

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009

[Euro Health Consumer Index 2009]



**Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych
i Wypadkowych PIU
Warszawa, styczeń 2010 r.**


Health Consumer
Powerhouse

 **PIU**
POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

Health Consumer Powerhouse

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
Raport 2009

Autorzy:

Dr Arne Björnberg, Dr Beatriz Cebolla Garrofé oraz Sonja Lindblad

arne.bjornberg@healthpowerhouse.com

beatriz.cebolla@healthpowerhouse.com

sonja.lingblad@healthpowerhouse.com

Health Consumer Powerhouse

2009-10-01

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

© Health Consumer Powerhouse AB, 2009

ISBN 978-91-977879-1-8

O Polskiej Izbie Ubezpieczeń

Polska Izba Ubezpieczeń jest działającą na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej organizacją samorządu branżowego, reprezentującą wszystkie zakłady ubezpieczeń działające w Polsce. Do podstawowych zadań PIU należy wspieranie ustawodawcy w zakresie kształtowania prawa asekuracyjnego. Izba prowadzi także działania mające na celu zwiększanie świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa oraz prowadzenie wielostronnego dialogu na rzecz rozwoju sektora ubezpieczeń w naszym kraju.

Polska Izba Ubezpieczeń działa od 1990 r. i zrzesza 80 członków. Wśród nich jest 55 spółek akcyjnych, 16 oddziałów zagranicznych oraz 9 towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Podziękowania

Polska Izba Ubezpieczeń dziękuje organizacji Euro Health Consumer Powerhouse oraz project managerowi i jednemu z autorów raportu Euro Health Consumer Index 2009, dr Arne Björnbergowi, za zgodę na jego tłumaczenie oraz publikację w Polsce.

Opis metodologii

Szczegółowy opis zastosowanej metodologii zawarty jest w treści raportu.

Wstęp

Ochrona zdrowia to jedna z najważniejszych dziedzin społecznych i jednocześnie jedna z najczęściej w Polsce krytykowanych. Pomimo dynamicznie rosnącej przez wiele lat ilości środków pochodzących ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, funkcjonujący w Polsce system publiczny nie wywiązuje się, w opinii społecznej, ze swojego podstawowego zadania, tj. zapewnienia powszechnego i równego dostępu do usług zdrowotnych. Wyniki raportu Euro Health Consumer Index nie tylko dowodzą obiektywności tych wniosków, ale pokazują również, że kraje o podobnym standardzie życia potrafią w tym obszarze funkcjonować znacznie lepiej.

Podsumowanie

Z przygotowanego rankingu wynika jednoznacznie, że Polska dysponuje jednym z gorszych jakościowo europejskich systemów ochrony zdrowia. Mimo, że w okresie dynamicznego wzrostu gospodarczego, wpływy do systemu zwiększały się, sytuacja nie uległa poprawie. Za powyższy stan rzeczy należy zatem obwiniać przede wszystkim kształt funkcjonującego systemu, a w następnej kolejności brak funduszy. Rok 2009 był pierwszym od wielu lat, w którym ilość środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia nie uległa realnemu zwiększeniu. Należy mieć nadzieję, że dostępne podsumowania i analizy za poprzedni rok skłonią decydentów do podjęcia działań naprawczych. Ranking EHCI może w tym wypadku służyć za wiarygodne źródło informacji o potencjalnych kierunkach zmian.

Latający Holender dominuje w europejskiej opiece zdrowotnej z coraz większą przewagą

Prezentowane poniżej piąte doroczne wydanie Europejskiego Wskaźnika Zdrowia Konsumenta, zawiera zestawienie 33 narodowych systemów opieki zdrowotnej, koncentrujące się na konsumencie oraz na funkcjonowaniu tych systemów.

Bez wątpienia, najbardziej niezwykłym elementem tego zestawienia jest wyróżniająca się pozycja holenderskiego systemu opieki zdrowotnej. Jest to potwierdzeniem, że prowadzona w tym kraju reforma systemu opieki zdrowotnej przynosi wyniki. Czy możemy założyć, że kształtuje się nowy „model” opieki zdrowotnej, który wychodzi na prowadzenie w tym zestawieniu, podobnie do tego co miało miejsce po wprowadzeniu brytyjskiego Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej (NHS) w latach 50. oraz 60. ubiegłego wieku?

Holenderski postęp jest istotny także z innego punktu widzenia: strategicznej roli konsumenta w usługach opieki zdrowotnej, wykreowanej przez tę reformę. Reforma ta stanowi połączenie rywalizacji o przyznanie finansowania oraz świadczenia usług zdrowotnych w ramach prawnie uregulowanej struktury. Istnieją narzędzia informacyjne wspierające aktywne wybory dokonywane przez konsumentów. Holandia wcześniej rozpoczęła prace nad nadaniem pacjentom uprawnień oraz możliwości wyboru świadczeniodawcy, co obecnie przynosi wyraźne wyniki w wielu obszarach.

Holendrzy nie są osamotnieni w ponoszonych wysiłkach zmierzających do włączenia do systemu opieki zdrowotnej pacjentów i konsumentów świadomie wybierających usługę opartą na pełnych informacjach. Najważniejsze europejskie systemy opieki zdrowotnej zmierzają w tym właśnie kierunku, przyczyniając się do rosnącego podziału wśród tych systemów, co wykazały wyniki tegorocznego Indeksu. Większość systemów opieki zdrowotnej krajów Europy Środkowej oraz Wschodniej traci swoje pozycje w rankingu, mimo iż prawie wszystkie z nich zdobywają co roku więcej punktów w Indeksie EHCI. Jest to prawdopodobnie przejaw kryzysu finansowego oraz konkurencji pomiędzy różnymi podejściami do kwestii opieki zdrowotnej: niektóre systemy opieki zdrowotnej idą zdecydowanie naprzód wspierane nie tylko zamożnością gospodarczą, lecz także dobrą polityką w tym względzie, podczas gdy inne rozwijają się wolniej, tym samym nie będąc zdolnymi do zaspokajania rosnących potrzeb i oczekiwań swoich obywateli. Sygnały świadczące o powiększających się nierównościach w systemach opieki zdrowotnej, będących następstwem kryzysu finansowego, rzucają wyzwanie zasadom solidarności i sprawiedliwości urzeczywistnianym w krajach Unii Europejskiej. Nie chodzi tu wyłącznie o kwestie finansowe, lecz o podejście do tego problemu. Wraz z rosnącą mobilnością pacjentów w Europie, pojawia się duża potrzeba przejrzystości ukazującej wszystkie argumenty zarówno za, jak i przeciw narodowym systemom opieki zdrowotnej. Unia Europejska zamierza wprowadzić program transgranicznej opieki zdrowotnej, który wymaga zapewnienia pacjentom znacząco lepszych informacji. Wartości – takie jak dostęp pacjenta do swojej dokumentacji medycznej, drugiej opinii lekarskiej oraz do informacji wytworzonych przez świadczeniodawców usług zdrowotnych – rozpowszechniają się powoli. Trend związany z nadawaniem praw i możliwości wyboru pacjentom przyczynia się do wzrostu ilości katalogów wydawanych przez świadczeniodawców usług zdrowotnych, oraz farmakopei nie przeznaczonych dla specjalistów. Rozsądna polityka włącza do tej zmiany e-Zdrowie, zapewniając tym samym radykalną obniżkę kosztów, otwarcie

szybkiego dostępu do procesu leczenia oraz postęp w zakresie bezpieczeństwa pacjenta.

Pragniemy podziękować ministerstwom oraz agencjom krajów ujętych w niniejszym Indeksie za twórczy dialog oraz dostarczenie danych. Pragniemy także podziękować Dyrekcji Generalnej ds. Społeczeństwa Informacyjnego i Mediów Komisji Europejskiej za wsparcie udzielone w związku z opracowaniem tegorocznego Indeksu, przedstawionego pod auspicjami szwedzkiej Prezydencji UE.

Bruksela, 23 września 2009 roku.

Johan Hjertqvist

Prezes

Health Consumer Powerhouse



Spis treści

| | |
|---|----|
| 1. Streszczenie | 8 |
| 1.1 Niektóre kraje warte zainteresowania | 8 |
| 1.2 BBB; Model Bismarcka ponownie pokonał model Beveridge'a | 13 |
| 2. Wprowadzenie | 15 |
| 2.1. Podstawowe informacje | 15 |
| 2.2. Zakres indeksu | 16 |
| 2.3. Autorzy raportu | 16 |
| 3. Kraje ujęte w raporcie | 18 |
| 4. Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2009 | 18 |
| 4.1 Podsumowanie wyników | 21 |
| 5. Wyniki skorygowane o wskaźnik siły nabywczej (wyniki BFB) | 26 |
| 5.1 Metodologia dostosowywania wyników do wskaźnika BFB | 26 |
| 5.2 Wyniki ujęte w tabeli punktacji BFB | 27 |
| 5.3 Nieformalne opłaty świadczone na rzecz lekarzy | 28 |
| 6. Trendy na przestrzeni pięciu lat | 29 |
| 6.1 Zmiany wyników punktowych w latach 2006-2009 | 29 |
| 6.2 Niwelowanie różnic pomiędzy pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia | 30 |
| 6.3 Niwelowanie różnic pomiędzy Wschodem a Zachodem | 31 |
| 6.4 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej | 31 |
| 6.5 Pełna informacja o środkach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta | 32 |
| 6.6 Listy oczekujących: Kto się przejmuje (zdrowiem pacjenta)? | 32 |
| 6.7 Zmiany wprowadzane pod presją | 33 |
| 6.8 Dlaczego pacjenci nie są informowani? | 33 |
| 6.9 Rozprzestrzenianie się MRSA | 34 |
| 7. Jak interpretować wyniki Indeksu | 35 |
| 8. Niedostateczna ilość danych z Europy | 36 |
| 8.1 Wskaźniki wyników leczenia ujęte w rankingu EHCI | 36 |
| 9. Ewolucja Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI) | 38 |
| 9.1 Zakres oraz treść EHCI 2005 | 38 |
| 9.2 Zakres oraz treść EHCI 2006-2009 | 38 |
| 9.3 EHCI 2009 | 39 |
| 9.4 Wykorzystanie wszystkich wskaźników z zestawienia EHCI 2008 | 40 |
| 9.5 Nowe wskaźniki wprowadzone do EHCI 2009 | 40 |
| 9.6 Wskaźniki obszarów (podkategorie) | 41 |
| 9.7 Punktacja zastosowana w EHCI 2009 | 42 |
| 9.8 Współczynniki wagi wskaźników | 42 |
| 9.9 Definicje wskaźników oraz źródła danych dla EHCI | 44 |
| 9.10 Ustawienia wartości progowych | 51 |

| | |
|--|----|
| 9.11 Źródła danych „CUTS” | 52 |
| 9.12 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2009 | 53 |
| 9.13 Jak stworzono Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia na rok 2009 | 65 |
| 9.14 Fazy tworzenia Indeksu | 65 |
| 9.15 Zewnętrzny panel ekspercki | 67 |
| 10. Literatura | 68 |
| 10.1 Główne źródła | 68 |
| 10.2 Przydatne linki | 68 |
| Aneks 1: Dokument źródłowy dla wskaźnika praw pacjenta (poza informacjami uzyskanymi od władz krajowych) | 69 |
| Załącznik 1: Kwestionariusz wykorzystany w ankiecie pacjenta przeprowadzonej na potrzeby Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia za rok 2008 | 71 |

1. Streszczenie

Obecny ranking Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia na rok 2009 przedstawia się zupełnie inaczej niż w latach poprzednich. W latach poprzednich wydaniach EHCI, a także w Europejskim Indeksie Konsumentckim oceniającym Opiekę Kardiologiczną (Euro Consumer Heart Index) za rok 2008 oraz Europejskim Indeksie oceniającym Opiekę i Leczenie Chorych na Cukrzycę (Euro Consumer Diabetes Index) za rok 2008 (wszystkie są dostępne pod adresem www.healthpowerhouse.com), pierwsze 3-5 krajów dzieli jedynie kilka punktów w 1000 punktowej skali. Całkowity ranking EHCI 2009 ukazuje bezprecedensowe, miażdżące zwycięstwo Holandii, która zdobyła 863 punkty na 1000 punktów możliwych do uzyskania, o 44 punkty więcej niż zajmująca drugie miejsce Dania z 819 punktami, oraz zajmujące kolejne miejsca, Islandię, która jest nowym krajem w rankingu EHCI, z 811 punktami i Austrię z 795 punktami.

Znaczący wpływ na wyniki uzyskane w rankingu miało wprowadzenie w 2008 roku dodatkowej podkategorii „e-Zdrowie” (więcej informacji na temat podkategorii „e-Zdrowie” znajdą Państwo w dziale „e-Zdrowie”), mierzącej zasadniczo rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz zastosowanie rozwiązań elektronicznych wykorzystywanych do przekazywania informacji medycznych pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia oraz pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami. Nowością jest wprowadzenie do rankingu 2009 wskaźników rozwiązań elektronicznych służących komunikacji z pacjentami, które wyraźnie pokazują, że zasadniczo wszystkim europejskim systemom opieki zdrowotnej dużo jeszcze brakuje do wdrożenia rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej. Żaden kraj nie uzyskał „zielonych” wyników dla sześciu wskaźników „e-Zdrowia” (dział 9.7 objaśnia znaczenie kolorów wykorzystywanych w punktacji).

1.1 Niektóre kraje warte zainteresowania

(kraje nie są podane w kolejności miejsc zajętych w rankingu)

1.1.1 Holandia górą!

Holandia jest jedynym krajem stale obecnym w pierwszej trójce każdego rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia publikowanego przez Health Consumer Powerhouse (HCP) od 2005 roku. Wynik 863 punktów uzyskany przez Holandię w rankingu 2009 jest zdecydowanie najwyższym wynikiem punktowym w historii Indeksu publikowanego przez HCP. Holandia dzieli zwycięstwo w podkategoriach tylko z Danią i tylko w kategoriach „e-Zdrowia” oraz „Środków farmaceutycznych”. A duży margines zwycięstwa wydaje się być głównie spowodowany tym, że holenderski system opieki zdrowotnej nie wydaje się posiadać słabych punktów, być może poza możliwościami usprawnienia kwestii list oczekujących, gdzie znakomite wyniki osiągnęły niektóre kraje Europy Środkowej.

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

Jednakże fakt, że bardzo trudno stworzyć Indeks HCP, który nie dawałby Holandii miejsca na podium, rodzi dużą pokusę do sformułowania twierdzenia, że o zdecydowanym zwycięzcy rankingu EHCI 2008 można powiedzieć, że dysponuje „najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie”.

1.1.1.1 Co Holendrzy robią wzorowo?

Należy podkreślić, że w poniższej dyskusji nie zawarto dużej liczby spekulacji poza tym, co można wywnioskować z wyników rankingu EHCI:

Holandia charakteryzuje się dużą liczbą konkurujących ze sobą świadczeniodawców usług ubezpieczenia zdrowotnego, niezwiązanych z ośrodkami opieki paliatywno-hospicyjnej/ szpitalami. Holandia, dysponuje także prawdopodobnie najlepszymi w Europie ustaleniami strukturalnymi, dotyczącymi organizacji udziału pacjentów w procesach podejmowania decyzji oraz kształtowania polityki odnoszącej się do opieki zdrowotnej.

Nadszedł moment na spekulację: ważnym efektem netto holenderskiej struktury systemu opieki zdrowotnej jest to, że decyzje operacyjne związane z opieką zdrowotną podejmowane są, w niezwykle wysokim stopniu, przez osoby zawodowo związane ze środowiskiem lekarskim przy udziale pacjenta. Wydaje się, że w Holandii agencje finansujące, oraz osoby nie będące związane zawodowo ze środowiskiem lekarskim, jak na przykład politycy czy biurokraci, trzymają się z daleka od procesu podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej niż ma to miejsce w innych krajach europejskich. Już ten właśnie fakt może być powodem tak miażdżącego zwycięstwa Holandii w rankingu EHCI 2009.

1.1.1.2 Co Holendrzy robią niewłaściwie?

Holandia zdobywa dużo punktów we wszystkich podkategoriach, za wyjątkiem Czasu Oczekiwania Pacjentów/Dostępności do Świadczeń Medycznych, gdzie uzyskany przez ten kraj wynik punktowy jest wynikiem dosyć przeciętnym. Jak zaobserwowano w badaniu autorstwa Siciliani oraz Hurst'a zleconym przez OECD za lata 2003/2004 oraz w rankingach EHCI za lata 2005-2009, listy pacjentów oczekujących na leczenie specjalistyczne istnieją paradoksalnie w krajach stosujących system „GP gatekeeping” (system wymagający uzyskania skierowania do specjalisty od lekarza pierwszego kontaktu).

System oparty na lekarzach pierwszego kontaktu (GP gatekeeping) „kamień węgielny holenderskiego systemu opieki zdrowotnej” (jak określił go dla HCP były holenderski Minister Zdrowia), uważany jest powszechnie za system oszczędzający koszty, oraz za system zapewniający ciągłość opieki, co jest z całą pewnością korzystne dla pacjenta. Jak widać na przykładzie odniesienia podanego w dziale 9.12.3 dotyczącego wskaźnika 3.2, nie istnieją dowody świadczące na korzyść hipotezy o redukcji kosztów. Jak widać w dziale 5.1 Holandia zwiększyła wydatki na opiekę zdrowotną do poziomu najwyższych w Europie wydatków na osobę (poza krajami, które w terminologii stosowanej na wewnętrzne potrzeby HCP określane są mianem „trzech bogatych drani”, czyli Norwegia, Szwajcaria oraz Luksemburg, które mają najwyższy w Europie PKB na osobę).

