mogło cię pocieszyć	Czułeś się przygnębiony i przybity	Odczuwałeś szczególne napięcie
-----------------------	----------------	--	------------------------------------	--------------------------------

W przypadku Norwegii, nieobjętej badaniem Eurobarometru, znaleziono badanie krajowe, w którym dokonano bezpośredniego porównania danych norweskich z wynikami badań Eurobarometru.

Niestety, nie udało się znaleźć bardziej aktualnych danych na potrzeby EHCI 2016.

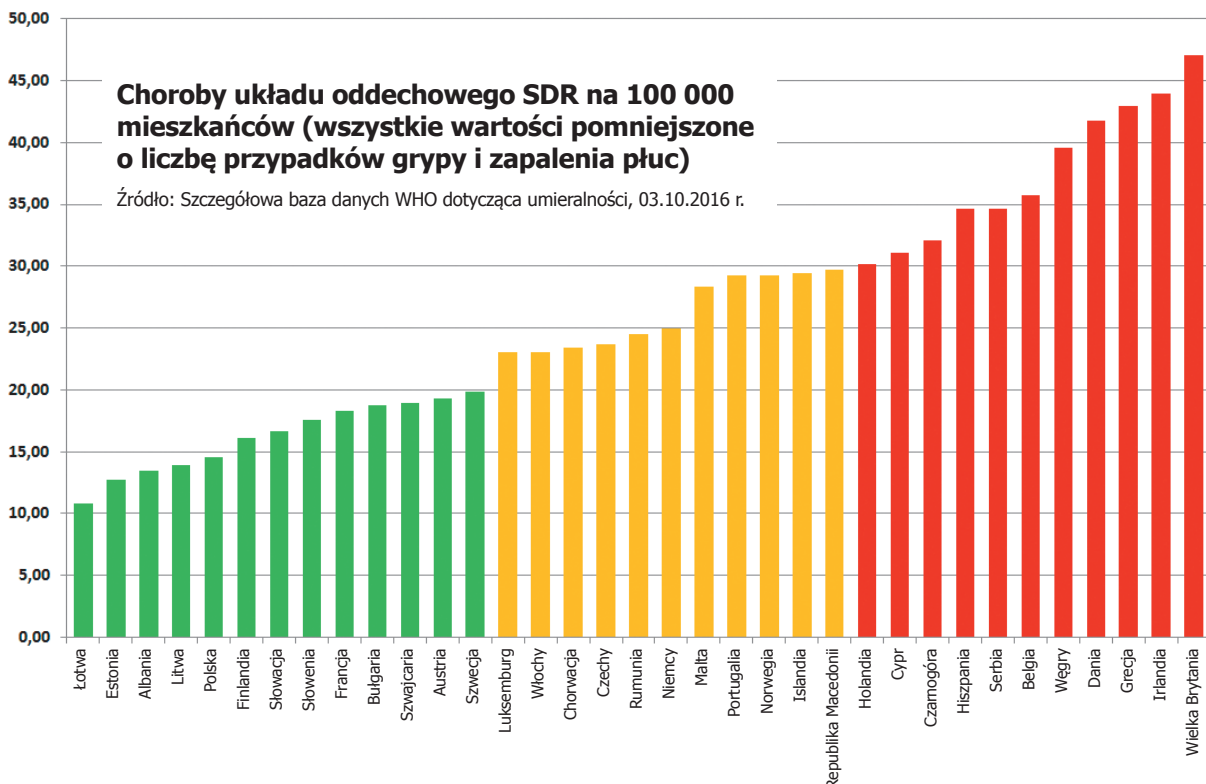
Źródła: Specjalne badanie Eurobarometr nr 345, październik 2010 r. „Psykisk helse i Norge”, raport 2011:2, www.fhi.no. Światowa baza danych WHO nt. szczęścia, 2011, Atlas Zdrowia Psychicznego WHO (WHO Mental Health Atlas), 2012. Dane zdecydowanie niezaliczane do CUTS.

3.x Umieralność na POChP (nieuwzględniona w punktacji rankingu EHCI 2016)

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi 4. najczęstszą przyczynę zgonów w większości krajów europejskich (po chorobach układu krążenia, nowotworach i udarze).

Dane na temat diagnostyki POChP są fragmentaryczne. W wielu krajach brak jest rozróżnienia między rozpoznaniem POChP i astmy. W trakcie opracowywania Skandynawskiego Indeksu POChP za rok 2010¹⁸, jeden z czołowych specjalistów w dziedzinie pulmonologii zasiadający w panelu eksperckim Indeksu zupełnie serio zasugerował zastosowanie wskaźnika powszechności palenia tytoniu w miejsce wskaźnika chorobowości POChP! Niestety, dane o powszechności palenia są równie fragmentaryczne.

Na potrzeby Indeksu EHCI za rok 2016 podjęto próbę ustalenia wskaźnika umieralności na POChP na podstawie danych o ogólnej umieralności na „choroby układu oddechowego”, pomniejszonych o liczbę zgonów spowodowanych zapaleniem płuc i grypą (schorzeń odpowiedzialnych za zgony pacjentów starszych i cierpiących na inne choroby). Wyniki tego działania ilustruje wykres poniżej.



Jako że przy użyciu tej metodyki pewna liczba krajów, w których powszechność palenia tytoniu jest wysoka, otrzymała wynik „zielony” (rozbieżności te stają się jeszcze większe, gdy spojrzymy na oficjalne statystyki zgonów wywołanych POChP), zdecydowano włączyć ten wskaźnik

do raportu wyłącznie w celu ukazania ciekawego zjawiska i nie uwzględniać go przy obliczaniu wyników poszczególnych krajów.

Inną intrygującą kwestią są powody, dla których na Wyspach Brytyjskich odnotowuje się tak wysoką liczbę schorzeń układu oddechowego. Tamtejsza pogoda, szczególnie w najbardziej zaludnionych obszarach, nie jest przecież aż taka zła!

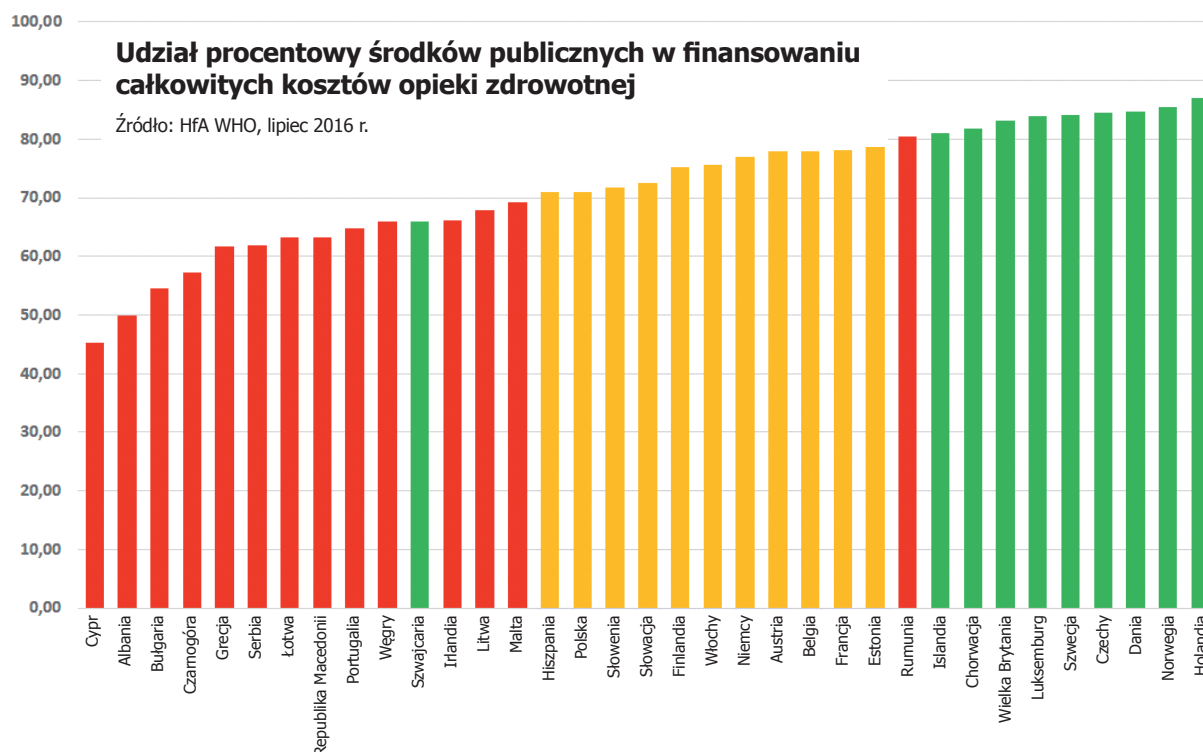
7.10.4 Zakres i zasięg oferowanych świadczeń

4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

W 2009 r. wprowadzono prosty wskaźnik opisujący źródła finansowania systemów ochrony zdrowia: „Jaki odsetek wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze środków publicznych?”. Ustalono, że Szwajcaria padła (i nadal pozostaje) ofiarą tych samych problemów definicyjnych, co Holandia z okresu poprzedzającego reformę systemu ochrony zdrowia z 2006 r., która z przyczyn formalnych podała, że duża część powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pochodziła ze środków prywatnych, i tym samym uzyskała „zielony” wynik.

W niektórych krajach udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia zmniejszył się nieznacznie podczas kryzysu finansowego, co najlepiej widać na przykładzie Irlandii. Co ciekawe, według oficjalnych danych do grupy tej nie należy Grecja.

Dane WHO porównano i zweryfikowano z danymi Eurostatu o zgłaszanych niezaspokojonym zapotrzebowaniu na badania lekarskich z uwzględnieniem płci, wieku, szczegółowych przyczyn i kwintyla dochodów. Porównanie to przyniosło „czerwony” wynik dla Rumunii.



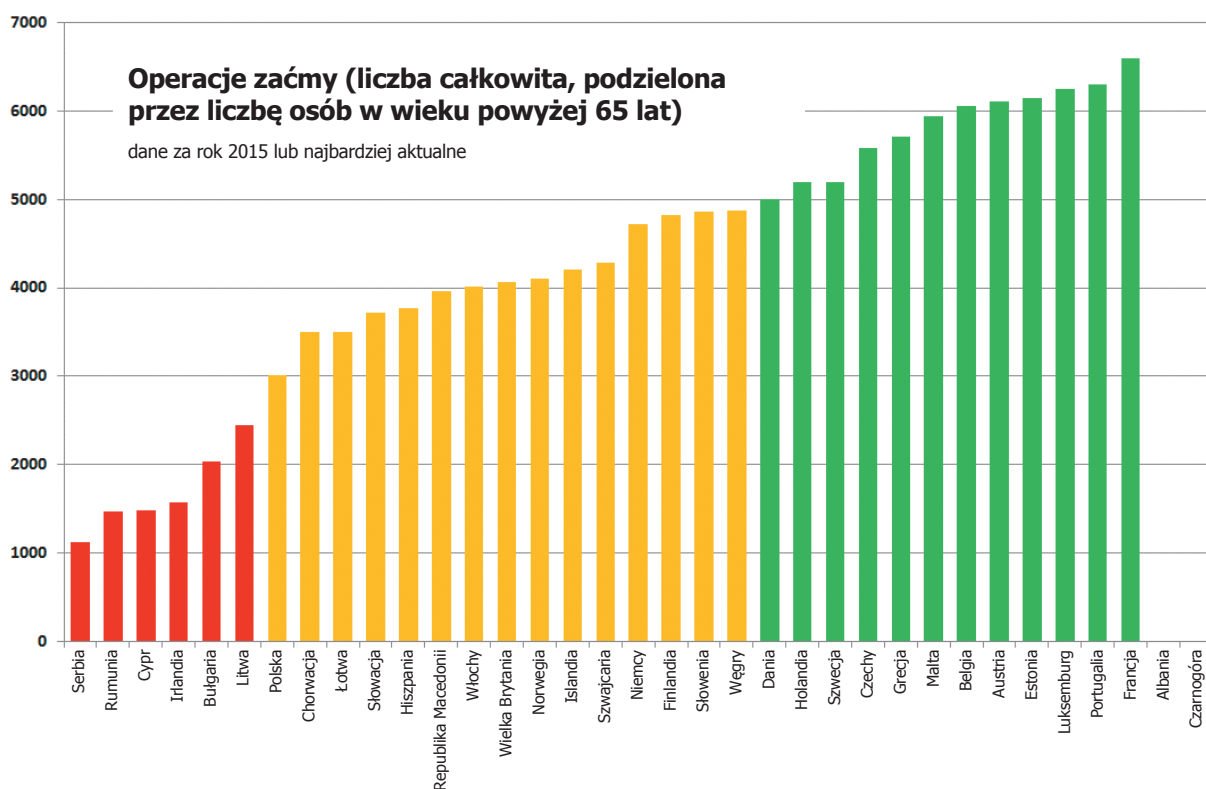
Źródła danych: Bazy danych HfA WHO, lipiec 2016. Eurostat: Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile. Dane CUTS.

4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia

Zabiegi chirurgiczne wg klasyfikacji procedur medycznych ICD-CM, operacje zaćmy, całkowita liczba zabiegów przeprowadzonych u pacjentów we wszystkich przedziałach wiekowych, ale podzielona przez 100 000 mieszkańców w wieku powyżej 65 lat. Liczba operacji zaćmy przeprowadzonych u pacjentów w wieku poniżej 65 lat jest niewielka. Brak jest danych dla poszczególnych

grup wiekowych.

Wskaźnik liczby operacji zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców był wykorzystywany w poprzednich edycjach rankingu EHCI jako miernik gotowości systemów opieki zdrowotnej do zapewnienia opieki pacjentom ze schorzeniami niezagrażającymi życiu w celu poprawy jakości życia pacjenta. Wybrano operacje zaćmy, ponieważ są stosunkowo niedrogie i znacznie poprawiają jakość życia, w związku z czym ich liczba jest w dużym stopniu niezależna od PKB na mieszkańca w danym kraju. Od 2008 r. wskaźnik ten podlega korekcie uwzględniającej kryterium wieku, wprowadzonej pod wpływem sugestii urzędników z Irlandii (co nie jest zaskakujące, gdyż stosowanie wskaźnika nieuwzględniającego wieku pacjentów pogorszyłoby sytuację „najmłodszych” krajów europejskich: Macedonii, Irlandii i Rumunii).



Wskaźnik ten okazał się jednak zaskakująco skomplikowany. Niektóre dane, wiernie przekazywane i cytowane przez OECD, okazały się całkowicie niewiarygodne: zgodnie z danymi OECD na temat sytuacji zdrowotnej (OECD Health Data) w Belgii, w kraju tym przeprowadzono w ciągu roku 204 868 operacji zaćmy. Zważywszy, że roczna kohorta Belgów powyżej 65. roku życia nieznacznie przekracza 100 000 osób, powyższa liczba oznaczałaby, że prędzej czy później wszyscy Belgowie w podeszłym wieku musieliby przejść operację usunięcia zaćmy, i to w obu oczach! Belgijskie Ministerstwo Zdrowia potwierdziło, że liczba ta jest absurdalna i niezwłocznie podało trafną w swojej ocenie liczbę zabiegów (107 056), w którą zespół badawczy był w stanie uwierzyć! Ta niezręczna procedura stanowi dowód na to, że oficjalne statystyki mogą zawierać nawet bardzo dziwne dane, które – jak się wydaje – są przyjmowane bez specjalnego zastanowienia.

Dane belgijskie zostały następnie poprawione także w międzynarodowych bazach danych.

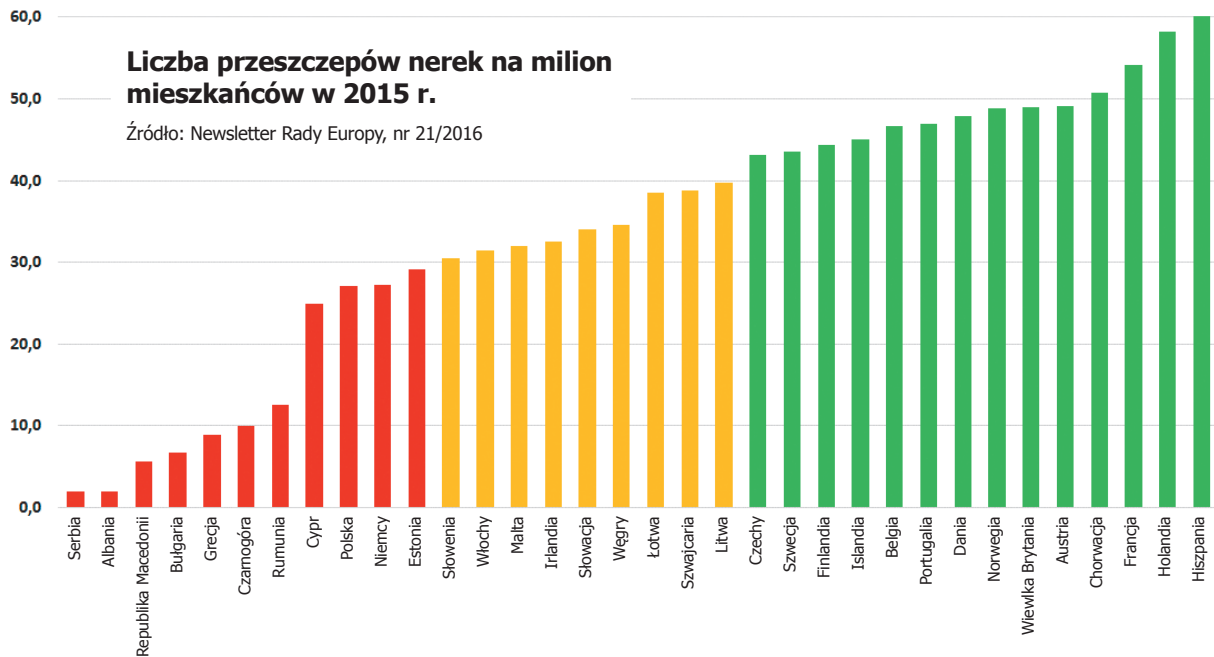
Źródła danych: Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2016, baza danych HfA WHO, lipiec 2016 r., Program zapobiegania ślepotcie i upośledzeniom narządu wzroku WHO, Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej, dane krajowych organów ochrony zdrowia. Dane w ogóle niezaliczane do CUTS!

4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców

Wskaźnik ten wyraża liczbę transplantacji na milion mieszkańców. Powszechnie uważa się, że na liczbę takich operacji istotny wpływ mają czynniki pozostające poza kontrolą systemów opieki

zdrowotnej, takie jak liczba ofiar wypadków drogowych w danym kraju. Należy jednak stwierdzić, że najważniejsze czynniki wpływające na wartość tego wskaźnika znajdują się pod kontrolą systemów opieki zdrowotnej. Są to, między innymi, rola i miejsce dawstwa organów w szkoleniu anestezjologów, liczba łóżek na oddziałach intensywnej terapii w przeliczeniu na milion mieszkańców, organizacja systemu opieki zdrowotnej służąca optymalizacji postępowania z organami, itp. Doświadczenie podpowiada, że dobrze wdrożone strategie krajowe mogą znacząco podnieść wskaźniki dawstwa.

Relatywnie niskie liczby przeszczepów w Szwajcarii, a zwłaszcza w Niemczech, potwierdzają, że przeszczepy są uzależnione od czynników kulturowych, a nie od poziomu zamożności danego kraju.

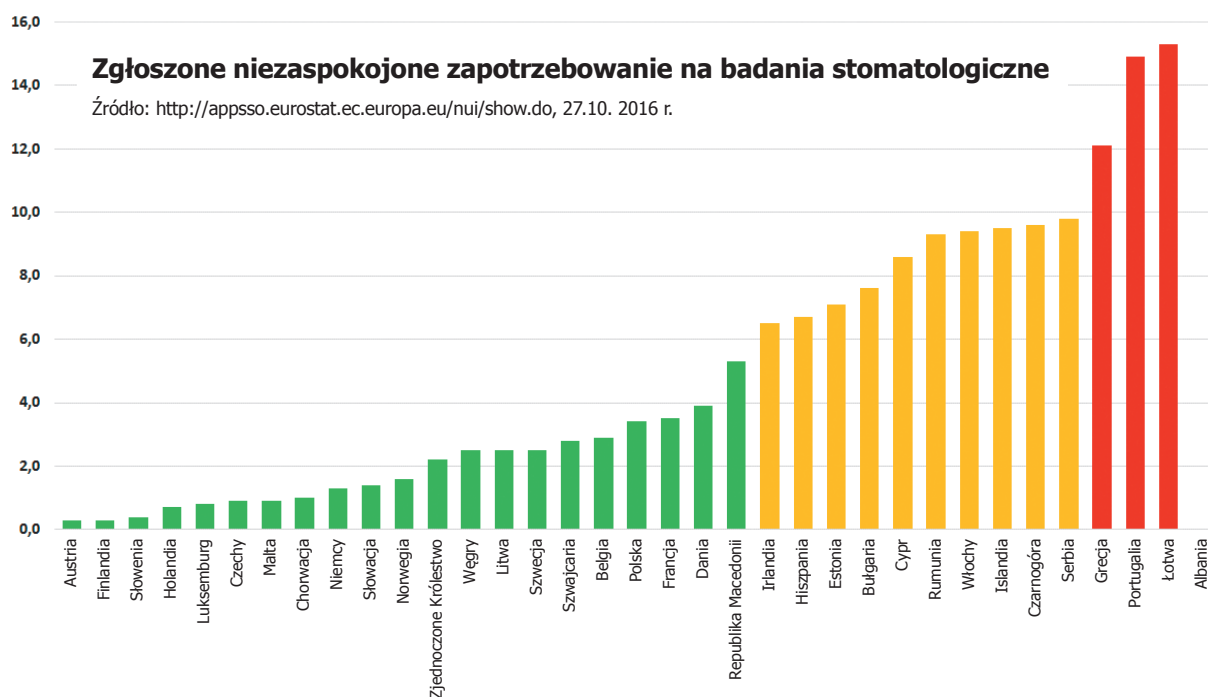


Źródła danych: Newsletter Rady Europy (EDQM) INTERNATIONAL FIGURES ON DONATION AND TRANSPLANTATION 21 (2016), bezpośrednia korespondencja z resortami zdrowia. Dane CUTS.

4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?

W minionych latach na miernik dostępności cenowej opieki dentystycznej wybrano bardzo prosty wskaźnik – „Jaki odsetek kosztów publicznej opieki zdrowotnej stanowią koszty opieki stomatologicznej?”. Przy wyborze tego wskaźnika kierowano się następującym rozumowaniem: jeśli opieka stomatologiczna pochłania blisko 10 procent całkowitych wydatków na publiczną opiekę zdrowotną, musi to oznaczać, że świadczenia tego typu stanowią faktycznie część oferty publicznej opieki zdrowotnej.

W 2016 r. dane na temat tego wskaźnika pochodziły głównie ze zgłaszanych do Eurostatu danych o niezaspokojonym zapotrzebowaniu na badania stomatologiczne.

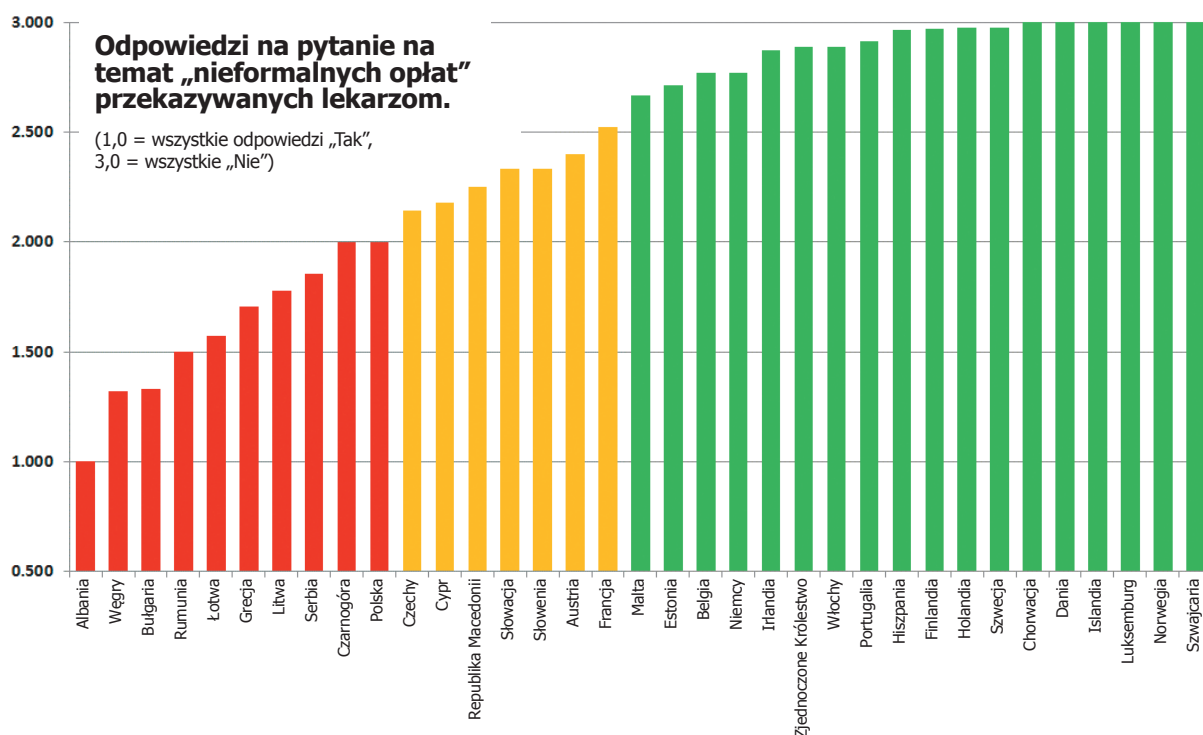


Źródła danych: Raport OECD „Health at a Glance” 2016, Eurostat: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, data dostępu 2016-10-27. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom

Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”. Zakres możliwych odpowiedzi przedstawia się następująco: zdecydowanie „Nie!”, „Czasami, zależnie od sytuacji” oraz „Tak, często”. Wskaźnik ten wprowadzono po raz pierwszy w 2008 r. Za nieformalne uznano wszelkie płatności dokonywane przez pacjenta jako uzupełnienie oficjalnego współpłacenia za usługę. Omawiane badanie ankietowe dotyczące kwestii nieformalnych płatności było pierwszym ogólnoeuropejskim badaniem tego typu i zostało powtórzone w roku 2009 oraz w latach 2012-2015. Uzyskane wówczas wyniki były dużo bardziej spójne niż te odnotowane w 2008 r.

