



Health Consumer
Powerhouse



EU2013.LT

Europejski Konsumentencki Indeks Zdrowia 2013

ISBN 978-83-926558-9-3

Health Consumer Powerhouse

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia

Raport 2013

dr Arne Björnberg

arne.bjornberg@healthpowerhouse.com

Health Consumer Powerhouse 2013-11-28

Liczba stron: 116

Niniejszy raport może być cytowany bez ograniczeń z odwołaniem się do źródeł

© Health Consumer Powerhouse Ltd., 2013

ISBN 978-83-926558-9-3

SPIS TREŚCI

W cieniu kryzysu wyrasta nowy rodzaj opieki zdrowotnej	5
1. Streszczenie	7
1.1. Kraje opisane w raporcie	7
1.2. Czy kryzys finansowy ma wpływ na europejski system opieki zdrowotnej?	20
1.3. BBB; model Bismarcka niezmiennie przeważa nad modelem Beveridge'a	22
2. Wprowadzenie	23
2.1. Podstawowe informacje	23
2.2. Składowe Indeksy	24
2.3. O autorze	24
3. Kraje ujęte w raporcie	25
4. Wyniki europejskiego konsumenckiego indeksu 2013	26
4.1. Podsumowanie wyników	28
5. Wyniki skorygowane o wskaźnik siły nabywczej	32
5.1. Metodologia dostosowywania wyników do wskaźnika BFB	32
5.2. Wyniki ujęte w tabeli punktacji BFB	33
6. Trendy na przestrzeni siedmiu lat	35
6.1. Zmiany wyników w latach 2006–2013	35
6.2. Niwelowanie barier między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia	37
6.3. Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia	38
6.4. Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej	39
6.5. Pełna informacja o produktach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta	40
6.6. Listy oczekujących: problem mentalny pracowników służby zdrowia?	40
6.7. Dlaczego pacjenci są niedoinformowani?	43
6.8. Rozprzestrzenianie się MRSA	44
7. Jak interpretować wyniki indeksu?	45
8. Niedostateczna ilość danych z Europy	46
8.1. Wyniki dotyczące wyników leczenia wprowadzone w EHCI	46
9. Ewolucja Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia	47
9.1. Zakres i treść EHCI 2005	47
9.2. Zakres i treść EHCI 2006–2012	47
9.3. EHCI 2013	48

9.4. Składowe wskaźników (podkategorie)	51
9.5. Punktacja zastosowana w EHCI 2013	51
9.6. Współczynniki wagi wskaźników	52
9.7. Definicje wskaźników i źródła danych dla EHCI 2013	53
9.8. Ustawienia wartości progowych	63
9.9. Źródła danych CUTS	64
9.10. Treść wskaźników ujętych w EHCI 2013	65
9.11. Jak stworzono Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2013 – fazy tworzenia	101
9.12. Zewnętrzny panel ekspercki	103
10. Literatura	104
10.1. Główne źródła	104
Załącznik 1. Kwestionariusz zastosowany w badaniu zleconym przez Patient View na potrzeby Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2012	105
Załącznik 2. Całkowite nakłady na służbę zdrowia, PPP\$ per capita, dane szacunkowe WHO	113
Załącznik 3. Saga prawdziwa o stawie biodrowym Wernera albo jaki powinien być czas oczekiwania w każdym systemie ochrony zdrowia	114

W CIENIU KRYZYSU WYRASTA NOWY RODZAJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Podczas gdy Health Consumer Powerhouse [HCP] przedstawia po raz siódmy ogólnoeuropejską ocenę wydajności opieki zdrowotnej, można wyobrazić sobie co najmniej trzy uderzające nagłówki w gazetach:

Nierówności w opiece zdrowotnej coraz większe. Kryzys uderza w biedniejsze kraje Europy!

To prawda, raport EHCI wskazuje na pogłębiającą się przepaść pomiędzy bogatymi i mniej zamożnymi krajami, co wpływa na prywatne opłaty, czas oczekiwania na leczenie oraz dostęp do leków. Można jednak spojrzeć na to z innej strony, prawdopodobnie mniej atrakcyjnej z dziennikarskiego punktu widzenia, gdyż – jak wiadomo – dobre wiadomości rzadko są umieszczane na pierwszych stronach gazet:

Pomimo kryzysu europejska opieka zdrowotna wciąż się poprawia.

Znowu nie mijamy się z prawdą; odkąd EHCI zaczął mierzyć wyniki końcowe leczenia, średni poziom efektywności narodowej opieki zdrowotnej znacznie wzrósł. W 2007 roku najlepszy kraj dostał 806 punktów (na 1000 możliwych), a w 2013 roku wygraną zapewniło 870 punktów. W 2007 roku kraj znajdujący się na końcu rankingu otrzymał 435 punktów, a w 2013 ten sam kraj zdobył ich 516 (wciąż utrzymując raczej niski wynik). Ogólna poprawa, choć widoczna, skryta jest w cieniu niedostatku.

Trzeci nagłówek, być może mniej oczywisty, co jednak zwiększa dodatkowo jego ważność, mógłby być taki:

Świadomi swoich praw pacjenci przyczyniają się do poprawy opieki zdrowotnej.

Zgodnie z tym, co podkreślono w niniejszym raporcie, dystans pomiędzy pacjentami a pracownikami służby zdrowia zmniejsza się: ustawodawstwo związane z prawami pacjenta, zaangażowanie w politykę dotyczącą opieki zdrowotnej, stało się w Europie czymś na porządku dziennym. Z roku na rok systemy opieki zdrowotnej – często nieco opornie – otwierają się na zaangażowanych pacjentów, biorą pod uwagę ich zdanie, udostępniają dokumentację medyczną itd., co prowadzi do samouświadomienia pacjenta. Potrzeba możliwości wyboru dotyczy nie tylko opieki zdrowotnej, ale też innych dziedzin życia nowoczesnego społeczeństwa, i jest stopniowo wdrażana, w miarę jak serwisy internetowe zapraszają pacjentów do porównywania jakości usług medycznych i farmaceutycznych. Dzięki temu pacjent może o wiele prościej niż kiedyś nawigować pomiędzy różnymi ofertami opieki zdrowotnej.

Nowy etap zobrazowany przez EHCI oraz przez pozostałe Indeksy HCP koncentruje się na „e-Zdrowiu”, ułatwieniu umówienia wizyty u lekarza itp., aby stało się to proste niczym zamówienie pizzy z dostawą do domu.

Podobne udogodnienia mogą jednak wzbudzać kontrowersje z uwagi na to, że w niektórych kulturach łatwy dostęp do opieki zdrowotnej jest wciąż postrzegany jako przystanie na niemoralną konsumpcję w nadmiarze czegoś, co powinno pozostać ściśle ograniczone. W innych krajach z kolei lekarz rodzinny jest uważany za jedyne wiarygodne źródło informacji, podczas gdy Internet traktuje się jako coś trzeciorzędne o wątpliwej renomie. Bez względu na powyższe, przyszłość jest oczywista: pacjenci

i konsumenci będą oczekiwać lepszego przepływu informacji, poszerzania wiedzy, aby, będąc częścią zmian przynoszących obopólne korzyści w opiece zdrowotnej, podejmować świadome decyzje – a wszystko po to, ażeby ją rzeczywiście udoskonalać. Najlepsi według EHCI to właśnie ci, którzy ku temu dążą, ponieważ w miarę jak „stare, dobre” metody są kwestionowane i wywracane do góry nogami, rozumieją oni, że zaangażowane w sprawę jednostki są niezwykle cenne i nie stanowią zagrożenia dla profesjonalistów ani nie są uciążliwe.

Świadomi pacjenci to konstruktywny sposób na walkę ze zubożeniem i kryzysem!

Bruksela, 28 listopada 2013 r.

Johan Hjertqvist
Założyciel i Prezes
Health Consumer Powerhouse

Pfizer Inc (Stany Zjednoczone) i Medicover S.A. (Belgia) przekazały bezwarunkowe granty na rzecz EHCI 2013. Co więcej, program HCP w roku 2013 został wsparty przez New Direction Foundation (Belgia).

1. STRESZCZENIE

W poprzednich edycjach EHCI sprzed 2009 roku, jak i w Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Kardiologicznej oraz w Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Diabetycznej 2008 (dostępne pod adresem www.healthpowerhouse.com), 3–5 najwyższych usytuowanych krajów dzieliło zaledwie kilka punktów na 1000-punktowej skali. Sytuacja zmieniła się dramatycznie w 2009 roku, a kompletny ranking systemów opieki zdrowotnej EHCI 2012 uwydatnił jeszcze bardziej efektywne niż w 2009 roku zwycięstwo Holandii, która wyprzedziła znajdującą się wówczas na drugim miejscu Danię o 50 punktów. W 2013 roku stało się możliwe zbadanie znacznie pełniejszych danych dotyczących Szwajcarii, państwa spoza Unii Europejskiej, która ma zdecydowanie wysoko rozwinięty system opieki zdrowotnej. Z uwagi na to Holandia imponuje jeszcze bardziej, jako że po wzroście wskaźników EHCI z 42 do 48 odpiera atak ze strony Szwajcarii i nadal cieszy się najwyższym wynikiem na poziomie 870 punktów na 1000 możliwych, 19 punktów przed Szwajcarią, która ma ich 851.

Po Holandii i Szwajcarii konkurencja staje się niezwykle zaciekła – chodzi o Islandię, Danię i Norwegię odpowiednio na 3, 4 i 5 miejscu z punktacją wahającą się od 813 do 818 punktów.

Znaczny wpływ na ranking miało wprowadzenie w 2008 roku dodatkowej szóstej podkategorii „e-Zdrowie”, mierzącej głównie powszechność elektronicznych dokumentacji medycznych i użycia „e-rozwiązań” na potrzeby przekazywania informacji medycznych między specjalistami oraz między specjalistami a ich pacjentami. EHCI 2012 powrócił do struktury z 2007 roku z pięcioma podkategoriami oraz wskaźnikami „e-Zdrowia” zawartymi w podkategorii Prawa Pacjenta i Informacji. W 2013 roku, po naciskach ze strony zainteresowanych, EHCI wzbogacono o nową, szóstą podkategorię: Zapobieganie.

EHCI 2013 wskazuje, że obecne wyniki leczenia w europejskiej opiece zdrowotnej *wciąż się poprawiają*, mimo kryzysu finansowego i zubożenia! To samo dotyczy praw pacjenta oraz jego informowania. Efekty oszczędzania są najbardziej widoczne w obszarze wprowadzania i udostępniania nowych środków farmaceutycznych.

1.1. KRAJE OPISANE W RAPORCIE

1.1.1. HOLANDIA!!!

Holandia to jedyny kraj, który konsekwentnie znajdował się w czołówce trzech najlepszych państw w kompletnym rankingu każdego Europejskiego Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. Jej wynik w 2013 roku, 872 punkty, to jak do tej pory najwyższa zanotowana punktacja w historii Indeksów HCP. 870 punktów zdobytych w 2013 roku również robi wrażenie, zwłaszcza w obliczu rosnącej trudności zdobycia bardzo wysokiego wyniku w wielu wskaźnikach – żaden kraj nie może być przecież najlepszy we wszystkim.

Holandia wygrała w dwóch z sześciu podkategorii Indeksu: „Prawa pacjentów i informacja (wraz z Danią) oraz „Zakres i zasięg usług medycznych”, a jej ogromna przewaga wynika prawdopodobnie z faktu, że holenderski system opieki zdrowotnej zasadniczo nie ma słabych punktów, być może z wyjątkiem czasu oczekiwania na leczenie, który bywa krótszy w niektórych krajach środkowoeuropejskich.

Zazwyczaj HPC zaznacza, że ranking EHCI ogranicza się do oceny „przyjaznego nastawienia” systemów opieki zdrowotnej do konsumenta, tzn. nie usurpuje sobie prawa do rozstrzygnięcia, które państwo europejskie dysponuje najlepszym powszechnym systemem opieki zdrowotnej.

Począwszy od 2006 roku HPC opracowuje nie tylko ogólny Indeks EHCI, ale także specjalistyczne indeksy poświęcone cukrzycy, chorobom serca, HIV, bólowi głowy i żółtacze. Holandia jest wyjątkowa, ponieważ zawsze znajduje się wśród 3–4 najlepszych krajów, niezależnie od analizowanego obszaru ochrony zdrowia. Rodzi to dużą pokusę sformułowania stwierdzenia, że niekwestionowany zwycięzca rankingu EHCI 2013 istotnie dysponuje „najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie”.

1.1.1.1. Co Holendrzy robią wzorowo?

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

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

Ponadto w holenderskim systemie opieki zdrowotnej zajęto się jednym z niewielu jego słabych punktów – Dostępnością – poprzez stworzenie 160 ośrodków opieki podstawowej, w których gabinety otwarte są 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. W kontekście małych rozmiarów tego kraju oznacza to, że otwarty ośrodek powinien znajdować się w zasięgu każdego.

Można przypuszczać, że ważnym efektem holenderskiej struktury systemu opieki zdrowotnej jest to, iż decyzje operacyjne związane z opieką zdrowotną podejmowane są w niezwykle dużym stopniu przez pracowników ochrony zdrowia przy udziale pacjenta. Wydaje się, że w Holandii instytucje finansujące świadczenia medyczne oraz osoby niezwiązane zawodowo ze środowiskiem lekarskim, jak na przykład politycy czy biurokraci, trzymane są z dala od procesu podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, inaczej niż w pozostałych krajach europejskich. Już to może być powodem tak miażdżącego zwycięstwa Holandii w rankingu EHCI 2013.

1.1.1.2. Jeśli Holendrzy robią cokolwiek niewłaściwie, to co?

Holandia zdobywa bardzo dużo punktów we wszystkich podkategoriach z wyjątkiem „Zapobiegania”, w której uzyskuje dość przeciętny wynik – z drugiej strony, jest to wynik podobny do wyników większości krajów.

Odwieczny problem Holendrów związany z fatalną punktacją za „Czas oczekiwania” został w dużej mierze w 2013 roku naprawiony. Jak zaobserwowano w badaniu autorstwa Sicilianiego i Hursta zleconym przez OECD w latach 2003/2004 oraz w rankingach EHCI z lat 2005–2013, listy pacjentów oczekujących na le-

czenie specjalistyczne istnieją, paradoksalnie, głównie w krajach stosujących system *GP gatekeeping* (wymagający uzyskania skierowania do specjalisty od lekarza pierwszego kontaktu).

System oparty na lekarzach pierwszego kontaktu to „kamień węgielny holenderskiej opieki zdrowotnej” (jak poinformował HCP były holenderski minister zdrowia). Uważa się powszechnie, że obniża koszty i zapewnia ciągłość opieki, co jest na pewno korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie literatury podanej w dziale 9.10.2, dotyczącej wskaźnika 2.2, nie istnieją żadne dowody przemawiające za hipotezą o redukcji kosztów. Ponadto, jak można zobaczyć w dziale 5.1, Holandia zwiększyła wydatki na opiekę zdrowotną do poziomu najwyższych w Europie wydatków *per capita* (poza krajami, które HCP na potrzeby własne nazywa „trzema bogatymi draniami”, czyli Norwegią, Szwajcarią i Luksemburgiem, mającymi najwyższy w Europie PKB *per capita*). Zostało to już dostrzeżone w raporcie EHCI z 2009 roku i od tamtej pory nic się nie zmieniło.

1.1.1.3. Ale holenderska opieka zdrowotna jest jednak kosztowna?

To właśnie słyszy się zwykle w rozmowach przedstawicieli opieki zdrowotnej w Europie, kiedy dyskutuje się o wysokiej pozycji Holandii w raporcie EHCI. Najczęściej omawiana hipoteza wyjaśniająca ten fakt brzmi: „model” z niezależnym prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym powinien być głównym generatorem wysokiego poziomu kosztów.

W odniesieniu do jakiegokolwiek ludzkiej dziedziny aktywności rzadkością jest widzieć w „modelu” główny powód różnic pomiędzy kosztami a wydajnością pracy. Przykład z przemysłu lotniczego, który jest prawdopodobnie najbardziej zbliżony do systemu opieki zdrowotnej¹:

Skandynawskie linie lotnicze SAS i Ryanair posiadają ten sam model biznesowy. Żyją z transportu powietrznego i dodatkowych usług. To, że Ryanair jest bardzo dochodowy (dzięki sprzedaży tanich biletów), podczas gdy SAS sprawia wrażenie, jakby cały czas oczekiwał na rządową pomoc, zależy od sposobu działania firmy, a nie od jej „modelu”: SAS zatrudnia 100 pracowników na jeden samolot, Ryanair zaś 25. Zamiast jednej siedziby SAS ma trzy (!) kwatery główne w Sztokholmie: Kopenhadze i Oslo. Dzieje się tak zapewne dlatego, że tchórzliwy zarząd uległ naciskom związków zawodowych, a nie z powodu przyjętego modelu biznesowego. Tego rodzaju różnic można się doszukać w strukturach tych dwóch firm.

Czy można zatem mówić o jakiegokolwiek charakterystyce holenderskiego systemu opieki zdrowotnej, która wyjaśniłaby jego wysokie koszty?

A. Koszty leczenia szpitalnego pacjenta jako część całkowitych kosztów opieki zdrowotnej

System poliklinik stał się głównym polem do rozwoju nowoczesnej medycyny od początku lat 90., kiedy popularności przysporzyło mu wprowadzenie mniej inwazyjnych lub bezinwazyjnych metod leczenia². Oczywiście bycie przyjętym na leczenie szpitalne nie jest niczym pragnieniem – jeżeli stan pacjenta

1 Przemysł lotnictwa cywilnego również musi sobie radzić ze sprawami życia i śmierci, i ma bardzo podobne struktury kadrowe – relacje pomiędzy pilotami, personelem pokładowym oraz personelem pomocniczym przypominają relacje pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami/sanitariuszami i personelem pomocniczym.

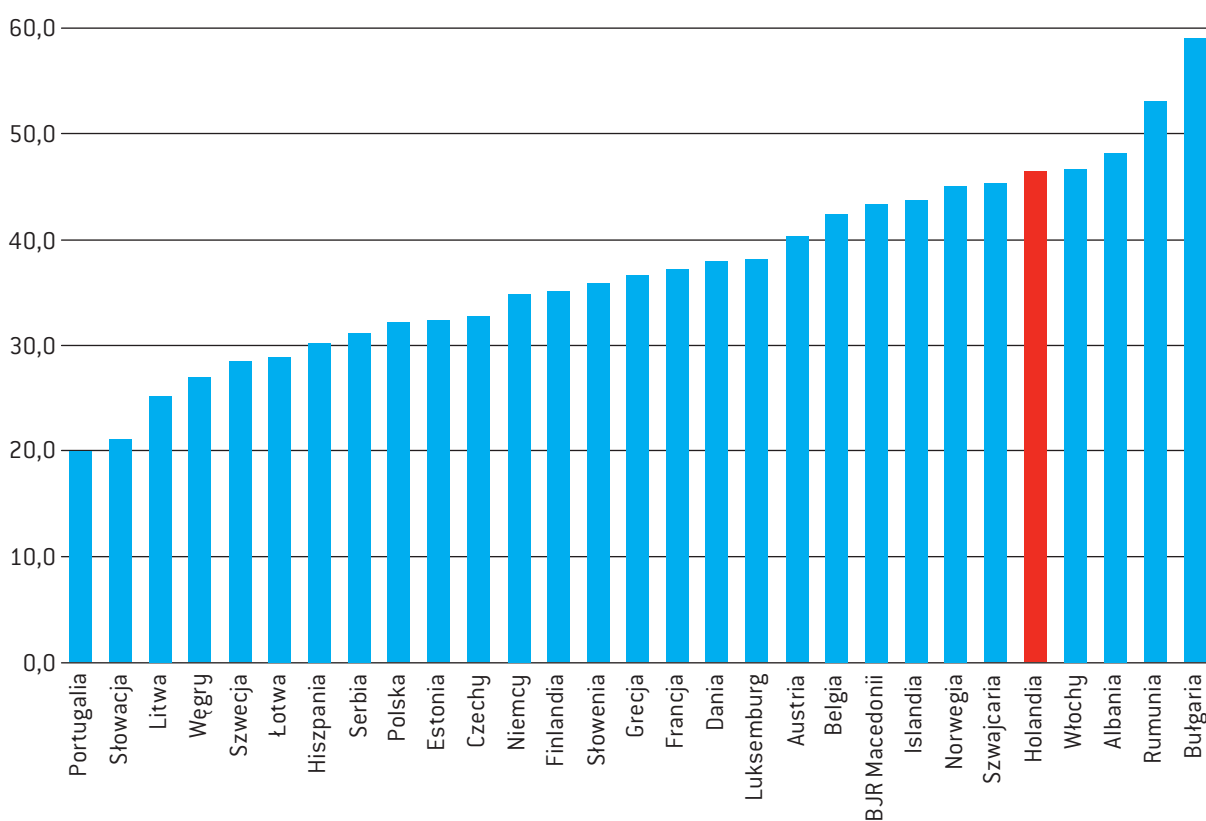
2 Laparoscopia, TUMT (rozbijanie kamieni nerkowych ultradźwiękami), prostatron (leczenie hipertrofii prostaty mikrofalami, co stanowi alternatywę dla operacji) i kilka innych.

pozwała na podjęcie leczenia bez potrzeby hospitalizacji, eliminuje to ryzyko infekcji oraz innych potencjalnych zagrożeń, a także obniża koszty. Ogólna zasada jest taka, że koszt leczenia tej samej dolegliwości bez hospitalizacji kosztuje jedną trzecią tego, co należałoby zapłacić za leczenie pacjenta leczącego się na tę samą przypadłość w szpitalu.

Zakres zachodzących zmian zależy w dużej mierze od lokalnej grupy pracowników opieki zdrowotnej. Istotne są też nierozważne decyzje podjęte w związku z systemem finansowania, takie jak wynagradzanie od „dnia spędzonego w łóżku”, tworzenie dodatkowych procedur przyjmowania pacjentów do szpitala. Jeden koronny przykład to wskaźnik 4.7 „Dializy poza kliniką”, gdzie pacjenci dializowani nieprzyjęci do szpitala stanowią 39,5% na Malcie i 5,5% w Niemczech.

W ten sposób „stosunek kosztów hospitalizacji do całkowitych kosztów opieki zdrowotnej” może być miernikiem „strukturalnej antyczności” systemu opieki zdrowotnej. Ilustruje to wykres poniżej:

Wykres 1. Koszty hospitalizacji pacjentów jako % całości



Źródło: Baza danych WHO HfA, czerwiec 2013 r.

Wykres 1. Najwyższy „wskaźnik antyczności” występuje w Bułgarii, Rumunii i Albanii – krajach, które nie mogą sobie pozwolić na dodatkowe koszty opieki zdrowotnej. Holandia również zajmuje wysoką pozycję w tym zestawieniu.

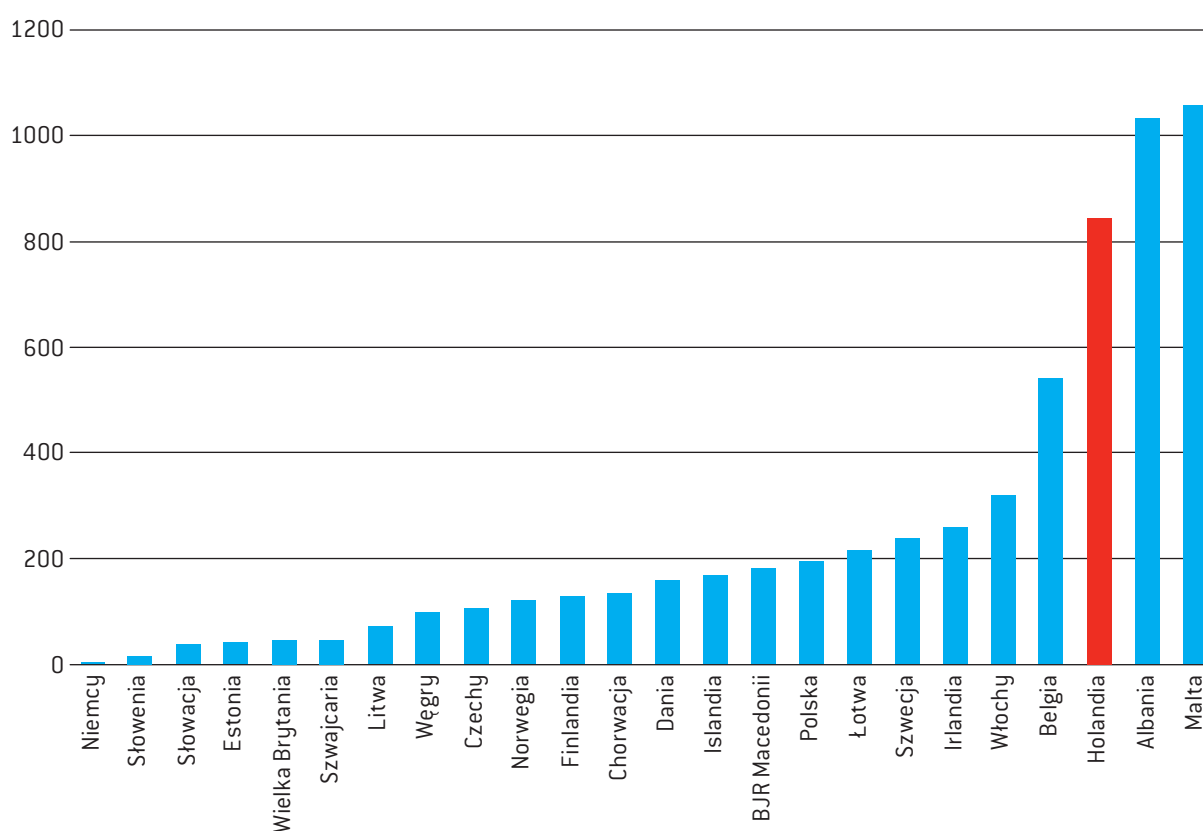
Koszty holenderskiej opieki zdrowotnej to mniej więcej 73 miliardy euro (2010 rok, Światowe Statystyki Zdrowia WHO 2013). Szwecja ponosi 18% mniej kosztów. Jeśli Holandia ponosiłaby taką samą część kosztów wynikających z hospitalizacji, jak Szwecja, mogłaby potencjalnie zaoszczędzić $\frac{2}{3} \times 0,18 \times \text{EUR } 73 = 8,5$ miliarda euro rocznie!

B. Hospitalizacja pacjentów psychiatrycznych

Opieka psychiatryczna wiążąca się z dużą liczbą pacjentów hospitalizowanych przez rok albo dłużej była powszechna w latach 70. Ostatnio większość krajów zreformowała całkowicie opiekę psychiatryczną poprzez zastąpienie oddziałów zamkniętych (stare szpitale psychiatryczne, czasem nazywane „wariatkowami”) wieloma możliwościami leczenia, które nie wymagają hospitalizacji.

Dane dotyczące opieki psychiatrycznej są niespotykanie przestarzałe i niesprawdzone, niemniej na wykresie poniżej zaprezentowano dane WHO *Health for All* dotyczące ilości pacjentów leczonych w ośrodkach zamkniętych przez 365 dni w roku albo dłużej w przeliczeniu na milionową populację:

Wykres 2. Pacjenci hospitalizowani co najmniej 365 w szpitalu psychiatrycznym, na milionową populację



Źródło: opracowanie własne.

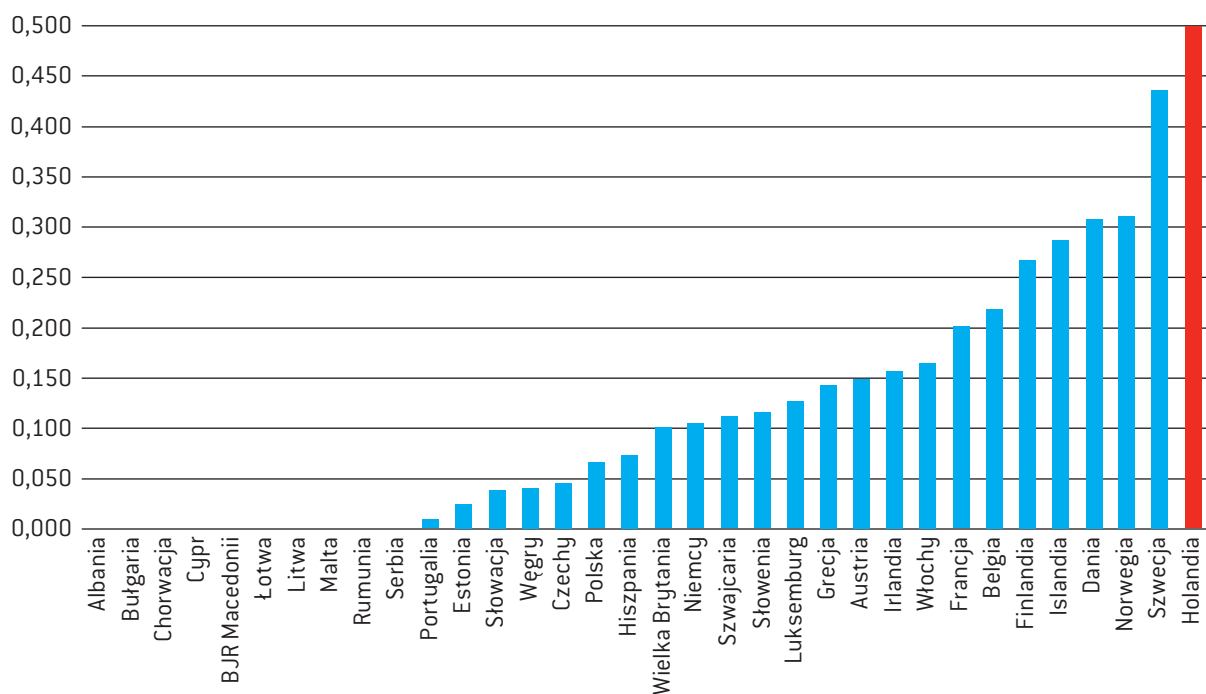
Nawet jeżeli jakość powyższych danych jest wątpliwa, wykres w dalszym ciągu obrazuje skostniałą strukturę holenderskiej opieki zdrowotnej.

C. Długoterminowa opieka geriatryczna

Zapewnienie opieki i bezpieczeństwa rosnącej liczbie starszych ludzi jest wyzwaniem dla wielu państw europejskich, zwłaszcza tych z niskim wskaźnikiem urodzin i wysokim wskaźnikiem zgonów. Aby móc przeanalizować stosunek poszczególnych krajów do tego problemu, można wykonać następujące obliczenia: % PKB przeznaczony na długoterminową opiekę, podzielony przez % populacji ≥ 75 . roku życia [zobacz wykres poniżej].

Piękno parametru, na który składa się % PKB / % populacji powyżej 75. roku życia, polega na tym, że jest to parametr samokalibrujący i w związku z tym nie ma potrzeby obliczania parytetu siły nabywczej ani wykonywania innych skomplikowanych czynności. Ilustruje to poniższy wykres:

Wykres 3. % PKB przeznaczony na długoterminową opiekę medyczną / % populacji 75+



Źródło: opracowanie własne.

Dla Holendrów życie w kraju, który może sobie pozwolić na taki poziom wydatków, powinno być źródłem niekończącej się radości. Jednakże nikt nie zaprzecza, że jest to radość kosztowna.

Wydaje się wobec tego, że obecne sposoby zarządzania opieką zdrowotną w Holandii mogłyby wyjaśnić wysoki koszt opieki zdrowotnej na osobę. Jeśli kraj na to stać, to dobrze; ale pamiętajmy, że dla dobra wyników końcowych i w trosce o jakość życia pacjentów, program redukujący koszty hospitalizacji mógłby wpłynąć pozytywnie na holenderski budżet opieki zdrowotnej!

1.1.2. SZWAJCARIA

Srebrni medaliści, 851 punktów

Szwajcarska opieka zdrowotna cieszy się od dawna wysmienią reputacją.

Nie jest więc zaskoczeniem, że kiedy braki w danych z poprzednich edycji EHCI zostały w większości wyeliminowane, Szwajcaria zapunktowała. Zważywszy na znaczne środki wpompowane w szwajcarską opiekę zdrowotną, powinna! Jedyne kraj, oprócz Belgii, który zdobył wszystkie „zielone” wyniki punktowe w podkategorii „Dostępność”.

1.1.3. ISLANDIA

Z uwagi na swoje położenie geograficzne na zachodnim Atlantyku, Islandia była zmuszona zbudować system opieki zdrowotnej zdolny (nie chodzi tu o rozmiary!) do zapewnienia opieki kilku milionom ludzi, podczas gdy obsługuje on tylko 300 000 Islandczyków. Brązowy medal dla Islandii, która zdobyła 818 punktów, nie był zaskoczeniem dla zespołu badawczego HCP.

W 2013 roku Islandia to jedyny kraj, który uzyskał wszystkie „zielone” wyniki punktowe w podkategorii „Wyniki Końcowe” – Szwecja i Norwegia wypadły z tej grupy.

Islandia jest w pewien sposób pokrzywdzona w Indeksie ze względu na to, że nie znajduje się w UE. W 2013 roku dane dotyczące sprzedaży leków na potrzeby projektu EHCI zostały dostarczone przez farmaceutyczny system Islandii.

Wydaje się również, że wszelkie spekulacje na temat kryzysu finansowego oddziałującego na islandzki system opieki zdrowotnej były mocno przesadzone. Ogólnie rzecz biorąc, Islandia jest krajem bardzo zamożnym, co zresztą udowodniła przez szybkie poradzenie sobie z kryzysem.

Z uwagi na brak profesjonalnego programu szkoleń dla przyszłych lekarzy Islandia prawdopodobnie korzysta z systemu, który przypomina nieco średniowieczne reguły kształcenia stolarzy i murarzy: po zdobyciu kwalifikacji rzemieślnicy ci mieli zakaz osiedlania się na stałe w jednym miejscu i tym samym byli zmuszeni do kilkuletniej tułaczki w poszukiwaniu pracy. Oczywiście w międzyczasie zdobywali bardzo dużo różnych umiejętności. Po ukończeniu szkoły młodzi lekarze z Islandii zwykle 8–10 lat pracują za granicą, a potem wracają praktykować w swoim kraju (i wcale nie muszą ożenić się z wdową po majstrze, aby rozpocząć własną działalność!). Nie tylko bardzo dużo się uczą, ale też zdobywają cenne kontakty, które mogą się przydać w skomplikowanych przypadkach medycznych, z jakimi się zetkną w przyszłości. W Islandii, jeżeli lekarz nie daje sobie rady z diagnozą, zwykle chwyta za słuchawkę i dzwoni do swojego byłego szefa bądź doświadczonego kolegi, pracującego w renomowanym zagranicznym szpitalu, i pyta: Czy mógłbyś/mogłabyś przyjąć tego pacjenta? Odpowiedź jest zazwyczaj następująca: Wsadzaj go do samolotu!

1.1.4. DANIA

Dania szybko wspięła się na 2. miejsce dzięki wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie” w EHCI 2008. Kraj ten od chwili włączenia go w 2006 roku do rankingu EHCI stale zwiększa uzyskiwany wynik punktowy. Co ciekawe, kiedy w EHCI 2012 przywrócono strukturę z 2007 roku, Dania przetrwała tę zmianę, uzyskała doskonałe wyniki i otrzymała srebrny medal za 822 punkty! Jednakże w roku 2013 wprowadzenie podkategorii „Zapobieganie” nie pomogło Dani, która straciła ze względu na nią 20 punktów wobec swojego agresywnego konkurenta, Islandii. Mimo to zgromadziła imponujące 815 punktów i zajmuje tym samym czwarte miejsce w rankingu EHCI. Całkiem nienaukowe wyjaśnienie przegranej w podkategorii „Zapobiegania” obrazuje typowa duńska reakcja na informację, że oczekiwana długość życia mężczyzny w Danii jest o 5 lat krótsza niż w Szwecji: „Przynajmniej umiemy korzystać z życia póki ono trwa!”.

Dania jest jednym z zaledwie trzech państw uzyskujących „zielone” wyniki punktowe w podkategorii „Swobodny wybór świadczeniodawcy usług zdrowotnych” po zaostreniu kryteriów, aby były zgodne z dyrektywą UE, także ze względu na internetowy ranking szpitali wskazujący pacjentom najlepsze placówki.

1.1.5. NORWEGIA

5. miejsce i 813 punktów. Bogactwo Norwegii oraz bardzo wysokie wydatki na służbę zdrowia na osobę przyniosły efekty – Norwegia pięła się systematycznie do góry w rankingu EHCI. Zwykle norwescy pacjenci narzekali na długi czas oczekiwania na wizytę. Teraz czas oczekiwania uległ znacznemu skróceniu. Są to dobre wyniki, jednak czasem zaskakująco restrykcyjne, w stosunku do innowacyjnych farmaceutyków, na podłożu bynajmniej nie finansowym.

1.1.6. BELGIA

Ten być może najbardziej hojny system opieki zdrowotnej w Europie³ plasuje się na 6. miejscu w rankingu EHCI 2013 (797 punktów), zachowując harmonię pomiędzy jakością a danymi raportowymi. Nieco przykrą niespodzianką jest to, że według OECD *Health Data* Belgia, podobnie jak w 2012 roku, ma najwyższy wskaźnik śmiertelności w wyniku ostrego zawału serca u osób hospitalizowanych.

1.1.7. NIEMCY

Niemcy (siódma pozycja w rankingu, 796 punktów) gwałtownie spadły w rankingu EHCI 2012, przeszły bowiem z 6. miejsca (2009) na 14. (2012). Jak wynika z hipotez przedstawionych w rankingu EHCI 2012, na zaskakująco negatywną postawę zrzeszeń pacjentów mogła mieć wpływ głęboko zakorzeniona „niemiecka skłonność do narzekań”, np. obecne pogorszenie się niegdyś niezawodnego dostępu do opieki zdrowotnej nie było tak poważne, jak to sobie powszechnie wyobrażano, a negatywne reakcje stanowiły wynik szoku, kiedy uświadomiono sobie, że „już nic dla nikogo nie jest za darmo”.

Badanie z roku 2013 zdaje się potwierdzać tę teorię, i wydaje się, iż niemieccy pacjenci zrozumieli, że u boku kanclerz Merkel w roli Królowej Europy „rzeczy nie mają się aż tak źle”.

Niemcy miały niegdyś coś, co można by nazwać najmniej restrykcyjnym systemem opieki zdrowotnej w Europie, zorientowanym na konsumenta/pacjenta, który mógł w każdej chwili szukać porady u jakiegokolwiek specjalisty („mocniejszy z uwagi na ilość, a nie jakość”). Głównym powodem, dla którego Niemcy nie kwalifikują się do walki o medal, są ich przeciętne wyniki (a „Niemcy” i „przeciętna jakość” to wyrażenia, które rzadko występują w jednym zdaniu!). Wynika to prawdopodobnie z charakterystyki niemieckiego systemu opieki zdrowotnej: ogromna liczba raczej małych szpitali bez określonej specjalizacji.

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!

³ Niektórzy mogliby powiedzieć, że zbyt szczodry: osobisty przyjaciel zespołu HCP, mieszkający w Brukseli, został „porwany i zatrzymany” w szpitalu na 6 dni(!), kiedy pewnego poranka w pracy odczuł niewyraźne bóle w klatce piersiowej.

polega na tym, że w brytyjskiej tradycji parametry niekoniecznie są mierzone w sposób kompatybilny ze standardami WHO czy jakimkolwiek innymi, jak na przykład ma to miejsce w przypadku spożycia alkoholu, kiedy powszechną jednostką pomiaru jest „litr czystego alkoholu rocznie”. Szkockie dane mówią o „jednostkach alkoholu na dzień/na tydzień”. Na szczęście zarówno w przypadku tych, jak i innych parametrów, ta sama metoda pomiaru występuje też w innych częściach Zjednoczonego Królestwa. A ponieważ punktacja EHCI jest relatywnym sposobem pomiaru, szkockie wyniki dotyczące niektórych wskaźników zostały zmierzone dzięki porównaniu z Anglią.

Jednym z nich jest „Depresja”, w przypadku której Szkocja nie występuje w głównym tekście źródłowym (badanie Eurobarometr). Szkocki „czerwony” wynik punktowy wywodzi się z wiadomości podanej przez BBC, że w związku z depresją każdego roku pomocy lekarskiej szuka 15% Szkotów⁴, czyli prawie dwukrotnie więcej osób niż w Anglii.

Jak można zaobserwować w macierzy EHCI na poprzedniej stronie, w przypadku 12 z 48 wskaźników Anglia i Szkocja mają rozbieżną punktację. Jak pokazują wykresy w punkcie 9.10, obecna różnica jest w większości przypadków skromna. Niemniej, biorąc pod uwagę ogólną punktację, różnica jest zadziwiająco mała: 719 punktów dla Szkocji i 718 dla Anglii.

Interesującą częścią macierzy jest „zawał serca” (i wylew, przedtem wskaźnik został pominięty w związku z problemem związanym z danymi: jeżeli EHCI użyłby publicznych wskaźników zdrowia, Szkocja uzyskałaby znacznie niższy wynik niż Anglia). Wydaje się, że szkocka opieka zdrowotna przygotowała się na to wiedząc, że choroby serca są dla niej dużym problemem. Ciekawym przypadkiem byłaby tu Polska, której współczynnik śmiertelności z powodu chorób układu krążenia jest na porównywalnym poziomie co w Niemczech czy Szwecji; w przybliżeniu o połowę mniejszy od sąsiadujących Czechów i krajów nadbałtyckich. Jak to powiedział pewien ekspert podczas panelu dyskusyjnego: „Mają tam naprawdę wielu kardiologów”.

Badanie EHCI skierowane do organizacji reprezentujących pacjentów potwierdziło opinię brytyjskiej służby zdrowia, a mianowicie, że ogromne nakłady finansowe zainwestowane w zmniejszenie czasu oczekiwania na brytyjskiego specjalistę opłaciły się, nawet jeśli Zjednoczone Królestwo wciąż stanowi część europejskiego „systemu kolejkowego” (zobacz punkt 6.6). Wysiłki, aby zapewnić w szpitalach czystość i zmniejszyć ryzyko szpitalnych zakażeń również nie poszły na marne: po raz pierwszy w historii EHCI Anglia otrzymała wyraźny „bursztynowy” wynik punktowy we wszystkich wskaźnikach wyników końcowych!

Nie ma naprawdę żadnego powodu, aby szukać znaczących różnic pomiędzy Anglią a Szkocją tylko dlatego, że mają one oddzielne administracje opieki zdrowotnej. Podstawowa organizacja instytucji jest podobna, nawet bardzo, z głęboko zakorzenionym „systemem lekarzy pierwszego kontaktu”, wiążącym się, czego można było oczekiwać, z długim czasem oczekiwania na skierowanie do specjalisty. Zauważmy, że istnieje niewiele dowodów na to, że posiadanie osobnych systemów biurokratycznych cokolwiek zmieni. Naturalne byłoby tutaj oczekiwanie, że różnica będzie minimalna.

Jeśli w ogóle ma to jakiegokolwiek osadzenie w rzeczywistości, wyższe o 10% wydatki na służbę zdrowia *per capita* ponoszone przez Szkocję mogły być motywowane przynajmniej częściowo czynnikami związanymi ze służbą zdrowia, jak na przykład nadużywaniem alkoholu i depresją, które są zdecydowanie większymi problemami w Szkocji niż w Anglii.

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

1.1.12. IRLANDIA

Irlandia z dużym trudem utrzymuje się na swoim 14. miejscu. Kraj ten ma dobre oficjalne statystyki czasu oczekiwania na opiekę zdrowotną i te dane zaważyły na wyniku końcowym. Jednakże na przestrzeni tych kilku lat publikowania EHCI irlandzkie organizacje stały się o wiele bardziej radykalne w swoich wypowiedziach. Choć dobrze wiemy, że klienci/pacjenci zapamiętają lepiej zdarzenia mniej przyjemne, to jednak jeśli te same pesymistyczne wyniki pojawią się ponownie w 2014 roku, wątpliwości znowu powstaną i doprowadzą do zakwestionowania oficjalnych statystyk.

Fakt, że Irlandia ma najwyższy odsetek populacji wykupujący podwójne ubezpieczenie zdrowotne (>40%; z 52% dwa lata temu⁵) również stanowi problem: czy powinniśmy to postrzegać jako przejaw ogromnego niezadowolenia z publicznego systemu, czy też jako techniczne rozwiązanie mające na celu progresywne opodatkowanie?

1.1.13. SZWECJA

Szwecja spadła w rankingu EHCI z szóstego na jedenaste miejsce ze swoimi 756 punktami, co stanowi jedynie 6 punktów mniej niż w 2012 roku, kiedy było ich 762. Nie można jednak powiedzieć, że powodem utraty pozycji jest spadek jakości opieki zdrowotnej w Szwecji. Najwyraźniej inne kraje zrobiły więcej w tym zakresie.

Szwecja wypadła niespodziewanie dobrze w nowej podkategorii „Zapobieganie”, zważywszy że opieka zdrowotna w tym kraju od lat pielęgnuje tradycję odradzania pacjentom zajmowania czasu swoim lekarzom, o ile nie są *naprawdę* chorzy.

Szwecja straciła kluczowe punkty, ponieważ po wprowadzeniu wskaźnika „aborcja” nie ma już wszystkich ocen „zielonych” w wynikach końcowych leczenia. Kraj ten znajduje się w grupie jedynie kilku krajów EŚW, w których wykonuje się więcej niż 30 aborcji na 100 narodzin, co z kolei jest prawdopodobnie reliktem okresu sprzed 1990 roku. W Rosji aborcja jest wciąż traktowana jako powszechny środek antykoncepcyjny, i tak na 100 narodzin dokonuje się 95 zabiegów przerwania ciąży (co i tak jest mniejszą liczbą w porównaniu do 160 aborcji w połowie lat 90.). Należy podkreślić, że EHCI patrzy krytycznie na cztery kraje praktykujące ustawowy zakaz aborcji.

Jednocześnie trudno jest poprawić notorycznie słabą sytuację Szwecji, jeśli chodzi o dostępność usług zdrowotnych, pomimo podejmowanych przez władze wysiłków zmierzających do pobudzenia zdecentralizowanego państwowego systemu opieki zdrowotnej do skrócenia listy oczekujących. Ankieta HCP skierowana do organizacji pacjentów potwierdza obraz sytuacji uzyskany z oficjalnego źródła www.vantetider.se, że maksymalne okresy oczekiwania, które w skali europejskiej bywają raczej krótkie, są przekraczane. Docelowy maksymalny czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (nie więcej niż 7 dni) jest dłuższy tylko w przypadku Portugalii, gdzie nie przekracza on 15 dni. W ankiecie HCP szwedzcy pacjenci przedstawiają najgorszy obraz dostępu do usług medycznych spośród wszystkich europejskich krajów. Długo czekają zwłaszcza pacjenci z chorobą nowotworową, i to nie tylko w stołecznym Sztokholmie, co wydaje się po prostu nieludzkie!

Innymi słowy: dlaczego Albania może oferować usługi ochrony zdrowia przy praktycznie zerowym czasie oczekiwania pacjentów na wizytę, a Szwecja nie jest w stanie tego uczynić?

⁵ OECD Health at a Glance, 2012.

1.1.14. GRECJA

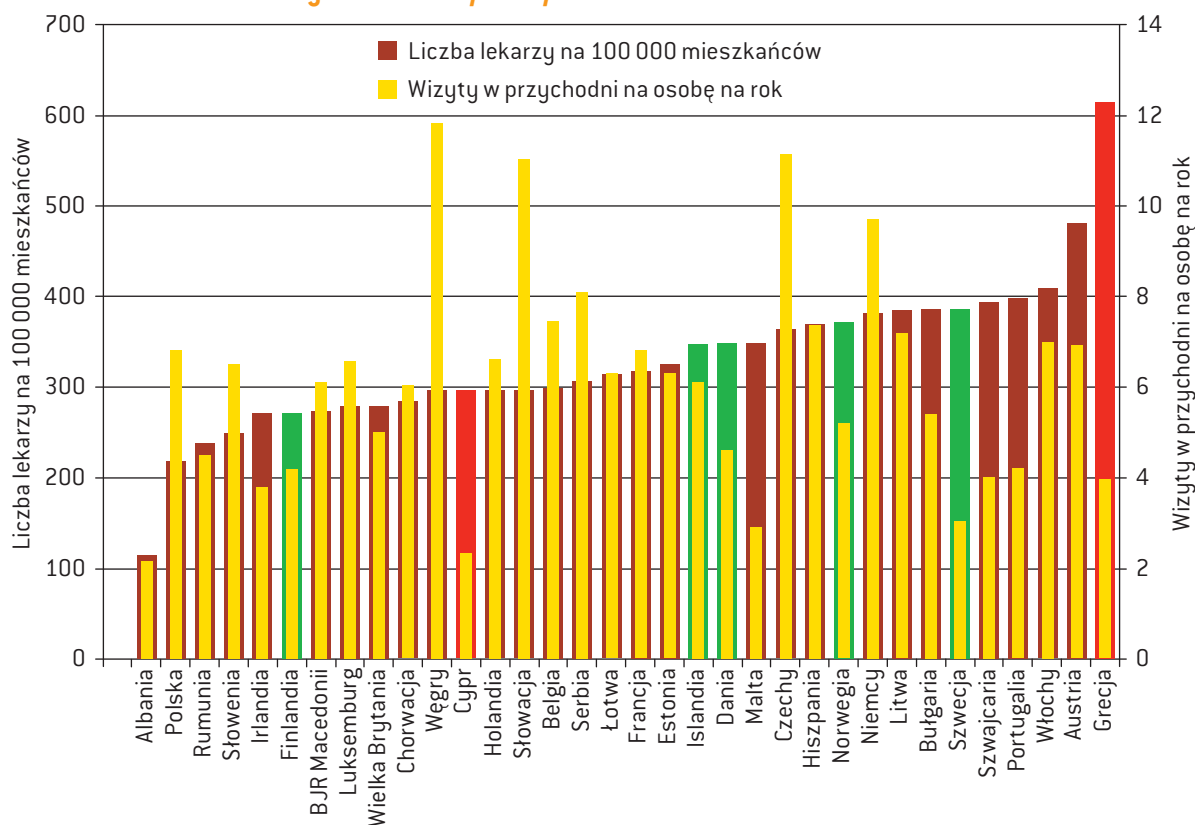
Niegdyś na 22. miejscu w rankingu, w 2012 roku spadła na miejsce 25.

Grecja odnotowała dramatyczny spadek kosztów opieki zdrowotnej *per capita*: redukcja o 28% pomiędzy 2009 a 2011 rokiem! Jest to jedyny w swoim rodzaju przypadek w Europie; również wśród krajów dotkniętych przez kryzys finansowy, takich jak Portugalia, Irlandia, Hiszpania, Estonia, Litwa i Łotwa, żaden nie odnotował obniżenia kosztów opieki zdrowotnej poważniejszego niż chwilowe niedogodności w postaci spadku o ok. 10% (zobacz Aneks 2).

Grecja zmieniła wyraźnie swój tradycyjny sposób postępowania. Kraj, który dotychczas ochoczo wprowadzał na rynek nowe wyroby farmaceutyczne, stał się bardziej restrykcyjny.

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

Wykres 4. Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (szerokie słupki) oraz liczba wizyt lekarskich *per capita*



Źródło: opracowanie własne.

Wydaje się zupełnie nieprawdopodobne, by Grecja mogła sobie pozwolić na utrzymanie tak ogromnej liczby lekarzy i lekarzy specjalistów (raport z 2013 roku wciąż informuje o więcej niż 6 lekarzach na 1000 osób), jeśli nie idzie za tym znaczne obniżenie zarobków. Prawdopodobnie raporty dotyczące obniżenia kosztów opieki zdrowotnej o tę bezprecedensową wartość (wyżej wymienione 28%) są tak samo wiarygodne, jak greckie dane na temat gospodarki, przedstawione przed przystąpieniem do Europejskiej Unii Monetarnej.

W Grecji nastąpiły natomiast zmiany, jeżeli idzie o gotowość do wprowadzania nowych leków na rynek. Zgodnie ze wskaźnikiem 6.5 (nowe leki na artretyzm) Grecja, w niektórych przypadkach, zmieniła radykalnie swoją wcześniejszą, hojną w zakresie wprowadzania nowych, kosztownych lekarstw, postawę.

Warto wspomnieć o wskaźnikach wyników końcowych leczenia, które wcale nie sugerują pogorszenia sytuacji w Grecji.

1.1.15. CZECHY

Czechy zawsze były liderem wśród krajów EŚW i w 2012 roku utrzymały swoje 15. miejsce w rankingu, stając na czele grupy krajów EŚW.

1.1.16. PORTUGALIA

Portugalia zaimponowała swoim niezwykłym skokiem na 16. miejsce w rankingu z 671 punktami (25 miejsce w rankingu w 2012 roku). To niezwykle, zwłaszcza że Portugalia jest jednym z krajów najbardziej poszkodowanych przez kryzys.

1.1.17. ALBANIA

29. miejsce w rankingu i 542 punkty. Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego ministra zdrowia. Jak wynika z powyższego wykresu i działu 5.1, Albania dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami w sektorze ochrony zdrowia. Państwu temu udaje się uniknąć zajęcia ostatniego miejsca głównie dzięki doskonałemu wynikowi w kategorii „Dostępność świadczeń medycznych”. Organizacje reprezentujące pacjentów, także w 2012 roku, potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, według której kolejki oczekujących na wizytę u specjalisty w zasadzie nie występują.

Wyjaśnienie przedstawione przez albańskie Ministerstwo Zdrowia brzmiało następująco: „Albańczycy to ludzie twardzi, którzy lekarza odwiedzają tylko wtedy, gdy trzeba ich tam zanieść”, co sugerowało niepełne wykorzystanie możliwości systemu opieki zdrowotnej. Jest to uproszczenie. Albańczycy odwiedzają lekarzy pierwszego kontaktu ponad dwa razy częściej niż Szwedzi (3,9 w porównaniu z 1,7 wizyty rocznie)!

1.1.18. SERBIA

Po uwzględnieniu Serbii w rankingu EHCI w 2012 roku, z Ministerstwa Zdrowia w Belgradzie napłynęły silne sygnały, że wyniki nie były sprawiedliwe. Co ciekawe, słyhać było także głosy z organizacji zrzeszających lekarzy w Serbii, że wyniki dotyczące ich kraju były przesadzone, i że w EHCI nie wzięto na poważnie pod uwagę korupcji w systemie opieki zdrowotnej. Jedyнным wskaźnikiem odnoszącym się bezpośrednio do korupcji jest wskaźnik „Łapówki przyjmowane przez lekarzy” i tutaj Serbia otrzymała „czerwony” wynik punktowy. Niestety również w 2013 roku Serbia znalazła się na ostatnim miejscu w rankingu.

1.2. CZY KRYZYS FINANSOWY MA WPŁYW NA EUROPEJSKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ?

To jedno z pytań najczęściej zadawanych zespołowi HCP podczas spotkań z osobami podejmującymi decyzje dotyczące opieki zdrowotnej. Problem ten zajmował szczególne miejsce w pracach nad rankingiem EHCI 2012.

W EHCI 2013 wprowadzono więcej wskaźników w podkategorii „Zasięg i zakres usług medycznych” i „Środki farmaceutyczne”, a także w nowej podkategorii „Zapobieganie” (łącznie 48 wskaźników w zestawieniu z 42 w 2012 roku). Im więcej wskaźników się wprowadza, tym trudniej jest poszczególnym krajom osiągnąć wysokie wyniki, bo przecież żaden z nich nie jest najlepszy we wszystkim. Jeśli liczba wskaźników zostałaaby dramatycznie zwiększona, kraje powędrowałyby zapewne ku „centrum grawitacji”, czyli wynikowi 667 punktów. Co więcej, z wyłączeniem kilku wskaźników, rozłożenie punktacji jest zdecydowanie względne, stąd trudno posłużyć się jednym wynikiem, aby wykryć zaistniałe na przestrzeni lat różnice.

Jednakże całościowy wynik punktowy wydaje się wskazywać na makroekonomiczny efekt kryzysu finansowego. Na poniższym wykresie 5 ukazano punktację ogólną. Najwyższe wyniki w rankingu 2013 roku wskazują na koncentrację krajów bogatych na czele; widać to wyraźnie zwłaszcza w tym roku. Wygląda na to, że kraje te były w stanie uniknąć (raczej umiarkowanych) efektów kryzysu finansowego, które mocniej uderzyły w mniej zamożne państwa.

Można to rozumieć tak, że kryzys finansowy przyczynił się do nieznacznego, ale zauważalnego wzrostu nierówności w systemach opieki zdrowotnej krajów europejskich.

Tendencje, które ujawniły się podczas analizy wyników na poziomie wskaźnika:

1.2.1. JAKOŚĆ WYNIKÓW STALE SIĘ POPRAWIA

Wskaźniki takie jak „Przeżywalność chorych na chorobę nowotworową” czy „Śmiertelność noworodków” stale pokazują poprawę na przestrzeni lat. Dotyczy to także krajów nadbałtyckich, które przeżyły finansową „przeprawę” w każdym calu porównywalną do tego, co przytrafiło się południowej Europie czy Irlandii. Przykładem są tu Litwa i Łotwa, które w niezwykle sposób zmniejszyły wskaźnik „Śmiertelności noworodków”, i to w okresie największego zaciskania pasa.

Jest to prawdopodobnie zasługa lekarzy, którymi niezwykle trudno się zarządza – sygnały napływające od menedżerów i polityków są nierzadko puszczane mimo uszu. Byłoby to prawdą zwłaszcza jeśli chodzi o zapewnianie jakościowo lichej opieki medycznej, co przecież wystawiłoby lekarzy na krytykę ze strony środowiska zawodowego, które, w większości przypadków, wywiera na nich o wiele większy wpływ niż niejeden zarząd czy budżet.

1.2.2. OPÓŹNIENIA I/LUB RESTRYKCYJNE PROCEDURY WPROWADZANIA NOWYCH ŚRODKÓW FARMACEUTYCZNYCH NA RYNEK

Zgodnie z tym, co pokazują Wskaźniki 6.3–6.5 (dział 9.11.6), oszczędzanie na wprowadzaniu/wdrażaniu leków, a zwłaszcza nowych, opatentowanych (kosztownych) środków, wydaje się bardzo popularną

taktyką prowadzącą do ograniczania wydatków na służbę zdrowia w wielu krajach. Zauważono to już w poprzednich Indeksach HCP⁶.

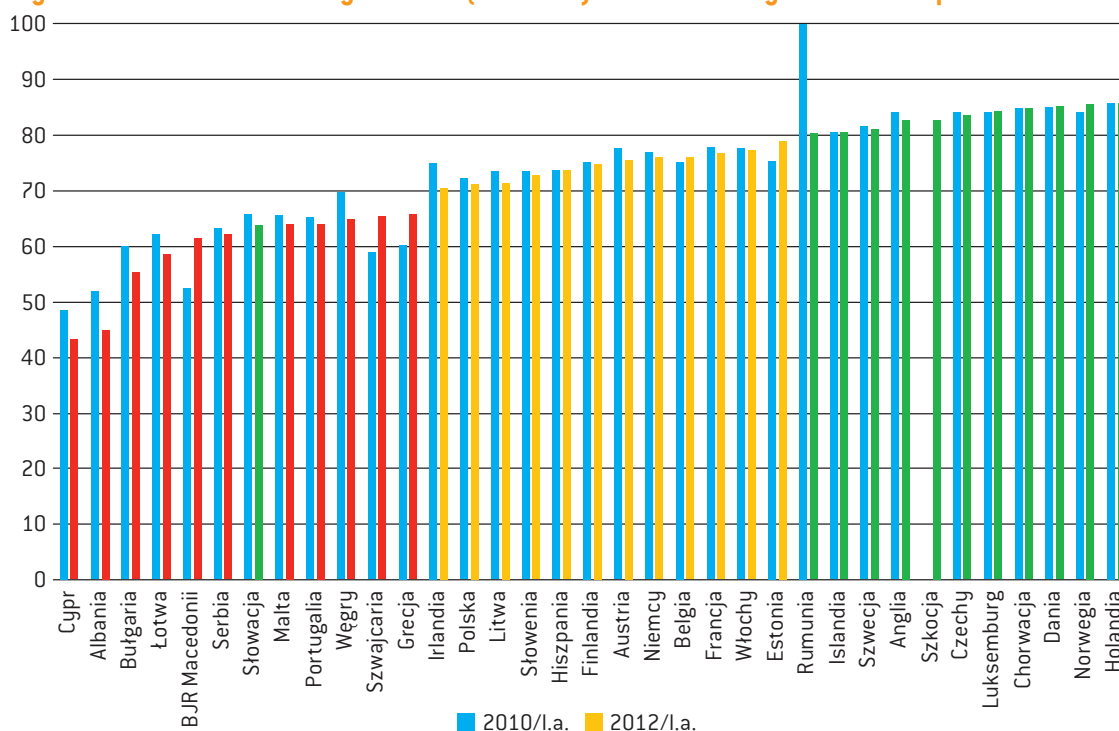
Jest to oczywiste zwłaszcza w przypadku Grecji – kraju, który niegdyś skutecznie i chętnie wprowadzał nowe leki. W 2010 roku publiczny grecki rachunek za recepty dla 11 milionów ludzi wynosił 8 miliardów euro. Tytułem porównania, szwedzki rachunek wynosił 4 miliardy euro dla 9,5 miliona ludzi – ceny leków były *zwykle* niższe w Grecji. Grecka gotowość do wprowadzania nowych leków straciła na sile, wraz z wprowadzeniem powszechnych zamienników leków.

Co ciekawe, także zamożne kraje takie jak Szwecja czy Szwajcaria postużyły się taktyką (?) polegającą na wydłużeniu czasu pomiędzy rejestracją leku a jego wprowadzeniem do aptecznego systemu świadczeń. Według danych zebranych przez EFPIA, oba kraje przedłużyły ten okres na przełomie 2011 i 2012 roku o około 50 dni.

1.2.3. WZROST UDZIAŁU PRYWATNEGO W KOSZTACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jeżeli uznajemy dotyczące tego parametru dane w bazie WHO za dokładne, wydaje się, że występuje pewna nieznaczna tendencja do wyższych prywatnych opłat wyrażonych jako część całości wydatków na opiekę zdrowotną. Tendencja ta jest widoczna w mniej zamożnych krajach oraz w tych, które stały się ofiarami kryzysu finansowego (patrz wykres poniżej):

Wykres 5. Publiczne nakłady na służbę zdrowia jako % całkowitych kosztów opieki zdrowotnej



Źródło: Baza danych WHO HfA, lipiec 2013 r.

Wykres 5. Niebieskie słupki: poziom publicznego finansowania, stan na 2010 rok. Czerwone/Żółte/Zielone słupki: „ostatni dostępny” poziom publicznego finansowania. W krajach ESW oraz tych, które padły ofiarą kryzysu (Portugalia, nie Grecja, Węgry, Łotwa, Bułgaria, Irlandia), dostrzegalny jest drobny spadek w odsetku publicznego finansowania. Zjawisko to jest zupełnie albo prawie zupełnie niewystępujące w przypadku stabilnych gospodarek bardziej zamożnych krajów europejskich. Rumuńskie 100% w 2010 roku nie było wiarygodne i zostało szybko skorygowane. Słowacki „zielony” wynik punktowy został oparty na dokładnie sprawdzonych danych pochodzących ze słowackiego Ministerstwa Zdrowia.

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

1.3. BBB; MODEL BISMARCKA NIEZMIENNIE PRZEWAŻA NAD MODELEM BEVERIDGE'A

Przykład Holandii wydaje się gwoździem do trumny systemów opieki zdrowotnej Beveridge'a, a przekaz tej sytuacji jest jasny: należy usunąć polityków i innych amatorów ze stanowisk decyzyjnych dotyczących być może najbardziej skomplikowanego systemu na świecie: opieki zdrowotnej! Model Beveridge'a funkcjonuje z sukcesem jedynie w krajach o małej liczbie ludności, takich jak Islandia, Dania i Norwegia.

1.3.1. JAKIE SĄ CECHY CHARAKTERYSTYCZNE OBU SYSTEMÓW?

Wszystkie państwowe systemy opieki zdrowotnej borykają się z tym samym problemem: jakie techniczne rozwiązanie należałoby zastosować do skierowania 8–11% dochodu narodowego do sektora usług medycznych?

Systemy opieki zdrowotnej bazujące na modelu **Bismarcka**: system opiera się na ubezpieczeniu społecznym, przy czym istnieje wiele towarzystw ubezpieczeniowych, kas chorych itp., które *w sensie organizacyjnym są niezależne od świadczeniodawców usług medycznych*.

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

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

Już podczas tworzenia rankingu EHCI 2005, przy pierwszej takiej próbie obejmującej 12 krajów zaobserwowano, że „generalnie rzecz biorąc, kraje o długiej tradycji pluralizmu w finansowaniu i świadczeniu usług medycznych, tj. oferujące konsumentowi możliwość wyboru pomiędzy różnymi ubezpieczycielami, a które z kolei nie dzielą świadczeniodawców na prywatnych kierujących się zyskiem, *non profit* lub państwowych, wykazują wspólne cechy nie tylko w przypadku list oczekujących...”.

Patrząc na wyniki rankingów EHCI z lat 2006–2009, trudno nie zauważyć, że kraje zajmujące czołowe pozycje wykorzystują systemy zdrowotne oparte na modelu Bismarcka, a pomiędzy nie wcisnęły się niejako kraje skandynawskie z systemami wzorowanymi na modelu Beveridge'a, gdyż ułatwiła im to stosunkowo niewielka liczba mieszkańców. Wydaje się, że duże systemy opieki zdrowotnej oparte na modelu Beveridge'a mają trudności z zapewnieniem pacjentowi naprawdę wysokiego poziomu usług. Największe kraje wykorzystujące system opieki zdrowotnej oparty na tym modelu – Zjednoczone Królestwo i Włochy – zajmują zbliżone pozycje w środkowej części Indeksu. Istnieją (co najmniej) dwa wyjaśnienia takiego stanu rzeczy:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga znacznych umiejętności menedżerskich, które zwykle są sownie wynagradzane. Organizacja taka jak angielski NHS, zatrudniająca prawie 1,5 miliona pracowników, którzy kierują się własnymi planami działania,

nieułatwiającymi pracy zarządowi i niekoniecznie pokrywającymi się z planami administracji/kierownictwa, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Jest wątpliwe, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i korzyści pozwalające pozyskać takich menedżerów.

2. W organizacjach opartych na modelu Beveridge'a, odpowiedzialnych zarówno za finansowanie, jak i świadczenie opieki zdrowotnej, istnieje ryzyko, że politycy i inni decydenci, pierwotnie lojalni wobec konsumenta/pacjenta, mogą się skupić na dobru *organizacji*, którą z uzasadnionym poczuciem dumy budowali od dziesięcioleci (lub na przykład starać się, by tworzyła ona miejsca pracy w ich rodzinnych miastach).

2. WPROWADZENIE

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

2.1. PODSTAWOWE INFORMACJE

Od 2004 roku HCP wydaje liczne publikacje porównawcze na temat opieki zdrowotnej w różnych krajach. Pierwszą z nich był Szwedzki Konsumencki Indeks Zdrowia z 2004 roku (www.vardkonsumentindex.se, dostępny także w wersji w języku angielskim). Tworząc ranking 21 rad okręgowych w oparciu o 12 podstawowych wskaźników dotyczących „kształtu” prowadzonej polityki, wyboru, poziomu usług i dostępu do informacji, wprowadzono metodę porównawczą stanowiącą element służący ocenie procesu nadawania konsumentowi uprawnień oraz możliwości wyboru. Po dwóch latach inicjatywa ta zainspirowała, lub też sprowokowała, Szwedzkie Stowarzyszenie Władz Lokalnych i Regionów, a także Narodową Radę Zdrowia i Opieki Społecznej, do stworzenia podobnego rankingu, co uczyniło zestawienia dostępne dla ogółu społeczeństwa kluczowym szwedzkim instrumentem wprowadzania zmian.

W przypadku indeksów paneuropejskich stworzonych w latach 2005–2008, celem HCP było w zasadzie zastosowanie tego samego podejścia, tzn. wybranie pewnej liczby wskaźników odzwierciedlających, w jakim stopniu narodowe systemy opieki zdrowotnej są „przyjazne dla użytkowników”. Stworzono w ten sposób podstawę do porównywania systemów opieki zdrowotnej różnych krajów.

Ponadto od 2008 roku HCP znacząco poszerzył program porównawczy:

- W styczniu 2008 roku kanadyjski Frontier Center i HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Konsumencki Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja z 2009 r. została opublikowana w maju 2009 roku.

- Europejski Konsumencki Indeks Opieki Kardiologicznej opublikowany w 2008 roku porównuje 29 europejskich systemów opieki kardiologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach obejmujących 28 wskaźników efektywności.
- Pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia została opublikowana we wrześniu 2008 roku we współpracy z ośrodkiem Frontier Center for Public Policy i przedstawiała ocenę opieki zdrowotnej z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjskie prowincje.
- Pierwszy Europejski Konsumencki Indeks Opieki Diabetologicznej opublikowany we wrześniu 2008 roku jest pierwszym rankingiem europejskich usług zdrowotnych świadczonych osobom chorym na cukrzycę, obejmującym pięć kluczowych kategorii: informację, prawa i możliwości wyboru, jakie ma pacjent, szczodrość systemu, zapobieganie, dostęp do procedur i wyniki leczenia.
- Inne opublikowane Indeksy to Europejski Indeks HIV 2009, Europejski Indeks Migren 2012 oraz Europejski Indeks Opieki nad Chorymi na Żółtaczkę 2012.
- Tegoroczna edycja Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia obejmuje 48 wskaźników efektywności opieki zdrowotnej w 35 krajach.

Choć jest to wciąż nieco kontrowersyjny punkt widzenia, HCP uważa, że porównywanie jakości w obszarze opieki zdrowotnej przynosi korzyści wszystkim: konsumentom, którzy mogą dokonywać świadomych wyborów i podejmować działania; rządowi, władzom i świadczeniodawcom, w przypadku których większe skoncentrowanie się na zadowoleniu konsumenta i wynikach jakościowych przyniesie większe poparcie dla zmian; a także mediom, którym ranking oferuje jednoznaczne fakty przydatne w dziennikarstwie konsumenckim. Porównania pokazują nie tylko wady i braki systemu, ale też możliwości jego poprawy. Mając powyższe na uwadze, ranking EHCI stworzono tak, aby stał się ważnym punktem odniesienia wspierającym interaktywną ocenę i doskonalenie.

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

2.2. SKŁADOWE INDEKSU

Celem niniejszego indeksu było wybranie ograniczonej liczby wskaźników opisujących określoną liczbę obszarów oceny, których połączenie może stanowić wymowny obraz sposobu świadczenia usług w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej.

2.3. O AUTORZE

Pracami nad indeksem EHCI 2012 kierował dr Arne Björnberg, prezes i dyrektor generalny Health Consumer Powerhouse. Na jego doświadczenie składa się pełnienie funkcji prezesa zarządu Szwedzkiej Narodowej Korporacji Farmaceutycznej („Apoteket AB”), posada dyrektora ds. rozwiązań w dziedzinie opieki zdrowotnej i rozwiązań sieciowych w IBM na obszar Europy, Bliskiego Wschodu i Afryki, oraz stanowisko prezesa zarządu Szpitala Uniwersyteckiego Szwecji Północnej („Norrlands Universitetssjukhus” w Umeå).

Dr Björnberg był także kierownikiem projektu indeksów EHCI w latach 2005–2009, Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Opieki Kardiologicznej z 2008 roku oraz uczestniczył w wielu innych projektach związanych z Indeksami.

3. KRAJE UJĘTE W RAPORCIE

W 2005 roku EHCI obejmował 12 krajów i zawierał 20 wskaźników; tegoroczny indeks dotyczy już 28 krajów członkowskich UE, a także Norwegii i Szwajcarii oraz krajów kandydujących: Byłej Jugosłowiańskiej Republiki Macedonii, Albanii, Islandii i Serbii.

W ramach eksperymentu Szkocja, posiadająca własny Narodowy System Opieki Zdrowotnej, została oceniona w EHCI 2013 jako osobny kraj. Wyraźnie widać po wynikach (Anglia 718 punktów, Szkocja 719 punktów), że odrębne systemy administracyjne nie wpływają na działanie różnych systemów opieki zdrowotnej. Istnieje również kilka obszarów opieki zdrowotnej, w których regionalne różnice pomiędzy Anglią a Szkocją są większe niż różnice obserwowane pomiędzy oddzielnymi krajami.

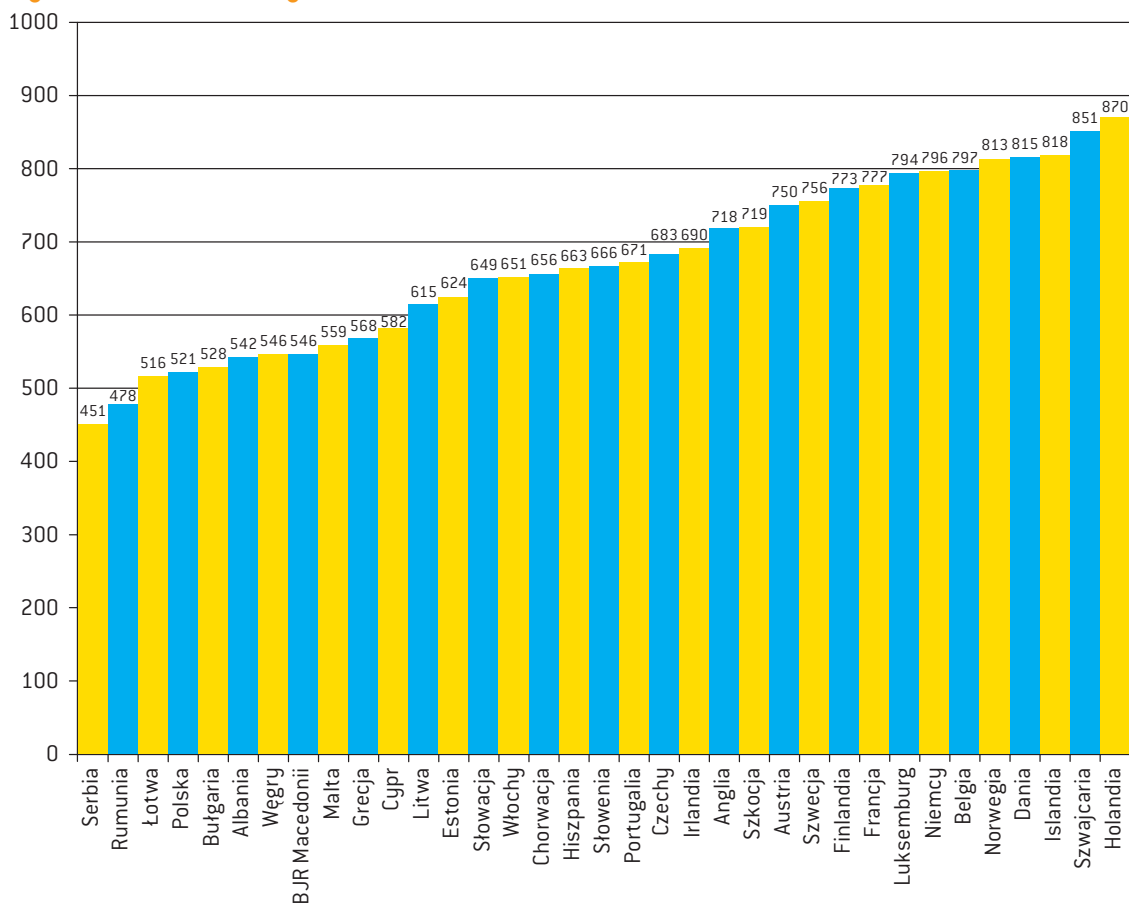
4. WYNIKI EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU 2013

Podkategoria	Wskaźnik	Albania	Austria	Belgia	Bulgaria	Chorwacja	Cypr	Czechy	Dania	Estonia	Finlandia	Francja	BJR Macedonii	Niemcy	Grecja	Węgry	Islandia	Irlandia	Włochy	Łotwa	Litwa	Luksemburg	Malta	Holandia	Norwegia	Polska	Portugalia	Rumunia	Serbia	Słowacja	Słowenia	Hiszpania	Szwecja	Szwajcaria	Anglia	Szkocja							
1. Prawa pacjenta i informacja	1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍						
	1.2. Organizacja pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👎	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍					
	1.3. Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍				
	1.4. Prawo do drugiej opinii	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍				
	1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍			
	1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍			
	1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍			
	1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍		
	1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.11. Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.12. e-recepty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Wynik ważony dla podkategorii		83	117	92	88	121	75	79	142	129	117	117	92	125	71	96	125	125	92	104	100	121	96	75	142	138	83	117	92	79	113	108	92	117	113	129	129	129	129				
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍			
	2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍		
	2.3. Poważne, niemergencyjne zabiegi operacyjne < 90 dni	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.4. Leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.5. Badanie TK < 7 dni	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6. Czas oczekiwania na oddziałę ratunkowym szpitala	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Wynik ważony dla podkategorii		200	200	225	175	138	138	175	163	125	125	188	163	200	138	138	150	138	138	138	100	150	200	125	125	188	125	125	113	100	125	125	125	125	100	225	125	125	125	125	125	125	

4.1. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Aby porównanie wyników w czasie było bardziej przejrzyste, pozycje rankingowe mniejsze lub równe 13 (począwszy od Anglii i dalej w dół) na wykresie poniżej nie obejmują Szkocji:

Wykres 6. EHCI 2013: wyniki końcowe



Źródło: opracowanie własne.

Siódma już próba stworzenia indeksu porównującego systemy opieki zdrowotnej potwierdziła, że w UE jest grupa krajów, które z punktu widzenia klienta/pacjenta mają dobrze działające systemy opieki zdrowotnej.

Punktacja została przemyślana specjalnie w taki sposób, aby prawdopodobieństwo uzyskania przez dwa kraje tego samego miejsca w rankingu było niemalże zerowe. Należy tym samym podkreślić, że nie trzeba przeprowadzać wnikliwej analizy, z jakiego powodu dany kraj znalazł się na miejscu 13., a inny na 16. Bardzo subtelne zmiany w pojedynczych punktacjach, zwłaszcza dotyczące środkowych pozycji na liście rankingowej, mogą mieć wpływ na cały wewnętrzny układ krajów w klasyfikacji.

Końcowy ranking systemów opieki zdrowotnej EHCI 2013 pokazuje o wiele bardziej ograniczone zwycięstwo (w 2012 roku margines stanowiło 50 punktów) Holandii, która zdobyła 870 z 1000 możliwych punktów, co daje jej 19 punktów przewagi nad Szwajcarią, która uzyskała 851 punktów. Po najlepszej dwójce następuje 30-punktowa luka, po której znajdują się trzy kraje skandynawskie o bardzo zbliżonej do siebie punktacji: Islandia, zajmująca 3. miejsce z 818 punktami, Dania na 4. miejscu z 815 punktami i Norwegia na 5. miejscu z 813 punktami. Główny powód awansu Szwajcarii w 2013 roku jest taki, że historyczne braki danych dotyczących tego kraju spoza UE zostały już uzupełnione (nie bez trudu).

Zmiany w rankingu nie powinny być postrzegane jako efekt zmiany wskaźników, których w raporcie EHCl 2013 znalazło się 48, podczas gdy w poprzednich latach było ich 42, i/lub zmian w podkategoriach. Holandia jest jedynym krajem, który stale znajduje się w czołowej trójce w końcowym rankingu każdego Europejskiego Indeksu opublikowanego przez Health Consumer Powerhouse od 2005 roku. Holandia jest zwycięzcą podkategorii – zwyciężyła w dwóch podkategoriach w EHCl 2013: „Zakres i zasięg usług medycznych”, tutaj otrzymała maksymalny wynik, czyli 150 punktów, oraz „Prawa pacjenta i informacja”, gdzie, *ex aequo* z Danią, zdobyła 142 punkty na 150 możliwych. Holenderski system opieki zdrowotnej wydaje się w zasadzie nie mieć żadnych słabych punktów w pozostałych podkategoriach, być może z wyjątkiem pewnych obszarów do doskonalenia, jeżeli idzie o czas oczekiwania na leczenie, podkategorii, w której przodują inne kraje europejskie. Zazwyczaj HCP zależy na tym, aby zaznaczyć, że EHCl ogranicza się do pomiaru „przyjaznego nastawienia względem pacjenta” systemów opieki zdrowotnej, to nie ma na celu zmierzenia, który europejski kraj ma najlepszy system opieki zdrowotnej.

Trudno jest jednak stworzyć Indeks HCP bez umieszczenia Holandii na podium, co stwarza wrażenie, że zwycięzca rankingu EHCl 2013 ma w istocie „najlepszy system opieki zdrowotnej w Europie”. Zapewne dużo byśmy się nauczyli, zaglądając głębiej do źródeł holenderskiego sukcesu!

Szwajcarski system opieki zdrowotnej od dawna cieszy się znakomitą reputacją i nie jest zaskoczeniem, że coraz wnikliwsze badania eliminują większość wyników n.d., zapewniając tym samym Szwajcarii dobrą pozycję w rankingu EHCl.

Islandia z wynikiem 818 punktów jest brązowym medalistą; jest to jedyny kraj, który zdobył komplet „zielonych” ocen we wskaźnikach wyników końcowych leczenia.

Na wyniku punktowym uzyskanym przez Szwecję za technicznie doskonałe usługi opieki zdrowotnej jak zawsze negatywnie odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością usług zdrowotnych/czasem oczekiwania pacjentów, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program *Vårdgaranti* [Gwarancja Dostępu do Usług Zdrowotnych]. W 2013 roku Szwecja spadła na 11. miejsce z 756 punktami.

W Europie południowej Hiszpania i Włochy oferują usługi medyczne o bardzo wysokiej jakości w wielu aspektach. Wydaje się jednak, że poziom opieki zdrowotnej krajów południowoeuropejskich jest zbyt uzależniony od finansowych możliwości konsumentów, którzy muszą wydawać własne środki na prywatną ochronę zdrowia, będącą uzupełnieniem usług zdrowotnych oferowanych przez państwo. Dodatkowo zarówno Hiszpania, jak i Włochy cechują się dużą regionalną różnorodnością, co skutkuje wieloma wynikami punktowymi oznaczonymi kolorem „bursztynowym” w przypadku tych krajów.

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

Odnotowujemy poprawę w kwestiach związanych z prawami pacjenta i konsumenta. W coraz liczniejszych krajach europejskich istnieją uregulowania prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które opierają się na prawach pacjenta, a dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej staje się standardem. Przez lata katalogami szpitali/klinik z rankingiem jakości świadczonych przez nie usług dysponowały zaledwie

dwa, trzy kraje; w roku 2013 liczba ta wzrosła do ośmiu, co miejmy nadzieję wskazuje na aktywność w tej dziedzinie. Turystyka medyczna, którą ułatwia nowa dyrektywa w sprawie mobilności pacjentów, może zwiększyć zapotrzebowanie na przejrzystość w zakresie wyników uzyskiwanych przez placówki medyczne. Po dyrektywie transgranicznej kryteria dla tego wskaźnika zostały zmniejszone, aby odzwierciedlić wprowadzenie jej w życie. Nie dziwi więc, że w 2013 roku tymi, które uzyskały „zielony” wynik punktowy, były Holandia i Luksemburg, kraje od dawna przychylnie transgranicznej opiece zdrowotnej.

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

Gdyby urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną oraz politycy zaczęli się przyglądać, co się dzieje w sąsiednich krajach, i „wykradać” zagranicznym kolegom pomysły na usprawnienie ochrony zdrowia, istniałoby duże prawdopodobieństwo zbliżenia się ich krajowych systemów opieki zdrowotnej do maksymalnego wyniku 1000 punktów. Oto jeden z czołowych przykładów: gdyby Szwecja mogła osiągnąć wskaźnik listy oczekujących taki jak Austria, już to pozwoliłoby jej konkurować z Holandią, z 880 punktami!

4.1.1. WYNIKI UZYSKANE PRZEZ KRAJE UJĘTE W RANKINGU

Żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników w całym komplecie wskaźników indeksu EHCI. Wyniki poszczególnych krajów wydają się bardziej odzwierciedlać „narodową i organizacyjną kulturę i postawę” niż wolumen środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Cechy kulturowe są według wszelkiego prawdopodobieństwa głęboko zakorzenione historycznie. Wyprowadzenie dużej korporacji na prostą zajmuje kilka lat – a jeśli mamy do czynienia z państwem, może to zająć całe dziesięciolecie!

4.1.2. WYNIKI UZYSKANE W „SZEŚCIOBOJU”

Ranking EHCI 2013 składa się z sześciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników we wszystkich aspektach służących ocenie systemu opieki zdrowotnej, interesujące może się okazać zbadanie wyników uzyskanych przez 35 krajów w każdej z sześciu części tego „sześcioboju”. Wyniki z każdej z podkategorii podsumowano w poniższej tabeli:

Podkategoria	1. Prawa pacjenta i informacje	2. Dostępność	3. Wyniki leczenia	4. Zakres i zasięg świadczonych usług	5. Zapobieganie	6. Środki farmaceutyczne	Wynik łączny	Ranking
Albania	83	200	107	50	68	33	542	29
Austria	117	200	167	113	73	81	750	12
Belgia	92	225	179	131	99	71	797	6
Bułgaria	88	175	95	50	68	52	528	30
Chorwacja	121	138	155	113	73	57	656	19
Cypr	75	138	155	75	78	62	582	24
Czechy	79	175	179	106	73	71	683	15
Dania	142	163	214	138	83	76	815	4

Estonia	129	125	155	106	52	57	624	22
Finlandia	117	125	226	125	99	81	773	10
Francja	117	188	190	113	94	76	777	9
BJR Macedonii	92	163	107	69	78	38	546	27
Niemcy	125	200	202	100	78	90	796	7
Grecja	71	138	155	69	83	52	568	25
Węgry	96	138	107	75	73	57	546	28
Islandia	125	150	250	131	104	57	818	3
Irlandia	92	138	179	113	94	76	690	14
Włochy	104	138	179	75	99	57	651	20
Łotwa	100	100	107	69	78	62	516	32
Litwa	121	150	143	81	63	57	651	23
Luksemburg	96	200	190	131	109	67	794	8
Malta	75	125	119	119	78	43	559	26
Holandia	142	188	226	150	89	76	870	1
Norwegia	138	125	238	138	99	76	813	5
Polska	83	125	119	69	68	57	521	31
Portugalia	117	113	167	100	104	71	671	16
Rumunia	92	125	83	63	73	43	478	33
Serbia	79	100	83	69	63	57	451	34
Słowacja	113	175	143	75	68	76	649	21
Słowenia	108	125	190	88	83	71	666	17
Hiszpania	92	113	179	125	94	62	663	18
Szwecja	117	100	226	138	104	71	756	11
Szwajcaria	113	225	226	113	94	81	851	2
Anglia	129	125	167	131	99	67	718	13
Szkocja	129	138	179	119	89	67	719	13

Jak wskazują wyniki umieszczone w tabeli, najwyższe miejsce, zajęte przez holenderski system opieki zdrowotnej, jest w dużej mierze rezultatem równej wydajności systemu we wszystkich podkategoriach, bardzo dobrej jakości świadczeń medycznych i najwyższych wyników uzyskanych w podkategorii „Zakres i zasięg usług medycznych” oraz na równi z Danią w podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”.

Szwajcaria, druga, uzyskuje najlepsze wyniki w podkategorii „Dostępność”, na równi z Belgią. Jedyne Islandia otrzymała „zielone” oceny we wszystkich punktach podkategorii „Wyniki leczenia”. Szwedzki system opieki zdrowotnej walczyłby o najwyższe miejsce, gdyby nie sytuacja w obszarze dostępu do usług medycznych, która, w zestawieniu ze standardami belgijskimi lub szwajcarskimi, jest fatalna.

Podkategoria	Najlepszy kraj/najlepsze kraje	Wynik	Wynik maksymalny
1. Prawa pacjenta i informacje	Dania, Holandia	142	150
2. Czas oczekiwania na leczenie	Belgia, Szwajcaria	225!	225
3. Wyniki leczenia	Islandia	250!	250
4. Zakres i zasięg usług	Holandia	150!	150
5. Zapobieganie	Luksemburg	109	125
6. Środki farmaceutyczne	Niemcy	90	100

5. WYNIKI SKORYGOWANE O WSKAŹNIK SIŁY NABYWCZEJ

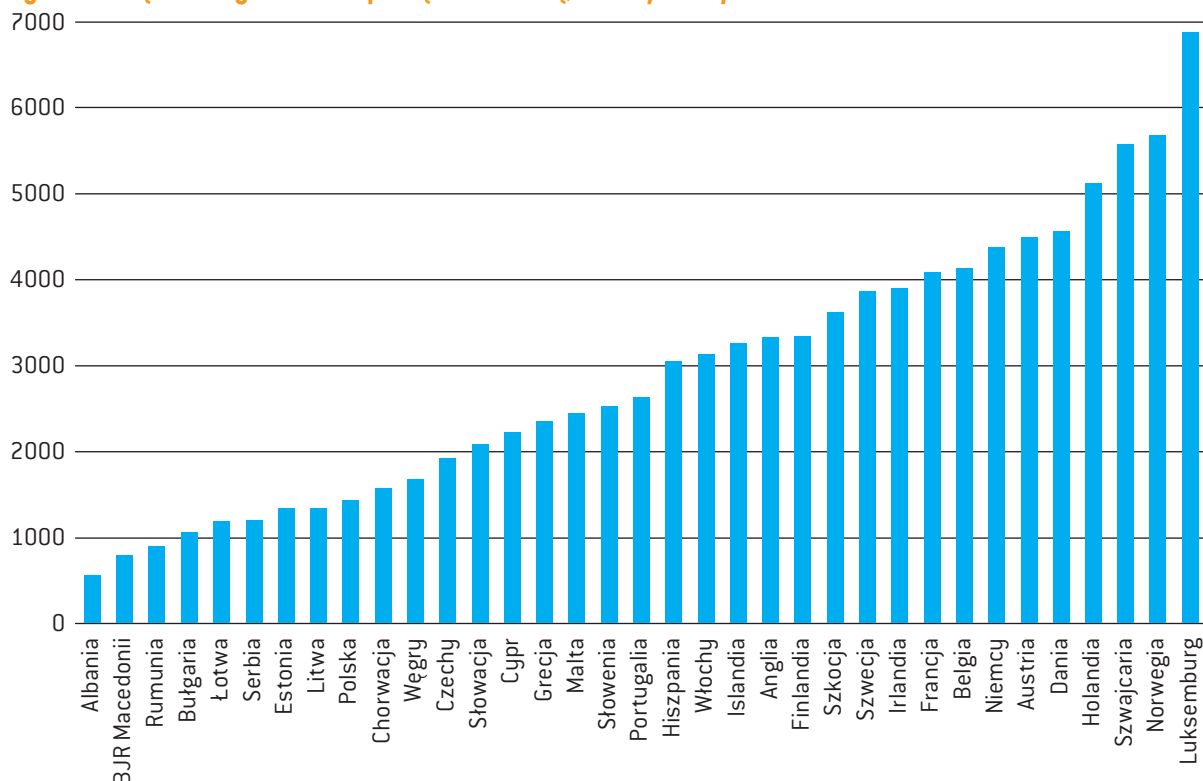
Projekt EHCI obejmuje 27 krajów członkowskich UE i 7 innych krajów europejskich, więc jest oczywiste, że Indeks to próba porównania krajów dysponujących bardzo różnymi zasobami finansowymi. Roczne wydatki na ochronę zdrowia wyrażone w dolarach amerykańskich przy uwzględnieniu parytetu siły nabywczej (ang. *PPP – Purchasing Power Parity*) wahają się między 600 w Albanii a ponad 4000 w Norwegii, Szwajcarii i Luksemburgu. W przypadku krajów Europy Zachodniej (poza Zjednoczonym Królestwem) i krajów skandynawskich zazwyczaj mieszczą się one w przedziale od 3000 do 4500. W rankingu EHCI 2013 uwzględniono także wskaźnik stosunku wartości do ceny (*BFB – Bang-for-the-Buck*).

5.1. METODOLOGIA DOSTOSOWYWANIA WYNIKÓW DO WSKAŹNIKA BFB

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

Wielkość wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wyrażona w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej zaczerpnięto z bazy danych WHO *Health for All* (lipiec 2013; najnowsze wielkości liczbowe, najczęściej pochodzące z 2011 r.). Przedstawiono je na poniższym wykresie.

Wykres 7. Łączne wydatki na opiekę zdrowotną, PPP\$ per capita



Źródło: WHO HfA, lipiec 2013 r.

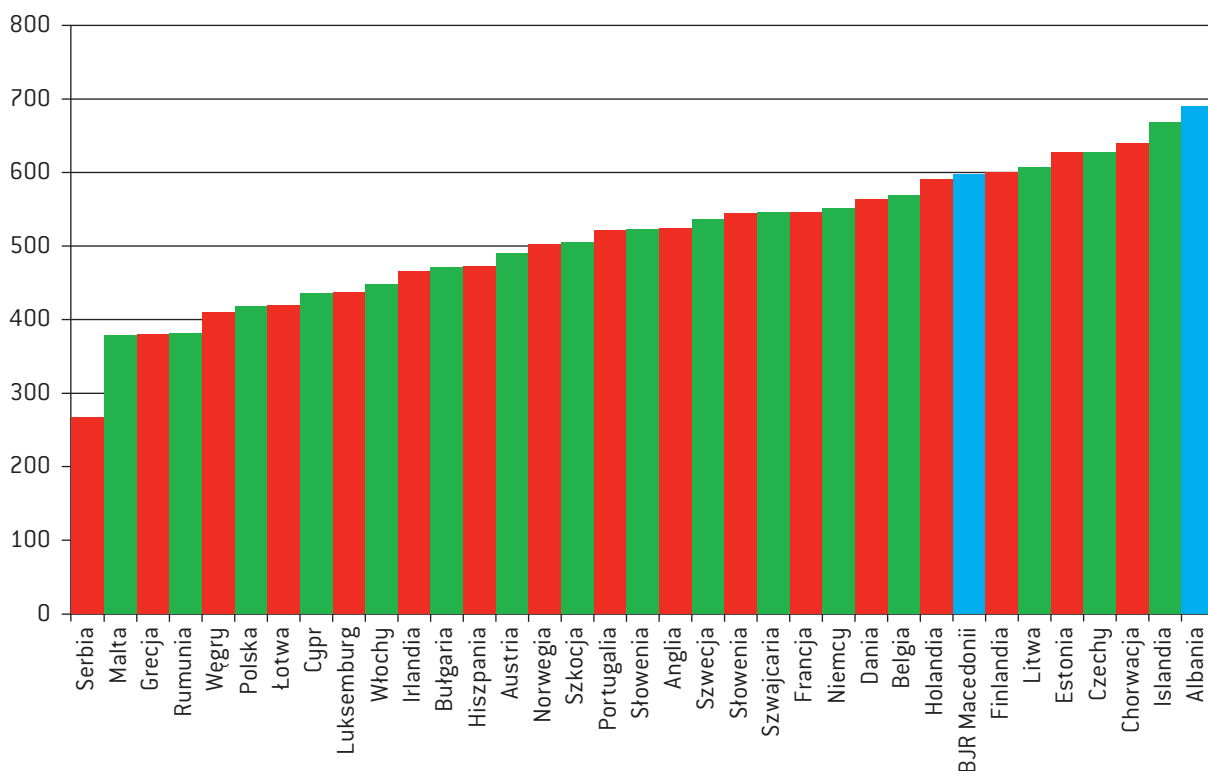
Dla każdego kraju obliczono pierwiastek kwadratowy tej liczby. Powodem tego jest fakt, że usługi zdrowotne dostarczane na poziomie krajowym są tańsze mniej więcej proporcjonalnie do wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Podstawowe wyniki rankingu EHCI podzielono przez uzyskany w ten sposób pierwiastek kwadratowy. Dla tego działania podstawowe możliwe do zdobycia wartości punktowe 3, 2 i 1 zastąpiono wartościami 2, 1 i 0. W podstawowym rankingu EHCI minimalnym wynikiem możliwym do zdobycia są 333 punkty, a maksymalnym 1000 punktów. Wartości punktowe 2, 1 i 0 nie zmieniają (lub zmieniają jedynie nieznacznie) względnych miejsc zajmowanych przez 35 krajów, ale są niezbędne przy dostosowywaniu wyników do wskaźnika stosunku wartości do ceny – w przeciwnym razie 333 „wolne” punkty w dolnej części skali punktowej spowodowałyby błyskawiczny awans krajów mniej zamożnych na czoło listy.

Uzyskany w ten sposób wynik punktowy został pomnożony przez średnie arytmetyczne wszystkich 35 pierwiastków kwadratowych (co spowodowało unormowanie wyników do tego samego zakresu wartości liczbowych jak w pierwotnie uzyskanych wynikach).

5.2. WYNIKI UJĘTE W TABELI PUNKTACJI BFB

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

Wykres 8. Wyniki EHCI 2013 skorygowane o wskaźnik *Bang-for-the-Buck*



Źródło: opracowanie własne.

Oczywiście wyniki dla wskaźnika BFB należy traktować po trosze jako ćwiczenie akademickie. Omawiana metoda dostosowania do pierwiastka kwadratowego wyników związanych z wydatkami na ochronę zdrowia z całą pewnością nie ma podstaw naukowych. Metoda BFB nie jest wystarczająco reprezentatywna, żeby mieć zastosowanie w przypadku krajów o bardzo niskich nakładach finansowych na ochronę zdrowia, takich jak Albania czy Macedonia, zwłaszcza gdy oficjalnie deklarowane nakłady na ochronę zdrowia w Albanii są bardzo skromne. Po ukończeniu prac badawczych wydaje się jednak, że obliczanie wydatków na opiekę zdrowotną wyrażonych w dolarach z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej przyczynia się do tego, że Islandia uzyskuje lepsze wyniki dla wskaźnika BFB. Niemniej jednak wiele wskazuje na to, że Islandia posiada doskonałą opiekę zdrowotną przy bardzo dobrym stosunku wartości do ceny.

Już w 2012 r. Czechy i Chorwacja uzyskały dobre wyniki dla wskaźnika BFB. Ich dobre miejsce w arkuszu wyników BFB nie jest prawdopodobnie jedynie artefaktem. Wydaje się, że system opieki zdrowotnej w Czechach cechuje pewna doza fundamentalnej stabilności i jest on w znacznym stopniu wolny od korupcji, co zdarza się stosunkowo rzadko w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Chorwacja posiada w swoim systemie opieki zdrowotnej oazy doskonałości i być może stanie się popularnym krajem turystyki zdrowotnej. Niewiele jest państw, w których koszt przeprowadzanej na najwyższym poziomie operacji wymiany stawu biodrowego wynosi 3000 €.

Po ukończeniu prac badawczych okazuje się jednak, że niepodzielny zwycięzca w przypadku wyników uzyskanych dla wskaźnika BFB w rankingach 2007 i 2008 – Estonia, wciąż radzi sobie dobrze w ramach posiadanych przez ten kraj możliwości finansowych. Być może zimny prysznic, jakiego estoński system opieki zdrowotnej musiał doświadczyć po kryzysie finansowym, przyczynił się do wzmocnienia elementów sprzyjających oszczędnościom w tym systemie.

Dla autorów niniejszego rankingu rzeczą ciekawą było przekonanie się, które kraje znajdują się na szczycie listy wyników BFB, a które osiągają dość dobre wyniki w rankingu opartym na pierwotnej punktacji. Przykładami takich krajów są Islandia, Holandia oraz Finlandia.

6. TRENDY NA PRZESTRZENI SIEDMIU LAT

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

W odpowiedziach otrzymanych w formie „tabel punktowych dla pojedynczych krajów” pochodzących od organów krajowych (ministerstw zdrowia) z 2013 r. odnotowano niespotykaną wcześniej liczbę odniesień do sformalizowanego ustawodawstwa jako argumentu na uzasadnienie wyższych wyników. Typowym przykładem był wskaźnik 6.4 „Przedział czasowy pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do rejestru leków refundowanych”, w przypadku którego kilka krajów odnoszących się do ustawodawstwa odpowiedziało, że czas oczekiwania dozwolony przez prawo, wynoszący 180 dni, przemawia za żółtym wynikiem punktowym. W EHCI ustawodawstwo jako takie nie jest uwzględniane jako podstawa wyniku punktowego dla danego wskaźnika, ponieważ rzeczywistość przeważnie niesie ze sobą istotne niedociągnięcia we wdrażaniu zasad i przepisów.

6.1. ZMIANY WYNIKÓW W LATACH 2006–2013

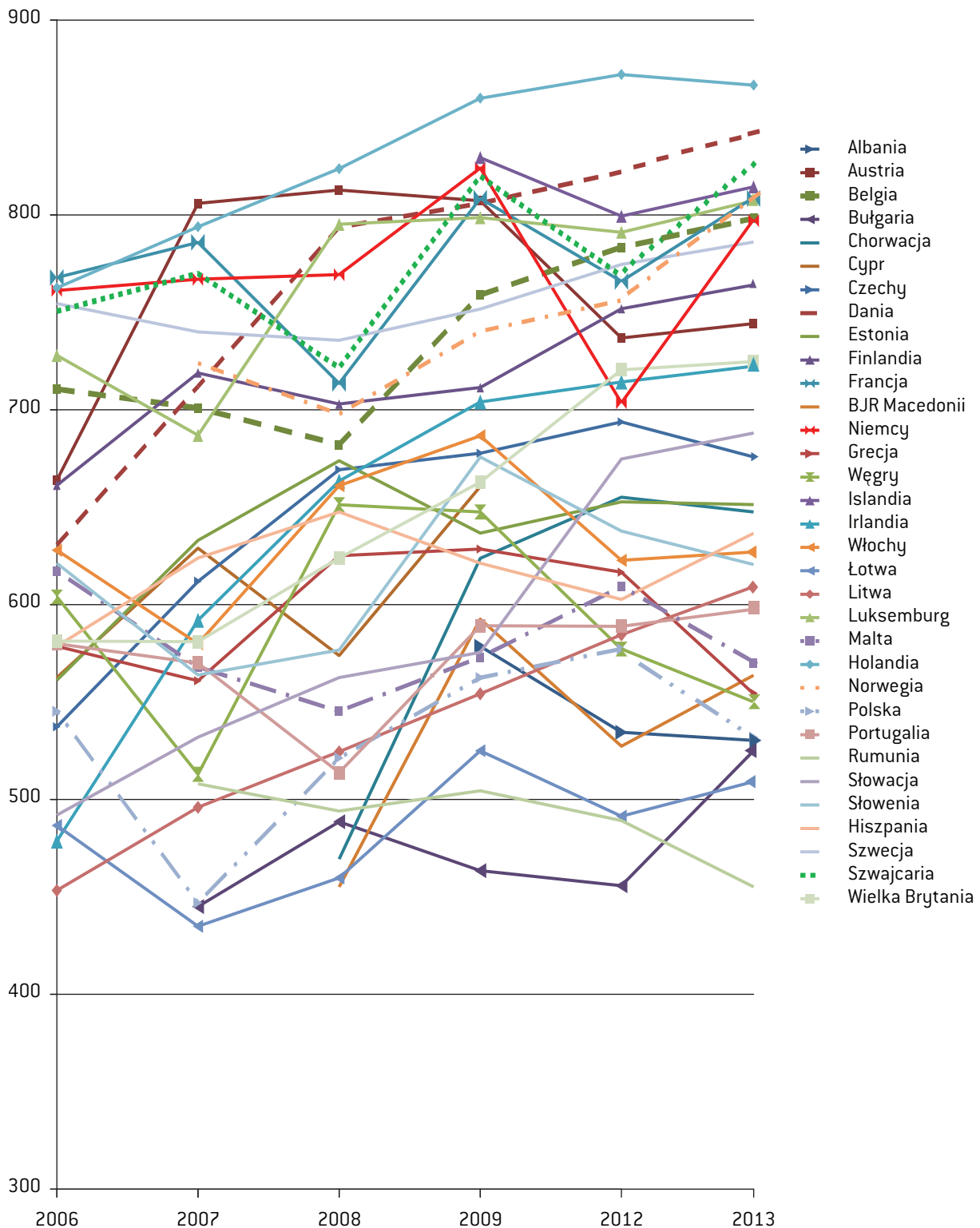
Z punktu widzenia konsumenta korzystającego z usług zdrowotnych sytuacja ogólna poprawia się w większości krajów. Jednak, zwłaszcza po wprowadzeniu dziewięciu nowych wskaźników w Indeksie 2012 oraz kolejnych siedmiu nowych wskaźników w 2013 roku, tylko niektóre kraje wyszły obronną ręką z dodatkowych testów ich systemów opieki zdrowotnej, a wyniki niektórych uległy w 2013 roku pogorszeniu.

Poradziły sobie Holandia, Szwajcaria, Islandia, Dania, Belgia, Finlandia i Litwa, natomiast gorsze wyniki w 2012 roku uzyskały Austria, Niemcy, Włochy i Hiszpania. Jednak jak pokazuje zamieszczony poniżej wykres przedstawiający trendy poszczególnych krajów, wydaje się, że indukowane szokiem narzekania, które organizacje reprezentujące pacjentów wyraziły w odpowiedziach udzielonych w ankiecie w 2012 roku, w dużej mierze zmaleły w 2013 roku. Najbardziej oczywistym przykładem są Niemcy, które w 2013 roku odnotowały wyraźną tendencję odwrotną do tej z 2012 roku, kiedy nieoczekiwanie organizacje reprezentujące pacjentów udzieliły negatywnych odpowiedzi w ankiecie stanowiącej składową danych EHCI, co skutkowało znacznym spadkiem w rankingu.

Naturalnie im większa liczba wskaźników i im są one bardziej zróżnicowane, tym trudniej uzyskać dobry wynik. Interesujące jest to, że systemy opieki zdrowotnej niektórych krajów cechuje „solidność”, która pozwala im taki wynik uzyskać. Jako przykład można tu wymienić Holandię, Danię, Islandię, Norwegię i Belgię.

Wykres poniżej potwierdza przypuszczenie, że rośnie przepaść między bogatymi a mniej zamożnymi częściami Europy. W dolnej połowie wykresu można zauważyć więcej krzywych malejących w latach 2012–2013 niż w górnej!

Wykres 9. Trendy poszczególnych krajów w wynikach EHCI w latach 2006–2013



Opis: wyniki uzyskane na przestrzeni siedmiu lat – 2006–2013 – zostały znormalizowane tak, aby możliwe było ich obliczenie w ten sam sposób, jak w przypadku rankingu EHCI 2007 [z pięcioma podkategoriami]. Oznacza to, że podkategoria „2.1. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej” została przeniesiona do podkategorii „1. Prawa pacjenta i informację”, natomiast podkategoria „e-Zdrowie” została usunięta. W edycji rankingu EHCI 2013 podkategoria „Zapobieganie” została usunięta/przeniesiona do podkategorii „Zakres i zasięg usług medycznych”. W wynikach rankingów po roku 2007 wprowadzono dodatkowe wskaźniki w podkategoriiach „3. Wyniki leczenia” oraz „4. Zakres i zasięg usług medycznych” i „5. Środki farmaceutyczne”.

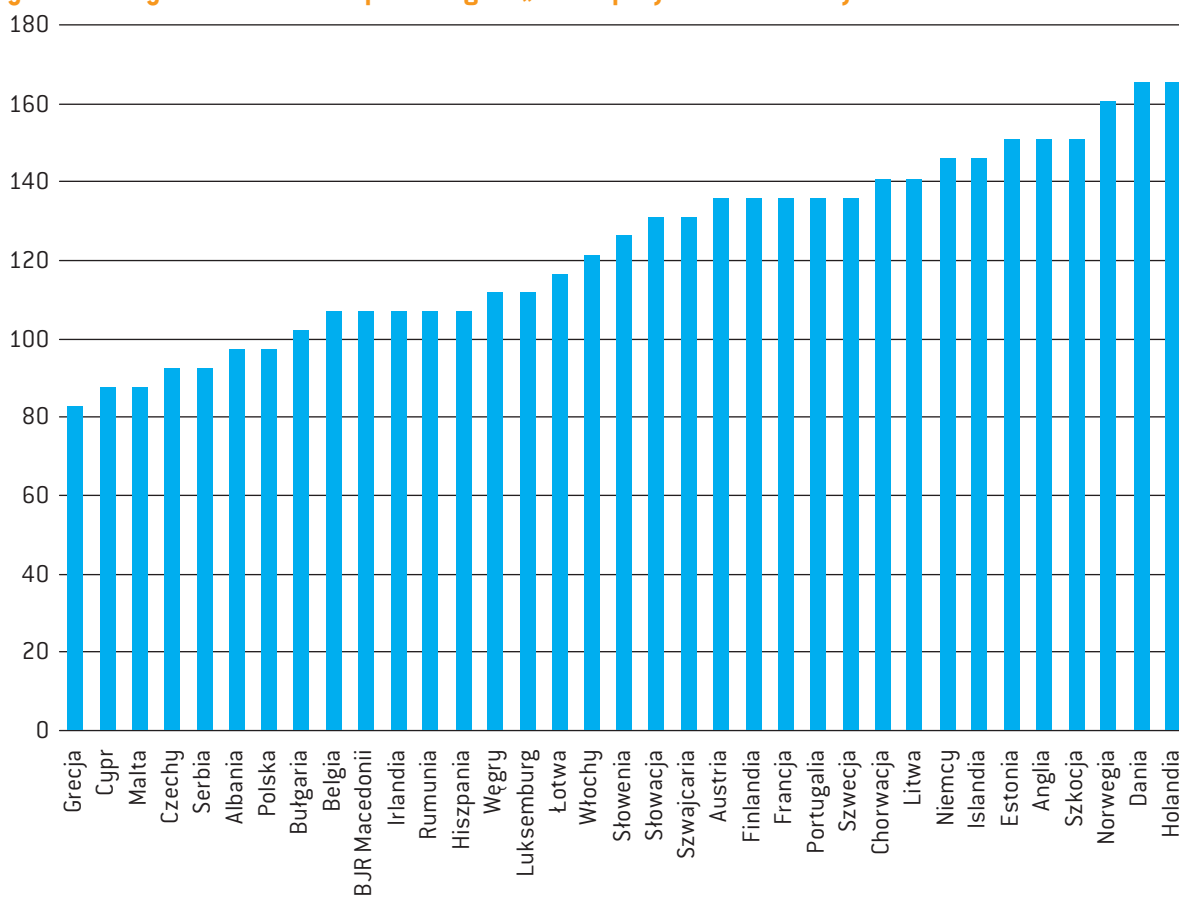
Źródło: opracowanie własne.

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

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

6.2. NIWELOWANIE BARIER MIĘDZY PACJENTEM A PRACOWNIKAMI OCHRONY ZDROWIA

Wykres 10. Wyniki EHCI 2013 w podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”



Opis: Wyniki punktowe zostały przeskalowane do maksymalnej liczby punktów wynoszącej 175, podobnie jak to miało miejsce w 2012 roku.

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

Coraz więcej krajów zmienia podstawowy punkt wyjściowy procesu legislacji w zakresie ochrony zdrowia. Pojawił się wyraźny trend w kierunku wyrażania zapisów ustawowych dotyczących ochrony zdrowia

w kategoriach praw obywateli/pacjentów, zamiast w kategoriach np. obowiązków świadczeniodawców usług zdrowotnych (patrz dział opisujący wskaźnik Prawo dotyczące ochrony zdrowia oparte na prawach pacjenta). Do 2013 roku tylko 2 z 34 krajów nie wprowadziło uregulowań prawnych dotyczących opieki zdrowotnej, które opierają się na prawach pacjenta – Malta i Szwecja!

Kiedy w 2006 roku dodano wskaźnik dotyczący roli organizacji reprezentujących pacjentów w procesie podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną, żaden z krajów nie uzyskał „zielonego” wyniku punktowego. W 2012 roku taki wynik osiągnęło 16 krajów, co było znaczącą poprawą. W 2013 roku tylko w 12 krajach organizacje reprezentujące pacjentów o tym pamiętają – efekt uboczny cięć budżetowych?

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

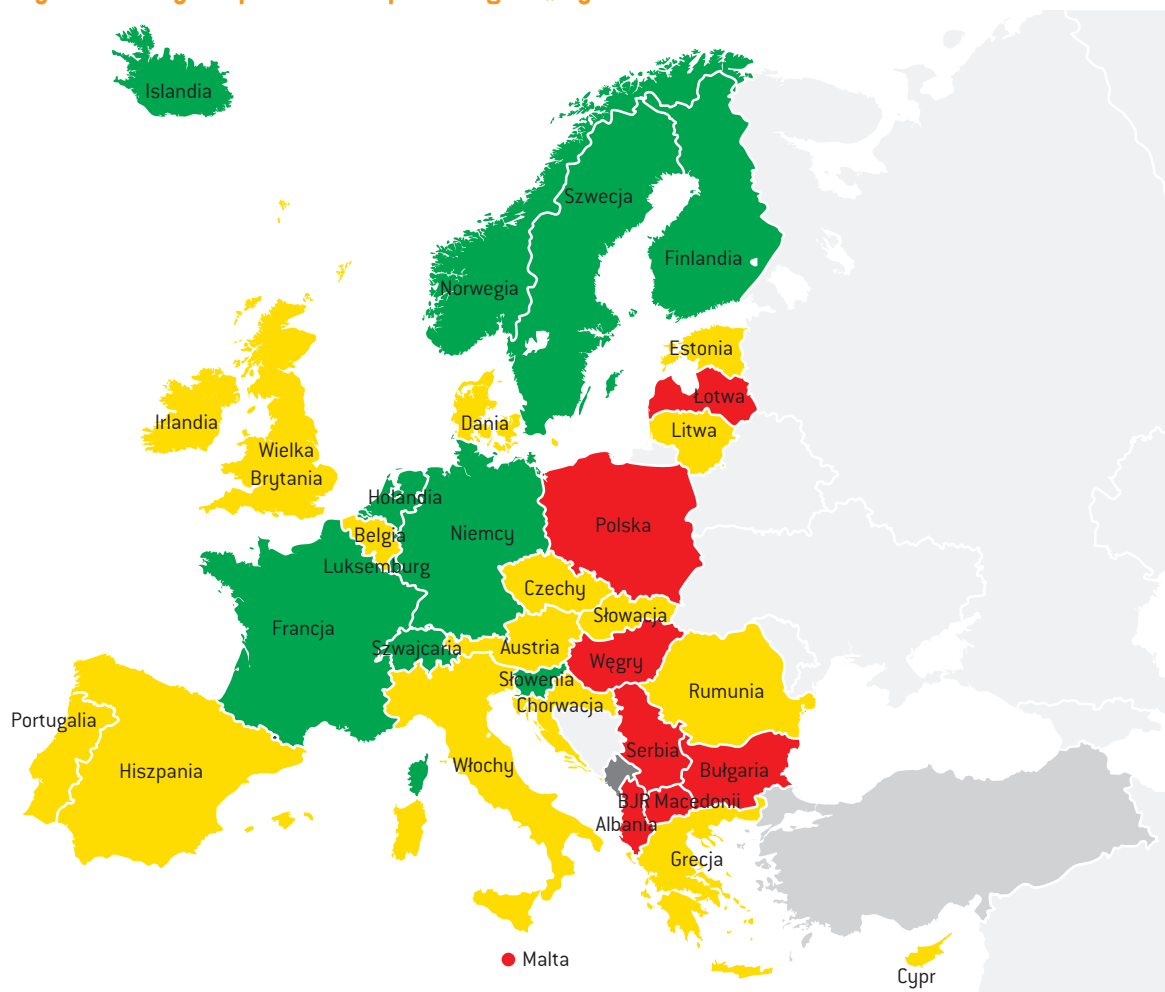
W podkategorii „e-Zdrowie” niektóre kraje Europy Środkowo-Wschodniej (szczególnie BJR Macedonii) stworzyły aplikacje, które nadal są rzadko stosowane w Europie Zachodniej. Przypomina to sytuację związaną z gwałtownym wzrostem ilości telefonów komórkowych kupowanych w Indiach – czasami lepiej jest nie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

6.3. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ MIERZONA WYNIKAMI LECZENIA

W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji na temat wskaźników wyników leczenia i przeanalizowania zmian na przestrzeni czasu prosimy o zapoznanie się z działem 9.10.3. Ogólnie należy zwrócić uwagę, że niezależnie od kryzysów finansowych oraz wprowadzonych środków oszczędnościowych, wyniki leczenia w europejskiej opiece zdrowotnej **stale się poprawiają**. Być może wskaźnik jakości opieki zdrowotnej – 3.2. Śmiertelność niemowląt, gdzie wartości graniczne dla wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od 2006 roku, pokazuje wzrost liczby krajów uzyskujących „zielony” wynik punktowy z dziewięciu w 2006 roku do dwudziestu dwóch w 2013 roku (plus Szkocja). Rysunek poniżej przedstawia mapę jakości opieki zdrowotnej Europy opartą na wynikach punktowych w podkategorii „Wyniki leczenia” w EHCI 2013.

Wyniki punktowe przedstawione na poniższej mapie są niezwykle stabilne. Niektórym krajom Europy Środkowo-Wschodniej, które w 2006 roku otrzymały zdecydowanie „czerwony” wynik punktowy, udało się zdobyć wynik „żółty”. Niemcy, które uzyskiwały „żółte” wyniki punktowe, obecnie bezpiecznie znajdują się w grupie państw, które otrzymały „zielony” wynik na tym polu. Hiszpanii, Włochom i Zjednoczonemu Królestwu ponownie przyznano wynik „żółty”. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest duża zmienność regionalna. Z całą pewnością w tych trzech krajach istnieją centra doskonałości, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną, jednak w przypadku krajowych wyników punktowych można dostrzec tendencję do utrzymywania się na poziomie raczej „bladżółtego” wyniku. (Zjednoczone Królestwo *de facto* uzyskało „żółty” wynik punktowy w przypadku każdego wskaźnika w podkategorii „Wyniki leczenia” w 2013 roku.)

Wykres 11. Wyniki punktowe w podkategorii „Wyniki leczenia” w EHCI 2013



Źródło: opracowanie własne.

6.4. PRZEJRZYSTY MONITORING JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

W 2007 roku takich organizacji było już nieco więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem najbardziej godnym uwagi jest duńska organizacja www.sundhedskvalitet.dk, która ocenia szpitale, przyznając im od jednej do pięciu gwiazdek, jakby były hotelami, i podaje wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem Internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

Niemcy dołączyły do ograniczonej grupy państw (jest ich obecnie osiem, nie licząc osobno Szkocji!), które uzyskały „zielony” wynik, dzięki sile publicznego instytutu BQS, www.bqs-institut.de, przekazującego także informacje na temat jakości leczenia w wielu niemieckich szpitalach. Być może jest to jeden z powodów, ze względu na które jakość niemieckiej opieki zdrowotnej w 2013 roku otrzymała „zielony” wynik na tym polu (patrz wyżej).

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

Źródła ministerstwa Byłej Jugosłowiańskiej Republiki Macedonii donoszą, że wkrótce rozpoczną publikację list „100 najlepszych lekarzy”. Będą one szczególnie godne uwagi nie tylko z punktu widzenia metodologii! Publikację wyników uzyskanych na poziomie pojedynczego lekarza podjęto także w Zjednoczonym Królestwie!

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

Jeszcze w styczniu 2007 roku przedstawiciel Szwedzkiego Stowarzyszenia Przemysłu Farmaceutycznego (LIF), które dzięki powszechnie znanej farmakopei „Patient-FASS” (www.fass.se) jest pionierem w tej dziedzinie, dowodził, że farmakopea szwedzka oraz jej duński odpowiednik to jedyne w Europie przykłady swobodnego dostępu do informacji o lekach wydawanych na receptę. Obecnie przyjazne dla użytkownika i oparte na zasobach sieciowych instrumenty umożliwiające znalezienie informacji o środkach farmaceutycznych są dostępne w 25 krajach (zob. dział 9.15.6, wskaźnik 6.2), także w Europie Środkowo-Wschodniej, np. w Republice Czeskiej, Estonii, na Węgrzech, w Rumunii i na Słowacji. W przypadku większości tych źródeł podmiotami przekazującymi informacje są firmy farmaceutyczne. Wydaje się prawdopodobne, że wskaźnik ten może już nie być porównywalnie interesujący za rok lub dwa lata!

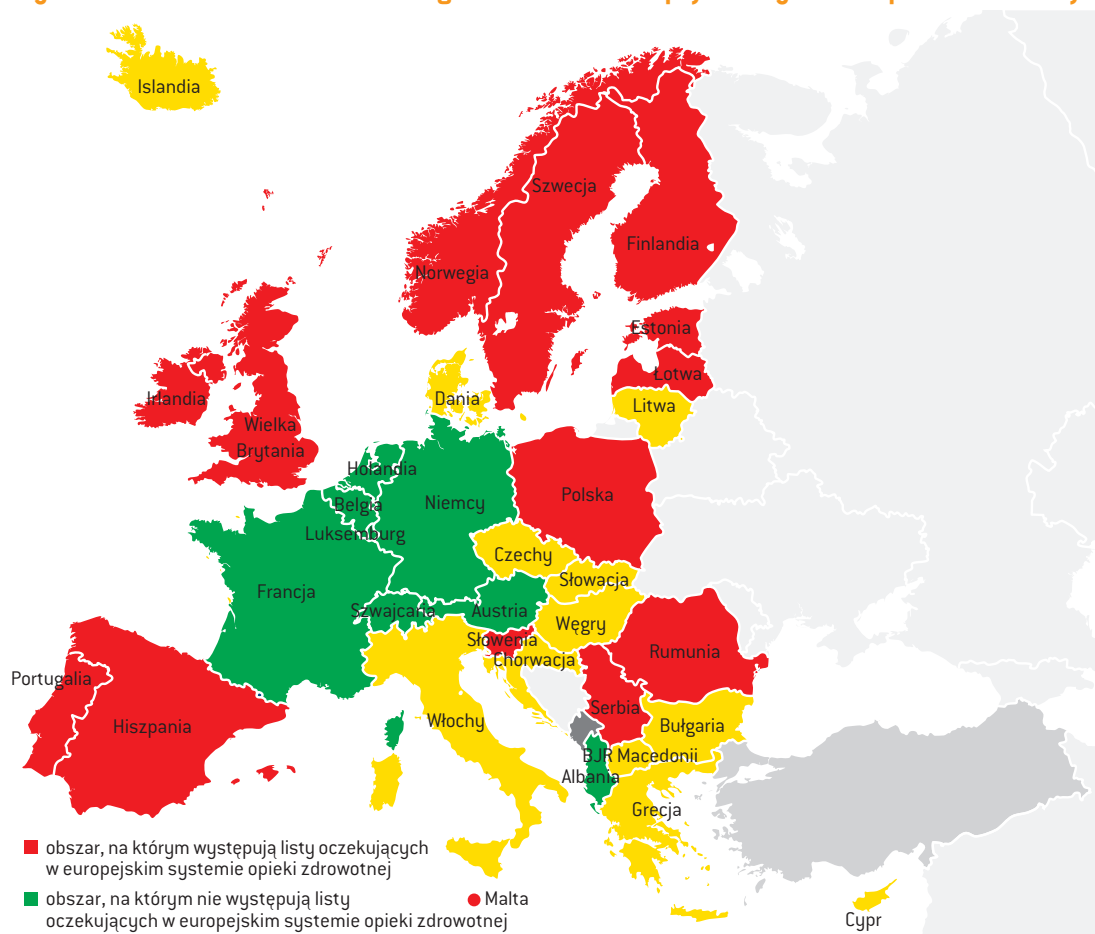
6.6. LISTY OCZEKUJĄCYCH: PROBLEM MENTALNY PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA?

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

Na przestrzeni lat sytuacja obszarów, w których występują listy oczekujących, jest niezwykle stabilna. Najbardziej zauważalną zmianą od 2012 roku był powrót Francji do grupy krajów o „zielonych” wynikach punktowych (pacjenci i lekarze nauczyli się radzić sobie z ograniczeniami w zakresie bezpośredniego dostępu do lekarzy specjalistów, wprowadzonymi w 2007 roku) oraz spadek Grecji w rankingu z „zielonych” na „żółte” wartości punktowe (wpływ kryzysu gospodarczego?).

Nie ma w ogóle związku między pieniędzmi a dostępem do systemu opieki zdrowotnej, co pokazuje poniższy wykres ($R^2 = 0,16$ oznacza słabą, lecz nieistotną statystycznie korelację). Może on wyjaśnić ograniczony rezultat przeznaczenia pięciu miliardów euro na rzecz szwedzkich okręgów administracyjnych w celu skrócenia list oczekujących.

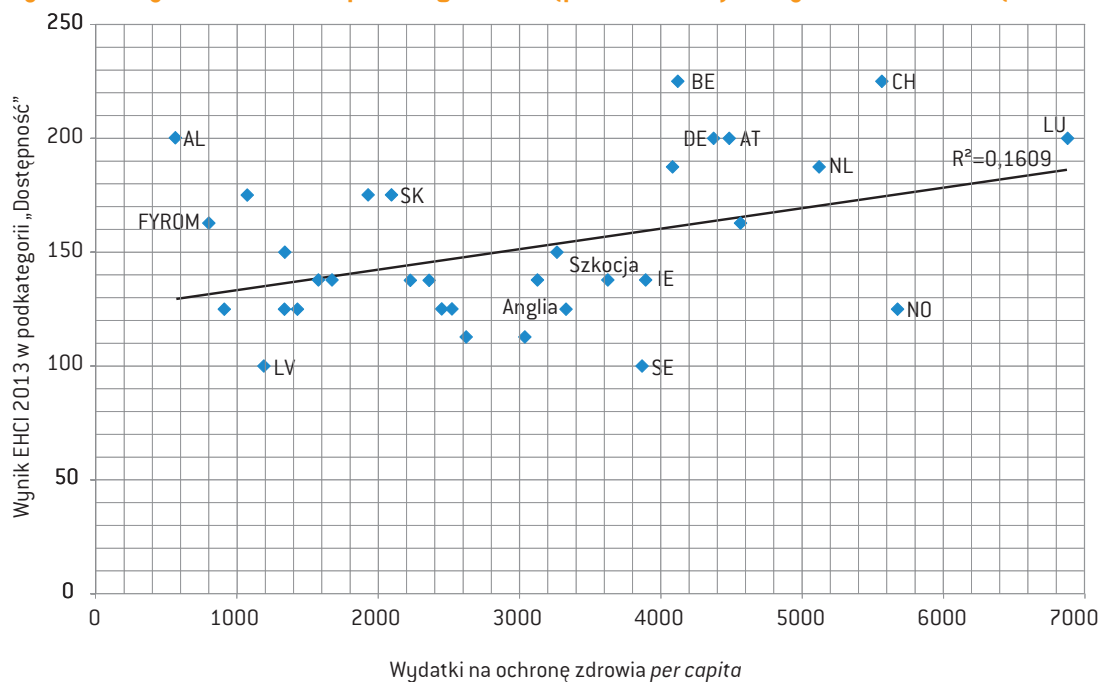
Wykres 12. Czas oczekiwania na usługi zdrowotne w europejskim systemie opieki zdrowotnej w 2013 roku



Opis: Obszar, na którym występują listy oczekujących (kolor czerwony) i nie występują listy oczekujących (kolor zielony) na podstawie wyników EHCI 2013.

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 13. Wyniki EHCI 2013 w podkategorii „Dostępność” w relacji do wydatków na ochronę zdrowia per capita



Źródło: opracowanie własne.

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

Szwedzki projekt mający na celu skrócenie kolejek, na który rząd wydał około 5 miliardów euro, doprowadził do pewnego skrócenia czasu oczekiwania na leczenie. Niestety, poprawa ta, która jak się wydaje nie skróciła czasu oczekiwania na leczenie nowotworów, wciąż w 2013 roku nie była wystarczająca, żeby Szwecja opuściła grupę krajów, które zmian dokonują zbyt wolno.

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów tego typu, brytyjski Narodowy System Opieki Zdrowotnej (NHS), wydał od 2008 roku miliony funtów na ograniczenie czasu oczekiwania pacjentów i wprowadził maksymalny okres oczekiwania na leczenie ostateczne wynoszący 18 tygodni od momentu zdiagnozowania choroby. Ankieta przeprowadzona wśród pacjentów, zlecona przez HCP na potrzeby tegorocznego Indeksu, wreszcie wykazała poprawę. Inaczej jest w Irlandii, gdzie odpowiedzi udzielone w ankiecie przez organizacje reprezentujące pacjentów są wciąż o wiele bardziej negatywne niż (bardzo szczegółowe) oficjalne statystyki czasu oczekiwania pacjentów.

Co więcej, nawet zdecydowani zwycięzcy rankingów z lat ubiegłych zwracają się w stronę działań restrykcyjnych. Francja na przykład ograniczyła w 2007 roku dostęp pacjentów do takich usług, co skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania, a tym samym gorszym wynikiem punktowym (w połączeniu z nie najlepszymi wynikami w podkategorii „e-Zdrowie”). Wydaje się, że od 2009 roku francuscy pacjenci (i lekarze?) zaczęli się przekonywać do konieczności opracowania nowych przepisów w tym względzie, ponieważ odpowiedzi udzielone przez Francję w ankiecie dotyczącej tej podkategorii są dziś bardzo pozytywne. Więcej informacji na temat czasu oczekiwania na usługi zdrowotne we Francji można znaleźć w Załączniku 3!

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

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

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

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

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

6.6.2. OPŁATY „POD LADĄ”

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

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

Ta obserwacja rodzi dwa pytania:

1. W odróżnieniu od innych zawodów, takich jak piloci samolotów, prawnicy, inżynierowie systemów itp., lekarze zatrudnieni w dużych organizacjach jako jedyni mogą pracować w innych miejscach bez wyraźnej zgody głównego pracodawcy. Co przemawia za utrzymaniem takiego stanu rzeczy?
2. Co można zrobić, żeby zapewnić lekarzom „normalne” warunki zatrudnienia, tj. przyzwoite wynagrodzenie, i żeby wszelką dodatkową energię wykorzystywali do jeszcze cięższej pracy (i zarabiania większych pieniędzy) dla swojego głównego pracodawcy zamiast do dorabiania na boku w ramach własnych praktyk lekarskich, często pozostawiając tym samym duże szpitale w stanie bezczynności wynikającej z braku pracowników zajmujących kluczowe stanowiska?

6.7. DLACZEGO PACJENCI SĄ NIEDOINFORMOWANI?

Każdego roku wyniki ankiety stworzonej we współpracy z instytutem PatientView ujawniają ciekawy fakt: w niektórych krajach organizacje reprezentujące pacjentów oraz przedstawiciele organizacji prozdrowotnych (w tym także bardzo szanowanych instytucji) nie dysponują wiedzą na temat części usług zdrowotnych dostępnych na terenie ich krajów. Co ciekawe, prawdopodobnie było to bardziej widoczne w 2013 roku niż w latach ubiegłych. „Tabele punktowe dla pojedynczych krajów” otrzymane od organów krajowych wykazywały wspólną cechę, a mianowicie urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną, mniej lub bardziej gniewnym językiem, zwracali uwagę na to, że pewne prawa pacjenta lub usługi informacyjne rzeczywiście istnieją w ich kraju.

Nasz zespół badawczy stale uzyskuje na przykład negatywne odpowiedzi dotyczące istnienia rejestrów lekarzy, farmakopei, dostępu do dokumentacji medycznej etc. w krajach, w których badacze pracujący

dla HCP z łatwością znajdują tego rodzaju informacje, nawet nie znając lokalnego języka. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie fakt, że władze krajowe wprowadzają znaczące usprawnienia systemu, ale zapominają poinformować 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 reprezentujących pacjentów negatywnie odbiegają od statystyk urzędowych. Oto przykład: hiszpańskie przepisy dają pacjentom prawo do zapoznania się z własną dokumentacją medyczną, jednak odpowiedzi na pytanie o to nadesłane przez hiszpańskie organizacje reprezentujące pacjentów okazały się najbardziej pesymistyczne spośród otrzymanych od 35 krajów ujętych w indeksie.

Działający w sektorze prywatnym są świadomi, że produkty lub usługi, choćby były nie wiadomo jak dobrze opracowane i realizowane, potrzebują skutecznego marketingu, aby dotrzeć do wielu klientów. W sektorze publicznym nacisk kładzie się na ogół (w najlepszym razie) na planowanie i realizację usługi, często jednak prawie całkowicie brakuje nacisku na informowanie o niej oraz realizację jej marketingu.

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

6.8. ROZPRZESTRZENIANIE SIĘ MRSA

W rankingu EHCI 2007 dużą uwagę poświęcono problemowi rozprzestrzeniania się zjawiska oporności na antybiotyki: „szpitalne infekcje MRSA (infekcje szczepami gronkowca złocistego opornego na metycylinę) wydają się rozprzestrzeniać i już dziś stanowią poważne zagrożenie zdrowotne w co drugim kraju, w którym dokonano pomiaru takiego zagrożenia”. Niestety jedynymi krajami, w których odnotowano znaczącą poprawę w tej kwestii, są Bułgaria, Polska, Zjednoczone Królestwo i Irlandia. Tylko 7 krajów na 35 ujętych w rankingu utrzymuje, że MRSA nie jest w ich przypadku poważnym problemem, co umożliwia im zdobycie „zielonych” wartości punktowych wskaźników; są to te same kraje co w 2009 roku!

Najbardziej drastyczne obniżenie współczynników MRSA miało miejsce w Zjednoczonym Królestwie, gdzie procent opornych zakażeń zmniejszył się z więcej niż 40% do 15%. Jest to najprawdopodobniej rezultat starań podejmowanych na rzecz utrzymania higieny w szpitalach, ponieważ w dalszym ciągu nadużywanie antybiotyków najbardziej uwidacznia się w Zjednoczonym Królestwie i Irlandii (patrz wskaźnik 6.7).

6.8.1. ZAKAZ SPRZEDAŻY ANTYBIOTYKÓW BEZ RECEPTY!

Jedno działanie może się okazać szczególnie skuteczne w walce z rozprzestrzeniającym się zjawiskiem oporności mikroorganizmów na antybiotyki: wprowadzenie zakazu sprzedaży antybiotyków bez recepty. Mógłby on wejść w życie w formie łatwej do sformułowania dyrektywy UE, którą można by też łatwo moni-

torować, gdyż we wszystkich krajach funkcjonuje system rozróżniania leków sprzedawanych na receptę od leków sprzedawanych bez niej. Każdy z krajów, w których sprzedaż antybiotyków bez recepty jest czymś powszechnym, ma poważny problem z opornością mikroorganizmów!

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

7. JAK INTERPRETOWAĆ WYNIKI INDEKSU?

Podczas interpretowania wyników Indeksu, trzeba przede wszystkim kierować się jedną zasadą: należy zachować ostrożność.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2013 stanowi próbę zmierzenia wydajności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta oraz stworzenia rankingu. Jest rzeczą oczywistą, że na uzyskane wyniki mają wpływ problemy związane z jakością informacji. Brak jest paneuropejskich, jednorodnych procedur gromadzenia danych, a podejmowane przez Komisję Europejską próby wprowadzenia wspólnych wymiernych wskaźników obrazujących sytuację w ochronie zdrowia na niewiele się zdały.

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

Nie twierdząc, że wyniki rankingu EHCI 2013 odpowiadają jakością rozprawie naukowej, wyrażamy przekonanie, że nie należy ich odrzucać jako wyników przypadkowych. Indeks tworzony jest oddolnie – oznacza to, że miejsca zajmowane w rankingu przez kraje, w których systemy opieki zdrowotnej są podobne, nie powinny być od siebie bardzo oddalone. Potwierdzeniem tego jest fakt, że kraje skandynawskie tworzą w nim w miarę zwartą grupę, Anglia i Szkocja są blisko siebie, podobnie jak Czechy i Słowacja, Hiszpania i Portugalia oraz Grecja i Cypr.

Wcześniejsze doświadczenia uzyskane przy tworzeniu ogólnych Europejskich Konsumenckich Indeksów Zdrowia odzwierciedlają fakt, że ranking konsumencki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie służące ukazywaniu jakości usług zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2013 posłużą jako inspiracja do znalezienia miejsc i sposobów usprawnienia europejskiej opieki zdrowotnej.

8. NIEDOSTATECZNA ILOŚĆ DANYCH Z EUROPY

8.1. REZULTATY DOTYCZĄCE WYNIKÓW LECZENIA WPROWADZONE W EHCI

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

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

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

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

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

W przypadku projektu EHCI pokuszono się o uzyskanie danych dotyczących jakości rzeczywiście świadczonych usług zdrowotnych. Postanowiono skoncentrować się na wskaźnikach zależnych głównie od wkładu rzeczywiście świadczonych usług, w niewielkim stopniu natomiast od czynników zewnętrznych, jak styl życia, spożywane pokarmy, konsumpcja alkoholu lub palenie papierosów. Tym samym w przypadku rankingu EHCI uniknięto także włączenia parametrów związanych z publiczną służbą zdrowia, które często pozostają pod mniejszym wpływem wskaźnika wydajności służby zdrowia niż czynników zewnętrznych.

Jednym ze wskaźników jakości wybranych na potrzeby niniejszego rankingu był wskaźnik śmiertelności w wyniku zawału serca 28/30 dni od dnia hospitalizacji (pominięto całkowitą śmiertelność z powodu chorób serca, w przypadku której kraje śródziemnomorskie uzyskują z natury rzeczy najlepsze wyniki, prawdopodobnie na skutek związku tych chorób ze stylem życia).

9. EWOLUCJA EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA

9.1. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2005

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

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

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

Na dokonany wybór, oprócz przedstawionych już kryteriów, wpływ miało także pragnienie ujęcia w rankingu wszystkich tych krajów członkowskich, których populacja liczyła co najmniej 40 milionów mieszkańców. Ponieważ kraje skandynawskie mają dosyć zbliżone systemy opieki zdrowotnej, na reprezentanta Skandynawii wybrana została Szwecja, głównie dlatego, że członkowie zespołu pracującego nad tym projektem dysponowali znaczną wiedzą na temat szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej.

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

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

9.2. ZAKRES I TREŚĆ EHCI 2006–2012

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

Zwiększono także liczbę wskaźników, z 20 wykorzystanych w rankingu EHCI 2005 do 28. Liczba podkategorii pozostała bez zmian i wyniosła pięć, lecz podkategorię „Przyjazność dla klienta” włączono do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”. Nowa podkategoria „Szczodrość systemu” (obejmująca ofertę publicznego systemu opieki zdrowotnej) została wprowadzona, ponieważ liczni obserwatorzy, nie tylko politycy odpowiedzialni za systemy opieki zdrowotnej w krajach, które oficjalnie przyznawały się

do problemów z czasem oczekiwania pacjentów, twierdzili, że brak czasu oczekiwania mógł być wynikiem „skąpstwa systemu”. Oznaczałoby to, że narodowe systemy ochrony zdrowia mniej restrykcyjne w oferowaniu pacjentom pewnych zabiegów operacyjnych mogą z natury mieć mniej problemów związanych z listą oczekujących.

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

Operacje usunięcia zaćmy wydają się lepszym i mniej związanym z PKB wskaźnikiem „Szczodrości publicznych systemów opieki zdrowotnej”. Koszt takiej operacji stanowi jedynie dziesiątą część operacji wymiany stawu biodrowego, co sprawia, że mniej zamożne kraje mogą sobie pozwolić na przeprowadzanie większej liczby zabiegów tego typu.

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

Ogólnie rzecz biorąc, w latach 2006–2008 spotkano się z przychylnością ministerstw zdrowia lub ich agend odpowiedzialnych za nadzór i/lub zapewnienie jakości świadczonych usług zdrowotnych. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane przez nas pytania. Sytuacja ta jeszcze bardziej się poprawiła w latach 2009–2012 i w 2013 roku wyglądała nadal bardzo korzystnie (patrz dział 9.9.2).

9.3. EHCI 2013

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

Za rzecz istotną uznano posiadanie różnorodnych wskaźników dla różnych dziedzin; obszarów dotyczących stosunku do świadczonych usług oraz orientacji konsumenta, a także wskaźników oceniających „niepodważalne fakty”, ukazujących jakość opieki zdrowotnej w kategoriach produktów. Postanowiono także poszukać wskaźników rzeczywistych wyników w formie produktów, nie zaś wskaźników opisujących procedury medyczne, takie jak „czas do wkłucia igły” (czyli czas pomiędzy przybyciem

pacjenta na oddział ratunkowy szpitala a dożylnym podaniem leku rozpuszczającego skrzeplinę), odsetek pacjentów chorych na serce, których poddano zabiegowi rozpuszczenia skrzepliny lub zabiegowi stentowania etc.

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

9.3.1. BRAK WSKAŹNIKA PRZEPROWADZENIA BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH Z EHCI 2012 W NAJNOWSZEJ EDYCJI INDEKSU

Spośród 42 wskaźników wykorzystanych w rankingu EHCI 2012 jeden nie znalazł się w Indeksie EHCI 2013 – „Wskaźnik przeprowadzenia badań mammograficznych”. Było to spowodowane opublikowanym w lipcu 2013 roku raportem Cochrane Institute⁷, w którym stwierdzono, że istnieją niedostateczne dowody na to, że badania mammograficzne w ostatecznym rozrachunku przynoszą korzyści.

Pomimo ostrego sprzeciwu niektórych krajów, HCP z dumą utrzymał wskaźnik „Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty” w rankingu EHCI, ponieważ nie istnieją żadne dowody na to, że rola lekarza pierwszego kontaktu ma jakikolwiek wpływ na koszty opieki zdrowotnej. Badania, m.in. przeprowadzone przez Kronemana i innych⁸, dostarczają bardziej znaczących argumentów niż stwierdzenia w rodzaju: „system oparty na lekarzu pierwszego kontaktu to sprawa polityki i nalegamy na usunięcie tego wskaźnika z indeksu”.

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

9.3.2. NOWE WSKAŹNIKI WPROWADZONE DO EHCI 2013

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

1. Adekwatność,
2. Istotność naukowa,
3. Wykonalność [tzn. możliwość uzyskania danych].

Te same trzy zasady mają kluczowe znaczenie dla niemieckiego projektu dotyczącego wskaźników jakości, www.bqs-online.de.

⁷ *Screening for breast cancer with mammography (Review)*, P.C. Gøtzsche, & K.J. Jørgensen, wydanie 6, The Cochrane Library, 2013.

⁸ *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study*, Kroneman et al, Health Policy 76 (2006), 72–79.

Jak co roku międzynarodowy Panel Ekspertów przedstawił długą listę nowych wskaźników, które należałoby włączyć do tegorocznego Indeksu (więcej informacji o panelu w dziale 9.12). Odbiła się prawdziwa burza mózgow nad nowymi błyskotliwymi pomysłami. Niestety, zespół badawczy nie zdołał przekształcić ich w skalę punktową dla kolorów zielonego, żółtego i czerwonego.

Zespół badawczy przedstawił jednak dane dla **ośmiu nowych/zmodyfikowanych** wskaźników, a tylko jeden czynnik wyeliminowano, co sprawia, że ich łączna liczba wynosi 48.

Poza tym w EHCI 2013 większy nacisk położono na środki zapobiegawcze. Utworzono nową podkategorię „Zapobieganie”; przeniesiono do niej trzy „stare” wskaźniki:

- Szczepienie niemowląt,
 - Zapobieganie paleniu,
 - Niezdiagnozowana cukrzyca
- oraz włączono do niej pięć nowych wskaźników.

Dodatkowe informacje i opis wskaźników zawiera dział 9.10 „Treść wskaźników ujętych w EHCI 2013”.

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

Struktura tej podkategorii jest taka jak w EHCI 2012, z tym że kryteria wskaźnika „1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta” zostały zaostrome zgodnie z dyrektywą UE dotyczącą transgranicznej opieki zdrowotnej.

Podkategoria 2 (Dostępność / czas oczekiwania na leczenie)

Do tej podkategorii włączono wskaźnik:

1.6. Czas oczekiwania na oddziale ratunkowym szpitala.

Podkategoria 3 (Wyniki leczenia) – nowe wskaźniki:

- Wskaźnik „Śmiertelność z powodu zawału” został przeanalizowany, jednak z uwagi na to, że jakość i porównywalność danych uznano za wątpliwe, wskaźnik ten został pominięty.
- 3.7. Współczynnik aborcji

Podkategoria 4 (Zakres i zasięg świadczonych usług) – brak nowych wskaźników, ale wskaźnik:

4.8. Współczynnik cięć cesarskich
został przeniesiony tutaj z podkategorii „Wyniki leczenia”.

Podkategoria 5 (Zapobieganie) – nowe wskaźniki:

5.2. Ciśnienie krwi (występowanie nadciśnienia),
Konsumpcja alkoholu („korekta o dane dotyczące nadmiernego spożywania alkoholu”),
1.1. Aktywność fizyczna,
1.7. Szczepienie przeciwko wirusowi HPV,
1.8. Spożycie cukru.

Podkategoria 6 (Środki farmaceutyczne) – nowe wskaźniki:

6.5. „Leki na artretyzm (inhibitory TNF- α)” zamiast wskaźnika „Leki na chorobę Alzheimera”,
6.7. „Wykorzystanie antybiotyków na osobę” zamiast wskaźnika „Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami”.

9.4. SKŁADOWE WSKAŹNIKÓW (PODKATEGORIE)

Indeks 2013, podobnie jak poprzednie edycje Indeksu EHCI, stworzono na podstawie wskaźników zgrupowanych w sześciu (liczba ta uległa zmianie) podkategoriach.

Do EHCI 2013 włączono szóstą podkategorię – „Zapobieganie”, ponieważ wiele stron zainteresowanych (zarówno ministerstwa, jak i eksperci) prosiło o uwzględnienie tego aspektu w EHCI. Jednym nieznaczącym problemem z podkategorią „Zapobieganie” może okazać się fakt, że wiele środków zapobiegawczych niekoniecznie wiąże się z usługami zdrowotnymi. W Indeksie starano się przynajmniej skoncentrować na takich aspektach „Zapobiegania”, na które organy odpowiedzialne za podejmowanie decyzji mogą mieć wpływ w stosunkowo krótkim czasie.

W związku z „zespołem braku danych statystycznych” oraz po dokładnej analizie przeprowadzonej przez Panel Ekspertów, do Indeksu EHCI 2013 włączono ostatecznie 48 wskaźników.


Tak więc obszary wskaźników w indeksie EHCI 2013 przedstawiają się następująco:

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

9.5. PUNKTACJA ZASTOSOWANA W EHCI 2013

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

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

W 2013 roku wprowadzono oznaczenie o kolorze purpurowym  za najgorsze wyniki. Za ten kolor przyznawano 0 punktów. Był on stosowany wyłącznie w przypadku wskaźnika „3.8. Współczynnik aborcji”, gdy w danym kraju kobiety nie miały prawa do aborcji.

Od czasu Indeksu 2006 stosowana jest ta sama metodologia: w przypadku każdej podkategorii wynik punktowy dla danego kraju obliczono jako procent maksymalnej liczby punktów (np. dla czasu oczekiwania wynik punktowy dla danego kraju obliczono jako procent maksymalnej liczby 3 punktów $\times 6 = 18$).

Następnie wyniki dla wszystkich podkategorii pomnożono przez współczynniki wagi wskaźników podane w następnym dziale i dodano, przez co otrzymano ostateczny wynik punktowy danego kraju. Wyrażone w procentach wyniki zaokrąglono do trzycyfrowych liczb całkowitych, tak by „zielony” wynik punktowy uzyskany we wszystkich 48 wskaźnikach dawał 1000 punktów. Z kolei kraj uzyskujący „wszystkie czerwone wyniki” zdobywa 333 punkty.

9.6. WSPÓŁCZYNNIKI WAGI WSKAŹNIKÓW

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

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

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

Podkategoria	Względna waga (maksymalna liczba punktów w danej podkategorii)	Punkty przyznane za „zielony” wynik punktowy w danej podkategorii
Prawa pacjenta, informacje i e-Zdrowie	150	12,50
Dostępność (Czas oczekiwania na leczenie)	225	37,50
Wyniki leczenia	250	35,71
Zakres i zasięg usług („Szczodrość systemu”)	150	18,75
Zapobieganie	125	15,63
Środki farmaceutyczne	100	14,29
Całkowita suma wag	1000	

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

Należy zauważyć, że ponieważ niewiele krajów wypada doskonale w jednej podkategorii, a słabo w innych, ostateczny ranking krajów przedstawiony w EHCI 2013 jest niezwykle stabilny, przy czym współczynniki wagi wskaźników są zróżnicowane raczej w szerokich granicach.

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

9.6.1. RÓŻNICE REGIONALNE W GRANICACH PAŃSTW EUROPEJSKICH

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

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

Zostało to udowodnione w rankingu EHCI 2013, w którym eksperymentalnie wyodrębniono Szkocję. Szkocja i Anglia w ostatecznym rozrachunku wypadły zdumiewająco podobnie, uzyskując odpowiednio 719 i 718 punktów na 1000 możliwych. Te dwa kraje uzyskały właściwie nieco różne wyniki w 12 z 48 wskaźników, jednak wciąż zbliżone do siebie w ostatecznym rozrachunku. Ponadto zaobserwowano, że różnice regionalne między różnymi częściami Anglii są większe niż różnice między Anglią a Szkocją.

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

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

9.7. DEFINICJE WSKAŹNIKÓW I ŹRÓDŁA DANYCH DLA EHCI 2013

Należy zauważyć, że od 2009 roku HCP otrzymuje znacznie więcej informacji od krajowych urzędów ochrony zdrowia prawie wszystkich 35 krajów ujętych w Indeksie. Odpowiedzi udzielone w ankiecie zleconej przez PatientView 2013 wykorzystywano bardzo ostrożnie, np. jeśli dane „oficjalne” umożliwiają zdobycie „zielonego” wyniku punktowego, a według ankiety możliwy do uzyskania wynik jest zdecydowanie „czerwony”, kraj otrzymywał „żółty” wynik punktowy.

Tabela 9.7: Definicje wskaźników i źródeł danych dla EHCI 2013

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródła informacji	
1. Prawa pacjenta i informacje	1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta	Czy krajowe ustawodawstwo jest wyraźnie wyrażone w kategoriach praw pacjentów?	Tak	Różne rodzaje kart pacjenta lub podobne zarządzenia	Nie	Raporty European Observatory HI, http://europatientrights.eu/about_us.html ; Ustawa o prawach pacjenta (Aneks I do raportu EHC); http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1 ; http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patients_rights.htm ; www.dohc.ie ; http://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/ ; Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx ; http://db2.doyma.es/pdf/261/261v1n2a13048764pdf001.pdf ; http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechte_gesetz.html	
	1.2. Organizacje pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny		Tak, ustawowo	Tak, na podstawie powszechnej praktyki w funkcjach doradczych	Nie, nieobowiązkowe lub na ogół realizowane w praktyce	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów, badanie zlecone przez HCP 2013; wywiady osobiste	
	1.3. Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej	Czy pacjenci otrzymują odszkodowanie bez pomocy sądu po dowiedzeniu, że personel medyczny popełnił błąd?	Tak	Dostatecznie (np. > 25% kalectwa pokryty przez państwo)	Nie	Swedish National Patient Insurance Co. [wszystkie kraje skandynawskie mają ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej]; www.hse.ie ; www.higa.ie	
	1.4. Prawo do drugiej opinii		Tak	Tak, ale jest ona trudno dostępna w wyniku niedostatecznych informacji, biurokracji lub niechęci lekarzy	Tak, ale jest ona trudno dostępna w wyniku niedostatecznych informacji, biurokracji lub niechęci lekarzy	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów, badanie zlecone przez HCP 2013; wywiady osobiste
	1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej	Czy pacjenci mają dostęp do swojej dokumentacji medycznej?	Tak, pacjenci mają dostęp do swojej dokumentacji medycznej	Tak, ale wymaga to pisemnego wniosku lub dokumentacja jest dostępna do przejrzania jedynie pod nadzorem lekarza „walk-thought”	Nie, nie ma takiego prawa ustawowego	Nie, nie ma takiego prawa ustawowego	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów, badanie zlecone przez HCP 2013; wywiady osobiste

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
1. Prawa pacjenta i informacje	1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu	Czy opinia publiczna ma dostęp do informacji: „Czy lekarz X jest wiarygodnym specjalistą?”	Tak, na stronie www lub w szeroko dostępnych publikacjach	Tak, ale w publikacjach, które są kosztowne lub których zdobycie jest kłopotliwe	Nie	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013. Krajowe rejestry lekarzy; p://www.sst.dk/Tilsyn/Individuelt_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpe_t_tilsyn_med_videre/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx; http://
	1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej	Informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć następujące decyzje: „Po skorzystaniu z serwisu informacyjnego zażyję paracetamol i poczekam, co się wydarzy” lub „Natychmiast jadę do najbliższego szpitala”	Tak	Tak, ale nie są one powszechnie dostępne lub opinia publiczna nie jest o nich wystarczająco informowana	Nie lub występują sporadycznie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2013. Wywiady osobiste; http://www.nhsdirect.nhs.uk/; www.hse.ie; www.ntpf.ie
	1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta	Czy pacjenci mogą dowolnie wybrać leczenie w innym państwie UE?	Tak, w tym operacje planowane prze-prowadzane w szpitalu	Tak, po nazbyt długim czasie oczekiwania	Tak, ale po wstępnej akceptacji lub w bardzo ograniczonym zakresie (formy opieki zdrowotnej nieoferowane w kraju zamieszkania pacjenta)	Tak, ale po wstępnej akceptacji
1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług	„Dr Foster” w Zjednoczonym Królestwie to typowy przykład „zielonego” Wykaz „750 najlepszych klinik” opublikowany przez „Le Point” we Francji uzyskuje „złoty” wynik punktowy	Tak	W pewnym stopniu, tylko regionalny lub opinia publiczna nie jest o nim wystarczająco informowana	Nie	Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2012. http://www.drfooster.co.uk/home.aspx; http://www.sundhedskvalitet.dk/; http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2109.aspx; http://www.hiqa.ie/; http://212.80.128.9/gestion/ges161000.com.html	

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
1. Prawa pacjenta i informacje	1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej	Procent praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystujących elektroniczne dane medyczne do postawienia diagnozy	≥90% praktyk lekarzy rodzinnych	<90 ≥ 50% praktyk	<50% praktyk	http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf ; http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.ph?p?Se=11 ; www.icgp.ie ; Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians „Benchmarking ICT use among GPs in Europe”; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy [s. 60], Gartner Group
	1.11. Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie	Czy pacjenci mogą za rezerwować wizytę u lekarza przez Internet?	Tak, jest to szeroko dostępne	Usługa oferowana tylko przez niektóre szpitale/laboratoria	Nie lub bardzo rzadko	Badanie zlecone PatientView 2013 przez HCP; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną
	1.12. e-Recepty		W pełni funkcjonująca usługa e-Recepty w całym kraju lub na znacznych obszarach niektórych regionów	Niektóre apteki oferują taką usługę	Nie lub bardzo rzadko	Badanie zlecone PatientView 2013 przez HCP; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu	Czy mogę liczyć na to, że mój lekarz rodzinny przyjmie mnie dzisiaj?	Tak	Tak, ale nie w pełni	Nie	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; Krajowe rejestry lekarzy; Krajowe agencje ochrony zdrowia
	2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty	Bez skierowania od lekarza rodzinnego	Tak	Dosyć często lub dla ograniczonej liczby specjalności	Nie	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe
	2.3. Poważne, nienagłe zabiegi operacyjne < 90 dni	Pomostowanie aortalno-więccowe/ PTCA oraz wymiana stawu biodrowego/kolanowego	90% < 90 dni	50–90% < 90 dni	> 50% > 90 dni	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe
	2.4. Leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni	Czas do otrzymania radioterapii/ chemioterapii od decyzji o jej przyznaniu	90% < 21 dni	50–90% < 21 dni	> 50% > 21 dni	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe, www.socialstyrelsen.se: Vänstetider cancervård
	2.5. Badanie TK < 7 dni	Oczekiwanie na zaawansowaną diagnostykę (stany nieostre)	Zwyczajnie < 7 dni	Zwyczajnie < 21 dni	Zwyczajnie > 21 dni	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2012; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe, www.socialstyrelsen.se: Vänstetider
	2.6. Czas oczekiwania na oddziale ratunkowym szpitala	Czas pomiędzy przybyciem pacjenta do szpitala a podjęciem leczenia dolegliwości	Zwyczajnie < 1 godzina	Zwyczajnie 1–3 godziny	Zwyczajnie > 3 godziny	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; wywiady z urzędnikami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną, informacje przekazane przez agencje krajowe

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
3. Wyniki leczenia	3.1. Śmiertelność z powodu zawatu serca	30-dniowa śmiertelność pacjentów hospitalizowanych z zawałem mięśnia sercowego (standaryzowana pod względem wieku)	< 4%	4–< 6%	≥ 6%	Zestawienie na podstawie OECD Health Data 2012, WHO Detailed Mortality Database, czerwiec 2013
	3.2. Śmiertelność niemowląt	Na 1000 żywych urodzeń	< 4	< 6	≥ 6	WHO Europe Health for All Mortality Database, lipiec 2013, najnowsze dostępne dane statystyczne
	3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby	1 minus wskaźnik śmiertelności/zachorowalności 2012 („przeżywalność”)	≥ 60%	59,9–50%	< 50%	J. Ferlay et al. / European Journal of Cancer 49 (2013) 1374–1403
	3.4. Utraczone potencjalne lata życia	Wszystkie przyczyny, utraczone lata życia na 100 000 mieszkańców	< 4500	4501–7000	> 7000	WHO Europe Detailed Mortality Database, czerwiec 2013
	3.5. Infekcje MRSA	Wyniki badań wrziliwości izolatów klinicznych gronkowca złocistego (proc.)	< 5%	< 20%	> 20%	ECDC EARS-net, sierpień 2013 (większość danych 2011)
	3.6. Współczynnik aborcji	Liczba na 1000 żywych urodzeń; liczba niska = dobra opieka prenatalna, liczba bardzo niska = kolor purpurowy	< 200	201–300	> 300	WHO Health for All Database, lipiec 2013, informacje ONZ dotyczące aborcji
	5.6. Niezdiagnozowana cukrzyca	Całkowity odsetek populacji z niezdiagnozowaną cukrzycą 20–79 lat	< 3,0%	3,0–3,7%	> 3,7%	IDF Diabetes Atlas, wydanie 5, uaktualnione: 2012
	3.10. Depresja	Średni wynik na podstawie 5 pytań dot. zdrowia psychicznego	≥ 67%	66–55%	< 55%	Specjalne badania Eurobarometru 345, październik 2011; www.fhi.no „Psykisk helse i Norge 2011:2”, http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/nat_fp.php?mode=8

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
4. Zakres i zasięg świadczonych usług	4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia jako proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia	≥ 80%	< 80% – > 70%	≤ 70%	Baza danych WHO <i>HfA</i> , lipiec 2013; dane krajowe
	4.2. Operacje zaćmy na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	Całkowita liczba zabiegów podzielona przez 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	> 5000	5000–3000	< 3000	OECD Health Data 2011, baza danych WHO <i>HfA</i> , WHO Prevention of Blindness and Visual Impairment Programme, European Community Health Indicators, dane krajowe
	4.3. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców	Żyjący i zmarli dawcy, zabiegi na milion mieszkańców	≥ 40	40–30	< 30	Biuletyn Rady Europy nr 17/2012, SE European Times, lipiec 2013
	4.4. Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia	Procent średniego dochodu określający niezaspokojoną potrzebę badania stomatologicznego, 2010	< 5%	5–9,9%	≥ 10%	OECD Health at a Glance 2012, Eurostat: http://dx.doi.org/10.1787/888932704760
	4.5. Nieformalne opłaty świadczone lekarzom	Średnia odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”	Nie!	Czasami, zależy to od konkretnej sytuacji	Tak, często	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2012; krajowe agencje ochrony zdrowia
	4.6. Długofalowa opieka nad osobami starszymi	Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia	≥ 6000	5999–3000	< 3000	Baza danych WHO <i>HfA</i> , lipiec 2013
	4.7. Procent dializ wykonywanych poza szpitalami	Proc. wszystkich pacjentów poddawanych hemodializie i dializie otrzewnowej w domu	≥ 20%	< 20% – > 10%	≤ 10%	European Renal Association Annual Report 2009, www.ceapir.org
	4.8. Współczynnik cesarskich cięć	Liczba na 1000 żywych urodzeń; liczba niska = dobra opieka prenatalna	< 200	201–300	> 300	Baza danych WHO <i>Health for All</i> , styczeń–lipiec 2013

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
5. Zapobieganie	5.1. Szczepienie niemowląt	Odsetek dzieci szczepionych przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, <i>haemophilus influenzae</i> typu B – średnia arytmetyczna	≥ 97%	≥ 92 – < 97%	< 92%	Baza danych WHO HfA, lipiec 2013
	5.2. Ciśnienie krwi (występowanie nadciśnienia)	Procent osób powyżej 25. roku życia z ciśnieniem krwi > 140/90	< 25%	25–35 %	> 35%	WHO World Health Statistics 2013
	5.3. Zapobieganie paleniu	Całkowity wynik na podstawie Tobacco Control Scale	≥ 51	50–41	≤ 40	Joossens, L. & Raw, M., „The Tobacco Control Scale 2010”
	5.4. Spożycie alkoholu	„Nadmierne spożywanie alkoholu” – spożycie wysokoprocentowych napoi alkoholowych na osobę powyżej 15. roku życia	< 2 litry czystego alkoholu na osobę	2–4 litry czystego alkoholu na osobę	> 4 litry	WHO HfA, styczeń 2013, specjalne badania Eurobarometru 331, kwiecień 2010
	5.5. Aktywność fizyczna	Godziny wychowania fizycznego w ramach obowiązkowej edukacji	≥ 751	750–600	< 600	www.eurydice.org ; <i>Recommended Annual Taught Time in Full-time Compulsory Education in Europe 2012/13</i> ; www.vsa.zh.ch
	5.6. Niezdiagnozowana cukrzyca	Całkowity odsetek populacji z niezdiagnozowaną cukrzycą 20–79 lat	< 3,0%	3,0–3,7%	> 3,7%	IDF Diabetes Atlas, wydanie 5, uaktualnione: 2012
	5.7. Szczepienie przeciwko wirusowi HPV	Program krajowy dla nastoletnich dziewcząt	Tak, bezpłatnie dla pacjenta	Tak, pacjent pokrywa znaczną część kosztów	Nie	European Centre for Disease Prevention and Control. <i>Introduction of HPV vaccines in EU countries – an update</i> . Stockholm: ECDC, 2012. Seme et al.: <i>Acta Dermatovenerologica APA 2013</i> ; 22:21–25. www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/
	5.8 Spożycie cukru	Ekwiwalenty cukru rafinowanego, /kg/per ca pita/rok	≥ 31	30–25	< 25	http://faostat.fao.org/site/609/DesktopDefault.aspx?PageID=609#anc orhttp://faostat.fao.org/site/609/DesktopDefault.aspx?PageID=609#ancor

Podkategoria	Wskaźnik	Komentarz	C Wynik 3	F Wynik 2	D Wynik 1	Główne źródło informacji
6. Środki farmaceutyczne	6.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę	Odsetek całkowitego obrotu lekami (na receptę) refundowanymi ze środków publicznych	≥ 70%	69,9–50%	< 50%	Baza danych WHO HfA, lipiec 2013, EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013
	6.2. Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia?	Czy istnieje farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, łatwo dostępna dla ogółu społeczeństwa (Internet lub szeroko dostępne publikacje)?	Tak; podmiot przekazujący informacje jest ujawniony i bierze za to odpowiedzialność	Tak, ale nie jest łatwo stwierdzić, kto przekazuje informacje	Nie	Badanie zlecone PatientView przez HCP 2013; Badanie HCP 2010–2013; krajowe agencje ds. produktów medycznych
	6.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych	Kod ATC: L01XC (przeciwiata monoklonalne) na jednego mieszkańca, mln USD na milion mieszkańców	> 15	15–10	< 10	Baza danych IMSMIDAS, cały rok do czerwca 2013, www.nuffieldtrust.org.uk/data-and-charts/prescribing-spend-person-uk
	6.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)	Czas pomiędzy rejestracją a włączeniem do systemu refundacji	< 150 dni	< 300 dni	> 300 dni	Raporty Patients W.A.I.T. Indicator 2011 i 2012 – przygotowane na podstawie bazy danych EFPIA
	6.5. Leki na artretyzm	Inhibitory TNF-α, Jednostki Standardowe na osobę, odsetek występowania dostosowany	> 300	300–100	< 100	Baza danych IMS MIDAS, eumusc.net: Report v5.0 Musculoskeletal Health in Europe (2012), specjalne badania Eurobarometru 272 (2007)
	6.6. Leki na schizofrenię	N05A, wyłączając N05AN (leki przeciwpsychotyczne poza preparatami litu); zużycie na jednego mieszkańca	> 7	7–3	< 3	Baza danych IMSMIDAS, cały rok do czerwca 2013
	6.7. Wykorzystanie antybiotyków na osobę	J01 Leki przeciwbakteryjne do stosowania wewnętrznego, wyłączając J01B; zużycie na jednego mieszkańca	≤ 12	12–15	≥ 15	Baza danych IMSMIDAS, cały rok do czerwca 2013

9.7.1. DODATKOWE GROMADZENIE DANYCH – BADANIE ANKIETOWE

Poza uzyskaniem danych z ogólnie dostępnych źródeł, podobnie jak w przypadku Indeksów 2005–2012, organizacji PatientView (PV) zlecono przeprowadzenie ankiety internetowej wśród organizacji reprezentujących pacjentów (PatientView ma siedzibę w Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, tel.: 0044 (0) 1547–520–965, e-mail: info@patient-view.com). W roku 2013 badanie uwzględniło sześć wskaźników dotyczących „Dostępności”, dwa wskaźniki w podkategorii „e-Zdrowie” oraz inne wskaźniki wymienione w Załączniku 1. Odpowiedzi przesłały łącznie 1072 organizacje reprezentujące pacjentów. Najmniejsza liczba odpowiedzi z jednego kraju wynosiła 5 (Albania, BJR Macedonii i Islandia), nie licząc Belgii i Słowacji, z których nie nadeszła żadna odpowiedź. Belgia i Słowacja zachowały w związku z tym wyniki uzyskane w 2012 roku dla tych wskaźników, dla których nowe dane od ministerstw krajowych oraz z innych źródeł nie były dostępne.

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

W rezultacie ankieta PV została wykorzystana jako źródło danych CUTS (patrz dział 9.11) jedynie w przypadku wskaźników określających czas oczekiwania pacjentów i dla wskaźnika „4.5. Nieformalne opłaty świadczone lekarzom”).

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

Wstępne tabele punktowe zostały w dniu 24 września 2013 roku przesłane do ministerstw zdrowia lub agencji we wszystkich 33 krajach ujętych w rankingu. Stworzyło to im możliwość przekazania danych bardziej aktualnych i/lub wyższej jakości niż pochodzące ze źródeł ogólnodostępnych. Kilkakrotnie kontaktowano się z ministerstwami i organizacjami państwowej służby zdrowia w Anglii i Szkocji, jednak kraje te, jako jedyne w Europie, nie skorzystały z możliwości zapoznania się wstępnie ze swoimi wynikami.

Do procedury tej przygotowywano się wiosną 2013 roku poprzez intensywną wymianę korespondencji listownej i elektronicznej, prowadzenie rozmów telefonicznych oraz poprzez wizyty w ministerstwach/agencjach. Ostatecznie zgromadziliśmy informacje pochodzące z oficjalnych źródeł krajowych, otrzymane w formie zwracanych „tabel punktowych dla pojedynczych krajów” i/lub zebrane w trakcie dyskusji prowadzonych podczas osobistych wizyt w ministerstwach zdrowia/agencjach krajowych.

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

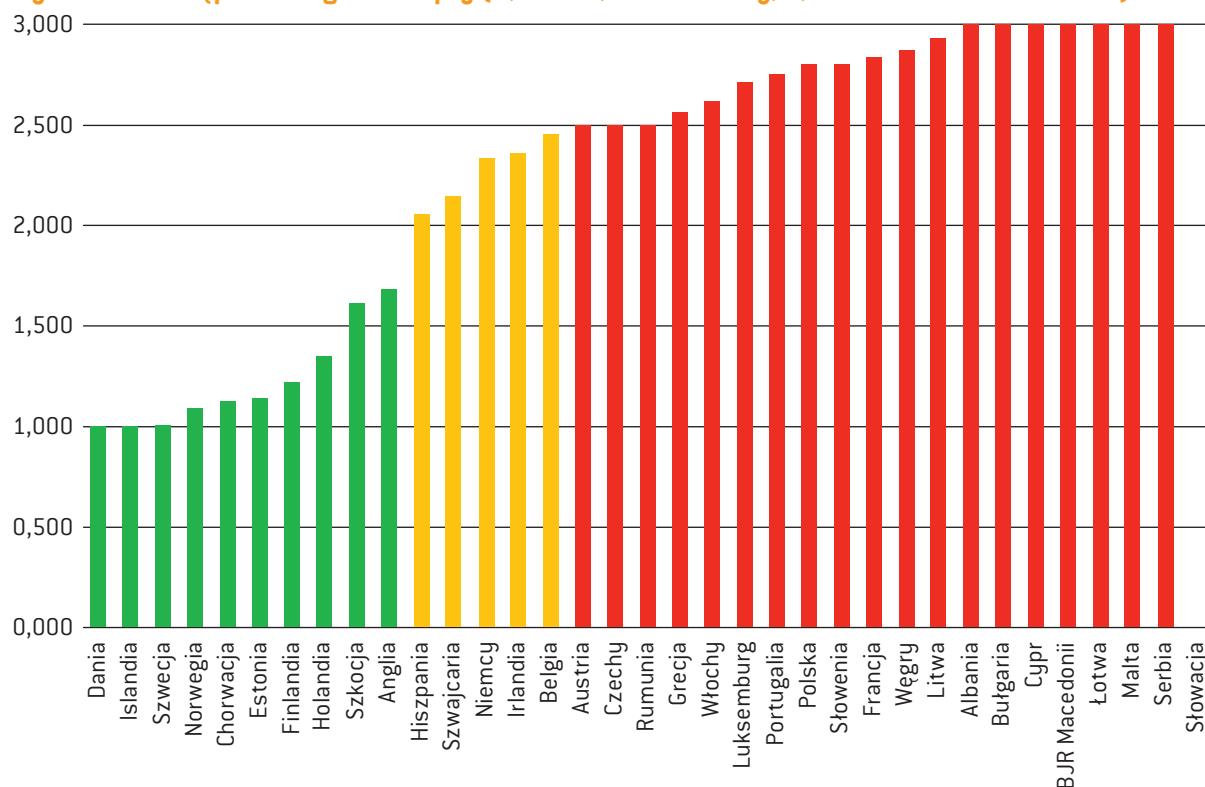
9.8. USTAWIENIA WARTOŚCI PROGOWYCH

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

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

Ustawienie wartości progowych zwykle sprowadza się do przeanalizowania wykresu słupkowego przedstawiającego dane dotyczące wartości wskaźnika, w kolejności rosnącej. Powstała w ten sposób krzywa, zwykle w kształcie litery „S”, jest następnie analizowana pod kątem występujących w niej przewężeń, które mogą być charakterystyczne dla grupy państw. Przewężenia takie są często traktowane jako wartości początkowe wyników punktowych. Nieznacznie preferowane są także wartości progowe charakteryzujące się liczbami parzystymi. Przykładem tej procedury może być diagram przedstawiający punktację dla wskaźnika „1.10. e-Recepty”:

Wykres 14. Dostęp do usługi e-Recepty (1,0 = tak, bardzo dobry, 3,0 = brak lub bardzo rzadki)



Punktacja dla wskaźnika 1.10. Diagram dość dobrze przedstawia karby krzywej w kształcie litery S.

Źródło: opracowanie własne.

Na koniec należy nadmienić, że HCP jest organizacją motywowaną przez wartości. Jesteśmy zwolennikami przyznawania pacjentowi/konsumentowi praw i możliwości wyboru, z czym się łączy najwyższy nacisk na wysoką jakość i powszechną dostępność usług zdrowotnych. Jak pokazuje wskaźnik „1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania”, takie podejście

proceedzi czasami do włączenia do rankingu wskaźników, w przypadku których jedynie niewielka liczba krajów uzyskuje „zielone” wyniki punktowe (w tym przypadku Luksemburg i Holandia). Poza tym uważamy, że ludzie będą niewątpliwie lepiej wpływać na proces decyzyjny w sprawach dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej niż wszelkie prawidła napędzane moralistycznymi, religijnymi i paternalistycznymi uprzedzeniami.

9.9. ŹRÓDŁA DANYCH CUTS

Jeśli tylko było to możliwe, starano się tak prowadzić proces zbierania danych, żeby spełniały one kryteria CUTS (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). Gdy dane określające parametr podstawowy dla jakiegoś wskaźnika są dostępne dla wszystkich lub większości z 35 krajów w jednym, wiarygodnym źródle, zdecydowanie preferuje się wykorzystywanie danych CUTS jako podstawy wyniku punktowego dla danego wskaźnika. Do źródeł danych CUTS zaliczymy np. ECDC, bazy WHO, OECD Health, specjalne badania Eurobarometru lub publikacje naukowe wykorzystujące jasno określoną, ustaloną metodologię.

Poza wyjątkową efektywnością tego podejścia podstawowym powodem skoncentrowania się na danych CUTS jest fakt, że gromadzenie danych opartych głównie na informacjach uzyskanych z 35 źródeł krajowych, nawet jeśli tymi źródłami są ministerstwa zdrowia lub krajowe agencje ochrony zdrowia bądź urzędy statystyczne, na ogół prowadzi do zakłócenia spójności tak zebranych danych. Powszechnie spotykanym problemem staje się trudność uzyskania precyzyjnych odpowiedzi z wielu źródeł, nawet jeśli odpowiadają one na to samo dobrze zdefiniowane pytanie. Na przykład w przypadku jednego z poprzednich Indeksów trudności sprawiało pytanie o tak dobrze zdefiniowany wskaźnik, jak „Standaryzowany współczynnik zgonów (SDR) z powodu chorób układu oddechowego u mężczyzn powyżej 45. roku życia”. W związku z tym, że jeden z krajów gwałtownie protestował przeciwko swojemu wynikowi konieczne było trzykrotne zadanie pytania na piśmie, zanim przedstawiciel władz krajowych (bardzo dobrze wykształcony) zauważył, że wskaźnik dotyczył „mężczyzn powyżej 45. roku życia”, a nie całej populacji. Należy podkreślić, że także w przypadku zidentyfikowania danych CUTS dla danego wskaźnika są one poddawane analizie polegającej na zastosowaniu procedur weryfikacji opartych na niezależnych źródłach, ponieważ wielokrotnie się zdarzało, że ze źródeł krajowych lub publikacji naukowych udawało się nam zdobyć dane nowsze i/lub bardziej precyzyjne.

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

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

9.10. TREŚĆ WSKAŹNIKÓW UJĘTYCH W EHCI 2013

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2013 gromadzi dane na temat 50 wskaźników wydajności systemu opieki zdrowotnej i grupuje je w sześciu podkategoriach. Każda z tych podkategorii jest odzwierciedleniem pewnej kwestii, np. wyników leczenia czy dostępności.

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

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

9.10.1. PRAWA PACJENTÓW I INFORMACJE

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

Dlaczego HCP darzy tę podkategorię szczególną sympatią? Ponieważ obejmuje ona wskaźniki niezależne od PKB. Nawet najbardziej rozwinięte kraje mogą sobie pozwolić na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2013 po raz kolejny dowodzi słuszności powyższego stwierdzenia.

Podkategoria ta zawiera dwanaście wskaźników.

1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta

Czy krajowe ustawodawstwo jednoznacznie uwzględnia prawa pacjentów? Na poziomie ustaw czy innych aktów legislacyjnych? Czy istnieją kodeksy etyki zawodowej, karty praw pacjenta etc.? Wskaźnik ten pojawia się w EHCI od 2005 roku. Z uwagi na to, że liczba krajów, które nie przyjęły takich przepisów, obecnie zmniejszyła się do trzech, może on zostać zastąpiony przez inny w 2014 roku.

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

1.2. Organizacje reprezentujące pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny

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

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; raporty European Observatory HiT; dane non-CUTS.

1.3. Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej

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

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

1.4. Prawo do drugiej opinii

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

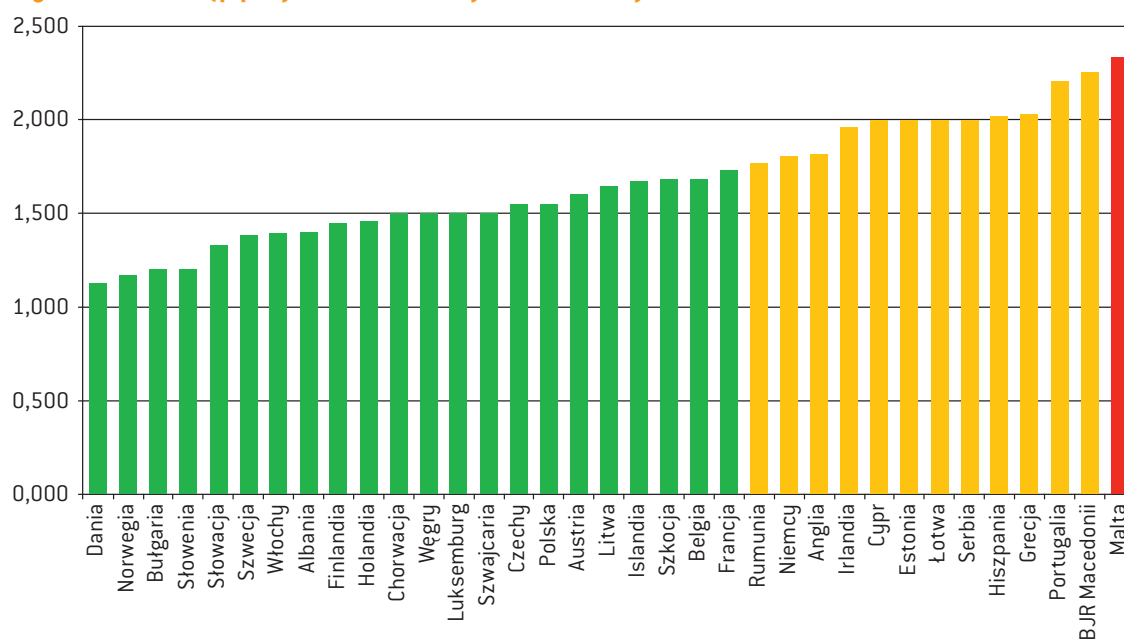
Krajom, w których to prawo istnieje na papierze, ale organizacje reprezentujące pacjentów niewiele o nim wiedzą, przyznano „żółty” wynik punktowy zamiast „zielonego”, który zostałby przyznany, gdyby sytuacja była sformalizowana.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; dane non-CUTS.

1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej

Czy pacjenci mają łatwy dostęp do własnej dokumentacji medycznej i mogą się z nią zapoznać? Trudno w to uwierzyć, ale w niektórych miejscach w Europie osobista dokumentacja medyczna jest chroniona tak bardzo, że pacjent nie ma dostępu do własnych danych medycznych. Jest to o tyle niezwykle, że dyrektywa UE o ochronie danych jednoznacznie stwierdza, że przepisy powinny nadać pacjentowi takie prawo. W innych krajach pacjenci także są pozbawieni dostępu do dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia im się, że to dla ich własnego dobra. W ostatnich latach w wielu krajach sytuacja wydaje się jednak iść ku lepszemu.

Wykres 15. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji



Wynik 1000 oznacza, że wszyscy respondenci z danego kraju odpowiedzieli „Tak”. 3000 oznacza, że wszyscy odpowiedzieli „Nie”. Wykres pokazuje, że nawet jeśli dokumentacja medyczna jest dostępna dla poszczególnych pacjentów, nie jest to powszechnie wiadome w kilku krajach.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych i informacji prasowych; dane non-CUTS.

1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu

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

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych; dane non-CUTS.

1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej

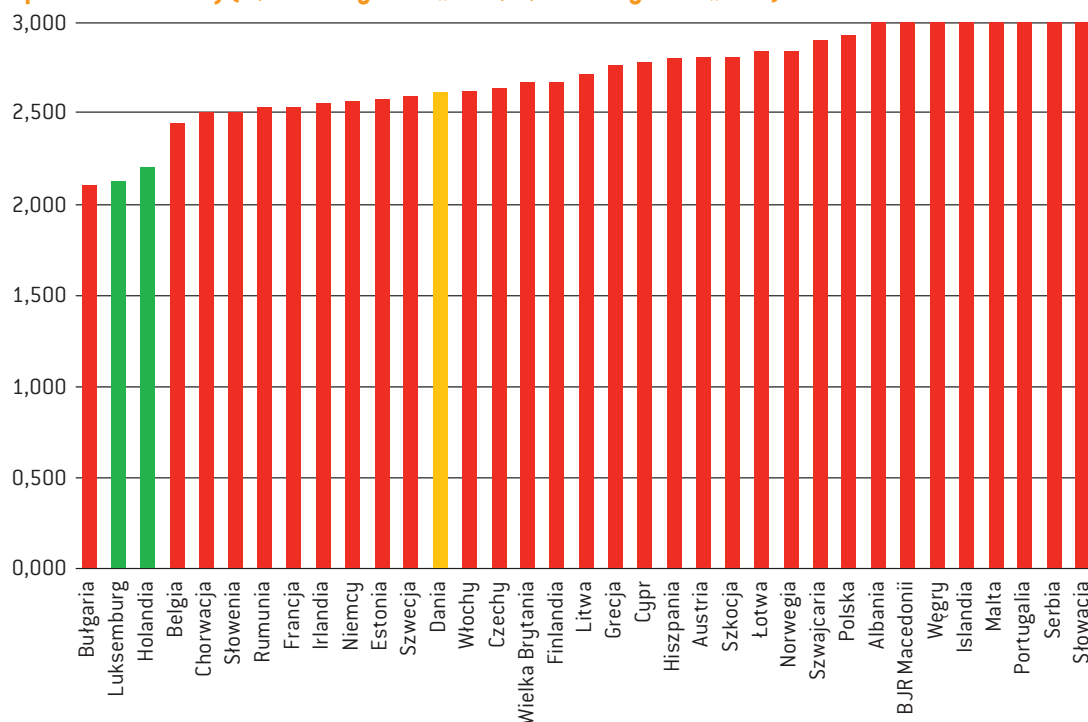
Prosty opis tego wskaźnika wykorzystany w poprzednich edycjach nie uległ zmianie w 2013 roku: chodzi o informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć decyzje w rodzaju „Zażyję paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast jadę do najbliższego szpitala”. Najpełniejsza usługa tego rodzaju oferowana jest przez British NHS Direct. W 2012 roku wiele krajów opracowało zdecentralizowane rozwiązania, takie jak całodobowe gabinety pierwszej pomocy, które oferują taką samą usługę.

Źródła danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku; krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych; dane non-CUTS.

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

Dyrektywa EU w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej została uchwalona 9 marca 2011 roku. Do 25 października 2013 roku państwa członkowskie UE musiały we własnym zakresie uchwalać prawo w celu wdrożenia dyrektywy. W związku z tym kryteria punktacji dla tego wskaźnika zostały znacznie zaostrzone w porównaniu z poprzednimi edycjami EHCI. W chwili publikacji tego raportu (listopad 2013 r.) jedynie Luksemburg i Holandia wdrożyły dyrektywę bez zastrzeżeń, co nie jest zaskakujące, gdyż oba kraje dokonały tego już przed marcem 2011 roku! Subiektywna opinia organizacji reprezentujących pacjentów (wykres poniżej) odpowiada sytuacji formalnej. „Zielony” wynik punktowy Luksemburga może się wydawać „oszustwem”, ale w sektorach publicznych skłonnych do korzystania z miejscowych środków zdroworozsądkowe powstrzymywanie się tego kraju od tworzenia własnego, pełnego systemu usług zdrowotnych (na który z całą pewnością mógłby sobie pozwolić) i umożliwienie swoim obywatelom szukania usług zdrowotnych w krajach sąsiednich zasługuje na prawdziwe uznanie.

Wykres 16. Wiedza organizacji reprezentujących pacjentów na temat dostępności transgranicznej opieki zdrowotnej (1,0 = wszystkie „tak”; 3,0 = wszystkie „nie”)



Odpowiedzi udzielone w ankietach na pytanie: „Czy pacjenci mogą dowolnie wybrać leczenie w innym państwie UE na tych samych warunkach co w rodzimym kraju?”. Wynikowi uzyskanemu przez Bułgarię brakuje wiarygodności. Danii przyznano „żółty” wynik punktowy, ponieważ Duńczycy mają takie prawo z pewnym ograniczeniem co do czasu oczekiwania.

Źródło danych: Badanie zlecone PatientView 2013 przez HCP dla Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/consultations/cons_implementation_en_en.htm#results, krajowe agencje ochrony zdrowia.

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

Powyższy wykres przedstawia wyniki badania HCP Patient Organisation. Kraje spoza UE uzyskują w EHCI wynik „nie dotyczy”.

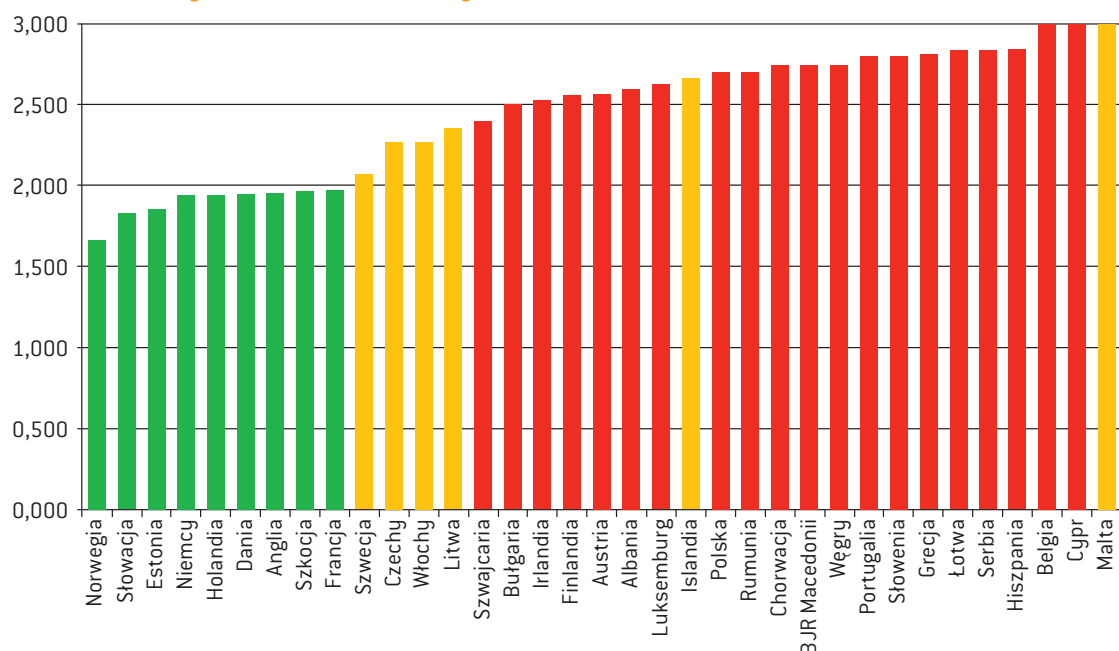
1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem świadczonych usług

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

W 2013 roku takich organizacji było tylko o kilka więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem najbardziej godnym uwagi jest duńska organizacja www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx, która ocenia szpitale poprzez przyznanie im od jednej do pięciu gwiazdek, jakby były hotelami, i podaje wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem Internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

W 2013 roku duńska Sundhedskvalitet prezentowała w europejskich kwalifikacjach standard „zielonego” wyniku punktowego. Ranking „Najlepsze kliniki” publikowany przez tygodnik „LePoint”/„Figaro” we Francji uzyskuje „zielony” wynik punktowy w 2013 roku, gdyż z badania HCP wynika, że jest on bardzo dobrze znany pacjentom. Wynik taki w 2013 roku uzyskują też Estonia, Holandia, Norwegia i Słowacja. Niemcy, które uzyskały „żółty” wynik w 2012 roku, teraz mają „zielony” (ponownie), gdyż dostęp do tych informacji został przywrócony.

Wykres 17. Wiedza na temat dostępności „katalogu” szpitali, opisującego wyniki leczenia (badanie HCP; 1,0 = wszystkie „tak”, 3,0 = wszystkie „nie”)



„Żółty” wynik punktowy został przyznany Islandii i Malcie, aby uniknąć dyskryminacji wysp, na których znajduje się tylko jeden szpital z prawdziwego zdarzenia.

Źródło danych: Badanie zlecone PatientView 2013 przez HCP na potrzeby Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, www.drfoosterhealth.co.uk/; www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Pages/default.aspx; www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2109.aspx; www.hiqa.ie/; <http://212.80.128.9/gestion/ges161000com.html>, www.bqs-institut.de/; dane non-CUTS.

1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej

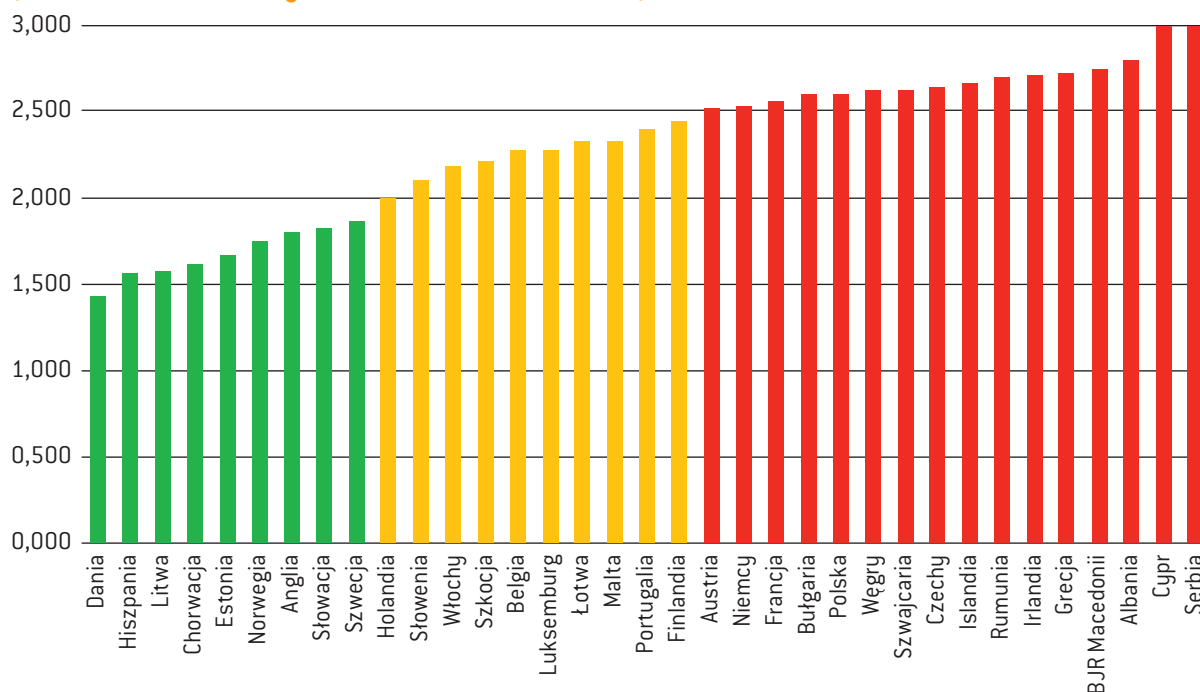
Odsetek praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystujących komputery do przechowywania danych medycznych pacjenta oraz do komunikowania się z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej.

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

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

Stosunek podaży do popytu jest w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów lub poważnych zabiegów operacyjnych bardzo zbliżony do problemu pokoi hotelowych lub wakacji organizowanych przez biura podróży. Nie ma powodów, dla których pacjenci nie mogliby rezerwować wolnych „miejsc” w dogodnym dla siebie momencie. Praktyka taka nie jest często stosowana w Europie; w 2009 roku jeden z zaledwie dwóch wyników „zielonych” w tej podkategorii uzyskała Portugalia, w której przypadku mówi się o „4 milionach mieszkańców okolic Lizbony” posiadających dostęp do takiej usługi. W 2013 roku dziewięć krajów udostępniło tę usługę znacznym grupom obywateli, co jest niemałym osiągnięciem!

Wykres 18. Czy pacjenci mają dostęp do internetowych form umawiania się na wizyty lekarskie? (1,0 = tak, bardzo dobry; 3,0 = nie lub bardzo rzadko)



Wartości graniczne dla wyniku „żółtego” i „zielonego” nie zmieniły się od 2009 roku.

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

1.12. e-Recepty

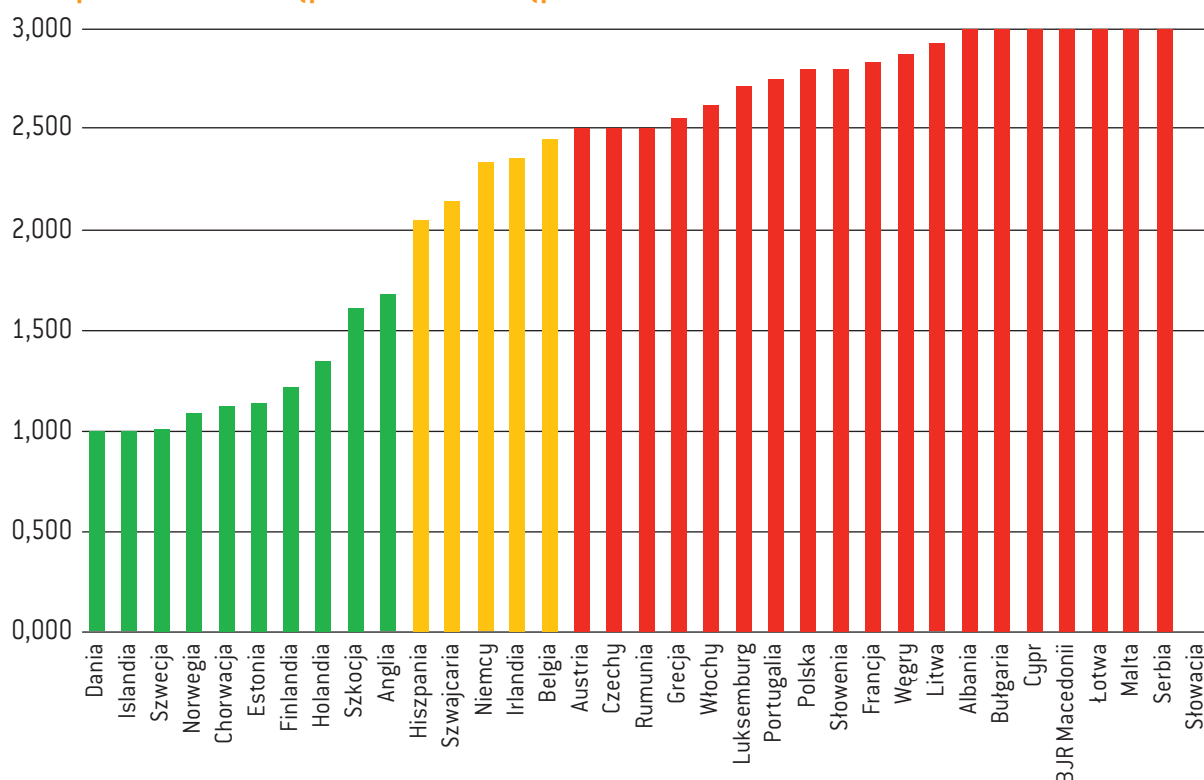
Pytanie z ankiety HCP:

„Czy pacjenci w Państwa kraju odbierają leki w aptece przy użyciu recept wysyłanych drogą elektroniczną? [Są to tzw. e-Recepty, w przypadku których nie ma potrzeby wypisywania recepty papierowej.]”

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

Wykres 19. Dostępność e-Recept

1,0 = powszechnie dostępne; 3,0 = niedostępne lub bardzo rzadkie



Odpowiedzi ankietowe na powyższe pytanie.

Źródła danych: Ankieta Patient View 2013 zlecona przez HCP. „The set-up of guidelines in support of European e-Prescription interoperability (2011–2013)”, Empirica, Bonn; krajowe agencje ochrony zdrowia.

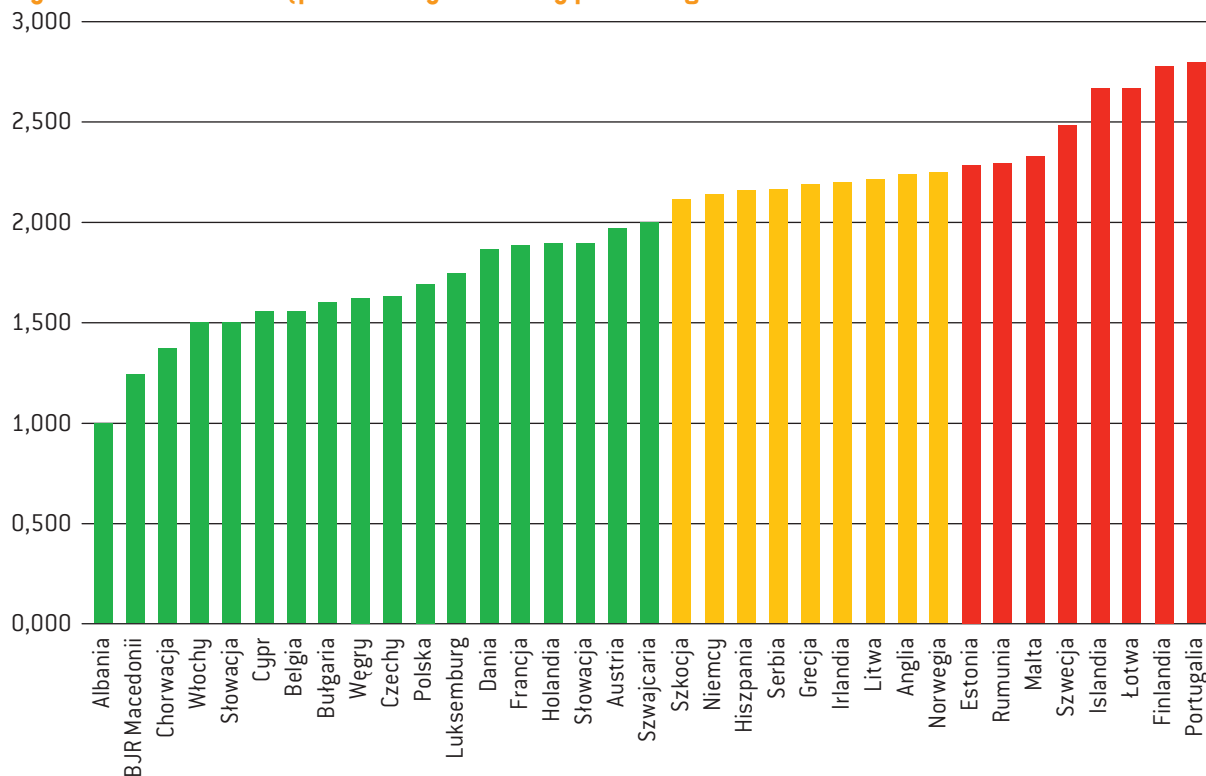
Kraje skandynawskie są w tym względzie liderem w Europie.

9.10.2. CZAS OCZEKIWANIA NA LECZENIE

2.1 .Dostęp do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia wizyty

Sprawdzenie bardzo rozsądnego wymogu: Czy pacjent może liczyć na wizytę u lekarza rodzinnego w tym samym dniu, gdy jest przekonany, że wymaga tego jego stan zdrowia?

Wykres 20. Ocena dostępności wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu



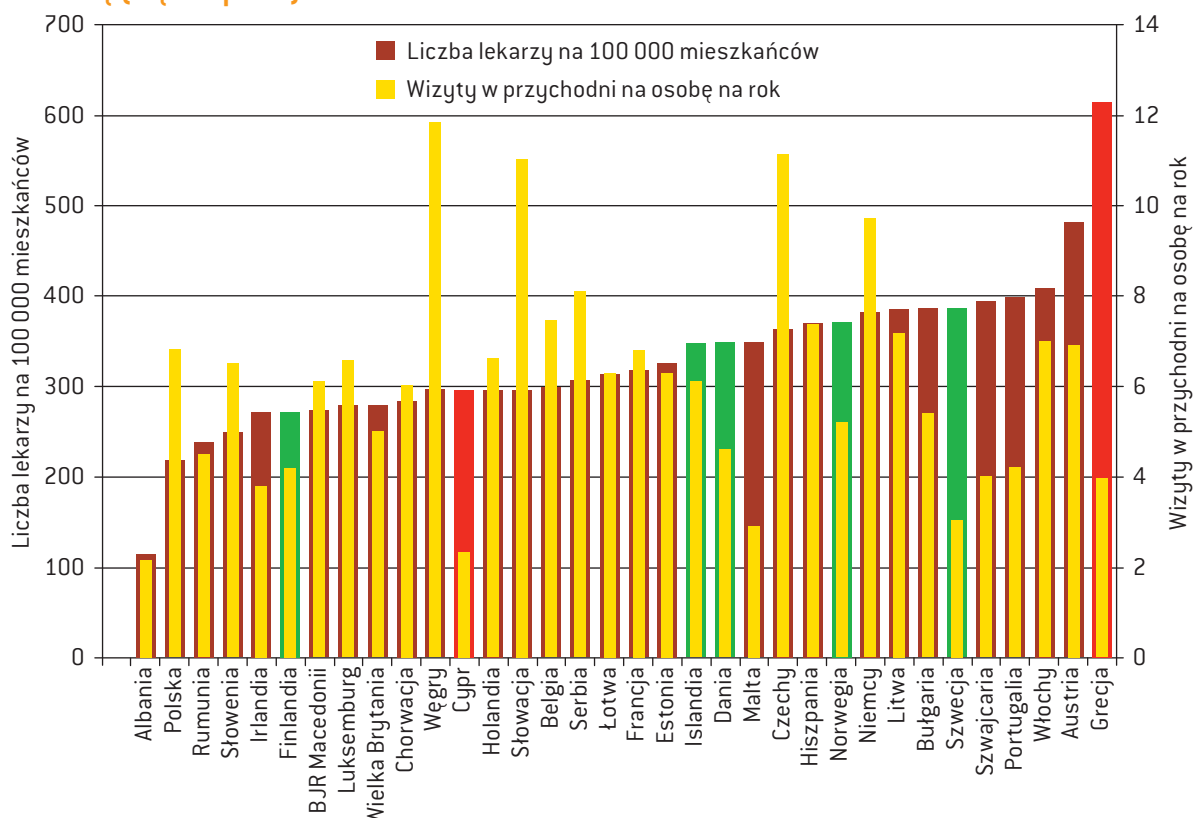
Odpowiedzi ankietowe na pytanie: „Czy w Państwa kraju pacjenci mogą odbyć wizytę u lekarza rodzinnego w dniu umówienia się na wizytę (lub bez umawiania wizyty)?” 1,0 = wszystkie odpowiedzi „tak”; 3,0 = wszystkie odpowiedzi „normalnie nie”.

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi na to pytanie w zasadzie pokazują, że nie ma wyjaśnienia dla czasu oczekiwania pacjentów na wizytę u lekarza rodzinnego: wyniki wydają się rozmieszczone przypadkowo i nie istnieje ich współzależność z kwestiami finansowymi (PKB lub wydatkami na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca), zakresem świadczonych usług ani gęstością sieci podstawowej opieki zdrowotnej (zob. wykres poniżej). W pewnych krajach, po których raczej nie spodziewalibyśmy się takiej sytuacji, lekarz rodzinny ma nawet obowiązek odbierania 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu telefonów od każdego pacjenta zarejestrowanego w prowadzonym przez niego gabinecie.

Jak pokazano na wykresie 21, pomiędzy liczbą lekarzy na jednego mieszkańca a dostępem do lekarza korelacja jest bardzo nieznaczna. Wyróżnić można pewne rysy kulturowe: w krajach skandynawskich (zielone szerokie paski) pacjenci chcą się konsultować z lekarzem, jedynie kiedy są naprawdę chorzy. Również Szwajcarzy, Portugalczycy i Holendrzy nie odwiedzają swoich lekarzy zbyt często. Bardzo niska liczba wizyt na lekarza na Cyprze lub w Grecji (która ma zdecydowanie najwyższą liczbę lekarzy na jednego mieszkańca) może jednak oznaczać przedstawienie zaniżonych danych o wizytach w celu uniknięcia opodatkowania.

Wykres 21. Lekarze na 100 000 osób (szerokie paski) oraz liczba konsultacji w przychodniach na osobę (wąskie paski)



Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2013 roku. Baza danych WHO *Health for All*, lipiec 2013 r.; krajowe agencje ochrony zdrowia; analiza czasopism. Dane non-CUTS.

2.2. Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty

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

Ten wskaźnik jest najbardziej kwestionowany w całej historii indeksów HCP. Pomimo to, lub może właśnie wskutek tego, jest on wykorzystywany od 2005 roku i wydaje się potwierdzać pogląd, że „oparcie systemów opieki zdrowotnej na lekarzach rodzinnych nie ma żadnego wpływu na poziom kosztów opieki ambulatoryjnej, poziom wszystkich kosztów opieki zdrowotnej ani na wzrost całkowitych kosztów takiej opieki”⁹.

Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zleczone przez HCP w 2013 roku. Krajowe agencje ochrony zdrowia oraz urzędnicy ochrony zdrowia; www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf; www.ic.nhs.uk/; www.oecd.org, www.vantetider.se, dane non-CUTS.

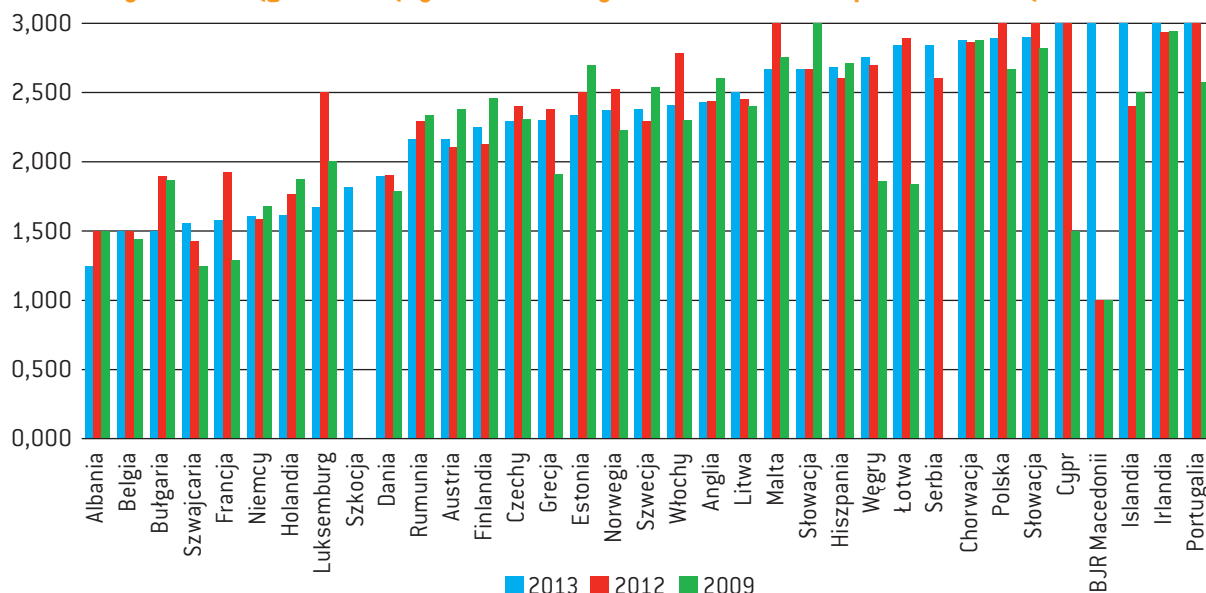
2.3. Czas oczekiwania na poważne, nienagłe zabiegi operacyjne < 90 dni

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

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

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

Wykres 22. Czas oczekiwania na poważne, planowe zabiegi operacyjne: 1,0 = wszystkie w ciągu 3 miesięcy; 3,0 = na wszystkie trzeba czekać ponad 3 miesiące



Odpowiedzi ankietowe na pytanie o czas oczekiwania na poważne, planowe zabiegi operacyjne. Jeżeli paski niebieskie/bordowe są wyższe niż paski zielone, oznacza to, że czasy oczekiwania uległy wydłużeniu podczas lat „kryzysu finansowego”. Istnieje kilka raczej słabych wskazań, że może to mieć miejsce.

Źródła danych: Czas oczekiwania w systemach opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP w 2013 roku. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

Jak pokazano na wykresie, jest to jeden z nielicznych wskaźników EHCI, w przypadku których dochodzą do głosu oznaki kryzysu finansowego: wydaje się, że czasy oczekiwania na (kosztowne) planowe zabiegi operacyjne uległy wydłużeniu, w szczególności zauważalny sposób w niektórych krajach ciężko dotkniętych kryzysem. Niemniej, jeśli efekt ten nie jest artefaktem, jest raczej skromny.

2.4. Czas oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni

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

Badanie ankietowe organizacji reprezentujących pacjentów, zlecone przez HCP, odznacza się tą samą logiką, co w przypadku planowych zabiegów operacyjnych (powyżej), że średnią punktacją odpowiedzi w przypadku czasu oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe w wysokości od 1,0, co zasadniczo oznacza, że „każdy otrzymuje leczenie w ciągu trzech tygodni”, do 3,0, co oznacza, że „wszyscy muszą czekać dłużej niż trzy tygodnie. W 2009 roku średnia ocena wyniosła 1,692; w 2012 wynosiła ona 1,789

oraz 1,871 w 2013 roku. Jest to z całą pewnością umiarkowany wzrost i wydaje się, że nastąpił również niewielki wzrost czasu oczekiwania na te kosztowne zabiegi, spowodowany oszczędnościami.

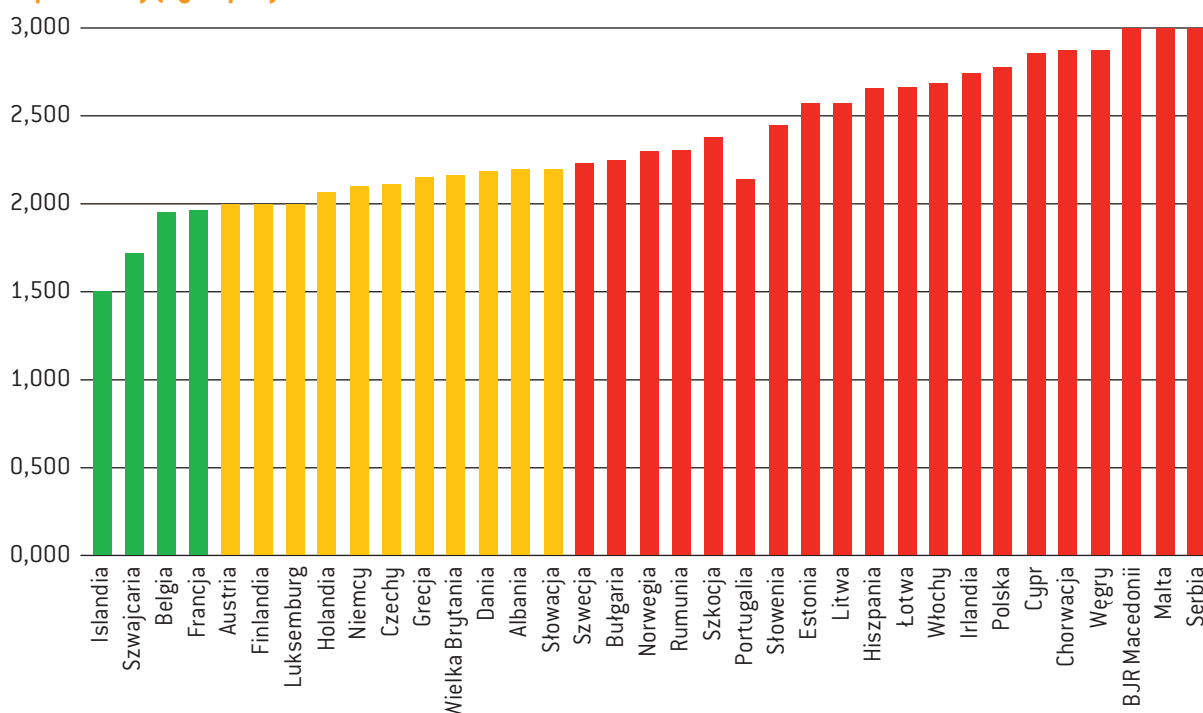
Źródła danych: Ankieta zlecona przez HCP w 2013 r. Raport na temat oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe opracowany przez Szwedzką Radę Zdrowia i Opieki Społecznej (2012). Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

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

Czas od podjęcia decyzji o konieczności przeprowadzenia badania do momentu badania wybrany został jako wskaźnik reprezentatywny dla czasów oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne. Pewną trudność sprawiło nakłonienie respondentów (w krajowych agencjach ochrony zdrowia) do niestosowania w udzielanych odpowiedziach kategorii badania stanów „ostrych” lub „nieostrych”. Należy ponownie podkreślić, że długi czas oczekiwania na badanie TK świadczy o kiepskiej jakości usług medycznych i zwiększa koszty opieki zdrowotnej, a nie prowadzi do oszczędności, ponieważ procedura utrzymywania ciągłego kontaktu z pacjentami przez okres całych tygodni/miesięcy związana jest ze znacznymi kosztami, a samo badanie jest tańsze, jeśli pacjent (i świadczeniodawca usługi) ma świeżo w pamięci zasadniczy powód przeprowadzenia badania.

Badanie ankietowe organizacji reprezentujących pacjentów, zlecone przez HCP, odznacza się tą samą logiką, co w przypadku planowych zabiegów operacyjnych (powyżej), ze średnią punktacją odpowiedzi w przypadku czasu oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych w wysokości od 1,0, co zasadniczo oznacza, że „każdy ma dostęp do badania w ciągu trzech tygodni”, do 3,0, co oznacza, że „wszyscy muszą czekać dłużej niż trzy tygodnie.”

Wykres 23. Czas oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych na podstawie danych organizacji reprezentujących pacjentów



Odpowiedzi ankietowe na pytanie o czas oczekiwania na badanie TK w stanach nieostrych. < 7 dni w przypadku „zielonego” wyniku wydaje się okresem dość krótkim, jednakże nie ma rzeczywistego powodu, aby czas oczekiwania wynosił w tym przypadku dłużej.

Źródła danych: Ankieta zlecona przez HCP w 2013 r. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

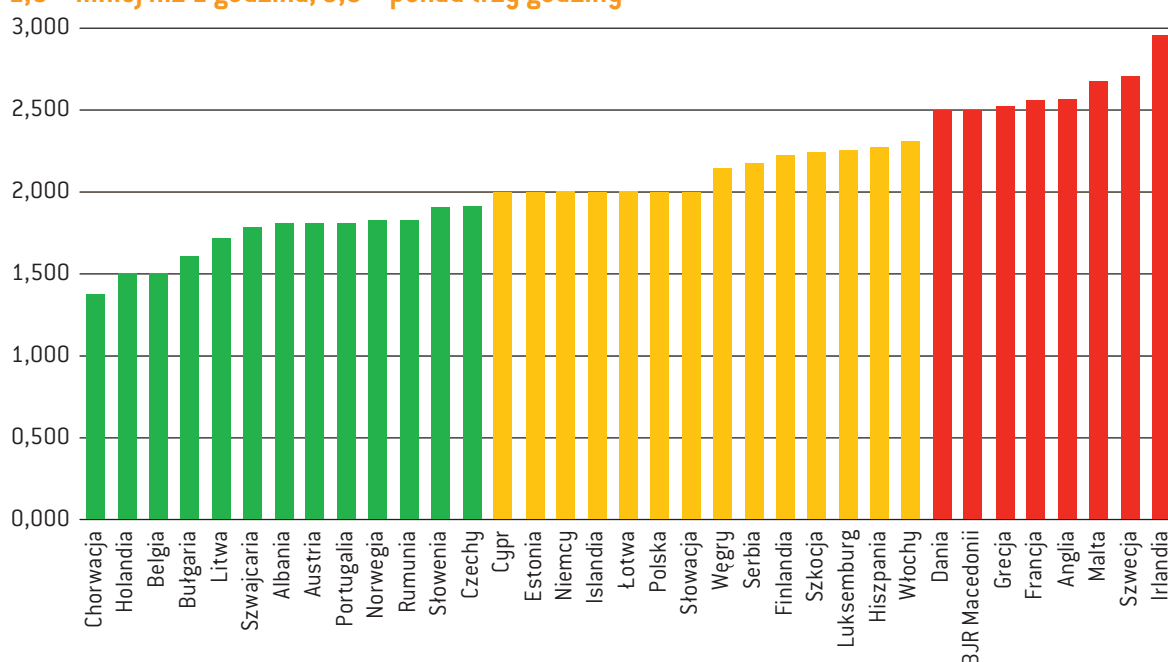
2.6. Czas oczekiwania na izbie przyjęć

Nowy wskaźnik, wprowadzony w 2013 roku. Pytanie skierowane przez HCP do organizacji reprezentujących pacjentów brzmiało:

„Która z poniższych odpowiedzi najlepiej wyraża najbardziej TYPOWY czas oczekiwania w Państwa kraju na wizytę na izbie przyjęć w szpitalu? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz rozpocznie leczenie/dokona rozpoznania Państwa problemu.]

1. Zazwyczaj MNIEJ NIŻ 1 godzina
2. Zazwyczaj WIĘCEJ NIŻ 1 godzina, ale MNIEJ NIŻ 3 godziny
3. Najczęściej WIĘCEJ NIŻ 3 godziny”.

Wykres 24. Czas oczekiwania na izbie przyjęć na podstawie badania Pat Org 2013
1,0 = mniej niż 1 godzina; 3,0 = ponad trzy godziny



Odpowiedzi ankietowe na pytanie o czas oczekiwania na izbie przyjęć

Źródła danych: Ankieta zlecona przez HCP w 2013 r. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

9.10.3. WYNIKI LECZENIA

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

3.1. Śmiertelność z powodu zawałów serca wśród osób hospitalizowanych¹⁰

Dostępne w Europie dane dotyczące tego istotnego wskaźnika są szokująco fragmentaryczne i niespójne. W raporcie OECD zatytułowanym „Health at a Glance” (grudzień 2007) podano informacje na temat łącznej

¹⁰ Wskaźnik ten oraz inne wskaźniki związane z opieką kardiologiczną wyjaśniono szczegółowo w Europejskim Konsumenckim Indeksie Opieki Kardiologicznej z 2008 roku, wydawanym przez Health Consumer Powerhouse AB, Bruksela 2008 r., www.healthpowerhouse.com.

30-dniowej śmiertelności wśród pacjentów po zawale serca. Od wydania tego raportu w 2011 roku OECD musiała pogodzić się z faktem, że większość państw ma problemy z przekazywaniem danych na temat tej śmiertelności i zaczęła korzystać z danych na temat 30-dniowej śmiertelności wśród osób hospitalizowanych.

Choć śmiertelność wśród osób hospitalizowanych jest gorszym wskaźnikiem (jest on podatny na wahania wywołane przez zmiany wynikające z sytuacji finansowej, dotyczące długości hospitalizacji, i ma inne słabe strony), HCP także musiał zacząć z niego korzystać.

Z tego powodu wyniki punktowe dla owego wskaźnika opierają się na zestawieniu danych pochodzących z różnych źródeł i okresów (wracamy do danych z badania MONICA), rejestrów krajowych oraz danych sprawdzonych pod kątem współczynnika SDR (standaryzowany współczynnik zgonów) dla choroby niedokrwiennej serca – w tym przypadku wyniki zmniejszono dla krajów o wysokim SDR, i *vice versa*. Logicznym wytłumaczeniem takiego podejścia do problemu jest to, że jeśli jakiś kraj twierdzi, że ma doskonałe współczynniki rzeczywistej śmiertelności z powodu zawałów serca, a jednocześnie okazuje się, że ma wysokie wartości współczynnika SDR, można żywić obawę, że doskonała opieka medyczna nie jest tam dostępna dla wszystkich.

W kontekście tych danych sporym zaskoczeniem było to, że najwyższą śmiertelność w Europie odnotowano w tym przypadku w Belgii (8,6 proc.) i Niemczech (6,8 proc.). Interesującym krajem jest również Polska, w przypadku której wyniki były znacznie lepsze niż w sąsiadujących krajach Europy Środkowej i Wschodniej, ze współczynnikiem SDR dla choroby niedokrwiennej serca na podobnym poziomie, co w przypadku Niemiec lub Szwecji.

Źródła danych: Zestawienie danych uzyskanych na podstawie raportu OECD Health at a Glance, grudzień 2011. Szczegółowa baza danych śmiertelności WHO (wyciąg z 8 sierpnia 2013 r.). Krajowe rejestry opieki kardiologicznej. Dane non-CUTS.

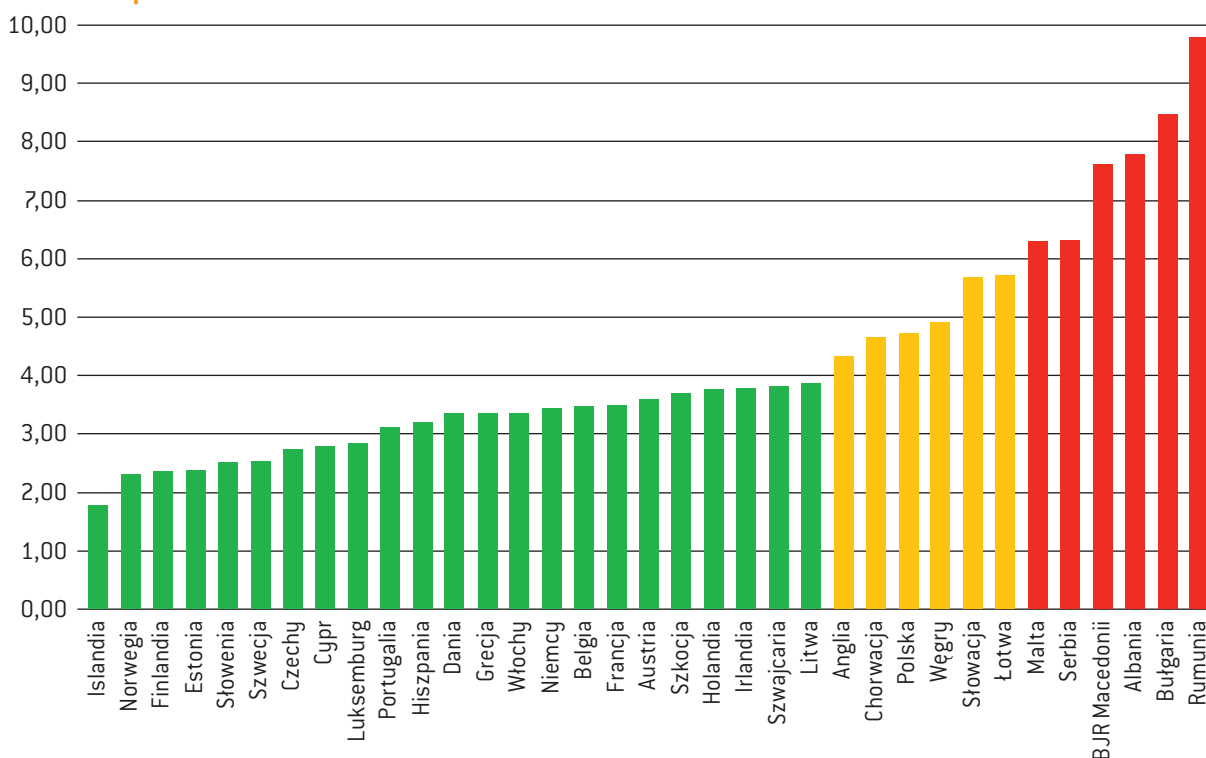
3.2. Śmiertelność niemowląt

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

Wskaźnik ten mógłby być jedynym, najlepszym wskaźnikiem wykorzystywanym do oceny globalnej jakości systemu ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że wydaje się on całkowicie odporny na skutki kryzysu finansowego: od 2005 roku dane dotyczące śmiertelności niemowląt stale się poprawiają! Wartości graniczne wyniku „zielonego”, „żółtego” i „czerwonego” nie zmieniły się od pierwszej edycji EHCI. Liczba krajów uzyskujących „zielony” wynik punktowy wzrosła z dziewięciu w 2006 do dwudziestu dwóch w 2013 roku (plus Szkocja)!

Średnia krajowa wciąż się obniża, pomimo „kryzysu finansowego”: z 4,49 w raporcie EHCI w 2012 roku do 4,23 w roku 2013.

Wykres 25. Zgony niemowląt na 1000 żywych porodów WHO HfA lipiec 2013



Źródła danych: Baza danych WHO HfA Europe, lipiec 2013, najbardziej aktualne dane statystyczne. Późniejsze dane dla niektórych krajów zostały przekazane przez urzędy krajowe. Dane CUTS.

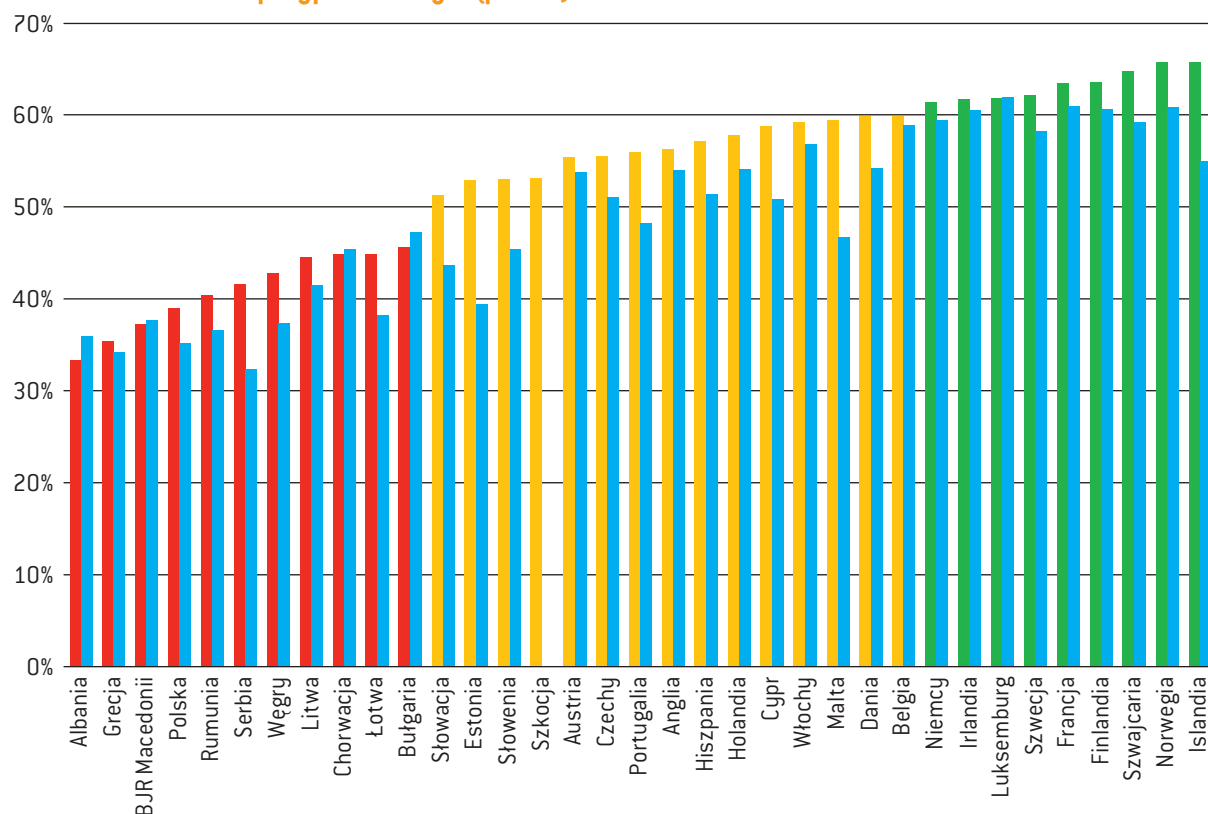
3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby (2006)

Wskaźnik wyników leczenia chorób nowotworowych zastosowany w indeksie EHCI 2008 opierał się na tradycyjnym 5-letnim wskaźniku przeżywalności pacjentów z chorobami nowotworowymi (wszystkie rodzaje nowotworów z wyjątkiem raka skóry). Ponieważ bardziej aktualne dane (EUROCARE-4, pacjenci zdiagnozowani w latach 1995–1999) nie były dostępne wiosną 2012 roku, na źródło danych dla tego wskaźnika za 2012 rok wybrano bardzo obszerną publikację autorstwa J. Ferlaya i innych, przedstawiającą zestawienie obejmujące przypadki raka i zgony spowodowane tą chorobą we wszystkich 34 krajach w 2008 roku. W przypadku tego wskaźnika stosunek liczby zgonów do zapadalności niższy niż 0,4 odpowiada w zasadzie wskaźnikowi przeżywalności pacjentów na poziomie > 60 procent.

Ponieważ 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 dla 2012 roku w czasie publikacji niniejszego raportu. Oznacza to, że na wykresie poniżej pokazano sytuację z roku 2008 i 2012, tj. dwóch lat obejmujących kryzys finansowy.

Jak wielokrotnie podkreślano w niniejszym raporcie, wysledzić jakiegokolwiek skutki oszczędności finansowych w obszarze wyników leczenia poważnych schorzeń jest niezwykle trudno! Wskaźniki przeżywalności chorych na raka się poprawiają, również w krajach, o których wiadomo, że niekorzystna sytuacja finansowa dotknęła je szczególnie mocno.

Wykres 26. Wskaźniki przeżywalności w przypadku chorób nowotworowych w roku 2012 (1 minus śmiertelność/liczba przypadków wystąpienia)



Niebieskie paski: dane za rok 2008

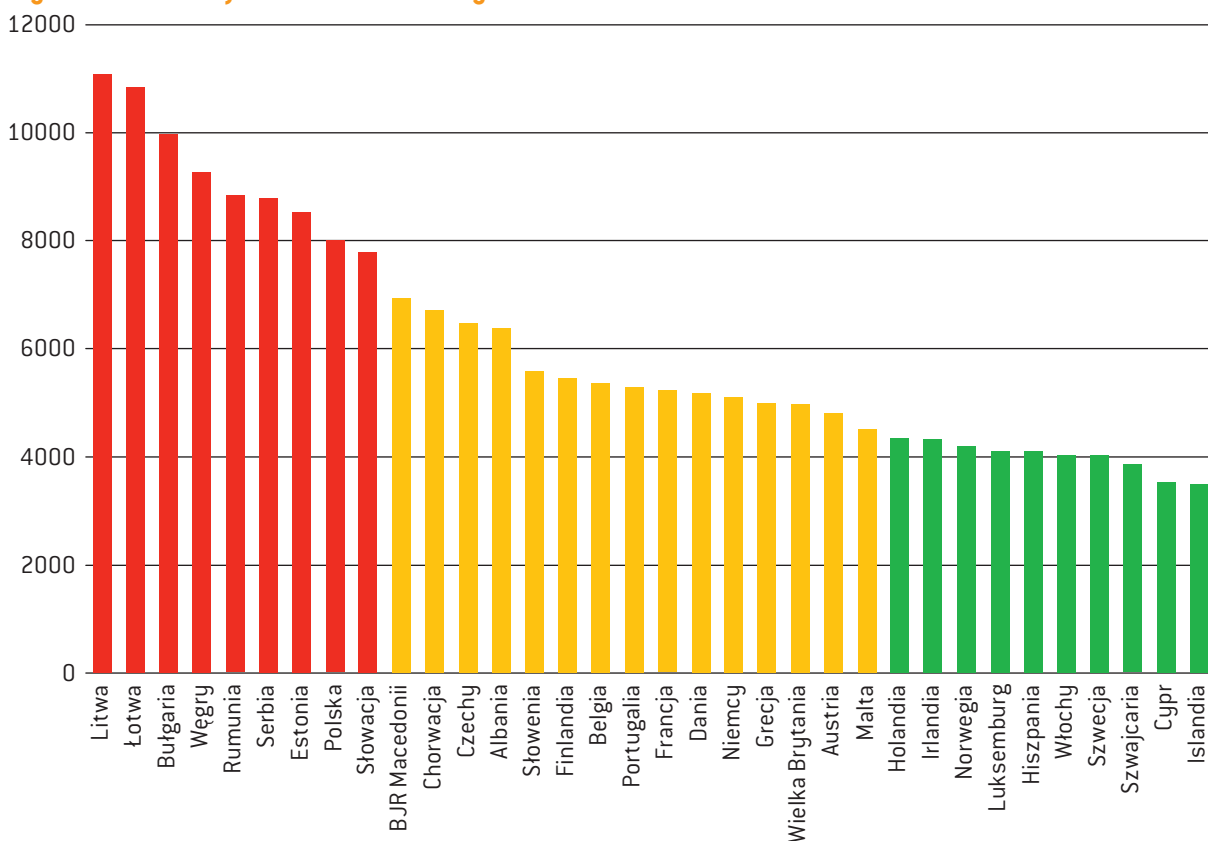
Źródła danych: *Annals of Oncology*, J. Ferlay i in., 2010; J. Ferlay i in. [w:] *European Journal of Cancer* 49 (2013) 1374–1403. Dane CUTS.

3.4. Wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL)

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

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

Wykres 27. Potencjalne utracone lata życia na 100 000 mieszkańców



Źródła danych: Szczegółowa baza danych WHO na temat śmiertelności (wyciąg z czerwca 2013 r.). Dane CUTS.

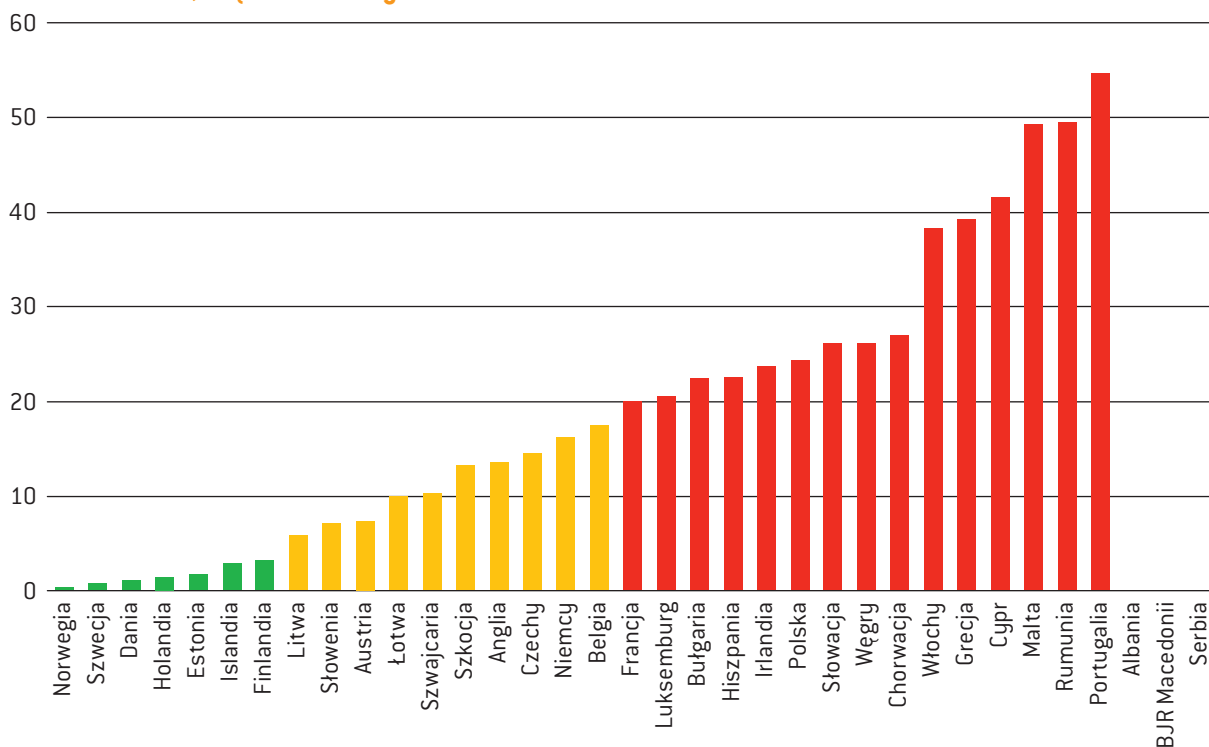
3.5. Infekcje MRSA

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

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

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

**Wykres 28. MRSA; Odsetek opornych infekcji nabytych w szpitalu
ECDC EARS-net, większość danych za rok 2011**



Źródła danych: Baza danych EARS, dostęp 22 sierpnia 2013 r. (większość danych dot. 2011 r.). Dane CUTS.

3.6. Współczynnik aborcji

Nowy wskaźnik wprowadzony na potrzeby raportu EHCI w 2013 r.

W przypadku tego wskaźnika punktacja jest nieco skomplikowana. Oceny są oparte na fundamentalnej zasadzie, że bezpłatne, zdefiniowane w przepisach prawa zabiegi usunięcia ciąży powinny być dostępne dla kobiet w każdym kraju¹¹. Zarazem jednak stosowanie aborcji w charakterze środka antykoncepcyjnego należy uznać za zdecydowanie niepożądane. Przykładem jest tutaj Rosja, w której liczba aborcji w połowie lat 90. XX w. wynosiła około 160 zabiegów na 100 żywych urodzeń, a również i dzisiaj kraj ten stanowi ligę samą w sobie, z liczbą 95 zabiegów na 100 urodzeń.

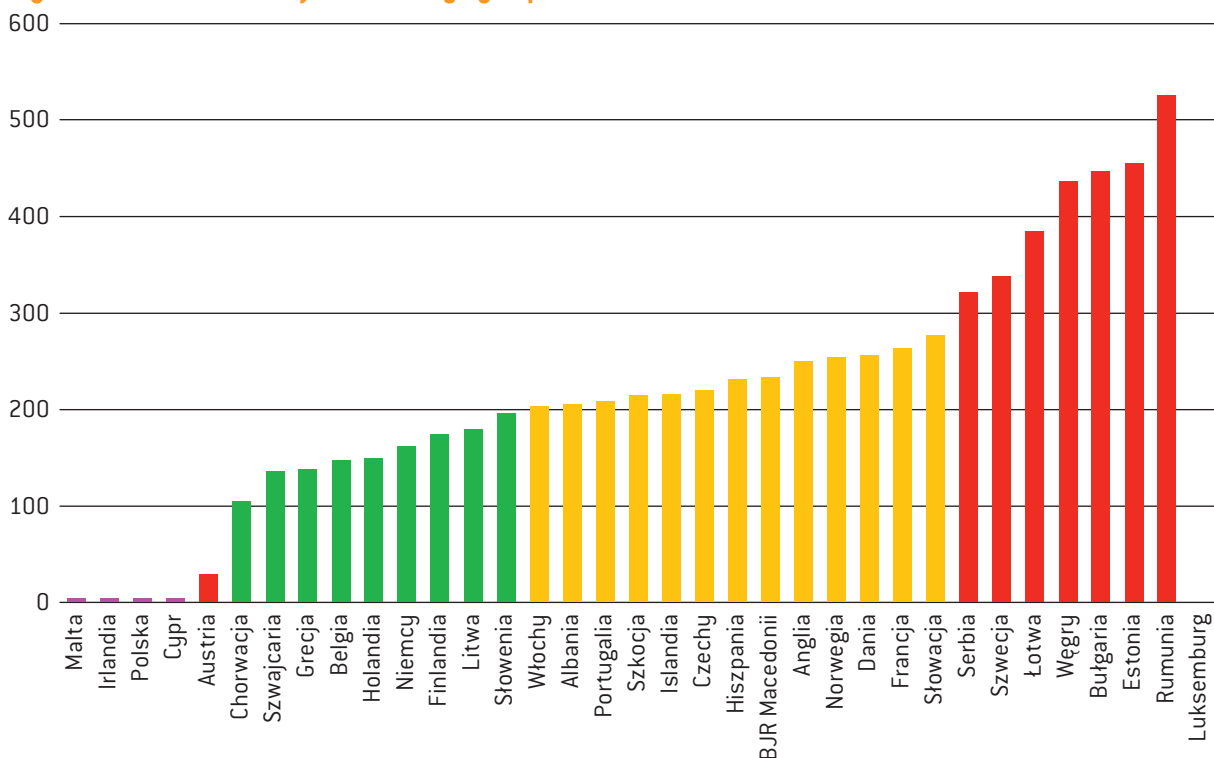
Pozostałości tej samej praktyki dają o sobie znać w byłych państwach Układu Warszawskiego (patrz wykres poniżej).

Są cztery kraje w Europie, w których prawo do darmowej aborcji nie istnieje: Cypr, Irlandia, Malta i Polska. Kraje te otrzymały nową, unikalną purpurową ocenę (= 0 punktów). Od wieków już wiadomo, że stygmatyzacja lub zakaz usuwania ciąży prowadzi do tragedii takich jak historia dentystki, która zmarła w szpitalu Galway, ponieważ lekarze nie odważyli się/nie chcieli przeprowadzić usunięcia jej (i tak już umierającego) płodu. Zakazy prawne nie zapobiegają aborcjom, a co najwyżej przekształcają je w poważne ryzyko dla zdrowia, gdyż zmuszają kobiety do wyjazdu za granicę lub przeprowadzenia aborcji w niejasnych, niebezpiecznych warunkach.

¹¹ Raport Parlamentu Europejskiego na temat Zdrowia i Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych (2013/2040(INI)), Komisja ds. Praw Kobiet i Równouprawnienia, Rapporteur: Edite Estrela, 2013-09-26.

W Austrii nie ma zakazu aborcji, jednakże zabiegi te nie są przeprowadzane w szpitalach publicznych, co prowadzi do nieistniejących statystyk aborcyjnych.

Wykres 29. Liczba aborcji na 1000 żywych porodów



Źródło: WHO Health for All Database, lipiec 2013 r. Dane CUTS.

3.7. Depresja

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

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

Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni... ? % „zawsze” + % „przeważnie”		Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni... ? % „nigdy” + % „rzadko”		
... czułaś/-eś się szczęśliwa/y?	... czułaś/-eś się spokojna/y i opanowana/y?	... czułaś/-eś się tak źle, że nic nie mogło cię rozweselić?	... czułaś/-eś się przygnębiona/y i smutna/y?	... odczuwałaś/-eś szczególne napięcie?

W przypadku Norwegii nieobjętej tym badaniem, znaleźliśmy badanie krajowe, w którym dokonano bezpośredniego porównania danych norweskich z Eurobarometrem.

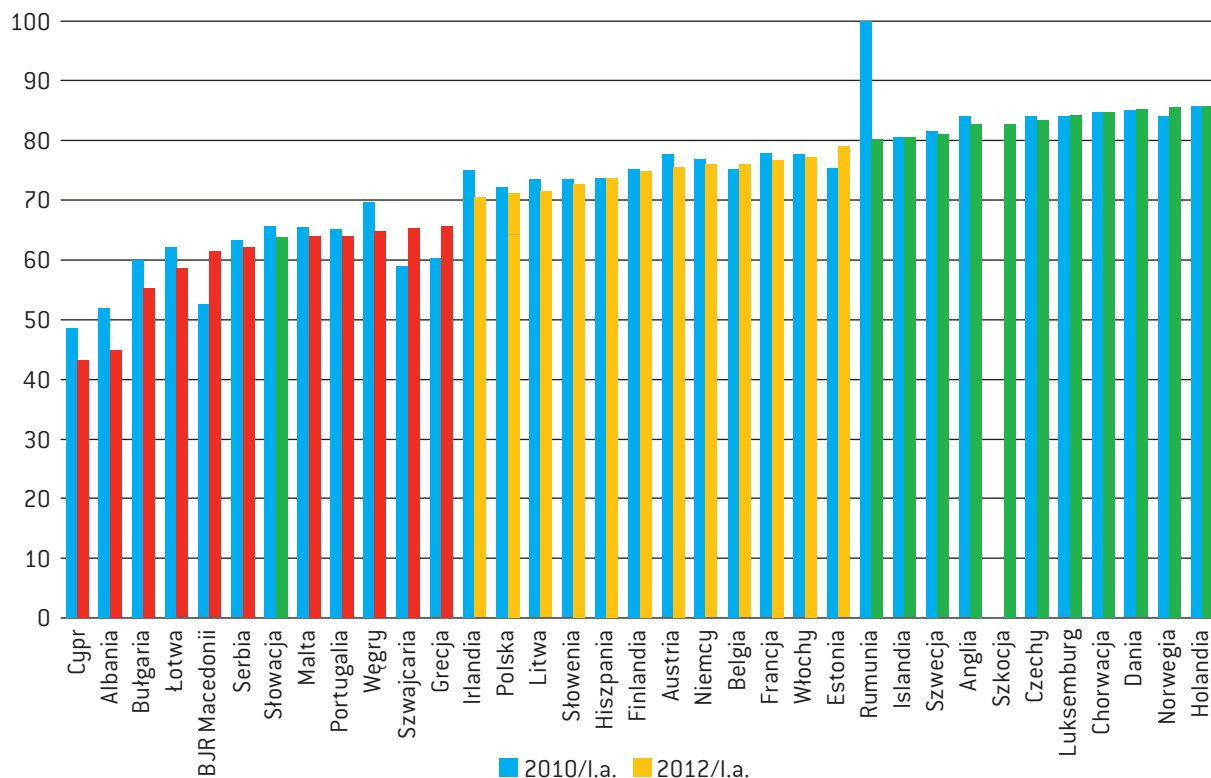
Źródło: Special Eurobarometer 345, październik 2010; „Psykiskhelse i Norge”, 2011:2, www.fhi.no Światowa baza danych WHO nt. szczęścia, 2011, WHO Mental Health Atlas, 2012. Przeważnie dane non-CUTS.

9.10.4. ZAKRES I ZASIĘG ŚWIADCZONYCH USŁUG

4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

W 2009 roku wprowadzono prosty wskaźnik oceniający „Odsetek wydatków na ochronę zdrowia pochodzący ze środków publicznych”, służący do mierzenia źródeł finansowania systemów ochrony zdrowia. Oceniono, że Szwajcaria padła ofiarą tych samych problemów dotyczących definicji, co Holandia z okresu przed reformą systemu (2006), która z powodów formalnych podała, że duża część powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego była finansowana ze środków prywatnych, i tym samym uzyskała „zielony” wynik punktowy.

Wykres 30. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia



Źródło: Baza danych WHO HfA, lipiec 2013 r.

Porównanie niebieskich pasków (2010 lub l.a.) oraz pasków C/Z/Z (2012 lub l.a.) wskazuje, że w niektórych krajach odsetek wydatków na ochronę zdrowia pochodzących ze środków publicznych uległ nieznacznemu zmniejszeniu. Według oficjalnych danych do grupy tej nie należy Grecja, co jest interesujące.

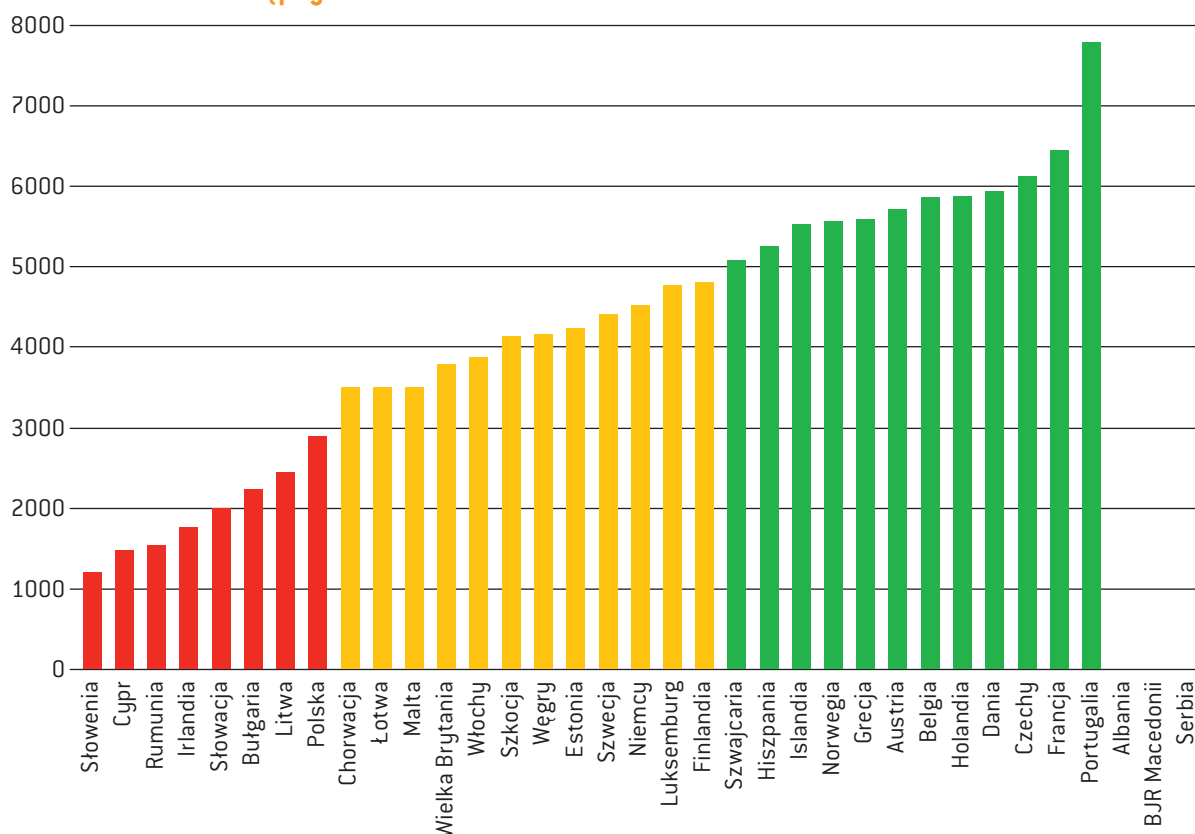
Źródła danych: Bazy danych WHO *HfA*, lipiec 2013. Dane CUTS.

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

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

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

Wykres 31. Operacje zaćmy (całkowita liczba, podzielona przez liczbę mieszkańców powyżej 65. roku życia) 2012 lub ostatni dostępny rok



Źródła danych: OECD Health Data 2012; baza danych WHO *HfA*, czerwiec 2013; WHO Prevention of Blindness and Visual impairment Program; European Community Health Indicators; krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

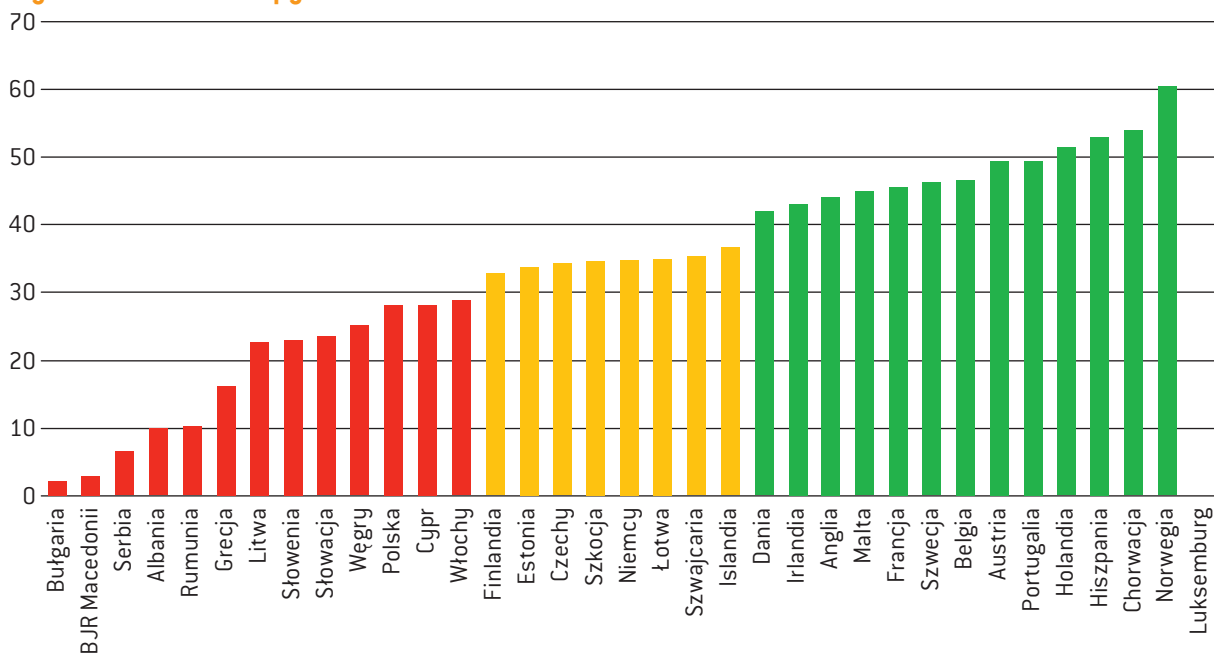
Wskaźnik ten okazał się jednak nieoczekiwanie skomplikowany. Niektóre dane wiernie opublikowane i cytowane przez OECD okazały się całkowicie nietrafione: liczba operacji zaćmy w jednym roku dla Belgii zgodnie z OECD Health Data wynosi 204 868. Zważywszy, że roczna kohorta Belgów powyżej 65. roku życia nieznacznie przekracza 100 000 osób, powyższa liczba oznaczałaby, że każdy Belg w podeszłym wieku miałby przeprowadzoną operację usunięcia zaćmy w obu oczach! Belgijskie Ministerstwo Finansów potwierdziło, że liczba ta jest absurdalna i pośpiesznie przekazało trafną w swojej ocenie liczbę zabiegów: 107 056, w którą zespół badawczy mógł uwierzyć! Ta dziwaczna procedura rzuca światło na fakt, że w ramach oficjalnych danych akceptowalne być mogą nawet bardzo dziwne wyniki i – jak się wydaje – bez specjalnego zastanowienia...

4.3. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców

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

Doświadczenie podpowiada, że dobrze wdrożone strategie krajowe mogą znacząco podnieść wskaźniki dawstwa.

Wykres 32. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców w 2011 r.



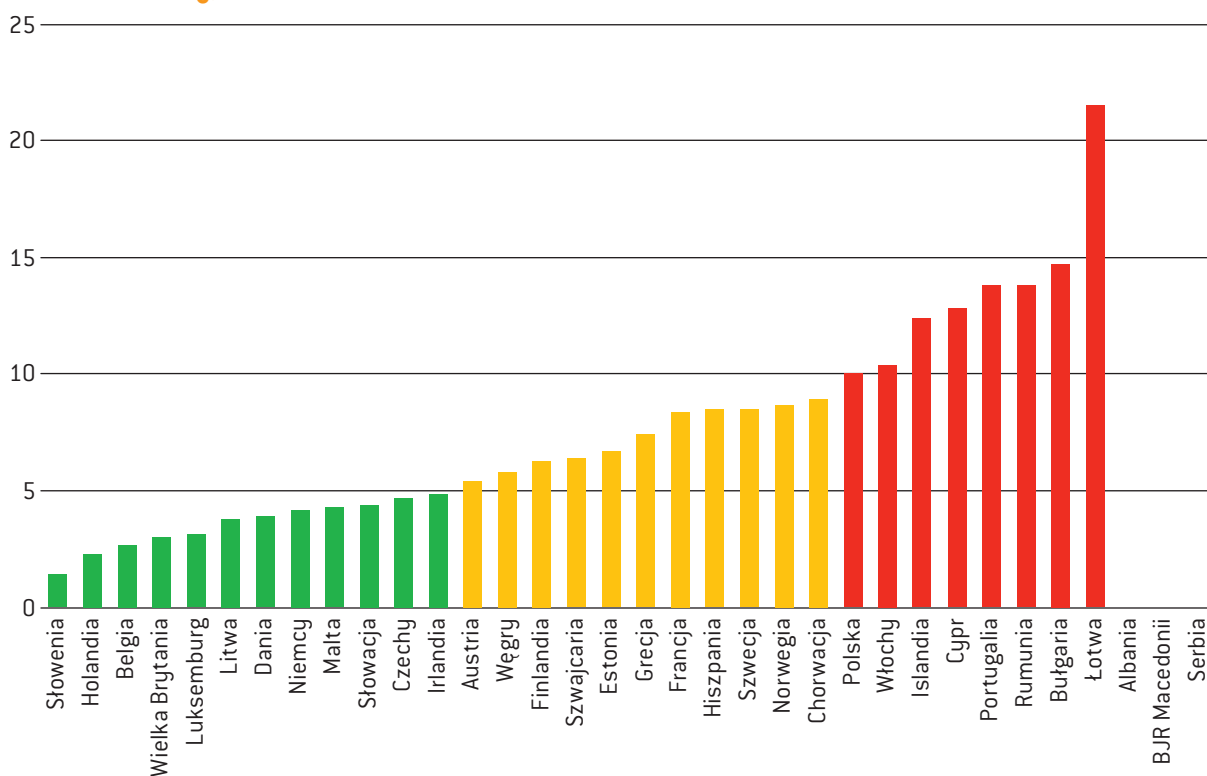
Źródła danych: OECD Health Data 2012, Biuletyn Rady Europy w sprawie dawstwa organów i transplantacji, tom 17, wrzesień 2012; chorwacki rejestr terapii nerko-zastępczych; bezpośrednie kontakty z ministerstwami zdrowia. Dane CUTS.

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

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

W 2013 roku dane na temat tego wskaźnika pochodziły głównie z raportu OECD „Health at a Glance” 2012: „Unmet needs for dental examination”. Albania, Macedonia i Serbia utrzymały swoje wyniki EHCI z 2012 roku.

Wykres 33. Niezaspokojona potrzeba badania stomatologicznego, odsetek osób uzyskujących średnie dochody, 2010 r.



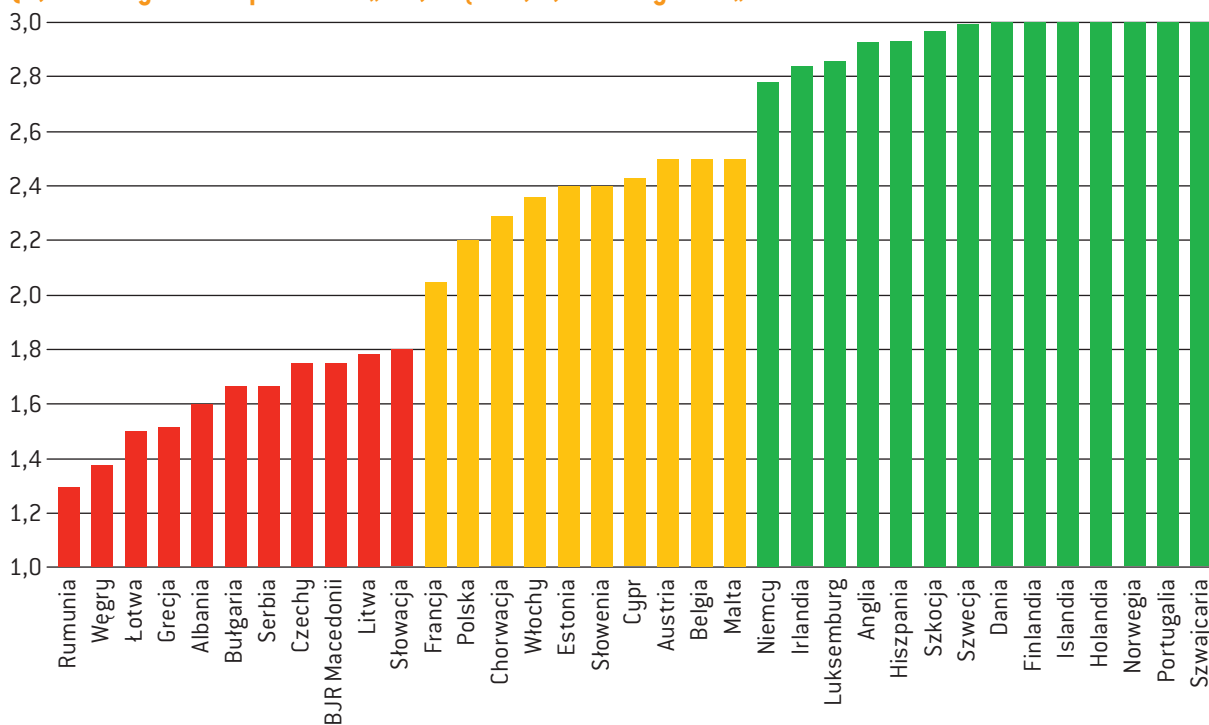
Źródła danych: „Health at a Glance” 2012: Rozdział 3.12.2. „Unmet need for a dental examination”, by income quintile (pierwotnie Eurostat). Raporty European Observatory HiT. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane CUTS.

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 roku. Za nieformalne uznano wszelkie płatności dokonywane przez pacjenta poza oficjalnym współpłaceniem za usługę. Omawiane badanie ankietowe dotyczące kwestii nieformalnych płatności było pierwszym tego typu badaniem w Europie i zostało powtórzone w latach 2009 i 2012, kiedy to dało nieco bardziej zgodne wyniki niż w roku 2008.

W 2013 roku kraje podzieliły się na trzy wyraźne grupy, co sprawiło, że oceny C/Ż/Z stały się naturalne. Wyniki te okazały się ponadto wyjątkowo stabilne na przestrzeni lat, np. w przypadku „zielonego” wyniku Portugalii i Hiszpanii oraz wyniku „żółtego” Francji i Austrii.

Wykres 34. Odpowiedzi ankietowe na pytanie o płatności „pod ladą” na rzecz lekarzy.
(1,0 = wszystkie odpowiedzi: „Tak, często”; 3,0 = wszystkie „Nie!”)



Źródła danych: Ankieta z perspektywy pacjenta zlecona przez HCP w 2013 r. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

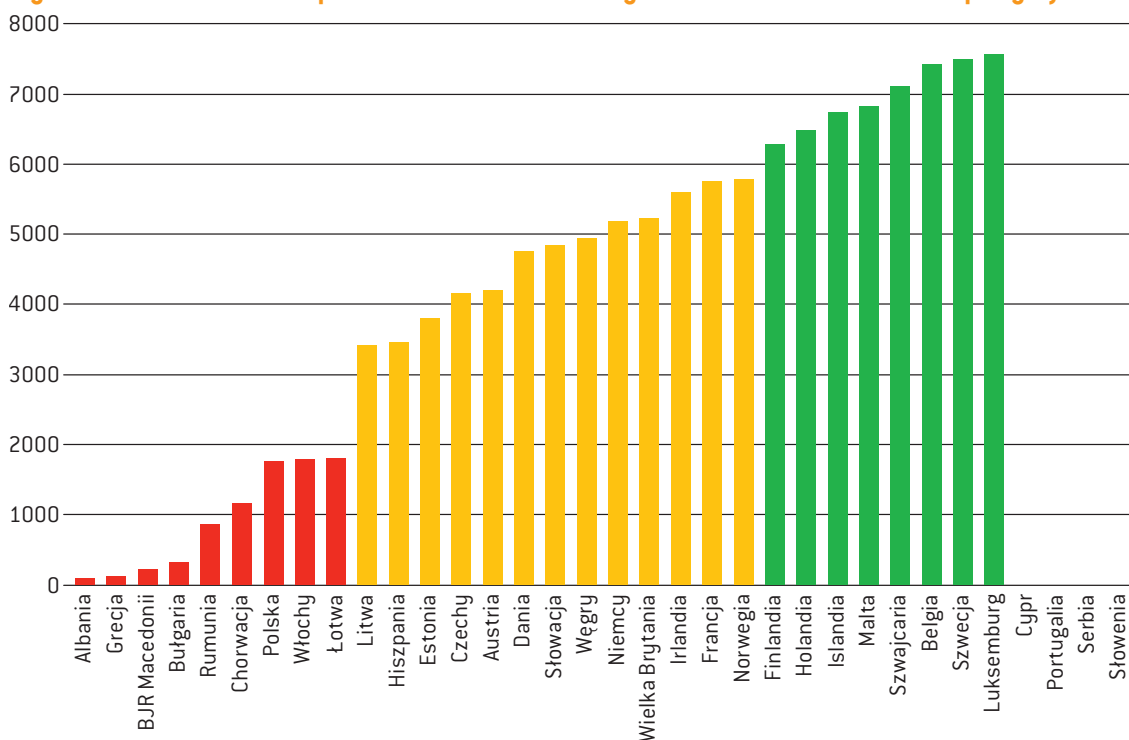
4.6. Długofalowa opieka nad osobami starszymi

Wskaźnik ten dostarcza informacji na temat tego, co często określa się mianem historycznego wyzwania Europy: jak zadbać o zdrowie gwałtownie starzejącej się populacji? Wynik odzwierciedla nie tylko bieżące inwestycje w opiekę zdrowotną, ale również przyszłe potrzeby związane z narastającym popytem. Pokazuje on również brak równowagi między opieką publiczną a wkładem nieoficjalnym. Można założyć, że we wszystkich krajach ludziom w podeszłym wieku poświęca się pewną uwagę; czy ciężar ten powinny wziąć na siebie rodziny i sieci nieoficjalne, czy też lepiej zaufać publicznym systemom opieki zdrowotnej?

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

Zespół HCP nie szczędził wysiłku, żeby znaleźć dane, które w większym stopniu dotyczą wyników takiej opieki. W 2012 roku ostatecznie zdecydowaliśmy się na wskaźnik „liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia”.

Wykres 35. Liczba domów opieki i łóżek dla osób starszych na 100 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia

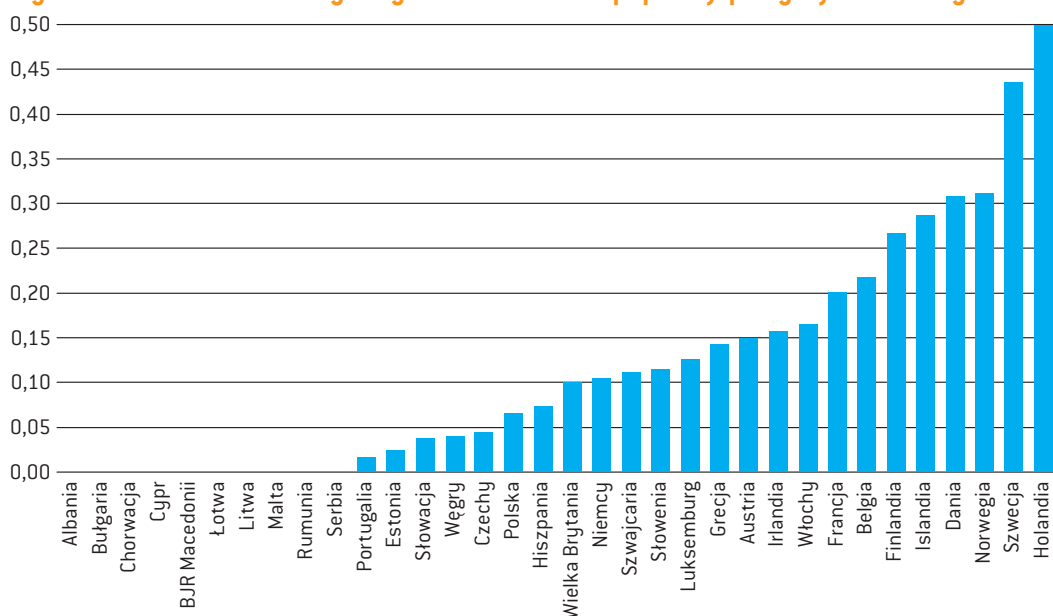


Źródło: opracowanie własne.

W 2013 roku wskaźnik ten został umocniony parametrem „% PKB wydany na długofalową opiekę zdrowotną podzielony przez % populacji ≥ 75 roku życia” (patrz wykres poniżej).

Piękno parametru „% PKB / % populacji powyżej 75 roku życia” polega na tym, że jest to parametr samo-kalibrujący, tj. nie ma w jego przypadku potrzeby obliczania parytetu siły nabywczej ani przeprowadzania innych operacji wzmacniających szum. Ponieważ instytucjonalna opieka zdrowotna jest kosztowna, nie stanowi zaskoczenia, że te dwa parametry są ze sobą w sposób wyraźny skorelowane.

Wykres 36. Odsetek GDP wydany na LTC / odsetek populacji powyżej 75. roku życia



Źródło: WHO Health for All Database, lipiec 2013 r. Eurostat, Eurohealth 17 Nr 2–3 (2011), OECD „Health at a Glance” 2011. Dane CUTS.

4.7. Odsetek dializ wykonywanych poza szpitalem

Dializa jest niezbędna do przeżycia dla pacjentów z niewydolnością nerek i wątroby. Istnieje kilka sposobów przeprowadzenia tej formy leczenia. Dializa wykonywana w szpitalu (hemodializa: HD) ma kilka wad:

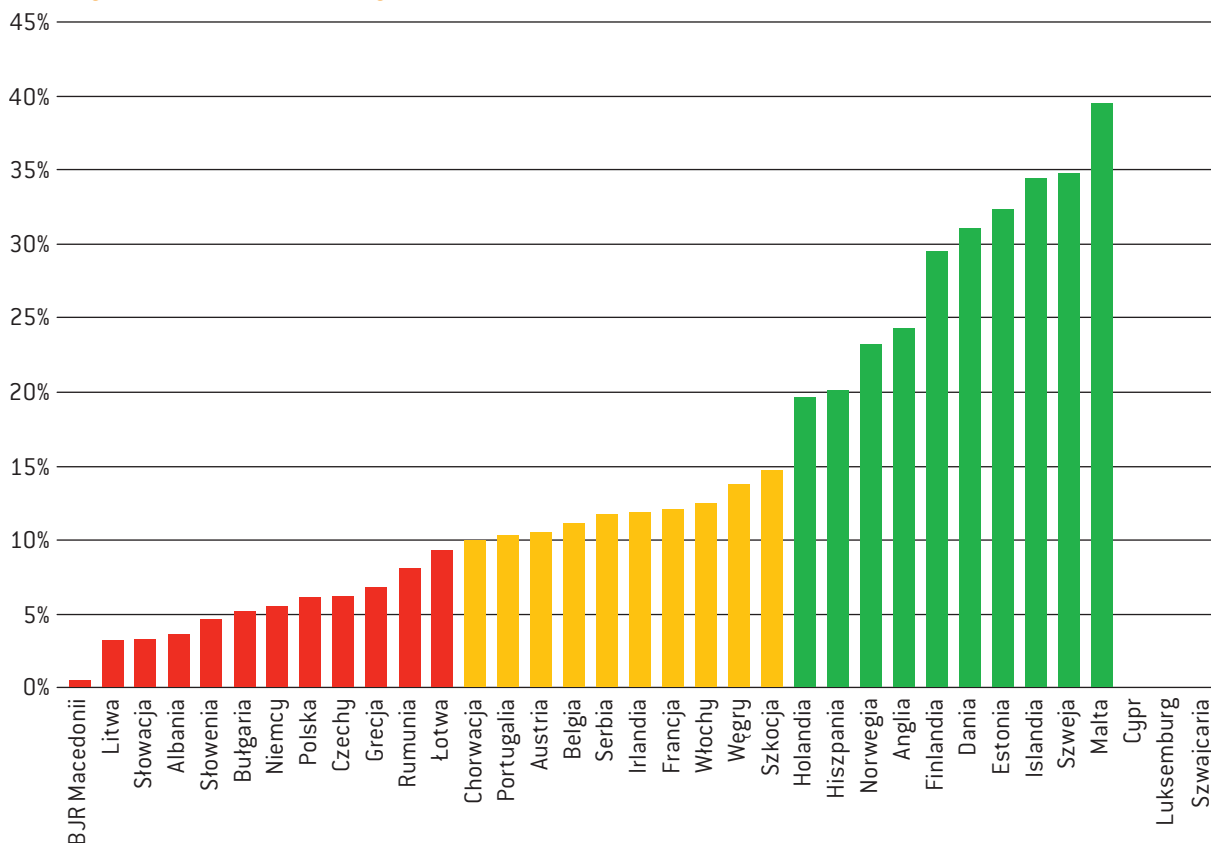
- Łączny czas zabiegu – zwykle 3 sesji po 4 godziny tygodniowo – zdecydowanie odbiega od 168 godzin pracy zdrowych nerek w tym samym okresie. W przypadku pacjentów, którzy poddają się dializie w domu (dializa otrzewnowa PD, lub HD w domu), często jest to 7 sesji po 6 godzin, np. każdej nocy, co przynosi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

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

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

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

Wykres 37. Odsetek dializ wykonywanych w terminie i miejscu zgodnym z potrzebami pacjenta (dializy otrzewnowe PD, dializy domowe HD)



Źródła: European Renal Association-EDTA Annual Report 2011; www.ceapir.org; ministerstwa krajowe. Głównie dane CUTS.

4.8. Wskaźnik cesarskich cięć

Nowy wskaźnik w EHCI 2012. Przy przyznawaniu ocen kierowano się założeniem, że wysoki odsetek cesarskich cięć jest odzwierciedleniem słabej opieki przed porodem i słabo rozwiniętych usług związanych z odbieraniem porodu – w konsekwencji za wysoki odsetek cesarskich cięć przyznawano „czerwony” wynik punktowy. Powszechnym zaleceniem jest, aby kobieta nie rodziła przez cesarskie cięcie więcej niż dwa razy, co zdecydowanie sugeruje, że nie może po nich oczekiwać na powrót do pełnego zdrowia.

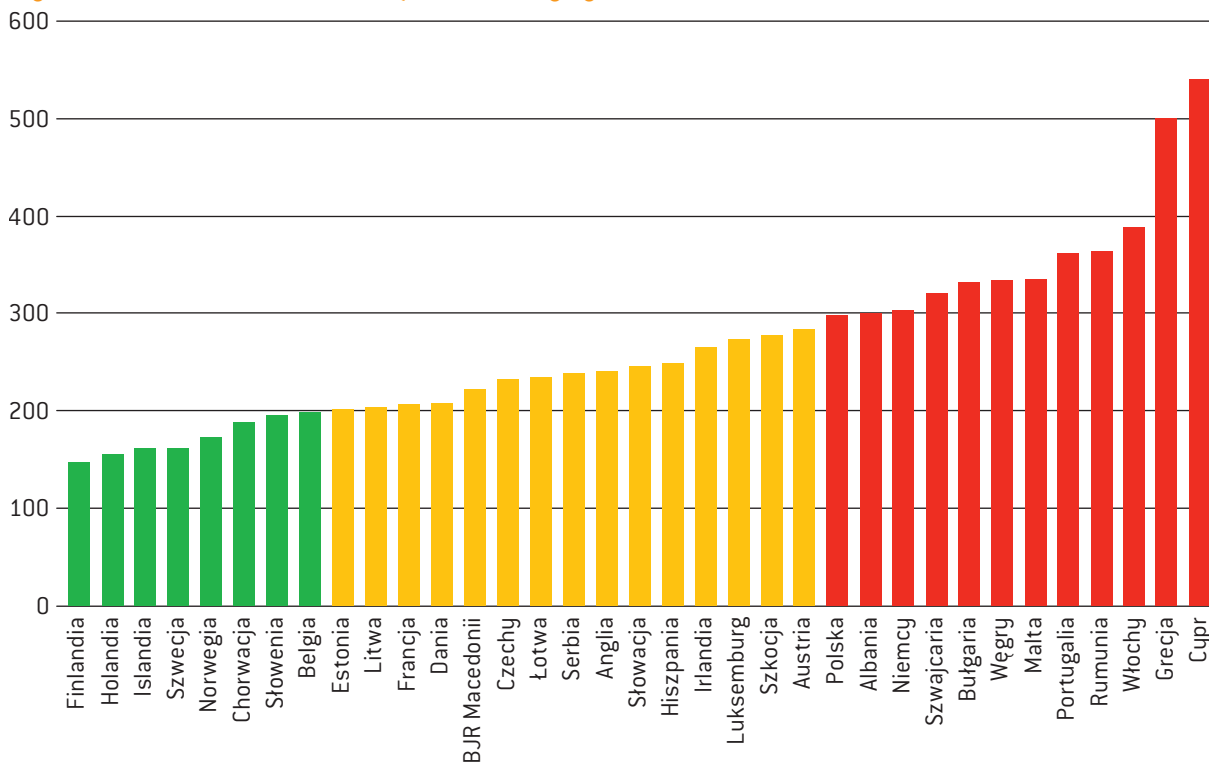
Poza tym stosowana powszechnie we Francji praktyka dochodzenia do formy po porodzie – fizjoterapia poporodowa – wydaje się zarówno bardziej humanitarna, jak i tańsza od inwazyjnego zabiegu chirurgicznego.

Ta metoda porodu może być ważna z perspektywy medycznej i powinna być oczywiście dostępna. Niemniej HCP podejrzewa, że cesarskie cięcie może stanowić kamuflaż braku dobrych informacji na temat wsparcia przedporodowego oraz braku dostępu do środków kontroli bólu.

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

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

Wykres 38. Liczba cesarskich cięć na 1000 żywych urodzeń, 2010 lub l.a. (WHO HFA)



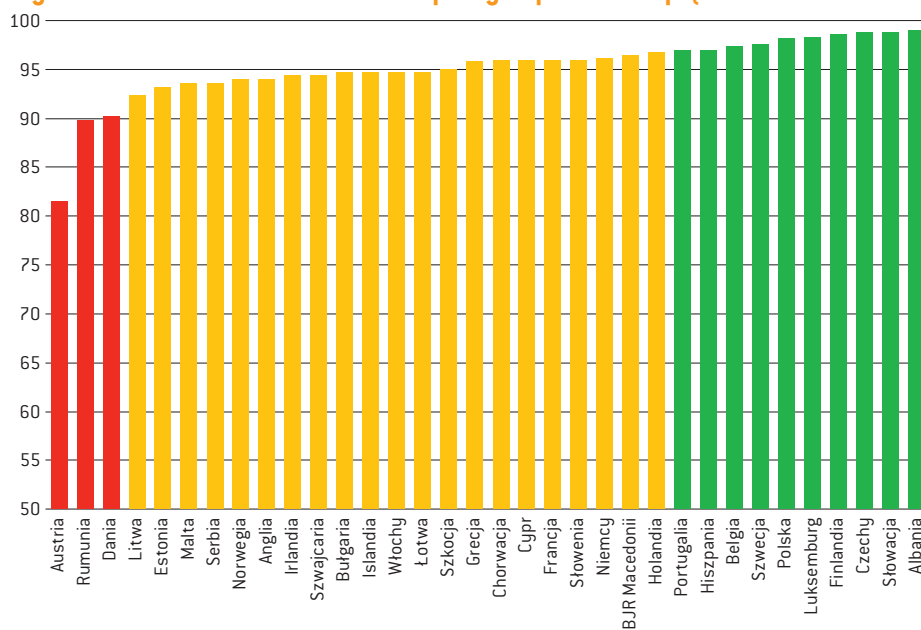
Źródło: WHO Health for All Database, lipiec 2013 r. Dane CUTS.

9.10.5. ZAPOBIEGANIE

5.1. Szczepienia niemowląt

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

Wykres 39. Odsetek dzieci zaszczepionych przeciwko pięciu chorobom

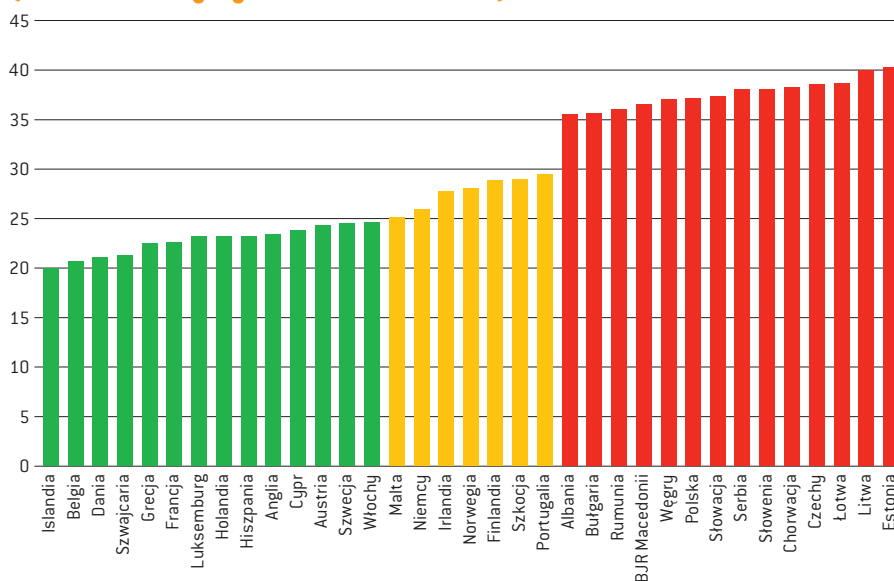


Źródła danych: Bazy danych WHO *HFA*, lipiec 2013. Krajowe rejestry szczepień. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane CUTS.

5.2. Ciśnienie krwi

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

Wykres 40. Przypadki podwyższonego ciśnienia krwi u osób dorosłych powyżej 25. roku życia (%) (Światowe statystyki zdrowia WHO 2012)



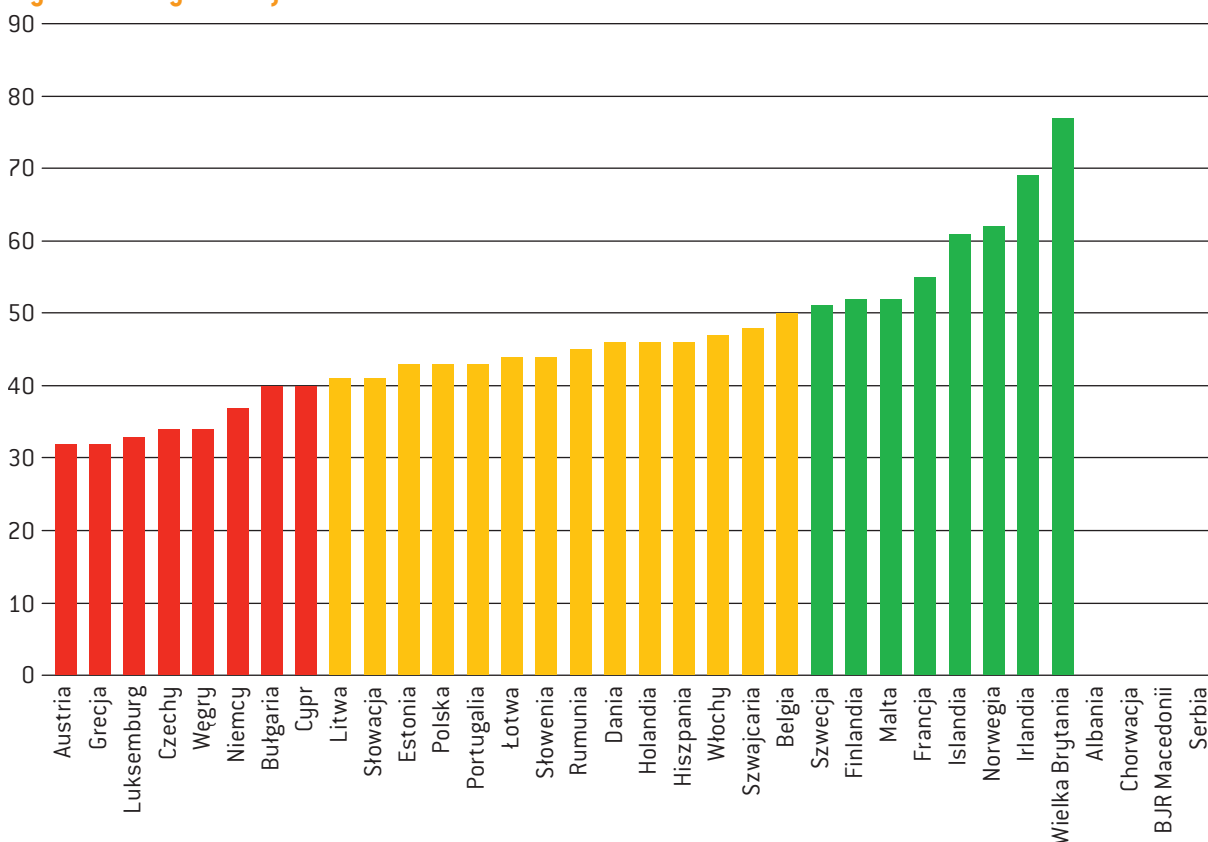
Źródło: WHO World Health Statistics 2013. Dane CUTS.

Jak pokazano na wykresie, nadciśnienie nie jest w Europie powiązane z wysokim standardem życia, lecz raczej z połączeniem czynników stylu życia (EŚW – nawyki żywieniowe, palenie i picie alkoholu) oraz braku tradycji leczenia – leczenie nadciśnienia nie jest drogie.

5.3. Zapobieganie paleniu

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

Wykres 41. Wyniki krajowe w badaniu Tobacco Control Scale 2010



Źródło: L. Joossens & M. Raw: Tobacco Control Scale 2010 w Europie.

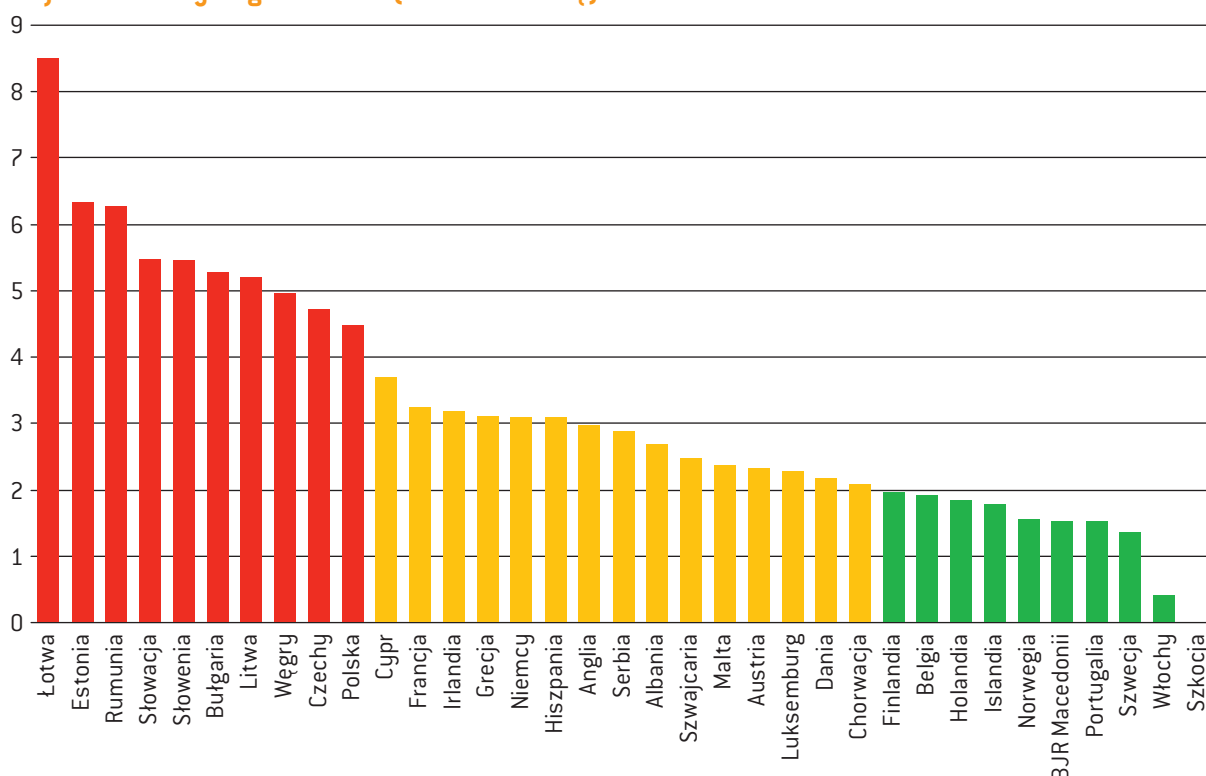
5.4. Spożycie alkoholu

W przeciwieństwie do palenia, alkohol stanowi czynnik ryzyka, który nie zawsze jest szkodliwy. Jak wykazano to w licznych badaniach, umiarkowane spożywanie alkoholu (odpowiednika jednego kieliszka wina na dzień w przypadku kobiet oraz 1–2 kieliszków dziennie u mężczyzn) redukuje ryzyko śmierci z powodu chorób serca i krążenia wystarczająco, by obniżyć wskaźniki śmiertelności w porównaniu z zupełnymi abstynentami.

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

Z powyższych powodów wskaźnik ten oparty jest na „spożyciu alkoholów wysokoprocentowych (litrów czystego alkoholu), skorygowanym o picie na akord”. Korekty dokonuje się poprzez przemnożenie nominalnego spożycia przez współczynnik równy $1 + [\text{odsetek mieszkańców, którzy wypili } \geq 5 \text{ drinków przy ostatniej okazji do picia}]$. Według NHS Health Scotland: „W Szkocji występuje o 70% więcej zgonów spowodowanych konsumpcją alkoholu, niż w Anglii”. Dlatego też Szkocja uzyskała tutaj wynik „czerwony”.

Wykres 42. Spożycie alkoholu wysokoprocentowego skorygowane o picie na akord w przeliczeniu na jednostki czystego alkoholu (litrów na osobę)



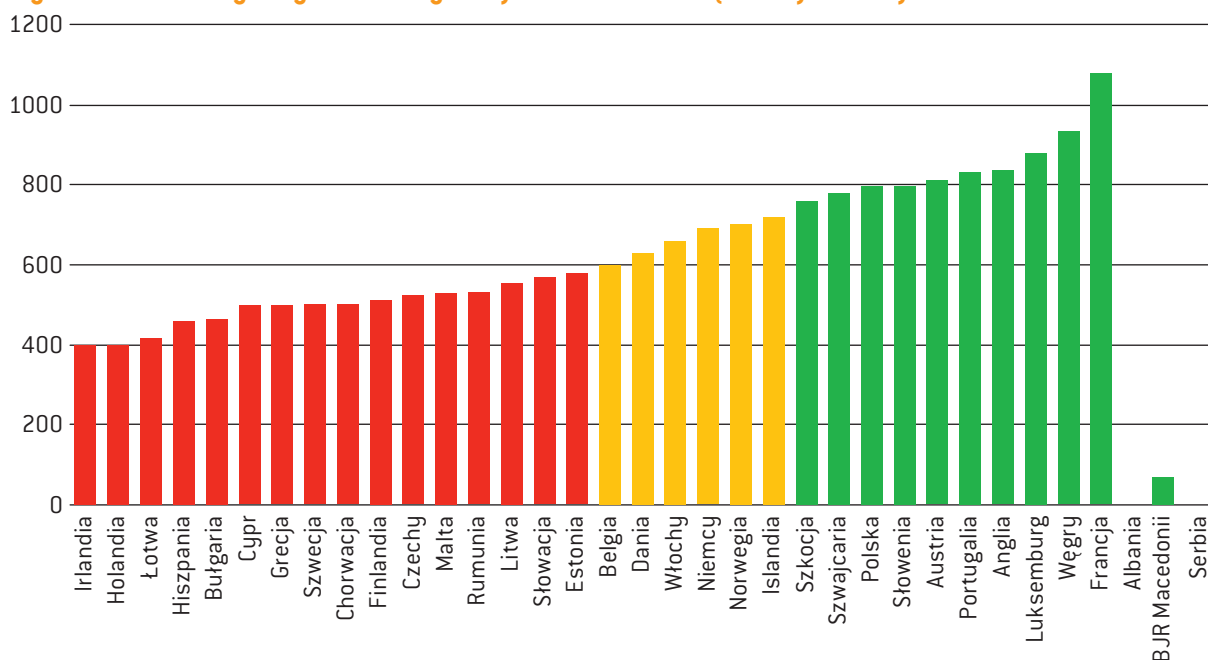
Źródła: WHO *HfA* styczeń 2013, Special Eurobarometer 331 kwiecień 2010 (dot. nawyku picia na akord). Sprawozdania krajowe. Głównie dane CUTS.

5.5. Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest korzystna, gdyż redukuje ryzyko zachorowania na wiele różnych chorób. W przypadku wielu krajów istnieją statystyki oparte na takich parametrach, jak „liczba godzin poświęconych na jogging lub podobną aktywność przez osobę na tydzień”. Niemniej współczynnik szumu w przypadku tych danych jest prawdopodobnie dość wysoki. To też parametr, który w odniesieniu do znaczącej części populacji jest dla decydentów niezwykle trudny do zmienienia w rozsądnej perspektywie czasowej.

Dlatego też parametr aktywności fizycznej wybrany na potrzeby raportu EHCI 2013 to „liczba godzin aktywności fizycznej w ramach obowiązkowej edukacji” (z uwzględnieniem maksymalnie 10 lat edukacji szkolnej). Jest to parametr, który mogą zmienić np. władze.

Wykres 43. Godziny aktywności fizycznej w ramach obowiązkowej edukacji



Źródło: www.eurydice.org; *Recommended Annual Taught Time in Full-Time Compulsory Education in Europe 2012/13*. Krajowe dane Szkocji i Szwajcarii. Dane CUTS.

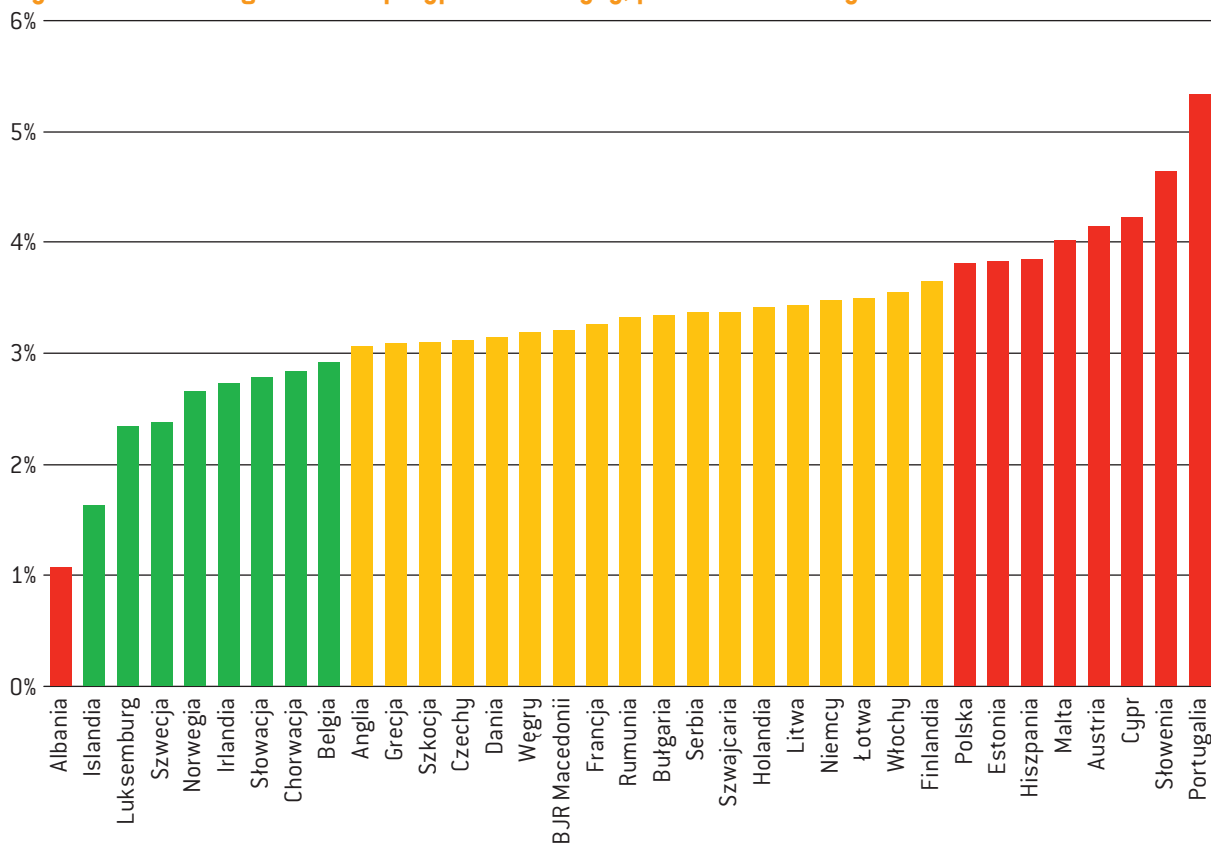
5.6. Niezdiagnozowana cukrzyca

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

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

Szkockie dane krajowe informują o 0,9% niezdiagnozowanych przypadków cukrzycy – jest to wartość, która tak daleko odbiega od danych z wszystkich innych krajów, że została ona uznana za artefakt definicyjny, a Szkocji przyznano tę samą ocenę, co Anglii.

Wykres 44. Niezdiagnozowane przypadki cukrzycy, przedział wiekowy: 20–79 lat



Źródło: International Diabetes Federation Diabetes Atlas, wydanie 5 (aktualizacja) 2012. Dane CUTS.

5.7. Szczepienia przeciw HPV

W ostatnich latach w wielu państwach wprowadzono w ramach krajowych programów szczepienia przeciw HPV dla dziewczynek w dolnych przedziałach wieku nastoletniego. Wskaźnik ten był oceniany jako:

„Zielony”: w przypadku istnienia krajowego programu szczepień przeciw HPV, bezpłatnych dla pacjenta.
 „Żółty”: w przypadku istnienia krajowego programu szczepień przeciw HPV, w ramach którego całość (lub znaczną część) kosztów ponosi pacjent.
 „Czerwony”: w przypadku braku programu szczepień przeciw HPV.

Pożądane byłoby zmierzenie zakresu pokrycia tych programów szczepień, jednakże dane tego rodzaju nie są jeszcze dostępne.

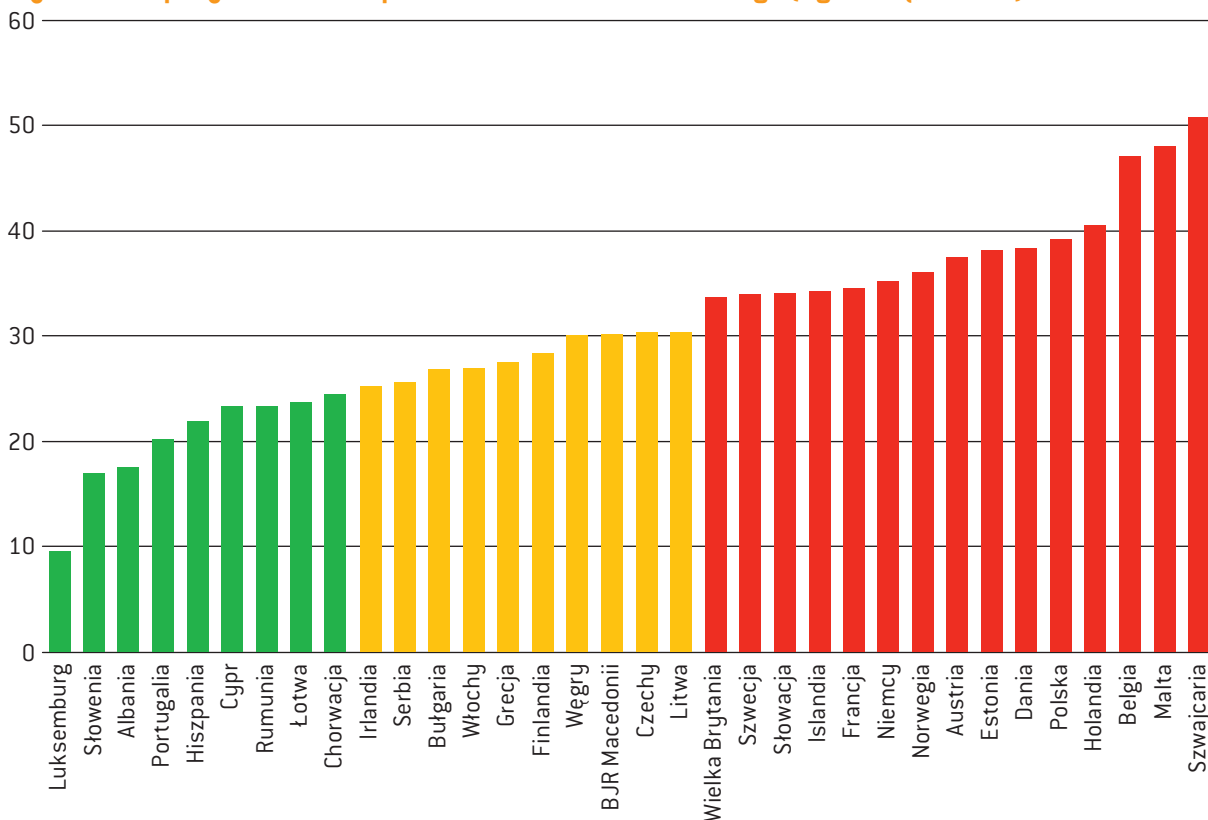
Źródła: Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, *Wprowadzenie szczepień przeciw HPV w krajach Unii Europejskiej – aktualizacja*. Sztokholm: ECDC; 2012. Seme i in.: *Acta Dermatovenerologica APA* 2013; 22:21–25. www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/. Krajowe agencje ochrony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

5.8. Spożycie cukru

Według Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego: „dodatki cukru takiego jak bogaty we fruktozę syrop kukurydziany lub pospolitego cukru stołowego do napojów gazowanych, pieczywa i innych przetworzonych produktów stanowi prawdopodobnie czynnik sprzyjający większemu spożyciu kalorii oraz wzrostowi poziomu otyłości w ostatnich kilku dekadach. Co więcej, ludzie, którzy przyjmują niezdrowe

ilości cukru, spożywają ponadto zbyt mało kluczowych składników mineralnych, takich jak cynk, żelazo, wapń i witamina A”.

Wykres 45. Spożycie cukru i odpowiedników cukru rafinowanego (kg/osobę, 2009 r.)



Źródło: FAOSTAT, <http://faostat.fao.org/site/609/DesktopDefault.aspx?PageID=609#ancor>. Dane CUTS.

Skorygowanie danych dotyczących cukru w związku ze znaczącym eksportem czekolady i innych słodaczy nie było możliwe. Dane dotyczące takich krajów jak Belgia i Szwajcaria mogą być w związku z tym nieco przesadzone, ale jest mało prawdopodobne, by taka korekta zmieniła „czerwone” wyniki tych dwóch krajów.

9.10.6. ŚRODKI FARMACEUTYCZNE

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

6.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę

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

Źródła danych: Bazy danych WHO *HfA*, lipiec 2013, EFPIA. The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013. EFPIA: Korespondencja osobista. Krajowe agencje ochrony zdrowia i agencje ds. produktów medycznych. Dane non-CUTS.

6.2. Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia

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

Dziś internetowe farmakopee ma większość europejskich krajów.

- ☺ Austria: www.austriacodex.at/avmain/, <http://pharmaweb.ages.at/index.jsf>
- ☺ Belgia: <http://www.bcfi.be/>, www.pharma.be
- ☺ Chorwacja: <http://www.almp.hr/?ln=hr&w=lijekovi>
- ☺ Czechy: www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/modules/catalogue/search.php?catalogueID=2
- ☺ Dania: <http://medicin.dk>
- ☺ Estonia: www.raviminfo.ee
- ☺ Finlandia: www.fimea.fi/lakemedel/produktresumeer/humpl
- ☺ Francja: www.doctissimo.fr
- ☺ Niemcy: www.onmeda.de
- ☺ Grecja: www.galinos.gr/web/drugs/main/lists
- ☺ Węgry: www.ogyi.hu/drug_database/
- ☺ Irlandia: www.medicines.ie
- ☺ Włochy: www.prontuariofarmaci.com
- ☺ Łotwa: <http://www.zva.gov.lv/index.php?id=375&sa=375&top=334>
- ☺ Litwa: www.vaistai.lt
- ☺ Malta: <http://medicinesauthority.gov.mt/products/search.htm>
- ☺ Holandia: www.cbg-meb.nl/CBG/en/human-medicines/geneesmiddeleninformatiebank/default.htm
- ☺ Norwegia: www.legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch_80333.aspx?filterBy=CopyToConsumer
- ☺ Portugalia: www.infarmed.pt/infomed/inicio.php
- ☺ Rumunia: www.anm.ro/en/html/pharmacopoeia.html
- ☺ Słowacja: www.liekinfo.sk
- ☺ Słowenia: www.zdravila.net
- ☺ Szwecja: www.fass.se
- ☺ Szwajcaria: www.kompendium.ch
- ☺ Wielka Brytania: <http://emc.medicines.org.uk/>

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

Źródła danych: badania HCP 2010–2013. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

6.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych

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

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

6.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)

Ten wskaźnik wyraża przedział czasowy pomiędzy rejestracją leku a włączeniem go do krajowego rejestru leków refundowanych.

Jest to jeden ze wskaźników, w przypadku których skutki kryzysu finansowego są bardzo dobrze widoczne. Nawet w bogatych krajach, takich jak Szwecja czy Szwajcaria, czas pomiędzy rejestracją leku a dopuszczeniem do krajowych systemów świadczeń zdrowotnych (systemów refundacji leków) wydłużył się w sposób znaczący.

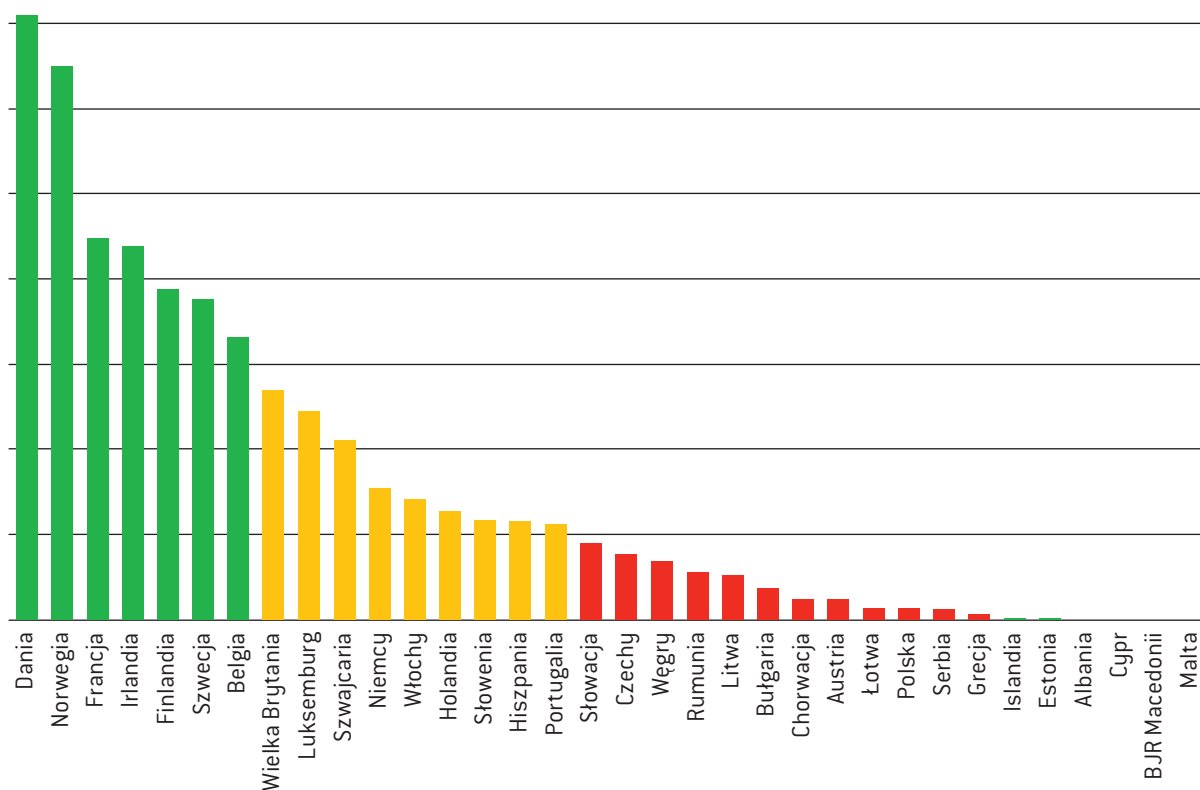
Źródła danych: Raport Patients W.A.I.T. Indicator 2011 – przygotowany na podstawie bazy danych EFPIA (pierwsze pozwolenie na wprowadzenie do obrotu w UE w okresie 2008–2010). EFPIA: The pharmaceutical industry in figures – Key Data 2013. EFPIA: Korespondencja osobista. Krajowe ministerstwa zdrowia. Dane non-CUTS.

6.5. Leki na artretyzm

Pojawienie się leków będących inhibitorami TNF- α (kod ATC: L04AB) oznacza olbrzymią poprawę dla pacjentów z artretyzmem. W niektórych krajach wciąż istnieją ograniczenia, jeśli idzie o stosowanie tych leków, i jak pokazano to na wykresie poniżej, nie są one skorelowane wyłącznie z PKB *per capita*. Wolumenty leków wyrażono w Jednostkach Standardowych (miara IMS Health, podobna do DDD, ale nie identyczna) na 1000 mieszkańców ≥ 15 lat. (DDD = określona dawka dobową)

Wykres 46. Inhibitory TNF- α (nowe leki na artretyzm)

SU:s na 1000 populacji wystąpień 15+



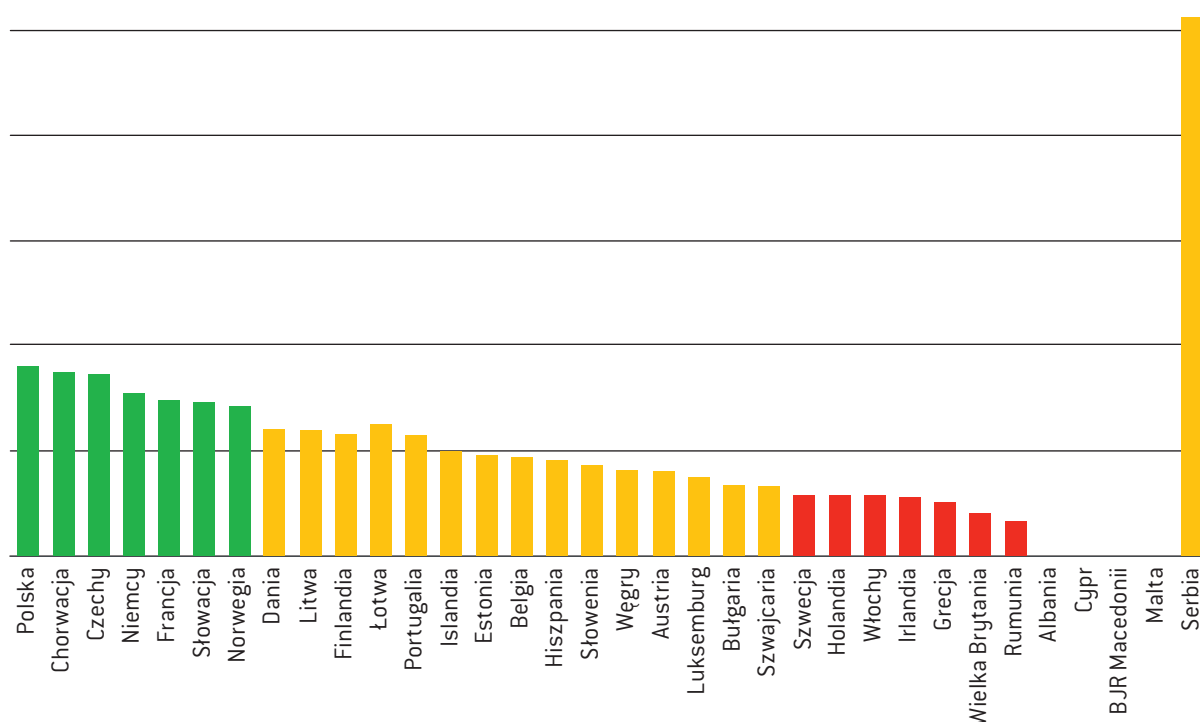
Źródła danych: Baza danych IMS MIDAS. Dane na temat liczby przypadków: eumusc.net: Report v5.0 Musculoskeletal Health in Europe (2012). Special Eurobarometer 272 (2007). Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane CUTS.

6.6. Leki na schizofrenię

N05A, wyłączając N05AN (leki przeciwpsychotyczne poza preparatami litu); całkowite zużycie w Jednostkach Standardowych, podzielone według populacji ≥ 15 lat.

Punktacja dla tego wskaźnika opiera się na założeniu, że schizofrenia jest zasadniczo zbyt rzadko leczona (co wydaje się potwierdzać badanie przeprowadzone ostatnio w Finlandii¹²), i że liczba przypadków tej choroby jest równa w całej Europie. „Zielony” wynik punktowy przyznawano za wysokie wykorzystanie na jedną osobę.

Wykres 47. Konwencjonalne leki przeciwpsychotyczne ATC N05A, SU/capita 15+



Źródła danych: Baza danych IMS Health MIDAS. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane CUTS.

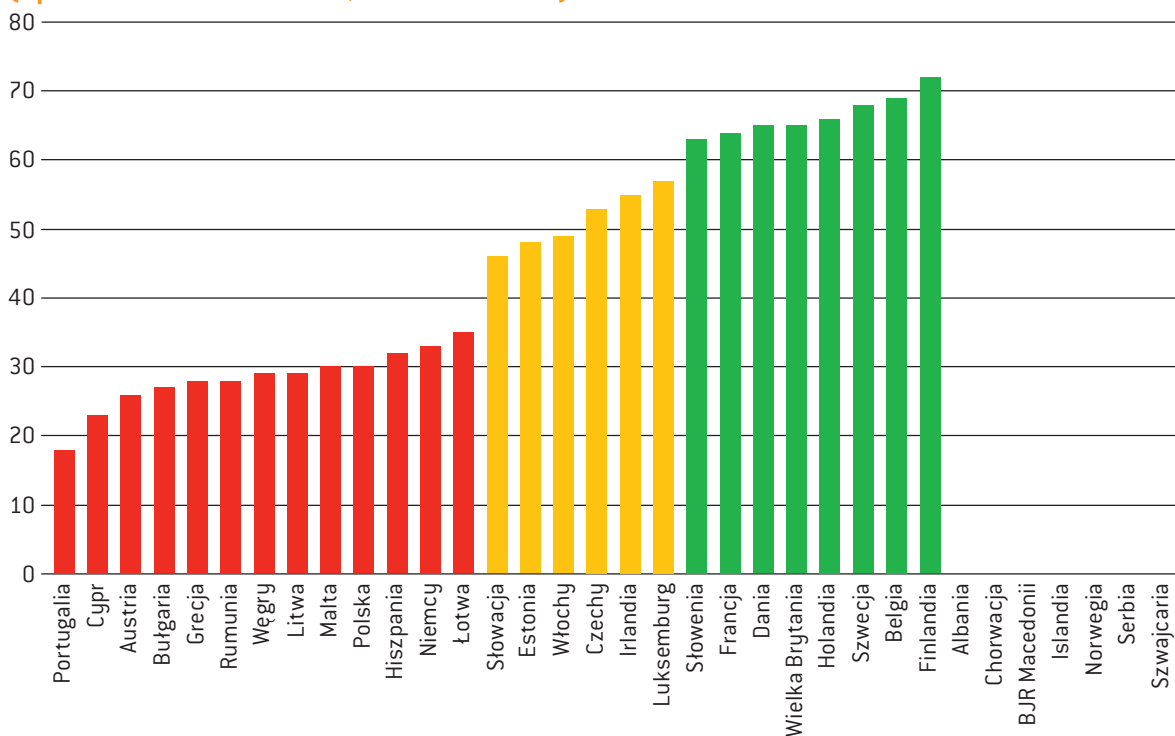
Wartość wskaźnika dla Serbii została starannie, podwójnie sprawdzona wraz z serbskimi władzami krajowymi. Ponieważ Serbia wciąż nie przeszła testu HCP „Czy wierzymy temu testowi ****”, została jej przyznana ocena „żółta”.

6.7. Przyjmowanie antybiotyków

W 2012 roku wykorzystano wskaźnik „odsetek mieszkańców, którzy wiedzą, że antybiotyki *nie* są skuteczne przeciwko przeziębieniu i grypie”. W raporcie EHCI 2013 wykorzystano rzeczywistą sprzedaż antybiotyków na osobę, przy założeniu, że ograniczone stosowanie jest dobre z punktu widzenia odporności.

12 *Polypharmacy With Antipsychotics, Antidepressants, or Benzodiazepines and Mortality in Schizophrenia*, Jari Tiihonen i in., Archives of General Psychiatry 2012; 69: 476–483.

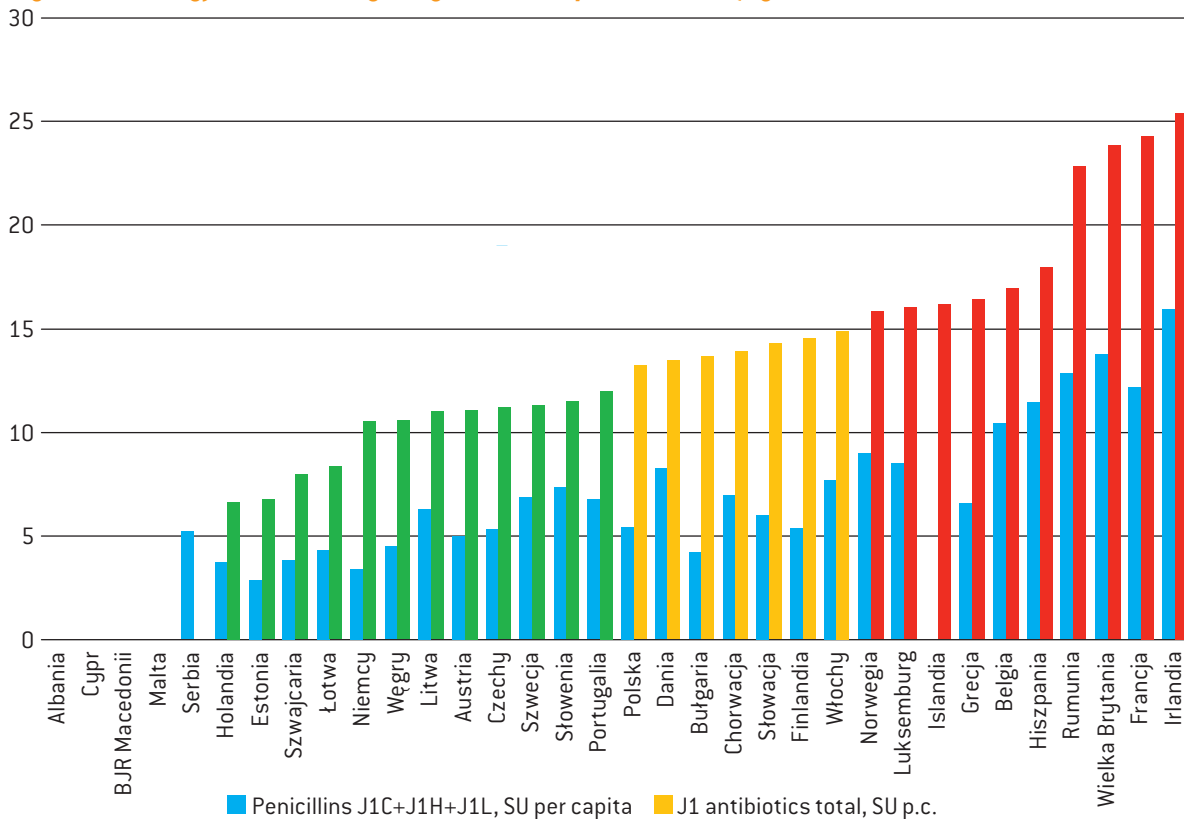
Wykres 48. Odsetek osób, które wiedzą, że antybiotyki *nie* są skuteczne przeciwko przeziębieniu i grypie (Special Eurobarometer 338, kwiecień 2010 r.)



Wskaźnik z EHCI 2012.

Źródło: Special Eurobarometer 338, kwiecień 2010 r. Dane CUTS.

Wykres 49. Przyjmowanie antybiotyków, SU/capita 12 miesięcy zakończono w czerwcu 2013 r.



Penicyliny J1c+J1h+J1l, SU per capita/antybiotyki J1 ogółem, SU p.c.

Wskaźnik z EHCI 2013.

Źródło: Baza danych IMS MIDAS. Dane CUTS.

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

9.11. JAK STWORZONO EUROPEJSKI KONSUMENCKI INDEKS ZDROWIA 2013 – FAZY TWORZENIA

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

Ranking EHCI 2013 stworzono na podstawie projektu przedstawionego poniżej.

9.11.1. FAZA 1

Spotkanie inauguracyjne z Panelem Ekspertów – opracowanie istniejących danych

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

- przeszukiwanie zasobów internetowych, informacji publikowanych w czasopiśmie,
- rozmowy telefoniczne i wymiana informacji drogą e-mailową z kluczowymi osobami oraz
- kontakty osobiste, jeśli było to konieczne.

Przeszukiwanie zasobów internetowych:

- a) Ważne zarządzenia oraz dokumenty dotyczące stosowanej polityki
- b) Rzeczywiste wyniki w zestawieniu z politykami.

Podmioty dostarczające informacje:

- a) Krajowe i regionalne agencje ochrony zdrowia
- b) Instytucje (EHMA, Instytut Pickera, artykuły prawno-etyczne Katolickiego Uniwersytetu w Leuven, inne),
- c) Przedsiębiorstwa prywatne (IMS Health, firmy farmaceutyczne, inne).

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

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

9.11.2. FAZA 2

- Gromadzenie danych umożliwiających zestawienie informacji, które zostaną umieszczone w rankingu EHCI 2013.

- Identyfikacja kluczowych obszarów wymagających przygotowania dodatkowych informacji.
- Zebranie danych źródłowych dotyczących tych obszarów.
- Odbycie przez badaczy osobistych wizyt w ministerstwach zdrowia i/lub agencjach państwowych odpowiedzialnych za nadzór i/lub zapewnienie jakości usług opieki zdrowotnej.
- Utrzymywanie stałego kontaktu z członkami Panelu Ekspertów, głównie w celu przedyskutowania definicji wskaźników i kryteriów, a także problemów związanych z pozyskiwaniem danych. Na koniec, 4 listopada 2013 roku, odbyło się drugie spotkanie, na którym szczegółowo omówiono wskaźniki, również te, które nie mogły zostać ujęte w Indeksie z powodu niewystarczającej ilości danych.

Przeanalizowano także rozbieżności między danymi pochodzącymi z różnych źródeł. Przedyskutowano i ustalono współczynniki względnych wag przyznanych podkategoriom.

9.11.3. FAZA 3

9.11.3.1. Zasięgnięcie opinii przedstawicieli pacjentów i obywateli krajów europejskich za pomocą badania ankietowego HCP przeprowadzonego przez zewnętrzny ośrodek badawczy (PatientView, Zjednoczone Królestwo)

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

9.11.3.2. Wyśłanie arkusza aktualizacji wyników

24 września 2013 roku wszystkie 35 krajów, za wyjątkiem Anglii i Szkocji, otrzymało swoje wstępne arkusze wyników, niezawierające żadnych odniesień do wyników uzyskanych przez inne kraje. Dokumenty te przesłano drogą elektroniczną z prośbą o dokonanie aktualizacji/korekty danych do dnia 31 marca – na adresy ministerstw/agencji państwowych przedstawione nam podczas nawiązywania kontaktów przed styczniem 2013 roku. Wyślano również jedno przypomnienie. Korygujące informacje nadchodzące z krajów ujętych w indeksie były przyjmowane do 8 października.

9.11.3.3. Faza 4

Prezentacja projektu i raportów:

- raport opisujący zasady tworzenia rankingu EHCI 2012,
- prezentacja EHCI 2012 na konferencji prasowej i seminarium w Brukseli,
- internetowa inauguracja Indeksu po adresem www.healthpowerhouse.com.

9.12. ZEWNĘTRZNY PANEL EKSPERCKI

Zgodnie ze standardowym trybem działania stosowanym przy opracowywaniu wszystkich indeksów HCP, został powołany Panel Ekspertów. W trakcie prac nad projektem członkowie panelu odbyli dwa 6-godzinne posiedzenia. Eksperci otrzymywali z wyprzedzeniem wszystkie materiały robocze wykorzystywane przy pracach nad Indekssem. W pracach Panelu Ekspertów Indeksu EHCI 2013 wzięły udział następujące osoby:

Tytuł, imię i nazwisko	Afiliacja zawodowa
Dr med. Ulrik Bak Dragsted	Dyrektor Oddziału Chorób Zakaźnych, Szpital Roskilde, Dania oraz Prezydent Duńskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej
Dr Filippos Filippidis	Wydział Zdrowia Publicznego, Imperial College, Londyn
Prof. Ian Graham	Trinity College, Dublin
Prof. em. dr Ulrich Keil	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Niemcy
Prof. dr Diana Obelieniene	Dyrektor Wydziału Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Kownie, Litwa
Doc. dr Lennart Welin	Szpital Lidköping, Szwecja

Członkom Panelu Ekspertów ds. indeksu HCP postawiono dwa główne zadania:

- A. Pomoc w przygotowywaniu i wyborze podkategorii i wskaźników. Było to z oczywistych względów istotne z perspektywy Indeksu, jeśli chcieliśmy móc powiedzieć, że kraj, który uzyskał wysoki wynik punktowy, rzeczywiście zapewnia dobre, przyjazne dla konsumenta usługi z zakresu ochrony zdrowia.
- B. Analiza końcowych wyników prac badawczych podjętych przez badaczy HCP, przed ustaleniem ostatecznych wyników punktowych. Jeśli uzyskane informacje wydawały się mocno kolidować z doświadczeniem w dziedzinie opieki zdrowotnej zdobytym przez lata przez członków panelu, był to sygnał do przeprowadzenia dodatkowej analizy wyników.

HCP pragnie złożyć członkom panelu szczerze podziękowania za niezwykle istotny wkład w prace nad Indekssem oraz za niezwykle wartościowe dyskusje.

10. LITERATURA

10.1. GŁÓWNE ŹRÓDŁA

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

„Arkusze wyników pojedynczych **wskaźników**” znajdują się w Internecie, dzięki czemu wszyscy mogą się przekonać, jakie *główne* dane wykorzystano, a także zapoznać się z wynikami. Arkusze są dostępne pod następującym adresem: www.healthpowerhouse.com/ehci2013-indicators/.

Wskaźniki, w których przypadku przekształcenie danych w proste wartości liczbowe nie było możliwe, nie znajdują się na tej stronie internetowej. Prócz tego, z przyczyn związanych z prawami autorskimi, nie znalazły się tam również dane liczbowe dotyczące wskaźników opartych na wynikach sprzedaży leków, które zostały zilustrowane w prezentacji na stronie internetowej.

ZAŁĄCZNIK 1. KWESTIONARIUSZ ZASTOSOWANY W BADANIU ZLECONYM PRZEZ PATIENTVIEW NA POTRZEBY EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2013

W jakim stopniu można określić system opieki zdrowotnej w Państwa kraju w 2013 roku jako przyjazny dla użytkownika?

O badaniu

CEL BADANIA:

„Porównać, w jakim zakresie krajowe systemy opieki zdrowotnej Europy były ukierunkowane na pacjenta i konsumenta w 2013 roku”.

Szanowny Działaczu na rzecz zdrowia,

już po raz siódmy od 2005 roku Health Consumer Powerhouse (HCP) prosi działaczy na rzecz zdrowia w całej Europie o pomoc w przygotowaniu EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA. INDEKS z 2013 roku ma na celu ocenę przyjazności dla użytkownika krajowych systemów opieki zdrowotnej w całej Europie.

Jeżeli chcą Państwo, aby Państwa poglądy na temat stanu systemu opieki zdrowotnej w Państwa kraju w 2013 roku stały się wkładem do INDEKSU, zachęcamy do wypełnienia krótkiego kwestionariusza (16 pytań), co nie powinno zająć więcej niż 10 minut. Wszystkie odpowiedzi pozostaną anonimowe.

Data zamknięcia badania jest poniedziałek, 16 września 2013 roku (niemniej HCP bardzo chętnie zapozna się z Państwa opiniami przed tą datą, w celu ustalenia pewnych wstępnych trendów).

Aby podziękować Państwu za opinie i wkład w badanie oraz umożliwić Państwu zapoznanie się z wynikami, PatientView, menedżer badania, prześle do Państwa (jeśli sobie Państwo tego zażyczą), łącze do strony internetowej EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2013 po opublikowaniu w dniu 20 listopada 2013 r.

Pozostaję z szacunkiem

Dr. Arne Björnberg

Prezes,

Health Consumer Powerhouse, Danderyd, Szwecja

Jeżeli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące tego badania, prosimy o kontakt:

PatientView,

Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, UK.

Tel: 0044-(0)1547-520-965

e-mail: info@patient-view.com

Aby kontynuować badanie, wystarczy kliknąć „NEXT>>”

Przed wszystkim prosimy o wskazanie, w którym kraju europejskim Państwo przebywają?

[Jeżeli są Państwo grupą pacjentów, których usługi są finansowane w ramach systemu ogólnoeuropejskiego lub międzynarodowego, prosimy o wskazanie kraju, w którym Państwo, jako respondent, zamieszkują.]

[Prosimy o wybranie Państwa kraju z poniższego menu.]

1. Albania
2. Austria
3. Belgia
4. Bułgaria
5. Chorwacja
6. Cypr
7. Czechy
8. Dania
9. Estonia
10. Finlandia
11. Francja
12. Niemcy
13. Grecja
14. Węgry
15. Islandia
16. Irlandia
17. Włochy
18. Łotwa
19. Litwa
20. Luksemburg
21. Macedonia [BJR]
22. Malta
23. Holandia
24. Norwegia
25. Polska
26. Portugalia
27. Rumunia
28. Serbia
29. Słowacja
30. Słowenia
31. Hiszpania
32. Szwecja
33. Szwajcaria
34. Zjednoczone Królestwo (Anglia, Walia lub Irlandia Północna)
35. Zjednoczone Królestwo (Szkocja)

Pytania od 1 do 9: Prawa i informacje pacjentów

Pytanie 1/16:

Czy organizacje reprezentujące pacjentów w Państwa kraju są zaangażowane w proces podejmowania decyzji w służbie zdrowia?

[Zaangażowanie może mieć miejsce na szczeblu ministerstwa finansów lub samorządu lokalnego.]
[Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak, grupy pacjentów w moim kraju mają zapewnione ustawodawstwem prawo/obowiązek do takiego zaangażowania.
- Brakuje przewidzianego w ustawodawstwie prawa do brania udziału w tym procesie, niemniej grupy pacjentów CZĘSTO TO ROBIĄ (jest to powszechna praktyka).
- Brakuje przewidzianego w ustawodawstwie prawa do brania udziału w tym procesie, niemniej grupy pacjentów ROBIĄ to OKAZJONALNIE, lub RZADKO.
- Grupy pacjentów w moim kraju ZAZWYCZAJ NIE SĄ zaangażowane w ten proces.
- Nie wiem.

Pytanie 2/16:

Czy pacjenci w Państwa kraju posiadają przewidziane w ustawodawstwie prawo do zasięgnięcia drugiej opinii w przypadku ważnego problemu medycznego bez potrzeby uiszczania dodatkowej opłaty za wizytę?
[Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak.
- Pacjenci mają takie prawo, lecz występują trudności z dostępem do drugiej opinii (prawdopodobnie ze względu na brak publicznie dostępnych informacji na temat takiego prawa lub biurokrację systemu opieki zdrowotnej, albo dlatego że system opieki zdrowotnej zniechęca pacjentów do korzystania z takiego prawa).
- Nie.
- Nie wiem.

Pytanie 3/16:

Czy pacjenci w Państwa kraju mają łatwy dostęp do swojej historii medycznej i mogą się z nią zapoznać? [Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak, wystarczy poprosić swojego lekarza.
- Informacje są dostępne, niemniej pacjent musi złożyć pisemne podanie o nie lub wolno mu jedynie zapoznać się z nimi przy udziale „pośrednika”, takiego jak pracownik opieki medycznej, którego zadaniem jest udzielenie wyjaśnień.
- Nie, pacjenci w moim kraju nie mają dostępu do takich informacji.
- Nie wiem.

Pytanie 4/16:

Czy pacjenci w Państwa kraju mają łatwy dostęp do informacji na temat tego, czy ich lekarz (lub jakikolwiek inny lekarz w kraju) jest posiadającym uprawnienia, działającym w dobrej wierze wykwalifikowanym profesjonalistą w dziedzinie opieki medycznej? [Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak, informacje te są dostępne w Internecie oraz udostępniane w powszechnie znanych darmowych publikacjach.
- Informacje tego rodzaju są dostępne, niemniej pacjent musi za nie zapłacić (lub istnieją inne przeszkody w dostępie do informacji).
- Nie, pacjenci w moim kraju nie mają dostępu do takich informacji.
- Nie wiem.

Pytanie 5/16:

Czy w Państwa kraju istnieje sieciowa lub telefoniczna usługa informacyjna w zakresie opieki zdrowotnej, dostępna z każdego miejsca w kraju, funkcjonująca 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu, która jest interaktywna? [Informacje udzielane w ramach takiej usługi mogłyby być następujące: „Proszę wziąć aspirynę, poczekać i przekonać się, czy to pomoże”, lub „Należy natychmiast zgłosić się na izbę przyjęć do najbliższego szpitala”.] [Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak.
- Taka usługa istnieje, niemniej wie o niej niewielu obywateli lub dostęp do niej jest trudny.
- Nie.
- Nie wiem.

Pytanie 6/16:

Czy pacjenci w Państwa kraju mogą wybrać leczenie w innym państwie UE ZGODNIE ZE SWOIM WYBOREM, przy założeniu tych samych warunków ekonomicznych, co w przypadku leczenia w kraju? [Funkcjonalność ta znana jest jako „opieka transgraniczna”.] [Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak, nawet jeśli musieliby czekać umiarkowany przedział czasu (na przykład miesiąc) na leczenie w kraju.
- Tak – muszą uzyskać w tym celu ponowną zgodę, niemniej zazwyczaj uzyskuje się ją bez problemu, lub czekać długi czas (ponad 3 miesiące) na leczenie.
- Nie (lub ponowna zgoda jest zazwyczaj udzielana niezwykle rzadko, w przypadku terapii specjalnych).
- Nie wiem.

Pytanie 7/16:

Czy ludzie w Państwa kraju mają dobry dostęp do informacji, które ze szpitali osiągają najlepsze wyniki (na przykład dostęp do rzeczywistych wartości parametrów takich jak przeżywalność w przypadku zawału serca, poziomy powtórnych operacji stawów biodrowych itd.)? [Prosimy wskazać tylko jedną opcję.]

- Tak, takie informacje są PUBLICZNIE dostępne w Internecie.
- Są takie informacje, niemniej niezbędna jest pomoc pracownika służby zdrowia lub innej dobrze poinformowanej osoby, aby uzyskać do nich dostęp i/lub je zinterpretować.
- Nie, nie ma publicznego dostępu do takich informacji.
- Nie wiem.

Pytanie 8/16:

Czy w Państwa kraju pacjenci mają możliwość umawiania się na wizyty u swoich lekarzy przez Internet?

- Tak, jest to powszechnie dostępna funkcjonalność.
- Taka funkcjonalność istnieje, niemniej oferuje ją jedynie nieliczna grupa pionierskich władz, szpitali itp.
- Nie (lub bardzo rzadko).
- Nie wiem.

Pytanie 9/16:

Czy pacjenci w Państwa kraju odbierają leki w aptece przy użyciu recept wysyłanych drogą elektroniczną? [Są to tzw. e-Recepty, w przypadku których nie ma potrzeby wypisywania recepty papierowej.]

- Tak, jest to powszechnie dostępna funkcjonalność.
 - Taka funkcjonalność istnieje, niemniej oferuje ją jedynie nieliczna grupa pionierskich lekarzy/przychodni/szpitali.
 - Nie (lub bardzo rzadko).
 - Nie wiem.
-

Pytania od 10 do 15: Czasy oczekiwania

Pytanie 10/16:

Czy w Państwa kraju pacjenci mogą odbyć wizytę u lekarza rodzinnego w dniu umówienia się (lub bez umawiania wizyty)?

- Tak.
 - Czasami, ale nie zawsze.
 - Zazwyczaj wizyta w tym samym dniu nie jest możliwa.
 - Nie wiem.
-

Pytanie 11/16:

Czy w Państwa kraju pacjenci mogą odbyć wizytę u specjalisty (w przypadku stanu innego niż ostry) bez uzyskiwania uprzednio skierowania od lekarza opieki podstawowej?

- Tak.
- Tak, ale tylko w przypadku kilku specjalizacji (takich jak ginekologia lub pediatria).
- Tak, ale tylko jeśli pacjent potrafi „pokonać system” i uniknąć wizyty u lekarza opieki podstawowej.
- Nie.
- Nie wiem.

Pytanie 12/16:

Która z poniższych odpowiedzi najlepiej wyraża najbardziej typowy czas oczekiwania w Państwa kraju na zabieg chirurgiczny w przypadku STANU NIEZAGRAŻAJĄCEGO ŻYCIU? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy podjęciem przez lekarza/specjalistę decyzji o potrzebie przeprowadzenia operacji a rzeczywistym terminem jej przeprowadzenia – bez potrzeby skorzystania z prywatnej usługi.]

- Zdecydowana większość pacjentów (powyżej 90%) została by zoperowana W TERMINIE trzech miesięcy.
- Większość pacjentów (powyżej 50%) została by zoperowana W TERMINIE trzech miesięcy.
- Większość pacjentów (powyżej 50%) musiałaby zazwyczaj CZEKAĆ DŁUŻEJ NIŻ trzy miesiące.
- Nie wiem.

Pytanie 13/16:

Która z poniższych odpowiedzi najlepiej wyraża najbardziej TYPOWY czas oczekiwania w Państwa kraju na chemioterapię lub radioterapię u pacjentów z rakiem? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy podjęciem przez lekarza decyzji o potrzebie przeprowadzenia takiej terapii a rzeczywistym terminem przeprowadzenia zabiegu – bez potrzeby skorzystania z prywatnej usługi.]

- Zdecydowana większość pacjentów (powyżej 90%) otrzymuje leczenie W TERMINIE trzech tygodni.
- Większość pacjentów (powyżej 50%) otrzymuje leczenie W TERMINIE trzech tygodni.
- Większość pacjentów (powyżej 50%) musiałaby zazwyczaj CZEKAĆ DŁUŻEJ NIŻ trzy tygodnie.
- Nie wiem.

Pytanie 14/16:

Która z poniższych odpowiedzi najlepiej wyraża najbardziej TYPOWY czas oczekiwania w Państwa kraju na tomografię komputerową (TK)? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy podjęciem przez lekarza decyzji o potrzebie przeprowadzenia tomografii a rzeczywistym terminem jej przeprowadzenia – bez potrzeby skorzystania z prywatnej usługi.]

- Zazwyczaj MNIEJ NIŻ 7 dni.
- Zazwyczaj WIĘCEJ NIŻ 7 dni, ale MNIEJ NIŻ 21 dni.
- Zazwyczaj WIĘCEJ NIŻ 21 dni.
- Nie wiem.

Pytanie 15/16:

Która z poniższych odpowiedzi najlepiej wyraża najbardziej TYPOWY czas oczekiwania w Państwa kraju na wizytę na izbach przyjęć w szpitalu? [Przy czym „czas oczekiwania” oznacza okres pomiędzy przybyciem do szpitala a chwilą, w której lekarz rozpozna leczenie/rozpozna Państwa problemu.]

- Zazwyczaj MNIEJ NIŻ 1 godzina.
- Zazwyczaj WIĘCEJ NIŻ 1 godzina, ale MNIEJ NIŻ 3 godziny.
- Najczęściej WIĘCEJ NIŻ 3 godziny.
- Nie wiem.

Ostatnie pytanie badania dotyczy „nieformalnych” płatności na rzecz lekarzy – jednego z aspektów rzetelności pracowników służby medycznej.

Pytanie 16/16:

Czy w Państwa kraju oczekuje się od pacjenta wnoszenia nieoficjalnych opłat [czasami określanych jako opłaty „pod ladą”] na rzecz lekarzy za ich usługi (oprócz wszelkich oficjalnych opłat za wizytę).

- Tak, często.
- Czasami, to zależy od usługi lub od lekarza.
- Nie.
- Nie wiem.

Dziękujemy Państwu za przedstawienie Państwa opinii. To było ostatnie pytanie badania 2013.

Jeśli życzą sobie Państwo przesłania linku do strony internetowej EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA 2013 po opublikowaniu w dniu 20 listopada 2013 r., prosimy o podanie adresu e-mail w tym miejscu.

Jeżeli chcieliby Państwo przekazać Health Consumer Powerhouse jakiegokolwiek uwagi, prosimy o wpisanie ich tutaj.

ZAŁĄCZNIK 2. CAŁKOWITE NAKŁADY NA SŁUŻBĘ ZDROWIA, PPP\$ PER CAPITA, DANE SZACUNKOWE WHO

Źródło: Baza danych WHO *Health for All*, lipiec 2013 r.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Uwaga
Albania	107	146	156	184	225	266	279	303	326	359	371	401	439	490	542	515	565	
Austria	2256	2326	2458	2616	2762	2898	2930	3084	3227	3426	3505	3738	3907	4173	4348	4398	4482	
Belgia	1713	1807	1854	1924	2049	2247	2365	2543	3028	3157	3248	3279	3425	3699	3914	3975	4119	
Bułgaria	291	242	257	286	338	385	505	575	624	650	719	764	843	971	991	1057	1064	
Chorwacja	548	640	564	673	732	847	844	789	864	960	1071	1183	1411	1577	1516	1475	1573	
Cypr	725	816	892	951	1001	1107	1201	1292	1472	1487	1576	1685	1739	2166	2200	2218	2221	
Czechy	898	916	922	926	938	982	1081	1195	1339	1386	1475	1557	1660	1764	2048	1885	1923	
Dania	1870	1977	2060	2133	2411	2508	2678	2870	2894	3124	3243	3578	3767	4057	4386	4468	4564	
Estonia	397	453	493	468	508	518	516	576	668	758	830	961	1114	1336	1385	1294	1334	
Finlandia	1477	1549	1617	1659	1741	1853	1970	2150	2251	2452	2589	2765	2910	3162	3271	3252	3332	
Francja	2100	2161	2228	2311	2397	2546	2717	2923	2983	3111	3296	3486	3670	3762	3949	3997	4085	
BJR Macedonii	423	446	481	552	490	521	496	565	598	613	637	688	652	705	734	758	789	
Niemcy	2277	2403	2419	2490	2590	2679	2805	2943	3096	3167	3362	3567	3723	3967	4227	4342	4371	
Grecja	1262	1300	1355	1382	1468	1451	1754	1965	2028	2090	2353	2610	2723	3227	3276	3069	2359	Dane niewiarogodne!
Węgry	659	658	679	763	810	853	970	1114	1315	1331	1434	1511	1453	1525	1559	1601	1669	
Islandia	1960	2018	2525	2559	2922	2830	2928	3240	3267	3398	3325	3316	3417	3620	3538	3230	3264	
Irlandia	1191	1274	1377	1476	1573	1762	2060	2335	2540	2761	2940	3180	3472	3760	3753	3720	3894	
Włochy	1533	1610	1730	1834	1885	2064	2227	2235	2265	2372	2516	2727	2769	3004	3056	3046	3130	
Łotwa	317	358	409	444	477	479	544	615	651	766	828	1016	1200	1192	1093	1157	1179	
Litwa	334	373	420	487	497	560	601	680	784	739	832	1000	1139	1298	1281	1286	1337	
Luksemburg	2169	2278	2289	2453	2859	4012	3991	4756	4654	5331	5430	6088	6029	6068	6564	6712	6876	
Malta	878	896	1001	1051	1097	1250	1328	1555	1654	1739	1952	2086	2040	2113	2182	2290	2443	
Holandia	1796	1861	1917	2055	2178	2341	2554	2833	3099	3309	3451	3703	4411	4730	4935	5112	5123	
Norwegia	2158	2268	2351	2537	2780	3043	3264	3628	3835	4077	4304	4611	4887	5245	5351	5391	5674	
Polska	410	478	498	559	573	584	641	733	748	807	857	935	1061	1241	1365	1377	1423	
Portugalia	1015	1094	1161	1211	1329	1655	1714	1780	1894	1995	2212	2304	2419	2548	2697	2729	2624	
Rumunia	184	194	233	200	228	248	280	323	409	479	516	568	670	815	826	881	901	
Serbia	355	247	398	437	395	428	472	584	610	675	771	890	1049	1195	1166	1176	1195	
Słowacja	505	582	564	584	599	604	664	730	791	1057	1139	1351	1619	1862	2067	2097	2088	
Słowenia	973	1056	1152	1226	1303	1451	1580	1703	1773	1857	1960	2105	2133	2415	2522	2429	2519	
Hiszpania	1191	1248	1299	1383	1450	1538	1635	1745	2026	2135	2274	2555	2739	2963	3096	3057	3041	
Szwecja	1743	1860	1887	1982	2129	2287	2507	2697	2832	2953	2963	3195	3431	3656	3711	3760	3870	
Szwajcaria	2551	2720	2837	2973	3064	3211	3399	3644	3744	3901	3981	4211	4539	4893	5098	5297	5564	
Zjednoczone Królestwo	1348	1435	1488	1557	1677	1835	2001	2187	2321	2541	2699	2962	3030	3143	3380	3433	3622	Narodowa Izba Kontroli

ZAŁĄCZNIK 3. HISTORIA PRAWDZIWA O STAWIE BIODROWYM WERNERA ALBO JAKI POWINIEN BYĆ CZAS OCZEKIWANIA W KAŻDYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Jest to historia, która wydarzyła się naprawdę w lipcu 2013 roku w niewielkim miasteczku liczącym 8000 (zimowych) mieszkańców, w Langwedocji, 50 km na południe od Montpellier. Werner (nie jest to prawdziwe imię) jest niemieckim wojskowym, który zakończył czynną służbę i przeniósł się wraz z żoną na południe Francji. Usługi opisane poniżej zostały opłacone ze standardowego niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego Wernera, bez dodatkowych opłat prywatnych. Historia przedstawia się następująco:

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

– Helgo, kochanie, myślę, że ktoś powinien obejrzeć moją lewą nogę. Boli mnie już od półtora roku.

– Wernerze, mój drogi, na drzwiach po drugiej stronie ulicy jest mosiężna tabliczka. To chyba gabinet chirurga!

Werner pokuśtykał na drugą stronę ulicy i okazało się, że na mosiężnej tabliczce umieszczona jest informacja o praktyce chirurgicznej dr. B., lokalnego lekarza medycyny ogólnej. Werner nacisnął dzwonek i przedstawił swój problem pielęgniarce/sekretarce, która otworzyła 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 dra B. Dr B. zbadał Wernera i powiedział:

– Wydaje mi się niestety, że może pan potrzebować nowego stawu biodrowego. Musimy przyjrzeć się temu bliżej. Czy ma pan jakieś szczególne plany na jutro?

– Nie, jestem na emeryturze, więc jestem bardzo elastyczny.

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

– Jest pan umówiony na tomografię komputerową jutro o dziesiątej rano w Centrum Radiologii Adge (siedem kilometrów stąd). Proszę przyjść do mnie znowu w czwartek o piętnastej. 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 jestem zawsze elastyczny.

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

– Oczekują pana w Klinice Ortopedycznej Szpitala Uniwersyteckiego Montpellier¹³ o dziewiątej rano w poniedziałek. Proszę wziąć ze sobą niezbędne rzeczy na czterodniowy pobyt!

W następną piątek Werner został wypisany ze szpitala z fabrycznie nowym stawem biodrowym. Czas kalendarzowy całej sekwencji zdarzeń: 10 dni!

Z historii tej płynie ważny morał: duża część kosztów służby zdrowia przypada zawsze na osobogodziny personelu służby zdrowia. Opisana powyżej 10-dniowa procedura ma niewiele miejsca na niezbędne osobogodziny. Dlatego właśnie *tańsze* jest funkcjonowanie systemu służby zdrowia bez list oczekiwania niż z listami!

¹³ Najstarszy wydział medyczny w Europie. Szósty pod względem jakości szpital we Francji, zgodnie z aktualnym rankingiem.

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

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

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

ISBN 978-83-926558-9-3
© Health Consumer Powerhouse 2013



ul. Wspólna 47/49
00-684 Warszawa

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

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