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

1.1.2 Dania

Dania dużo zyskała na wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie”. Kraj ten od chwili włączenia go w 2006 roku do rankingu EHCI stale zwiększa uzyskiwany przez siebie wynik punktowy. Dania radzi sobie szczególnie dobrze w podkategorii Prawa Pacjenta i Informacje, będąc jednym z zaledwie trzech państw (nie tej samej trójki) zdobywających „zielone” wyniki punktowe zarówno w podkategorii Swobodny Wybór świadczeniodawcy

usług zdrowotnych w UE oraz z tytułu posiadania internetowego rejestru szpitali informującego o tym, które szpitale osiągają najlepsze wyniki leczenia. Głównie z tego powodu Dania dystansuje swoich nordyckich sąsiadów w rankingu EHCI, pomimo uzyskania nieco niższego wyniku punktowego w kategorii Wyników Leczenia.

1.1.3 Islandia

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

Nie dysponując własnym systemem szkoleń dla lekarzy specjalistów Islandia prawdopodobnie odnosi korzyści z posiadania systemu przypominającego średniowieczne reguły szkoleń cieśli oraz kamieniarzy: rzemieślnikom tym nie wolno było osiedlać się przez okres wielu lat od momentu uzyskania wymaganych kwalifikacji, a tym samym zmuszeni oni byli do wędrowania świadcząc pracę dla różnych budowniczych. Naturalnie, przy okazji poznawali oni wiele różnych umiejętności. Analogicznie, młodzi islandzcy lekarze pracują zwykle od 8 do 10 lat po ukończeniu szkoły w innym kraju, a po tym okresie często wracają do swojego kraju (nie muszą oczywiście brać ślubu z wdową po mistrzu budowlanym żeby otworzyć własny warsztat!). Nie tylko zdobywają dużo wiedzy – zdobywają także kontakty przydatne w skomplikowanych przypadkach: islandzki doktor, który ma do czynienia z przypadkiem niemożliwym do leczenia w Islandii chwytą za słuchawkę i dzwoni do swojego byłego przełożonego lub doświadczonego kolegi pracującego w powszechnie szanowanym szpitalu i zadaje następujące pytanie: Czy mógłbyś przyjąć mojego pacjenta? I często słyszy: „Wsadzaj go do samolotu!”.

1.1.4 Niemcy – „Tajemniczy Kraj”

Zajmując 6 miejsce z 787 punktami Niemcy posiadają prawdopodobnie najmniej restrykcyjny i najbardziej zorientowany na konsumenta system opieki zdrowotnej w Europie, w którym pacjenci kiedy tylko chcą mogą zabiegać o dowolny rodzaj opieki. Głównym powodem, dla którego Niemcy nie walczą o medale jest przeciętność uzyskiwanych wyników kwestionariuszy określających wyniki leczenia (słowa „Niemcy” i „przeciętna jakość” rzadko można usłyszeć w tym samym zdaniu!). Jest to prawdopodobnie spowodowane charakterystyką niemieckiego systemu opieki zdrowotnej: dużej liczby raczej niewielkich szpitali ogólnych, nie zaś specjalistycznych.

A oto i „tajemnica”: Jak to możliwe, że korzystając z pozbawionego restrykcji systemu nie doprowadza się do szaleńczego wzrostu kosztów jego utrzymania? Jak widać na wykresie kosztów przedstawionym w dziale 5.1, koszty utrzymywania niemieckiego systemu opieki zdrowotnej lokują się w połowie stawki krajów Europy Zachodniej.

Kolejne wyjaśnienie oparte na spekulacjach: przeprowadzono badania pokazujące, że niemieccy lekarze pracują intensywniej. Mają długie godziny pracy, a na każdego z nich przypada w każdym roku duża liczba umówionych wizyt pacjentów/operacji. Powszechnie wiadomo, że trudno jest powstrzymać Niemca od pracy. Czy wyjaśnieniem względnie dobrego ograniczenia kosztów w niemieckim systemie ochrony zdrowia może być po prostu „niemiecka etyka pracy”? Niestety ranking EHCI nie udziela odpowiedzi na to pytanie.

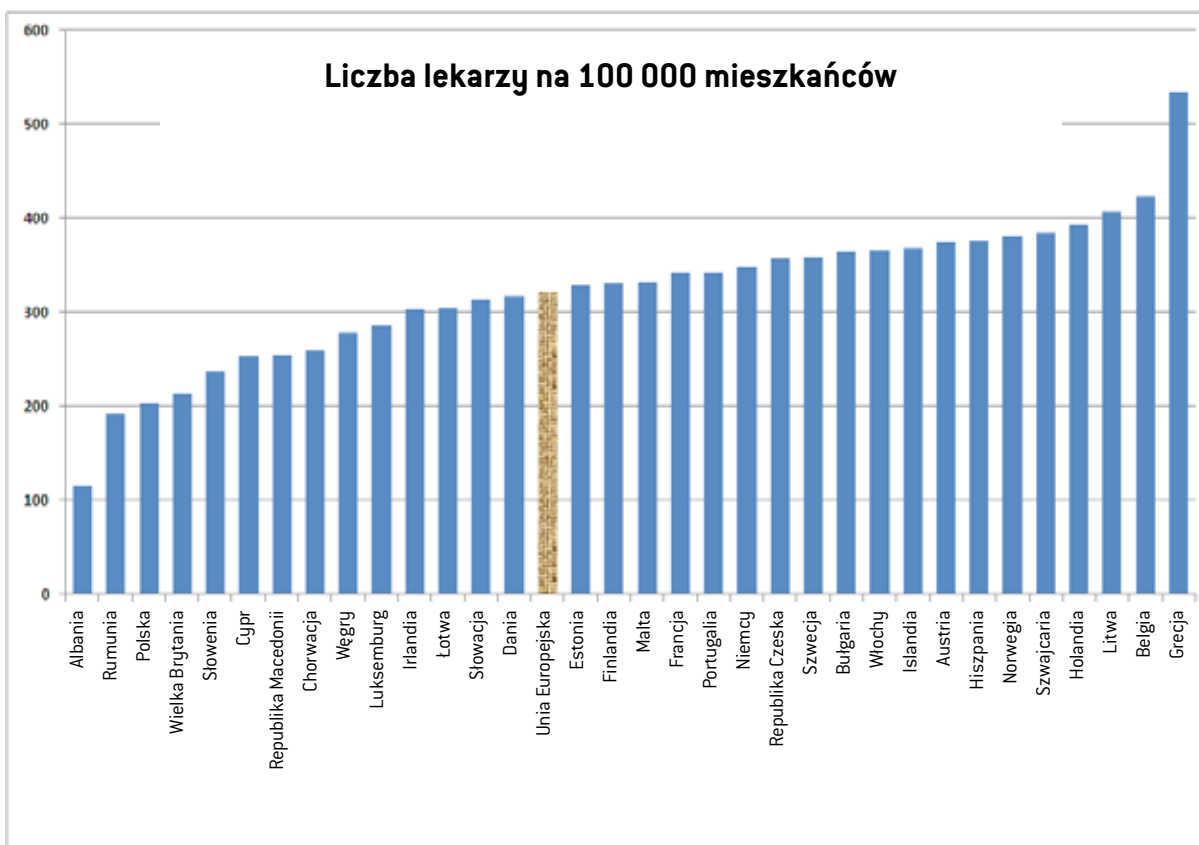
1.1.5 Irlandia, Hiszpania oraz Grecja

Odpowiednio 13, 22 oraz 24 miejsce w rankingu.

Przy opracowywaniu rankingu EHCI 2009, HCP miało o wiele lepszy kontakt z krajowymi instytucjami opieki zdrowotnej niż w latach ubiegłych. Z tego powodu, ankieta dotycząca oceny zdania pacjentów przesłana do organizacji reprezentujących pacjentów, stanowiąca część danych wykorzystanych przy sporządzaniu rankingu EHCI, nie została zasadniczo wykorzystana w charakterze pojedynczego źródła danych CUTS [obszerne, jednorodne, wiarygodne źródło danych] (patrz dział 9.11), lecz głównie jako „sprawdzenie rzeczywistej sytuacji”.

Wspomniane trzy kraje wydają się mieć wewnętrzny „problem marketingowy” dotyczący usług opieki zdrowotnej. Jest to zwłaszcza uderzające w przypadku Irlandii, która po reformie wprowadzającej Zarząd Opieki Zdrowotnej i Społecznej (Health Service Executive - HSE) systematycznie pnie się w rankingu EHCI, ale w przypadku której odpowiedzi uzyskiwane ze strony organizacji reprezentujących pacjentów w kwestiach takich jak czas oczekiwania pacjentów, są w 2009 roku nadal bardzo negatywne.

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



Wykres: Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (2007/ najnowsze dostępne dane)

Lista krajów w kolejności od lewej: Albania, Rumunia, Polska, Wielka Brytania, Słowenia, Cypr, Bułgaria, Republika Macedonii, Chorwacja, Węgry, Luksemburg, Irlandia, Łotwa, Słowacja, Dania,

Unia Europejska, Estonia, Finlandia, Malta, Francja, Portugalia, Niemcy, Republika Czeska, Szwecja, Bułgaria, Włochy, Islandia, Austria, Hiszpania, Norwegia, Szwajcaria, Holandia, Litwa, Belgia, Grecja.

1.1.6 Albania

30 miejsce, 562 punkty. Albania została ujęta w rankingu EHCI na prośbę albańskiego Ministra Zdrowia, który w bardzo miłym e-mailu napisał, że „być może zajmiemy ostatnie miejsce, ale i tak chcemy być ujęci w tym rankingu”. Albania, jak widać to na przedstawionym powyżej wykresie oraz w dziale 5.1, dysponuje bardzo ograniczonymi zasobami w sektorze ochrony zdrowia. Kraj ten unika zajęcia ostatniego miejsca głównie z powodu doskonałego wyniku w kategorii Dostępności do Świadczeń Medycznych, w przypadku której organizacje reprezentujące pacjentów potwierdziły oficjalną wersję ministerstwa, wedle której czas oczekiwania pacjentów jest zjawiskiem niewystępującym w Albanii. Prawdę mówiąc, Albania zajmuje czołowe miejsce w kategorii „Czas oczekiwania” razem z Belgią, Niemcami oraz Szwajcarią!

Wyjaśnienie przedstawione przez albańskie Ministerstwo Zdrowia brzmiało następująco: „Albańczycy to ludzie twardzi, którzy lekarza odwiedzają tylko wtedy, gdy trzeba ich tam zanieść, bo sami nie są już w stanie chodzić”, co sugerowało niepełne wykorzystanie systemu opieki zdrowotnej. Jest to uproszczenie. Albańczycy odwiedzają lekarzy pierwszego kontaktu ponad dwa razy częściej niż Szwedzi (3,9 wizyty rocznie w porównaniu do 1,6 wizyty rocznie)!

1.1.7 Szwecja

Dziewiąte miejsce, 762 punkty. Nadal europejski lider w kategorii „Wyników leczenia”. Od pięciu lat wydaje się, że nie ma znaczenia jakie wskaźniki stosuje się w przypadku kategorii Wyników Leczenia (przynajmniej jeśli chodzi o poważne przypadki). Szwecja wciąż pozostaje jedynym krajem, który zdobywa wszystkie „zielone” wartości wskaźników.

Jednocześnie, powszechnie znana słaba dostępność do usług zdrowotnych wydaje się być problemem trudnym do naprawienia, pomimo wysiłków podejmowanych przez rząd tego kraju, zmierzających do pobudzenia zdecentralizowanego państwowego systemu opieki zdrowotnej do skrócenia list oczekujących. Ankieta HCP skierowana do organizacji reprezentujących pacjentów potwierdza obraz sytuacji uzyskany z www.vantetider.se, którego celem jest przedstawienie, że maksymalne okresy oczekiwania, które w skali europejskiej są raczej niewielkie, są przekraczane. Docelowy czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu (nie więcej niż 7 dni) nie jest spełniany tylko w przypadku Portugalii, gdzie nie powinien przekraczać 15 dni.

A oto inna forma wyrażenia fundamentalnego pytania: Dlaczego Albania może oferować usługi ochrony zdrowia przy praktycznie zerowych czasach oczekiwania pacjentów na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, a Szwecja nie?

1.1.8 Estonia

Przy liczbie ludności wynoszącej 1,5 miliona, Estonia odnotowała stosunkowo duży spadek w rankingu: z robiącego wrażenie 11 miejsca w Indeksie z 2008 roku (wynik - 669 punktów) na 18 miejsce w 2009 roku, z 638 punktami. Niewykluczone, że jest to jeden z przykładów, gdzie kryzys finansowy odbija się na systemie opieki zdrowotnej.

1.1.9 Chorwacja

23 miejsce, 627 punktów. Jak stwierdzono w raporcie EHCI za 2008 rok, na wynik uzyskany wówczas przez Chorwację niekorzystny wpływ miało wiele pozycji oznaczonych jako „nie dostępne” w łącznej tabeli wyników. HCP uznaje za szczególnie obiecujący fakt, że dane, które w 2008 roku dostępne były wyłącznie dla Ministerstwa Zdrowia Chorwacji, zostały upublicznione - z korzyścią dla obywateli tego kraju oraz wyniku w rankingu EHCI.

1.1.10 Portugalia

21 miejsce, 632 punkty. Zaskoczeniem, także dla orędownika stosowania wskaźników e-Zdrowia, czyli Komisji Europejskiej, jest fakt, że to właśnie Portugalia wyrasta na europejskiego lidera w dziedzinie e-Zdrowia. Kraj zawdzięcza to powszechnemu zastosowaniu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej Pacjenta, elektronicznych recept oraz umawiania wizyt lekarskich za pomocą Internetu (przynajmniej dla 4 milionów mieszkańców rejonu Lizbony).

1.2 BBB; Model Bismarcka ponownie pokonał model Beveridge'a!

Wszystkie państwowe systemy opieki zdrowotnej mają wspólny problem: z jakiego rozwiązania technicznego należy skorzystać, aby skierować zwykle 7 – 10 proc. dochodu narodowego do sektora usług zdrowotnych? Systemy opieki zdrowotnej oparte na modelu Bismarcka, to systemy oparte na ubezpieczeniach społecznych, zakładające istnienie wielu organizacji ubezpieczeniowych, kas chorych, etc., które są organizacyjnie niezależne od świadczeniodawców usług medycznych.

Systemy oparte na modelu Beveridge'a, to systemy oparte na założeniu, że finansowanie i proces świadczenia usług medycznych ma miejsce w ramach jednego systemu organizacyjnego, tj. organów finansujących oraz świadczeniodawców całkowicie lub częściowo wchodzących w skład jednej organizacji, takich jak Narodowy System Opieki Zdrowotnej (NHS) w Wielkiej Brytanii, czy okręgi administracyjne krajów nordyckich etc.

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

Już podczas tworzenia rankingu EHCI 2005, pierwszej takiej próby obejmującej 12 krajów, zaobserwowano, że „generalnie rzecz biorąc, kraje o długiej tradycji pluralizmu w kwestii finansowania i świadczenia usług medycznych, tj. oferujące konsumentowi możliwość wyboru pomiędzy różnymi świadczeniodawcami usług ubezpieczeniowych, którzy z kolei nie dzielą świadczeniodawców na organizacje prywatne kierujące się zyskiem, organizacje non-profit lub organizacje państwowe, wykazują wspólne cechy nie tylko w przypadku list oczekujących”.

Patrząc na wyniki rankingów ECHI z lat 2006 – 2009, trudno nie zauważyć, że kraje zajmujące czołowe lokaty, to kraje wykorzystujące systemy opieki zdrowotnej oparte na modelu Bismarcka, pomiędzy które wcisnęły się kraje nordyckie opierające się na systemach wzorowanych na modelu Beveridge'a, co ułatwia im stosunkowo niewielka liczba zamieszkujących je obywateli. Wydaje się, że duże systemy opieki zdrowotnej opierające się na modelu Beveridge'a mają trudności w uzyskiwaniu naprawdę wysokiego poziomu wartości dla pacjenta.

Największe kraje wykorzystujące system opieki zdrowotnej oparty na modelu Beveridge'a - Wielka Brytania

oraz Włochy - trzymają się blisko siebie w środkowej części Indeksu. Istnieją (co najmniej) dwa wyjaśnienia tej sytuacji:

1. Zarządzanie korporacją lub organizacją zatrudniającą ponad 100 000 pracowników wymaga znacznych umiejętności menedżerskich, które zwykle są sownie wynagradzane. Zarządzanie organizacją taką jak angielska NHS, zatrudniająca prawie 1,5 miliona pracowników, którzy kierując się swoimi własnymi planami działania, nie ułatwiający pracy zarządu i niekoniecznie pokrywającymi się z planami administracji/kadry zarządzającej, wymaga zarządzania na najwyższym światowym poziomie. Wątpliwe jest, czy organizacje publiczne mogą zaoferować wynagrodzenie i korzyści pozwalające pozyskać takich menedżerów.
2. W organizacjach opartych na modelu Beveridge'a, odpowiedzialnych zarówno za finansowanie, jak i świadczenie opieki zdrowotnej, istnieje ryzyko, że lojalność polityków oraz innych decydentów może zmienić się z pierwotnego ukierunkowania na konsumenta/pacjenta. Pierwotna lojalność może w kierunku organizacji, którą wspomniani już decydenci, z uzasadnionym poczuciem dumy, budowali od dziesięcioleci (lub też w kierunku takich aspektów jak tworzenie miejsc pracy w rodzinnych miastach polityków).