W 2015 r. kraje podzieliły się na trzy dość wyróżniające się grupy, co sprawiło, że podział ocen na trzy kolory stał się naturalny. Co więcej, wyniki te okazały się wyjątkowo stabilne na przestrzeni lat, np. w przypadku „zielonego” wyniku Portugalii i Hiszpanii oraz wyniku „żółtego” Francji i Austrii. Właśnie z tego powodu EHCI utrzymało oceny „żółte” dla tych dwóch krajów, pomimo dość gwałtownych protestów ze strony krajowych izb lekarskich.



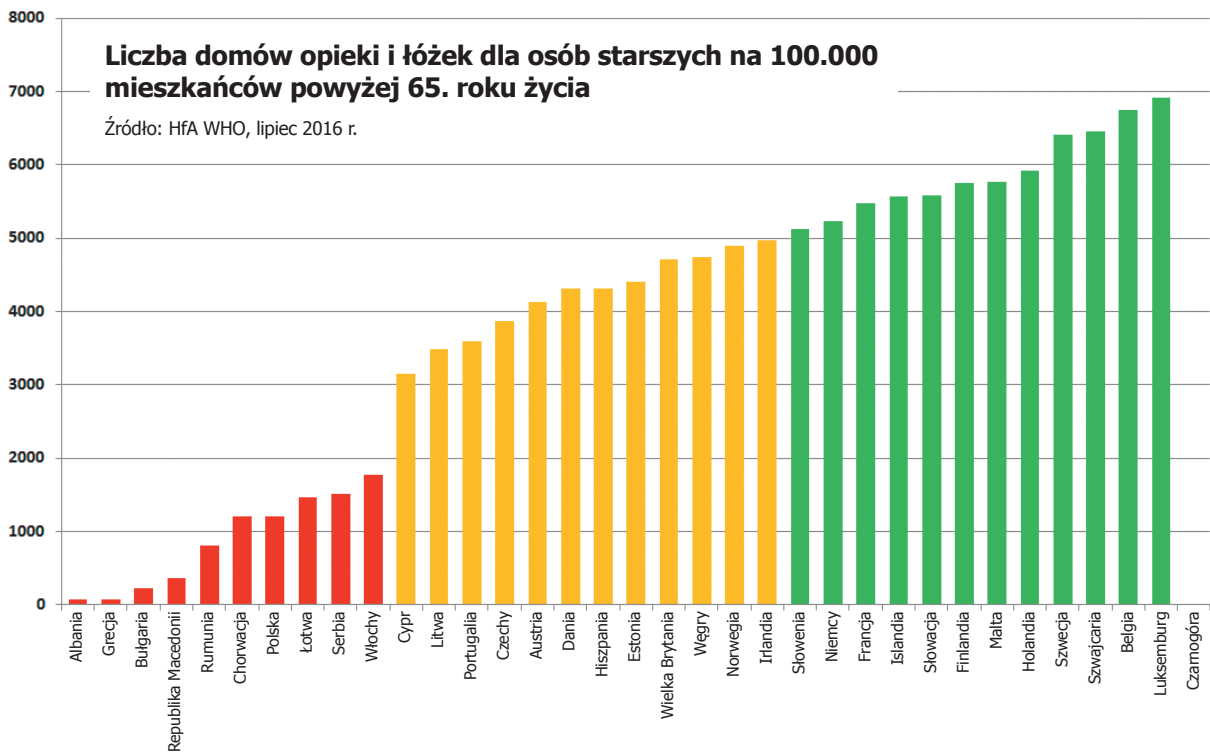
Źródła danych: Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna

Wskaźnik ten bada kwestię określaną często mianem historycznego wyzwania Europy, czyli: jak zadbać o zdrowie gwałtownie starzejącej się populacji? Wynik odzwierciedla nie tylko bieżące inwestycje w opiekę zdrowotną, ale również przyszłe potrzeby związane z narastającym zapotrzebowaniem na świadczenia. Pokazuje on również brak równowagi między opieką publiczną a nieformalnym wsparciem. Można założyć, że we wszystkich krajach osobom starszym poświęca się pewną uwagę; czy ciężar ten powinny wziąć na siebie rodziny i sieci nieformalne, czy też lepiej zaufać publicznym systemom opieki zdrowotnej?

Wskaźnik ten od zawsze przysparzał trudności, przede wszystkim dlatego, że w wielu krajach dane na temat długoterminowej opieki geriatrycznej rejestrowane są jako dane o usługach opieki społecznej, a nie opieki zdrowotnej.

Zespół HCP nie szczędził wysiłku, aby znaleźć dane, które w większym stopniu dotyczą efektów takiej opieki. Od 2012 r. stosujemy wskaźnik „liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia”.



Źródło: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. OECD Health at a Glance, 2016. Dane CUTS.

4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej

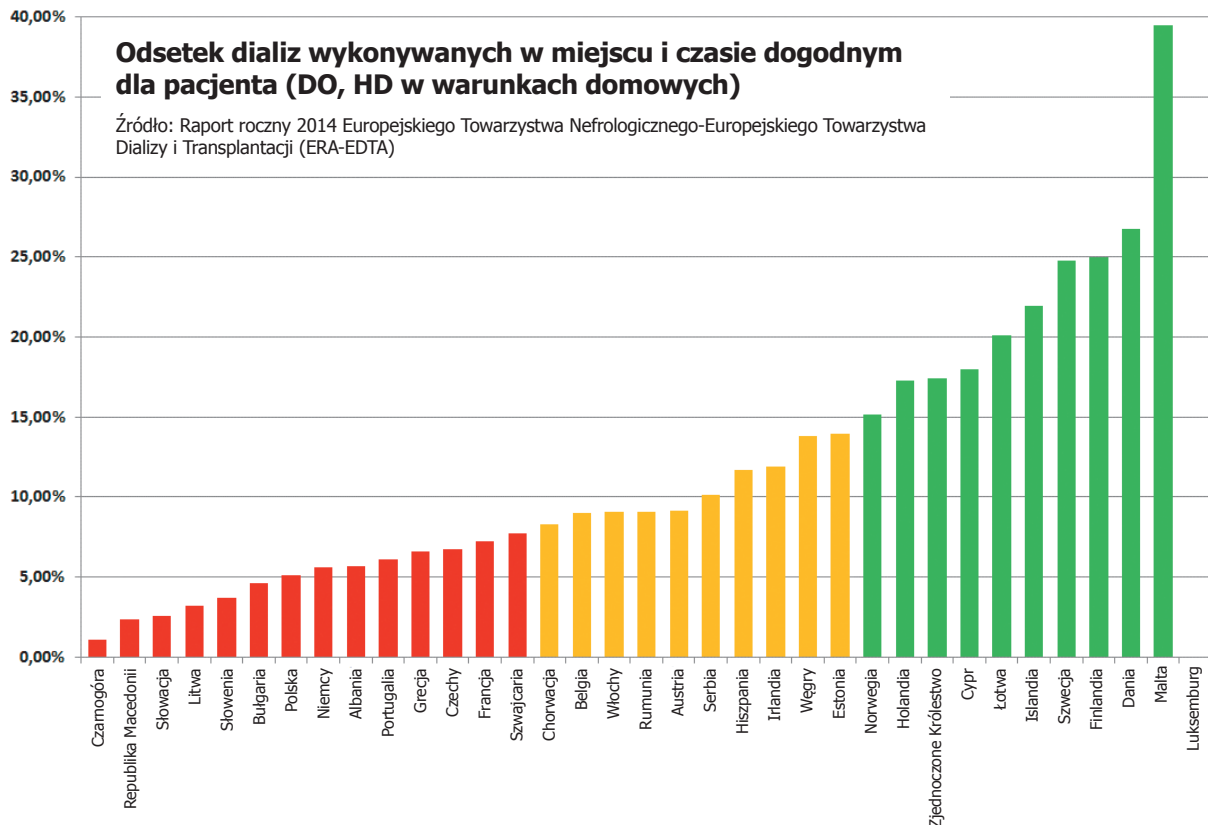
Dla pacjentów z niewydolnością nerek i wątroby dializa jest absolutną koniecznością. Przeprowadza się ją na kilka sposobów. Dializa wykonywana w szpitalu (hemodializa, HD) ma kilka wad:

- obejmuje ona zwykle 3 sesje po 4 godziny tygodniowo, co zdecydowanie odbiega od tygodniowego czasu pracy zdrowych nerek wynoszącego 168 godzin. Pacjenci, którzy poddają się dializie w domu (dializa otrzewnowa, DO lub HD w domu), wykonują często nawet 7 sesji po 6 godzin, np. każdej nocy, co przynosi lepsze efekty.
- Pacjenci mają duże trudności z utrzymaniem pracy, ponieważ dializy wymagają obecności w szpitalu trzy razy w tygodniu.
- Dializy przeprowadzane w szpitalu są znacznie droższe: koszt na jednego pacjenta to 50-60 tys. euro rocznie.

Niski odsetek dializ wykonywanych w domu zwykle zdaje się nie wynikać, w większości przypadków, z preferencji czy możliwości pacjentów, ale z takich czynników jak:

- brak profesjonalizmu miejscowych nefrologów (istnieją centra doskonałości, w pobliżu których niemal 50 proc. pacjentów korzysta z dializ w warunkach domowych), bądź
- chciwości (dializy wykonywane w szpitalu są bardzo opłacalne dla placówki).

W związku z powyższym ocena „zielona” w przypadku tego wskaźnika jest przyznawana za wysoki odsetek dializ wykonywanych w domu.



Źródła: Raport roczny 2014 Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego-Europejskiego Towarzystwa Dializy i Transplantacji (ERA-EDTA), www.ceapir.org. Ministerstwa poszczególnych krajów. Głównie dane CUTS.

4.8 Odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego

Cięcia cesarskie są kojarzone ze zwiększonym ryzykiem śmierci matki oraz powikłaniami w położu, dlatego ich zastosowanie powinno być ograniczone do kilku dobrze zdefiniowanych wskazań, np. w przypadku niebezpiecznej pozycji łożyska lub płodu. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że nie więcej niż 10-15 procent porodów zakończonych cięciem cesarskim jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia.

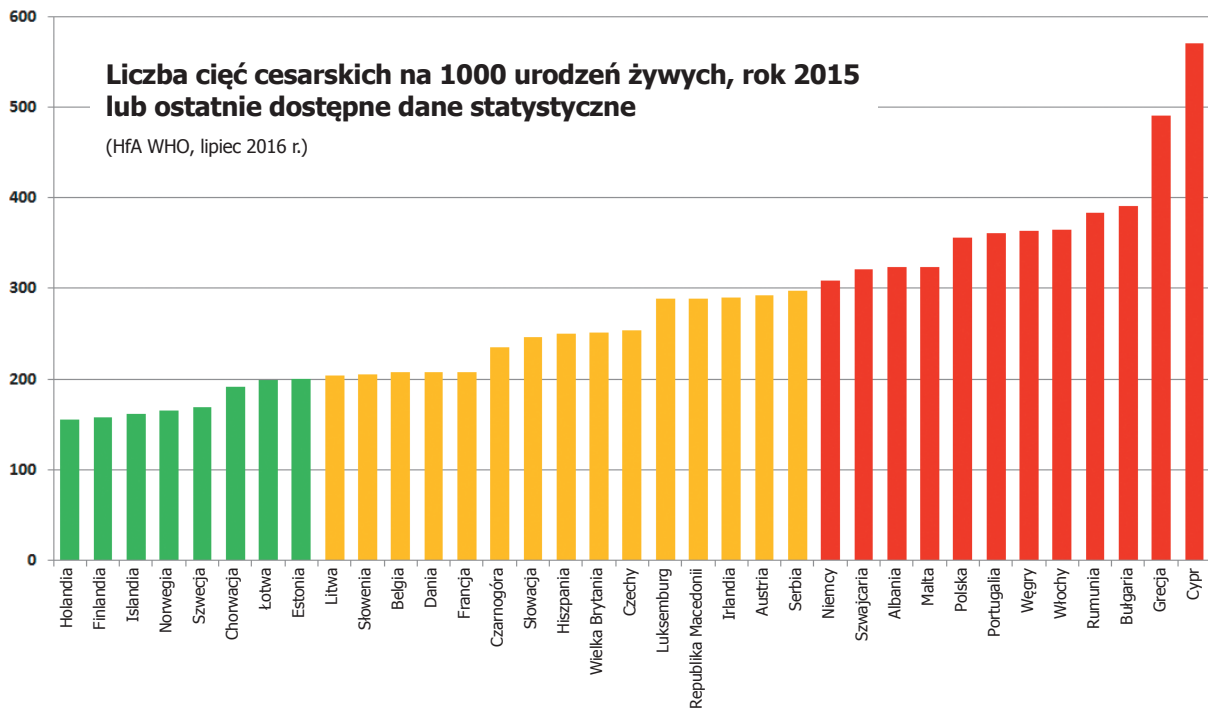
Przy przyznawaniu ocen kierowano się założeniem, że wysoki odsetek cięć cesarskich świadczy o niskim poziomie opieki prenatalnej i niskiej jakości usług związanych z porodem. W rezultacie, za wysoki odsetek cięć cesarskich przyznawano ocenę „czerwoną”. Powszechnie zaleca się, aby kobieta nie rodziła metodą cięcia cesarskiego więcej niż dwa razy, co zdecydowanie wskazuje na to, że nie można oczekiwać pełnego powrotu do zdrowia. Poza tym stosowana powszechnie we Francji praktyka odzyskiwania formy po porodzie – fizjoterapia poporodowa – wydaje się zarówno bardziej humanitarna, jak i tańsza od inwazyjnego zabiegu chirurgicznego.

Możliwość zastosowania tej metody porodu może być istotna pod względem medycznym i nie ulega wątpliwości, że powinna być dostępna. Jednakże HCP podejrzewa, że za wysokim odsetkiem cięć cesarskich może kryć się brak wiarygodnych informacji i odpowiedniej opieki przed porodem, jak również brak dostępu do środków przeciwbólowych.

Najwyższy odsetek porodów tą metodą odnotowuje się na Cyprze, w Grecji i Ameryce Łacińskiej (w Brazylii i Wenezueli blisko 50 proc. lub powyżej 50 proc.).

Jak pokazuje poniższy wykres, pomimo tego, że cięcie cesarskie jest zabiegiem kosztownym, to zdecydowanie nie istnieje pozytywna korelacja pomiędzy zamożnością kraju a wysokim odsetkiem tych zabiegów – wręcz przeciwnie!

Źródło: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016. Dane CUTS.



7.10.5 Profilaktyka

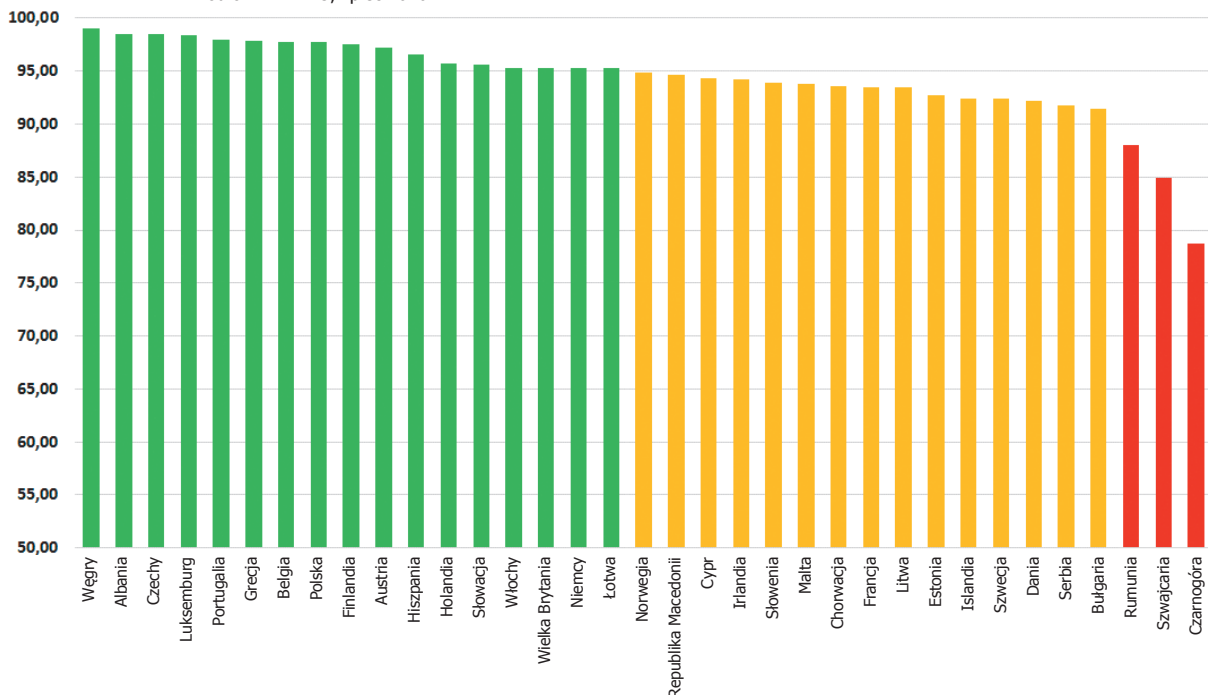
5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom

Odsetek zaszczepionych dzieci (przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, odrze, polio, różyczce, WZW typu B oraz Haemophilus influenza B – średnia arytmetyczna).

Szczepienia są powszechnie uznawane za opłacalną metodę zapobiegania chorobom, czego odzwierciedleniem jest ocena „zielona” dla kilku mniej zamożnych krajów.

Odsetek (%) zaszczepionych niemowląt/dzieci, średnia dla ośmiu chorób

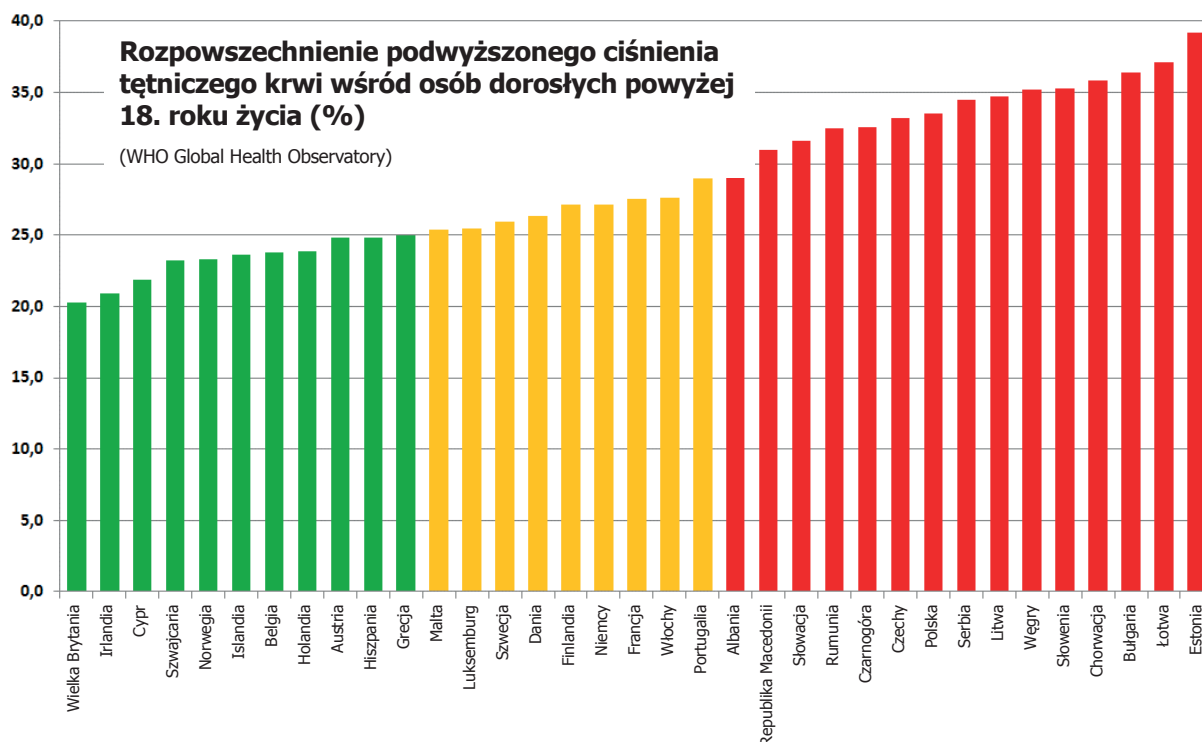
Źródło: HfA WHO, lipiec 2016 r.



Źródła danych: Bazy danych HfA WHO, lipiec 2016. Krajowe rejestry szczepień. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

5.2 Pomiar ciśnienia krwi

Wskaźnik ten określa odsetek dorosłej populacji z podwyższonym ciśnieniem krwi (> 140/90).



Jak wynika z wykresu, nadciśnienie nie jest w Europie powiązane z wysokim standardem życia, ale raczej z połączeniem czynników stylu życia (EŚW – nawyki żywieniowe, palenie i picie alkoholu) oraz brakiem tradycji leczenia – leczenie nadciśnienia nie jest drogie.

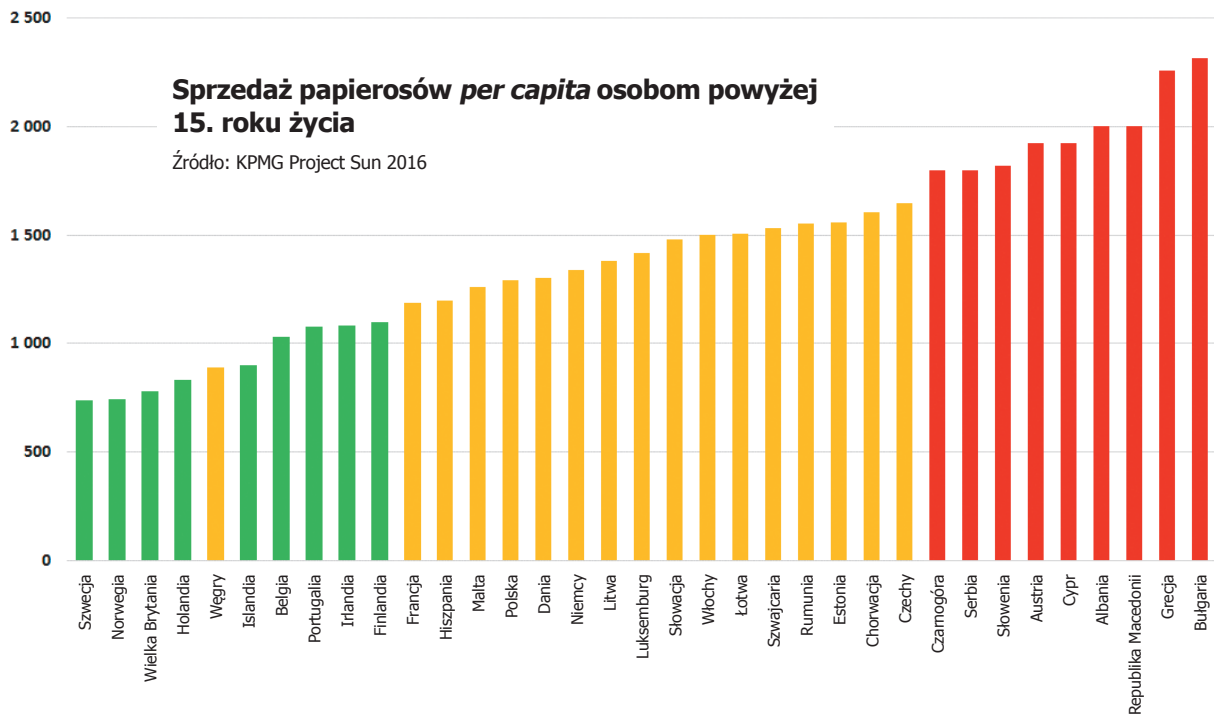
Wygląda na to, że Zjednoczone Królestwo i Irlandia idą za przykładem Ameryki Północnej – zarówno jeżeli chodzi o aktywne leczenie nadciśnienia, jak i również wysokiego poziomu lipidów we krwi.

Źródło: WHO Global Health Observatory, uzyskane w październiku 2016 r. Dane CUTS.

5.3 Profilaktyka palenia

Aby ocenić wysiłki podejmowane przez poszczególne kraje w zakresie profilaktyki palenia, wykorzystano badanie Tobacco Control Scale (Skala kontroli spożycia tytoniu, TCS). Uwzględniono w nim sześć wskaźników: cenę (30), zakaz palenia w miejscach publicznych (22), wydatki na społeczne kampanie informacyjne (15), zakaz reklamy (13), ostrzeżenia o szkodliwości dla zdrowia (10) i leczenie (10). Liczby w nawiasach wskazują wagę (udział pełnego wyniku w maksymalnym wyniku TCS o wartości 100).

Ponieważ wynik TCS nie był aktualizowany od 2012 r., w badaniu EHCI 2016 wykorzystano dane dotyczące faktycznej sprzedaży papierosów *per capita* w celu oceny tego wskaźnika. Ze względu na wysoki udział papierosów bez cła oraz papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł, dane dotyczące spożycia papierosów w niektórych krajach, zwłaszcza w Norwegii i Zjednoczonym Królestwie, są często zaniżane. Autorzy projektu Sun, przeprowadzonego przez firmę audytorską KPMG, twierdzą, że uwzględnili wartość sprzedaży takich papierosów.



Źródło: KPMG Project Sun, 2016.

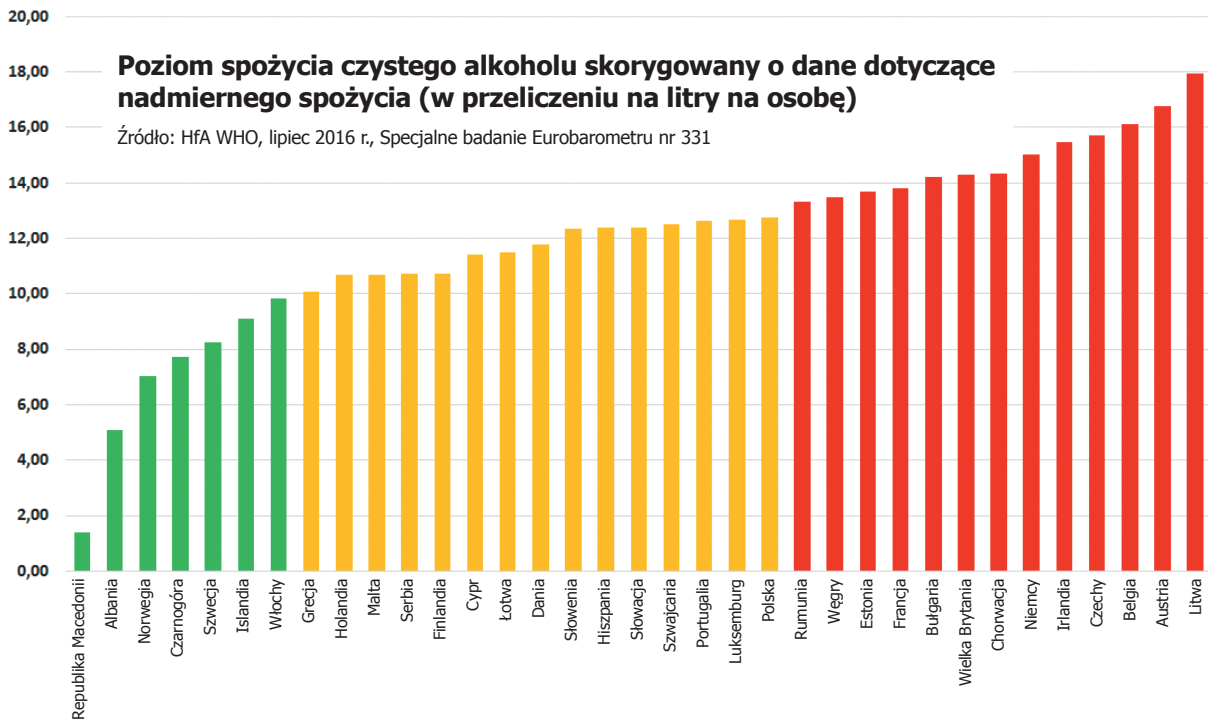
5.4 Spożycie alkoholu

W przeciwieństwie do palenia papierosów, alkohol stanowi czynnik ryzyka, który nie zawsze jest szkodliwy. Wiele badań dowodzi, że umiarkowane spożywanie alkoholu (odpowiednik jednego kieliszka wina na dzień w przypadku kobiet oraz 1-2 kieliszków dziennie u mężczyzn) redukuje ryzyko śmierci z powodu chorób układu krążenia w stopniu wystarczającym, aby obniżyć wskaźniki umieralności wśród osób spożywających alkohol w umiarkowanych ilościach w porównaniu z zupełnymi abstynentami.

Z drugiej jednak strony picie dużych ilości alkoholu przy pojedynczych okazjach („picie na umór”) jest czynnikiem ryzyka sprzyjającym chorobom układu krążenia oraz niektórym postaciom raka. Jest to szczególnie widoczne w przypadku picia na umór trunków wysokoprocentowych.

Z tego względu, wskaźnik ten oparty jest na „spożyciu alkoholu wysokoprocentowych (litrów czystego alkoholu), skorygowanym o wskaźnik picia na umór”. Korekty dokonuje się poprzez pomnożenie nominalnego spożycia przez współczynnik równy $1 + [\text{odsetek mieszkańców, którzy spożywając ostatnio alkohol wypili} \geq 5 \text{ drinków}]$.

Należy zwrócić uwagę na niski poziom spożycia alkoholu w dwóch krajach z najwyższym odsetkiem ludności muzułmańskiej.



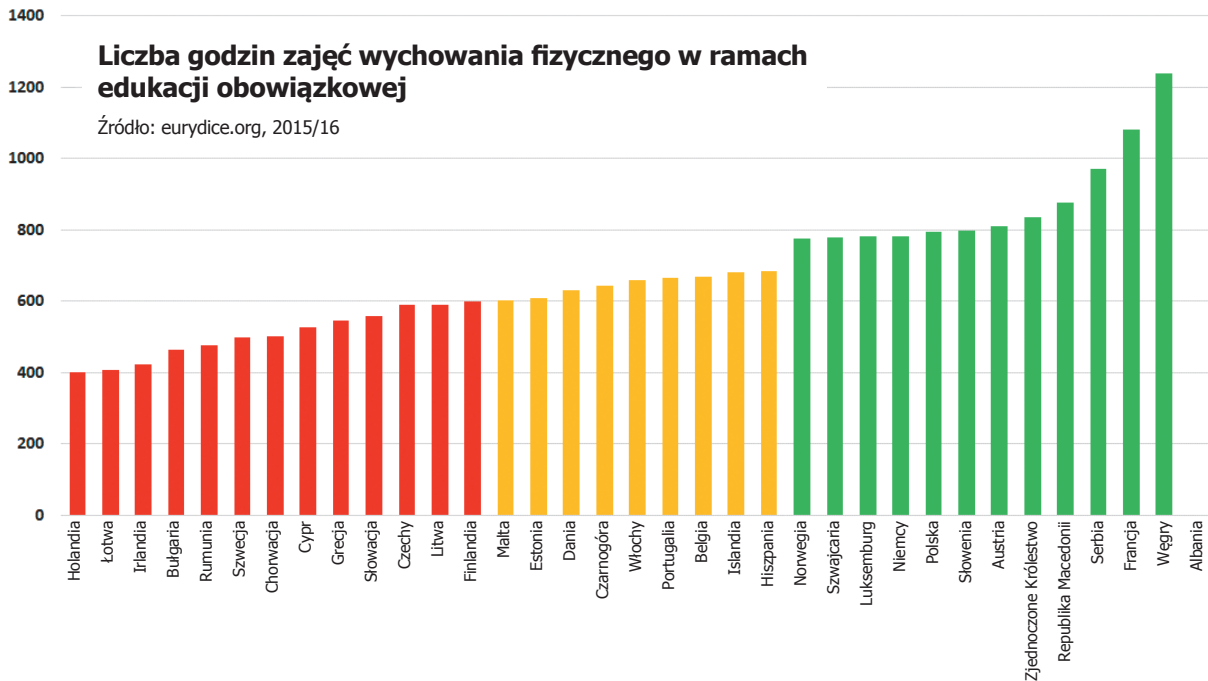
Źródła: HfA WHO, lipiec 2016, Specjalne badanie Eurobarometru nr 331, kwiecień 2010 r. (dotyczące zwyczaju picia na upór) Raporty krajowe. Głównie dane CUTS.

5.5 Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest korzystna, ponieważ zmniejsza ryzyko zachorowania na rozmaite choroby. Wiele krajów prowadzi statystyki dotyczące takich parametrów jak „liczba godzin w tygodniu, które osoba poświęca na jogging lub podobne aktywności”. Niemniej współczynnik szumu w przypadku tych danych jest prawdopodobnie dość wysoki. Ponadto jest to parametr, który decydującym jest niezwykle trudno zmienić w rozsądnym czasie w odniesieniu do znacznej części populacji.

Z tego względu, parametrem aktywności fizycznej uwzględnionym w EHCI 2016 jest „liczba godzin aktywności fizycznej w ramach edukacji obowiązkowej” (wynoszącej maksymalnie 10 lat edukacji szkolnej) zgodnie ze standardami krajowymi. Parametr ten mogą zmienić np. władze.

Przyczyną, dla której Finlandia zmieniła kolor z czerwonego na żółty, a Malta odwrotnie, jest to, że wartości odjęcia pozostawały niezmiennie od kilku lat.



Źródło: www.eurydice.org; Recommended Annual Instruction Time in Full-time Compulsory Education in Europe 2015/16 [Zalecany roczny wymiar czasu nauki w ramach pełnowymiarowego kształcenia obowiązkowego w Europie na lata 2015-2016]. Dane CUTS.

5.6 Szczepienia przeciwko HPV

W ostatnich latach wiele krajów włączyło do krajowych programów szczepień przeciwko HPV dla młodszych nastolatków. Wskaźnik ten byc oceniany według następujących kryteriów:

- „Zielony”: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, bezpłatny dla pacjenta.
- „Żółty”: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, w ramach którego całość (lub znaczną część) kosztów ponosi pacjent.
- „Czerwony”: Brak krajowego programu szczepień przeciwko HPV.

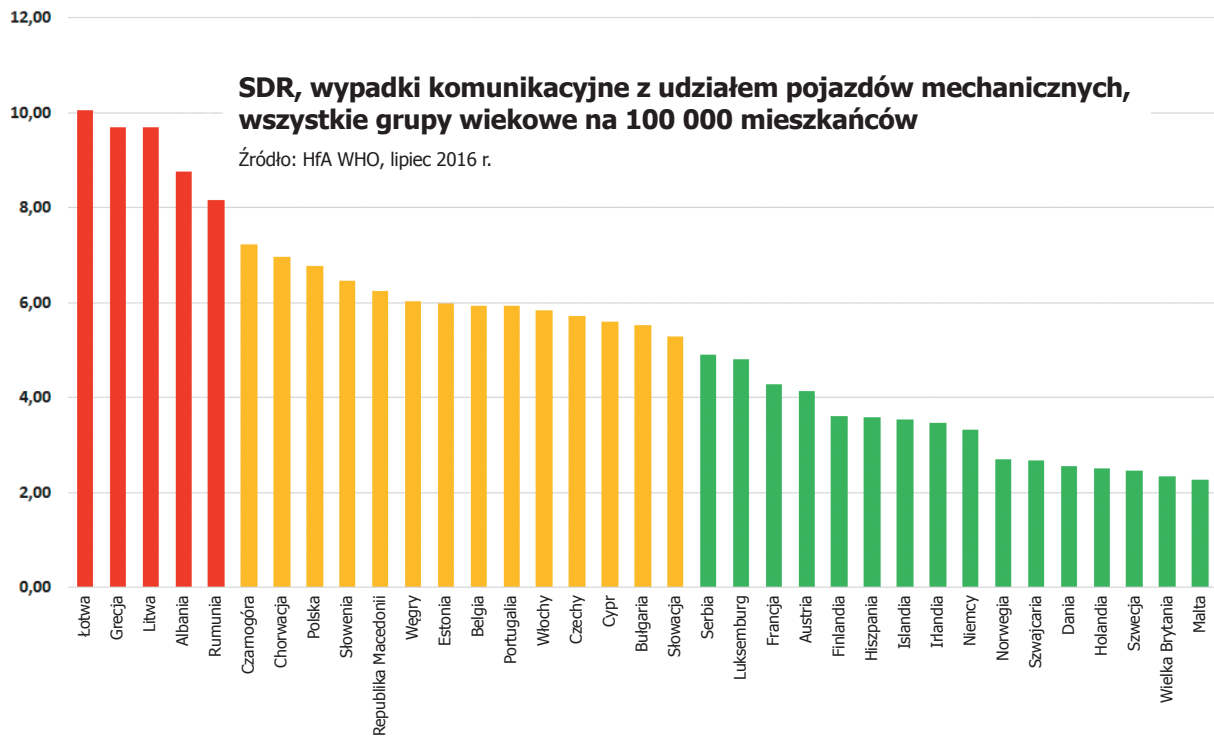
Należałoby zmierzyć stopień wykorzystania tych programów szczepień, gdyż takie dane nie są jeszcze dostępne.

Źródła: Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. ECDC, Recommended immunisations for human papillomavirus infection, stan na 26.10.2016: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/. Krajowe organy ochrony zdrowia. Głównie dane CUTS.

5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi

Był to nowy wskaźnik dotyczący profilaktyki wprowadzony w 2014 r. Chociaż w niewielkim stopniu zależy on od systemu ochrony zdrowia, uwarunkowany jest decyzjami podejmowanymi przez człowieka. Na przestrzeni ostatnich 30-40 lat w niemal wszystkich krajach w Europie udało się ograniczyć liczbę zgonów oraz obrażeń spowodowanych wypadkami drogowymi. Jak wynika z poniższego wykresu, wciąż istnieją duże rozbieżności pomiędzy krajami europejskimi. Wykres ten powinien położyć kres wszelkim spekulacjom, jakoby wysoki odsetek transplantacji w Hiszpanii wynikał z tego, że w tym kraju jest dużo ofiar wypadków!

Tam, gdzie dane pochodzące od EFPIA wskazywały na wyższe wartości liczbowe, jak np. w przypadku Islandii, wynik został skorygowany w górę względem wartości z baz danych WHO HfA.



Źródło: Baza danych WHO „Zdrowie dla wszystkich”, lipiec 2016.

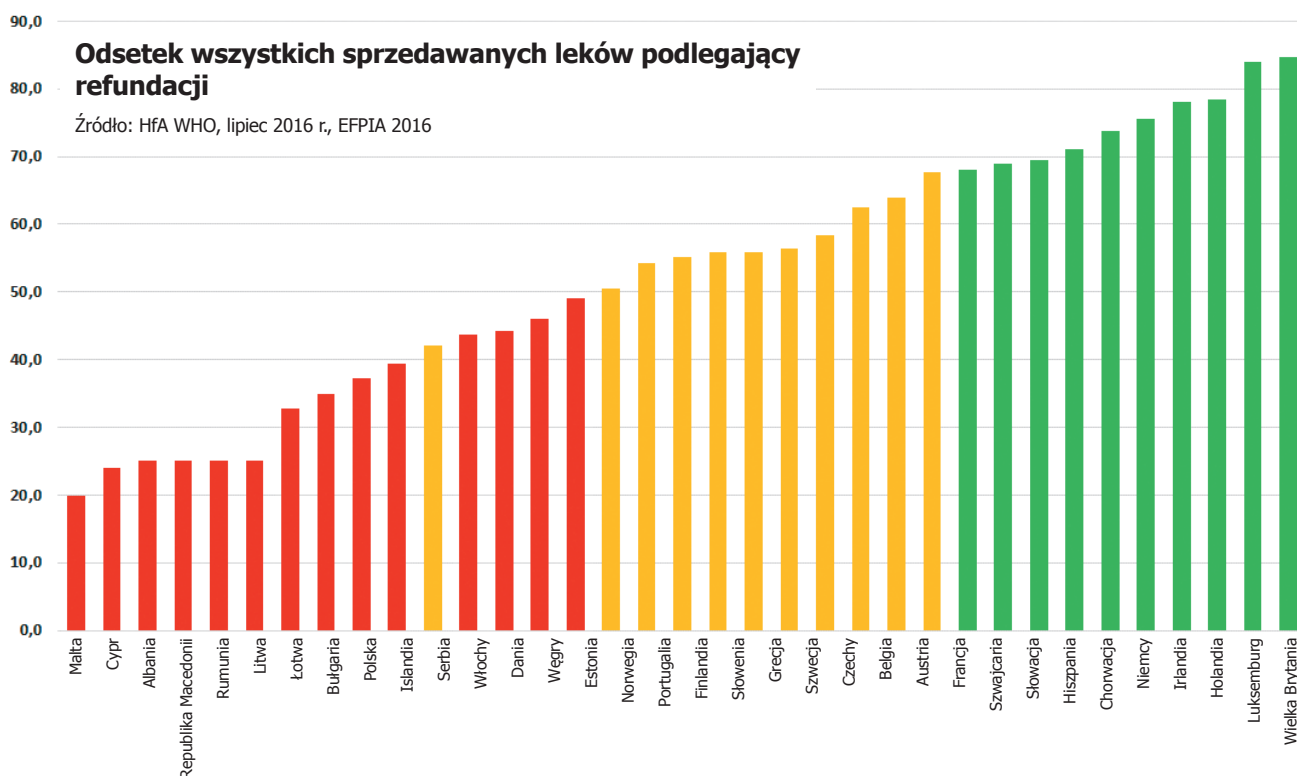
7.10.6 Środki farmaceutyczne

Ze względu na ograniczenia wynikające z przepisów prawa autorskiego, HCP nie może przedstawić wykresów z faktycznymi danymi dotyczącymi wskaźników wykorzystania leków, a jedynie względne porównania.

6.1 Odsetek leków refundowanych

Jaki odsetek wszystkich sprzedawanych leków (w tym leków sprzedawanych bez recepty) podlega refundacji?

Tam, gdzie dane pochodzące od EFPIA wskazywały na wyższe wartości liczbowe, jak np. w przypadku Islandii, wynik został skorygowany w górę względem wartości z baz danych WHO HfA.



Źródło: Baza danych HfA WHO, lipiec 2016, EFPIA: Kontakt bezpośredni. Krajowe organy ochrony zdrowia i agencje ds. produktów medycznych.

Dane niezaliczane do CUTS.

6.2 Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną?

Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną lub w szeroko dostępnych publikacjach)? Od 2005 znacząco wzrosła liczba farmakopei (czyli wyczerpujących zbiorów danych dotyczących wszystkich leków zarejestrowanych i dostępnych w sprzedaży w danym kraju, które można przeszukiwać pod względem substancji chemicznych i nazw handlowych leków, oraz które zawierają co najmniej informacje zamieszczane na ulotkach dla pacjenta, sporządzonych w sposób zrozumiały dla laika). Wcześniej posiadały je jedynie Dania i Szwecja.

Obecnie 30 spośród 35 krajów biorących udział w rankingu EHCI udostępnia farmakopee w wersji elektronicznej. Pacjenci z pozostałych krajów mogą zazwyczaj dotrzeć do takich informacji poprzez jeden z krajów sąsiednich w zrozumiałym dla nich języku.

We wszystkich tych krajach, zamieszczone informacje pochodzą z ulotek dla pacjentów dostarczanych przez producentów leków. Francja i Niemcy nie zostały uwzględnione w gronie 30 krajów wspomnianych powyżej, ponieważ choć udostępniają one na swoich stronach internetowych równie kompleksowe informacje jak pozostałe kraje, bardzo trudno stwierdzić, skąd te informacje pochodzą. Hiszpania utrudniała producentom środków farmaceutycznych informowanie opinii publicznej w sposób bezpośredni o lekach wydawanych na receptę. Nie była to prawdopodobnie duża przeszkoda dla Hiszpanów, bowiem informacje na temat leków są łatwo dostępne w języku hiszpańskim na stronach internetowych amerykańskich firm farmaceutycznych, z tego względu, że w USA znaczna część społeczeństwa jest hiszpańskojęzyczna.

Źródła danych: Źródła danych: badania HCP 2010-2016. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych

Wskaźnik ten określa wykorzystanie L01XC kod ATC (przeciwciała monoklonalne) w milionach dolarów amerykańskich na milion mieszkańców. Jednostka miary DDD (określona dawka dobową) byłaby lepszym wskaźnikiem niż wartość wyrażona w pieniądzu, ale niestety dane dotyczące wielkości zawierały nieścisłości.

Źródła danych: Baza danych IMS Health MIDAS. Dane CUTS.

6.4 Dostęp do nowych leków (okres oczekiwania na refundację)

Ten wskaźnik bada okres czasu, który upływa pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do krajowego rejestru leków refundowanych.

Jest to jeden ze wskaźników ukazujących bardzo dobrze skutki kryzysu finansowego. Nawet w bogatych krajach, takich jak Szwecja czy Szwajcaria, okres czasu pomiędzy rejestracją leku a włączeniem do krajowych systemów świadczeń farmaceutycznych (systemów refundacji leków) uległ znacznemu wydłużeniu.

Źródła danych: PATIENTS W.A.I.T. INDICATOR, raport z 2012 r. – opracowany na podstawie baz danych Europejskiej Federacji Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA) (pierwsze pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w EU w latach 2009-2011). EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013 [Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane 2013 r.]. EFPIA: Kontakt bezpośredni. Krajowe ministerstwa zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

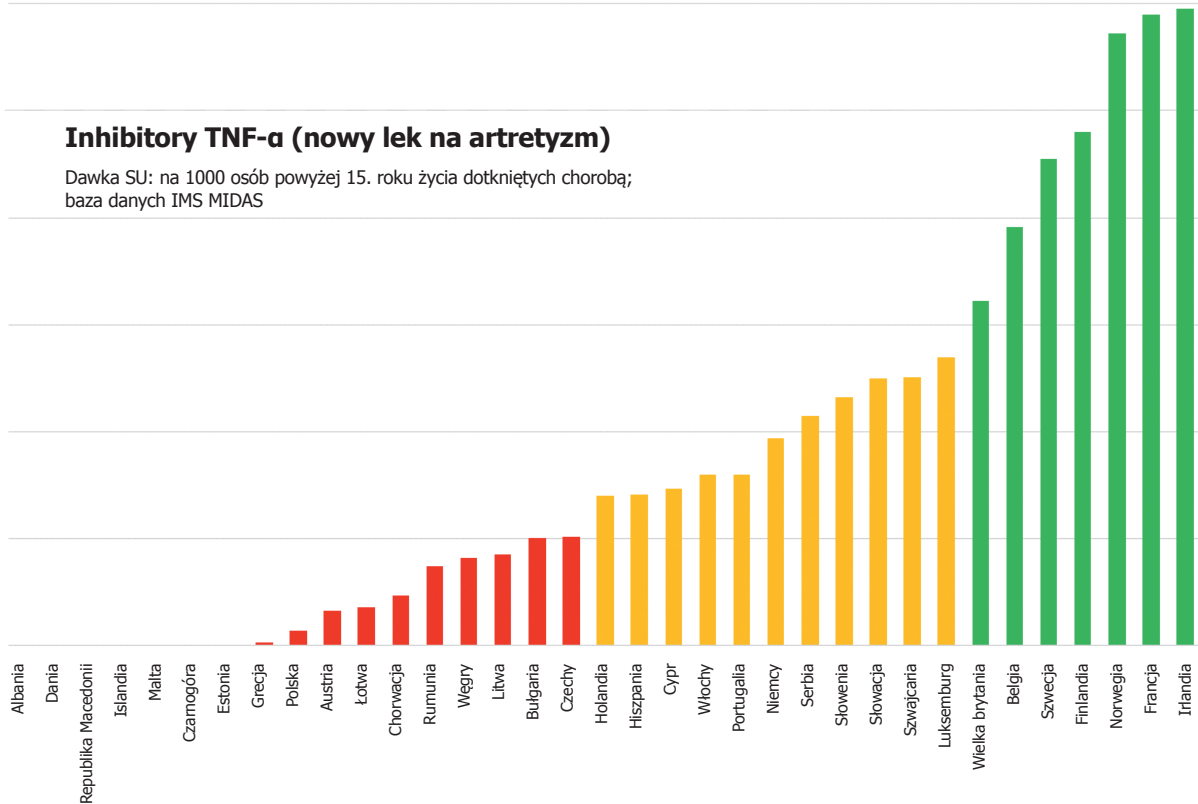
6.5 Tempo wdrażania leków na artretyzm

Ze względu na ochronę praw autorskich w odniesieniu do wskaźników dotyczących spożycia leków (2.9-2.11) wykres pokazuje jedynie względne wartości sprzedaży (brak danych liczbowych na osi Y).

Pojawienie się leków będących inhibitorami TNF- α (kod ATC: L04AB) stanowiło przełom w leczeniu pacjentów cierpiących na artretyzm. Niektóre kraje mają wciąż bardzo restrykcyjne podejście do stosowania tych leków i jak pokazuje poniższy wykres, nie jest ono ściśle powiązane z PKB *per capita*. Wolumeny leków wyrażono w Jednostkach Standardowych (miara IMS Health, podobna do DDD, ale nie identyczna) na 1000 mieszkańców cierpiących na artretyzm ≥ 15 lat. (DDD = określona dawka dobową)

Inhibitory TNF- α (nowy lek na artretyzm)

Dawka SU: na 1000 osób powyżej 15. roku życia dotkniętych chorobą;
baza danych IMS MIDAS



Źródła danych: danych: baza danych IMS MIDAS. Dane dotyczące chorobowości: eumusc.net: Raport v5.0 Musculoskeletal Health in Europe (2012), Specjalne badanie Eurobarometru nr 272 (2007). Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

6.6. Użycie statyn

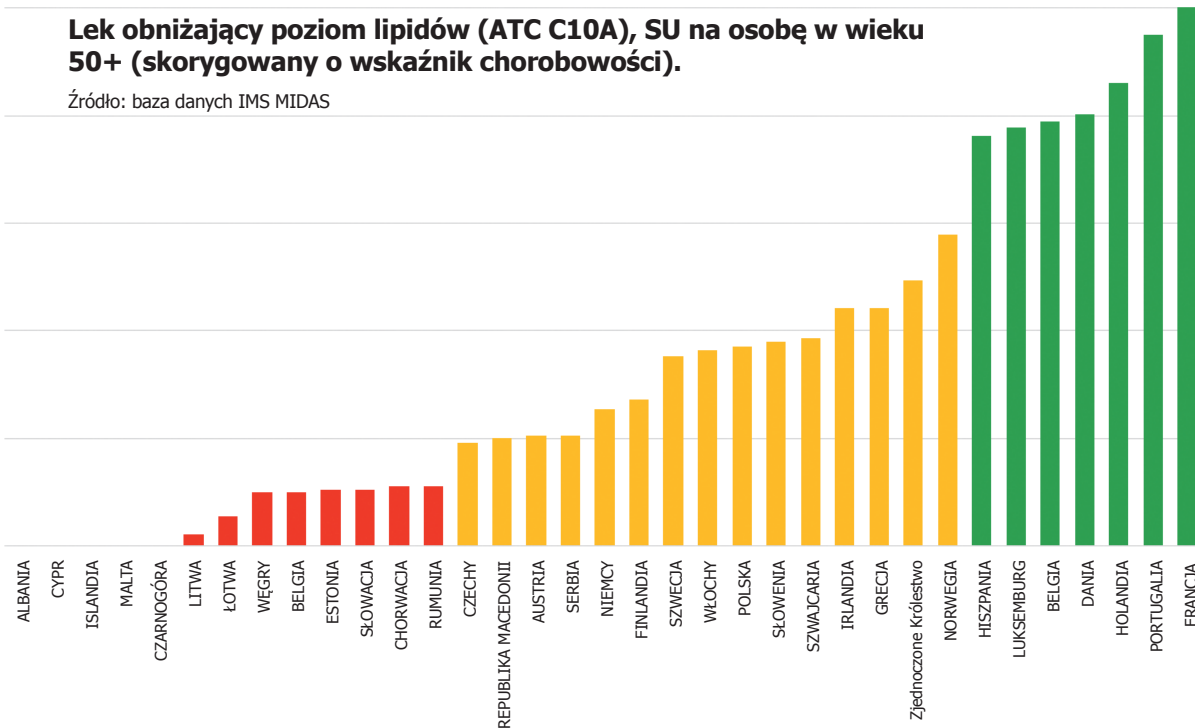
Sprzedaż *per capita* (SU na osobę w wieku 50+, skorygowany o standaryzowany współczynnik zgonów, SDR). Statyny, które są na rynku od prawie 30 lat stanowią podstawowy sposób zapobiegania problemom sercowo-naczyniowym. Obniżają one poziomy LDL-C hamując reduktazę HMG-CoA, co ma kluczowe znaczenie w procesie wytwarzania cholesterolu w wątrobie. Statyny zwykle zmniejszają poziomy LDL-C o 30-40% i są bezpośrednio związane z ograniczeniem ryzyka zawału i udaru. Ranking EHCI wykorzystuje faktyczne dane dotyczące sprzedaży.

Co ciekawe, bezpośrednie dane dotyczące użycia *per capita*, bez ich korygowania z uwagi na częstość występowania chorób układu krążenia, są duże bardziej zbliżone dla krajów Europy niż dane skorygowane pod kątem częstości występowania. Zjawisko to można wyjaśnić na (co najmniej) dwa sposoby:

- Aktywne stosowanie podstawowych leków obniża umieralność na choroby układu krążenia, prowadząc do wyższych wskaźników *per capita* dla danych skorygowanych pod kątem częstości występowania.
- Pracownicy opieki zdrowotnej działają bardziej pod wpływem przekazywanego z ust do ust powszechnego przekonania dotyczącego tego, która to część społeczeństwa powinna otrzymać te leki zamiast kierować się wytycznymi.

Lek obniżający poziom lipidów (ATC C10A), SU na osobę w wieku 50+ (skorygowany o wskaźnik chorobowości).

Źródło: baza danych IMS MIDAS



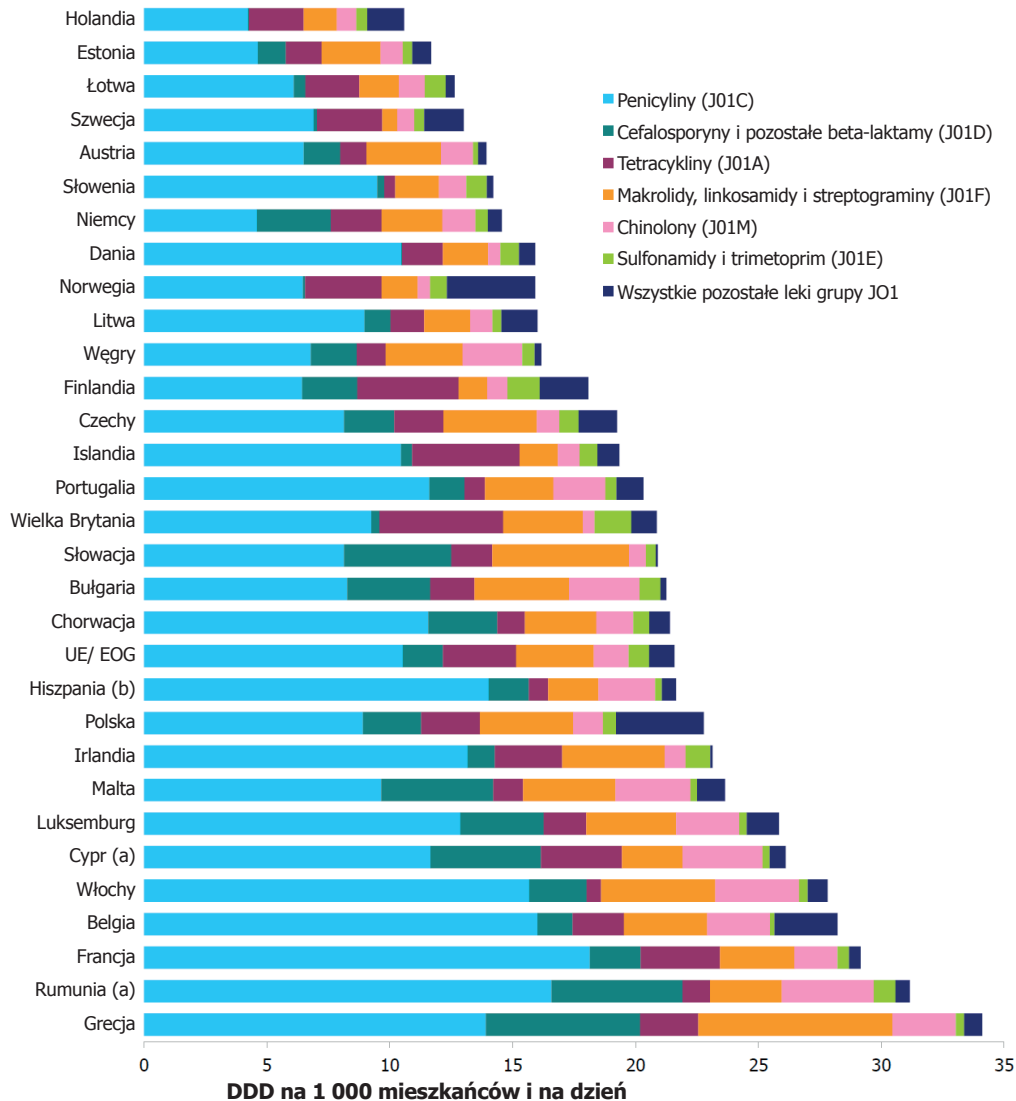
Źródła danych: Baza danych IMS MIDAS, okres 12 miesięcy kończący się w czerwcu 2016 r. Dane CUTS.

6.7 Stosowanie antybiotyków

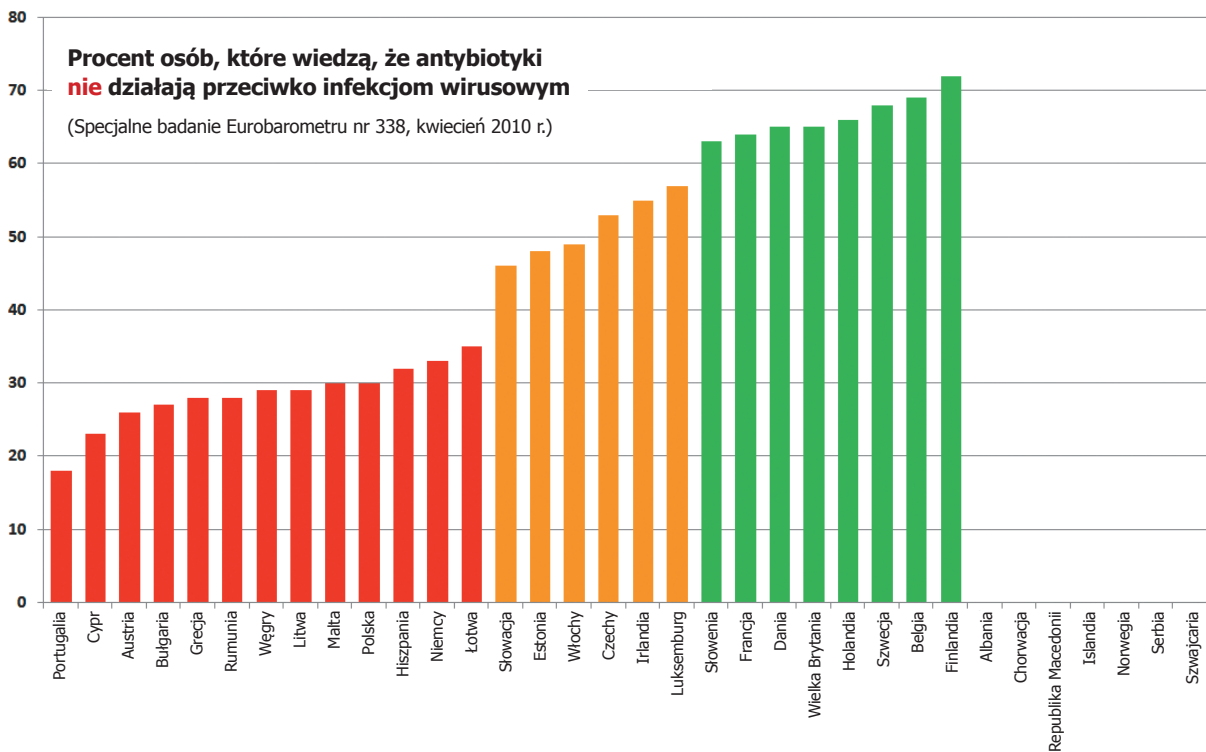
Jak pokazują poniższe wykresy, źródła na temat stosowania antybiotyków są zaskakująco niespójne. W 2016 r. wskaźnik został oparty na „Quality indicators for antibiotic consumption in Europe” (Wskaźniki jakości w zakresie zużycia antybiotyków w Europie) (pierwszy wykres poniżej). Dokument ten został wykorzystany jako źródło CUTS.

Wspomniany raport WHO (opracowany na podstawie danych hurtowników) jest sprzeczny zarówno z założeniami Eurobarometru, które mówią, że antybiotyki pomagają zwalczać wirusy (2012), jak i z danymi IMS Health dotyczącymi sprzedaży leków (2013), co sprawia, że zespół HCP uważa ten raport, wykorzystany w 2014 r., za mało wiarygodny. W związku z powyższym badanie EHCI 2016 wykorzystuje ECDC jako źródło danych. Dane ECDC pokazują zakładaną korelację z danymi dotyczącymi oporności (wykres 3.6 powyżej).

Rys. 1. Zużycie antybiotyków do użytku ogólnoustrojowego w społeczności według grup antybiotykowych w 30 krajach UE/ EOG, 2014 r. (wyrażone w DDD na 1 000 mieszkańców i na dzień)



W 2012 r. wykorzystano wskaźnik o nazwie „odsetek mieszkańców, którzy wiedzą, że antybiotyki nie są skuteczne przeciwko przeziębieniu i grypie” (wykres poniżej). Ranking EHCI z 2013 r. wykorzystywał rzeczywiste dane na temat sprzedaży antybiotyków na osobę z założeniem, że przyjmowanie mniejszej ilości antybiotyków zwiększa odporność.

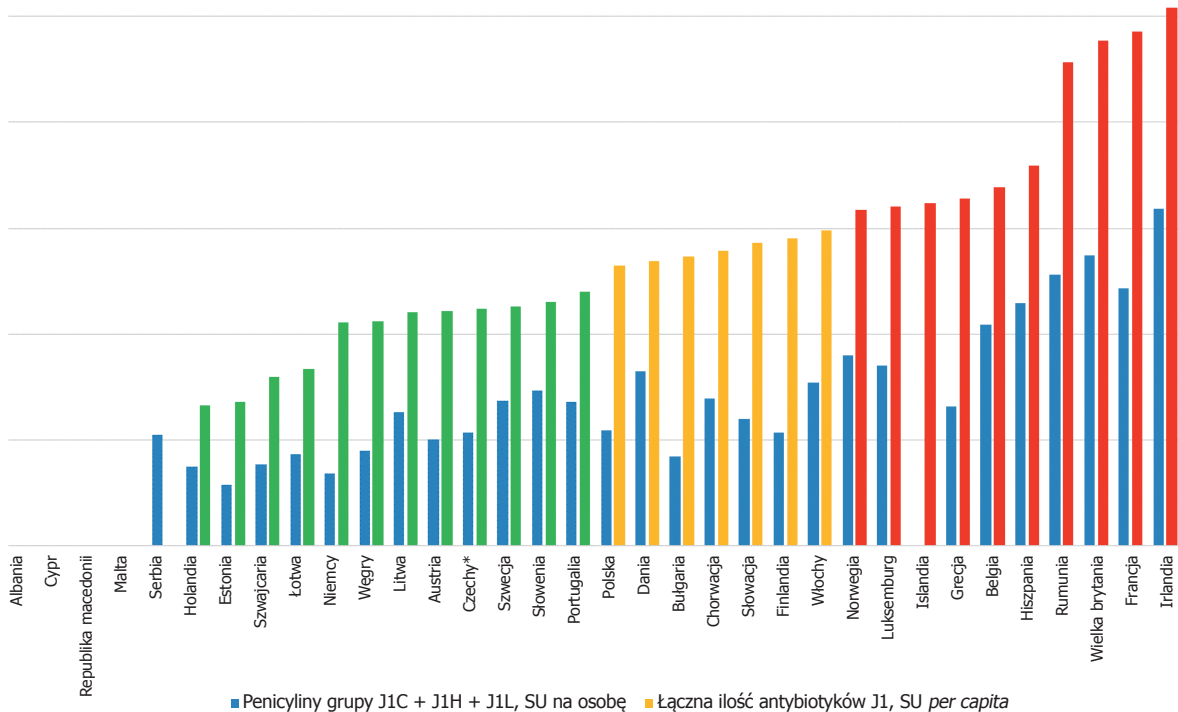


Wskaźnik w EHCI 2012.

Źródło: Specjalne badanie Eurobarometru nr 338, kwiecień 2010 r. Dane CUTS.

Zużycie antybiotyków, SU na osobę w okresie 12 miesięcy, licząc do czerwca 2013 r.

Baza danych IMS MIDAS

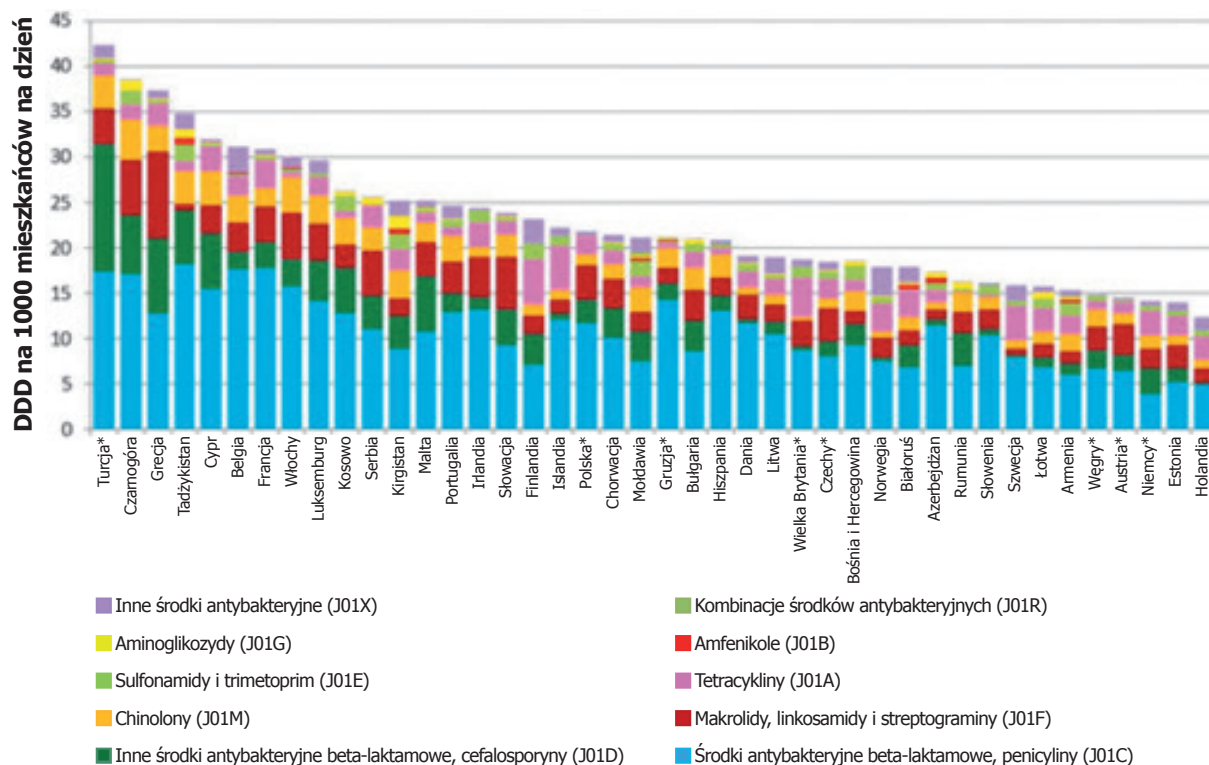


Wskaźnik w EHCI 2013.

Jeżeli Francuzi, Brytyjczycy i Belgowie naprawdę wiedzą, że antybiotyki nie działają przeciwko infekcjom wirusowym, dlaczego używają ich tak często?

Poniższy wykres prezentuje dane z raportu WHO z 2016 r. Prawdopodobnie zawiera poważne błędy!

Łączne zużycie antybiotyków w 2011 r. wyrażone w liczbie DDD na 1000 mieszkańców na dzień w 12 krajach europejskich i Kosowie w porównaniu z 29 krajami Europejskiej Sieci Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków (ESAC-Net).



Źródło w 2016 r.: ECDC „Quality indicators for antibiotic consumption in Europe”. Dane CUTS.

7.11 Zewnętrzny panel ekspercki

W pracach Panelu Ekspertów Indeksu EHCI 2014 wzięły udział następujące osoby:

Imię i nazwisko	Afiliacja zawodowa
Dr n. med. Ulrik Bak Dragsted	Dyrektor Oddziału Chorób Zakaźnych w Szpitalu Roskilde w Danii, Prezydent Duńskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej
Dr Filippos Filippidis	Wydział Zdrowia Publicznego, Imperial College, Londyn
Prof. Ian Graham	Trinity College, Dublin
Prof. em. dr Ulrich Keil	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Niemcy
Doc. dr Lennart Welin	Szpital Lidköping, Szwecja

Ponieważ w badaniu EHCI 2016 wykorzystano ten sam zestaw wskaźników co w 2014 r., nie organizowano żadnych posiedzeń panelu ekspertów.

8. Bibliografia

8.1 Główne źródła informacji

Główne źródła informacji dla różnych wskaźników podane zostały w zamieszczonej powyżej Tabeli 8.7. W przypadku wszystkich wskaźników informacje te zostały uzupełnione o wywiady i dyskusje prowadzone z urzędnikami ochrony zdrowia, zarówno w sektorze państwowym, jak i prywatnym.



„Arkusze wyników pojedynczych wskaźników” są dostępne w internecie, dzięki czemu każdy może się przekonać, jakie podstawowe dane wykorzystano oraz zapoznać się z metodami punktacji. Arkusze są dostępne pod następującym adresem: www.healthpowerhouse.com/ehci-2015-indicators/.

Wskaźniki, w przypadku których przekształcenie danych w proste wartości liczbowe nie było możliwe, nie zostały zamieszczone na tej stronie. Ponadto ze względu na ograniczenia wynikające z przepisów prawa autorskiego, nie znalazły się tam również dane liczbowe dotyczące wskaźników opartych na wynikach sprzedaży leków, które zostały zilustrowane w prezentacji zamieszczonej na stronie internetowej.

Załącznik nr 1. Saga prawdziwa o stawie biodrowym Wernera, czyli jaki powinien być czas oczekiwania w każdym systemie ochrony zdrowia

Jest to historia, która wydarzyła się naprawdę w lipcu 2013 r. w niewielkim miasteczku położonym w Langwedocji, 50 km na południe od Montpellier, które (zimną) zamieszkiwało 8000 osób. P. Werner (to nie jest jego prawdziwe imię) jest niemieckim wojskowym, który zakończył czynną służbę i przeniósł się wraz z żoną na południe Francji. Świadczenia opisane poniżej zostały opłacone ze standardowego niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego P. Wernera, które nie było uzupełnione o żaden pakiet w ramach dodatkowego ubezpieczenia prywatnego. Historia przedstawia się następująco:

Podobnie jak większość imigrantów w tym małym miasteczku, P. Werner siedział we wtorkowe popołudnie przed Barem Marine i jadł przekąskę. W pewnej chwili zwrócił się do żony:

- Helgo, kochanie, myślę, że ktoś powinien obejrzeć moją lewą nogę. Boli mnie już od półtora roku.
- Wernerze, mój drogi, na drzwiach po drugiej stronie ulicy jest mosiężna tabliczka. To chyba gabinet chirurga!

Kiedy Werner, kulejąc, dostał się wreszcie na drugą stronę ulicy, okazało się, że na mosiężnej tabliczce umieszczona jest informacja o praktyce chirurgicznej doktora B., lokalnego lekarza pierwszego kontaktu. Werner nacisnął dzwonek i opisał swój problem pielęgniarce/sekretarce, która otworzyła mu drzwi.

- Czy Dr B. mógłby obejrzeć moją nogę?
- W tej chwili nie, ale proszę przyjść ponownie za pół godziny.

Werner pokuśtykał z powrotem, dokończył piwo i ponownie udał się do dr. B. Dr B. zbadał Wernera i powiedział:

- Wydaje mi się, niestety, że może pan potrzebować nowego stawu biodrowego. Musimy przyjrzeć się temu bliżej. Czy ma pan jakieś szczególne plany na jutro?
- Nie, jestem na emeryturze, więc mój plan dnia jest dość elastyczny.

Dr B. podniósł słuchawkę telefonu i odbył kilkuminutową rozmowę. Następnie odłożył słuchawkę i zwrócił się do Wernera:

- Jest pan umówiony na tomografię komputerową jutro o 10.00 rano w Centrum Radiologii Agde (siedem kilometrów stąd). Gdy już zrobi Pan badanie, proszę przyjść do mnie znowu w czwartek o 15.00. Powinniśmy mieć już wtedy wyniki.

Werner poszedł na tomografię i zjawił się ponownie u dr. B. w czwartek. Dr B. powiedział:

- Obawiam się, że moja pierwsza diagnoza była prawidłowa. Pański staw wymaga wymiany. Czy ma pan jakieś szczególne plany na przyszły tydzień?
- Nie, jestem na emeryturze, więc mój plan dnia jest dość elastyczny.

Dr B. raz jeszcze podniósł słuchawkę telefonu i przeprowadził kilkuminutową rozmowę, po czym zwrócił się do Wernera.

- Oczekuję pana w Klinice Ortopedycznej Szpitala Uniwersyteckiego Montpellier²⁸ o 9.00 rano w poniedziałek. Proszę wziąć ze sobą niezbędne rzeczy na czterodniowy pobyt.

W następny piątek Werner został wypisany ze szpitala i dzięki nowemu stawowi biodrowemu czuł się jak nowo narodzony. Czas kalendarzowy całej sekwencji zdarzeń: 10 dni!

Z historii tej płynie ważny morał: duża część kosztów opieki zdrowotnej przypada zawsze na roboczo-godziny jej personelu. Opisana powyżej dziesięciodniowa procedura ogranicza je do minimum. Dlatego właśnie funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej jest tańsze bez kolejek oczekujących!

