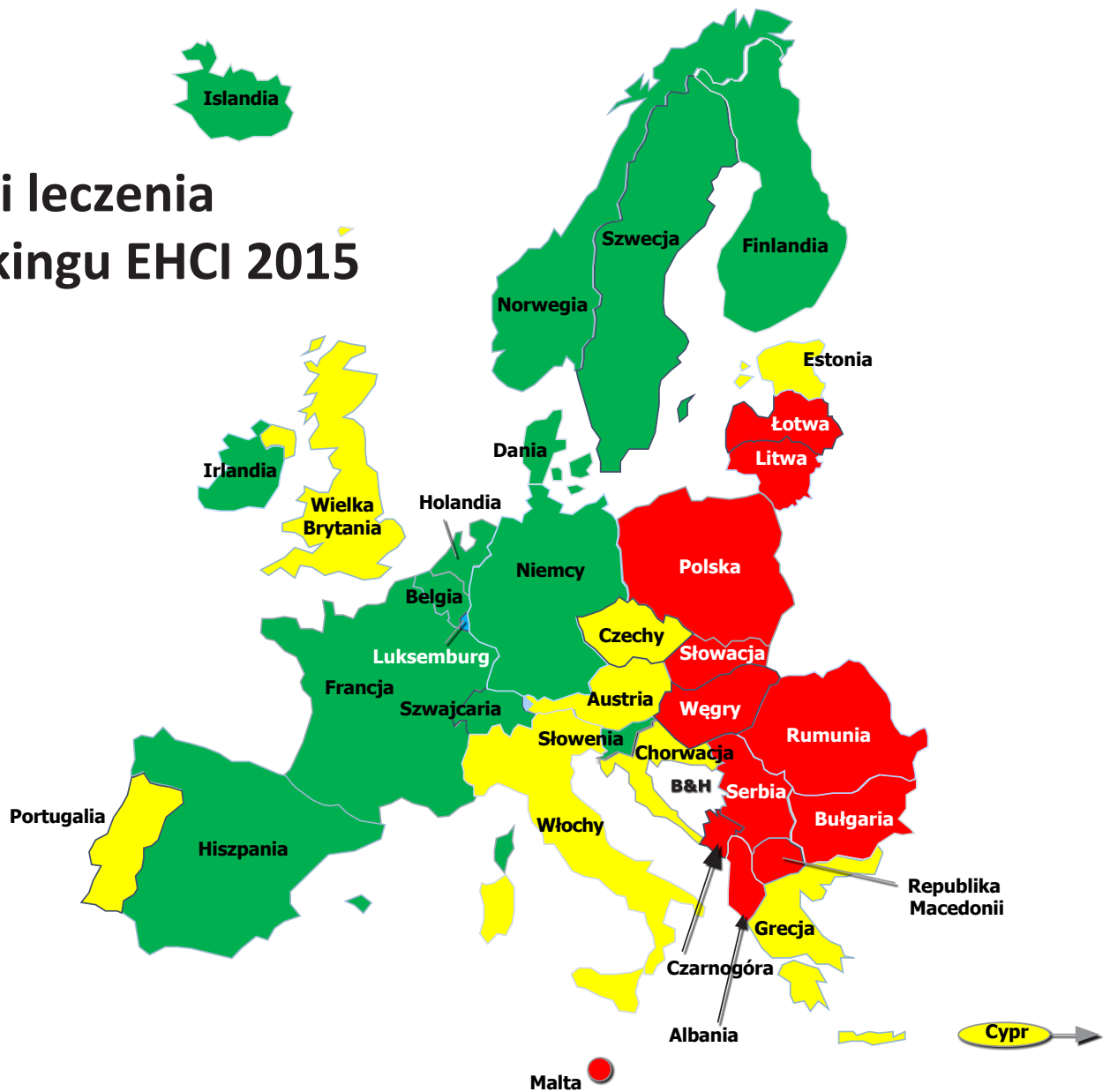




Health Consumer Powerhouse

## Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2015



# Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2015

**Health Consumer Powerhouse**

**Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia**  
**w 2015 r.**  
**Raport**

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

Health Consumer Powerhouse

26 stycznia 2016 r.

*Liczba stron: 116*

Niniejszy raport może być cytowany bez ograniczeń pod warunkiem podania źródła.  
© Health Consumer Powerhouse Ltd., 2016.

# Spis treści

<b>EUROPEJSKIE SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ – SUKCES CZY PORAŻKA?</b>	<b>4</b>
<b>1. STRESZCZENIE</b>	<b>5</b>
1.1 Uwagi ogólne	5
1.2 Wyniki w poszczególnych krajach	5
1.3 Analiza indywidualna 35 krajów	7
1.4 Czy mniej zamożne kraje wracają do formy po kryzysie finansowym?	18
1.5 BBB; model Bismarcka deklasuje model Beveridge'a – to już stało się tradycją	19
<b>2. WPROWADZENIE</b>	<b>20</b>
2.1 Podstawowe informacje	21
2.2 Zakres indeksu	22
2.3 O autorze	22
<b>3. WYNIKI EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2015</b>	<b>23</b>
3.1 Podsumowanie wyników	27
<b>4. WYNIKI SKORYGOWANE O WSKAŹNIK „WARTOŚĆ-CENA”</b>	<b>30</b>
4.1 Metodyka kalkulacji wyniku BFB	30
4.2 Wyniki ujęte w tabeli wyników BFB	31
<b>5. TRENDY NA PRZESTRZENI DZIEWIĘCIU LAT</b>	<b>33</b>
5.1 Zmiany wyników w latach 2006-2015	33
5.2 Niwelowanie barier między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia	35
5.3 Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia	36
5.4 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej	39
5.5 Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta	40
5.6 Listy oczekujących: problem mentalny pracowników opieki zdrowotnej?	40
5.7 Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?	44
5.8 Rozprzestrzenianie się MRSA	44
<b>6. RÓŻNICE REGIONALNE W GRANICACH PAŃSTW EUROPEJSKICH</b>	<b>45</b>
6.1 Wielka Brytania	46
6.2 Włochy	57
<b>7. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?</b>	<b>62</b>
<b>8. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA</b>	<b>63</b>
8.1 Zakres i treść EHCI 2005	63
8.2 Zakres i treść EHCI 2006-2014	63
8.3 EHCI 2015	64
8.4 Obszary, do których odnoszą się wskaźniki (podkategorie)	65
8.5 Punktacja zastosowana w EHCI 2015	65
8.6 Współczynniki wagowe	66
8.7 Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2015	66
8.8 Ustawienia wartości progowych	74
8.9 Źródła danych „CUTS”	75
8.10 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2015	76
8.11 Zewnętrzny panel ekspercki	114
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>114</b>
9.1 Główne źródła informacji	114
<b>ZAŁĄCZNIK NR 1. SAGA PRAWDZIWA O STAWIE BIODROWYM WERNERA, CZYLI JAKI POWINIENBYĆ CZAS OCZEKIWANIA W KAŻDYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA</b>	<b>116</b>

## Europejskie systemy opieki zdrowotnej – sukces czy porażka?

Patrząc na sektor publicznej opieki zdrowotnej w Europie, pielęgnujący swój własny wizerunek obszar borykającego się z nieustannymi cięciami budżetowymi, problemami z pozyskaniem kadr i niezadowolaniem pacjentów, łatwo jest zapomnieć, że – jak wynika z kolejnych edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia – ostatnie dziesięć lat to czas, który można uznać za okres sporych osiągnięć.

W 2006 r. w rankingu EHCI zwyciężyła Francja, zdobywając 768 punktów na 1000 możliwych do zdobycia. Tymczasem w rankingu EHCI za 2015 r. Czechy, mające tę samą liczbę punktów zajmują 13. pozycję na 35 krajów. Wynik, który jeszcze dziesięć lat temu oznaczał miejsce na najwyższym stopniu podium, dziś stał się europejską średnią! Udało się to osiągnąć pomimo napięć finansowych, problemów z integracją i zawirowań politycznych w wielu krajach. Przynajmniej ten jeden raz rzeczywistość wyprzedziła oczekiwania.

Na przestrzeni ostatnich dziewięciu lat w praktycznie wszystkich krajach europejskich odnotowano poprawę wyników leczenia. Wniosek taki można wyciągnąć, patrząc na istotny wskaźnik, jakim jest współczynnik umieralności niemowląt, w przypadku którego proces oceny krajów jest niezmienny od samego początku. Podczas gdy na początku badania ocenę zieloną otrzymało pięć krajów, w 2015 r. taką ocenę mają już 23 kraje i tylko trzy kraje nadal otrzymują ocenę czerwoną.

Jak wyjaśniono w tegorocznym raporcie, następuje stała poprawa kluczowych wskaźników, takich jak umieralność niemowląt, wskaźniki przeżywalności pacjentów cierpiących na nowotwory, efekty leczenia pacjentów po udarze i z chorobami serca.

W wielu przypadkach najbardziej radykalne zmiany odnotowano w obszarze „miękkich” wskaźników, co pokazuje, jakie zmiany zaszły w zakresie pozycji i samoświadomości pacjentów – dostęp do informacji umożliwiających porównanie jakości świadczeniodawców, transgraniczna mobilność finansowana ze środków publicznych, elektroniczny dostęp do usług zdrowotnych ułatwiający życie pacjentom itp. Tego rodzaju otwartość sprzyja wzrostowi świadomości i jakości.

*„Przejrzystość europejskich systemów opieki zdrowotnej to cecha o kluczowym znaczeniu nie tylko dla konsumentów, ale także dla wszystkich stron zainteresowanych obszarem opieki zdrowotnej. Przejrzystość pokazuje wady i błędy systemu wymagające podjęcia działań... Informacje ogólnoeuropejskie o charakterze ponadnarodowym stanowią istotny zasób umożliwiający wykorzystanie pełni potencjału systemów opieki zdrowotnej”,* wskazywał na to już raport z badania EHCI za 2006 r. Rośnie zrozumienie, że przejrzyste informacje na temat sprawności działania są niezbędne dla dalszego postępu oraz że Europejczycy nie będą akceptować kompromisów, jeżeli chodzi o jakość, wybór czy możliwość współuczestniczenia. Istotną rolę odegrała ocena, w jakim zakresie krajowym systemom opieki zdrowotnej w Europie udaje się przejść test HCP.

Kiedy w 2004 r. powołano do życia HCP, jednym ze strategicznych celów tej organizacji było pobudzenie, a może nawet sprowokowanie UE do podjęcia działań pod kątem poprawy przejrzystości i jakości. W ramach EHCI wielokrotnie podkreślano powiększający się dystans pomiędzy najbardziej rozwiniętymi członkami UE a krajami pozostającymi w tyle. Fakt ten powinien stanowić ostrzeżenie dla Brukseli. To, że Komisja Europejska już oficjalnie zaangażowała się w działania mające na celu poprawę skuteczności systemów opieki zdrowotnej, możemy uznać za kolejne znaczące osiągnięcie. W jaki sposób i w jakim tempie cel ten zostanie osiągnięty, to się dopiero okaże.

Sztokholm, 26 stycznia 2016 r.

Johan Hjertqvist  
Założyciel i Prezes  
Health Consumer Powerhouse Ltd.

Institute for Direct Democracy in Europe („IDDE”) z siedzibą w Brukseli udzielił niewielkiego grantu na przeprowadzenie badania EHCI 2015. Większość prac została sfinansowana ze środków własnych HCP.

# 1. Streszczenie

## 1.1 Uwagi ogólne

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

W aktualnej edycji badania widać oznaki zmniejszania się różnic w dochodach pomiędzy bogatymi a mniej zamożnymi krajami Europy, które sygnalizowano w poprzednich edycjach badania, tj. za rok 2013<sup>1</sup> i 2014. Między 2014 a 2015 rokiem osiem najmniej zamożnych krajów zyskało średnio 32 punkty.

Osiem zachodnioeuropejskich krajów uzyskało ponad 800 punktów na 1000 możliwych. Tuż za nimi uplasowały się cztery inne zamożne kraje (Dania, Szwecja, Francja i Austria), które z różnych przyczyn odnotowały słabszy wynik. Czechy to pierwszy kraj Europy Środkowo-Wschodniej, który zbliża się do czołówki. Od Austrii Czechy dzieli już tylko 14 punktów.

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

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

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

## 1.2 Wyniki w poszczególnych krajach

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2015 Holandia wytrzymała atak Szwajcarii. Jeszcze w 2013 r. 894 punkty oznaczałyby pewne zwycięstwo w rankingu. Jednakże Holandii udało się pokonać – po raz pierwszy w historii EHCI – barierę 900 punktów. Tym samym, z wynikiem 916 punktów, Holandia utrzymała palmę pierwszeństwa!

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w raporcie EHCI 2015 uwzględniono 48 i były to te same wskaźniki, które oceniano rok wcześniej. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce kwalifikacji generalnej każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. W czterech z sześciu podkategorii EHCI 2015 Holandia jest liderem bądź zajmuje ex equo pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów. Jedyne miejsce, w którym może poprawić swój wynik, to czas oczekiwania na leczenie. W tej kategorii prym wiodą niektóre kraje Europy Środkowej. Zazwyczaj HCP stara się podkreślić, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta (pacjenta), tzn. nie usurpuje sobie prawa do rozstrzygania, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

---

<sup>1</sup> [www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf)

Ponieważ jednak bardzo trudno jest opracować Indeks HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2015 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne wiele można by się nauczyć, analizując bardziej wnikliwie holenderską drogę na szczyt!

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

Brązowym medalistą jest Norwegia z wynikiem 854 punktów. Wysokie wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca zaczęły wreszcie przynosić efekty, jednak Norwegia straciła sporo punktów ze względu na zupełnie niewytłumaczalną sytuację, jeżeli chodzi o listę oczekujących!

Finlandia (4. miejsce z wynikiem 845 punktów) zrobiła ogromny postęp i zdaje się, rozwiązała tradycyjne problemy z długimi kolejkami oczekujących!

Dania (9. miejsce z 793 punktami) bardzo zyskała na wprowadzeniu podkategorii e-zdrowie. Pomimo tego, jak wynika z analizy długoterminowej przedstawionej w Rozdziale 5.1, Dania nieprzerwanie poprawiała swój wynik – od chwili włączenia jej do badania w 2006 r. aż do roku 2014, kiedy to nasiliła się konkurencja, a Dania zmniejszyła dostęp do informacji dotyczącej Wyników leczenia i zaostrzyła przepisy dotyczące dostępu pacjentów do świadczeniodawców.

Na wyniku uzyskanym przez Szwecję za doskonałe pod względem technicznym świadczenia, jak zawsze negatywnie, odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością/czasem oczekiwania, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2015 r. Szwecji udało się wrócić na 10. miejsce z wynikiem 786 punktów. Największą utratę punktów obserwuje się w obszarze Dostępność usług (125 punktów mniej niż Belgia czy Szwajcaria). Wśród 35 krajów najniższe wyniki odnotowano w Szwecji, Irlandii oraz w Polsce.

Wśród krajów Europy Południowej świadczenia medyczne o bardzo wysokiej jakości oferują w wielu obszarach Hiszpania i Włochy. Wydaje się jednak, że faktyczna jakość opieki zdrowotnej oferowanej w krajach południowoeuropejskich jest w nieco zbyt dużym stopniu uzależniona od zdolności konsumentów do pokrycia kosztów prywatnej opieki zdrowotnej, będącej uzupełnieniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, zarówno Hiszpanię, jak i Włochy cechują duże regionalne różnice w jakości opieki zdrowotnej (zob. Rozdział 6!), co skutkuje przyznaniem tym krajom żółtych ocen w wielu obszarach.

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

Spośród wszystkich krajów zaangażowanych w badanie od początku jego istnienia, w 2014 r. Republika Macedonii odnotowała najszybszy wzrost swojej pozycji w rankingu – z 27. miejsca na 16. Stało się to możliwe głównie dzięki zlikwidowaniu kolejek oczekujących poprzez wdrożenie internetowego systemu rejestracji wizyt działającego w czasie rzeczywistym! Wydaje się, że tę sytuację udało się utrzymać w 2015 r.

Odnotowujemy poprawę w obszarze praw pacjenta i konsumenta. Coraz więcej krajów europejskich posiada regulacje prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które wprost realizują prawa pacjenta, a faktyczny dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej staje się standardem. Przez lata zaledwie dwa-trzy kraje dysponowały rankingami najlepszych szpitali i klinik. W tegorocznym indeksie liczba ta wzrosła do dziewięciu, co – miejmy nadzieję – świadczy o pozytywnych zmianach w tym obszarze. Turystyka medyczna, wspierana przez nową dyrektywę w sprawie mobilności pacjentów, może zwiększyć zapotrzebowanie na przejrzystość w zakresie wyników leczenia uzyskiwanych przez placówki medyczne. Po wprowadzeniu dyrektywy transgranicznej kryteria dla tego wskaźnika zostały zaostrzone w odpowiedzi na założenia wdrażanej dyrektywy.



## 1.3 Analiza indywidualna 35 krajów

### 1.3.1 Holandia!

Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce finałowego rankingu w każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 r. Uzyskane przez nią w 2012 r. 872 punkty to jak dotychczas najwyższy wynik w historii Indeksów HCP. Jeszcze bardziej imponujący jest rezultat Holandii z 2015 roku. 916 punktów zdobytych w sytuacji, kiedy coraz trudniej jest uzyskać bardzo dobry wynik w wielu kategoriach naraz – bo przecież żaden kraj nie jest mistrzem we wszystkim – naprawdę robi wrażenie. Podobnie, jedynym Indeksem, w którym Holandia nie zajmowała miejsca w pierwszej trójce, był Indeks Zapobiegania Szkodliwym Skutkom Palenia Tytoniu (Tobacco Harm Prevention Index), który ujawnił liberalne holenderskie podejście do kwestii używania tytoniu.

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

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

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

Począwszy od 2006 r. HCP opracowuje nie tylko ogólny Indeks EHCI, ale także specjalistyczne indeksy dotyczące cukrzycy, opieki kardiologicznej, HIV, migreny i wirusowego zapalenia wątroby. Holandia jest wyjątkowa, ponieważ zawsze znajduje się w grupie trzech czy czterech najwyższych sklasyfikowanych krajów, niezależnie od badanego obszaru ochrony zdrowia. Rodzi to silną pokusę sformułowania stwierdzenia, że niekwestionowany zwycięzca rankingu EHCI 2015 istotnie dysponuje „najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie”.

#### 1.3.1.1 Co zatem Holendrzy robią właściwie?

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

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

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

Można założyć, że istotnym efektem netto struktury systemu opieki zdrowotnej w Holandii jest to, iż decyzje dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej podejmowane są przez specjalistów ochrony zdrowia przy wyjątkowo dużym udziale pacjenta. Wydaje się, że w tym kraju instytucje finansujące świadczenia medyczne oraz osoby niezwiązane zawodowo z opieką zdrowotną, np. politycy czy biurokraci, odsunięci są od procesu decyzyjnego w większym zakresie niż w pozostałych krajach europejskich. Już to, samo w sobie, może być jednym z głównych powodów zwycięstwa Holandii w rankingach EHCI w latach 2008-2015.

### 1.3.1.2 Czy Holendrzy popełniają jakieś błędy? A jeżeli tak, to jakie?

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

Tradycyjny problem Holendrów związany ze słabą punktacją za Czas oczekiwania został w 2015 r. w dużej mierze rozwiązany. Jak zaobserwowano w zleconym przez OECD badaniu autorstwa Sicilianiego i Hursta obejmującym lata 2003/2004 oraz w rankingach EHCI z lat 2005-2015, kolejki pacjentów oczekujących na specjalistyczne leczenie istnieją, paradoksalnie, głównie w tych krajach, w których lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pełnią funkcję „odźwiernego” (tam, gdzie skierowanie do specjalisty należy uzyskać od lekarza pierwszego kontaktu).

System oparty na instytucji lekarza pierwszego kontaktu to „fundament holenderskiej opieki zdrowotnej” (jak poinformował HCP były holenderski minister zdrowia i co powtórzono w holenderskim parlamencie w listopadzie 2014 r.). Uważa się powszechnie, że obniża on koszty i zapewnia ciągłość opieki, co jest z pewnością korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie źródeł podanych w pkt. 8.10.2 w odniesieniu do wskaźnika 2.2, nie istnieją żadne dowody przemawiające za hipotezą o redukcji kosztów. Ponadto, jak można przeczytać w pkt. 4.1, Holandia zwiększyła wydatki na opiekę zdrowotną, stając się krajem o najwyższej kwocie nakładów na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Europie. W 2013 r. udało jej się nawet przybliżyć do krajów, które HCP na własne potrzeby nazywa „trzema bogatymi draniami”, czyli Norwegii, Szwajcarii i Luksemburga, których PKB per capita stanowi jakość samą w sobie. Zostało to już dostrzeżone w raporcie EHCI z 2009 roku, a obecnie jest to jeszcze bardziej widoczne. Kwestia ta została szczegółowo omówiona w raporcie EHCI 2013<sup>2</sup>.

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

Jak się wydaje, rzeczywiste sposoby organizacji systemu opieki zdrowotnej w Holandii, które nie są oparte na modelu wielu płatników, mogłyby wyjaśnić wysoki koszt opieki zdrowotnej per capita. Jeśli kraj na to stać, nie ma problemu. Pamiętajmy jednak, że dla dobra wyników leczenia i w trosce o jakość życia pacjentów, program redukujący koszty hospitalizacji mógłby wpłynąć pozytywnie na holenderski budżet opieki zdrowotnej!

### 1.3.2 Szwajcaria

Srebrny medalista, 894 punkty (wzrost z poziomu 855).

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

W 2015 r. Szwajcaria zostawiła daleko w tyle „ekstraklasę” krajów Europy Zachodniej, które uzyskały wyniki powyżej 800 punktów! Szwajcarski system opieki zdrowotnej był prawdopodobnie równie dobry już wcześniej, jednak wysoce zdecentralizowana struktura kantonów utrudniała proces gromadzenia danych.

### 1.3.3 Norwegia

3. miejsce, 854 punkty. Bogactwo Norwegii oraz bardzo wysokie wydatki na opiekę zdrowotną per capita zdają się procentować – przez lata Norwegia pięła się powoli, ale systematycznie w rankingu EHCI. Tradycyjnie, norwescy pacjenci narzekali na długi czas oczekiwania na leczenie. Chociaż daje się tu zauważyć znaczącą poprawę, jest to jednak nadal ten obszar, w którym Norwegia traci największą liczbę punktów – aż 87 punktów do liderów w tej kategorii, czyli Belgii i Szwajcarii!

<sup>2</sup> [www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf)



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

### 1.3.4 Finlandia

4. miejsce, 845 punktów. Jak pokazuje ranking EHCI, Finlandia znalazła się w gronie europejskich czempionów, osiągając najlepsze wyniki przy relatywnie niskich kosztach. Finlandia jest faktycznym liderem, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną oferującą najlepszy stosunek wartości do ceny.

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

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

### 1.3.5 Belgia

Belgijski system opieki zdrowotnej jest prawdopodobnie najbardziej szczodrym systemem w Europie<sup>3</sup>. Po, jak się zdaje, zakończonych sukcesem wysiłkach zmierzających do zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń i standardów raportowania danych, Belgia plasuje się na 5. miejscu w rankingu EHCI 2015 (zdobywając 836 punktów). Niemniej jednak nadal nie zajmuje czołowych pozycji w kategorii „Wyniki leczenia”.

### 1.3.6 Luksemburg

Luksemburg (6. miejsce, 832 punkty) jako najbogatszy kraj w UE stać by było na stworzenie własnego kompleksowego systemu opieki zdrowotnej. Jednak w odróżnieniu od Islandii, Luksemburg mógł skorzystać ze swojego położenia w środku Europy. Zachowując granice zdrowego rozsądku, co jest nietypowe dla wciąż poszukującego nowych źródeł finansowania sektora publicznego, Luksemburg nie zbudował takiego systemu i od wielu lat pozwala swoim obywatelom na szukanie pomocy medycznej w sąsiednich krajach. Najwyraźniej trafiają do dobrych szpitali. Prawdopodobnie z tego względu Luksemburg traci punkty w zakresie wskaźnika aborcji – dla zachowania dyskrecji wiele obywaterek Luksemburga prawdopodobnie poddało się temu zabiegowi poza granicami małego i kameralnego Księstwa.

### 1.3.7 Niemcy

Niemcy (7. pozycja, 828 punktów) odnotowały gwałtowny spadek w rankingu EHCI 2012 z 6. miejsca w 2009 r. na 14. Zgodnie z hipotezą przedstawioną w rankingu EHCI 2012, na zaskakująco negatywną ocenę organizacji pacjenckich mogła mieć wpływ głęboko zakorzeniona „niemiecka skłonność do narzekania”, tzn. rzeczywiste pogorszenie się niegdyś doskonałego dostępu do opieki zdrowotnej nie było tak poważne, jak powszechnie twierdzono, a negatywne reakcje stanowiły wynik szoku, kiedy uświadomiono sobie, że „teraz już nie wszystko będzie za darmo”.

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

<sup>3</sup> Niektórzy mogliby powiedzieć, że belgijski system opieki zdrowotnej jest nawet zbyt szczodry. Przyjaciel zespołu HCP, mieszkający w Brukseli, został „porwany i zatrzymany” w szpitalu na 6 dni (!) po tym jak, pewnego ranka w pracy poczuł lekki ból w klatce piersiowej.

Tradycyjnie Niemcy dysponowały najmniej restrykcyjnym i najbardziej propacjenckim systemem opieki zdrowotnej w Europie, w którym pacjent mógł w każdej chwili uzyskać dostęp do takich świadczeń, jakich chciał (jego „siłą była ilość, a nie jakość”). Wydaje się, że Niemcy przezwyciężyły tradycyjną słabość swojego systemu opieki zdrowotnej, którą była duża liczba raczej małych szpitali ogólnych, niespecjalistycznych, co prowadziło do słabych ocen jakości leczenia. Ta tendencja była jeszcze bardziej widoczna w 2015 r.

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

### 1.3.8 Islandia

Z uwagi na swoje położenie geograficzne na Północnym Atlantyku, Islandia musiała zbudować system opieki zdrowotnej zdolny (nie chodzi tu o rozmiary!) do zapewnienia opieki kilku milionom ludzi, podczas gdy obsługuje on tylko 300 000 Islandczyków. Mimo że wynik Islandii poprawił się o 7 punktów, to jednak w ogólnym rankingu kraj ten spadł o jedną pozycję i zajmuje 8. miejsce z 825 punktami.

Islandia jest w nieco gorszej sytuacji niż inne kraje ujęte w rankingu, ponieważ nie jest członkiem UE. W 2015 r. islandzki system świadczeń farmaceutycznych dostarczył na potrzeby projektu EHCI dane dotyczące sprzedaży leków.

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

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

### 1.3.9 Dania

9. miejsce, 793 punkty. Dania szybko wspięła się na 2. miejsce dzięki wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie” w EHCI 2008. Kraj ten od chwili włączenia go w 2006 r. do rankingu EHCI odnotowuje stały wzrost. Co ciekawe, Dania świetnie poradziła sobie z powrotem do struktury rankingu z 2007 r., zachowując w edycji za rok 2012 „srebrny medal” i zdobywając 822 punktów! Dania poczyniła również w ostatnich latach ogromny postęp w obszarze ograniczania współczynnika umieralności z powodu chorób serca. Była jednym z zaledwie trzech państw, które uzyskiwały wyniki w podkategorii Swobodny wybór świadczeniodawcy w UE po zaostrożeniu kryteriów w celu ich dostosowania do wymogów dyrektywy UE, a także w podkategorii internetowy ranking szpitali wskazujący pacjentom najlepsze placówki.

Jednakże wprowadzenie w 2013 r. podkategorii Profilaktyka osłabiło pozycję Danii, która straciła z tego powodu 20 punktów względem swoich agresywnych konkurentów. Chociaż trudno jest udowodnić związek przyczynowy, niedawny spadek wyników Danii zbiega się w czasie nie tylko

z usunięciem danych dotyczących wyników leczenia z duńskiego systemu informacji dotyczących jakości opieki szpitalnej. W tym samym czasie zastrzono również dostęp do systemu opieki zdrowotnej, dzięki czemu duńscy pacjenci mają do dyspozycji tylko dwa numery telefonów – numer do swojego lekarza pierwszego kontaktu lub numer alarmowy 112!

### 1.3.10 Szwecja

Szwecja spadła w rankingu EHCI 2013 z 6. na 11. miejsce, zdobywając 756 punktów, co było wynikiem jedynie o sześć punktów niższym niż ten uzyskany w 2012 r. (wyniósł on wówczas 762 punkty). W rankingu EHCI 2015 Szwecja wróciła na 10. pozycję z 786 punktami. W rankingu za rok 2015, w którym osiem krajów odnotowało wynik powyżej 800 punktów, Dania, Szwecja, Francja i Austria tworzą wyróżniający się kwartet, mimo że od dziewięciu krajów z czołówki rankingu dzieli je ponad 30 punktów.

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

Szwecja straciła decydujące punkty, ponieważ po wprowadzeniu wskaźnika „aborcja” nie ma samych zielonych ocen w Rezultatach końcowych. Kraj ten znajduje się w niewielkiej grupie krajów (oprócz Szwecji jest tam jeszcze zaledwie kilka krajów Europy Środkowo-Wschodniej), w których wykonuje się więcej niż 30 aborcji na 100 urodzeń żywych, przy czym w EŚW jest to prawdopodobnie reliktem okresu sprzed 1990 r. W Rosji aborcja jest wciąż traktowana jako powszechny środek antykoncepcyjny; na 100 narodzin wykonuje się tam 95 zabiegów przerwania ciąży (co i tak świadczy o zmianach na lepsze, ponieważ w połowie lat 90. liczba ta wynosiła 160). Należy podkreślić, że EHCI ocenia krytycznie cztery kraje, w których aborcja jest prawnie zakazana.

Jednocześnie bardzo trudno jest poprawić notorycznie słabe wyniki Szwecji w podkategorii Dostępność świadczeń medycznych, pomimo podejmowanych przez tamtejsze władze wysiłków zmierzających do pobudzenia zdecentralizowanego, zarządzanego na poziomie regionalnym systemu opieki zdrowotnej i skrócenia kolejek za pomocą zwiększenia nakładów finansowych („Kolejkomiliardy”). Sondaż HCP adresowany do organizacji pacjenckich potwierdza obraz sytuacji, który wyłania się z oficjalnych danych zamieszczonych na stronie [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), a mianowicie, że Szwecji nie udaje się zrealizować celów związanych z zakładanym maksymalnym czasem oczekiwania, które na tle innych krajów europejskich są bardzo skromne. Gorsze rezultaty, jeśli chodzi o docelowy maksymalny czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (wynoszący w Szwecji nie więcej niż 7 dni), osiąga jedynie Portugalia z wynikiem poniżej 15 dni. W ankiecie HCP szwedzcy i irlandzcy pacjenci przedstawiają najbardziej pesymistyczny obraz dostępu do świadczeń medycznych spośród wszystkich europejskich nacji. Szczególnie nieludzki wydaje się długi czas oczekiwania przez pacjentów cierpiących na nowotwory, i to nie tylko w stołecznym Sztokholmie!

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

### 1.3.11 Francja

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

### 1.3.12 Austria

Austria (12. miejsce, 774 punkty) odnotowała spadek w porównaniu z rankingiem z 2012 r.

<sup>4</sup> Wadham, Lucy; *The Secret Life of France*, Faber Faber, 2013.

W 2015 r. Austria tworzy oddzielną grupę z Danią, Francją i Szwecją. Kwartet ten od krajów z czołówki rankingu dzieli ponad 30 punktów. Wprowadzenie wskaźnika aborcji nie pomogło: w Austrii nie ma zakazu podobnego do istniejącego w Polsce i w trzech innych państwach Europy, jednak aborcja nadal nie jest wykonywana w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych. Niezależnie od tego, czy Austria zasługuje na ocenę czerwoną, czy też ocenę **b.d.** w tym wskaźniku, byłby to pewnie temat do debaty, gdyby nie brak oficjalnych statystyk aborcyjnych.

### 1.3.13 Czechy

Czechy zawsze były gwiazdą wśród krajów EŚW i w 2015 r. wspięły się na 13. miejsce w rankingu (760 punktów), stając na czele grupy krajów EŚW i zajmując pozycję przed Wielką Brytanią. Dobry wyniki pod względem dostępności do usług opieki zdrowotnej!

### 1.3.14 Wielka Brytania

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

Kraj, w którym kiedyś złamano szyfr Enigmy, powinien przestudiować styl zarządzania specjalistami opracowany w Bletchley Park<sup>5</sup>!

### 1.3.15 Słowenia

15. miejsce, 710 punktów.

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

Słoweński wskaźnik PKB per capita jest trzy-czterokrotnie wyższy od wskaźników w innych krajach byłej Jugosławii (z wyjątkiem Chorwacji, w której wynosi on ok. 75% słoweńskiego wskaźnika). Ta różnica nie mogła powstać w niewiele ponad dwie dekady. Jugosławia pod rządami Tito musiała być krajem wewnętrznym nierówności!

Jeszcze bardziej niezwykle jest to, że kraj zamieszkały przez zaledwie dwa miliony ludzi, potrafi wykształcić określoną liczbę wykwalifikowanych i oddanych specjalistów, którzy mają swój wkład w rozwój niektórych dziedzin medycyny. Można to zauważyć na przykładzie wirusowego zapalenie wątroby (WZW) – Słowenia zajmowała 2. miejsce w Europie w Europejskim Rankingu WZW za rok 2012<sup>6</sup> – oraz wskaźnika dla cukrzycy – kraj został zaklasyfikowany na 6. miejscu Europejskiego Indeksu Diabetologicznego 2015<sup>7</sup>.

### 1.3.16 Chorwacja

16. miejsce, 707 punktów. Do czasu macedońskiego cudu w 2014 r., Chorwacja (a jeszcze bardziej Słowenia) stanowił dla innych krajów byłej Jugosławii niedościgniony wzór. Pomimo skromnego jak na europejskie standardy wskaźnika PKB per capita, chorwacka opieka zdrowotna z powodzeniem przeprowadza zaawansowane i kosztowne procedury, jak np. operacje przeszczepu nerki. Z liczbą około 50 transplantacji na milion mieszkańców Chorwacja znajduje się w czołówce krajów europejskich.

### 1.3.17 Estonia

706 punktów. Chociaż Estonia nie osiągnęła spektakularnych wyników w żadnej podkategorii, to jednak na przestrzeni kilku lat wypadła całkiem dobrze w rankingu, zważywszy na dość

<sup>5</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

<sup>6</sup> McKay, Sinclair; *The Secret Life of Bletchley Park*, rozdział 17, \*Aurum Press, London (2010).

<sup>7</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2015/EDI-2015-report.pdf>



ograniczone zasoby ekonomiczne tego małego kraju. Lider w obszarze wyniku skorygowanego o wskaźnik wartości do ceny (ang. Bang-for-the Buck) (zob. Rozdział 4).

### 1.3.18 Republika Macedonii

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

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

Macedonia utrzymała ten wynik w 2015 r., zdobywając 704 punkty, co daje jej 18. miejsce w rankingu.

Republika Macedonii dokonała niesamowitego przełomu w obszarze elektronicznej rejestracji wizyt. Od lipca 2013 r. każdy lekarz pierwszego kontaktu może w czasie rzeczywistym i w obecności pacjenta zgłosić konieczność zarezerwowania wizyty u specjalisty bądź ciężkiego sprzętu diagnostycznego dostępnego w kraju i dokonać rezerwacji w dowolnym miejscu w kraju, wykonując zaledwie kilka ruchów myszką. Pozwoliło to na zredukowanie do minimum czasu oczekiwania, pod warunkiem, że pacjent jest gotowy przebyć niewielką odległość (cały kraj ma wymiary 200 km na 130 km, a stolica Skopje położona jest względnie w centrum). Wydaje się, że pacjenci docenili to rozwiązanie, o czym świadczą wysokie noty Republiki Macedonii dla wskaźnika „Dostępność”.

Zapewne spore zasługi ma tutaj Minister Zdrowia i jego zdecydowane rządy, czego wyrazem jest stwierdzenie „Chcę, żeby system był w pełni sprawny od 1 lipca 2013 r., koniec kropka!”.

Macedoński system skierowań/rejestracji może być wzorem dla innych krajów! Jaki wynika stąd przekaz dla pozostałych europejskich ministrów i innych osób odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej? „Idźcie i czyńcie podobnie”.<sup>8</sup> Należy jednocześnie pamiętać, że wdrożenie programu e-zdrowie wymaga czasu i że zanim pacjenci przyzwyczają się do nowo nabytych uprawnień i swobody wyboru, mogą pojawiać się problemy.

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

### 1.3.19 Hiszpania

695 punktów. Wysoka decentralizacja pod względem regionalnym. Hiszpański system opieki zdrowotnej zdaje się w zbyt dużym stopniu opierać na opiece prywatnej, niemniej jednak w 2015 r. Hiszpania uzyskała lepszy rezultat w kategorii Wyniki leczenia niż poprzednio.

### 1.3.20 Portugalia

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

<sup>8</sup> Łukasz 10:37.

### 1.3.21 Irlandia

21. miejsce w rankingu, spadek z 14. w 2013 r.

Irlandia ma szczegółowe oficjalne statystyki dotyczące czasu oczekiwania w różnych obszarach ochrony zdrowia i te dane gwarantowały jej dobry wynik aż do rankingu EHCI z 2013 r. Jednakże na przestrzeni kilku lat, w trakcie których prowadzone było badanie EHCI, odpowiedzi irlandzkich organizacji pacjenckich na zamieszczane w sondażu pytania stały się coraz bardziej pesymistyczne. Ogólnie wiadoma, że klienci/pacjenci zapamiętują lepiej zdarzenia mniej przyjemne. Jednakże w związku z tym, że te same negatywne oceny pojawiły się ponownie w rankingu za rok 2015 – spośród 35 krajów Irlandia, Wielka Brytania i Szwecja są najgorzej oceniane przez rodzime organizacje pacjenckie w kategorii Dostępność – pojawiają się wątpliwości, co do wiarygodności oficjalnych statystyk.

W rankingach za rok 2014 i 2015 podjęto więc decyzję o wykorzystaniu informacji uzyskanych od organizacji pacjenckich w celu wystawienia Irlandii oceny w kategorii Dostępność. To jest właśnie przyczyna spadku z 14. na 22. miejsce w 2014 r., z niewielkim wzrostem w 2015 r.

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

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

### 1.3.22 Włochy

667 punktów. We Włoszech występuje największe wewnętrzne zróżnicowanie wśród krajów europejskich, jeżeli chodzi o wskaźnik PKB per capita w poszczególnych regionach. PKB najbiedniejszego regionu stanowi tylko 1/3 PKB Lombardii (będącej najbogatszym regionem). Mimo iż, w teorii, cały system opieki zdrowotnej ma charakter scentralizowany i leży w rękach Ministerstwa Zdrowia, to wynik badania dla Włoch stanowi mieszaną ocen zielonych dla północnych Włoch i Rzymu oraz ocen czerwonych dla południowych Włoch. W efekcie mamy sporo ocen żółtych. Zob. Rozdział 6.2, w którym znajduje się bardziej szczegółowe omówienie.

### 1.3.23 Malta

663 punkty. Wzrost z pozycji 27. z 582 punktami w 2014 r. Dostępność usług na przyzwoitym poziomie, ale to niezbyt dobry wynik, jeżeli chodzi o efekty leczenia.

### 1.3.24 Słowacja

653 punkty. Ciekawe, czy system (dodatkowych) prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wprowadzony niedawno na Słowacji przyniesie zmianę wyniku EHCI.

### 1.3.25 Litwa

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

### 1.3.26 Cypr

595 punktów. Bardzo trudno ocenić ten kraj w ramach badania EHCI, ponieważ Cypr nie ma tak naprawdę publicznego systemu opieki zdrowotnej w takim sensie, w jakim występuje on w po-



zostałych krajach Europy. Ponieważ EHCI zasadniczo nie nagradza kraju za usługi uzyskiwane prywatnie, istnieje prawdopodobieństwo, że wynik ten w rzeczywistości powinien być niższy.

### 1.3.27 Węgry

578 punktów. Jest zaskakujące, że kraj, w którym publiczny system opieki zdrowotnej istnieje równie długo jak w Wielkiej Brytanii, nadal odnotowuje dość słabe wyniki, jeżeli chodzi o Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta, Dostępność i Wyniki leczenia. W ostatnim czasie odnotowano od dawna wyczekiwany postęp w zakresie przeciwdziałania paleniu.

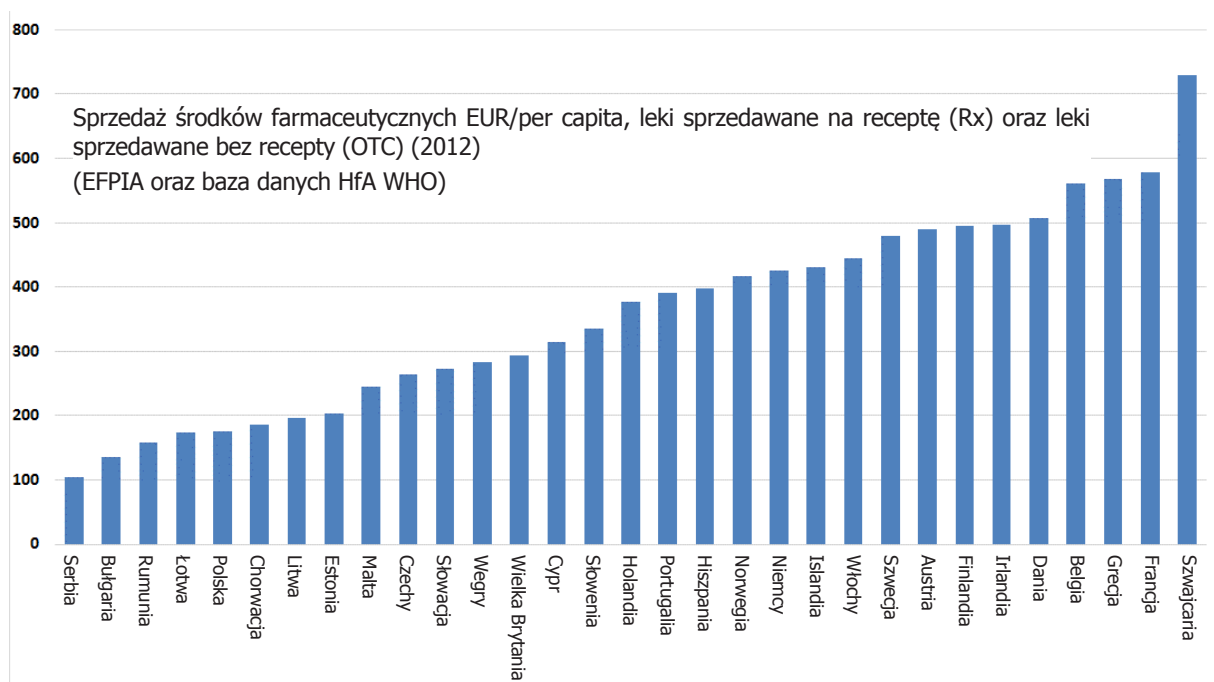
### 1.3.28 Grecja

Na 28. miejscu, tak samo, jak w 2014 r., jednak spadek z 22. pozycji w 2012 r. i 25. w 2013 r., 577 punktów.

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

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

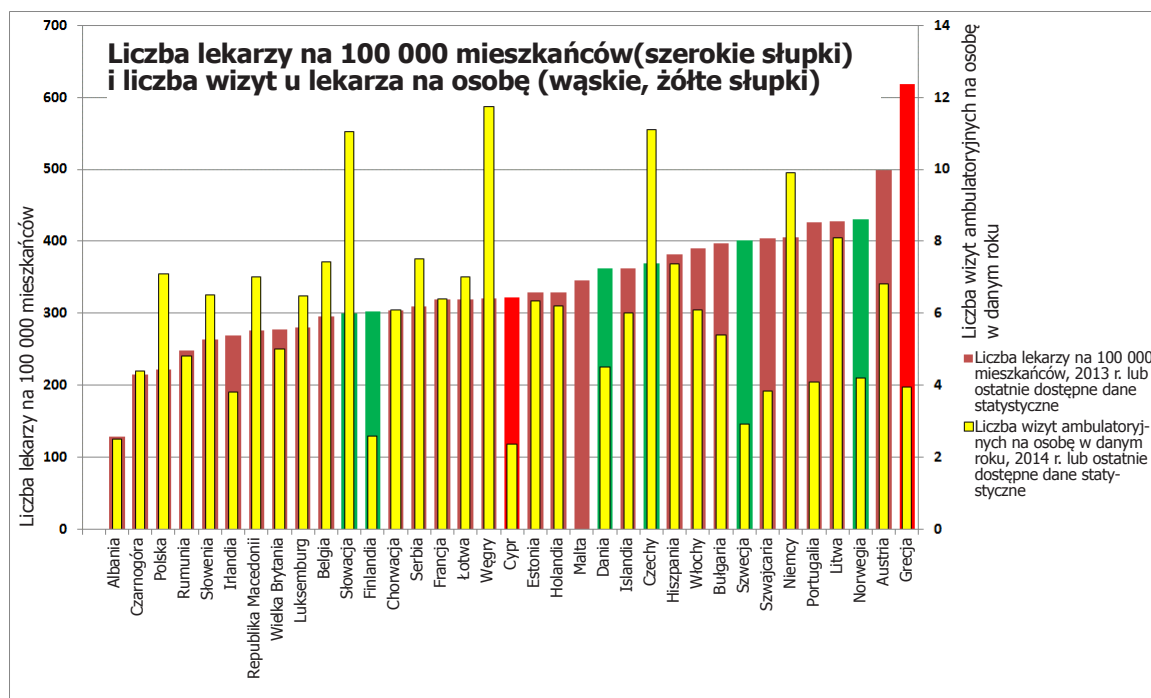
Istotna zmiana nastąpiła w Grecji, jeśli chodzi o gotowość do wprowadzania nowych leków na rynek. Jak pokazuje Wskaźnik 6.5 (nowe leki na artretyzm) Grecja, w niektórych przypadkach, zmieniła radykalnie swoje wcześniejsze szczodre nastawienie do wprowadzania nowych, kosztownych leków.



Wykres 1.3.28 a.

Grecja jest zdecydowanym liderem w Europie pod względem liczby lekarzy w przeliczeniu na jednego mieszkańca (zob. poniżej). Ma także największą liczbę farmaceutów na osobę.

Jednak obraz greckiej opieki zdrowotnej stworzony na podstawie informacji uzyskanych od organizacji pacjenckich nie świadczy bynajmniej o istnieniu zdrowej konkurencji mającej na celu zapewnieniu świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.



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

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

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

### 1.3.29 Łotwa

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

### 1.3.30 Serbia

30. miejsce, 554 punkty (imponujący wzrost o 81 punktów od 2014 r.).

Po uwzględnieniu Serbii po raz pierwszy w rankingu EHCI z 2012 r., w którym zajęła ostatnie miejsce, Ministerstwo Zdrowia w Belgradzie wyraziło oburzenie, że wyniki nie były sprawiedliwe. Co ciekawe, spotkało się to również z odzewem serbskich organizacji zrzeszających specjalistów ochrony zdrowia, które twierdziły, że wyniki uzyskane przez ich kraj były przesadzone, i że w EHCI nie potraktowano wystarczająco poważnie problemu korupcji w serbskiej opiece zdrowotnej. Jedyнным wskaźnikiem odnoszącym się bezpośrednio do korupcji jest wskaźnik „Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom” i tutaj Serbia otrzymała czerwony wynik. Niestety również w 2013 r. Serbia znalazła się na ostatnim miejscu w rankingu.

Wybory przeprowadzone w Serbii w kwietniu 2015 r. przyniosły zmianę, odsuwając od władzy ekipę rządzącą nieprzerwanie od kilku lat. Nowy rząd zdaje się podejmować rzeczywiste próby

zreformowania systemu ochrony zdrowia. Przejawem tego było mianowanie prezesa organizacji „Lekarze przeciwko korupcji” („Doctors Against Corruption”) Specjalnym Doradcą Ministerstwa Zdrowia.

W 2015 r. Serbia wyprzedziła Bułgarię, Rumunię, Albanie i Polskę. Pomimo tego, kraj musi wykonać jeszcze sporo pracy, zanim doścignie lepiej rozwinięte kraje bałkańskie.

### 1.3.31 Bułgaria

31. miejsce, 530 punkty.

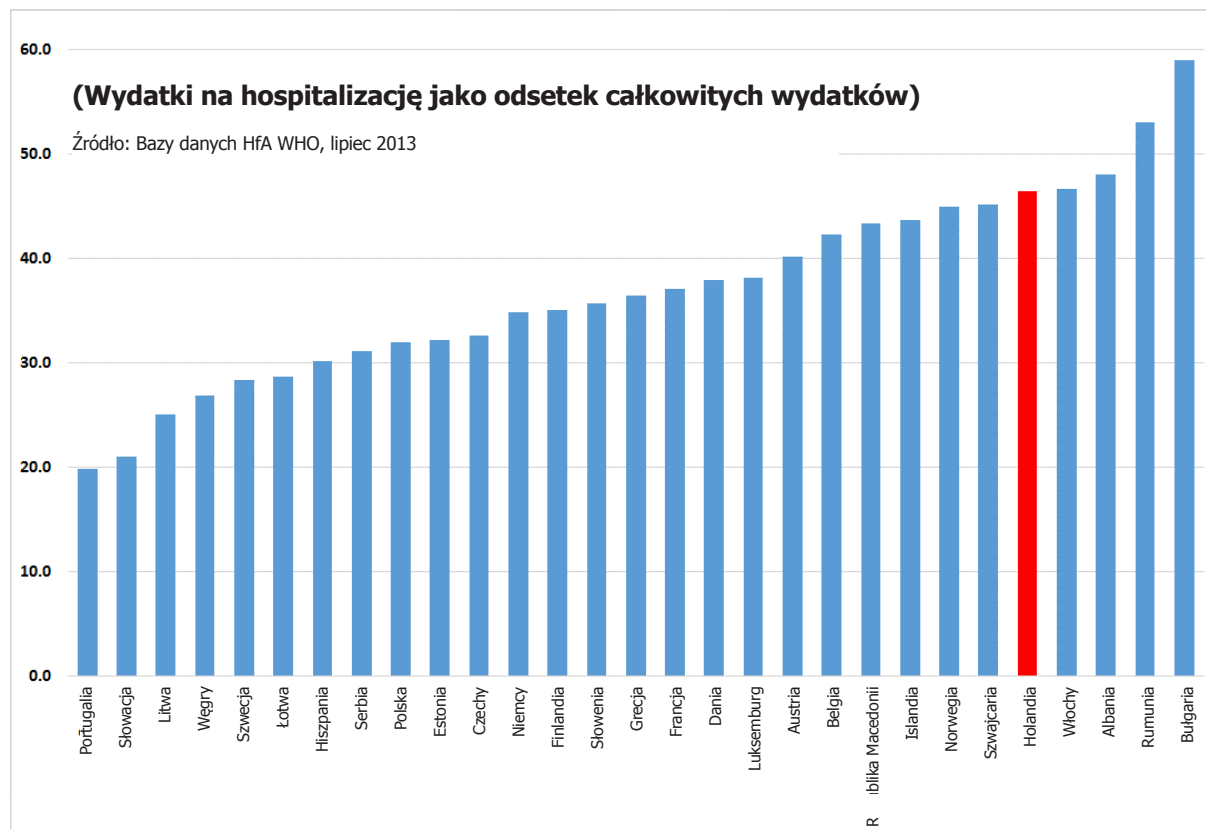
Bułgaria zrobiła ogromny postęp w okresie od 2012 do 2013 r., na co wskazują dużo bardziej pozytywne odpowiedzi organizacji pacjenckich na zamieszczone w sondażu pytania dotyczące podkategorii EHCI Dostępność. Taka poprawa sytuacji nie jest łatwa do uzyskania, jeśli nie towarzyszy jej reforma systemowa,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

### 1.3.32 Rumunia

32. miejsce, 527 punktów.

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

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



**Rys. 1.2.7** Im wyższy jest udział opieki szpitalnej, tym bardziej przestarzała jest struktura systemu opieki zdrowotnej. O ile Holendrzy, Szwedzi i Norwegowie preferują długie okresy hospitalizacji i mogą sobie na to pozwolić, o tyle Bułgaria, Rumunia i Albania wręcz przeciwnie! Kraje te powinny uzyskać profesjonalne wsparcie w celu dokonania restrukturyzacji swoich systemów opieki zdrowotnej!

### 1.3.33 Albania

33. miejsce, 524 punkty, spadek o 21 punktów w porównaniu z 2014 r. Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego ministra zdrowia. Jak wynika z informacji zamieszczonych w punkcie 4.1, Albania dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami sektora ochrony zdrowia. Przed zajęciem ostatniego miejsca ratuje ją dobry wynik w podkategorii Dostępność. Również w 2015 r. organizacje pacjenckie potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, które twierdzi, że kolejki oczekujących stanowią mało istotny problem.

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

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

### 1.3.34 Polska

34. miejsce (spadek z 32. miejsca w 2013 r.), 523 punkty. Wzrost wyników zauważalny w przypadku prawie wszystkich mniej zamożnych krajów nie jest widoczny w przypadku Polski. W efekcie widzimy spadek w rankingu, mimo iż wynik na poziomie 523 punktów jest nieco wyższy niż w poprzednich edycjach badania.

### 1.3.35 Czarnogóra

35. miejsce, 484 punkty – wzrost o 23 punkty w porównaniu z 2014 r. to nadal za mało, aby uniknąć ostatniej pozycji. Jedną z okoliczności historycznie działających na korzyść Czarnogóry był masowy napływ rosyjskiego kapitału, któremu, w chwili sporządzania niniejszego raportu, zagrozić mogą sankcje nałożone na rosyjskich kapitalistów po zajęciu Krymu.

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

### 1.3.0 Bośnia i Hercegowina („BiH”)

BiH boryka się z ogromnymi trudnościami. Ponieważ Republika Serbska z nieoficjalną stolicą w Banja Luce kontroluje ponad połowę terytorium kraju, rząd „federalny” w Sarajewie ma niewielki wpływ na to, co dzieje się w kraju. Jako że Bośnia i Hercegowina nie jest w stanie dostarczyć wiarygodnych danych dla całego kraju, postanowiono wyłączyć ten kraj z badania EHCI 2015. W kolejnych edycjach badania EHCI może się to zmienić.

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

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

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

Z łącznych wyników za 2015 r. pokazanych na Rys. 4.1 poniżej wynika, że ta różnica w dochodzie uległa niewielkiemu zmniejszeniu. Między 2014 a 2015 r. 8 najmniej zamożnych krajów zyskało średnio 32 punkty. Może to wskazywać, że także biedniejsze kraje europejskie wracają do formy po kryzysie.

Analiza wyników na poziomie wskaźnika ujawniła następujące tendencje:

#### **1.4.1 Jakość wyników leczenia stale się poprawia**

Na przestrzeni lat zaobserwować można poprawę wskaźników, takich jak Przeżywalność chorych na raka czy Umieralność niemowląt. Dotyczy to także krajów bałtyckich, które przeżyły finansową „przeprawę” w każdym calu porównywalną do tego, co przytrafiło się południowej Europie czy Irlandii. Przykładem są tu Litwa i Łotwa, które odnotowały niezwykle spadek wskaźnika „Umieralność niemowląt”, i to w okresie największego zaciskania pasa.

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

#### **1.4.2 Opóźnienia lub ograniczenia dotyczące wprowadzania nowych środków farmaceutycznych**

Jak pokazują Wskaźniki 6.3-6.5 (punkt 8.10.6), oszczędzanie na wprowadzaniu/wdrażaniu leków, w szczególności nowych, opatentowanych (kosztownych) środków, wydaje się bardzo powszechną taktyką ograniczania wydatków na opiekę zdrowotną w wielu krajach. Zaobserwowano to już w poprzednich Indeksach HCP.

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

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

### **1.5 BBB; model Bismarcka deklasuje model Beveridge’a – to już stało się tradycją**

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

#### **1.5.1 Jakie są cechy charakterystyczne obu systemów?**

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

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

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



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

Już podczas tworzenia EHCI 2005, który stanowił pierwszą pilotażową próbę opracowania rankingu z udziałem 12 krajów, zaobserwowano, że „ogólnie rzecz biorąc, kraje o długiej tradycji pluralizmu w finansowaniu i oferowaniu świadczeń medycznych, tj. dające konsumentowi możliwość wyboru pomiędzy różnymi ubezpieczycielami, które nie dzielą przy tym świadczeniodawców na prywatnych kierujących się zyskiem, organizacje typu non profit i świadczeniodawców finansowanych ze środków publicznych, wykazują wspólne cechy związane nie tylko z czasem oczekiwania...”.

Patrząc na wyniki rankingów EHCI z lat 2006–2015, trudno nie zauważyć, że w czołówce znalazły się kraje wierne modelowi Bismarcka, a tuż za nimi uplasowały się kraje skandynawskie z systemami wzorowanymi na modelu Beveridge’a, którymi, z racji niewielkiej liczby ludności, łatwiej zarządzać. Wydaje się, że w dużych systemach opieki zdrowotnej opartych na modelu Beveridge’a trudno jest zapewnić pacjentowi naprawdę wysoki poziom usług. Największe kraje oparte na tym modelu – Wielka Brytania, Hiszpania i Włochy – zajmują zbliżone pozycje mniej więcej w połowie Indeksu. Zjawisko to można wyjaśnić na (co najmniej) dwa sposoby:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga zaawansowanych umiejętności menadżerskich, które zwykle są sownie wynagradzane. Organizacja taka jak angielski NHS, zatrudniająca prawie 1,5 miliona pracowników, którzy mają swoje własne plany zawodowe, niekoniecznie pokrywające się z planami kierownictwa/administracji, co na pewno nie ułatwia pracy tym ostatnim, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Jest wątpliwe, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i świadczenia dodatkowe pozwalające pozyskać takich menadżerów.
2. W organizacjach opartych na modelu Beveridge’a, odpowiedzialnych zarówno za finansowanie, jak i zapewnianie świadczeń zdrowotnych, istnieje ryzyko, że lojalność polityków i innych głównych decydentów wobec konsumentów/pacjentów może osłabnąć. Mogą oni przerzucić punkt ciężkości na organizację, którą z uzasadnionym poczuciem dumy budowali od dziesięcioleci (lub inne aspekty jej funkcjonowania, takie jak tworzenie miejsc pracy w swoich rodzinnych miastach).

## 2. Wprowadzenie

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

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



## 2.1 Podstawowe informacje

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

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

Ponadto od 2008 r. HCP znacząco poszerzyła program porównawczy:

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

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

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

## 2.2 Zakres indeksu

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

## 2.3 O autorze

Pracami nad indeksem EHCI 2015 kierował prof. dr Arne Björnberg, Prezes i Dyrektor Generalny Health Consumer Powerhouse.

Dr Björnberg ma doświadczenie zdobyte na stanowiskach Dyrektora ds. Badań w Szwecji. Pełnił on również funkcje Dyrektora Generalnego Szwedzkiej Narodowej Korporacji Farmaceutycznej („Apoteket AB”), Dyrektora ds. rozwiązań w Sektorze Opieki zdrowotnej i Rozwiązań sieciowych w IBM na obszar Europy, Bliskiego Wschodu i Afryki oraz piastował stanowisko Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego Szwecji Północnej („Norrlands Universitetssjukhus” w Umeå).

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

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

### 3. Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2015

#### Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2015

Podkategoria	Wskaźnik	Albania	Austria	Belgia	Bulgaria	Chorwacja	Cypr	Czechy	Dania	Estonia	Finlandia	Francja	Republika Macedonii	Niemcy	Grecja	Węgry	Islandia	Irlandia	
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	1.2 Zaangażowanie organizacji pacjenckich	👎	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👎	👍	👎	👎	👎	👎	👎	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👎	👎	👎	👍	👎
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎
	1.5 Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	1.7 Internetowe lub dostępne całodobowo telefoniczne źródła informacji o opiece zdrowotnej	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.8 Swoboda korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej	nd.	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	nd.	👍	👍	👍	nd.	👍
	1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	nd.	👍
	1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	1.11 Możliwość umawiania wizyt przez internet	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	1.12 e-recepty	👎	👍	👎	👎	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👎
	Wynik ważony podkategorii		88	121	117	75	129	88	96	133	129	129	113	142	125	75	88	133	96
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍
	2.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎
	2.3 Poważne planowe zabiegi operacyjne: < 90 dni	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👎
	2.4 Leczenie nowotworów: < 21 dni	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍
	2.5 Tomografia komputerowa: <7 dni	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👎
	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎
	Wynik ważony podkategorii		163	188	225	150	175	125	213	138	163	150	188	213	188	125	125	163	100
3. Wyniki leczenia	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Umieralność niemowląt	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Przeżywalność chorych na raka	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍
	3.5 Utraczone potencjalne lata życia (PYLL)	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	3.6 Zakażenia MRSA	👎	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍
	3.7 Wskaźniki aborcji	👍	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	3.8 Depresja	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		125	188	198	125	156	177	177	219	188	229	208	104	229	167	125	240	208

4. Zakres i zasięg oferowanych świadczeń	4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej																		
	4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	b.d.																	
	4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców																		
	4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?																		
	4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom																		
	4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna						b.d.												
	4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej																		
	4.8 Cięcia cesarskie																		
	Wynik ważony podkategorii	50	119	131	56	119	81	125	138	106	144	106	81	94	69	94	125	94	
5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom																		
	5.2 Pomiar ciśnienia krwi																		
	5.3 Profilaktyka palenia																		
	5.4 Alkohol																		
	5.5 Aktywność fizyczna	b.d.																	
	5.6 Szczepienia przeciwko HPV																		
	5.7 Śmiertelność wśród ofiar wypadków komunikacyjnych																		
	Wynik ważony podkategorii	65	83	89	71	65	71	83	89	54	107	89	107	107	89	89	107	101	
6. Środki farmaceutyczne	6.1 Refundacja leków																		
	6.2 Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną?																		
	6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych	b.d.											b.d.						
	6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)				b.d.	b.d.								b.d.				b.d.	
	6.5 Leki na zapalenie stawów	b.d.											b.d.						
	6.6 Użycie metforminy	b.d.					b.d.											b.d.	
	6.7 Antybiotyki (w przeliczeniu na mieszkańca)	b.d.											b.d.						
	Wynik ważony podkategorii	33	76	76	52	62	52	67	76	67	86	71	57	86	52	57	57	86	
Wynik końcowy	524	774	836	530	707	595	760	793	706	845	775	704	828	577	578	825	685		
Miejsce	33	12	5	31	16	26	13	9	17	4	11	18	7	28	27	8	21		

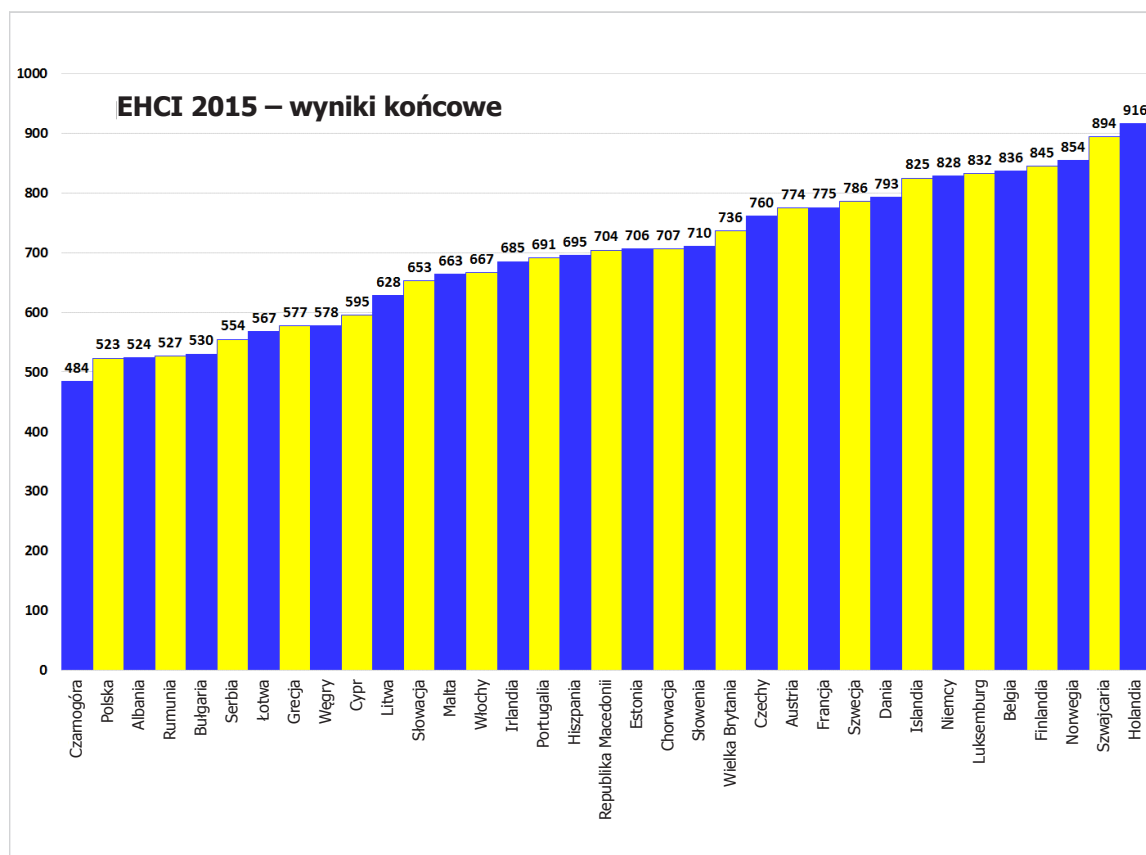
# Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2015

Podkategoria	Wskaźnik	Włochy	Łotwa	Litwa	Luksenburg	Malta	Czarnogóra	Holandia	Norwegia	Polska	Portugalia	Rumunia	Serbia	Słowacja	Słowenia	Hiszpania	Szwecja	Szwajcaria	Wielka Brytania
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	👍	👍	👍	👍	👎	b.d.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	1.2 Zaangażowanie organizacji pacjenckich	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👍	👍	👍	👎	👎	b.d.	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👍	👎	👍	👎	👍
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	1.7 Internetowe lub dostępne całodobowo telefoniczne źródła informacji o opiece zdrowotnej	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Swoboda korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej	👎	👎	👍	👍	👍	nd.	👍	nd.	👍	👎	👎	👍	nd.	👍	👍	👍	nd.	👍
	1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców	👍	👎	👍	👎	nd.	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👎	👍	👍
	1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)	👍	👎	👎	👍	👎	b.d.	👍	👍	👎	👍	👎	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 Możliwość umawiania wizyt przez internet	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-recepty	👎	👎	👍	👎	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		96	104	125	121	92	75	146	146	79	129	96	104	113	121	104	125	133
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👎
	2.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👎	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎
	2.3 Poważne planowe zabiegi operacyjne: < 90 dni	👍	👎	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👎	👎	👍	👎	👎	👎	👎	👍	👍	👍
	2.4 Leczenie nowotworów: < 21 dni	👍	👎	👍	👍	👍	b.d.	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍
	2.5 Tomografia komputerowa: <7 dni	👎	👎	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👎	👎	👎	👍
	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍
	Wynik ważony podkategorii		138	113	175	200	163	113	200	138	100	125	150	138	163	125	113	100	225
3. Wyniki leczenia	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	3.3 Umieralność niemowląt	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.4 Przeżywalność chorych na raka	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	3.5 Utracone potencjalne lata życia (PYLL)	👍	👎	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👎	👎	👎	👍	👍	👍	👍	👍
	3.6 Zakażenia MRSA	👎	👍	👍	👍	👎	b.d.	👍	👍	👍	👎	👎	👎	👎	👍	👎	👎	👍	👍
	3.7 Wskaźniki aborcji	👍	👍	👍	b.d.	👎	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍
	3.8 Depresja	👎	👎	👎	👍	👍	b.d.	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Wynik ważony podkategorii		188	146	135	219	135	135	240	240	146	188	104	125	135	208	198	229	240

4. Zakres i zasięg oferowanych świadczeń	4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej																		
	4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia						b.d.												
	4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców																		
	4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?						b.d.												
	4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom																		
	4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna						b.d.												
	4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej				b.d.														
	4.8 Cięcia cesarskie																		
	Wynik ważony podkategorii	88	75	75	125	125	56	144	138	63	94	63	69	94	106	113	144	119	131
5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom																		
	5.2 Pomiar ciśnienia krwi																		
	5.3 Profilaktyka palenia																		
	5.4 Alkohol																		
	5.5 Aktywność fizyczna																		
	5.6 Szczepienia przeciwko HPV						b.d.												
	5.7 Śmiertelność wśród ofiar wypadków komunikacyjnych																		
	Wynik ważony podkategorii	101	77	65	101	101	71	101	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101	107
6. Środki farmaceutyczne	6.1 Refundacja leków																		
	6.2 Czy istnieje farmakopea dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną?						b.d.												
	6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych					b.d.	b.d.												
	6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)		b.d.	b.d.		b.d.	b.d.					b.d.							
	6.5 Leki na zapalenie stawów					b.d.	b.d.												
	6.6 Użycie metforminy					b.d.							b.d.						
	6.7 Antybiotyki (w przeliczeniu na mieszkańca)																		
	Wynik ważony podkategorii	57	52	52	67	48	33	86	81	52	67	43	48	71	67	67	81	76	81
Wynik końcowy	667	567	628	832	663	484	916	854	523	691	527	554	653	710	695	786	894	736	
Miejsce	22	29	25	6	23	35	1	3	34	20	32	30	24	15	19	10	2.	14	



### 3.1 Podsumowanie wyników



**Rys. 3.1** EHCI 2015: wyniki końcowe.

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

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

W zbiorczym rankingu systemów opieki zdrowotnej EHCI 2015 Holandia umocniła swoją pozycję lidera, osiągając wynik 916 punktów na 1000 możliwych do uzyskania, co stanowi najwyższy wynik w historii EHCI. Holandii udało się zachować najwyższą pozycję pomimo ataku Szwajcarii, której wynik na poziomie 894 punktów jest tylko o 4 punkty niższy od wyniku, jaki w 2014 r. zapewniał zwycięstwo.

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w raporcie EHCI 2015 uwzględniono 48 i były to te same wskaźniki, które oceniano w poprzednim roku. Holandia jest jedynym krajem, który niezmiennie plasuje się w pierwszej trójce finałowego rankingu w każdej edycji Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 r. W czterech z sześciu podkategorii EHCI 2015 Holandia jest liderem bądź zajmuje ex equo pierwsze miejsce. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się nie mieć właściwie żadnych słabych punktów w pozostałych podkategorjach. Jedyny obszar, w którym kraj może poprawić swój wynik, to czas oczekiwania na leczenie. W tej kategorii prym wiodą niektóre kraje Europy Środkowej. Zazwyczaj HCP stara się podkreślić, że EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta (pacjenta), tzn. nie uzurpuje sobie prawa do rozstrzygnięcia, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Ponieważ jednak bardzo trudno jest opracować Indeks HCP, w którym Holandia nie znalazłaby się na podium, istnieje silna pokusa, aby uznać, że zwycięzca rankingu EHCI 2015 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne wiele można by się nauczyć, analizując bardziej wnikliwie holenderską drogę na szczyt!

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

Brązowym medalistą jest Norwegia z wynikiem 854 punktów. Miejsca od 3. do 8. zajmują Norwegia, Finlandia, Belgia, Luksemburg, Niemcy i Islandia, które dzieli jedynie niewielka różnica punktów.

Dania, która przez wiele lat zajmowała drugie miejsce w rankingu EHCI, jest pewnym rozczarowaniem – w 2015 r. spadła na dziewiąte miejsce. Dania zaprzestała ujawniania wyników leczenia szpitalnego opinii publicznej, co kosztowało ją kilka punktów. Oprócz tego – w porównaniu z 2012 r. – straciła 30 punktów w kategorii Dostępność. Zbiega się to w czasie z wprowadzeniem przez Danię prawdopodobnie najbardziej sztywnego systemu dostępu do usług opieki zdrowotnej w całej Europie. Aby skontaktować się z lekarzem, duńscy pacjenci mają mieć teraz do dyspozycji tylko dwa numery telefonu – numer do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i numer 112!

Na wyniku uzyskanym przez Szwecję, za doskonałe pod względem technicznym świadczenia, jak zawsze negatywnie, odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością /czasem oczekiwania, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Krajowy Program Gwarantowanego Dostępu do Świadczeń Zdrowotnych). W 2015 r. Szwecji udało się wrócić na 10. miejsce (z 12.) z wynikiem 786 punktów.

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

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

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

Ogólnie rzecz biorąc, jakość europejskich systemów opieki zdrowotnej ciągle poprawia się, chociaż statystyki dotyczące wyników leczenia są w wielu krajach wciąż szokująco słabe. Dotyczy to zwłaszcza najczęstszej przyczyny zgonów – chorób układu krążenia – w przypadku których dane dotyczące podstawowego parametru, trzydziestodniowego okresu ryzyka zgonu,

spowodowanego nawrotem choroby u pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, musiały być zestawione z wielu zasadniczo różnych źródeł. W związku z tym wskaźnik ten (3.1) został zmodyfikowany.

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

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

### 3.1.1 Wyniki uzyskane przez poszczególne kraje

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

### 3.1.2 Wyniki w „sześcioboju”

Ranking EHCI 2015 składa się z sześciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskał wyróżniających się wyników we wszystkich obszarach oceny systemu opieki zdrowotnej, ważna może okazać się analiza klasyfikacji 35 krajów w każdej z pięciu części tego „pięcioboju”. Wyniki osiągnięte w poszczególnych podkategoriach podsumowano w poniższej tabeli:

Podkategoria	Holandia	Szwajcaria	Norwegia	Finlandia	Belgia	Luksemburg	Niemcy	Islandia	Dania	Szwecja	Francja	Austria	Czechy	Wielka Brytania	Słowenia	Chorwacja	Estonia	Republika Macedonii	Hiszpania	Portugalia	Irlandia	Włochy	Malta	Słowacja	Litwa	Cypr	Węgry	Grecja	Łotwa	Serbia	Bulgaria	Rumunia	Albania	Polska	Czarnogóra
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	146	133	146	129	117	121	125	133	133	125	113	121	96	129	121	129	129	142	104	96	96	96	92	113	125	88	88	75	104	104	75	96	88	79	75
2. Dostępność	200	225	138	150	225	200	188	163	138	100	188	188	213	100	125	175	163	213	113	113	100	138	163	163	175	125	125	125	113	138	150	150	163	100	113
3. Wyniki leczenia	240	240	240	229	198	219	229	240	219	229	208	188	177	188	208	156	188	104	198	188	208	188	135	135	135	177	125	167	146	125	125	104	125	146	135
4. Zakres i zasięg świadczeń	144	119	138	144	131	125	94	125	138	144	106	119	125	131	106	119	106	81	113	94	94	88	88	125	94	75	94	69	75	69	56	63	50	63	56
5. Profilaktyka	101	101	113	107	89	101	107	107	89	107	89	83	83	107	83	65	54	107	101	89	101	101	101	77	65	71	89	89	77	71	71	71	65	83	71
6. Środki farmaceutyczne	86	76	81	86	76	67	86	57	76	81	71	76	67	81	67	62	67	57	67	62	86	57	48	71	52	52	57	52	52	48	52	43	33	52	33
Wynik końcowy	916	894	854	845	836	832	828	825	793	786	775	774	760	736	710	707	706	704	685	691	685	667	662	653	628	595	578	577	567	554	530	527	524	523	484
Miejsce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

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

Laureat drugiego miejsca, Szwajcaria, zdobyła – ex equo z Belgią – największą liczbę punktów w kategorii Dostępność. Żaden z krajów nie zdobył wyłącznie zielonych ocen w kategorii

Wyniki leczenia. Szwedzki system opieki zdrowotnej, który – wraz z Finlandią i Holandią – uzyskał wysokie oceny w kategorii Zakres i zasięg świadczeń, mógłby wejść do ścisłej czołówki rankingu, gdyby nie problemy z dostępem do świadczeń medycznych. W zestawieniu ze standardami belgijskimi lub szwajcarskimi, sytuacji Szwecji w tym obszarze nie da określić się inaczej jak fatalna.

Podkategoria	Najwyżej ocenione kraje	Uzyskana punktacja	Maksymalna liczba punktów
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	Holandia, Norwegia	146	150
2. Dostępność	Belgia, Szwajcaria	225!	225
3. Wyniki leczenia	Islandia, Holandia, Norwegia	240	250
4. Zakres i zasięg świadczeń	Finlandia, Holandia, Szwecja	144	150
5. Profilaktyka	Norwegia	113	125
6. Środki farmaceutyczne	Finlandia, Niemcy, Irlandia, Holandia, Wielka Brytania	86	100

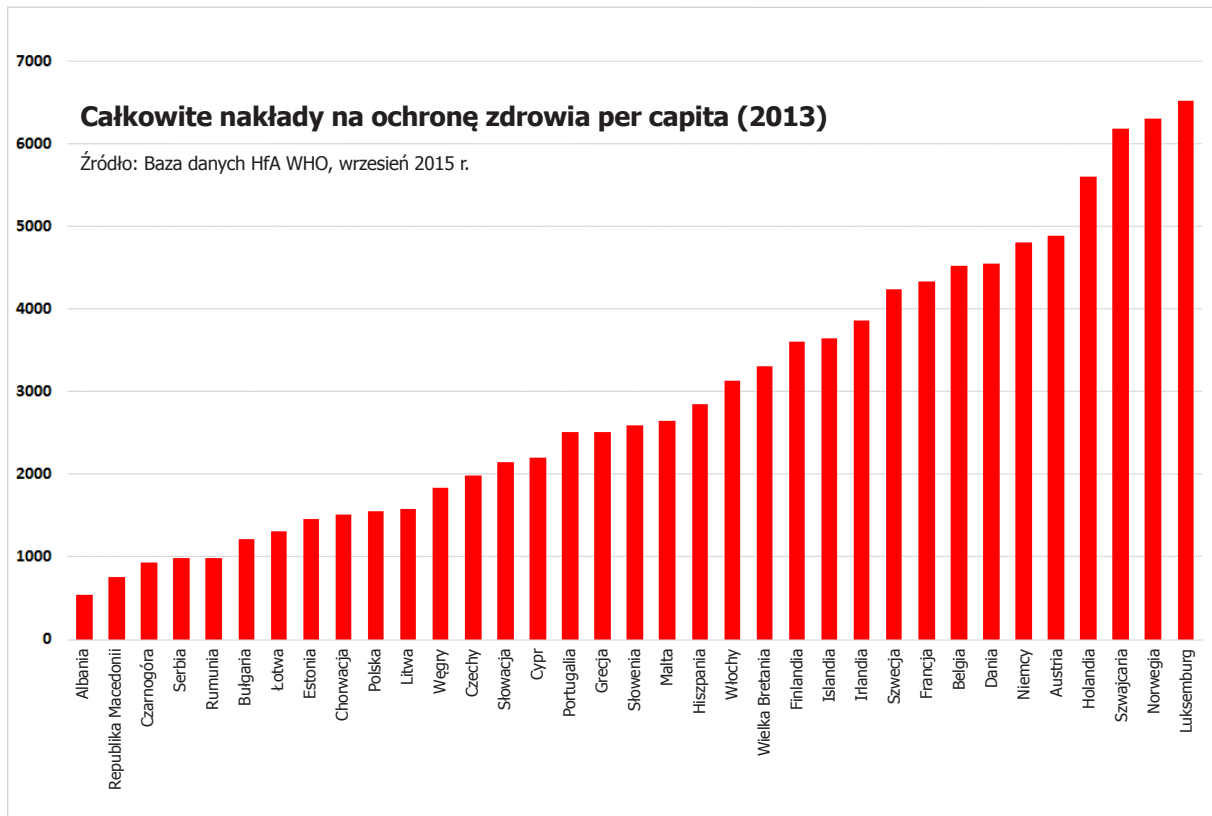
## 4. Wyniki skorygowane o wskaźnik „wartość-cena”

Jako że projekt EHCI obejmuje wszystkie 28 krajów członkowskich UE i osiem innych krajów europejskich, Indeks stanowi bez wątpienia próbę porównania krajów dysponujących nieporównywalnymi zasobami finansowymi. Roczne wydatki na ochronę zdrowia [per capita] wyrażone w dolarach amerykańskich przy uwzględnieniu parytetu siły nabywczej wahają się między kwotą niższą niż 600 \$ w Albanii a wyższą niż 6000 USD w Norwegii Szwajcarii i Luksemburgu. W przypadku krajów Europy Zachodniej i państw skandynawskich kwota ta wynosi od 3000 do 5000 USD. W ramach odrębnej kalkulacji w rankingu EHCI za rok 2013 uwzględniono dodatkowo wynik skorygowany o wskaźnik wartości do ceny (ang. Bang-For-the-Buck), zwany „wynikiem BFB”.

### 4.1 Metodyka kalkulacji wyniku BFB

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

Wielkość wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wyrażona w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej zaczerpnięto z bazy danych WHO Health for All (wrzesień 2015; najbardziej aktualne statystyki, niemal wszystkie pochodzące z 2013 r.). Pokazuje to poniższy wykres:



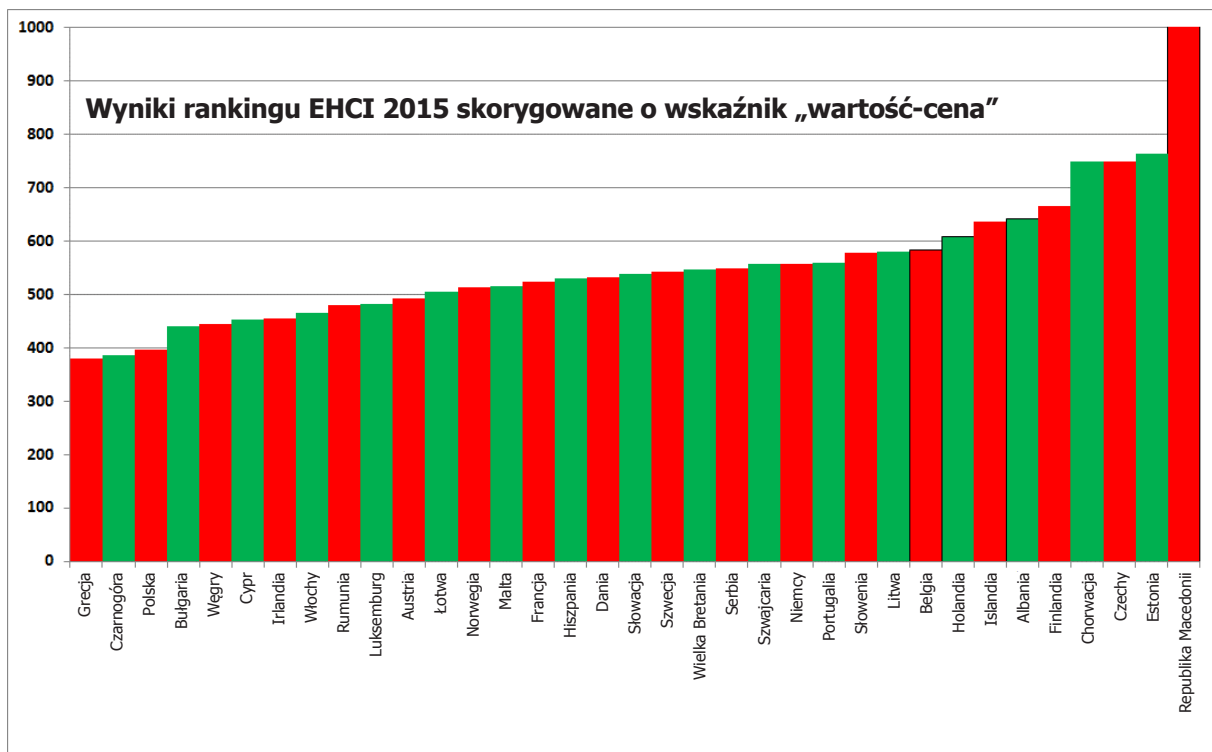
Dla każdego z krajów wyciągnięto z tej liczby pierwiastek kwadratowy. Powodem takiej operacji jest fakt, że krajowe świadczenia zdrowotne są, ogólnie rzecz biorąc, tańsze proporcjonalnie do wielkości nakładów na ochronę zdrowia. Podstawowe wyniki rankingu EHCI podzielono przez uzyskany w ten sposób pierwiastek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

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

## 4.2 Wyniki ujęte w tabeli wyników BFB

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





Obliczenie wyników BFB należy oczywiście traktować jako swego rodzaju eksperyment o stricte akademickim znaczeniu. Omawiana metoda polegająca na pierwiastkowaniu kwot wydatków na ochronę zdrowia z całą pewnością nie ma podstaw naukowych.

Bezapelacyjnym liderem rankingu uwzględniającego korektę BFB za rok 2015 jest Republika Macedonii, która dzięki temu zabiegowi zyskała znaczącą przewagę punktacji z tytułu poprawy wyniku w podkategorii Czas oczekiwania! Analiza BFB zawsze wychodziła na zdrowie Estonii; w ostatnim rankingu dołączyły do niej Czechy, Chorwacja i Finlandia. Islandia zajmuje wysokie miejsca od momentu swojego debiutu w rankingu skorygowanym wskaźnikiem BFB. Wygląda na to, że Estonia – niekwestionowany lider punktacji BFB za lata 2007 i 2008 – wciąż radzi sobie dobrze w miarę swoich możliwości finansowych. Być może zimny prysznic, jakiego doświadczył ten kraj w następstwie kryzysu finansowego, pomógł wzmocnić te cechy estońskiej służby zdrowia, które sprzyjają uzyskiwaniu wysokiej efektywności ekonomicznej.

Holandia radzi sobie w tym zestawieniu zaskakująco dobrze, zważywszy na wzrost nakładów na opiekę zdrowotną – w porównaniu z poprzednimi latami Holandia zbliżyła się do trzech bogatych krajów!

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

## 5. Trendy na przestrzeni dziewięciu lat

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

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

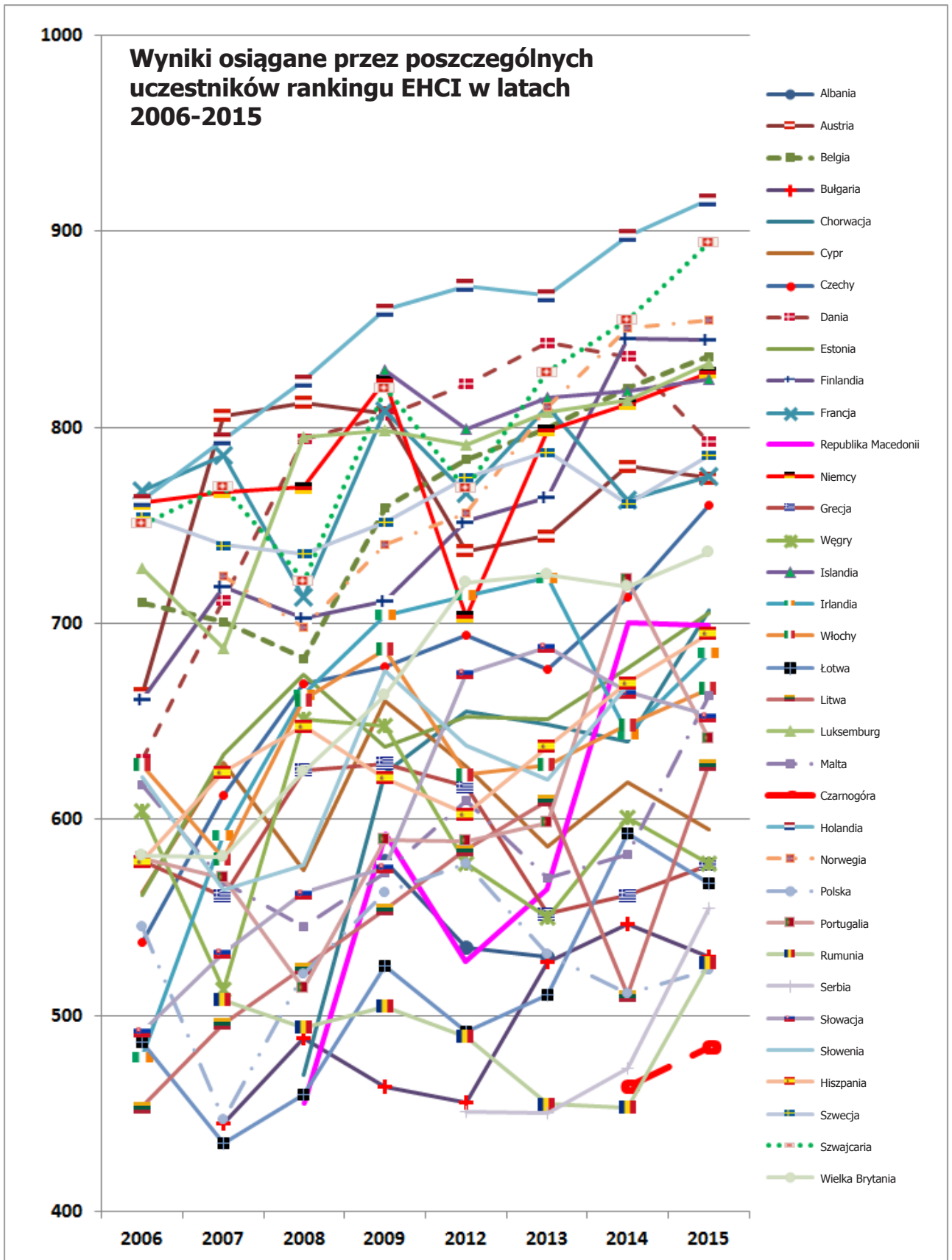
### 5.1 Zmiany wyników w latach 2006-2015

Z punktu widzenia konsumenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych sytuacja ogólna w większości krajów ulega poprawie. Nie zmienia to jednak faktu, że – szczególnie po wprowadzeniu dziewięciu nowych wskaźników do Indeksu w 2012 r. oraz kolejnych siedmiu w 2013 r. – tylko niektóre kraje pozytywnie zaliczyły te dodatkowe testy systemów opieki zdrowotnej, podczas gdy wyniki niektórych uległy w latach 2014-2015 pogorszeniu.

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

Cechą charakterystyczną, znacznie bardziej widoczną w pokryzysowym roku 2014 niż w latach poprzednich, jest rozwarstwienie między mniej i bardziej zasobnymi krajami. W 2015 r. różnica ta jest zdecydowanie mniej widoczna. Między 2014 a 2015 r. osiem najbiedniejszych krajów zyskało średnio 32 punkty – możliwe, że kraje te zaczynają wychodzić z trudnej sytuacji ekonomicznej.

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

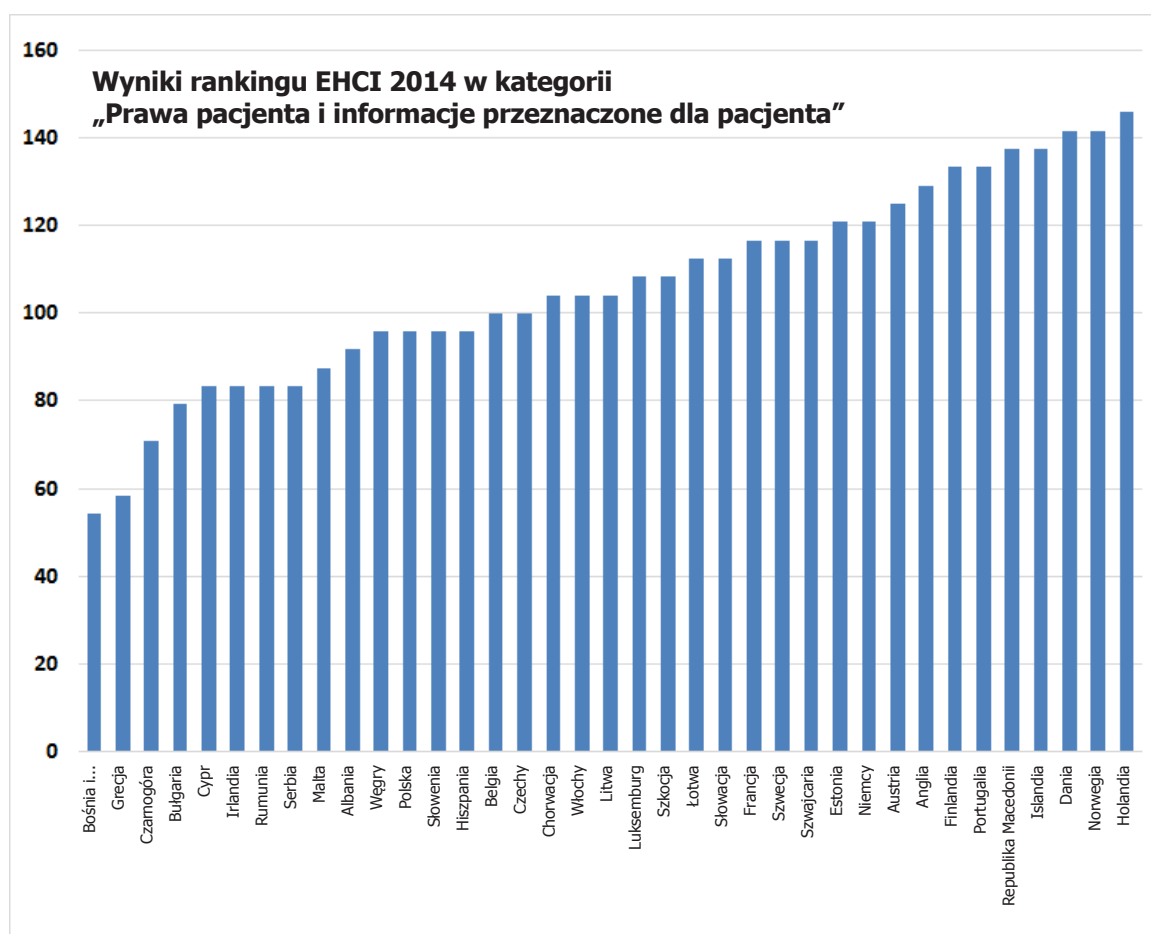


Rys. 5.1. Wyniki osiągnięte w okresie dziewięciu lat (2006-2015).

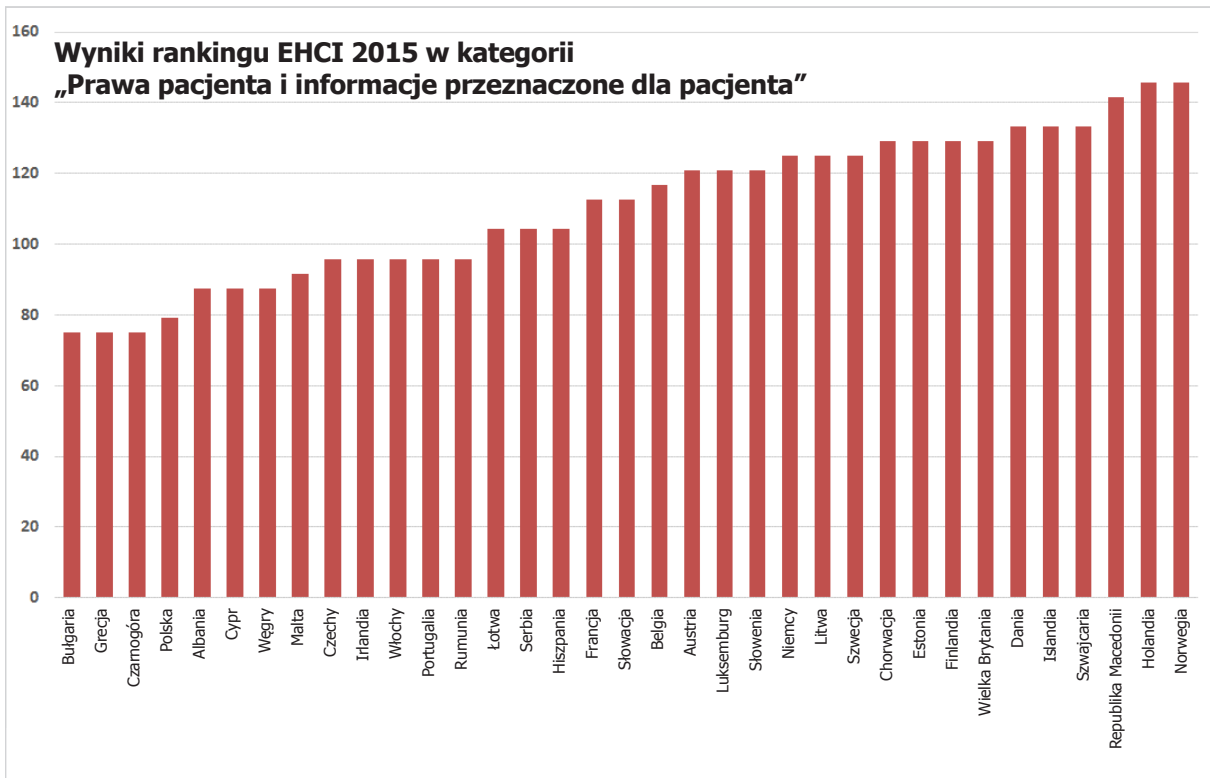
### 5.1.1 Względność wyników rankingu – niższa pozycja nie musi oznaczać pogorszenia jakości świadczeń

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

## 5.2 Niwelowanie barier między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia



Rys. 5.2 a



Rys. 5.2 b

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

Kiedy w 2006 r. wprowadzono do rankingu wskaźnik dotyczący roli organizacji pacjenckich w procesie decyzyjnym związanym z opieką zdrowotną, żaden z krajów nie uzyskał zielonego wyniku w tej kategorii. W 2012 r., wynik taki osiągnęło 16 krajów, co stanowiło widoczny krok naprzód. Dwa lata później, w zaledwie 11 krajach organizacje pacjenckie wydawały się o tym pamiętać. Czy jest to skutek uboczny cięć budżetowych? W 2015 r. znów 16 krajów osiągnęło wynik zielony.

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

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

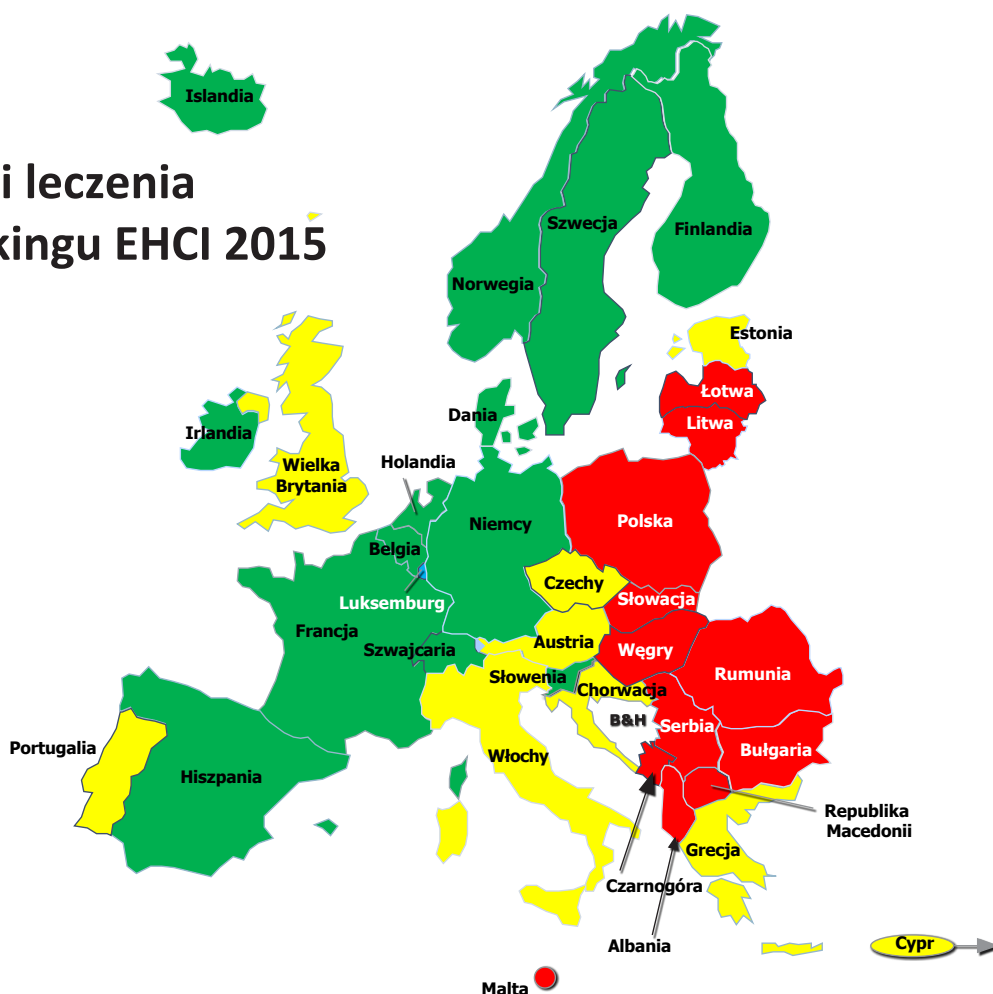
### 5.3 Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia

W celu uzyskania szczegółowych informacji na temat wskaźników dotyczących wyników leczenia prosimy o zapoznanie się z treścią punktu 8.10.3, które opisują zmiany zachodzące w dłuższej perspektywie. Ogólnie rzecz biorąc, niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków, skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie poprawia się. Jakość opieki zdrowotnej chyba najlepiej pokazuje wskaźnik nr 3.3 (Umieralność niemowląt).



W tej kategorii wartości graniczne dla wyniku zielonego, żółtego i czerwonego nie zmieniły się od 2006 roku, podczas gdy liczba krajów uzyskujących zielony wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 r. do dwudziestu trzech w 2015 r. Poniżej znajduje się „mapa jakości opieki zdrowotnej” w Europie, przygotowana na podstawie punktacji uzyskanej w podkategorii „Wyniki leczenia” w rankingu EHCI 2015:

## Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2015

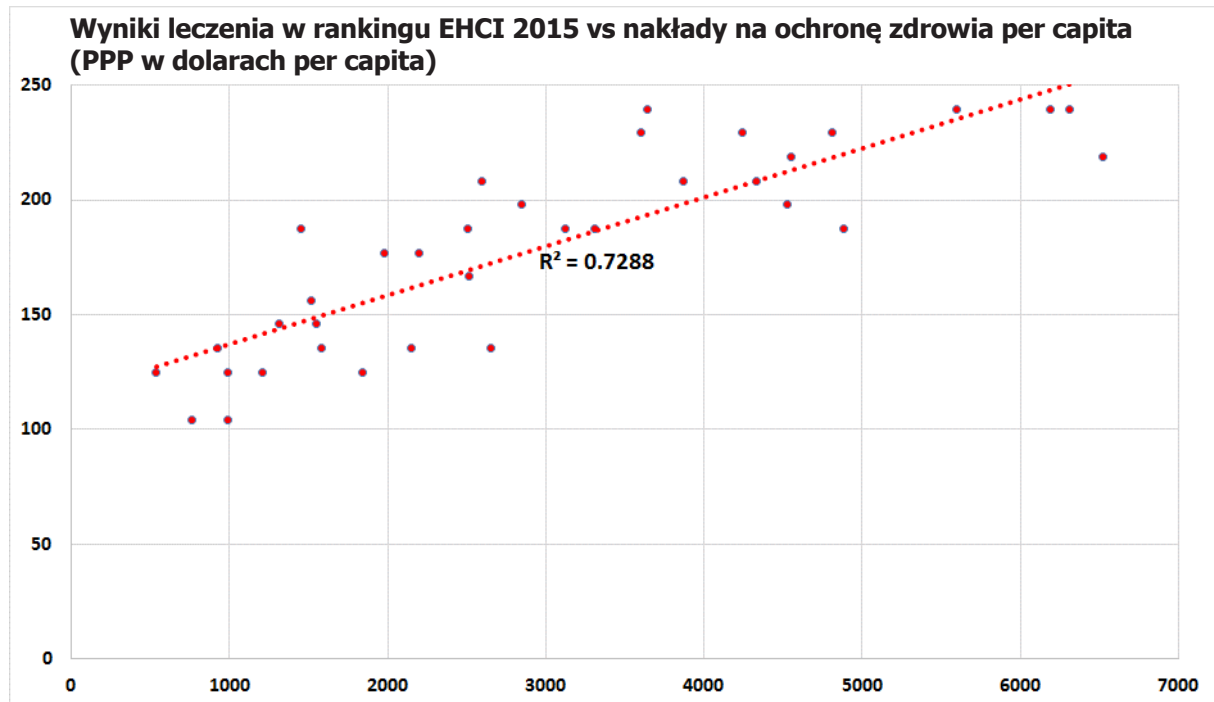


Sytuacja pokazana na tej mapie pozostaje zadziwiająco niezmienna w czasie. Niektórym krajom Europy Środkowo-Wschodniej, które w 2006 r. otrzymały zdecydowanie czerwony wynik, udało się w aktualnej edycji rankingu awansować do kategorii żółtej. Z kolei Niemcy, które w przeszłości pozostawały w sferze żółtej, obecnie zdomowały się już w obszarze punktacji zielonej, gdzie w 2015 r. udało się również dotrzeć Hiszpanii. Także Irlandia i Belgia poprawiły swoje wyniki pod względem jakości świadczeń.

Włochy i Wielkie Brytania (Kraje Modelu Beveridge'a) pozostały w kategorii żółtej, najprawdopodobniej z uwagi na duże zróżnicowanie regionalne; nie ulega wątpliwości, że każdy z tych krajów posiada wysokiej klasy ośrodki medyczne, natomiast ich całokształtowe wyniki krajowe są zdecydowanie żółte. (Anglia uzyskała żółty wynik dla wszystkich wskaźników z wyjątkiem jednego w podkategorii Wyniki leczenia w 2015 r.)

### 5.3.1 Wskaźnik LAP, czyli większe pieniądze – lepsze wyniki

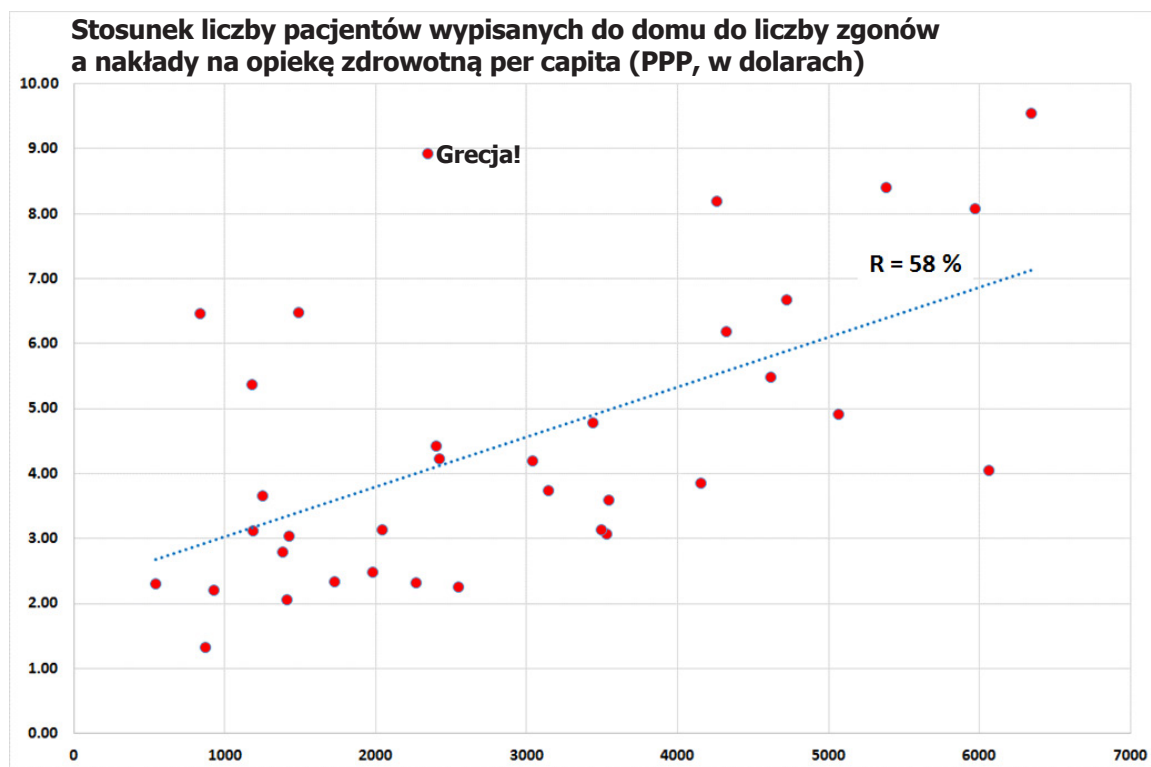
Nawet biorąc pod uwagę to, że kraje Modelu Beveridge'a osiągają lepsze wyniki niż państwa realizujące model Bismarcka, wydaje się, iż istnieje wyraźna korelacja między wysokością nakładów finansowych a wynikami leczenia – zjawisko to pokazuje poniższy wykres:



**Rys. 5.3.1.** Korelacja między wynikami leczenia a nakładami finansowymi jest dość wyraźna (+85%)!

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

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



Rys. 5.3.2 Przykład wskaźnika LAP z badania EHCI 2014.

## 5.4 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej

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

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

Niemcy dołączyły do elitarnego grona państw (jest ich obecnie siedem), które uzyskały zielony wynik w tej kategorii, dzięki sile oddziaływania publicznego instytutu BQS, [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de), który także przekazuje informacje na temat jakości leczenia w wielu niemieckich szpitalach. Być może jest to jedna z przyczyn przyznania niemieckiej opiece zdrowotnej w 2015 r. zdecydowanie zielonego wyniku w kategorii jakości (patrz wyżej).

W tym roku do grupy krajów informujących opinię publiczną o jakości świadczeń medycznych dołączyły Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Ponadto możemy znaleźć, być może dalekie od ideału, ale już funkcjonujące rankingi jakości oferowanych świadczeń, które dostępne są w krajach, takich jak Cypr, Węgry, Republika Macedonii, Włochy (na szczeblu regionalnym; m.in. w Toskanii) oraz Słowenia! We Francji zespół HCP wciąż nie znalazł innego dostępnego publicznie rankingów świadczeń poza listą „Najlepsze kliniki we Francji”, publikowaną raz do roku przez tygodniki „Le Point” oraz „Le Figaro”. W związku z tym, że francuskie organizacje pacjenckie były w skali europejskiej najlepiej poinformowane o tej usłudze, Francja uzyskała zielony wynik w tej kategorii.

Źródła ministerialne w Republice Macedonii podały, że opublikują już wkrótce wykaz „Stu najlepszych lekarzy”. Z pewnością będzie to interesująca lektura, nie tylko z metodologicznego punktu widzenia. Publikacja wyników dotyczących poszczególnych lekarzy rozpoczyna się także w Zjednoczonym Królestwie!

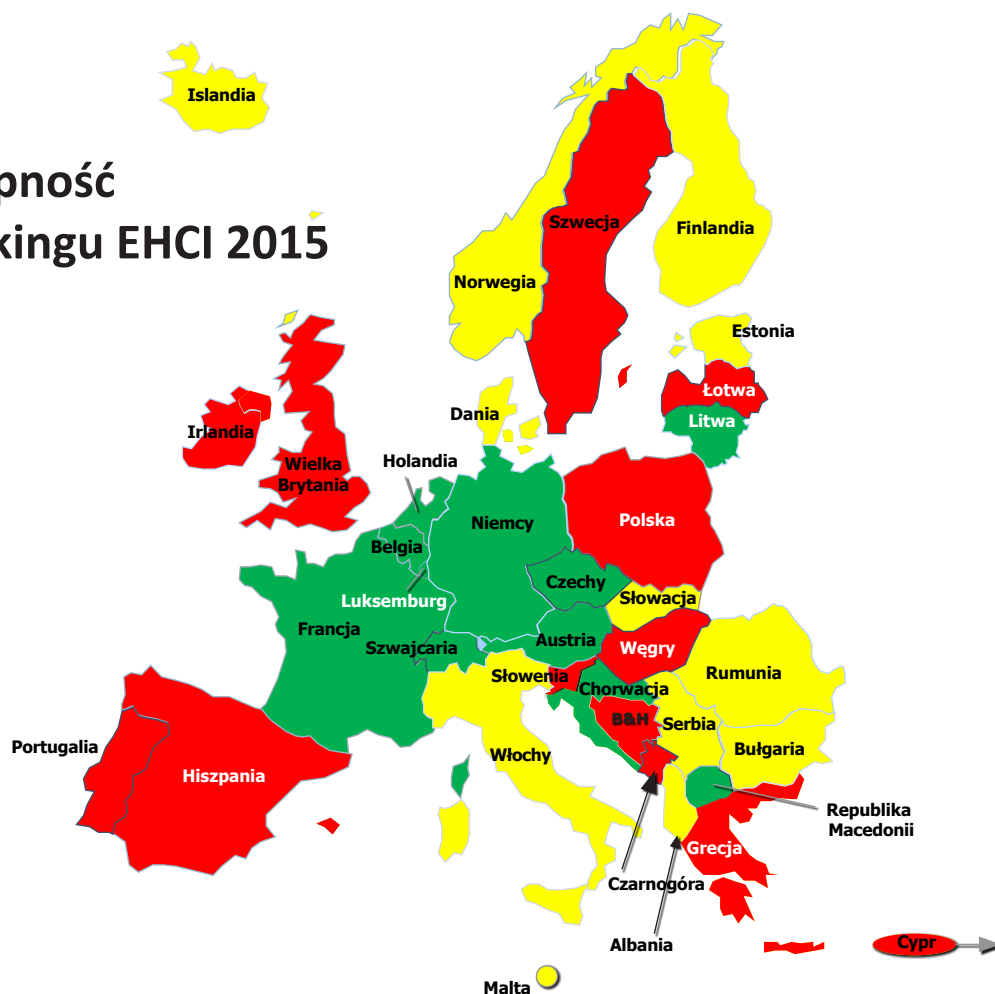
## **5.5 Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta**

Jeszcze w styczniu 2007 roku przedstawiciel Szwedzkiego Stowarzyszenia Przemysłu Farmaceutycznego (LIF), które dzięki powszechnie znanej farmakopei „Patient-FASS” ([www.fass.se](http://www.fass.se)) zyskało status pioniera w tej kategorii, dowodził, że szwedzka farmakopea oraz jej duński odpowiednik to jedyne w Europie przykłady powszechnie dostępnej informacji o lekach wydawanych na receptę. Obecnie przyjazne dla użytkownika i oparte na zasobach sieciowych instrumenty umożliwiające znalezienie informacji na temat środków farmaceutycznych są dostępne w 26 krajach (zob. punkt 8.15.6, wskaźnik nr 6.2), także w Europie Środkowo-Wschodniej, np. w Czechach, Estonii, na Węgrzech, w Rumunii i na Słowacji. Zdecydowana większość tych serwisów wyraźnie wskazuje, że dostępne w nich informacje uzyskane zostały od firm farmaceutycznych. Wydaje się prawdopodobne, że w ciągu paru lat wskaźnik ten może przestać być źródłem interesujących informacji porównawczych.

## **5.6 Listy oczekujących: problem mentalny pracowników opieki zdrowotnej?**

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

## Dostępność w rankingu EHCI 2015

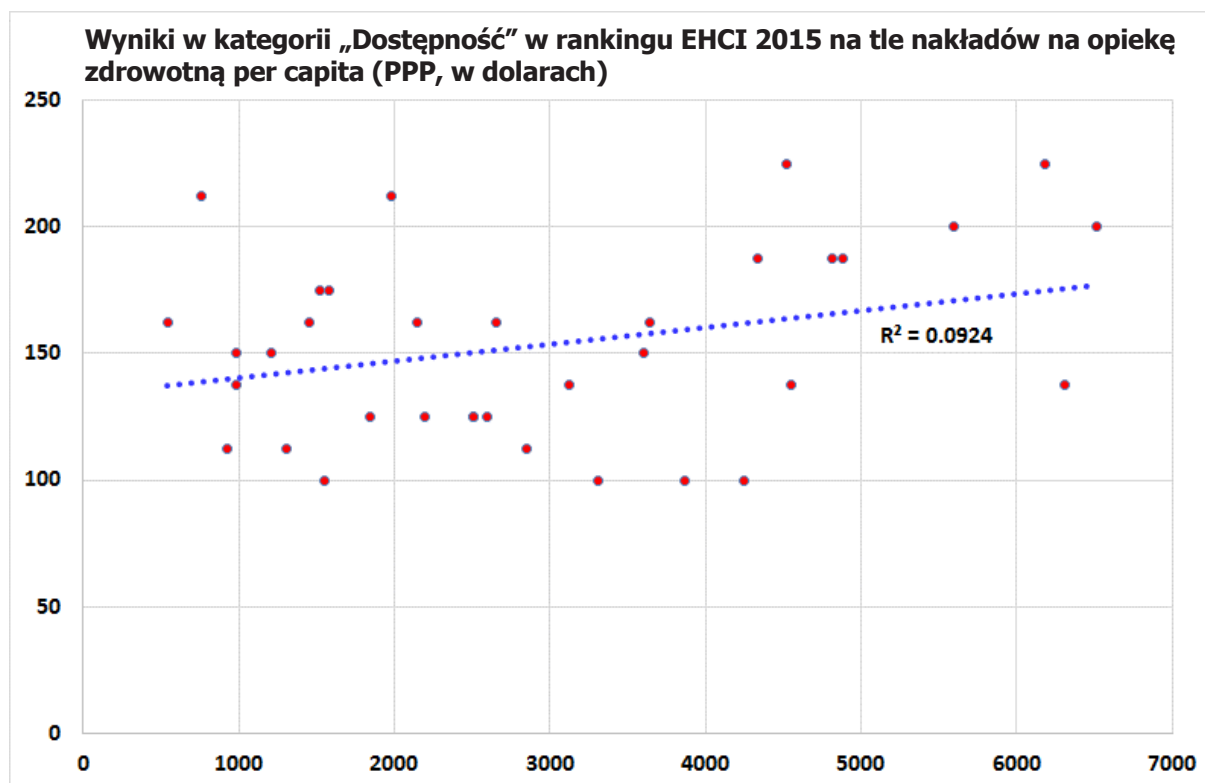


**Rys. 5.6 a.** „Obszar kolejek” (czerwony) i „Obszar pozbawiony kolejek” (zielony), określony na podstawie wyników rankingu EHCI 2015.

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

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





**Rys. 5.6 b.**  $R = +30\%$ . Współczynniki korelacji ( $R$ ) o wartości poniżej 50% oznaczają w praktyce brak korelacji.

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

Szwedzki projekt antykolejkowy, na który rząd tego państwa wydał około miliarda euro, skrócił w pewnym zakresie czas oczekiwania na leczenie. Niestety, ten sukces nie dość, że najwyraźniej nie przełożył się na krótszy czas oczekiwania na leczenie pacjentów onkologicznych, to na dodatek okazał się w 2015 r. niewystarczający do wyjścia Szwecji z grupy krajów, które zmiany dokonują zbyt wolno.

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów opartych na roli lekarzy pierwszego kontaktu, brytyjski National Health Service (NHS), wydał od 2008 r. miliony funtów na redukcję kolejek i wprowadził maksymalny termin oczekiwania na faktyczne podjęcie leczenia wynoszący 18 tygodni od momentu postawienia diagnozy. Złeczone przez HCP badanie ankietowe pacjentów, przeprowadzone na potrzeby Indeksów za lata 2012 i 2013, wykazały pewną poprawę, ale – jak się zdaje – niektóre pozytywne skutki zmian przeprowadzonych w tym okresie zostały zaprzeczane w 2015 r.

Inaczej jest w Irlandii, gdzie odpowiedzi udzielone przez ankietowane organizacje pacjenckie nadal rysują o wiele bardziej pesymistyczny obraz niż ten przedstawiany przez (bardzo szczegółowe) oficjalne statystyki dotyczące czasu oczekiwania na leczenie. Ze względu na powyższe, po latach korzystania z oficjalnych statystyk na temat kolejek w Irlandii, w rankingu EHCI za rok 2015 uwzględniono informacje na temat czasu oczekiwania przedstawione przez pacjentów.

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

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

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

### **5.6.1 Dlaczego brak jest powiązania pomiędzy dostępnością opieki zdrowotnej a nakładami finansowymi?**

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

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

### **5.6.2 „Stare, dobre czasy”, których nigdy nie było!**

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

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

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

### **5.6.3 Nieformalne opłaty**

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

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

Na podstawie tego spostrzeżenia można postawić dwa pytania.

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

jedyni mogą dorabiać na boku bez konieczności uzyskania wyraźnej zgody głównego pracodawcy. Co przemawia za utrzymaniem takiego stanu rzeczy?

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

## 5.7 Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?

W każdym roku wyniki ankiety opracowywanej we współpracy z instytutem Patient View ujawniają ciekawy fakt: w niektórych państwach organizacje pacjenckie oraz przedstawiciele ruchów prozdrowotnych (w tym bardzo szanowanych instytucji) nie wiedzą o części dostępnych tam świadczeń medycznych. Co ciekawe, było to prawdopodobnie bardziej widoczne w 2015 r. niż w latach ubiegłych. „Tabele punktowe dla pojedynczych krajów” otrzymane od organów krajowych wykazywały pewną cechę wspólną: urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną wskazywali w nich – mniej lub bardziej poirytowanym tonem – że pewne prawa pacjenta lub usługi informacyjne faktycznie istnieją w ich krajach.

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

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

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

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

## 5.8 Rozprzestrzenianie się MRSA

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

Najbardziej drastyczne obniżenie częstotliwości występowania MRSA nastąpiło w Zjednoczonym Królestwie, gdzie odsetek opornych zakażeń zmniejszył się z ponad 40% do ok. 15%. Jest to

najprawdopodobniej rezultat starań podejmowanych na rzecz utrzymania higieny w szpitalach, ponieważ w dalszym ciągu Wyspy Brytyjskie są obszarem najbardziej widocznego nadużywania antybiotyków, na co wskazują wartości sprzedaży firm farmaceutycznych.

### 5.8.1 Zakaz sprzedaży antybiotyków bez recepty

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

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

## 6. Różnice regionalne w granicach państw europejskich

W szczególności w Zjednoczonym Królestwie przez lata wywierano nacisk na HCP, aby wyodrębnić (przede wszystkim) Szkocję, ponieważ „ma swój własny NHS”. Uwzględniono to w badaniach EHCI za lata 2013 i 2014. Badanie EHCI zostało skonstruowane w taki sposób, aby ujawnić różnice pomiędzy 36 europejskimi krajami. Organizacja HCP nie była zatem zdziwiona, kiedy okazało się, że nie jest to wystarczające narzędzie, aby pokazać różnice pomiędzy systemami opieki zdrowotnej, które w skali całej Europy są do siebie bardzo podobne. Mimo że Anglia i Szkocja faktycznie uzyskują różne wyniki w wielu wskaźnikach EHCI (a jest ich w sumie 48), to jednak różnica w ostatecznym wyniku w ciągu obydwu badanych lat wyniosła mniej niż 10 punktów na 1000 możliwych do uzyskania.

Włochy odnotowały sporo złotych ocen od 2005 r., kiedy to wprowadzono badanie EHCI. Ponieważ we Włoszech występuje największe w Europie zróżnicowanie pod względem zamożności poszczególnych regionów kraju, HCP postawiło hipotezę, że jest to klasyczny przypadek prawa uśredniania, np. „jeśli jedną stopę włożysz do wiadra z lodem, a drugą postawisz na gorącym talerzu, to uśredniając, powinieneś czuć się całkiem komfortowo”. Co za tym idzie, w niniejszym raporcie uwzględniono analizę różnic w opiece zdrowotnej występujących w poszczególnych regionach Italii.

Przykład Włoch pokazuje, że różnice regionalne występujące w Wielkiej Brytanii są raczej niewielkie. Na przykładzie krajów OECD można zobaczyć praktycznie każdy możliwy model relacji międzyrządowych, od wysoce zdecentralizowanych systemów federalnych, jak np. w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Szwajcarii, aż po wysoce scentralizowane systemy państwa unitarnego, jak np. w Irlandii, Grecji czy Portugalii.

Fakt, że zdecentralizowana opieka zdrowotna we Włoszech nadal znajduje się w rękach Ministerstwa Zdrowia na szczeblu krajowym jest widoczny w jednym przypadku, który stanowi ważną różnicę, jeżeli porównujemy ten kraj do Zjednoczonego Królestwa – Włochom udało się zgromadzić porównywalne dane dla poszczególnych regionów systemu opieki zdrowotnej dotyczące „Wyników leczenia” oraz pozostałych kwestii, takich jak np. „Trzydziestodniowy wskaźnik śmiertelności z powodu ostrego zawału serca” (str. 60 niniejszego raportu). AGENAS to agencja państwowa odpowiedzialna za te kwestie. Jest niewiele krajów w Europie, w których tego rodzaju dane byłyby dostępne w równym stopniu!

Pomiędzy tymi skrajnymi modelami występują niedawno utworzone systemy regionalne (takie, jak we Francji, Włoszech i Hiszpanii) oraz państwa unitarne z tradycjami silnych lokalnych samorządów, np. w krajach skandynawskich. Tego rodzaju zróżnicowanie w systemach zarządzania jest widoczne w sposobie zarządzania systemami opieki zdrowotnej.

Jest wielce prawdopodobne, że – w przeciwieństwie do Włoch – regionalne różnice występujące



w Zjednoczonym Królestwie są w większym stopniu uzależnione od innych czynników związanych ze zdrowiem publicznym i demografią niż z faktem posiadania czterech różnych systemów opieki zdrowotnej (NHS)!

Ponadto „Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne (ang. British Medical Association/ BMA) to profesjonalne stowarzyszenie i zarejestrowany związek zawodowy zrzeszający lekarzy w Zjednoczonym Królestwie. Stowarzyszenie posiada także krajowe biura w Cardiffie, Belfaście i Edynburgu.” Notabene, wprawdzie w Zjednoczonym Królestwie występują cztery systemy opieki zdrowotnej, jednak fakt, że działa tam jedno stowarzyszenie medyczne, tłumaczy prawdopodobnie, dlaczego system opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie jest jednolity. Trzeba byłoby naprawdę wyjątkowo zdeterminowanych biurokratów, aby wyeliminować efekty jednolitej kultury zawodowej.

Pomimo tego, występują silne krajowe tendencje w zakresie systemów opieki zdrowotnej (Włochy są w tym przypadku prawdopodobnie głównym wyjątkiem), które sprawiają, że badanie EHCI jest źródłem nierandomizowanych informacji!

## 6.1 Wielka Brytania

### 6.1.1 Streszczenie

Chociaż odrębne systemy opieki zdrowotnej działają w Wielkiej Brytanii już od 15 lat, różnice pomiędzy „4 krainami” Wielkiej Brytanii są nadal bardzo skromne w porównaniu z resztą Europy. Szkocja i Irlandia Północna (a obecnie Anglia Północno-Wschodnia) wydają o ok. 10% więcej środków per capita na opiekę zdrowotną niż Anglia, z kolei Walia wydaje tylko minimalnie więcej niż Anglia. Tego rodzaju różnice budżetowe należy przynajmniej częściowo uznać za uzasadnione, ponieważ sytuacja w zakresie zdrowia publicznego w regionach z dużymi nakładami jest gorsza niż w większości rejonów Anglii.

Trudno jest znaleźć dowody na różnice w jakości wyników leczenia pomiędzy poszczególnymi regionami.

Jeżeli chodzi o czas oczekiwania (Dostępność) sytuacja zasadniczo poprawiła się, przy czym najlepsze wyniki (na mniej więcej tym samym poziomie) odnotowały Anglia i Szkocja.

System opieki zdrowotnej w Walii zdaje się mieć problem z przestarzałą strukturą, którą cechuje przewaga opieki szpitalnej nad opieką ambulatoryjną. Czyżby był to efekt niewłaściwego zarządzania?

Posiadanie publicznego systemu opieki zdrowotnej to zasadniczo kwestia podziału ryzyka, zapewnienia równego dostępu i wyeliminowania katastrofalnych kosztów dla jednostki. Trudno zrozumieć, czym kierowano się, podejmując decyzję o ustanowieniu osobnego systemu opieki zdrowotnej dla tak małych regionów, jak Walia i Irlandia Północna. Chodziło chyba tylko o to, żeby lokalni politycy i administratorzy mieli swoją własną piaskownicę.

### 6.1.2 Podstawowe informacje

Przekazanie władzy nad systemem opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii organom niższego stopnia miało miejsce w 1999 r., kiedy to wszystkie cztery krainy otrzymały swój własny system.

„National Health Service w Zjednoczonym Królestwie powinien być spełnieniem marzeń analityka zajmującego się polityką w tym obszarze.<sup>11</sup> Od 1999 r., od chwili przekazania władzy nad tym obszarem Szkocji i Walii i przywrócenia Zgromadzenia Irlandii Północnej, sposób prowadzenia polityki zdrowotnej i zarządzania NHS w poszczególnych czterech krainach idzie w różnych kierunkach.

Rozbieżności w strukturze i podejściu do zarządzania, a także różnice w sposobie, w jaki opieka społeczna odnosi się do zdrowia we wszystkich czterech krainach, powinny stanowić unikalne laboratorium w naturalnych warunkach. W teorii, za pomocą porównań na przestrzeni czasu,

<sup>11</sup> Timmins, N.; The four UK health systems: Learning from each other, The King's Fund 2013



powinno być możliwe ustalenie mechanizmów, które działają w poszczególnych podejściach, a przynajmniej powinna istnieć możliwość ustalenia niektórych obszarów, które sprawdzają się w praktyce, nawet jeżeli uwzględnimy fakt, iż ludność poszczególnych krain nie jest jednorodna pod względem postaw, cech, zachowań prozdrowotnych czy położenia geograficznego.

W praktyce działanie to nastrocza jednak trudności. Sposób definiowania i gromadzenia niektórych danych o kluczowym znaczeniu dla celów porównania, w tym danych dotyczących czasu oczekiwania, różni się w poszczególnych czterech krainach. Gromadzenie tego rodzaju danych na przestrzeni czasu, aby umożliwić porównanie, to poważne przedsięwzięcie. Nie należy też zapominać o upływie czasu od chwili wykonania do udostępnienia informacji. Tego rodzaju badania są trudne. Jednak pomimo tych trudności, nie są one niemożliwe do realizacji, a można wiele zrobić, aby ułatwić ich przeprowadzenie."

„Wyniki spotkały się jednak bardziej z odrzuceniem niż z akceptacją, zwłaszcza jeżeli były gorsze. Widać było większą gotowość do szukania dziur w danych lub do szukania przyczyn, lub wręcz wymówek gorszych wyników niż do uznania, że być może za tymi wynikami pomimo problemów kryją się cenne informacje. Tego rodzaju badania są kontrowersyjne i takie pozostaną – na tym przykładzie widać, że wnioski płynące z prób podjęcia badań porównawczych na terenie Wielkiej Brytanii nigdy nie spotkają się z powszechną akceptacją.

Jednak brak powszechnej akceptacji nie oznacza, że trzeba w ogóle zaniechać takich badań. Fakt, że jest ich tak mało, w dużej mierze wynika z tego, że politycy wyraźnie nie są zainteresowani zachęcaniem do ich podejmowania (a czasem są do nich wręcz wrogo nastawieni). Ich zastrzeżenia znajdują często odbicie w poglądach wielu urzędników. Można podejrzewać, że każda z czterech krain w duchu obawia się, iż zastosowane przez nią podejście do zarządzania systemem może nie wytrzymać tak szczegółowego badania i porównania.

W rzeczywistości sytuacja jest jeszcze gorsza. Tak jak w niektórych kręgach we wszystkich czterech krainach krytyka NHS może wywołać silny i emocjonalny sprzeciw, nawet w obliczu twardego dowodów, tak zbyt często wewnętrzne pytania o porównanie wyników poszczególnych systemów są przedstawiane jako przejaw swego rodzaju „braku lojalności” – zdradę tożsamości Szkotów, Walijczyków czy mieszkańców Irlandii Północnej."

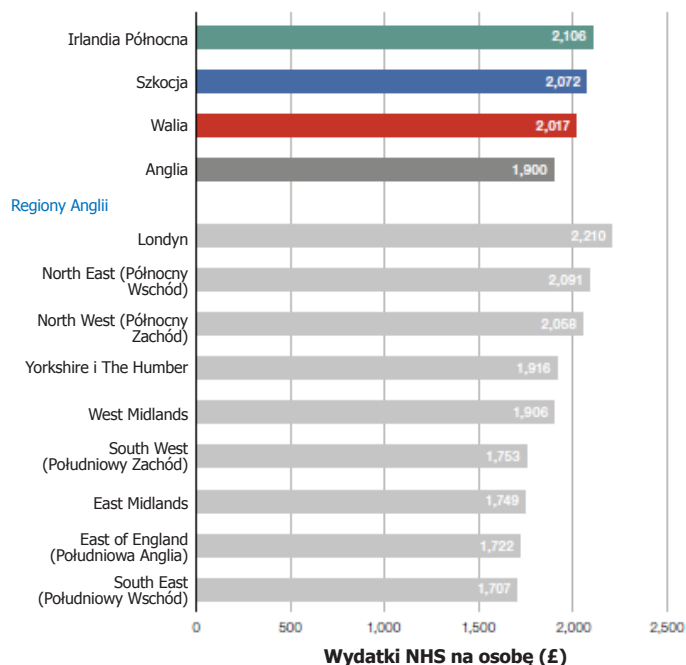
Jeśli w ogóle ma to jakikolwiek związek z rzeczywistością, wyższe o 10% wydatki na opiekę zdrowotną per capita w Szkocji i Irlandii Północnej mogą wynikać przynajmniej częściowo z czynników związanych ze zdrowiem publicznym, takich jak choroby serca, spożywanie alkoholu czy depresja, które stanowią poważniejszy problem w Szkocji/Irlandii Północnej niż Anglii. Wspomniane 10% może również obejmować koszty usług związanych z opieką nad osobami starszymi, które nie są uwzględniane w przypadku Anglii i Walii. Dziesięcioprocentowa różnica w kosztach to poważny problem dla sektora prywatnego. W sektorze publicznym, w tym zdrowotnym, różnice na poziomie ponad 30%, które nie przekładają się na znaczące dysproporcje w osiągniętych wynikach, nie są niczym zaskakującym.

Tabela 6.1: Wydatki na opiekę zdrowotną per capita – wzrost

	Rzeczywiste nakłady na osobę	Rzeczywiste nakłady na osobę	wzrost procentowy	Prognoza na lata 2012/13 według stopy wzrostu dla Anglii
	2000/01	2012/13	2012/13 w porównaniu z 2000/01	Na osobę
	GBP	GBP	%	GBP
North East (Północny Wschód)	945	2,150	128	2,028
Anglia	891	1,912	115	1,912
Szkocja	1,064	2,115	99	2,283
Walia	985	1,954	98	2,114
Irlandia Północna	1,099	2,109	92	2,358

Tabele i wykresy uwzględniają wyniki w Anglii Północno-Wschodniej, która jest postrzegana jako region najbardziej zbliżony do Walii, Szkocji i Irlandii Północnej, jeżeli chodzi o wskaźniki socjoekonomiczne i inne. Z drugiej strony wykres poniżej<sup>12</sup> pokazuje, że nakłady na opiekę zdrowotną w poszczególnych regionach Anglii są bardziej zróżnicowane niż pomiędzy czterema krainami Wielkiej Brytanii:

#### Wydatki na usługi zdrowotne na osobę, w podziale na kraj i region Anglii, w latach 2010-11



### 6.1.3 Anglia a Szkocja w badaniach EHCI za lata 2013 i 2014

W latach 2013 i 2014 Anglia i Szkocja były ujmowane oddzielnie w badaniu EHCI. Badanie to, które zostało zaprojektowane w taki sposób, aby ujawnić różnice pomiędzy 35 krajowymi systemami opieki zdrowotnej, okazało się nie być wystarczające do opisanie wewnętrznych różnic w ramach jednego kraju. W 2014 r. Anglia znalazła się na 14. miejscu, z wynikiem 718 punktów, a Szkocja na 16. miejscu, z wynikiem 710 punktów. W 2013 r. Anglia tak samo zdobyła 718 punktów, a Szkocja 719. Różnic tych nie można uznać za znaczące w żadnym z badanych lat.

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

Jednym z nich jest „Depresja”. Wskaźnik ten ustalany był na podstawie badania Eurobarometru, w którym Szkocja nie występowała. Szkocki czerwony wynik oparty został na doniesieniach BBC, z których wynikało, że w związku z depresją pomocy lekarskiej szuka każdego roku 15% Szkotów<sup>13</sup>, czyli prawie dwukrotnie więcej osób niż mieszkańców Anglii.

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

Jak wskazuje zamieszczony po prawej stronie fragment macierzy EHCI 2014, w przypadku 11 z 49 wskaźników, Anglia i Szkocja uzyskały różne wyniki. Faktyczna różnica jest w większości przypadków nieznaczna. W końcu różnica w łącznej punktacji – 710 dla Szkocji i 718 dla Anglii – była również niewielka!

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

Interesującą częścią macierzy są wyniki leczenia dla zawału serca i udaru: gdyby w rankingu EHCI uwzględniono publicznie dostępne wskaźniki zdrowia, Szkocja uzyskałaby znacznie słabszy wynik niż Anglia. Można odnieść wrażenie, że szkocki system opieki zdrowotnej przygotował się na to i wiedząc, że choroby serca są poważnym problemem w Szkocji, zadbał o zapewnienie dobrej opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby układu krążenia. Ciekawym analogicznym przypadkiem byłaby Polska, w której wskaźnik zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia jest porównywalny ze wskaźnikami dla Niemiec czy Szwecji i jest o połowę niższy niż w Czechach czy krajach bałtyckich. Jeden z ekspertów biorących udział w panelu skomentował dobry wynik Polski w następujący sposób: „Z pewnością mają tam dużo kardiologów!”.

Wskaźnik Opieki kardiologicznej uległ zmianie od 2013 roku. Wskaźnik z 2014 i 2015 r. cechuje „gwałtowny spadek współczynnika umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca”. Umożliwiło to opracowanie wskaźnika udarów opartego na tej samej zasadzie. Anglia i Szkocja uzyskują ten sam wynik dla obu wskaźników. W 2013 r. Szkocja wyprzedziła Anglię w odniesieniu do wskaźnika Opieki kardiologicznej, co wyjaśnia dlaczego Anglia uplasowała się wyżej w rankingu z 2014 r.

Badanie EHCI obejmujące organizacje pacjenckie potwierdziło opinię brytyjskiego NHS, że ogromne nakłady finansowe poniesione w celu skrócenia czasu oczekiwania w ramach brytyjskiego systemu ochrony zdrowia opłaciły się, nawet jeśli Zjednoczone Królestwo wciąż leży w europejskiej „strefie kolejkowej” (zobacz punkt 6.6!). Niestety, w rankingu za rok 2015 Anglia odnotowała niewielkie pogorszenie wyników dotyczących „Czasu oczekiwania”, co potwierdzają angielskie doniesienia prasowe na temat dostępu do opieki zdrowotnej. Wysiłki zmierzające do zapewnienia czystości w szpitalach w celu ograniczenia liczby opornych zakażeń szpitalnych również się opłaciły – Anglia uzyskała żółty wynik dla tego wskaźnika. Ograniczenie odsetka opornych zakażeń szpitalnych z poziomu 45% do około 15% to wyjątkowe jak na kraj europejski osiągnięcie. Niestety, Anglia również zdobywa żółte oceny dla wszystkich innych wskaźników dotyczących wyników leczenia, z wyjątkiem linii trendu dla zgonów sercowych.

#### 6.1.4 Różnice pomiędzy czterema krainami Wielkiej Brytanii

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

Anglia	Szkocja
129	108
100	125
177	177
131	125
95	89
86	86
718	710
14	16

<sup>13</sup> [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/scotland/1466882.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/1466882.stm)

Jak wynika z poniższej tabeli,<sup>14</sup> aspekty organizacyjne i regulacyjne czterech systemów opieki zdrowotnej są nadal dość zbliżone, jeżeli porównać je do systemów opieki zdrowotnej opartych na modelu Bismarcka, które obowiązują w Europie kontynentalnej:

**Porównanie wyborów dokonywanych przez pacjentów we wszystkich czterech krainach, w latach 2008-09**

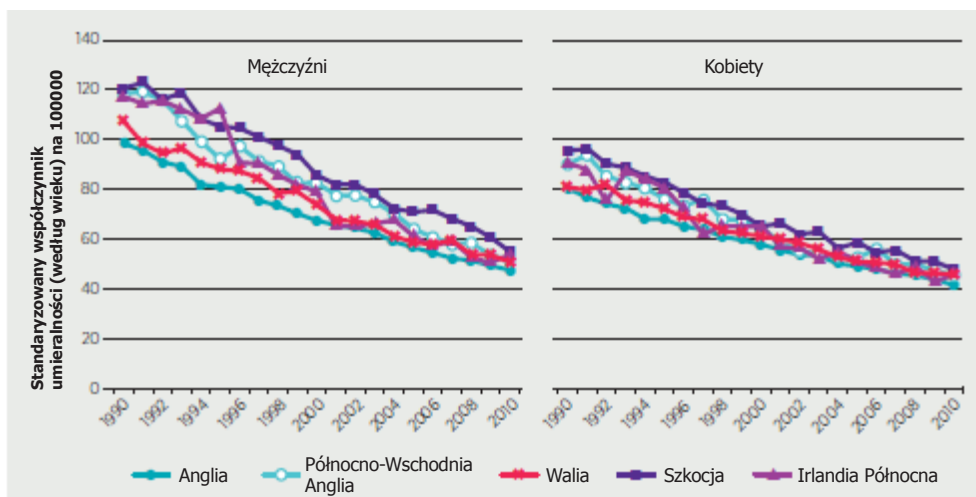
Wybory	Anglia	Szkocja	Walia	Irlandia Północna
Dostawca	Tak	Nie (tylko w ramach wyjątku)	Nie (tylko w ramach wyjątku)	Nie (tylko w ramach wyjątku)
Konsultant	Według uznania dostawcy	Według uznania dostawcy	Według uznania dostawcy	Nie
Czas/ data	Tak	Tak	Tak	Tak
Miejsce	Według uznania dostawcy	Według uznania dostawcy	Według uznania dostawcy	Według uznania dostawcy

Ponieważ badanie EHCI ma pokazywać różnice pomiędzy bardziej zróżnicowanymi systemami opieki zdrowotnej niż te cztery, trzeba spojrzeć na bardziej szczegółowe informacje niż dane, które zostały podane przez EHCI. Odniesienie podane w przypisie 12 pokazuje szereg interesujących wyników:

**6.1.4.1 Jakość wyników leczenia**

Istnieje znaczny niedobór, jeżeli chodzi o kompatybilne dane dotyczące wyników leczenia we wspomnianych czterech krainach.

Można uznać, iż zmniejszenie liczby zgonów możliwych do uniknięcia, zwłaszcza wśród osób poniżej 65. roku życia, tj. nie w kategoriach absolutnych, na które duży wpływ wywiera styl życia oraz inne czynniki zewnętrzne, odzwierciedla jakość usług w zakresie opieki zdrowotnej. Poniższy wykres ilustruje trend dla wspomnianych czterech krain:

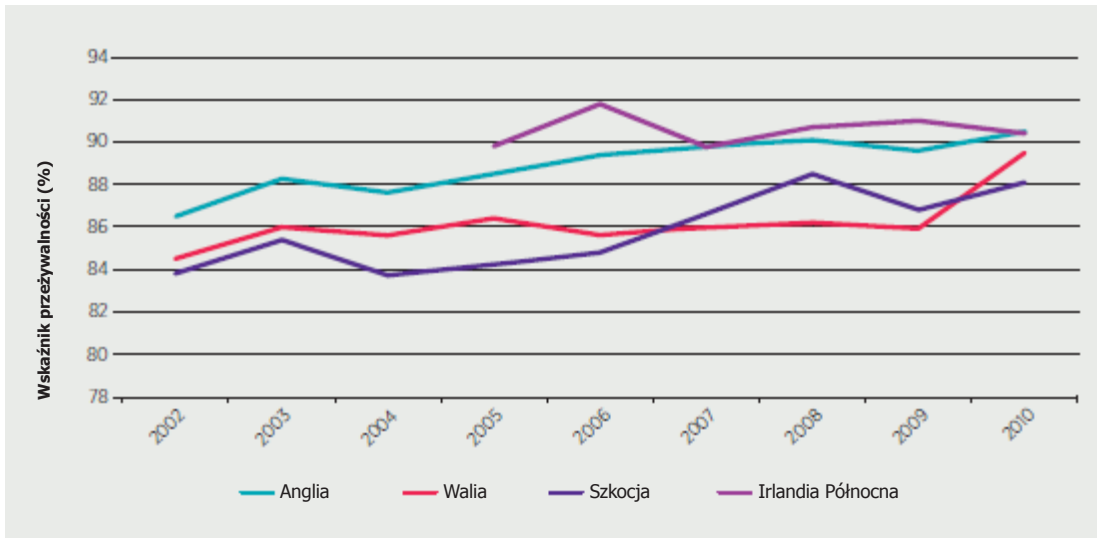


**Rys. 5.3.** Tendencje w zakresie liczby zgonów możliwych do uniknięcia w czterech krainach Wielkiej Brytanii oraz w Północno-Wschodniej Anglii, w podziale na płeć, w wieku od 9. do 62. roku życia, 1990-2010

Zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet trend na przestrzeni 20 lat jest bardzo zbliżony we wszystkich czterech krainach, przy czym sytuacja w obszarze zdrowia publicznego w Anglii jest lepsza niż w pozostałych częściach Królestwa. Liczby zbliżają się do siebie, tzn. różnice w 2010 r. są mniejsze niż w 1990 r.

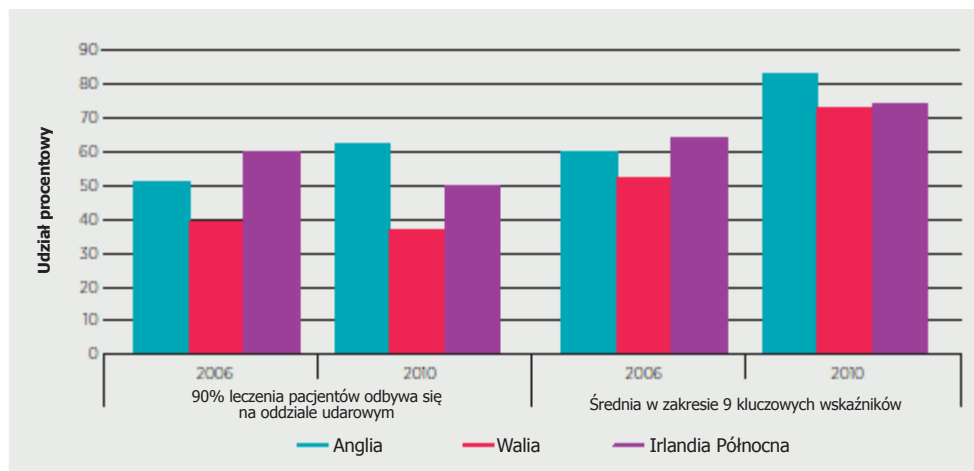
<sup>14</sup> O ile wyraźnie nie podano inaczej, wszystkie wykresy zawarte w tej części pochodzą z publikacji: Bevan, Gwyn i in.; *The four health systems of the United Kingdom: how do they compare?*, [www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health](http://www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health), [www.health.org.uk/compareUKhealth](http://www.health.org.uk/compareUKhealth)

Jednym z kilku przykładów porównywalnych danych dotyczących Wyników leczenia są dane dotyczące wskaźnika przeżywalności po leczeniu nerkozastępczym, które pokazano na wykresie poniżej. We wszystkich czterech krainach wskaźnik ten mieści się w przedziale od 88% do 90%. Nie wydaje się, aby różnica ta była znacząca.



**Rys. 4.20.** Dane dotyczące wskaźnika przeżywalności (%) po upływie jednego roku od badania wskaźnika przeżywalności po 90-dniowym okresie zastosowaniu leczenia nerkozastępczego, w podziale na kraje według grup badanych, w latach 2001-10, skorygowane do wieku 60 lat

Byłoby pożądane uzyskać dane dotyczące wskaźnika śmiertelności z powodu udaru lub wskaźnika wyleczeń. Tego rodzaju dane nie są dostępne, jednak dla czterech krain, z wyjątkiem Szkocji, dostępne są następujące parametry istotnych elementów opieki nad pacjentami po udarze:



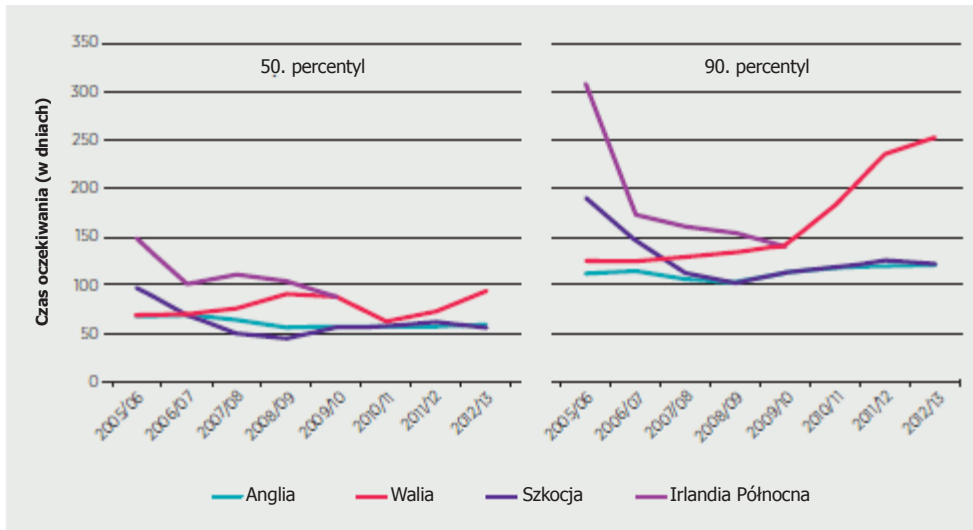
**Rys. 4.27.** Odsetek pacjentów leczonych na oddziałach udarowych oraz średnie wyniki w zakresie dziewięciu kluczowych wskaźników jakości opieki nad pacjentami po udarze w Anglii, Walii i Irlandii Północnej, w latach 2006 i 2010

Jak wynika z wykresów, Anglia uzyskała lepsze wyniki w zakresie tych wskaźników niż Walia i Irlandia Północna, zwłaszcza jeżeli chodzi o odsetek pacjentów leczonych w specjalistycznych oddziałach udarowych.

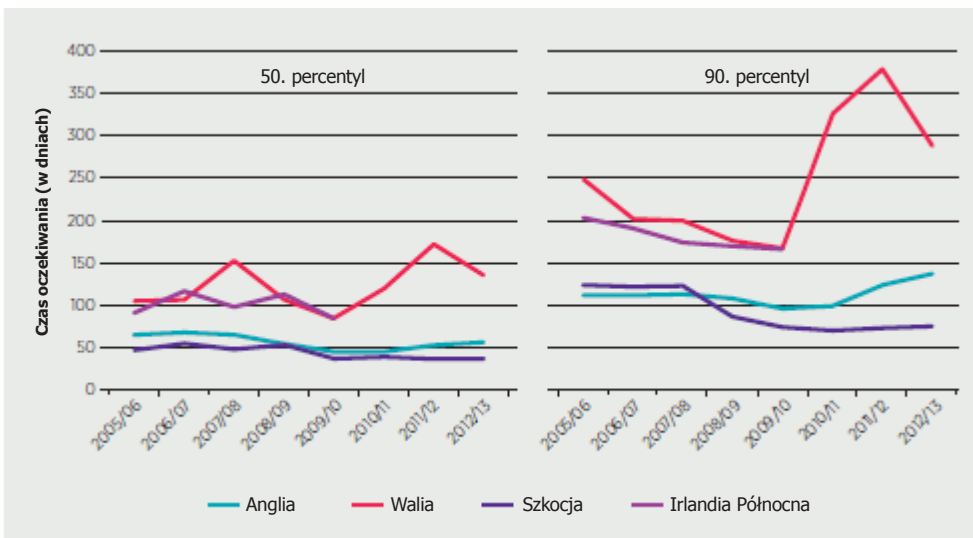
### 6.1.4.2 Czas oczekiwania/ Dostępność

Podobnie jak w całym badaniu EHCI, również w tej podkategorii wyniki uzyskane przez Anglię i Szkocję nie różniły się znacząco, aczkolwiek dane dla Szkocji (jak zwykle) umożliwiają w mniejszym stopniu bezpośrednie porównania z pozostałymi trzema krainami. Natomiast widać dość

wyraźny trend, jeżeli chodzi o wyniki w kategorii Dostępność – sytuacja w Walii jest gorsza niż w pozostałych trzech krainach.

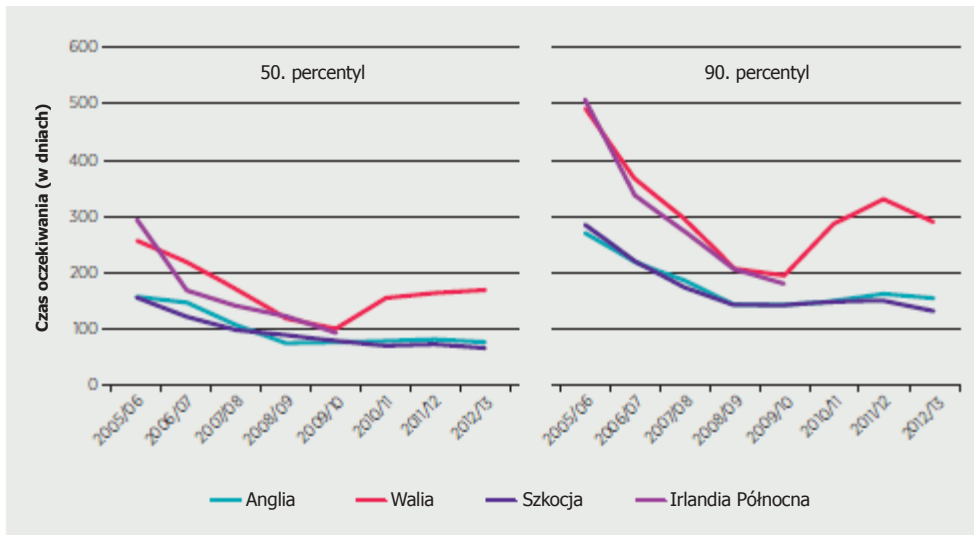


Rys. 4.14. Mediana i 90. percentyl faktycznego czasu oczekiwania na operację usunięcia żółci

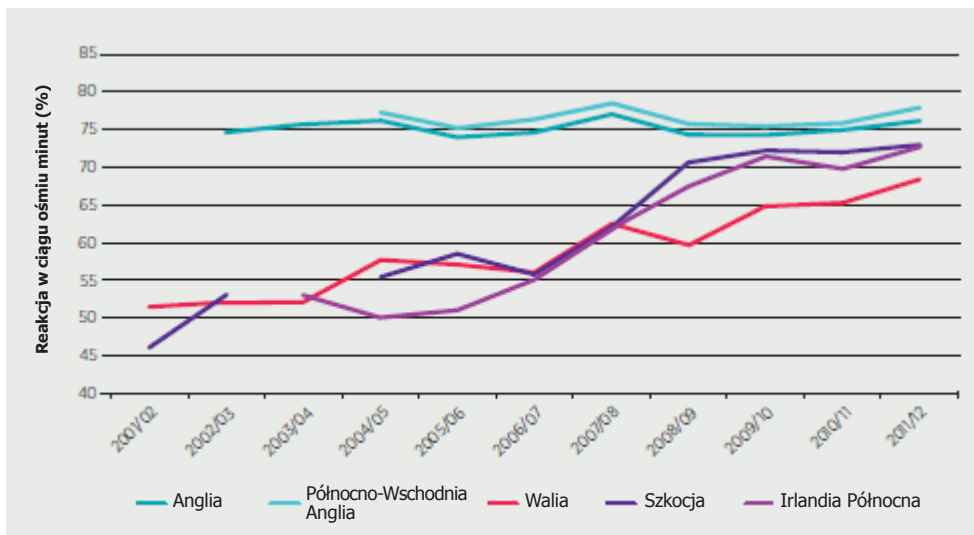


Rys. 4.15. Mediana i 90. percentyl faktycznego czasu oczekiwania na zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego (ang. CABG)





**Rys. 4.18.** Mediana i 90. percentyl faktycznego czasu oczekiwania na operację wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego

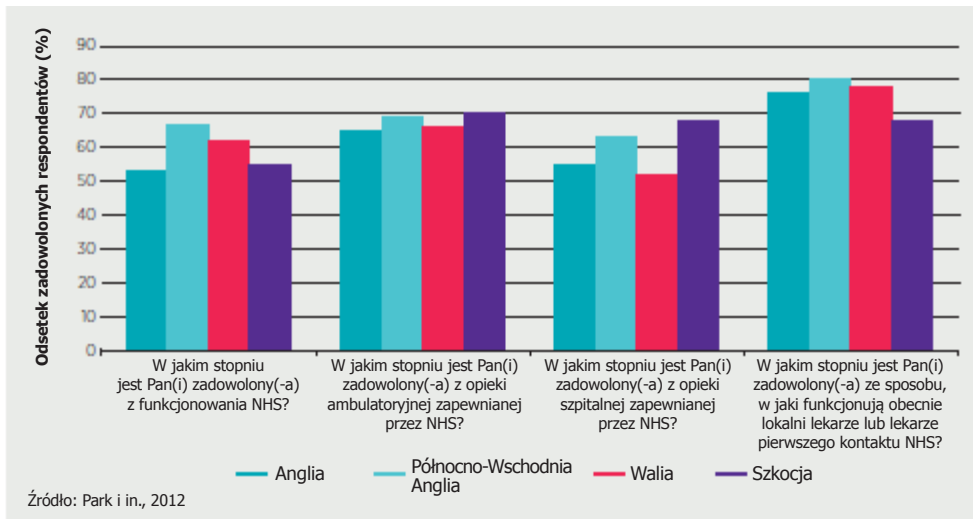


**Rys. 4.25.** Czas reakcji ambulansu na zgłoszenie, odsetek reakcji na zgłoszenia kategorii A (dotyczące stanów bezpośredniego zagrożenia dla życia) w ciągu ośmiu minut

### 6.1.4.3 Poziom zadowolenia pacjentów

W poszczególnych krainach brak jest spójnego badania opinii publicznej lub opinii pacjentów. Każdy system przeprowadza własne badania dotyczące opinii na temat opieki otrzymanej u lekarza pierwszego kontaktu, jednak pomimo różnic w klasyfikacji w 2011 r. wszystkie badania pokazywały wysoki poziom zadowolenia – 94% w Irlandii Północnej, 92% w Walii, 89% w Szkocji i 88% w Anglii.

Brak jest danych porównawczych dotyczących opinii pacjentów na temat opieki szpitalnej.



**Rys. 4.28.** Zadowolenie z różnych aspektów opieki zdrowotnej zapewnianej przez NHS – odsetek respondentów „bardzo zadowolonych” lub „dość zadowolonych”

Różnice pomiędzy poszczególnymi krainami są bliskie różnicom przypadkowym, przy czym można zauważyć dwa wyjątki:

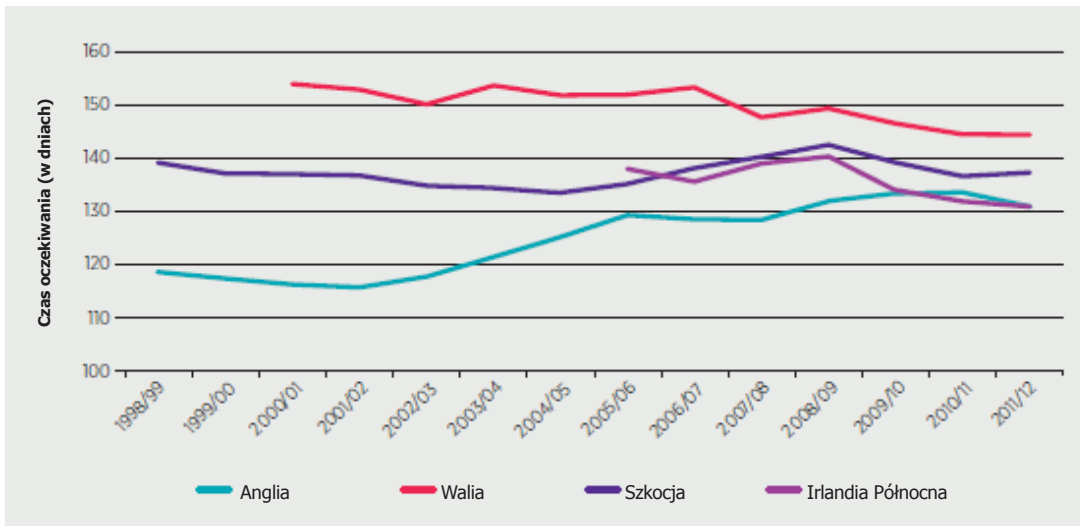
- Szkocja uzyskała wyższy wyniki, jeżeli chodzi o opiekę szpitalną, ale nieco niższy wynik, jeżeli chodzi o usługi lokalnych lekarzy lub lekarzy pierwszego kontaktu.
- Region Północno-Wschodniej Anglii, który został uwzględniony na potrzeby porównania, otrzymywał zwiększone nakłady finansowe na opiekę zdrowotną od 2000 r. Ponieważ fakt ten był przypuszczalnie odpowiednio nagłośniony, trudno jest stwierdzić, czy wyniki badania odzwierciedlają faktyczną różnicę w poziomie usług, czy też są efektem pewnego subiektywizmu ze względu na świadomość bycia faworyzowanym.

#### 6.1.4.4 Struktura systemu opieki zdrowotnej

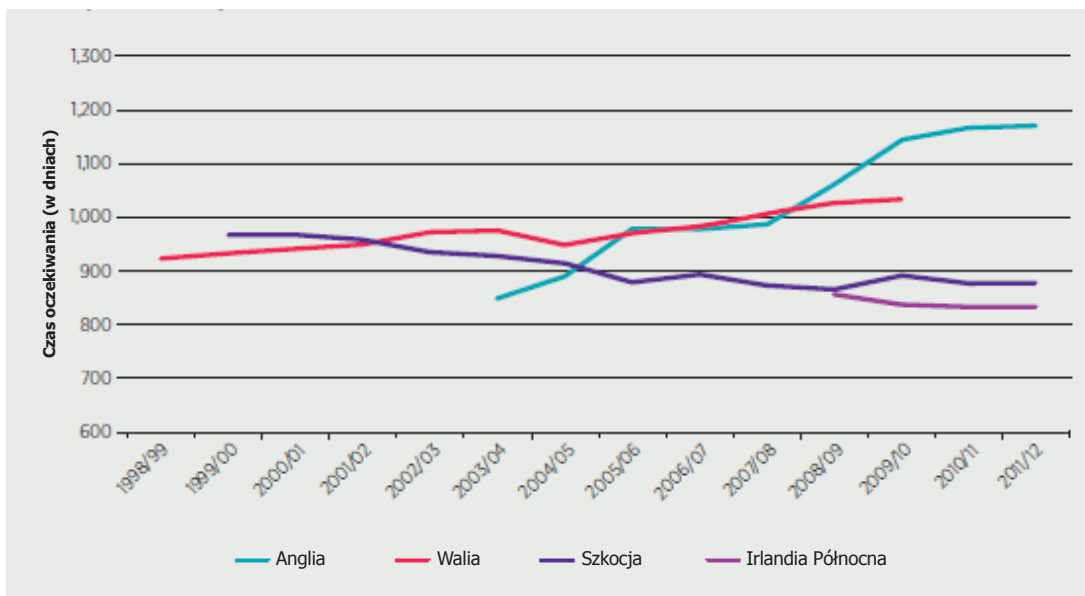
Nowoczesne systemy opieki zdrowotnej cechuje coraz większy udział opieki ambulatoryjnej w porównaniu z opieką szpitalną (przyjęciem do szpitala). Opieka ambulatoryjna jest zasadniczo kojarzona z mniej inwazyjnymi procedurami, mniejszym cierpieniem po stronie pacjenta, mniejszym ryzykiem infekcji oraz znacznie niższymi kosztami, przy czym korzyść dla pacjenta jest taka sama.

W wyniku porównania wszystkich czterech krain Wielkiej Brytanii ustalono, że wskaźnik hospitalizacji w Walii jest wyraźnie wyższy niż w pozostałych regionach, natomiast najniższy wskaźnik zaobserwowano w Anglii i Irlandii Północnej, gdzie odnotowano również najwyższy wskaźnik hospitalizacji jednodniowych.

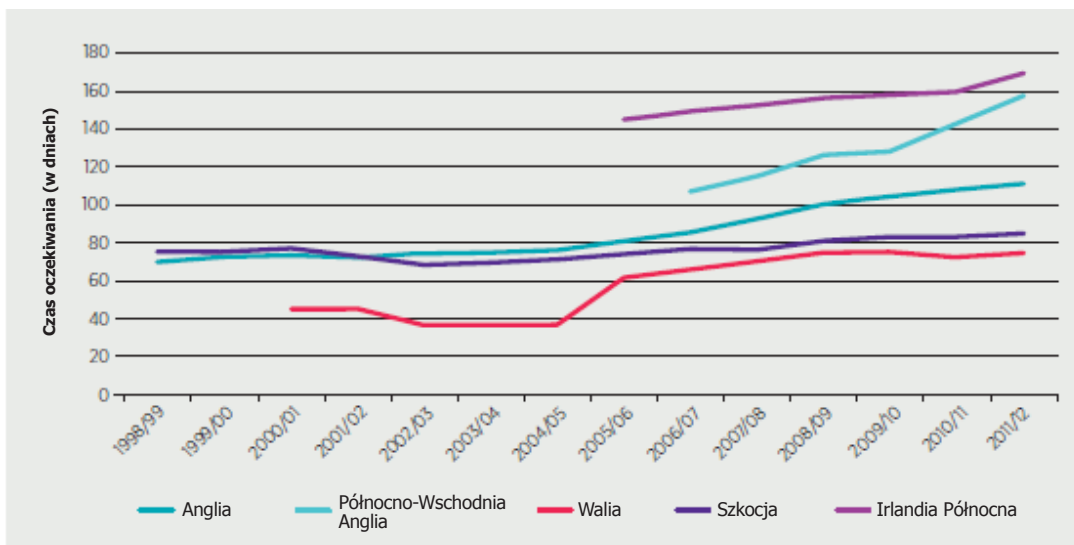
Struktura systemu opieki zdrowotnej w Walii wydaje się najbardziej przestarzała, co oznaczałoby wyższe koszty i mniejsze korzyści dla pacjenta.



Rys. 4.33. Wskaźnik przyjęć do szpitali na 1000 mieszkańców, 1998/99 do 2011/12



Rys. 4.32. Wskaźnik leczonych w opiece ambulatoryjnej – wszystkie przypadki na 1000 mieszkańców, 1998/99 do 2011/12



Rys. 4.34. Wskaźnik hospitalizacji jednodniowych na 1000 mieszkańców, 1998/99 do 2011/12

### 6.1.5 Różnice regionalne w obrębie Anglii

Jak wspomniano zarówno w raporcie National Audit Office<sup>15</sup>, jak i w raportach Nuffield Trust<sup>16</sup> i Timmins<sup>17</sup>, dane dotyczące wyników leczenia dla poszczególnych czterech krain nie są kompatybilne.

Poziom przyjęć w trybie nagłym, kiedy to pacjenci wymagają nieplanowanego leczenia szpitalnego, może być wykorzystywany jako wskaźnik jakości i skuteczności opieki podstawowej. Nie wszystkich przyjęć w trybie nagłym da się uniknąć. Jednakże istnieje mniejsze prawdopodobieństwo, że osoby mieszkające w lepszych społecznościach, posiadające (lepszy) dostęp do wyższej jakości opieki podstawowej i opieki społecznej, będą wymagały nieplanowanego przyjęcia do szpitala, ponieważ mogą one uzyskać stosowną opiekę we właściwym czasie w swojej społeczności.

We wszystkich czterech krainach liczba przyjęć w trybie nagłym na 100 000 mieszkańców wzrosła. W okresie pomiędzy rokiem 2000/01 a 2009/10 największy wzrost odnotowano w Anglii (28%), w porównaniu z 9-procentowym wzrostem w Szkocji i 3-procentowym wzrostem w Walii. Brak dostępnych danych dotyczących Irlandii Północnej za okres 2000/01, jednak w okresie pomiędzy rokiem 2005/06 a 2009/10 liczba przyjęć w trybie nagłym wzrosła o 2%.

W 2009/10 najwyższy wskaźnik przyjęć w trybie nagłym odnotowano w Walii – 11 471 osób na 100 000 mieszkańców (zob. rys. poniżej). Fakt ten można częściowo wytłumaczyć różnicami w strukturze demograficznej ludności. Walię zamieszkuje wyższy odsetek osób starszych, w przypadku których występuje większe prawdopodobieństwo, że będą musiały być hospitalizowane w trybie nagłym. Różnica w poziomie wskaźnika przyjęć w trybie nagłym była wyższa pomiędzy regionami Anglii (58%) niż pomiędzy poszczególnymi krainami (39%).

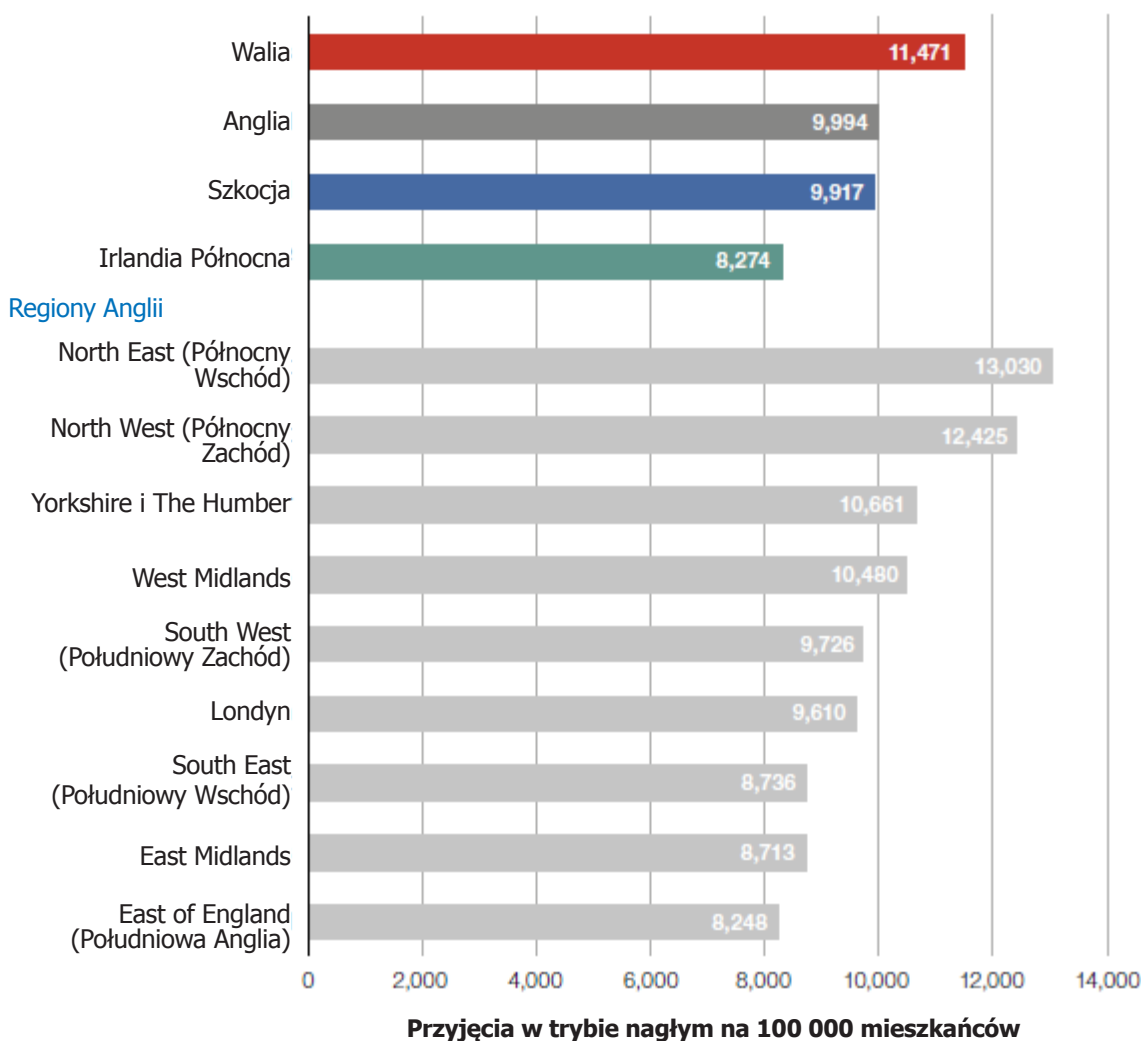
Jak wyraźnie widać na poniższym wykresie, różnice regionalne w Anglii w przypadku ważnego parametru jakości są większe niż różnice między poszczególnymi czterema krainami. Uwaga ta odnosi się również do wielu innych parametrów, w przypadku których głównym problemem jest niekompatybilność pomiarów.

<sup>15</sup> Healthcare across the UK: A comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland, National Audit Office, 2012

<sup>16</sup> [www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health](http://www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health), [www.health.org.uk/compareUKhealth](http://www.health.org.uk/compareUKhealth)

<sup>17</sup> Timmins, N.; The four UK health systems: Learning from each other, The King's Fund 2013

### Przyjęcia w trybie nagłym na 100 000 mieszkańców, w podziale na kraj i region Anglii, w latach 2009-10



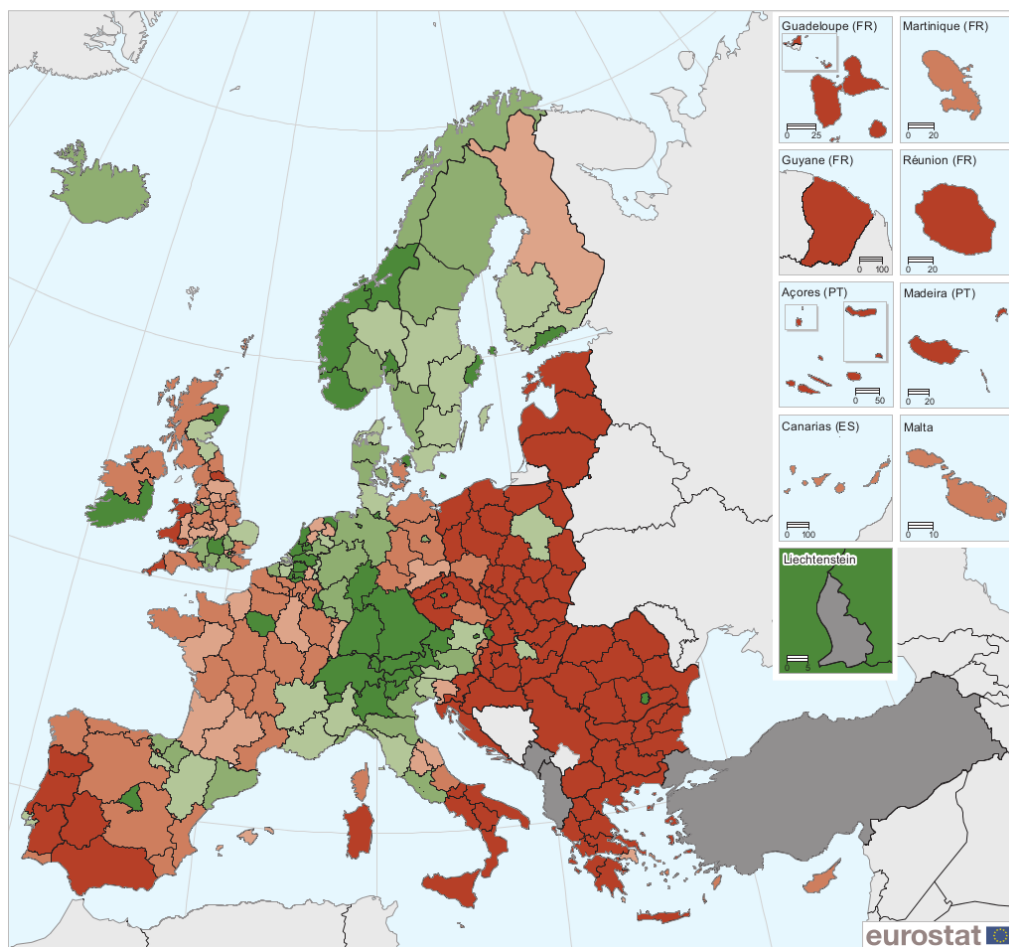
## 6.2 Włochy

Jak widać na mapie przedstawionej poniżej, we Włoszech można znaleźć jedne z absolutnie największych różnic względnych w poziomie zamożności pomiędzy dwoma regionami w obrębie tego samego kraju. W 2013 r. PKB per capita Lombardii wyniosło 36 100 USD, podczas gdy PKB per capita w Kalabrii na drugim krańcu włoskiej gospodarki wyniosło 15 200 USD.<sup>18</sup> Jest to największa różnica w ujęciu względnym w obrębie jednego kraju w Europie, nie licząc wysokiego poziomu PKB per capita w centrach dużych stolic, jak np. w centrum Londynu.

Z tego powodu uznano, że porównanie usług opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach Włoch, a zwłaszcza w Lombardii i w Kalabrii, byłoby interesujące.

<sup>18</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6839731/1-21052015-AP-EN.pdf/c3f5f43b-397c-40fd-a0a-4-7e68e3bea8cd>

**Produkt krajowy brutto (PKB) na mieszkańca, wyrażony w standardzie siły nabywczej (ang. PPS), dla regionu na poziomie 2 klasyfikacji NUTS, 2013 r. (1)**  
 (% średniej unijnej dla 28 krajów, UE-28 = 100)



(% średniej unijnej dla 28 krajów, UE-28 = 100)

- EU-28 = 100
- < 75
- 75 – < 90
- 90 – < 100
- 100 – < 110
- 110 – < 125
- >= 125
- Dane niedostępne

Granice administracyjne: © EuroGeographics  
 © UN-FAO © Turkstat  
 Kartografia: Eurostat – GISCO, 05/2015



(1) Niemcy – dostępne tylko dla regionów na poziomie 1 klasyfikacji NUTS. Szwajcaria – dane dostępne tylko na poziomie krajowym. Norwegia w 2012 r.  
 Źródło: Eurostat (kody danych online: nama\_10r\_2gdp and nama\_10\_pc)

O ile nie podano inaczej, źródło informacji zawartych w tej części znajduje się w przypisie<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2015: Raising Standards*, OECD Publishing

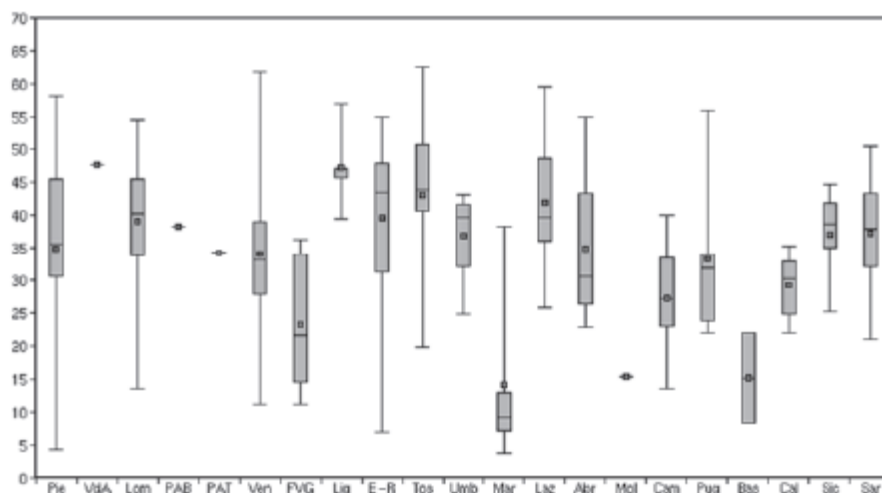




Regiony i prowincje autonomiczne Włoch.

### 6.2.1 Wyniki leczenia<sup>20</sup>

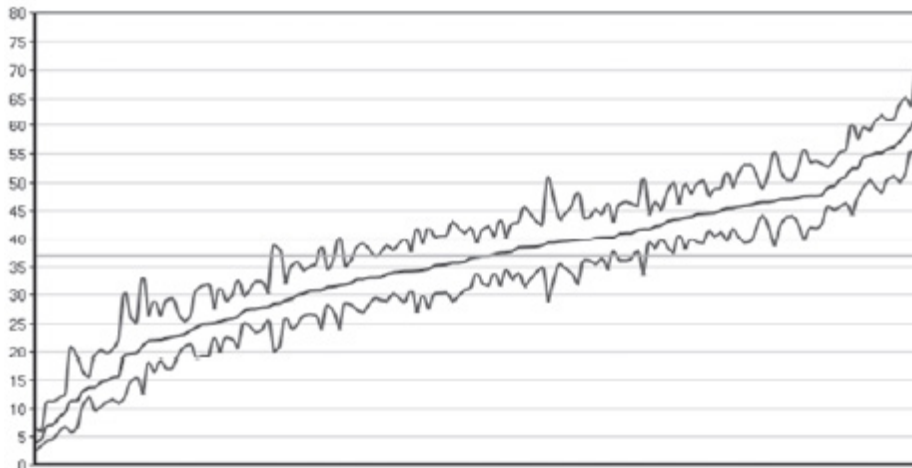
Wyniki Krajowego Programu Wyników Leczenia (PNE) pozwalają na ocenę różnic w jakości i wynikach leczenia w poszczególnych regionach kraju. W przypadku kilku ważnych obszarów opieki różnica ta jest znacząca. Dla przykładu, udział pacjentów poddawanych zabiegowi angioplastyki wieńcowej w ciągu 48 godzin od zawału wynosi od ok. 15% w regionach Marche, Molise i Basilicata do prawie 50% w Dolinie Aosty i Ligurii (rys. poniżej).



Udział przypadków ostrego zawału serca (ang. AMI) leczonych przezskórną śródniczyniową angioplastyką wieńcową (ang. PTCA) w ciągu 48 godzin, dane zdezagregowane według regionów.

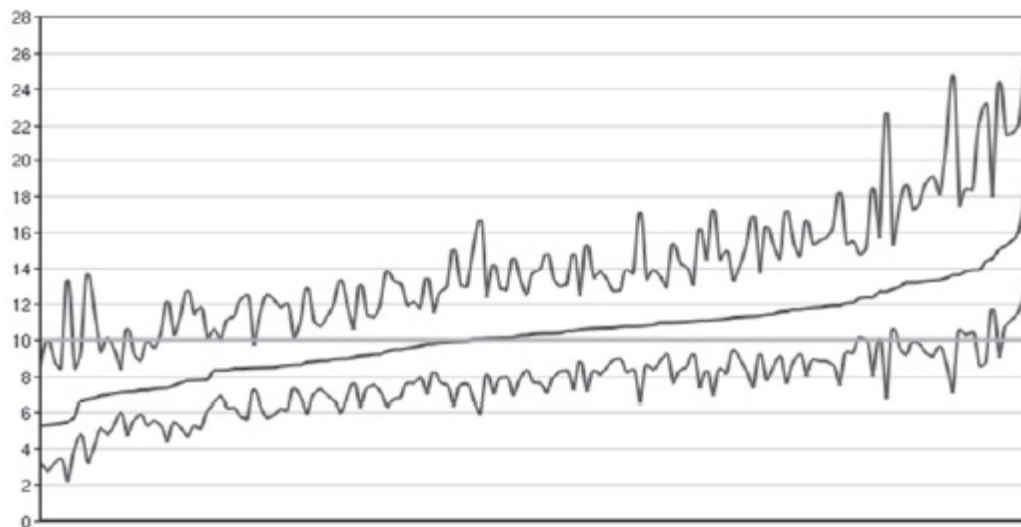
<sup>20</sup> OECD (2015), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>

Różnice w ramach poszczególnych regionów są jeszcze głębsze: Rysunek poniżej pokazuje, w jaki sposób ten sam wskaźnik waha się od ok. 5% do ponad 60% po zdezagregowaniu do poziomu lokalnego organu ds. zdrowia:



Udział przypadków ostrego zawału serca (ang. AMI) leczonych przezskórną śródnaczyniową angioplastyką wieńcową (ang. PTCA) w ciągu 48 godzin, dane zdezagregowane według lokalnych organów ds. zdrowia.

Dane dotyczące trzydziestodniowej umieralności, zdezagregowane do poziomu lokalnych organów ds. zdrowia, przedstawiono na rysunku poniżej. Wskaźnik trzydziestodniowej umieralności waha się od ok. 5% do 18%, przy czym średnia krajowa wynosi 10%:



30-dniowy wskaźnik śmiertelności z powodu ostrego zawału serca (ang. AMI) w rozbiciu na lokalne organy ds. zdrowia.

Podobne trendy występują także w przypadku innych wskaźników jakości opieki szpitalnej w nagłych przypadkach. Dla przykładu, wskaźnik trzydziestodniowej umieralności po udarze wynosi od ok. 7% w Bolzano do prawie 20% w Molise.

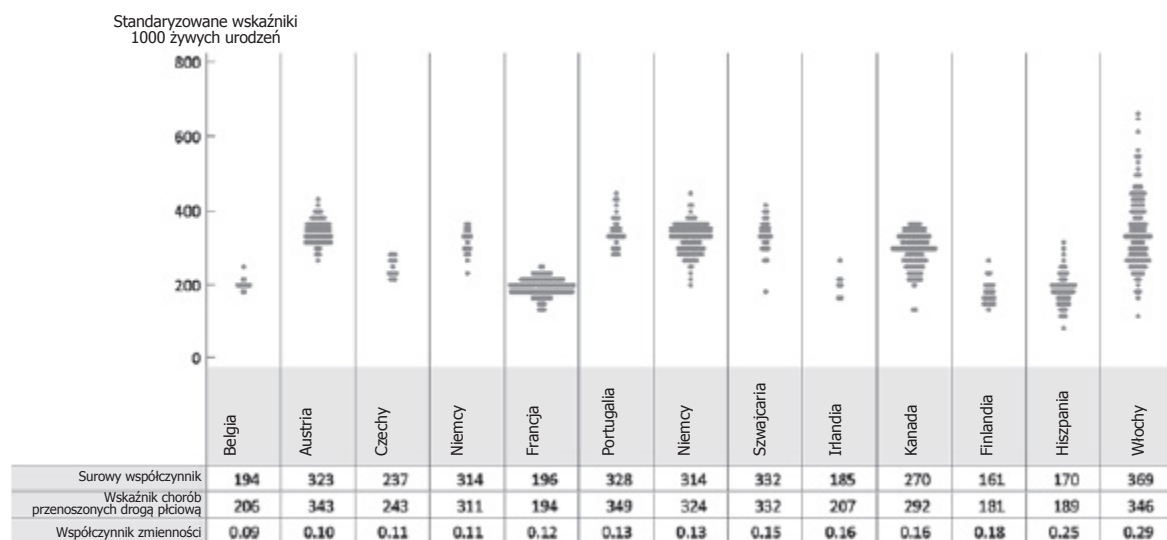
### 6.2.1.1 Cięcia cesarskie

We Włoszech krajowy wskaźnik jest szacowany na podstawie danych dotyczących krajowych wyników leczenia i wynosi ok. 25%. Najniższe wskaźniki odnotowano w Bolzano (13,6%) i Trento (14,5%), natomiast w Kampanii wskaźnik ten wynosi nieco ponad 45%. Jak wynika z poniższego rysunku, im bardziej na południe, tym powszechniejsze są cięcia cesarskie.



Wskaźnik cięć cesarskich we Włoszech w podziale na prowincje, wystandaryzowany według wieku, na 1000 kobiet (2011).

Dane przedstawione do projektu OECD wskazują, że tego rodzaju zmienność geograficzna jest większa niż gdzie indziej. Zob. rys. poniżej. Na poziomie prowincji współczynnik zmienności we Włoszech wynosi 0,29 i jest to najwyższa wartość wśród grupy krajów badanych przez OECD.



Wskaźnik cięć cesarskich, pomiędzy krajami OECD i w obrębie ich granic, 2011 r. (lub ostatni rok). Źródło: OECD (2015), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

### 6.2.2 Wielu Włochów opuszcza swój region ze względu na opiekę zdrowotną, przy czym importerami netto pacjentów są regiony północne

We Włoszech występują znaczne różnice w poziomie zadowolenia pacjentów. W 2009 r. ponad 50% pacjentów w Trydencie-Górnej Adydze, Wenecji Euganejskiej oraz Emilii-Romanii było „bardzo zadowolonych” z opieki szpitalnej, podczas gdy na Sycylii i w Apulii odsetek ten wyniósł 20%. Z poziomem zadowolenia pacjentów bez wątplenia wiąże się znaczący przepływ osób przemieszczających się do innych regionów krajów w celu uzyskania opieki zdrowotnej. Fakt ten jest dobrze rozpoznany we Włoszech. Dane z Ministerstwa Zdrowia wskazują, że południowe regiony, tj. Kampania, Kalabria i Sycylia tracą co najmniej 30 000 pacjentów rocznie, ponieważ poszukują oni lepszej opieki zdrowotnej (regiony te przyciągają znacznie mniejszą ich liczbę; wskaźniki odpływów/przyływów w tych regionach wynoszą 11,7, 34,0 i 13,6, i są najwyższe w całym Włoszech). Regiony północne są importerami netto pacjentów: w 2010 r. Toskania odnotowała przyływ netto na poziomie 22 230 pacjentów (wskaźnik odpływ/ przyływ wyniósł 0,3). W regionie Emilia-Romania liczba ta wyniosła 48 891 pacjentów (wskaźnik 0,2), a w Lombardii 61 399 pacjentów (wskaźnik 0,2).

Pacjenci mogą podjąć decyzję o skorzystaniu z opieki zdrowotnej w innym regionie z wielu względów, np. aby być bliżej rodziny. Mało jest danych jakościowych na temat przyczyn, dla których pacjenci przenoszą się do innych regionów. Niemniej jednak powszechnie uważa się, że głównym powodem, dla którego pacjenci przenoszą się z południa na północ, jest chęć uzyskania lepszej opieki zdrowotnej.<sup>21, 22</sup>

## 7. Jak interpretować wyniki Indeksu?

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

Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia za 2015 r. stanowi próbę zmierzenia i stworzenia rankingu efektywności świadczeń zdrowotnych z perspektywy konsumenckiej. Wyniki EHCI z pewnością nie są wolne od problemu dotyczącego jakości informacji. Brakuje ogólnoeuropejskiego, jednolitego zestawu procedur zbierania danych, a podejmowane przez Komisję Europejską próby wprowadzenia wspólnych, mierzalnych wskaźników obrazujących sytuację w ochronie zdrowia okazały się dalece nieskuteczne. Aktualnie Komisja zaczyna zajmować się opracowywaniem metod oceny efektywności krajowych systemów opieki zdrowotnej, co rodzi kolejne wyzwania, z którymi będzie trzeba sobie poradzić.

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

To, że wyniki rankingu EHCI 2015 nie mają waloru informacji zweryfikowanych w sposób naukowy nie znaczy, iż należy je odrzucić jako zupełnie przypadkowe. Indeks tworzony jest oddolnie – oznacza to, że należy się spodziewać, iż kraje posiadające podobne systemy opieki zdrowotnej zajmą niezbyt od siebie oddalone miejsca w rankingu. Potwierdzeniem tego jest fakt, że kraje skandynawskie tworzą w rankingu w miarę zwartą grupę, Anglia i Szkocja są blisko siebie, podobnie jak Czechy i Słowacja, Hiszpania i Portugalia czy Grecja i Cypr.

<sup>21</sup> France, G., F. Taroni and A. Donatini (2005), The Italian Health-care System, Health Economics, Tom 14, Nr 1, str. 187-202.

<sup>22</sup> Ministerstwo Zdrowia (2011), Sistema di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza e delle performance dei sistemi sanitari", Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010, Ministero della Salute, Roma, dostępne na stronie [www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2677](http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2677)

Z wcześniejszych doświadczeń uzyskanych przy tworzeniu ogólnych Europejskich Konsumenckich Indeksów Zdrowia wynika, że ranking konsumencki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie prezentacji jakości świadczeń zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2015 staną się inspiracją do znalezienia sposobów i obszarów usprawnienia europejskich systemów opieki zdrowotnej.

## 8. Ewolucja Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia

### 8.1 Zakres i treść EHCI 2005

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

Włączenie do badania od razu wszystkich 25 krajów członkowskich byłoby trudnym zadaniem ze względów metodologicznych i statystycznych, zwłaszcza że akcesja wielu z nich nastąpiła niedawno.

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

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

Jak już wspomniano, kryteria wyboru nie miały związku z tym, czy świadczenia w ramach danego systemu opieki zdrowotnej są finansowane lub oferowane ze środków publicznych, czy prywatnych. Dla przykładu, w rankingu nie poświęcono uwagi prywatnym świadczeniodawcom (chyba, że w kontekście ich możliwego oddziaływania na czas dostępu do świadczeń lub też wyniki leczenia).

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

### 8.2 Zakres i treść EHCI 2006-2014

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

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



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

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

Aby osiągnąć wyższy poziom wiarygodności informacji, jednym z najważniejszych elementów procesu było stworzenie, w sposób bardziej systematyczny niż miało to miejsce w przypadku poprzednich edycji rankingów EHCI, sieci bezpośrednich kontaktów z krajowymi organami władzy odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną. Słabość danych statystycznych dotyczących europejskich systemów opieki zdrowotnej opisanych w poprzednich raportach EHCI można zrównoważyć jedynie poprzez prowadzenie pogłębionych dyskusji z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska w krajowych organach ochrony zdrowia.

Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2006–2008 ministerstwa zdrowia, jak również ich agendy odpowiedzialne za nadzór lub Zapewnienie Jakości świadczeń zdrowotnych wykazywały chęć współpracy. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane pytania. Sytuacja znacznie się poprawiła w latach 2009–2012, a w 2015 r. wyglądała nadal bardzo korzystnie (zob. punkt 8.9.2).

### 8.3 EHCI 2015

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

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

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



### 8.3.1 Nowe wskaźniki wprowadzone do EHCI 2015

Wskaźniki zastosowane w badaniu EHCI 2015 są takie same, jak w 2014 r.

#### Podkategoria 6 (Środki farmaceutyczne):

Ta podkategoria wygląda tak samo, jak w rankingu z 2013 r., z tym wyjątkiem, że zastosowano nowatorskie źródła danych w odniesieniu do punktu 6.7 Stosowanie antybiotyków.

### 8.4 Obszary, do których odnoszą się wskaźniki (podkategorie)

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

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

W związku z koniecznością rezygnacji z niektórych wskaźników ze względu na brak danych statystycznych oraz po dokładnej analizie przeprowadzonej przez [panel ekspertów](#), do Indeksu EHCI 2015 włączono ostatecznie 48 wskaźników.

Obszary wskaźników w indeksie EHCI 2015 wyglądają następująco:

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

### 8.5 Punktacja zastosowana w EHCI 2015

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

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

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

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

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

## 8.6 Współczynniki wagowe

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

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

W rankingu EHCI 2015 wynikom w pięciu podkategoriach przyznano następujące wagi, takie same zresztą jak te ustalone w indeksie z 2014 r.:

Podkategoria	Waga względna (Wyłącznie zielone oceny do końcowego maksymalnego wyniku 1000 punktów)	Punkty przyznane za zieloną ocenę w każdej podkategorii
Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta oraz e-Zdrowie	150	12,50
Dostępność (Czas oczekiwania na leczenie)	225	37,50
Wyniki leczenia	250	31,25
Zakres i zasięg usług („Szczodrość systemu”)	150	18,75
Profilaktyka	125	17,85
Środki farmaceutyczne	100	14,29
Całkowita suma wag	1000	

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

Należy podkreślić, że ponieważ niewiele krajów wypada doskonale w jednej podkategorii, a bardzo słabo w innych, ostateczny ranking krajów przedstawiony w EHCI 2015 jest niezwykle stabilny, nawet biorąc pod uwagę fakt, że współczynniki wagowe cechuje spore zróżnicowanie.

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

## 8.7 Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2015

Należy zauważyć, że od 2009 r. HCP otrzymuje znacznie więcej informacji od krajowych organów ochrony zdrowia niemal wszystkich 35 krajów ujętych w Indeksie. W takich przypadkach, odpowiedzi udzielone w ankiecie zleconej przez Patient View 2015 są wykorzystywane bardzo ostrożnie, np. jeśli dane oficjalne wskazują na zielony wynik, a według ankiety możliwa do uzyskania ocena jest zdecydowanie czerwona, kraj otrzymuje wynik żółty.

Podkategoria	Wskaźnik	Uwagi	Ocena 3	Ocena 2	Ocena 1	Główne źródła informacji
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta	Czy krajowe ustawodawstwo dotyczące opieki zdrowotnej uwzględnia wprost prawa pacjenta?	Tak	Karty praw pacjenta i podobne regulacje różnego rodzaju	Nie	Raporty HIT opracowane przez European Observatory, <a href="http://europatientrights.eu/about_us.html">http://europatientrights.eu/about_us.html</a> ; Ustawa o prawach pacjenta (Załącznik 1 do raportu EHCI); <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.doyrna.es/pdf/261/261v1n2a13048764pdf001.pdf">http://db2.doyrna.es/pdf/261/261v1n2a13048764pdf001.pdf</a> ; <a href="http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtsgesetz.html">http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtsgesetz.html</a>
	1.2 Zaangażowanie organizacji pacjenckich		Tak, z mocy ustawy	Tak, z wyjązajowo w funkcji doradczej	Nie, nie jest to wymagane ani stosowane w praktyce	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie
	1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	Czy pacjenci mogą uzyskać stosowne odszkodowanie w przypadku błędu popełnionego przez personel medyczny bez pomocy wymiaru sprawiedliwości?	Tak	Do pewnego stopnia; w ponad 25% przypadkach niezdolności do pracy koszty świadczenia wypłacane są przez państwo	Nie	Swedish National Patient Insurance Co. (wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); <a href="http://www.hse.ie">www.hse.ie</a> ; <a href="http://www.hitq.ae">www.hitq.ae</a>
	1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza		Tak	Tak, ale nie łatwo ją uzyskać ze względu na błędne informacje, burokrację bądź sceptycyzm lekarza	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie
	1.5 Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej	Czy pacjenci mogą zapoznać się z dotyczącą ich dokumentacją medyczną?	Tak, lekarz udostępni im kopię dokumentacji, jeśli o to poproszą	Tak, ale jest to kłopotliwe; może wiązać się z koniecznością złożenia wniosku bądź następuje tylko w obecności/pod nadzorem specjalistów	Nie, jest to prawo ustawowe	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie; <a href="http://www.dohc.ie">www.dohc.ie</a>

1.6 Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	Czy informacja o tym, że „lekarz X posiada uprawnienia do wykonywania zawodu” jest powszechnie dostępna?	Tak, na stronie www bądź w szeroko dostępnej publikacji	Tak, ale publikacja jest droga bądź trudno dostępna	Nie	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Krajowe rejestry lekarzy; p://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx; http://
1.7 Internetowe lub dostępne całodobowo telefoniczne źródła informacji o systemie opieki zdrowotnej	Informacje, które mogą pomóc pacjentowi podjąć następujące decyzje: „Po konsultacji telefonicznej, zażyję paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast pojadę na izbę przyjęć najbliższego szpitala”.	Tak	Tak, ale nie są one ogólnie dostępne bądź niewiele osób wie o ich istnieniu	Nie bądź sporadycznie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2015 r. Rozmowy bezpośrednie; http://www.nhsdirect.nhs.uk/; www.hse.ie/www.ntpf.ie
1.8 Swoboda korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej	Wiedza na temat przysługującego pacjentom prawa do korzystania z systemu opieki zdrowotnej w innym państwie UE. Przynajmniej 2 prawidłowe odpowiedzi.	Ponad dwie trzecie respondentów	Dwie trzecie – połowa respondentów	Mniej niż 50% respondentów	Specjalne badanie Eurobarometru nr 425, maj 2015 r, raport str. 35
1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców	„NHS Choices” w Wielkiej Brytanii to przykład rozwiązania, które predestynuje kraj do uzyskania zielonego wyniku.	Tak	W pewnym zakresie, mają charakter regionalny bądź nie są znane szerszemu gronu odbiorców	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2015 r. http://www.sundhedskvalitet.dk /; http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatistikInformasjon_2109.aspx ; http://www.hiqa.ie ; http://212.80.128.9/gestioni/ges161000com.html
1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)	Odszetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu korzystających z elektronicznej dokumentacji pacjenta dla celów uzyskania danych diagnostycznych	≥ 90% gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu	<90 ≥ 50% gabinetów	<50% gabinetów	http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf; http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11, www.itcp.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
1.11 Możliwość umawiania wizyt przez internet	Czy pacjenci mogą umawiać się na wizyty za pośrednictwem internetu?	Tak, jest to powszechnie dostępne	W niektórych szpitalach/klinikach stosujących to pionierskie rozwiązanie	Nie, bądź w sporadycznych przypadkach	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną

	1.12 e-recepty		W pełni funkcjonalne usługi e-recepty na terenie całego kraju lub w przeważających częściach niektórych regionów	Niektóre apteki oferują takie usługi	Tak, bądź bardzo rzadko	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia	Czy mogę liczyć na to, że mój lekarz pierwszego kontaktu przyjmie mnie jeszcze dzisiaj?	Tak	Tak, ale system nie zawsze działa prawidłowo	Nie	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Krajowe organy ochrony zdrowia
	2.2 Bezpośredni dostęp do specjalistów	Bez skierowania od lekarza rodzinnego (lekarza pierwszego kontaktu)	Tak	W praktyce zdarza się to dość często bądź dotyczy ograniczonej liczby specjalizacji	Nie	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych
	2.3 Poważne zabiegi operacyjne: <90 dni	Pomostowanie aortalno-więcowe/PTCA i wszyczenie endoprotezy stawu biodrowego/kolanowego	90% <90 dni	50-90% <90 dni	> 50% > 90 dni	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych
	2.4 Leczenie nowotworów: <21 dni	Okres czasu, który upływa od momentu podjęcia decyzji o zastosowaniu leczenia do momentu radioterapii/chemioterapii	90% <21 dni	50-90% <21 dni	> 50% > 21 dni	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se: Vántetider cancerårld
	2.5 Tomografia komputerowa <7 dni	Okres oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne (w stanach nieostrych)	Standardowo <7 dni	Standardowo <21 dni	Standardowo >21 dni	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych. www.socialstyrelsen.se: Vántetider
	2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć	„Czas oczekiwania”: okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz przystępuje do zaopatrzenia pacjenta/rozpoznania problemu	Standardowo <1 godziny	Standardowo od 1 do 3 godzin	Standardowo >3 godzin	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. Wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje zwrotne uzyskane od organów krajowych

<b>3. Wyniki leczenia</b>	3.1 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (CVD)	Nachylenie linii trendu dla zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (zarejestrowane wartości)	Gwałtowny spadek	Umiarkowany spadek	Niewielki spadek	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r.
	3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu	Nachylenie linii trendu dla zgonów z powodu udaru mózgu (zarejestrowane wartości)	Gwałtowny spadek	Umiarkowany spadek	Niewielki spadek	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r.
	3.3 Umieralność niemowląt	na 1000 urodzeń żywych	$< 4$	$< 6$	$\geq 6$	Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich (Health for All) dla wskaźników umieralności, wrzesień 2015 r., ostatnie dostępne dane statystyczne
	3.4 Przeżywalność pacjentów chorych na raka	1. pomniejszone o wskaźnik umieralności/zachorowalności za rok 2012 ("wskaźnik przeżywalności")	$\geq 60\%$	59,9-50 %	$< 50\%$	J. Ferlay i in. / European Journal of Cancer nr 49 (2013), s. 1374–1403
	3.5 Utracone potencjalne lata życia (PYLL)	Wszystkie przyczyny, utracone lata /100 000 mieszkańców	$< 4500$	4501-7000	$> 7000$	Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności w krajach europejskich, listopad 2014 r.
	3.6 Zakażenia MRSA (gronkowcem złocistym opornym na metycylinę)	Wyniki testów do oznaczenia wrażliwości izolatów S. aureus, w procentach	$< 5\%$	$< 20\%$	$> 20\%$	<a href="http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/table_reports.aspx">http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/table_reports.aspx</a> (dane z 2013 r.)
	3.7 Wskaźniki aborcji	Liczba aborcji na 1000 urodzeń żywych; niski = dobry, bardzo niski = purpurowy	$< 200$	201-300	$> 300$	Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015, Dane ONZ na temat aborcji
	3.8 Depresja	Średni wynik uzyskany na podstawie odpowiedzi na 5 pytań dotyczących zdrowia	$\geq 67\%$	66-55%	$< 55\%$	Specjalne badanie Eurobarometru nr 345, październik 2011 r.; www.fhi.no "Psykisk helse i Norge 2011:2", <a href="http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat_nat_fp.php?mode=8">http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat_nat_fp.php?mode=8</a>



	Wydatki na ochronę zdrowia ze środków publicznych jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia	≥ 80%	> 80% > 70%	≤ 70 %	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r.
4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej					
4.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	Łączna liczba procedur podzielona na 100 000 mieszkańców w wieku 65 lat lub powyżej	> 5000	5000-3000	< 3000	Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2014, baza danych WHO Hfa, Program zapobiegania ślepotcie i upośledzeniom narządu wzroku WHO, Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej, dane krajowe
4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców	Liczba żywych i nieżyjących dawców, liczba procedur na milion mieszkańców	≥ 40	40-30	< 30	Newsletter Rady Europy, wrzesień 2015
4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?	Odsetek osób o średnich dochodach deklarujących niezaspokojoną potrzebę wizyty u stomatologa, 2010	< 5%	5-9,9%	≥ 10%	Raport OECD „Health at a Glance” 2015, Eurostat: <a href="http://dx.doi.org/10.1787/888933281066">http://dx.doi.org/10.1787/888933281066</a>
4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom	Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”	Nie!	Czasami, w zależności od sytuacji	Tak, często.	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2014. Krajowe organy ochrony zdrowia.
4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna	Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	≥ 6000	5999-3000	< 3000	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r.
4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej	Odsetek pacjentów dializowanych w domu metodą dializy otrzewnowej (DO) bądź pozaustrojowej (HD)	≥ 15%	< 15%-8%	< 8%	Raport roczny 2013 Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, <a href="http://www.ceapir.org">www.ceapir.org</a>
4.8 Cięcia cesarskie	Liczba cięć cesarskich na 1000 urodzeń żywych; niska = dobra opieka prenatalna	< 200	201-300	> 300	Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 r.

4.  
Zakres  
i zasięg  
oferowanych  
świadczeń

5. Profilaktyka	5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom	Tężec, krztusiec, polio i Haemophilus influenzae typu b, WZW typu B, odra, świnka, różyczka – średnia arytmetyczna	≥ 95%	≥ 85-<95%	< 85%	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r., <a href="http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=352277">http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=352277</a>
	5.2 Pomiar ciśnienia krwi	Odsetek ludzi powyżej 25 roku życia z ciśnieniem krwi > 140/90	≥ 20%	>20-25 %	> 25 %	Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2015
	5.3 Profilaktyka palenia	Sprzedaż papierosów per capita osobom powyżej 15. roku życia (2014 r.)	< 1000	1000-1499	≥ 1500	<a href="http://www.ceccm.eu">www.ceccm.eu</a> , Baza danych WHO HFA, wrzesień 2015 r.
	5.4 Alkohol	Konsumpcja alkoholu („korekta o dane dotyczące nadmiernego spożywania alkoholu”) na osobę 15+	< 10 litrów czystego alkoholu na osobę	10-13 litrów czystego alkoholu na osobę	> 13 litrów	WHO HFA, wrzesień 2015, Specjalne badanie Eurobarometru nr 331 kwiecień 2010 r.
	5.5 Aktywność fizyczna	Liczba godzin zajęć wychowania fizycznego w ramach edukacji obowiązkowej	≥ 751	750-600	< 600	<a href="http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/facts_and_figures/181EN.pdf">http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/facts_and_figures/181EN.pdf</a> , <a href="http://www.vsa.zh.ch">www.vsa.zh.ch</a>
	5.6 Szczepienia przeciwko HPV	Krajowy program skierowany do nastoletnich dziewcząt	Tak, bezpłatnie dla pacjenta	Tak, pacjent ponosi znaczną część kosztów	Nie	Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Wprowadzenie szczepień przeciwko HPV w krajach Unii Europejskiej – aktualizacja. Sztokholm: ECDC; 2012. Serie I n.: Acta Dermatovenerologica APA 2013; 22:21–25. <a href="http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/">www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/</a>
	5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi	Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR)/ 100 000 mieszkańców	< 5	5-8	> 8	Baza danych WHO Hfa, wrzesień 2015 r.

6.1 Refundacja leków		Odsetek łącznej wartości sprzedaży refundowanych środków farmaceutycznych	≥ 70%	69,9 - 50%	< 50 %	Baza danych WHO HfA, kwiecień 2015 r. EFPIA: The pharmaceutical industry in figures in figures – Key Data 2015 (Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane 2015 r.)
6.2 Czy istnieje farmakoepa dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych z opieką zdrowotną?		Czy istnieje farmakoepa dostosowana do potrzeb osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (na stronach www lub w szeroko dostępnych publikacjach)?	Tak, informacje dostarczane są przez znany i wiarygodny podmiot	Tak, ale trudno ustalić, jaki podmiot udostępnia takie informacje	Nie	Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2013. Badania HCP 2010-2013. Krajowe agencje do spraw produktów medycznych
6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych		ATC Kod L01XC (przeciwciała monoklonalne) zużycie per capita, w milionach dolarów amerykańskich na milion mieszkańców	> 15	15-10	< 10	Baza danych IMS MIDAS, okres 12 miesięcy kończący się w czerwcu 2013 r., www.nuffieldtrust.org.uk/data-and-charts/prescribing-spend-person-uk
6.4 Dostęp do nowych leków (okres oczekiwania na refundację)		Okres czasu, który upływa między rejestracją a datą objęcia refundacją	< 150 dnia	< 300 dni	> 300 dni	Patients W.A.I.T. Indicator, Raport z 2011 i 2012 r. – na podstawie baz danych Europejskiej Federacji Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA)
6.5 Leki na zapalenie stawów		Inhibitory TNF-α, Standardowe jednostki per capita, skorygowane o współczynnik chorobowości	> 300	300-100	< 100	Baza danych IMS MIDAS, eumusc.net: Raport v5.0 „Musculoskeletal Health in Europe” (2012), Specjalne badanie Eurobarometru nr 272 (2007)
6.6. Użycie metforminy		Użycie metforminy; dawka SU (sulfonylomocznik) na 1 przypadek cukrzycy	> 400	400-250	< 250	baza danych IMS MIDAS, cały rok 2013
6.7 Antybiotyki / per capita		ATC Kod J01, DDD na 1000 mieszkańców na dzień	< 17	17-22	> 22	ECDC: Zużycie antybiotyków według grup antybiotykowych w 30 krajach UE/ EOG, 2014 r., baza danych IMS MIDAS, w przedziale 12 miesięcy, licząc do czerwca 2013 r.

**Tabela 8.7:** Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2015

### 8.7.1 Dodatkowe gromadzenie danych – badanie ankietowe

Poza uzyskaniem danych z ogólnie dostępnych źródeł, jak miało to miejsce w przypadku Indeksów za lata 2005–2014, organizacja PatientView (PV) przeprowadziła na zlecenie ankietę internetową wśród organizacji pacjenckich (dane teleadresowe PatientView: Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, tel. 0044-(0)1547-520-965, E-mail: info@patient-view.com. W roku 2015 ankietę obejmowała sześć wskaźników dotyczących „Dostępności”, dwa wskaźniki w podkategorii „e-Zdrowie” oraz 8 innych wskaźników. Ankietę jest dostępna na stronie: [https://www.dropbox.com/s/ae670o9pxm63boj/Survey\\_55014628.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/ae670o9pxm63boj/Survey_55014628.pdf?dl=0)

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

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

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

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

Wstępne tabele punktowe zostały 30 października 2015 r. przesłane do ministerstw zdrowia bądź innych krajowych organów wszystkich 35 krajów uwzględnionych w rankingu. Dzięki temu podmioty te miały możliwość przekazania aktualniejszych danych lub danych lepszej jakości niż te pochodzące ze źródeł ogólnodostępnych.

Procedura została przygotowana wiosną 2015 r. w drodze intensywnej wymiany korespondencji listownej i elektronicznej, rozmów telefonicznych oraz wizyt bezpośrednich w ministerstwach/innych organach. Ostatecznie udało się zgromadzić informacje pochodzące z oficjalnych źródeł krajowych w formie przekazanych z powrotem „tabel punktowych dla pojedynczych krajów” lub szczegółowych dyskusji prowadzonych podczas wizyt bezpośrednich w ministerstwach zdrowia/innych krajowych organach.

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

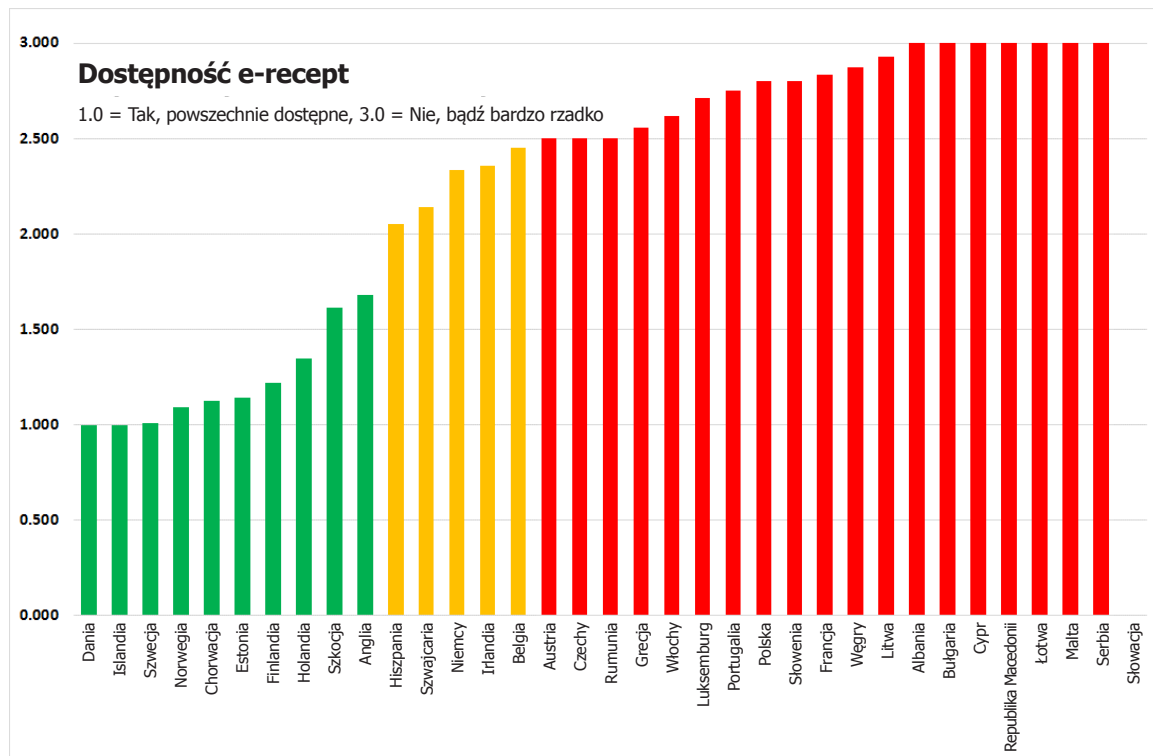
## 8.8 Ustawienia wartości progowych

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

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

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

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



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

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

## 8.9 Źródła danych „CUTS”

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

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

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

### **8.9.1 Czynniki „Skrzyni biegów Rolls-Royce’a”**

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

## **8.10 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2015**

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2015 gromadzi dane na temat 48 wskaźników sprawności działania systemu opieki zdrowotnej i grupuje je w sześciu podkategoriach. Każda z tych podkategorii jest odzwierciedleniem pewnej jednostki logicznej, np. Wyników leczenia czy Dostępności.

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

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

### **8.10.1 Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta**

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

Dlaczego jest to jedna z ulubionych podkategorii HCP? Ponieważ obejmuje ona wskaźniki niezależne od PKB. Nawet najbiedniejsze kraje mogą sobie pozwolić na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2015 po raz kolejny dowodzi słuszności powyższego stwierdzenia.

Podkategoria ta obejmuje dwanaście wskaźników.

#### **1.1 Przepisy prawa dotyczące opieki zdrowotnej realizujące prawa pacjenta**

Czy krajowe ustawodawstwo dotyczące opieki zdrowotnej uwzględnia wprost prawa pacjenta? Na poziomie ustaw czy innych aktów ustawodawczych? Czy istnieją kodeksy etyki zawodowej, karty praw pacjenta itd.? Wskaźnik ten jest uwzględniany w rankingach EHCI od 2005 r. Ze względu na to, że na chwilę obecną tylko trzy kraje nie przyjęły takich przepisów, wskaźnik ten może zostać zastąpiony przez inny w 2015 r.

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



## **1.2. Organizacje pacjenckie zaangażowane w proces decyzyjny**

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

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

## **1.3 Ubezpieczenie z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej**

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

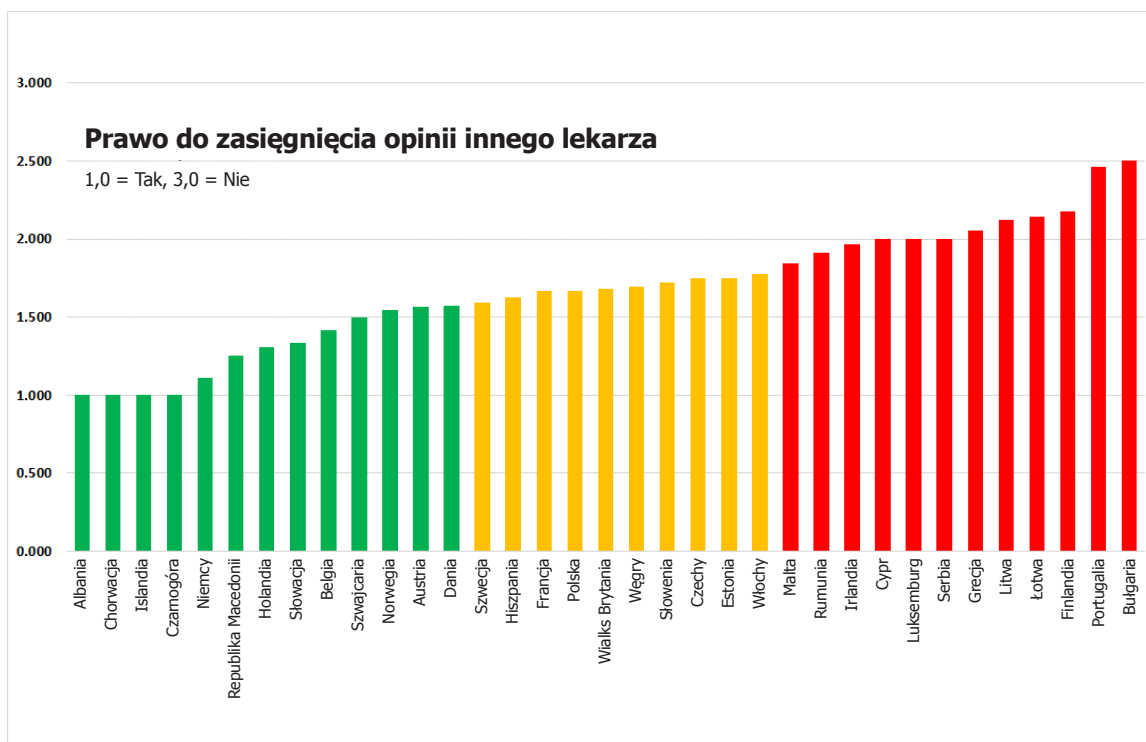
Źródła danych: Swedish National Patient Insurance Co. (wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia z tytułu niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); [www.hse.ie](http://www.hse.ie); [www.hiqa.ie](http://www.hiqa.ie). Krajowe organy ochrony zdrowia, badania zasobów internetowych, analiza czasopism.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

## **1.4 Prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza**

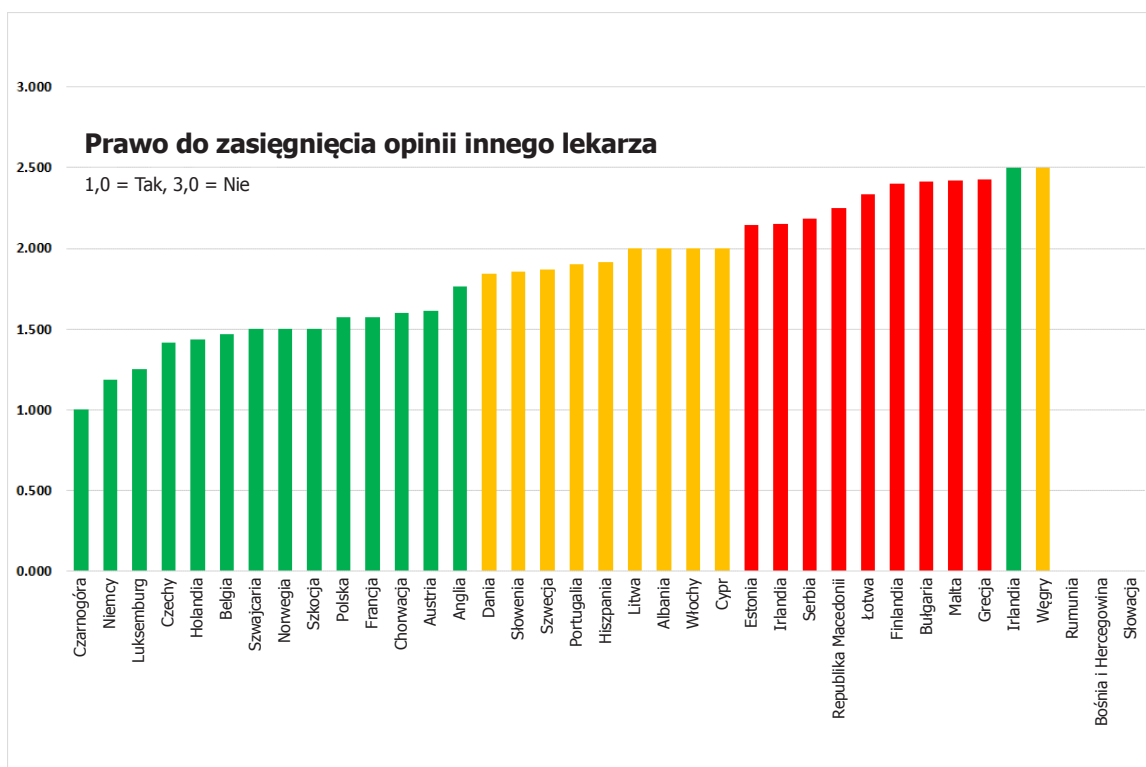
Podobnie jak w innych dziedzinach życia człowieka, również w medycynie niewiele jest pytań, na które można udzielić jednej tylko odpowiedzi czy problemów zdrowotnych, dla których istnieje jedno rozwiązanie. Czy zatem pacjenci mają prawo do uzyskania opinii innego lekarza na temat swojego stanu zdrowia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

Porównując wykresy za rok 2014 i 2015 (poniżej), widać – z pewnymi trudnościami – że w wielu europejskich krajach faktycznie wzrasta świadomość pacjentów na temat dostępności opinii drugiego lekarza.

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



Rys. 8.10.1.4 a: w 2015 r.



Rys. 8.10.1.4 a: w 2014 r.

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

### 1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej

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

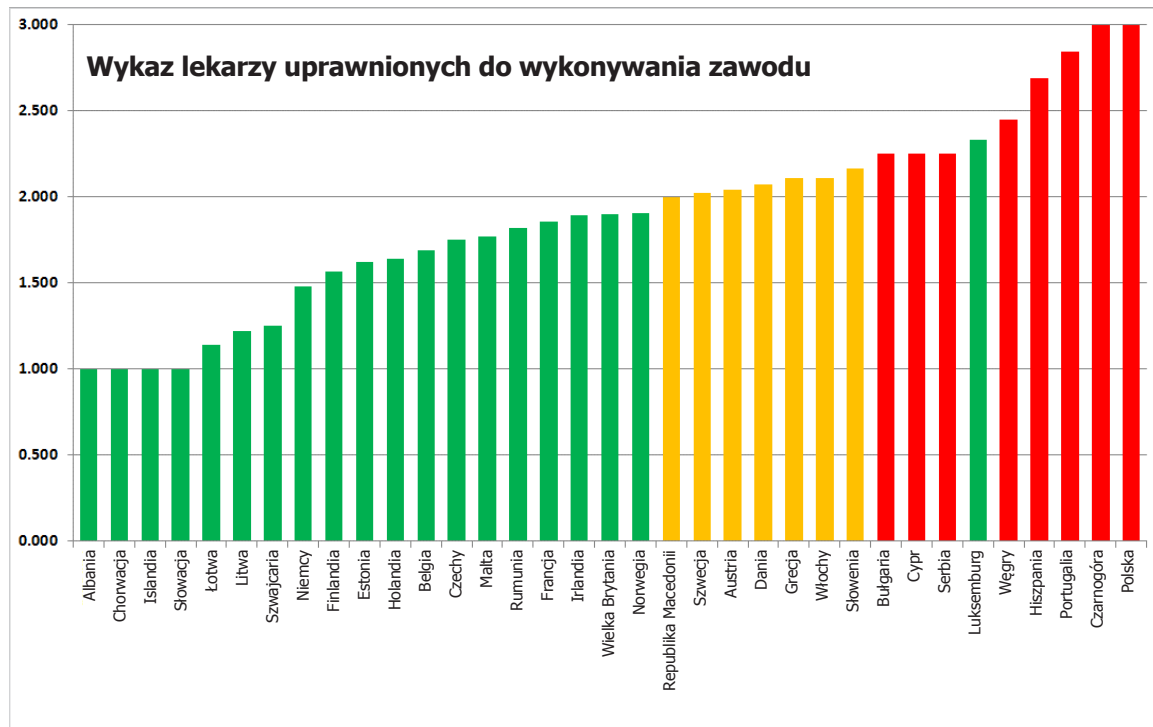
że pacjentowi takie uprawnienie powinno przysługiwać z mocy prawa. Są też kraje, w których pacjenci są również pozbawieni dostępu do dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia im się, że to dla ich własnego dobra. Jednakże, można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach w wielu krajach sytuacja uległa znacznej poprawie.

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

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

### 1.6 Rejestr lekarzy z prawem do wykonywania zawodu

Czy społeczeństwo może się łatwo dowiedzieć: że „lekarz X posiada uprawnienia do wykonywania zawodu”? Aby odpowiedź twierdząca została uznana, wymagane jest istnienie serwisu internetowego/telefonicznego. Żółte strony nie gwarantują krajowi zielonego wyniku – z wyjątkiem Luksemburga, gdzie rozdział spisu poświęcony lekarzom jest co roku recenzowany i zatwierdzany przez Ministerstwo Zdrowia. Taki serwis jest łatwy do uruchomienia i nie jest kosztowny w utrzymaniu, ale wciąż bardzo trudno znaleźć źródła informacji tego typu.



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

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

Zastosowany w poprzednich latach prosty opis tego wskaźnika pozostał bez zmian w rankingu za rok 2013: Informacje, które mogą pomóc pacjentowi podjąć następujące decyzje: „Po konsultacji telefonicznej zażyję paracetamol i poczekam, co się wydarzy” lub „Natychmiast pojedę na izbę przyjęć do najbliższego szpitala”. Najbardziej kompleksowe usługi tego typu zapewnia brytyjski NHS Direct. W 2015 r. wiele krajów opracowało zdecentralizowane rozwiązania, takie jak całodobowe gabinety podstawowej opieki medycznej oferujące taką samą usługę.

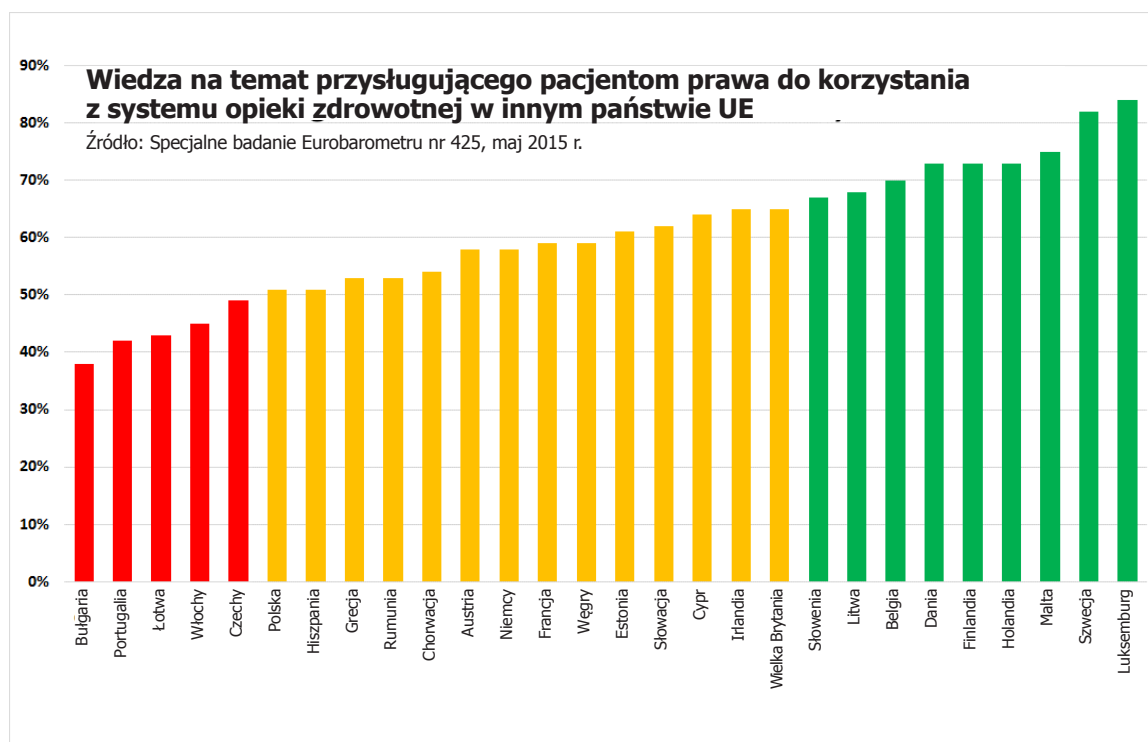
Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

### 1.8 Transgraniczna opieka zdrowotna finansowana ze środków pochodzących z kraju pochodzenia

Dyrektywa EU w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej została uchwalona 9 marca 2011 r. Do 25 października 2013 r. kraje członkowskie UE musiały we własnym zakresie uchylać przepisy wdrażające dyrektywę. W związku z tym kryteria punktacji dla tego wskaźnika zostały znacznie zaostrzone w porównaniu z poprzednimi edycjami EHCI. W momencie publikacji niniejszego raportu (styczeń 2015) daje się zauważyć pewien niewielki postęp w tym obszarze, datowany od jesieni 2013 r.

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

Subiektywna opinia pacjentów-respondentów (wykres poniżej) odzwierciedla rzeczywistą sytuację. Kilka organów krajowych twierdziło, że formalne włączenie dyrektywy EU powinno stanowić podstawę do przyznania zielonej oceny. Jednakże ze względu na znaczne luki informacyjne i inne przeszkody, koncepcja ta nie zyskała poparcia.



**Rys. 8.10.1.8** Odpowiedzi w ramach badania Eurobarometr „Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących opieki zdrowotnej uzyskanej w innym kraju UE. Proszę odnieść się do każdego z tych stwierdzeń i podać, czy Państwa zdaniem jest ono prawdziwe czy też fałszywe.” Odsetek respondentów podających co najmniej dwie prawidłowe odpowiedzi. Z definicji, kraje niebędące członkami UE uzyskują żółty wynik „nie dotyczy”. Zielony wynik uzyskany przez Bułgarię w 2013 r. uznany został – zapewne słusznie – za mało wiarygodny.

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

nie przekroczy jednego procenta budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną”, wymagać będzie specjalnych wysiłków.

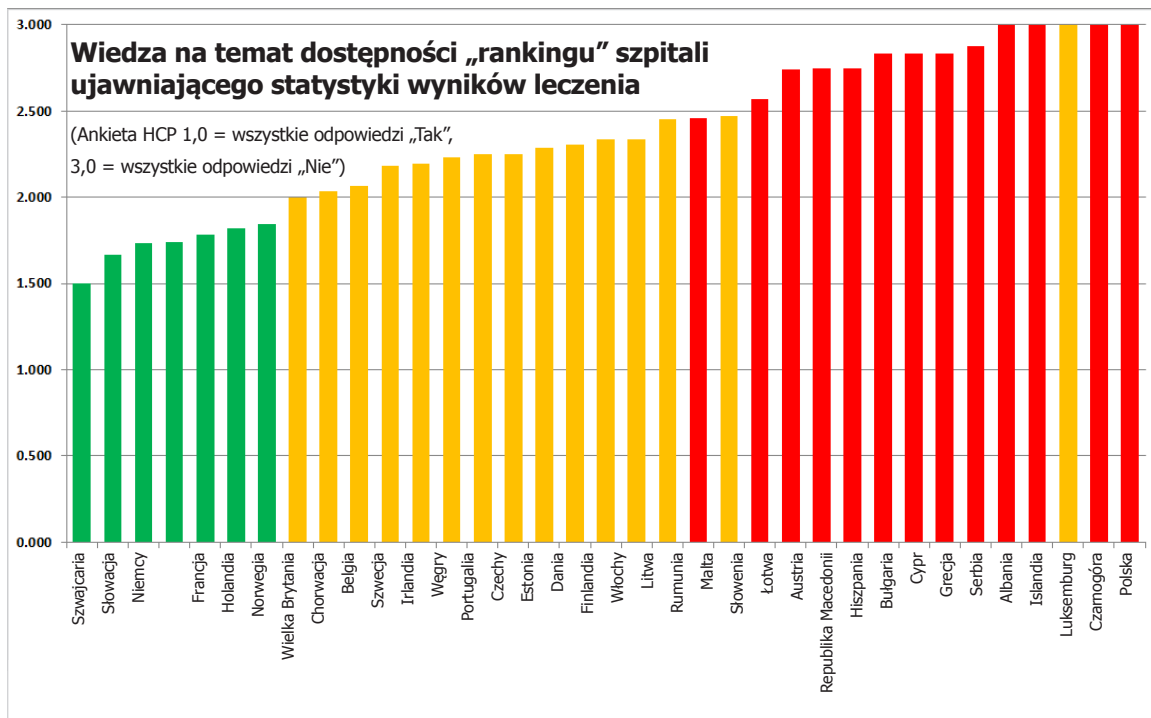
Źródła danych: Specjalne badanie Eurobarometru nr 425, maj 2015 r., raport str. 35. Krajowe organy ochrony zdrowia.

### 1.9 Rankingi najlepszych świadczeniodawców

W 2005 r. brytyjska organizacja Dr Foster była jedyną gwiazdą na firmamencie instytucji zajmujących się dostarczaniem wykazów świadczeniodawców (szpitali), stanowiących dla pacjentów źródło informacji na temat tego, które szpitale uzyskują dobre wyniki w kategorii faktycznej skuteczności leczenia czy odsetka przeżywalności pacjentów. Obecnie, inicjatywa ta przekształciła się w serwis „NHS Choose and Book”.

W 2015 r. można wskazać tylko kilka dodatkowych przykładów takich inicjatyw, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonana, że najbardziej godny uwagi był duński serwis [www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx](http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx), który oceniał szpitale w skali hotelowej, przyznając im od jednej gwiazdki ★ do pięciu gwiazdek ★★★★★. Serwis podawał także wskaźniki poziomu jakości świadczeń, a także uzyskiwane faktyczne wyniki leczenia, w tym wskaźniki śmiertelności wśród pacjentów, u których rozpoznano określone schorzenia. Niestety, strona ta nie zawiera już informacji na temat rzeczywistych wyników leczenia.

W 2015 r. brytyjski NHS Choices pozostaje wzorcowym przykładem europejskiej inicjatywy gwarantującej uzyskanie zielonego wyniku. Dzięki rankingowi „Najlepsze kliniki we Francji”, publikowanym raz do roku przez tygodniki „Le Point” oraz „Le Figaro”, w 2015 r. Francja otrzymała zieloną ocenę, która świadczyła o wysokiej rozpoznawalności tego rankingu wśród pacjentów, co wykazała ankieta HCP. Wynik taki w 2015 r. uzyskały też Estonia, Holandia, Norwegia, Portugalia i Słowacja. Niemcy, które otrzymały żółtą ocenę w 2012 r., (ponownie) awansowały na poziom zielony w związku z przywróceniem dostępu do tego typu informacji. W Szwecji ranking świadczeniodawców istnieje w formie ponad czterystustronicowej książki, której raczej nie można uznać za łatwo dostępną dla pacjentów.



**Rys. 8.10.1.9** Wyniki żółte przyznano Islandii i Malcie w celu uniknięcia dyskryminacji państw wyspiarskich, w których funkcjonuje po jednym szpitalu z prawdziwego zdarzenia.

Źródła danych: Badanie ankietowe wykonane na zlecenie HCP przez Patient View w 2015 r., [www.drfoosterhealth.co.uk/](http://www.drfoosterhealth.co.uk/); [www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx](http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx);

[www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon\\_2109.aspx](http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2109.aspx); [www.hiqa.ie/](http://www.hiqa.ie/), <http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html>, [www.bqs-institut.de/](http://www.bqs-institut.de/). Dane niezaliczane do CUTS.

### 1.10 Powszechność stosowania elektronicznej dokumentacji pacjenta (EPR)

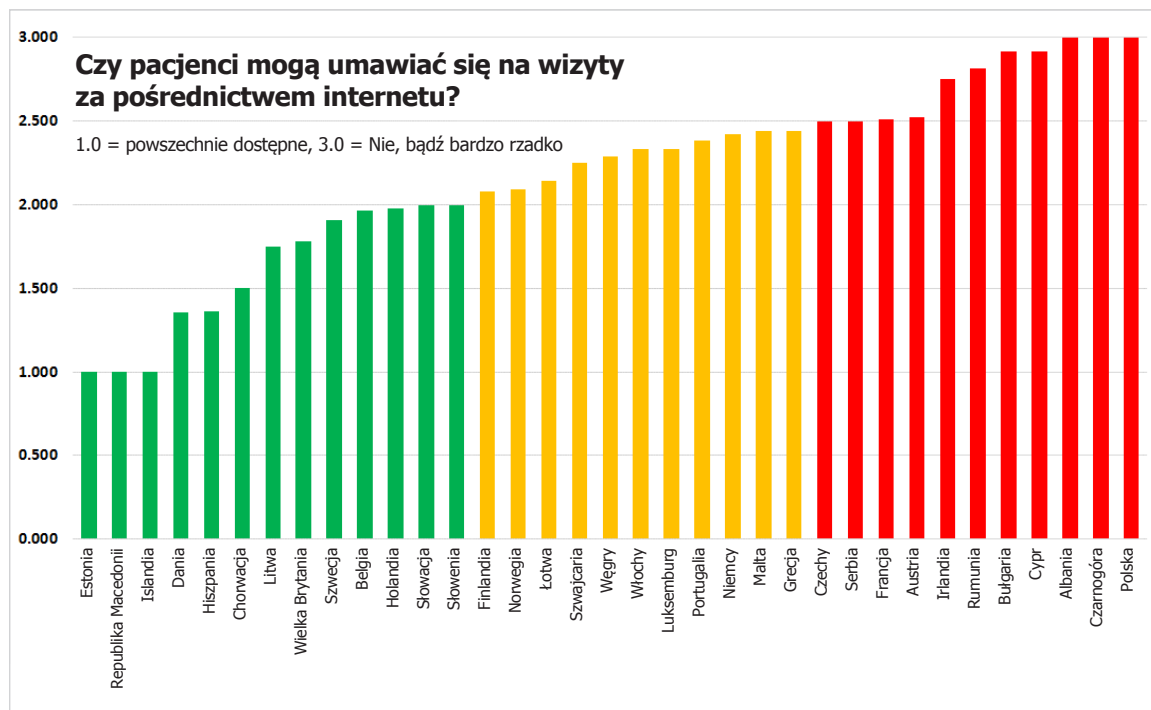
Odsetek gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu wykorzystujących komputery do przechowywania danych medycznych pacjentów oraz do komunikowania się z innymi segmentami systemu opieki zdrowotnej. Wreszcie, w 2015 r., 20 lat za późno, staje się to normą w Europie!

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 systemów umawiania wizyt?

Stosunek podaży do popytu w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów czy poważnych zabiegów operacyjnych jest bardzo zbliżony do tego istniejącego dla pokoi hotelowych czy wakacji organizowanych przez biura podróży. Nie ma tak naprawdę powodów, dla których pacjenci nie mogliby rezerwować wolnych „miejsc” w dogodnym dla siebie momencie. Nie jest to jednak powszechnie spotykana w Europie praktyka; w 2009 r. jeden z zaledwie dwóch zielonych wyników w tej podkategorii uzyskała Portugalia, o której mówiło się, że „cztery miliony mieszkańców okolic Lizbony” posiada dostęp do takiej usługi. W 2015 r. trzynastcie krajów udostępniło tę usługę znaczącym grupom obywateli, co jest dużym krokiem naprzód (w 2013 r. było to dziewięć krajów), jednak od 2014 r. niewiele się wydarzyło! Jak pokazuje przykład Macedonii, usługi takie mogą w dużym stopniu zlikwidować kolejki w systemie opieki zdrowotnej.



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

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

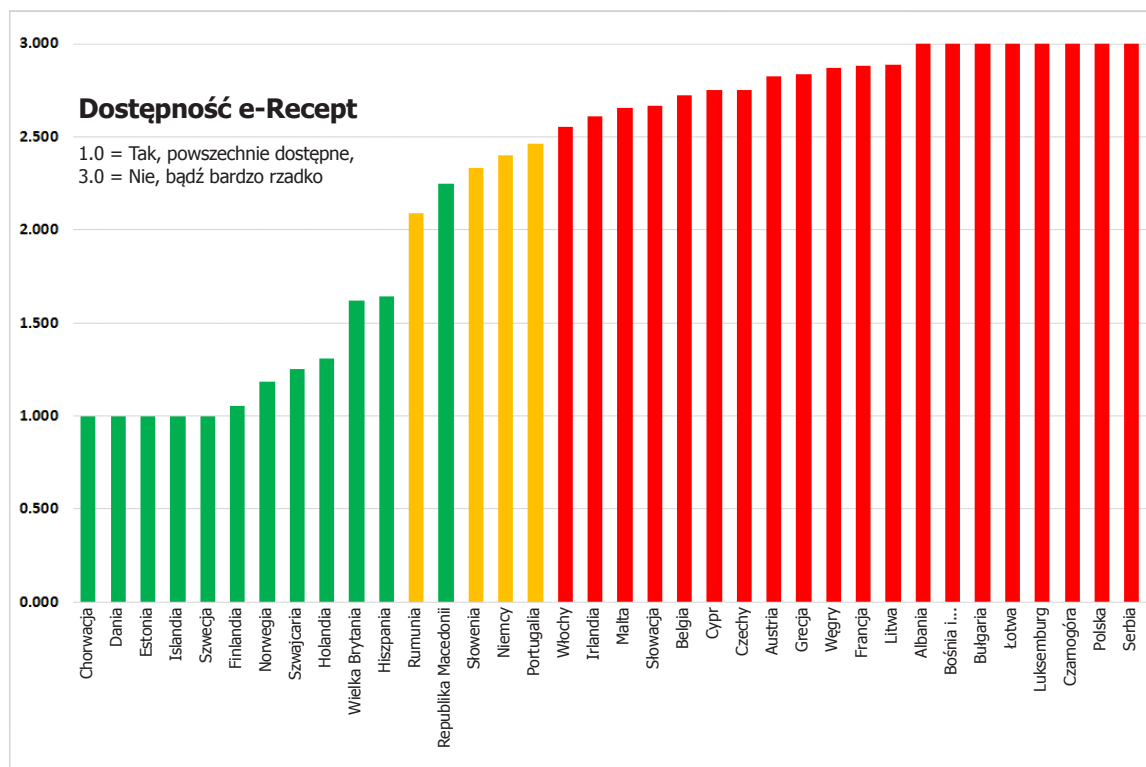


## 1.12 e-recepty

Pytanie z ankiety HCP:

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

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



**Rys. 8.10.1.12** Odpowiedzi na powyższe pytanie udzielone w ankietach.

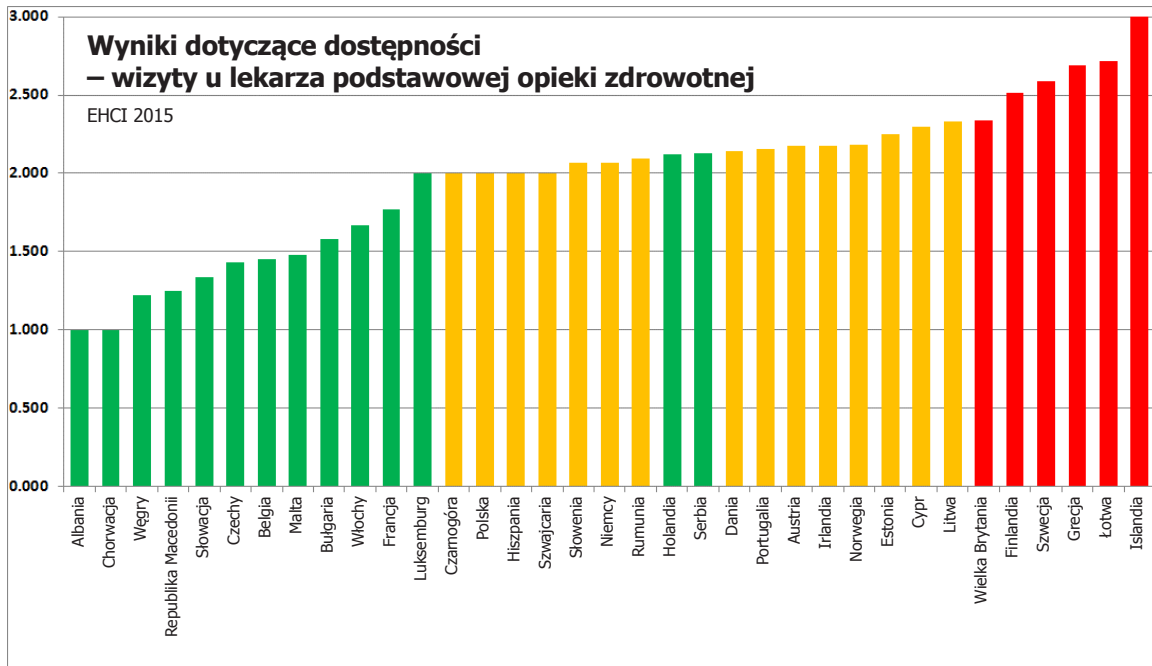
Chorwacja i kraje skandynawskie są pod tym względem europejskimi liderami. Zważywszy, że e-recepty to po prostu bardzo wystandaryzowana forma wiadomości e-mailowej, postęp w tym zakresie jest szokująco niski.

Źródła danych: Badanie wykonane na zlecenie Patient View przez HCP 2015. „The set-up of guidelines in support of European e-Prescription interoperability (2011-2013)”, Empirica, Bonn); krajowe organy ochrony zdrowia.

## 8.10.2 Czas oczekiwania na leczenie

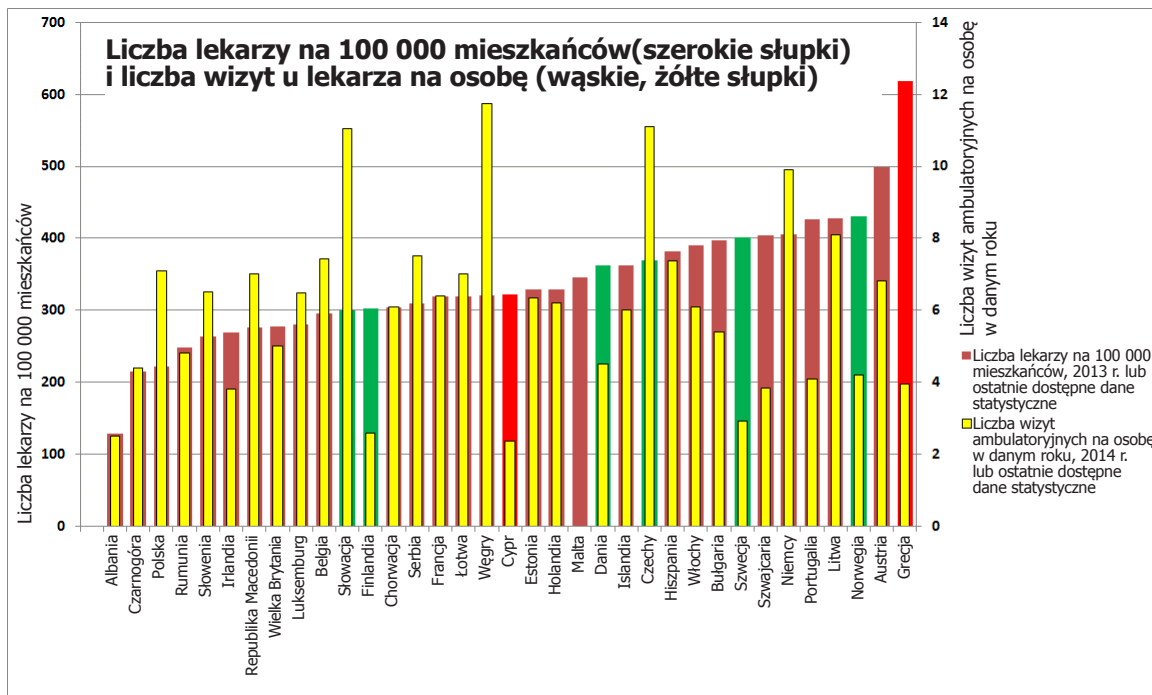
### 2.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia

Badanie bardzo zasadnej potrzeby: Czy pacjenci mogą liczyć na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej tego samego dnia, jeśli jedynym wskazaniem jest ich własne przekonanie, że muszą zobaczyć się z lekarzem?



**Rys. 8.10.2.1 a** Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie: Czy w Państwa kraju pacjenci mogą dostać się do lekarza pierwszego kontaktu w dniu zgłoszenia (lub bez umawiania wizyty)? (1,0 = wszystkie odpowiedzi „Tak”, 3,0 = wszystkie „zwykle nie”). W Serbii, placówki podstawowej opieki zdrowotnej przyjmują pacjentów „z ulicy” całą dobę; przyczyna negatywnych odpowiedzi udzielonych przez pacjentów w Luksemburgu, Serbii i Holandii pozostaje niewyjaśniona.

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



**Wykres 8.10.2.1 b** Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (szerokie słupki) oraz liczba wizyt

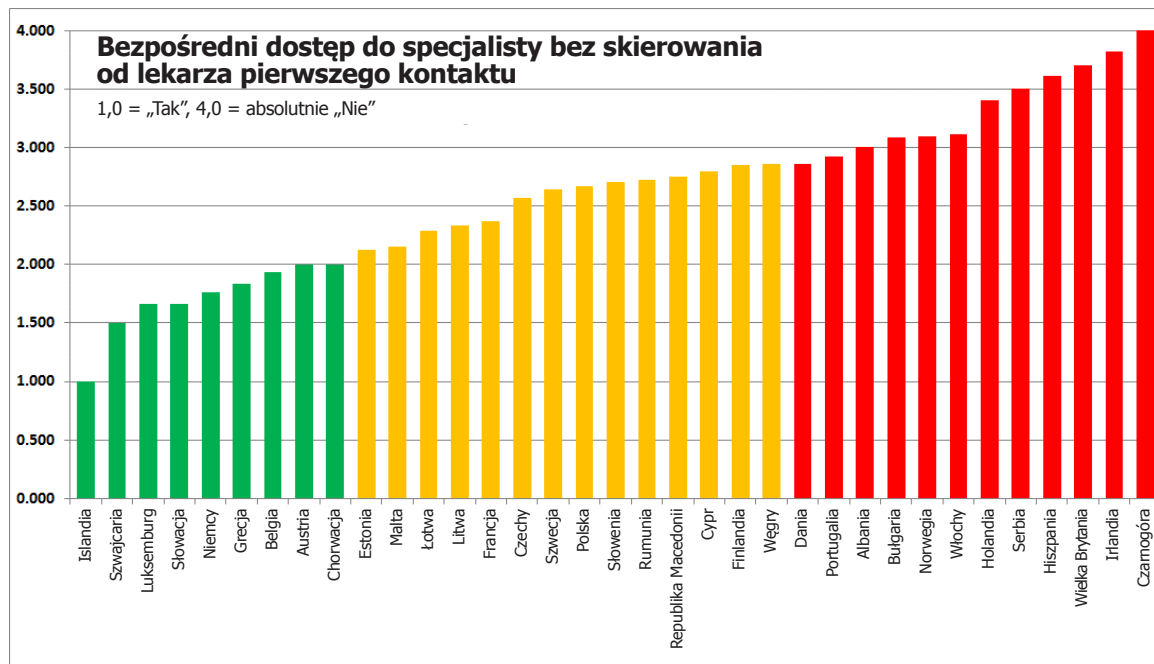
ambulatoryjnych na osobę (wąskie słupki). Jak widać na wykresie, korelacja pomiędzy liczbą lekarzy na jednego mieszkańca a dostępnością lekarzy jest bardzo nieznaczna. Można tu wyróżnić pewne cechy kulturowe: w krajach skandynawskich (szerokie, zielone paski) pacjenci poszukują porady lekarskiej jedynie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

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

## 2.2 Bezpośredni dostęp do specjalistów

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

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

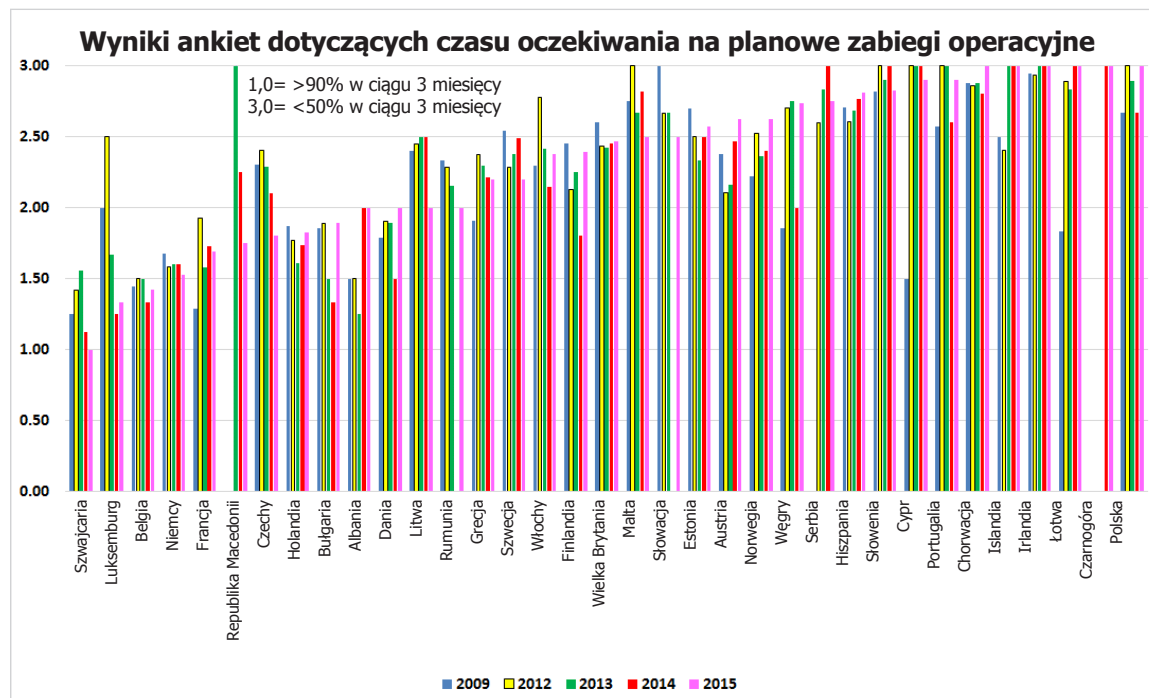


Źródła danych: Patients' Perspectives of Healthcare: Waiting times in Europe („Czas oczekiwania w Europie”); badanie ankietowe zlecone przez HCP w 2015 r. Krajowe organy ochrony zdrowia z urzędnikami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia; [www.im.dk/publikationer/healthcare\\_in\\_dk/healthcare.pdf](http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf);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

## 2.3 Poważne, planowe zabiegi operacyjne <90 dni

Jaki jest odstęp czasowy pomiędzy postawieniem diagnozy a rozpoczęciem leczenia w przypadku „koszyka” zabiegów takich jak pomostowanie aortalno-wieńcowe czy angioplastyka (PTCA) i wymiana stawu biodrowego albo kolanowego? Trudno nie dostrzec, że już sam fakt prowadzenia przez niektóre kraje (np. Irlandię, Szwecję, Wielką Brytanię) oficjalnych statystyk czasu oczeki-

wania na te zabiegi nie świadczy najlepiej o funkcjonowaniu tamtejszych systemów opieki zdrowotnej. Kraje takie jak Niemcy, gdzie czas oczekiwania wynosi od dwóch do trzech tygodni, nigdy nie czuły potrzeby opracowywania danych na ten temat, zasadniczo z tego samego powodu, dla którego Singapur dysponuje mniejszą liczbą pługów śnieżnych niż Helsinki.



**Rysunek 8.10.2.3** Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania na poważne planowe zabiegi operacyjne. Jeżeli niebieskie/ciemnoczerwone słupki są wyższe niż zielone, oznacza to, że czas oczekiwania wydłużył się w okresie „kryzysu finansowego”, ale uległ niewielkiemu skróceniu w 2015 roku.

Jak pokazuje wykres, jest to jeden z nielicznych wskaźników EHCI, w przypadku których widać wpływ kryzysu finansowego: wydaje się, że czas oczekiwania na (kosztowne) planowe zabiegi operacyjne uległ niewielkiemu wydłużeniu w okresie od 2009 do 2013 roku, szczególnie w niektórych krajach ciężko dotkniętych kryzysem. Niemniej, jeżeli efekt ten nie jest artefaktem, jego nasilenie było dość nieznaczne i wydawało się, że w 2014 roku sytuacja w wielu krajach poprawiła się. Niestety, dane wskazują, że poprawa ta nie dotrwała do 2015 r.

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

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

## 2.4 Terapie onkologiczne <21 dni

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

Zlecone przez HCP badanie ankietowe organizacji pacjenckich charakteryzuje się tą samą logiką, co ankieta dotycząca planowych zabiegów operacyjnych (opisanych powyżej). Średnia punktacja odpowiedzi wynosząca 1,0 oznacza w przypadku czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, że „każdy pacjent rozpoczyna leczenie w ciągu trzech tygodni”, natomiast wynik 3,0 oznacza, że „wszyscy pacjenci muszą czekać dłużej niż trzy tygodnie”.

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

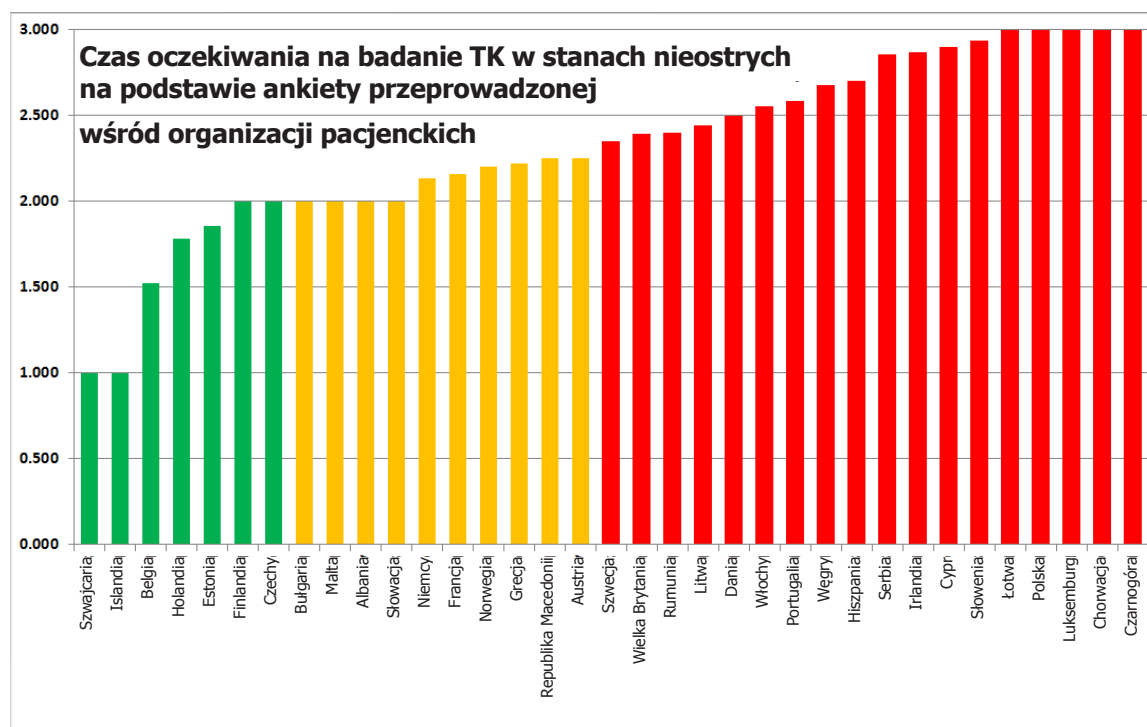
Rok	Przeciętny czas oczekiwania chorych na nowotwory
w 2009 r.	1,692
w 2012 r.	1,789
w 2013 r.	1,871
w 2014 r.	1,833
w 2015 r.	1,775

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

## 2.5 Tomografia komputerowa <7 dni

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

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



Rys. 8.10.2.5 Odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące czasu oczekiwania na badanie TK w stanach

nieostrych. Może wydawać się, że przyznawanie zielonej oceny za wynik poniżej 7 dni to ustawianie poprzeczki zbyt wysoko, ale nie ma najmniejszej realnej przyczyny, dla której czas oczekiwania miałby być dłuższy. Wyniki dla Albanii i Islandii zostały zmodyfikowane w 2014 r. względem danych ze źródeł krajowych – odpowiedzi pacjentów w 2015 r. zdają się to potwierdzać.

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

## 2.6 Czas oczekiwania na izbie przyjęć

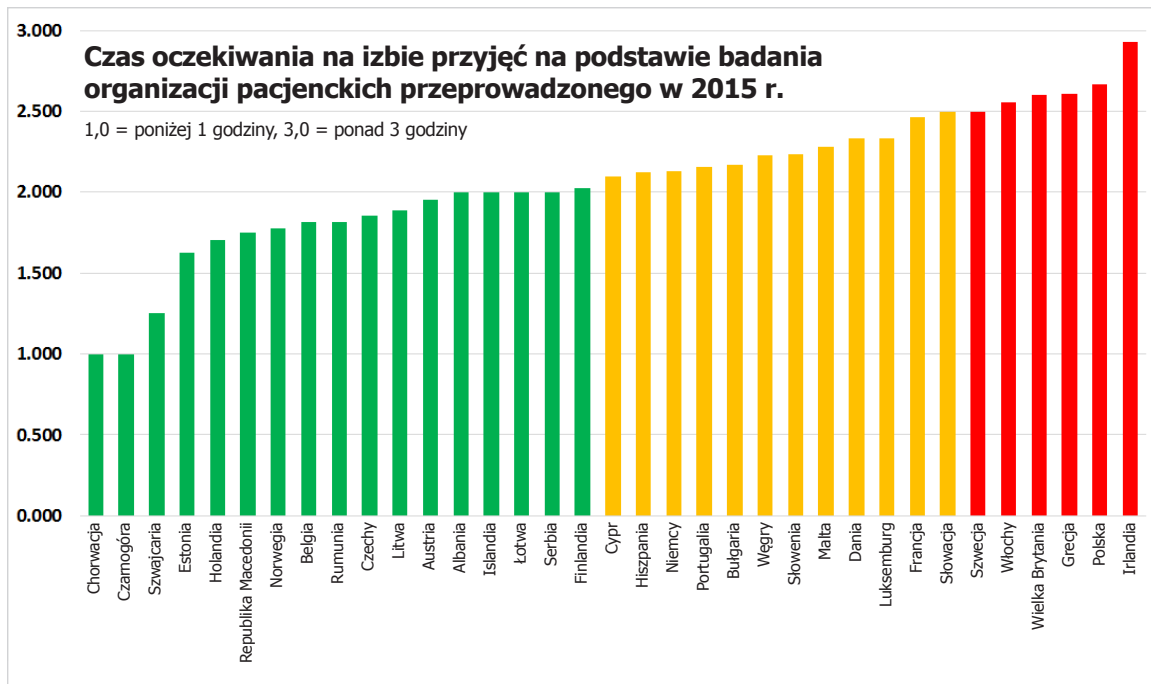
Nowy wskaźnik, wprowadzony w 2013 r. Pytanie, które znalazło się w ankiecie HCP dla organizacji pacjenckich, brzmiało następująco:

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

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

Nie jest przypadkiem, że kraje, które uzyskały najniższe wyniki dla wskaźnika „Dostępność”, takie jak Szwecja, Wielka Brytania oraz Irlandia, odnotowały również słaby rezultat w kategorii, czas oczekiwania na izbie przyjęć!

W styczniu 2016 r. krajowy organ nadzoru nad efektywnością systemu opieki zdrowotnej w Szwecji zaproponował obowiązkowe skierowanie w celu uzyskania dostępu do szpitalnej izby przyjęć! Ale od kogo to skierowanie?



**Rys. 8.10.2.6** Udzielone w ankietach odpowiedzi na pytanie dotyczące czasu oczekiwania na izbie przyjęć.

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

## 8.10.3 Wyniki leczenia

Podkategoria „Wyniki leczenia” ocenia sprawność działania systemów opieki zdrowotnej różnych krajów pod względem uzyskiwanych przez nie wyników leczenia. Specjaliści ochrony zdrowia mają czasami tendencję do patrzenia na systemy ochrony zdrowia głównie przez pryzmat uzyskiwanych przez nie wyników – twierdząc, że tak naprawdę liczy się tylko wynik. Do pewnego



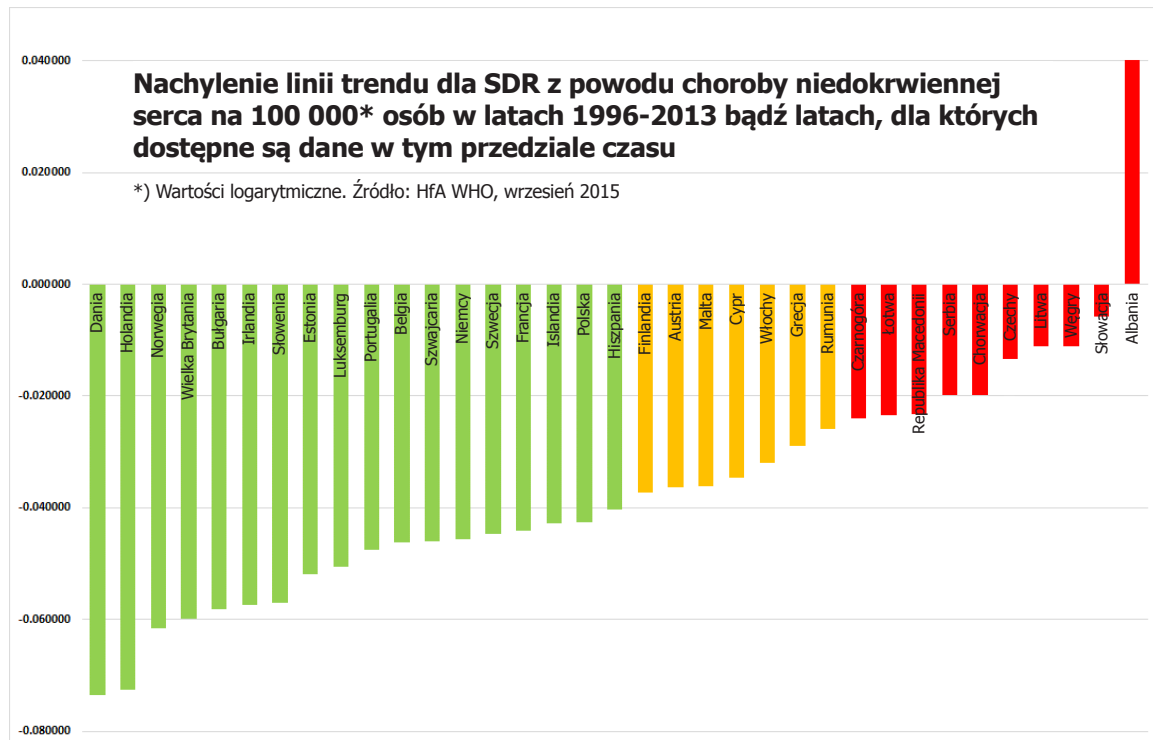
stopnia podzielamy to myślenie, czego odzwierciedleniem jest znaczenie, jakie przypisujemy wskaźnikom podkategorii Wyniki leczenia.

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

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

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

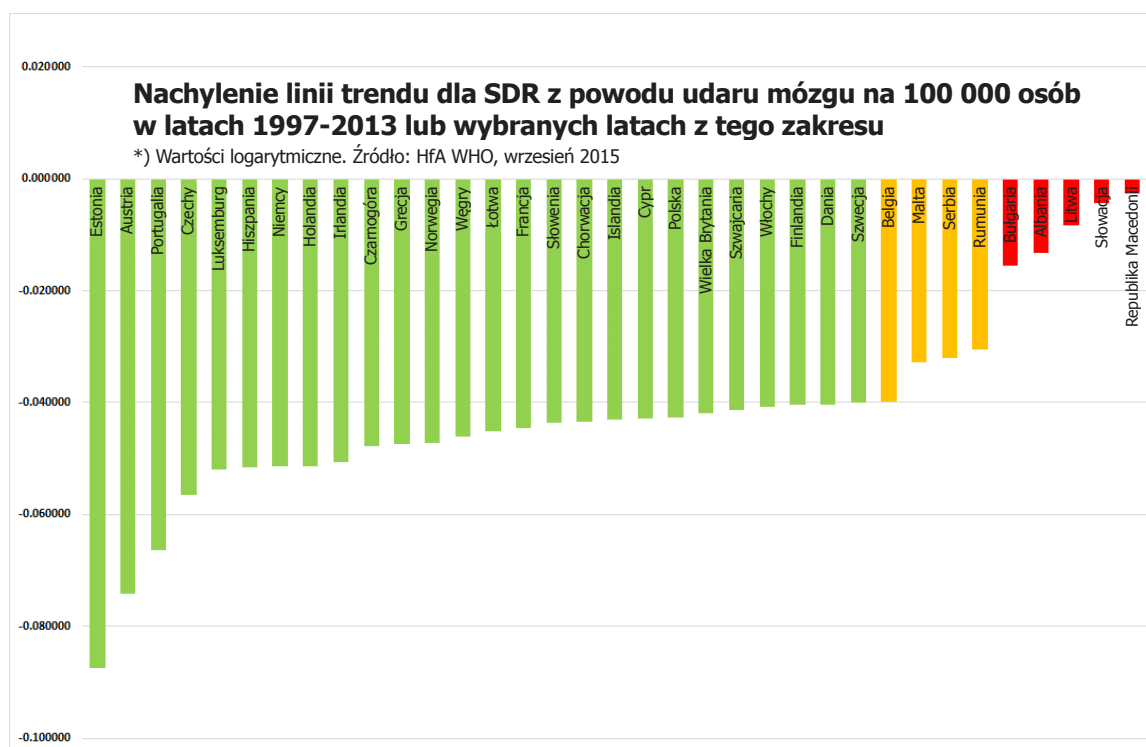
Faktyczne dane dotyczące wskaźnika odnoszą się do stromego nachylenia długoterminowej linii trendu. Niniejsze obliczenia zostały przeprowadzone na podstawie logarytmicznych wartości SDR po to, aby zrównoważyć fakt, że np. Francja rozpoczyna porównywanie SDR na poziomie mniej więcej jednej szóstej wskaźnika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



Źródło danych: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 Dane CUTS.

### 3.2 Zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych udarem mózgu

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



Źródło danych: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 Dane CUTS.

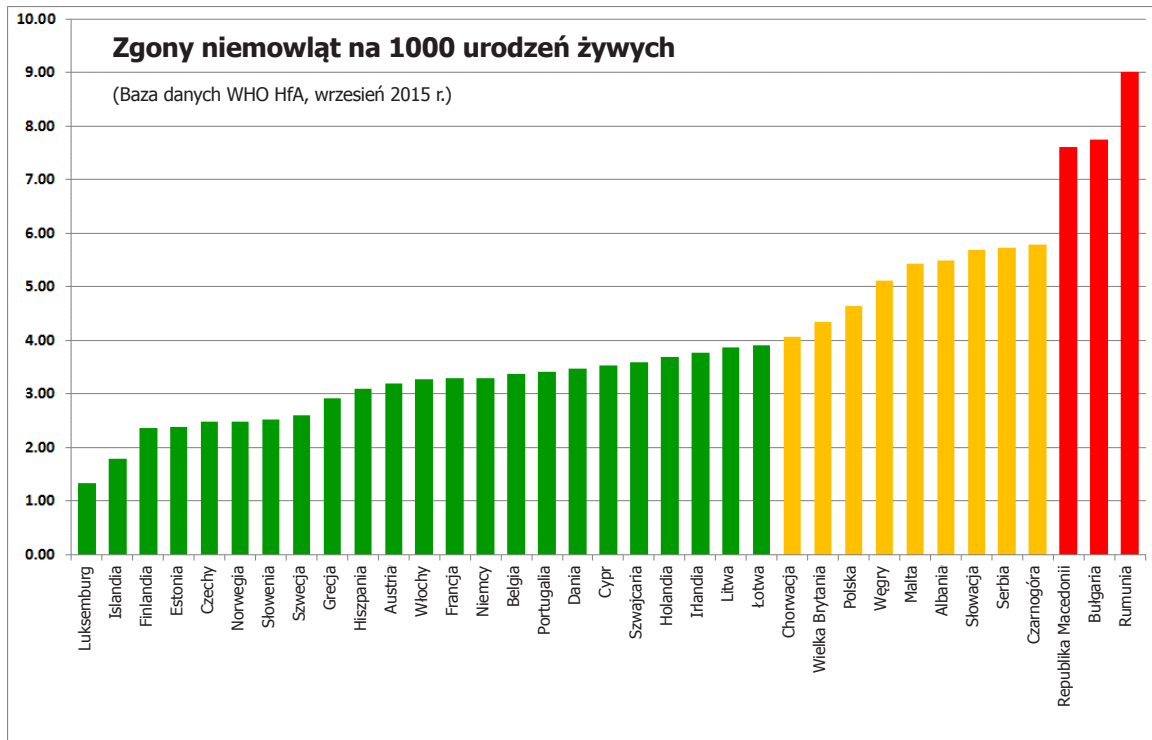
### 3.3 Umieralność niemowląt

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

Wskaźnik ten mógłby być najlepszym pojedynczym wskaźnikiem wykorzystywanym do oceny globalnej jakości systemu ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że wydaje się on całkowicie odporny na skutki kryzysu finansowego: od 2005 r. statystyki dotyczące umieralności niemowląt nieustannie się poprawiają! Wartości graniczne wyników zielonego, żółtego i czerwonego nie zmieniły się od premiery rankingu EHCI. Liczba krajów uzyskujących zielony wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 do dwudziestu trzech w 2015 r.

Szczególnie imponujący wynik uzyskała Łotwa, gdzie współczynnik umieralności niemowląt spadł z 6,2 do 3,9 w ciągu dwóch lat!

Średnia krajowa wciąż się obniża, pomimo kryzysu finansowego: w raporcie EHCI za 2012 r. było to 4,49, w 2015 r. wynik ten wyniósł 4,01.



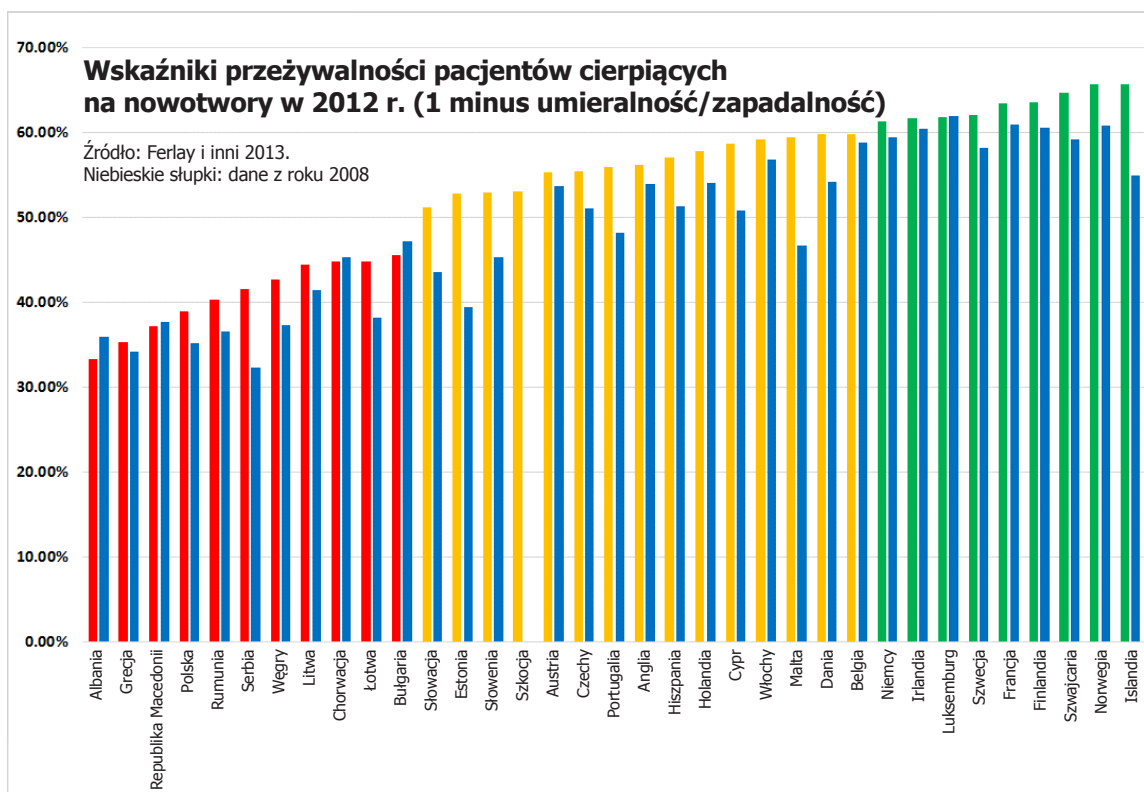
Źródła danych: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich (Health for All) dla wskaźników umieralności, wrzesień 2015 r., ostatnie dostępne dane statystyczne Dane pochodzące z późniejszego okresu przekazane przez organy krajowe. Dane CUTS.

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

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

Ze względu na to, że między opublikowaniem raportów EHCI 2012 a EHCI 2013 upłynęło 16 miesięcy, tak się złożyło, że Ferlay i inni opublikowali artykuł oparty na tych samych danych za rok 2012 jeszcze w okresie poprzedzającym publikację niniejszego raportu. Oznacza to, że na wykresie poniżej pokazano sytuację z lat 2008 i 2012, tj. dwóch lat wyznaczających początek i koniec kryzysu finansowego. Niestety, w 2015 r. są to w dalszym ciągu najbardziej aktualne i najobszerniejsze dane dotyczące umieralności na choroby nowotworowe.

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

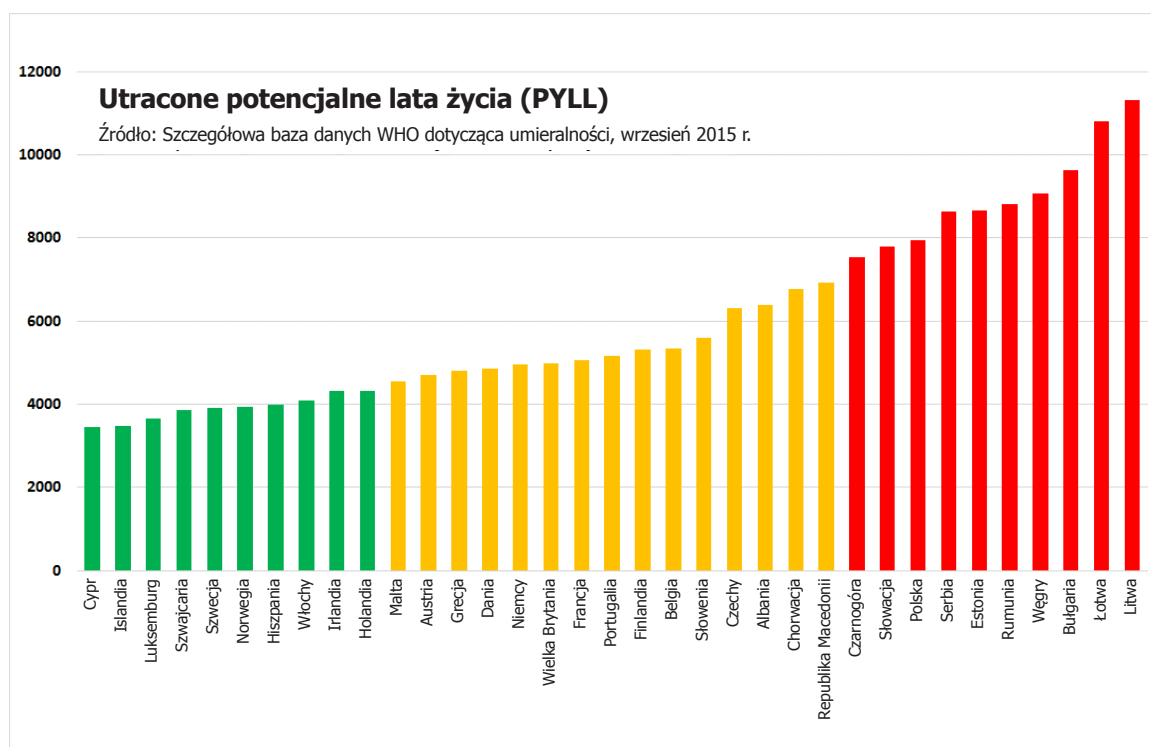


Źródła danych: J. Ferlay i inni, „Annals of Oncology”, 2010, J. Ferlay i in. European Journal of Cancer nr 49 (2013), s. 1374–1403. Dane CUTS.

### 3.5 Utracone potencjalne lata życia (PYLL)

Wskaźnik ten opisuje utracone lata życia w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wieku 0–69 lat, uwzględniając wszystkie przyczyny zgonów. Zastosowany przez WHO i OECD wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL) uwzględnia wiek, w którym nastąpił zgon, przyznając większe wartości zgonom osób w młodszym wieku, a niższe zgonom osób w starszym wieku.

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



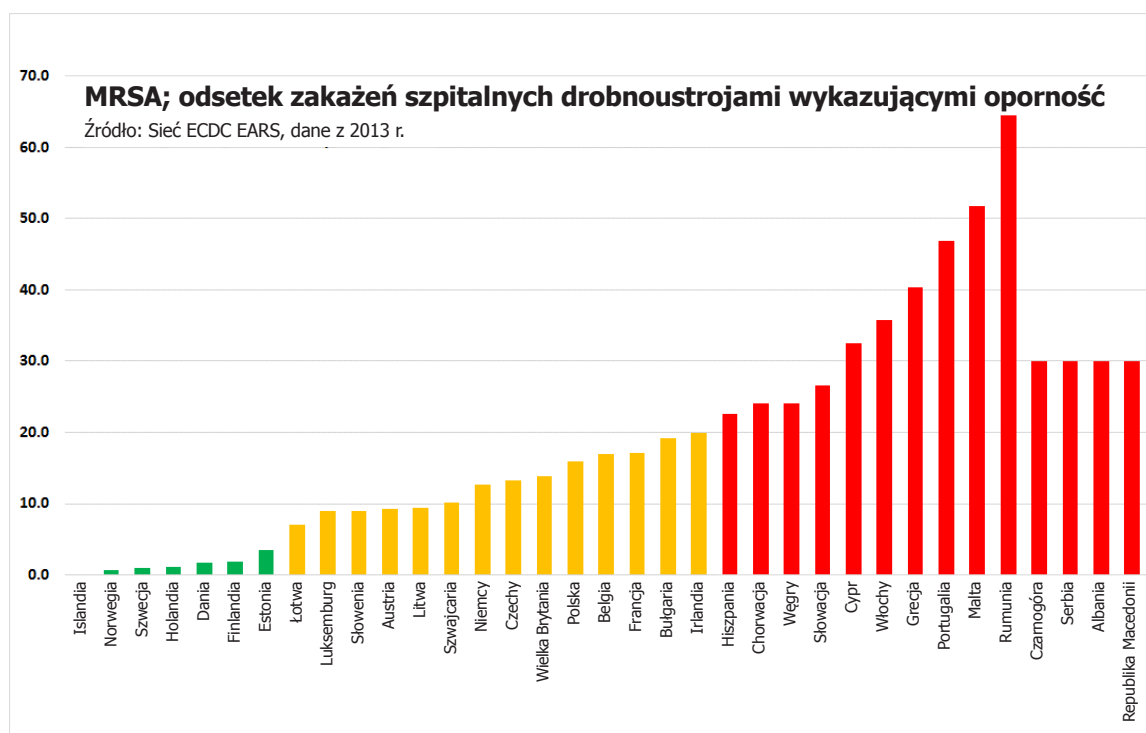
Źródło danych: Źródło: Szczegółowa baza danych WHO dotycząca umieralności, wyciąg, wrzesień 2015 r. Wartości graniczne dla wyniku zielonego, żółtego i czerwonego są takie same, jak w poprzednich latach, aby umożliwić porównanie w dłuższej perspektywie czasowej. Dane CUTS.

### 3.6 Zakażenia MRSA (gronkowcem złocistym opornym na metycylinę)

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

Jest to dość zaskakujące, ale w wielu krajach odsetek opornych zakażeń szpitalnych utrzymuje się od lat na podobnym poziomie. Można założyć, że dany kraj dość dobrze radzi sobie z tym problemem (co ma miejsce np. w Skandynawii czy Holandii), albo spodziewać się zmian w czasie. Pozostaje tajemnicą, dlaczego wskaźnik ten w takich krajach, jak Niemcy czy Francja, mógł się utrzymywać na poziomie nieznacznie powyżej 20%. Według danych za 2013 r. Niemcy wykazały znaczący spadek.

Rzeczywistą poprawę odnotowano na Wyspach Brytyjskich – dzięki bardzo zdecydowanym działaniom zarówno Wielka Brytania, jak i Irlandia obniżyły wskaźnik oporności z 40-45% w 2008 r. do 20% (Irlandia) oraz poniżej 15% (Wielka Brytania).



Źródła danych: Sieć ECDC EARS, data dostępu 12 października 2015 r. (większość danych pochodzi z 2013 r.). Dane CUTS.

### 3.7 Wskaźniki aborcji

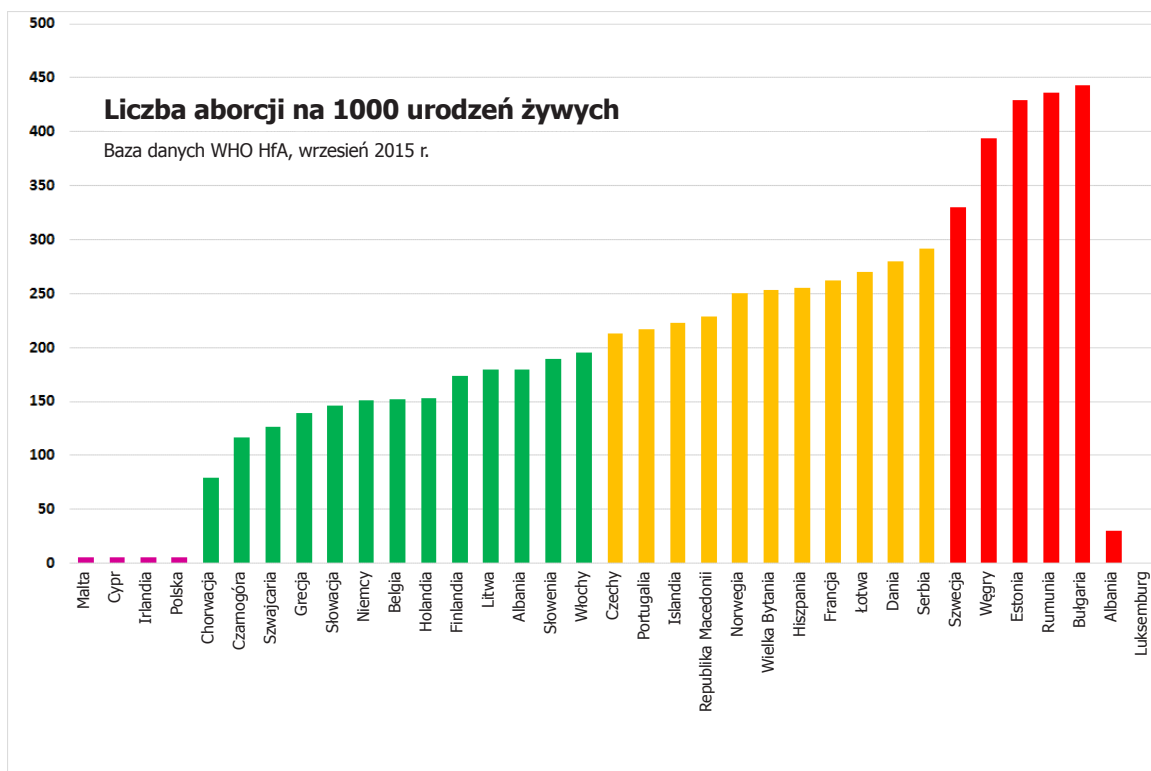
Nowy wskaźnik wprowadzony na potrzeby raportu EHCI w 2013 r.

Punktacja dla tego wskaźnika jest dość skomplikowana. Punkty przyznawane są w oparciu o zasadę, że nieograniczone, określone w przepisach prawa zabiegi usunięcia ciąży powinny być dostępne dla kobiet w każdym kraju. Jednocześnie stosowanie aborcji jako środka antykoncepcyjnego należy uznać za zdecydowanie niepożądane. Dobrym przykładem jest tutaj Rosja, w której liczba aborcji w połowie lat 90. XX w. wynosiła około 160 zabiegów na 100 żywych urodzeń, i nawet dziś kraj ten wciąż stanowi ligę samą w sobie, z liczbą 95 zabiegów na 100 urodzeń. Pozostałości tej samej praktyki można dostrzec w państwach byłego Układu Warszawskiego (patrz Wykres poniżej).

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

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





Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 Dane CUTS.

### 3.8 Depresja

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

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

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni... % „cały czas” + % „przez większość czasu”		Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni... % „nigdy” + % „rzadko”		
Czułeś się szczęśliwy	Byłeś spokojny	Czułeś się tak źle psychicznie, że nic nie mogło cię pocieszyć	Czułeś się przygnębiony i przybity	Odczuwałeś szczególne napięcie

W przypadku Norwegii, nieobjętej badaniem Eurobarometru, znaleziono badanie krajowe, w którym dokonano bezpośredniego porównania danych norweskich z wynikami badań Eurobarometru. Niestety, nie udało się znaleźć bardziej aktualnych danych na potrzeby EHCI 2015.

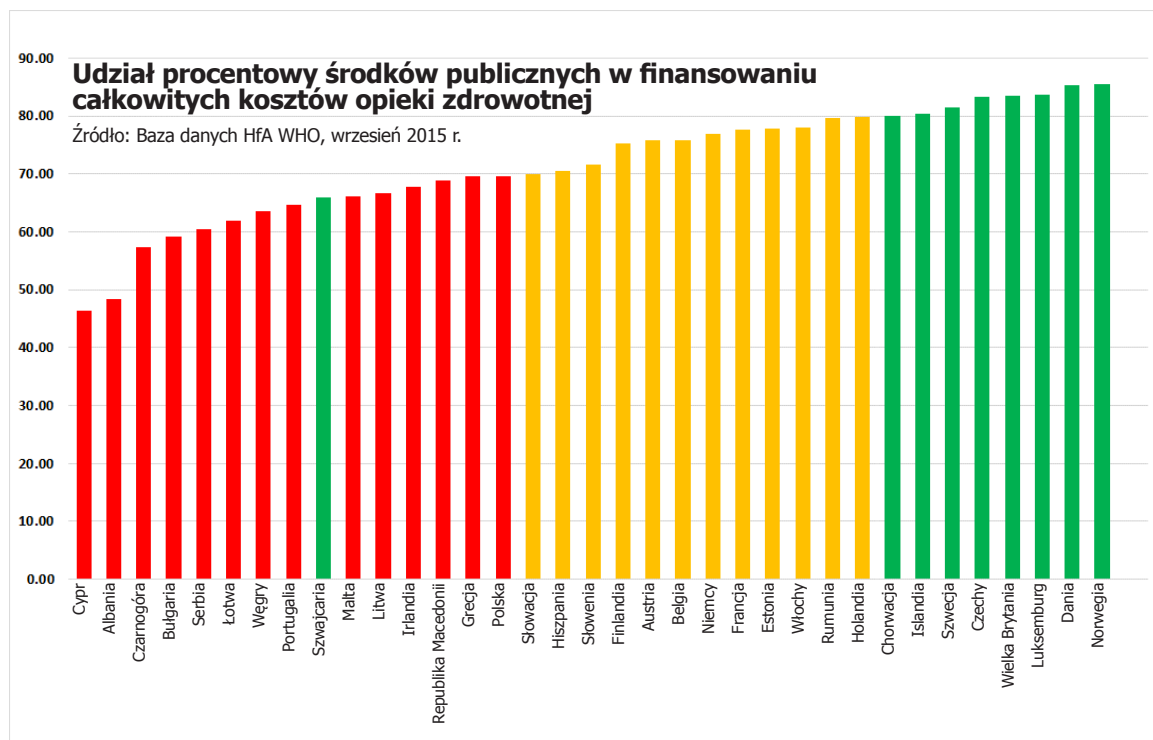
Źródła: Specjalne badanie Eurobarometr nr 345, październik 2010 r. „Psykisk helse i Norge”, raport 2011:2, www.fhi.no, Światowa baza danych WHO nt. szczęścia, 2011, Atlas Zdrowia Psychicznego WHO (WHO Mental Health Atlas), 2012. Dane zdecydowanie niezaliczane do CUTS.

### 8.10.4 Zakres i zasięg oferowanych świadczeń

#### 4.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

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

W niektórych krajach udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia zmniejszył się nieznacznie podczas kryzysu finansowego, co najlepiej widać w Irlandii. Co ciekawe, według oficjalnych danych do grupy tej nie należy Grecja. Jak wynika z danych wykorzystywanych na potrzeby badania EHCI 2015 udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia w Irlandii znowu wzrósł.



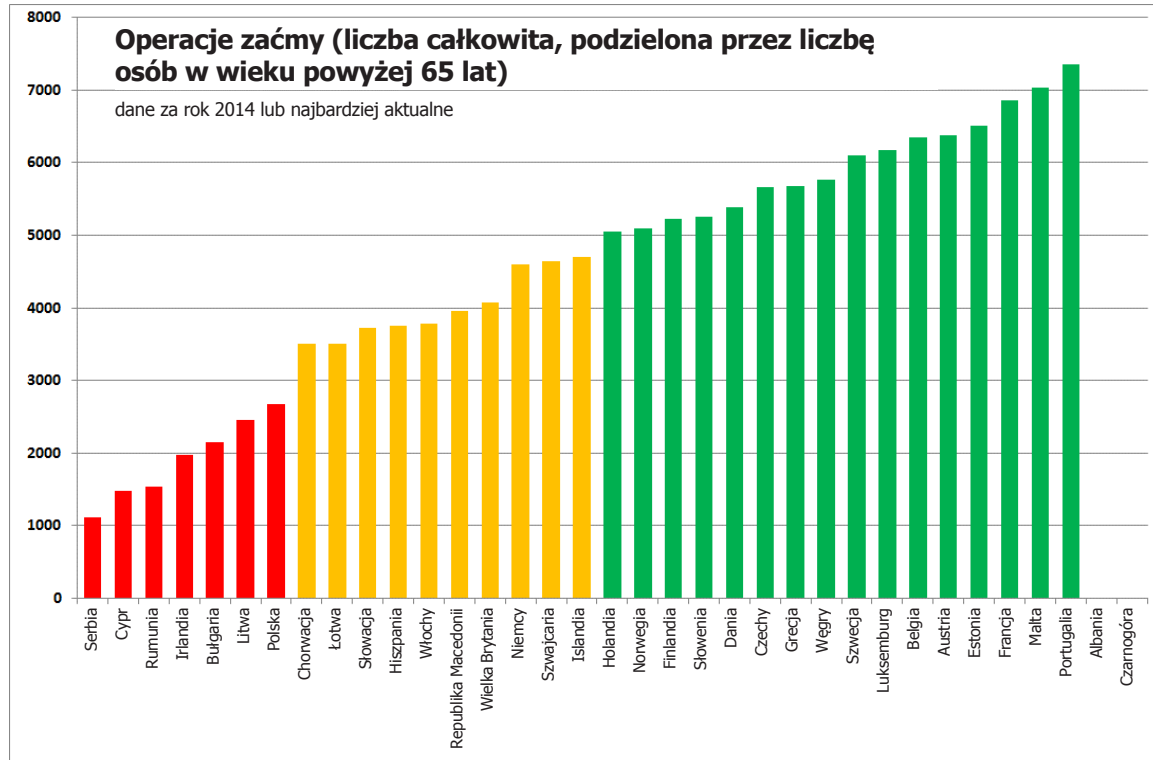
Źródła danych: Baza danych WHO HfA, wrzesień 2015 r. Dane CUTS.

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

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

Wskaźnik liczby operacji zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców był wykorzystywany

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



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

Dane belgijskie zostały następnie poprawione także w międzynarodowych bazach danych.

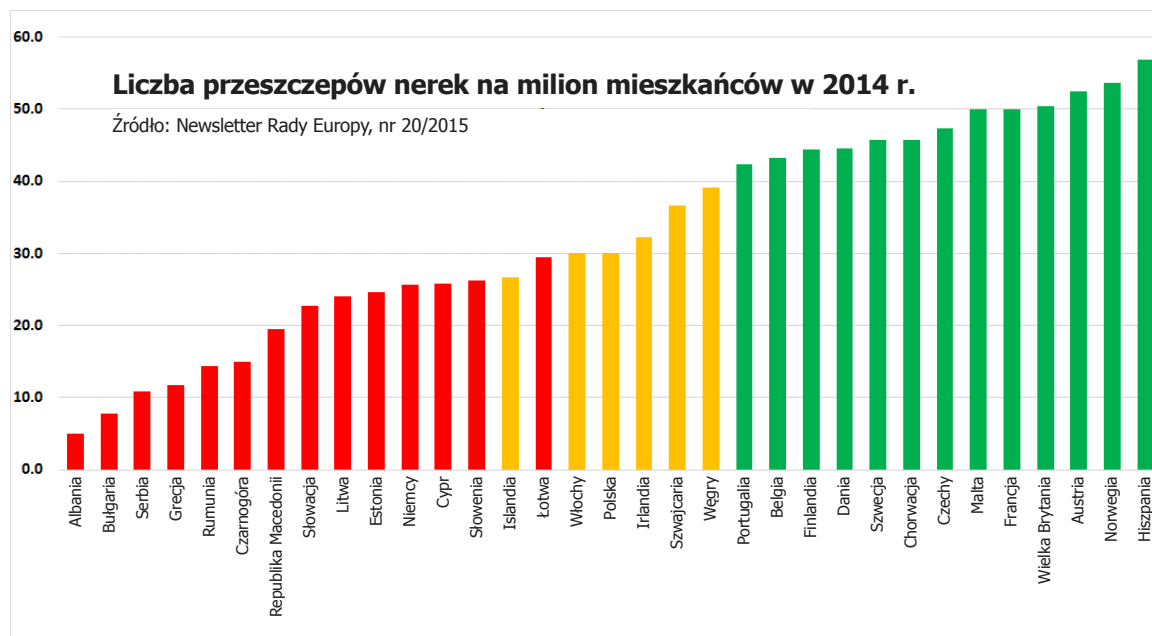
Źródła danych: Dane OECD na temat sytuacji zdrowotnej za rok 2015, baza danych WHO HfA, kwiecień 2015 r., Program zapobiegania ślepotcie i upośledzeniom narządu wzroku WHO, Wskaźniki zdrowotne Wspólnoty Europejskiej, dane krajowych organów ochrony zdrowia. Dane w ogóle niezaliczane do CUTS!

### 4.3 Liczba przeszczepów nerki na milion mieszkańców

Wskaźnik ten wyraża liczbę transplantacji na milion mieszkańców. Powszechnie uważa się, że na liczbę takich operacji istotny wpływ mają czynniki pozostające poza kontrolą systemów opieki zdrowotnej, takie jak liczba ofiar wypadków drogowych w danym kraju. Należy jednak stwierdzić, że najważniejsze czynniki wpływające na wartość tego wskaźnika znajdują się pod kontrolą systemów opieki zdrowotnej. Są to, między innymi, rola i miejsce dawstwa organów w szkoleniu anestezjologów, liczba łóżek na oddziałach intensywnej terapii w przeliczeniu na milion miesz-

kańców, organizacja systemu opieki zdrowotnej służąca optymalizacji postępowania z organami, itp. Doświadczenie podpowiada, że dobrze wdrożone strategie krajowe mogą znacząco podnieść wskaźniki dawstwa.

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

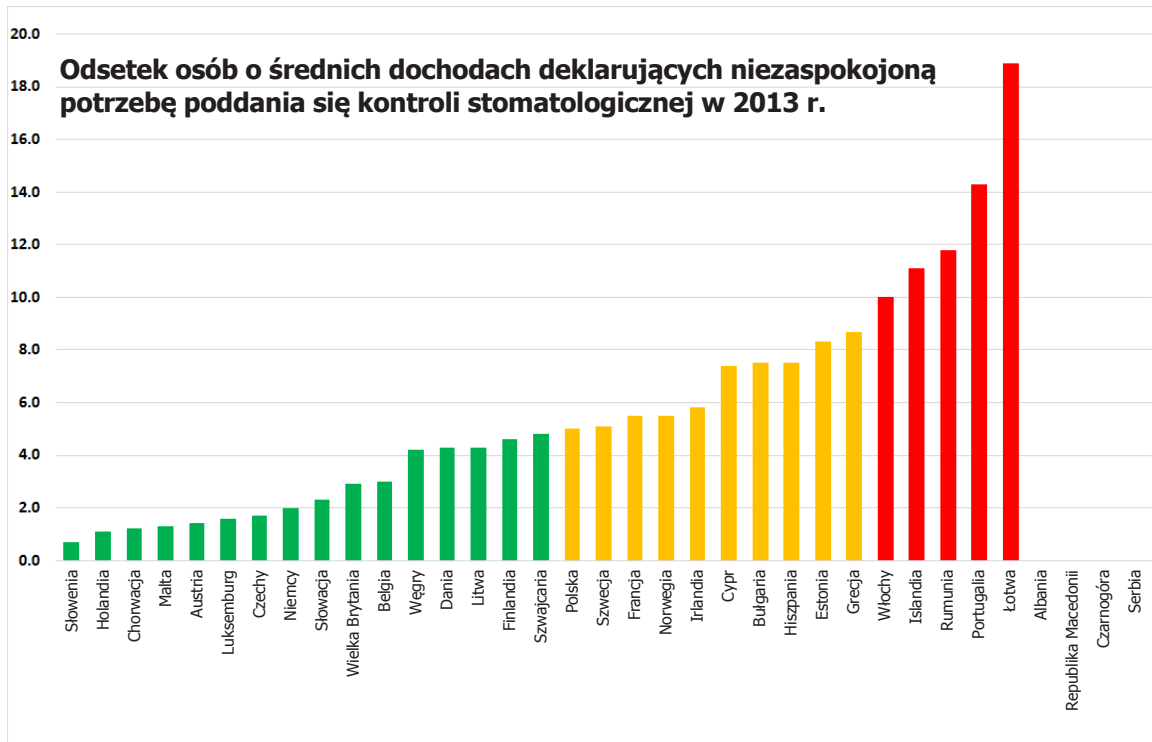


Źródła danych: Newsletter Rady Europy (EDQM) INTERNATIONAL FIGURES ON DONATION AND TRANSPLANTATION 20 (2015), bezpośrednia korespondencja z resortami zdrowia. Dane CUTS.

#### **4.4 Czy opieka stomatologiczna wchodzi w zakres publicznego koszyka świadczeń?**

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

W 2015 r. dane na temat tego wskaźnika pochodziły głównie z części raportu OECD Health at a Glance 2015 poświęconej „Unmet needs for dental examination” („Niezaspokojona potrzeba poddania się kontroli stomatologicznej”). Albania, Republika Macedonii i Serbia zachowały wyniki uzyskane w rankingu EHCI za 2013 r.

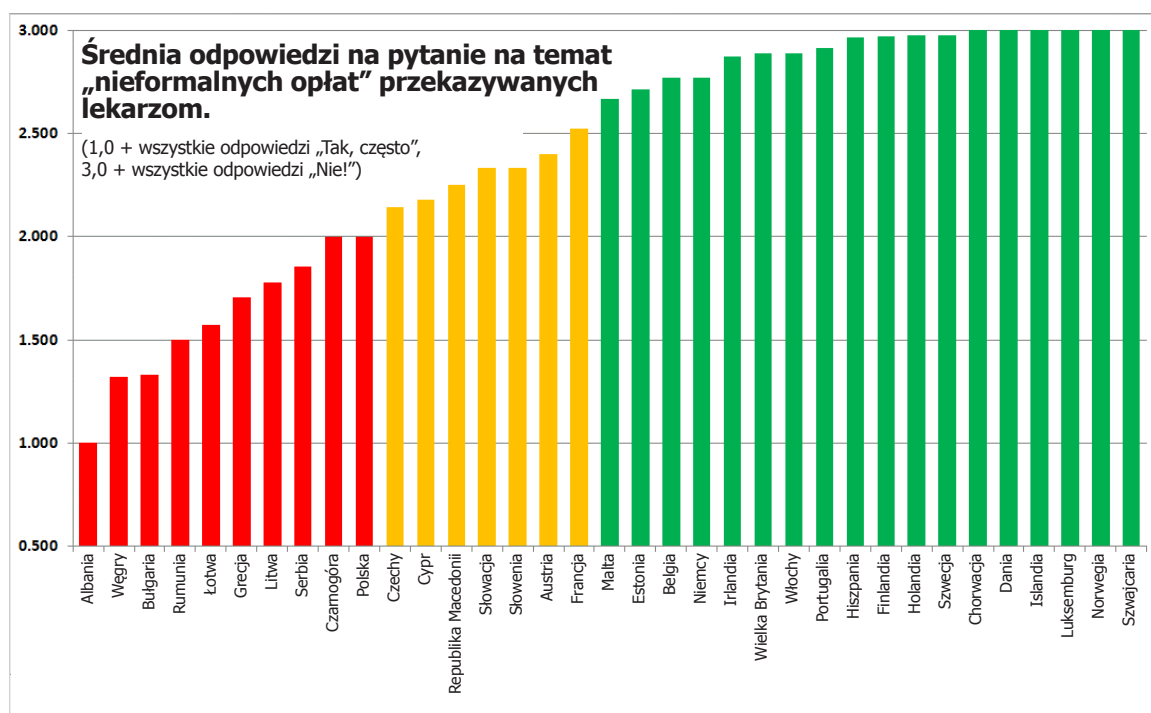


Źródła danych: Raport OECD „Health at a Glance” 2015, Eurostat: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Raporty HiT opracowane przez European Observatory. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

#### 4.5 Nieformalne opłaty przekazywane lekarzom

Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”. Zakres możliwych odpowiedzi przedstawia się następująco: zdecydowanie „Nie!”, „Czasami, zależnie od sytuacji” oraz „Tak, często”. Wskaźnik ten wprowadzono po raz pierwszy w 2008 r. Za nieformalne uznano wszelkie płatności dokonywane przez pacjenta jako uzupełnienie oficjalnego współpłacenia za usługę. Omawiane badanie ankietowe dotyczące kwestii nieformalnych płatności było pierwszym ogólnoeuropejskim badaniem tego typu i zostało powtórzone w 2009 r. oraz w latach 2012-2014. Uzyskane wówczas wyniki były dużo bardziej spójne niż te odnotowane w 2008 r.

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



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

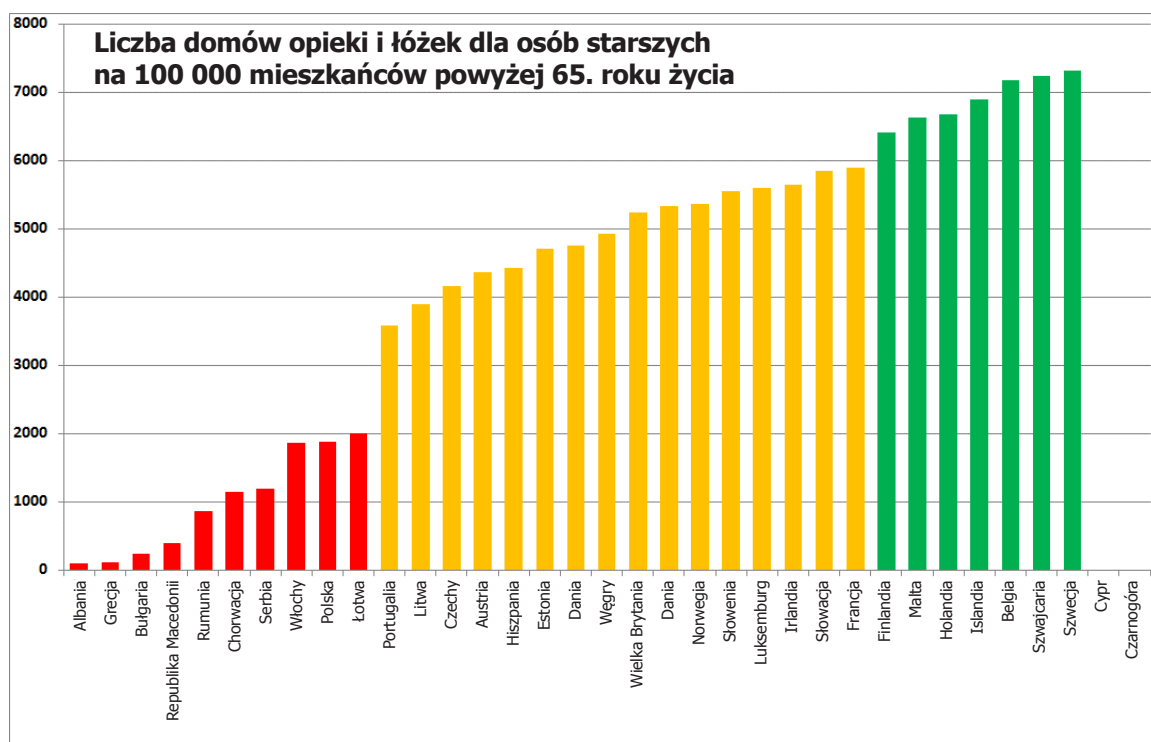
#### 4.6 Długoterminowa opieka geriatryczna

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

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

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





Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 Eurostat, Eurohealth 17, nr 2-3 (2011), raport OECD Health at a Glance 2015. Dane CUTS.

#### 4.7 Odsetek dializ wykonywanych poza placówkami opieki medycznej

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

obejmuje ona zwykle 3 sesje po 4 godziny tygodniowo, co zdecydowanie odbiega od tygodniowego czasu pracy zdrowych nerek wynoszącego 168 godzin. Pacjenci, którzy poddają się dializie w domu (dializa otrzewnowa, DO lub HD w domu), wykonują często nawet 7 sesji po 6 godzin, np. każdej nocy, co przynosi lepsze efekty.

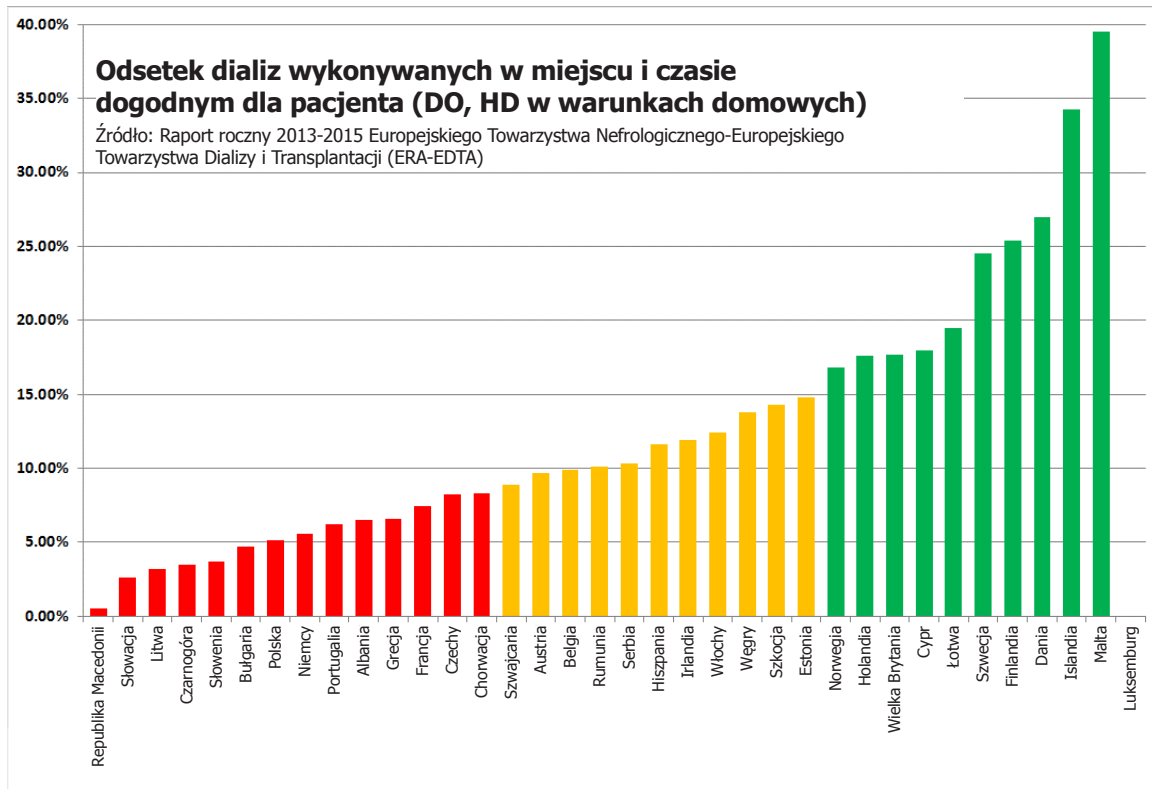
Pacjenci mają duże trudności z utrzymaniem pracy, ponieważ dializy wymagają obecności w szpitalu trzy razy w tygodniu.

Dializy przeprowadzane w szpitalu są znacznie droższe: koszt na jednego pacjenta to 50-60 tys. euro rocznie.

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

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

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



Źródła: Raport roczny 2013-2015 Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego-Europejskiego Towarzystwa Dializy i Transplantacji (ERA-EDTA), [www.ceapir.org](http://www.ceapir.org) ministerstwa poszczególnych krajów. Zasadniczo, dane CUTS.

#### 4.8 Odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego

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

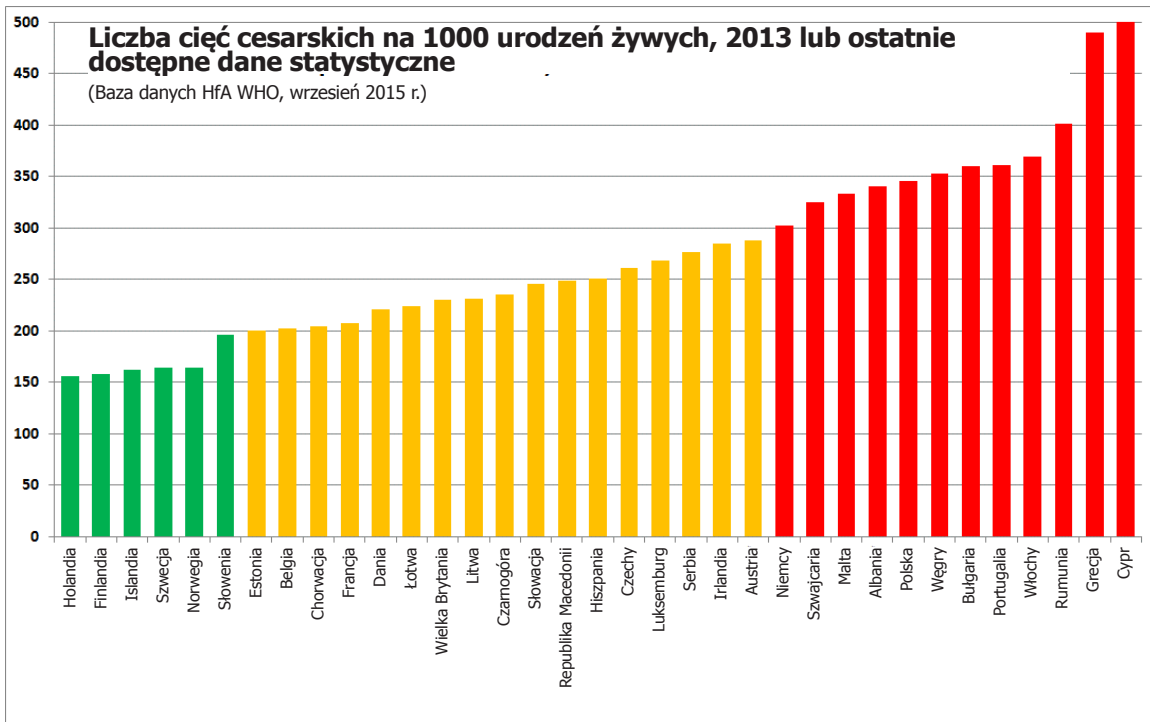
Przy przyznawaniu ocen kierowano się założeniem, że wysoki odsetek cięć cesarskich świadczy o niskim poziomie opieki prenatalnej i niskiej jakości usług związanych z porodem. W rezultacie, za wysoki odsetek cięć cesarskich przyznawano ocenę czerwoną. Powszechnie zaleca się, aby kobieta nie rodziła metodą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

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

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

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

Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015 Dane CUTS.

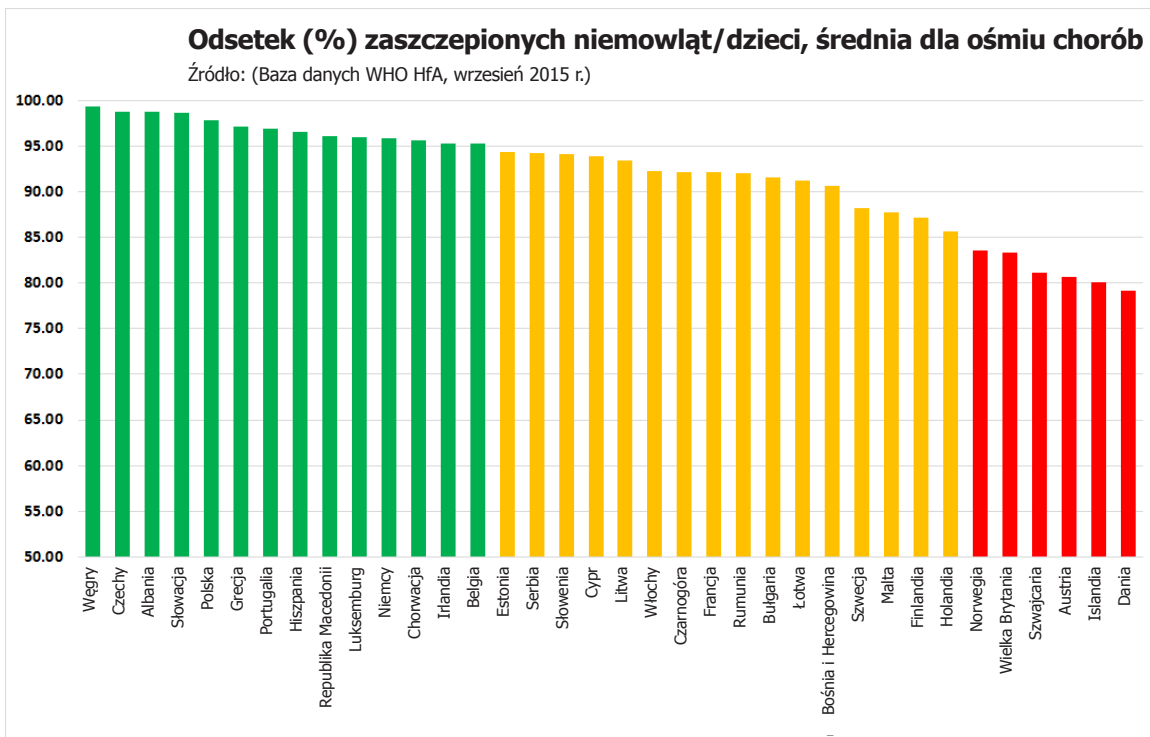


### 8.10.5 Profilaktyka

#### 5.1 Szczepienia niemowląt przeciwko ośmiu chorobom

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

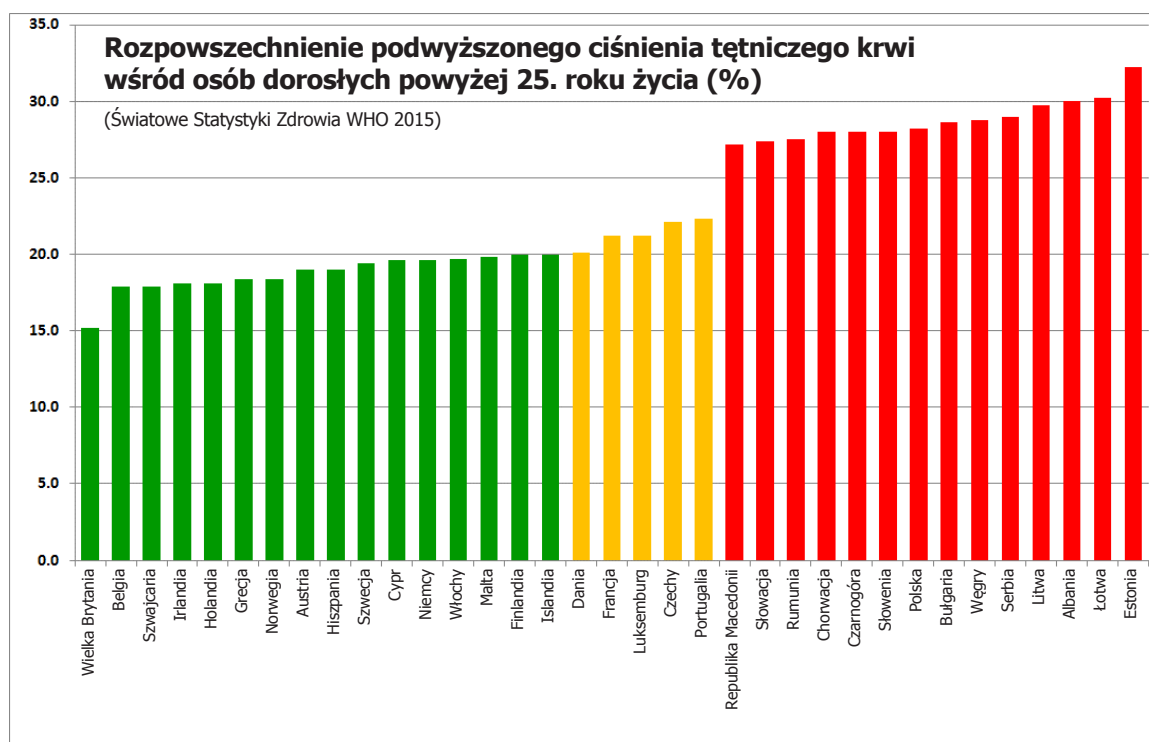
Szczepienia są powszechnie uznawane za opłacalną metodę zapobiegania chorobom, czego odzwierciedleniem jest ocena zielona dla kilku mniej zamożnych krajów.



Źródła danych: Baza danych WHO HfA, wrzesień 2015 r. Krajowe rejestry szczepień. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane CUTS.

## 5.2 Pomiar ciśnienia krwi

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



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

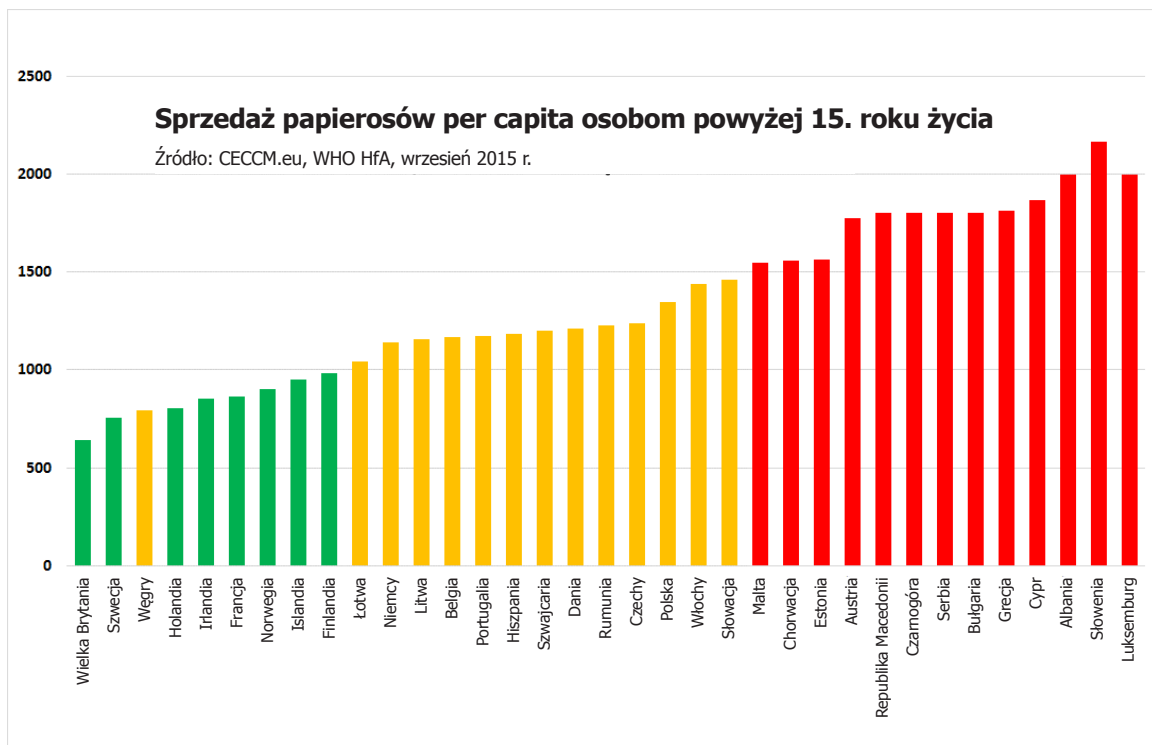
Wygłąda na to, że Wielka Brytania idzie za przykładem Ameryki Północnej, jeżeli chodzi o aktywne leczenie nadciśnienia, jak również wysokiego poziomu lipidów we krwi.

Źródło: Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2015. Dane CUTS.

## 5.3 Profilaktyka palenia

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

Ponieważ wynik TCS nie był aktualizowany od 2012 r., w badaniu EHCI 2015 wykorzystano dane dotyczące faktycznej sprzedaży papierosów per capita w celu oceny tego wskaźnika. Ze względu na wysoki udział papierosów bez cła oraz papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł, dane dotyczące spożycia papierosów w niektórych krajach, zwłaszcza w Norwegii i Zjednoczonym Królestwie, są prawdopodobnie zaniżone, ale raczej nie do tego stopnia, aby całkowicie zniekształcić wyniki.



Źródło: www.ceccm.eu, WHO HfA wrzesień 2015 r.

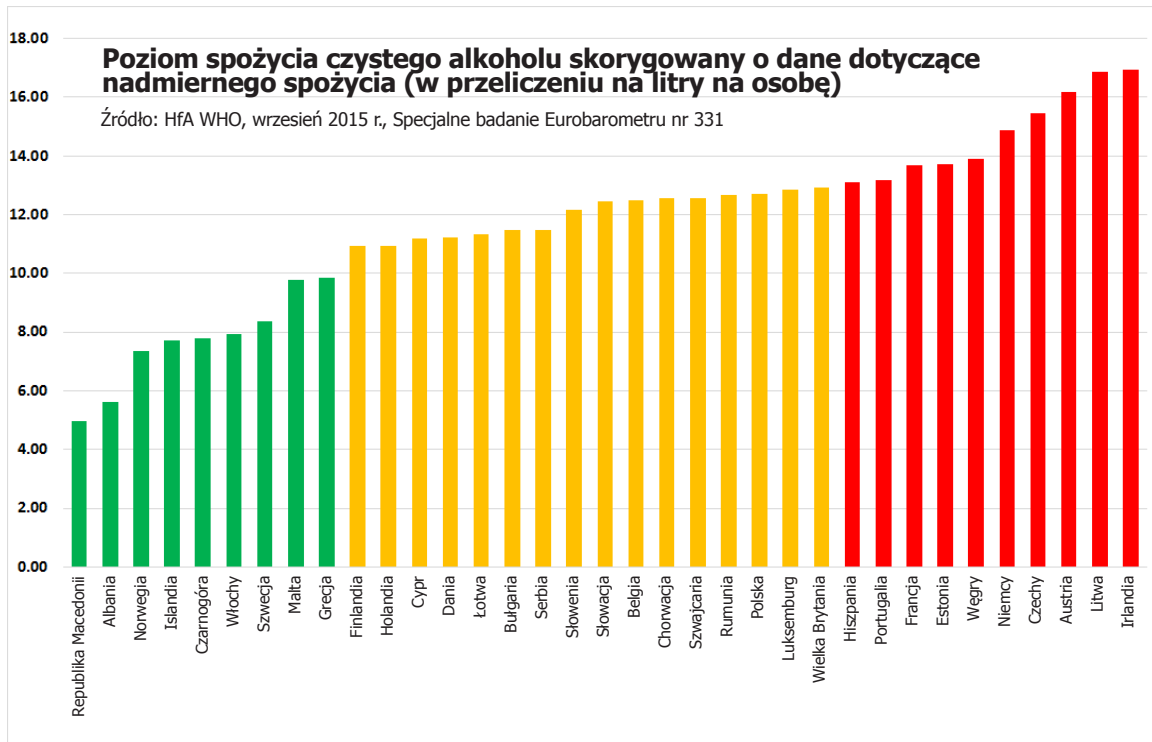
### 5.4 Spożycie alkoholu

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

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

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

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



Źródła: HfA WHO, wrzesień 2015, Specjalne badanie Eurobarometru nr 331 kwiecień 2010 r. (dotyczące zwyczaju picia na upór), Raporty krajowe. Głównie dane CUTS.

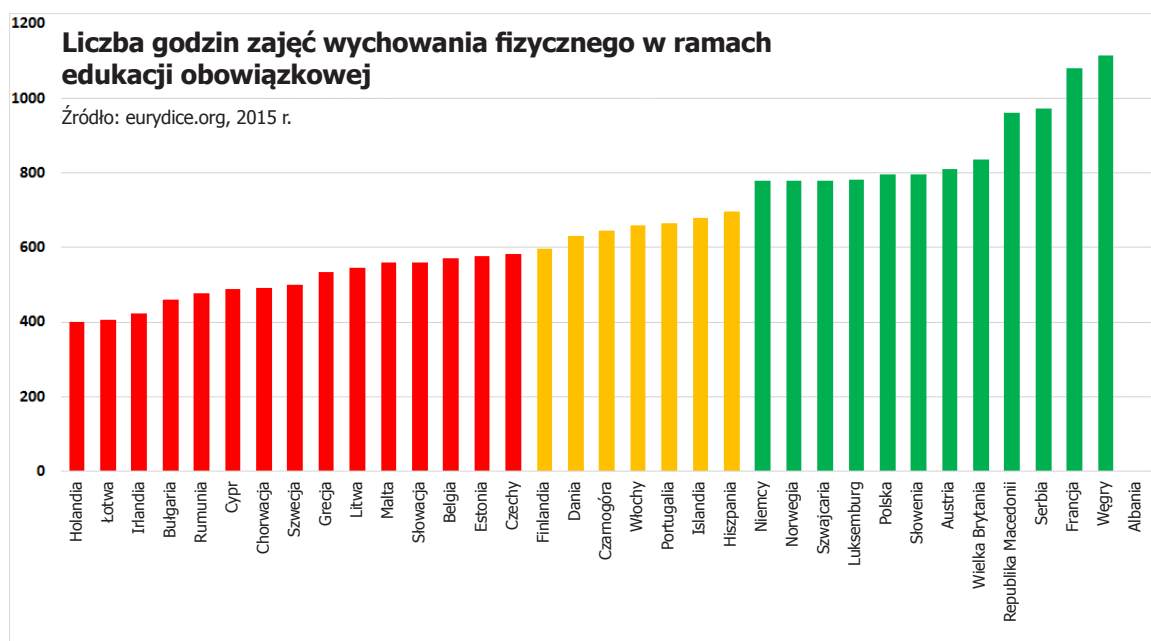
### 5.5 Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest korzystna, ponieważ zmniejsza ryzyko zachorowania na rozmaite choroby. Wiele krajów prowadzi statystyki dotyczące takich parametrów, jak „liczba godzin w tygodniu, które osoba poświęca na jogging lub podobne aktywności”. Jednakże, w przypadku takich danych można oczekiwać problemów z ich spójnością. Ponadto jest to parametr, który decydującym jest niezwykle trudno zmienić w rozsądnym czasie w odniesieniu do znacznej części populacji.

Z tego względu parametrem aktywności fizycznej uwzględnionym w EHCI 2015 jest „liczba godzin aktywności fizycznej w ramach edukacji obowiązkowej” (wynoszącej maksymalnie 10 lat edukacji szkolnej) zgodnie ze standardami krajowymi. Parametr ten mogą zmienić np. władze.

Niektóre kraje otrzymały ocenę żółtą ze względu na brak ustalonego ogólnie krajowego standardu dotyczącego liczby godzin aktywności.





Źródło: [www.eurydice.org](http://www.eurydice.org); Recommended Instruction Time in Full-time Compulsory Education in Europe 2014/15 (Zalecany wymiar czasu nauki w ramach pełnowymiarowego kształcenia obowiązkowego w Europie na lata 2014-2015). Dane CUTS.

### 5.6 Szczepienia przeciwko HPV

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

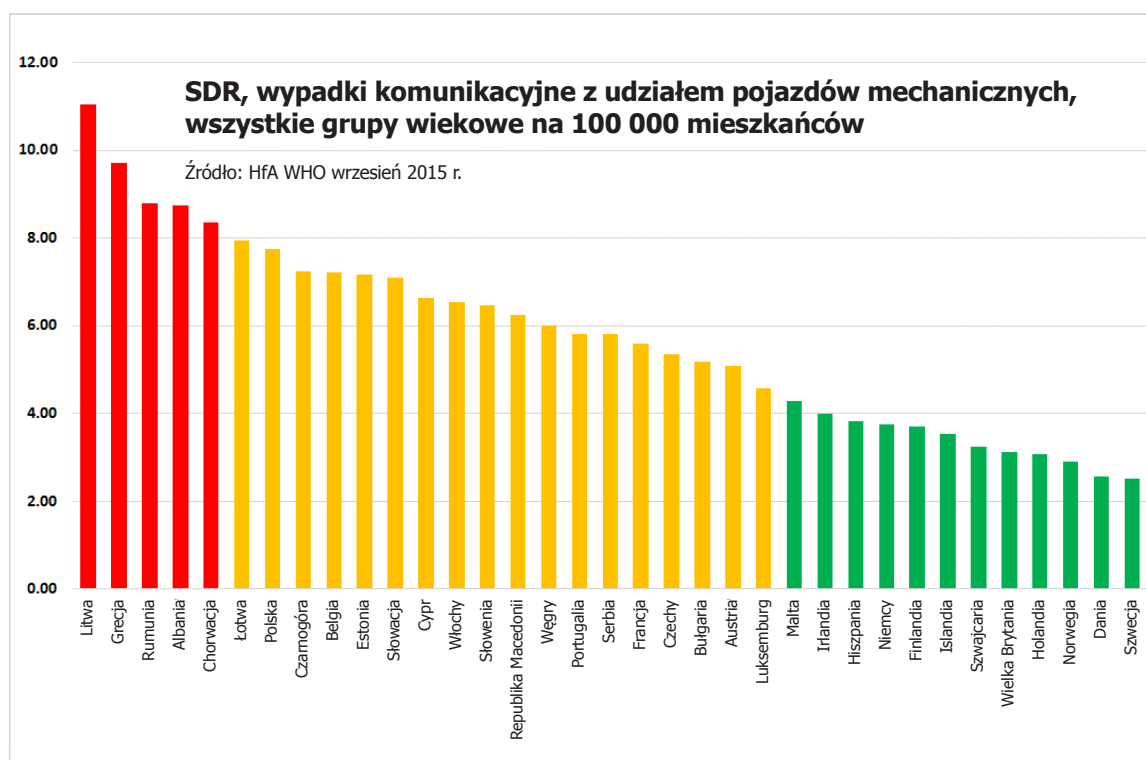
- Zielony: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, bezpłatny dla pacjenta.
- Żółty: Istnieje krajowy program szczepień przeciwko HPV, w ramach którego całość (lub znaczną część) kosztów ponosi pacjent.
- Czerwony: Brak krajowego programu szczepień przeciwko HPV.

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

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

### 5.7 Zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi

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



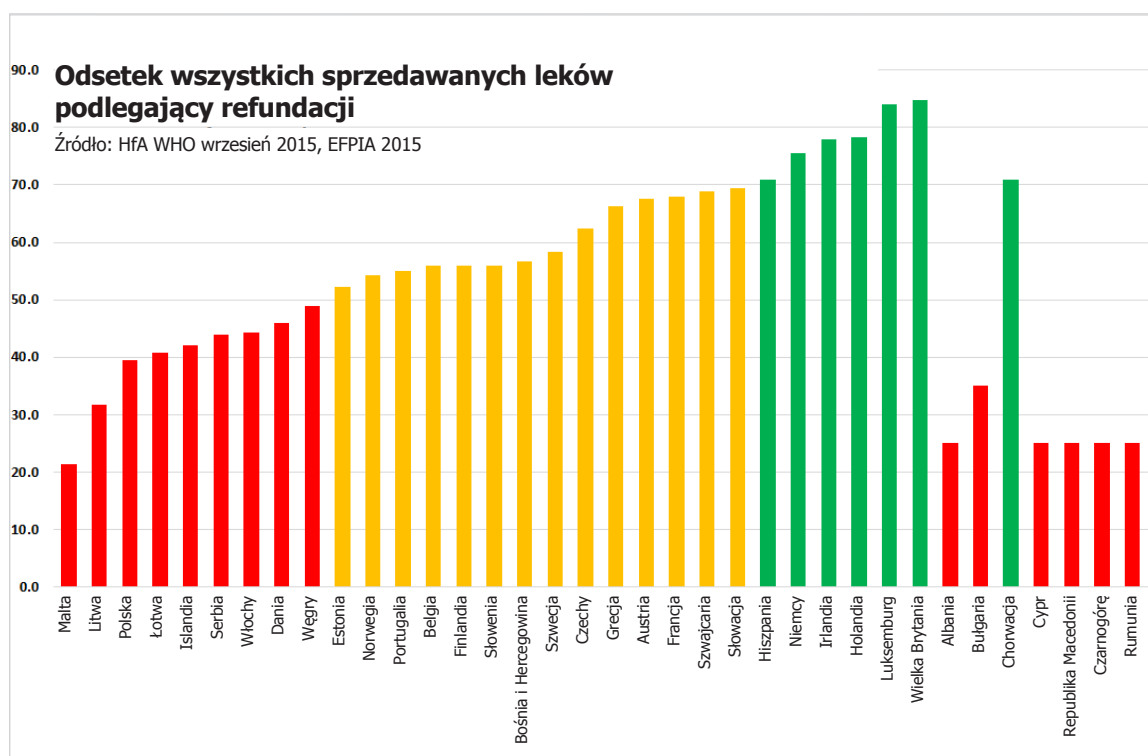
Źródło: Baza danych WHO Zdrowie dla wszystkich, wrzesień 2015

### 8.10.6 Środki farmaceutyczne

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

#### 6.1 Odsetek leków refundowanych

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



Źródła danych: Baza danych WHO HfA, wrzesień 2015, EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013 [Branża farmaceutyczna w liczbach – kluczowe dane 2013 r.]. EFPIA: Kontakt bezpośredni. Krajowe organy ochrony zdrowia i agencje ds. produktów medycznych.

Dane niezaliczane do CUTS.

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

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

Obecnie 26 z 35 badanych krajów Europy udostępnia farmakopee w wersji elektronicznej.

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

Źródła danych: Źródła danych: badania HCP 2010-2015. Krajowe organy ochrony zdrowia. Dane niezaliczane do CUTS.

### 6.3 Tempo wdrażania nowatorskich leków przeciwnowotworowych

Wskaźnik ten określa wykorzystanie L01XC kod ATC (przeciwciała monoklonalne) w milionach dolarów amerykańskich na milion mieszkańców. Jednostka miary DDD (określona dawka dobo-

wa) byłyby lepszym wskaźnikiem niż wartość wyrażona w pieniądzu, ale niestety dane dotyczące wielkości zawierały nieścisłości.

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

### 6.4 Dostęp do nowych leków (okres oczekiwania na refundację)

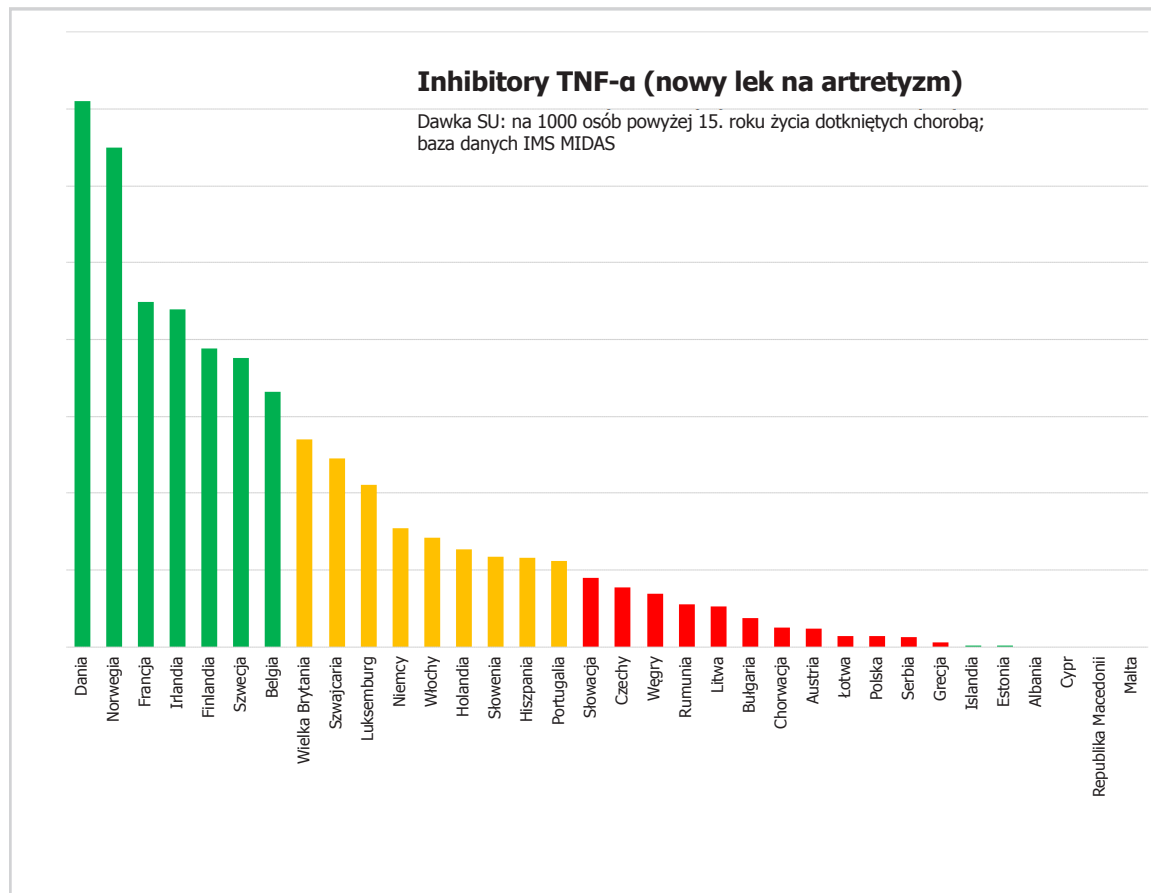
Ten wskaźnik bada okres, który upływa pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do krajowego rejestru leków refundowanych.

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

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

### 6.5 Tempo wdrażania leków na artretyzm

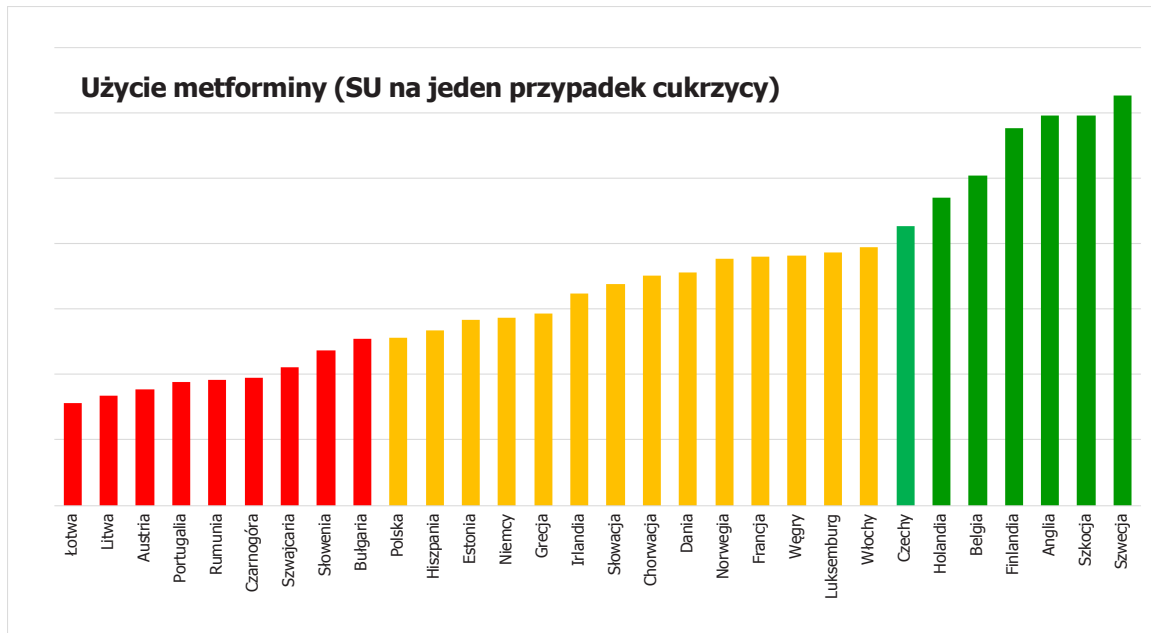
Pojawienie się leków będących inhibitorami TNF- $\alpha$  (kod ATC: L04AB) stanowiło przełom w leczeniu pacjentów cierpiących na artretyzm. Niektóre kraje mają wciąż bardzo restrykcyjne podejście do stosowania tych leków i – jak pokazuje poniższy wykres – nie jest ono ściśle powiązane z PKB per capita.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



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

## 6.6. Użycie metforminy

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



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

Podczas prac nad Europejskim Indeksie Diabetologicznym HCP 2015 zauważono, że kraje, w których stosuje się dużo metforminy oraz insuliny (Szwecja, Wielka Brytania, Holandia i in.) są często bardzo restrykcyjne, jeśli chodzi o innowacyjne leki przeciwcukrzycowe takie jak gliptyna!

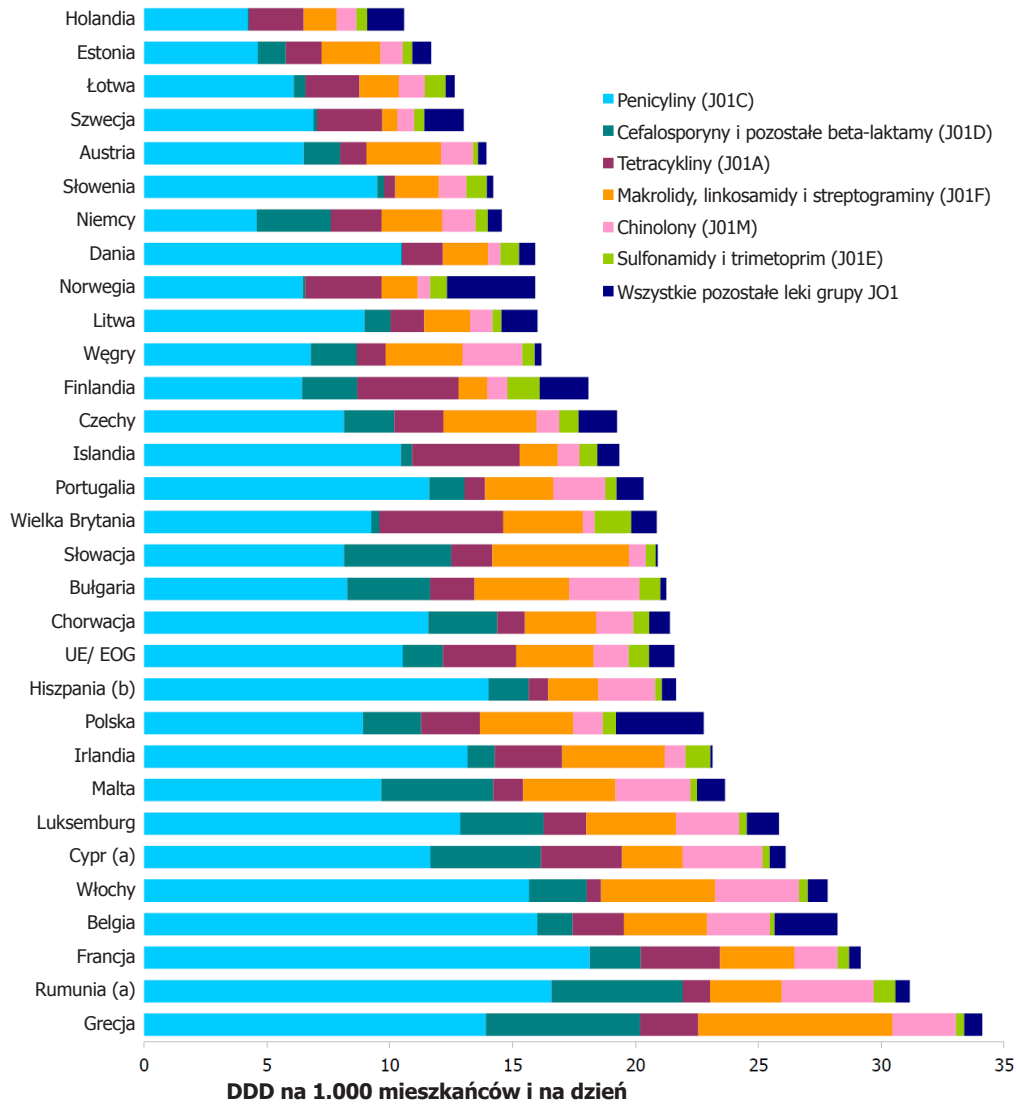
Źródła danych: Baza danych IMS Health MIDAS, Atlas Diabetologiczny IDF wyd. 6. Krajowe organy ochrony zdrowia. Głównie dane CUTS.

## 6.7 Stosowanie antybiotyków

Jak pokazują poniższe wykresy, źródła na temat stosowania antybiotyków są zaskakująco niespójne. W 2015 r. wskaźnik został oparty na „Quality indicators for antibiotic consumption in Europe” (Wskaźniki jakości w zakresie zużycia antybiotyków w Europie) (pierwszy wykres poniżej). Dokument ten został wykorzystany jako źródło CUTS.

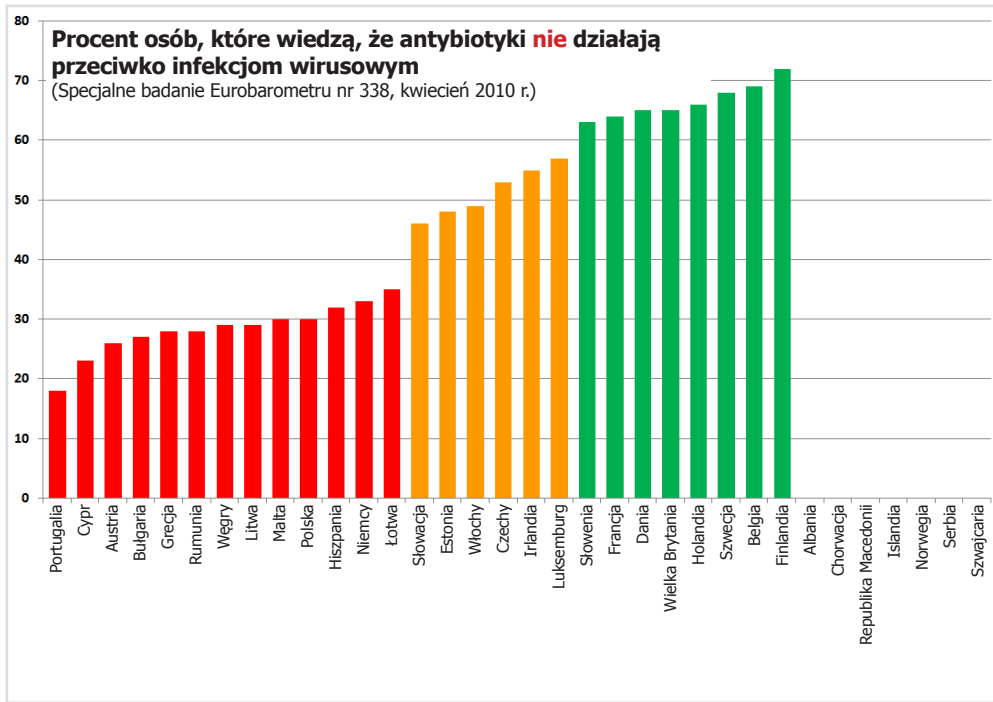
Wspomniany raport WHO (opracowany na podstawie danych hurtowników) jest sprzeczny zarówno z założeniami Eurobarometru, które mówią, że antybiotyki pomagają zwalczać wirusy (2012) jak i z danymi IMS Health dotyczącymi sprzedaży leków (2013), co sprawia, że zespół HCP uważa ten raport, wykorzystany w 2014 r., za mało wiarygodny. W związku z powyższym badanie EHCI 2015 wykorzystuje ECDC jako źródło danych. Dane ECDC pokazują zakładaną korelację z danymi dotyczącymi oporności (wskaźnik 3.6 powyżej).

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



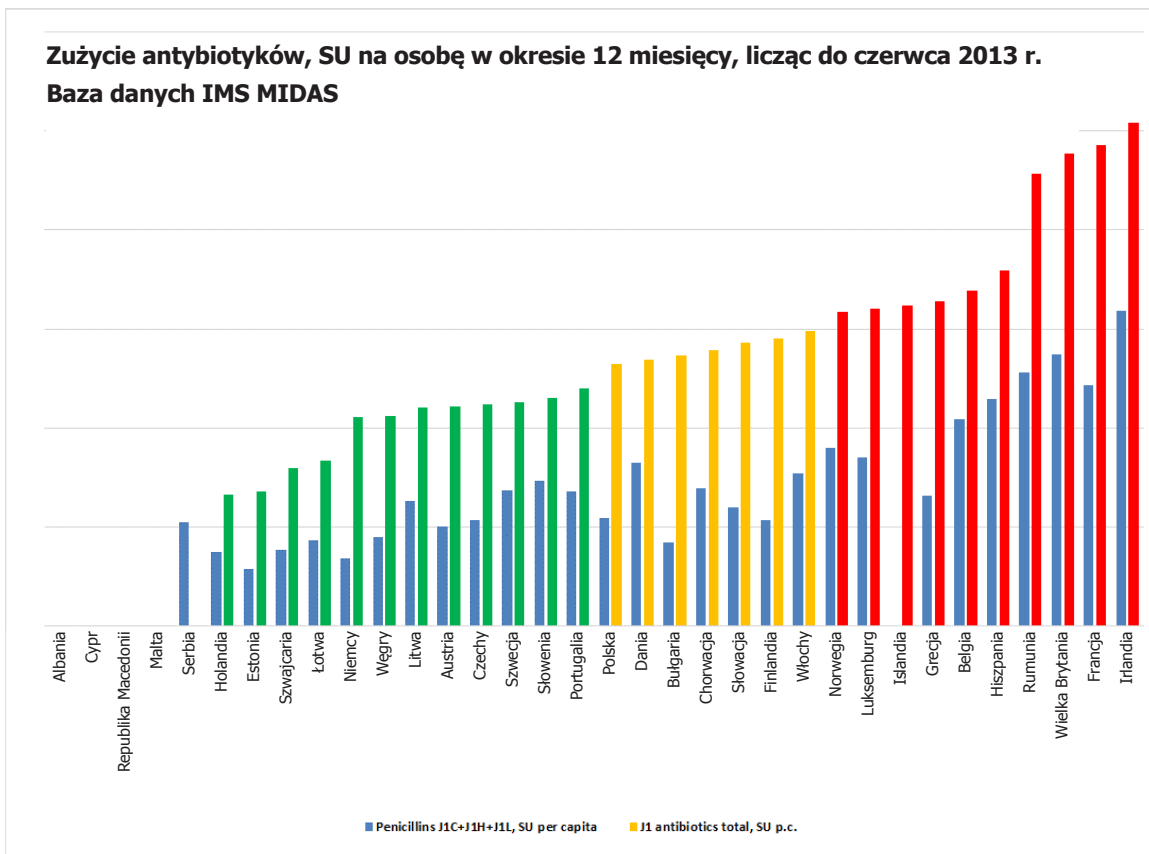
W 2012 r. wykorzystano wskaźnik o nazwie „odsetek mieszkańców, którzy wiedzą, że antybiotyki nie są skuteczne przeciwko przeziębieniu i grypie” (wykres poniżej). Ranking EHCI z 2013 r. wykorzystywał rzeczywiste dane na temat sprzedaży antybiotyków na osobę z założeniem, że przyjmowanie mniejszej ilości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





Wskaźnik w EHCI 2012.

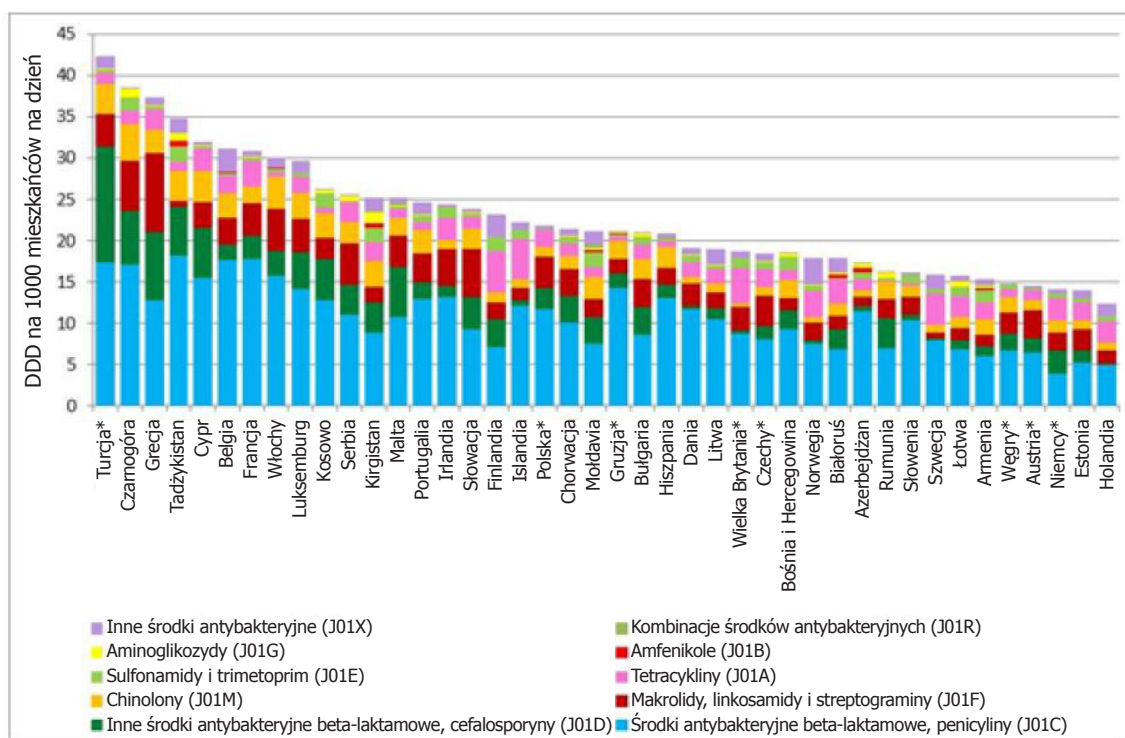
Źródło: Specjalne badanie Eurobarometru nr 338, kwiecień 2010 r. Dane CUTS.



Wskaźnik w EHCI 2013.

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

Poniższy wykres prezentuje dane z raportu WHO z 2015 r. Prawdopodobnie zawiera poważne błędy!



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

Źródło w 2015 r.: ECDC "Quality indicators for antibiotic consumption in Europe." Dane CUTS.

### 8.11 Zewnętrzny panel ekspercki

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

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

Ponieważ w badaniu EHCI 2015 wykorzystano ten sam zestaw wskaźników co w 2014 r., nie organizowano żadnych posiedzeń panelu ekspertów.

## 9. Bibliografia

### 9.1 Główne źródła informacji

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

„Arkusze wyników pojedynczych wskaźników” są dostępne w Internecie, dzięki czemu każdy

może się przekonać, jakie podstawowe dane wykorzystano oraz zapoznać się z metodami punktacji. Arkusze są dostępne pod następującym adresem: [www.healthpowerhouse.com/ehci-2015-indicators](http://www.healthpowerhouse.com/ehci-2015-indicators).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Oczekuję pana w Klinice Ortopedycznej Szpitala Uniwersyteckiego Montpellier<sup>28</sup> o 9.00 rano w poniedziałek. Proszę wziąć ze sobą niezbędne rzeczy na czterodniowy pobyt.

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

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

<sup>28</sup> Najstarsza uczelnia medyczna w Europie. Szósty pod względem jakości szpital we Francji, zgodnie z aktualnym rankingiem.