2. Wprowadzenie

Health Consumer Powerhouse (HCP) stał się ośrodkiem wizji oraz działania promującego w Europie model opieki zdrowotnej powiązany z konsumentem. „Jutrzejši konsumenci świadczeń zdrowotnych nie zaakceptują żadnych tradycyjnych granic”, napisano w raporcie opublikowanym w ubiegłym roku. Wydaje się jednak, że stwierdzenie to urzeczywistniło się już w 2008 roku: „propozycja Komisji odnosząca się do Dyrektywy dotyczącej praw pacjenta na poziomie transgranicznej opieki zdrowotnej” staje się w ten sposób doskonałym przykładem tego trendu. Aby stać się znaczącym aktorem, tworzącym oddolnie konieczną presję reformy, konsument musi zdobyć dostęp do wiedzy umożliwiającej porównanie polityki zdrowotnej, usług konsumenckich oraz wyników jakościowych. Europejskie Konsumenckie Indeksy Zdrowia stanowią próbę zapewnienia konsumentom takich właśnie narzędzi.

2.1 Podstawowe informacje

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

W przypadku indeksów paneuropejskich stworzonych w latach 2005 – 2008, celem HCP było w zasadzie zastosowanie tego samego podejścia, tzn. wybrania pewnej liczby wskaźników opisujących do jakiego stopnia narodowe systemy opieki zdrowotnej są „przyjazne dla użytkowników”, stanowiąc tym samym podstawę służącą porównywaniu systemów opieki zdrowotnej różnych krajów.

Ponadto, od 2008 roku HCP znacząco poszerzyła istniejącą metodę porównawczą:

- W styczniu 2008 roku kanadyjski Frontier Center oraz HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Konsumencki Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie oraz w 29 krajach europejskich. Edycja 2009 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 opublikowana została we wrześniu 2008 roku we współpracy z ośrodkiem Frontier Center for Public Policy i oceniała opiekę zdrowotną z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjskie prowincje.
- Pierwszy Europejski Konsumencki Indeks Opieki i Leczenia Chorych na Cukrzycę opublikowany we wrześniu 2008 roku jest pierwszym rankingiem europejskich usług opieki zdrowotnej świadczonych osobom chorym na cukrzycę w pięciu kluczowych obszarach: informacje, prawa oraz wybór pacjenta;

szczodrość systemu, prewencja, dostęp do procedur oraz wyniki leczenia.

- Tegoroczna edycja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia obejmuje 38 wskaźników efektywności opieki zdrowotnej w 33 krajach.

Choć jest to wciąż nieco kontrowersyjny punkt widzenia, HCP jest zwolennikiem tezy, że porównania jakości w obszarze opieki zdrowotnej to sytuacja korzystna dla wszystkich stron: dla konsumenta, który będzie dysponował lepszą platformą do podejmowania świadomych wyborów oraz działań; dla rządów, władz oraz świadczeniodawców, w przypadku których zwiększone skoncentrowanie się na zadowoleniu konsumenta oraz wynikach jakościowych przyniesie większe wsparcie dla zmian; dla mediów, w przypadku których ranking taki oferuje jednoznaczne fakty przydatne w dziennikarstwie konsumenckim. Porównania pokazują nie tylko wady i braki, ale ilustrują również potencjał poprawy sytuacji. Mając to na względzie ranking EHCI stworzono tak, by stał się ważnym punktem odniesienia wspierającym interaktywną ocenę i chęć poprawy. Słyszeliśmy, że jeden z ministrów zdrowia na widok wstępnych wyników rankingu stwierdził: „Dobrze mieć kogoś, kto wciąż powtarza ci, że mogło być lepiej.”

2.2 Zakres indeksu

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

2.3 Autorzy raportu

Dr Arne Björnberg

Zarządzenie Projektem indeksu EHCI 2008 realizowane było przez dr **Arne Björnberg**, który wcześniej pracował na stanowisku dyrektora ds. badań w szwedzkim przemyśle. Jego doświadczenie obejmuje także pełnienie funkcji prezesa Zarządu Szwedzkiej Narodowej Korporacji Farmaceutycznej („Apoteket AB”), dyrektora ds. rozwiązań opieki zdrowotnej oraz rozwiązań sieciowych w IBM na terenie Europy, Bliskiego Wschodu oraz Afryki, oraz pełnienie funkcji prezesa Zarządu Szpitala Uniwersyteckiego Szwecji Północnej („Norrlands Universitetssjukhus” w Umeå).

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

Dr Beatriz Cebolla

Po ukończeniu studiów na kierunku biochemia, dr Cebolla przez ostatnie dziesięć lat pracowała jako badacz i przydzielona była do pracy w różnych instytucjach związanych z opieką zdrowotną. Ukończyła studia doktoranckie w Instytucie Badań Biomedycznych w Madrycie (IIB/CSIC) i kontynuowała rozwój kariery zawodowej na stypendium podoktoranckim w Instytucie Patologii Molekularnej (IMP) w Wiedniu, w laboratorium dr Meinrada Busslinger’a.

Dr Cebolla współpracowała już z innymi grupami naukowymi podczas prac nad nowotworami oraz cukrzycą i w chwili obecnej studiuje na studiach magisterskich na kierunku Międzynarodowej Publicznej Służby Zdrowia. Piastowała także stanowisko menedżera Projektu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Opieki i Leczenia

Chorych na Cukrzycę.

Sonja Lindblad, DIHR

Sonja Lindblad była zatrudniona w różnych firmach zajmujących się ochroną zdrowia. Posiada tytuł nauczyciela i obecnie zajmuje się pisaniem pracy magisterskiej z tematyki zdrowia publicznego na Uniwersytecie Sztokholmskim. Jest zaangażowana w kilkanaście projektów odnoszących się do indeksów zdrowia w charakterze menedżera ds. badań/projektu.

3. Kraje ujęte w raporcie

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

4. Wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2009

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009

| Podkategoria | Wskaźnik | Albania | Austria | Belgia | Bulgaria | Chorwacja | Cypr | Czechy | Dania | Estonia | Finlandia | Francja | B.J.R. Macedonii | Niemcy | Grecja | Węgry | Islandia | |
|---------------------------------|--|---------|---------|--------|----------|-----------|------|--------|-------|---------|-----------|---------|------------------|--------|--------|-------|----------|------|
| 1. Prawa pacjenta i informacja | 1.1 Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta | *** | *** | *** | * | *** | *** | * | *** | *** | *** | *** | *** | * | *** | *** | *** | |
| | 1.2 Organizacje reprezentujące 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 Internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dot. opieki zdrowotnej | * | *** | * | * | * | * | * | *** | *** | *** | *** | * | * | ** | * | * | *** |
| | 1.8 Możliwość leczenia transgranicznego finansowanego przez kraj zamieszkania | n.d. | ** | ** | * | n.d. | * | * | *** | * | ** | ** | ** | n.d. | * | * | ** | n.d. |
| | 1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług | * | * | * | * | * | ** | * | *** | * | * | * | ** | ** | *** | * | ** | * |
| Śr. ważona podkategorii | | 117 | 149 | 130 | 84 | 117 | 110 | 84 | 175 | 130 | 143 | 143 | 110 | 123 | 84 | 136 | 143 | |
| 2. e-Zdrowie | 2.1 Powszechność elektronicznej dokumentacji medycznej | * | ** | ** | *** | *** | ** | ** | *** | ** | ** | ** | *** | *** | * | *** | *** | |
| | 2.2 Elektroniczna wymiana danych med. pomiędzy świadczeniodawcami | * | ** | * | * | *** | *** | * | *** | ** | *** | * | ** | ** | * | * | *** | |
| | 2.3 Wyniki badań lab. przekazywane bezpośrednio pacjentom za pomocą rozwiązań z zakresu e-Zdrowie | * | ** | * | * | * | * | * | ** | * | ** | * | ** | * | * | * | * | |
| | 2.4 Czy pacjenci mają dostęp do internetowej formy umawiania się na wizyty? | * | * | * | * | *** | * | * | ** | ** | ** | ** | * | * | * | * | ** | * |
| | 2.5 Internetowy dostęp do informacji o fakturach wystawionych ubezpieczycielowi przez świadczeniodawcę | n.d. | *** | *** | *** | n.d. | * | *** | n.d. | n.d. | n.d. | * | n.d. | * | * | *** | n.d. | |
| | 2.6 e-Recepty | * | ** | * | * | * | * | * | *** | ** | * | * | ** | * | * | * | * | *** |
| | Śr. ważona podkategorii | | 29 | 50 | 38 | 42 | 54 | 38 | 38 | 63 | 46 | 50 | 33 | 50 | 38 | 25 | 46 | 54 |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 3.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu | *** | *** | *** | *** | *** | ** | *** | ** | ** | * | *** | *** | ** | ** | ** | ** | |
| | 3.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty | *** | *** | *** | * | * | *** | ** | * | * | * | ** | ** | *** | *** | ** | *** | |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 3.3 Okres oczekiwania na poważne, nie nagłe zabiegi operacyjne <90 dni | *** | ** | *** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | * | *** | *** | *** | ** | ** | ** | |
| | 3.4 Leczenie przeciwnowotworowe <21 dni | *** | ** | *** | ** | ** | *** | ** | ** | ** | ** | *** | ** | *** | ** | ** | *** | |
| | 3.5 Tomografia < 7 dni | ** | *** | ** | * | * | ** | * | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | *** | |
| Śr. ważona podkategorii | | 187 | 173 | 187 | 120 | 120 | 160 | 133 | 120 | 120 | 93 | 173 | 160 | 187 | 147 | 147 | 173 | |
| 4. Wyniki leczenia | 4.1 Śmiertelność na skutek zawału serca | * | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | *** | b.d. | ** | ** | * | *** | |
| | 4.2 Śmiertelność niemowląt | * | *** | *** | * | ** | *** | *** | *** | ** | *** | *** | * | *** | *** | * | *** | |

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009

| Podkategoria | Wskaźnik | Albania | Austria | Belgia | Bulgaria | Chorwacja | Cypr | Czechy | Dania | Estonia | Finlandia | Francja | B.J.R. Macedonii | Niemcy | Grecja | Węgry | Islandia | |
|---------------------------------------|--|---------|---------|--------|----------|-----------|------|--------|-------|---------|-----------|---------|------------------|--------|--------|-------|----------|-----|
| 4. Wyniki leczenia | 4.3 Nowotwory - liczba zgonów do liczby zdiagnozowanych przypadków (2006) | * | *** | ** | * | * | ** | * | ** | * | *** | *** | * | *** | ** | * | *** | |
| | 4.4 Utracone potencjalne lata życia (PYLL) | ** | *** | ** | * | ** | *** | ** | ** | * | ** | ** | * | *** | *** | * | *** | |
| | 4.5 Infekcje MRSA | * | ** | * | * | * | * | ** | *** | *** | *** | * | b.d. | ** | * | * | *** | |
| | 4.6 Wskaźnik spadku ilości samobójstw | * | ** | ** | ** | ** | * | *** | ** | ** | *** | *** | ** | *** | ** | *** | *** | ** |
| | 4.7 Procent diabetyków z wysokim poziomem HbA1c (>7) | * | * | * | n.a. | ** | * | *** | *** | b.d. | *** | ** | ** | ** | *** | ** | ** | ** |
| | Śr. ważona podkategorii | 95 | 190 | 155 | 95 | 143 | 155 | 190 | 202 | 143 | 226 | 202 | 107 | 214 | 190 | 119 | 226 | |
| | Suma punktów | 542 | 795 | 731 | 448 | 626 | 637 | 666 | 818 | 638 | 721 | 778 | 575 | 786 | 599 | 633 | 810 | |
| Miejsce | 30 | 4 | 11 | 33 | 23 | 19 | 17 | 2 | 18 | 12 | 7 | 25 | 6 | 24 | 20 | 3 | | |
| 5. Zakres i zasięg świadczonych usług | 5.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej | * | ** | ** | * | * | * | *** | *** | ** | ** | ** | * | ** | * | ** | *** | |
| | 5.2 Operacje zaćmy na 100 000 mieszkańców >65 lat | b.d. | ** | *** | * | ** | * | *** | ** | *** | ** | *** | b.d. | ** | *** | ** | ** | |
| | 5.3 Szczepienia niemowląt przeciwko 4 chorobom | *** | * | *** | ** | *** | *** | *** | ** | ** | *** | *** | ** | * | *** | *** | *** | |
| | 5.4 Przeszczypty nerek na milion mieszkańców | * | *** | *** | * | * | *** | ** | ** | *** | ** | *** | ** | ** | * | * | ** | |
| | 5.5 Czy publiczna ochrona obejmuje leczenie stomatologiczne ? | * | *** | *** | * | *** | *** | *** | *** | * | ** | * | *** | *** | * | * | * | |
| | 5.6 Wskaźnik przeprowadzonych badań mammograficznych | * | ** | ** | b.d. | * | * | * | ** | * | * | *** | ** | ** | * | * | * | ** |
| | 5.7 Nieformalne opłaty dla lekarzy | * | ** | *** | * | ** | ** | ** | *** | ** | ** | *** | ** | * | *** | * | * | *** |
| Śr. ważona podkategorii | 64 | 107 | 136 | 57 | 93 | 100 | 121 | 121 | 100 | 121 | 114 | 86 | 100 | 79 | 86 | 114 | | |
| 6. Środki farmaceutyczne | 6.1 Refundacja leków na receptę | b.d. | *** | ** | * | *** | * | ** | ** | ** | * | *** | * | *** | ** | ** | ** | |
| | 6.2 Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy spoza sektora ochrony zdrowia | * | *** | * | * | ** | * | *** | *** | *** | ** | ** | ** | * | * | *** | *** | |
| | 6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciw nowotworom | * | *** | *** | * | b.d. | b.d. | * | *** | * | ** | *** | b.d. | *** | * | ** | b.d. | |
| | 6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację) | * | * | * | * | ** | *** | ** | *** | ** | ** | * | b.d. | *** | ** | * | ** | |
| | Śr. ważona podkategorii | 50 | 125 | 88 | 50 | 100 | 75 | 100 | 138 | 100 | 88 | 113 | 63 | 125 | 75 | 100 | 100 | |
| | Suma punktów | 542 | 795 | 731 | 448 | 626 | 637 | 666 | 818 | 638 | 721 | 778 | 575 | 786 | 599 | 633 | 810 | |
| Miejsce | 30 | 4 | 11 | 33 | 23 | 19 | 17 | 2 | 18 | 12 | 7 | 25 | 6 | 24 | 20 | 3 | | |

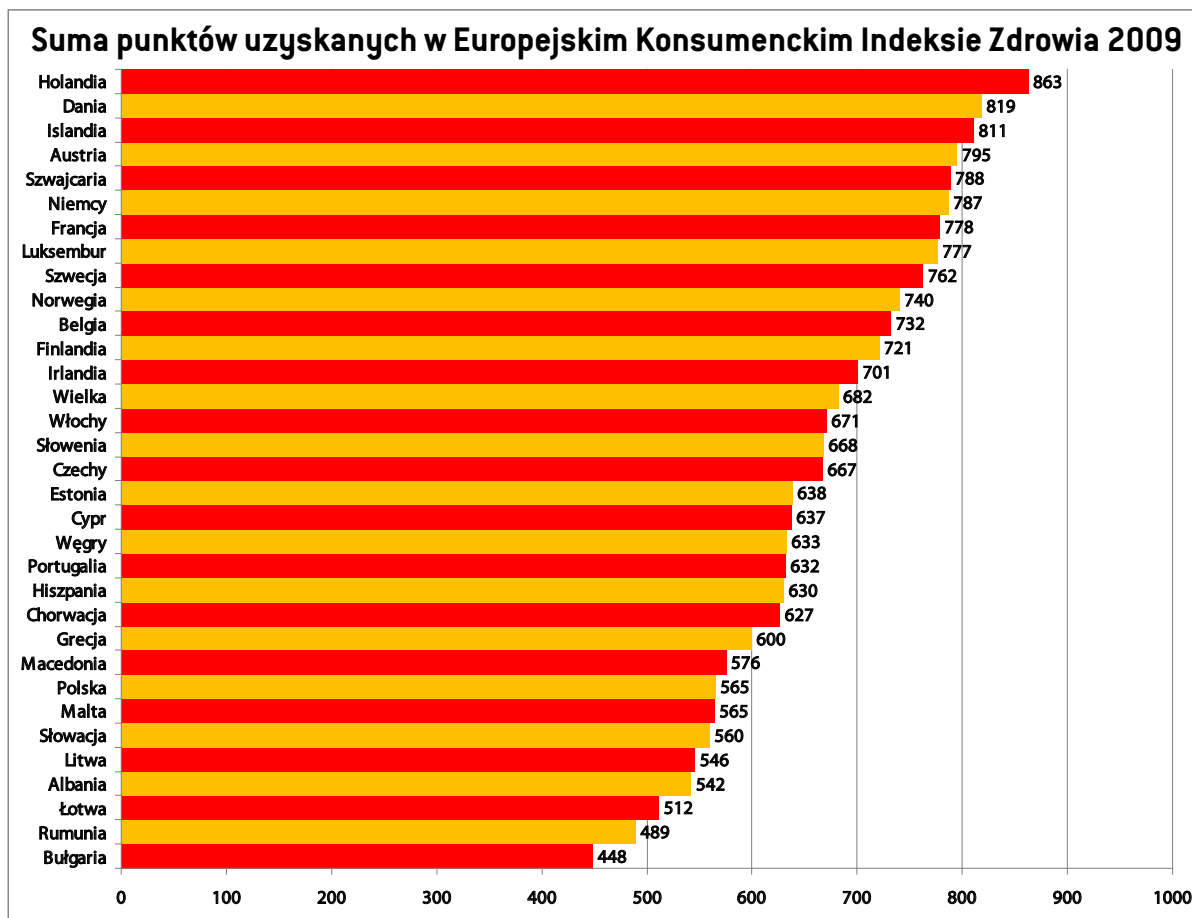
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009

| Podkategoria | Wskaźnik | Irlandia | Włochy | Łotwa | Litwa | Luksenburg | Malta | Holandia | Norwegia | Polska | Portugalia | Rumunia | Słowacja | Słowenia | Hiszpania | Szwecja | Szwajcaria | Wielka Brytania | |
|--------------------------------|---|----------|--------|-------|-------|------------|-------|----------|----------|--------|------------|---------|----------|----------|-----------|---------|------------|-----------------|-----|
| 1. Prawa pacjenta i informacja | 1.1 Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta | ** | ** | * | *** | ** | * | *** | *** | *** | ** | *** | *** | *** | *** | * | *** | ** | |
| | 1.2 Organizacje reprezentujące 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 Internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dot. opieki zdrowotnej | ** | * | * | ** | *** | ** | *** | ** | * | *** | * | ** | *** | * | *** | ** | *** | |
| | 1.8 Możliwość leczenia transgranicznego finansowanego przez kraj zamieszkania | * | ** | * | * | *** | * | *** | n.d. | * | * | * | * | ** | * | ** | n.d. | * | |
| | 1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług | * | ** | * | * | * | * | ** | ** | * | ** | * | * | ** | * | * | * | * | |
| | Śr. ważona podkategorii | 110 | 110 | 91 | 136 | 136 | 97 | 162 | 136 | 136 | 117 | 123 | 91 | 104 | 149 | 84 | 117 | 136 | 123 |

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009

| Podkategoria | Wskaźnik | Irlandia | Włochy | Łotwa | Litwa | Luksemburg | Malta | Holandia | Norwegia | Polska | Portugalia | Rumunia | Słowacja | Słowenia | Hiszpania | Szwecja | Szwajcaria | Wielka Brytania | |
|---------------------------------------|--|----------|--------|-------|-------|------------|-------|----------|----------|--------|------------|---------|----------|----------|-----------|---------|------------|-----------------|-----|
| 2. e-Zdrowie | 2.1 Powszechność elektronicznej dokumentacji medycznej | ** | ** | * | * | ** | * | *** | *** | * | *** | * | ** | ** | ** | *** | *** | *** | |
| | 2.2 Elektroniczna wymiana danych med. pomiędzy świadczeniodawcami | *** | * | * | * | * | * | *** | *** | * | *** | * | * | * | ** | ** | ** | *** | |
| | 2.3 Wyniki badań lab. przekazywane bezpośrednio pacjentom za pomocą rozwiązań z zakresu e-Zdrowie | * | * | * | ** | ** | * | ** | * | ** | ** | * | * | * | * | * | * | * | |
| | 2.4 Czy pacjenci mają dostęp do internetowej formy umawiania się na wizyty? | * | * | * | ** | ** | * | ** | ** | ** | ** | *** | * | * | ** | ** | ** | * | ** |
| | 2.5 Internetowy dostęp do informacji o fakturach wystawionych ubezpieczycielowi przez świadczeniodawcę | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | ** | n.d. | n.d. | n.d. | * | * | n.d. | n.d. | n.d. | *** | n.d. | |
| | 2.6 e-Recepty | * | * | * | * | * | * | *** | * | * | *** | * | * | * | * | * | *** | b.d. | ** |
| | Śr. ważona podkategorii | 42 | 33 | 29 | 38 | 42 | 29 | 63 | 50 | 38 | 67 | 25 | 29 | 38 | 42 | 54 | 46 | 54 | |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 3.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu | *** | ** | * | ** | ** | *** | ** | * | ** | * | ** | *** | *** | ** | * | ** | * | |
| | 3.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty | * | ** | ** | ** | *** | * | ** | * | ** | * | * | ** | * | * | * | *** | * | |
| | 3.3 Okres oczekiwania na poważne, nie nagłe zabiegi operacyjne <90 dni | ** | ** | * | ** | *** | * | *** | ** | * | * | ** | * | * | * | * | ** | *** | * |
| | 3.4 Leczenie przeciwnowotworowe <21 dni | ** | ** | *** | ** | *** | *** | ** | ** | ** | ** | ** | ** | *** | *** | ** | ** | *** | ** |
| | 3.5 Tomografia < 7 dni | * | * | ** | * | ** | * | ** | ** | * | * | ** | ** | * | * | * | * | *** | * |
| | Śr. ważona podkategorii | 120 | 120 | 120 | 120 | 173 | 120 | 147 | 107 | 107 | 80 | 120 | 133 | 120 | 93 | 93 | 187 | 80 | |
| 4. Wyniki leczenia | 4.1 Śmiertelność na skutek zawału serca | ** | ** | * | ** | *** | * | ** | *** | ** | *** | * | * | *** | *** | *** | *** | ** | |
| | 4.2 Śmiertelność niemowląt | *** | *** | * | ** | *** | * | ** | *** | ** | *** | * | * | *** | *** | *** | *** | ** | |
| | 4.3 Nowotwory - liczba zgonów do liczby zdiagnozowanych przypadków [2006] | *** | *** | * | * | ** | ** | ** | *** | * | ** | * | * | * | ** | *** | *** | ** | |
| | 4.4 Utracone potencjalne lata życia [PYLL] | *** | *** | * | * | *** | *** | *** | *** | * | ** | * | * | ** | *** | *** | *** | ** | |
| | 4.5 Infekcje MRSA | * | * | ** | ** | ** | * | *** | *** | ** | * | * | ** | ** | * | *** | ** | * | |
| | 4.6 Wskaźnik spadku ilości samobójstw | ** | *** | ** | ** | ** | * | *** | *** | * | * | *** | ** | ** | ** | ** | *** | *** | *** |
| | 4.7 Procent diabetyków z wysokim poziomem HbA1c (>7) | *** | *** | *** | * | ** | b.d. | *** | * | * | *** | b.d. | b.d. | * | * | *** | b.d. | *** | |
| | Śr. ważona podkategorii | 202 | 214 | 131 | 131 | 202 | 131 | 226 | 226 | 131 | 155 | 107 | 95 | 155 | 179 | 250 | 214 | 179 | |
| 5. Zakres i zasięg świadczonych usług | 5.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej | *** | ** | * | ** | *** | ** | *** | *** | ** | ** | * | * | ** | ** | *** | *** | *** | |
| | 5.2 Operacje zaćmy na 100 000 mieszkańców >65 lat | * | *** | ** | * | *** | ** | *** | ** | * | ** | * | * | ** | *** | ** | * | ** | |
| | 5.3 Szczepienia niemowląt przeciwko 4 chorobom | ** | ** | *** | ** | *** | * | ** | ** | *** | ** | *** | *** | *** | ** | *** | ** | ** | |
| | 5.4 Przeszczepy nerek na milion mieszkańców | ** | * | ** | * | ** | ** | *** | *** | * | *** | * | ** | * | *** | *** | ** | ** | |
| | 5.5 Czy publiczna ochrona obejmuje leczenie stomatologiczne ? | *** | * | * | ** | *** | *** | * | * | *** | * | ** | *** | *** | * | ** | b.d. | *** | |
| | 5.6 Wskaźnik przeprowadzonych badań mammograficznych | ** | ** | * | * | *** | b.d. | *** | *** | * | ** | b.d. | * | * | * | *** | * | ** | |
| | 5.7 Nieformalne opłaty dla lekarzy | *** | ** | * | * | ** | *** | *** | *** | * | *** | * | * | *** | *** | *** | *** | *** | |
| | Śr. ważona podkategorii | 114 | 93 | 79 | 71 | 136 | 100 | 129 | 121 | 86 | 107 | 71 | 86 | 107 | 107 | 136 | 93 | 121 | |
| 6. Środki farmaceutyczne | 6.1 Refundacja leków na receptę | *** | *** | ** | * | *** | ** | *** | ** | ** | ** | * | *** | *** | *** | ** | *** | *** | |
| | 6.2 Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy spoza sektora ochrony zdrowia | ** | * | * | * | * | *** | *** | ** | ** | *** | *** | *** | * | ** | *** | * | *** | |
| | 6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciw nowotworom | * | *** | * | * | ** | b.d. | ** | ** | * | * | * | ** | ** | *** | ** | *** | * | |
| | 6.4 Dostęp do nowych leków [czas oczekiwania na refundację] | *** | * | * | * | * | * | *** | ** | ** | ** | * | * | ** | ** | ** | ** | ** | |
| | Śr. ważona podkategorii | 113 | 100 | 63 | 50 | 88 | 88 | 138 | 100 | 88 | 100 | 75 | 113 | 100 | 125 | 113 | 113 | 125 | |
| Suma punktów | | 701 | 670 | 511 | 545 | 776 | 564 | 863 | 740 | 565 | 631 | 489 | 559 | 668 | 629 | 762 | 788 | 682 | |
| Miejsce | | 13 | 15 | 31 | 29 | 8 | 26 | 1 | 10 | 26 | 21 | 32 | 28 | 16 | 22 | 9 | 5 | 14 | |

4.1 Podsumowanie wyników



Pięte podejście w tworzeniu indeksu porównawczego narodowych systemów opieki zdrowotnej potwierdziło, że istnieje grupa krajów członkowskich UE, które z perspektywy klienta/konsumenta dysponują dobrymi systemami opieki zdrowotnej.

Punktacja została celowo sporządzona w sposób praktycznie wykluczający prawdopodobieństwo zajęcia tego samego miejsca przez dwa kraje. Z tego też powodu należy odnotować fakt, że nie należy zbyt głęboko zagłębiać się w szczegółowe analizy dotyczące powodów, dla których pewien kraj zajął 13 miejsce, a inny uplasował się na 16 pozycji. Subtelne zmiany w wynikach punktowych dla pojedynczych podkategorii mogą zmienić wewnętrzną kolejność miejsc zajętych przez poszczególne kraje, zwłaszcza w środkowej części listy rankingowej.

Całkowity wynik punktowy uzyskany przez systemy opieki zdrowotnej w rankingu EHCI 2009 jeszcze wyraźniej ukazuje miażdżące zwycięstwo Holandii, która zdobyła 863 punkty na 1000 możliwych, wyprzedzając o 44 punktów znajdującą się na drugim miejscu z 819 punktami Danię i kolejno Islandię (nowy kraj w rankingu) z 811 punktami oraz Austrię z 795 punktami (zwycięzcę rankingu z 2007 roku).

Wyników nie należy odrzucać jako wynikających tylko ze zmiany wskaźników, których w rankingu EHCI 2009 jest 38 czyli o 4 więcej niż w roku poprzednim oraz/lub zmiany podkategorii. Holandia jest jedynym krajem, który nieprzerwanie od 2005 roku lokuje się w pierwszej trójce krajów ujętych w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia publikowanym przez Health Consumer Powerhouse.

Pomimo tego, że Holandia odniosła zwycięstwo zdobywając maksymalną liczbę punktów w jednej tylko podkategorii rankingu EHCI 2009 „Zakres i zasięg świadczonych usług” (w przypadku którego we

wcześniejszych edycjach rankingu EHCI stosowano określenie „Szczodrość systemu”), holenderski system opieki zdrowotnej nie wydaje się mieć słabych punktów w innych podkategoriach. Za jedyny wyjątek można uznać możliwość poprawy kwestii związanych z czasem oczekiwania pacjentów, w której to podkategorii znakomite wyniki osiągają niektóre kraje Europy Środkowej. Zazwyczaj HCP określa, że ranking EHCI ogranicza się do mierzenia „życzliwości w stosunku do konsumenta” systemów opieki zdrowotnej, tzn. nie twierdzi, że mierzy, które państwo europejskie dysponuje najlepszym systemem opieki zdrowotnej. Jednakże fakt, że bardzo trudno jest stworzyć Indeks HCP, który nie dawałby Holandii miejsca na podium, rodzi dużą pokusę do sformułowania twierdzenia, że o zdecydowanym zwycięzcy rankingu EHCI 2008 można powiedzieć, że dysponuje „najlepszym systemem opieki zdrowotnej w Europie”.

Dania wiele zyskała na wprowadzeniu podkategorii „e-Zdrowie”. Niemniej jednak, na przykładzie analizy wzdłużnej przedstawionej w Rozdziale 7, w której to ranking EHCI 2009 stworzono na wzór rankingu EHCI 2007 (uwzględniającego tylko pięć podkategorii), widać, że Dania, od włączenia jej po raz pierwszy do rankingu EHCI w 2006 roku, stale zwiększa uzyskiwany przez siebie wynik punktowy. Wydaje się, że pełne poświęcenia wysiłki czynione przez duńskich polityków oraz agencje państwowe, zmierzające do podniesienia standardu systemu opieki zdrowotnej w Danii, przynoszą oczekiwane rezultaty. Znajduje to swoje potwierdzenie w uzyskaniu przez Danię najlepszego wyniku punktowego w Europejskim Konsumenckim Indeksie oceniającym Opiekę i Leczenie Chorych na Cukrzycę z 2008 roku.

Trzecie miejsce zajął nowy kraj w rankingu – Islandia, z wynikiem 811 punktów.

Czwarte miejsce z wynikiem 795 punktów zajmuje zwycięzca rankingu z 2007 roku – Austria. Kraj ten nie wypadł najlepiej w usługach związanych z e-Zdrowiem, ale jest pierwszym krajem, który zdobył maksymalny wynik punktowy w podkategorii „Środków farmaceutycznych”. 788 punktów i piąte miejsce przypada Szwajcarii, natomiast szóste Niemcom, którzy uzyskali 787 punktów. Te trzy kraje oferują naprawdę znakomitą dostępność do usług zdrowotnych, lecz jako że nie zdobyły one równie wysokiego wyniku punktowego w podkategorii „Wyniki leczenia” (której przypisano wysoką średnią ważoną), co Szwecja i Holandia, nie osiągają tym samym czołowych pozycji w rankingu.

Krajem, który odnotował znaczny spadek w rankingu EHCI, jest zwycięzca rankingu z 2006 roku – Francja, która zajęła 10 miejsce w rankingu z 2008 roku. Jest to częściowo spowodowane słabym wdrażaniem rozwiązań z zakresu e-Zdrowia. Zespół badawczy HCP poinformowany już został w trakcie wizyty złożonej we francuskim ministerstwie zdrowia w 2006 roku, że Francja rozpoczyna proces zaostrażania liberalnych dotychczas procedur dostępu pacjentów do specjalistycznych usług zdrowotnych. Wydaje się to mieć swoje odzwierciedlenie w wyniku punktowym uzyskanym przez Francję w 2008 roku w podkategorii „Czas oczekiwania pacjentów”, gdzie wyniki ankiety skierowanej do organizacji reprezentujących pacjentów wydawały się potwierdzać fakt znacznego ograniczenia dostępu pacjentów do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Wydaje się, że kwestia dostępności do usług zdrowotnych uległa ponownie poprawie, dzięki czemu Francja uplasowała się na 7 miejscu rankingu z 778 punktami.

Na wyniku punktowym uzyskanym przez Szwecję za technicznie doskonałe usługi opieki zdrowotnej jak zawsze negatywnie odbijają się niekończące się problemy związane z dostępnością usług zdrowotnych/ czasem oczekiwania pacjentów, i to pomimo wysiłków podejmowanych na poziomie krajowym, takich jak program Vårdgaranti (Gwarancja Dostępu do Usług Zdrowotnych). Niemniej jednak Szwecja, plasuje się na dobrym 9 miejscu z 762 punktami.

Już po raz drugi w rankingu EHCI ujęte zostały kraje kandydujące do członkostwa w Unii Europejskiej – Chorwacja oraz Była Jugosłowiańska Republika Macedonii. Wyniki uzyskane przez te kraje w rankingu z 2008 roku były zaniżone z powodu mniejszej ilości dostępnych danych, które są wymagane i dostępne w krajach UE.

Kraje południowoeuropejskie, Hiszpania i Włochy w wielu miejscach oferują doskonałe pod względem medycznym usługi zdrowotne. Wydaje się jednak, że poziom opieki zdrowotnej krajów południowoeuropejskich jest zbyt uzależniony od finansowych możliwości konsumentów, którzy muszą wydawać własne środki na prywatną ochronę zdrowia, będącą uzupełnieniem usług zdrowotnych oferowanych przez państwo. Wielka Brytania odnotowuje mieszane wyniki wskaźników wydajności. Negatywny wpływ na łączny wynik punktowy uzyskany przez Wielką Brytanię mają listy oczekujących oraz nierówne wskaźniki wydajności jakościowej.

Wyniki osiągnięte przez systemy opieki zdrowotnej niektórych państw członkowskich UE z Europy Wschodniej są zadziwiająco dobre, biorąc pod uwagę ich dużo niższe wydatki na opiekę zdrowotną w Parytecie Siły Nabywczej na mieszkańca, wyrażonym w dolarach. Jednakże, ponowne przekształcenie gospodarki planowej w rynkową wymaga czasu.

Odnotowujemy poprawę kwestii związanych z prawami pacjenta i konsumenta. W coraz większej ilości krajów europejskich istnieją uregulowania prawne dotyczące opieki zdrowotnej, które opierają się na prawach pacjenta, a fundamentalny dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej staje się standardem. Nadal jednak niewiele krajów dysponuje katalogami szpitali/klinik z rankingiem jakości świadczonych przez nie usług zdrowotnych.

Generalnie rzecz ujmując, europejskie systemy opieki zdrowotnej odnotowują ciągłą poprawę, ale statystyki dotyczące wyników leczenia są w wielu krajach wciąż przerażające. Nie dotyczy to przypadku najczęstszej przyczyny zgonów: chorób sercowo-naczyniowych, w przypadkach których dane dotyczące podstawowego parametru, 30 dniowego okresu ryzyka zgonu z powodu nawrotu choroby u pacjentów hospitalizowanych w związku z wystąpieniem u nich zawału mięśnia sercowego, musiały być zestawione z kilkunastu odmiennych źródeł.

Gdyby urzędnicy odpowiedzialni za opiekę zdrowotną oraz politycy zajęli się przyglądaniem temu co dzieje się w sąsiednich krajach oraz „wykradaniem” od swoich kolegów z państw UE pomysłów dotyczących usprawnienia sytuacji panującej w ochronie zdrowia, istniałoby duże prawdopodobieństwo zbliżenia się ich narodowych systemów opieki zdrowotnej do teoretycznie maksymalnego wyniku 1000 punktów. Oto najbardziej jaskrawy przykład: gdyby Szwecja mogła osiągnąć wskaźnik listy oczekujących identyczny z wartością uzyskaną przez Niemcy, już sam ten fakt wystarczyłby do wywindowania Szwecji na drugie miejsce w rankingu z 850 punktami.

Dalszą dyskusję dotyczącą wyników uzyskanych przez kraje ujęte w rankingu oraz zmian zaobserwowanych na przestrzeni czasu znajdują Państwo w rozdziale 6: Trendy na przestrzeni czterech lat.

4.1.1 Wyniki uzyskane przez kraje ujęte w rankingu

Żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników w całym zakresie wskaźników indeksu. Wyniki uzyskane przez poszczególne kraje wydają się bardziej odzwierciedlać „narodową i organizacyjną kulturę oraz postawę” niż wielkość środków wydawanych przez dany kraj na opiekę zdrowotną. Cechy kulturowe

są, według wszelkiego prawdopodobieństwa głęboko zakorzenione historycznie. Wyprowadzenie dużej korporacji na prostą zajmuje kilka lat – wyprowadzenie kraju na prostą może zająć całe dziesięciolecia!

4.1.2 Wyniki uzyskane w „Sześcioboju”

Ranking EHCI 2008 składa się z sześciu podkategorii. Ponieważ żaden kraj nie uzyskuje wyróżniających się wyników we wszystkich aspektach służących pomiarowi systemu opieki zdrowotnej, interesującym może okazać się zbadanie wyników uzyskanych przez 31 krajów ujętych w tym rankingu w każdej z sześciu części tego „sześcioboju”. Wyniki uzyskane w każdej z podkategorii podsumowano w poniższej tabeli.

| Podkategorie | Albania | Austria | Belgia | Bulgaria | Chorwacja | Cypr | Czechy | Dania | Estonia | Finlandia | Francja | B.J.R. Macedonii | Niemcy | Grecja | Węgry | Islandia | Irlandia | Włochy | Łotwa | Litwa | Luksemburg | Malta | Holandia | Norwegia | Polska | Portugalia | Rumunia | Słowacja | Słowenia | Hiszpania | Szwecja | Szwajcaria | Wielka Brytania |
|--------------------------------|---------|---------|--------|----------|-----------|------|--------|-------|---------|-----------|---------|------------------|--------|--------|-------|----------|----------|--------|-------|-------|------------|-------|----------|----------|--------|------------|---------|----------|----------|-----------|---------|------------|-----------------|
| 1. Prawa pacjenta i informacja | 117 | 149 | 130 | 84 | 117 | 110 | 84 | 175 | 130 | 143 | 143 | 110 | 123 | 84 | 136 | 143 | 110 | 110 | 91 | 136 | 136 | 97 | 162 | 136 | 117 | 123 | 91 | 104 | 149 | 84 | 117 | 136 | 123 |
| 2. e-Zdrowie | 29 | 50 | 38 | 42 | 54 | 38 | 38 | 63 | 46 | 50 | 33 | 50 | 38 | 25 | 46 | 54 | 42 | 33 | 29 | 38 | 42 | 29 | 63 | 50 | 38 | 67 | 25 | 29 | 38 | 42 | 54 | 46 | 54 |
| 3. Czas oczekiwania | 187 | 173 | 187 | 120 | 120 | 160 | 133 | 120 | 120 | 93 | 173 | 160 | 187 | 147 | 147 | 173 | 120 | 120 | 120 | 120 | 173 | 120 | 147 | 107 | 107 | 80 | 120 | 133 | 120 | 93 | 93 | 187 | 80 |
| 4. Wyniki leczenia | 95 | 190 | 155 | 95 | 143 | 155 | 190 | 202 | 143 | 226 | 202 | 107 | 214 | 190 | 119 | 226 | 202 | 214 | 131 | 131 | 202 | 131 | 226 | 226 | 131 | 155 | 107 | 95 | 155 | 179 | 250 | 214 | 179 |
| 5. Zakres i zasięg usług | 64 | 107 | 136 | 57 | 93 | 100 | 121 | 121 | 100 | 121 | 114 | 86 | 100 | 79 | 86 | 114 | 114 | 93 | 79 | 71 | 136 | 100 | 129 | 121 | 86 | 107 | 71 | 86 | 107 | 107 | 136 | 93 | 121 |
| 6. Środki farmaceutyczne | 50 | 125 | 88 | 50 | 100 | 75 | 100 | 138 | 100 | 88 | 113 | 63 | 125 | 75 | 100 | 100 | 113 | 100 | 63 | 50 | 88 | 88 | 138 | 100 | 88 | 100 | 75 | 113 | 100 | 125 | 113 | 113 | 125 |
| Suma punktów | 542 | 795 | 732 | 448 | 627 | 637 | 667 | 819 | 638 | 721 | 778 | 576 | 787 | 600 | 633 | 811 | 701 | 671 | 512 | 546 | 777 | 565 | 863 | 740 | 565 | 632 | 489 | 560 | 668 | 630 | 762 | 788 | 682 |
| Miejsce | 30 | 4 | 11 | 33 | 23 | 19 | 17 | 2 | 18 | 12 | 7 | 25 | 6 | 24 | 20 | 3 | 13 | 15 | 31 | 29 | 8 | 26 | 1 | 10 | 26 | 21 | 32 | 28 | 16 | 22 | 9 | 5 | 14 |

Jak wskazują wyniki zamieszczone w powyższej tabeli, najwyższe miejsce zajęte przez holenderski system opieki zdrowotnej jest w dużej mierze wynikiem równej wydajności systemu opieki zdrowotnej we wszystkich podkategoriach, bardzo dobrej jakości świadczeń medycznych oraz najwyższych wyników uzyskanych, wspólnie z innymi krajami, w podkategoriach „e-Zdrowie” oraz „Dostęp do środków farmaceutycznych”. Druga Dania uzyskała najlepszy wynik w podkategorii „Prawa pacjenta i informacja” oraz jeden z najlepszych w Europie wyników w kategorii „e-Zdrowia”. Szwedzki system opieki zdrowotnej walczyłby o najwyższe miejsce, gdyby nie problem związany z dostępem do usług medycznych, który, uwzględniając standardy albańskie, belgijskie, austriackie, niemieckie lub szwajcarskie, można opisać jednym słowem – beznadziejny.

| Podkategoria | Najlepszy kraj/kraje | Wynik | Wynik maksymalny |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|------------------|
| 1. Prawa pacjenta i informacja | Dania | 175! | 175 |
| 2. e-Zdrowie | Portugalia | 67 | 75 |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | Albania, Belgia, Niemcy, Szwajcaria | 187 | 200 |
| 4. Wyniki leczenia | Szwecja | 250! | 250 |
| 5. Zakres i zasięg usług medycznych | Belgia, Luksemburg, Szwecja | 137 | 150 |
| 6. Środki farmaceutyczne | Dania, Holandia | 138 | 150 |

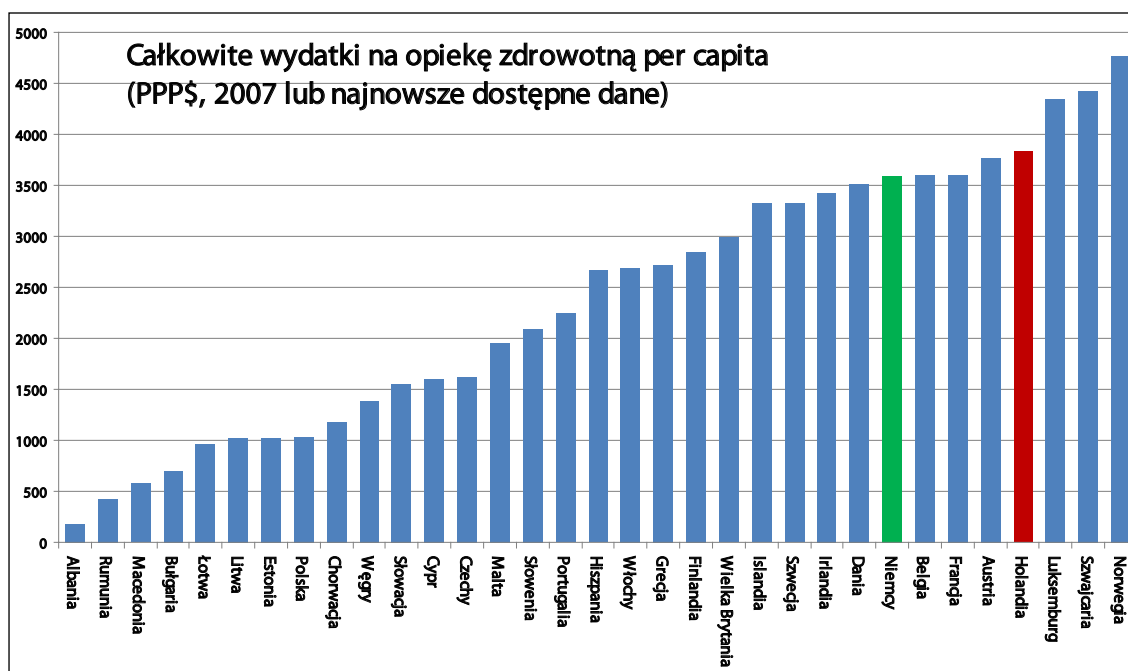
5. Wyniki skorygowane o wskaźnik siły nabywczej (wyniki BFB)

Przy 27 krajach członkowskich UE oraz sześciu innych krajach europejskich ujętych w projekcie EHCI staje się oczywiste, że Indeks jest próbą porównania krajów dysponujących różnymi zasobami finansowymi. Roczne wydatki na ochronę zdrowia, dostosowane do Parytetu Siły Nabywczej podanej w dolarach amerykańskich [ang. PPP – Purchasing Power Parity], wahają się między 400\$ w Albanii a ponad 4000\$ w Norwegii, Szwajcarii oraz Luksemburgu. W przypadku krajów Europy Zachodniej (poza Wielką Brytanią oraz krajami nordyckimi) wielkości mieszczą się w przedziale od 2700\$ do 3700\$. Ranking EHCI 2009 dodał także wynik wskaźnika stosunku wartości do ceny, czyli „wynik BFB” (Bang-for-the-Buck).

5.1 Metodologia dostosowywania wyników do wskaźnika BFB

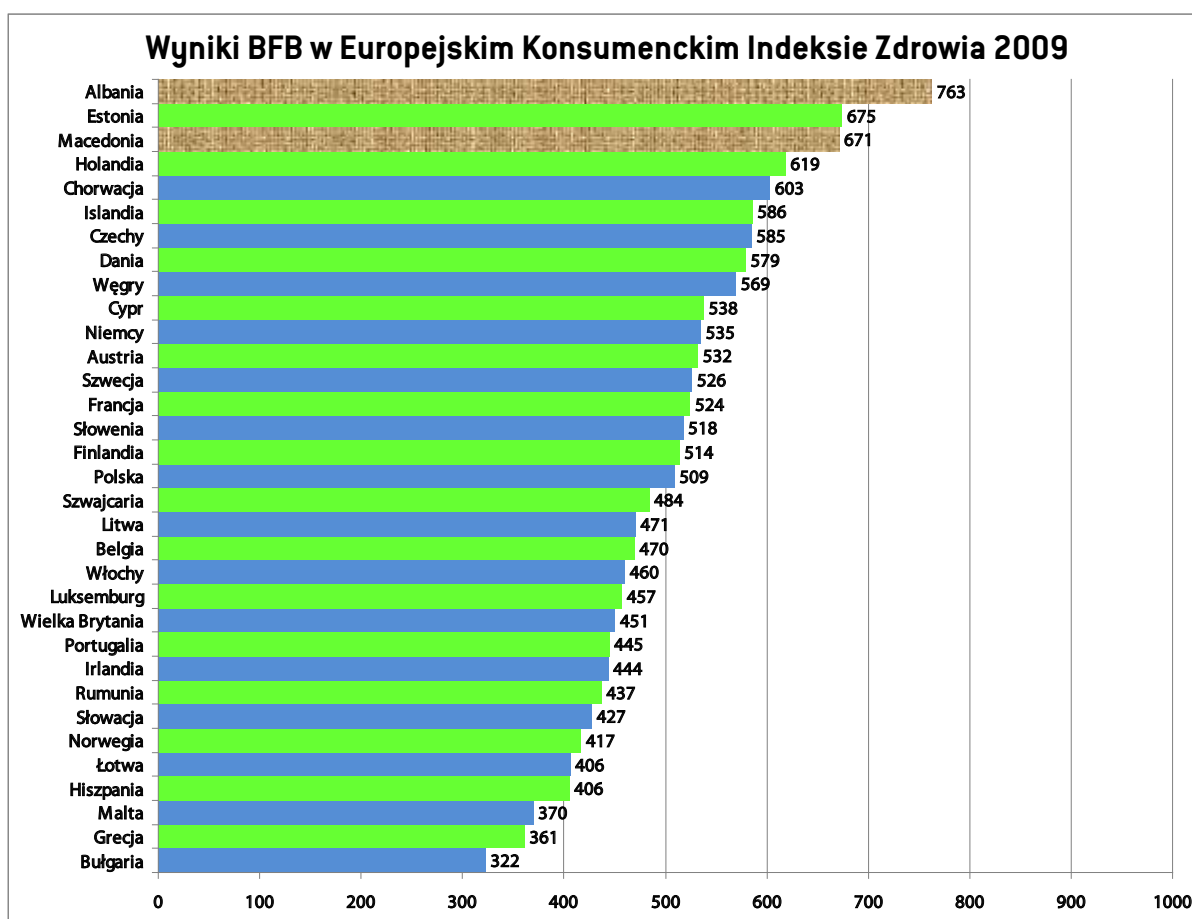
Sposób przeprowadzenia takiego dostosowania wyników nie jest rzeczą oczywistą. Jeśli uzyskane wyniki skorygujemy w relacji do wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca, uzyskany efekt doprowadzi do awansu wszystkich mniej zamożnych krajów na szczyt arkusza punktacji. To jednak byłoby zdecydowanie niesprawiedliwe w stosunku do finansowo silniejszych krajów. Nawet jeśli wydatki na ochronę zdrowia dostosowane są 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 miesięczne pobory pielęgniarki przekraczają 3500 €. Z tego właśnie powodu, wyniki dostosowane do Parytetu Siły Nabywczej obliczono w następujący sposób.

Wielkości wydatków na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca w Parytecie Siły Nabywczej wyrażonej w dolarach wzięto z bazy danych WHO HfA [sierpień 2009; najnowsze dostępne wielkości liczbowe, najczęściej pochodzące z 2007 roku], tak jak przedstawiono to na poniższym wykresie:



W przypadku krajów, które nie miały przypadającej im wartości w bazie danych z 2007 roku, „najnowsza dostępna” liczba pomnożona została przez średni wzrost procentowy w Unii Europejskiej od „ostatniego dostępnego” roku.

Dla każdego kraju obliczono pierwiastek kwadratowy tej liczby. Powodem tego jest fakt, że usługi zdrowotne wytwarzane na poziomie krajowym są tańsze 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 oraz 1, zastąpiono wartościami 2, 1 oraz 0. W podstawowym rankingu EHCI minimalnym wynikiem możliwym do zdobycia jest 333 punkty a maksymalnym jest 1000 punktów. Wartości punktowe 2, 1 oraz 0 nie zmieniają (lub zmieniają jedynie nieznacznie) względne miejsca zajmowane przez 33 kraje, ale są niezbędne przy dostosowaniu 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 pomnożony został przez średnie arytmetyczne wszystkich 33 pierwiastków kwadratowych (co spowodowało unormowanie wyników do tego samego zakresu wartości liczbowych jak w pierwotnie uzyskanych wynikach).



5.2 Wyniki ujęte w tabeli punktacji BFB

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

Oczywiście, wyniki dla wskaźnika BFB należy traktować po trosze jako ćwiczenie akademickie. Omawiana metoda dostosowania do pierwiastka kwadratowego wyników związanych z wydatkami na ochronę zdrowia z całą pewnością nie ma oparcia naukowego.

Metoda BFB jest odrobinę zbyt bezceremonialna, aby być przydatną wobec krajów o bardzo niskich nakładach finansowych na ochronę zdrowia, takich jak Albania czy Była Jugosłowiańska Republika Macedonii, zwłaszcza gdy oficjalnie deklarowane nakłady na ochronę zdrowia w Albanii są bardzo skromne. Po ukończeniu prac badawczych wydaje się jednak, że niepodzielny zwycięzca wyników uzyskanych dla wskaźnika BFB w rankingach 2007 oraz 2008 – Estonia, wciąż radzi sobie bardzo dobrze w ramach posiadanych przez ten kraj możliwości finansowych. Do pewnego stopnia to samo można powiedzieć o Węgrzech oraz Republice Czeskiej.

Dobrze jest mieć w pamięci fakt, że Chorwacja oraz Była Jugosłowiańska Republika Macedonii ucierpiały z powodu wielu pozycji w tabeli wyników rankingu 2008 oznaczonych jako „dane niedostępne”. Dobre miejsce uzyskane przez Chorwację w arkuszu wyników BFB nie jest prawdopodobnie jedynie wymysłem. Chorwacja posiada w swoim systemie opieki zdrowotnej „oazy doskonałości” i być może stanie się popularnym krajem „turystyki zdrowotnej”. Niewiele jest krajów, w których koszt przeprowadzanej na najwyższym poziomie operacji wymiany stawu biodrowego wynosi 3000€.

Dla autorów niniejszego rankingu rzeczą ciekawą było przekonanie się, które kraje znajdują się na szczycie listy wyników BFB, a które kraje osiągają dość dobre wyniki w rankingu opartym na pierwotnej punktacji. Przykładami takich krajów są głównie Holandia, Islandia oraz Dania. Wielka Brytania zajmuje mniej znaczące miejsce w ćwiczeniu BFB niż w latach ubiegłych. Wydaje się, że zwiększone nakłady finansowe na ochronę zdrowia w Wielkiej Brytanii nie przyniosły jeszcze pełnej poprawy w sferze usług zdrowotnych.

W sektorze usług publicznych (a także w przedsiębiorstwach prywatnych: por. IMB w 1990 roku!), dostępność znacznych środków finansowych często skutkuje malejącą opłacalnością. Zjawisko to prawdopodobnie ilustrują nie najlepsze miejsca w rankingu wyników BFB zajęte przez Irlandię oraz Norwegię.

5.3 Nieformalne opłaty świadczone na rzecz lekarzy

Ogólnoeuropejskie badanie dotyczące nieformalnych płatności jest, pomimo swoich oczywistych wad, pierwszym takim badaniem w historii, które ilustruje także niewielką uwagę przykładaną przez europejskie kraje oraz instytucje do problemu gospodarki paralelnej funkcjonującej w sektorze opieki zdrowotnej.

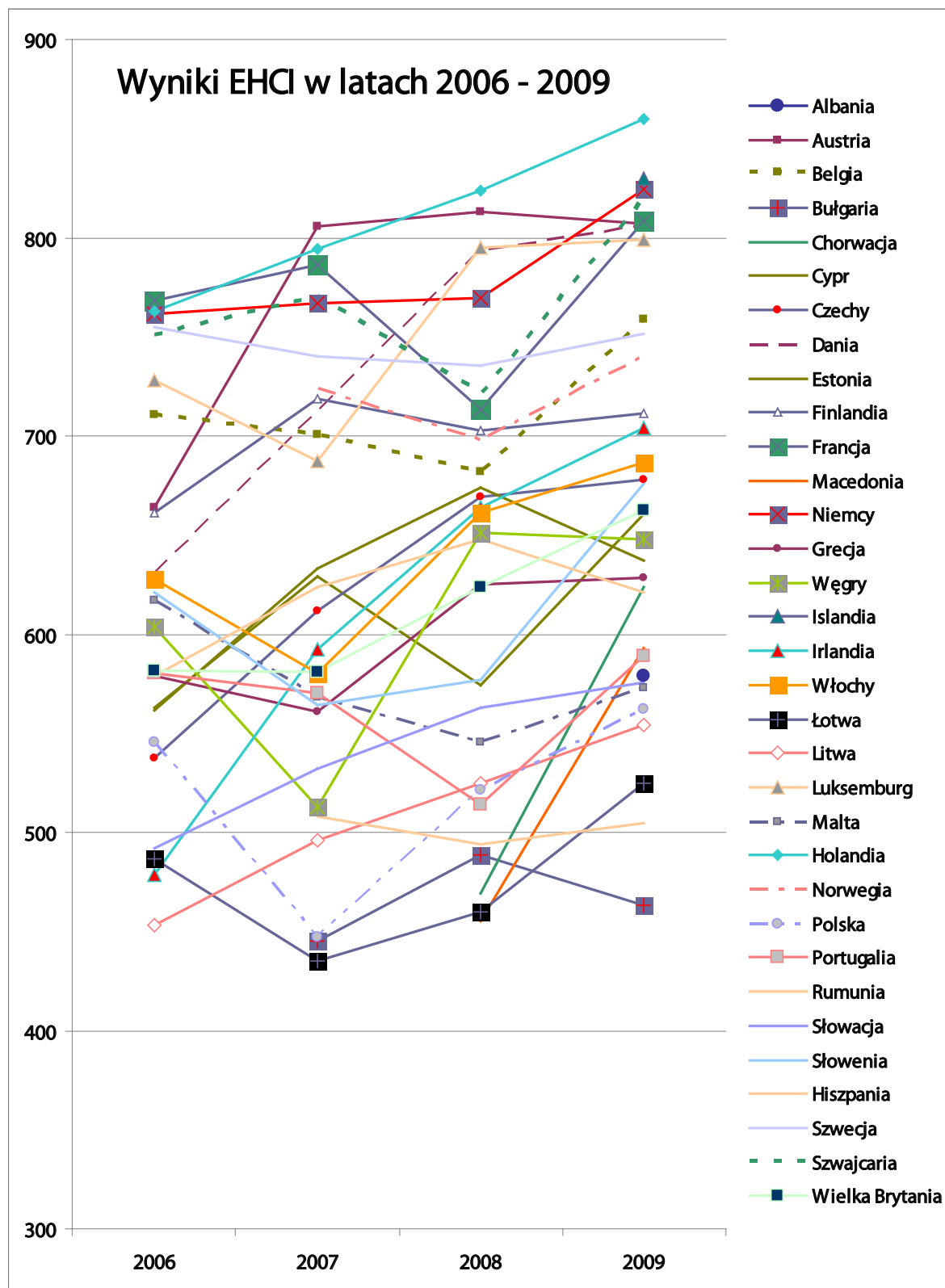
Obserwacja ta rodzi dwa pytania:

1. W przeciwieństwie do innych grup zawodowych, takich jak piloci linii lotniczych, prawnicy, inżynierowie, etc., pracujących dla wielkich organizacji, lekarze są jedyną grupą zawodową, której zezwala się na świadczenie dodatkowych usług zawodowych bez konieczności uzyskania wyraźnego pozwolenia ze strony głównego pracodawcy. Jakie są powody utrzymywania takiego stanu rzeczy?
2. Co można zrobić żeby zaoferować lekarzom „normalne” warunki zatrudnienia, tzn. przyzwoite wynagrodzenie oraz dodatkową motywację do bardziej wyężonej pracy (związaną oczywiście ze zwiększonymi poborami) dla głównego pracodawcy?

6. Trendy na przestrzeni pięciu lat

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

6.1 Zmiany wyników punktowych w latach 2006 - 2009



Rysunek 6.1. Wyniki uzyskane na przestrzeni czterech lat – 2006 – 2009 – zostały znormalizowane, tak, aby możliwe było ich obliczenie w ten sam sposób jak w przypadku rankingu EHCI 2007 (z pięcioma podkategoriami). Oznacza to, że podkategoria „2.1 Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej” została przeniesiona do podkategorii „1. Prawa pacjenta i informacje”, natomiast podkategoria e-Zdrowie” została usunięta. W wynikach rankingów za lata 2008 oraz 2009 wprowadzono dodatkowe wskaźniki w podkategoriach „4. Wyniki leczenia” oraz „5. Zakres i zasięg świadczonych usług zdrowotnych”.

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

Kraje, których rozwój systemów opieki zdrowotnej w kierunku większej życzliwości wobec konsumenta wydaje się być szybszy niż średnia to:

Holandia: Czyżby kraj ten znalazł klucz do systemu opieki zdrowotnej rzeczywiście przyjaźnie nastawionego do konsumenta?

Dania: Zdecydowany wysiłek polityczny zmierzający do poprawy sposobu dostarczania oraz przejrzystości usług opieki zdrowotnej wydaje się przynosić rezultaty.

Niemcy: Rezultaty uzyskane w podkategorii „Wyników leczenia” ulegają powolnej poprawie, odbijając się od wartości „żółtych” wyników uzyskanych kilka lat temu. Jeśli trend ten nie ulegnie zmianie, Niemcy będą walczyć o czołowe lokaty w rankingu.

Irlandia: Stworzenie Zarządu Opieki Zdrowotnej i Społecznej (HSE) było z oczywistych względów długo oczekiwaną i potrzebną reformą. Stały trend wzrostowy.

Węgry, Republika Czeska oraz Litwa: reformy w obszarze „Praw pacjenta oraz informacji” wydają się przynosić efekty.

6.2 Niwelowanie różnic pomiędzy pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia

Kiedy w 2006 roku wprowadzono wskaźnik odnoszący się do roli organizacji reprezentujących pacjentów, żaden z krajów ujętych w rankingu nie zdobył „zielonych” wyników punktowych. W tym roku, duże zaangażowanie organizacji pozarządowych reprezentujących pacjentów można zaobserwować w Belgii, Chorwacji, Danii, Estonii, Francji, Niemczech, na Węgrzech, Litwie, w Holandii, Norwegii, Polsce, na Słowacji oraz w Szwajcarii, co jest naprawdę znaczącą poprawą.

Coraz więcej krajów zmienia podstawowy punkt wyjściowy procesu legislacji w zakresie ochrony zdrowia, i 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 dot. ochrony zdrowia oparte na prawach pacjenta). Wciąż jednak wiele można poprawić: jeśli pacjent musi wypełnić dwustronicowy formularz i zapłacić 15 € za uzyskanie dostępu do swojej własnej dokumentacji medycznej, brzmi to bardziej jak kiepski żart niż podejście do praw pacjenta rodem z XXI wieku (podany przykład jest przykładem autentycznym).

Co więcej, jedynie garstka krajów UE zintegrowała krajowe zapisy legislacyjne z zasadami ujętymi

w Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie, będącej pierwszym międzynarodowym instrumentem w dziedzinie bioetyki, przyznającym pacjentowi usystematyzowany zarys bezpośrednich i łatwych do zastosowania rozwiązań prawnych.

6.3 Niwelowanie różnic pomiędzy Wschodem a Zachodem

Wydaje się, że w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (CEE) pojawiła się wyraźna fala zmian legislacyjnych, skutkujących nadaniem pacjentom uprawnień oraz możliwości wyboru świadczeniodawcy usług zdrowotnych.

Na przykład, na przestrzeni ostatnich lat Słowenia wprowadziła zmiany w zakresie dostępu do lekarzy specjalistów, ubezpieczeń od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej oraz prawa do drugiej opinii, a także odnotowała znaczącą poprawę w obszarze dostępu do informacji (rejestr lekarzy z prawem do wykonywania zawodu, farmakopea, a nawet dokonała próby stworzenia prawdziwego katalogu świadczeniodawców usług medycznych z rankingiem jakości świadczonych przez nich usług). Niektóre z tych zmian można przypisać wprowadzeniu Ustawy o prawach pacjenta z 2008 roku. W Republice Czeskiej, systematyczna reforma legislacji w obszarze opieki zdrowotnej miała wpływ na szybkość stosowania leków. Na Litwie poziom zaangażowania organizacji reprezentujących pacjentów wzrósł w ostatnich latach do wartości wyższej niż we większości najbogatszych krajów Zachodu.

Wprowadzając usługę „Informacji o lekarzach”, połączoną z rejestrem lekarzy, Węgry odnotowały dużą poprawę w dziedzinie informacji dla pacjentów. Wprowadzono dostęp do informacji dotyczących kwoty przeznaczanej przez świadczeniodawców na opiekę pacjenta – jest to jedyny przykład kraju z „monolitycznym” systemem finansowania, który wprowadził takie rozwiązanie. Podjęto także próby stworzenia katalogu świadczeniodawców, farmakopei oraz innych informacji dotyczących ochrony zdrowia. Przykład Węgier jest dobrym przykładem tego, że można osiągnąć istotną poprawę wyników w rankingu EHCI na przestrzeni zaledwie kilku lat, bez konieczności znacznego zwiększania nakładów finansowych na opiekę zdrowotną. Zazwyczaj znacznie tańszym rozwiązaniem jest włączenie praw pacjenta do legislacji krajowej lub udostępnienie społeczeństwu informacji przechowywanych już w innym miejscu, takich jak rejestry lekarzy lub informacje dotyczące środków farmaceutycznych.

Należy także odnotować fakt, że kraje kandydujące do członkostwa w UE, które po raz pierwszy zostały ujęte w rankingu EHCI, włączyły prawa pacjenta do obowiązujących na ich terytorium przepisów prawnych. W podkategorii „e-Zdrowie”, niektóre kraje Europy Środkowo-Wschodniej stworzyły aplikacje, które nadal są rzadko stosowane w krajach Europy Zachodniej. Przypomina to sytuację związaną z gwałtownym wzrostem ilości telefonów komórkowych kupowanych w Indiach – czasami lepiej jest nie mieć pod ręką przestarzałych technologii.

6.4 Przejrzysty monitoring jakości opieki zdrowotnej

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

W 2007 roku, przykładów takich organizacji było już nieco więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem godnym najwyższej uwagi jest organizacja dostępna pod adresem www.sundhedskvalitet.dk, która ocenia szpitale przyznając im od * do *****, tak jak w przypadku hoteli, podając wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest fakt, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

Dzięki sile państwowej firmy Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGmbH, www.bqs-online.de, która zapewnia informacje na temat wyników jakości leczenia uzyskiwanych przez dużą liczbę niemieckich szpitali, Niemcy dołączyły do ograniczonej grupy państw (obecnie jedynie trzy!), które uzyskały „zielone” wyniki w tej podkategorii.

W tym roku możemy znaleźć, być może nie idealne, ale już istniejące katalogi świadczeniodawców usług medycznych zawierające rankingi jakości oferowanych usług w krajach takich jak Cypr, Francja, Węgry, Bułgaria, Jugosłowiańska Republika Macedonii, Włochy (na poziomie regionalnym: Toskania etc.), Holandia, Norwegia, Portugalia oraz Słowenia!

6.5 Pełna informacja o środkach farmaceutycznych dostosowana do poziomu wiedzy pacjenta

W trakcie dyskusji mającej miejsce dopiero w styczniu 2007 roku, przedstawiciel Szwedzkiego Stowarzyszenia Przemysłu Farmaceutycznego (LIF), które dzięki powszechnie znanej farmakopei „Patient-FASS” (www.fass.se) jest w oczywisty sposób pionierem na tym polu, dowodził, że farmakopea szwedzka oraz jej duński odpowiednik są jedynymi takimi przykładami w Europie. Obecnie, przyjazne dla użytkownika i oparte na zasobach sieciowych instrumenty umożliwiające znalezienie informacji o środkach farmaceutycznych dostępne są w 13 krajach, także w krajach Europy Środkowo-Wschodniej np. w Republice Czeskiej, Estonii, na Węgrzech, w Rumunii oraz na Słowacji.

6.6 Listy oczekujących: Kto się przejmuje (zdrowiem pacjenta)?

Nie wszystkie trendy wykazują poprawę. Na przestrzeni lat, jedna rzecz pozostaje niezmienna: system opieki zdrowotnej oparty na lekarzach pierwszego kontaktu, który oznacza oczekiwanie. W przeciwieństwie do powszechnie panującego przekonania, bezpośredni dostęp do opieki specjalistycznej nie tworzy problemów związanych z dostępem do specjalistów, który wynikałby ze zwiększonego zapotrzebowaniem na tego typu usługi. Czas oczekiwania na opiekę specjalistyczną to cecha głównie restrykcyjnych systemów opieki zdrowotnej, co wydaje się być wręcz nedorzeczną obserwacją.

Jeden z najbardziej charakterystycznych systemów tego typu, brytyjski Narodowy System Opieki Zdrowotnej (NHS), wydał ostatnio miliony funtów na ograniczenia czasu oczekiwania pacjentów i wprowadził maksymalny okres oczekiwania na leczenie ostateczne, wynoszący 18 tygodni od momentu zdiagnozowania choroby pacjenta. Ankieta przeprowadzona wśród pacjentów, zlecona przez HCP na potrzeby tegorocznego Indeksu, nie wykazuje żadnej poprawy w tej materii. Wprost przeciwnie, brytyjskie organizacje reprezentujące pacjentów udzieliły w 2009 roku zaskakująco negatywnych odpowiedzi na pytania dotyczące czasu oczekiwania na usługi medyczne!

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

Oto kwestia godna jeszcze większej uwagi: jeden ze wskaźników, wprowadzony po raz pierwszy w 2008 roku, dotyczy pytania odnoszącego się do tego, czy oczekuje się od pacjentów dokonywania nieformalnych opłat na rzecz lekarzy, poza oficjalnymi składkami. Opłaty nieoficjalne służą w niektórych krajach (co ciekawe, zachodnioeuropejskich) do uzyskania kontroli nad leczeniem: omięcia list oczekujących, uzyskania dostępu do najlepszych terapii, możliwości wykorzystania nowoczesnych metod leczenia oraz nowoczesnych leków. Dodatkowe informacje na temat nieformalnych opłat przedstawiamy Państwu w dziale [Nieformalne opłaty świadczone na rzecz lekarzy](#).

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, będących podstawą nowoczesnego europejskiego systemu opieki zdrowotnej XXI wieku.

6.7 Zmiany wprowadzane pod presją

Opierając się na ogólnie panujących przekonaniach odnoszących się do opieki zdrowotnej w Europie, można by stwierdzić, że najlepsze wyniki osiągane są przez stosunkowo bogate kraje o długiej tradycji pełnego finansowania systemów opieki zdrowotnej. Do pewnego stopnia jest to prawdą. Ogólnie rzecz biorąc, do uzyskania dobrych wyników niezbędne są środki finansowe i ciągłość finansowania. Niemniej jednak, praca HCP nie koncentruje się na wynikach w takim samym stopniu jak ma to miejsce w przypadku innych powszechnie wykonywanych badań porównawczych. Starano się w jak największym stopniu unikać wskaźników pozostających w korelacji do PKB. Wbrew przedstawionym powyżej przekonaniom, należy przyznać, że znalezienie się na szczycie Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia nie jest przesadnie trudne. Kluczowymi miarami są: wybór, prawa pacjenta, dostępność, informacje/przejrzystość, pomiar jakości – ich wprowadzenie nie pociąga za sobą wysokich kosztów.

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

6.8 Dlaczego pacjenci nie są informowani?

Każdego roku, wyniki ankiety stworzonej we współpracy z instytutem Patient View ujawniają ciekawy fakt:

w niektórych krajach organizacje reprezentujące pacjentów oraz przedstawiciele organizacji prozdrowotnych (w tym także bardzo szanowanych instytucji) nie dysponują wiedzą na temat niektórych usług zdrowotnych dostępnych na terenie ich krajów. Na przykład, zespół badawczy stale uzyskuje negatywne odpowiedzi dotyczące istnienia rejestrów lekarzy, farmakopei, dostępu do dokumentacji medycznej etc., w krajach w których badacze pracujący dla HCP z łatwością znajdują tego rodzaju informacje, nawet nie znając lokalnego języka. Podsumowując, przyczyną takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie fakt, że władze krajowe wprowadzają znaczące usprawnienia do systemu, ale zapominają o poinformowaniu szerokiej opinii publicznej o wprowadzeniu takich usprawnień.

Grecja, Irlandia oraz Hiszpania to kraje, w których opinie organizacji reprezentujących pacjentów negatywnie odbiegają od statystyk urzędowych. Oto przykład: hiszpańskie regulacje prawne dają pacjentom prawo do zapoznania się z własną dokumentacją medyczną – niemniej jednak, odpowiedzi na to pytanie ankiety nadesłane przez hiszpańskie organizacje reprezentujące pacjentów okazały się być najbardziej pesymistycznymi z pośród 33 krajów ujętych w indeksie.

6.9 Rozprzestrzenianie się MRSA

W rankingu EHCI 2007 znaczną uwagę poświęcono problemowi rozprzestrzeniania się zjawiska oporności na antybiotyki: „szpitalne infekcje MRSA (infekcje szczepami gronkowca złocistego opornego na metycylinę) wydają się rozprzestrzeniać i już dziś stanowią poważne zagrożenie zdrowotne w co drugim kraju w którym dokonano pomiaru takiego zagrożenia”. Niestety, jedyne kraje w przypadku których odnotowano znaczącą poprawę w tej kwestii są Bułgaria, Polska, Wielka Brytania oraz Irlandia (kraje leżące na Wyspach Brytyjskich). Ponadto, oba nowo włączone do rankingu kraje kandydujące także stoją w obliczu rozprzestrzeniania się MRSA.

Jedynie 7 krajów na 33 ujęte w rankingu utrzymuje, że MRSA nie jest w ich przypadku poważnym problemem, co umożliwia im zdobycie „zielonych” wartości punktowych wskaźników.

6.9.1 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. W każdym z krajów stosujących tego rodzaju praktyki występuje poważny problem dotyczący oporności mikroorganizmów na dostępne antybiotyki!

7. Jak interpretować wyniki Indeksu?

Interpretując wyniki Indeksu należy przede wszystkim kierować się jedną kwestią: należy zachować ostrożność!

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009 stanowi próbę zmierzenia oraz stworzenia rankingu wydajności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta. Jest rzeczą oczywistą, że uzyskane wyniki obarczone są problemami związanymi z jakością uzyskanych informacji. Brak jest paneuropejskich, jednorodnych procedur gromadzenia danych.

Ponownie jednak HCP stoi 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 należy ich ujawniać. Należy ponownie podkreślić, że Indeks ten ukazuje informacje konsumentów, nie zaś wrażliwe dane medyczne lub dane o pacjentach.

Nie twierdząc bynajmniej, że wyniki rankingu EHCI 2009 odpowiadają jakością rozprawie naukowej, wyrażamy przekonanie, że nie należy ich odrzucać jako wyników przypadkowych. Wręcz przeciwnie, wcześniejsze doświadczenia uzyskane przy tworzeniu ogólnych Europejskich Konsumenckich Indeksów Zdrowia są odbiciem faktu, że ranking konsumencki stworzony na podstawie podobnych wskaźników traktowany jest jako ważne narzędzie służące ukazywaniu jakości usług zdrowotnych. HCP wyraża nadzieję, że wyniki rankingu EHCI 2009 posłużą jako inspiracja do znalezienia miejsc oraz sposobów na usprawnienie europejskiej opieki zdrowotnej.

8. Niedostateczna ilość danych z Europy

8.1 Wskaźniki wyników leczenia ujęte w rankingu EHCI

W przeciwieństwie do krajów bardziej uprzemysłowionych, takich jak USA, publiczne systemy opieki zdrowotnej w Europie/Kanadzie charakteryzują się jedną główną cechą: bogactwem danych statystycznych dotyczących wkładu środków finansowych, ale też tradycyjnym niedoborem danych dotyczących wyników ilościowych lub jakościowych.

Organizacje takie jak WHO oraz OECD publikują łatwo dostępne oraz często aktualizowane dane statystyczne na tematy takie jak:

- liczba lekarzy/pielęgniarek na jednego mieszkańca,
- ilość łóżek szpitalnych przypadających na jednego mieszkańca,
- liczba pacjentów otrzymujących pewnego rodzaju leki,
- liczba konsultacji przypadających na jednego pacjenta,
- liczba pracowni MR przypadająca na milion mieszkańców,
- wydatki na ochronę zdrowia na podstawie źródeł finansowania,
- sprzedaż leków z informacją o dawkach oraz ich wartością pieniężną (niekończące się tabele).

Systemy tradycyjnie wykorzystujące struktury finansujące opierające się na funduszach dotacji oraz budżetach całkowitych często prezentują kulturę zarządzania, w której monitoring oraz czynności kontrolne koncentrują się mniej więcej całkowicie na współczynnikach wkładu. Współczynniki takie mogą obejmować liczbę pracowników, wszelkiego rodzaju koszty (choć zazwyczaj nie związane ze współczynnikami produktu) oraz inne współczynniki, których charakter ilustruje powyższa lista punktowa.

Systemy opieki zdrowotnej działające na zasadzie zakładu przemysłowego mają naturalną skłonność do koncentrowania działań monitorujących na produkcie, a także w sposób bardziej naturalny łączą pomiary kosztów z współczynnikami produktu celem zmierzenia wydajności, opłacalności oraz jakości.

W przypadku projektu EHCI pokuszono się o uzyskanie danych dotyczących jakości rzeczywiście świadczonych usług zdrowotnych. Czyniąc tak, postanowiono skoncentrować się na wskaźnikach, w przypadku których głównym czynnikiem był wkład rzeczywiście świadczonych usług zdrowotnych, natomiast ingerencja czynników zewnętrznych, takich jak styl życia, spożywane pokarmy żywnościowe, konsumpcja alkoholu lub palenie papierosów jest niewielka. 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 rzeczywistej śmiertelności w wyniku zawału serca < 28 dni od dnia hospitalizacji (z pominięciem parametrów takich jak całkowita śmiertelność z powodu chorób serca, w przypadku którego kraje śródziemnomorskie uzyskują z natury rzeczy najlepsze wyniki, prawdopodobnie na skutek związku tych chorób z prowadzonym stylem życia). Użyte pierwotnie dane pochodziły z badania MONICA, ukończonego z wykorzystaniem danych uzyskanych bezpośrednio od organów ochrony zdrowia krajów nie biorących udziału w badaniu MONICA. W przypadku Szwecji, Finlandii, Danii, Austrii oraz kilku innych krajów wykorzystano dużo bardziej aktualne dane pochodzące ze źródeł krajowych, ale przy obniżonym do 8 proc. progu umożliwiającym uzyskanie „zielonych” wyników (zamiast 18 proc.). Na początku lat 90 ubiegłego wieku, wynik 18 proc. był wynikiem

rzeczywiście robiącym wrażenie – 15 lat później, wartość ta poprawiła się znacząco.

Zaskakuje brak bardziej aktualnych danych dotyczących tej najbardziej zabójczej choroby we współczesnej Europie. Health Consumer Powerhouse pragnie życzyć samych sukcesów Europejskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu w podejmowanych przez nie wysiłkach na rzecz Europejskiego Badania Chorób Serca, projektów EUROASPIRE oraz EUROCISS, które najprawdopodobniej zaradzą brakowi danych dotyczących wyników leczenia w tym, jakże istotnym, obszarze.

9. Ewolucja Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia (EHCI)

9.1 Zakres oraz treść EHCI 2005

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

Uwzględnienie wszystkich 25 krajów członkowskich byłoby trudnym zadaniem, zwłaszcza, że wiele z tych krajów dopiero niedawno uzyskało członkostwo w UE, następczaby wiele problemów natury metodologicznej oraz statystycznej.

Celem rankingu EHCI 2005 było znalezienie reprezentatywnej próbki dużych i małych, niedawno przyjętych w poczet krajów członkowskich UE oraz długoletnich krajów członkowskich UE.

Na dokonany wybór, oprócz przedstawionych już powyżej kryteriów, wpływ miało także pragnienie ujęcia w rankingu wszystkich tych krajów członkowskich, których populacja liczyła co najmniej 40 milionów mieszkańców. Ponieważ wszystkie kraje nordyckie mają dosyć zbliżone systemy opieki zdrowotnej, na reprezentanta tych państw 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 oraz/lub oferowane ze środków publicznych czy prywatnych. Na przykład, ranking ten zupełnie nie badał kwestii prywatnych świadczeniodawców usług zdrowotnych (o ile nie miała ona potencjalnego wpływu na czas dostępu do usług lub też wyniki leczenia).

Ważnym wnioskiem wyciągniętym z prac nad rankingiem EHCI 2005 było przekonanie, że istnieje możliwość uzyskania danych i stworzenia indeksu umożliwiającego porównanie oraz przyznanie wyników punktowych narodowym systemom opieki zdrowotnej widzianych z perspektywy konsumenta/pacjenta.

9.2 Zakres oraz treść EHCI 2006 – 2009

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

Zwiększono także liczbę wskaźników, z 20 wykorzystanych w rankingu EHCI 2005 do 28 w rankingu EHCI 2008. Liczba podkategorii pozostała bez zmian i wyniosła pięć: z tą tylko zmianą, że podkategoria „Życzliwość w stosunku do konsumenta” włączona została do podkategorii „Prawa pacjenta i informacje”. Nowa podkategoria - „Szczodrość systemu” (Obejmująca ofertę publicznego systemu opieki zdrowotnej), wprowadzona została dlatego, ponieważ liczni obserwatorzy, nie tylko politycy odpowiedzialni za systemy opieki zdrowotnej w krajach, które oficjalnie przyznały się do problemów z czasem oczekiwania pacjentów, wypowiedzieli się, że brak czasu oczekiwania pacjentów mógł być wynikiem „skąpstwa systemu”. Oznacza to, że narodowe systemy ochrony zdrowia, które okazywały się mniej restrykcyjne w oferowaniu pacjentom pewnych zabiegów operacyjnych, w naturalny sposób miały mniej problemów związanych z listą oczekujących.

Aby sprawdzić powyższe, w roku 2009 nowa podkategoria „Szczodrość publicznych systemów opieki zdrowotnej” nazwana została „Zakresem oraz zasięgiem świadczonych usług”. Problem związany z tą podkategorią sprowadza się do tego, że bardzo łatwo można doprowadzić do sytuacji, gdy zastosowany wskaźnik przekształcił się po prostu w kolejną metodę mierzenia bogactwa narodowego (PKB/mieszkańca).

Wskaźnik „Liczby operacji wymiany stawu biodrowego na 100 000 mieszkańców” jest koronnym przykładem takiej sytuacji. Koszt operacji wymiany stawu biodrowego mieści się w okolicach 7000 € (może być nieco wyższy w Europie Zachodniej – niższy zaś w krajach oferujących niskie uposażenia dla pracowników ochrony zdrowia). Koszt ten, w przypadku choroby która może prowadzić do kalectwa, ale nie zagraża życiu, skutkuje ścisłym związkiem poziomów 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 ilości tego typu zabiegów. Co ciekawe, Belgia – kraj o najmniejszej liczbie problemów związanych z czasem oczekiwania pacjentów, który był najczęściej oskarżany o osiągnięcie takiego wyniku dzięki restrykcyjnej polityce zdrowotnej, dysponuje zdecydowanie najwyższymi (na równi z Kanadą) wskaźnikami świadczenia zabiegów usunięcia zaćmy w krajach OECD.

Aby osiągnąć wyższy poziom wiarygodności informacji, jednym z najważniejszych czynników było stworzenie sieci bezpośrednich kontaktów z narodowymi urzędami opieki zdrowotnej, opartą na bardziej systematycznym podejściu niż miało to miejsce w poprzednich edycjach rankingów EHCI. Słabość danych statystycznych dotyczących europejskich systemów opieki zdrowotnej opisanych w poprzednich raportach dotyczących EHCI można rekompensować jedynie poprzez prowadzenie dogłębnych dyskusji z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska na poziomie narodowych urzędów opieki zdrowotnej.

Ogólnie rzecz ujmując, w latach 2006 - 2008 spotkano się z przychylnością Ministerstw Zdrowia lub ich agend państwowych odpowiedzialnych za nadzór oraz/lub za zapewnienie jakości świadczonych usług zdrowotnych. 19 krajów UE udzieliło pisemnych odpowiedzi na zadane przez nas pytania. Sytuacja ta uległa jeszcze większej poprawie w 2009 roku (patrz dział 9.9.2).

9.3 EHCI 2009

Praca nad Indekssem stanowi kompromis pomiędzy wyborem wskaźników ocenionych jako wskaźniki najbardziej istotne dla zapewnienia informacji o różnych narodowych systemach opieki zdrowotnej ocenianych z perspektywy pacjenta/konsumenta oraz dostępnością danych dla tych wskaźników. Jest to jakby kolejna wersja klasycznego problemu sprowadzającego się do tego „Czy powinniśmy poszukać 100 dolarowego banknotu w ciemnym zaułku, czy też powinniśmy poszukać monety dziesięciocentowej pod latarnią?”.

Za rzecz istotną uznana została konieczność posiadania 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 którym poddano zabiegowi rozpuszczenia skrzepliny lub zabiegowi stentowania, etc.

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

9.4 Wykorzystanie wszystkich wskaźników z zestawienia EHCI 2008

Z łącznej ilości 34 wskaźników wykorzystanych w rankingu EHCI 2008, wszystkie zostały wykorzystane ponownie w Indeksie EHCI 2009.

Pomimo gorącego sprzeciwu niektórych krajów, HCP z dumą utrzymał wskaźnik „Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty” w rankingu EHCI, ponieważ nie istnieją żadne dowody na to, że rola lekarza pierwszego kontaktu ma jakikolwiek wpływ na wydatki związane z opieką zdrowotną. Badania, m.in. przeprowadzone przez Kroneman’a i wsp.² 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”.

9.5 Nowe wskaźniki wprowadzone do EHCI 2009

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

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

Zespół HCP z satysfakcją odnotował, że te same zasady regulują prace związane z nowym niemieckim projektem wskaźników jakości, www.bqs-online.de.

Jak co roku, międzynarodowy panel ekspertów wprowadził długą listę nowych wskaźników, które należałoby włączyć do tegorocznego Indeksu (więcej informacji znajdą państwo w dziale Skład panelu eksperckiego) i odbyła się prawdziwa burza mózgow nad nowymi błyskotliwymi pomysłami, które należałoby włączyć do tegorocznego Indeksu. Niestety, zespół badawczy nie zdołał przekształcić ich w skalę punktową dla kolorów „zielonego-żółtego-czerwonego”. Na przykład wskaźnik „Przyjęcia do szpitala z powodu astmy” (wysoka liczba dająca „czerwony” wynik punktowy) musiał zostać odrzucony z powodu chaosu związanego z różnicami w diagnozie astmy, POChP, zapalenia oskrzeli oraz prawdopodobnie innych schorzeń.

Niemniej jednak, zespół badawczy był w stanie przedstawić dane dla sześciu nowych/zmodyfikowanych wskaźników.

Aby uzyskać dodatkowe informacje oraz opis wskaźników, prosimy zapoznać się z działem [Treść wskaźników w rankingu EHCI 2009](#).

² Kroneman i wsp.: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76 (2006) 72 – 79

Podkategoria 1 (Prawa pacjenta i informacje)

1.8 Poszukiwanie świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług. Ten wskaźnik został przeniesiony z podkategorii „e-Zdrowie” do podkategorii 1 (w której był ujęty w latach 2005 – 2007).

Podkategoria 2 (e-Zdrowie)

Ta podkategoria wprowadzona została w celu podkreślenia faktu, że największa, najbardziej wiedzo-chłonna branża gospodarki (= opieka zdrowotna) jest niewiarygodnie słabo rozwinięta, gdy chodzi o zastosowanie komputerów. Pielęgniarka przetwarza prawdopodobnie sto razy więcej informacji na 8 godzinnej zmianie niż nocny stróż. Niemniej jednak, w wielu krajach nocni stróżowie wyposażeni są w szybkie przenośne komputery, a pielęgniarki już nie. Potencjał usprawnień w wynikach leczenia, bezpieczeństwie pacjenta, racjonalizacji przepływu informacji oraz w innych obszarach dzięki zwiększonemu oraz inteligentnemu wykorzystaniu komputerów jest ogromny.

Ta podkategoria zawiera trzy nowe wskaźniki:

2.3 Czy wyniki badań laboratoryjnych przekazywane bezpośrednio pacjentom za pomocą rozwiązań z zakresu e-Zdrowia?

2.4 Czy pacjenci mają dostęp do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie?

2.5 Czy internetowy dostęp do usług umożliwiających sprawdzenie na jakie kwoty ubezpieczeni zostali lekarze/szpitala?

Podkategoria 4 (Wyniki leczenia)

4.3 Wskaźnik „Stosunek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby [2006]” zastąpił poprzedni 5-letni wskaźnik „Przeżywalności pacjentów z chorobami nowotworowymi”, jako że nie można było zgromadzić nowych danych – najbardziej aktualne są wciąż dane EURO CARE dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 1995 – 1999.

Podkategoria 5 (Zakres i zasięg świadczonych usług)

5.1 „Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej”.

9.6 Wskaźniki obszarów (podkategorie)

Indeks 2009, podobnie jak Indeks 2008, stworzono na podstawie wskaźników zgrupowanych w sześciu podkategoriach. Uległszy „zespołowi braku danych statystycznych” oraz po dokładnej analizie przeprowadzonej przez panel ekspertów, do Indeksu EHCI 2009 włączonych zostało ostatecznie 38 wskaźników.

Tak więc, wskaźniki obszarów w indeksie EHCI 2009 przedstawiają się następująco:

| Podkategoria | Liczba wskaźników |
|--|-------------------|
| 1. Prawa pacjenta i informacje | 9 |
| 2. e-Zdrowie | 6 |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 5 |
| 4. Wyniki leczenia | 7 |
| 5. Zakres i zasięg świadczonych usług („Szczodrość systemu”) | 7 |
| 6. Środki farmaceutyczne | 4 |

9.7 Punktacja zastosowana w EHCI 2009

Wydajność poszczególnych systemów opieki zdrowotnej oceniona została w trzypunktowej skali dla każdego wskaźnika. Stopnie mają raczej oczywiste znaczenie w przypadku koloru „zielonego” = wynik dobry [***], koloru „żółtego” = wynik średni [**] oraz koloru „czerwonego” = wynik niezadawalający [*]. Za kolor „zielony” przyznawano 3 punkty, za „żółty” 2 punkty, a za kolor „czerwony” (lub za pozycję „brak danych”, b.d.) jeden punkt.

Wprowadzenie wskaźnika „2.5 Internetowy dostęp do usług umożliwiających sprawdzenie na jakie kwoty ubezpieczeni zostali lekarze/szpitala”, oraz 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”, wymogło wprowadzenie nowego wyniku punktowego w rankingu EHCI 2009: „nie ma zastosowania/nie dotyczy”. Liczne kraje dysponujące systemem opieki zdrowotnej finansowanym z płaconych przez obywateli podatków, nie posiadają ubezpieczycieli, u których można się ubezpieczyć. Z tego właśnie powodu kraje te uzyskują wynik „n.d.”, dający 2 punkty. Taki wynik punktowy zastosowano także dla wskaźnika 1.8 w przypadku krajów niebędących członkami UE.

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

Następnie, wyniki dla wszystkich podkategorii pomnożono przez współczynniki wagi wskaźników (podane w następnym dziale) i dodano, otrzymując ostateczny wynik punktowy danego kraju. Potem pomnożono je przez 100 oraz zaokrąglono do trzycyfrowych liczb całkowitych, tak by „zielony” wynik punktowy uzyskany we wszystkich 38 wskaźnikach dawał 1000 punktów.

9.8 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 pomnożeniu 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, które z wskaźników należy uznać za wskaźniki o większej wadze. Opierając się głównie na dyskusjach prowadzonych z członkami panelów eksperckich oraz na doświadczeniach związanych z licznymi badaniami opinii pacjentów postanowiono, że głównymi kandydatami do przyznania wyższych współczynników wagi będą podkategorie dostępności oraz wyników leczenia. W tym przypadku, podobnie jak dla całości Indeksu, jesteśmy otwarci na informacje dotyczące tego jak poprawić metodologię Indeksu.

W rankingu EHCI 2009, wynikiem punktowym dla sześciu podkategorii przyznano następujące wagi:

| Podkategoria | Względna waga (maksymalna liczba punktów w danej podkategorii) | Punkty przyznane za „zielony” wynik punktowy w danej podkategorii |
|---|--|---|
| Prawa pacjenta i informacje | 175 | 19,44 |
| e-Zdrowie | 75 | 12,50 |
| Czas oczekiwania na leczenie | 200 | 40,00 |
| Wyniki leczenia | 250 | 35,71 |
| Zakres i zasięg świadczonych usług („Szczodrość systemu”) | 150 | 21,43 |
| Środki farmaceutyczne | 150*) | 37,50 |
| Całkowita suma wag | 1000 | |

*) 15% to typowy udział budżetów europejskich systemów opieki zdrowotnej przypadający na środki farmaceutyczne

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

Należy zauważyć, że w wyniku tego, że niewiele krajów wypada doskonale w jednej podkategorii, a słabo w innych, ostateczny ranking krajów przedstawiony w EHCI 2009 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” oraz „czerwonego”, takimi jak 2, 1 oraz 0 (które byłyby naprawdę krzywdzące dla systemów o niskiej wydajności), a także 4, 2 oraz 1 (które byłyby bardzo korzystne dla najlepszych systemów). Nawet podczas tych eksperymentów ostateczny ranking okazał się niezwykle stabilny.

9.8.1 Różnice regionalne w krajach UE

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

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

Ocenianie systemów opieki zdrowotnej krajów europejskich związane jest z pewnym ryzykiem syndromu: „jeśli jedną stopę włożyć do wiadra z lodem a drugą postawić na rozgrzanym talerzu, to uśredniając powinieneś czuć się całkiem komfortowo”.

Problem ten byłby jeszcze bardziej wyraźny, gdyby do Konsumenckiego Indeksu Zdrowia włączyć Stany Zjednoczone, rozpatrywane jako jeden kraj.

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

9.9 Definicje wskaźników oraz źródła danych wykorzystanych w EHCI 2008

Należy zauważyć, że ranking na 2009 rok różni się od wcześniejszych edycji EHCI, ponieważ HCP otrzymała znacznie więcej informacji zwrotnych od narodowych urzędów ochrony zdrowia z prawie wszystkich 33 krajów ujętych w indeksie. W tych przypadkach, odpowiedzi udzielone w ankiecie zleconej przez Patient View 2009 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.

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła informacji |
|--------------------------------|--|---|--|---|--|--|
| 1. Prawa pacjenta i informacje | 1.1 Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta | Czy krajowe ustawodawstwo w sposób wyraźny wyrażone jest w kategoriach praw pacjentów? | Tak | Różne rodzaje kart pacjenta lub podobne zarządzania | Nie | http://europatientrights.eu/about_us.html ; Ustawa o prawach pacjenta [Załącznik 1 do raportu EHC]; http://www.healthline.com/galecontent/patient-rights-1 ; http://www.adviceguide.org.uk/index/family_parent/health/nhs_patients_rights.htm ; www.dohc.ie ; http://www.sst.dk/Tilsyn/individuel_tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx ; http://db2.doyma.es/PDF/2617261v1n2a13048764pdf001.pdf |
| | 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 2009. Krajowe urzędy ochrony zdrowia; |
| | 1.3 Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej | Czy pacjenci otrzymują odszkodowanie bez pomocy sądu, dotyczącej dowiedzenia, że personel medyczny popełnił błąd? | Tak | Dostatecznie (np. > 25% kalcetwa pokryty przez państwo) | Nie | Swedish National Patient Insurance Co. (Wszystkie kraje nordyckie mają ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); www.hse.ie ; www.higa.ie . W Austrii Rzecznik Praw Pacjenta może przyznać odszkodowanie < KEUR 36. Krajowe urzędy ochrony zdrowia; |
| | 1.4 Prawo do drugiej opinii | | Tak | Tak, ale jest ona trudno dostępna w wyniku niedostatecznych informacji biurokracji lub niechęci lekarzy | Nie | Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2008; Health and Social Campaigners', News International; globalne systemy opieki zdrowotnej z perspektywy użytkowników, Patient View 2005. Krajowe urzędy ochrony zdrowia; |
| | 1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej | Czy pacjenci mają dostęp do swojej dokumentacji medycznej? | Tak, pacjenci otrzymują kopie, prosząc o nią swojego lekarza | Tak, wymaga pisemnego wniosku lub dostępna jest do przejrzenia jedynie pod nadzorem lekarza | Nie, nie ma takiego prawa ustawowego | Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2009. Health and Social Campaigners', News International; globalne systemy opieki zdrowotnej z perspektywy użytkowników, Patient View 2005. Krajowe urzędy ochrony zdrowia; |

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła 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 prawdziwym 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 Patient View przez HCP 2009. Krajowe rejestry lekarzy: http://www.sst.dk/Tilsyn/individuel_tilsyn/Tilsyn_med_faglighed/Skaerpet_tilsyn/Liste.aspx ; http://www.ntpf.ie ; |
| | 1.7 Internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej | Informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć następujące decyzje: „Zażycie paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast jadę do SOR najbliższego szpitala” | Tak | Tak, ale nie są one powszechnie dostępne | Nie | Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia; 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 wybrać leczenie w innym państwie UE?” | Tak, w tym operacje planowe przeprowadzane w szpitalu | Tak, ale po wstępnej akceptacji, którą zwykle uzyskuje się bez kłopotu lub ograniczone do zabiegów ambulatoryjnych | Tak, po wstępnej akceptacji lub w bardzo ograniczonym zakresie (formy opieki zdrowotnej nie oferowane w kraju zamieszkania pacjenta) | Badanie zlecone Patient View przez HCP 2009 na potrzeby Indeksu Opieki Kardiologicznej. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonej usługi | „Dr Foster” w Wielkiej Brytanii, to typowy przykład „zielonego” wyniku punktowego „750 najlepszych kliników” opublikowany przez LePoint we Francji uzyskuje „złoty” wynik punktowy | Tak | „Niezbud” ale pracę nad takimi katalogami są w toku | Nie | http://www.drfooster.co.uk/home.aspx ; http://www.undhedskvalitet.dk ; http://www.bgs-online.de ; http://www.sykehusvaig.no/sidemaler/Visstatistikinformasjon 2109.aspx; http://www.higa.ie/ ; http://212.80.128.9/gestion/ges161000.htm . Narodowe agencje ochrony zdrowia; |
| 2. e-Zdrowie | 2.1 Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej | Proc. praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych, wykorzystujących elektroniczne dane medyczne do postawienia diagnozy | ≥ 90% praktyk lekarskich rodzinnych | < 90 ≥ 50% praktyk | < 50% praktyk | http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf ; http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11 ; www.icgpe.ie/CommonwealthFundInternationalHealthPolicySurveyofPrimaryCarePhysicians/BenchmarkingICTuseamongGPsinEurope ; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy (s. 60), Gartner Group; |

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła informacji |
|---------------------------------|--|---|----------------------------------|--|--------------------------|---|
| 2. e-Zdrowie | 2.2 Elektroniczny transfer danych medycznych pomiędzy pracownikami służby zdrowia | Proc. praktyk lekarzy rodzinnych wykorzystujących sieć do transferu danych medycznych do usługodawców/lekarzy | ≥ 5% praktyk lekarzy rodzinnych | < 25 ≥ 10% praktyk lekarskich | < 10% praktyk lekarskich | „Benchmarking ICT use among GPs” in Europe; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy [s. 45], Gartner Group, Cambio, Szwecja; |
| | 2.3 Wyniki badań laboratoryjnych przekazywane bezpośrednio pacjentom za pomocą rozwiązań z zakresu e-Zdrowia | Czy pacjenci otrzymują wyniki na skrzynkę pocztową czy muszą osobiście zalogować się na stronę internetową? | Tak, szeroko dostępna | Usługa oferowana tylko przez niektóre szpitale/laboratoria | Nie lub bardzo rzadko | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 2.4 Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie | Czy pacjenci mogą zarezerwować wizytę u lekarza przez Internet? | Tak, szeroko dostępna | Usługa oferowana tylko przez niektóre szpitale/laboratoria | Nie lub bardzo rzadko | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 2.5 Internetowy dostęp do usług umożliwiających sprawdzenie jakimi kwotami szpitale/lekarze obciążyli ubezpieczyciela pacjenta | Czy pacjenci mogą sprawdzić w Internecie ile środków finansowych usługodawcy ściągnęli z ich ubezpieczenia zdrowotnego? | Tak | W przypadku niektórych usługodawców, w przypadku niektórych ubezpieczycieli lub "Nie ma zastosowania" (np. w systemach finansowanych z podatków) | Nie | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 2.6 e-Recepty | Proc. praktyk lekarzy rodzinnych korzystających z sieci elektronicznych do wypisywania recept dla aptek | ≥ 50% praktyk lekarzy rodzinnych | < 50 ≥ 5% praktyk lekarskich | < 5% praktyk lekarskich | „Benchmarking ICT use among GPs” in Europe; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy [s. 45], Gartner Group, Cambio, Szwecja; |
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 3.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu | Czy mogę liczyć na to, że mój lekarz rodzinny przyjmie mnie dzisiaj? | Tak | Tak, ale nie całkowicie realizowana | Nie | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 3.2 Bezpośredni dostęp do lekarza specjalisty | Bez skierowania od lekarza rodzinnego | Tak | Dostęp często lub dla ograniczonej liczby specjalności | Nie | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła informacji |
|---------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| 3. Czas oczekiwania na leczenie | 3.3 Poważne, nie nagłe zabiegi operacyjne < 90 dni | Pomostowanie aortalno-więńcowe/ PTCA oraz wymiana stawu biodrowego/ kolanowego | 90% < 90 dni | 50-90% < 90 dni | > 50% > 90 dni | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 3.4 Leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni | Czas do otrzymania radioterapii/ chemioterapii od decyzji o jej przyznaniu | 90% < 21 dni | 50-90% < 21 dni | > 50% > 21 dni | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 3.5 Badanie TK < 7 dni | | Zwykłe < 7 dni | Zwykłe < 21 dni | Zwykłe > 21 dni | Badanie zlecone Patient View 2009 przez HCP. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| 4. Wyniki leczenia | 4.1 Rzeczywista śmiertelność z powodu zawału serca | 28 (30) dniowa rzeczywista śmiertelność pacjentów hospitalizowanych z zawałem mięśnia sercowego | Zdecydowanie lepsza od średniej UE | Niezbýt odległa od średniej UE | Zdecydowanie niższa od średniej UE | