

**Health Consumer Powerhouse**

## **Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia**

### **Raport 2012**

dr Arne Björnberg

[arne.bjornberg@healthpowerhouse.com](mailto:arne.bjornberg@healthpowerhouse.com)

Health Consumer Powerhouse

2012-05-15

Liczba stron: 84

Niniejszy raport może być cytowany bez ograniczeń z odesłaniem do źródła.

© Health Consumer Powerhouse AB, 2012

ISBN 978-91-977879-9-4



## SPIS TREŚCI

<b>NOWY KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ – WZORCOWE PRZYKŁADY</b> .....	<b>3</b>
<b>1. STRESZCZENIE</b> .....	<b>4</b>
1.1. OPIEKA ZDROWOTNA W WYBRANYCH KRAJACH .....	4
1.2. BBB; MODEL BISMARCKA NIEZMIENNIE GÓRUJE NAD MODELEM BEVERIDGE'A .....	x
<b>2. WPROWADZENIE</b> .....	<b>11</b>
2.1. PODSTAWOWE INFORMACJE .....	11
2.2. SKŁADOWE INDEKSU .....	12
2.3. O AUTORZE .....	12
<b>3. KRAJE UJĘTE W RAPORCIE</b> .....	<b>13</b>
<b>4. WYNIKI EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2012</b> .....	<b>14</b>
4.1. PODSUMOWANIE WYNIKÓW .....	16
4.2. CZY KRYZYS FINANSOWY MA WPŁYW NA OCHRONĘ ZDROWIA W EUROPIE? .....	20
<b>5. WYNIKI SKORYGOWANE O WSKAŹNIK SIŁY NABYWCZEJ (WYNIKI BFB)</b> .....	<b>21</b>
5.1. METODOLOGIA DOSTOSOWYWANIA WYNIKÓW DO WSKAŹNIKA BFB .....	21
5.2. WYNIKI UJĘTE W TABELI PUNKTACJI BFB .....	22
<b>6. TRENDY NA PRZESTRZENI SZEŚCIU LAT</b> .....	<b>24</b>
6.1. ZMIANY WYNIKÓW W LATACH 2006–2012 .....	24
6.2. NIWELOWANIE BARIER MIĘDZY PACJENTEM A PRACOWNIKAMI OCHRONY ZDROWIA .....	26
6.3. PRZEJRZYSTY MONITORING JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ .....	27
6.4. PEŁNA INFORMACJA O PRODUKTACH FARMACEUTYCZNYCH DOSTOSOWANA DO POZIOMU WIEDZY PACJENTA .....	28
6.5. LISTY OCZEKUJĄCYCH: PROBLEM MENTALNY PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA? .....	28
6.6. ZMIANY WPROWADZANE POD PRESJĄ .....	31
6.7. DLACZEGO PACJENCI SĄ NIEDOINFORMOWANI? .....	31
6.8. ROZPRZESTRZENIANIE SIĘ MRSA .....	32
<b>7. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?</b> .....	<b>32</b>
<b>8. NIEDOSTATECZNA ILOŚĆ DANYCH Z EUROPY</b> .....	<b>33</b>
8.1. WSKAŹNIKI WYNIKÓW LECZENIA UJĘTE W EHCI .....	33
<b>9. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2012</b> .....	<b>34</b>
9.1. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2005 .....	34
9.2. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2006–2009 .....	35

9.3. EHCI 2012 .....	36
9.4. SKŁADOWE WSKAŹNIKÓW (PODKATEGORIE) .....	38
9.5. PUNKTACJA ZASTOSOWANA W EHCI 2012 .....	38
9.6. WSPÓŁCZYNNIKI WAGI WSKAŹNIKÓW .....	39
9.7. DEFINICJE WSKAŹNIKÓW I ŹRÓDŁA DANYCH DLA EHCI 2012 .....	41
9.8. USTAWIENIA WARTOŚCI PROGOWYCH .....	48
9.9. ŹRÓDŁA DANYCH CUTS .....	49
9.10. TREŚĆ WSKAŹNIKÓW UJĘTYCH W EHCI 2012 .....	49
9.11. JAK STWORZONO EUROPEJSKI KONSUMENCKI INDEKS ZDROWIA 2012 – FAZY TWORZENIA .....	73
9.12. ZEWNĘTRZNY PANEL EKSPERCKI .....	75
<b>10. LITERATURA .....</b>	<b>75</b>
10.1. GŁÓWNE ŹRÓDŁA .....	75

## NOWY KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ – WZORCOWE PRZYKŁADY

Europejski sektor ochrony zdrowia zmienia swój kształt na naszych oczach. W niniejszej, szóstej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia przedstawiono porównanie 34 krajowych systemów opieki zdrowotnej pod kątem opinii osób z nich korzystających oraz wyników osiągniętych przez te systemy. Indeks ten stał się standardem branżowym nowoczesnej ochrony zdrowia.

Od ukazania się poprzedniej edycji Indeksu (trzy lata temu) pojawiły się dane potwierdzające nowe zachowania – być może nowe tendencje, a także kontynuację trendów i kilka elementów stałych.

Począwszy od 2005 roku, EHCI wskazuje na rosnące znaczenie **wpływu konsumentów na usługi zdrowotne**, a ostatnie kilka lat to pod tym względem prawdziwy przełom, przynajmniej jeśli chodzi o systemy opieki zdrowotnej oferujące najlepsze usługi, co sugeruje, że przyjazne nastawienie do osób z nich korzystających stało się jednym z głównych czynników wpływających na poprawę wyników w zakresie jakości.

**Niwelowane są bariery** między pracownikami ochrony zdrowia a konsumentami/pacjentami. Po raz pierwszy możliwość uzyskania drugiej opinii lekarskiej i dostęp do dokumentacji medycznej są w większości krajów narzędziami zwiększającymi prawa konsumenta i pozwalającymi wspólnie uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji. Dawniej przekazywanie informacji na temat jakości usług zdrowotnych oferowanych przez świadczeniodawców było czymś wyjątkowym, teraz dostęp do nich jest często bardzo powszechny. W większości europejskich krajów pojawiły się wiarygodne strony internetowe poświęcone farmaceutyce dla osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, co podważa opinię, że informacje o lekach pochodzące od producentów to rzecz niebezpieczna.

Ten **proces odchodzenia** od branży o zhierarchizowanej strukturze do branży działającej na podstawie gromadzonego doświadczenia jest jednak zbyt powolny i niewystarczająco konsekwentny. Na mapie opracowanej w ramach EHCI są kraje północnoeuropejskie z dobrze rozwiniętymi systemami ochrony zdrowia, na które konsumenci mają już duży wpływ, grupa szybko pnących się w rankingu krajów Europy Środkowej i Wschodniej, kolejna grupa, która od dłuższego czasu ma problemy z tempem wprowadzania zmian oraz duża grupa krajów, których systemy stale osiągają niezadowalające wyniki (z przyczyn gospodarczych, kulturowych i politycznych). Oznacza to, że system opieki zdrowotnej w Europie **cechują znaczne nierówności**. To, czy wpływ kryzysu gospodarczego zwiększy te różnice, czy zostaną one zniwelowane przez rosnące możliwości korzystania z usług medycznych za granicą, zostanie przeanalizowane w kolejnych edycjach Indeksu.

Niektóre kraje już się szykują do **integracji opieki zdrowotnej w UE**. Kilka z nich ma powody do optymizmu, natomiast na inne będzie wywierana rosnąca presja żeby stały się bardziej konkurencyjne. Łączy się z tym inne wyzwanie – **starzenie się Europy**, bardzo istotna zmiana, do której dojdzie w najbliższych dziesięcioleciach. EHCI mówi, czy jesteśmy na to przygotowani. W wielu europejskich krajach, gdzie systemy emerytalne są niestabilne, a infrastruktura społeczna przestarzała, starzejące się społeczeństwo będzie wymagało dużo zachodu, a przy tym będzie miało ogromny wpływ na ochronę zdrowia.

W Indeksie zwrócono uwagę na zmiany, a także na elementy stałe. Najbardziej uderzającym z nich jest dominacja Holandii w EHCI. Wydaje się, że holenderska służba zdrowia potrafi radzić sobie z nowymi warunkami i osiąga najlepsze wyniki. Od reformy w 2005 roku widać znaczną poprawę. **Stąd wniosek**, że Holendrzy stworzyli europejski model, który można naśladować – nie tylko poprzez likwidację systemów opartych na jednym płatniku.

Dziękujemy ministerstwom i agencjom z krajów ujętych w Indeksie za twórczy dialog na temat interpretacji danych. EHCI jest jedynym prowadzonym cyklicznie badaniem wyników osiągniętych przez systemy opieki zdrowotnej. Dziękujemy sponsorom Indeksu za to, że podjęcie tego wysiłku było możliwe. Sponsorami EHCI 2012 byli Pfizer, Inc., EFPIA (Europejska Federacja Stowarzyszeń Przemysłu Farmaceutycznego), Novartis SA i Medicover SA.

Bruksela, 15 maja 2012 r.

Johan Hjertqvist  
Założyciel i Prezes  
Health Consumer Powerhouse

## 1. STRESZCZENIE

W edycjach EHCI sprzed 2009 roku oraz w Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Kardiologicznej z 2008 roku i Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Diabetologicznej z 2008 roku (wszystkie dostępne pod adresem [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)), 3–5 najwyższej ocenionych krajów dzieli zaledwie kilka punktów na 1000-punktowej skali. Sytuacja ta zmieniła się radykalnie w 2009 roku, a łączna ocena systemów opieki zdrowotnej w EHCI 2012 pokazuje jeszcze większą przewagę Holandii niż w 2009 roku. Kraj ten zdobył 872 punkty na 1000 możliwych, wyprzedzając Danię z 822, Islandię z 799 i Luksemburg z 791 punktami.

Począwszy od trzeciego miejsca rywalizacja w rankingu znacznie się zaostrza. Wykres obrazujący wyniki EHCI w 2012 roku jest znacznie bardziej płaski w porównaniu z poprzednimi edycjami (Dział 4.1) – tym razem aż 13 krajów dzieli niespełna 100 punktów od brązowego medalu.

Wyraźny wpływ na ranking miało wprowadzenie w 2008 roku dodatkowej, szóstej podkategorii „e-Zdrowie”, której zasadniczym celem jest ocena powszechności elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wykorzystania e-rozwiązań umożliwiających wymianę informacji medycznych między pracownikami służby zdrowia i przekazywanie ich pacjentom. Indeks EHCI 2012 powrócił do swojej struktury z 2007 roku obejmującej pięć podkategorii, a wskaźnik „e-Zdrowie” został włączony do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”.

W 2012 roku nie prowadzi to do odwrócenia wyników z 2008 roku: Dania pozostaje na drugim miejscu, a Francja, która uzyskała słabe wyniki w kategorii „e-Zdrowie”, nie zajęła lepszego miejsca w rankingu.

### 1.1. OPIEKA ZDROWOTNA W WYBRANYCH KRAJACH

(niekoniecznie w kolejności zgodnej z miejscem w rankingu)

#### 1.1.1. HOLANDIA!!!

Holandia jest jedynym krajem, który nieprzerwanie od 2005 roku lokuje się w pierwszej trójce krajów ujętych w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, publikowanym przez Health Consumer Powerhouse. W 2012 roku Holandia zdobyła 872 punkty, co jest zdecydowanie najlepszym wynikiem od początku istnienia Indeksu HCP. Holandia zwyciężyła jedynie w jednej z pięciu podkategorii Indeksu: „Zakres i zasięg usług zdrowotnych”, a jej duża przewaga wynika prawdopodobnie z faktu, że holenderski system opieki zdrowotnej zasadniczo nie ma słabych punktów, być może z wyjątkiem pewnych możliwości poprawy sytuacji w zakresie oczekiwania na leczenie, w przypadku którego doskonałe wyniki osiągają niektóre kraje środkowoeuropejskie.

Zazwyczaj HCP określa, że ranking EHCI ogranicza się do oceny „życzliwości w stosunku do konsumenta” systemów opieki zdrowotnej, tzn. nie twierdzi że ocenia, które państwo europejskie dysponuje **najlepszym** systemem opieki zdrowotnej.

Od 2006 roku HCP opracowuje nie tylko ogólny Indeks EHCI, ale także specjalistyczne indeksy poświęcone cukrzycy, chorobom serca, HIV, bólowi głowy i żółtacze. Holandia jest wyjątkowa, ponieważ zawsze znajduje się wśród 3–4 najlepszych krajów, niezależnie od analizowanego obszaru ochrony zdrowia. Rodzi to dużą pokusę sformułowania twierdzenia, że o zdecydowanym zwycięzcy rankingu EHCI 2012 można powiedzieć, że dysponuje najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie.

#### **1.1.1.1. Co Holendrzy robią wzorowo?**

Należy podkreślić, że dyskusja ta de facto oparta jest w znacznym stopniu na spekulacjach, których nie można potwierdzić wynikami EHCI.

Holandia charakteryzuje się dużą liczbą konkurujących ze sobą ubezpieczycieli zdrowotnych, niepowiązanych ze świadczeniodawcami usług medycznych. Kraj ten dysponuje także prawdopodobnie najlepszymi w Europie przepisami w zakresie udziału pacjentów w procesach podejmowania decyzji oraz kształtowania polityki w dziedzinie opieki zdrowotnej.

Ponadto holenderski system opieki zdrowotnej zajął się jednym z niewielu swoich słabych punktów – dostępnością – poprzez stworzenie 160 ośrodków opieki podstawowej, w których gabinety otwarte są 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. W kontekście małej wielkości kraju oznacza to, że każdy powinien być w stanie łatwo dotrzeć do działającego ośrodka.

Można przypuszczać, że ważnym efektem holenderskiej struktury systemu opieki zdrowotnej jest to, że decyzje operacyjne związane z opieką zdrowotną podejmowane są, w niezwykle dużym stopniu, przez osoby zawodowo związane ze środowiskiem lekarskim przy udziale pacjenta. Wydaje się, że w Holandii instytucje finansujące świadczenia medyczne oraz osoby niezwiązane zawodowo ze środowiskiem lekarskim, jak na przykład politycy czy biurokraci, trzymają się dalej od procesu podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej niż w innych krajach europejskich. Samo to może być powodem tak miazdzącego zwycięstwa Holandii w rankingu EHCI 2012.

#### **1.1.1.2. Jeśli Holendrzy robią cokolwiek niewłaściwie, to co?**

Holandia zdobywa dużo punktów we wszystkich podkategorjach z wyjątkiem „Czasu oczekiwania pacjentów/dostępności do świadczeń medycznych”, gdzie uzyskuje wynik dość przeciętny. Jak zaobserwowano w badaniu autorstwa Sicilianii Hursta zleconym przez OECD w latach 2003/2004 oraz w rankingach EHCI z lat 2005–2012, listy pacjentów oczekujących na leczenie specjalistyczne istnieją, paradoksalnie, głównie w krajach stosujących system „GP gatekeeping” (wymagający uzyskania skierowania do specjalisty od lekarza pierwszego kontaktu).

System oparty na lekarzach pierwszego kontaktu, „kamień węgielny holenderskiego systemu opieki zdrowotnej” (jak określił go dla HCP były holenderski minister zdrowia), uważany jest powszechnie za obniżający koszty i zapewniający ciągłość opieki, co jest z całą pewnością korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie odniesienia podanego w dziale 9.10.2. dotyczącego wskaźnika 2.2., nie istnieją dowody przemawiające na korzyść hipotezy o redukcji kosztów. Jak widać w dziale 5.1., Holandia zwiększyła wydatki na opiekę zdrowotną do poziomu najwyższych w Europie wydatków na osobę (poza krajami, które w terminologii stosowanej na wewnętrzne potrzeby HCP określane są mianem „trzech bogatych drani”, czyli Norwegią, Szwajcarią i Luksemburgiem, mającymi najwyższy w Europie PKB na osobę). Zaobserwowano to już w EHCI 2009 i sytuacja się niezmieniła.



Może się okazać, że Holandia pokona granicę 900 punktów łagodząc przepisy związane z systemem GP gatekeeping!

### 1.1.2. DANIA

Dania szybko awansowała na 2. miejsce dzięki wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie” w EHCI 2008. Kraj ten od chwili włączenia go w 2006 roku do rankingu EHCI stale zwiększa uzyskiwany wynik punktowy. Co ciekawe, kiedy EHCI 2012 powrócił do struktury z 2007 roku, Dania przetrwała tę zmianę uzyskując doskonałe wyniki i utrzymuje srebrny medal z rezultatem 822 punkty!

Dania jest jednym z zaledwie trzech państw zdobywających „zielone” wyniki punktowe w podkategorii „Swobodny wybór świadczeniodawcy usług zdrowotnych” w UE oraz z tytułu posiadania internetowego rejestru szpitali informującego o tym, które szpitale osiągają najlepsze wyniki leczenia. Głównie z tego powodu Dania dystansuje swoich skandynawskich sąsiadów w rankingu EHCI: w 2012 roku uzyskała lepszy rezultat w podkategorii „Wyniki leczenia” niż w ubiegłych latach.

### 1.1.3. ISLANDIA

Z powodu położenia w północnej części Atlantyku Islandia zmuszona była do stworzenia systemu opieki zdrowotnej dostosowanego możliwościami (nie rozmiarem!) do obsłużenia kilku milionów osób. Ponieważ Islandczyków jest tylko 300 000, trzecie miejsce uzyskane w rankingu przez Islandię nie było dla zespołu badawczego HCP zaskoczeniem.

Islandii trudniej konkurować w rankingu, gdyż nie należy do UE i nie są w jej przypadku dostępne dane dotyczące sprzedaży leków potrzebne do projektu EHCI. Gdyby nie liczba pozycji skwitowanych skrótem „b.d.” (brak danych, wynik „czerwony”), Islandia prawdopodobnie wyprzedziłaby Danię i zdobyłaby srebrny medal!

Można przypuszczać, że spekulacje na temat wpływu kryzysu finansowego na islandzką służbę zdrowia były przesadzone. Zasadniczo Islandia jest bardzo zamożnym krajem, co potwierdza jej szybkie wyjście z kryzysu.

Nie dysponując własnym systemem szkoleń dla lekarzy specjalistów, Islandia prawdopodobnie odnosi korzyści z posiadania systemu przypominającego średniowieczne reguły szkoleń cieśli i kamieniarzy. Rzemieślnikom tym nie wolno było się osiedlać przez wiele lat od momentu uzyskania wymaganych kwalifikacji, więc byli zmuszeni do wędrowania i świadczenia pracy dla licznych budowniczych. Naturalnie przy okazji nabywali wiele różnych umiejętności. Analogicznie młodzi islandzcy lekarze pracują po ukończeniu szkoły zwykle od 8 do 10 lat za granicą, a po tym okresie często wracają do swojego kraju. Nie tylko zdobywają dużą wiedzę – zdobywają także przydatne kontakty. Islandzki lekarz, który ma do czynienia z przypadkiem niemożliwym do leczenia w Islandii chwytając za słuchawkę, dzwoni do swojego byłego przełożonego lub doświadczonego kolegi pracującego w powszechnie szanowanym zagranicznym szpitalu i zadaje pytanie: Czy mógłbyś przyjąć mojego pacjenta? W odpowiedzi często słyszy: „Wsadzaj go do samolotu!”.

#### 1.1.4. LUKSEMBURG

Luksemburg, najbogatszy kraj w UE, mógł sobie pozwolić na stworzenie systemu opieki zdrowotnej oferującego wszystkie usługi, wykorzystał jednak fakt, że w odróżnieniu od Islandii jest położony w środku Europy. Wykazując się sporą dozą zdrowego rozsądku, co jest nietypowe w sektorze publicznym mającym tendencje do korzystania z własnych zasobów, Luksemburg od dłuższego czasu pozwala swoim obywatelom korzystać z usług zdrowotnych w krajach sąsiednich. Wygląda na to, że korzystają z nich w dobrych szpitalach.

#### 1.1.5. BELGIA

Wiele wskazuje na to, że prawdopodobnie najhojniejszy system opieki zdrowotnej w Europie<sup>1</sup> uporał się w końcu z problemami dotyczącymi jakości oraz przekazywania danych i awansuje w EHCI 2012 na 5 miejsce (z 11. w 2009 roku). W pewnym stopniu negatywnym zaskoczeniem jest to, że według OECD Health Data Belgia ma najwyższy wskaźnik śmiertelności w wyniku zawału serca w przypadku osób hospitalizowanych.

#### 1.1.6. NIEMCY I AUSTRIA

Te dwa kraje szczególnie odczuły wprowadzenie nowych wskaźników do EHCI 2012, co doprowadziło do spadku Austrii z 4. miejsca na 11., a Niemiec z 6. na 14.

Niemcy posiadają prawdopodobnie najmniej restrykcyjny i najbardziej zorientowany na konsumenta system opieki zdrowotnej w Europie, w którym pacjenci, kiedy tylko chcą, mogą zabiegać o dowolny rodzaj opieki. Głównym powodem, dla którego Niemcy nie walczą o medale, jest przeciętność w zakresie wyników leczenia (słowa „Niemcy” i „przeciętna jakość” rzadko można usłyszeć w tym samym zdaniu!). Jest to prawdopodobnie spowodowane charakterystyczną cechą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej: dużą liczbą raczej niewielkich szpitali ogólnych nie zaś specjalistycznych.

Trudno powiedzieć co wpłynęło na ten spadek w rankingu. Niemiecki system opieki zdrowotnej został określony przez jednego z członków Panelu Ekspertów pracujących na potrzeby projektu jako „mocniejszy w odniesieniu do ilości niż jakości”. Według danych OECD oba kraje uzyskują dość przeciętne wyniki w zakresie przeżywalności w szpitalu pacjentów, u których wystąpił zawał serca. Ponadto w odróżnieniu od holenderskiego systemu opieki zdrowotnej, który wydaje się zachowywać swą pozycję w rankingu po wprowadzeniu nowych wskaźników, pojawienie się w EHCI 2012 dziewięciu nowych wskaźników miało faktycznie niekorzystny wpływ na wyniki Niemiec i Austrii.

Wygląda też na to, że organizacje reprezentujące pacjentów, które uczestniczyły w badaniu w 2012 roku, nie wypowiadają się już tak optymistycznie o dostępności do opieki zdrowotnej jak w latach ubiegłych, co miało wpływ na wyniki osiągnięte przez oba kraje. Być może jest to spowodowane „niemiecką skłonnością do narzekania”, tzn. faktyczne pogorszenie tradycyjnie doskonałej dostępności do opieki zdrowotnej nie jest tak poważne jak sądzi opinia publiczna. W związku z tym, że omawiany spadek

<sup>1</sup> Niektórzy powiedzieliby, że nazbyt hojny: mieszkający w Brukseli znajomy zespołu HCP został „porwany i przetrzymywany” w szpitalu przez 6 dni(!), po tym jak pewnego dnia w pracy wystąpiły u niego nieokreślone bóle w klatce piersiowej.

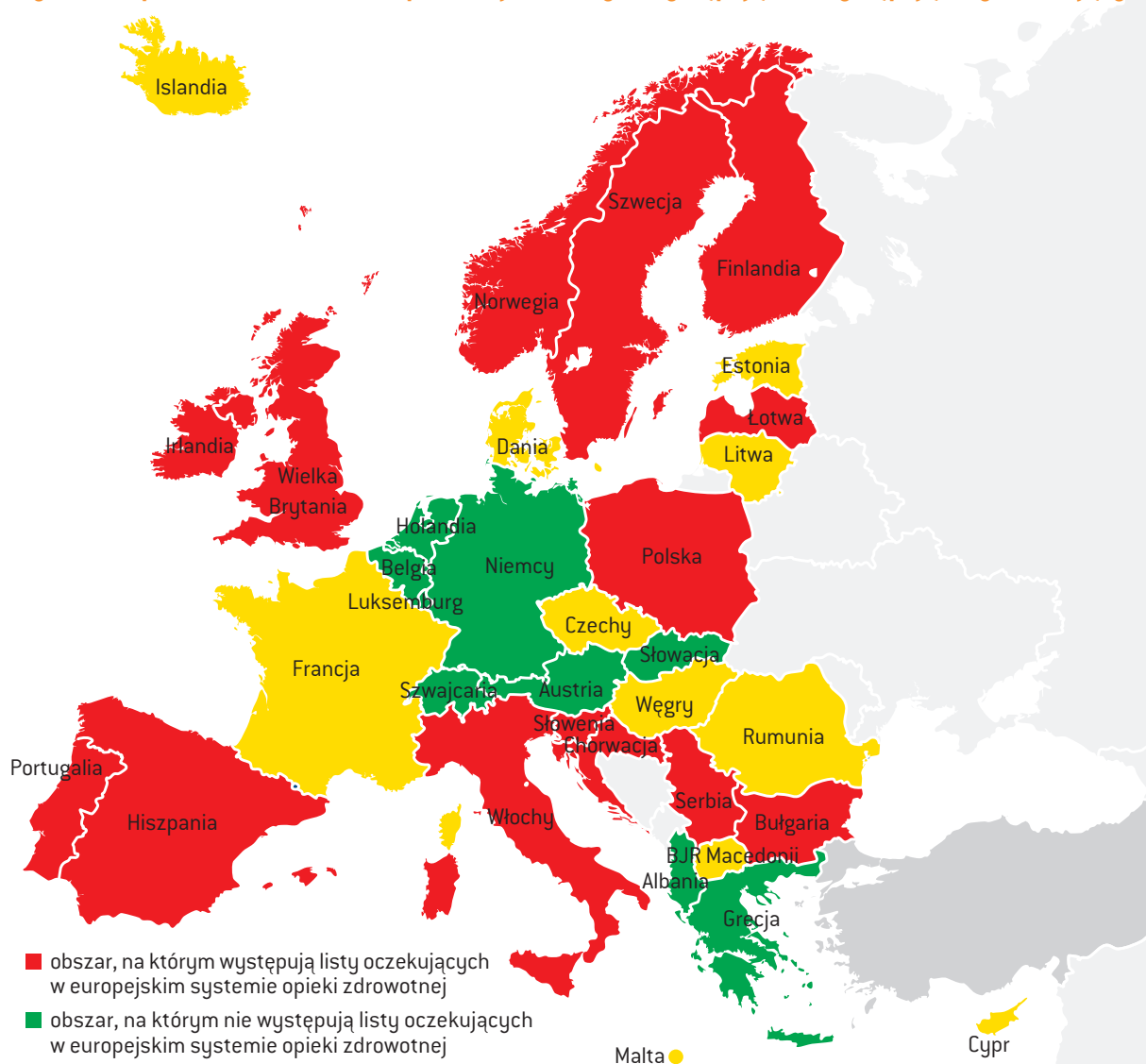
w rankingu rodzi poważne pytania, HCP umieści oba kraje na „liście obserwacyjnej” EHCI do czasu kolejnej edycji Indeksu.

### 1.1.7. WIELKA BRYTANIA

Ankieta EHCI potwierdza opinie uzyskane w NHS<sup>2</sup>, że bardzo duże środki zainwestowane w rozwiązanie problemów związanych z czasem oczekiwania pacjentów na leczenie w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej przyniosły rezultaty, choć Wielka Brytania nadal jest bez wątpienia częścią europejskiego „obszaru, na którym występują listy oczekujących” (zob. także Dział 6.5.!). Rezultaty przyniosły także wysiłki mające na celu posprzątanie szpitali, aby ograniczyć liczbę trudnych do wyeliminowania infekcji szpitalnych, mimo że Wielka Brytania wciąż uzyskuje w przypadku tego wskaźnika wynik „czerwony”.

Mimo wszystko po raz pierwszy w historii EHCI Wielka Brytania (12.miejsce) wyprzedza Niemcy.

**Wykres 1: Opieka zdrowotna w Europie – kraje, w których występują i nie występują listy oczekujących**



Źródło: opracowanie własne.

2 National Health Service – Narodowy System Opieki Zdrowotnej.

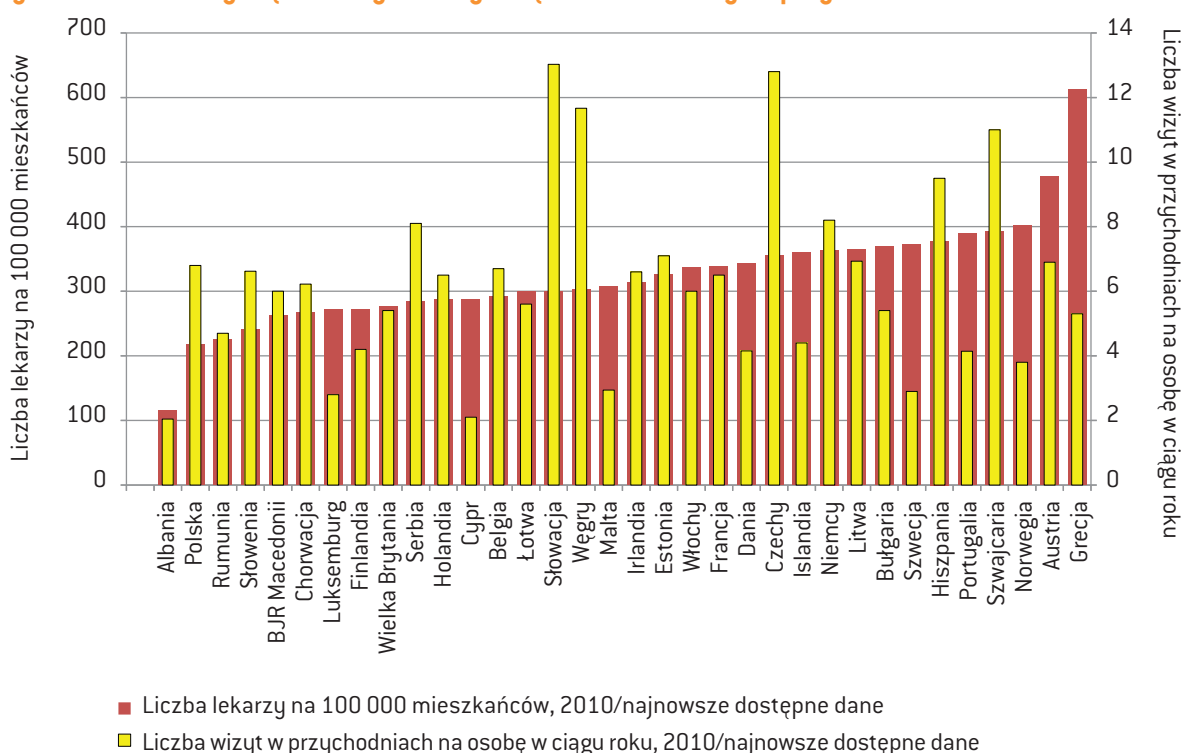
### 1.1.8. IRLANDIA, GRECJA I HISZPANIA

Odpowiednio 13., 22. i 24. miejsce w rankingu.

Grecja zdecydowanie przewodzi w Europie pod względem liczby lekarzy na osobę (patrz niżej). Jednak wizerunek greckiej służby zdrowia stworzony na podstawie odpowiedzi uzyskanych od organizacji reprezentujących pacjentów nie wskazuje bynajmniej na jakiegokolwiek przejawy zdrowej rywalizacji służącej zapewnieniu najlepszych usług zdrowotnych.

Poza tym, najwyraźniej te trzy kraje mają stały problem z tym, że opinia publiczna ocenia usługi opieki zdrowotnej gorzej niż byłoby to faktycznie uzasadnione.

**Wykres 2: Dane dotyczące liczby lekarzy i częstotliwości wizyt w przychodniach**



Źródło: Baza danych WHO Health for All, styczeń 2012 r.

### 1.1.9. ALBANIA

Miejsce 29., 535 punktów. Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego ministra zdrowia. Jak wynika z powyższego wykresu i działu 5.1., Albania dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami w sektorze ochrony zdrowia. Krajowi temu udaje się uniknąć zajęcia ostatniego miejsca głównie dzięki doskonałemu wynikowi w kategorii „Dostępność świadczeń medycznych”, w przypadku której organizacje reprezentujące pacjentów, także w 2012 roku, potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, wedle której kolejki oczekujących w zasadzie nie występują.

Wyjaśnienie przedstawione przez albańskie Ministerstwo Zdrowia brzmiało następująco: „Albańczycy to ludzie twardzi, którzy lekarza odwiedzają tylko wtedy, gdy trzeba ich tam zanieść”, co sugerowało

niepełne wykorzystanie systemu opieki zdrowotnej. Jest to uproszczenie. Albańczycy odwiedzają lekarzy pierwszego kontaktu ponad dwa razy częściej niż Szwedzi (3,9 w porównaniu z 1,6 wizyty rocznie)!

#### 1.1.10. SZWECJA I NORWEGIA

Szwecja (6. miejsce, 762 punkty, awans z 9. miejsca w 2009 roku) i Norwegia (9. miejsce, 756 punkty) są jedynymi krajami, które uzyskały wyłącznie „zielone” wyniki w kategorii „Wyniki leczenia”. Od sześciu lat wydaje się, że bez względu na to jakie wskaźniki stosuje się w przypadku kategorii „Wyniki leczenia” (przynajmniej jeśli chodzi o poważne przypadki), Szwecja nadal zdobywa wszystkie „zielone” wartości punktowe, a teraz dołączyła do niej Norwegia.

Jednocześnie powszechnie znana słaba dostępność usług zdrowotnych wydaje się problemem trudnym do naprawienia, pomimo wysiłków podejmowanych przez rządy zmierzających do pobudzenia zdecentralizowanego państwowego systemu opieki zdrowotnej do skrócenia list oczekujących. Ankieta HCP skierowana do organizacji reprezentujących pacjentów potwierdza obraz sytuacji uzyskany z oficjalnego źródła [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), że maksymalne okresy oczekiwania, które w skali europejskiej bywają raczej krótkie, są przekraczane. Docelowy maksymalny czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (nie więcej niż 7 dni) jest dłuższy tylko w przypadku Portugalii, gdzie nie powinien przekraczać 15 dni. W ankiecie HCP norwescy pacjenci przedstawiają najgorszy obraz dostępu do usług medycznych spośród wszystkich krajów w Europie.

Rodzi się pytanie: Dlaczego Albania może oferować usługi ochrony zdrowia przy praktycznie zerowym czasie oczekiwania pacjentów na wizytę, a tak bogate kraje jak Szwecja i Norwegia nie?

#### 1.1.11. ESTONIA

Licząca 1,5 miliona mieszkańców Estonia utrzymuje 18. miejsce zdobyte w 2009 roku, zgromadziwszy 653 punkty. Wygląda na to, że Estonii udało się kompetentnie poradzić sobie z dość znacznym wpływem kryzysu finansowego i kraj ten powraca na szczyt rankingu EHCI w wersji skorygowanej o wskaźnik siły nabywczej (BFB), tj. zapewnia najlepszą opiekę zdrowotną w Europie pod względem wskaźnika jakości do ceny.

#### 1.1.12. CHORWACJA

Awans z 23. na 17. miejsce z 655 punktami. Chorwacja uzyskuje aż 200 punktów w podkategorii „Wyniki leczenia”, czyli ma wynik taki sam jak Niemcy i lepszy od Austrii oraz wszystkich innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej, z wyjątkiem Słowenii.

### 1.1.13. CZECHY I SŁOWACJA

Czechy zawsze osiągały najlepsze wyniki spośród krajów Europy Środkowej i Wschodniej, a w 2012 roku awansowały z 17. na 15. pozycję, czyli uplasowały się bezpośrednio za Niemcami. Jednak najbardziej spektakularny awans w EHCI 2012 odnotowała Słowacja, która z miejsca 28. awansowała na 16., bezpośrednio za swoim sąsiadem. Jedną z nowych cech słowackiej opieki zdrowotnej jest system umożliwiający otwarte porównywanie szpitali, czyli element, który w 2009 roku istniał jedynie w trzech krajach i wciąż występuje dość rzadko.

### 1.1.14. PORTUGALIA

Miejsce 25., 589 punktów. Wygląda na to, że Portugalia jest jednym z niewielu krajów (wraz z Hiszpanią), w których kryzys finansowy ma istotny wpływ na system opieki zdrowotnej.

## 1.2. BBB; MODEL BISMARCKA NIEZMIENNIE GÓRUJE NAD MODELEM BEVERIDGE'Ą

Przykład Holandii wydaje się gwoździem do trumny systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu Beveridge'a, a wniosek jest jednoznaczny: należy wyeliminować polityków i innych amatorów z procesu podejmowania decyzji operacyjnych w dziedzinie, która być może jest najbardziej skomplikowaną branżą na świecie: ochronie zdrowia!

### 1.2.1. JAKIE SĄ CECHY CHARAKTERYSTYCZNE OBU SYSTEMÓW?

Wszystkie państwowe systemy opieki zdrowotnej mają wspólny problem: z jakiego rozwiązania technicznego należy skorzystać żeby skierować zwykle 7–10 proc. dochodu narodowego do sektora usług zdrowotnych?

Systemy opieki zdrowotnej bazujące na modelu **Bismarcka** są oparte na ubezpieczeniach społecznych zakładających istnienie wielu organizacji ubezpieczeniowych, kas chorych etc., które są *organizacyjnie niezależne* od świadczeniodawców usług medycznych.

Systemy bazujące na modelu **Beveridge'a** są oparte na założeniu, że finansowanie i proces świadczenia usług medycznych odbywają się w jednym systemie organizacyjnym, tj. w organach finansujących i u świadczeniodawców całkowicie lub częściowo wchodzących w skład jednej organizacji, jak na przykład brytyjski National Health Service (NHS) czy okręgi administracyjne krajów skandynawskich.

Od ponad pięciu dekad, tj. od momentu stworzenia Brytyjskiego Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej – największego w Europie systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu Beveridge'a – toczy się burzliwa debata nad zaletami obu modeli.

Już podczas tworzenia rankingu EHCI 2005, pierwszej takiej próby obejmującej 12 krajów, zaobserwowano, że „generalnie rzecz biorąc, kraje o długiej tradycji pluralizmu w kwestii finansowania i świadczenia

usług medycznych, tj. oferujące konsumentowi możliwość wyboru pomiędzy różnymi ubezpieczycielami, którzy z kolei nie dzielą świadczeniodawców na prywatnych kierujących się zyskiem, non profit lub państwowych, wykazują wspólne cechy nie tylko w przypadku list oczekujących...”.

Patrząc na wyniki rankingów ECHI z lat 2006–2009, trudno nie zauważyć, że kraje zajmujące czołowe lokaty wykorzystują systemy opieki zdrowotnej oparte na modelu Bismarcka, a pomiędzy nie wcisnęły się kraje skandynawskie mające systemy wzorowane na modelu Beveridge’a, co ułatwia im stosunkowo niewielka liczba mieszkańców. Wydaje się, że duże systemy opieki zdrowotnej opierające się na modelu Beveridge’a mają trudności z zapewnieniem pacjentowi naprawdę wysokiego poziomu usług. Największe kraje wykorzystujące system opieki zdrowotnej oparty na modelu Beveridge’a – Wielka Brytania i Włochy – trzymają się blisko siebie w środkowej części Indeksu. Istnieją co najmniej dwa wyjaśnienia tej sytuacji:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga znacznych umiejętności menedżerskich, które zwykle są sownie wynagradzane. Organizacja taka jak angielski NHS, zatrudniająca prawie 1,5 miliona pracowników, którzy kierują się swoimi własnymi planami działania, nieułatwiającyymi pracy zarządowi i niekoniecznie pokrywającymi się z planami administracji/kierownictwa, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Wątpliwe jest, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i korzyści pozwalające pozyskać takich menedżerów.
2. W organizacjach opartych na modelu Beveridge’a, odpowiedzialnych zarówno za finansowanie, jak i świadczenie opieki zdrowotnej, istnieje ryzyko, że politycy i inni decydenci, pierwotnie lojalni wobec konsumenta/pacjenta, mogą się skupić na dobru **organizacji**, którą z uzasadnionym poczuciem dumy budowali od dziesięcioleci (lub na przykład starać się, by tworzyła ona miejsca pracy w ich rodzinnych miastach).

## 2. WPROWADZENIE

Health Consumer Powerhouse (HCP) stał się ośrodkiem wizji i działania promującego w Europie model opieki zdrowotnej powiązany z konsumentem. „W przyszłości konsumenci świadczeń zdrowotnych nie zaakceptują żadnych tradycyjnych granic”, napisano w raporcie opublikowanym w ubiegłym roku, wydaje się jednak, że stwierdzenie to już się urzeczywistnia. Dyrektywa UE z 2011 roku dotycząca praw pacjenta do transgranicznej opieki zdrowotnej jest doskonałym przykładem tego trendu. Aby stać się znaczącym aktywnym uczestnikiem systemu opieki zdrowotnej, tworzącym oddolnie konieczną presję na reformy, konsument musi zdobyć dostęp do wiedzy umożliwiającej porównywanie polityki zdrowotnej, usług i wyników. Europejskie Konsumenckie Indeksy Zdrowia stanowią próbę zapewnienia potrzebnych do tego narzędzi.

## 2.1. PODSTAWOWE INFORMACJE

Od 2004 roku HCP wydaje liczne publikacje porównawcze na temat opieki zdrowotnej w różnych krajach. Pierwszą z nich był Szwedzki Indeks Zdrowia Konsumentów z 2004 roku ([www.vardkonsumentindex.se](http://www.vardkonsumentindex.se), dostępny także w przekładzie na język angielski). Tworząc ranking 21 rad okręgowych na podstawie 12 podstawowych wskaźników dotyczących prowadzonej polityki, wyboru, poziomu usług i dostępu do informacji, wprowadzono metodę porównawczą stanowiącą element służący ocenie procesu nadawania konsumentowi uprawnień oraz możliwości wyboru. Po dwóch latach inicjatywa ta zainspirowała, lub też sprowokowała, Szwedzkie Stowarzyszenie Władz Lokalnych i Regionów, a także Narodową Radę Zdrowia i Opieki Społecznej, do stworzenia podobnego rankingu, czyniąc tym samym porównania dostępne dla ogółu społeczeństwa kluczowym szwedzkim instrumentem służącym wprowadzaniu zmian.

W przypadku indeksów paneuropejskich stworzonych w latach 2005–2008, celem HCP było w zasadzie zastosowanie tego samego podejścia, tzn. wybranie pewnej liczby wskaźników mówiących, w jakim stopniu narodowe systemy opieki zdrowotnej są „przyjazne dla użytkowników”. Stworzono w ten sposób podstawę do porównywaniu 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 Konsumentcki Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja 2009 została opublikowana w maju 2009 roku
- Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Kardiologicznej opublikowany w 2008 roku porównuje 29 europejskich systemów opieki kardiologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach, obejmujących 28 wskaźników efektywności
- Pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia opublikowana została we wrześniu 2008 roku we współpracy ośrodkiem Frontier Center for Public Policy i oceniała opiekę zdrowotną z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjskie prowincje
- Pierwszy Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Diabetologicznej opublikowany we wrześniu 2008 roku jest pierwszym rankingiem europejskich usług zdrowotnych świadczonych osobom chorym na cukrzycę w pięciu kluczowych obszarach: informacje, prawa i możliwości wyboru, jakie ma pacjent: szczodrość systemu, prewencja, dostęp do procedur i wyniki leczenia
- Tegoroczna edycja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia obejmuje 42 wskaźniki efektywności opieki zdrowotnej w 34 krajach.

Choć jest to wciąż nieco kontrowersyjny punkt widzenia, HCP uważa, że porównywanie jakości w obszarze opieki zdrowotnej przynosi korzyści wszystkim: konsumentom, którzy dysponują lepszą podstawą do dokonywania świadomego wyboru i podejmowania działań; rządowi, władzom i świadczeniodawcom, w przypadku których większe skoncentrowanie się na zadowoleniu konsumenta i wynikach jakościowych przyniesie większe wsparcie dla zmian; mediom, którym ranking oferuje jednoznaczne fakty przydatne w dziennikarstwie konsumentckim. Porównania pokazują nie tylko wady i braki systemu, ale też możliwości poprawy sytuacji. Mając to na względzie, ranking EHCI stworzono tak, by stał się ważnym punktem odniesienia wspierającym interaktywną ocenę i chęć poprawy.



Słyszeliśmy, że jeden z ministrów zdrowia na widok wstępnych wyników rankingu dla swojego kraju stwierdził: „Dobrze mieć kogoś, kto ci wciąż powtarza, że mogło być lepiej”.

## 2.2. SKŁADOWE INDEKSU

Celem niniejszego indeksu było wybranie ograniczonej liczby wskaźników odnoszących się do określonej liczby obszarów oceny, których połączenie może stanowić wymowny obraz sposobu świadczenia usług w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej.

## 2.3. O AUTORZE

Pracami nad indeksem EHCI 2012 kierował dr **Arne Björnberg**, który wcześniej był dyrektorem ds. badań w szwedzkim przemyśle. Jego doświadczenie obejmuje także pełnienie funkcji prezesa zarządu Szwedzkiej Narodowej Korporacji Farmaceutycznej („Apoteket AB”), dyrektora ds. rozwiązań w dziedzinie opieki zdrowotnej i rozwiązań sieciowych w IBM na terenie Europy, Bliskiego Wschodu i Afryki, oraz prezesa zarządu Szpitala Uniwersyteckiego Szwecji Północnej („Norrlands Universitetssjukhus” w Umeå).

Dr Björnberg był także kierownikiem projektu indeksów EHCI 2005–2009, Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia oceniającego Opiekę Kardiologiczną z 2008 roku oraz wielu innych projektów związanych z Indekssem EHCI.

## 3. KRAJE UJĘTE W RAPORCIE

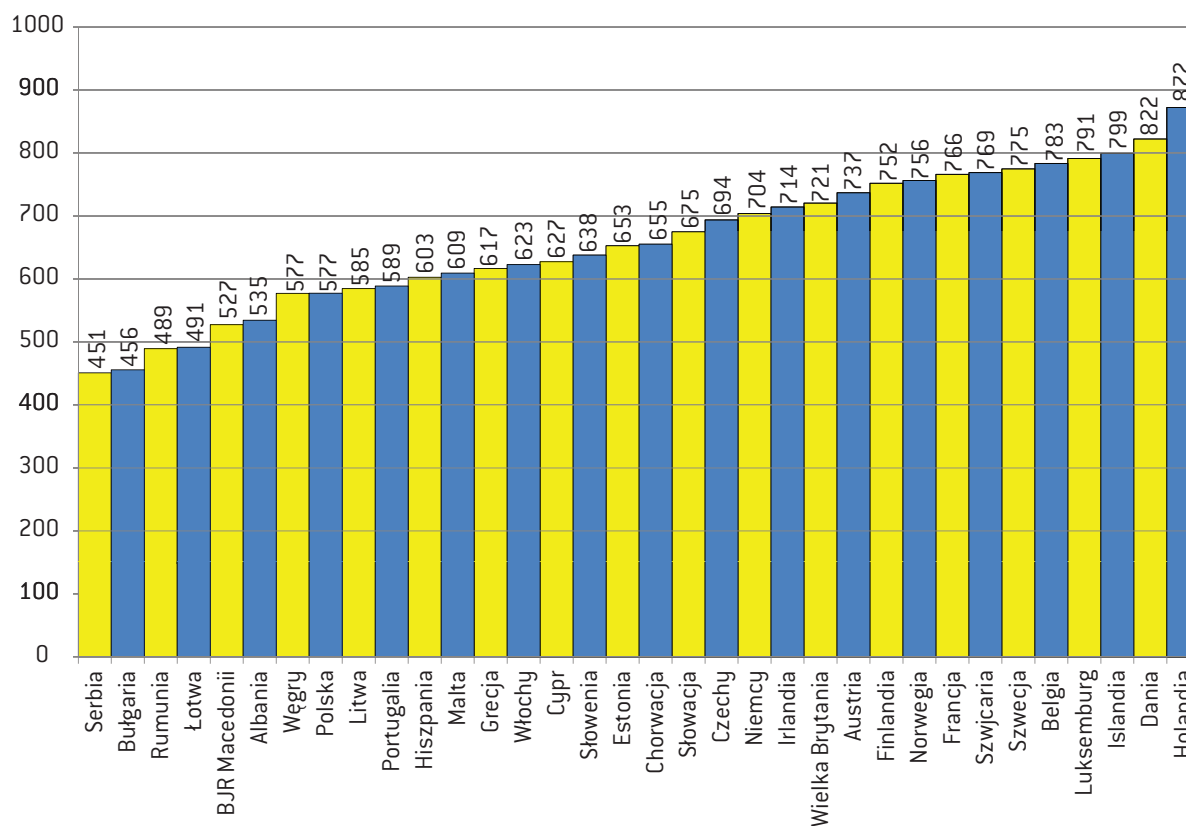
W 2005 roku ranking EHCI obejmował jedynie tuzin krajów oraz 20 wskaźników. Tegoroczny indeks obejmuje już wszystkie 27 krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz Norwegię i Szwajcarię, a także kraje kandydujące: Chorwację i Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Albanie, Islandię i po raz pierwszy Serbię.





## 4.1 PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Wykres 3. Wyniki EHCI 2012



Źródło: opracowanie własne.

Stworzony po raz szósty indeks porównawczy narodowych systemów opieki zdrowotnej potwierdził, że istnieje grupa krajów członkowskich UE, które z perspektywy klienta/konsumenta dysponują dobrymi systemami opieki zdrowotnej.

Punktacja została celowo sporządzona w sposób praktycznie wykluczający prawdopodobieństwo zajęcia tego samego miejsca przez dwa kraje. Dlatego nie należy zbytnio zagłębiać się w szczegółowe analizy dotyczące powodów, dla których pewien kraj zajął miejsce 13. a inny 16. Bardzo subtelne zmiany w wynikach punktowych dla pojedynczych podkategorii mogą zmienić kolejność miejsc zajętych przez poszczególne kraje, zwłaszcza w środkowej części listy rankingowej.

Całkowity wynik punktowy uzyskany przez systemy opieki zdrowotnej w rankingu EHCI 2012 jeszcze wyraźniej ukazuje miażdżące zwycięstwo Holandii, która zdobyła 872 punkty na 1000 możliwych, wyprzedzając Danię z 822 punktami, Islandię z 799 punktami i Luksemburg z 791 punktami.

Osiągnięte wyniki nie są tylko efektem zmian w zakresie wskaźników, których w rankingu EHCI 2012 jest 42, czyli o 4 więcej niż w roku poprzednim, i/lub zmian podkategorii. Holandia jest jedynym krajem, który nieprzerwanie od 2005 roku plasuje się w pierwszej trójce krajów ujętych w Europejskim Konsumentckim Indeksie Zdrowia publikowanym przez Health Consumer Powerhouse. Chociaż Holandia odniosła zwycięstwo tylko w jednej podkategorii rankingu EHCI 2012 „Zakres i zasięg świadczonych usług” (która we wcześniejszych edycjach nazywała się „Szczodrość systemu”), zdobywając 163 punkty ze 173 możliwych,

wydaje się, że holenderski system opieki zdrowotnej nie ma żadnych naprawdę słabych punktów w innych podkategoriach. Za jedyny wyjątek można uznać możliwość poprawy czasu oczekiwania pacjentów, podkategorii, w której znakomite wyniki osiągają niektóre kraje Europy Środkowej.

Zazwyczaj HCP podkreśla, że ranking EHCI ogranicza się do oceny „życzliwości w stosunku do konsumenta” systemów opieki zdrowotnej, tzn. nie twierdzi, że ocenia, które państwo europejskie dysponuje *najlepszym* systemem opieki zdrowotnej. Jednakże fakt, że bardzo trudno jest stworzyć Indeks HCP, który nie dawałby Holandii miejsca na podium, rodzi dużą pokusę sformułowania twierdzenia, że zdecydowany zwycięzca rankingu EHCI 2012 dysponuje najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie. Bardziej uważne przyjrzenie się postępowi, jakiego dokonała Holandia, powinno czytelnikowi pozwolić wiele się na tej podstawie nauczyć.

Dania dużo zyskała na wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie”. Z analizy wzdłużnej przedstawionej w rozdziale 6 wynika jednak, że od włączenia jej po raz pierwszy do rankingu EHCI w 2006 roku Dania stale zwiększa swój wynik punktowy. Wydaje się, że pełne poświęcenia wysiłki duńskich polityków i agencji państwowych zmierzające do podniesienia standardu systemu opieki zdrowotnej przynoszą oczekiwane rezultaty. Znajduje to potwierdzenie w uzyskaniu przez Danię najlepszego wyniku punktowego w Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Diabetologicznej z 2008 roku.

Trzecie miejsce zajęła Islandia z wynikiem 799 punktów.

Na wyniku punktowym uzyskanym przez Szwecję za technicznie doskonałe usługi opieki zdrowotnej jak zawsze negatywnie odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością usług zdrowotnych/ czasem oczekiwania pacjentów, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Gwarancja Dostępu do Usług Zdrowotnych). Niemniej jednak Szwecja plasuje się na dobrym 6. miejscu z 775 punktami.

W Europie Południowej Hiszpania i Włochy w wielu miejscach oferują formalnie doskonałe usługi zdrowotne. Wydaje się jednak, że poziom opieki zdrowotnej krajów południowoeuropejskich jest zbyt uzależniony od finansowych możliwości konsumentów, którzy muszą wydawać własne środki na prywatną ochronę zdrowia, będącą uzupełnieniem usług zdrowotnych oferowanych przez państwo.

Wyniki osiągnięte przez systemy opieki zdrowotnej niektórych państw członkowskich UE z Europy Wschodniej, szczególnie Czech i Słowacji, są zadziwiająco dobre, biorąc pod uwagę ich dużo niższe wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca, wyrażone w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Przekształcenie gospodarki planowej w rynkową wymaga jednak czasu.

Odnotowujemy poprawę w kwestiach związanych z prawami pacjenta i konsumenta. W coraz liczniejszych krajach europejskich istnieją uregulowania prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które opierają się na prawach pacjenta, a dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej staje się standardem. Przez lata katalogami szpitali/klinik z rankingiem jakości świadczonych przez nie usług dysponowały zaledwie dwa, trzy kraje; w roku 2012 liczba ta wzrosła do sześciu. Miejmy nadzieję, że jest to oznaka, iż coś się dzieje w tej dziedzinie. Turystyka medyczna, którą ułatwia nowa dyrektywa w sprawie mobilności pacjentów, może zwiększyć zapotrzebowanie na przejrzystość w zakresie wyników uzyskiwanych przez placówki medyczne.

Ogólnie rzecz biorąc, europejskie systemy opieki zdrowotnej odnotowują ciągłą poprawę, ale statystyki dotyczące wyników leczenia są w wielu krajach wciąż szokująco słabe. Dotyczy to zwłaszcza najczęstszej przyczyny zgonów: chorób sercowo-naczyniowych, w przypadkach których dane dotyczące podstawowego parametru, 30-dniowego okresu ryzyka zgonu z powodu nawrotu choroby u pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, musiały być zestawiane z kilku różnych źródeł.

Gdyby urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną oraz politycy zaczęli się przyglądać temu, co się dzieje w sąsiednich krajach, i „wykradać” zagranicznym kolegom pomysły na usprawnienie ochrony zdrowia, istniałoby duże prawdopodobieństwo zbliżenia się ich krajowych systemów opieki zdrowotnej do maksymalnego wyniku 1000 punktów. Oto jeden z najbardziej jaskrawych przykładów: gdyby Szwecja mogła osiągnąć wskaźnik listy oczekujących taki jak Austria, już samo to pozwoliłoby jej konkurować z Holandią, z 875 punktami!

Dalsze omówienie wyników uzyskanych przez kraje ujęte w rankingu oraz zaobserwowanych zmian znajda Państwo w rozdziale 6: Ważne trendy na przestrzeni sześciu lat.

#### 4.1.1. WYNIKI UZYSKANE PRZEZ KRAJE UJĘTE W RANKINGU

Żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników w całym zakresie wskaźników indeksu EHCI. Wyniki uzyskane przez poszczególne kraje wydają się bardziej odzwierciedlać „narodową i organizacyjną kulturę i postawę” niż wielkość środków wydawanych na opiekę zdrowotną. Cechy kulturowe są według wszelkiego prawdopodobieństwa głęboko zakorzenione historycznie. Wyprowadzenie dużej korporacji na prostą zajmuje kilka lat – wyprowadzenie kraju może zająć całe dziesięciolecie!

#### 4.1.2. WYNIKI UZYSKANE W „PIĘCIOBOJU”

Ranking EHCI 2012 składa się z pięciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników we wszystkich aspektach służących ocenie systemu opieki zdrowotnej, interesujące może się okazać zbadanie wyników uzyskanych przez 34 kraje w każdej z pięciu części tego „pięcioboju”. Wyniki uzyskane w każdej podkategorii podsumowano w poniższej tabeli:

	1. Prawa pacjenta i informacje	2. Dostępność	3. Wyniki leczenia	4. Zapobieganie/ zakres i zasięg świadczonych usług	5. Środki farmaceutyczne	Wynik łączny	Ranking
Albania	102	217	113	70	33	535	29
Austria	141	217	188	111	81	737	11
Belgia	117	233	213	140	81	783	5
Bułgaria	88	133	138	64	33	456	33
Chorwacja	146	133	200	128	48	655	17
Cypr	112	183	188	88	57	627	20
Czechy	107	183	225	117	62	694	15
Dania	175	167	250	140	90	822	2
Estonia	141	167	175	123	48	653	18
Finlandia	131	133	150	152	86	752	10

	1. Prawa pacjenta i informacji	2. Dostępność	3. Wyniki leczenia	4. Zapobieganie/ zakres i zasięg świadczonych usług	5. Środki farmaceutyczne	Wynik łączny	Ranting
Francja	136	167	238	140	86	766	8
BJR Macedonii	112	183	113	82	38	527	30
Niemcy	117	200	200	111	76	704	14
Grecja	88	200	175	88	67	617	22
Węgry	122	167	138	99	52	577	28
Islandia	146	183	263	146	62	799	3
Irlandia	107	150	238	134	86	714	13
Włochy	131	133	213	93	52	623	21
Łotwa	107	117	138	88	43	491	31
Litwa	131	183	138	99	33	585	26
Luksemburg	112	233	250	134	62	791	4
Malta	88	183	163	128	48	609	26
Holandia	170	200	263	163	76	872	1
Norwegia	160	83	300	146	67	756	9
Polska	126	117	188	99	48	577	27
Portugalia	126	117	163	117	67	589	25
Rumunia	88	167	100	88	48	489	32
Serbia	102	117	113	82	38	451	34
Słowacja	122	200	188	99	67	675	16
Słowenia	112	133	213	99	81	638	19
Hiszpania	102	100	213	117	71	603	24
Szwecja	141	100	300	158	76	775	6
Szwajcaria	126	233	213	111	86	769	7
Wielka Brytania	160	133	200	146	81	721	12

Jak wskazują wyniki zamieszczone w tabeli, najwyższe miejsce, zajęte przez holenderski system opieki zdrowotnej, jest w dużej mierze wynikiem równej wydajności systemu we wszystkich podkategorjach, bardzo dobrej jakości świadczeń medycznych oraz najwyższych wyników uzyskanych w podkategorji „Zakres i zasięg usług medycznych”.

Dania, druga, wciąż uzyskuje najlepsze wyniki w podkategorji „Prawa pacjenta i informacja”. Norwegia dołączyła do Szwecji i otrzymała „zielone” oceny we wszystkich punktach podkategorji „Wyniki leczenia”. Szwedzki system opieki zdrowotnej walczyłby o najwyższe miejsce, gdyby nie sytuacja w dziedzinie dostępu do usług medycznych, która, uwzględniając standardy belgijskie lub szwajcarskie, jest fatalna.

Podkategoria	Najlepszy kraj/ najlepsze kraje	Wynik	Wynik maksymalny
1. Prawa pacjenta i informacja	Dania	175!	175
2. Czas oczekiwania na leczenie	Belgia, Luksemburg, Szwajcaria	233	250
3. Wyniki leczenia	Norwegia, Szwecja	300!	300
4. Zakres i zasięg usług	Holandia	163	175
5. Środki farmaceutyczne	Dania	90	100

## 4.2. CZY KRYZYS FINANSOWY MA WPŁYW NA OCHRONĘ ZDROWIA W EUROPIE?

To jedno z pytań, które decydenci zajmujący się ochroną zdrowia najczęściej zadają pracownikom HCP podczas spotkań. Kwestii tej poświęcono szczególną uwagę podczas prac nad EHCI 2012.

EHCI 2012 zawiera więcej wskaźników w podkategoriach: „Wyniki leczenia”, „Zakres i zasięg usług zdrowotnych” i „Środki farmaceutyczne”. Im więcej wskaźników, tym trudniej poszczególnym krajom uzyskać bardzo wysokie wyniki – gdyby liczba wskaźników radykalnie wzrosła, kraje miałyby tendencje do migrowania w kierunku „środka ciężkości”, czyli 667 punktów. W związku z tym trudno jest korzystać ze średniego wyniku, żeby dostrzec zmiany w czasie.

Wydaje się, że kiedy wyniki są analizowane na poziomie konkretnego wskaźnika, można dostrzec pewne tendencje.

### 4.2.1. BRAK DOSTRZEGALNEGO POGORSZENIA JAKOŚCI LECZENIA

Wskaźniki opisujące wyniki leczenia nie potwierdzają jakiegokolwiek ich pogorszenia w analizowanym okresie. Jest to prawdopodobnie pozytywny skutek tego, że lekarzami trudno się zarządza – często nie słuchają oni uważnie sygnałów płynących od menedżerów i polityków. Odnosiłoby się to szczególnie do świadczenia usług medycznych niskiej jakości, gdyż narażałoby lekarzy na krytykę ze strony kolegów, co w większości przypadków jest czynnikiem, który motywuje bardziej niż sygnały ze strony kierownictwa lub budżetu.

### 4.2.2. NIEZNACZNE WYDŁUŻENIE SIĘ CZASU OCZEKIWANIA NA OPERACJE PLANOWE

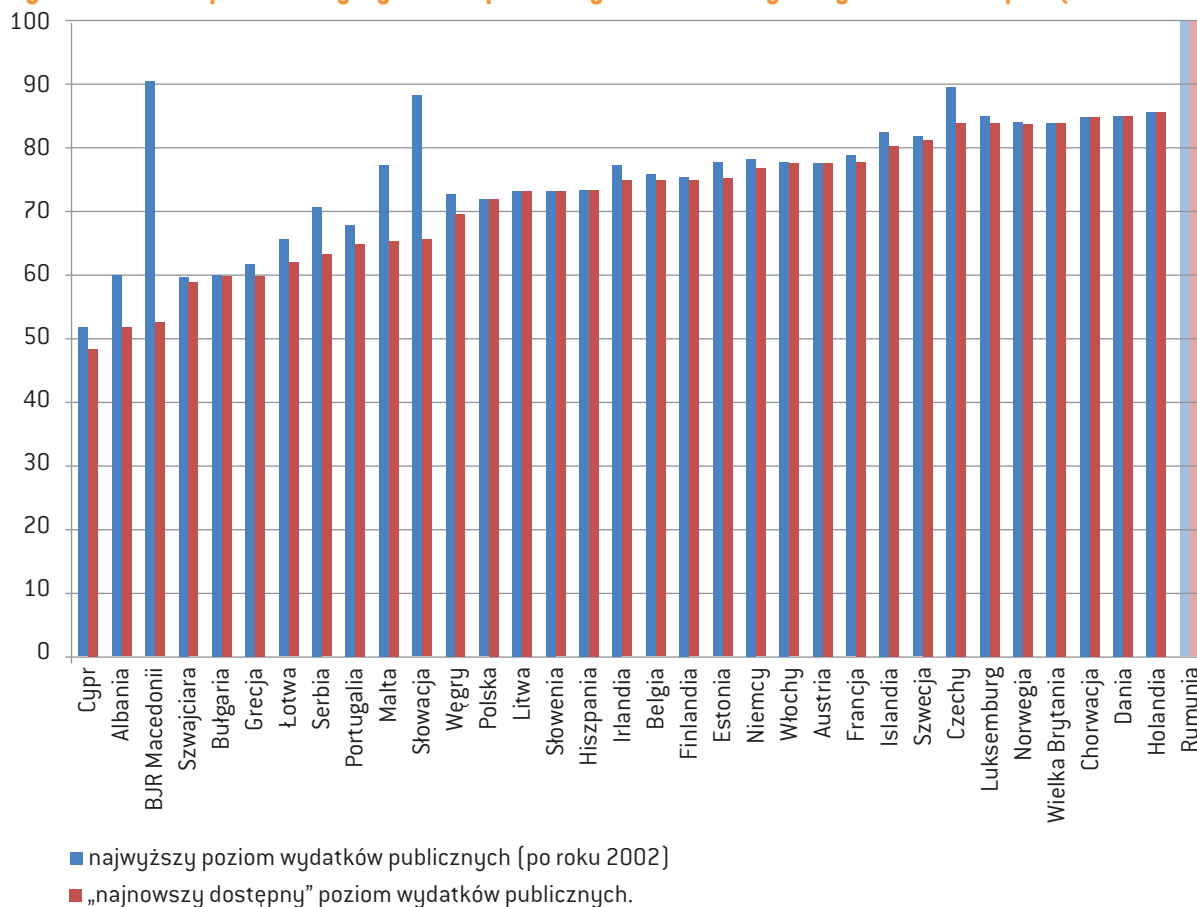
Jak pokazuje wskaźnik 2.3 (dział 9.12.2), w kilku krajach odnotowano nieznaczne wydłużenie się czasu oczekiwania na (drogie) operacje planowe. Pozostałe wskaźniki dotyczące czasu oczekiwania nie wskazują na żadne istotne zmiany w podkategorii „Dostępność”.

### 4.2.3. WZROST UDZIAŁU WYDATKÓW PRYWATNYCH W OGÓLNYCH KOSZTACH OCHRONY ZDROWIA?

Jeżeli dane dotyczące tego parametru zawarte w bazie danych WHO można uznać za wystarczająco dokładne, to zauważalny jest nieznaczny wzrost wydatków prywatnych wyrażonych jako część łącznych wydatków na ochronę zdrowia. Tendencja ta jest najbardziej widoczna w mniej zamożnych krajach Europy Środkowej i Wschodniej oraz w krajach uznawanych za ofiary kryzysu finansowego (patrz wykres poniżej).



**Wykres 4: Udział procentowy wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną**



Wydaje się, że w Europie Środkowo-Wschodniej i krajach kojarzonych z kryzysem finansowym (Portugalia, Grecja, Irlandia, Islandia) doszło do nieznacznego spadku wydatków publicznych. Spadek taki jest niewidoczny lub prawie niezauważalny w bardziej zamożnych i gospodarczo stabilnych krajach europejskich. Wartość 100 proc. podawana przez Rumunię nie jest wiarygodna.

Źródło: opracowanie własne.

## 5. WYNIKI SKORYGOWANE O WSKAŹNIK SIŁY NABYWOCZEJ

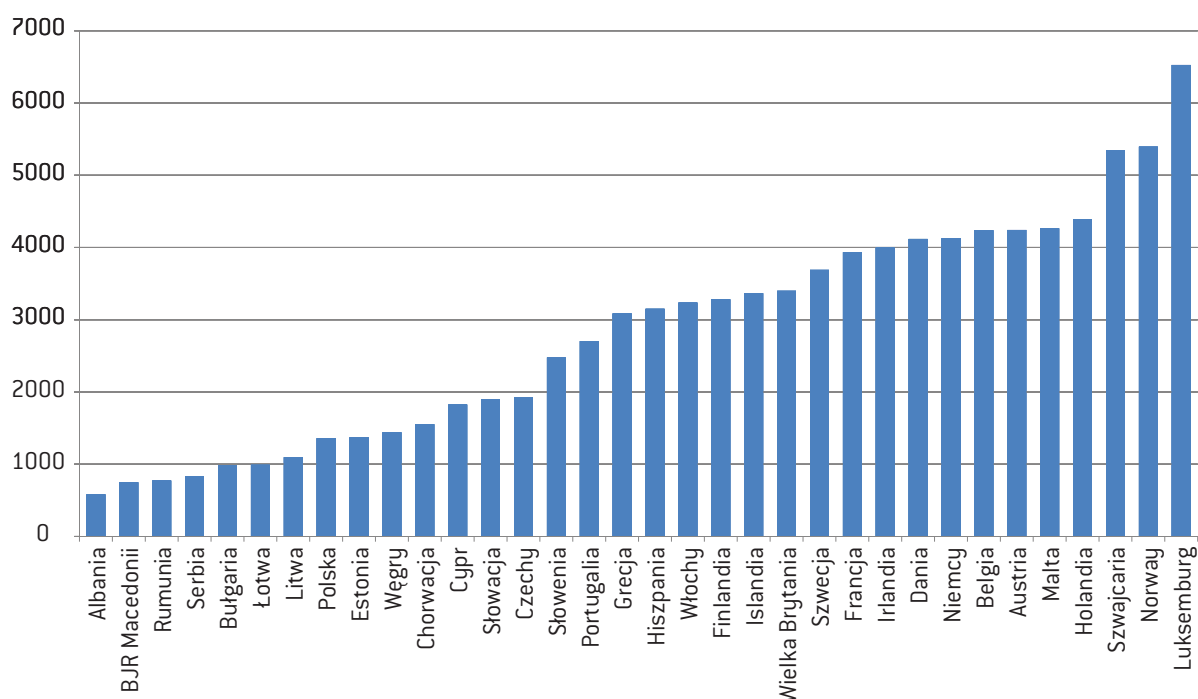
Projekt EHCI obejmuje 27 krajów członkowskich UE i 7 innych krajów europejskich, więc jest oczywiste, że Indeks to próba porównania krajów dysponujących bardzo różnymi zasobami finansowymi. Roczne wydatki na ochronę zdrowia wyrażone w dolarach amerykańskich przy uwzględnieniu parytetu siły nabywczej (ang. PPP – Purchasing Power Parity) wahają się między 400 w Albanii, a ponad 4000 w Norwegii, Szwajcarii i Luksemburgu. W przypadku krajów Europy Zachodniej (poza Wielką Brytanią) i krajów skandynawskich zazwyczaj mieszczą się one w przedziale od 2700 do 3700. W rankingu EHCI 2009 uwzględniono także wskaźnik stosunku wartości do ceny (BFB – Bang-for-the-Buck).

## 5.1. METODOLOGIA DOSTOSOWYWANIA WYNIKÓW DO WSKAŹNIKA BFB

Sposób przeprowadzenia takiego dostosowania nie jest rzeczą oczywistą. Jeśli uzyskane wyniki skorygujemy w relacji do wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca, uzyskany efekt doprowadzi do awansu wszystkich mniej zamożnych krajów na szczyt arkusza punktacji. To jednak byłoby zdecydowanie niesprawiedliwe w stosunku do krajów finansowo silniejszych. Nawet jeśli wydatki na ochronę zdrowia są dostosowane do parytetu siły nabywczej, jest rzeczą oczywistą, że parytet siły nabywczej wyrażony w dolarach umożliwia zakup większej ilości usług zdrowotnych w krajach członkowskich, w których miesięczne wynagrodzenie pielęgniarki wynosi 200 € niż w krajach, w których przekracza 3500 €. Z tego powodu wyniki dostosowane do parytetu siły nabywczej obliczono w następujący sposób:

Wielkości wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wyrażone w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej zaczerpnięto z bazy danych WHO Health for All (styczeń 2012; najnowsze dostępne wielkości liczbowe, najczęściej pochodzące z 2009 roku). Przedstawiono je na poniższym wykresie.

**Wykres 5: Wydatki na opiekę zdrowotną per capita, PPP\$**



Źródło: WHO Health for All, styczeń 2012 r.

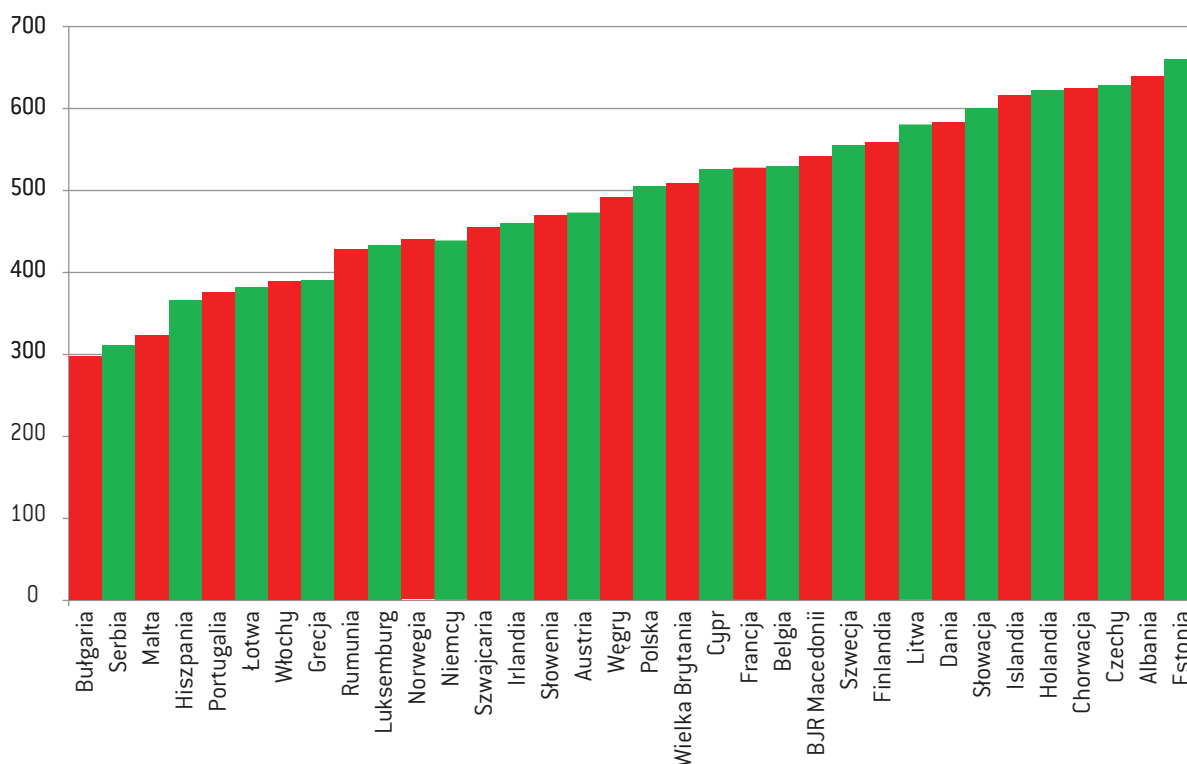
Dla każdego kraju obliczono pierwiastek kwadratowy tej liczby. Powodem tego jest fakt, że usługi zdrowotne dostarczane na poziomie krajowym są tańsze mniej więcej proporcjonalnie do wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Podstawowe wyniki rankingu EHCI podzielono przez uzyskany w ten sposób pierwiastek kwadratowy. Dla tego działania podstawowe możliwe do zdobycia wartości punktowe 3, 2 i 1 zastąpiono wartościami 2, 1 i 0. W podstawowym rankingu EHCI minimalnym wynikiem możliwym do zdobycia są 333 punkty, a maksymalnym 1000 punktów. Wartości punktowe 2, 1 i 0 nie zmieniają (lub zmieniają jedynie nieznacznie) względnych miejsc zajmowanych przez 34 kraje, ale są niezbędne przy dostosowywaniu wyników do wskaźnika stosunku wartości do ceny – w przeciwnym razie 333 „wolne” punkty w dolnej części skali punktowej spowodowałyby błyskawiczny awans krajów mniej zamożnych na czoło listy.

Uzyskany w ten sposób wynik punktowy został pomnożony przez średnie arytmetyczne wszystkich 34 pierwiastków kwadratowych (co spowodowało unormowanie wyników do tego samego zakresu wartości liczbowych jak w pierwotnie uzyskanych wynikach).

## 5.2. WYNIKI UJĘTE W TABELI PUNKTACJI BFB

Wynik działania dostosowującego uzyskane wyniki do wskaźnika BFB przedstawiony został na poniższym wykresie. Nawet pomimo zastosowania procedury pierwiastka kwadratowego, opisanej w poprzednim dziale, wiele mniej zamożnych krajów odnotowało znaczący awans w tabeli wyników.

**Wykres 6: Wyniki EHCI 2012 skorygowane o wskaźnik Bang-for-the-Buck**



Źródło: opracowanie własne.

Oczywiście wyniki dla wskaźnika BFB należy traktować po trosze jako ćwiczenie akademickie. Omawiana metoda dostosowania do pierwiastka kwadratowego wyników związanych z wydatkami na ochronę zdrowia z całą pewnością nie ma podstaw naukowych. Metoda BFB nie jest wystarczająco reprezentatywna, żeby mieć zastosowanie w przypadku krajów o bardzo niskich nakładach finansowych na ochronę zdrowia, takich jak Albania czy Macedonia, zwłaszcza gdy oficjalnie deklarowane nakłady na ochronę zdrowia w Albanii są bardzo skromne. Po ukończeniu prac badawczych wydaje się jednak, że niepodzielny zwycięzca w przypadku wyników uzyskanych dla wskaźnika BFB w rankingach 2007 i 2008 – Estonia, wciąż radzi sobie bardzo dobrze w ramach posiadanych przez ten kraj możliwości finansowych. Być może zimny prysznic, jakiego estoński system opieki zdrowotnej musiał doświadczyć po kryzysie finansowym, przyczynił się do wzmocnienia elementów sprzyjających oszczędnościom w tym systemie. Do pewnego stopnia to samo można powiedzieć o Węgrzech i Chorwacji.

Dobre miejsce uzyskane przez Czechy i Chorwację w arkuszu wyników BFB nie jest prawdopodobnie jedynie wymysłem. Wydaje się, że system opieki zdrowotnej w Czechach cechuje pewna doza fundamentalnej stabilności i jest on w znacznym stopniu wolny od korupcji, co się stosunkowo rzadko zdarza w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Chorwacja posiada w swoim systemie opieki zdrowotnej oazy doskonałości i być może stanie się popularnym krajem turystyki zdrowotnej. Niewiele jest krajów, w których koszt przeprowadzanej na najwyższym poziomie operacji wymiany stawu biodrowego wynosi 3000 €.

Dla autorów niniejszego rankingu rzeczą ciekawą było przekonanie się, które kraje znajdują się na szczycie listy wyników BFB, a które osiągają dość dobre wyniki w rankingu opartym na pierwotnej punktacji. Przykładami takich krajów są głównie Holandia, Islandia oraz Dania. Wielka Brytania zajmuje mniej znaczące miejsce w ćwiczeniu BFB niż w latach ubiegłych.

Oficjalne wydatki na ochronę zdrowia w Hiszpanii, Portugalii i na Malcie zbliżają się do poziomu odnotowywanego w innych częściach Europy Zachodniej. To sprawia, że ich skromna pozycja w wynikach BFB jest raczej nieunikniona, jeśli uwzględnimy ich słabe wyniki podstawowe w EHCI 2012.

## 6. TRENDY NA PRZESTRZENI SZEŚCIU LAT

Ranking EHCI 2005 był pierwszą próbą analizy systemów opieki zdrowotnej uwzględniającą jedynie 12 krajów i 20 wskaźników, i z tego powodu nie został ujęty w analizie wzdłużnej.

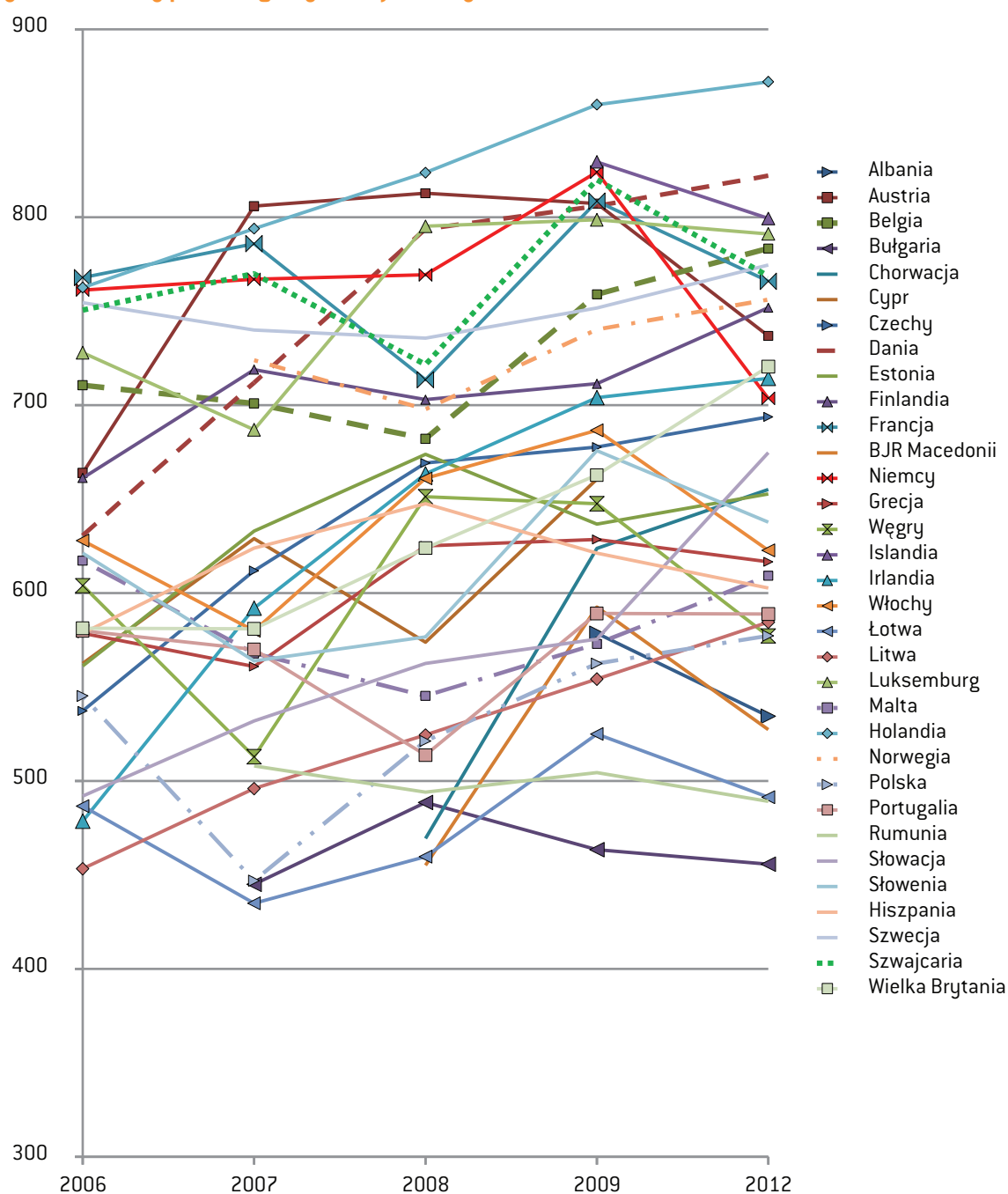
### 6.1. ZMIANY WYNIKÓW W LATACH 2006–2012

Z punktu widzenia konsumenta korzystającego z usług zdrowotnych sytuacja ogólna poprawia się w większości krajów, jednak, zwłaszcza po wprowadzeniu dziewięciu nowych wskaźników w Indeksie 2012, tylko niektóre kraje wyszły obroną ręką z dodatkowych testów ich systemów opieki zdrowotnej, a wyniki niektórych uległy pogorszeniu.

Poradziły sobie Holandia, Belgia, Finlandia i Litwa, natomiast gorsze wyniki uzyskały Austria, Niemcy, Włochy i Hiszpania.

Naturalnie im większa liczba wskaźników i im są one bardziej zróżnicowane, tym trudniej uzyskać dobry wynik. Interesujące jest to, że systemy opieki zdrowotnej niektórych krajów cechuje „solidność”, która pozwala im taki wynik uzyskać. Jednym z przykładów jest Dania, która szybko awansowała na drugie miejsce w podstawowym rankingu po tym jak wprowadzono do niego podkategorię „e-Zdrowie”. W 2012 roku, kiedy podkategoria ta zniknęła, a trzy wskaźniki dotyczące e-Zdrowia ponownie wprowadzono do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”, srebrny medal Danii jest wciąż niezagrożony!

Wykres 7: Trendy poszczególnych krajów w wynikach EHCI w latach 2006–2012



Opis: wyniki uzyskane na przestrzeni sześciu lat – 2006–2012 – zostały znormalizowane tak, aby możliwe było ich obliczenie w ten sam sposób, jak w przypadku rankingu EHCI 2007 (z pięcioma podkategoriami). Oznacza to, że podkategoria „2.1. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej” została przeniesiona do podkategorii „1. Prawa pacjenta i informacje”, natomiast podkategoria „e-Zdrowie” została usunięta. W wynikach rankingów po roku 2007 wprowadzono dodatkowe wskaźniki w podkategoriach „3. Wyniki leczenia” oraz „4. Zakres i zasięg świadczonych usług zdrowotnych” i „5. Środki farmaceutyczne”.

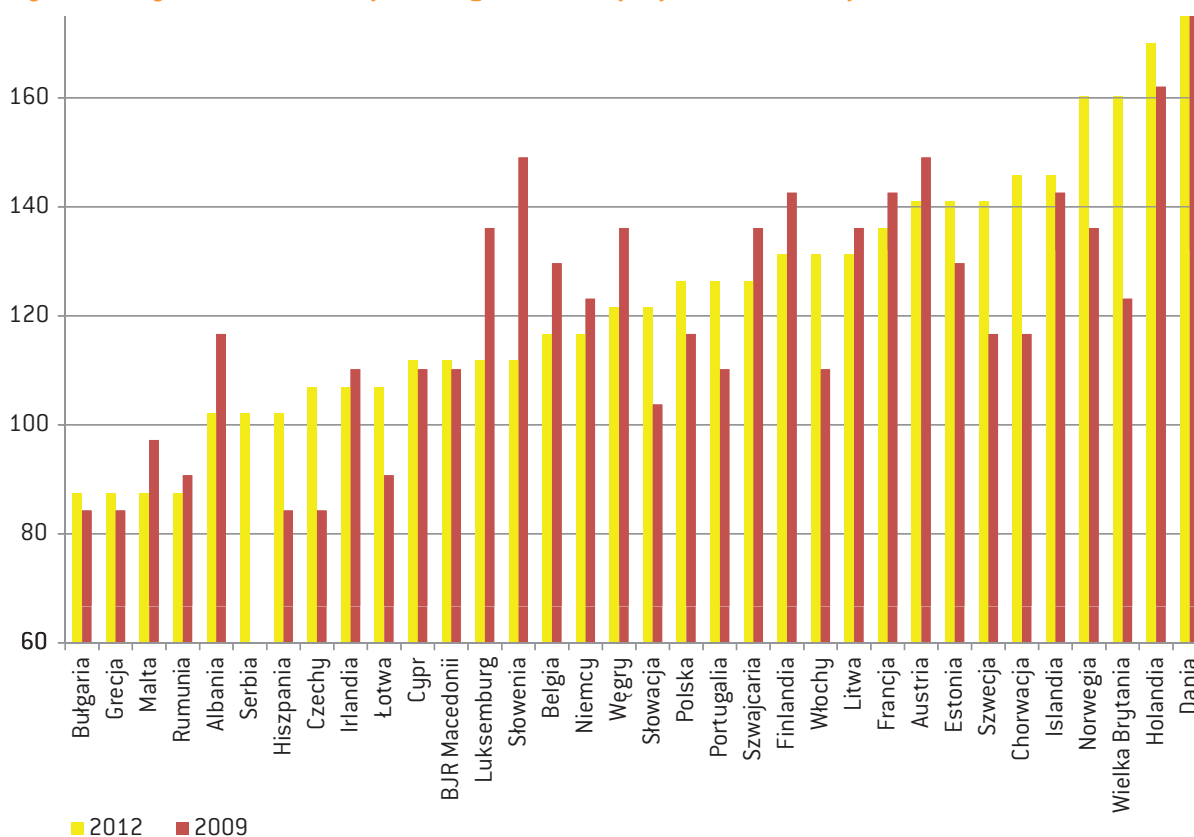
Źródło: opracowanie własne.

### 6.1.1. WYNIKI RANKINGU MAJĄ CHARAKTER WZGLĘDNY – NIŻSZA POZYCJA NIE MUSI OZNACZAĆ, ŻE JAKOŚĆ USŁUG ULEGŁA POGORSZENIU

Fakt, że w przypadku znormalizowanej metody obliczeniowej większość krajów odnotowuje trend wzrostowy, może być odebrany jako oznaka rzeczywistej poprawy w sektorze europejskiej opieki zdrowotnej. To, że niektóre kraje odnotowują trend spadkowy, nie może być interpretowane jako dowód świadczący o tym, że sytuacja systemów opieki zdrowotnej tych krajów pogorszyła się w badanym okresie – oznacza to jedynie, że rozwój tych krajów w omawianym sektorze był słabszy niż średnia UE!

## 6.2. NIWELOWANIE BARIER MIĘDZY PACJENTEM A PRACOWNIKAMI OCHRONY ZDROWIA

Wykres 8: Wyniki EHCI 2012 w podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”



Źródło: opracowanie własne.

Wygląda na to, że gorsze wyniki osiągnięte przez kilka krajów w tym zakresie w roku 2012 w porównaniu z rokiem 2009 spowodowane są głównie ponownym wprowadzeniem e-Zdrowia do tej podkategorii.

Coraz więcej krajów zmienia podstawowy punkt wyjściowy procesu legislacji w zakresie ochrony zdrowia. Pojawił się wyraźny trend w kierunku wyrażania zapisów ustawowych dotyczących ochrony zdrowia w kategoriach praw obywateli/pacjentów zamiast w kategoriach np. obowiązków świadczeniodawców usług zdrowotnych (patrz dział opisujący wskaźnik Prawo dotyczące ochrony zdrowia oparte na prawach pacjenta). Do 2012 roku 25 z 34 krajów wprowadziło uregulowania prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które wyraźnie opierają się na prawach pacjenta.

Kiedy w 2006 roku wprowadzono wskaźnik dotyczący roli organizacji reprezentujących pacjentów w procesie podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną, żaden z krajów nie uzyskał „zielonego” wyniku punktowego. W 2012 roku taki wynik osiągnęło 16 krajów, co jest znaczącą poprawą.

Wciąż jednak wiele można poprawić: jeśli pacjent musi wypełnić dwustronicowy formularz i zapłacić 15 € za uzyskanie dostępu do swojej własnej dokumentacji medycznej, brzmi to bardziej jak kiepski żart niż podejście do praw pacjenta rodem z XXI wieku (podany przykład jest autentyczny).

Co więcej, jedynie garstka krajów UE zintegrowała krajowe zapisy legislacyjne z zasadami ujętymi w Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie<sup>3</sup>, będącej pierwszym międzynarodowym instrumentem w dziedzinie bioetyki przyznającym pacjentowi usystematyzowany zarzys bezpośrednich i łatwych do zastosowania rozwiązań prawnych.

### 6.2.1. NIWELOWANIE RÓŻNIC MIĘDZY WSCHODEM I ZACHODEM

Wydaje się, że w krajach Europy Środkowo-Wschodniej pojawiła się wyraźna fala zmian legislacyjnych skutkujących nadaniem pacjentom większych praw.

Na przykład, w ostatnich latach Słowenia wprowadziła zmiany w zakresie dostępu do lekarzy specjalistów, ubezpieczeń od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej oraz prawa do drugiej opinii, a także odnotowała znaczącą poprawę w obszarze dostępu do informacji (rejestr lekarzy z prawem do wykonywania zawodu, farmakopea, a nawet próba stworzenia prawdziwego katalogu świadczeniodawców usług medycznych z rankingiem pod względem ich jakości). Niektóre z tych zmian można przypisać wprowadzeniu Ustawy o prawach pacjenta z 2008 roku. W Czechach systematyczna reforma legislacji w obszarze opieki zdrowotnej miała wpływ na szybkość stosowania leków. Na Litwie zaangażowanie organizacji reprezentujących pacjentów wzrosło w ostatnich latach do poziomu wyższego niż w większości najbogatszych krajów Zachodu.

Węgry odnotowały dużą poprawę w dziedzinie informacji dla pacjentów, wprowadzając usługę informacyjną o lekarzach wraz z rejestrem lekarzy. Udostępniono informacje dotyczące kwoty przeznaczanej przez świadczeniodawców na opiekę nad pacjentem – jest to jedyny przykład kraju z „monolitycznym” systemem finansowania, który wprowadził takie rozwiązanie. Podjęto także próby stworzenia katalogu świadczeniodawców, farmakopei oraz innych zbiorów informacji dotyczących ochrony zdrowia.

Należy również odnotować, że kraje kandydujące do członkostwa w UE, które po raz pierwszy zostały ujęte w rankingu EHCI, włączyły prawa pacjenta do obowiązujących na ich terytorium przepisów prawnych.

W podkategorii „e-Zdrowie” niektóre kraje Europy Środkowo-Wschodniej stworzyły aplikacje, które nadal są rzadko stosowane w Europie Zachodniej. Przypomina to sytuację związaną z gwałtownym wzrostem ilości telefonów komórkowych kupowanych w Indiach – czasami lepiej jest nie mieć pod ręką przestarzałych technologii.

<sup>3</sup> Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie. Rada Europy, Oviedo 1997.

### 6.3. PRZEJRZYSTY MONITORING JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

W 2005 roku brytyjska organizacja o nazwie Dr. Foster była jedyną gwiazdą na firmamencie instytucji zajmujących się dostarczaniem wykazów świadczeniodawców usług zdrowotnych (szpitali), na podstawie których pacjenci mogli się zorientować, które szpitale uzyskują dobre wyniki w kategoriach wskaźników skuteczności leczenia lub 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 duńska organizacja [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk), która ocenia szpitale, przyznając im od jednej do pięciu gwiazdek jakby były hotelami i podaje wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

Niemcy dołączyły do ograniczonej grupy państw (jest ich obecnie jedynie sześć!), które uzyskały „zielony” wynik, dzięki sile publicznego instytutu BQS, [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de), przekazującego także informacje na temat jakości leczenia w wielu niemieckich szpitalach. Niestety od 2009 roku publiczny dostęp do tych danych został ograniczony, na skutek czego Niemcy nie uzyskały w przypadku tego wskaźnika „zielonego” wyniku.

W tym roku do grupy krajów przekazujących opinii publicznej takie informacje dołączyły Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Ponadto możemy znaleźć, być może nie idealne, ale już istniejące katalogi zawierające rankingi jakości oferowanych usług w krajach takich jak Cypr, Węgry, Była Jugosłowiańska Republika Macedonii, Włochy (na szczeblu regionalnym; Toskania i inne) oraz Słowenia! We Francji zespół HCP wciąż nie znalazł innego dostępnego publicznie rankingu usług niż „750 najlepszych klinik we Francji” publikowanego przez tygodnik „Le Point”. W związku z tym, że francuskie organizacje reprezentujące pacjentów wiedziały o tej usłudze najwięcej w Europie, Francja uzyskała „zielony” wynik punktowy na tym polu.

### 6.4. 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](http://www.fass.se)) jest pionierem w tej dziedzinie, dowodził, że farmakopea szwedzka oraz jej duński odpowiednik to jedyne w Europie przykłady swobodnego dostępu do informacji o lekach wydawanych na receptę. Obecnie przyjazne dla użytkownika i oparte na zasobach sieciowych instrumenty umożliwiające znalezienie informacji o środkach farmaceutycznych są dostępne w 22 krajach (zob. dział 9.12.5, wskaźnik 5.2), także w Europie Środkowo-Wschodniej, np. w Republice Czeskiej, Estonii, na Węgrzech, w Rumunii i na Słowacji. W przypadku większości tych źródeł podmiotami przekazującymi informacje są firmy farmaceutyczne.

Jak wskazują powyższe przykłady, w Europie można zaobserwować obiecującą – choć wciąż zbyt wolną – tendencję do większej przejrzystości i wspierania konsumenta korzystającego z usług zdrowotnych. W tym kontekście należy stwierdzić, że sytuacja konsumenta/pacjenta w kraju, w którym otwartość i demokracja mają długą historię, gdzie częścią kultury jest zaangażowanie pacjenta i uczciwość sys-

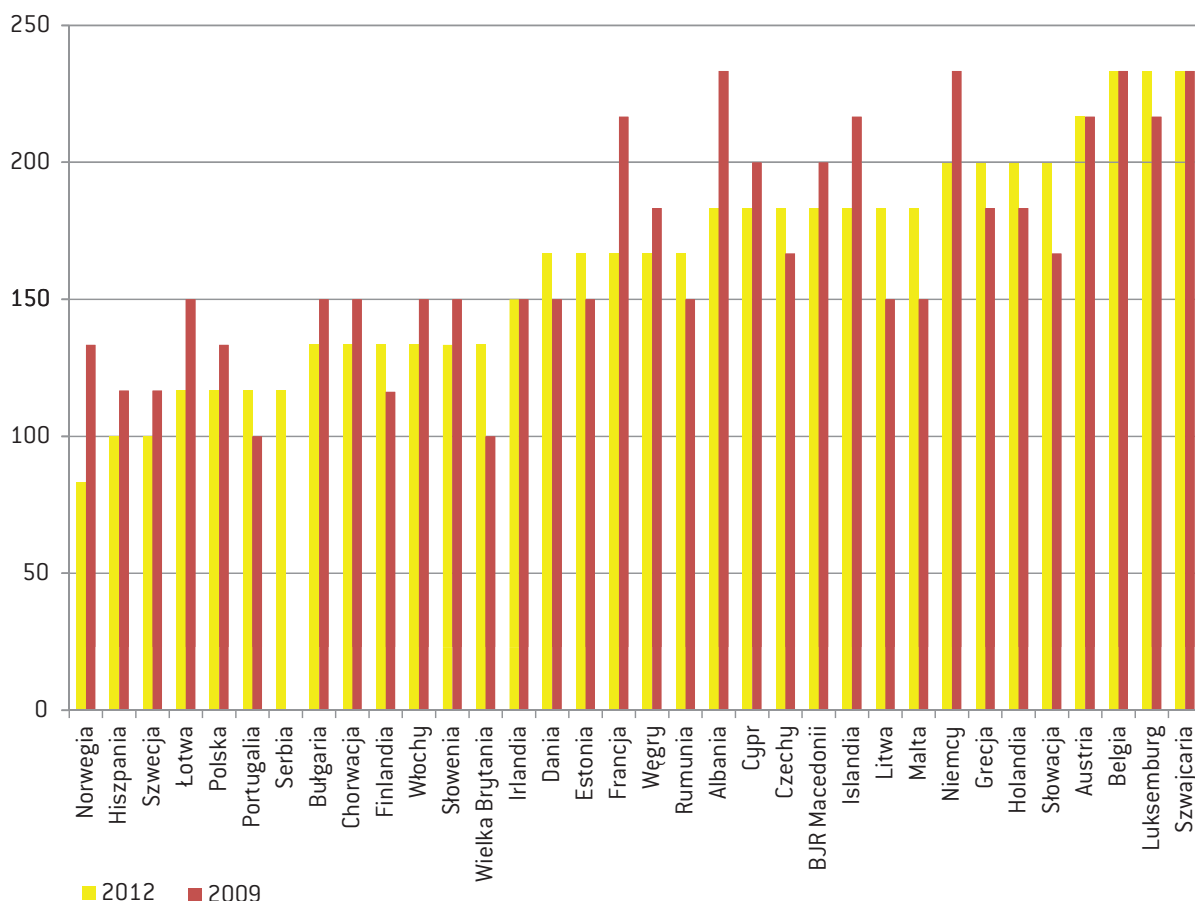


temu opieki zdrowotnej, to zdecydowanie co innego niż sytuacja w niektórych częściach Europy, gdzie hierarchie, brak przejrzystości, a nawet korupcja na co dzień utrudniają relacje w tym systemie i obniżają zaufanie do niego. Z zadowoleniem przyjmujemy każdą kolejną próbę wzmocnienia pozycji zwykłych ludzi – w zbyt wielu krajach brak otwartości w systemie opieki zdrowotnej odzwierciedla przestarzałe wartości obowiązujące w całym społeczeństwie.

## 6.5. LISTY OCZEKUJĄCYCH: PROBLEM MENTALNY PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA?

Nie wszystkie trendy wykazują poprawę. Na przestrzeni lat jedna rzecz pozostaje niezmienna: system opieki zdrowotnej oparty na lekarzach pierwszego kontaktu, który oznacza oczekiwanie. Wbrew powszechnemu przekonaniu bezpośredni dostęp do opieki specjalistycznej nie tworzy problemów związanych z dostępem do specjalistów, który wynikałby ze zwiększonego zapotrzebowania na tego typu usługi. Oczekiwanie na opiekę specjalistyczną to cecha głównie systemów, w których wymagane jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, co wydaje się wręcz niedorzeczne.

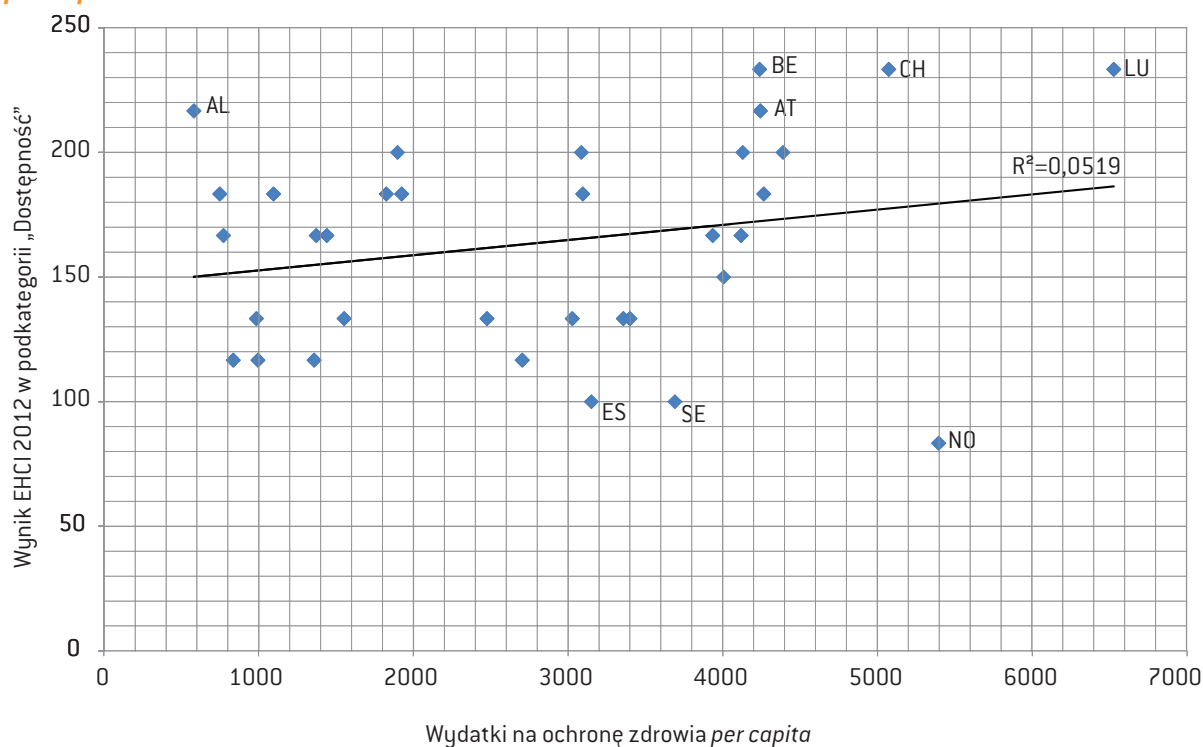
**Wykres 9: Wynik EHCI 2012 w podkategorii „Dostępność”**



Źródło: opracowanie własne.

Nie ma związku między pieniędzmi a dostępem do systemu opieki zdrowotnej, co pokazuje powyższy wykres. Może on wyjaśniać ograniczony rezultat przeznaczenia pięciu miliardów euro szwedzkim okręgom administracyjnym w celu skrócenia list oczekujących.

**Wykres 10: Wyniki EHCI 2012 w podkategorii „Dostępność” w relacji do wydatków na ochronę zdrowia per capita**



Źródło: WHO Health for All.

Wygląda na to, że czas oczekiwania na usługi zdrowotne to problem mentalny osób zarządzających służbą zdrowia i jej pracowników, bez związku z brakiem środków finansowych. Interesującą kwestią z zakresu analizy behawioralnej musi być próba zrozumienia, w jaki sposób przedstawiciele tak pełnego empatii zawodu jak psychiatrzy dziecięcy, mogą się przyzwyczaić do mówienia pacjentkom i ich rodzicom, że czas oczekiwania na wizytę w przypadku dziewczyny z zaawansowaną anoreksją przekracza sześć miesięcy (w Szwecji do takich sytuacji dochodzi często)!

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów tego typu, brytyjski Narodowy System Opieki Zdrowotnej (NHS), wydał od 2008 roku miliony funtów na ograniczenie czasu oczekiwania pacjentów i wprowadził maksymalny okres oczekiwania na leczenie ostateczne wynoszący 18 tygodni od momentu zdiagnozowania choroby. Ankieta przeprowadzona wśród pacjentów, zlecona przez HCP na potrzeby tegorocznego Indeksu, wreszcie wykazała poprawę.

Szwedzki projekt mający na celu skrócenie kolejek, na który rząd wydał 5 miliardów euro, doprowadził do pewnego skrócenia czasu oczekiwania na leczenie. Niestety poprawa ta, która jak się wydaje nie skróciła czasu oczekiwania na leczenie nowotworów, nie była wystarczająca, żeby Szwecja opuściła grupę krajów, które zmian dokonują zbyt wolno.

Co więcej, nawet zdecydowani zwycięzcy rankingów z lat ubiegłych zwracają się w stronę działań restrykcyjnych. Francja na przykład ograniczała w 2007 roku dostęp pacjentów do takich usług, co skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania, a tym samym gorszym wynikiem punktowym (w połączeniu z nienajlepszymi wynikami w podkategorii „e-Zdrowie”). Wydaje się, że od 2009 roku francuscy pacjenci (i lekarze?) zaczęli się przekonywać do konieczności opracowania nowych przepisów w tym względzie, ponieważ odpowiedzi udzielone przez Francję w ankiecie dotyczącej tej podkategorii są dziś bardzo pozytywne.

W tym kontekście HCP będzie nadal wspierać wolny wybór, równy i bezpośredni dostęp do usług zdrowotnych oraz działania, których celem jest zmniejszenie utrudnień w zakresie informacji, na jakie napotyka konsument – jako podstawę nowoczesnego europejskiego systemu opieki zdrowotnej XXI wieku.

#### 6.5.1. „STARE, DOBRE CZASY”, KTÓRE NIGDY NIE ISTNIAŁY!

Dlaczego ślady „kryzysu finansowego” są tak mało widoczne nawet w przypadku czasu oczekiwania na zabieg? Jedną z fundamentalnych przyczyn jest to, że system opieki zdrowotnej bardzo słabo daje sobie radę z monitorowaniem swoich wyników, co prowadzi do sytuacji, w której pracownicy ochrony zdrowia, politycy i opinia publiczna zbyt dobrze oceniają poziom usług w latach ubiegłych!

O redukcji kosztów w systemie opieki zdrowotnej zaczęto mówić dopiero na początku lat 90., a spowolnienie gospodarcze w tamtym okresie doprowadziło do poważnych oszczędności po raz pierwszy od kilku dziesięcioleci. Przed 1990 r. głównym zmartwieniem polityków zajmujących się służbą zdrowia było pytanie „W jaki sposób ustalimy priorytety dla 2-, 3-procentowego rocznego wzrostu realnych środków?”.

Tam, gdzie występują listy oczekujących, np. w Skandynawii czy Wielkiej Brytanii, czas oczekiwania był zdecydowanie dłuższy nie tylko 5–10 lat temu, ale na pewno też przed rokiem 1990. W wywiadach z lekarzami i pielęgniarkami o bardzo długim stażu pracy pojawiają się przypominające horror historie o pacjentach zajmujących całe korytarze i piwnice, a pochodzą one ze „starych, dobrych czasów”, sprzed kryzysu finansowego.

Pisząc to opracowanie, autor przypadkiem usłyszał wywiad z pewną irlandzką matką, która wyrażała obawy o „przyszłość swoich dzieci w kraju, w którym szpitale będą przepełnione po drastycznych cięciach”. Pomimo kryzysu finansowego w Irlandii, dzieci powinny się cieszyć, że nie dorastały 25 lat temu.

#### 6.5.2. OPŁATY „POD STOŁEM”

Kwestia, która zasługuje na jeszcze większą uwagę: celem jednego ze wskaźników wprowadzonych po raz pierwszy w 2008 roku jest sprawdzenie, czy od pacjentów oczekuje się, żeby poza oficjalnymi opłatami przekazywali lekarzom także opłaty nieformalne. Funkcją nieformalnych opłat w niektórych krajach (zachodnioeuropejskich, co jest zaskakujące) jest uzyskanie kontroli nad procesem leczenia: ominięcie kolejki, dostęp do najlepszych form leczenia, możliwości korzystania z nowoczesnych metod i leków. Więcej informacji na temat takich płatności można znaleźć w dziale Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom.

Obejmujący całą Europę sondaż na temat nieformalnych opłat ma oczywiste niedociągnięcia, ale jest jedynym takim badaniem w Europie, co także mówi jak mało uwagi kraje i instytucje europejskie poświęcają problemowi szarej strefy w systemie opieki zdrowotnej.

Ta obserwacja rodzi dwa pytania:

1. W odróżnieniu od innych zawodów, takich jak piloci samolotów, prawnicy, inżynierowie systemów itp., lekarze pracujący w dużych organizacjach jako jedyni mogą pracować w innych miejscach bez wyraźnej zgody głównego pracodawcy. Co przemawia za utrzymaniem takiego stanu rzeczy?

2. Co można zrobić, żeby lekarzom zapewnić „normalne” warunki zatrudnienia, tj. przyzwoite wynagrodzenie, i żeby wszelką dodatkową energię wykorzystywali do jeszcze cięższej pracy (i zarabiania większych pieniędzy) dla swojego głównego pracodawcy?

## 6.6. ZMIANY WPROWADZANE POD PRESJĄ

Opierając się na ogólnie panujących przekonaniach odnoszących się do opieki zdrowotnej w Europie, można stwierdzić, że najlepsze wyniki osiągają stosunkowo bogate kraje o długiej tradycji pełnego finansowania systemów opieki zdrowotnej. W konsekwencji krajom spoza Europy Zachodniej bardzo trudno jest uzyskać dobry wynik. To do pewnego stopnia prawda, jednak praca HCP nie koncentruje się na wynikach w takim samym stopniu jak inne powszechnie wykonywane badania porównawcze. Starano się jak najbardziej unikać wskaźników skorelowanych z PKB. Wbrew wspomnianym wyżej przekonaniom należy przyznać, że znalezienie się na szczycie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia nie jest zbyt trudne. Kluczowymi miarami są: wybór, prawa pacjenta, dostępność, informacje/przejrzystość, pomiar jakości – ich wprowadzenie nie pociąga za sobą wysokich kosztów.

Najważniejszym czynnikiem wydaje się ogólna przychylność krajowego systemu opieki zdrowotnej oraz zdolność do wdrażania zmian strategicznych. Poddane presji zewnętrznej, co było widoczne w ostatnich latach, poszczególne kraje podejmują całkowicie odmienne działania pozwalające zachować istniejący system opieki zdrowotnej, od głębokich reform systemowych po restrykcyjne przedsięwzięcia obronne na poziomie świadczenia usług zdrowotnych i dostępu do nich. Najwyraźniej systemy opieki zdrowotnej niektórych krajów wykazują się zbyt dużą niechęcią do zmian. Z drugiej strony, kraje szybko uczące się nowych rozwiązań, takie jak Estonia, Chorwacja czy Słowacja, miały tę wątpliwą przewagę, że stanęły w obliczu kryzysu tak groźnego, że stał się on okazją do gruntownej zmiany całego podejścia do opieki zdrowotnej.

## 6.7. DLACZEGO PACJENCI SĄ NIEDOINFORMOWANI?

Każdego roku wyniki ankiety stworzonej we współpracy z instytutem Patient View ujawniają ciekawy fakt: w niektórych krajach organizacje reprezentujące pacjentów oraz przedstawiciele organizacji prozdrowotnych (w tym także bardzo szanowanych instytucji) nie dysponują wiedzą na temat niektórych usług zdrowotnych dostępnych na terenie ich krajów. Na przykład zespół badawczy stale uzyskuje negatywne odpowiedzi dotyczące istnienia rejestrów lekarzy, farmakopei, dostępu do dokumentacji medycznej etc. w krajach, w których badacze pracujący dla HCP z łatwością znajdują tego rodzaju informacje, nawet nie znając lokalnego języka. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie fakt, że władze krajowe wprowadzają znaczące usprawnienia systemu, ale zapominają poinformować tym opinię publiczną. Gdy system opieki zdrowotnej odchodzi od zhierarchizowanej kultury eksperckiej i staje się branżą, na którą coraz większy wpływ ma komunikacja z podmiotami zewnętrznymi, sytuacja taka musi mieć negatywne skutki dla osób korzystających z systemu, dla podatników i dla samego systemu!

Grecja, Irlandia i Hiszpania to trzy kraje, w których opinii organizacji reprezentujących pacjentów negatywnie odbiegają od statystyk urzędowych. Oto przykład: hiszpańskie przepisy dają pacjentom prawo do zapoznania się z własną dokumentacją medyczną, jednak odpowiedzi na pytanie o to nadesłane przez hiszpańskie organizacje reprezentujące pacjentów okazały się najbardziej pesymistyczne spośród otrzymanych od 34 krajów ujętych w indeksie.

## 6.8. ROZPRZESTRZENIANIE SIĘ MRSA

W rankingu EHCI 2007 znaczną uwagę poświęcono problemowi rozprzestrzeniania się zjawiska oporności na antybiotyki: „szpitalne infekcje MRSA (infekcje szczepami gronkowca złocistego opornego na metycylinę) wydają się rozprzestrzeniać i już dziś stanowią poważne zagrożenie zdrowotne w co drugim kraju, w którym dokonano pomiaru takiego zagrożenia”. Niestety, jedyne kraje, w których odnotowano znaczącą poprawę w tej kwestii, są Bułgaria, Polska, Wielka Brytania i Irlandia. Tylko 7 krajów na 34 ujęte w rankingu utrzymuje, że MRSA nie jest w ich przypadku poważnym problemem, co umożliwi im zdobycie „zielonych” wartości punktowych wskaźników; są to te same kraje co w 2009 roku!

### 6.8.1. ZAKAZ SPRZEDAŻY ANTYBIOTYKÓW BEZ RECEPTY!

Jedno działanie może się okazać szczególnie skuteczne w walce z rozprzestrzeniającym się zjawiskiem oporności mikroorganizmów na antybiotyki: wprowadzenie zakazu sprzedaży antybiotyków bez recepty. Mógłby on wejść w życie w formie łatwej do sformułowania dyrektywy UE, którą można by też łatwo monitorować, gdyż we wszystkich krajach funkcjonuje system rozróżniania leków sprzedawanych na receptę od leków sprzedawanych bez niej. Każdy z krajów, w których sprzedaż antybiotyków bez recepty jest czymś powszechnym, ma poważny problem z opornością mikroorganizmów!

Takie działania ze strony Brukseli zapewniłyby pacjentom dużo większe bezpieczeństwo niż większość innych inicjatyw, w które angażuje się UE!

## 7. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?

Interpretując wyniki Indeksu, trzeba przede wszystkim kierować się jedną zasadą: należy zachować ostrożność.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2012 stanowi próbę zmierzenia wydajności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta oraz stworzenia rankingu. Jest rzeczą oczywistą, że na uzyskane wyniki mają wpływ problemy związane z jakością informacji. Brak jest paneuropejskich, jednorodnych procedur gromadzenia danych, a podejmowane przez Komisję Europejską próby wprowadzenia wspólnych wymiernych wskaźników obrazujących sytuację w ochronie zdrowia na niewiele się zdały.

HCP stoi jednak na stanowisku, że lepiej zaprezentować uzyskane wyniki opinii publicznej, przyczyniając się tym samym do zapoczątkowania konstruktywnej dyskusji, niż trzymać się powszechnej opinii, że dopóki informacje dotyczące opieki zdrowotnej nie będą w stu procentach pełne, nie powinno się ich ujawniać. Należy ponownie podkreślić, że Indeks ukazuje informacje konsumentów, nie zaś wrażliwe dane medyczne lub dane o pacjentach.

Nie twierdząc, że wyniki rankingu EHCI 2012 odpowiadają jakością rozprawie naukowej, wyrażamy przekonanie, że nie należy ich odrzucać jako wyników przypadkowych. Indeks tworzony jest oddolnie – oznacza to, że miejsca zajmowane w rankingu przez kraje, w których systemy opieki zdrowotnej są podobne, nie

powinny być od siebie bardzo oddalone. Potwierdzeniem tego jest fakt, że kraje skandynawskie tworzą w nim w miarę zwartą grupę, Irlandia i Wielka Brytania są blisko siebie, podobnie jak Czechy i Słowacja, Hiszpania i Portugalia oraz Grecja i Cypr.

Wcześniejsze doświadczenia uzyskane przy tworzeniu ogólnych Europejskich Konsumenckich Indeksów Zdrowia są odzwierciedleniem faktu, że ranking konsumencki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie służące ukazywaniu jakości usług zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2012 posłużą jako inspiracja do znalezienia miejsc i sposobów usprawnienia europejskiej opieki zdrowotnej.

## 8. NIEDOSTATECZNA ILOŚĆ DANYCH Z EUROPY

### 8.1. WSKAŹNIKI WYNIKÓW LECZENIA UJĘTE W EHCI

W przeciwieństwie do systemów bardziej „uprzemysłowionych”, jak amerykański, publiczne systemy opieki zdrowotnej w Europie/Kanadzie charakteryzują się bogactwem danych statystycznych dotyczących wkładu środków finansowych, ale też tradycyjnym niedoborem danych dotyczących wyników ilościowych lub jakościowych.

WHO i OECD publikują łatwo dostępne i często aktualizowane dane statystyczne na takie tematy, jak:

- liczba lekarzy/pielęgniarek na jednego mieszkańca,
- liczba łóżek szpitalnych na jednego mieszkańca,
- liczba pacjentów korzystających z określonego rodzaju leczenia,
- liczba konsultacji na jednego pacjenta,
- liczba pracowni RM na milion mieszkańców,
- wydatki na ochronę zdrowia, z podziałem na źródła finansowania,
- sprzedaż leków wyrażona w dawkach i w wartości pieniężnej.

Systemy tradycyjnie finansowane z grantów i budżetu często charakteryzują się kulturą zarządzania, która w dużym stopniu skupia się na ściśle określonych wskaźnikach. Mogą to być liczba pracowników i wszelkiego rodzaju koszty (zazwyczaj niemające związku z efektami) oraz inne wskaźniki, których charakter ilustruje powyższa lista.

Systemy opieki zdrowotnej działające na zasadzie zakładu przemysłowego mają naturalną skłonność do koncentrowania działań monitorujących na produkcie, a także zwykle łączą pomiary kosztów ze współczynnikami produktu celem zmierzenia wydajności, opłacalności i jakości.

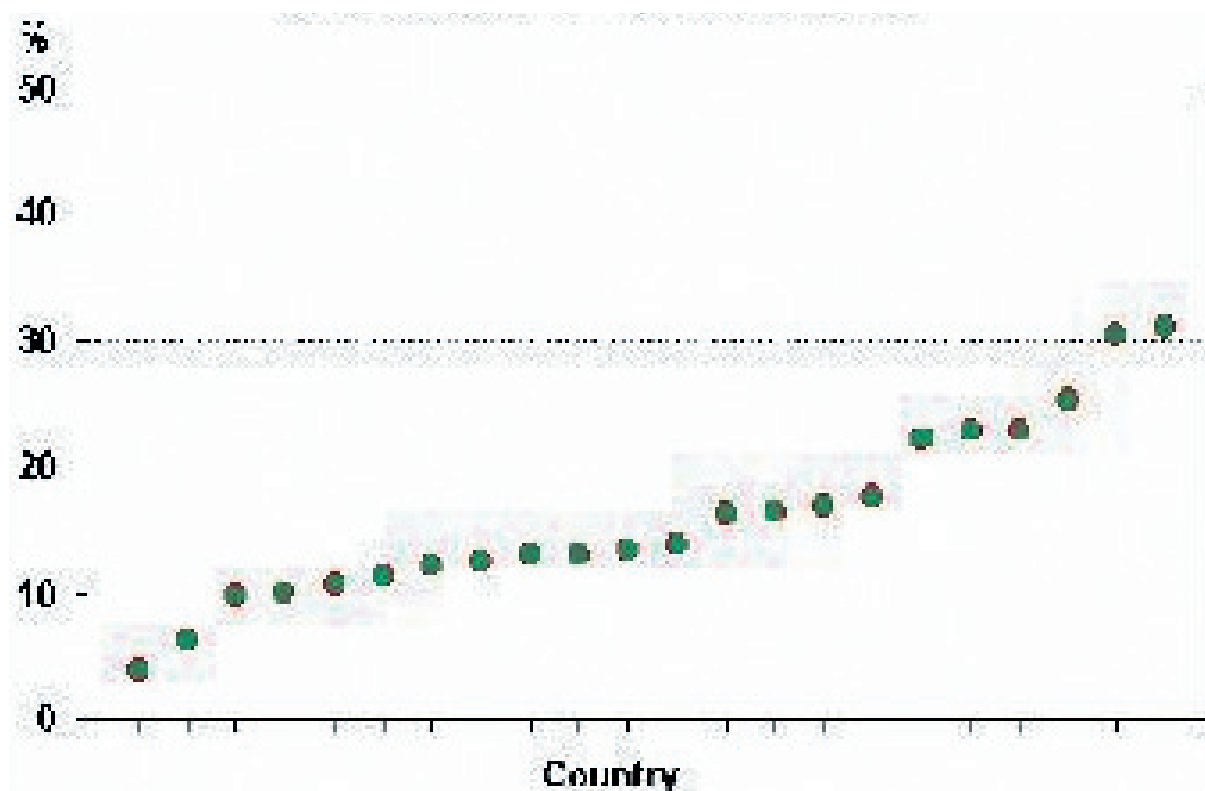
W przypadku projektu EHCI pokuszono się o uzyskanie danych dotyczących jakości rzeczywiście świadczonych usług zdrowotnych. Postanowiono skoncentrować się na wskaźnikach zależnych głównie od wkładu rzeczywiście świadczonych usług, natomiast w niewielkim stopniu od czynników zewnętr-

nych, jak styl życia, spożywane pokarmy, konsumpcja alkoholu lub palenie papierosów. Tym samym w przypadku rankingu EHCI uniknięto także włączenia parametrów związanych z publiczną służbą zdrowia, które często pozostają pod mniejszym wpływem wskaźnika wydajności służby zdrowia niż czynników zewnętrznych.

Jednym ze wskaźników jakości wybranych na potrzeby niniejszego rankingu był wskaźnik śmiertelności w wyniku zawału serca 28/30 dni od dnia hospitalizacji (pominięto całkowitą śmiertelność z powodu chorób serca, w przypadku której kraje śródziemnomorskie uzyskują z natury rzeczy najlepsze wyniki, prawdopodobnie na skutek związku tych chorób ze stylem życia). Użyte pierwotnie dane pochodziły z badania MONICA, ukończonego z wykorzystaniem danych uzyskanych bezpośrednio od organów ochrony zdrowia krajów niebiorących udziału w tym badaniu.

Zaskakuje brak aktualniejszych danych dotyczących tej najbardziej zabójczej choroby we współczesnej Europie. Poniżej widoczny jest oryginalny wykres zaczerpnięty z materiałów opublikowanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, wykorzystujących dziś już bardzo nieaktualne dane z badania MONICA, przedstawiony jest w oryginalnej formie (nie podano na nim nazw krajów).

**Wykres 11: 30-dniowa śmiertelność z powodu zawału serca wśród pacjentów przyjętych do szpitala z uniesieniem odcinka ST**



Źródło: Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Health Consumer Powerhouse bardzo liczył na to, że Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i jego działania na rzecz Europejskiego Badania Chorób Serca, projekty EUROASPIRE i EUROCISS, zaradzą brakowi danych dotyczących wyników leczenia w tym jakże istotnym obszarze. Niestety wygląda na to, że jest to naprawdę bardzo długi proces.

## 9. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA

### 9.1. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2005

Ranking EHCI 2005 objął następujące kraje: Belgię, Estonię, Francję, Niemcy, Węgry, Włochy, Holandię, Polskę, Hiszpanię, Szwecję, Wielką Brytanię oraz dla celów porównawczych Szwajcarię.

Uwzględnienie wszystkich 25 krajów członkowskich byłoby trudnym zadaniem, zwłaszcza że wiele z nich weszło w skład UE dopiero niedawno. Następczalboby to wielu problemów natury metodologicznej i statystycznej.

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

Na dokonany wybór, oprócz przedstawionych już kryteriów, wpływ miało także pragnienie 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 Skandynawii wybrana została Szwecja, głównie dlatego, że członkowie zespołu pracującego nad tym projektem dysponowali znaczną wiedzą na temat szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej.

Jak już zasygnalizowano, kryteria wyboru nie były związane z tym, czy usługi danego systemu opieki zdrowotnej są finansowane i/lub oferowane ze środków publicznych czy prywatnych. Na przykład ranking ten zupełnie nie badał kwestii prywatnych świadczeniodawców usług zdrowotnych (o ile nie miała ona potencjalnego wpływu na czas dostępu do usług lub też wyniki leczenia).

Ważnym wnioskiem wyciągniętym z prac nad EHCI 2005 było przekonanie, że istnieje możliwość uzyskania potrzebnych danych i stworzenia indeksu umożliwiającego porównanie i utworzenie rankingu krajowych systemów opieki zdrowotnej widzianych z perspektywy konsumenta/pacjenta.

### 9.2. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2006–2009

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. Liczba podkategorii pozostała bez zmian i wyniosła pięć, lecz podkategorię „Życzliwość w stosunku do konsumenta” włączono do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”. Nowa podkategoria „Szczerdosc systemu” (obejmująca ofertę publicznego systemu opieki zdrowotnej), została wprowadzona, ponieważ liczni obserwatorzy, nie tylko politycy odpowiedzialni za systemy opieki zdrowotnej w krajach, które oficjalnie przyznawały się do problemów z czasem oczekiwania pacjentów, twierdzili, że brak czasu oczekiwania mógł być wynikiem „skapstwa systemu”. Oznaczałoby to, że narodowe systemy ochrony zdrowia mniej



restrykcyjne w oferowaniu pacjentom pewnych zabiegów operacyjnych mogą z natury mieć mniej problemów związanych z listą oczekujących.

Żeby to sprawdzić, wprowadzono podkategorię „Szczodrość publicznych systemów opieki zdrowotnej”, którą w 2009 roku przemianowano na „Zakres i zasięg świadczonych usług”. Problem związany z tą podkategorią polega na tym, że bardzo łatwo można doprowadzić do sytuacji, gdy zastosowany wskaźnik przekształca się po prostu w kolejną metodę mierzenia bogactwa narodowego (PKB/mieszkańca). Wskaźnik „Liczba operacji wymiany stawu biodrowego na 100 000 mieszkańców” jest koronnym przykładem takiej sytuacji. Koszt operacji wymiany stawu biodrowego wynosi około 7000 € (może być nieco wyższy w Europie Zachodniej, niższy zaś w krajach oferujących niskie uposażenia pracownikom ochrony zdrowia). Koszt ten, w przypadku choroby, która może prowadzić do kalectwa, ale nie zagraża życiu, skutkuje ścisłym związkiem poziomu świadczenia usług zdrowotnych ze wskaźnikiem PKB/mieszkańca.

Operacje usunięcia zączy wydają się lepszym i mniej związanym z PKB wskaźnikiem „Szczodrości publicznych systemów opieki zdrowotnej”. Koszt takiej operacji stanowi jedynie dziesiątą część operacji wymiany stawu biodrowego, co sprawia, że mniej zamożne kraje mogą sobie pozwolić na przeprowadzanie większej liczby zabiegów tego typu. Co ciekawe, Belgia, kraj, który ma najmniej problemów związanych z czasem oczekiwania pacjentów i który był najczęściej oskarżany o osiągnięcie takiego wyniku dzięki restrykcyjnej polityce zdrowotnej, dysponuje zdecydowanie najwyższymi (na równi z Kanadą) wskaźnikami świadczenia zabiegów usunięcia zączy w krajach OECD.

Żeby osiągnąć wyższy poziom wiarygodności informacji, jednym z najważniejszych czynników było stworzenie sieci bezpośrednich kontaktów z krajowymi urzędami opieki zdrowotnej, bardziej systematycznych niż w przypadku poprzednich edycji rankingów EHCI. Słabość danych statystycznych dotyczących europejskich systemów opieki zdrowotnej opisanych w poprzednich raportach EHCI można rekompensować jedynie poprzez prowadzenie dogłębnych dyskusji z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska na szczeblu krajowych urzędów opieki zdrowotnej.

Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2006–2008 spotkano się z przychylnością ministerstw zdrowia lub ich agend odpowiedzialnych za nadzór i/lub zapewnienie jakości świadczonych usług zdrowotnych. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane przez nas pytania. Sytuacja ta jeszcze bardziej się poprawiła w 2009 roku (patrz dział 9.9.2).

### 9.3. EHCI 2012

Praca nad Indekssem stanowi kompromis pomiędzy wyborem wskaźników uznanych za najbardziej istotne dla zapewnienia informacji o różnych krajowych systemach opieki zdrowotnej ocenianych z perspektywy pacjenta/konsumenta a dostępnością danych dla tych wskaźników. Jest to jakby 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 posiadanie różnorodnych wskaźników dla różnych dziedzin; obszarów dotyczących stosunku do świadczonych usług oraz orientacji konsumenta, a także wskaźników oceniających „niepodważalne fakty”, ukazujących jakość opieki zdrowotnej w kategoriach produktów. Postanowiono

także poszukać wskaźników rzeczywistych wyników w formie produktów, nie zaś wskaźników opisujących procedury medyczne, takie 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, których poddano zabiegowi rozpuszczenia skrzepliny lub zabiegowi stentowania, etc.

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

### 9.3.1. PIĘĆ WSKAŹNIKÓW Z EHCI 2009, KTÓRE NIE ZNALAZŁY SIĘ W NAJNOWSZEJ EDYCJI INDEKSU

Spośród 38 wskaźników wykorzystanych w rankingu EHCI 2009 pięć nie znalazło się w Indeksie EHCI 2012: trzy wskaźniki z kategorii „e-Zdrowie”, wskaźnik „zdrowia psychicznego” obrazujący skłonność do popełniania samobójstw oraz poziom HbA1c u diabetyków.

Pomimo ostrego sprzeciwu niektórych krajów, HCP z dumą utrzymał wskaźnik „Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty” w rankingu EHCI, ponieważ nie istnieją żadne dowody na to, że rola lekarza pierwszego kontaktu ma jakikolwiek wpływ na wydatki związane z opieką zdrowotną. Badania, m.in. przeprowadzone przez Kronemana i innych<sup>4</sup>, dostarczają bardziej znaczących argumentów niż stwierdzenia w rodzaju: „**system oparty na lekarzu pierwszego kontaktu to sprawa polityki i nalegamy na usunięcie tego wskaźnika z indeksu**”.

Poza tym przykład Niemiec pokazuje, że skutecznym sposobem skłonienia pacjenta do udania się najpierw do lekarza pierwszego kontaktu jest zbudowanie wieloletniej relacji i zaufania między pacjentem i lekarzem. Ograniczenia w zakresie bezpośredniego dostępu do lekarzy specjalistów przynoszą bardzo słabe efekty.

### 9.3.2. NOWE WSKAŹNIKI WPROWADZONE DO EHCI 2012

Od 2005 roku przy tworzeniu i wyborze wskaźników EHCI postępuje się następującymi kryteriami:

- 1) relewancja,
- 2) istotność naukowa,
- 3) wykonalność (tzn. możliwość uzyskania danych).

Te same trzy zasady mają kluczowe znaczenie dla niemieckiego projektu dotyczącego wskaźników jakości, [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de).

Jak co roku międzynarodowy Panel Ekspertów przedstawił długą listę nowych wskaźników, które należałoby włączyć do tegorocznego Indeksu (więcej informacji o panelu znajdą Państwo w dziale 9.12.). Odbiła się prawdziwa burza mózgów nad nowymi błyskotliwymi pomysłami. Niestety, zespół badawczy

<sup>4</sup> Kroneman et al: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76 (2006) 72–79.

nie zdołał przekształcić ich w skalę punktową dla kolorów zielonego, żółtego i czerwonego. Na przykład wskaźnik „Przyjęcia do szpitala z powodu astmy” (wysoka liczba dająca „czerwony” wynik punktowy) musiał zostać odrzucony z powodu chaosu związanego z różnicami w diagnozie astmy, POChP, zapalenia oskrzeli oraz prawdopodobnie innych schorzeń.

Zespół badawczy przedstawił jednak dane dla **dziiesięciu nowych/zmodyfikowanych wskaźników**, natomiast **pięć czynników wyeliminowano**, co sprawia, że ich łączna liczba wynosi 42.

Dodatkowe informacje i opis wskaźników zawiera dział „Treść wskaźników ujętych w EHCI 2012”.

#### **Podkategoria 1 (Prawa pacjenta, informacje oraz e-Zdrowie)**

Struktura tej podkategorii jest taka jak w EHCI 2007; przeniesiono do niej trzy wskaźniki z podkategorii „e-Zdrowie”.

#### **Podkategoria 2 (e-Zdrowie)**

Ta podkategoria została zlikwidowana.

#### **Podkategoria 3 (Wyniki leczenia) – nowe wskaźniki:**

- 3.6. Cesarskie cięcie
- 3.7. Niezdiagnozowana cukrzyca
- 3.8. Depresja

#### **Podkategoria 4 (Zakres i zasięg świadczonych usług) – nowe wskaźniki:**

- 4.8. Zapobieganie paleniu
- 4.9. Długofalowa opieka nad osobami starszymi
- 4.10. Procent dializ wykonywanych poza klinikami

#### **Podkategoria 5 (Środki farmaceutyczne) – nowe wskaźniki:**

- 5.5. Leki na chorobę Alzheimera
- 5.6. Leki na schizofrenię
- 5.7. Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami

## **9.4. SKŁADOWE WSKAŹNIKÓW (PODKATEGORIE)**

Indeks 2012, podobnie jak poprzednie edycje Indeksu EHCI, stworzono na podstawie wskaźników zgrupowanych w pięciu podkategoriach. W związku z „zespołem braku danych statystycznych” oraz po dokładnej analizie przeprowadzonej przez Panel Ekspertów, do Indeksu EHCI 2012 włączono ostatecznie 42 wskaźniki.

Tak więc obszary wskaźników w indeksie EHCI 2012 przedstawiają się następująco:

<b>Podkategoria</b>	<b>Liczba wskaźników</b>
1. Prawa pacjenta i informacja	12
2. Dostępność/czas oczekiwania na leczenie	5
3. Wyniki leczenia	8
4. Zakres i zasięg usług („Szczodrość systemu”)	10
5. Środki farmaceutyczne	7

## 9.5. PUNKTACJA ZASTOSOWANA W EHCI2012

Wydajność poszczególnych krajowych systemów opieki zdrowotnej oceniona została w trzystopniowej skali dla każdego wskaźnika. Stopnie mają raczej oczywiste znaczenie: kolor zielony = wynik dobry ( ), kolor żółty = wynik średni ( ), kolor czerwony = wynik niezadowolający ( ). Za kolor zielony przyznawano 3 punkty, za żółty 2 punkty, a za kolor czerwony (lub za „brak danych”, b.d.) jeden punkt.

Fakt, że w Indeksie znalazło się siedem krajów spoza UE, które nie powinny być za to piętnowane w przypadku wskaźnika „1.8. Swobodny wybór opieki w innym kraju UE”, wymógł wprowadzenie nowego wyniku punktowego w rankingu EHCI 2009: „nie ma zastosowania/nie dotyczy”. Z tego powodu kraje te uzyskują wynik „n.d.”, dający 2 punkty. Taki wynik punktowy zastosowano także dla wskaźnika 1.8 w przypadku Islandii i Malty, gdyż w zasadzie każde z tych państw ma tylko jeden szpital z prawdziwego zdarzenia.

Od czasu Indeksu 2006 stosowana jest ta sama metodologia: w przypadku każdej podkategorii wynik punktowy dla danego kraju obliczono jako procent maksymalnej liczby punktów (np. dla czasu oczekiwania wynik punktowy dla danego kraju obliczono jako procent maksymalnej liczby 3 punktów x 5 = 15).

Następnie wyniki dla wszystkich podkategorii pomnożono przez współczynniki wagi wskaźników podane w następnym dziale i dodano, otrzymując ostateczny wynik punktowy danego kraju. Te wyrażone w procentach wyniki zaokrąglono do trzycyfrowych liczb całkowitych, tak by „zielony” wynik punktowy uzyskany we wszystkich 42 wskaźnikach dawał 1000 punktów.

## 9.6. WSPÓŁCZYNNIKI WAGI WSKAŹNIKÓW

Już w przypadku rankingu EHCI 2005 dyskutowano nad możliwością wprowadzenia współczynników wagi wskaźników, tzn. wybraniem pewnych obszarów wskaźników i przyznaniem im większego znaczenia niż innym, a następnie pomnożenia uzyskanych dla nich wyników przez liczby inne niż 1.

W przypadku rankingu EHCI 2006 wprowadzono wyraźne współczynniki wagi wskaźników dla pięciu podkategorii, po dokładnym rozważeniu, którym wskaźnikom należy przypisać większą wagę. Opierając się głównie na dyskusjach prowadzonych z członkami paneli eksperckich oraz na doświadczeniach związanych z licznymi badaniami opinii pacjentów, postanowiono, że głównymi kandydatami do przyznania wyższych współczynników wagi będą podkategorie dostępności i wyników leczenia. W tym przypadku, podobnie jak dla całości Indeksu, jesteśmy otwarci na propozycje poprawy zastosowanej metodologii.

W rankingu EHCI 2012 wynikiem punktowym dla pięciu podkategorii przyznano następujące wagi:

Podkategoria	Względna waga (maksymalna liczba punktów w danej podkategorii)	Punkty przyznane za „zielony” wynik punktowy w danej podkategorii
Prawa pacjenta, informacje i e-Zdrowie	175	14,59
Czas oczekiwania na leczenie	250	50,00
Wyniki leczenia	300	37,50
Zakres i zasięg usług „Szczodrość systemu”	175	17,50
Środki farmaceutyczne	100	14,29
<b>Całkowita suma wag</b>	<b>1000</b>	

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

Należy zauważyć, że ponieważ niewiele krajów wypada doskonale w jednej podkategorii, a słabo w innych, ostateczny ranking krajów przedstawiony w EHCI 2012 jest niezwykle stabilny, przy czym współczynniki wagi wskaźników są zróżnicowane raczej w szerokich granicach.

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

#### 9.6.1. RÓŻNICE REGIONALNE W KRAJACH UE

HCP zdaje sobie sprawę, że wiele krajów europejskich ma bardzo zdecentralizowane systemy opieki zdrowotnej. Argument często wysuwany w przypadku Wielkiej Brytanii brzmi następująco: „Szkocja i Walia dysponują odrębnymi usługami w ramach NHS i dlatego należy je klasyfikować oddzielnie”.

Jednorodność pomiędzy różnymi częściami Wielkiej Brytanii jest prawdopodobnie większa niż pomiędzy regionami Hiszpanii i Włoch, krajami związkowymi Niemiec, a być może także większa niż pomiędzy okręgami administracyjnymi Szwecji, liczącej zaledwie 9,5 miliona mieszkańców.

Istnieje pewne ryzyko, że systemy opieki zdrowotnej krajów europejskich mogą być oceniane na zasadzie: „jeśli jedną stopę włożysz do wiadra z lodem, a drugą postawisz na gorącym talerzu, to uśredniając, powinieneś czuć się całkiem komfortowo”. Problem ten byłby jeszcze wyraźniejszy, gdyby do Konsumenckiego Indeksu Zdrowia włączyć Stany Zjednoczone rozpatrywane jako jeden kraj.

Ponieważ finansowanie opieki zdrowotnej tradycyjnie zajmuje w krajach europejskich wysoką pozycję, oceniono, że regionalne różnice są zbyt niewielkie, aby zestawienia dotyczące krajowych poziomów usług zdrowotnych miały znaczenie.

### 9.7. DEFINICJE WSKAŹNIKÓW I ŹRÓDŁA DANYCH DLA EHCI 2012

Należy zauważyć, że od 2009 roku HCP otrzymuje znacznie więcej informacji od krajowych urzędów ochrony zdrowia prawie wszystkich 34 krajów ujętych w indeksie. Odpowiedzi udzielone w ankiecie zleczonej przez Patient View 2012 wykorzystywano bardzo ostrożnie, np. jeśli dane „oficjalne” umożliwiają zdobycie „zielonego” wyniku punktowego, a według ankiety możliwy do uzyskania wynik jest zdecydowanie „czerwony”, kraj otrzymywał „żółty” wynik punktowy.

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
1. Prawa pacjenta i informacje	1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta	Czy krajowe ustawodawstwo jest w wyraźny wyrażone w kategoriach praw pacjentów?	Tak	Różne rodzaje kart-pacjenta lub podobne zarządzenia	Nie	Raporty European Observatory HI, <a href="http://europatientrights.eu/about.us.html">http://europatientrights.eu/about.us.html</a> ; Ustawa o prawach pacjenta (Aneks 1 do raportu EHC); <a href="http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1">http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1</a> ; <a href="http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patients_rights.htm">http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patients_rights.htm</a> ; <a href="http://www.dohc.ie">www.dohc.ie</a> ; <a href="http://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx">http://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx</a> ; <a href="http://db2.doyma.es/pdf/261v1n2a13048764pdf001.pdf">http://db2.doyma.es/pdf/261v1n2a13048764pdf001.pdf</a>
	1.2. Organizacje pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny		Tak, ustawowo	Tak, na podstawie powszechnej praktyki w funkcjach doradczych	Nie, nieobowiązkowe lub na ogół realizowane w praktyce	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. Wywiady osobiste
	1.3. Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	Czy pacjenci otrzymują odszkodowanie bez pomocy sądu po dowiedzeniu, że personel medyczny popełnił błędy?	Tak	Dostatecznie (np. > 25% kalectwa pokryty przez państwo)	Nie	Swedish National Patient Insurance Co. [Wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej]; <a href="http://www.hse.ie">www.hse.ie</a> ; <a href="http://www.higa.ie">www.higa.ie</a>
	1.4. Prawo do drugiej opinii		Tak	Tak, ale jest ona trudno dostępna w wyniku niedostatecznych informacji, biurokracji lub niechęci lekarzy	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. Wywiady osobiste
	1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej	Czy pacjenci mają dostęp do swojej dokumentacji medycznej?	Tak, pacjenci otrzymują kopię, prosząc o nią lekarza	Tak, ale wymaga to pisemnego wniosku lub dokumentacja jest dostępna do przejrzania jedynie pod nadzorem lekarza	Nie, nie ma takiego prawa ustawowego	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. Wywiady osobiste

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
	1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu	Czy opinia publiczna ma dostęp do informacji: „Czy lekarz X jest prawdziwym specjalistą?”	Tak, na stronie www lub w szeroko dostępnych publikacjach	„walk-through” Tak, ale w publikacjach, które są kosztowne lub których zdobycie jest kłopotliwe	Nie	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012. Krajowe rejestry lekarzy: <a href="http://www.sst.dk/Tilsyn/Indivduelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx">http://www.sst.dk/Tilsyn/Indivduelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx</a> ; <a href="http://">http://</a>
	1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej	Informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć następującą decyzję: „Po skorzystaniu z serwisu informacyjnego zażyję paracetamol i poczekam, co się wydarzy” lub „Natychmiastjadę do SOR najbliższego szpitala”	Tak	Tak, ale nie są one powszechnie dostępne lub opinia publiczna nie jest o nich wystarczająco informowana	Nie lub występują sporadycznie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. Wywiady osobiste. <a href="http://www.nhsdirect.nhs.uk/">http://www.nhsdirect.nhs.uk/</a> ; <a href="http://www.hse.ie/">www.hse.ie</a> ; <a href="http://www.ntpf.ie">http://www.ntpf.ie</a>
	1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta	Czy pacjenci mogą wybrać leczenie w innym państwie UE?	Tak, w tym nowe operacje przeprowadzane w szpitalu	Tak, ale powstępniej akceptacji, która zwykle uzyskuje się bez kłopotu, lub ograniczone do zabiegów ambulatoryjnych	Tak, ale powstępniej akceptacji lub w bardzo ograniczonym zakresie [formy opieki zdrowotnej nieoferowane w kraju zamieszkania pacjenta]	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną
	1.9. Katalog świadczonych usług	„Dr Foster” w Wielkiej Brytanii to typowy przykład „zielonego” wyniku punktowego. Wykaz „750 najlepszych klinik” opublikowany przez LePoint we Francji uzyskuje „żółty” wynik punktowy	Tak	W pewnym stopniu, tylko regionalny lub opinia publiczna nie jest o nim wystarczająco informowana	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. <a href="http://www.drfooster.co.uk/home.aspx">http://www.drfooster.co.uk/home.aspx</a> ; <a href="http://www.sundhedskvalitet.dk/">http://www.sundhedskvalitet.dk/</a> ; <a href="http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatistikInformasjon_2109_.aspx">http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatistikInformasjon_2109_.aspx</a> ; <a href="http://www.hiqa.ie/">http://www.hiqa.ie/</a> ; <a href="http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html">http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html</a>

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
	1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej	Procent praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystujących elektroniczne dane medyczne do postawienia diagnozy	≥90 % praktyk lekarzy rodzinnych	<90 ≥50%praktyk	< 50%praktyk	<a href="http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf">http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf</a> ; <a href="http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11">http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11</a> ; <a href="http://www.icgp.ie">www.icgp.ie</a> ; 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
	1.11. Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie	Czy pacjenci mogą zarezerwować wizytę u lekarza przez Internet?	Tak, jest to szeroko dostępne	Usługa oferowana tylko przez niektóre szpitale/laboratoria	Nie lub bardzo rzadko	Badanie zlecone Patient View 2012 przez HCP. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną
	1.12. e-recepty		W pełni funkcjonująca usługa e-recepty w całym kraju lub na znacznych obszarach niektórych regionów	Zaawansowane projekty pilotażowe w dziedzinie e-recept, które mają się przekształcić w usługi ciągłe, lub małe projekty pilotażowe, w przypadku których wyrażono ambicję polityczną, aby przekształcić się w ogólnokrajowe usługi e-recepty	Projekty w zakresie receptobejmujące tylko e-wydawanie lub z innych przyczyn niespełniające kryteriów definicji e-recept, lub brak działań w zakresie e-recept; wyłączenie deklaracji dotyczące polityki	"Theset-upofguidelinesinsupportofEuropeane-Prescription interoperability(2011 – 2013)", Empirica, Bonn



Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu	Czy mogę liczyć na to, że mój lekarz rodzinny przyjmie mnie <b>dzisiaj</b> ?	Tak	Tak, ale nie w pełni	Nie	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012. Krajowe rejestry lekarzy; Krajowe agencje ochrony zdrowia, www.vantetider.se
	2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty	Bez skierowania od lekarza rodzinnego	Tak	Dosyć często lub dla ograniczonej liczby specjalności	Nie	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012; Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe
	2.3. Poważne, nienagłe zabiegi operacyjne < 90 dni	Pomostowanie aortalno-wieńcowe/PTCA oraz wymiana stawu biodrowego/kolanowego	90% < 90 dni	50–90% < 90 dni	> 50% > 90 dni	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe
	2.4. Leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni	Czas do otrzymania radioterapii/chemioterapii od decyzji o jej przyznaniu	90% < 21 dni	50–90% < 21 dni	> 50% > 21 dni	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe, www.socialstyrelsen.se
	2.5. Badanie TK < 7 dni	Oczekiwanie na zaawansowaną diagnostykę (stany nieostre)	Zwyczajnie < 7 dni	Zwyczajnie < 21 dni	Zwyczajnie > 21 dni	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne Źródła informacji
3. Wyniki leczenia	3.1. Śmiertelność z powodu zawału serca	30-dniowa śmiertelność pacjentów hospitalizowanych z zawałem mięśnia sercowego (standaryzowana pod względem wieku)	< 4%	4 – < 6%	≥ 6%	Zestawienie na podstawie OECD Health Data 2011, WHO Deathly Mortality Database, krajowe rejestry zawałów serca
	3.2. Śmiertelność niemowląt	Na 1000 żywych urodzeń	< 4	< 6	≥ 6	WHO Europe Health for All Mortality Database, styczeń 2012, najnowsze dostępne dane statystyczne
	3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby	1 minus wskaźnik śmiertelności/zachorowalności 2008 („przeżywalność”)	≥ 55%	54,9 – 45%	< 45%	J. Ferlay et al., Annals of Oncology, 2010
	3.4. Utracone potencjalne lata życia	Wszystkie przyczyny, utraczone lata życia na 100 000 mieszkańców, 0 – 69	< 3000	3000 – 4500	> 4500	OECD Health Data 2011; WHO HfA, lipiec 2011; współczynnik SDR dla wszystkich przyczyn zgonów na 100 000, osoby w wieku 0 – 69
	3.5. Infekcje MRSA	Wyniki badań wrażliwości izolatów klinicznych gronkowca złocistego, proc.	< 5%	< 20%	> 20%	ECDCEARS-net, styczeń 2012 (większość danych 2010)
	3.6. Cesarskie cięcie	Liczba na 1000 żywych urodzeń; liczba niska = dobra opieka prenatalna	< 200	201 – 250	> 250	WHO Health for All Database, styczeń 2012
	3.7. Niezdiagnozowana cukrzyca	Całkowity odsetek populacji z niezdiagnozowaną cukrzycą 20 – 79 lat	< 2,6%	2,6 – 3,1%	> 3,1%	IDF Diabetes Atlas 2011
	3.8. Depresja	Średni wynik na podstawie 5 pytań dot. zdrowia psychicznego	≥ 67%	66 – 55%	< 55%	Special Eurobarometer 345, październik 2011; www.fhi.no; ”Psykisk helse i Norge 2011: 2”

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
4. Zapobieganie/ zakres i zasięg świadczonych usług	4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia jako proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia	≥ 80%	< 80% – > 70%	≤ 70%	Baza danych WHO HfA, styczeń 2012
	4.2. Operacje zaczął na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	Całkowita liczba zabiegów podzielona przez 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	> 5000	5000–3000	< 3000	OECD Health Data 2011, baza danych WHO HfA, lipiec 2011, WHO Prevention of Blindness and Visual Impairment Programme, European Community Health Indicators
	4.3. Szczepienia niemowląt	Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi oraz polio – średnia arytmetyczna	≥ 97%	≥ 97 – < 92%	< 92%	Baza danych WHO HfA, lipiec 2011
	4.4. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców	Żyjący i zmarli dawcy, zabiegi na milion mieszkańców	≥ 40	40–30	< 30	Biuletyn Rady Europy nr 16/2011
	4.5. Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia	Czy opieka stomatologiczna jest dotowana na tych samych warunkach co opieka somatyczna [pacjenci w wieku od 20 do 64 lat]?	Tak, pod względem finansowym traktowana jest tak jak inne formy opieki zdrowotnej	Refundacja > 40% kosztów	Dla osób w wieku 20–64 lata opiekaw zasadzie sprowadza się do wizyt w gabinetach prywatnych	European Observatory HIT Reports, OECD Health at a Glance, 2011, krajowe agencje ochrony zdrowia

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
	4.6. Wskaźnik przeprowadzania badań mammograficznych	Odsetek kobiet w wieku 50–69 lat poddanych badaniom przesiewowym, najbardziej aktualne dane: wartość docelowa dla Europy wynosi 70 proc.	≥ 70%	< 70% – > 50 %	≤ 50%	OECD Health Data 2011; WHO World Health Survey 2006
	4.7. Nieformalne opłaty świadczone lekarzom	Średnia odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”	Nie!	Czasami, zależy to od konkretnej sytuacji	Tak, często	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2012; krajowe rejestry lekarzy; krajowe agencje ochrony zdrowia
	4.8. Zapobieganie paleniu	Całkowity wynik na podstawie Tobacco Control Scale	≥ 51	50–41	≤ 40	Joossens, L.&Raw, M. „The Tobacco Control Scale 2010”
	4.9. Długofalowa opieka nad osobami starszymi	Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	≥ 6000	5999–3000	< 3000	Baza danych WHO HfA, styczeń 2012
	4.10. Procent dializ wykonywanych poza szpitalami	Proc. wszystkich pacjentów poddawanych hemodializie i dializie otrzewnowej w domu	≥ 20%	< 20% – > 10 %	≤ 10%	European Renal Association Annual Report 2009, www.ceapir.org

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	Wynik 3	Wynik 2	Wynik 1	Główne źródła informacji
5. Środki farmaceutyczne	5.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę	Odsetek całkowitego obrotu lekami (na receptę) refundowanymi ze środków publicznych	≥70%	69,9–50%	< 50%	Baza danych WHOHfA, styczeń 2012, PATIENTSW.A.I.T.IN-DICATOR, Raport 2010 – przygotowany na podstawie bazy danych FPIA (pierwsze pozwolenie na wprowadzenie do obrotu w UE w okresie 2007–09)
	5.2. Farmakopea stosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (Internet lub szeroko dostępne publikacje)?	Czy istnieje farmakopea stosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (Internet lub szeroko dostępne publikacje)?	Tak; podmiot przekazujący informacje jest ujawniony i bierze za to odpowiedzialność	Tak, ale nie jest łatwo stwierdzić, kto przekazuje informacje	Nie	Badanie zlecone Patient View przez HCP 2011; krajowe agencje ds. produktów medycznych
	5.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych	Kod ATC: L01XC (przeciwi ciała monoklonalne) na jednego mieszkańca, mln EUR na milion mieszkańców	Intensywniejsze niż średnia UE	Zbliżone do średniej UE	Mniej intensywne niż średnia UE	Baza danych IMS MIDAS, cały rok 2011
	5.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)	Czas pomiędzy rejestracją a włączeniem do systemu refundacji	< 150 dni	< 300 dni	> 300 dni	Raporty Patients W.A.I.T. Indicator 2010 i 2011 – przygotowane na podstawie bazy danych EFPIA
	5.5. Leki na chorobę Alzheimera	Kody ATC: N06DAI N06DX; najdługiego mieszkańca powyżej 65. roku życia	> 10 000 jedn. stand. na mln mieszkańców	10 000–5000 jedn. stand. na mln mieszkańców	< 5000 jedn. stand. na mln mieszkańców	Baza danych IMS MIDAS, cały rok 2011
	5.6. Leki na schizofrenię	N05A, wyjąwszy N05AN (leki przeciwpsychotyczne poza preparatami litu); na jednego mieszkańca, mln EUR na milion mieszkańców	> 10	10–5	< 5	Baza danych IMS MIDAS, cały rok 2011
	5.7. Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami	Proc. mieszkańców wiedzących, że antybiotyki są nieskuteczne w walce z przeziębieniami i gripą	≥60%	59–40%	≤39%	Special Eurobarometer 338, kwiecień 2010

**Tabela 9.9; 9.7 Definicje wskaźników i źródła danych dla rankingu EHCI 2012.**

#### 9.7.1. DODATKOWE GROMADZENIE DANYCH – BADANIE ANKIETOWE

Poza uzyskaniem danych ogólnie dostępnych źródeł, podobnie jak w przypadku Indeksów 2005–2009, organizacji Patient View (PV) zlecono przeprowadzenie ankiety internetowej wśród organizacji reprezentujących pacjentów (Patient View ma siedzibę w Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, tel.: 0044-(0) 1547-520-965, e-mail: info@patient-view.com). W roku 2009 badanie uwzględniło pięć wskaźników dotyczących „Czasu oczekiwania”, nowe wskaźniki w podkategorii „e-Zdrowie” oraz inne wskaźniki wymienione w Załączniku 1. Odpowiedzi przesłało łącznie 1114 organizacji reprezentujących pacjentów. Najmniejsza liczba odpowiedzi z jednego kraju wynosiła 4 (Albania i Islandia), nie licząc BJR Macedonii, z której nadeszła zaledwie jedna odpowiedź.

Począwszy od 2009 roku krajowe agencje współpracują z HCP dużo lepiej, znacznie ambitniej. Z tego powodu, przydzielając wartości punktowe poszczególnym wskaźnikom, z dużą ostrożnością podeszliśmy do odpowiedzi udzielonych w ankiecie PV. W przypadku każdego wskaźnika, dla którego HCP uzyskał wiele informacji z oficjalnych źródeł danego kraju (tzn. informacje zawierające rzeczywiste dane wspierające przyznany wynik punktowy), jeśli odpowiedzi udzielone w ankiecie PV wskazywały na sytuację zupełnie odmienną od przedstawionej przez źródła oficjalne, wyniki ankiety PV były wykorzystywane jedynie do modyfikacji wyników punktowych opartych na danych otrzymanych z oficjalnych źródeł danego kraju.

W rezultacie, w przeciwieństwie do rankingu z 2008 roku, ankieta PV nie została wykorzystana jako źródło danych CUTS (patrz dział 9.11) dla wskaźników określających czas oczekiwania pacjentów ani dla innych wskaźników (poza wskaźnikiem „4.7. Nieformalne opłaty świadczone lekarzom”).

#### 9.7.2. DODATKOWE GROMADZENIE DANYCH – INFORMACJE UZYSKANE OD MINISTERSTW / AGENCJI KRAJOWYCH

Wstępne tabele punktowe zostały w dniu 27 lutego 2012 roku przesłane do ministerstw zdrowia lub agencji we wszystkich 34 krajach ujętych w rankingu. Stworzyło to im możliwość przekazania danych bardziej aktualnych i/lub wyższej jakości niż pochodzące ze źródeł ogólnodostępnych.

Do procedury tej przygotowywano się wiosną i latem 2009 roku poprzez intensywną wymianę korespondencji listownej i elektronicznej, prowadzenie rozmów telefonicznych oraz poprzez wizyty w ministerstwach/agencjach. Ostatecznie zgromadziliśmy informacje pochodzące z oficjalnych źródeł krajowych, otrzymane w formie zwracanych „tabel punktowych dla pojedynczych krajów” i/lub zebrane w trakcie dyskusji prowadzonych podczas osobistych wizyt w ministerstwach zdrowia/agencjach krajowych. Przedstawia to poniższa tabela.

Kraj	Udzielił odpowiedzi w 2006 roku	Udzielił odpowiedzi w 2007 roku	Udzielił odpowiedzi w 2008 roku	Udzielił odpowiedzi w 2009 roku	Udzielił odpowiedzi w 2012 roku
Albania	niedotyczy	niedotyczy	niedotyczy	√	√
Austria		√	√	√	√
Belgia	√			√	
Bułgaria	niedotyczy	√		√	√
Chorwacja	niedotyczy	niedotyczy	√	√	√

Cypr	√			√	√
Czechy	√		√		√
Dania		√	√	√	√
Estonia	√	√	√	√	
Finlandia	√	√	√	√	√
Francja		√			
Macedonia	niedotyczy	niedotyczy		√	
Niemcy					√
Grecja			√	√	√
Węgry	√	√	√	√	√
Islandia	niedotyczy	niedotyczy	niedotyczy	√	√
Irlandia		√	√	√	√
Włochy				√	√
Łotwa	√			√	√
Litwa		√	√	√	√
Luksemburg		√	√	√	√
Malta	√	√			√
Holandia	√			√	√
Norwegia	niedotyczy				
Polska	√	√	√	√	√
Portugalia	√			√	√
Rumunia	niedotyczy	√	√	√	√
Serbia	niedotyczy	niedotyczy	niedotyczy	niedotyczy	√
Słowacja		√			√
Słowenia	√		√	√	
Hiszpania		√			
Szwecja					
Szwajcaria			√		
Wielka Brytania		√			√

Tabele przesłane krajowym agencjom ochrony zdrowia zawierały jedynie wyniki punktowe dla danego kraju. Akceptowano poprawki, ale wyłącznie rzeczywistych danych, a nie po prostu wyniku punktowego (nierzadko z „czerwonego” na lepszy). Nieoczekiwanie okazało się, że często przeważała zwykła uczciwość i wyniki były korygowane w stronę niższych wartości punktowych.

## 9.8. USTAWIENIA WARTOŚCI PROGOWYCH

Nie zamierzaliśmy stworzyć uniwersalnej, opartej na podstawach naukowych, zasady ustalania wartości progowych umożliwiających uzyskanie „zielonych”, „żółtych” lub „czerwonych” wyników punktowych dla różnych wskaźników. Wartości progowe zostały ustalone po przeanalizowaniu rzeczywistych parametrów, by uniknąć otrzymania wskaźników pokazujących „wyłącznie zielone wyniki punktowe” lub „całkowicie czerwone wyniki punktowe”.

Ustawienie wartości progowych zwykle sprowadza się do przeanalizowania wykresu słupkowego przedstawiającego dane dotyczące wartości wskaźnika, w kolejności rosnącej. Powstała w ten sposób krzywa, zwykle w kształcie litery „S”, jest następnie analizowana pod kątem występujących w niej przewężeń, które mogą być charakterystyczne dla grupy państw. Przewężenia takie są często traktowane jako wartości początkowe wyników punktowych. Nieznacznie preferowane są także wartości progowe charakteryzujące się liczbami parzystymi.

Wydażność krajowych systemów opieki zdrowotnej została oceniona na podstawie skali trzypunktowej dla każdego wskaźnika (więcej informacji w dziale Punktacja).

Dla każdej z sześciu podkategorii wynik punktowy danego kraju obliczono jako odsetek maksymalnej ilości punktów (np. dla „Wyników leczenia” wynik punktowy danego kraju obliczono jako procent maksymalnej liczby punktów:  $7 \times 3 = 21$ ).

Wyniki w podkategoriach zostały pomnożone przez współczynniki wagi podane w następnym dziale, i zsumowane, dając całkowity wynik punktowy kraju. Tak uzyskane wyniki zaokrąglono do trzycyfrowej liczby całkowitej. Powstał w ten sposób system punktacji, w którym kraj uzyskujący „wszystkie zielone wyniki” zdobywa 1000 punktów, a mający „wszystkie czerwone wyniki” – 333 punkty.

Jednym z powodów (mniej znaczącym) stworzenia tej nieco złożonej metodologii przyznawania punktacji był element „konkurencyjności” Indeksu Opieki Kardiologicznej (Heart Index), obniżający prawdopodobieństwo zajęcia tego samego miejsca przez kilka krajów. Podobnie zmienił punktację na przykład Konkurs Piosenki Eurowizji, po tym jak w 1969 roku cztery kraje zajęły ex aequo cztery pierwsze miejsca.

Na koniec należy nadmienić, że HCP jest organizacją motywowaną przez wartości. Jesteśmy zwolennikami przyznawania pacjentowi/konsumentowi praw i możliwości wyboru, z czym się łączy najwyższy nacisk na wysoką jakość i powszechną dostępność usług zdrowotnych. Jak pokazuje wskaźnik „Jakość informacji o świadczeniodawcach usług zdrowotnych”, takie podejście prowadzi czasami do włączenia do rankingu wskaźników, w przypadku których jedynie niewielka liczba krajów uzyskuje „zielone” wyniki punktowe (w tym przypadku Dania, Holandia, Wielka Brytania, Francja, Norwegia, Portugalia i Słowacja).

## 9.9. ŹRÓDŁA DANYCH CUTS

Jeśli tylko było to możliwe, starano się tak prowadzić proces zbierania danych, żeby spełniały one kryteria CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). Jeśli dane określające parametr podstawowy dla jakiegoś wskaźnika są dostępne dla wszystkich lub większości z 34 krajów w jednym, wiarygodnym źródle, zdecydowanie preferuje się wykorzystywanie danych CUTS jako podstawy wyniku punktowego dla danego wskaźnika. Do źródeł danych CUTS zaliczymy EUCID, bazy WHO, OECD Health, specjalne badania Eurobarometru i publikacje naukowe wykorzystujące jasno określoną, ustaloną metodologię.

Poza wyjątkową efektywnością tego podejścia podstawowym powodem skoncentrowania się na danych CUTS jest fakt, że gromadzenie danych opartych głównie na informacjach uzyskanych z 34 źródeł krajowych, nawet jeśli tymi źródłami są ministerstwa zdrowia lub krajowe agencje ochrony zdrowia bądź urzędy statystyczne, na ogół prowadzi do zakłócenia spójności tak uzyskanych danych. Powszechnie spotykanym problemem staje się trudność uzyskania precyzyjnych odpowiedzi z wielu źródeł, nawet jeśli odpowiadające na to samo dobrze zdefiniowane pytanie. Na przykład w przypadku jednego z poprzednich Indeksów trudności sprawiało pytanie o tak dobrze zdefiniowany wskaźnik jak „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 swojemu wynikowi, konieczne było



trzykrotne zadanie pytania na piśmie, zanim przedstawiciel władz krajowych (bardzo dobrze wykształceni) zauważył, że wskaźnik dotyczył „mężczyzn powyżej 45. roku życia”, a nie całej populacji. Należy podkreślić, że także w przypadku zidentyfikowania danych CUTS dla danego wskaźnika są one poddawane analizie polegającej na zastosowaniu procedur weryfikacji opartych na niezależnych źródłach, ponieważ wielokrotnie się zdarzało, że ze źródeł krajowych lub publikacji naukowych udawało się nam zdobyć dane nowsze i/lub bardziej precyzyjne.

#### 9.9.1. CZYNNIK „SKRZYNI BIEGÓW ROLLS-ROYCE’A”

Preferujemy dane CUTS, kiedy to tylko możliwe, z tego samego powodu, dla którego Rolls-Royce (w okresie poprzedzającym przejście przez BMW) nie konstruował własnych skrzyń biegów. Firma wyjaśniła to w następująco: „Po prostu nie jesteśmy w stanie skonstruować skrzyni biegów lepszej od tych, które możemy uzyskać z zewnątrz, i dlatego właśnie nie wytwarzamy ich sami”. W niewielkiej organizacji, jaką jest HCP, ta sama sytuacja pojawiłaby się w przypadku wskaźnika objętego na przykład badaniami Eurobarometru czy ujętego w bazie danych WHO HfA.

## 9.10. TREŚĆ WSKAŹNIKÓW UJĘTYCH W EHCI 2012

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowotnego 2012 gromadzi dane na temat 42 wskaźników wydajności systemu opieki zdrowotnej, grupując je w pięciu podkategoriach. Każda z tych podkategorii jest odzwierciedleniem pewnej kwestii, np. wyników leczenia czy implementacji rozwiązań z zakresu e-Zdrowia.

W niniejszym raporcie wskaźnikom nadano numery, żeby ułatwić czytelnikowi zapoznanie się z nimi.

Gdzie było to możliwe, zastosowano dane CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat tej metody, typowej dla prac badawczych prowadzonych przez HCP, prosimy o zapoznanie się z działem „Źródła danych CUTS”.

#### 9.10.1. PRAWA PACJENTÓW I INFORMACJE

Podkategoria ta określa zdolność systemu opieki zdrowotnej do zapewnienia pacjentowi pozycji, która jest wystarczająco mocna, żeby zmniejszać nierówności informacyjne pomiędzy nim a pracownikiem służby zdrowia.

Dlaczego HCP darzy tę podkategorię szczególną sympatią? Ponieważ obejmuje ona wskaźniki niezależne od PKB. Nawet najbardziej biedne kraje mogą sobie pozwolić na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia po raz kolejny jest dowodem słuszności powyższego stwierdzenia.

Podkategoria ta zawiera dwanaście wskaźników.

### **1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta**

Czy krajowe ustawodawstwo jednoznacznie uwzględnia prawa pacjentów? Na poziomie ustaw czy innych aktów legislacyjnych? Czy istnieją kodeksy etyki zawodowej, karty praw pacjenta, etc.?

Źródła danych: [http://europatientrights.eu/about\\_us.html](http://europatientrights.eu/about_us.html); ustawa o prawach pacjenta (załącznik 1 do raportu EHCI wykorzystany jako materiał wyjściowy); aktualizacje na podstawie raportów European Observatory HiT, informacji z krajowych agencji ochrony zdrowia, badań opartych na zasobach internetowych, analizy czasopism; dane niezaliczające się do CUTS (dane non-CUTS).

### **1.2. Organizacje reprezentujące pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny**

Czy organizacje reprezentujące pacjentów mają prawo do uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną? Czasami odkrywamy, że organizacje te są zachęcane do angażowania się w proces decyzyjny, czasami robią to na podstawie przepisów prawa, czasami nieoficjalnie, ale zwykle robią to w sposób formalny, bez realnej ingerencji, lub w ogóle nie uczestniczą w procesie.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

### **1.3. Ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej**

Czy pacjenci otrzymują stosowne odszkodowania bez pomocy wymiaru sprawiedliwości? Czy warunkiem wstępnym uzyskania odszkodowania jest dowiedzenie, który z pracowników ochrony zdrowia popełnił błąd? Co roku członkowie zespołu badawczego HCP spotykają urzędników ochrony zdrowia wysokiego szczebla, którzy nigdy nie słyszeli o systemie ubezpieczeń od niezawinionych błędów lekarskich, takim jak działający w Skandynawii. Od 2009 roku w wielu krajach trwa jednak wyraźna poprawa w tej dziedzinie.

Źródła danych: Swedish National Patient Insurance Co. (Wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); [www.hse.ie](http://www.hse.ie); [www.hiqa.ie](http://www.hiqa.ie); krajowe agencje ochrony zdrowia; badania oparte na zasobach internetowych; analiza czasopism; dane non-CUTS.

### **1.4. Prawo do drugiej opinii**

Podobnie jak w innych dziedzinach życia, niewiele jest pytań dotyczących stanu zdrowia, na które można udzielić jednej tylko odpowiedzi. Czy zatem pacjenci mają prawo do uzyskania drugiej opinii na temat stanu swojego zdrowia bez konieczności wnoszenia dodatkowych opłat? Czy jest to formalnie usankcjonowane prawo, lecz niecodziennie stosowane w praktyce, czy też może od dawna obowiązująca zasada prawna?

Krajom, w których to prawo istnieje na papierze, ale organizacje reprezentujące pacjentów niewiele o nim wiedzą, przyznano „żółty” wynik punktowy zamiast „zielonego”, który zostałby przyznany, gdyby sytuacja była sformalizowana.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

### **1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej**

Czy pacjenci mają łatwy dostęp do własnej dokumentacji medycznej mogą się z nią zapoznać? Trudno w to uwierzyć, ale w niektórych miejscach w Europie osobista dokumentacja medyczna jest chroniona

tak bardzo, że pacjent nie ma dostępu do własnych danych medycznych. Jest to o tyle niezwykle, że dyrektywa o ochronie danych jednoznacznie stwierdza, że przepisy powinny nadać pacjentowi takie prawo. W innych krajach pacjenci także są pozbawieni dostępu do dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia im się, że to dla ich własnego dobra. W ostatnich latach w wielu krajach sytuacja wydaje się jednak iść ku lepszemu.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych i informacji prasowych; dane non-CUTS.

#### **1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu**

Czy społeczeństwo może się łatwo dowiedzieć, „czy lekarz X jest prawdziwym specjalistą?”. Uzyskanie odpowiedzi na to pytanie wymaga istnienia usługi internetowej/telefonicznej. Internetowe spisy (yellow pages) nie dają krajowi „zielonego” wyniku – z wyjątkiem Luksemburga, gdzie rozdział spisu poświęcony lekarzom recenzowany jest co roku przez Ministerstwo Zdrowia. Rejestr taki jest bardzo prosty do stworzenia i nie wiąże się to z dużymi kosztami, ale wciąż bardzo trudno znaleźć źródła informacji.

Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe rejestry lekarzy; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych i informacji prasowych; dane non-CUTS.

#### **1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej**

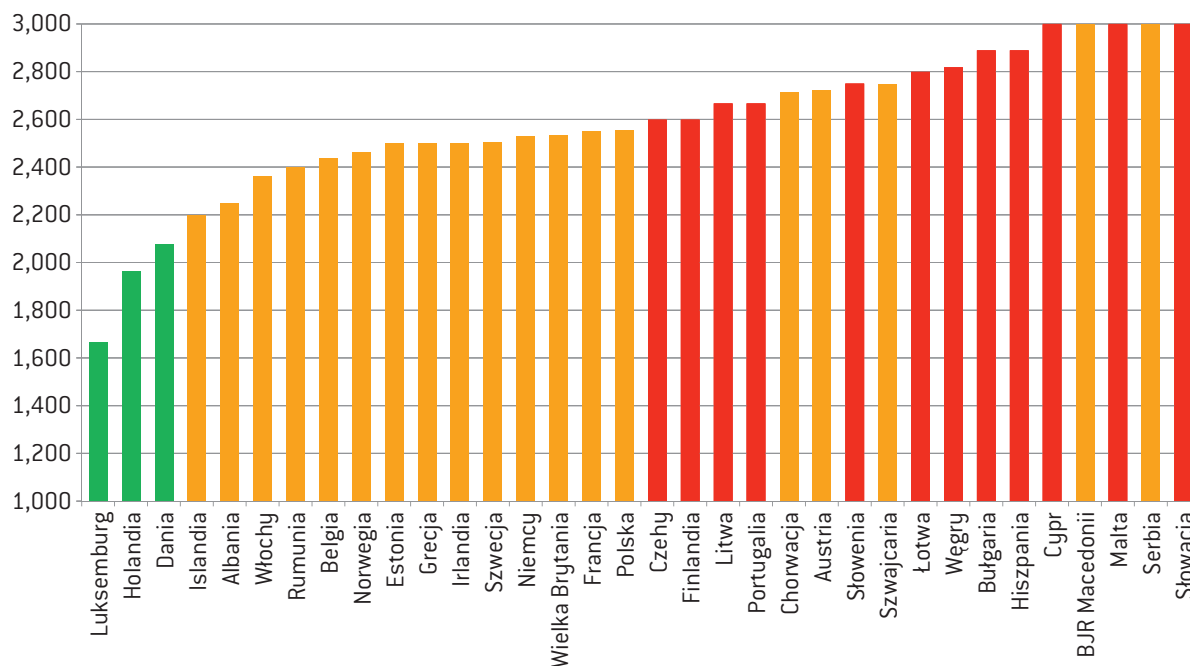
Prosty opis tego wskaźnika wykorzystany w poprzednich edycjach nie uległ zmianie w 2012 roku: chodzi o informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć decyzje w rodzaju „Zażyję paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast jadę do SOR najbliższego szpitala”. Najpełniejsza usługa tego rodzaju oferowana jest przez British NHS Direct. W 2012 roku wiele krajów opracowało zdecentralizowane rozwiązania, takie jak całodobowe gabinety pierwszej pomocy, które udzielają takich informacji.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych; dane non-CUTS.

#### **1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania**

Po ukazaniu się wiosną 2009 roku projektu dyrektywy UE dotyczącej transgranicznej opieki zdrowotnej ponownie wprowadzono wskaźnik mobilności transgranicznej w formie, jaką miał on w 2007 roku. Jedynymi krajami, które uzyskały „zielone” wyniki, są Dania, Luksemburg i Holandia. W okresie pomiędzy listopadem 2008 roku a 30 czerwca 2009 roku w Danii wprowadzone tam w 2007 roku prawo dotyczące swobodnej mobilności w UE było zawieszono obecnie jednak uzyskało ono ponownie moc obowiązującą. „Zielony” wynik punktowy Luksemburga może się wydawać „oszustwem”, ale w sektorach publicznych skłonnych do korzystania z miejscowych środków zdroworozsądkowe powstrzymywanie się tego kraju od tworzenia własnego, pełnego systemu usług zdrowotnych (na który z całą pewnością mógłby sobie pozwolić) i pozwalanie swoim obywatelom na szukanie usług zdrowotnych w krajach sąsiednich zasługuje na prawdziwe uznanie.

**Wykres 12: Wiedza organizacji reprezentujących pacjentów na temat dostępności do transgranicznej opieki zdrowotnej (1,0 = wszystkie „tak”; 3,0 = wszystkie „nie”)**



Źródło: badanie zleczone PatientView przez HCP na potrzeby Europejskiego Indeksu Opieki Kardiologicznej 2012; krajowe agencje ochrony zdrowia.

Po przyjęciu w 2011 roku unijnej dyrektywy transgranicznej rzeczywiście jej wdrożenie zajmie trochę czasu. Poza Holandią, która jest godnym uwagi wyjątkiem, wydaje się, że mamy do czynienia z powszechnym problemem polegającym na obsesji na punkcie kontroli (nazbyt zaniepokojone organy nadzoru?) u osób zarządzających służbą zdrowia, co spowalnia cały proces. Wygląda na to, że rozpowszechnienie holenderskiej opinii, że „swobodny dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej nie przekroczy 1 procentu budżetu przeznaczanego na służbę zdrowia”, wymaga specjalnych wysiłków.

Powyższy wykres przedstawia wyniki badania HCP. Żółte słupki pośród słupków czerwonych to zwykle kraje spoza UE, które uzyskują wynik „nie dotyczy”.

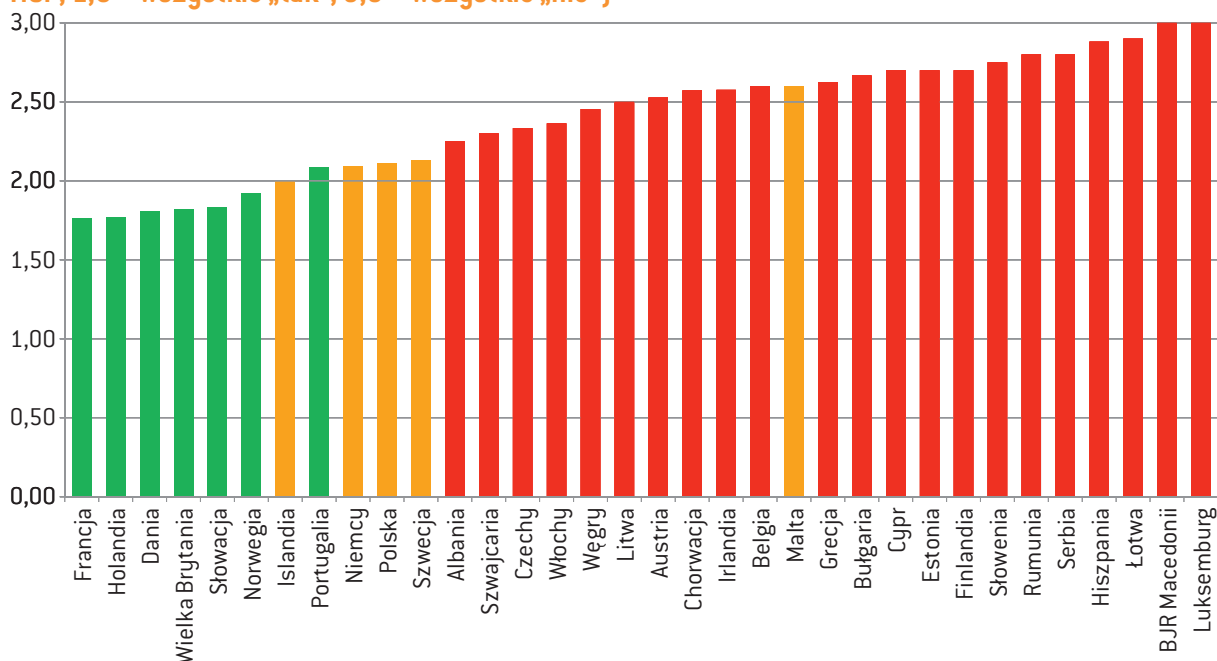
### 1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem świadczonych usług

W 2005 roku brytyjska organizacja o nazwie Dr. Foster była jedyną gwiazdą na firmamencie instytucji zajmujących się dostarczaniem wykazów świadczeniodawców usług zdrowotnych (szpitali), na podstawie których pacjenci mogli się zorientować, które szpitale uzyskują dobre wyniki w kategoriach wskaźników skuteczności leczenia lub odsetka przeżywalności pacjentów.

W 2012 roku takich organizacji było tylko o kilka więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem najbardziej godnym uwagi jest duńska organizacja [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk), która ocenia szpitale, przyznając im od jednej do pięciu gwiazdek, jakby były hotelami, i podaje wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

W 2009 roku duńska [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) była standardowym europejskim przykładem „zielonego” wyniku punktowego. Ranking „750 najlepszych klinik” publikowany przez tygodnik LePoint we Francji uzyskuje „zielony” wynik punkowy w 2012 roku, gdyż z badania HCP wynika, że jest on bardzo dobrze znany pacjentom. Wynik taki w 2012 roku uzyskują też Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowenia. Niemcy, które uzyskały „zielony” wynik w 2009 roku, teraz mają tylko „żółty”, gdyż ograniczono dostęp do internetowego systemu BQS.

**Wykres 13: Wiedza na temat dostępności do „katalogu” szpitali opisującego wyniki leczenia (badanie HCP; 1,0 = wszystkie „tak”, 3,0 = wszystkie „nie”)**



Źródło: <http://www.drifoster.co.uk/home.aspx>; <http://www.sundhedskvalitet.dk>; [http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon\\_2109.aspx](http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2109.aspx); <http://www.hiqa.ie>; <http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html>; [www.bqs-](http://www.bqs-); dane non-CUTS.

W odróżnieniu od lat poprzednich, w 2012 roku widać bardzo wyraźną korelację między istnieniem ogólnie dostępnych informacji o wynikach leczenia i wiedzą opinii publicznej o ich istnieniu. Islandia i Malta uzyskały wynik „nie dotyczy”, gdyż na każdej z tych wysp jest tylko jeden szpital z prawdziwego zdarzenia.

### 1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej

Odsetek praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystujących komputery do przechowywania danych medycznych pacjenta dotyczących diagnozowanych chorób.

Źródła danych: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl126\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf); <http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11>; [www.icgp.ie](http://www.icgp.ie); Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians „Benchmarking ICT use among GPs in Europe”; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy (s. 60), Gartner Group; dane CUTS.

### 1.11. Czy pacjenci mają dostęp do internetowych form umawiania się na wizyty lekarskie?

Stosunek podaży do popytu jest w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów lub poważnych zabiegów operacyjnych bardzo zbliżony do problemu pokoi hotelowych lub wakacji organizowanych przez biura

podróży. Nie ma powodów, dla których pacjenci nie mogliby rezerwować wolnych „miejsc” w dogodnym dla siebie momencie. Praktyka taka nie jest często stosowana w Europie; w 2009 roku jeden z zaledwie dwóch wyników „zielonych” w tej podkategorii uzyskała Portugalia, w której „4 miliony mieszkańców okolic Lizbony” mają dostęp do takiej usługi. W 2012 roku sześć krajów udostępniło tę usługę znacznym grupom obywateli, co jest niemałym osiągnięciem!

Źródła danych: Badanie zlecone Patient View w 2012 roku przez HCP; krajowe urzędy ochrony zdrowia.

### 1.12. e-Recepty

Punktacja:

Wynik „zielony”: „W pełni funkcjonująca usługa e-Recepty w całym kraju lub na znacznych obszarach niektórych regionów”.

Wynik „żółty”: „Zaawansowane projekty pilotażowe w dziedzinie e-Recepty, które mają się przekształcić w usługi ciągłe” lub „Małe projekty pilotażowe, w przypadku których wyrażono ambicję polityczną, żeby się przekształciły w ogólnokrajowe usługi e-Recepty”.

Wynik „czerwony”: „Projekty w zakresie recept obejmujące tylko e-Wydawanie lub z innych przyczyn niespełniające kryteriów definicji e-Recepty” lub „Brak działań w zakresie e-Recepty; wyłącznie deklaracje dotyczące polityki”.

Szwecja dzięki centralnemu systemowi aptecznemu jest tu wzorem do naśladowania: ponad 85 procent recept jest wysyłanych do centralnej skrzynki e-mailowej, a pacjenci mogą się udać do dowolnej apteki w kraju i po prostu ściągnąć receptę ze skrzynki.

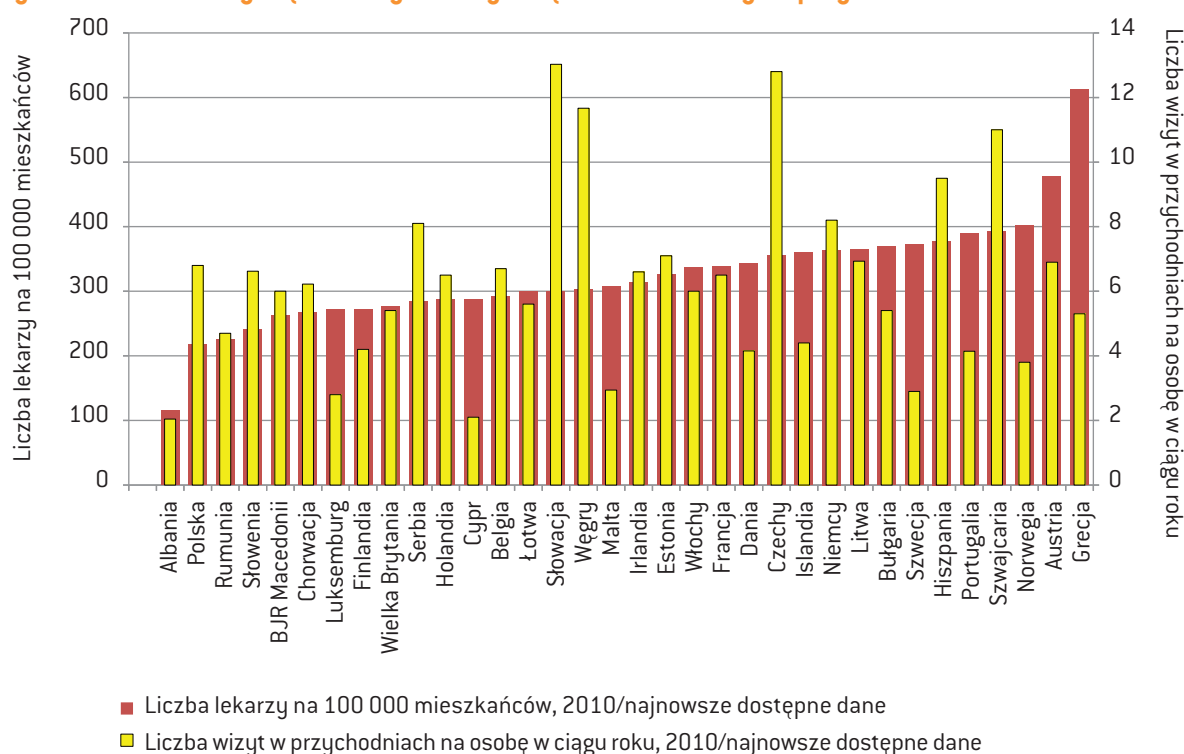
Źródła danych: „The set-up of guidelines in support of European e-Prescription interoperability (2011–2013)”, Empirica, Bonn (kontakty bezpośrednie, badanie w toku); krajowe agencje ochrony zdrowia.

## 9.10.2. CZAS OCZEKIWANIA NA LECZENIE

### 2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu

Czy pacjent może liczyć na wizytę u lekarza rodzinnego w tym samym dniu, gdyż jest przekonany, że wymaga tego jego stan zdrowia? Wskaźnik ten w zasadzie pokazuje, że nie ma wyjaśnienia dla czasu oczekiwania pacjentów na wizytę u lekarza rodzinnego: wyniki wydają się rozmieszczone przypadkowo i nie istnieje ich współzależność z kwestiami finansowymi (PKB lub wydatkami na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca), zakresem świadczonych usług ani gęstością sieci podstawowej opieki zdrowotnej (zob. wykres poniżej). W pewnych krajach, po których raczej nie spodziewalibyśmy się takiej sytuacji, lekarz rodzinny ma nawet obowiązek odbierania 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu telefonów od każdego pacjenta zarejestrowanego w prowadzonym przez siebie gabinecie.

**Wykres 14: Dane dotyczące liczby lekarzy i częstotliwości wizyt w przychodniach**



Źródło: bazy danych WHO Health for All, styczeń 2012 r.

Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; analiza czasopism; dane non-CUTS

## 2.2. Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty

Czy pacjenci mogą odbyć wizytę u lekarza specjalisty bez konieczności uzyskania wcześniejszego skierowania od lekarza opieki podstawowej?

Ten wskaźnik jest najbardziej kwestionowany w całej historii indeksów HCP. Pomimo to, lub może właśnie wskutek tego, jest on wykorzystywany od 2005 roku i wydaje się potwierdzać pogląd, że „oparcie systemów opieki zdrowotnej na lekarzach rodzinnych nie ma żadnego wpływu na poziom kosztów opieki ambulatoryjnej, poziom wszystkich kosztów opieki zdrowotnej ani na wzrost całkowitych kosztów takiej opieki”<sup>5</sup>.

Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia i urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną; [http://www.im.dk/publikationer/healthcare\\_in\\_dk/healthcare.pdf](http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf); <http://www.ic.nhs.uk/>; <http://www.oecd.org>, [www.vantetider.se.](http://www.vantetider.se.); dane non-CUTS.

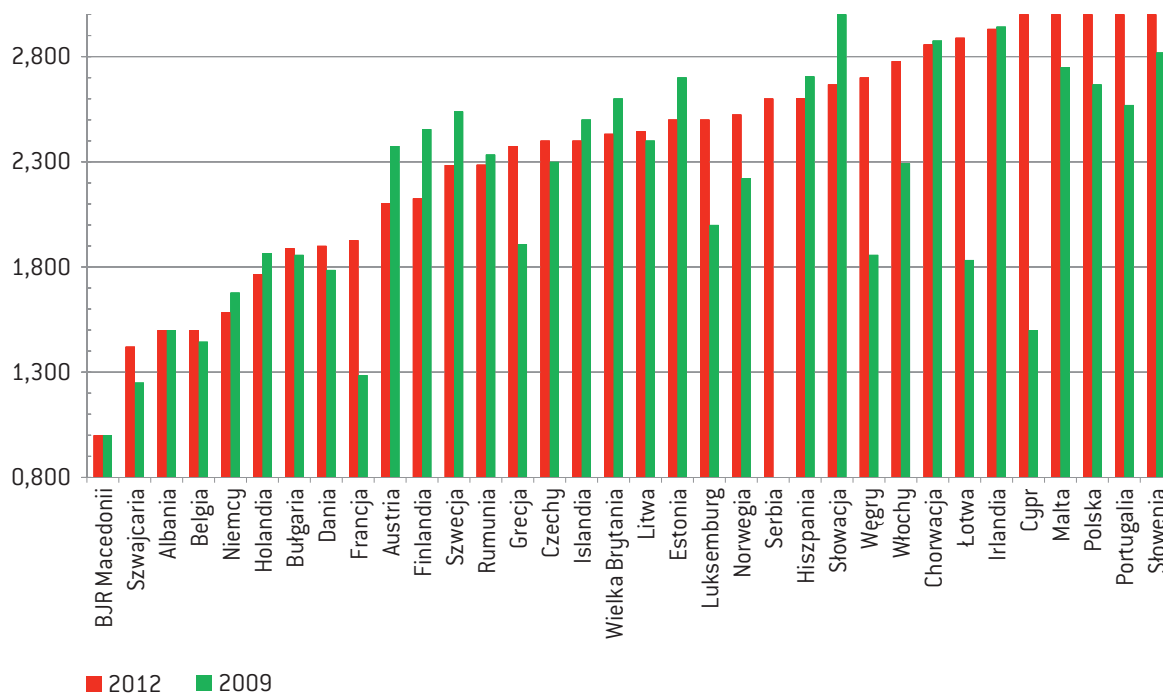
## 2.3. Czas oczekiwania na poważne, nienagłe zabiegi operacyjne < 90 dni

Jaki jest odstęp czasowy pomiędzy diagnozą a leczeniem dla koszyka takich zabiegów, jak pomostowanie aortalno-więcowe/ PTCA i wymiana stawu biodrowego/kolanowego? Trudno nie dostrzec, że już sam fakt

5 G. Van Merode, A. Paulus, P. Groenewegen: *Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?* J Health Serv Res Policy. 2000 Jan;5 (1):22–6. Patrz także Kroneman et al: *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study.* HealthPolicy 76 (2006) 72–79.

prowadzenia przez niektóre kraje oficjalnych statystyk czasu oczekiwania pacjentów (Irlandia, Szwecja, Wielka Brytania, etc.) nie najlepiej o nich świadczy. Niemcy, gdzie czas oczekiwania pacjentów waha się w przedziale od 2 do 3 tygodni, nigdy nie czuły potrzeby zbierania danych na ten temat, zasadniczo z tego samego powodu, dla którego Madryt dysponuje mniejszą ilością pługów śnieżnych niż Helsinki.

**Wykres 15: Wyniki w podkategorii „oczekiwanie na planowy zabieg operacyjny” (1,0 = brak oczekiwania; 3,0 = „wszyscy” czekają ponad 3 miesiące)**



Źródło: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

Jak pokazuje wykres, jest to jeden z niewielu wskaźników EHCI, w przypadku których widać wpływ kryzysu finansowego: wydaje się, że czas oczekiwania na (drogie) operacje planowane się wydłużył, szczególnie w krajach, gdzie kryzys jest szczególnie dotkliwy.

#### 2.4. Czas oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni

Czas od momentu podjęcia decyzji o radioterapii/chemioterapii do momentu jej przeprowadzenia. Maksymalny czas oczekiwania dla wyniku „zielonego” jest i powinien być znacznie krótszy niż w przypadku zabiegów planowych. Obiecujące jest to, że ogólny poziom dostępności do leczenia przeciwnowotworowego jest wyższy niż w przypadku operacji planowych także po uwzględnieniu zdecydowanie większej różnicy czasu wymaganej do osiągnięcia „zielonego” wyniku punktowego (21 wobec 90 dni).

Źródła danych: badanie zleczone przez HCP w 2012 roku; raport na temat oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe opracowany przez Szwedzką Radę Zdrowia i Opieki Społecznej (2011); krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

#### 2.5. Czas oczekiwania na tomografię komputerową (TK) < 7 dni

Czas od podjęcia decyzji o konieczności przeprowadzenia badania do momentu badania wybrany został jako wskaźnik reprezentatywny dla czasów oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne.



Pewną trudność sprawiło nakłonienie respondentów (w krajowych agencjach ochrony zdrowia) do nie-stosowania w udzielanych odpowiedziach kategorii badania stanów „ostrych” lub „nieostrych”. Należy ponownie podkreślić, że czas oczekiwania na badanie TK świadczy o kiepskiej jakości usług medycznych i zwiększa koszty opieki zdrowotnej, a nie prowadzi do oszczędności, ponieważ procedura utrzymywania ciągłego kontaktu z pacjentami przez okres całych tygodni/miesiący związana jest ze znacznymi kosztami, a samo badanie jest tańsze, jeśli pacjent (i świadczeniodawca usługi) ma świeżo w pamięci zasadniczy powód przeprowadzenia badania.

Źródła danych: badanie zlecone przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

### 9.10.3. WYNIKI LECZENIA

Podkategoria ta ocenia wydajność systemów opieki zdrowotnej różnych krajów pod względem uzyskiwanych przez nie wyników leczenia. Pracownicy służby zdrowia czasami mają tendencję do patrzenia na systemy ochrony zdrowia głównie przez pryzmat uzyskiwanych przez nie wyników – twierdząc, że tak naprawdę liczy się tylko wynik. Do pewnego stopnia jest to słuszna teza, co ma swoje odbicie w wagach przyznanych wskaźnikom tej podkategorii.

#### 3.1. Śmiertelność z powodu zawałów serca wśród osób hospitalizowanych<sup>6</sup>

Dostępne w Europie dane dotyczące tego istotnego wskaźnika są szokująco fragmentaryczne i niespójne. W raporcie OECD zatytułowanym „Health at a Glance” (grudzień 2007) podano informacje na temat łącznej 30-dniowej śmiertelności wśród pacjentów po zawale serca. W 2011 roku OECD musiała pogodzić się z faktem, że większość państw ma problemy z przekazywaniem danych na temat tej śmiertelności i zaczęła korzystać z danych na temat 30-dniowej śmiertelności wśród osób *hospitalizowanych*. Choć śmiertelność wśród osób hospitalizowanych jest gorszym wskaźnikiem (jest on podatny na wahania wywołane przez zmiany wynikające z sytuacji finansowej dotyczące długości hospitalizacji i ma inne słabe strony), HCP także musiał zacząć z niego korzystać. Z tego powodu wyniki punktowe dla tego wskaźnika opierają się na zestawieniu danych pochodzących z różnych źródeł i okresów (wracamy do danych z badania MONICA), rejestrów krajowych oraz danych sprawdzonych pod kątem współczynnika SDR (standaryzowany współczynnik zgonów) dla choroby niedokrwiennej serca – w tym wypadku wyniki zmniejszono dla krajów o wysokim SDR, i *vice versa*. Logicznym wytłumaczeniem takiego podejścia do problemu jest to, że jeśli jakiś kraj twierdzi, że ma doskonałe współczynniki rzeczywistej śmiertelności z powodu zawałów serca, a jednocześnie okazuje się, że ma wysokie wartości współczynnika SDR, można żywić obawę, że doskonała opieka medyczna nie jest tam dostępna dla wszystkich.

W kontekście tych danych sporym zaskoczeniem było to, że najwyższą śmiertelność w Europie odnotowano w tym przypadku w Belgii (8,6 proc.) i Niemczech (6,8 proc.). Wskaźnik ten będzie musiał zostać zmieniony w przyszłych edycjach EHCI!

Źródła danych: zestawienie danych uzyskanych na podstawie raportu OECD Health at a Glance, grudzień 2011; szczegółowa baza danych śmiertelności WHO (wyciąg z 8 lutego 2012; badania MONICA; krajowe rejestry zawałów serca; dane non-CUTS.

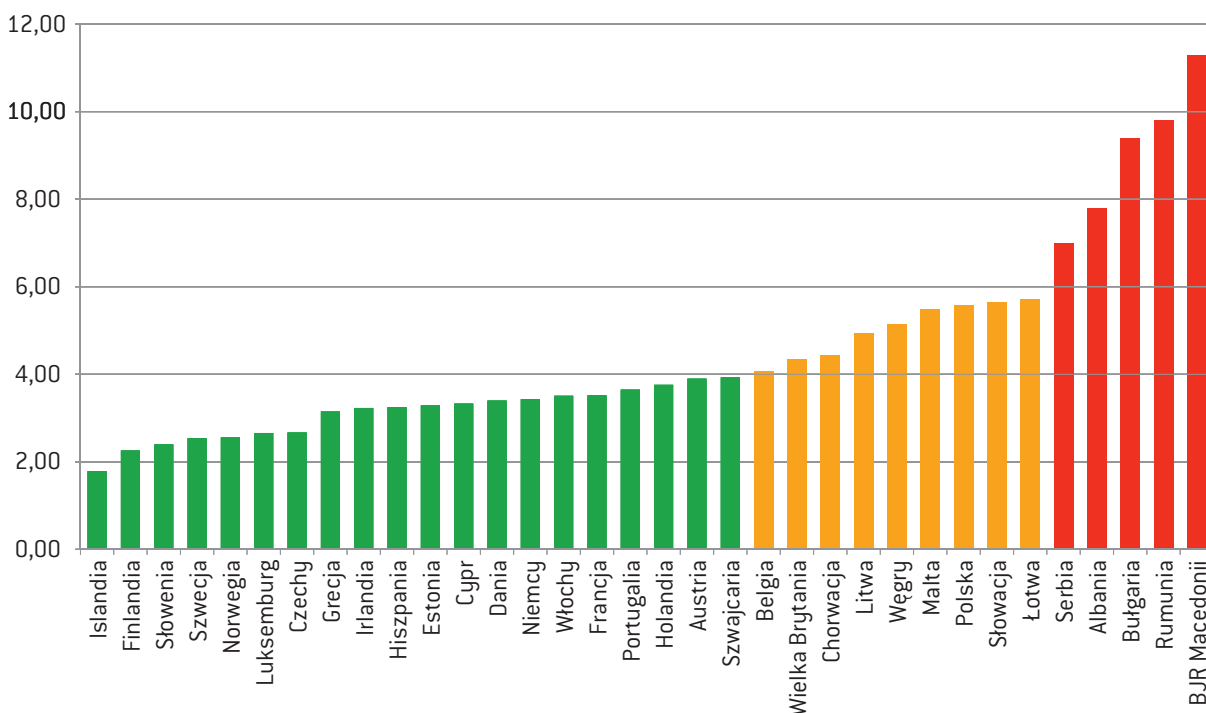
<sup>6</sup> Wskaźnik ten, podobnie jak inne wskaźniki z zakresu opieki kardiologicznej, jest szczegółowo opisany w Euro Health Consumer Index 2008, Health Consumer Powerhouse AB, Bruksela 2008, [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com).

### 3.2. Śmiertelność niemowląt

Wskaźnik śmiertelności niemowląt to liczba zgonów niemowląt w pierwszym roku życia w przeliczeniu na 1000 żywych urodzeń w danym roku. W krajach rozwiniętych zwiększona śmiertelność dotyczy głównie niemowląt o bardzo niskiej masie urodzeniowej, z których wiele jest wcześniakami. W Europie prawdopodobnie ponad połowa wszystkich zgonów niemowląt przypada na niemowlęta o niskiej masie urodzeniowej. W przypadku Europy, przy wskaźniku śmiertelności niemowląt utrzymującym się zwykle poniżej wartości 6/1000, kluczowymi czynnikami stojącymi za tak dobrymi wynikami są prawdopodobnie badania kontrolne w okresie ciąży oraz dostęp do najwyższej jakości opieki w czasie porodu. Islandia może się pochwalić najniższym na świecie wskaźnikiem śmiertelności niemowląt – poniżej 2/1000.

Wskaźnik ten mógłby być jedynym wykorzystywanym do oceny globalnej jakości systemu ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że wydaje się on całkowicie odporny na skutki kryzysu finansowego: od 2005 roku dane dotyczące śmiertelności niemowląt stale się poprawiają! Wartości graniczne dla wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od pierwszej edycji EHCl. Liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik punktowy wzrosła z dziewięciu w 2006 do dwudziestu w 2012 roku!

**Wykres 16: Wskaźnik śmiertelności noworodków na 1000 żywych urodzeń (2010 lub najnowsze dostępne dane)**



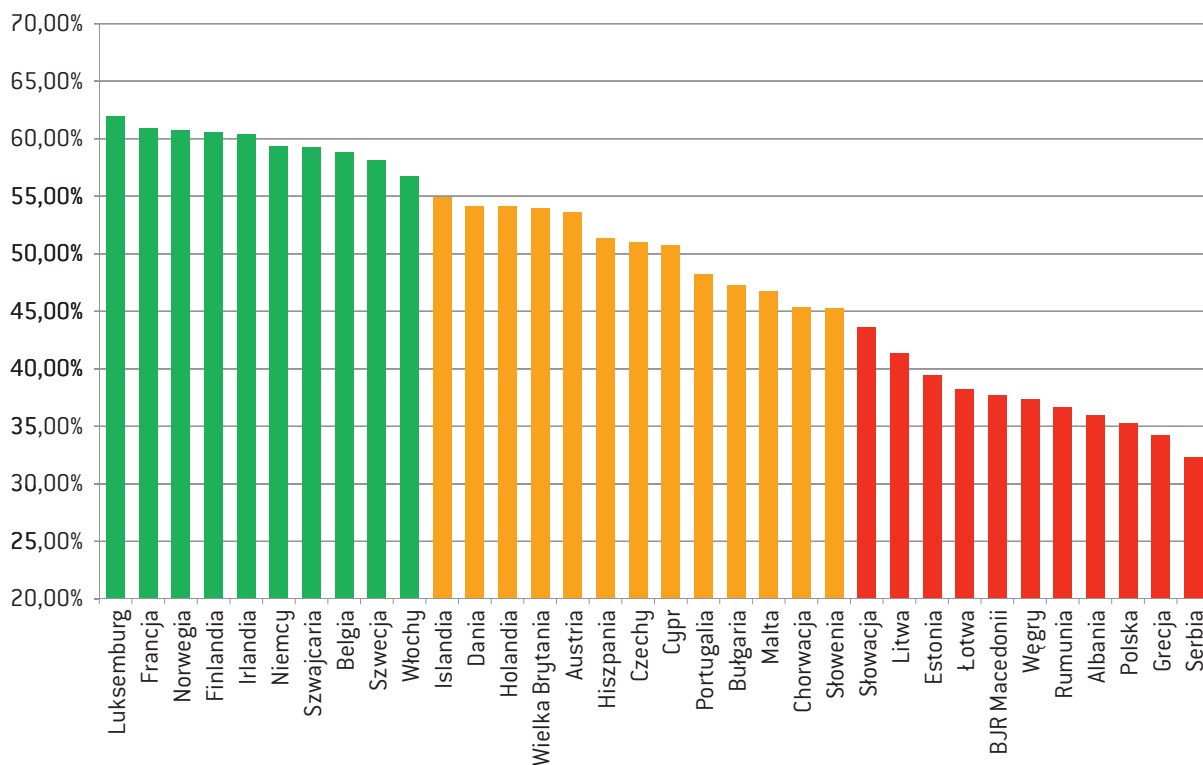
Źródło: baza danych WHO Hfa Europe, styczeń 2012, najbardziej aktualne dane statystyczne; późniejsze dane dla niektórych krajów zostały przekazane przez urzędy krajowe; dane CUTS.

### 3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby (2006)

Wskaźnik wyników leczenia chorób nowotworowych zastosowany w indeksie EHCl 2008 opierał się na tradycyjnym 5-letnim wskaźniku przeżywalności pacjentów z chorobami nowotworowymi (wszystkie rodzaje nowotworów z wyjątkiem raka skóry). Ponieważ bardziej aktualne dane (EUROCare-4, pacjenci zdiagnozowani w latach 1995–1999) nie były dostępne wiosną 2012 roku, na źródło danych dla tego wskaźnika za 2012 rok wybrano bardzo obszerną publikację autorstwa J. Ferlaya i innych przedstawiającą

zestawienie obejmujące przypadki raka i zgony spowodowane tą chorobą we wszystkich 34 krajach w 2008 roku. W przypadku tego wskaźnika stosunek liczby zgonów do zapadalności niższy niż 0,4 odpowiada w zasadzie wskaźnikowi przeżywalności pacjentów na poziomie > 60 procent.

**Wykres 16: 1 minus wskaźnik zapadalności na nowotwory/śmiertelności („wskaźnik przeżywalności”), Ferlay i in., dane z 2008 r.**



Źródło: J.Ferlayetal, *Annals of Oncology*, 2010; daneCUTS.

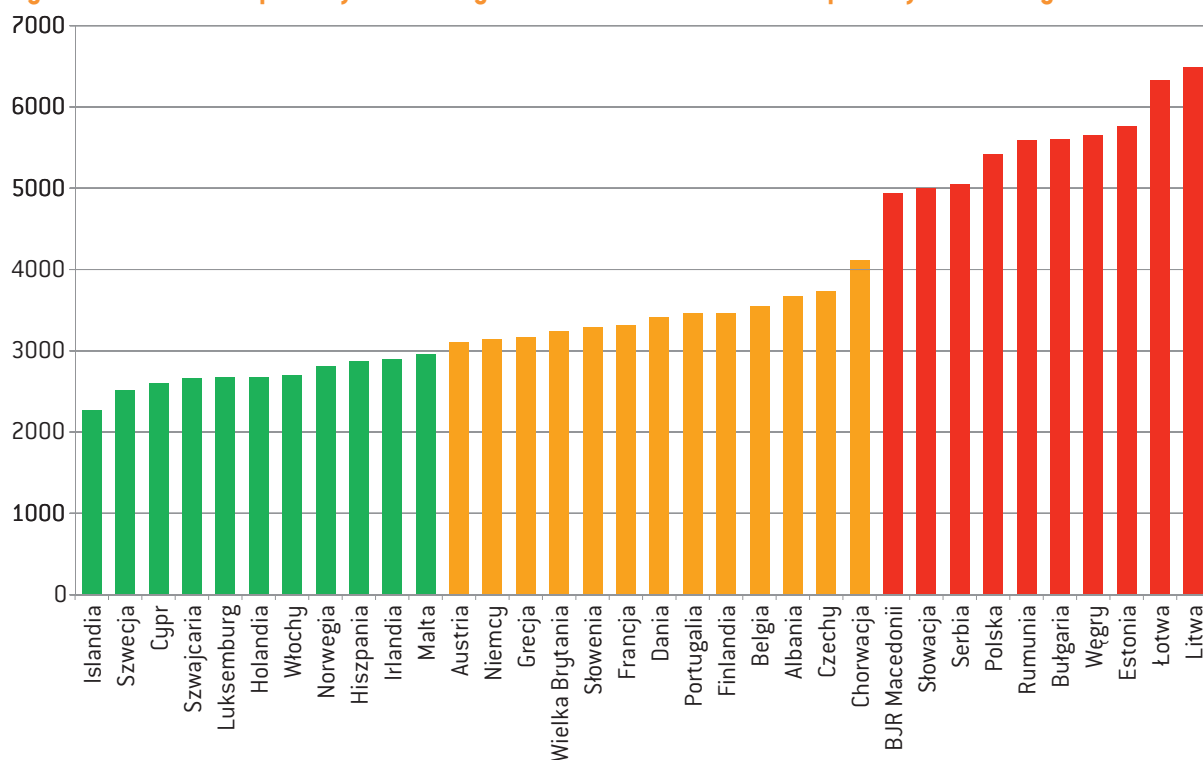
### 3.4. Wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL)

Uwzględnia wszystkie przyczyny i oznacza utracone lata życia w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wieku 0–69 lat. Zastosowany przez OECD wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL) uwzględnia wiek, w którym nastąpił zgon, przyznając większe współczynniki wagi zgonom w młodszym wieku, zaś niższe współczynniki wagi zgonom w starszym wieku.

Wskaźnik PYLL jest obliczany na podstawie liczby zgonów pomnożonej przez liczbę lat przewidywanej długości życia w wieku, w którym nastąpił zgon. Wskaźnik PYLL jest zdecydowanie lepszy niż popularny wskaźnik „Healthcare Amenable Deaths”, ponieważ automatycznie przyznaje niskie wartości krajom o niskim wskaźniku zgonów powodowanych chorobami sercowo-naczyniowymi (CVD), takim jak kraje basenu Morza Śródziemnego.

Wskaźnik PYLL został stworzony przez OECD, skutkiem czego nie obejmuje wszystkich 34 krajów ujętych w rankingu EHCI. Odkryto jednak, że istnieje silna korelacja pomiędzy wskaźnikiem PYLL i SDR (wszystkie przyczyny) dla osób w wieku od 0 do 64 lat, który można uzyskać dla wszystkich krajów w bazie danych WHO. Obliczenia dla regresji liniowej potwierdziły, że korelacja (wartość R) pomiędzy tymi wskaźnikami wyniosła 97 procent. Z tego powodu w przypadku krajów niewchodzących w skład OECD „syntetyczne wartości PYLL” oblicza się jako funkcję  $PYLL = K \cdot SDR + M$ .

**Wykres 17: Utracone potencjalne lata życia / 100 000 mieszkańców poniżej 69. roku życia**



Źródło: OECD Health Data 2011; Non-OECD: WHO HfA lipiec 2011: współczynnik SDR dla wszystkich przyczyn zgonów na 100 000 osób, osoby w wieku od 0 do 64 lat; dane CUTS.

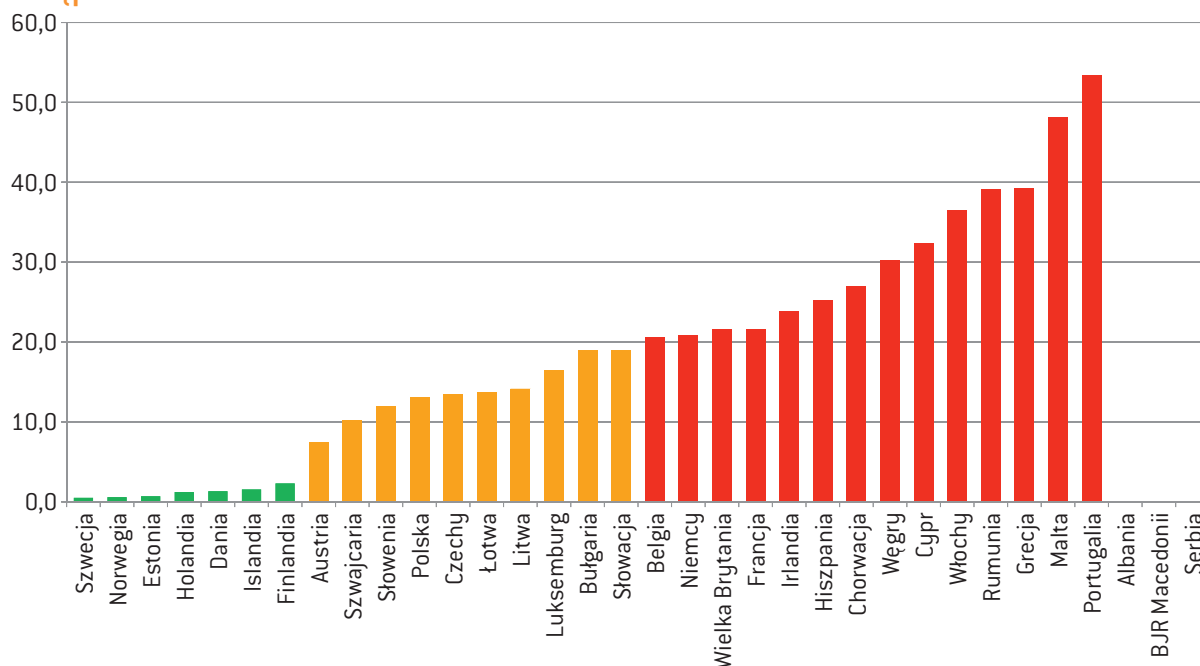
### 3.5. Infekcje MRSA

Odsetek szczepów szpitalnych wykazujących oporność. Wskaźnik ten ocenia liczbę przypadków i rozprzestrzenianie się głównych rodzajów bakterii inwazyjnych o potwierdzonej klinicznie i epidemiologicznie oporności lekowej. Podobnie jak w poprzednich edycjach indeksów, wskaźniki są oparte nadanych uzyskanych z EARS (Europejskiego Programu Nadzoru nad Lekoopornością). Dane gromadzone są przez 800 publicznych laboratoriów świadczących usługi dla ponad 1300 szpitali w 31 krajach Europy.

Odsetek takich infekcji szpitalnych w wielu krajach od lat utrzymuje się na podobnym poziomie, co jest trochę zaskakujące. Można dojść do wniosku, że albo dany kraj kontroluje sytuację (np. kraje skandynawskie, Holandia i Estonia), albo można oczekiwać zmian w czasie. Dlaczego wskaźnik ten w Niemczech i Francji utrzymuje się na poziomie nieznacznie powyżej 20 proc., pozostaje tajemnicą.

Rzeczywistą poprawę odnotowano na Wyspach Brytyjskich: dzięki zdecydowanym wysiłkom zarówno Wielka Brytania, jak i Irlandia obniżyły ten wskaźnik z 40–45 proc. w 2008 roku do nieco ponad 20 proc.; niestety nadal uzyskują „czerwony” wynik punktowy.

**Wykres 18: Odsetek szpitalnych infekcji paciorkowcem wykazującym oporność, 2010 lub najnowsze dostępne dane**



Źródło: dane ECDC/EARS-net2008–2010 (odsetek oporności); dane CUTS.

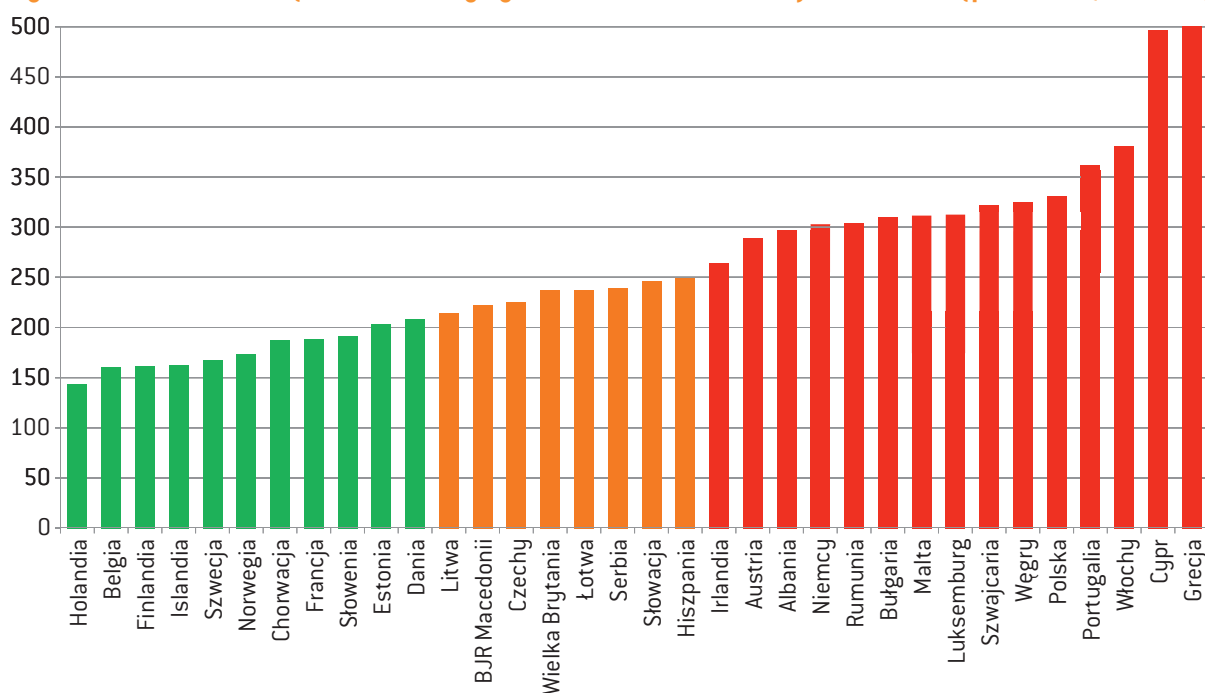
### 3.6. Odsetek porodów przez cesarskie cięcie

Nowy wskaźnik w EHCI 2012. Przy przyznawaniu ocen kierowano się założeniem, że wysoki odsetek cesarskich cięć jest odzwierciedleniem słabej opieki przed porodem i słabo rozwiniętych usług związanych z odbieraniem porodu – w konsekwencji za wysoki odsetek cesarskich cięć przyznawano „czerwony” wynik punktowy. Powszechnym zaleceniem jest, aby kobieta nie rodziła przez cesarskie cięcie więcej niż dwa razy, co sugeruje, że nie może po nich liczyć na powrót do pełnego zdrowia. Poza tym stosowana powszechnie we Francji praktyka dochodzenia do formy po porodzie – fizjoterapia poporodowa – wydaje się zarówno bardziej humanitarna, jak i tańsza od inwazyjnego zabiegu chirurgicznego.

Najwyższy odsetek porodów przez cesarskie cięcie odnotowywany jest w Grecji i Ameryce Łacińskiej (w Brazylii blisko 50 proc.).

Z poniższego wykresu także wynika, że choć cesarskie cięcie jest zabiegiem kosztownym, wyraźnie nie występuje korelacja między zamożnością kraju a wysokim odsetkiem tych zabiegów.

Wykres 19: Cesarskie cięcia na 1000 żywych urodzeń, 2010 lub najnowsze dostępne dane (WHO HfA)



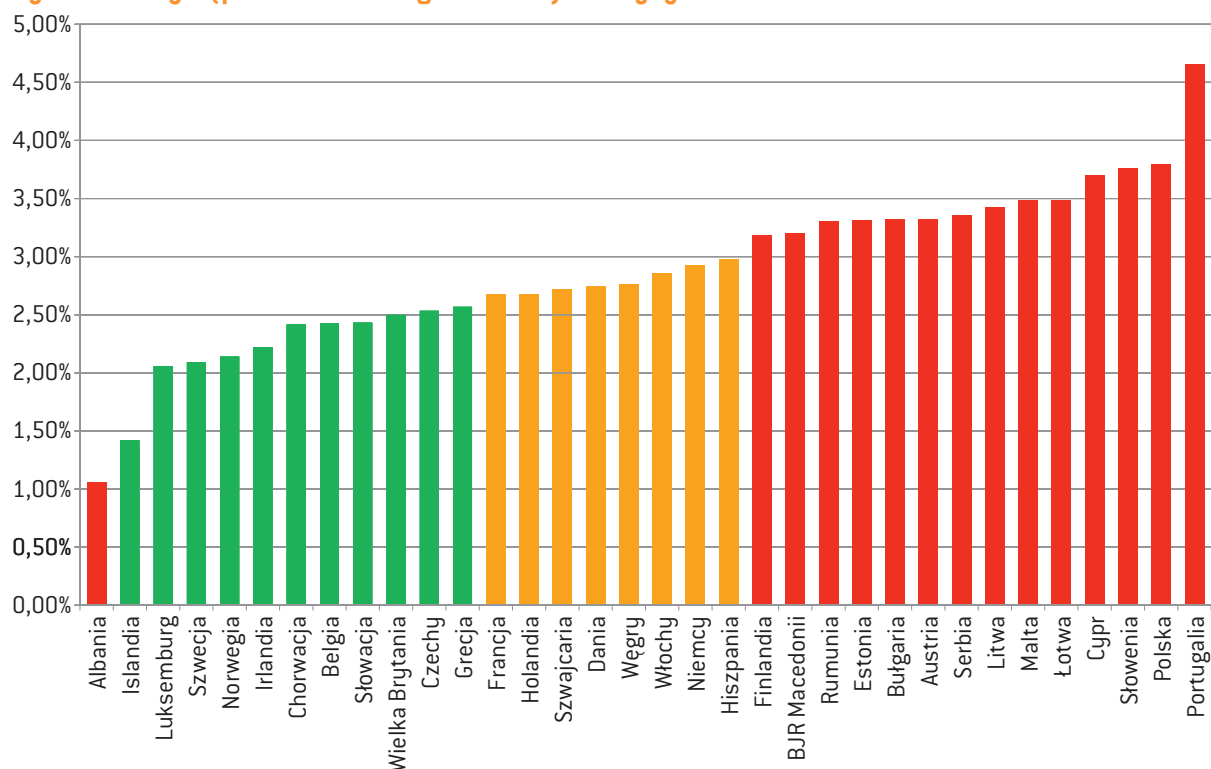
Źródło: baza danych WHO Health for All, styczeń 2012; dane CUTS.

### 3.7. Niezdiagnozowana cukrzyca

Wskaźnikiem, który HCP chciał wykorzystać do oceny opieki nad osobami cierpiącymi na cukrzycę, miał być odsetek diabetyków ze stężeniem hemoglobiny glikowanej powyżej 7 proc. Nie udało nam się jednak znaleźć w przypadku tego parametru żadnych wiarygodnych danych dla dużej liczby krajów. W związku z powyższym zespół badawczy postanowił wykorzystać dane International Diabetes Federation Atlas dotyczące liczby przypadków „niezdiagnozowanej cukrzycy”; kraje, w których ta liczba była wysoka, otrzymywały oczywiście „czerwony” wynik punktowy.

Jak widać na poniższym wykresie, jest to jeden z obszarów, w przypadku których częste wizyty u lekarza wydają się przynosić efekty: Czesi i Słowacy, czyli narody, które odwiedzają lekarzy najczęściej (wskaźnik 2.1), bez problemu uzyskują wynik „zielony”. Powodem przyznania Albanii wyniku „czerwonego” jest fakt, że niska liczba takich przypadków została uznana za przejaw słabszej kontroli tego problemu a nie za sukces.

**Wykres 20: Występowanie niezdiagnozowanej cukrzycy**



Źródło: International Diabetes Federation Atlas, wydanie 5, 2011; dane CUTS.

### 3.8. Depresja

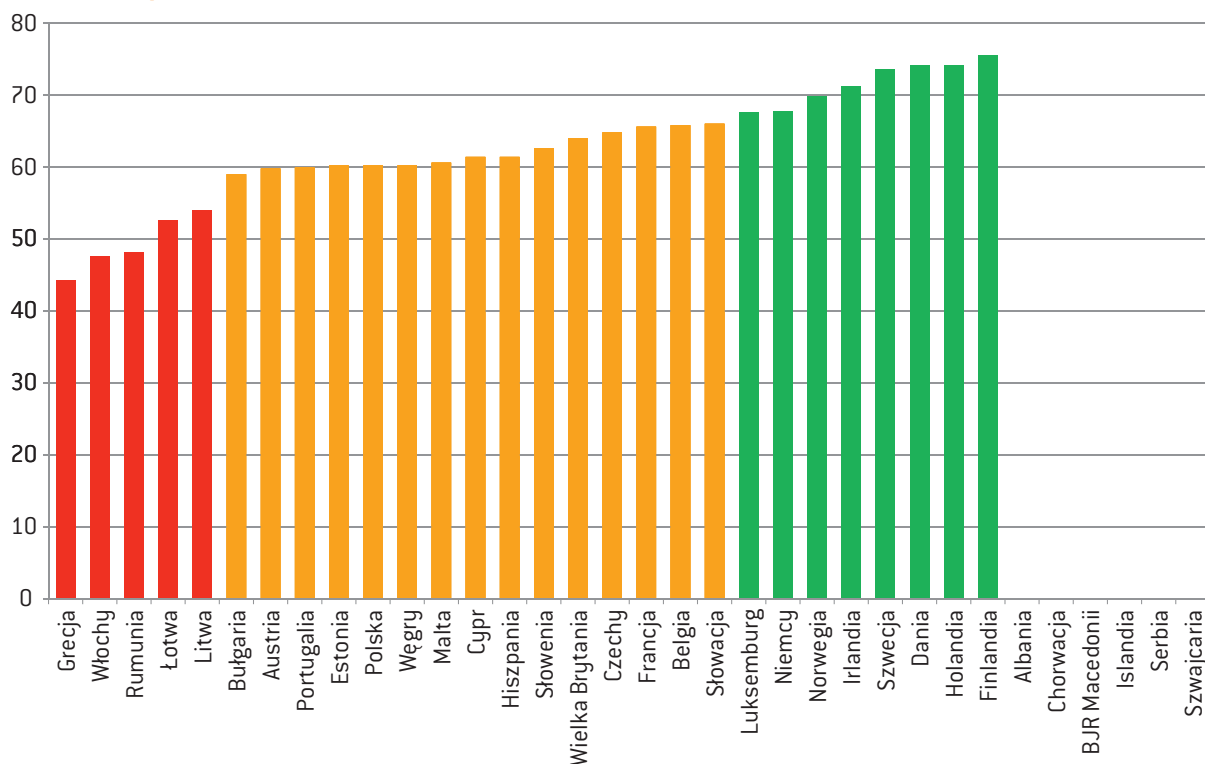
Od 2005 roku HCP nosiło się z zamiarem wprowadzenia wskaźnika oceniającego jakość opieki psychiatrycznej. Z powodu poważnych problemów dotyczących metodologii i definicji postanowiliśmy odrzucić zwykle stosowane wskaźniki jak „Ilość łóżek w szpitalach psychiatrycznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców”, „Hospitalizacja osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi”, „Obrót lekami” oraz wiele innych. Tak się składa, że temat spadku liczby samobójstw w okresie dziesięciu lat, np. od 1995 roku, powracał pod obrady prowadzone w trakcie posiedzeń roboczych Panelu Ekspertów. Jednak, poza kwestią niepewności danych, pojawił się praktyczny problem do rozwiązania: uwzględnienie rekordowo wysokiej liczby samobójstw w krajach Europy Wschodniej w latach 1991–1995, a tym samym problem stworzenia wskaźnika sprawiedliwego dla krajów wszystkich regionów Europy. W 2008 roku, po długich i burzliwych dyskusjach, wprowadzono wskaźnik „Inklinacja linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw, 1995– najnowsze dostępne dane”, pamiętając o jego ograniczeniach interpretacyjnych.

W roku 2012 stało się jasne, że w przypadku wskaźnika samobójstw ogólna poprawa warunków życia, szczególnie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, przeważa nad skutkami opieki psychiatrycznej. Po intensywnych poszukiwaniach odpowiedniego wskaźnika obrazującego zdrowie psychiczne ostatecznie postanowiliśmy uwzględnić (średnia arytmetyczna) pięć pytań zawartych w poniższej tabeli, pochodzącej z badania Special Eurobarometer on Mental Health:

Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni... % „zawsze” + % „przeważnie”		Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni... % „nigdy” + % „rzadko”	
...czułeś się szczęśliwy?	... odczuwałeś spokój i opanowanie?	...czułeś się tak źle, że nic nie mogło cię rozweselić?	...czułeś się przygnębiony i smutny? ... odczuwałeś szczególne napięcie?

W przypadku Norwegii, która nie była objęta tym badaniem, znaleźliśmy badanie krajowe, w którym dokonano bezpośredniego porównania danych norweskich z Eurobarometrem. Sześć krajów nieobjętych żadnym badaniem (od Szwajcarii do Albanii) uzyskało wynik „b.d.”.

**Wykres 21: Średnia z pięciu odpowiedzi na pytania dotyczące zdrowia/samopoczucia psychicznego w badaniu Special Eurobarometer 345 on Mental Health**



Źródło: Special Eurobarometer 345, październik 2010; „Psykiskhelse i Norge”, raport 2011:2, [www.fhi.no](http://www.fhi.no).

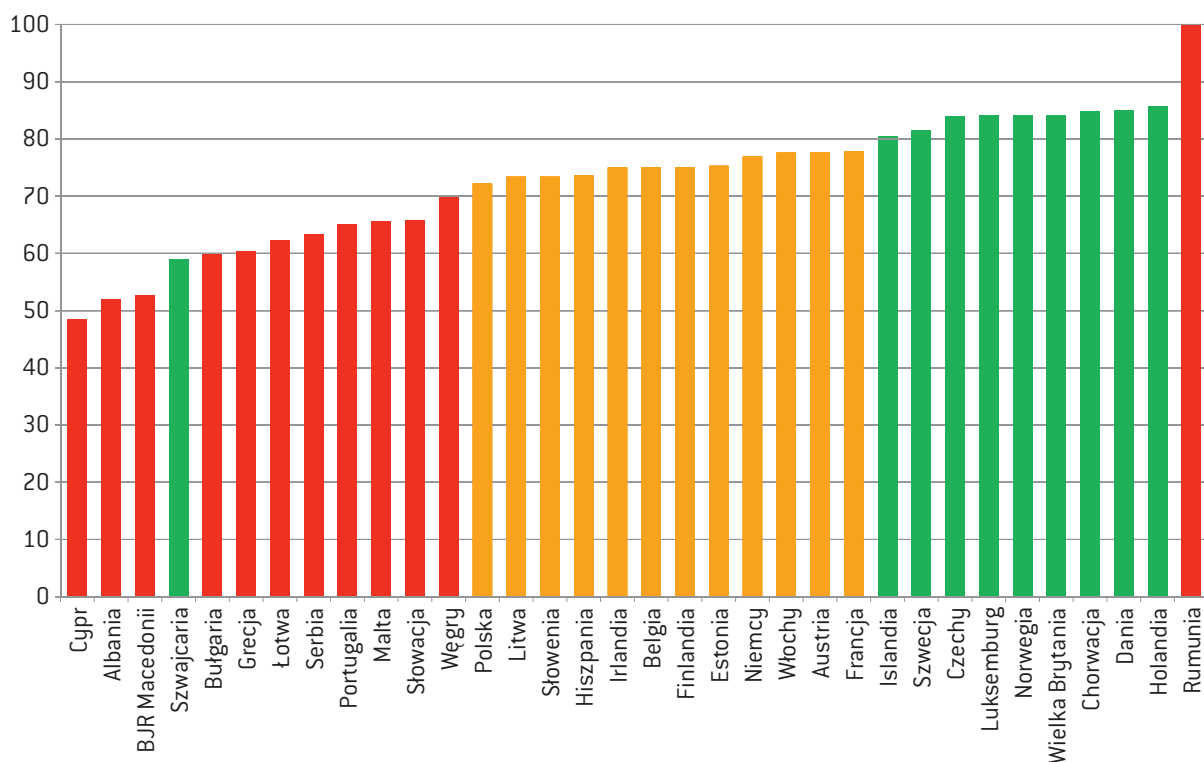
#### 9.10.4. ZAKRES I ZASIĘG ŚWIADCZONYCH USŁUG

##### 4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

W 2009 roku wprowadzono prosty wskaźnik oceniający „Odsetek wydatków na ochronę zdrowia pochodzący ze środków publicznych”, służący domierzenia źródeł finansowania systemów ochrony zdrowia. Kilka krajów, dziś tylko Rumunia, zgłaszało w bazie danych WHO 100 proc. ze środków publicznych. Wszystkie te kraje uzyskiwały „czerwone” wyniki punktowe dla wskaźnika 4.7 (poniżej). Dlatego podczas dyskusji prowadzonych na posiedzeniach Panelu Ekspertów wartość 100 proc. nie uzyskiwała pozytywnej odpowiedzi na zwyczajowe pytanie: „Czy wierzymy w wyniki tego badania?» i wynik 100 proc. powoduje otrzymanie „czerwonych” wartości punktowych. Oceniono, że Szwajcaria padła ofiarą tych samym problemów dotyczących definicji, co Holandia z okresu przed reformą systemu (2006), która z powodów formalnych podała, że duża część powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego była finansowana ze środków prywatnych, uzyskując tym samym „zielony” wynik punktowy.



**Wykres 22: Publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia**



Źródło: baza danych WHO HfA, styczeń 2012.

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

Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych ICD-CM, operacje zączy, całkowita ilość zabiegów przeprowadzonych u pacjentów we wszystkich przedziałach wiekowych, ale podzielona przez 100 000 mieszkańców w wieku powyżej 65 lat. Niewiele operacji zączy przeprowadza się u pacjentów w wieku poniżej 65 lat i dane dla odrębnych przedziałów wiekowych są niedostępne.

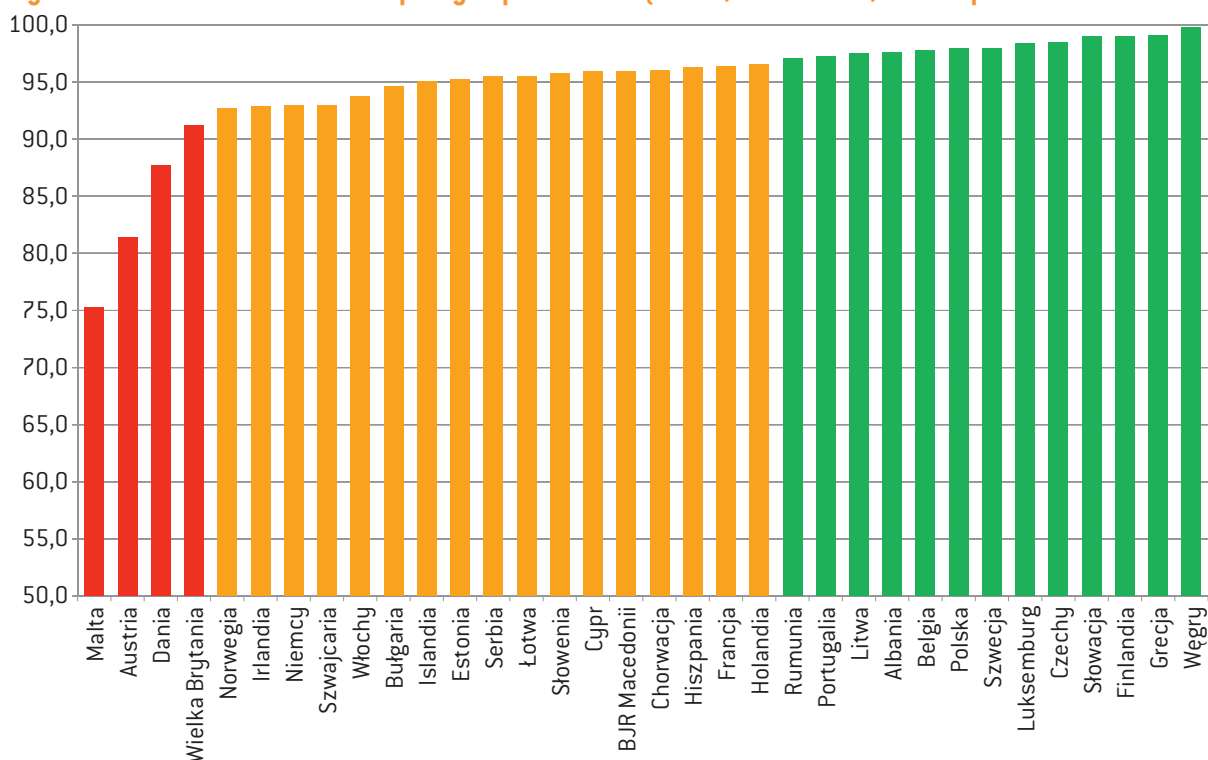
Wskaźnik operacji zączy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców był wykorzystywany w poprzednich edycjach rankingu EHCI jako probiez szczodrości systemów opieki zdrowotnej w kwestii zapewnienia opieki pacjentom z chorobami niezagrażającymi życiu, której celem była poprawa jakości życia pacjenta. Operacje zączy wybrano, ponieważ są stosunkowo niedrogie i znacznie poprawiają jakość życia, w związku z czym są raczej niezależne od PKB na mieszkańca w danym kraju. Od 2008 roku wskaźnik ten jest dostosowany do kryterium wiekowego, po sugestii urzędników z Irlandii [co nie jest zaskakujące, gdyż niewprowadzenie zmian pogorszyłoby sytuację krajów zamieszkałych przez najmłodsze populacje w Europie: Macedonii, Irlandii i Rumunii].

Źródła danych: OECD Health Data 2011; bazadanych WHO HfA, styczeń 2012; WHO Prevention of Blindness and Visual impairment Program; European Community Health Indicators; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

### 4.3. Szczepienia niemowląt

Odsetek zaszczepionych dzieci (przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i polio – średnia arytmetyczna).

Wykres 23: Odsetek dzieci szczepionych przeciwko tężcowi, krztuścowi, odrze i polio

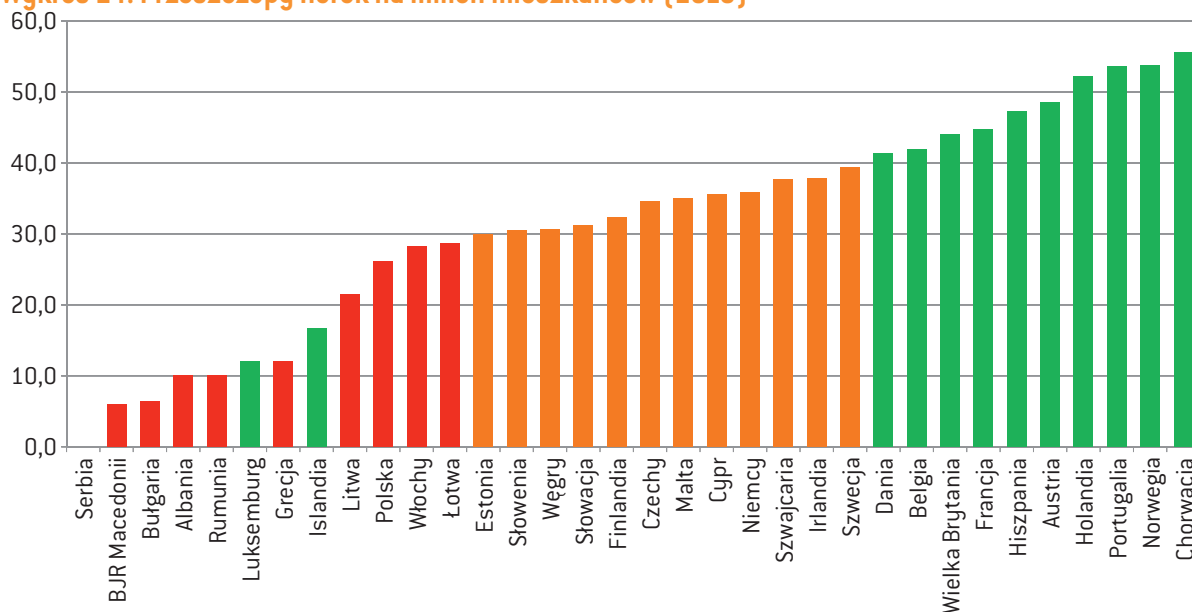


Źródło: bazy danych WHO HfA, lipiec 2011; krajowe rejestry szczepień; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane CUTS.

### 4.4. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców

Liczba operacji na milion mieszkańców. Często można się spotkać z poglądem, że na liczbę takich operacji mają istotny wpływ czynniki będące poza kontrolą systemów opieki zdrowotnej, jak liczba ofiar wypadków drogowych w danym kraju. Należy jednak ocenić, że najważniejsze czynniki wyjaśniające konkretną ilość operacji tego typu są pod kontrolą systemów opieki zdrowotnej. Są to między innymi „rola i miejsce dawstwa organów w szkoleniu anestezjologów”, „ilość łóżek na oddziałach intensywnej terapii w przeliczeniu na milion mieszkańców”, organizacja opieki zdrowotnej mająca na celu optymalizację transportu organów, etc.

**Wykres 24: Przeszczy nerek na milion mieszkańców (2010)**



Źródło: OECD Health Data 2011, Biuletyn Rady Europy w sprawie dawstwa organów i transplantacji, tom 16, wrzesień 2011; chorwacki rejestr terapii nerko zastępczych; bezpośrednie kontakty z ministerstwami zdrowia; dane CUTS.

Islandia i Luksemburg uzyskują „zielony” wynik punktowy, gdyż znaczna część zabiegów przeszczepu nerki u tamtejszych pacjentów wykonywana jest w innych krajach.

#### 4.5. Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia?

W minionych latach jako miernik cenowej dostępności opieki dentystycznej wybrany został bardzo prosty wskaźnik: „Jaki odsetek środków finansowych przeznaczanych na publiczną ochronę zdrowia pochłania opieka stomatologiczna?”. Przy wyborze tego wskaźnika kierowano się następującym rozumowaniem: jeśli opieka stomatologiczna pochłania blisko 10 proc. całkowitych wydatków na publiczną ochronę zdrowia, musi to oznaczać, że stanowi ona część oferty publicznej służby zdrowia.

W 2008 roku wykorzystano badanie Eurobarometru. Wskaźnik ten został zmieniony na „Odsetek odpowiadający opiece stomatologicznej zupełnie niedostępnej cenowo/słabo dostępnej cenowo”.

W 2009 roku dane określające ten wskaźnik opierały się głównie na informacjach uzyskanych z krajowych agencji ochrony zdrowia w odpowiedzi na pytanie: „Czy opieka stomatologiczna dotowana jest na tych samych warunkach co opieka somatyczna (pacjenci w wieku od 20 do 64 lat)?”.

Dane dla tego wskaźnika za rok 2012 pochodzą głównie z raportu OECD Health at a Glance 2011 i kilku innych źródeł.

Źródła danych: raport OECD Health at a Glance 2011; Santos-Eggimann, B., Cornaz, S. i Spagnoli, J., Lifetime History of Prevention in European Countries: the Case of Dental Check-ups, Mannheim Research Centre for the Economics of Ageing, 2010; Raporty European Observatory HiT; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

#### 4.6. Wskaźnik przeprowadzania badań mammograficznych

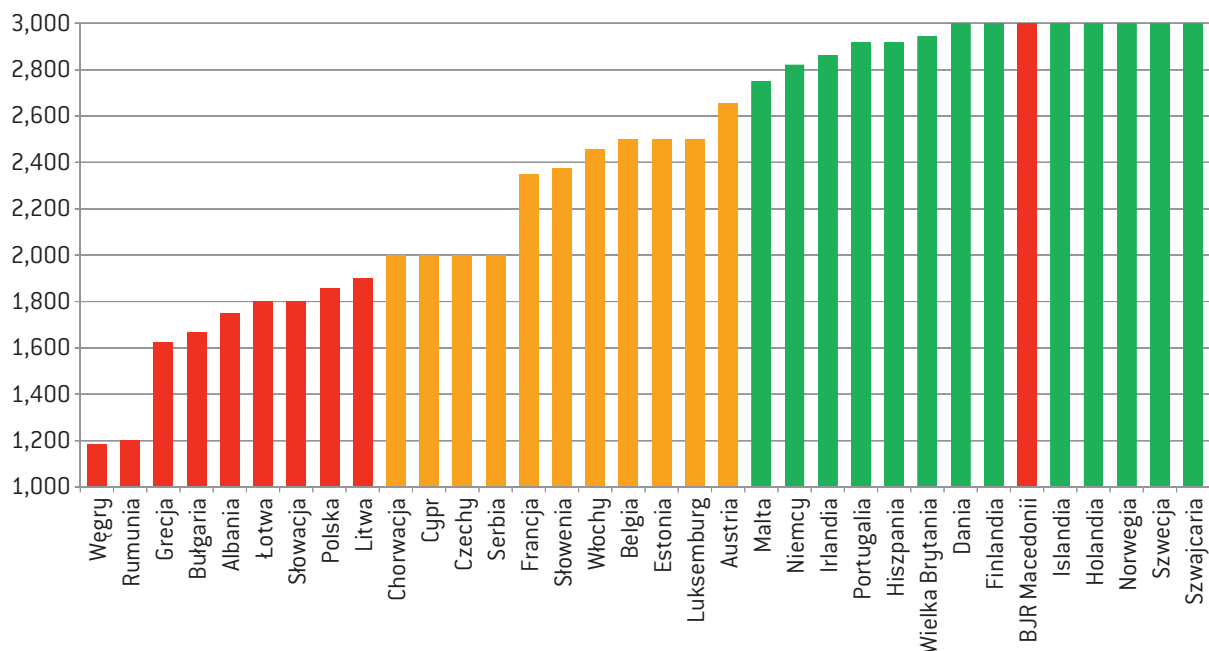
Odsetek kobiet w wieku od 50 do 69 lat poddanych badaniom przesiewowym, najbardziej aktualne dostępne dane. Wskaźnik ten wprowadzono jako probierz praktycznej zdolności organizowania i kontrolowania procedur badań przesiewowych prowadzonych na jasno zdefiniowanej i łatwo osiągalnej populacji docelowej. Uzyskane wyniki dla krajów europejskich bardzo się różnią: wielkość docelowa została określona jako 70 proc. (opierając się na logice HCP, można by zapytać: a dlaczego nie 100 proc.?), natomiast zakres uzyskanych dla tego wskaźnika wartości rzeczywistych waha się w przedziale od 10 do 98 proc. W związku ze słabą korelacją z PKB namieszkańca wyniki (jak zwykle?) odzwierciedlają raczej politykę a nie zasoby.

Źródła danych: OECD Health Data 2011; WHO World Health Survey 2006; WHO World Health Statistics 2011.

#### 4.7. Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom

Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”. Zakres możliwych odpowiedzi przedstawia się następująco: zdecydowanie „Nie!”, „Czasami, zależnie od sytuacji” oraz „Tak, często”. Wskaźnik ten wprowadzono po raz pierwszy w 2008 roku. Za nieformalne uznano wszelkie płatności dokonywane przez pacjenta poza oficjalnym współpłataniem za usługę. Omawiane badanie ankietowe dotyczące kwestii nieformalnych płatności było pierwszym tego typu badaniem w Europie i zostało powtórzone w latach 2009 i 2012, dając wtedy nieco bardziej zgodne wyniki niż w roku 2008.

**Wykres 25: Odpowiedzi na zawarte w ankiecie pytania na temat nieformalnych opłat przekazywanych lekarzom (1,0 = wszystkie „tak, często”; 3,0 = wszystkie „nie”)**

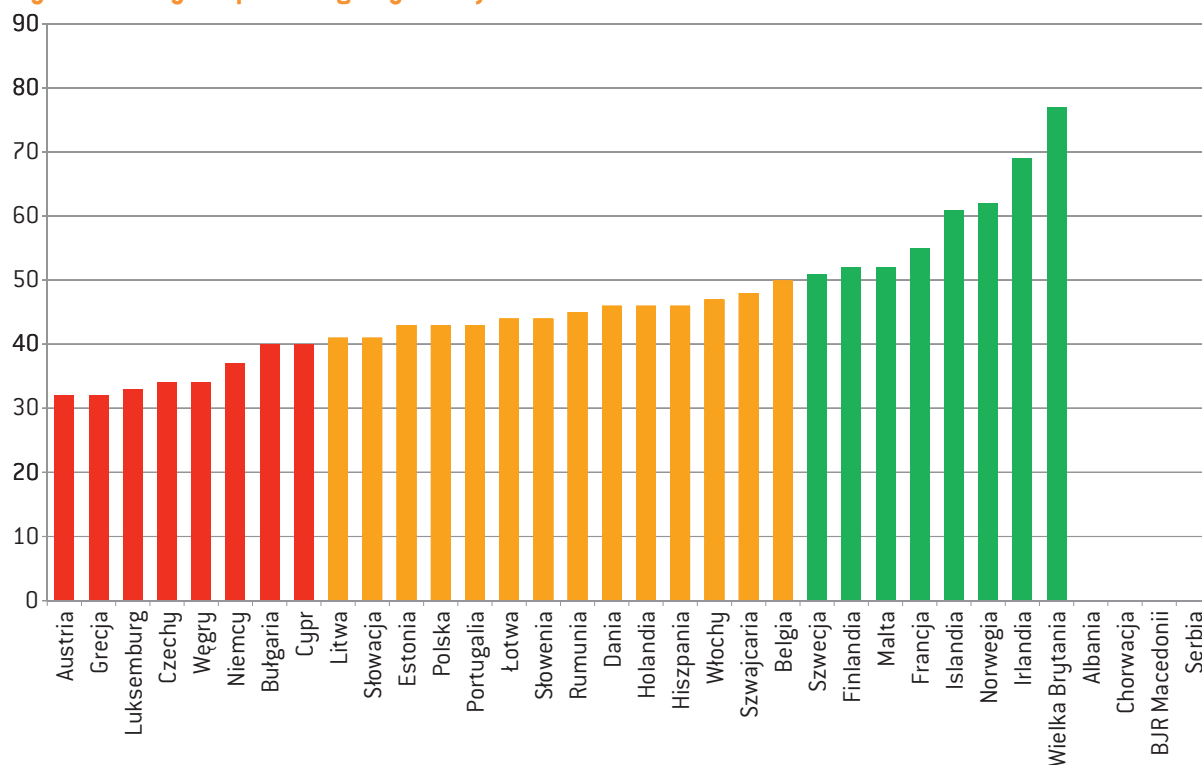


Źródło: badanie zleczone Patient View przez HCP w 2012 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

#### 4.8. Zapobieganie paleniu

Do oceny wysiłków podejmowanych przez poszczególne kraje w zakresie zapobiegania paleniu wykorzystano badanie Tobacco Control Scale (TCS). Obejmuje ono sześć wskaźników: cena (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).

**Wykres 26: Wyniki poszczególnych krajów w badaniu Tobacco Control Scale 2010**



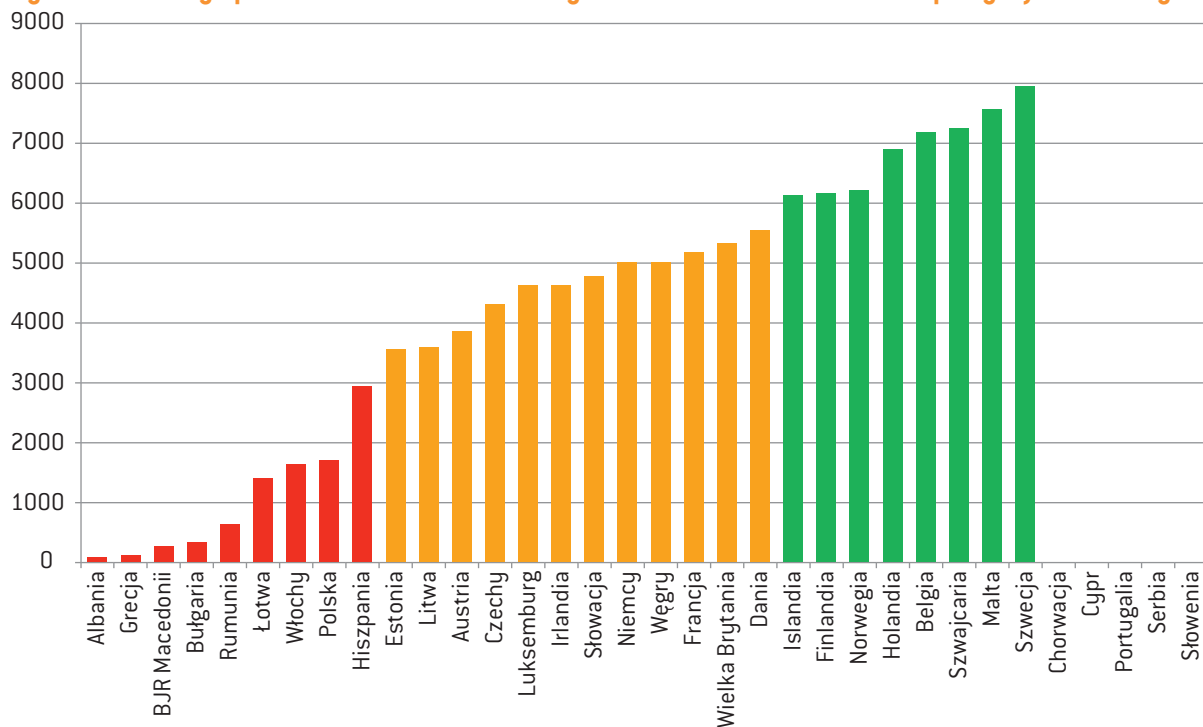
Źródło: Joossens, L. & Raw, M.: Tobacco Control Scale 2010 in Europe.

#### 4.9. Długofalowa opieka nad osobami starszymi

Wskaźnik ten zawsze przysparza znacznych trudności przede wszystkim dlatego, że w wielu krajach dane na temat długofalowej opieki nad osobami starszymi prezentowane są jako dane o usługach opieki społecznej a nie opieki zdrowotnej.

Zespół HCP nie szczędził wysiłku, żeby znaleźć dane, które w większym stopniu dotyczą wyników takiej opieki. Ostatecznie zdecydowaliśmy się na wskaźnik „liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia”. Wskaźnik ten przynajmniej obrazuje, w jakim stopniu krewni (czytaj „żony i córki”) są uznawani za osoby, które w pierwszej kolejności zapewniają opiekę nad osobami starszymi, co jest oczywiście złym rozwiązaniem w przypadku osób starszych, które nie mają krewnych, lub kiedy krewni mieszkają daleko. Jak widać na wykresie, w Europie krajowe strategie na rzecz opieki nad osobami starszymi bardzo się od siebie różnią.

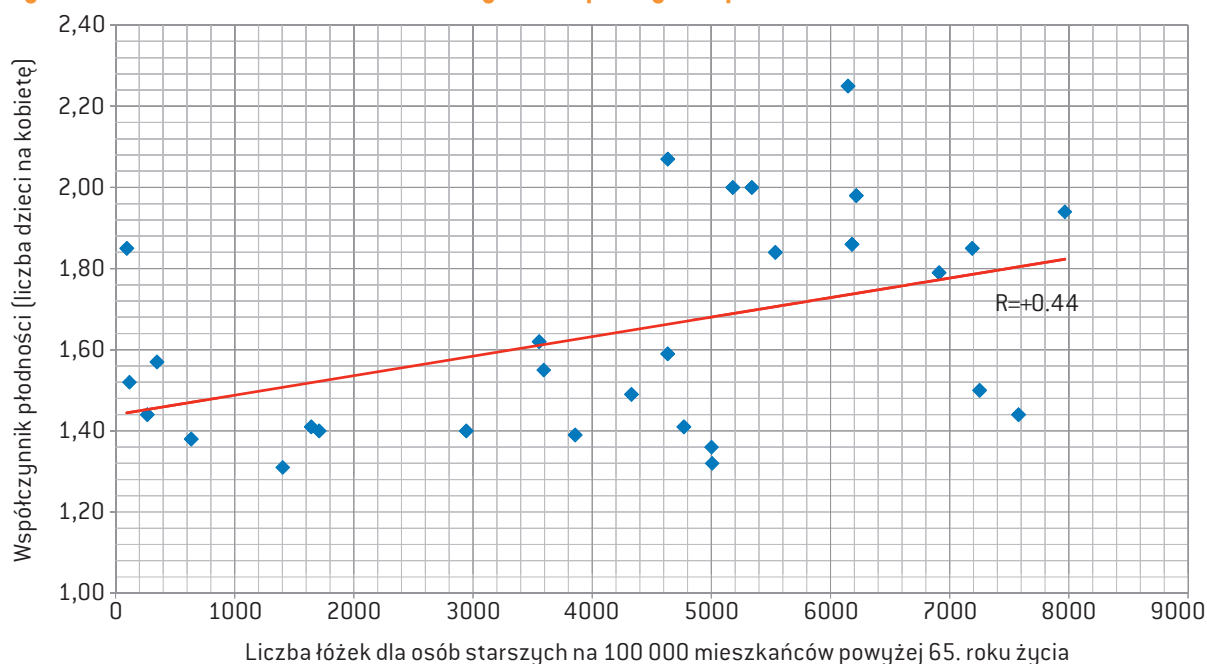
**Wykres 27: Domy opieki i łóżka dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia**



Źródło: WHO Health for All Database, styczeń 2012; dane dot. płodności: Bank Światowy; dane non-CUTS.

Zaskakuje to, że pojawia się widoczna korelacja między niewystarczającą liczbą łóżek dla osób starszych a współczynnikiem płodności. Wygląda na to, że kraje europejskie, które borykają się z niskim poziomem urodzeń, mają ten problem nie tylko z powodu braku usług opieki nad dziećmi i braku perspektyw zawodowych dla pracujących matek – kobiety w tych krajach niechętnie decydują się na większą liczbę dzieci, gdyż wiedzą, że będą musiały opiekować się także babcią.

**Wykres 28: Liczba łóżek dla osób starszych a współczynnik płodności**



Źródło: WHO Health for All Database, styczeń 2012; dane dot. płodności: Bank Światowy; dane non-CUTS.

#### 4.10. Odsetek dializ wykonywanych poza szpitalem

Dializa wykonywana w szpitalu (hemodializa: HD) ma kilka wad:

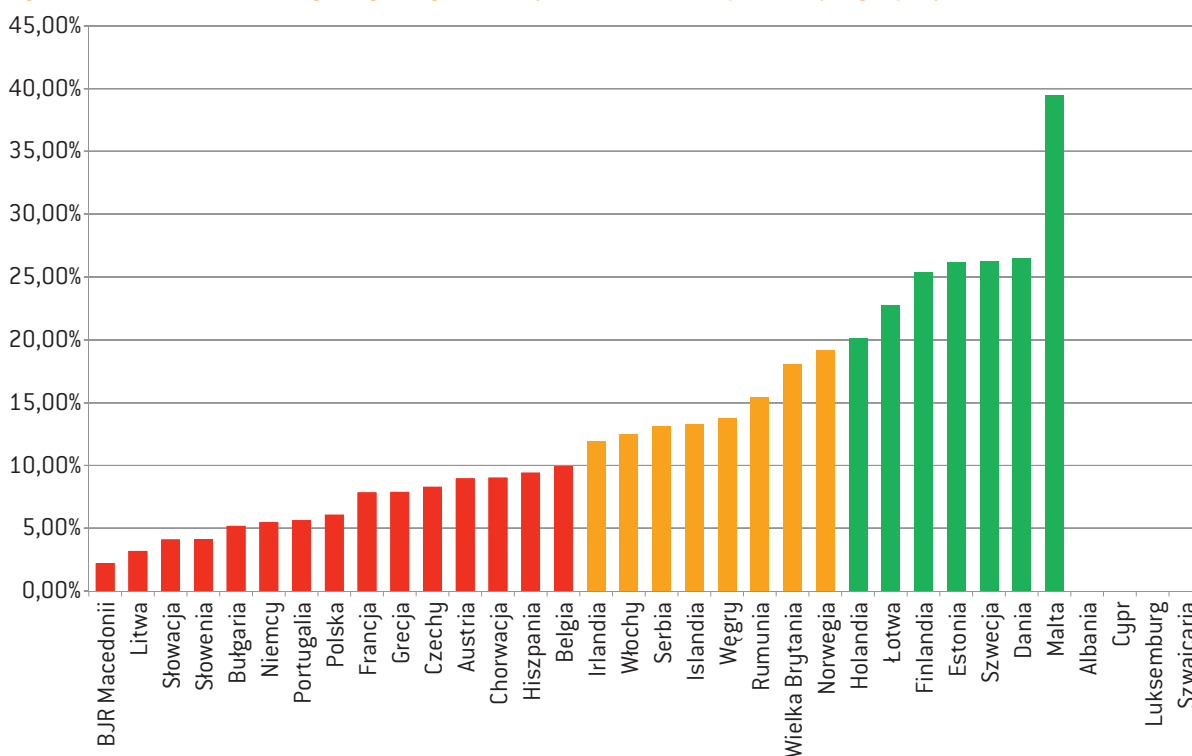
- łączny czas zabiegu – zwykle 3 sesje po 4 godziny tygodniowo – zdecydowanie odbiega od 168 godzin pracy zdrowych nerek w tym samym okresie. W przypadku pacjentów, którzy poddają się dializie w domu (dializa otrzewnowa PD, lub HD w domu), często jest to 7 sesji po 6 godzin, np. każdej nocy, co przynosi lepsze wyniki;
- pacjenci mają duże trudności z utrzymaniem pracy, gdyż dializa wymaga obecności w szpitalu trzy razy w tygodniu;
- dializa w szpitalu jest znacznie droższa, zazwyczaj kosztuje 50–60 tys. euro rocznie na jednego pacjenta.

Wygląda na to, że niski odsetek dializ wykonywanych w domu zwykle nie wynika z preferencji/możliwości pacjentów, ale raczej z:

- braku profesjonalizmu miejscowych nefrologów (istnieją centra doskonałości, w których pobliżu prawie 50 proc. pacjentów korzysta z dializy w domu) lub
- chciwości (dializy wykonywane w szpitalu przynoszą duże zyski).

W związku z powyższym „zielony” wynik punktowy jest przyznawany w przypadku tego wskaźnika za wysoki odsetek dializ wykonywanych w domu.

**Wykres 29: Odsetek dializ wykonywanych w miejscu i terminie odpowiadającym pacjentowi (PD, HD w domu)**



Źródło: European Renal Association Annual Report 2009, [www.ceapir.org](http://www.ceapir.org); ministerstwa poszczególnych krajów; dane CUTS.

## 9.10.5. ŚRODKI FARMACEUTYCZNE

Z przyczyn związanych z prawem autorskim HCP nie może przedstawić wykresów obrazujących dane na temat wskaźników opisujących wykorzystanie leków.

### 5.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę

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

Źródła danych: baza danych WHO HfA, styczeń 2012; *Patients W.A.I.T. Indicator, Raport 2010 – przygotowany na podstawie bazy danych EFPIA* (pierwsze pozwolenie na wprowadzenie do obrotu w UE w okresie 2007–2009); krajowe agencje ochrony zdrowia i agencje ds. produktów medycznych; dane non-CUTS.

### 5.2. Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia

Czy istnieje farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (Internet lub szeroko dostępne publikacje)? Od 2005 roku, gdy dysponowały nimi tylko Dania i Szwecja, odnotowano znaczący wzrost liczby tego typu farmakopei (pełny zbiór danych dotyczących substancji chemicznych i nazw handlowych leków, zawierający co najmniej te same informacje, jakie się pojawiają na ulotkach umieszczanych w opakowaniach leków, zapisane w sposób umożliwiający ich zrozumienie przez osoby niezwiązane zawodowo ze służbą zdrowia).

Dziś internetowe farmakopee ma większość europejskich krajów:

- Austria: [www.austriacodex.at/avmain/](http://www.austriacodex.at/avmain/) <http://pharmaweb.ages.at/index.jsf>
- Belgium: <http://www.bcfi.be/>, [www.pharma.be](http://www.pharma.be)
- Croatia: <http://www.almp.hr/?ln=hr&w=lijekovi>
- Czech Republic: [www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/modules/catalogue/search.php?catalogueID=2](http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/modules/catalogue/search.php?catalogueID=2)
- Denmark: <http://medicin.dk/>
- Estonia: [www.raviminfo.ee](http://www.raviminfo.ee)
- Finland: [www.fimea.fi/lakemedel/produktresumeer/humpl](http://www.fimea.fi/lakemedel/produktresumeer/humpl)
- France: [www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)
- Germany: [www.onmeda.de](http://www.onmeda.de)
- Hungary: [www.ogyi.hu/drug\\_database/](http://www.ogyi.hu/drug_database/)
- Ireland: [www.medicines.ie](http://www.medicines.ie)
- Italy: [www.prontuariofarmaci.com](http://www.prontuariofarmaci.com)
- Latvia: <http://www.zva.gov.lv/index.php?id=375&sa=375&top=334>
- Malta: <http://medicinesauthority.gov.mt/products/search.htm>
- Netherlands: [www.cbg-meb.nl/CBG/en/human-medicines/geneesmiddeleninformatiebank/default.htm](http://www.cbg-meb.nl/CBG/en/human-medicines/geneesmiddeleninformatiebank/default.htm)
- Norway: [www.legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch\\_80333.aspx?filterBy=CopyToConsumer](http://www.legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch_80333.aspx?filterBy=CopyToConsumer)
- Portugal: [www.infarmed.pt/infomed/inicio.php](http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php)
- Romania: [www.anm.ro/en/html/pharmacopoeia.html](http://www.anm.ro/en/html/pharmacopoeia.html)
- Slovakia: [www.liekinfo.sk](http://www.liekinfo.sk)
- Slovenia: [www.zdravila.net](http://www.zdravila.net)
- Sweden: [www.fass.se](http://www.fass.se)
- Switzerland: [www.kompendium.ch](http://www.kompendium.ch)
- U.K.: <http://emc.medicines.org.uk/>



We wszystkich krajach podane informacje pochodzą z ulotek dołączanych do leków przez producentów. Francję i Niemcy zaznaczono na czerwono – informacje na ich stronach internetowych są równie kompleksowe jak w przypadku większości krajów, ale bardzo trudno stwierdzić, jakie jest ich źródło. Krajem, w którym producenci środków farmaceutycznych wydają się mieć bardzo duże problemy z bezpośrednim informowaniem opinii publicznej o lekach wydawanych na receptę, jest Hiszpania. Prawdopodobnie nie stanowi to jednak większej przeszkody dla Hiszpanów, gdyż z uwagi na to, że w USA znaczna część społeczeństwa jest hispanojęzyczna, informacje na temat leków są łatwo dostępne w języku hiszpańskim na stronach internetowych amerykańskich firm farmaceutycznych.

Źródła danych: badania HCP 2010–2012; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

### 5.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych

Wskaźnik ten obrazuje wykorzystanie L01XC kod ATC (przeciwciała monoklonalne) w mln euro na milion mieszkańców. Jednostka miary DDD (określona dawka dobową) byłaby lepszym wskaźnikiem od wartości pieniężnej, ale niestety zgromadzone dane zawierały nieścisłości.

Źródła danych: baza danych IMS Health MIDAS; dane CUTS.

### 5.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)

Przedział czasowy pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do krajowego rejestru leków refundowanych.

Źródła danych: Raport Patients W.A.I.T. Indicator 2011 – przygotowany na podstawie bazy danych EFPIA (pierwsze pozwolenie na wprowadzenie do obrotu w UE w okresie 2008–2010); ministerstwa zdrowia; głównie dane CUTS.

### 5.5. Leki na chorobę Alzheimera

Kody ATC N06DA i N06DX; wykorzystanie wyrażone w Jednostkach Standardowych (miara IMS Health, podobna do DDD, ale nie identyczna) na osobę powyżej 65. roku życia (DDD = określona dawka dzienna). Punktacja w przypadku tego wskaźnika opiera się na założeniu, że choroba Alzheimera jest zasadniczo zbyt rzadko diagnozowana i w związku z tym zbyt rzadko leczona. „Zielony” wynik punktowy przyznawano w przypadku wysokiego wykorzystania na jedną osobę.

Źródła danych: baza danych IMS Health MIDAS; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane CUTS.

### 5.6. Leki na schizofrenię

N05A, wyłączając N05AN (leki przeciwpsychotyczne poza preparatami litu); zużycie na jednego mieszkańca, wyrażone jako mln EUR na milion mieszkańców. Punktacja dla tego wskaźnika opiera się na założeniu, że schizofrenia jest zasadniczo zbyt rzadko leczona (co wydaje się potwierdzać badanie przeprowadzone ostatnio w Finlandii<sup>7</sup>) i że liczba przypadków tej choroby jest równa w całej Europie. „Zielony” wynik punktowy przyznawano za wysokie wykorzystanie na jedną osobę. Jednostka miary DDD (określona dawka dobową) byłaby lepszym wskaźnikiem od wartości pieniężnej, ale niestety zgromadzone dane ponownie zawierały nieścisłości.

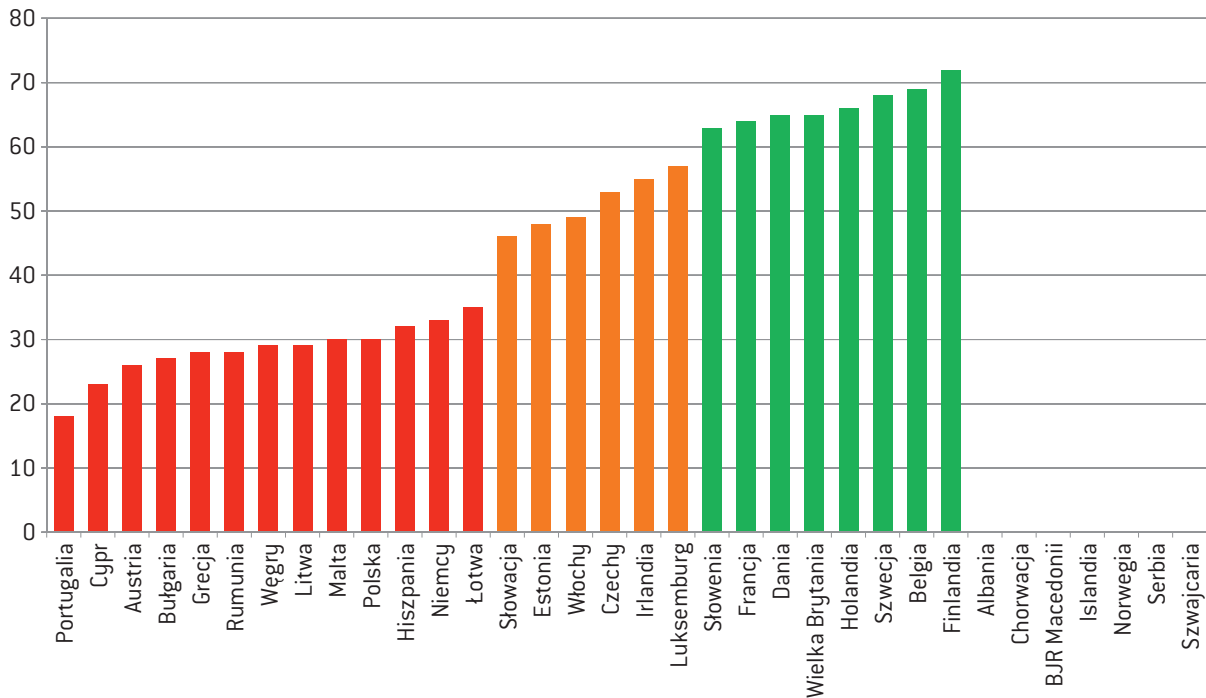
Źródła danych: baza danych IMS Health MIDAS; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane CUTS.

<sup>7</sup> Jari Tiihonen et al. *Polypharmacy With Antipsychotics, Antidepressants, or Benzodiazepines and Mortality in Schizophrenia*. Archives of General Psychiatry 2012; 69: 476–483.

## 5.7. Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami

Wartości wskaźnika: procent mieszkańców wiedzących, że antybiotyki są nieskuteczne w walce z przeziębieniami i gripą. W kolejnych edycjach EHCI dane te zostaną porównane z rzeczywistą sprzedażą antybiotyków na osobę, czyli danymi, których HCP nie zamówił na czas na potrzeby Indeksu 2012.

**Wykres 30: Odsetek osób, które wiedzą, że antybiotyki nie są skuteczne w walce z przeziębieniem i gripą (Special Eurobarometer 338, kwiecień 2010)**



Źródło: Special Eurobarometer 338, kwiecień 2010; dane CUTS.

## 9.11. JAK STWORZONO EUROPEJSKI KONSUMENCKI INDEKS ZDROWIA 2012 – FAZY TWORZENIA

Indeks nie uwzględnia tego, czy dany krajowy system opieki zdrowotnej jest finansowany lub zarządzany prywatnie czy publicznie. Celem tego indeksu jest nadanie pacjentom praw i możliwości wyboru, nie zaś promocja jakiegokolwiek ideologii politycznej. Koncentrując się na dialogu i współpracy, HCP pragnie być postrzegany jako partner w rozwijaniu opieki zdrowotnej na terenie Europy.

Ranking EHCI 2012 stworzono na podstawie projektu przedstawionego poniżej.

### 9.11.1. FAZA 1

#### Spotkanie inauguracyjne z Panelem Ekspertów – opracowanie istniejących danych

Skład Panelu Ekspertów został przedstawiony w dziale 9.12. Głównym obszarem działań było ocenienie stopnia dostępności istotnych informacji dla wybranych krajów. Podstawowymi metodami były:

- przeszukiwanie zasobów internetowych, informacji publikowanych w czasopiśmie,

- rozmowy telefoniczne i wymiana informacji drogą e-mailową z kluczowymi osobami,
- kontakty osobiste, jeśli było to konieczne.

Przeszukiwanie zasobów internetowych:

- a) ważne zarządzenia oraz dokumenty dotyczące stosowanej polityki,
- b) ważne dane wynikowe związane z polityką ochrony zdrowia.

Kto udzielił nam informacji:

- a) krajowe i regionalne agencje ochrony zdrowia,
- b) instytucje: EHMA, Picker Institute, Katolicki Uniwersytet w Luewen (publikacje poruszające tematykę prawno-etyczną), inne,
- c) przedsiębiorstwa prywatne: IMS Health, firmy farmaceutyczne, inne.

Wywiady (służące ocenie wyników uzyskanych na podstawie wcześniej dostępnych źródeł, zwłaszcza służące do weryfikacji rzeczywistych rezultatów podejmowanych decyzji związanych z realizowaną polityką):

- a) kontakt telefoniczny, wymiana informacji drogą e-mailową,
- b) kontakty osobiste z kluczowymi osobami dostarczającymi informacji.

#### 9.11.2. FAZA 2

- Gromadzenie danych umożliwiających zestawienie informacji, które zostaną umieszczone w rankingu EHCI 2012
- Identyfikacja kluczowych obszarów wymagających przygotowania dodatkowych informacji
- Zebranie danych źródłowych dla tych obszarów
- Odbycie przez badaczy osobistych wizyt w ministerstwach zdrowia i/lub agencjach państwowych odpowiedzialnych za nadzór i/lub zapewnienie jakości usług opieki zdrowotnej
- Utrzymywanie stałego kontaktu z członkami Panelu Ekspertów, głównie w celu przedyskutowania definicji wskaźników i kryteriów, a także problemów związanych z pozyskiwaniem danych. Na koniec, 3 kwietnia 2012 roku, odbyło się drugie spotkanie, na którym szczegółowo omówiono wskaźniki, również te, które nie mogły zostać ujęte w Indeksie z powodu niewystarczającej ilości danych. Przeanalizowano także rozbieżności między danymi pochodzącymi z różnych źródeł. Przedyskutowano i ustalono współczynniki względnych wag przyznanym podkategoriom.

#### 9.11.3. FAZA 3

##### **9.11.3.1. Zasięgnięcie opinii przedstawicieli pacjentów i obywateli krajów europejskich za pomocą badania ankietowego HCP przeprowadzonego przez zewnętrzny ośrodek badawczy (Patient View, Wielka Brytania)**

Ankieta zawierała pytania przedstawione w Załączniku 1 do niniejszego raportu i została przeprowadzona we współpracy z The Patient View (w celu uzyskania dodatkowych informacji należy się zapoznać z działem Dodatkowe gromadzenie danych – badanie ankietowe). Ankieta została udostępniona w Internecie 5 stycznia, w językach: angielskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, rosyjskim, greckim (na potrzeby respondentów z Europy Środkowej i Wschodniej) oraz w języku szwedzkim. Badanie ankietowe zostało zakończone 10 lutego 2012 roku. Otrzymano 1114 odpowiedzi.

### 9.11.3.2. Wysłanie arkusza aktualizacji wyników

27 lutego 2012 roku wszystkie 34 kraje otrzymały swoje wstępne arkusze wyników (niezawierające żadnych odniesień do wyników uzyskanych przez inne kraje). Dokumenty te przesłano drogą elektroniczną – z prośbą o dokonanie aktualizacji/korekty danych do dnia 31 marca – na adresy ministerstw/agencji państwowych przedstawione nam podczas nawiązywania kontaktów przed styczniem 2012 roku. Wysłano jedno przypomnienie. Korygujące informacje nadchodzące z krajów ujętych w indeksie były przyjmowane do 2 maja. Do tego czasu otrzymaliśmy odpowiedzi od krajów wymienionych w dziale Dodatkowe gromadzenie danych – informacje uzyskane od ministerstw/agencji krajowych.

### 9.11.4. FAZA 4

Prezentacja projektu i raportów:

- raport opisujący zasady tworzenia rankingu EHCI 2012,
- prezentacja EHCI 2012 na konferencji prasowej i seminarium w Brukseli,
- internetowa inauguracja Indeksu po adresem [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com).

## 9.12. ZEWNĘTRZNY PANEL EKSPERCKI

Zgodnie ze standardowym trybem działania stosowanym przy opracowywaniu wszystkich indeksów HCP- został powołany Panel Ekspertów. W trakcie prac nad projektem członkowie panelu odbyli dwa 6-godzinne posiedzenia. Eksperci otrzymywali z wyprzedzeniem wszystkie materiały robocze wykorzystywane przy pracach nad Indekssem. W pracach Panelu Ekspertów Indeksu EHCI 2012 wzięły udział następujące osoby:

Tytuł, imię i nazwisko	Afiliacja zawodowa
Dr Filippos Filippidis	Ośrodek Badań nad Usługami Zdrowotnymi, Wydział Medycyny, Uniwersytet Ateński, Grecja, Uniwersytet Ateński, Grecja
Prof. Iva Holmerowa	Gerontologicke Centrum i Uniwersytet Karola, Praga, Czechy
Prof. Ulrich Keil	Institut für Sozialmedizin, Uniwersytet w Münster, Niemcy
Prof. dr Diana Obelieniene	
Prof. dr n. med. AntónioVaz Carneiro, FACP	dyr. wykonawczy, Center for Evidence Based Medicine, Wydział Medycyny, Uniwersytet Lizboński, Portugalia

Niestety, dr Leonardo la Pietra, członek panelu z najdłuższym stażem, naczelny lekarz kraju, reprezentujący Europejski Instytut Medyczny w Mediolanie, zmarł w styczniu 2012 roku. Dwóch innych członków panelu również nie mogło uczestniczyć w spotkaniach, z powodu problemów zdrowotnych.

Członkom Panelu Ekspertów dla indeksu HCP postawiono dwa główne zadania:

- A. Pomoc w przygotowywaniu i wyborze podkategorii i wskaźników. Było to z oczywistych względów istotne dla Indeksu, jeśli chcieliśmy móc powiedzieć, że kraj, który uzyskał wysoki wynik punktowy, rzeczywiście zapewnia dobre, przyjazne dla konsumenta usługi z zakresu ochrony zdrowia
- B. Analiza końcowych wyników prac badawczych podjętych przez badaczy HCP, przed ustaleniem ostatecznych wyników punktowych. Jeśli uzyskane informacje wydawały się zdecydowanie kolidować

z doświadczeniem w dziedzinie opieki zdrowotnej zdobytym przez lata przez członków panelu, był to sygnał do przeprowadzenia dodatkowej analizy wyników.

HCP pragnie złożyć szczerze podziękowania członkom panelu za niezwykle istotny wkład, jaki wnieśli do prac nad Indekssem oraz za niezwykle wartościowe dyskusje.

## 10. LITERATURA

### 10.1. GŁÓWNE ŹRÓDŁA

Główne źródła informacji dla różnych wskaźników podane zostały w tabeli w dziale 9.7. W przypadku wszystkich wskaźników informacje te zostały uzupełnione poprzez wywiady oraz dyskusje prowadzone z urzędnikami ochrony zdrowia, zarówno w sektorach państwowych, jak i prywatnych.

