



Health Consumer Powerhouse



Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia

2014

Health Consumer Powerhouse

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia

Raport 2014

dr Arne Björnberg

arne.bjornberg@healthpowerhouse.com

Health Consumer Powerhouse 2015-01-27

Liczba stron: 118

Niniejszy raport może być cytowany bez ograniczeń pod warunkiem podania źródła.

© Health Consumer Powerhouse Ltd., 2015

ISBN 978-83-933825-3-8

SPIS TREŚCI

Europejski system opieki zdrowotnej – co jest dobre, co jest złe i co należy zrobić?	5
1. Streszczenie	7
1.1. Uwagi ogólne.....	7
1.2. Wyniki w poszczególnych krajach.....	7
1.3. Interesujące przykłady krajów.....	9
1.4. Bałkany	18
1.5. Czy kryzys finansowy miał wpływ na europejskie systemy opieki zdrowotnej?	26
1.6. BBB; model Bismarcka deklasuje model Beveridge'a – to już stało się tradycją	27
2. Wprowadzenie	29
2.1. Podstawowe informacje	29
2.2. Zakres Indeksu.....	30
2.3. O autorze.....	30
3. Kraje uwzględnione w raporcie	31
4. Wyniki Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia 2014	32
4.1. Podsumowanie wyników	34
5. Wyniki skorygowane o wskaźnik „wartość-cena”	38
5.1. Metodyka kalkulacji wyniku BFB	38
5.2. Wyniki ujęte w tabeli wyników BFB	40
6. Trendy ostatnich ośmiu lat	41
6.1. Zmiany wyników w latach 2006–2014.....	41
6.2. Znoszenie barier pomiędzy pacjentem a specjalistami ochrony zdrowia.....	43
6.3. Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia.....	44
6.4. Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej.....	47
6.5. Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta .	48
6.6. Listy oczekujących: problem mentalny pracowników opieki zdrowia?	48
6.7. Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?	52
6.8. Rozprzestrzenianie się MRSA.....	53
7. Jak interpretować wyniki Indeksu?	54
8. Ewolucja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia	54
8.1. Zakres i treść EHCI 2005	54
8.2. Zakres i treść EHCI 2006–2013	55
8.3. EHCI 2014.....	56
8.4. Obszary, do których odnoszą się wskaźniki (podkategorie).....	58

8.5. Punktacja zastosowana w EHCI 2014	59
8.6. Współczynniki wagowe	59
8.7. Definicje wskaźników i źródła danych EHCI 2014	61
8.8. Ustawienia wartości progowych	70
8.9. Źródła danych CUTS	71
8.10. Treść wskaźników ujętych w EHCI 2014	72
8.11. Zewnętrzny panel ekspercki	115
9. Bibliografia	116
9.1. Główne źródła	116
Załącznik nr 1.	
Historia prawdziwa o stawie biodrowym Wernera, czyli jaki powinien być czas oczekiwania we wszystkich systemach opieki zdrowotnej	117

EUROPEJSKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ – CO JEST DOBRE, CO JEST ZŁE I CO NALEŻY ZROBIĆ?

Dziesięcioletnie doświadczenie w dziedzinie swobodnej oceny europejskich systemów ochrony zdrowia zdobyte przez Health Consumer Powerhouse można podsumować stwierdzeniem, że w krajach europejskich funkcjonują zaskakująco stabilne modele systemów opieki zdrowotnej. Niektóre z nich sprawdzają się całkiem dobrze. Co do zasady, większość krajów co roku poprawia swój wynik, zwiększając zaangażowanie pacjentów – których liczba przekroczyła już w Europie 500 milionów – w proces leczenia, zapewniając lepszy dostęp do usług, ograniczając ryzyko niepowodzeń medycznych, poprawiając wyniki leczenia – nawet w warunkach rosnących ograniczeń budżetowych – oraz zwiększając zakres i dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wynikająca z kryzysu polityka oszczędności skutkowała przede wszystkim nieznacznym wydłużeniem czasu oczekiwania na pomoc specjalisty w niektórych krajach (trend ten udało się w znacznym stopniu odwrócić w 2014 r.) oraz spowolnieniem procedury wprowadzania nowych leków na listy refundacyjne.

Patrząc w przyszłość, warto byłoby odejść od „kryzysowych” schematów myślenia, które w wielu krajach stanowią usprawiedliwienie dla słabości systemu. Kolejnym wnioskiem z badania HCP jest brak bezpośredniej zależności pomiędzy zasobami finansowymi a wysoką jakością opieki zdrowotnej; kluczowe znaczenie dla zapewnienia sprawnie działającego systemu ma wiele innych czynników, np.: kultura otwartości i sumienności, atmosfera wzajemnego zaufania i odpowiedzialności, brak korupcji, a także wiara w to, że świadomi swych praw pacjenci i konsumenci mogą dokonać rzeczy wielkich. Wśród krajów ocenionych w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia 2014 (EHCI) jako zapewniające najlepszy stosunek jakości oferowanych świadczeń do poniesionych kosztów znajduje się zaskakująco wiele państw o niskich i średnich dochodach.

W przyszłości europejskie systemy opieki zdrowotnej będą musiały sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu i coraz większym oczekiwaniom, dysponując nieznacznie tylko większymi środkami finansowymi. Dlatego też coraz ważniejsze jest, abyśmy zrozumieli, jakie czynniki decydują o przewadze wyróżnionych krajów i w jaki sposób współgrają ze sobą, gwarantując wysoką skuteczność działania opieki zdrowia. W tym kontekście interpretować należy nową decyzję Komisji Europejskiej dotyczącą opracowania mechanizmów oceny systemów ochrony zdrowia krajów członkowskich: zdrowie i opieka zdrowotna powinny przyczynić się do konkurencyjności i rozwoju Europy. Mówiąc krótko, chodzi to, aby każde wydane euro przekładało się na poprawę stanu zdrowia i lepsze, łatwiej dostępne świadczenia medyczne.

Taka metodologiczna ocena systemów krajów członkowskich powinna dać odpowiedź na pytanie o to, co się sprawdza, a co należy jeszcze zrobić w poszczególnych krajach. Ponadto należy zastanowić się nad tym:

- Jak to możliwe, że krajowe systemy ochrony zdrowia, w przeciwieństwie do innych dużych systemów finansowanych ze środków publicznych (np. szkolnictwa), czy też dobrze prosperujących przedsiębiorstw prywatnych, tak niechętnie uczą się od najlepszych? Działanie według schematu „Tutaj tego nie znamy” wciąż ma się dobrze i jest równie szkodliwe jak wcześniej.
- Jakie wnioski możemy wyciągnąć z doświadczeń tych systemów opieki zdrowotnej (najlepszym przykładem są tutaj dotknięte kryzysem kraje bałtyckie), które zrobiły to, co trzeba było uczynić, aby wyjść z kryzysu? Z drugiej strony musimy zadać sobie pytanie, czego możemy nauczyć się od krajów, które poszły drogą chaosu i upadku.

- W jaki sposób należy wdrożyć wartości, strategie i systemy zachęt, które umożliwiają niektórym krajom szybkie przewyciężenie „tradycyjnych” słabości, np. kolejek oczekujących czy słabej pozycji pacjenta, biorąc pod uwagę fakt, że inne systemy krajowe wydają się permanentnie niezdolne do przeprowadzenia zmian?

Chodzi tutaj o przekształcenie i zmodernizowanie największej branży w Europie. Należy zrobić wszystko, co tylko możliwe, aby zakończyć sukcesem ten gigantyczny proces zastępowania kulejącego i drogiego systemu opieki zdrowotnej systemem nowoczesnym i wydajnym.

Bruksela, 27 stycznia 2015 r.

Johan Hjertqvist

Założyciel i Prezes

Health Consumer Powerhouse Ltd.

Medicover S.A. z siedzibą w Belgii udzieliła bezwarunkowego grantu na przeprowadzenie badania EHCI 2014. Ponadto program HCP 2014 uzyskał wsparcie belgijskiej Fundacji Nowy Kierunek.

1. STRESZCZENIE

1.1. UWAGI OGÓLNE

Pomimo zastosowania wymuszonych przez kryzys mechanizmów oszczędnościowych, takich jak szeroko komentowane w mediach ograniczenia wzrostu wydatków 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 np. w silnie dotkniętych skutkami kryzysu krajach bałtyckich.

Niepokojące natomiast jest to, że odnotowana w poprzednim rankingu EHCI 2013¹ tendencja do pogłębiania się różnic w dochodach pomiędzy bogatymi a biedniejszymi krajami Europy widoczna jest jeszcze wyraźniej w aktualnej edycji badania. Aż 9 krajów z Europy Zachodniej uzyskało ponad 800 punktów na 1000 możliwych. Tuż za nimi uplasowały się trzy bogatsze kraje (Austria, Francja i Szwecja), które z różnych przyczyn odnotowały słabszy wynik. Pomędzy nimi a kolejną grupą krajów z regionu Europy Środkowo-Wschodniej i basenu Morza Śródziemnego widać już sporą przepaść. Rozwarstwienie jest tutaj dużo wyraźniejsze niż w którejkolwiek z wcześniejszych edycji badania.

1.2. WYNIKI W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2014 Holandia po raz kolejny zwiększa dystans od kraju zajmującego 2. pozycję, z poziomu 19 punktów w 2013 r. do 43 punktów w 2014 r. (w 2012 r. różnica ta wynosiła 50 punktów). Z ostatecznym wynikiem 898 punktów na 1000 możliwych jest dotychczasową rekordzistką rankingów EHCI od początku ich istnienia. Począwszy od Szwajcarii (855 punktów), wyniki EHCI 2014 pokazują, że w czołówce konkurencja jest coraz silniejsza: aż 9 krajów zdobyło ponad 800 punktów.

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w raporcie EHCI 2014 uwzględniono 48, a więc tyle samo, ile w poprzednim roku. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce klasyfikacji generalnej każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. W czterech z sześciu podkategorii EHCI 2014 Holandia jest liderem bądź zajmuje *exaequo* pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów. Jedyny obszar, w którym może poprawić swój wynik, to czas oczekiwania na leczenie. W tej kategorii prym wiodą niektóre kraje Europy Środkowej. Zazwyczaj HCP stara się podkreślić, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta, tzn. nie uzurpuje sobie prawa do rozstrzygania, które państwo europejskie dysponuje ogólnie najlepszym systemem opieki zdrowotnej.

Ponieważ trudno jest opracować Indeks HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2014 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 wysoką pozycję Szwajcarii w rankingu EHCI.

Brązową medalistką jest Norwegia z wynikiem 851 punktów; wysokie wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca wreszcie przyniosły efekty!

Finlandia (4. miejsce z wynikiem 846 punktów) zrobiła ogromny postęp i – jak się wydaje – rozwiązała tradycyjne problemy z długimi kolejkami oczekujących!

Dania (5. miejsce z 836 punktami) bardzo zyskała na wprowadzeniu podkategorii e-zdrowie. Pomimo tego, jak wynika z analizy długoterminowej przedstawionej w rozdziale 6, Dania nieprzerwanie poprawiała swój wynik – od chwili włączenia jej do badania w 2006 r. aż do roku 2014, kiedy to nasiliła się konkurencja.

Na wyniku uzyskanym przez Szwecję za doskonałe pod względem technicznym świadczenia jak zawsze negatywnie odbijają się nieustanne problemy z dostępnością i czasem oczekiwania pacjentów, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, których przykładem jest program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2014 roku Szwecja spadła na 12. miejsce z wynikiem 761 punktów.

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 cechuje duża różnorodność regionalna, co skutkuje przyznawaniem tym krajom dużej liczby „żółtych” ocen.

Zaskakująco dobre wyniki odnotowują systemy opieki zdrowotnej niektórych wschodnioeuropejskich krajów członkowskich UE, szczególnie Czech i Estonii, zwłaszcza biorąc pod uwagę dużo niższe wydatki tych krajów 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.

Spośród wszystkich krajów objętych zakresem badania od początku jego istnienia 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.

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 (klinik); w tegorocznym indeksie liczba ta wzrosła do ośmiu, co – mijmy

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 uzyskiwanych 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 – państwa od lat wspierające transgraniczną opiekę zdrowotną.

1.3. INTERESUJĄCE PRZYKŁADY KRAJÓW

1.3.1. HOLANDIA!!!

Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce klasyfikacji generalnej każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. Uzyskane przez nią w 2012 roku 872 punkty to, jak dotychczas, najwyższy wynik w historii Indeksów HCP. Jeszcze bardziej imponujący jest rezultat Holandii z 2014 roku: 898 punktów zdobytych w sytuacji, kiedy coraz trudniej jest uzyskać bardzo dobry wynik w wielu kategoriach jednocześnie – bo przecież żaden kraj nie jest mistrzem we wszystkim – naprawdę robi wrażenie. Tym, co uniemożliwiło Holandii przekroczenie magicznej bariery 900 punktów, był „czerwony” wynik za profilaktykę palenia ocenianą według Skali kontroli spożycia tytoniu (*Tobacco Control Scale*) z 2013 r. Podobnie, jedynym Indeks, w którym Holandia nie zajmowała miejsca w pierwszej trójce, był Indeks Zapobiegania Szkodliwym Skutkom Palenia Tytoniu (*Tobacco Harm Prevention Index*), który ujawnił liberalne holenderskie podejście do tej kwestii.

Ponadto, w okresie pomiędzy publikacją dwóch ostatnich edycji EHCI Holandia uzyskała 922 punkty w Europejskim Indeksie Diabetologicznym za rok 2014 (*Euro Diabetes Index, EDI*). Wynik ten w normalnych warunkach zapewniłby Holandii „złoty medal” w rankingu EDI. Tym razem 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.

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 ogólnie *najlepszym* systemem opieki zdrowotnej.

Począwszy od 2006 roku, HPC opracowuje nie tylko ogólny Indeks EHCI, ale także specjalistyczne indeksy dotyczące cukrzycy, opieki kardiologicznej, HIV, bólu głowy i wirusowego zapalenia wątroby. Holandia jest wyjątkowa, ponieważ zawsze znajduje się w grupie trzech czy czterech najwyższych sklasyfikowanych krajów, niezależnie od badanego obszaru ochrony zdrowia. Rodzi to silną pokusę sformułowania stwierdzenia, że niekwestionowany zwycięzca rankingu EHCI 2014 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. 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 podejmowane są przez specjalistów ochrony zdrowia przy wyjątkowo dużym udziale pacjentów. Wydaje się, że w tym kraju instytucje finansujące świadczenia medyczne oraz osoby niezwiązane zawodowo z opieką zdrowia, np. politycy czy urzędnicy, odsunięci są od procesu decyzyjnego w większym zakresie niż w pozostałych krajach europejskich. Już to, samo w sobie, może być głównym powodem tak zdecydowanego zwycięstwa Holandii w rankingu EHCI 2014.

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 jednak nie odbiega pod tym względem od większości pozostałych krajów.

Tradycyjny problem Holendrów związany ze słabą punktacją za „Czas oczekiwania” został w 2014 roku 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 2005–2014, kolejki pacjentów oczekujących na specjalistyczne leczenie istnieją, paradoksalnie, głównie w tych krajach, w których lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pełnią funkcję „odźwiernego” (a więc 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). Uważa się powszechnie, że obniża on koszty i zapewnia ciągłość opieki, co jest z pewnością korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie podanych w punkcie 8.10.2. źródeł dotyczących wskaźnika 2.2., nie istnieją żadne dowody potwierdzające hipotezę o redukcji kosztów. Ponadto, jak można przeczytać w punkcie 5.1., Holandia zwiększyła wydatki na opiekę zdrowotną, stając się krajem o najwyższej kwocie nakładów na opiekę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca (nie licząc 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 roku i od tamtej pory nic się nie zmieniło.

1.3.1.3. Ale holenderska opieka zdrowotna jest mimo wszystko bardzo kosztowna?

Kwestia ta została szczegółowo omówiona w raporcie EHCI 2013¹.

Jak się wydaje, rzeczywiste sposoby organizacji systemu opieki zdrowotnej w Holandii, które nie są oparte na modelu wielu płatników, mogłyby wyjaśnić wysoki koszt opieki zdrowotnej *per capita*. Jeśli kraj na to stać, nie ma 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.

1.3.2. SZWAJCARIA

Srebrna medalistka, 855 punktów (wzrost o 4 punkty w porównaniu z rokiem 2013).

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 (drugi to Belgia), które zdobyły wyłącznie „zielone” oceny w podkategorii „Dostępność”.

W 2014 r. Szwajcaria stoi na czele „ekstraklasy” krajów Europy Zachodniej, które uzyskały wyniki powyżej 800 punktów.

1.3.3. NORWEGIA

Trzecie miejsce, 851 punktów. Bogactwo Norwegii oraz bardzo wysokie wydatki na opiekę zdrowia *per capita* zdają się procentować – przez lata Norwegia pięła się powoli, ale systematycznie w rankingu EHCI. Norwescy pacjenci od zawsze narzekali na długi czas oczekiwania na leczenie; daje się tutaj zauważyć zmiany na lepsze. Kraj odnotowuje dobre wyniki leczenia, czasami jednak wykazuje zaskakująco restrykcyjne podejście do innowacyjnych leków, wynikające raczej z przyczyn natury niefinansowej.

1.3.4. FINLANDIA

Czwarte miejsce, 846 punktów. Jak pokazuje ranking EHCI, Finlandia znalazła się w gronie europejskich czempionów, osiągając najlepsze wyniki przy relatywnie niskich kosztach. Finlandia jest faktycznym liderem, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną oferującą najlepszy stosunek wartości do ceny.

W porównaniu ze Szwecją, Danią czy innymi krajami skandynawskimi fińska opieka zdrowotna jest nieco staromodna w tym sensie, że władze Finlandii nie przywiązują zbyt dużej wagi do jej „przyjaznego nastawienia” do pacjenta. Oznacza to, że czas oczekiwania jest wciąż długi, dostęp do zabiegów zwiększających

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

komfort życia pacjentów, jak np. operacje zaćmy czy opieka dentystyczna, jest ograniczony, a opłaty z własnej kieszeni, w tym za leki wydawane na receptę, są wyższe niż u skandynawskich sąsiadów.

Oznacza to prawdopodobnie, że publiczni płatnicy i politycy w Finlandii są mniej wyczuleni na założenia „konsumeryzmu zdrowotnego” niż ich koledzy z innych, zamożnych krajów. Nawet jeśli wyniki końcowe są znakomite, racjonowanie kosztownych zabiegów, takich jak przeszczepy nerek, ma swoje konsekwencje. Fińskie „sisu” nie jest remedium na ciężkie choroby.

1.3.5. DANIA

Dania szybko wspięła się na 2. miejsce dzięki wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie” w EHCI 2008. Kraj ten od chwili włączenia go do rankingu EHCI w 2006 roku niezmiennie pnie się do góry. Co ciekawe, Dania świetnie poradziła sobie z powrotem do struktury rankingu z 2007 roku, zachowując w edycji za rok 2012 srebrny medal i zdobywając 822 punkty. Jednakże wprowadzenie w 2013 roku podkategorii „Profilaktyka” osłabiło pozycję Danii, która straciła z tego powodu 20 punktów względem swoich agresywnych konkurentów. Mimo to zgromadziła imponujące 836 punktów, które dały jej 5. miejsce w rankingu EHCI 2014. Zgoła nienaukowym wyjaśnieniem przegranej w podkategorii „Profilaktyka” jest stwierdzenie „Przynajmniej umiemy korzystać z życia, dopóki jest to możliwe!”, czyli typowa duńska reakcja na informację, że przewidywana długość życia mężczyzny w Danii jest o 5 lat niższa niż w Szwecji.

Dania poczyniła również w ostatnich latach ogromny postęp w obszarze ograniczania współczynnika umieralności z powodu chorób serca.

Dania jest jednym z zaledwie trzech państw, które uzyskują wyniki w podkategorii „Swobodny wybór świadczeniodawcy w UE” po zaostrzeniu kryteriów w celu ich dostosowania do wymogów dyrektywy UE, a także w podkategorii internetowych rankingów szpitali z najlepszymi wynikami leczenia.

1.3.6. BELGIA

Belgijski system opieki zdrowotnej jest prawdopodobnie najbardziej szczodrym systemem w Europie. Po, jak się zdaje, zakończonych sukcesem działaniach zmierzających do zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń i standardów raportowania danych Belgia plasuje się na 6. miejscu w rankingu EHCI 2013 (zdobywając 797 punktów)². Dość przykrą niespodzianką jest to, że – jak wynika z bazy danych o zdrowiu OECD – Belgia, podobnie jak w 2012 roku, ma najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród osób hospitalizowanych z powodu ostrego zawału serca.

1.3.7. ISLANDIA

Z uwagi na swoje położenie geograficzne na Północnym Atlantyku Islandia musiała zbudować system opieki zdrowotnej zdolny (nie chodzi tu o rozmiary) do zapewnienia opieki kilku milionom ludzi, podczas

² Niektórzy mogliby powiedzieć, że system belgijski jest 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.

gdy obsługuje on tylko 300 000 Islandczyków. 7. miejsce dla Islandii, która zdobyła 818 punktów, nie było zaskoczeniem dla zespołu badawczego HCP.

Islandia jest w nieco gorszej sytuacji niż inne kraje ujęte w rankingu, ze względu na to, że nie jest ona członkiem UE. W 2014 roku islandzki system świadczeń farmaceutycznych dostarczył na potrzeby projektu EHCI dane dotyczące sprzedaży leków.

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.

W związku z brakiem profesjonalnego programu szkoleń dla lekarzy Islandia stosuje, i to z powodzeniem, 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 przy okazji zdobywali dużo rozmaitych 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!). 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 mógłbyś przyjąć tę pacjentkę?”. Odpowiedź jest zazwyczaj następująca: „Wsadź ją w samolot!”.

1.3.8. LUKSEMBURG

Luksemburg (8. miejsce, 814 punkty) jako najbogatszy kraj w UE byłoby stać na stworzenie własnego kompleksowego systemu opieki zdrowotnej. Jednak w odróżnieniu od Islandii kraj ten miał możliwość skorzystania ze swojego dogodnego 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.

1.3.9. NIEMCY

Niemcy (9. pozycja, 812 punktów) odnotowały gwałtowny spadek w rankingu EHCI 2012 z 6. miejsca w 2009 r. na miejsce 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 2014 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 potrzebował (jego „siłą była ilość, a nie jakość”). Wydaje się, że Niemcy przewyciężyły tradycyjną słabość swojego systemu opieki zdrowotnej, którą była duża liczba raczej małych szpitali ogólnych, niespecjalistycznych, co prowadziło do słabych ocen jakości leczenia.

Wśród informacji zwrotnych od krajowych organów systemu opieki zdrowotnej znalazła się odpowiedź niemieckiego Ministerstwa Zdrowia, nawiązująca do interesującego badania dotyczącego czasu oczekiwania w niemieckim systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Jest właściwie bez znaczenia, jakie faktycznie liczby zostały podane w tym badaniu; istotne jest to, że jednostka czasu użyta do zmierzenia i przeanalizowania dostępności podstawowej opieki zdrowotnej nie była określona w miesiącach, tygodniach czy dniach, ale w minutach.

1.3.10. AUSTRIA

Austria (10. miejsce, 780 punktów) odnotowała spadek w porównaniu z rankingiem z 2012 r. i nieznaczną poprawę w 2013 roku (por. Niemcy).

W 2014 r. Austria tworzy oddzielną grupę z Francją i Szwecją. Trio to od krajów z czołówki rankingu dzieli ponad 30 punktów, ale jednocześnie ma ono ponad czterdziestopunktową przewagę względem pozostałych uczestników rankingu. Wprowadzenie wskaźnika aborcji z pewnością 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 publicznej opieki zdrowia. Niezależnie od tego, czy Austria zasługuje na ocenę „czerwoną”, czy też ocenę **b.d.** dla tego wskaźnika, byłby to pewnie temat do debaty, gdyby nie brak oficjalnych statystyk aborcyjnych.

1.3.11. ZJEDNOCZONE KRÓLESTWO – ANGLIA A SZKOCJA

Anglia 14. miejsce, 718 punktów, Szkocja 16. miejsce, 710 punktów. Od kilku lat apelowano do HCP, aby Anglia i Szkocja były uwzględniane w rankingu osobno, gdyż „Szkocja ma swój własny Narodowy System Opieki Zdrowotnej”. W rankingu EHCI 2014 podział ten zastosowano po raz drugi. Kolejnym powodem wyodrębnienia Szkocji był fakt, że kraj ten wydaje o ok. 10% więcej na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na jednego mieszkańca niż Anglia. Czy ma to jakiegokolwiek znaczenie?

Szkocki Narodowy System Opieki Zdrowotnej (NHS) zasługuje na wyróżnienie za doskonały dostęp do dokumentacji medycznej przez internet (www.isdscotland.org/). Utworzono specjalną szkocką wersję bazy danych WHO Zdrowie dla wszystkich (*Health for All*) (2012), w której Szkocja jest przedstawiona jako osobny kraj. Jedyne kłopot ze szkockimi danymi polega na tym, że w systemie brytyjskim parametry niekoniecznie są mierzone w sposób kompatybilny z kryteriami WHO czy jakimikolwiek innymi. Dobrym przykładem jest sposób pomiaru spożycia alkoholu, w przypadku którego powszechną jednostką pomiaru jest „litr czystego alkoholu rocznie”. Szkockie dane mówią o „jednostkach alkoholu na dzień / na tydzień”. Na szczęście zarówno w przypadku tych, jak i innych parametrów ta sama metoda pomiaru występuje też w innych częściach Zjednoczonego Królestwa. Ze względu na to, że punktacja EHCI jest pomiarem względnym, szkockie wyniki dotyczące niektórych wskaźników zostały uzyskane poprzez porównanie z wynikami odnotowanymi dla Anglii.

Jednym z nich jest „Depresja”. Podstawą dla tego wskaźnika było badanie Eurobarometru, w którym Szkocja nie została uwzględniona. Szkocki „czerwony” wynik oparty został na doniesieniach BBC, z których wynikało, że w związku z depresją pomocy lekarskiej szuka każdego roku 15% mieszkańców Szkocji, czyli prawie dwukrotnie więcej osób niż w Anglii³.

Jak wskazuje zamieszczony po prawej stronie fragment macierzy EHCI, w przypadku 11 z 49 wskaźników Anglia i Szkocja mają różne wyniki. Jak wynika ze wskazań wykresów w punkcie 8.10, faktyczna różnica jest w większości przypadków nieznaczna. W końcu różnica w łącznej punktacji, 710 dla Szkocji i 718 dla Anglii, jest również niewielka.

Jedną z przyczyn nieznacznie słabszego wyniku Szkocji jest wskaźnik uwzględniający brytyjską „Dr. Foster” [jest to niezależna organizacja gromadząca i publikująca informacje dotyczące opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii]; Zjednoczone Królestwo było pionierem publikacji wyników leczenia dla pojedynczych szpitali. Obecnie brytyjski NHS rozwinął ten system („NHS Choices”) i poszedł nawet w kierunku publikowania wyników dla poszczególnych lekarzy, podczas gdy szkocki NHS nie udostępnia społeczeństwu danych dotyczących szpitali.

Interesującą częścią macierzy są wyniki leczenia zawału serca i udaru: gdyby w rankingu EHCI uwzględniono publicznie dostępne wskaźniki zdrowia, Szkocja uzyskałaby znacznie słabszy wynik niż Anglia. Można odnieść wrażenie, że szkocki system opieki zdrowotnej przygotował się na to i wiedząc, że choroby serca są poważnym problemem w Szkocji, zadbał o zapewnienie dobrej opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby układu krążenia. Ciekawym analogicznym przypadkiem byłaby Polska, w której wskaźnik zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia jest porównywalny ze wskaźnikami dla Niemiec czy Szwecji i jest o połowę niższy niż w Czechach czy krajach bałtyckich.

Jeden z ekspertów biorących udział w panelu skomentował dobry wynik Polski w następujący sposób: „Z pewnością mają dużo dobrych kardiologów!”.

Wskaźnik opieki kardiologicznej zmienił się od 2013 roku; dane dotyczące śmiertelności ulegają znacznym wahaniom, co nie jest tajemnicą. Wskaźnik z 2014 roku cechuje „gwałtowny spadek współczynnika umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca”. Umożliwiło to opracowanie wskaźnika udarów opartego na tej samej zasadzie. Anglia i Szkocja uzyskują ten sam wynik dla obu wskaźników. W 2013 roku Szkocja wyprzedziła Anglię w odniesieniu do wskaźnika Opieki kardiologicznej, co wyjaśnia, dlaczego Anglia uplasowała się wyżej w rankingu z 2014 roku.

Badanie EHCI obejmujące organizacje pacjenckie potwierdziło opinię brytyjskiej NHS, że ogromne nakłady finansowe poniesione w celu skrócenia czasu oczekiwania w ramach brytyjskiego systemu ochrony zdrowia opłaciły się, nawet jeśli Zjednoczone Królestwo wciąż leży w europejskiej „strefie kolejkowej” (zobacz punkt 6.6!). Niestety, w rankingu za rok 2014 Anglia odnotowała niewielkie pogorszenie wyników dotyczących Czasu oczekiwania, co potwierdzają angielskie doniesienia prasowe na temat dostępu do opieki zdrowotnej. Wysiłki zmierzające do zapewnienia czystości w szpitalach w celu ograniczenia liczby opornych zakażeń szpitalnych również się opłaciły: Anglia uzyskała „żółty” wynik dla tego wskaźnika. Ograniczenie odsetka opornych zakażeń szpitalnych z poziomu 45% do około 15% to wyjątkowe jak na kraj europejski osiągnięcie.

³ http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/1466882.stm

Niestety, Anglia również zdobywa „żółte” oceny dla wszystkich innych wskaźników dotyczących wyników leczenia, z wyjątkiem linii trendu dla zgonów sercowych.

Nie powinniśmy oczekiwać znaczących różnic między Anglią a Szkocją, tylko dlatego, że mają one odrębne systemy zarządzania opieką zdrowia. Podstawowa kultura organizacyjna w obu krajach jest zbliżona, nawet bardzo, i zakorzeniona w „systemie lekarzy pierwszego kontaktu”, co wiąże się – jak można przewidywać – z długim czasem oczekiwania na specjalistyczne świadczenia. Należy tutaj podkreślić, że niewiele dowodów potwierdza tezę, iż posiadanie osobnych systemów administracyjnych ma jakiegokolwiek znaczenie. Założenie, że różnice będą minimalne, jest zatem całkowicie naturalne.

Jeśli w ogóle ma to jakikolwiek związek z rzeczywistością, wyższe o 10% wydatki na opiekę zdrowia *per capita* w Szkocji mogą wynikać przynajmniej częściowo z czynników związanych ze zdrowiem publicznym, takich jak choroby serca, spożywanie alkoholu czy depresja, które stanowią poważniejszy problem w Szkocji niż Anglii. Dziesięcioprocentowa różnica w kosztach to duży problem dla sektora prywatnego. W sektorze publicznym, w tym zdrowotnym, różnice na poziomie ponad 30%, które nie przekładają się na znaczące dysproporcje w osiągniętych wynikach, nie są niczym zaskakującym.

1.3.12. IRLANDIA

22. miejsce w rankingu (bez uwzględniania Szkocji), spadek z miejsca 14. w 2013 roku.

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 roku. Jednakże na przestrzeni kilku lat, w trakcie których prowadzone było badanie EHCI, odpowiedzi irlandzkich organizacji pacjenckich na zamieszczone w sondażu pytania stawały się coraz bardziej pesymistyczne. Jest ogólnie wiadome, że klienci/pacjenci zapamiętują lepiej zdarzenia mniej przyjemne. Jednak w związku z tym, że te same negatywne oceny pojawiły się ponownie w rankingu za rok 2014 – spośród 37 krajów Irlandia i Szwecja są najgorzej oceniane przez rodzime organizacje pacjenckie w kategorii „Dostępność” – pojawiają się wątpliwości co do wiarygodności oficjalnych statystyk.

W rankingu za rok 2014 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.

Problemem jest również to, że Irlandia jest krajem o najwyższym odsetku populacji, która wykupuje podwójne ubezpieczenie zdrowotne (>40%; spadek z 52% odnotowanych dwa lata temu). 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?⁴

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 ciąży dla jej zdrowia, w tym ryzyka popełnienia samobójstwa, jest naprawdę nieznacznym krokiem naprzód na drodze prowadzącej do uznania prawa do aborcji za prawo przysługujące każdej kobiecie.

4 OECD Health at a Glance, 2012.

1.3.13. SZWECJA

Szwecja spadła w rankingu EHCI 2013 z 6. na 11. miejsce, zdobywając 756 punktów, co było wynikiem jedynie o 6 punktów niższym od uzyskanego w 2012 roku [miała wówczas 762 punkty]. W rankingu EHCI 2014 Szwecja odnotowała spadek o kolejne miejsce na 12. pozycję z 761 punktami. Nie można jednak powiedzieć, że powodem utraty pozycji Szwecji jest spadek jakości opieki zdrowotnej w tym kraju. Inne kraje poczyniły po prostu większe postępy. W rankingu za rok 2014, w którym dziewięć krajów odnotowało wynik powyżej 800 punktów, Szwecja, Francja i Austria tworzą wyróżniające się trio. Co prawda od krajów z czołówki rankingu dzieli je ponad 30 punktów, ale jednocześnie mają one ponad czterdziestopunktową przewagę nad pozostałymi uczestnikami badania.

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 straciła decydujące punkty, ponieważ po wprowadzeniu wskaźnika „aborcja” nie ma już wyłącznie „zielonych” ocen w podkategorii Wyniki leczenia. Kraj ten znajduje się w grupie nielicznych krajów EŚW, w których wykonuje się więcej niż 30 aborcji na 100 urodzeń żywych, co z kolei jest prawdopodobnie reliktem okresu sprzed 1990 roku. W Rosji aborcja jest wciąż traktowana jako powszechny środek antykoncepcyjny; na 100 narodzin wykonuje się tam 95 zabiegów przerwania ciąży [co i tak świadczy o zmianach na lepsze; w połowie lat 90. liczba ta wynosiła 160]. Należy podkreślić, że EHCI ocenia krytycznie cztery kraje, w których aborcja jest prawnie zakazana.

Jednocześnie 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 zwiększania nakładów finansowych („Kolejkomiliardy”). Sondaż HCP skierowany 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, jeśli 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 nieładzi wydaje się długi czas oczekiwania przez pacjentów cierpiących na nowotwory, i to nie tylko w stołecznym Sztokholmie.

Innymi słowy: dlaczego system opieki zdrowotnej w Albanii może funkcjonować przy praktycznie zerowym czasie oczekiwania, a nie jest to możliwe do osiągnięcia przez szwedzką opiekę zdrowia?

1.3.14. PORTUGALIA

Portugalia kontynuuje swój niezwykle skok do góry. W 2013 roku zajmowała 16. miejsce w rankingu z 671 punktami (wznosząc się z pozycji 25. w 2012 roku). W 2014 r. Portugalia awansowała na 13. miejsce, zdobywając 722 punkty i plasując się wyżej niż Wielka Brytania! Jest to tym bardziej niezwykle, że Portugalia jest jednym z krajów najbardziej poszkodowanych przez kryzys w strefie euro.

1.3.15. CZECHY

Czechy zawsze były gwiazdą wśród krajów EŚW i w 2014 roku utrzymały swoje 15. miejsce w rankingu, stając na czele grupy krajów EŚW i zajmując pozycję pomiędzy Anglią a Szkocją.

1.4. BAŁKANY

Obecnie w rankingu EHCI pojawia się aż 9 krajów bałkańskich, z których 4 są członkami UE, a 5 kolejnych aspiruje z różnym zaangażowaniem o wstąpienie do Unii, dlatego warto dokładniej przyjrzeć się temu regionowi.

Termin Bałkany obejmuje⁵ następujące kraje uwzględnione w rankingu EHCI 2014:

- Albanie
- Bośnię i Hercegowinę
- Bułgarię
- Chorwację
- Grecję
- Republikę Macedonii
- Czarnogórę
- Rumunię
- Serbię.

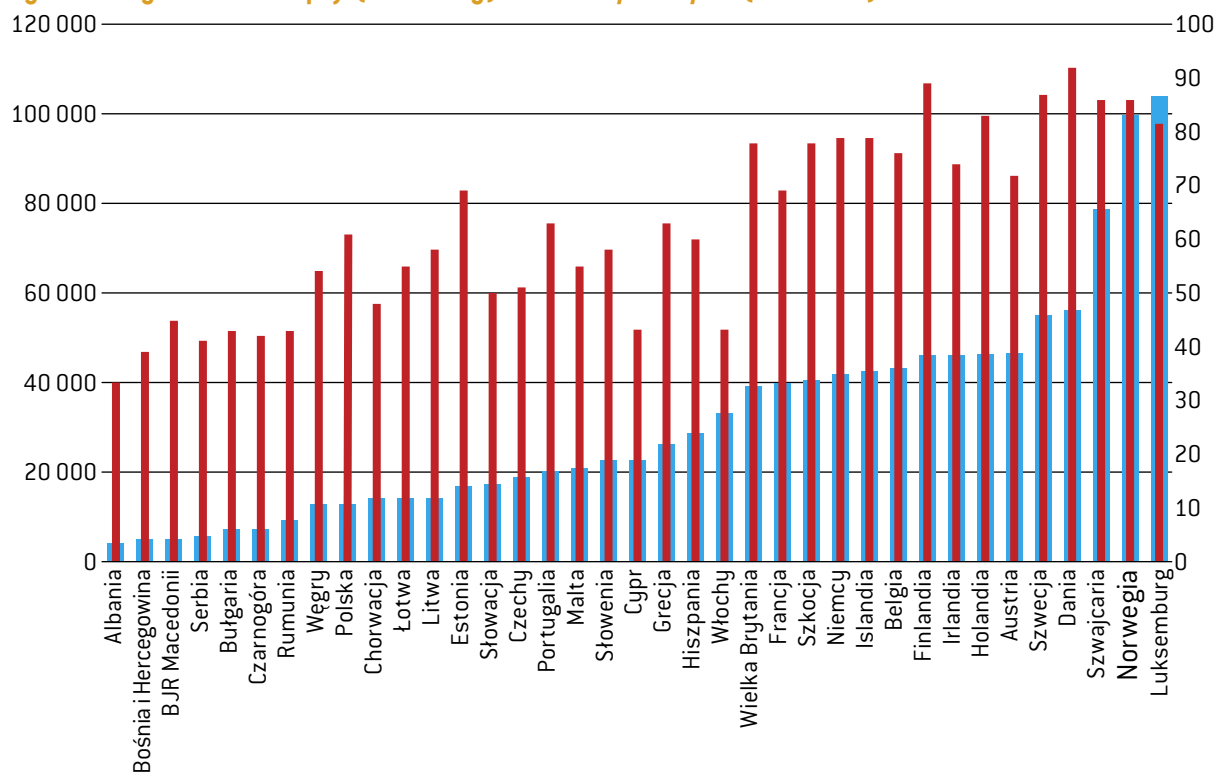
Pomimo tego, że Słowenia nie jest geograficznie zaliczana do Bałkanów, a przynajmniej nie wszyscy podzielają ten pogląd, zostanie omówiona w tym punkcie ze względu na swoje historyczne powiązania z Jugosławią, której była częścią w latach 1918–1991.

Jak wynika z wykresu zamieszczonego poniżej, z wyjątkiem Grecji, Słowenii i Chorwacji na Bałkanach znajdują się najbiedniejsze kraje uwzględniane w rankingu EHCI. Niestety, wiąże się to z wysokim poziomem korupcji badanym przez Transparency International⁶. Jak pokazuje wykres, istnieje dość silna współzależność pomiędzy biedą a wysokim poziomem korupcji, przy czym Grecja i Włochy są tutaj niechlubnymi wyjątkami, gdyż osiągają gorszy wynik Wskaźnika korupcji, niż można by oczekiwać po krajach o takim poziomie zamożności. Pytanie, czy bieda prowadzi do korupcji, czy też korupcja powoduje/podtrzymuje biedę, wykracza poza zakres badania EHCI.

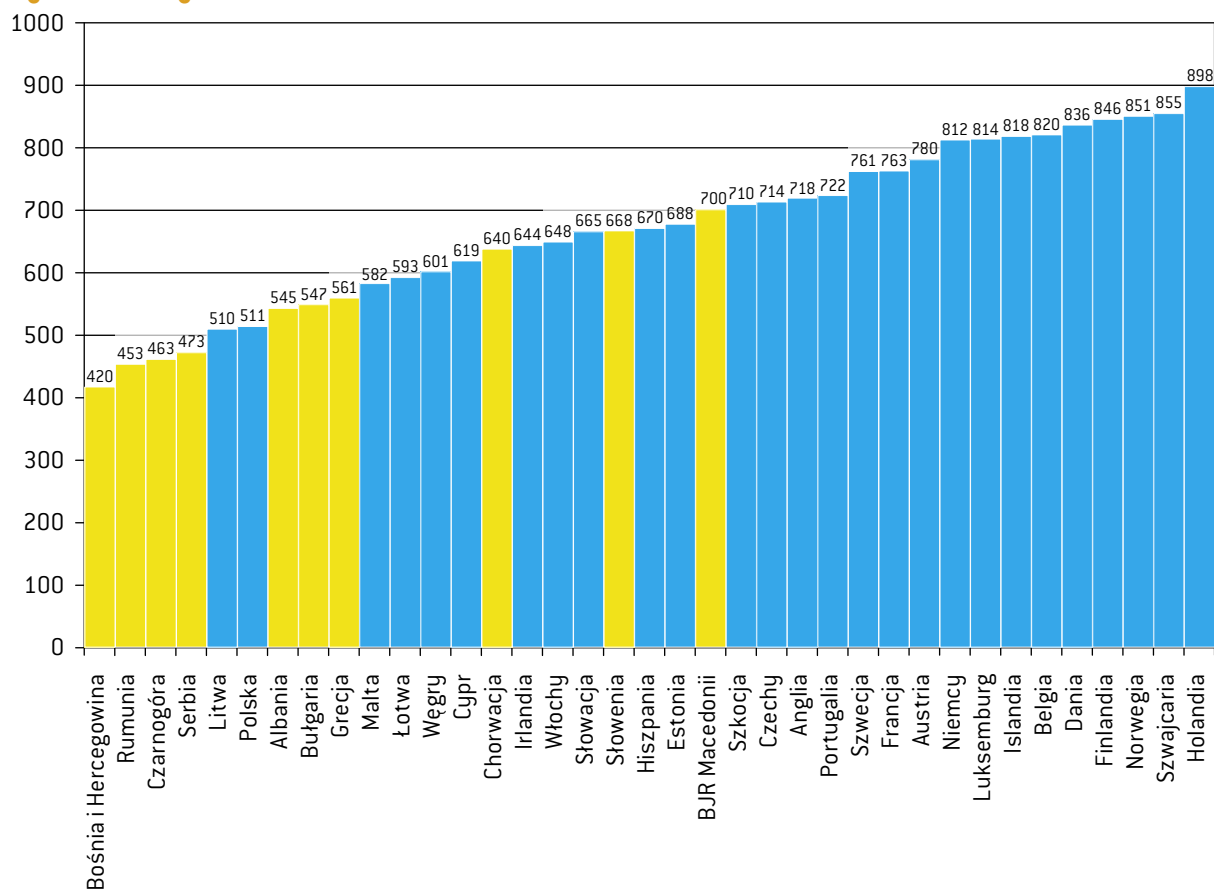
⁵ Bideleux, Robert; Taylor, Richard (1996). *European integration and disintegration: east and west*, s. 249.

⁶ <http://www.transparency.org/cpi2014/results>

Rys. 1.2. Wynik dot. korupcji (czerwony) oraz PKB per capita (niebieski)



Rys. 1.2–2. Wyniki końcowe EHCI 2014



Rys. 1.2. Wynik dot. korupcji oraz PKB w przeliczeniu na mieszkańca. PKB dla Bałkanów oznaczone jest ciemnoniebieskimi (szerokimi) słupkami. Na skali określającej poziom korupcji wynik 100 oznacza kraj wolny od korupcji; im niższy wynik, tym korupcja przybiera poważniejsze formy. Z pominięciem Grecji i Włoch, istnieje dość bliska współzależność ($R = 81\%$) pomiędzy biedą a korupcją.

Rys. 1.2–2. Wyniki końcowe rankingu EHCI 2014 z oznaczonymi na żółto krajami bałkańskimi.

1.4.1. REPUBLIKA MACEDONII

Podczas wojny w byłej Jugosławii w pierwszej połowie lat 90. walki nie toczyły się na terytorium Republiki Macedonii. Jednakże kraj ten uległ poważnej destabilizacji podczas wojny w Kosowie w 1999 r., kiedy to około 360 000 uchodźców pochodzenia albańskiego szukało w nim schronienia. Większość z nich wyjechała zaraz po zakończeniu walk.

Republika Macedonii jest absolutnym „Przebojem Roku”. Kraj zajął 16. miejsce w rankingu EHCI 2014, z wynikiem ponad 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.

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 ciężkiego sprzętu diagnostycznego dostępnego w kraju i dokonać rezerwacji w dowolnym miejscu w 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 mniej więcej 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., koniec kropka!”.

Macedoński system skierowań/rejestracji może być wzorem dla innych krajów. Jaki wynika stąd przekaz dla pozostałych europejskich ministrów i innych osób odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej? „Idźcie i wy czyńcie podobnie”⁷. Należy jednocześnie pamiętać, że wdrożenie programu e-zdrowie wymaga czasu, a problemy są nieuniknione, przynajmniej zanim pacjenci przyzwyczają się do nowo nabytych uprawnień i swobody wyboru.

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.

1.4.2. ALBANIA

30. miejsce, 545 punkty. Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego Ministra Zdrowia. Jak wynika z informacji zamieszczonych w punkcie 5.1., Albania dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami

⁷ Łukasz 10:37.

sektora ochrony zdrowia. Przed zajęciem ostatniego miejsca ratuje ją doskonały wynik w podkategorii „Dostępność”. Również w 2014 r. organizacje pacjenckie potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, które twierdzi, że kolejki oczekujących w zasadzie nie istnieją.

Albańskie Ministerstwo Zdrowia wyjaśniło tę sytuację w następujący sposób: „Albańczycy to twardzi ludzie, którzy do lekarza trafiają tylko wtedy, gdy nie mogą już iść o własnych siłach”, 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 ten sam problem co pozostałe kraje bałkańskie, z wyjątkiem Słowenii: trudno oszacować, które świadczenia medyczne są faktycznie dostępne w ramach bezpłatnej opieki zdrowotnej, czyli bez konieczności wnoszenia nieformalnych opłat.

1.4.3. BOŚNIA I HERCEGOWINA (BIH)

BiH boryka się z ogromnymi trudnościami. Ponieważ Republika Serbska z nieoficjalną stolicą w Banja Luce kontroluje ponad połowę terytorium kraju, rząd „federalny” w Sarajewie ma niewielki wpływ na to, co dzieje się w kraju. BiH zajmuje ostatnie miejsce w rankingu EHCI 2014, głównie ze względu na **b.d.** dla wielu wskaźników. Sondaż przeprowadzony w ramach badania EHCI nie spotkał się z żadnym odzewem w BiH. Jednakże, biorąc pod uwagę ogólną sytuację w kraju, można przypuszczać, że wynik nie uległby zmianie, nawet gdyby dane te były dostępne.

Podobnie jak w wielu innych krajach bałkańskich również w BiH poważnym problemem jest odpływ talentów. Oczywistą decyzją młodych lekarzy, którzy szukają zatrudnienia, jest emigracja do zamożnych krajów UE, z których Niemcy uznawane są za najatrakcyjniejsze miejsce.

1.4.4. SERBIA

33. miejsce, 473 punkty.

Po uwzględnieniu Serbii po raz pierwszy w rankingu EHCI z 2012 roku, 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 zdrowia. Jedyнным wskaźnikiem odnoszącym się bezpośrednio do korupcji jest wskaźnik „Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom” i tutaj Serbia otrzymała „czerwony” wynik. Niestety również w 2013 roku Serbia znalazła się na ostatnim miejscu w rankingu.

Wybory przeprowadzone w Serbii w kwietniu 2014 r. przyniosły zmianę, odsuwając od władzy rządzącą nieprzerwanie od kilku lat ekipę. Nowy rząd zdaje się podejmować rzeczywiste próby zreformowania systemu ochrony zdrowia. Przejawem tego jest mianowanie prezesa organizacji Lekarzy przeciwko korupcji (Doctors Against Corruption) Specjalnym Doradcą Ministerstwa Zdrowia.

W 2014 r. Serbia wyprzedziła nie tylko Bośnię i Hercegowinę oraz Czarnogórę, ale również Rumunię. Pomimo tego kraj musi wykonać jeszcze sporo pracy, zanim doścignie lepiej rozwinięte kraje bałkańskie.

1.4.5. CZARNOGÓRA

34. miejsce, 463 punkty. Czarnogóra rywalizuje z Serbią i Rumunią o to, aby nie zostać sklasyfikowaną na przedostatnim, 35. miejscu w rankingu EHCI. Do 2006 r. kraj pozostawał w unii z Serbią. Sytuacja systemu opieki zdrowotnej Czarnogóry przypomina panującą w Serbii. Jedną z okoliczności działających na korzyść Czarnogóry jest masowy napływ rosyjskiego kapitału, któremu, w chwili sporządzania niniejszego raportu, zagrozić mogą sankcje nałożone na rosyjskich kapitalistów po zajęciu Krymu.

Opieka zdrowotna w Czarnogórze ma spory potencjał: rezultaty dotyczące wyników leczenia są dobre w porównaniu z uzyskanymi przez sąsiednie kraje. Populacja kraju wynosi zaledwie 650 tysięcy ludzi, co umożliwia szybkie przeprowadzenie reform.

1.4.6. GRECJA

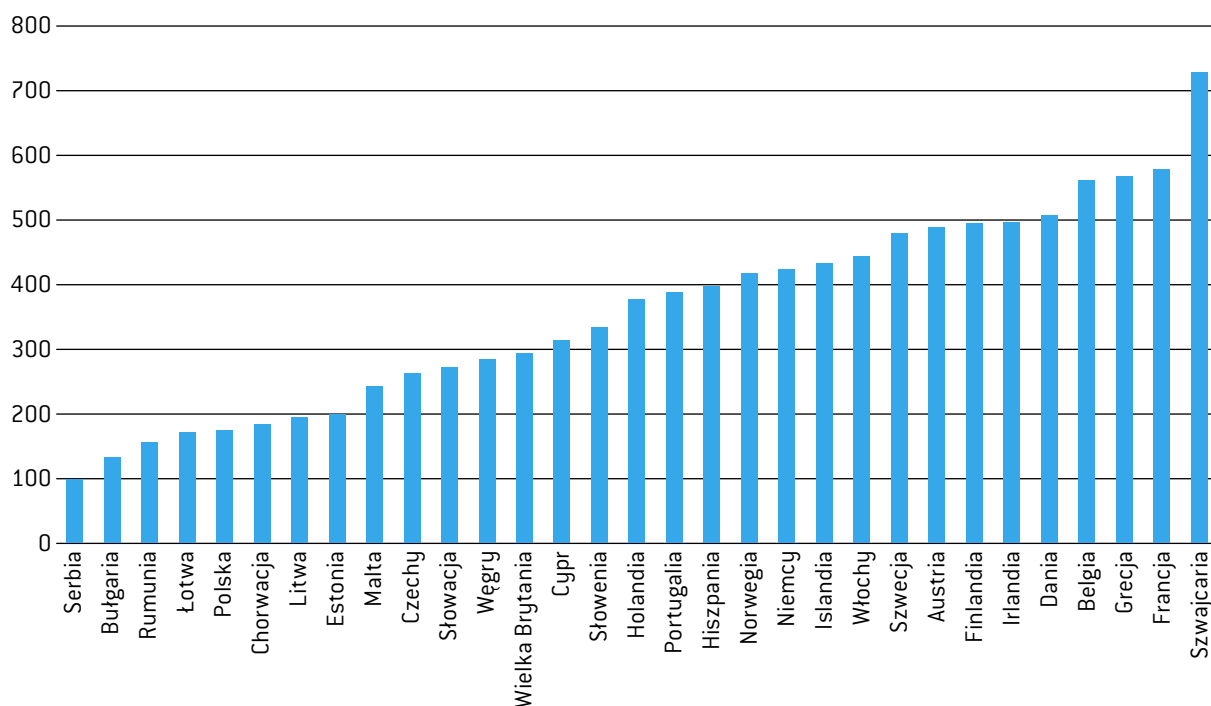
Na 28. miejscu (nie licząc Szkocji), spadek z 22. pozycji w 2012 r. i 25. w 2013 r.

Grecja odnotowała dramatyczny spadek wydatków *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 kosztów opieki zdrowotnej poważniejszego niż chwilowy spadek rzędu ok. 10% (zobacz 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 zawierający dane z końca 2012 r., Grecja wciąż ma 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.

Istotna zmiana nastąpiła w Grecji, jeśli chodzi o gotowość 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.

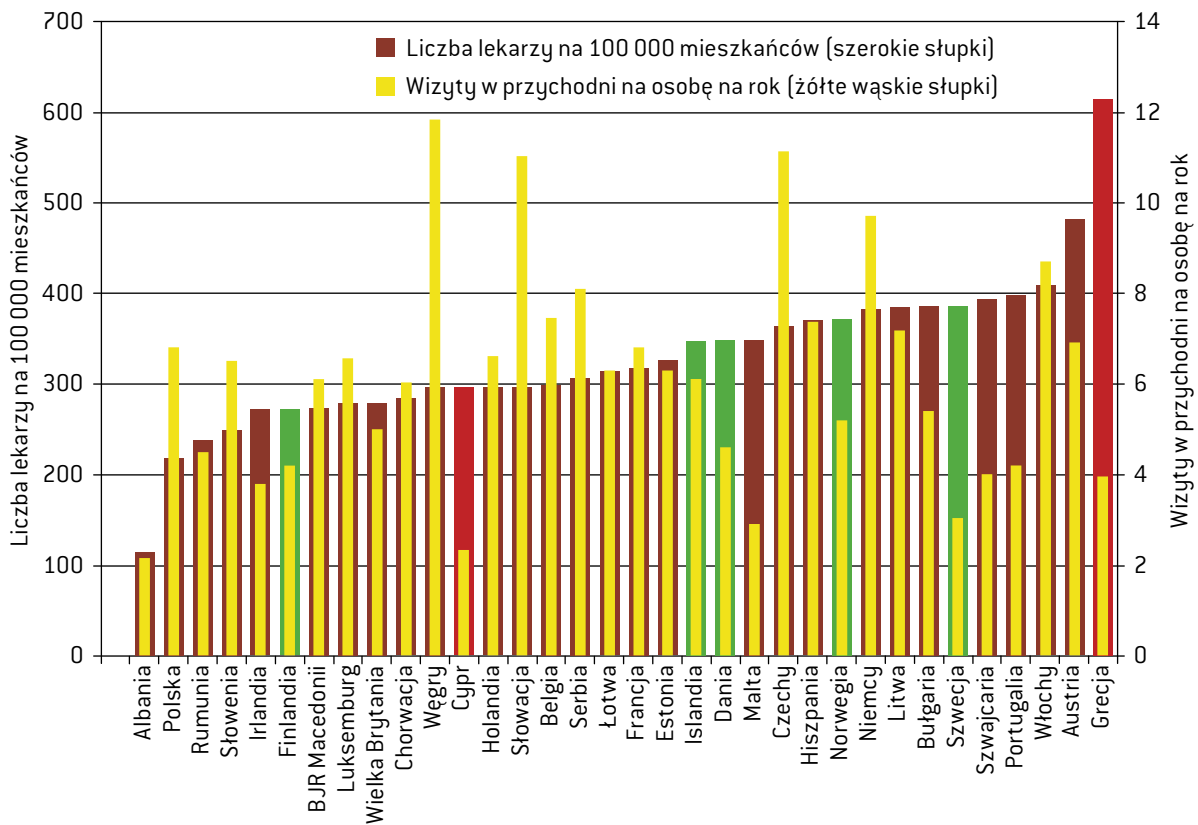
Rys. 11.11. Sprzedaż środków farmaceutycznych EUR/*per capita*, leki sprzedawane na receptę (Rx) oraz leki sprzedawane bez recepty (OTC) (2012)



Źródło: EFPIA oraz baza danych HfA WHO.

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 zdrowia stworzony na podstawie informacji uzyskanych od organizacji pacjenckich nie świadczy bynajmniej o istnieniu zdrowej konkurencji mającej na celu zapewnienie świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.

Rys. 1.1.12 Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców oraz liczba wizyt lekarskich per capita



Wydaje się zupełnie niewiarygodne, aby Grecja mogła sobie pozwolić na utrzymanie tak ogromnej liczby lekarzy i farmaceutów (raport z 2013 roku mówi o ponad 6 lekarzach na 1000 osób) bez bardzo znaczącego obniżenia wysokości przyznawanego wynagrodzenia.

Warto wspomnieć o wskaźnikach dotyczących wyników leczenia, które wcale nie wskazują na pogorszenie wyników Grecji.

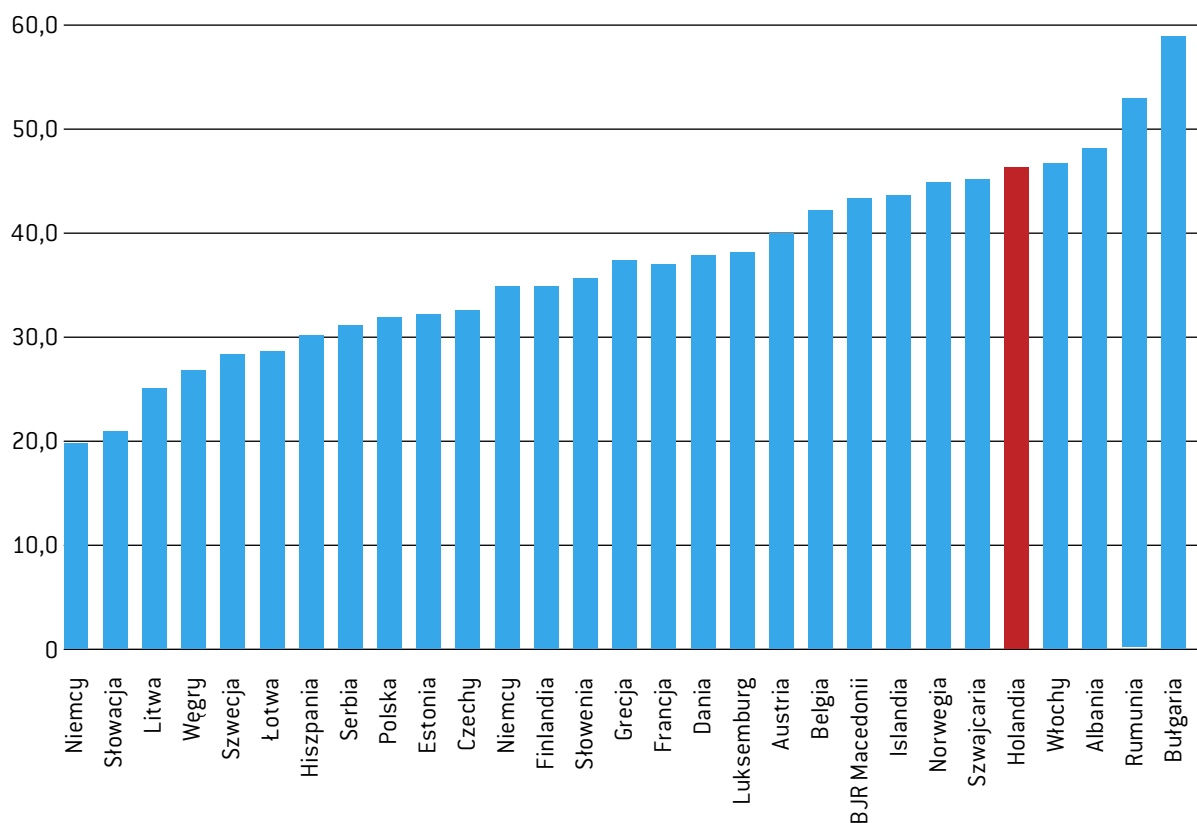
1.4.7. RUMUNIA

35. miejsce, 453 punkty.

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 wyniku 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. 1.2.7. Wydatki na hospitalizację jako odsetek całkowitych wydatków



Źródło: Bazy danych HfA WHO, lipiec 2013.

Im wyższy jest udział opieki szpitalnej, tym bardziej przestarzała jest struktura systemu opieki zdrowotnej. O ile Holendrzy, Szwedzi i Norwegowie 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.

1.4.8. BUŁGARIA

29. miejsce, 547 punkty.

Bułgaria zrobiła ogromny postęp w okresie od 2012 do 2013 roku, 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 ma wciąż pewne wątpliwości, czy wysokie wskaźniki dostępności w latach 2013–2014 są wiarygodne.

1.4.9. CHORWACJA

23. miejsce, 640 punktów. Do czasu macedońskiego cudu w 2014 r. Chorwacja (a jeszcze bardziej Słowenia) stanowiły dla innych krajów byłej Jugosławii niedościgniony wzór. Pomimo skromnego jak na europejskie standardy wskaźnika PKB *per capita*, chorwacka opieka zdrowia z powodzeniem przeprowadza

zaawansowane i kosztowne procedury, jak np. operacje przeszczepu nerki. Z liczbą około 50 transplantacji na milion mieszkańców Chorwacja znajduje się w czołówce krajów europejskich.

1.4.10. SŁOWENIA

19. miejsce, 668 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). Ta różnica nie mogła powstać w niewiele ponad dwie dekady. Jugosławia pod rządami Tita musiała być krajem wewnętrżnych nierówności.

19. miejsce Słowenii to wynik zasługujący na uznanie, zwłaszcza biorąc pod uwagę niedawną historię kraju. 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 zajmuje 2. miejsce w Europie w Europejskim Rankingu WZW – oraz wskaźnika dla cukrzycy – kraj został zaklasyfikowany na 6. miejscu Europejskiego Indeksu Diabetologicznego 2014^{8, 9}.

1.5. CZY KRYZYS FINANSOWY MIAŁ WPŁYW NA EUROPEJSKIE SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ?

To jedno z pytań najczęściej zadawanych zespołowi HCP podczas spotkań z decydentami odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną. Problem ten zajmował szczególne miejsce w pracach nad rankingiem EHCI 2012.

W EHCI 2013 wprowadzono więcej wskaźników w podkategoriach „Zasięg i zakres świadczeń” oraz „Środki farmaceutyczne”, a także w nowej podkategorii „Profilaktyka” (łącznie 48 wskaźników; w 2012 roku – 42). Im więcej jest wskaźników, tym trudniej przychodzi poszczególnym krajom osiągnięcie wysokich wyników, bo przecież żaden kraj nie jest najlepszy we wszystkim. Gdyby liczba wskaźników została bardzo zwiększona, kraje zbliżyłyby się zapewne do średniego wyniku wynoszącego 667 punktów. Co więcej, z wyłączeniem kilku wskaźników, rozłożenie punktacji jest zdecydowanie względne, stąd trudno posłużyć się tylko i wyłącznie średnim wynikiem, aby wykryć zaistniałe na przestrzeni lat różnice.

Jednakże całościowy wynik zdaje się wskazywać na możliwy makroekonomiczny skutek kryzysu finansowego. Na rys. 4.1, ukazującym punktację ogólną, najwyższe wyniki w rankingu 2014 roku należą do krajów bogatych, co jest bardziej widoczne w tej niż w 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.

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

9 <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

Analiza wyników na poziomie wskaźnika ujawniła następujące tendencje:

1.5.1. JAKOŚĆ WYNIKÓW LECZENIA STAŁE SIĘ POPRAWIA

Na przestrzeni lat zaobserwować można poprawę wskaźników takich jak „Przeżywalność chorych na raka” czy „Umieralność niemowląt”. Dotyczy to także krajów bałtyckich, które doświadczyły negatywnych skutków kryzysu w stopniu porównywalnym do krajów Europy Południowej czy Irlandii. Przykładem są tu Litwa i Łotwa, które odnotowały niezwykle spadek wskaźnika „Umieralność niemowląt”, i to w okresie największego zaciskania pasa.

Jest to prawdopodobnie zasługa lekarzy znanych z tego, że niełatwo nimi zarządzać – sygnały napływające od menedżerów i polityków są przez nich często ignorowane. Odnosi się to przede wszystkim do kwestii świadczenia usług kiepskiej jakości. Taka opinia wystawiłaby lekarzy na krytykę ze strony środowiska zawodowego, które, w większości przypadków, ma znacznie większą siłę oddziaływania niż niejeden zarząd czy budżet.

1.5.2. OPÓŹNIENIA LUB OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WPROWADZANIA NOWYCH ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH

Jak pokazują Wskaźniki 6.3–6.5 (punkt 8.10.6), oszczędzanie na wprowadzaniu/wdrażaniu leków, w szczególności nowych, opatentowanych (kosztownych) środków farmaceutycznych, wydaje się bardzo powszechną taktyką ograniczania wydatków na opiekę zdrowia w wielu krajach. Zjawisko to zaobserwowano już w poprzednich Indeksach HCP¹⁰.

Jest ono szczególnie wyraźne w przypadku Grecji, kraju, który dawniej chętnie i sprawnie wprowadzał nowe leki. W 2010 roku wydatki budżetu na leki refundowane dla 11 milionów ludzi wyniosły w Grecji 8 miliardów euro. Dla porównania, Szwedzi wydali w tym samym okresie 4 miliardy euro dla 9,5 miliona ludzi, przy czym ceny leków w Grecji są tradycyjnie niższe. Grecka gotowość do wprowadzania nowych leków osłabła wraz z wprowadzeniem zamienników leków.

Pomimo to jeszcze w 2012 r. Grecja zajmowała 3. miejsce w Europie pod względem spożycia leków wyrażonego jako wartość pieniężna.

1.6. BBB; 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 niefachowców od podejmowania faktycznych decyzji dotyczących prawdopodobnie najbardziej skomplikowanego sektora na świecie, czyli opieki zdrowia. Model Beveridge’a sprawdza się jedynie w krajach o małej liczbie ludności, takich jak Islandia, Dania czy Norwegia.

¹⁰ The Euro Hepatitis Index 2012, <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-Hepl-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

1.6.1. JAKIE SĄ CECHY CHARAKTERYSTYCZNE OBU SYSTEMÓW?

Wszystkie publiczne 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 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 zapewnianie 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 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 2006–2009, 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 korzystające z tego modelu – Zjednoczone Królestwo, Hiszpania i Włochy – zajmują zbliżone pozycje mniej więcej w połowie długości Indeksu. Zjawisko to można wyjaśnić na (co najmniej) dwa sposoby:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga wysoko rozwiniętych umiejętności menedżerskich, 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 współpracy, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Jest wątpliwe, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i świadczenia dodatkowe pozwalające pozyskać takich menedżerów.

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 przetrząść punkt ciężkości na *organizację*, którą z uzasadnionym poczuciem dumy budowali od dziesięcioleci (lub pewne aspekty jej funkcjonowania, takie jak tworzenie miejsc pracy w ich 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 roku dotycząca praw pacjenta do transgranicznej opieki zdrowotnej jest doskonałym przykładem tej tendencji. Aby stać się wpływowym graczem, który oddolnie przygotowuje grunt pod reformy, konsument musi zdobyć dostęp do wiedzy umożliwiającej porównywanie kierunków polityki zdrowotnej, oferowanych świadczeń i wyników dotyczących jakości. Europejskie Konsumenckie Indeksy Zdrowia stanowią próbę dostarczenia konsumentom potrzebnych do tego narzędzi. Oprócz korzyści, jakie zastosowanie przejrzystych mierników przynosi konsumentom, prowadzi to do poprawienia jakości i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, ponieważ wyniki są publikowane i analizowane w sposób jawny, systematyczny i powtarzalny.

2.1. PODSTAWOWE INFORMACJE

Od 2004 roku HCP wydaje różne publikacje porównawcze na temat systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Pierwszą z nich był Szwedzki Konsumencki Indeks Zdrowia z 2004 roku (dostępny także w wersji angielskiej). Tworząc ranking 21 rad okręgowych na podstawie 12 zasadniczych wskaźników dotyczących „kształtu” polityki systemowej, wyboru, jakim dysponują konsumenci, poziomu świadczeń i dostępu do informacji, wprowadziliśmy ocenę porównawczą jako 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 dostępnym 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, w jakim stopniu narodowe systemy opieki zdrowotnej są „przyjazne dla użytkowników”. Stworzono w ten sposób podstawę do porównywania systemów opieki zdrowotnej różnych krajów.

Ponadto od 2008 roku HCP znacząco poszerzyła program porównawczy:

- W styczniu 2008 roku kanadyjski Frontier Center i HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Konsumencki Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja z 2009 r. została opublikowana w maju 2009 roku.
- Europejski Konsumencki Indeks Opieki Kardiologicznej opublikowany w lipcu 2008 roku porównuje 29 europejskich systemów opieki kardiologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach obejmujących 28 wskaźników efektywności.
- Pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia została opublikowana we wrześniu 2008 roku 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 Konsumencki Indeks Opieki Diabetologicznej opublikowany we wrześniu 2008 roku jest

pierwszym rankingiem oceniającym europejskie systemy opieki zdrowotnej pod kątem świadczeń udzielanych osobom chorym na cukrzycę. Ranking obejmuje pięć kluczowych kategorii: informacje, prawa konsumenta i możliwość wyboru, szczodrość systemu, profilaktykę, dostęp do procedur i wyniki leczenia.

- Inne opublikowane indeksy to Europejski Indeks HIV 2009, Europejski Indeks Bólu Głowy 2012 oraz Europejski Indeks WZW 2012.
- Tegoroczna edycja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia obejmuje 48 wskaźników skuteczności 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: konsumentom, którzy mogą podejmować świadome decyzje i działania; rządowi, władzom i świadczeniodawcom, w przypadku których większe skupienie na zadowoleniu konsumenta i wynikach jakościowych sprzyja zmianom; a także mediom, którym ranking oferuje jednoznaczne fakty ze szczyptą sensacji przydatne w dziennikarstwie konsumenckim. 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 wiele mówią na temat sposobu świadczenia usług w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej.

2.3. O AUTORZE

Pracami nad indeksem EHCI 2014 kierował **dr Arne Björnberg**, prezes i dyrektor Generalny Health Consumer Powerhouse.

Dr Björnberg ma doświadczenie zdobyte na stanowiskach dyrektora ds. badań w Szwecji. 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 2005–2013, Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Opieki Kardiologicznej z 2008 r. oraz uczestniczył w wielu innych projektach związanych z indeksami.

3. KRAJE UWZGLĘDNIONE W RAPORCIE

W 2005 roku ranking EHCI objął 12 krajów i uwzględnił 20 wskaźników; tegoroczny indeks opisuje 28 krajów członkowskich UE, a także Norwegię i Szwajcarię oraz kraje kandydujące: Republikę Macedonii, Albanię, Islandię i Serbię oraz Czarnogórę i Bośnię i Hercegowinę.

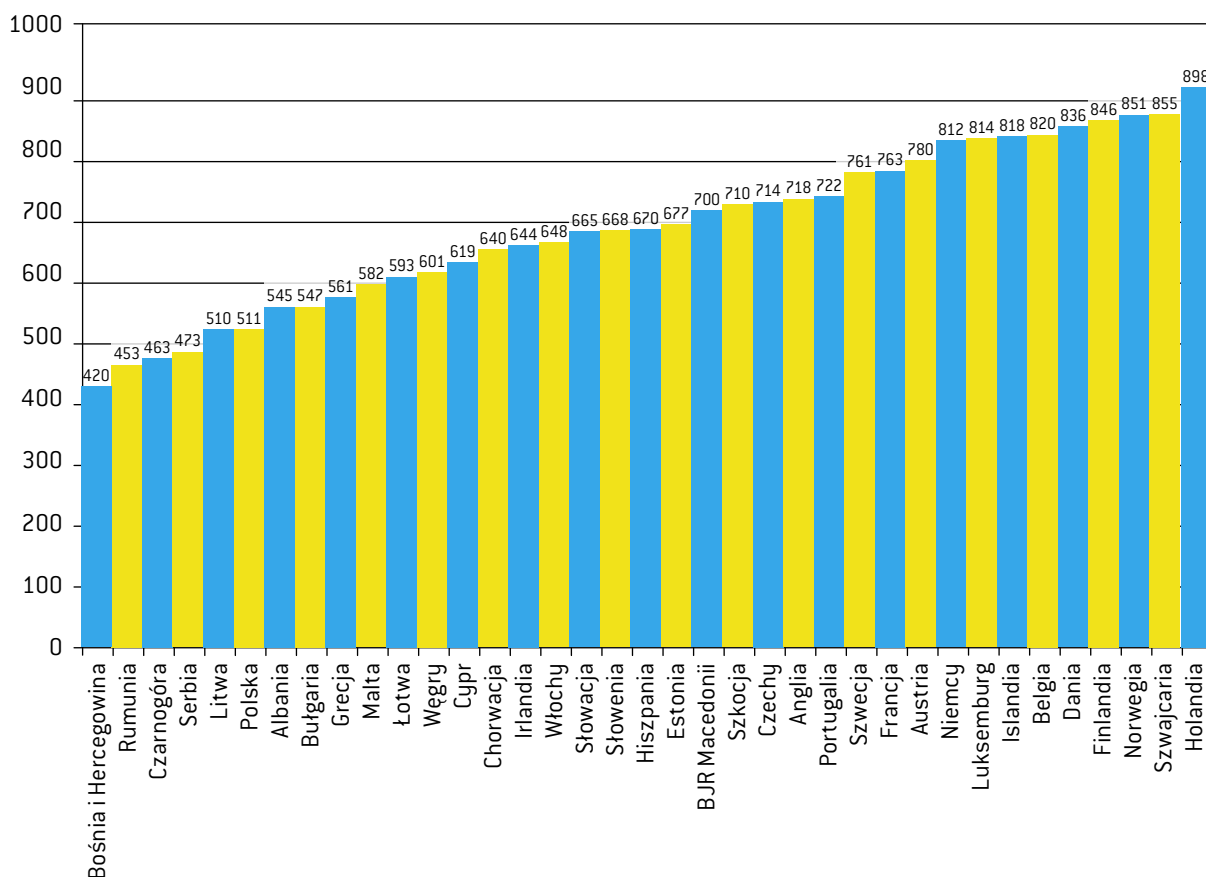
W ramach eksperymentu Szkocja, posiadająca własny Narodowy System Opieki Zdrowotnej, została oceniona w EHCI 2013 i 2014 jako osobny kraj. Wyniki wyraźnie wskazują na to (Anglia 718 punktów, Szkocja 710 punktów), że odrębne systemy administracyjne nie są kluczem decydującym o jakości opieki w ramach systemu ochrony zdrowia. Istnieje również kilka obszarów opieki zdrowotnej, w których regionalne różnice pomiędzy Anglią a Szkocją są większe niż różnice, które można by zaobserwować pomiędzy dwoma regionami geograficznymi traktowanymi jako odrębne kraje.

Podkategoria	Wskaźnik	Włochy	Łotwa	Litwa	Luksemburg	Malta	Czarnogóra	Holandia	Norwegia	Polska	Portugalia	Rumunia	Serbia	Słowacja	Słowenia	Hiszpania	Szwecja	Szwajcaria	Anglia	Szkocja		
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 z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4. Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5. Dostęp pacjenta do 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	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8. Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków pochodzących z kraju pochodzenia	👍	👍	👍	👍	👍	nd.	nd.	nd.	👍	👍	👍	👍	nd.	👍	👍	👍	👍	nd.	👍	👍	👍
	1.9. Ranking najlepszych świadczeniodawców	👍	👍	👍	👍	nd.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10. Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11. Dostęp pacjentów do internetowych systemów umawiania wizyt	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12. e-recepty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Wynik ważony podkategorii		104	113	104	108	88	71	146	142	96	133	83	83	113	96	96	117	117	129	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 w izbie przyjęć	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii	138	150	100	188	125	113	188	138	100	163	100	113	175	113	100	88	225	100	125		
3. Wyniki leczenia	3.1. Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.2. Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.3. Umieralność niemowląt	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.4. Przeżywalność pacjentów chorych na raka	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.5. Możliwa do zapobieżenia utrata lat życia	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6. Zakażenia MRSA	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.7. Wskaźniki aborcji	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.8. Depresja	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii	167	125	125	219	115	125	240	240	104	188	83	83	135	198	188	219	229	177	177		
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 nerki na milion mieszkańców	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.4. Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.5. Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.6. Długoterminowa opieka geriatryczna	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.7. Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.8. Cięcia cesarskie	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii	88	81	81	131	113	56	150	144	88	94	63	69	88	106	113	150	113	131	125		
5. Profilaktyka	5.1. Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.2. Pomiar ciśnienia krwi	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.3. Profilaktyka palenia	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.4. Alkohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.5. Aktywność fizyczna	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.6. Szczepienia przeciwko HPV	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7. Śmiertelność wśród ofiar wypadków komunikacyjnych	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii	95	71	48	101	95	65	89	107	71	83	71	77	83	89	107	107	95	95	89		
6. Środki farmaceutyczne	6.1. Refundacja leków	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2. Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowia?	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.3. Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych	👍	👍	👍	👍	b.d.	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)	👍	b.d.	b.d.	👍	b.d.	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.5. Leki na zapalenie stawów	👍	👍	👍	👍	b.d.	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.6. Użycie metforminy	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.7. Antybiotyki (w przeliczeniu na mieszkańca)	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii	57	52	52	67	48	33	86	81	52	62	52	48	71	67	67	81	76	86	86		
Wynik końcowy	648	593	510	814	582	463	898	851	511	722	453	473	665	668	670	761	855	718	710			
Miejsce	21	26	32	8	27	34	1	3	31	13	35	33	20	19	18	12	2	14	16			

4.1. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Aby porównanie wyników w czasie było bardziej przejrzyste, pokazane na poniższym wykresie wyniki rankingu od miejsca 16. (Szkocja) w dół nie obejmują Szkocji.

Rys. 4.1. EHCI 2014: wyniki końcowe



Źródło: EHCI 2014 – wyniki końcowe.

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

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 skupiać 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 podkategoriach mogą wpłynąć na kolejność klasyfikacji, zwłaszcza w obrębie krajów plasujących się pośrodku stawki rankingowej.

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2014 Holandia po raz kolejny zwiększa dystans od kraju zajmującego 2. pozycję – z poziomu 19 punktów w 2013 r. do 43 punktów w 2014 r. (w 2012 r. różnica ta wynosiła 50 punktów). Z ostatecznym wynikiem 898 punktów na 1000 możliwych do uzyskania kraj ten jest rekordzistą w klasyfikacji generalnej wszystkich dotychczasowych rankingów EHCI.

Począwszy od Szwajcarii (855 punktów), wyniki EHCI 2014 pokazują, że w czołówce konkurencja jest coraz bardziej zażarta, a aż 9 krajów zdobyło ponad 800 punktów.

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w raporcie EHCI 2014 uwzględniono 48, a więc tyle samo ile w poprzednim roku. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce finałowego rankingu każdego Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. W czterech z sześciu podkategorii EHCI 2014 Holandia jest liderem bądź zajmuje *ex aequo* pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów w pozostałych podkategoriach. Jedyny obszar, w którym kraj może poprawić swój wynik, to czas oczekiwania na leczenie. W tej kategorii 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 rozstrzygania, które państwo europejskie dysponuje *najlepszym* powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Ponieważ jednak trudno jest opracować Indeks HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2014 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne wiele można by się nauczyć, analizując wnikliwiej holenderską drogę na szczyt.

Szwajcaria od dawna cieszy się reputacją kraju posiadającego znakomity system opieki zdrowotnej i nie jest zaskoczeniem, że coraz bardziej szczegółowe badania prowadzące do wyeliminowania większości **wyników b.d.** zapewniły Szwajcarii wysoką pozycję w rankingu EHCI.

Norwegia z wynikiem 851 punktów jest brązową medalistką; jest to jedyny kraj, który zdobył komplet „zielonych” ocen w kategorii wskaźników dotyczących wyników leczenia.

Finlandia (4. miejsce) zrobiła ogromny postęp i – jak się wydaje – rozwiązała tradycyjne problemy z długimi kolejkami oczekujących.

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, których przykładem jest program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2014 roku Szwecja spadła na 12. miejsce z wynikiem 761 punktów.

Wśród krajów Europy Południowej świadczenia medyczne o bardzo wysokiej jakości oferują w wielu obszarach Hiszpania i Włochy. Wydaje się jednak, że poziom opieki zdrowotnej w krajach południowoeuropejskich jest trochę za bardzo uzależniony od tego, czy konsumenci mogą sobie pozwolić na pokrycie 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 przyznawaniem tym krajom dużej liczby „żółtych” ocen.

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 jego dokumentacji medycznej staje się standardem. Przez lata zaledwie dwa–trzy kraje dysponowały rankingami najlepszych szpitali i klinik; w tegorocznym indeksie liczba ta wzrosła do ośmiu, co, miejmy 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 upubliczniania wyników uzyskiwanych 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 się poprawia, chociaż statystyki dotyczące wyników leczenia są w wielu krajach wciąż szokująco słabe. Dotyczy to zwłaszcza najczęściej 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 zostać zestawione z wielu zasadniczo różnych źródeł.

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. Dla przykładu, gdyby sytuacja „kolejkowa” Szwecji była taka jak w Belgii, kraj mógłby konkurować z Holandią, uzyskując wynik na poziomie ok. 880 punktów.

Dalsze omówienie wyników uzyskanych przez poszczególne kraje oraz zmian zaobserwowanych w badanym okresie znaleźć można w rozdziale 6. Trendy ostatnich ośmiu lat.

4.1.1. WYNIKI UZYSKANE PRZEZ POSZCZEGÓLNE KRAJE

Żaden z krajów nie uzyskał rewelacyjnych 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. Najprawdopodobniej takie cechy kulturowe są głęboko zakorzenione historycznie. Zreformowanie dużej firmy trwa kilka lat, a w przypadku państwa proces ten może zająć dziesięciolecia.

4.1.2. WYNIKI W „SZEŚCIOBOJU”

Ranking EHCI 2014 składa się z sześciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskał wyróżniających się wyników we wszystkich obszarach oceny systemu opieki zdrowotnej, ważna może się okazać analiza klasyfikacji 37 krajów w każdej z sześciu części tego „sześcioboju”. Wyniki osiągnięte w poszczególnych podkategoriach podsumowano w poniższej tabeli:

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 podkategorjach. Sukces Holandii wynika również z bardzo dobrej jakości świadczeń medycznych oraz poprawy wyników w obszarze „Dostępność”, który w poprzednich latach był jednym ze słabych punktów holenderskiego systemu.

Zdobywczyni drugiego miejsca, Szwajcaria, uzyskała – *ex aequo* 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 uzyskał – podobnie jak Holandia – komplet „zielonych” ocen 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 sytuacja Szwecji w tym obszarze nie może być określona inaczej niż jako fatalna.

Podkategoria	Najwyżej ocenione kraje	Uzyskana punktacja	Maksymalna liczba punktów
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	Holandia	146	150
2. Dostępność	Belgia, Szwajcaria	225!	225
3. Wyniki leczenia	Holandia, Norwegia	240	250
4. Zakres i zasięg świadczeń	Holandia, Szwecja	150!	150
5. Profilaktyka	Islandia, Norwegia, Hiszpania, Szwecja	107	125
6. Środki farmaceutyczne	Finlandia, Niemcy, Irlandia, Holandia, Anglia i Szkocja	86	100

5. 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 z uwzględnieniem 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 2013 uwzględniono dodatkowo wynik skorygowany o wskaźnik stosunku wartości do ceny (ang. Bang-For-the-Buck), zwany wynikiem BFB.

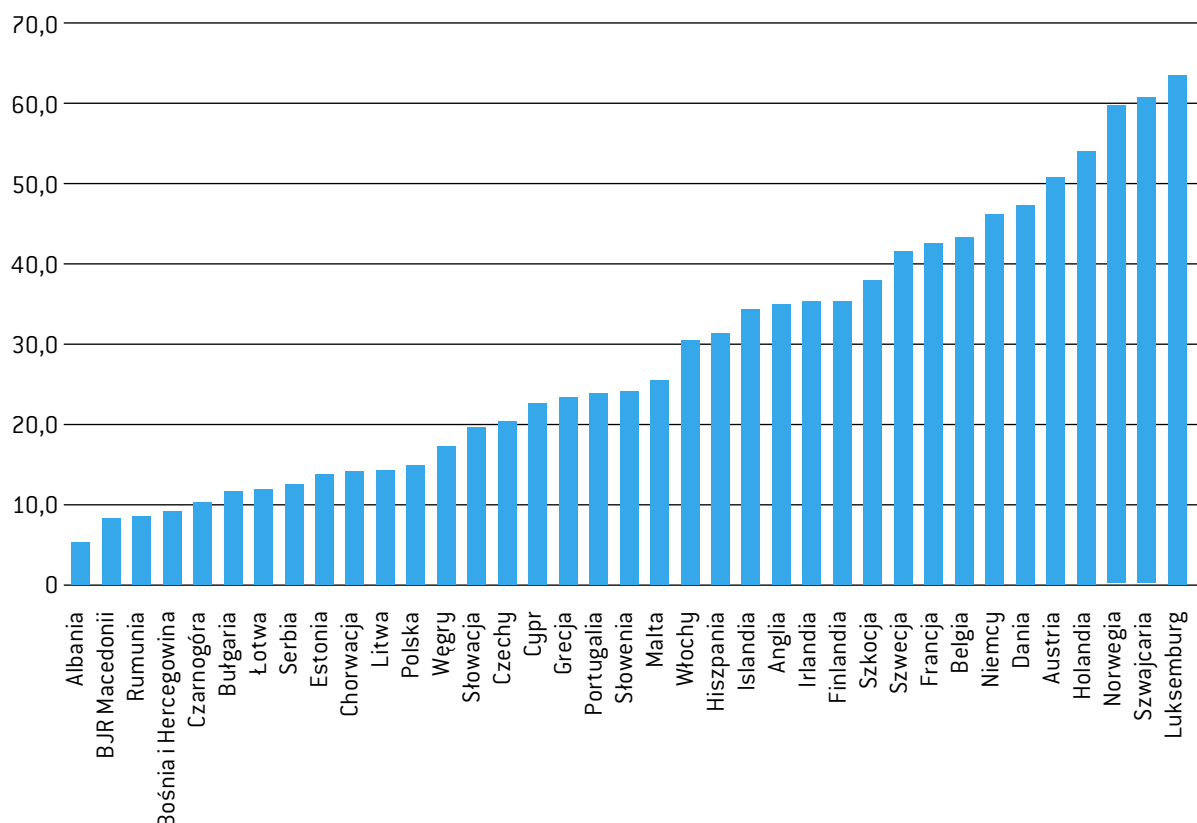
5.1. METODYKA KALKULACJI WYNIKU BFB

Sposób przeprowadzenia takiej korekty wyniku nie jest jednoznaczny. Jeśli wyniki miałyby zostać skorygowane w prostej relacji do wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca, doprowadziłoby to do przesunięcia wszystkich mniej zasobnych krajów do ścisłej czołówki rankingu. Taki zabieg byłby jednak zdecydowanie niesprawiedliwy w stosunku do krajów silniejszych finansowo. Nawet jeśli 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, 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* (kwiecień 2014; najbardziej aktualne statystyki, niemal wszystkie pochodzące z 2012 r.). Pokazuje to poniższy wykres:

Rys. 5. 1. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia *per capita*, uwzględniające PPP, wyrażone w \$ (2012)



Źródło: WHO HfA, kwiecień 2014 r.

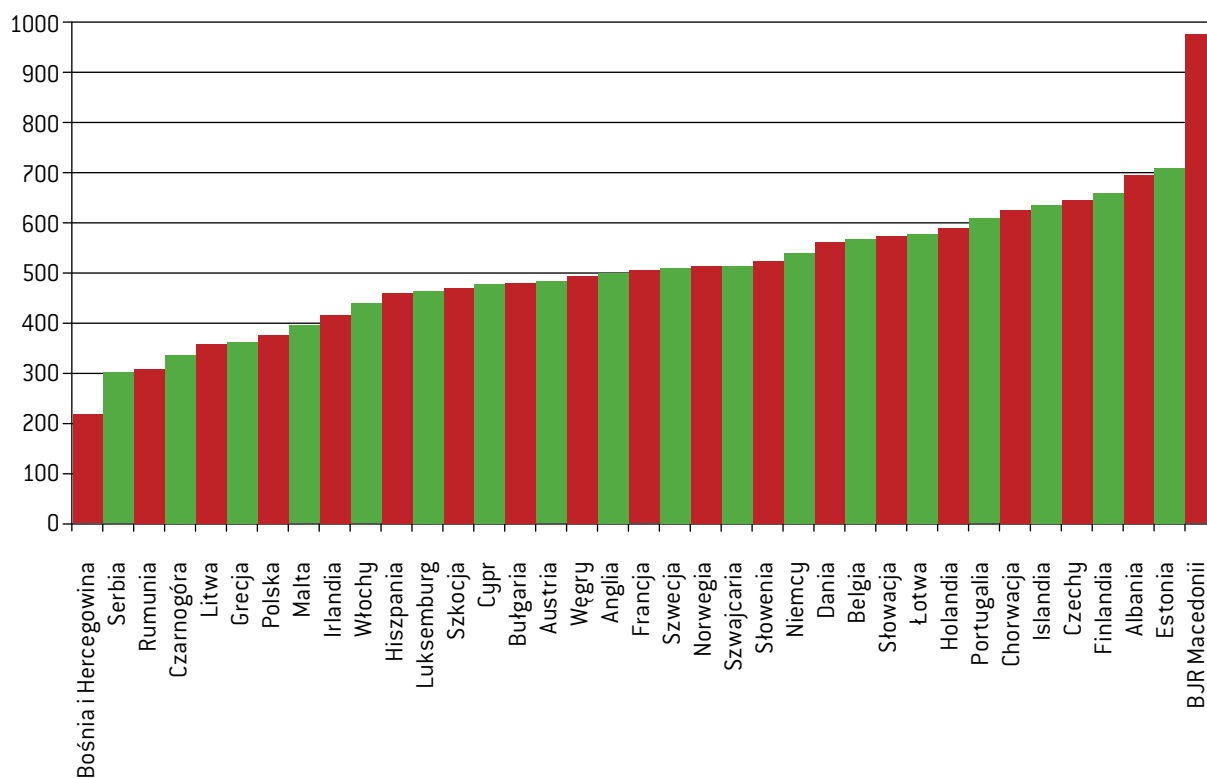
Dla każdego z krajów wyciągnięto z tej liczby pierwiastek kwadratowy. Powodem takiej operacji jest fakt, że krajowe świadczenia zdrowotne są, ogólnie rzecz biorąc, tańsze proporcjonalnie do wielkości nakładów na ochronę zdrowia. Podstawowe wyniki rankingu EHCl podzielono przez uzyskany w ten sposób pierwiastek kwadratowy. Na potrzeby tego działania podstawową, możliwą do uzyskania punktację (3, 2 i 1) zastąpiono wartościami 2, 1 i 0. W podstawowym rankingu EHCl można uzyskać od 333 do maksymalnie 1000 punktów. Wartości punktowe 2, 1 i 0 nie zmieniają względnej klasyfikacji 37 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 37 pierwiastków kwadratowych (co skutkowało normalizacją wyników w takim samym zakresie wartości liczbowych, jaki wystąpił przy pierwotnie uzyskanych wynikach).

5.2. WYNIKI UJĘTE W TABELI WYNIKÓW BFB

Rezultat korekty BFB przedstawiony został na poniższym wykresie. Nawet pomimo zastosowania pierwiastkowania, o którym mowa powyżej, wiele mniej zamożnych krajów odnotowało znaczący awans w tabeli wyników.

Rys. 5.2. Wyniki rankingu EHCI 2014 skorygowane o wskaźnik „wartość-cena”



Obliczenie wyników BFB należy oczywiście traktować jako swego rodzaju eksperyment o *stricte* akademickim znaczeniu. 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 2014 jest Republika Macedonii, która dzięki temu zabiegowi zyskała znaczącąwyżkę punktacji z tytułu poprawy wyniku w podkategorii „Czas oczekiwania”. Analiza BFB zawsze wychodziła na zdrowie Estonii; w ostatnim rankingu dołączyła do niej Finlandia. 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 estońskiej opieki zdrowia, które sprzyjają uzyskiwaniu wysokiej efektywności ekonomicznej.

W przypadku Holandii wzrost nakładów na opiekę zdrowotną skutkowało obniżeniem punktacji BFB tego kraju w porównaniu z poprzednimi latami. Coraz lepszą pozycję wśród beneficjentów kalkulacji BFB zdobywa Portugalia.

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 €.

Rzecz ciekawą dla autorów niniejszego raportu było przekonanie się, które kraje znajdują się na szczycie wyników BFB i równocześnie osiągają dość dobre wyniki w rankingu opartym na pierwotnym sposobie naliczania punktacji. Przykładami takich krajów są przede wszystkim Finlandia, Islandia i Holandia.

6. TRENDY OSTATNICH OŚMIU 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 długoterminowej.

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.

6.1. ZMIANY WYNIKÓW W LATACH 2006–2014

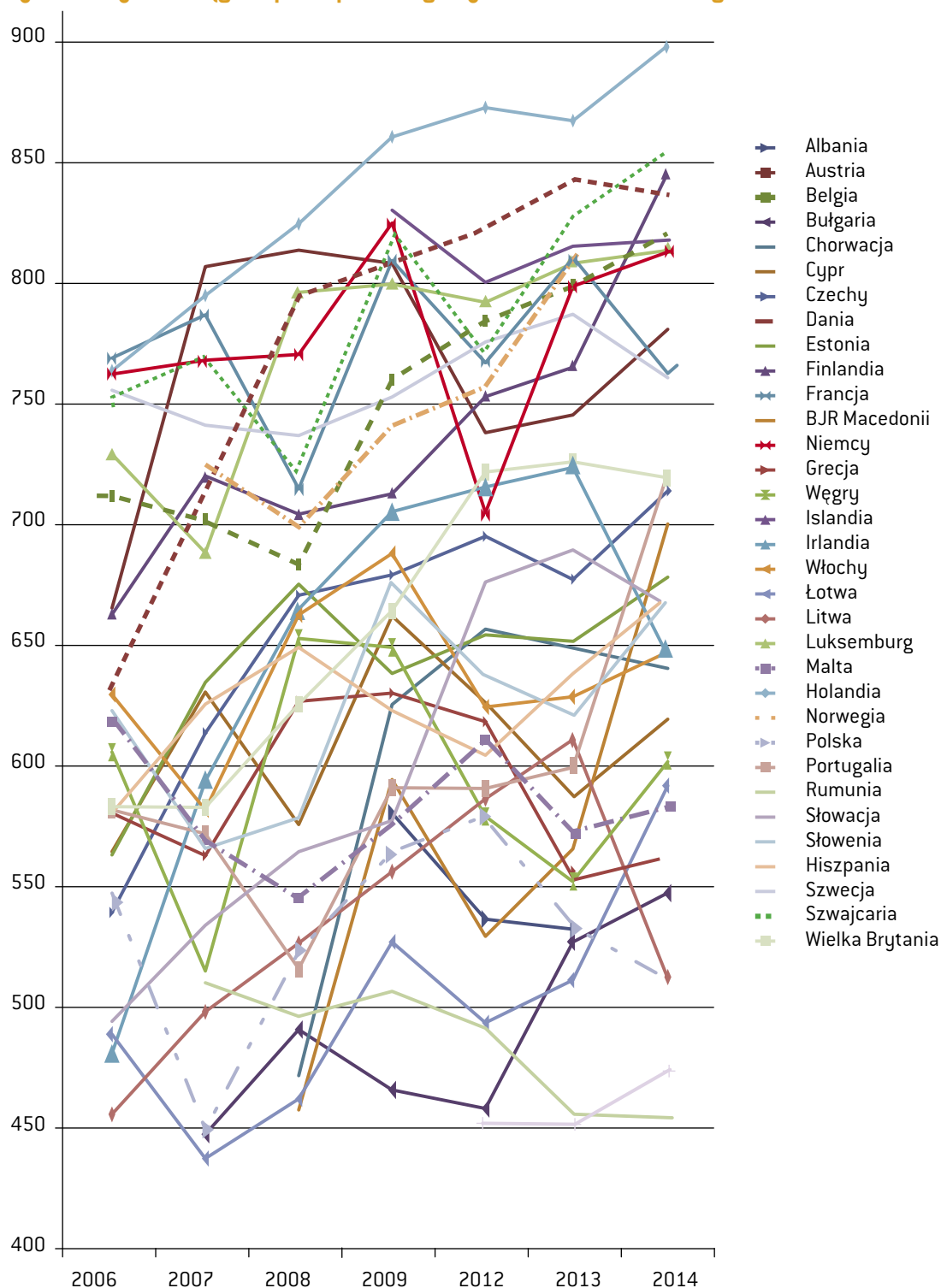
Z punktu widzenia konsumenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych sytuacja ogólna w większości krajów poprawia się. Nie zmienia to jednak faktu, że – szczególnie po wprowadzeniu dziewięciu nowych wskaźników do Indeksu w 2012 roku oraz kolejnych siedmiu w 2013 roku – niektóre kraje z powodzeniem zaliczyły te dodatkowe testy systemów opieki zdrowotnej, podczas gdy wyniki innych uległy w 2014 roku pogorszeniu.

Z nowymi kryteriami testowymi dobrze poradziły sobie Holandia, Szwajcaria, Norwegia, Islandia, Dania, Belgia, Finlandia i Łotwa. W 2012 r. gorsze wyniki uzyskały natomiast Austria, Niemcy, Włochy i Hiszpania. Tymczasem, jak pokazuje poniższy wykres, wydaje się, że wywołane reakcją szokową niezadowolone organizacje pacjenckich, któremu dały upust w odpowiedziach ankietowych z 2012 roku, w znacznym stopniu ucichło w kolejnym roku. Najbardziej oczywistym przykładem są tutaj Niemcy, które w 2013 roku wykonały ogromny skok w rankingu, wznosząc się ze słabej pozycji zajętej w roku poprzednim, kiedy to organizacje pacjenckie nieoczekiwanie udzieliły negatywnych odpowiedzi w ankiecie, której wyniki wykorzystywane są przy ustalaniu kwalifikacji krajów w EHCI.

Cechą charakterystyczną, dużo lepiej widoczną w pokryzysowym roku 2014 niż w latach poprzednich jest rozwarstwienie między mniej i bardziej zasobnymi krajami. Za niekwestionowanym zwycięzcą rankingu,

Holandia, plasuje się grupa ośmiu krajów Europy Zachodniej. Za tą ósemką mamy Austrię, Francję i Szwecję, bogate kraje, które – z różnych przyczyn – poradziły sobie gorzej, ale nadal nieźle. Za nimi widać „środek pelotonu”, w którym znajduje się „Wielka Trójka Modelu Beveridge’a” (Zjednoczone Królestwo, Włochy i Hiszpania) wraz z najlepszymi reprezentantami Europy Środkowo-Wschodniej – Czechami oraz zwycięzcą w kategorii „Awans Roku”, czyli Republiką Macedonii. Kolejnym relatywnym nowicjuszem w tej klasie jest Portugalia, która systematycznie poprawiała swój wynik w ostatnich latach, osiągając 13. miejsce w 2014 roku.

Rys. 6.1. Wyniki osiągnięte przez poszczególnych uczestników rankingu EHCI w latach 2006–2014



Ponadto zauważyć można sporą różnicę pomiędzy „średniakami”, a krajami, które nie wykorzystały jeszcze swojego potencjału poprawienia pozycji w rankingu – mowa tu głównie o państwach regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Wyraźniej niż w poprzednich edycjach EHCI widoczna jest oczywista korelacja między pozycją w klasyfikacji a zasobnością budżetów krajowych. Jest to argument na poparcie hipotezy, że kryzys finansowy skutkowało powstaniem jeszcze większej przepaści w poziomie finansowania systemów opieki zdrowotnej między bogatymi a biednymi państwami Europy.

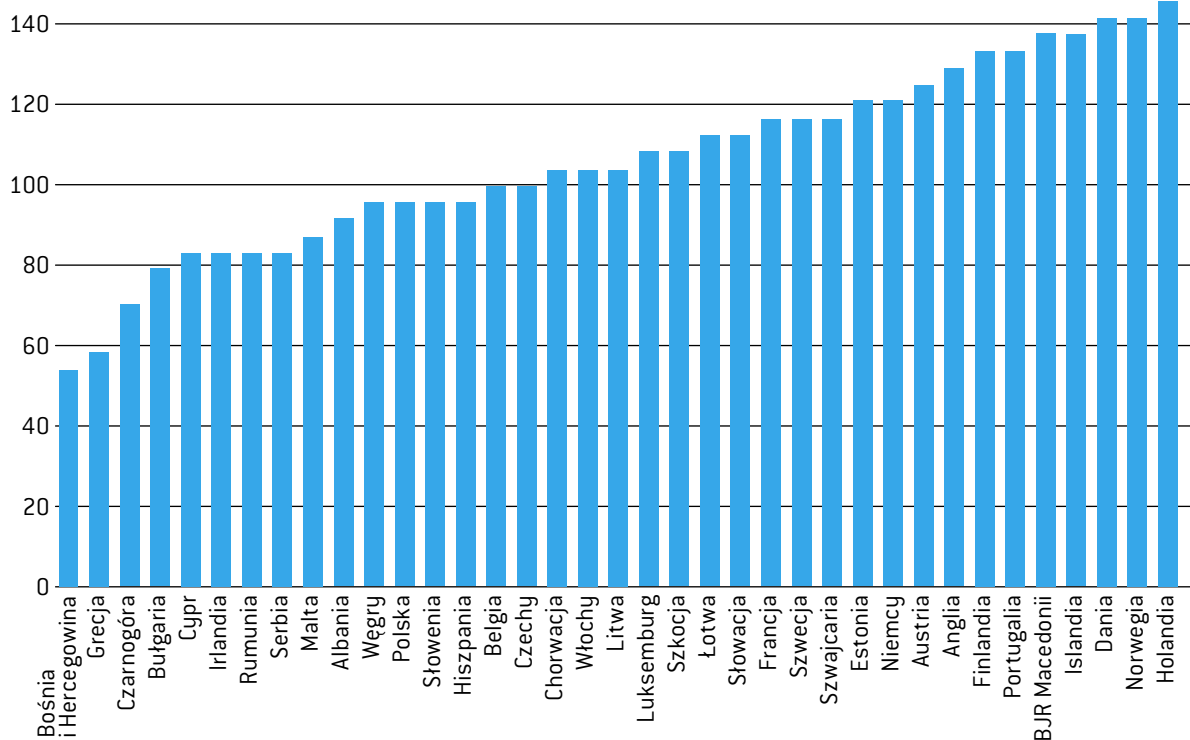
Wyniki osiągnięte przez kraje takie jak Portugalia czy Republika Macedonii pokazują jednak, że PKB na mieszkańca nie musi stanowić dominującego czynnika sprawności systemów ochrony zdrowia. Tezę tę potwierdza przykład spoza Europy, a mianowicie Kuba.

6.1.1. 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.

6.2. ZNOSZENIE BARIER POMIĘDZY PACJENTEM A SPECJALISTAMI OCHRONY ZDROWIA

Rys. 6.2. Wyniki rankingu EHCI 2014 w kategorii „Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta”



Wyniki zostały przeskalowane w taki sposób, że maksymalna liczba punktów wyniosła 175, podobnie jak w 2012 roku.

Coraz więcej krajów zmienia punkt wyjścia procesu legislacyjnego w zakresie ochrony zdrowia. Pojawił się wyraźny trend polegający na wyrażaniu norm ustawowych dotyczących ochrony zdrowia w kategorii praw obywateli/pacjentów, a nie np. obowiązków świadczeniodawców (zob. dział opisujący wskaźnik Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta). Do 2013 roku tylko 2 z 34 krajów nie wprowadziły regulacji prawnych w obszarze opieki zdrowotnej, które opierają się na modelu praw pacjenta: były to Malta i Szwecja. Wszystko wskazuje na to, że Szwecja naprawi to niedopatrzenie w 2015 roku.

Kiedy w 2006 roku wprowadzono do rankingu wskaźnik dotyczący roli organizacji pacjenckich w procesie decyzyjnym związanym z opieką zdrowotną, żaden z krajów nie uzyskał „zielonego” wyniku w tej kategorii. W 2012 roku wynik taki osiągnęło 16 krajów, co stanowiło widoczny krok naprzód. Dwa lata później zaledwie w 11 krajach organizacje pacjenckie wydają się o tym pamiętać. A może jest to skutek uboczny cięć budżetowych?

Nadal jednak wiele można poprawić: sytuacja, w której pacjent musi wypełnić dwustronicowy formularz i zapłacić 15 euro po to, aby uzyskać dostęp do własnej dokumentacji medycznej, przypomina raczej ponury żart niż podejście do praw pacjenta rodem z XXI wieku (podany przykład jest autentyczny).

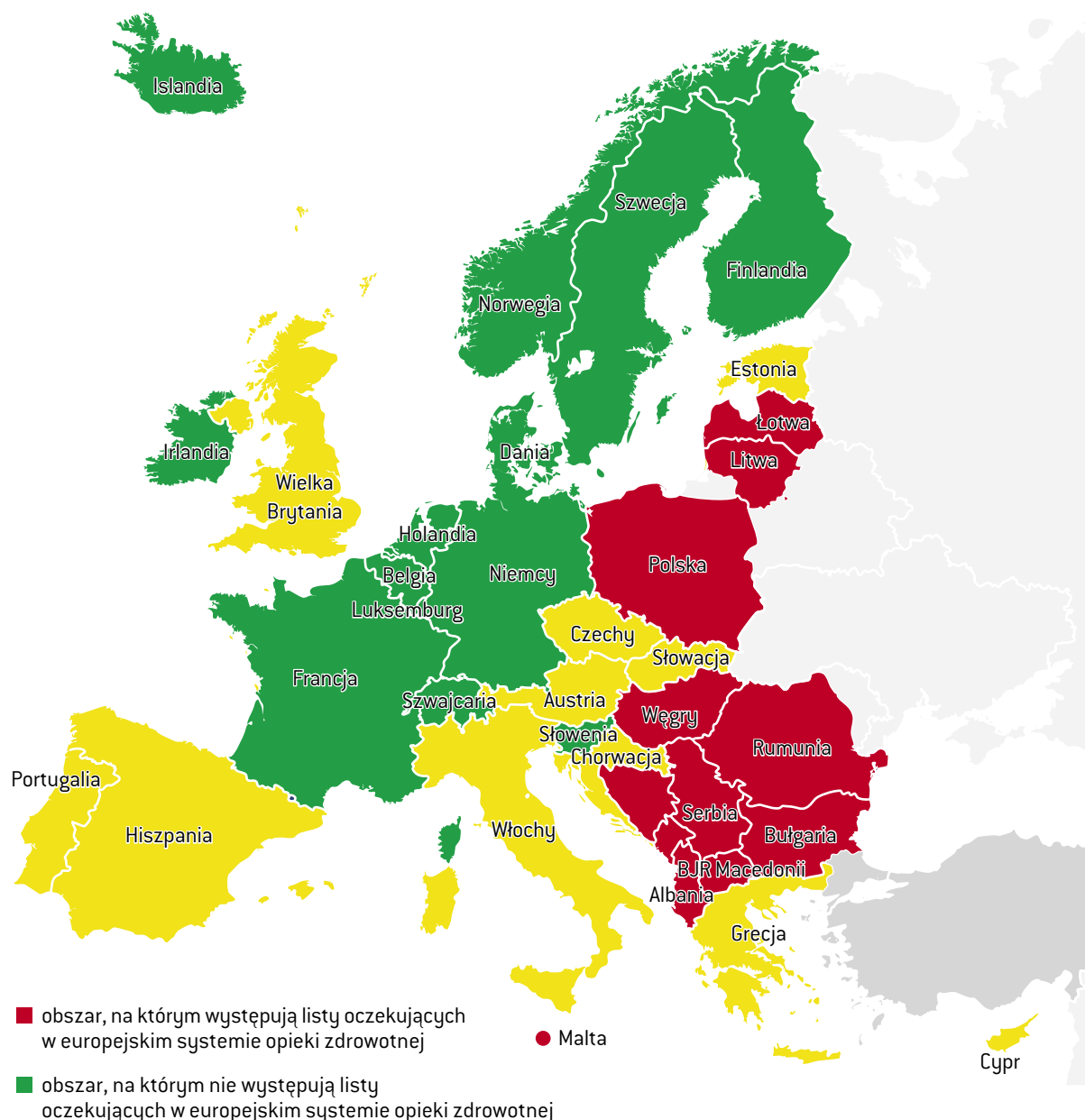
Jeżeli chodzi o e-zdrowie, niektóre z krajów Europy Środkowo-Wschodniej (przede wszystkim Republika Macedonii) wprowadziły do użytku aplikacje, które nawet w Europie Zachodniej są wciąż rzadko stosowane. Proces ten przypomina gwałtowny rozwój telefonii komórkowej w Indiach – czasami brak przestarzałej technologii umożliwia bezpośrednie sięgnięcie po najnowsze zdobycze techniki.

6.3. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ MIERZONA WYNIKAMI LECZENIA

Szczegółowe informacje na temat wskaźników dotyczących wyników leczenia zostały podane w punkcie 8.10.3, który opisuje zmiany zachodzące w dłuższej perspektywie. Ogólnie rzecz biorąc, należy podkreślić, że niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie **się poprawia**. Jakość opieki zdrowotnej chyba najlepiej pokazuje wskaźnik 3.3 („Umieralność niemowląt”). W tej kategorii wartości graniczne dla wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od 2006 roku, podczas gdy liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik wzrosła z 9 w 2006 roku do 22 w 2014 roku (plus Szkocja). Poniżej znajduje się „mapa jakości opieki zdrowotnej” w Europie, przygotowana na podstawie punktacji uzyskanej w podkategorii „Wyniki leczenia” w rankingu EHCI 2014:

Sytuacja pokazana na tej mapie pozostaje zadziwiająco niezmienna w czasie. Niektórym krajom Europy Środkowo-Wschodniej, które w 2006 roku 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”. Także Irlandia i Belgia poprawiły swoje wyniki pod względem jakości świadczeń.

Rys. 6.3. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2014

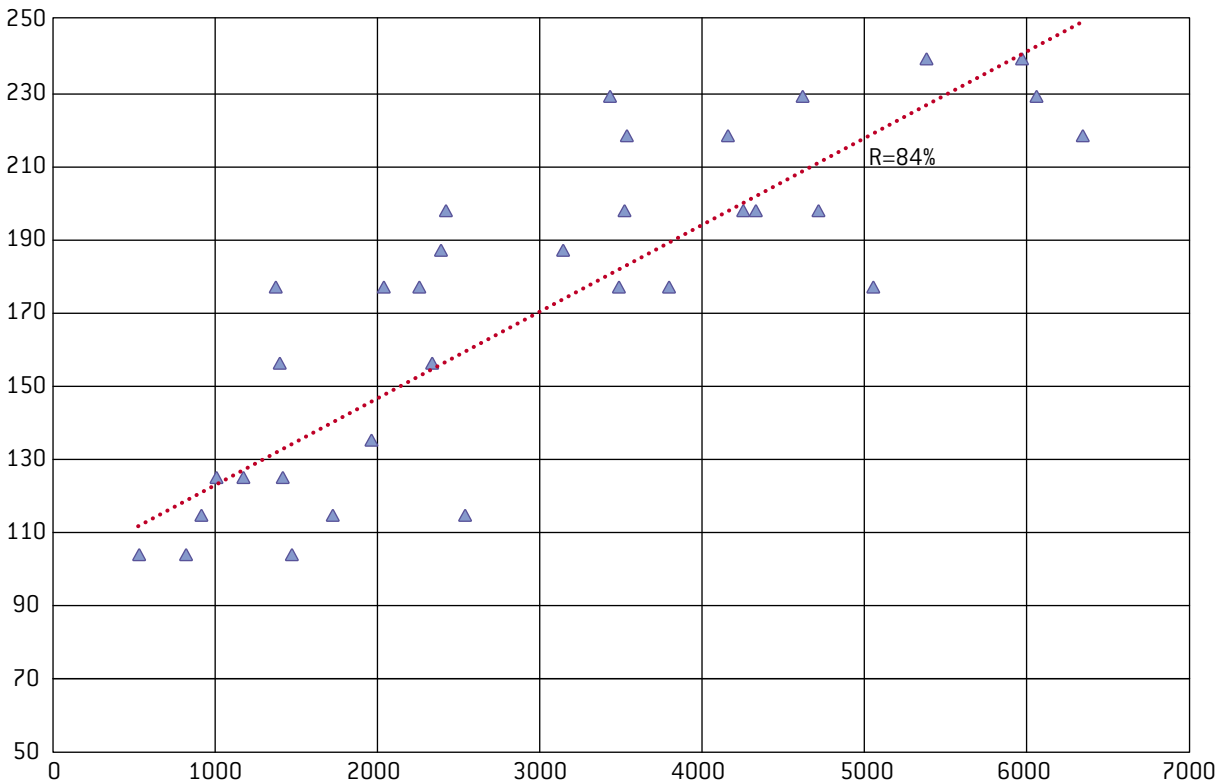


Hiszpania, Włochy i Zjednoczone Królestwo (Wielka Trójka Modelu Beveridge’a) pozostały w kategorii „żółtej”, najprawdopodobniej z uwagi na duże zróżnicowanie regionalne; nie ulega wątpliwości, że każdy z tych krajów posiada wysokiej klasy ośrodki medyczne, natomiast ich wyniki krajowe są zdecydowanie „żółte” [Anglia uzyskała „żółty” wynik dla wszystkich wskaźników z wyjątkiem jednego w podkategorii „Wyniki leczenia” w 2014 roku].

6.3.1. WSKAŹNIK LAP, CZYLI WIĘKSZE PIENIĄDZE – LEPSZE WYNIKI

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

Rys. 6.3.1. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2014 na tle nakładów na opiekę zdrowotną *per capita* (PPP, w dolarach)

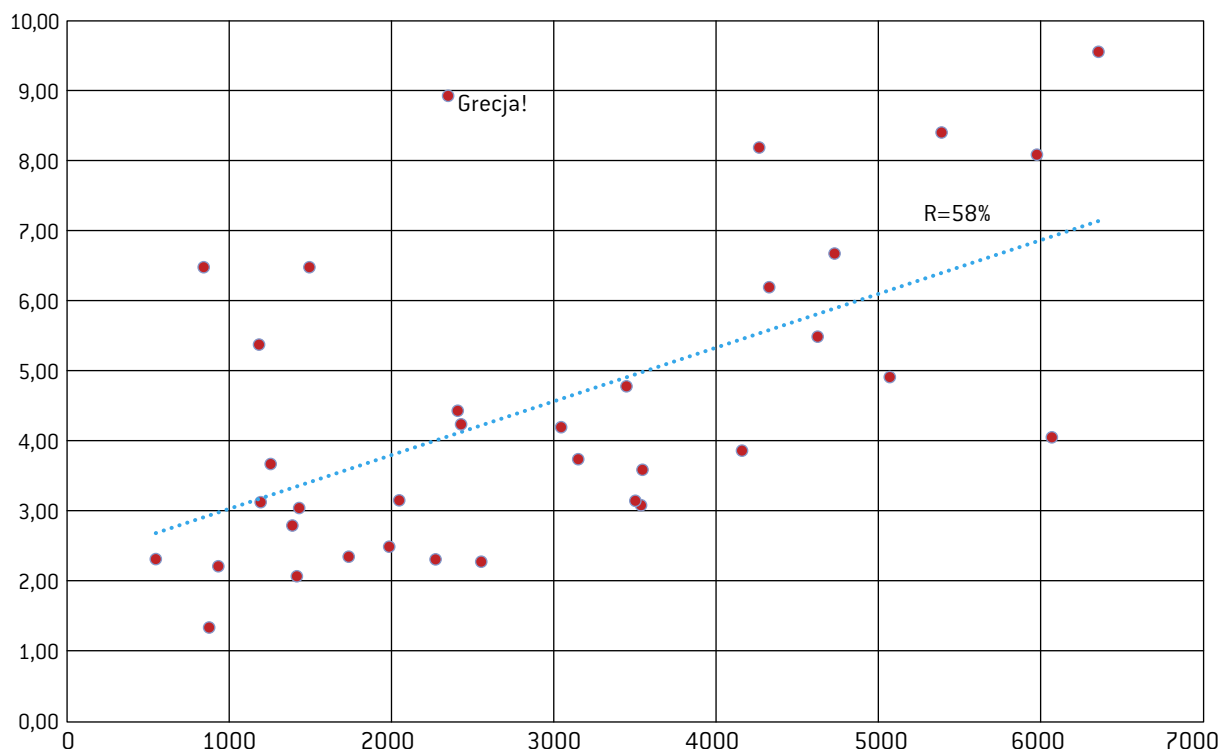


Korelacja między wynikami leczenia a nakładami finansowymi jest dość wyraźna.

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 to, że większe nakłady umożliwiają objęcie leczeniem pacjentów, u których wystąpiły mniej wyraźne symptomy choroby. Relację tę można pokazać za pomocą wskaźnika „Poziom 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 pacjentów wypisanych do domu 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 1.4.6), ale jakimś sposobem może on sobie również pozwolić na niezwykle szczodre – w stosunku do wielkości oficjalnego budżetu systemu opieki zdrowotnej – finansowanie szpitalnej opieki kardiologicznej.

Rys. 6.3.2. Stosunek liczby pacjentów wypisanych do domu do liczby zgonów a nakłady na opiekę zdrowotną *per capita* (PPP, w dolarach)



Przykład wskaźnika LAP.

6.4. PRZEJRZYSTY MONITORING JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

W 2005 roku 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 roku 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 ★ do pięciu ★★★★★. 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 jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem łącza internetowego bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

Niemcy dołączyły do elitarnego grona państw (jest ich obecnie osiem, nie licząc jako odrębnego kraju Szkocji), które uzyskały „zielony” wynik w tej kategorii, dzięki sile oddziaływania publicznego instytutu BQS, www.bqs-institut.de, zajmującego się również przekazywaniem informacji na temat jakości leczenia w wielu niemieckich szpitalach. Być może jest to jedna z przyczyn przyznania niemieckiej opiece zdrowotnej w 2013 roku zdecydowanie „zielonego” wyniku w kategorii jakości oferowanych świadczeń (patrz wyżej).

W tym roku do grupy krajów informujących opinię publiczną o jakości świadczeń medycznych dołączyły Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. 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”. Z pewnością będzie to interesująca lektura, nie tylko z metodologicznego punktu widzenia. Publikacja wyników dotyczących poszczególnych lekarzy rozpoczyna się także w Zjednoczonym Królestwie.

6.5. PEŁNA INFORMACJA O PRODUKTACH FARMACEUTYCZNYCH DOSTOSOWANA DO POZIOMU WIEDZY PACJENTA

Jeszcze w styczniu 2007 roku 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 dostępnych źródeł 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 25 krajach (zob. punkt 8.15.6, wskaźnik nr 6.2), także w Europie Środkowo-Wschodniej, np. w Czechach, Estonii, na Węgrzech, w Rumunii i w Słowacji. Zdecydowana większość tych serwisów wyraźnie wskazuje, że dostępne w nich informacje uzyskane zostały od firm farmaceutycznych. Wydaje się prawdopodobne, że w ciągu paru lat wskaźnik ten może przestać być źródłem interesujących informacji porównawczych.

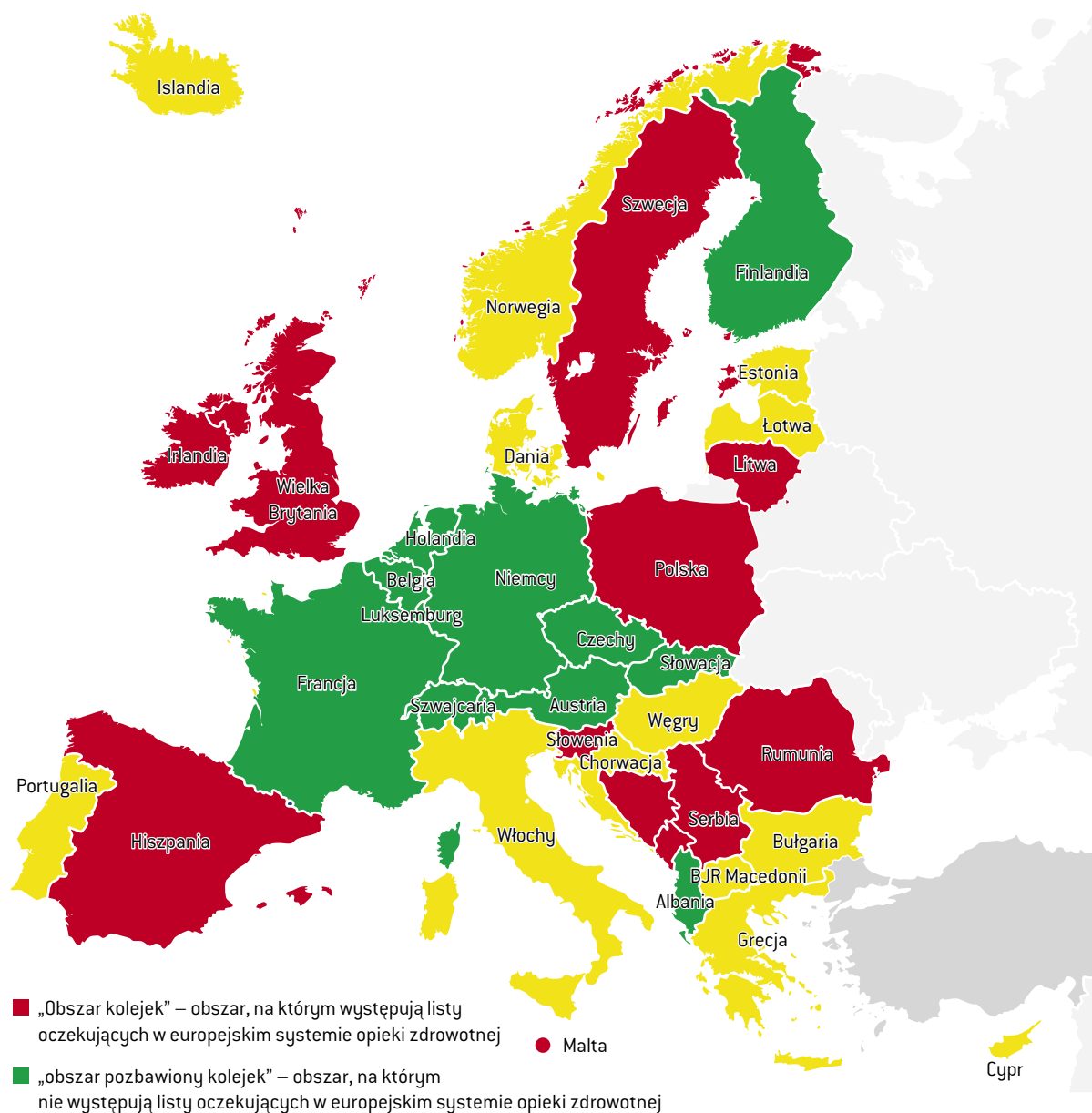
6.6. LISTY OCZEKUJĄCYCH: PROBLEM MENTALNY PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWIA?

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

Granice „obszaru kolejek” są zadziwiająco niezmiennie na przestrzeni lat. W 2014 roku sytuacja polepszyła się w niektórych krajach, takich jak Finlandia, Dania, Norwegia, Portugalia, Estonia czy Łotwa.

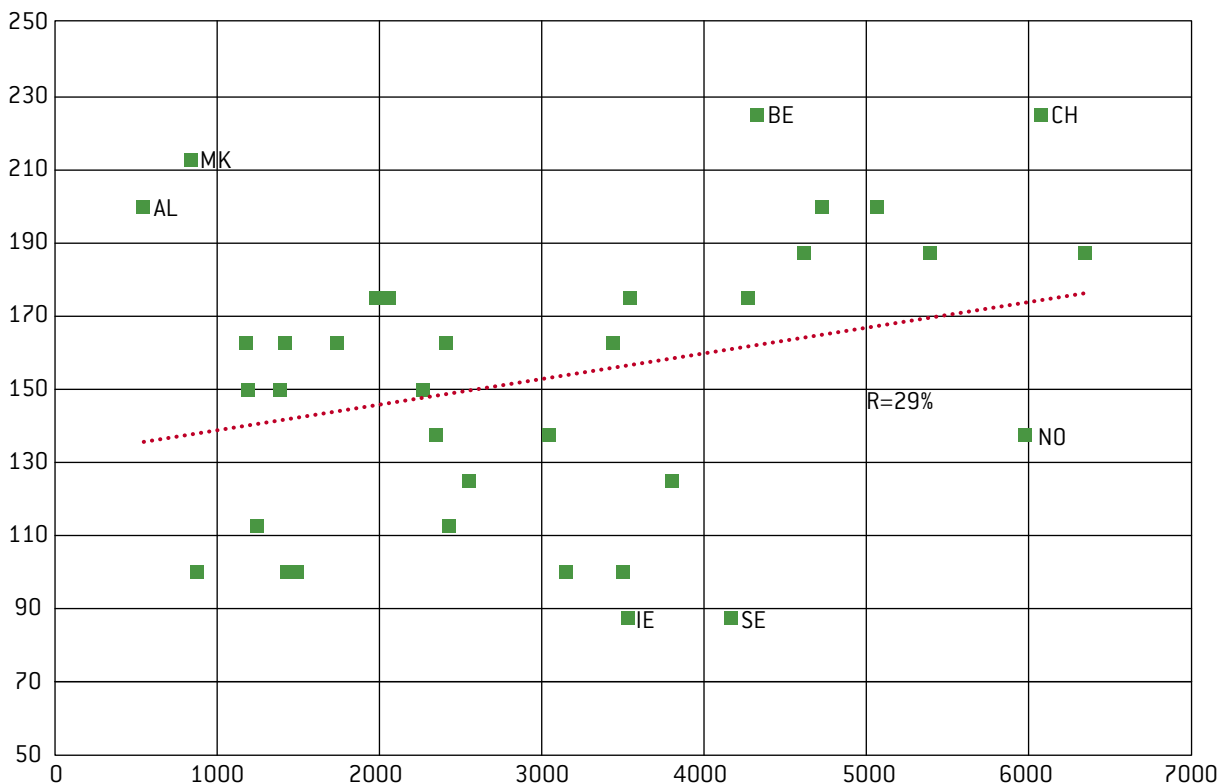
W praktyce brak jest jakiegokolwiek korelacji między wysokością nakładów pieniężnych a dostępnością systemu opieki zdrowotnej, co pokazuje poniższy wykres. To może wyjaśniać niewielką skuteczność działań polegających na wpompowaniu miliardów euro do szwedzkich hrabstw, co miało skłonić je do skrócenia kolejek.

Rys. 6.6a Wyniki w kategorii „Dostępność” z rankingu EHCI 2014



Źródło: wyniki rankingu EHCI 2014.

Rys. 6.6ab. Wyniki w kategorii „Dostępność” rankingu EHCI 2014 na tle nakładów na opiekę zdrowotną *per capita* (PPP, w dolarach)



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 opieki zdrowia, a nie skutek ograniczonej dostępności zasobów. Interesującą kwestią z zakresu analizy behawioralnej musi być próba zrozumienia, w jaki sposób psychiatrzy dziecięcy, a więc przedstawiciele zawodu wymagającego dużej empatii, mogą przywyknąć 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 2014 roku niewystarczający do wyjścia Szwecji z grupy krajów, które zmian dokonują zbyt wolno.

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów opartych na roli lekarzy pierwszego kontaktu, brytyjski National Health Service (NHS), wydał od 2008 roku 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 2014 roku.

Inaczej jest w Irlandii, gdzie odpowiedzi udzielone przez ankietowane organizacje pacjenckie nadal rysują o wiele bardziej pesymistyczny obraz niż 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 2014 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 ograniczyła w 2007 roku 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 roku 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 przewyższenia napotykanych przez konsumentów przeszkód wywołanych niedostateczną ilością informacji – jako fundamenty nowoczesnego europejskiego systemu opieki zdrowotnej XXI wieku.

6.6.1. „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, co miało miejsce w latach 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 rokiem politycy zajmujący się opieką zdrowia pytali: „Jakie będą priorytety dla dwu-, trzyprocentowego rocznego realnego wzrostu dochodów?”, to było bowiem ich największym zmartwieniem.

W obszarach dotkniętych kryzysem kolejkowym, np. w Skandynawii czy Zjednoczonym Królestwie, czas oczekiwania był zdecydowanie dłuższy niż 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 tłoczących się na korytarzach i w piwnicach, a trzeba pamiętać, że relacje takie pochodzą ze „starych, dobrych czasów”, sprzed kryzysu finansowego.

6.6.2. NIEFORMALNE OPŁATY

Co ważniejsze: jeden ze wskaźników, który został wprowadzony po raz pierwszy w 2008 roku, ma wykazać, 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: omińnięcia 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.

Obejmujący całą Europę sondaż na temat nieformalnych opłat ma wiele niedoskonałości, ale 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.

Na podstawie tego spostrzeżenia można postawić dwa pytania.

1. Po pierwsze: w odróżnieniu od innych zawodów, takich jak piloci linii lotniczych, prawnicy, inżynierowie i inni specjaliści pracujący w dużych organizacjach, lekarze zatrudnieni w państwowych placówkach jako jedyni mogą „dorabiać na boku” bez konieczności uzyskania wyraźnej zgody głównego pracodawcy. Co przemawia za utrzymaniem takiego stanu rzeczy?
2. Po drugie: co można zrobić, aby zapewnić lekarzom „normalne” warunki zatrudnienia, w tym przyzwoite wynagrodzenie? Jak zachęcić ich do tego, aby nadwyżki energii wykorzystywali do cięższej pracy (za dodatkowe pieniądze oczywiście) dla swojego głównego pracodawcy, a nie w trakcie dodatkowej praktyki, co często paraliżuje pracę dużych szpitali, w których brakuje najważniejszych specjalistów?

6.7. DLACZEGO PACJENCI SĄ NIEDOINFORMOWANI?

Co roku wyniki ankiety opracowywanej we współpracy z instytutem PatientView 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 2013 roku niż w latach poprzednich, kiedy taka sytuacja była dość oczywista. „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 to, że władze krajowe reformują co prawda system, ale w niewystarczającym stopniu informują 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 użytkowników systemu, podatników i dla samego systemu.

Grecja, Irlandia i Hiszpania to trzy kraje, w których opinie organizacji pacjenckich są gorsze od oficjalnych statystyk. Regulacje hiszpańskie, na przykład, uprawniają pacjentów do zapoznania się z ich dokumentacją medyczną. Tymczasem odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące tej kwestii, które nadeszły hiszpańskie organizacje pacjenckie, okazały się jednymi z najbardziej pesymistycznych spośród otrzymanych z 37 krajów ujętych w indeksie.

W sektorze prywatnym wszyscy wiedzą o tym, 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 świadczenia są dostępne.

6.8. 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 objętym zakresem badania kraju”. Niestety jedynymi krajami, w których odnotowano znaczącą poprawę w tej kwestii, są Bułgaria, Polska i Wyspy Brytyjskie. 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 roku.

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.

6.8.1. NALEŻY ZAKAZAĆ 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, we wszystkich krajach funkcjonują bowiem 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.

7. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?

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

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia za rok 2014 stanowi próbę zmierzenia i stworzenia rankingu efektywności świadczeń zdrowotnych z perspektywy konsumentkiej. Wyniki EHCI z pewnością nie są wolne od problemu 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 2013 nie mają waloru informacji zweryfikowanych w sposób naukowy, nie znaczy, iż 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 konsumentki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie prezentacji jakości świadczeń zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2013 staną się inspiracją do znalezienia sposobów i obszarów usprawnienia europejskich systemów opieki zdrowotnej.

8. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA

8.1. 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 mają 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. Dla przykładu, w rankingu nie poświęcono uwagi prywatnym świadczeniodawcom (chyba że w kontekście ich możliwego oddziaływania na czas dostępu do świadczeń 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.

8.2. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2006–2013

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

Zwiększono także liczbę wskaźników, z 20 wykorzystanych w rankingu EHCI 2005 do 28. 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 „Szczerść [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 „Szczerść” publicznych systemów opieki zdrowotnej, którą w 2009 roku 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 na mieszkańca). Sugerowany wskaźnik „Liczba zabiegów wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego na 100 000 mieszkańców” jest dobitnym przykładem takiej sytuacji. Taka operacja to dla opieki zdrowia wydatek rzędu 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, prowadzi do ścisłej korelacji pomiędzy poziomem świadczeń a wskaźnikiem PKB na mieszkańca.

Operacje usunięcia zaćmy wydają się lepszym i mniej związanym z PKB wskaźnikiem „Szczerści” 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 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 zrównoważyć jedynie poprzez prowadzenie pogłębionych dyskusji z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska w krajowych organach ochrony zdrowia.

Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2006–2008 ministerstwa zdrowia oraz ich agendy odpowiedzialne za nadzór czy zapewnienie jakości świadczeń medycznych wykazywały chęć współpracy. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane pytania. Sytuacja znacznie się poprawiła w latach 2009–2012, a w 2013 roku wyglądała nadal bardzo korzystnie (zob. punkt 8.9.2).

8.3. EHCI 2014

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 wkłucia 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 zdrowia publicznego, takich jak oczekiwana dalsza długość życia, wskaźnik umieralności na nowotwory płuc, całkowity wskaźnik umieralności z powodu chorób serca, zapadalność 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.

8.3.1. DWA WSKAŹNIKI POCHODZĄCE Z EHCI 2013

Spośród 48 wskaźników wykorzystanych w rankingu EHCI 2013 dwa nie znalazły się w Indeksie EHCI 2014: „Niezdiagnozowana cukrzyca” i „Spożycie cukru”.

Wskaźnik „Niezdiagnozowana cukrzyca” został wycofany po tym, gdy stwierdzono, że dane pochodzące z Atlasu Diabetologicznego IDF (ang. *IDF Diabetes Atlas*) polegały jedynie na zastosowaniu współczynnika

Of 0,34 (34%) do krajowych wskaźników chorobowości z powodu cukrzycy, co oznacza, że wskaźnik nie dostarczał żadnych dodatkowych informacji. (W przypadku kilku krajów zastosowano współczynnik 0,303 do wskaźnika chorobowości z powodu cukrzycy).

Wskaźnik „Spożycie cukru” został wycofany, ponieważ dyskusja podczas panelu ekspertów dowiodła, że istnieje bardzo mało dowodów łączących ten wskaźnik ze stanem zdrowia.

Pomimo ostrego sprzeciwu niektórych krajów HCP nie rezygnuje ze wskaźnika „Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty” w rankingu EHCI, ponieważ nie istnieją absolutnie żadne dowody na to, że rola lekarza pierwszego kontaktu jako odźwiernego ma jakikolwiek wpływ na koszty opieki zdrowotnej. Badania m.in. Kronemana i innych¹¹ dostarczają bardziej przekonujących argumentów na potwierdzenie tej tezy niż stwierdzenia w rodzaju: „system oparty na lekarzu pierwszego kontaktu w roli odźwiernego to kwestia przyjętego kierunku polityki i nalegamy na usunięcie tego wskaźnika z indeksu”.

Poza tym przykład Niemiec pokazuje, że skutecznym sposobem skłonienia pacjenta do zasięgnięcia opinii lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przed udaniem się do lekarza specjalisty jest zbudowanie między pacjentem a lekarzem wieloletniej relacji opartej na zaufaniu. Ograniczenia bezpośredniego dostępu do lekarzy specjalistów przynoszą bardzo słabe efekty.

8.3.2. NOWE WSKAŹNIKI WPROWADZONE DO EHCI 2014

Od 2005 roku przy tworzeniu i wyborze wskaźników ranking EHCI posługuje się trzema następującymi kryteriami:

1. Adekwatność.
2. Istotność naukowa.
3. Wykonalność (tzn. możliwość uzyskania danych).

Na tych samych trzech zasadach opiera się niemiecki projekt dotyczący wskaźników jakości, www.bqs-institut.de/.

Jak co roku, międzynarodowy panel ekspertów przedstawił długą listę nowych wskaźników, które należałoby włączyć do tegorocznego Indeksu (zob. skład panelu eksperckiego). Prawdziwa burza mózgów zaowocowała błyskotliwymi propozycjami do uwzględnienia w tegorocznym rankingu. Niestety, zespół badawczy nie zdołał umieścić ich wszystkich w macierzy zawierającej zielone, żółte i czerwone oznaczenia punktowe. Zespół badawczy zdołał jednak przedstawić dane dla **3 nowych wskaźników i 1 zmodyfikowanego, a tylko 2 wskaźniki wyeliminowano**, zachowując ich łączną liczbę na poziomie 48.

Dodatkowe informacje i opis wskaźników znajdują się w punkcie 8.10 „Treść wskaźników ujętych w EHCI 2013”.

Podkategoria 1 (Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta oraz e-Zdrowie)

Ta podkategoria wygląda tak samo jak w rankingu z 2013 roku.

Podkategoria 2 Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)

Ta podkategoria wygląda tak samo jak w rankingu z 2013 roku.

¹¹ Kroneman i in.: *Direct access in primary care and patient satisfaction: European study*, Health Policy nr 76(2006), s. 72–79.

Podkategoria 3 (Wyniki leczenia) – nowe wskaźniki:

Wskaźnik 3.1, który wcześniej zatytułowany był „Śmiertelność z powodu ostrego zawału serca”, został zastąpiony wskaźnikiem „Strome nachylenie linii trendu dla wskaźników zgonów z powodu chorób serca”. Podobny wskaźnik (3.2) został dodany do wskaźników zgonów w wyniku udaru.

Podkategoria 4 (Zakres i zasięg oferowanych świadczeń) – brak nowych wskaźników, przy czym:

4.8. Wskaźnik cięć cesarskich

został przeniesiony do podkategorii 4 z podkategorii „Wyniki leczenia”.

Podkategoria 5 (Profilaktyka) – nowy wskaźnik:

5.7. Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi.

Podkategoria 6 (Środki farmaceutyczne) – nowy wskaźnik:

Ta podkategoria wygląda tak samo jak w rankingu z 2013 roku, z tym wyjątkiem, że

- wskaźnik „Tempo wdrażania leków przeciwpsychotycznych” zastąpiono wskaźnikiem „Tempo wdrażania metforminy dla osób chorych na cukrzycę”,
- zastosowano nowatorskie źródła danych w odniesieniu do punktu 6.7. Stosowanie antybiotyków.

8.4. OBSZARY, DO KTÓRYCH ODNOSZĄ SIĘ WSKAŹNIKI (PODKATEGORIE)

Indeks 2013, podobnie jak poprzednie edycje Indeksu EHCI, obejmował wskaźniki podzielone na sześć (liczba ta się zmieniała) 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 2014 włączono ostatecznie 48 wskaźników.

Obszary wskaźników w indeksie EHCI 2014 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 („Szczerść systemu”)	8
5. Profilaktyka	7
6. Środki farmaceutyczne	7

8.5. PUNKTACJA ZASTOSOWANA W EHCI 2014

Sprawność działania poszczególnych krajowych systemów opieki zdrowotnej oceniona została na trzy-stopniowej 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 **n.d.**, 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 roku wprowadzono oznaczenie o kolorze purpurowym, , dające 0 punktów i przyznawane za najgorsze wyniki. Było on stosowane wyłącznie w przypadku punktu „3.7. Wskaźniki aborcji” w odniesieniu do krajów, w których kobiety nie miały prawa do aborcji.

Od czasu Indeksu 2006 stosowana jest ta sama metodologia: 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 procent 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.

8.6. WSPÓŁCZYNNIKI WAGOWE

Już w przypadku rankingu EHCI 2005 zastanawiano się nad możliwością wprowadzenia współczynników wagowych, tzn. wskazaniem pewnych obszarów wskaźników, które mają większe znaczenie niż inne, 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.

W rankingu EHCI 2014 wynikom w pięciu podkategoriach przyznano następujące wagi, takie same zresztą jak ustalone w indeksie z 2013 r.:

Podkategoria	Waga względna („Wyłącznie zielone” oceny w stosunku do końcowego maksymalnego wyniku 1000 punktów)	Punkty przyznane za „zieloną” ocenę w każdej podkategorii
Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta oraz e-Zdrowie	150	12,50
Dostępność (Czas oczekiwania na leczenie)	225	37,50
Wyniki leczenia	250	31,25
Zakres i zasięg usług („Szczodrość systemu”)	150	18,75
Profilaktyka	125	17,85
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 punktów, 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 2014 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.

8.6.1. RÓŻNICE REGIONALNE W GRANICACH PAŃSTW EUROPEJSKICH

HCP ma świadomość tego, że wiele krajów europejskich ma bardzo zdecentralizowane systemy opieki zdrowotnej. W przypadku Zjednoczonego Królestwa często wysuwa się następujący argument: „Szkocja i Walia dysponują odrębnymi systemami świadczeń w ramach NHS i dlatego należy je klasyfikować oddzielnie”.

Różne części Zjednoczonego Królestwa są prawdopodobnie bardziej jednorodne niż poszczególne regiony Hiszpanii, Włoch, czy też kraje związkowe Niemiec, a może nawet poszczególne okręgi administracyjne Szwecji zamieszkałej przez 9,5 miliona ludzi.

Zostało to udowodnione w rankingu EHCI 2013, w którym eksperymentalnie wyodrębniono Szkocję. Szkocja i Anglia zostały sklasyfikowane niemal w tym samym miejscu rankingu, uzyskując odpowiednio 710 i 718 punktów na 1000 możliwych. Tak naprawdę kraje te odnotowały nieco zróżnicowane wyniki w 11 z 48 wskaźników, kończąc jednak mimo wszystko na zbliżonych pozycjach. Zaobserwowano również, że różnice regionalne między poszczególnymi częściami Anglii są większe niż różnice między Anglią a Szkocją.

Istnieje pewne ryzyko, że przy ocenie systemów opieki zdrowotnej krajów europejskich wpadnie się w następującą pułapkę: „jeśli jedną stopę włożysz do wiadra z lodem, a drugą postawisz na gorącym talerzu, to uśredniając, powinieneś czuć się całkiem komfortowo”. W szczególności Włochy zdają się być ofiarą takiej sytuacji: kraj uzyskuje dużo „żółtych” ocen, dzięki temu, że „zielone” wyniki części regionów równoważą

„czerwone” oceny innych. Problem ten byłby jeszcze wyraźniejszy, gdyby do Konsumenckiego Indeksu Zdrowia włączyć Stany Zjednoczone, rozpatrywane jako jeden kraj.

Jako że finansowanie opieki zdrowotnej tradycyjnie znajduje się wysoko na liście priorytetów krajów europejskich, uznano, że regionalne różnice są na tyle małe, że wnioski na temat poziomu krajowych systemów opieki zdrowotnej są wciąż istotne i wiele mówiące.

8.7. DEFINICJE WSKAŹNIKÓW I ŹRÓDŁA DANYCH EHCI 2014

Należy zauważyć, że od 2009 roku HCP otrzymuje znacznie więcej informacji od krajowych organów ochrony zdrowia niemal wszystkich 37 krajów ujętych w Indeksie. W takich przypadkach odpowiedzi udzielone w ankiecie zleczonej przez PatientView 2014 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”.

Tabela 8.7. Definicje wskaźników i źródła danych EHCI 2014

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
1. Prawa pacjenta i informacje znaczone 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 ; Patients' Rights Law (Annex 1 to EHCI report); http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1 ; http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patient_rights.htm ; http://www.dohc.ie ; http://www.sst.dk/Tilsyn/Indivduelt_tilsyn/ ; Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx; http://db2.doyma.es/pdf/261/261v1n2a13048764pdf001.pdf ; http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechte_gesetz.html
	1.2. Organizacje pacjencie zaangażowane w proces decyzyjny		Tak, z mocy ustawy	Tak, zwyczajowo w funkcji doradczej	Nie, nie jest to wymagane ani stosowane w praktyce	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. Rozmowy bezpośrednie.
	1.3. Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	Czy pacjenci mogą uzyskać bez pomocy wymiaru sprawiedliwości stosowne odszkodowanie w przypadku błędów popełnionych przez personel medyczny?	Tak	Do pewnego stopnia; w ponad 25% przypadków 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 niełatwo 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 2014 roku. Rozmowy bezpośrednie.
	1.5. Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej	Czy pacjenci mogą zapoznać się z dotyczącą ich dokumentacją medyczną?	Tak, lekarz udostępni im kopię dokumentacji, jeśli o to poproszą.	Tak, ale jest to kłopotliwe; może wiązać się z koniecznością złożenia wniosku bądź następuje tylko w obecności / pod nadzorem specjalistów.	Nie, jest to prawo ustawowe.	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. Rozmowy bezpośrednie; www.dohc.ie .

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
1. Prawa pacjenta i informację znaczone dla pacjenta	1.6. Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	Czy informacja o tym, że „lekarz X posiada uprawnienia do wykonywania zawodu”, jest powszechnie dostępna?	Tak, na stronie www bądź w szeroko dostępnej publikacji	Tak, ale publikacja jest droga bądź trudno dostępna.	Nie	Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View 2014. Krajowe rejestry lekarzy: p://www.sst.dk/Tilsyn/Indivduelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx ; http://www.nhsdirect.nhs.uk/ ; www.ntpf.ie .
	1.7. Internetowe lub dostępne non stop telefoniczne, interaktywne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej	Informacje, które mogą pomóc pacjentowi podjąć następujące decyzje: „Po konsultacji telefonicznej zażyję paracetamol i poczekam, co się wydarzy” lub „Natychmiast pojadę na izbę przyjęć najbliższego szpitala”.	Tak	Tak, ale nie są one ogólnie dostępne bądź niewiele osób wie o ich istnieniu.	Nie bądź sporadycznie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. Rozmowy bezpośrednie; http://www.nhsdirect.nhs.uk/ ; www.hse.ie ; www.ntpf.ie .
	1.8. Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków pochodzących z kraju pochodzenia	Czy pacjenci mogą swobodnie decydować o tym, czy chcą podjąć leczenie w innym kraju UE?	Tak; w tym o niektórych procedurach ambulatoryjnych	Tak, ale po dłuższym okresie oczekiwania	Tak, pod warunkiem uzyskania wcześniejszej zgody lub w bardzo ograniczonym zakresie (w przypadku świadczeń niedostępnych w kraju pochodzenia)	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną.
	1.9. Rankingi najlepszych świadczących świadczeń	„NHS Choices” w Zjednoczonym Królestwie to przykład rozwiązania, które predestynuje kraj do uzyskania „zielonego” wyniku. Ranking „750 najlepszych klinik” opublikowany przez LaPointe we Francji gwarantuje uzyskanie „złotego” wyniku.	Tak	W pewnym zakresie, mają charakter regionalny bądź nie są znane szerszemu gronu odbiorców.	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. http://www.drfooster.co.uk/home.aspx ; http://www.sundhedskvalitet.dk/ ; http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/Vis-StatiskInformasjon-2109.aspx ; http://www.higa.ie/ ; http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html .
	1.10. Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)	Odsetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu korzystających z elektronicznej dokumentacji pacjenta dla celów uzyskania danych diagnostycznych	≥ 90% gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu	< 90 – ≥ 50% gabinetów	< 50% gabinetów	http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf ; http://www.euro-partnership.net/ist/communities/indexmap-conso.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

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
1. Prawa pacjenta i informację przekazane dla pacjenta	1.11. 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 2014. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną.
	1.12. e-Recepty		W pełni funkcjonalne 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 2014. Kierkegaard, P. (2013), „E-Prescription across Europe”, Health and Technology nr 3. (1). 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 podstawowej opieki zdrowotnej przyjmie mnie jeszcze dzisiaj?	Tak	Tak, ale system nie zawsze działa prawidłowo.	Nie	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. 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 Patient View przez HCP 2014. 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 wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego/kolanowego	90% < 90 dni	50–90% < 90 dni	> 50% > 90 dni	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych.
	2.4. Leczenie nowotworów: < 21 dni	Okres, jaki upływa od momentu podjęcia decyzji o zastosowaniu leczenia do momentu radioterapii/chemioterapii	90% < 21 dni	50–90% < 21 dni	> 50% > 21 dni	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se: Vantetider cancerward
	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 Patient View przez HCP 2014. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se: Vantetider

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.6. Czas oczekiwania w izbie przyjęć	„Czas oczekiwania”: okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz przystępuje do leczenia (zaopatrzenia) pacjenta / rozpoznania problemu.	Standardowo < 1 godziny	Standardowo od 1 do 3 godzin	Standardowo > 3 godzin	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych.
3. Wyniki leczenia	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 WHO HfA, kwiecień 2014 r.
	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 WHO HfA, kwiecień 2014 r.
	3.3. Umieralność niemowląt	Na 1000 urodzeń żywych	< 4	< 6	≥ 6	Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich dla wskaźników umieralności, kwiecień 2014 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. Możliwa do zapobieżenia utrata lat życia	Wszystkie przyczyny, utracone lata, na 100 000 mieszkańców	< 4500	4501–7000	> 7000	Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności w krajach europejskich, maj 2014 r.
	3.6. Zakażenia MRSA (gronkowcem złocistym opornym na metycylinę)	Wyniki testów do oznaczenia wrażliwości izolatów S. aureus, w procentach	< 5%	< 20%	> 20%	Sieć ECDC EARS-net, wrzesień 2014 r. [większość danych z roku 2012]
	3.7. Wskaźniki aborcji	Liczba aborcji na 1000 urodzeń żywych; niski = dobry, bardzo niski = purpurowy	< 200	201–300	> 300	Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Dane ONZ na temat aborcji
	3.8. Depresja	Średni wynik uzyskany na podstawie odpowiedzi na 5 pytań dotyczących zdrowia	≥ 67%	66–55%	< 55%	Specjalne badanie Eurobarometru nr 345, październik 2011 r.; www.fhi.no, „Psychisk helse i Norge 2011: 2”, http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap/nat/nat.fp.php?mode=8

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
4. Zakres i zasięg oferowanych świadczeń	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 WHO Hfa, kwiecień 2014 r.
	4.2. Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	Łączna liczba procedur podzielona na 100 000 mieszkańców w wieku powyżej 65. roku życia	> 5000	5000–3000	< 3000	Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2014, baza danych WHO Hfa, Program zapobiegania ślepotcie i upośledzeniu narządu wzroku WHO, Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej, 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, wrzesień 2014 r.
	4.4. Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego świadczenia?	Odsetek osób o średnich dochodach deklarujących niezaspokojoną potrzebę wizyty u stomatologa, 2010	< 5%	5–9,9%	≥ 10%	Raport OECD Health at a Glance 2014, Eurostat: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/
	4.5. Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom	Średnia odpowiedź na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”	Nie!	Czasami, w zależności od sytuacji	Tak, często	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. 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	≥ 6000	5999–3000	< 3000	Baza danych WHO Hfa, kwiecień 2014 r.
	4.7. Odsetek dializowanych w domu metodą dializy otrzewnowej (DO) bądź pozaustrojowej (HD)	Odsetek pacjentów dializowanych w domu metodą dializy otrzewnowej (DO) bądź pozaustrojowej (HD)	≥ 15%	< 15%–8%	< 8%	Raport roczny 2012 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, kwiecień 2014 r.

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
5. Profilaktyka	5.1. Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom	Tężec, krztusiec, polio i <i>Haemophilus influenzae</i> typu b, WZW typu B, odra, świnka, różyczka – średnia arytmetyczna	≥ 95%	≥ 85–<95%	< 85%	Baza danych WHO HFA, kwiecień 2014 r., http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=352277
	5.2. Pomiar ciśnienia krwi	Odsetek ludzi powyżej 25. roku życia z ciśnieniem krwi > 140/90	< 25%	25–35%	> 35%	Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2014
	5.3. Profilaktyka palenia	Wynik ostateczny uzyskany na podstawie Skali kontroli spożycia tytoniu (<i>Tobacco Control Scale</i>) oraz Bezwzględne spożycie papierosów i linii trendu	≥ 61	60–51	< 50	Joossens, L. & Raw, M., „The Tobacco Control Scale 2013”; Dane dotyczące spożycia papierosów WHO HFA, kwiecień 2014 r.
	5.4. Alkohol	Konsumpcja alkoholu („korekta o dane dotyczące picia na umór”) na osobę powyżej 15. roku życia 15+	< 10 litrów czystego alkoholu na osobę	10–13 litrów czystego alkoholu na osobę	> 14 litrów	WHO HFA, kwiecień 2014, specjalne badanie Eurobarometru nr 331, kwiecień 2010 r.
	5.5. Aktywność fizyczna	Liczba godzin zajęć wychowania fizycznego w ramach edukacji obowiązkowej	≥ 751	750–600	< 600	http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/facts_and_figures/Instruction_Time_2013_14.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.	Europejskie Centrum ds. Zapobiegania Chorobom i ich Kontroli, „Wprowadzenie szczepień przeciw HPV w krajach Unii Europejskiej – aktualizacja”, Sztokholm: ECDC; 2012. Seme et al.: Acta Dermatovenologica APA 2013; 22: 21–25. www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/ ; informacje uzyskane od organów krajowych.
	5.7. Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi	Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR) na 100 000 mieszkańców	< 5	5–8	> 8	WHO HFA, kwiecień 2014 r.

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
6. Środki farmaceutyczne	6.1. Refundacja leków	Odsetek łącznej wartości sprzedaży refundowanych środków farmaceutycznych [w tym OTC]	≥ 70%	69,9–50%	< 50%	Baza danych WHO HFA, kwiecień 2014 r., EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2014 [Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane 2014 r.]
	6.2. Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych ze opieką zdrowia?	Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych ze opieką zdrowia, 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	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2013. Badania HCP 2010–2013. Krajowe agencje do spraw produktów medycznych.
	6.3. Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych	ATC Kod L01XC (przeciwciała 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, 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, eumusc.net: Raport v5.0 Musculoskeletal Health in Europe [2012], Specjalne badanie Eurobarometru nr 272 [2007]
	6.6. Użycie metforminy	Użycie metforminy; dawka SU (sulfonylomocznik) na 1 przypadek cukrzycy	> 400	400–250	< 250	Baza danych IMS MIDAS, cały rok 2013
	6.7. Antybiotyki per capita	DDD na 1000 mieszkańców na dzień	≤ 20	20–26	≥ 26	Czterokrotna różnica pod względem zużycia antybiotyków na obszarze Europy – nowy raport WHO 2014–03–17. Baza danych IMS MIDAS, okres 12 miesięcy kończący się w czerwcu 2013 r.

8.7.1. DODATKOWE GROMADZENIE DANYCH – BADANIE ANKIETOWE

Poza uzyskaniem danych z ogólnie dostępnych źródeł, jak w przypadku Indeksów za lata 2005–2013, organizacja PatientView (PV) przeprowadziła ankietę internetową wśród organizacji pacjenckich (dane teledadresowe PatientView: Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, tel.: 0044-(0) 1547–520–965, e-mail: info@patient-view.com. W roku 2014 ankietę obejmowała 6 wskaźników dotyczących „Dostępności”, 2 wskaźniki w podkategorii „e-Zdrowie” oraz 8 innych wskaźników. Ankietę jest dostępna na stronie: https://www.dropbox.com/s/7ae670o9pxm63boi/Survey_55014628.pdf?dl=0

Odpowiedzi przesłało łącznie 665 organizacji pacjenckich (ganska lågt antal?). Poza Słowacją, która nie nadesłała żadnej odpowiedzi, najniższa liczba odpowiedzi pochodzących z jednego kraju wynosiła dwie (Albania); Słowacja zachowała wyniki uzyskane w 2012 roku dla tych wskaźników, w przypadku których nie udało się uzyskać danych od ministerstw ani z innych źródeł.

Od 2009 roku poprawiły się jakość i zakres informacji udzielanych przez organy krajowe. Z tego powodu, przy ustalaniu wartości punktowych dla poszczególnych wskaźników, odpowiedzi udzielone w ankiecie PV traktowane były z dużą ostrożnością. 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 jednak wtedy, gdy odpowiedzi udzielone w ankiecie PV prezentowały obraz radykalnie odmienny od tego, co wynikało z danych oficjalnych.

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”.

8.7.2. DODATKOWE GROMADZENIE DANYCH – INFORMACJE UZYSKANE OD MINISTERSTW I INNYCH ORGANÓW KRAJOWYCH

Tabele ze wstępną punktacją zostały 30 października 2014 r. przesłane do ministerstw zdrowia bądź innych krajowych organów wszystkich 37 krajów uwzględnionych w rankingu. Dzięki temu podmioty te miały możliwość przekazania bardziej aktualnych lub lepszej jakości danych niż pochodzące ze źródeł ogólnodostępnych.

Procedura ta została przygotowana wiosną 2014 r. dzięki intensywnej wymianie korespondencji listowej i elektronicznej, rozmowom telefonicznym oraz bezpośrednim wizytom w ministerstwach i 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 w ministerstwach zdrowia i innych organach krajowych.

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

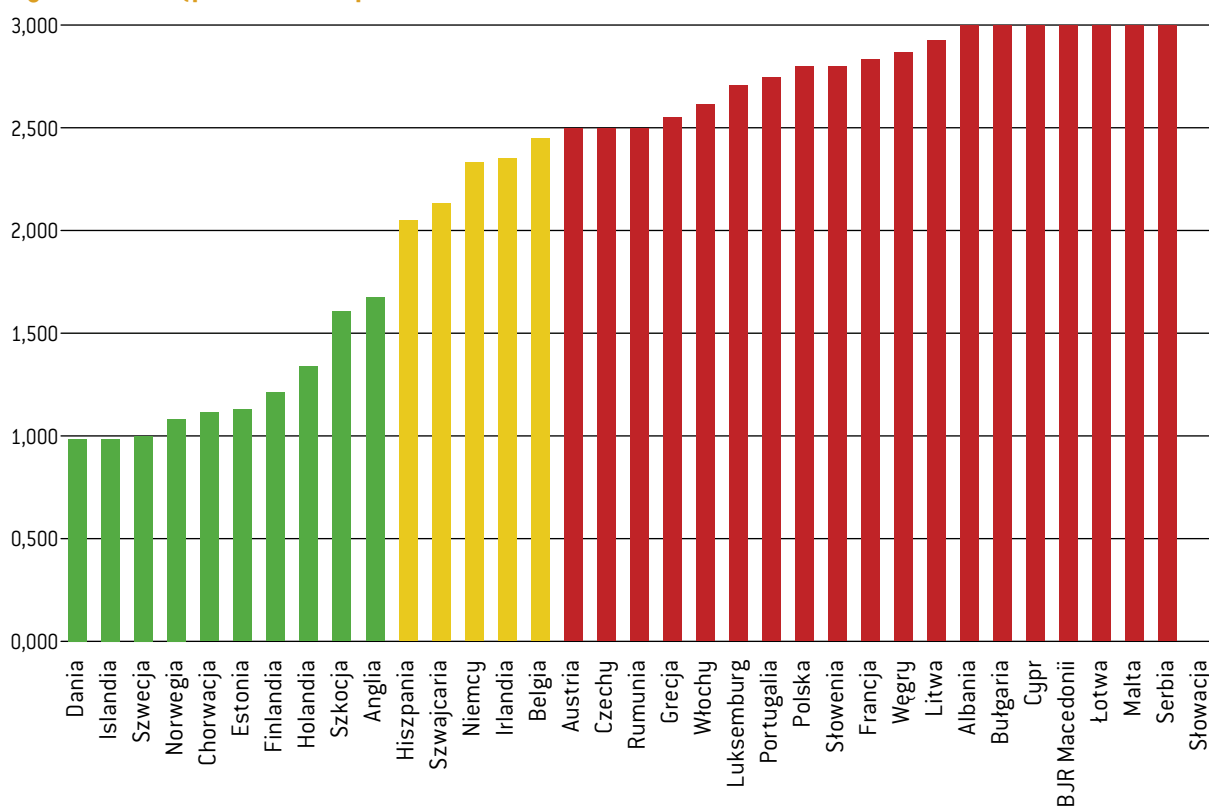
8.8. USTAWIENIA WARTOŚCI PROGOWYCH

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

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

Wartości progowe są zwykle ustalane za pomocą analizy wykresu słupkowego prezentującego, w kolejności rosnącej, wartości danego wskaźnika dla poszczególnych krajów. 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”:

Rys. 8.8. Dostępność e-Recept



1,0 = Tak, powszechnie dostępne

3,0 = Nie, bądź bardzo rzadko

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

Na koniec zauważyć należy, że HCP jest organizacją kierującą się wartościami. Popieramy działania zmierzające do umocnienia pozycji i samoświadomości pacjentów (konsumentów), a więc podejście, które kładzie nacisk na aspekt dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Jak pokazuje wskaźnik 1.8. „Transgraniczna opieka zdrowotna”, prowadzi to czasem do włączenia do rankingu wskaźników, w przypadku których jedynie niewielka liczba krajów uzyskuje „zielone” wyniki (w tym przypadku udało się to jedynie Luksemburgowi i Holandii), przy czym może się zdarzyć, że takiego wyniku nie uzyska żaden kraj. Ponadto oczywiste jest dla nas również to, że ludzie są lepiej predestynowani do podejmowania decyzji dotyczących swojego zdrowia i systemu opieki zdrowotnej niż normy uwarunkowane moralistycznymi, religijnymi i paternalistycznymi uprzedzeniami.

8.9. ŹRÓDŁA DANYCH CUTS

W miarę możliwości dla pojedynczych wskaźników poszukiwano takich danych, które spełniają kryteria CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego i wiarygodnego źródła). Gdy dane dotyczące podstawowego parametru dla określonego wskaźnika są dostępne w przypadku 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 WHO, dotyczące zdrowia dane OECD, specjalne badania Eurobarometru czy publikacje naukowe wykorzystujące jasno określoną, ustaloną metodologię.

Poza efektywnością tego podejścia podstawowym powodem preferowania dostępnych danych CUTS 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 związane ze spójnością takich danych. Powszechnie wiadomo, że trudno jest uzyskać precyzyjne odpowiedzi z wielu źródeł, nawet jeśli odpowiadają one na to samo, właściwie sformułowane pytanie. Na przykład w jednym z poprzednich Indeksów trudności nastęrczało 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 „mężczyzn powyżej 45. roku życia”, a nie całej populacji. Należy podkreślić, że także w przypadku zidentyfikowania danych CUTS dla określonego wskaźnika są one weryfikowane poprzez zestawienie z danymi pochodzącymi z innych źródeł, ponieważ wielokrotnie zdarzało się, że ze źródeł krajowych bądź publikacji naukowych udawało się uzyskać nowsze lub bardziej precyzyjne dane.

8.9.1. CZYNNIK „SKRZYNI BIEGÓW ROLLS-ROYCE’A”

Chętniej wykorzystujemy dostępne dane CUTS z tej samej przyczyny, dla której Rolls-Royce (w okresie przed przejściem 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 takiej jak HCP tę samą prawdę można by odnieść do każdego ze wskaźników ujętych w badaniach Eurobarometru, bazie danych WHO Hfa czy danych CUTS.

8.10. TREŚĆ WSKAŹNIKÓW UJĘTYCH W EHCI 2014

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2014 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, takiej jak „Wyniki leczenia” czy „Dostępność”.

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

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

8.10.1. PRAWA PACJENTA I INFORMACJE PRZEZNACZONE DLA PACJENTA

Podkategoria ta określa zdolność systemu opieki zdrowotnej do wzmocnienia pozycji pacjenta w sposób umożliwiający zniwelowanie nierówności informacyjnej między specjalistami ochrony zdrowia a pacjentami.

Dlaczego jest to jedna z ulubionych podkategorii HCP? Ponieważ obejmuje wskaźniki niezależne od PKB. Nawet najbardziej rozwinięte kraje mogą sobie pozwolić na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2014 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 itd.?

Wskaźnik ten jest uwzględniany w rankingach EHCI od 2005 roku. Ze względu na to, że obecnie tylko trzy kraje nie przyjęły takich przepisów, wskaźnik ten może zostać zastąpiony przez inny w 2015 roku.

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 ustawicznie), czasem organizacje czynią to w sposób czysto formalny, bez wywierania realnego wpływu, albo w ogóle nie uczestniczą w procesie.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. 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 wysokiego szczebla urzędników odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, którzy nigdy nie słyszeli o systemach ubezpieczeń z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej, takich jak np. system działający w krajach skandynawskich. Jednakże od 2009 roku w wielu krajach nastąpiła wyraźna poprawa w tym obszarze.

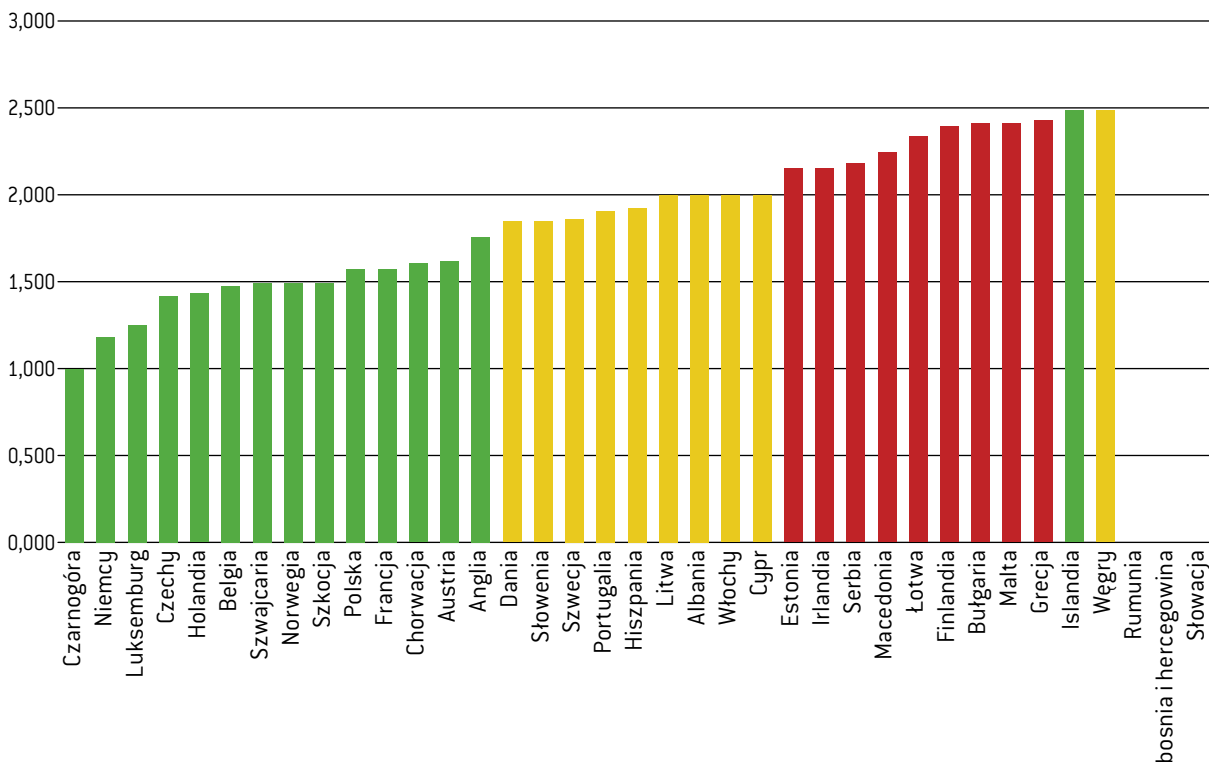
Źródła danych: Swedish National Patient Insurance Co. (wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); www.hse.ie; www.hiqa.ie, krajowe organy ochrony zdrowia, badania zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

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 też problemów zdrowotnych, dla których istnieje jedno rozwiązanie. Czy zatem pacjenci mają prawo do uzyskania opinii innego lekarza na temat swojego stanu zdrowia bez konieczności ponoszenia dodatkowych opłat? Czy jest to formalnie usankcjonowane prawo, rzadko egzekwowane w praktyce, czy może od dawna obowiązująca zasada?

Krajom, w których prawo to istnieje „na papierze”, ale organizacje pacjenckie niewiele o nim wiedzą, przyznano wynik „żółty” zamiast „zielonego”, który zostałby uzyskany, gdyby uprawnienie do zasięgnięcia opinii innego lekarza było formalnie egzekwowane.

Rys. 8.10.1.4. Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza



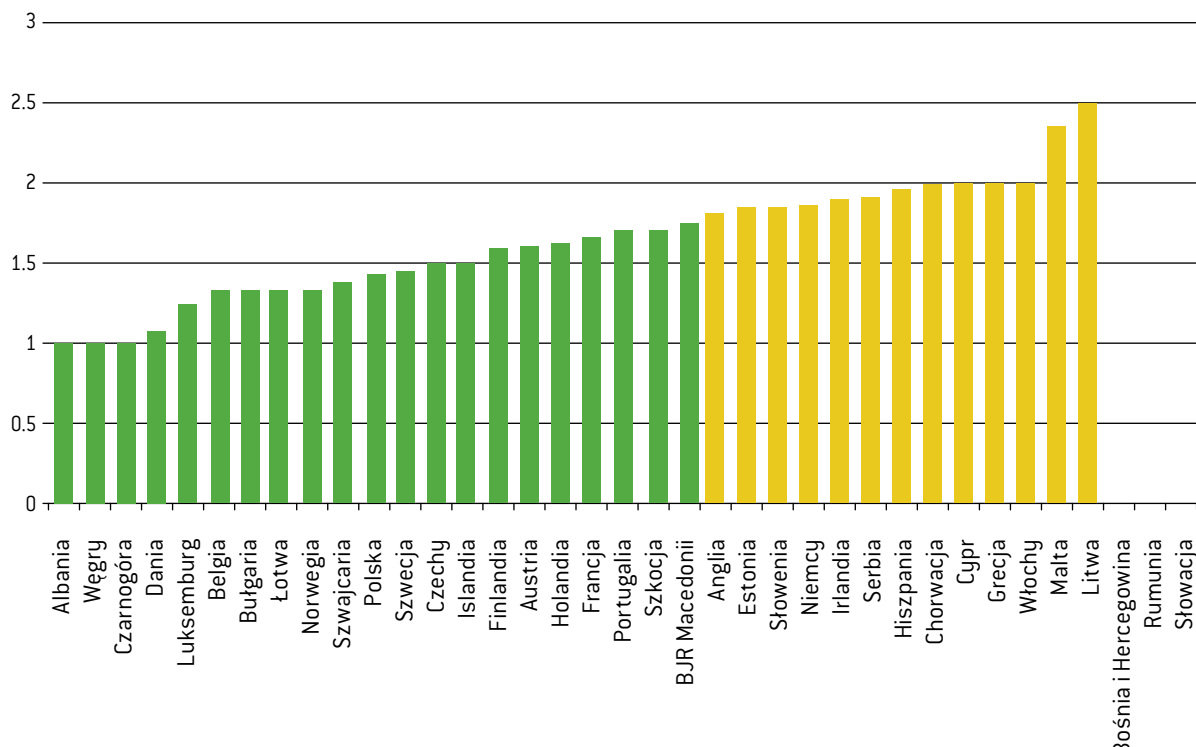
1,0 = „Tak”, 3,0 = „Nie”

Źródło: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. 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 pacjentów i ich nienaruszalność są tak dobrze chronione, że pacjenci nie mają dostępu do własnej dokumentacji medycznej. Jest to o tyle zadziwiające, że dyrektywa UE o ochronie danych osobowych stanowi jednoznacznie, że pacjentowi takie uprawnienie powinno przysługiwać z mocy prawa. Są też kraje, w których pacjenci co prawda również są pozbawieni dostępu do dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia im się, że to dla ich własnego dobra. Jednak można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach w wielu krajach sytuacja w tej dziedzinie znacznie się poprawiła.

Rys. 8.10.1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej



Źródło: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2014 roku. Krajowe organy ochrony zdrowia, badania zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

Wynik 1,0 oznacza, że wszyscy respondenci w tym kraju odpowiedzieli „tak”. 3,0 oznacza odpowiedź „nie”. Wykres pokazuje, że pomimo tego, iż pacjenci mają mieć z założenia dostęp do swojej dokumentacji, w niektórych krajach to uprawnienie nie jest powszechnie znane.

1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu

Czy informacja o tym, że „lekarz X posiada prawo do wykonywania zawodu” jest powszechnie dostępna? Do uznania, że na to pytanie udzielona została odpowiedź twierdząca, wymagane jest istnienie serwisu internetowego lub telefonicznego. Spis lekarzy na „żółtych stronach” książki telefonicznej lub podobnego rejestru nie gwarantuje krajowi „zielonego” wyniku – z wyjątkiem Luksemburga, gdzie poświęcony lekarzom rozdział takiego spisu jest co roku recenzowany i zatwierdzany przez tamtejsze Ministerstwo Zdrowia.

Taki serwis jest łatwy do uruchomienia i nie jest kosztowny w utrzymaniu, ale wciąż bardzo trudno znaleźć źródła informacji tego typu.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie ankietowe zleczone przez HCP w 2014 r. Krajowe rejestry lekarzy. Krajowe organy ochrony zdrowia, badanie zasobów internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

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

Zastosowany w poprzednich latach, prosta definicja tego wskaźnika pozostała bez zmian w rankingu za rok 2013. Informacje o systemie opieki zdrowotnej to takie informacje, które mogą pomóc pacjentowi

podjąć następujące działania: „po konsultacji telefonicznej zażyję paracetamol i zobaczę, co się wydarzy” lub „natychmiast pojedę do izby przyjęć najbliższego szpitala”. Najbardziej kompleksowe usługi tego typu zapewnia brytyjski NHS Direct. W 2014 roku wiele krajów opracowało zdecentralizowane rozwiązania, takie jak całodobowe gabinety podstawowej opieki zdrowotnej oferujące taką samą usługę.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2014 roku. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

1.8. Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków z kraju pochodzenia

Dyrektywa EU w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej została uchwalona 9 marca 2011 roku. Do 25 października 2013 roku kraje członkowskie UE musiały we własnym zakresie przyjąć 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 2015) daje się zauważyć pewien niewielki postęp w tym obszarze datowany od jesieni 2013 roku.

Nie zmienia to jednak faktu, że do dnia dzisiejszego jedynie Luksemburg i Holandia wdrożyły dyrektywę bez zastrzeżeń, przy czym oba kraje zrobiły to przed marcem 2011 roku. „Zielony” wynik Luksemburga może wyglądać na „oszustwo”, ale biorąc pod uwagę tendencję sektora publicznego do korzystania z własnych zasobów, powstrzymanie się tego kraju od budowania własnego kompleksowego systemu ochrony zdrowia (na co Luksemburg z pewnością mógłby sobie pozwolić) i umożliwienie obywatelom korzystania z opieki zdrowotnej w krajach sąsiednich zasługuje na uznanie.

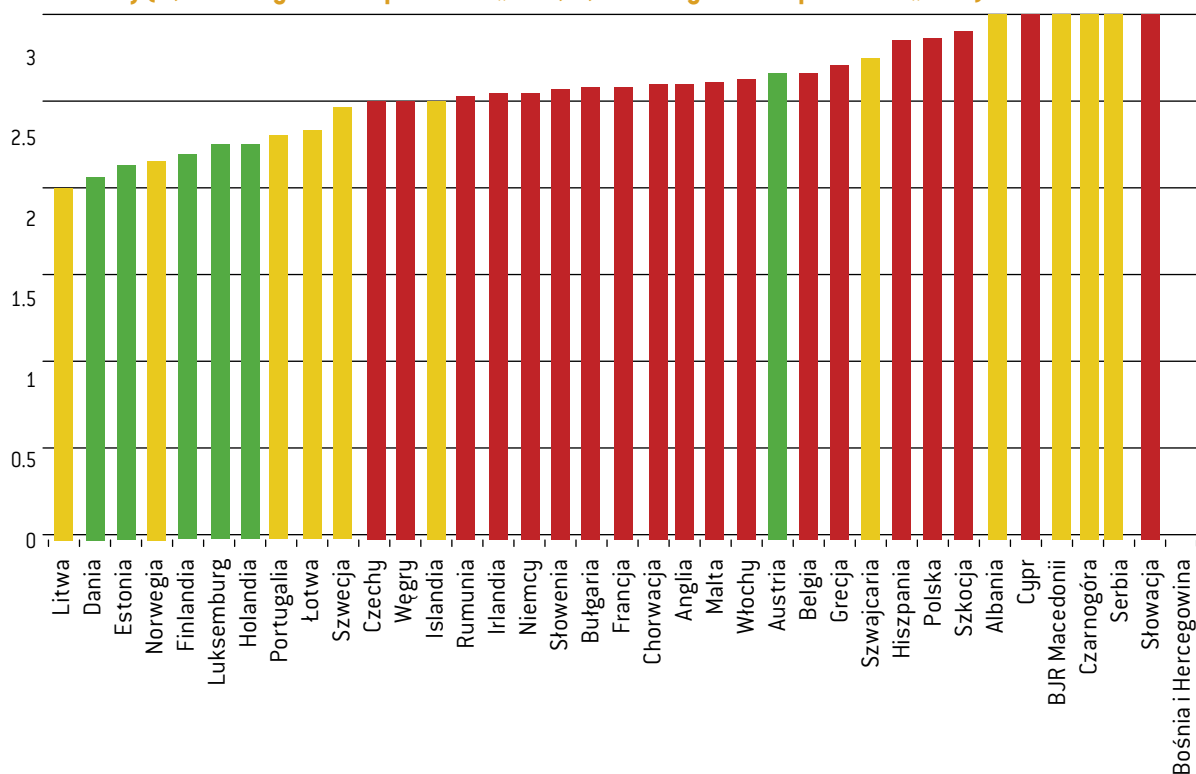
Subiektywna opinia organizacji pacjenckich (wykres poniżej) odzwierciedla rzeczywistą sytuację. Kilka organów krajowych twierdziło, że formalna realizacja dyrektywy EU powinna stanowić podstawę do przyznania im „zielonej” oceny. Jednakże ze względu na znaczące luki informacyjne i inne przeszkody koncepcja ta nie zyskała naszego poparcia. Nieświadomi istnienia opcji transgranicznej są w szczególności pacjenci austriaccy.

Rys. 8.10.1.8. Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie „Czy pacjenci w Państwa kraju mogą wybrać leczenie W WYBRANYM PRZEZ SIEBIE innym państwie UE, na tych samych warunkach ekonomicznych co w przypadku leczenia w kraju?”. Z definicji, kraje niebędące członkami UE uzyskują „żółty” wynik „nie dotyczy”. „Zielony” wynik uzyskany przez Bułgarię w 2013 roku uznany został – zapewne słusznie – za mało wiarygodny.

Praktyczne wdrożenie przyjętej w 2011 roku unijnej dyrektywy transgranicznej zajmie prawdopodobnie trochę czasu. Poza godnym uwagi wyjątkiem Holandii wydaje się, że powszechnym problemem administracji systemów opieki zdrowotnej jest obsesja na punkcie kontroli (nazbyt nerwowe organy nadzoru?), co spowalnia cały proces. Wygląda na to, że 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.

Poniższy wykres przedstawia wyniki uzyskane na podstawie ankiety HCP skierowanej do organizacji pacjenckich.

Rys. 8.10.1.8. Wiedza organizacji pacjenckich na temat dostępności transgranicznej opieki zdrowotnej (1,0 = wszystkie odpowiedzi „Tak”, 3,0 = wszystkie odpowiedzi „Nie”)



Źródło: badanie ankietowe zlecone przez HCP na potrzeby Heart Index [Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Opieki Kardiologicznej], Patient View 2014, http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/consultations/cons_implementation_ern_en.htm#results, krajowe agencje ochrony zdrowia.

1.9. Rankingi najlepszych świadczeniodawców

W 2005 roku 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 lub odsetka przeżywalności pacjentów. Obecnie inicjatywa ta przekształciła się w serwis „NHS Choose and Book”¹².

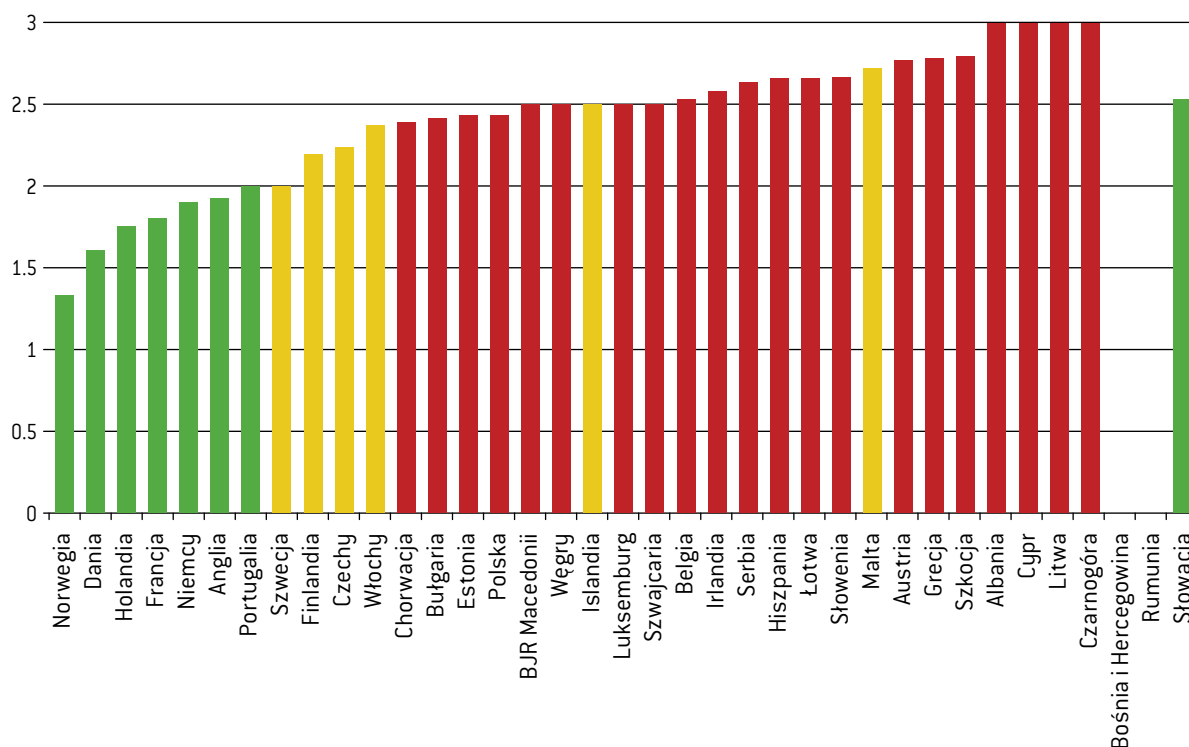
W 2014 roku można wskazać tylko kilka dodatkowych przykładów takich inicjatyw, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonana, że najbardziej godny uwagi jest duński serwis www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx, który ocenia szpitale w skali „hotelowej”, przyznając im od ★ do ★★★★★ 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 jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem łącza internetowego bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

W 2014 roku duński Sundhedskvalitet i brytyjski NHS Choices pozostają wzorcowym przykładem europejskich inicjatyw gwarantujących uzyskanie „zielonego” wyniku. Dzięki rankingowi „Najlepsze kliniki we Francji”, publikowanemu raz do roku przez tygodniki „Le Point” oraz „Le Figaro”, w 2014 roku również

¹² www.chooseandbook.nhs.uk

Francja otrzymała „zieloną” ocenę, która świadczyła o wysokiej rozpoznawalności tego rankingu wśród pacjentów (co wykazała ankieta HCP). Wynik taki w 2014 roku uzyskały też Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Niemcy, które otrzymały „żółtą” ocenę w 2012 roku, (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 publikację łatwo dostępną dla pacjentów.

Rys. 8.10.1.9. Wiedza na temat dostępności „rankingu” szpitali ujawniającego statystyki wyników leczenia (Ankieta HCP, 1,0 = wszystkie odpowiedzi „Tak”, 3,0 = wszystkie odpowiedzi „Nie”)



Źródło: Badanie ankietowe zlecone przez HCP na potrzeby *Heart Index* (Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Opieki Kardiologicznej), Patient View 2014, 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.

Rys. 8.10.1.9. Wyniki „żółte” przyznano Islandii i Malcie w celu uniknięcia dyskryminacji państw wyspiarskich, w których funkcjonuje jeden szpital z prawdziwego zdarzenia.

1.10. Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (... PR)

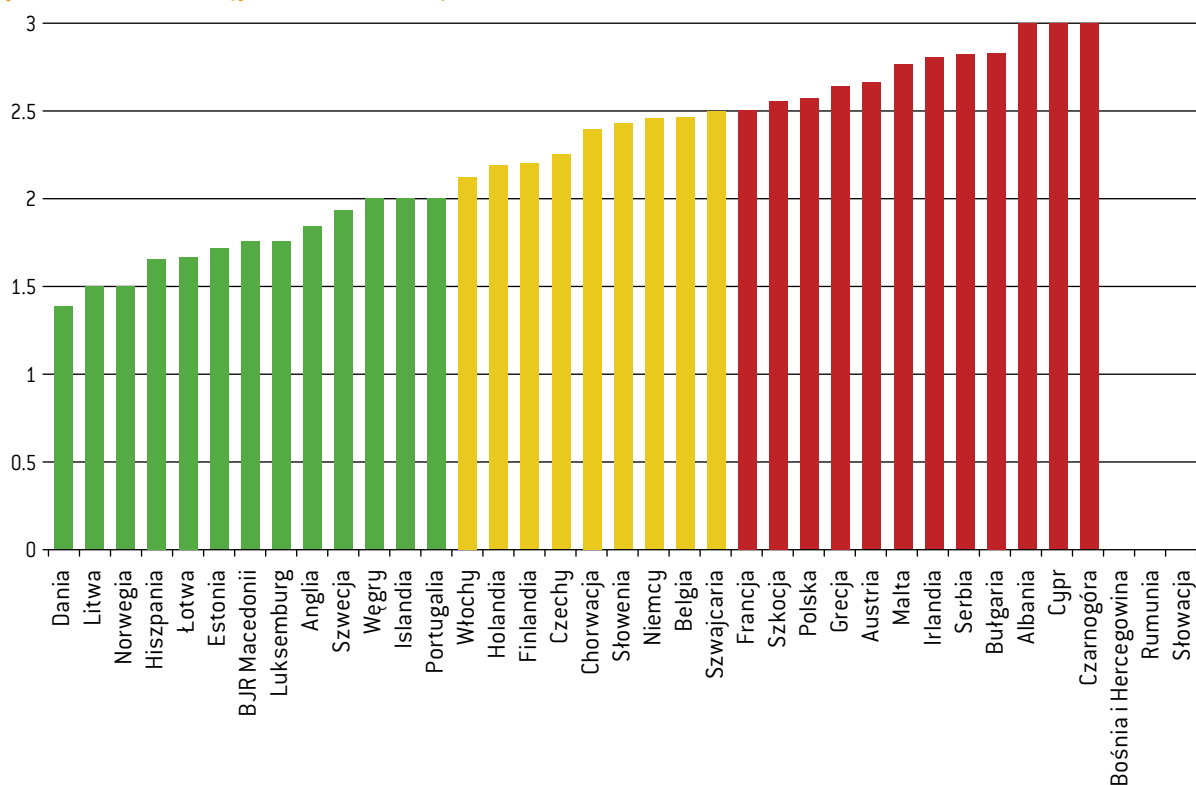
Odsetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu wykorzystujących komputery do przechowywania danych medycznych pacjentów oraz do komunikowania się z innymi segmentami systemu opieki zdrowotnej. Dopiero od 2014 roku, 20 lat za późno, staje się to normą w Europie.

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 r.; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn (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 dotyczącego 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 roku jeden z zaledwie dwóch „zielonych” wyników w tej podkategorii uzyskała Portugalia, w przypadku której mówiło się, że „cztery miliony mieszkańców okolic Lizbony” posiada dostęp do takiej usługi. W 2014 roku trzynastcie krajów udostępniło taką usługę znaczącym grupom obywateli, co jest dużym krokiem naprzód, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę, że rok wcześniej uczyniło to dziewięć krajów. Jak pokazuje przykład Macedonii, usługi takie mogą w dużym stopniu zlikwidować kolejki w systemie opieki zdrowotnej.

Rys. 8.10.1.11. Czy pacjenci mogą umawiać się na wizyty za pośrednictwem internetu? 1,0 = usługa powszechnie dostępna, 3,0 = Nie, bądź bardzo rzadko



Źródło: Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2014 r. Krajowe organy ochrony zdrowia.

Rys. 8.10.1.11. Wartości graniczne dla „żółtego” i „zielonego” wyniku nie zmieniły się od 2009 r.

1.12. e-Recepty

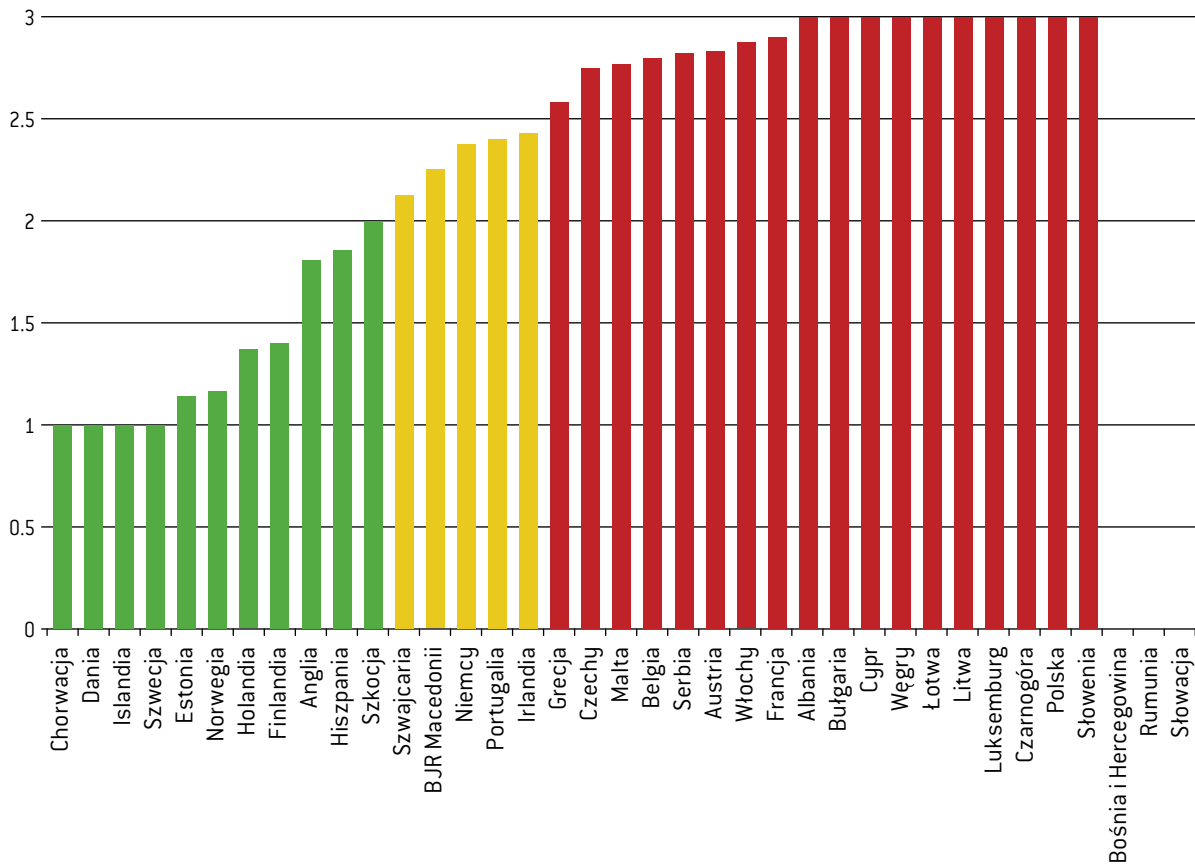
Pytanie z ankiety HCP:

„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 możliwość.

2. Taka możliwość istnieje, niemniej oferuje ją jedynie nieliczna grupa nowatorskich lekarzy/przychodni/szpitali.
3. Nie (albo bardzo rzadko).

Rys. 8.10.1.12. Dostępność e-Recept



1,0 = Tak, powszechnie dostępne; 3,0 = Nie, bądź bardzo rzadko

Źródło: Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2014 r., „The set-up of guidelines in support of European e-Prescription interoperability (2011–2013)”, Empirica, Bonn; krajowe organy ochrony zdrowia.

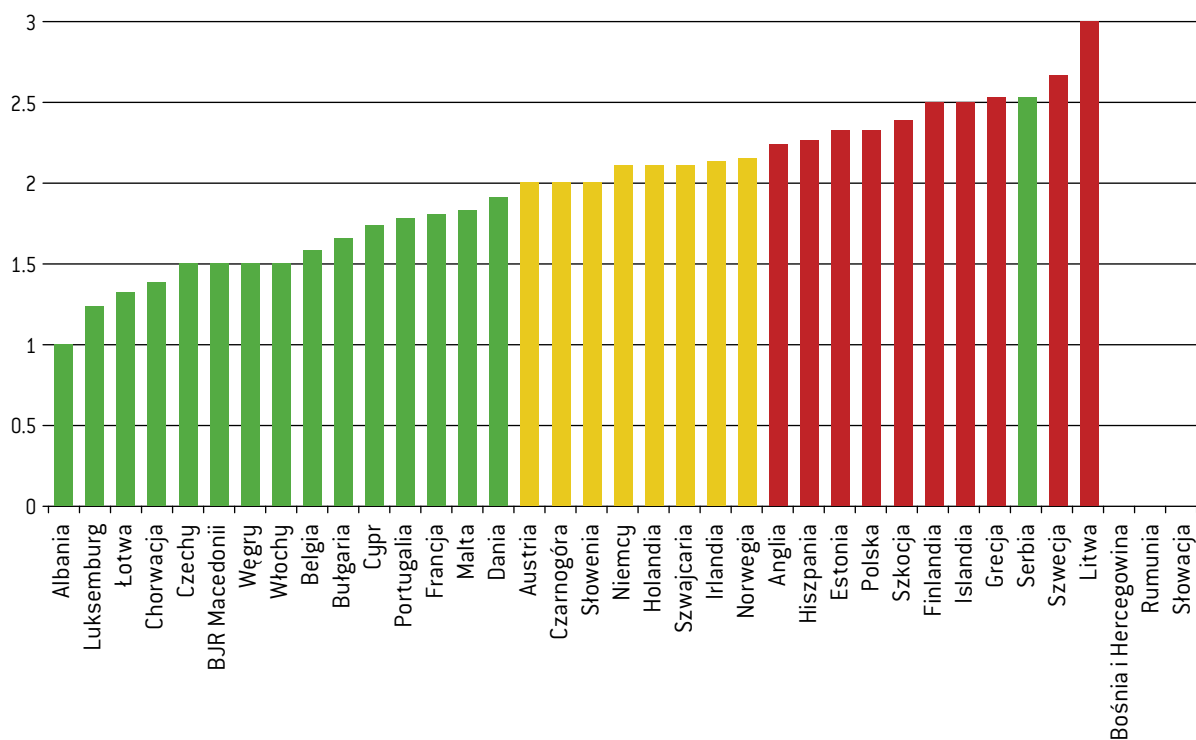
Rys. 8.10.1.12. Odpowiedzi na powyższe pytanie udzielone w ankietach.
Chorwacja i kraje skandynawskie są pod tym względem europejskimi liderami.

8.10.2. 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 muszą zobaczyć się z lekarzem?

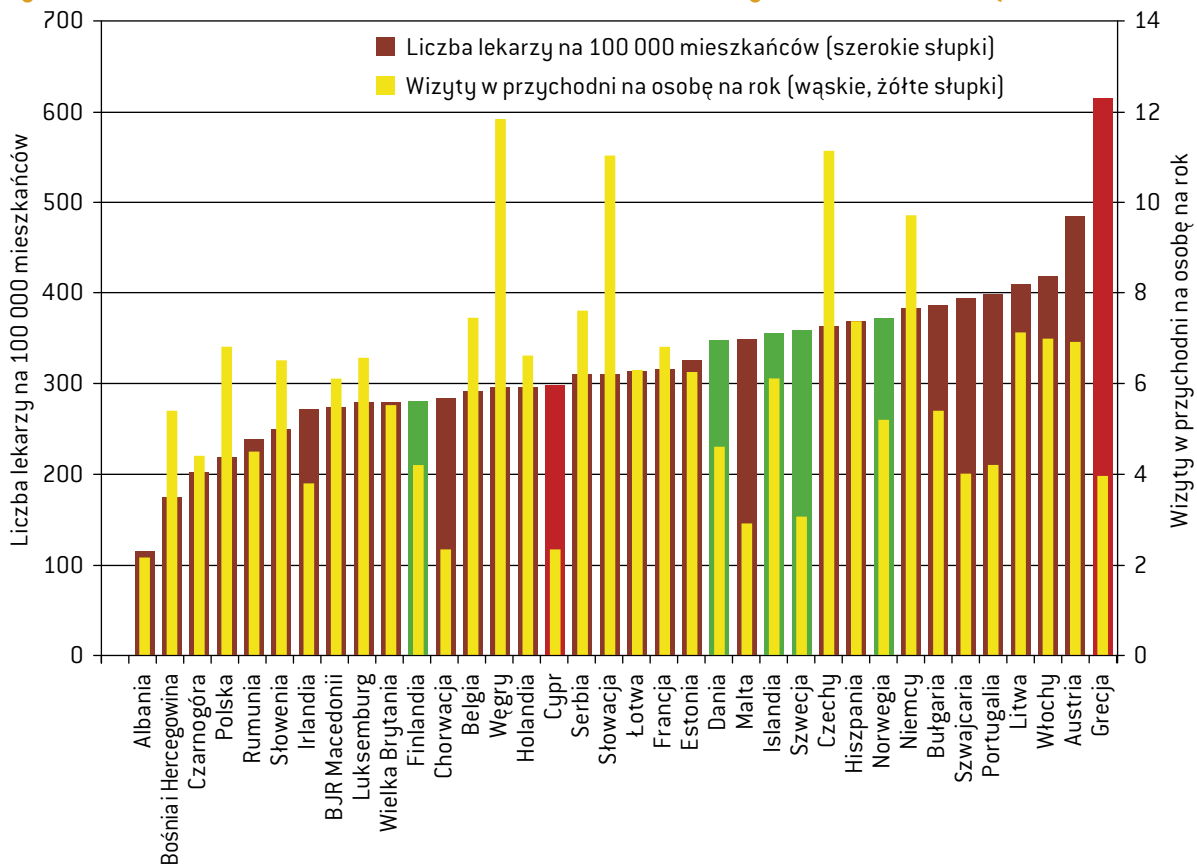
Rys. 8.10.2.1a. Wyniki dotyczące dostępności wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej EHCI 2014



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

Z odpowiedzi udzielonych na to pytanie w zasadzie wynika, że brak jest 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.

Rys. 8.10.2.1b. Lekarze na 100 000 mieszkańców, i liczba wizyt u lekarza na osobę



Źródło: Patients' Perspectives of Healthcare: Waiting times in Europe; badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2014 r. Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014. Krajowe organy ochrony zdrowia, analiza czasopism. Dane niezaliczane do CUTS.

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 a dostępnością lekarzy jest bardzo nieznaczna. Można tu wyróżnić pewne cechy kulturowe: w krajach skandynawskich (szerokie, zielone słupki) pacjenci poszukują porady lekarskiej jedynie wtedy, kiedy są już naprawdę chorzy. Również Szwajcarzy, Portugalczycy i Holendrzy nie naprzykrzają się zbyt swoimi 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.

2.2. Bezpośredni dostęp do specjalistów

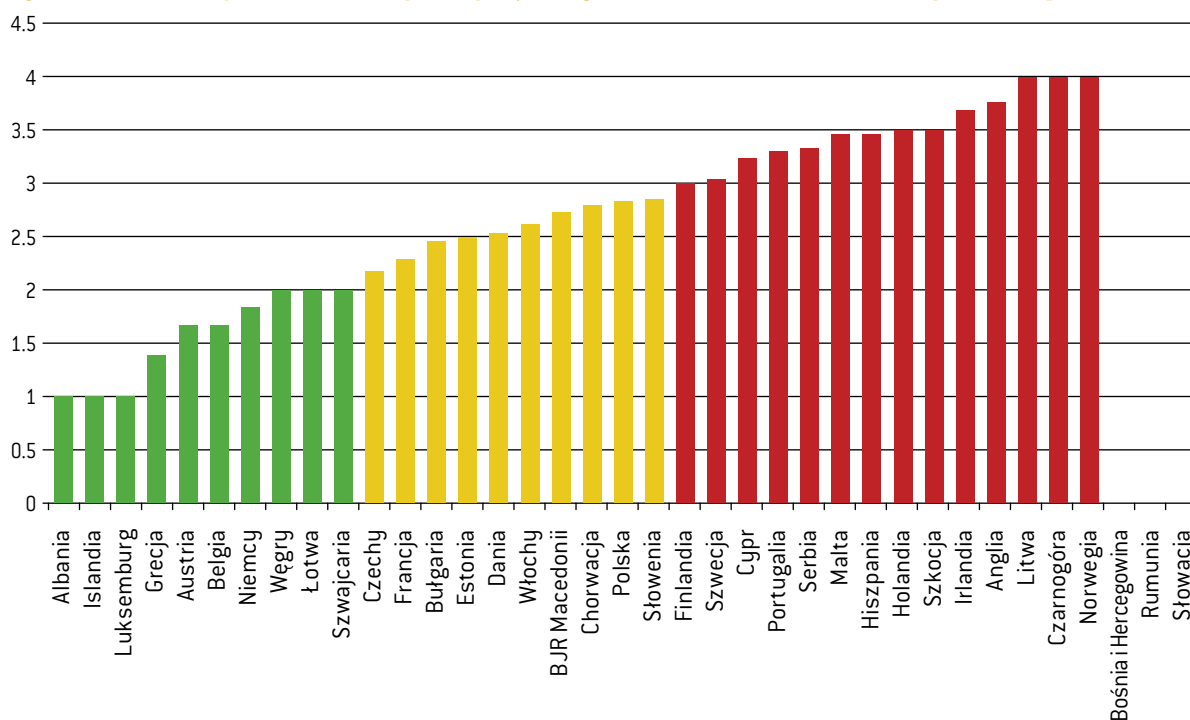
Czy pacjenci mogą dostać się do lekarza specjalisty bez konieczności uzyskania wcześniejszego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej?

Ten wskaźnik wzbudza 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, omawiany wskaźnik pozostaje w użyciu od 2005 roku 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.

Największy optymizm w kwestii możliwości bezpośredniego uzyskania porady specjalisty wykazują duńscy pacjenci; w Danii lekarze pierwszego kontaktu i izby przyjęć są jedynymi punktami wejścia do systemu opieki zdrowotnej.

Rys. 8.10.2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty bez skierowania od lekarza pierwszego kontaktu



1,0 = „Tak”, 4,0 = absolutnie „Nie”

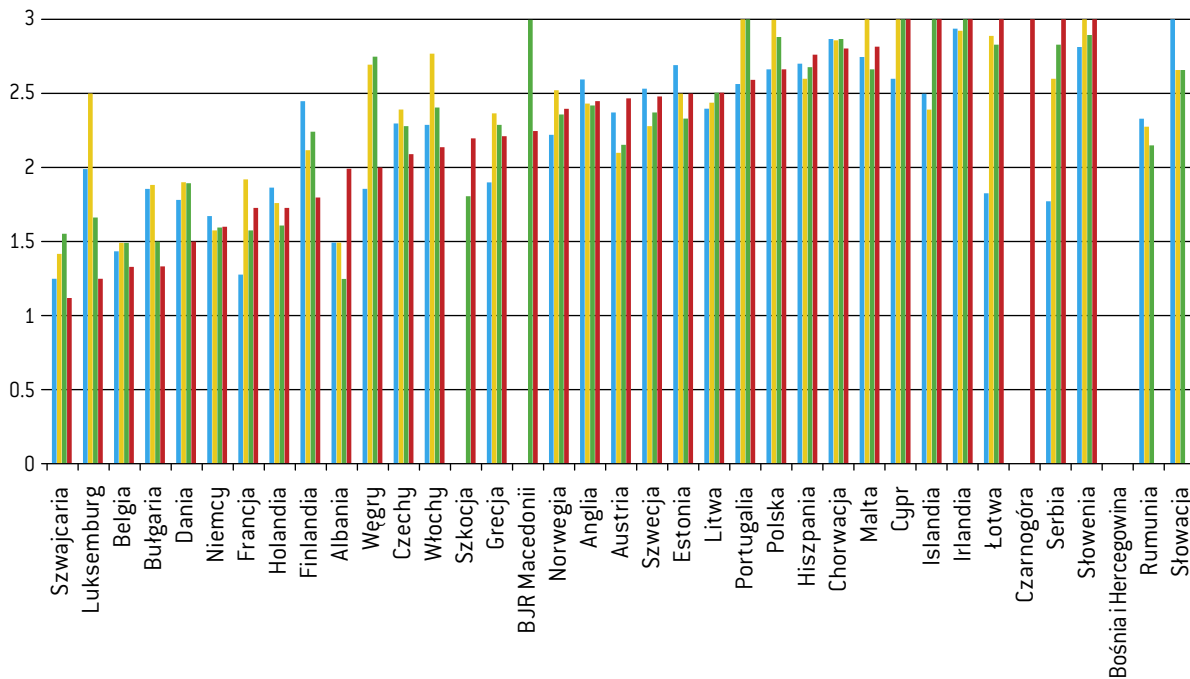
Źródło: Patients' Perspectives of Healthcare: Waiting times in Europe („Czas oczekiwania w Europie”); badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2014 r. Krajowe organy ochrony zdrowia z urzędnikami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia; www.im.dk/publikationer/health-care-in-dk/healthcare.pdf; www.ic.nhs.uk/; www.oecd.org; www.vantetider.se. Dane inne niż 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, angioplastyka (PTCA) czy wymiana stawu biodrowego albo kolanowego? Trudno nie dostrzec, że już sam fakt prowadzenia przez niektóre kraje (np. Irlandię, Szwecję i 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 Madryt dysponuje mniejszą liczbą pługów śnieżnych niż Helsinki.

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

Rys. 8.10.2.3. Wyniki ankiet dotyczących czasu oczekiwania na planowe zabiegi operacyjne



1,0 = > 90% w ciągu 3 miesięcy 3,0 = < 50% w ciągu 3 miesięcy

Źródło: Patients' Perspectives of Healthcare Waiting times in Europe; badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2014 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane inne niż CUTS.

Rys. 8.10.2.3. Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania na poważne planowe zabiegi operacyjne. Jeżeli niebieskie lub ciemnoczerwone słupki są wyższe niż zielone, oznacza to, że czas oczekiwania wydłużył się w okresie kryzysu finansowego, ale nieco skrócił w 2014 roku.

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 nieco się wydłużył w okresie od 2009 do 2013 roku, szczególnie w niektórych krajach ciężko dotkniętych kryzysem. Niemniej, jeżeli efekt ten nie jest artefaktem, jego nasilenie było dość nieznaczne i wydaje się, że w 2014 roku sytuacja w wielu krajach się poprawia.

Wyniki ankiety uzyskane dla mniejszych krajów należy traktować z dużą dozą ostrożności z uwagi na niewielką liczbę udzielonych odpowiedzi.

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) w przypadku leczenia nowotworów znacznie krótszy niż czas oczekiwania na planowe zabiegi operacyjne. Optymistycznie nastroja 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 ankiet dotychczasowa planowych zabiegów operacyjnych (opisana powyżej). Średnia punktacja odpowiedzi

wynosząca 1,0 oznacza w przypadku czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, że „każdy pacjent rozpoczyna leczenie w ciągu trzech tygodni”, natomiast wynik 3,0 oznacza, że „wszyscy pacjenci muszą czekać dłużej niż trzy tygodnie”. W 2009 roku średnia ocena wyniosła 1,692; w 2012 – 1,789; w 2013 – 1,871; wynik za rok 2014 wyniósł 1,833. Co ciekawe, w obrębie tej kategorii zaobserwować można tę samą tendencję, która widoczna jest 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.

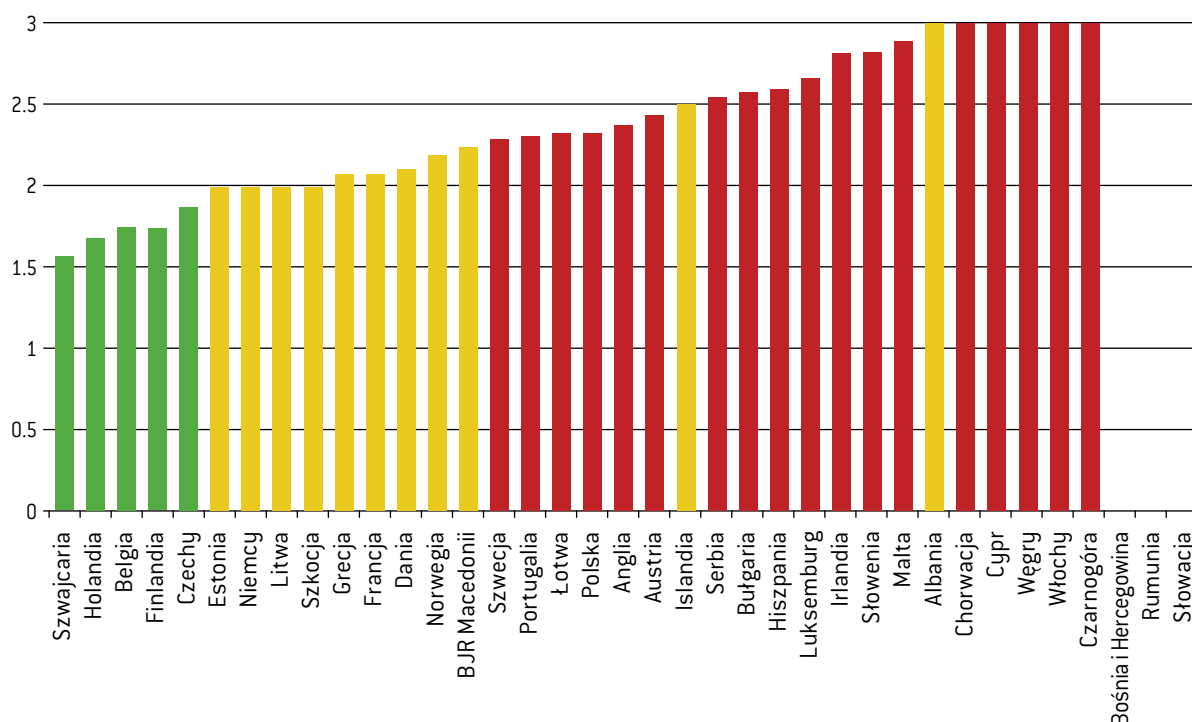
Źródła danych: Badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2014 r. Raport na temat czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne opracowany przez Szwedzką Radę Zdrowia i Opieki Społecznej (2014). Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

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 tygodnia u każdego pacjenta”, do 3,0, czyli „każdy czeka ponad trzy tygodnie”.

Rys. 8.10.2.5. Czas oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród organizacji pacjenckich



Źródło: Badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2014 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

Odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące czasu oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych. Może się wydawać, że przyznawanie „zielonej” oceny za wynik poniżej 7 dni to zbyt wysoko ustawiona poprzeczka, ale nie ma najmniejszej realnej przyczyny, dla której czas oczekiwania miałby być dłuższy. Wyniki dla Albanii i Islandii zostały zmodyfikowane względem danych ze źródeł krajowych.

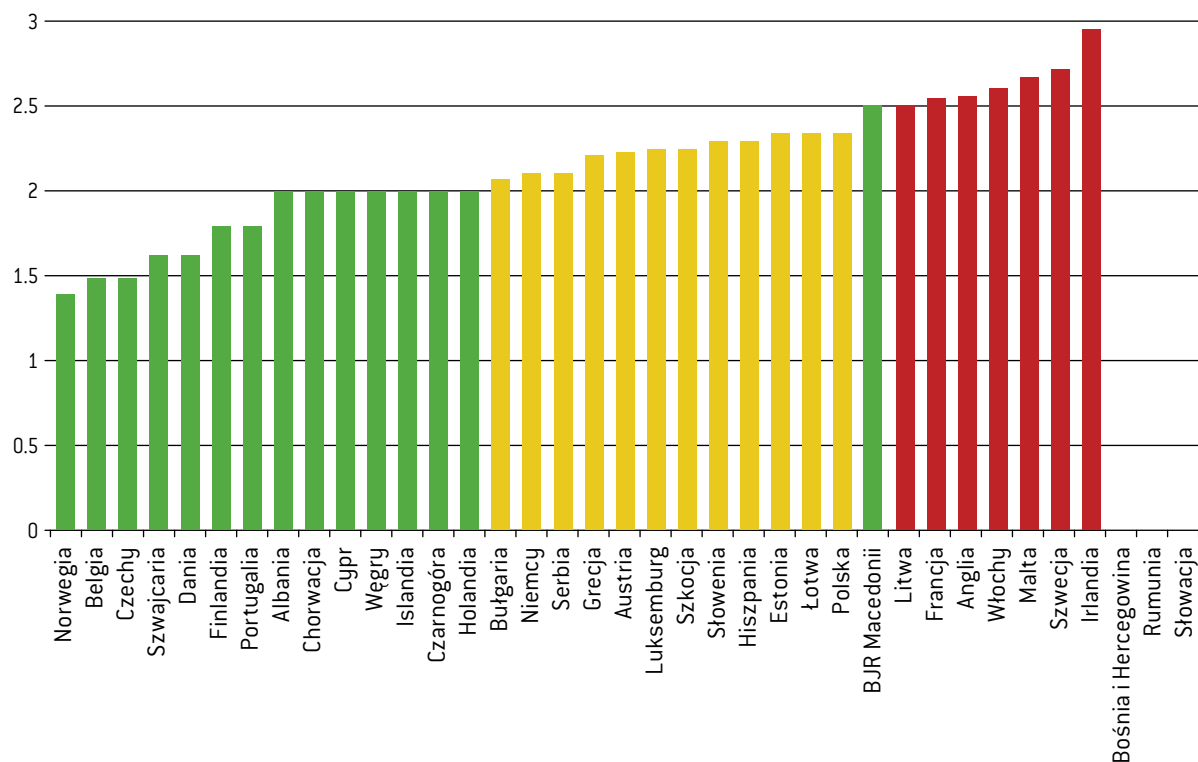
2.6. Czas oczekiwania w izbie przyjęć

Nowy wskaźnik, wprowadzony w 2013 roku. Pytanie, które znalazło się w ankiecie HCP dla organizacji pacjenckich, brzmiało następująco:

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

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

Rys. 8.10.2.6. Czas oczekiwania w izbie przyjęć na podstawie badania organizacji pacjenckich przeprowadzonego w 2014 r.



1,0 = poniżej 1 godziny, 3,0 = ponad 3 godziny

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

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

Nie jest przypadkiem, że dwa kraje, które uzyskały najniższe wyniki dla wskaźnika „Dostępność”, czyli Szwecja oraz Irlandia, odnotowały również słaby rezultat w kategorii „Czas oczekiwania w izbie przyjęć”. Wynik dla Republiki Macedonii został skorygowany na podstawie oficjalnych danych.

8.10.3. WYNIKI LECZENIA

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

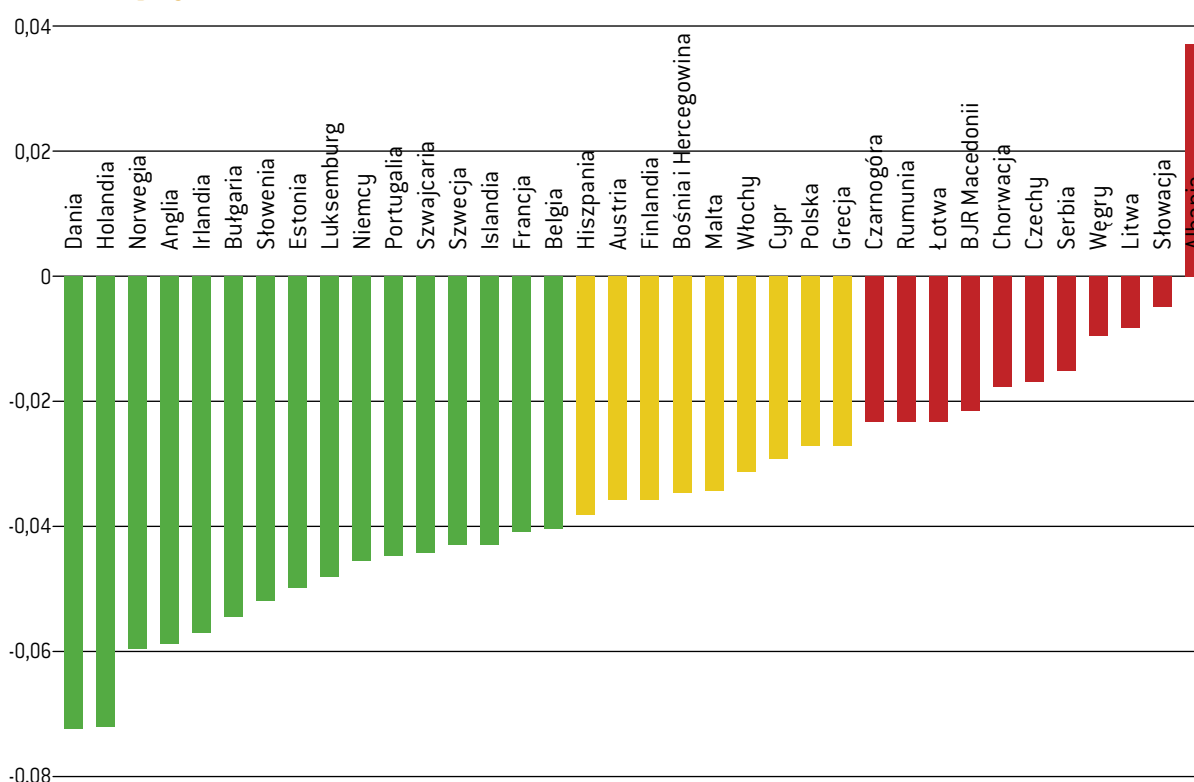
3.1. Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)

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

Z tego powodu wskaźnik ten został zastąpiony w rankingu EHCI 2014 wskaźnikiem „Nachylenie długoterminowej linii trendu dla zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca – Standaryzowany Współczynnik Zgonów (SDR)”. Decyzja o zastąpieniu wskaźnika została podjęta pod wpływem przekonania, że to współczesna opieka zdrowia, a nie zmiana trybu życia, stanowi główną przyczynę zmniejszenia liczby zgonów sercowych. Taki wniosek potwierdza dyskusja na temat epidemii cukrzycy¹⁴. Większość czynników ryzyka sprzyjających CVD odnosi się również do cukrzycy. Z wyjątkiem malejącego odsetka osób palących odnotowuje się wzrost pozostałych czynników ryzyka, takich jak otyłość, nadużywanie alkoholu i siedzący tryb życia.

Faktyczne dane dotyczące wskaźnika odnoszą się do *stromeego nachylenia długoterminowej linii trendu*. Obliczenia zostały przeprowadzone na podstawie *wartości logarytmicznych SDR*, aby zrównoważyć fakt, że np. wynik SDR Francji stanowi mniej więcej jedną szóstą wartości osiąganych przez niektóre kraje Europy Środkowo-Wschodniej.

Rys. 8.10.3.1. Nachylenie linii trendu dla SDR z powodu choroby niedokrwiennej serca na 100 000* osób w latach 1996–2012 bądź latach, dla których dostępne są dane w tym przedziale czasu*) wartości logarytmiczne



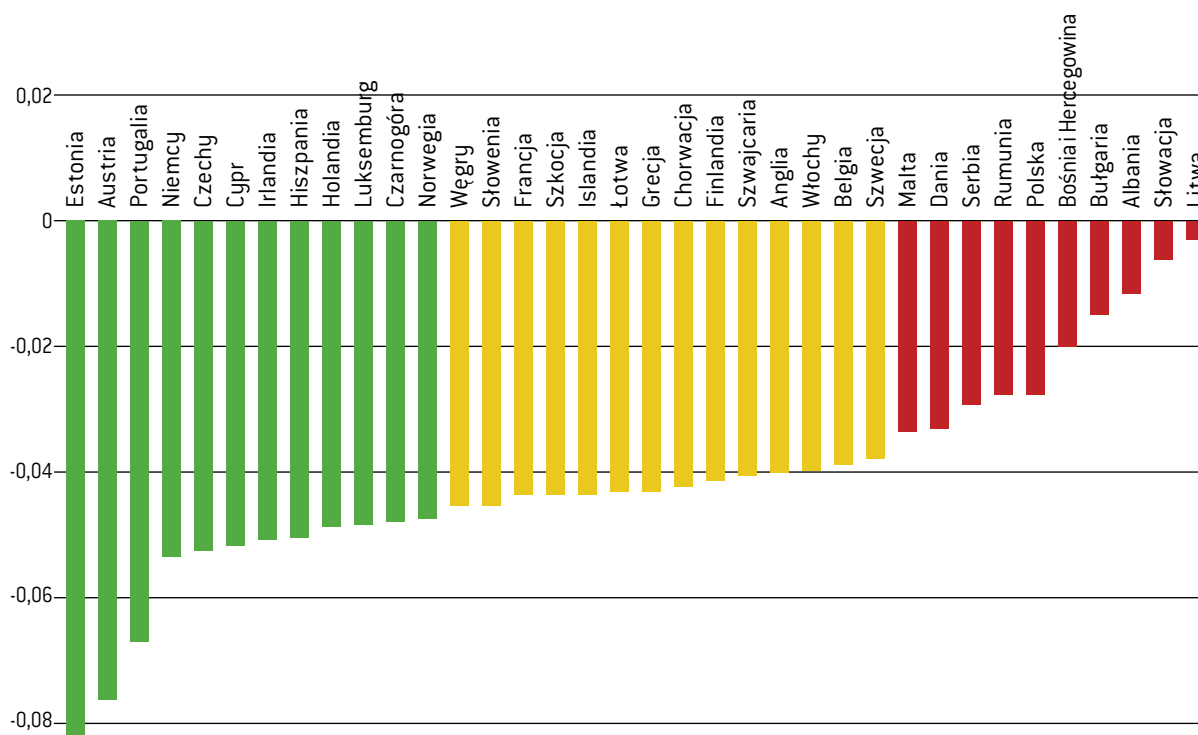
Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Dane CUTS.

14 Atlas Diabetologiczny, wyd. 6., 2013.

3.2. Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu

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

Rys. 8.10.3.2. Nachylenie linii trendu dla SDR z powodu udaru mózgu na 100 000 osób w latach 1996–2012 lub wybranych latach z tego okresu*) Wartości logarytmiczne. Źródło: WHO HfA, kwiecień 2014 r.



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Dane CUTS.

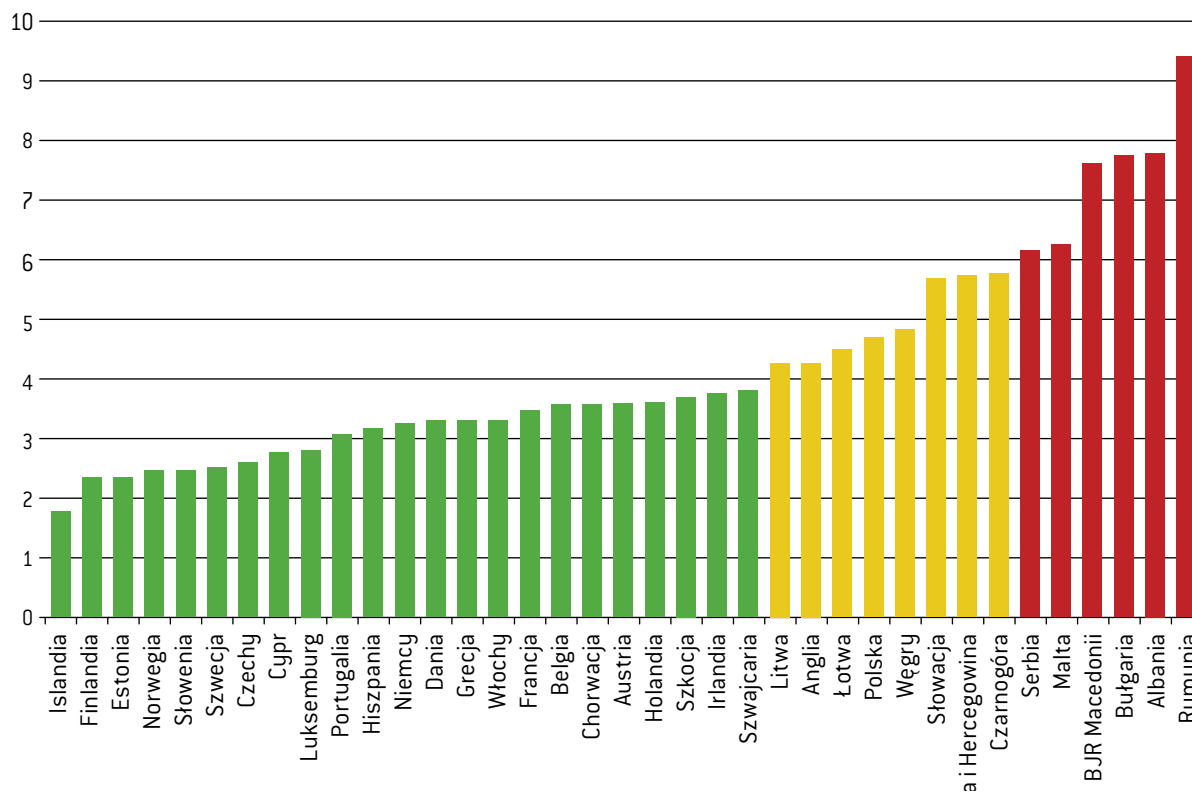
3.3. Umieralność niemowląt

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 na poziomie poniżej 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. Najniższym na świecie wskaźnikiem umieralności niemowląt może pochwalić się Islandia – wynosi on mniej niż 2/1000.

Wskaźnik ten mógłby być najlepszym pojedynczym wskaźnikiem umożliwiającym dokonanie globalnej oceny jakości systemu ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że wydaje się on całkowicie odporny na skutki kryzysu finansowego: od 2005 roku statystyki dotyczące umieralności niemowląt nieustannie się poprawiają. Wartości graniczne wyników „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od czasu premiery rankingu EHCI. Liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 do dwudziestu dwóch w 2014 roku (plus Szkocja).

Średni wynik osiągany przez kraje wciąż się obniża, pomimo kryzysu finansowego: w raporcie EHCI za rok 2012 było to 4,49, w 2014 roku wynik ten wyniósł 4,22, i to pomimo wprowadzenia do rankingu dwóch krajów, w których wskaźnik umieralności niemowląt wynosi prawie 6.

Rys. 8.10.3.3. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych (WHO HfA, kwiecień 2014 r.)



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich (wskaźniki umieralności), kwiecień 2014 r., najnowsze dostępne dane statystyczne. Dane pochodzące z późniejszego okresu przekazane przez organy krajowe. Dane CUTS.

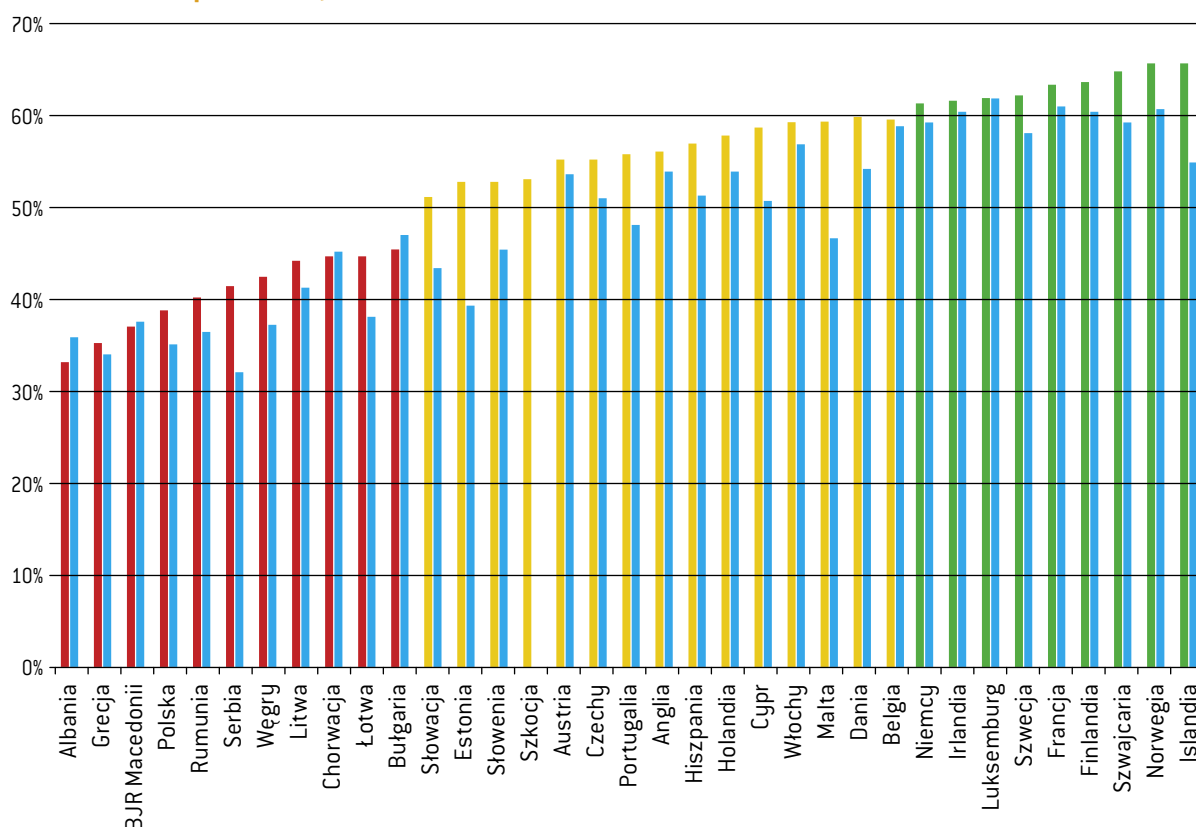
3.4. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby (2012)

Wskaźnik wyników leczenia chorób nowotworowych zastosowany w indeksie EHCI 2008 opierał się na tradycyjnym pięcioletnim wskaźniku przeżywalności pacjentów z chorobami nowotworowymi (wszystkie rodzaje nowotworów z wyjątkiem raka skóry). Ze względu na to, że wiosną 2012 roku 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 roku. W odniesieniu do tego wskaźnika stosunek liczby zgonów do zapadalności, 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 2014 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.

Rys. 8.10.3.4. Wskaźniki przeżywalności pacjentów cierpiących na nowotwory w 2012 r. (1 minus umieralność/zapadalność)



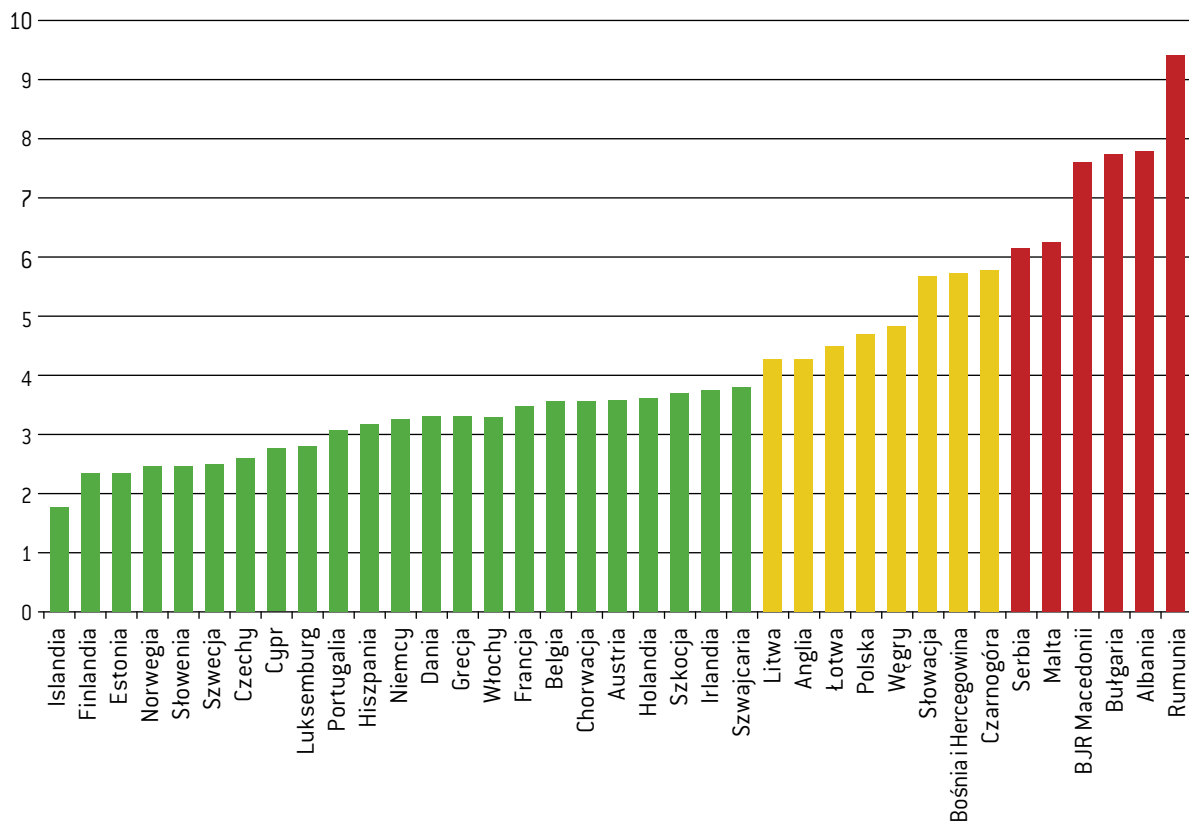
Źródło: J. Ferlay i inni, *Annals of Oncology*, 2010; J. Ferlay i inni, *European Journal of Cancer* nr 49 (2013), s. 1374–1403. Dane CUTS. Ferlay i inni 2013. Niebieskie słupki: dane z roku 2008.

3.5. Możliwa do zapobieżenia utrata lat życia

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 wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL) uwzględnia wiek, w którym nastąpił zgon, przyznając większe wartości zgonom osób w młodszym wieku, a niższe zgonom osób w starszym wieku.

Wskaźnik PYLL jest obliczany na podstawie liczby zgonów pomnożonej przez średnią dalszą długość 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.

Rys. 8.10.3.5. Utracone potencjalne lata życia (PYLL) na 100 000 mieszkańców



Źródło: Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności w krajach europejskich (DMB), wyciąg, maj 2014 r. Dane CUTS.

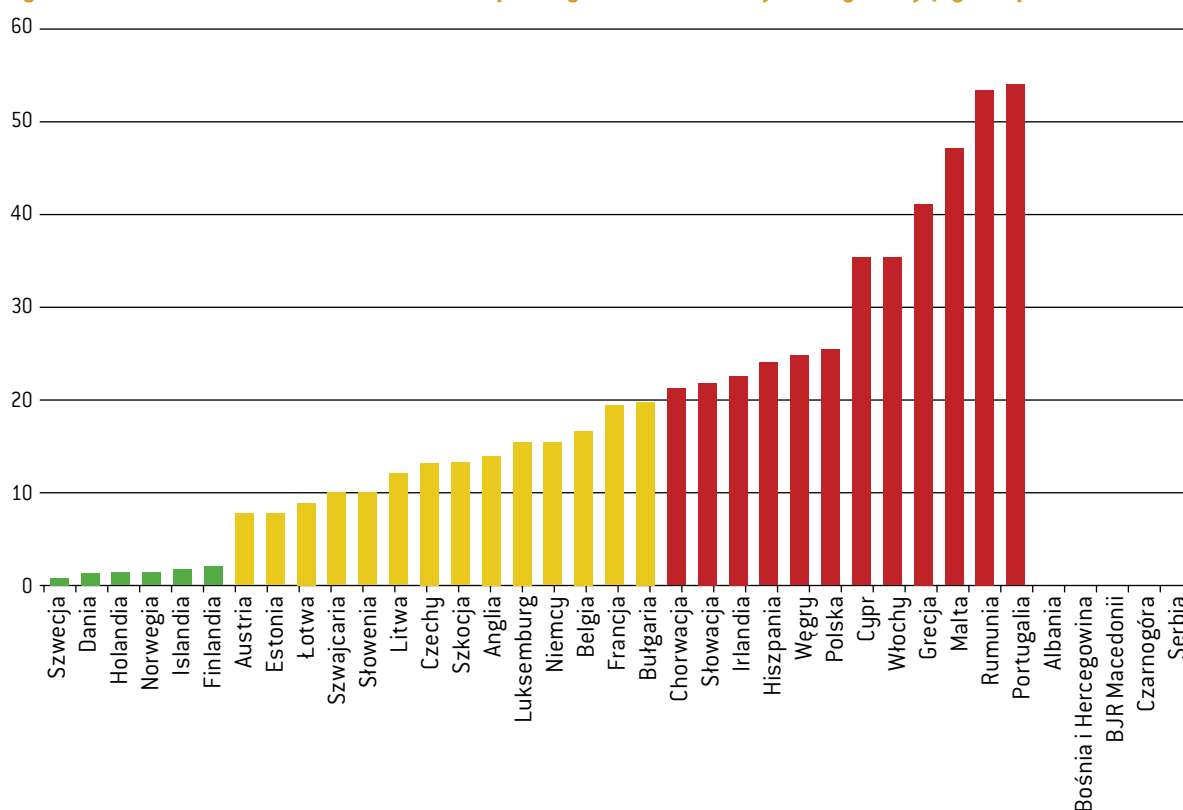
3.6. Zakażenia MRSA

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 i Holandii), albo spodziewać się zmian w czasie. Pozostaje tajemnicą, dlaczego wskaźnik ten w takich krajach jak Niemcy czy Francja utrzymuje się na poziomie nieznacznie powyżej 20 procent.

Rzeczywistą poprawę odnotowano na Wyspach Brytyjskich: dzięki bardzo zdecydowanym działaniom zarówno Zjednoczone Królestwo, jak i Irlandia obniżyły wskaźnik oporności z 40–45 procent w 2008 roku do nieco ponad 20 procent (Irlandia) oraz poniżej 15 procent (Zjednoczone Królestwo).

Rys. 8.10.3.6. MRSA; odsetek zakażeń szpitalnych drobnoustrojami wykazującymi oporność



Źródło: Sieć ECDC EARS, data dostępu 8 października 2014 r. (większość danych pochodzi z 2012 roku). Dane CUTS.

3.7. Wskaźniki aborcji

Nowy wskaźnik wprowadzony na potrzeby raportu EHCI w 2013 roku.

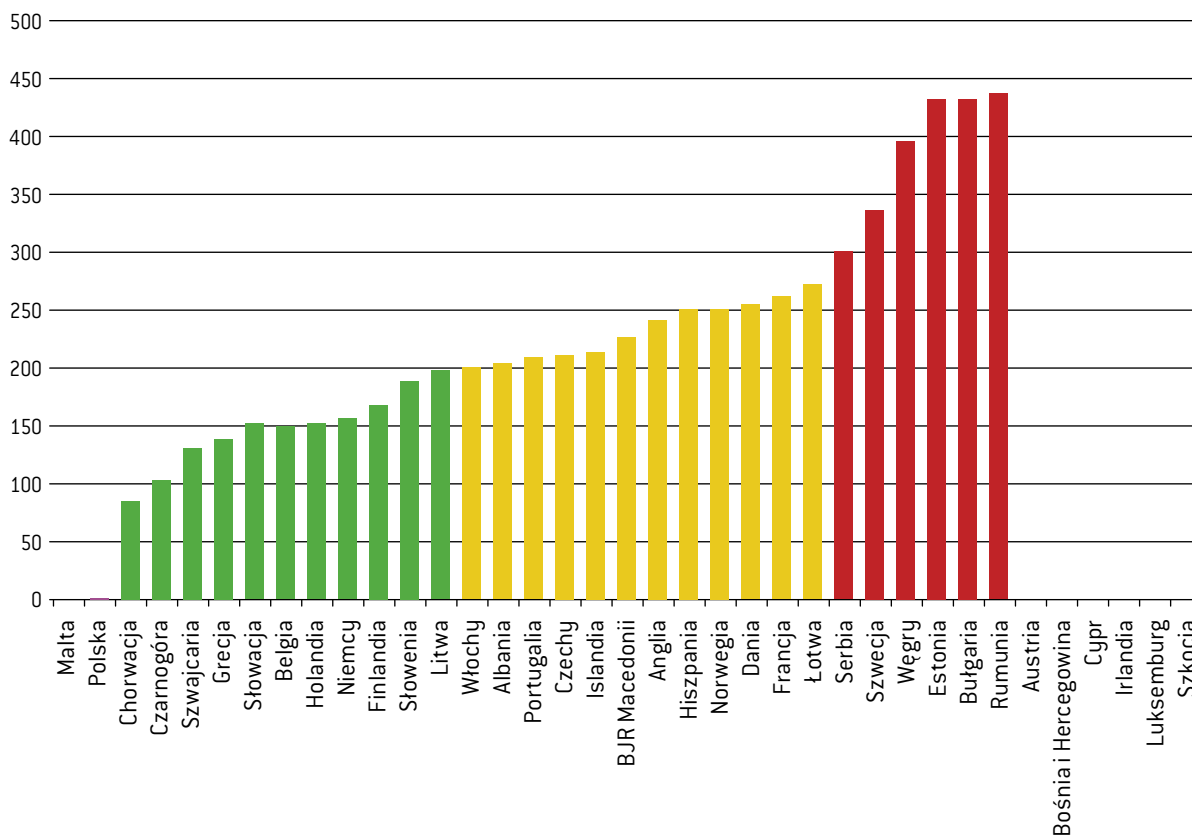
Punktacja dla tego wskaźnika jest dość skomplikowana. Punkty przyznawane są zgodnie z zasadą, że możliwość nieobjętego restrykcjami i określonego przepisami prawa przerwania ciąży powinna być dostępna dla kobiet w każdym kraju¹⁵. Jednocześnie stosowanie aborcji jako środka antykoncepcyjnego należy uznać za zdecydowanie niepożądane. Dobrym przykładem jest tutaj Rosja, w której liczba aborcji w połowie lat 90. XX w. wynosiła około 160 zabiegów na 100 żywych urodzeń i nawet dziś kraj ten wciąż stanowi „klasę” samą w sobie, z liczbą 95 aborcji na 100 urodzeń. Pozostałości tej samej praktyki można dostrzec w państwach byłego Układu Warszawskiego (patrz wykres poniżej).

Są cztery kraje w Europie, w których kobietom nie przysługuje nieograniczone prawo do aborcji: Cypr, Irlandia, Malta i Polska. Kraje te otrzymały nową, unikalną „purpurową” ocenę (= 0 punktów), pomimo tego, 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 lub nie chcieli poddać jej zabiegowi usunięcia (umierającego już) płodu. Zakazy prawne nie zapobiegają aborcjom, a co najwyżej sprawiają, że przerwanie ciąży stanowi poważne ryzyko dla zdrowia, ponieważ zmuszają kobiety do wyjazdu za granicę lub przeprowadzenia aborcji w tajemnicy, w niebezpiecznych warunkach.

¹⁵ Raport Parlamentu Europejskiego na temat Zdrowia i Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych (2013/2040 (INI)), Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia, sprawozdawca: Edite Estrela, 26 września 2013 r.

W Austrii nie ma zakazu aborcji, ale zabiegi te nie są przeprowadzane w szpitalach publicznych, co skutkuje brakiem faktycznych statystyk aborcyjnych.

Rys. 8.10.3.7. Liczba aborcji na 1000 urodzeń żywych WHO HfA, lipiec 2013 r.



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Dane CUTS.

3.8. Depresja

Od 2005 roku 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 roku, 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 roku, po długich i burzliwych dyskusjach, wprowadzono wskaźnik „Nachylenie linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw za okres od 1995 r. do daty uzyskania 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”		
Czuję się szczęśliwy	Byłem spokojny	Czuję się tak źle psychicznie, że nic nie mogło cię pocieszyć	Czuję się przygnębiony i przybity	Odczuwałem szczególne napięcie

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

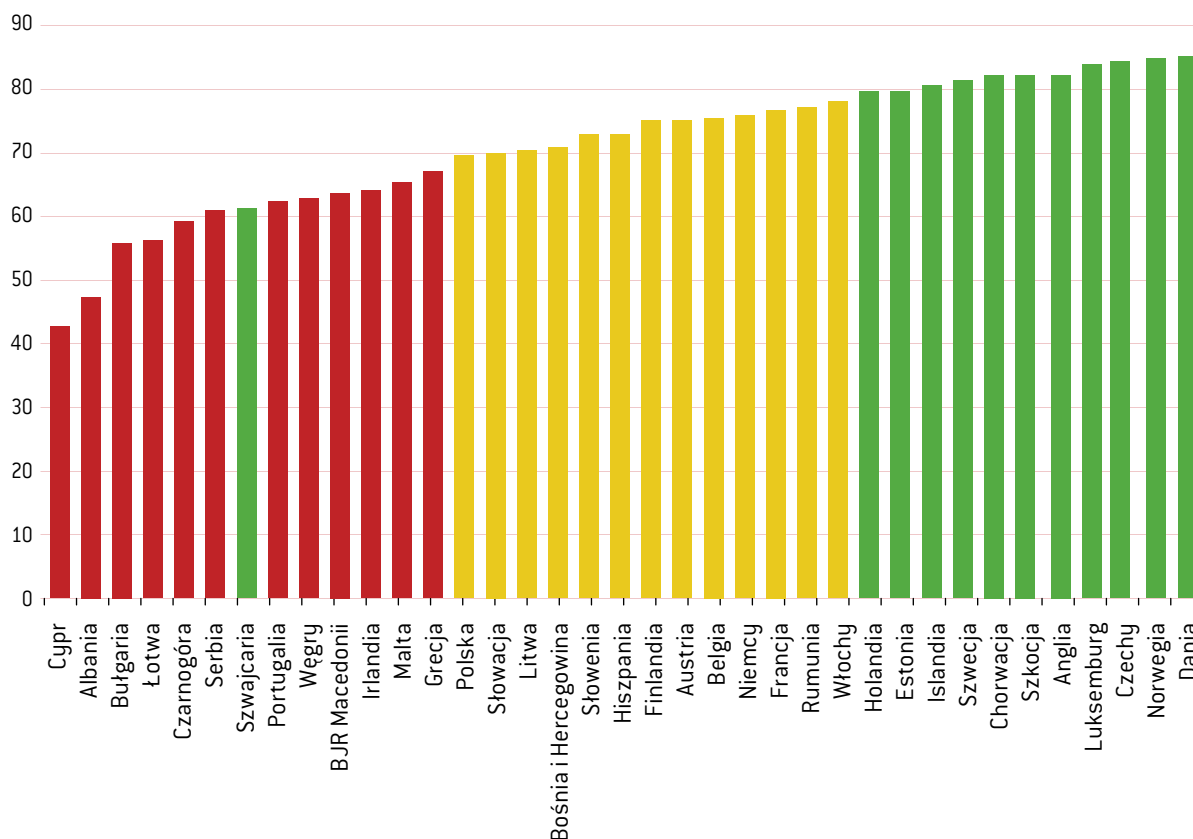
Źródła: Specjalne badanie Eurobarometr nr 345, październik 2010 r., „Psykisk helse i Norge”, raport 2011:2, www.fhi.no; Światowa baza danych WHO na temat szczęścia, 2011, Atlas Zdrowia Psychicznego WHO (WHO Mental Health Atlas), 2012. Dane zdecydowanie niezaliczane do CUTS.

8.10.4. ZAKRES I ZASIĘG OFEROWANYCH ŚWIADCZEŃ

4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

W 2009 roku wprowadzono prosty wskaźnik opisujący źródła finansowania systemów ochrony zdrowia: „Jaki procent wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze środków publicznych?”. Ustalono, że Szwajcaria padła ofiarą tych samych problemów definicyjnych co Holandia w okresie poprzedzającym reformę

Rys. 8.10.4.1. Udział środków publicznych w finansowaniu całkowitych kosztów opieki zdrowotnej



Źródło: Baza danych WHO Hfa, kwiecień 2014 r. Dane CUTS.

systemu ochrony zdrowia z 2006 roku, która z przyczyn formalnych podała, że duża część powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pochodziła ze środków prywatnych, i tym samym uzyskała „zielony” wynik.

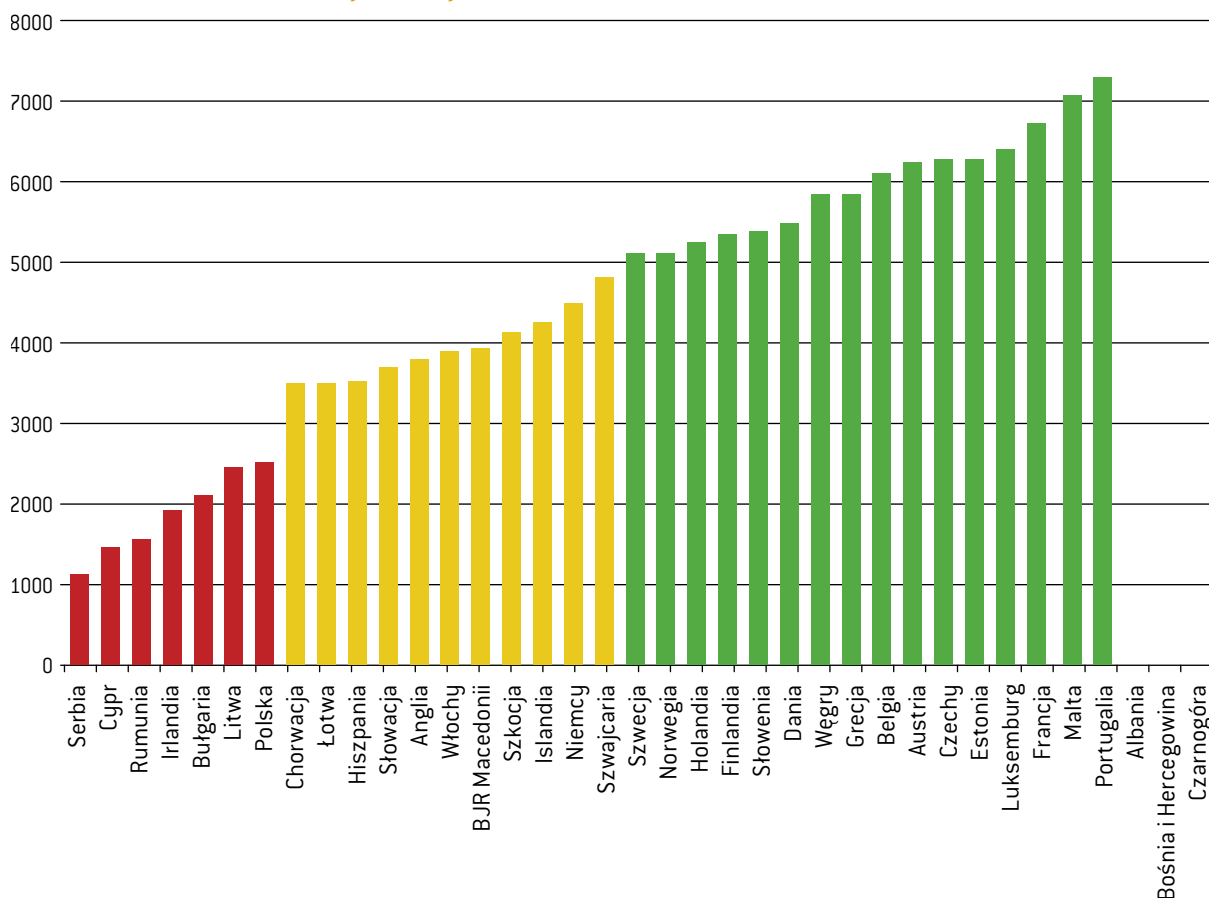
W niektórych krajach udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia zmniejszył się nieznacznie, co najlepiej widać w Irlandii. Co ciekawe, według oficjalnych danych do grupy tej nie należy Grecja.

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

Zabiegi chirurgiczne według 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 roku

Rys. 8.10.4.2. Operacje zaćmy (liczba całkowita podzielona przez liczbę osób w wieku powyżej 65 lat), dane za rok 2012 lub najbardziej aktualne



Źródło: Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2012, baza danych WHO HfA, kwiecień 2014 r., Program zapobiegania ślepoty i upośledzeniom narządu wzroku WHO, Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej, dane krajowych organów ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

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).

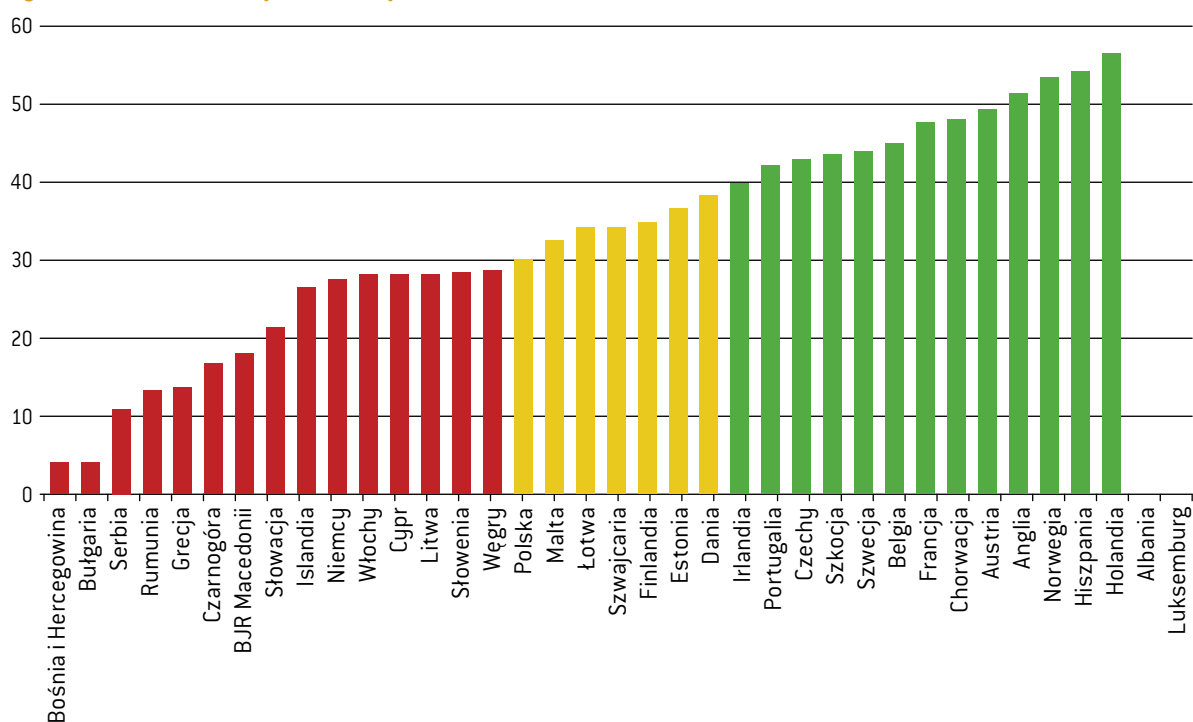
Wskaźnik ten okazał się jednak zaskakująco skomplikowany. Niektóre dane, należycie przekazywane i cytowane przez OECD, okazały się całkowicie niewiarygodne: zgodnie z danymi OECD na temat sytuacji zdrowotnej (OECD Health Data), w Belgii przeprowadzono w ciągu roku 204 868 operacji zaćmy. Zważywszy, że 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.

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

Rys. 8.10.4.3. Liczba przeszczepów nerek na milion mieszkańców w 2013 r.



Źródło: Newsletter Rady Europy International Figures on Donation and Transplantation 19 [2014], bezpośrednia korespondencja z resortami zdrowia. Dane CUTS.

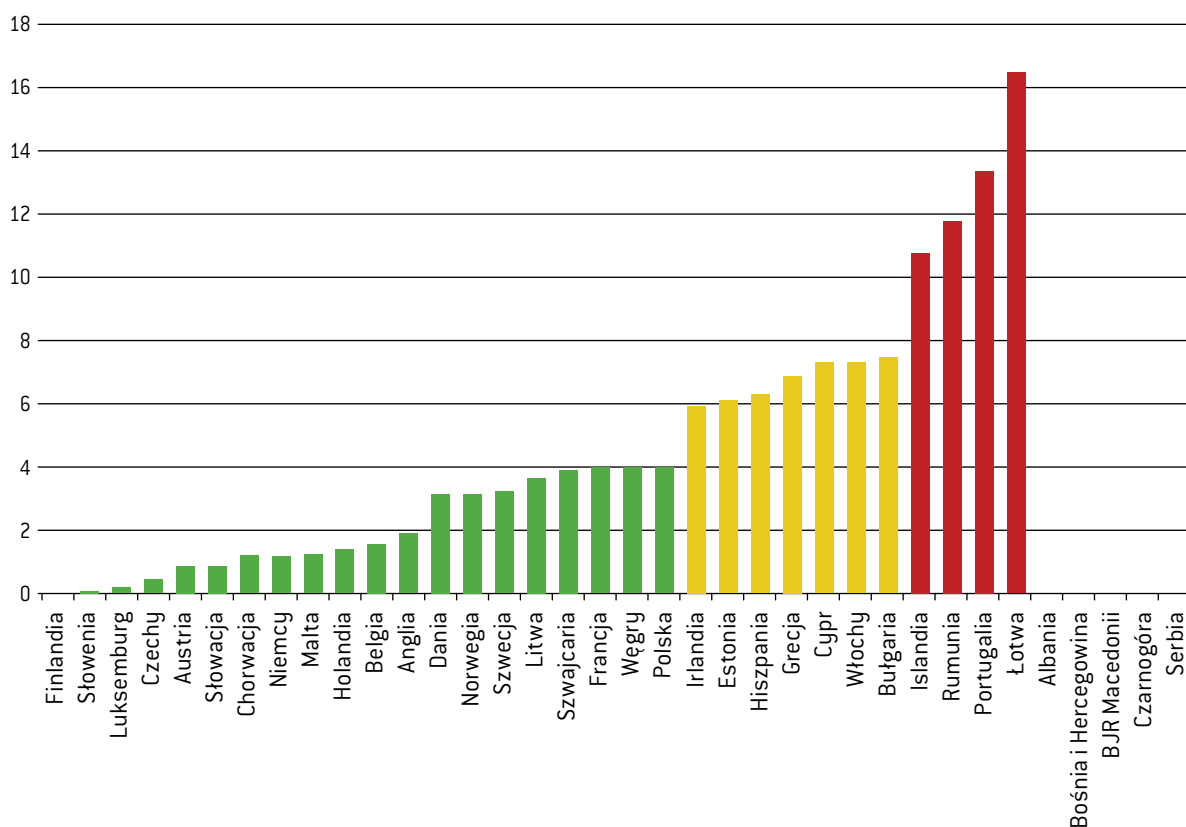
optymalizacji postępowania z organami, itp. Doświadczenie podpowiada, że dobrze wdrożone strategie krajowe mogą znacząco podnieść wskaźniki dawstwa.

4.4. Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?

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

W 2014 roku dane na temat tego wskaźnika pochodziły głównie z części raportu OECD Health at a Glance 2014 poświęconej „niezaspokojonym potrzebom poddania się kontroli stomatologicznej („Unmet needs for dental examination”). Albania, Republika Macedonii i Serbia zachowały wyniki uzyskane w rankingu EHCI za 2013 rok.

Rys. 8.10.4.4. Odsetek osób o średnich dochodach deklarujących niezaspokojoną potrzebę poddania się kontroli stomatologicznej w roku 2012



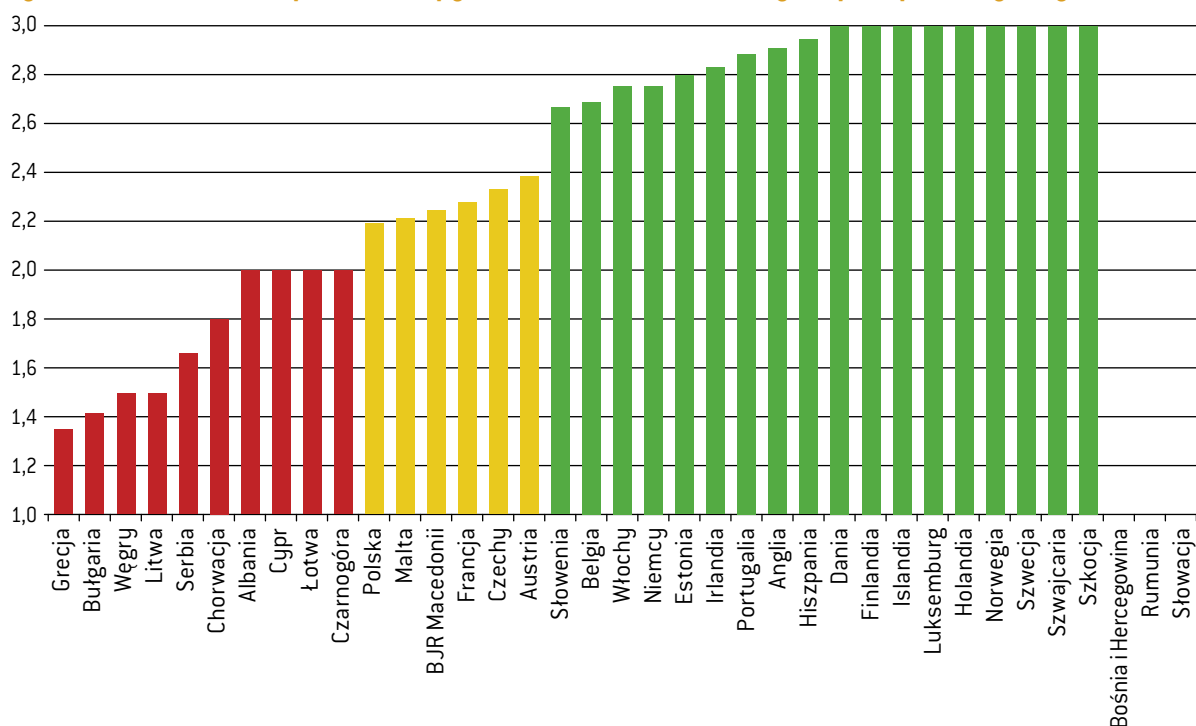
Źródło: Raport OECD Health at a Glance 2014, Eurostat: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>. Raporty HiT opracowane przez European Observatory. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

4.5. Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom

Średnia odpowiedzi na pytanie „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”, które mogą brzmieć: „Zdecydowanie nie!”, „Czasami, zależnie od sytuacji” oraz „Tak, często”. Wskaźnik ten wprowadzono po raz pierwszy w 2008 roku. 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 i 2013. Uzyskane wówczas wyniki były dużo bardziej spójne niż odnotowane w 2008 roku.

W 2014 roku kraje podzieliły się na trzy wyróżniające się grupy, co sprawiło, że oceny C/Z/Z stały się naturalnie uzasadnione. 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.

Rys. 8.10.4.5. Średnia odpowiedzi na pytanie na temat „nieformalnych opłat” przekazywanych lekarzom



(1,0 = wszystkie odpowiedzi „tak”; 3,0 = wszystkie odpowiedzi „nie”)

Źródło: Badanie wykonane na zlecenie HCP przez Patient View, 2014. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

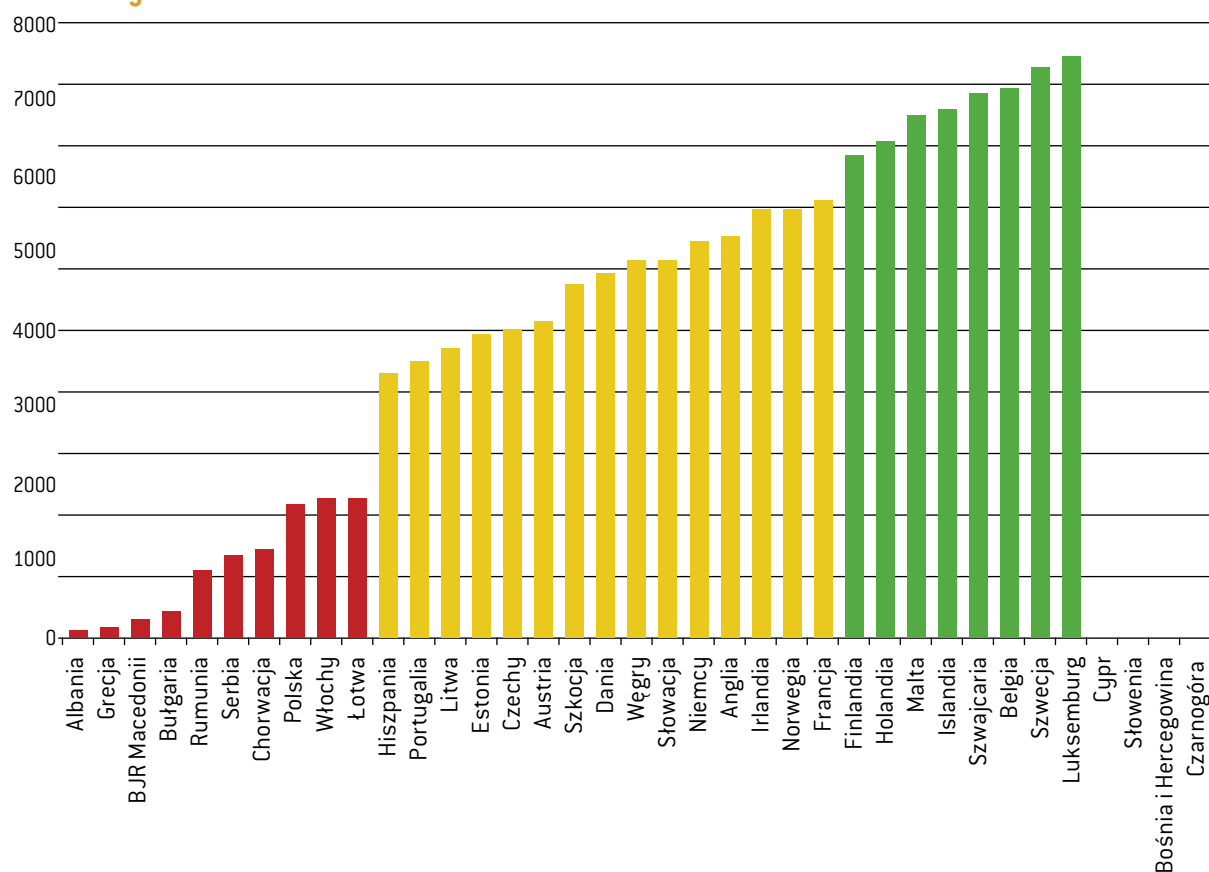
4.6. Długoterminowa opieka geriatryczna

Wskaźnik ten bada kwestię określaną często mianem historycznego wyzwania Europy, czyli sposoby zadbania o zdrowie gwałtownie starzejącej się populacji. Wynik odzwierciedla nie tylko bieżące inwestycje w opiekę zdrowotną, ale również przyszłe potrzeby związane z narastającym zapotrzebowaniem na tego typu 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 zawsze przysparzał pewnych 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 zdrowia.

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

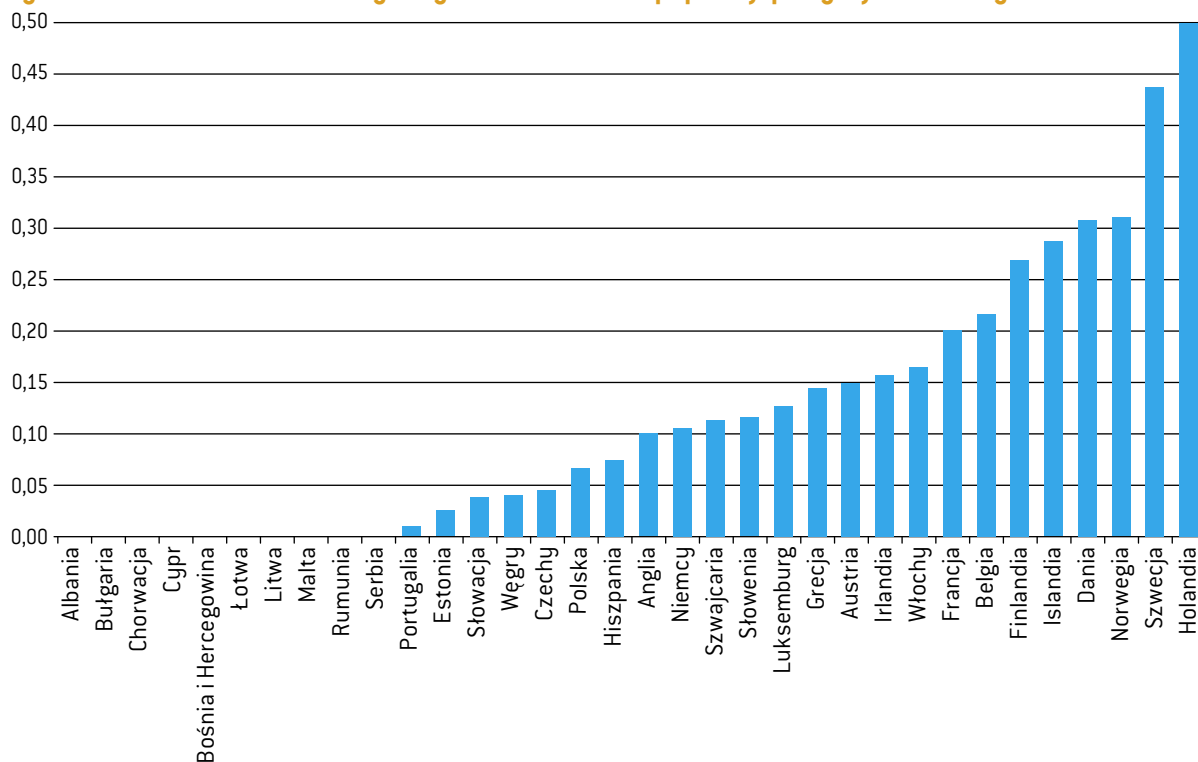
Rys. 8.10.4.6a. Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia



W 2013 roku wskaźnik ten został potwierdzony parametrem „Procent PKB wydany na długoterminową opiekę geriatryczną podzielony przez odsetek populacji ≥ 75 . roku życia” (patrz wykres poniżej).

Piękno parametru, na który składa się procent PKB podzielony przez odsetek populacji powyżej 75. roku życia, polega na tym, że jest to parametr samokalibrujący, tzn. nie ma potrzeby obliczania parytetu siły nabywczej ani przeprowadzania innych skomplikowanych kalkulacji. Ponieważ opieka instytucjonalna jest kosztowna, nie dziwi fakt, że te dwa parametry są ze sobą wyraźnie skorelowane.

Rys. 8.10.4.6b. Odsetek PKB wydany na DOG/odsetek populacji powyżej 75. roku życia



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Eurostat, Eurohealth 17, nr 2–3 (2011), raport OECD Health at a Glance 2014. 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:

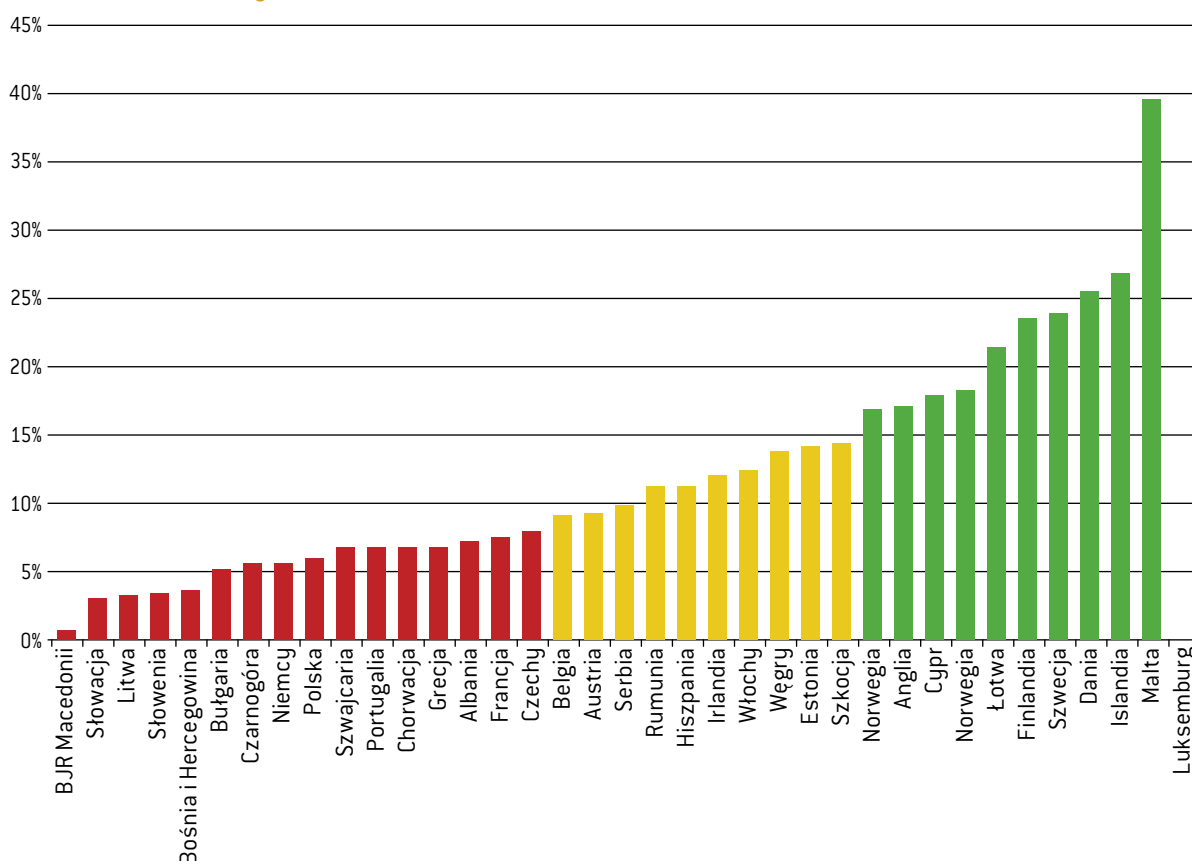
- a) obejmuje zwykle 3 sesje po 4 godziny tygodniowo, co zdecydowanie odbiega od tygodniowego czasu pracy zdrowych nerek wynoszącego 168 godzin. Pacjenci, którzy poddają się dializie w domu (dializa otrzewnowa, DO lub HD w domu), wykonują często nawet 7 sesji po 6 godzin, np. każdej nocy, co przynosi lepsze efekty,
- b) pacjenci mają duże trudności z utrzymaniem pracy, ponieważ dializy wymagają obecności w szpitalu trzy razy w tygodniu,
- c) 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 wynikać nie z preferencji czy możliwości pacjentów, ale z takich czynników, jak:

- a) brak profesjonalizmu miejscowych nefrologów (istnieją centra doskonałości, w pobliżu których niemal 50 proc. pacjentów korzysta z dializ w warunkach domowych), bądź
- b) 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.

Rys. 8.10.4.7. Odsetek dializ wykonywanych w czasie i miejscu wygodnym dla pacjenta (DO, HD w warunkach domowych)



Źródło: Raport roczny 2012 Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego-Europejskiego Towarzystwa Dializy i Transplantacji (ERA-ED-TA), www.ceapir.org; ministerstwa poszczególnych krajów. Zasadniczo dane CUTS.

4.8. Odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego

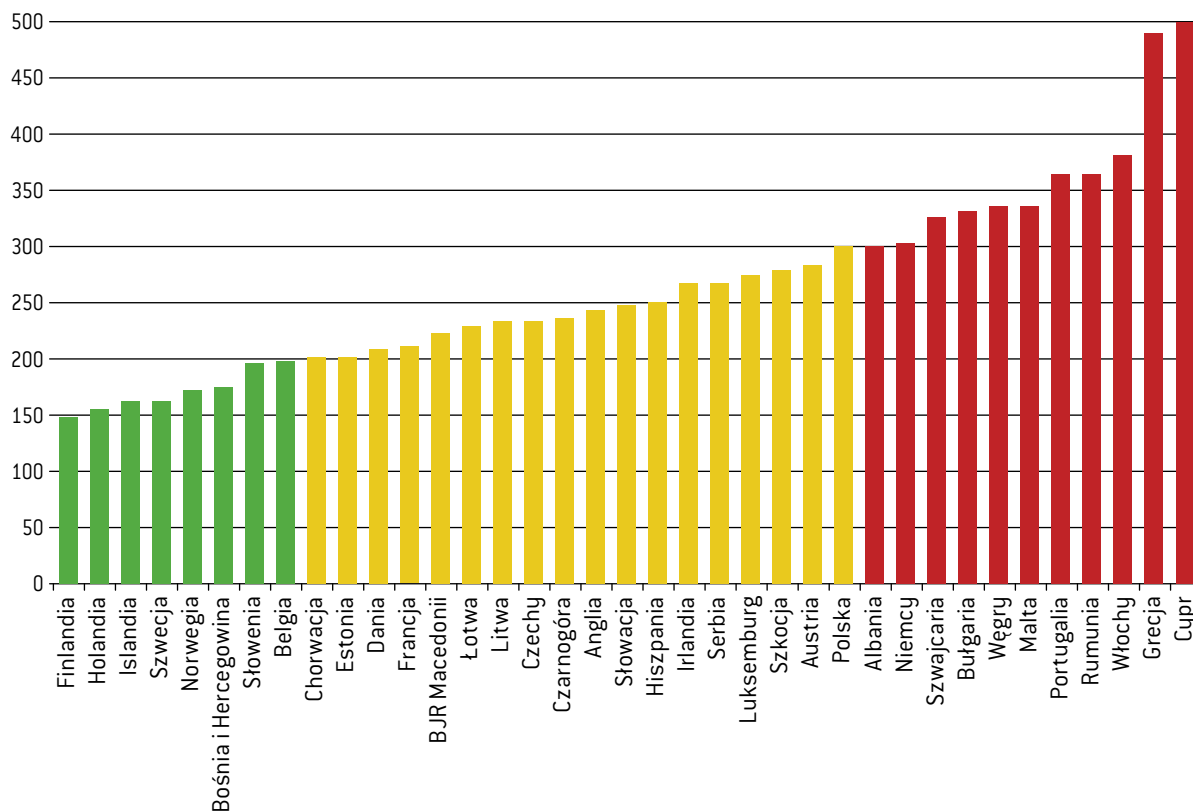
Nowy wskaźnik w EHCI 2012. Przy przyznawaniu ocen kierowano się założeniem, że wysoki odsetek cięć cesarskich świadczy o niskim poziomie opieki prenatalnej i niskiej jakości usług związanych z porodem. W rezultacie za wysoki odsetek cięć cesarskich przyznawano ocenę „czerwoną”. Powszechnie zaleca się, 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.).

Jak pokazuje poniższy wykres, pomimo tego, że cięcie cesarskie jest zabiegiem kosztownym, nie istnieje korelacja pomiędzy zamożnością kraju a wysokim odsetkiem tych zabiegów.

Rys. 8.10.4.8. Liczba cięć cesarskich na 1000 urodzeń żywych, 2012 lub ostatnie dostępne dane statystyczne (WHO HfA)



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r. Dane CUTS.

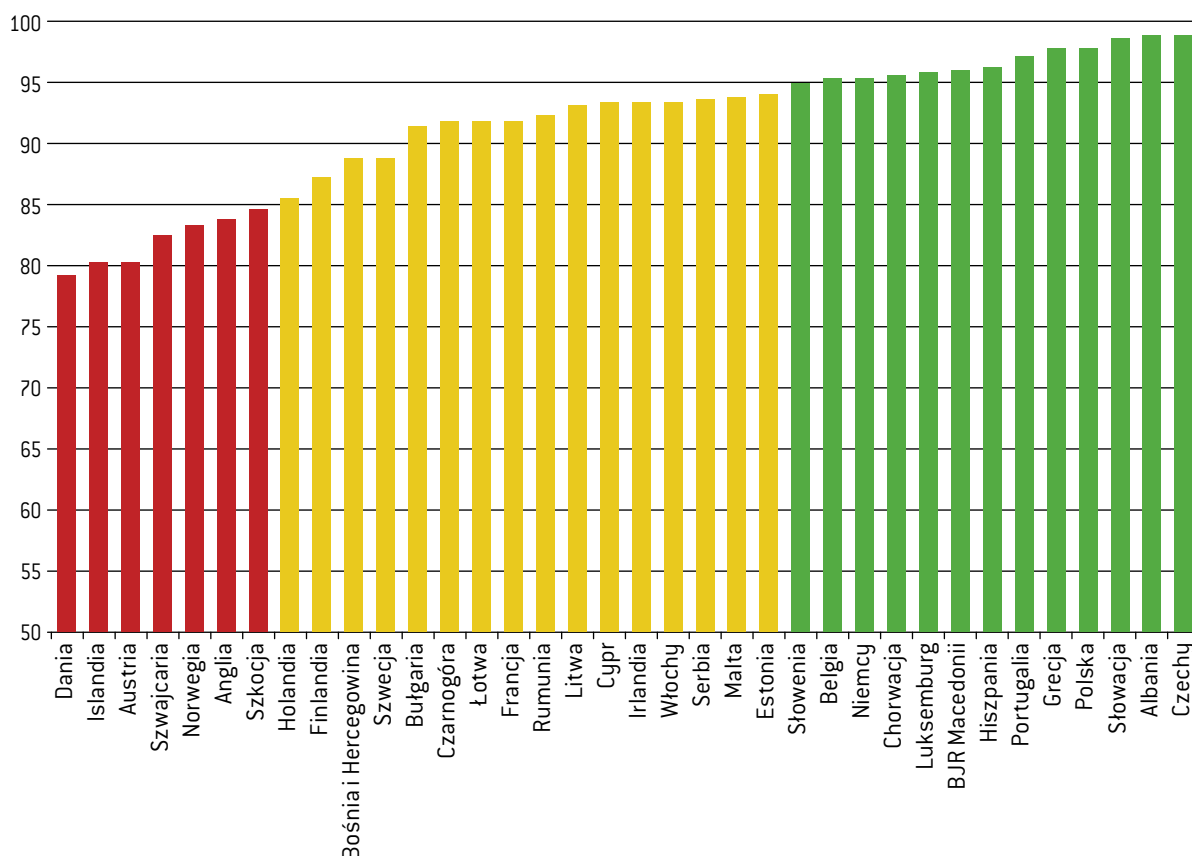
8.10.5. PROFILAKTYKA

5.1. Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom

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

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

Rys. 8.10.5.1. Odsetek (%) zaszczepionych niemowląt/dzieci, średnia dla ośmiu chorób

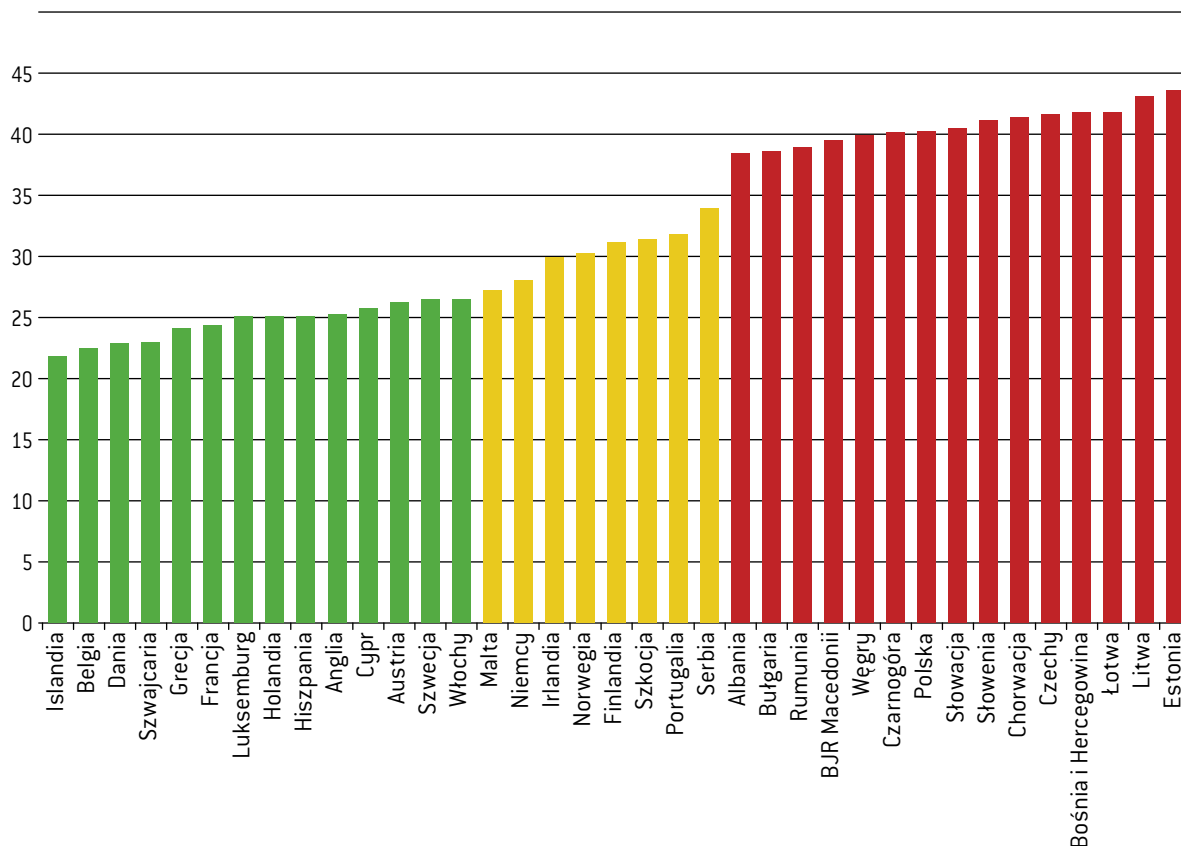


Źródło: Baza danych WHO HfA, kwiecień 2014 r. Kraje rejestru szczepień. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

5.2. Pomiar ciśnienia krwi

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

Rys. 8.10.5.2. Rozpowszechnienie podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi wśród osób dorosłych powyżej 25. roku życia (%) (Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2014)



Źródło: Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2014. Dane CUTS.

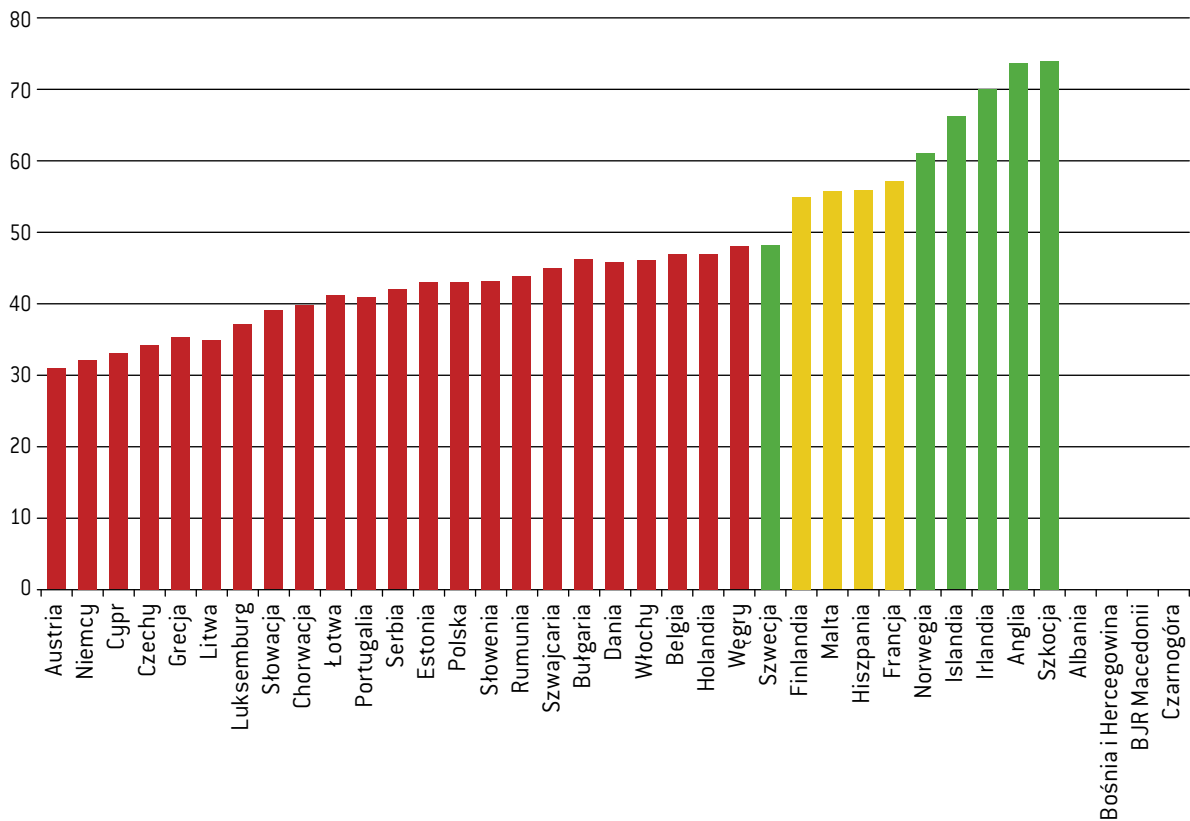
Jak wynika z wykresu, nadciśnienie nie jest w Europie powiązane z wysokim standardem życia, ale raczej z połączeniem czynników stylu życia (EŚW – nawyki żywieniowe, palenie i picie alkoholu) oraz brakiem tradycji leczenia – leczenie nadciśnienia nie jest drogie.

5.3. Profilaktyka palenia

Aby ocenić wysiłki podejmowane przez poszczególne kraje w zakresie profilaktyki palenia, wykorzystano badanie „Skala kontroli spożycia tytoniu” (Tobacco Control Scale, 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).

Oceny czerwone, żółte i zielone zostały zaczerpnięte z publikacji wskazanych jako źródła, z wyjątkiem zielonego wyniku dla Szwecji – niedorzeczne byłoby przyznanie czerwonego wyniku krajowi o najniższym stopniu rozpowszechnienia palenia.

Rys. 8.10.5.3. Wyniki badania „Skala kontroli spożycia tytoniu za rok 2013”



Źródło: L. Joossens, M. Raw, Tobacco Control Scale 2013 in Europe.

5.4. Spożycie alkoholu

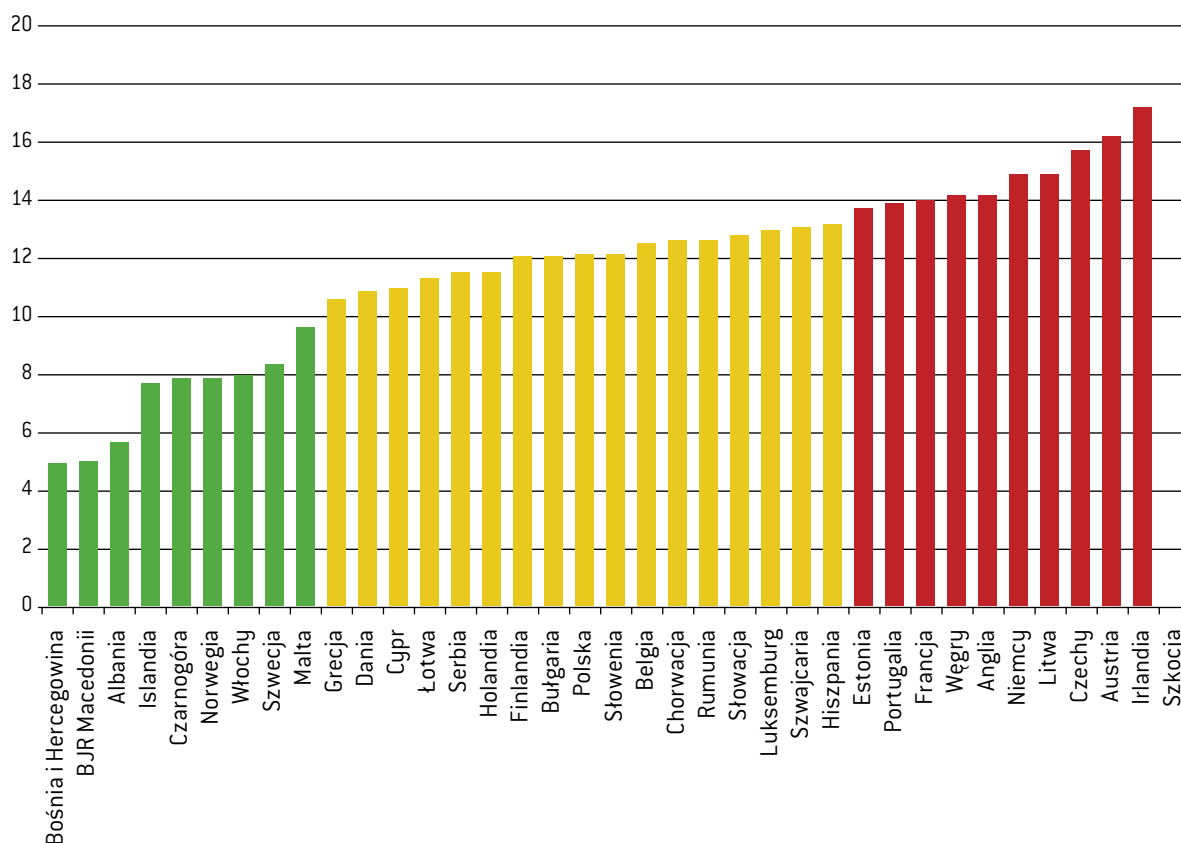
W przeciwieństwie do palenia papierosów alkohol stanowi czynnik ryzyka, który nie zawsze jest szkodliwy. Wiele badań dowodzi, że umiarkowane spożywanie alkoholu [odpowiednik jednego kieliszka wina na dzień w przypadku kobiet oraz 1–2 kieliszków dziennie u mężczyzn] redukuje ryzyko śmierci z powodu chorób 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 serca i krążenia oraz niektórym postaciom raka. Jest to szczególnie widoczne w przypadku spożywania nadmiernej ilości trunków wysokoprocentowych.

Wskaźnik ten dotyczy tym samym „spożycia alkoholów wysokoprocentowych (litrów czystego alkoholu), skorygowanego o wskaźnik picia na umór”. Korekty dokonuje się poprzez przemnożenie nominalnego spożycia przez współczynnik równy 1 + [odsetek mieszkańców, którzy, spożywając ostatnio alkohol, wypili ≥ 5 drinków]. Według szkockiego NHS Health: „W Szkocji występuje o 70% więcej zgonów spowodowanych spożywaniem alkoholu niż w Anglii”. Jest to przyczyna, dla której Szkocja uzyskała w tej kategorii wynik „czerwony”.

Proszę zwrócić uwagę na niski poziom spożycia alkoholu w trzech krajach z dużym odsetkiem ludności muzułmańskiej.

Rys. 8.10.5.4. Poziom spożycia czystego alkoholu skorygowany o dane dotyczące nadmiernego spożycia (w przeliczeniu na litry na osobę)



Źródło: WHO HfA, kwiecień 2014 r., Specjalne badanie Eurobarometru nr 331, kwiecień 2010 r. (dotyczące zwyczaju „picia na umór”). Raporty krajowe. Głównie dane CUTS.

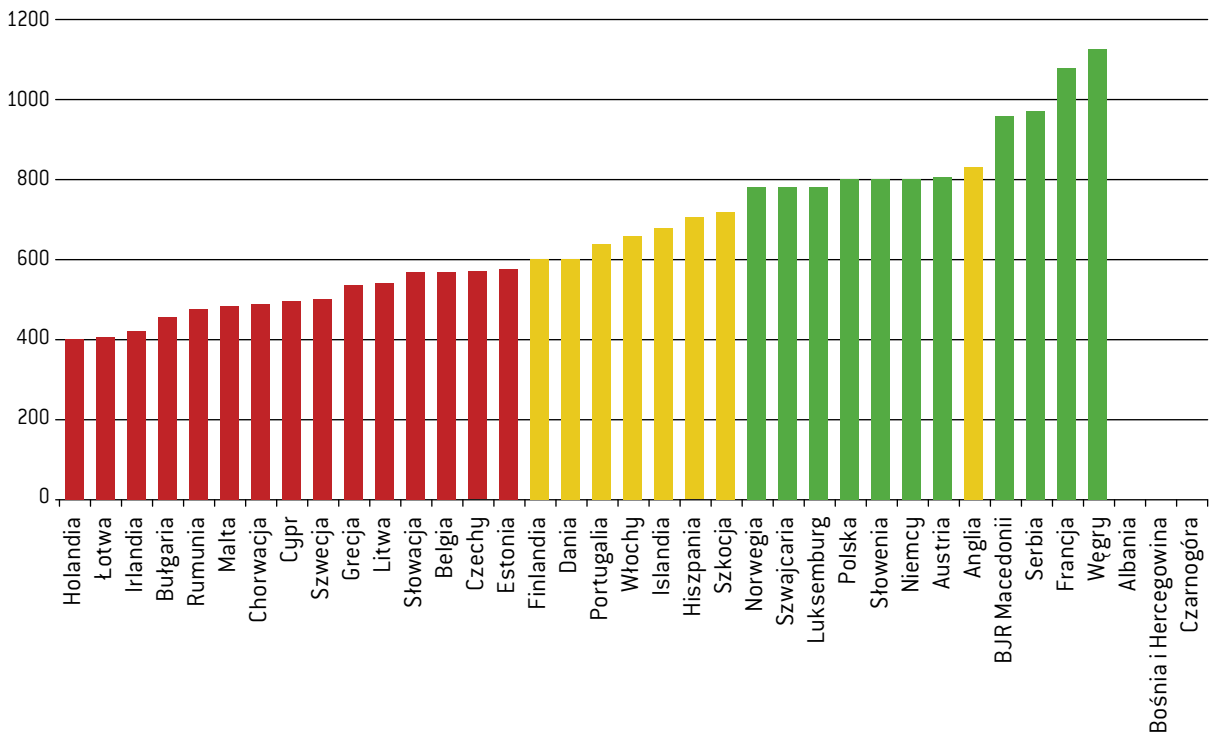
5.5. Aktywność fizyczna

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 podobną aktywność”. Jednakże w przypadku takich danych można oczekiwać problemów z ich spójnością. 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 2014 jest „liczba godzin aktywności fizycznej w ramach edukacji obowiązkowej” (wynoszącej maksymalnie 10 lat edukacji szkolnej). Parametr ten mogą zmienić np. władze.

Anglia otrzymała ocenę żółtą ze względu na brak ustalonej ogólnie liczby godzin aktywności fizycznej.

Rys. 8.10.5.5. Liczba godzin zajęć wychowania fizycznego w ramach edukacji obowiązkowej



Źródło: www.eurydice.org; Zalecany roczny wymiar czasu nauki w ramach pełnowymiarowego kształcenia obowiązkowego w Europie na lata 2013–2014 [Recommended Annual Instruction Time in Full-time Compulsory Education in Europe 2013/14]. Szkockie i szwajcarskie dane ze źródeł krajowych. Dane CUTS.

5.6. Szczepienia przeciwko HPV

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

Ocena „zielona”: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, bezpłatnych dla pacjenta.

Ocena „żółta”: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, w ramach którego całość (lub znaczną część) kosztów ponosi pacjent.

Ocena „czerwona”: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV.

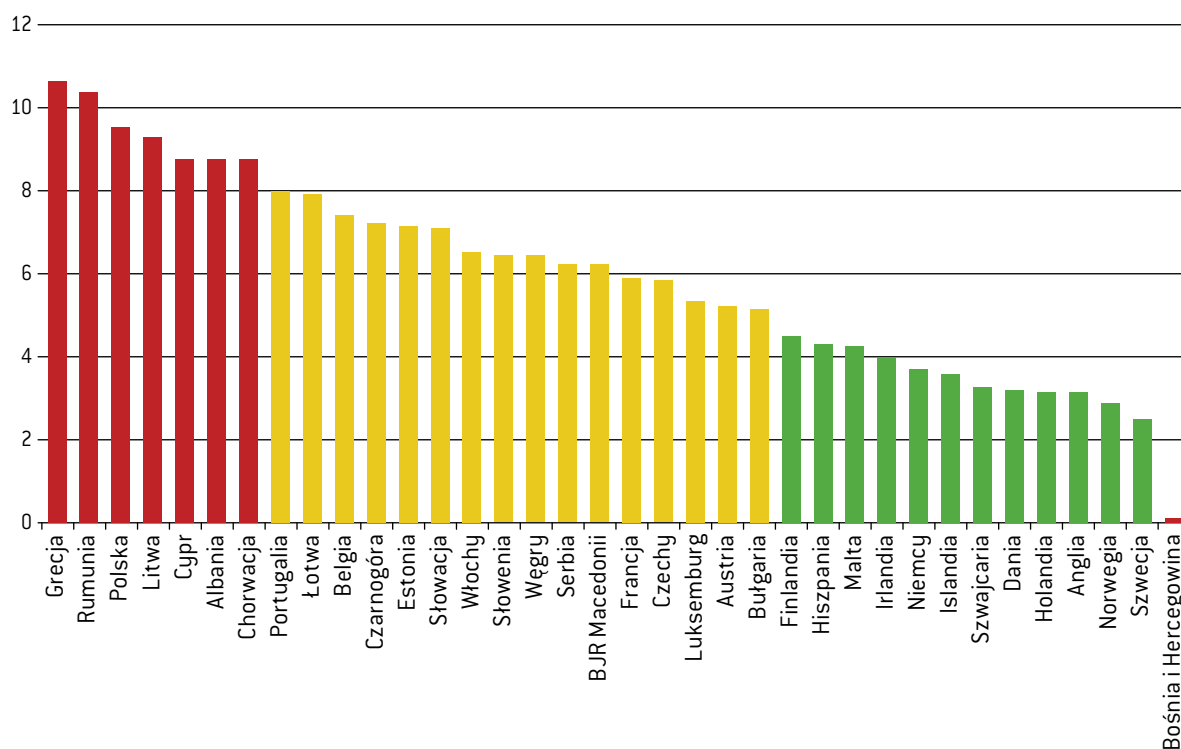
Należałoby zmierzyć stopień wykorzystania tych programów szczepień, gdyż takie dane nie są jeszcze dostępne.

Źródła: Europejskie Centrum ds. Zapobiegania Chorobom i ich Kontroli, *Wprowadzenie szczepień przeciwko HPV w krajach Unii Europejskiej – aktualizacja*. Sztokholm: ECDC; 2012. Seme i in.: *Acta Dermatovenerologica APA 2013*; 22: 21–25. www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/. Krajowe organy ochrony zdrowia. Głównie dane CUTS.

5.7. Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi

Jest 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 komunikacyjnymi. 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.

Rys. 8.10.5.7 SDR, wypadki komunikacyjne z udziałem pojazdów mechanicznych, wszystkie grupy wiekowe na 100 000 mieszkańców



Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, kwiecień 2014 r.

8.10.6. 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?

Źródła danych: Baza danych WHO HfA, kwiecień 2014 r., Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane EFPIA za rok 2013 r. (EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013). Kontakt bezpośredni z EFPIA. Krajowe organy ochrony zdrowia i agencje ds. produktów medycznych. Dane niezaliczane do CUTS.

6.2. Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych ze opieką zdrowia?

Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych ze opieką zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (na stronach www lub w szeroko dostępnych publikacjach)? Od 2005 roku 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 czynnych i nazw handlowych leków i które zawierają co najmniej informacje zamieszczane na ulotkach dla pacjenta, sporządzonych w sposób zrozumiały dla laika). Wcześniej posiadały je jedynie Dania i Szwecja.

Obecnie w Europie 26 z 36 krajów oraz Szkocja udostępnia farmakopee w wersji elektronicznej.

We wszystkich tych krajach zamieszczone informacje pochodzą z ulotek dla pacjentów dostarczanych przez producentów leków. Francja i Niemcy nie zostały uwzględnione w gronie 26 krajów wspomnianych powyżej, ponieważ, choć udostępniają one na swoich stronach internetowych równie kompleksowe informacje co pozostałe kraje, bardzo trudno stwierdzić, skąd te informacje pochodzą. Hiszpania utrudnia producentom środków farmaceutycznych informowanie opinii publicznej w sposób bezpośredni o lekach wydawanych na receptę. Nie jest to prawdopodobnie duża przeszkoda dla Hiszpanów, informacje na temat leków są bowiem łatwo dostępne w języku hiszpańskim na stronach internetowych amerykańskich firm farmaceutycznych, z tego względu, że w USA znaczna część społeczeństwa jest hiszpańskojęzyczna.

Źródła danych: badania HCP 2010–2014. 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 tej wielkości zawierały nieścisłości.

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

6.4 Dostęp do nowych leków (okres oczekiwania na refundację)

Ten wskaźnik określa okres, jaki upływa pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do krajowego rejestru leków refundowanych.

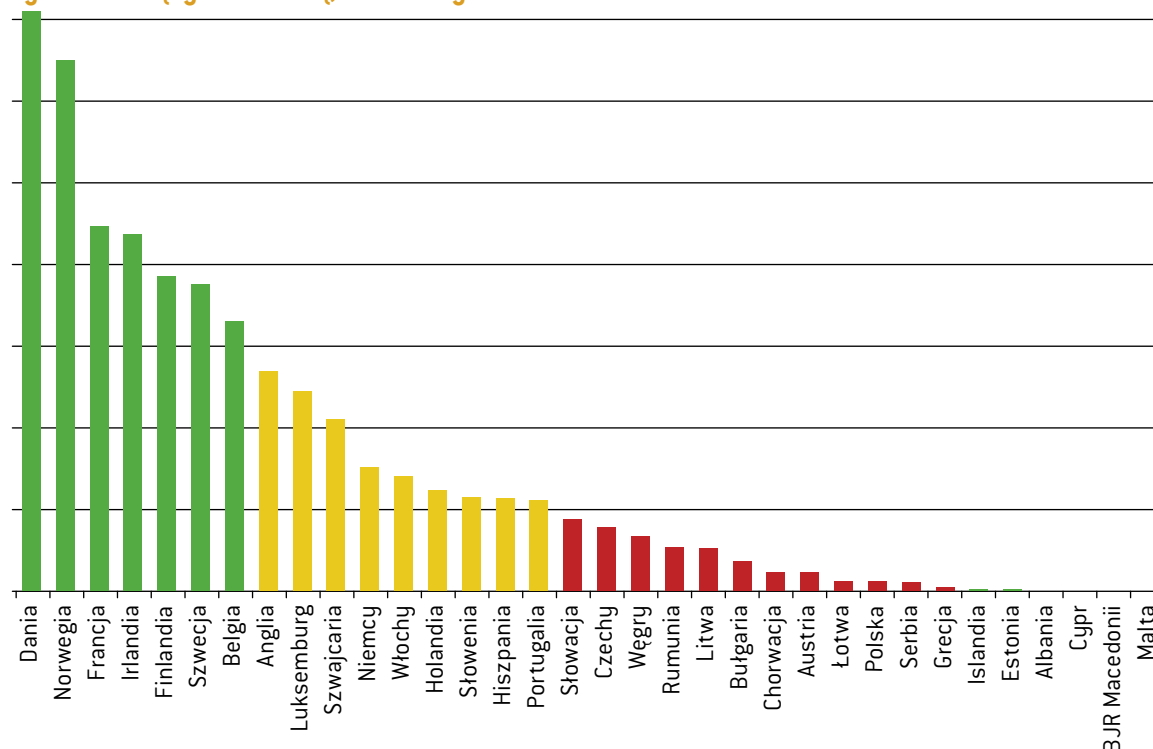
Jest to jeden ze wskaźników ukazujących bardzo dobrze skutki kryzysu finansowego. Nawet w bogatych krajach, takich jak Szwecja czy Szwajcaria, okres pomiędzy rejestracją leku a włączeniem do krajowych systemów świadczeń farmaceutycznych (systemów refundacji leków) znacznie się wydłużył.

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). Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane EFPIA za rok 2013 r. Kontakt bezpośredni z EFPIA. Krajowe ministerstwa zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

6.5. Tempo wdrażania leków na artretyzm

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*. Wolumenty leków wyrażono w Jednostkach Standardowych (miara IMS Health, podobna do DDD, ale nieidentyczna) na 1000 mieszkańców ≥ 15 lat cierpiących na artretyzm (DDD = określona dawka dobową).

Rys. 8.10.6.5. Inhibitory TNF- α (nowy lek na artretyzm) Dawka SU: na 1000 osób powyżej 15. roku życia dotkniętych chorobą; baza danych IMS MIDAS

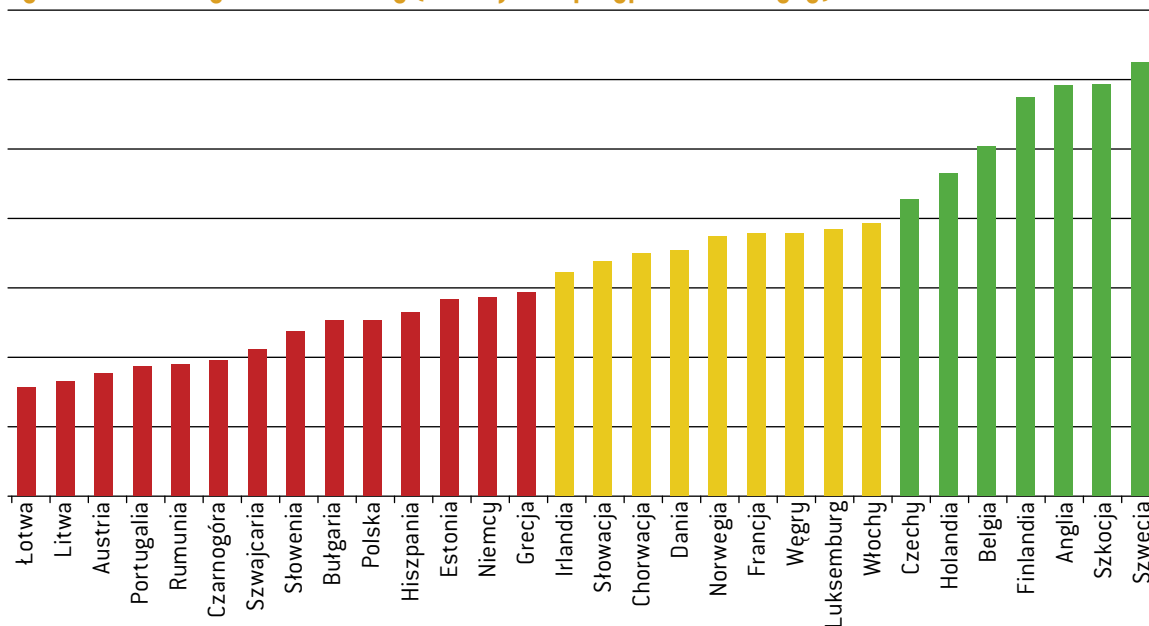


Źródło: baza danych IMS MIDAS. Dane dotyczące chorobowości: eumusc.net: Raport v5.0 Musculoskeletal Health in Europe (2012), Specjalne badanie Eurobarometru nr 272 (2007). Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

6.6. Użycie metforminy

Metformina jest powszechnie uznawana za lek pierwszego rzutu stosowany w leczeniu cukrzycy. Ochrona patentowa tego leku już wygasła, w związku z czym jest stosunkowo niedrogi. Należałoby zatem oczekiwać, że wszystkie kraje będą miały podobny poziom dostępności metforminy w przeliczeniu na jednego chorego. Jak wynika z poniższego wykresu, w rzeczywistości odnotowuje się nawet czterokrotną różnicę wartości wskaźnika użycia metforminy *per capita* skorygowanego o wskaźnik chorobowości.

Rys. 8.10.6.6. Użycie metforminy (SU na jeden przypadek cukrzycy)



Źródło: Baza danych IMS Health MIDAS, Atlas Diabetologiczny IDF, wyd. 6. Krajowe organy ochrony zdrowia. Głównie dane CUTS.

Należy podkreślić, że różnica względna pomiędzy współczynnikami chorobowości na cukrzycę w poszczególnych krajach wynosi jedynie $\pm 15\%$ średniego wskaźnika dla Europy, co oznacza, że jest mało prawdopodobne, aby różnica we wskaźnikach stosowania metforminy wynikała z błędnie przedstawionych danych dotyczących chorobowości.

Podczas prac nad Europejskim Indeks Diabetologicznym HCP 2014¹⁶ zauważono, że kraje, w których stosuje się dużo metforminy oraz insuliny (Szwecja, Zjednoczone Królestwo, Holandia i in.) są często bardzo restrykcyjne, jeśli chodzi o innowacyjne leki przeciwcukrzycowe, takie jak gliptyna.

16 <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

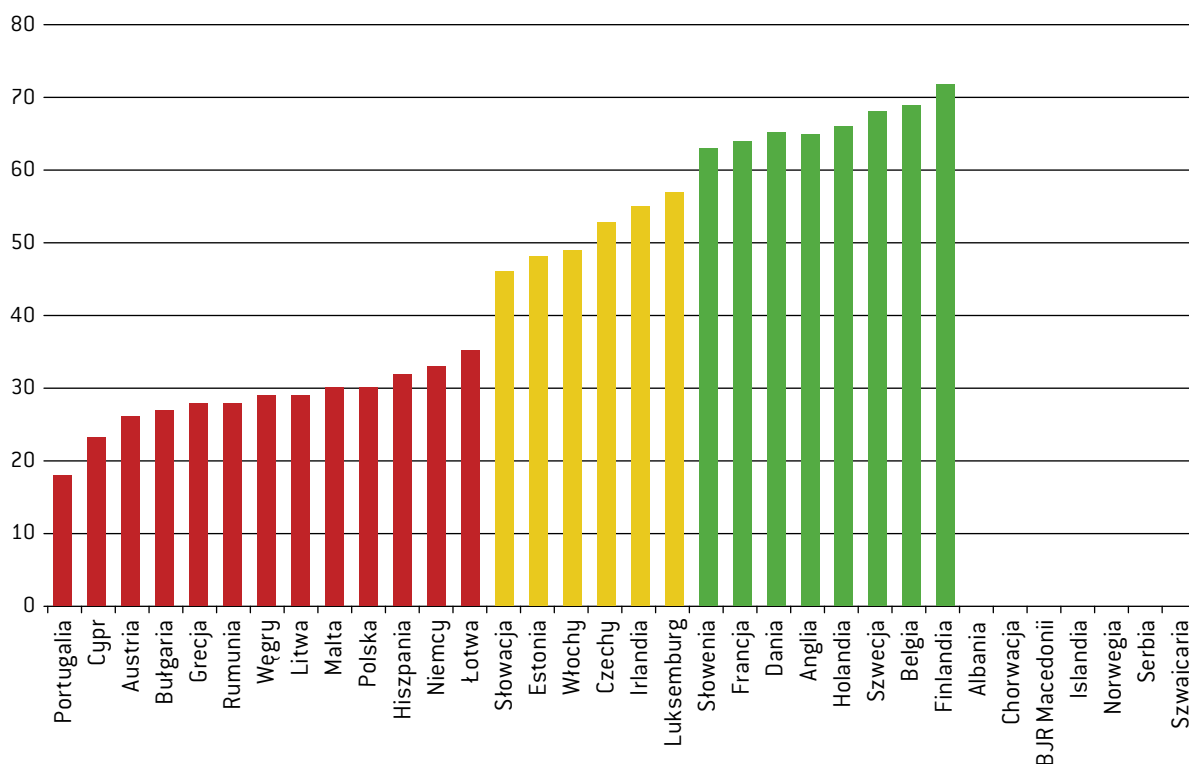
6.7. Stosowanie antybiotyków

Jak pokazują poniższe wykresy, źródła na temat stosowania antybiotyków są zaskakująco niespójne. W 2014 roku wskaźnik został oparty na badaniu „Zużycie antybiotyków w Europie Wschodniej: analiza międzynarodowych baz danych we współpracy z Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy” („Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe”)¹⁷ (trzeci wykres poniżej). Dokument ten został wykorzystany jako źródło CUTS.

Wspomniany raport WHO (opracowany na podstawie danych hurtowników) jest sprzeczny zarówno z założeniami Eurobarometru, które stanowią, że antybiotyki pomagają zwalczać wirusy (2012), jak i z danymi IMS Health dotyczącymi sprzedaży leków (2013), co sprawia, że zespół HCP uważa go za mało wiarygodny. Ranking EHCI na 2015 r. powróci do metodologii stosowanej w 2013 r.

W 2012 roku wykorzystano wskaźnik o nazwie „odsetek mieszkańców, którzy wiedzą, że antybiotyki *nie* są skuteczne w leczeniu przeziębienia i grypy”. Ranking EHCI z 2013 roku wykorzystuje aktualne dane na temat sprzedaży antybiotyków na osobę, z założeniem że przyjmowanie mniejszej ilości antybiotyków zwiększa odporność.

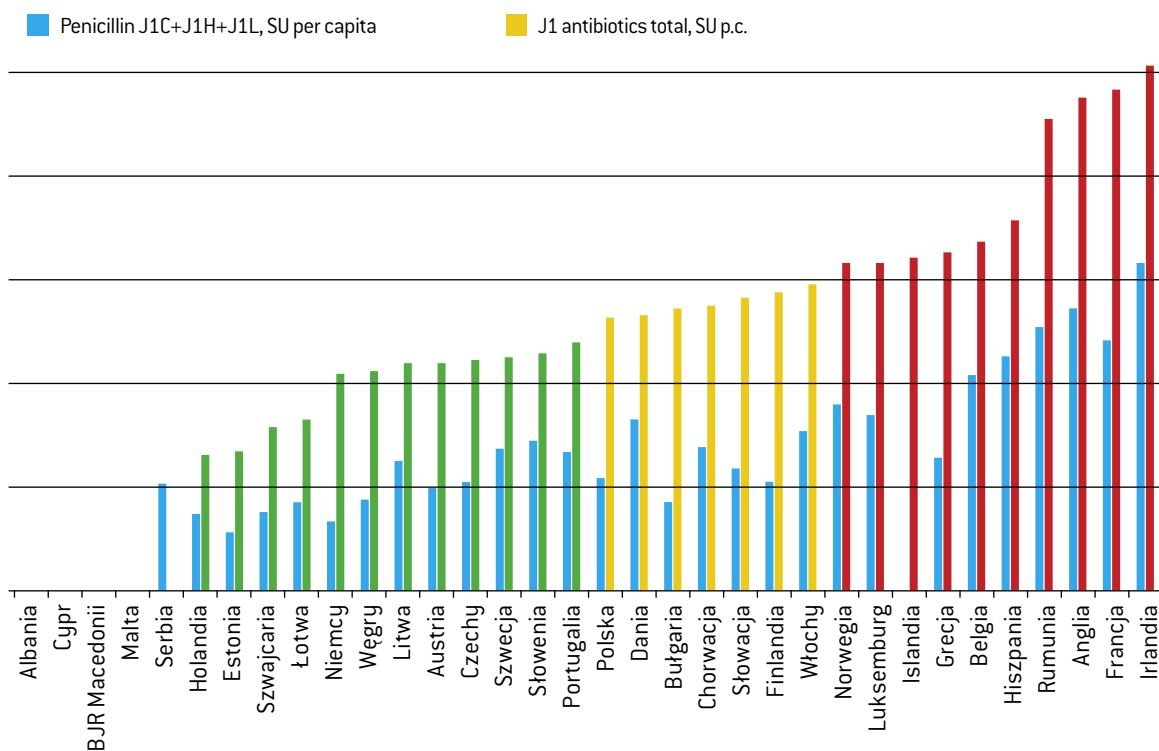
Rys. 8.10.6.7a Procent osób, które wiedzą, że antybiotyki *nie* działają przeciwko przeziębieniu i grypie (Specjalne badanie Eurobarometru nr 338, kwiecień 2010 r.)



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

¹⁷ „The Lancet Infectious Diseases”, 20 marca 2014 r.

Rys. 8.10.6.7b Zużycie antybiotyków, SU na osobę w okresie 12 miesięcy, licząc do czerwca 2013 r. Baza danych IMS MIDAS

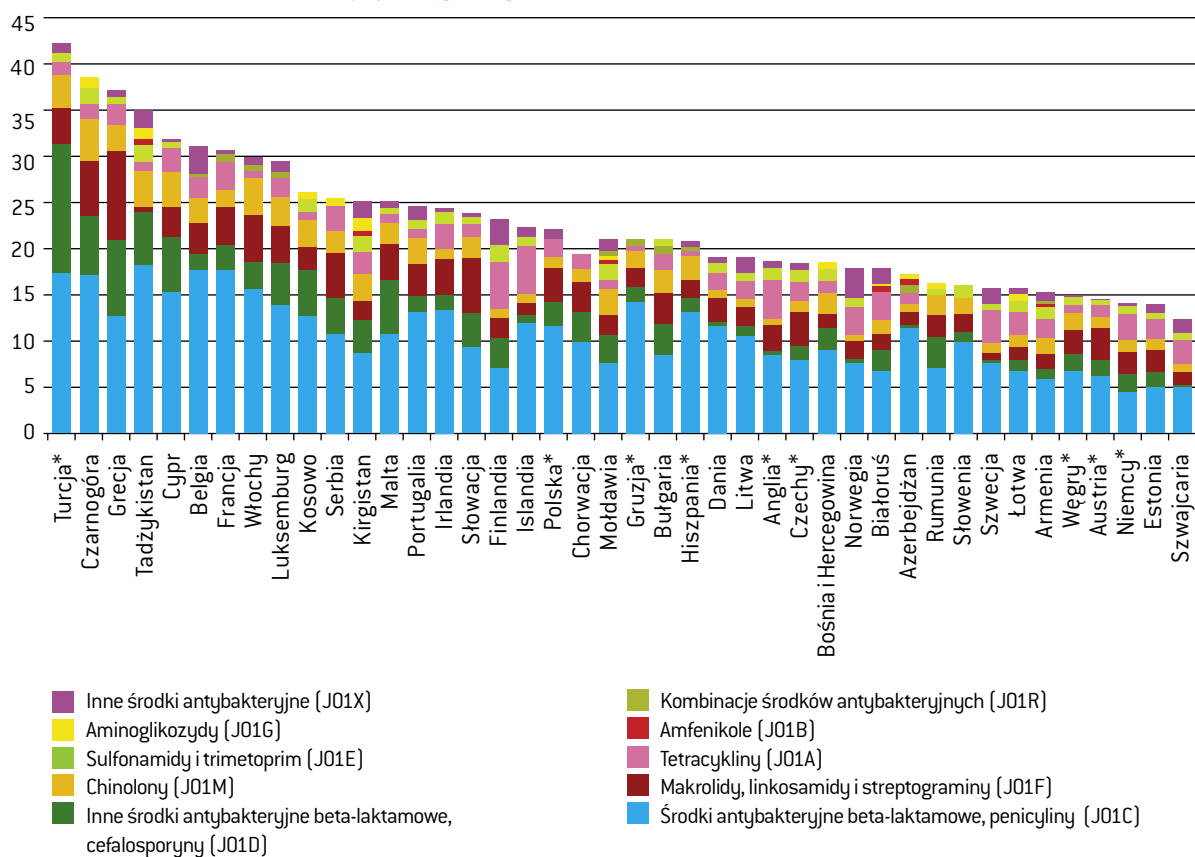


Wskaźnik w EHCI 2013.

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

Poniższy wykres prezentuje dane z raportu WHO z 2014 r. Prawdopodobnie zawiera poważne błędy.

Rys. 8.10.6.7c Łączne zużycie antybiotyków w 2011 roku 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)



Wskaźnik ujęty w badaniu EHCI 2014.

Źródło: „Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe”, Lancet, 2014. Dane CUTS.

8.11. ZEWNĘTRZNY PANEL EKSPERCKI

Zgodnie ze standardowym trybem działania stosowanym przy opracowywaniu wszystkich indeksów HCP, został powołany Zewnętrzny Panel Ekspertów. W trakcie prac nad projektem członkowie panelu odbyli dwa sześciogodzinne posiedzenia. Eksperti otrzymywali z wyprzedzeniem wszystkie materiały robocze wykorzystywane przy pracach nad Indekssem. 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. dr Ulrich Keil, emeritus	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Niemcy
Doc. dr Lennart Welin	Szpital Lidköping, Szwecja

Podstawowe zadania Zewnętrznego Panelu Ekspertów ds. Indeksu HCP obejmują:

- A. Pomoc przy tworzeniu i wyborze wskaźników i podkategorii. Jest to z oczywistych względów istotne z perspektywy Indeksu, jeśli dobry wynik rzeczywiście ma świadczyć o tym, że kraj zapewnia przyjazne dla konsumenta świadczenia zdrowotne wysokiej jakości.
- B. Analizę końcowych wyników prac badawczych podjętych przez badaczy HCP przed ustaleniem ostatecznych wyników. Jeśli uzyskane informacje wydawały się mocno kolidować z doświadczeniem w dziedzinie opieki zdrowotnej zdobywanym przez lata przez członków panelu, był to sygnał do przeprowadzenia dodatkowej analizy wyników.

HCP pragnie złożyć członkom panelu szczerze podziękowania za ich bezcenny wkład w prace nad Indekssem oraz za niezwykle twórczą wymianę myśli.

9. BIBLIOGRAFIA

9.1. GŁÓWNE ŹRÓDŁA

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/ehci2014-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.

HISTORIA PRAWDZIWA O STAWIE BIODROWYM WERNERA, CZYLI JAKI POWINIEN BYĆ CZAS OCZEKIWANIA WE WSZYSTKICH SYSTEMACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jest to historia, która wydarzyła się naprawdę w lipcu 2013 roku w niewielkim miasteczku położonym w Langwedocji, 50 km na południe od Montpellier, które (zimą) zamieszkiwało 8000 osób. P. Werner (to nie jest jego prawdziwe imię) jest niemieckim wojskowym, który zakończył czynną opiekę 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 doktor 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 doktora. Lekarz zbadał Wernera i powiedział:

- Wydaje mi się, że niestety 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.

Doktor B. podniósł telefon 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 doktora B. w czwartek. Doktor 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.

Doktor B. raz jeszcze podniósł telefon i przeprowadził kilkuminutową rozmowę, po czym zwrócił się do Wernera.

- Oczekują pana w Klinice Ortopedycznej Szpitala Uniwersyteckiego Montpellier 18 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 zdrowia przypada zawsze na roboczogodziny personelu. Opisana powyżej dziesięciodniowa procedura ogranicza je do minimum.

Dlatego właśnie funkcjonowanie systemu opieki zdrowia jest tańsze bez kolejek oczekujących.

18 Najstarsza uczelnia medyczna w Europie. Szósty pod względem jakości szpital we Francji, zgodnie z aktualnym rankingiem.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) 2013 jest siódmym badaniem europejskich systemów ochrony zdrowia. W Indeksie przyjęto punkt widzenia konsumenta i pacjenta. Podobnie jak inne Indeksy Health Consumer Powerhouse, EHCI obejmuje sprawdzenie rzeczywistej sytuacji na potrzeby decydentów, przekazanie odpowiedzialności i praw pacjentom i konsumentom oraz danie interesariuszom możliwości podkreślenia słabych i mocnych punktów systemu ochrony zdrowia. Praca HCP realizowana jest niezależnie. Bardzo chętnie przyjmujemy każdy dodatkowy wkład badawczy w celu finansowania naszych wysiłków.

Wszystkie raporty HCP dostępne są na stronie internetowej:
www.healthpowerhouse.com

Biuro Health Consumer Powerhouse (HCP):
Näsbydalsvägen 16
SE-183 37 Täby
Szwecja
Telefon: +46 8 642 71 40

ISBN 978-83-933825-3-8
© Health Consumer Powerhouse 2015



ul. Wspólna 47/49
00-684 Warszawa

office@piu.org.pl
www.piu.org.pl

tel. 22 42 05 105
22 42 05 106
fax 22 42 05 107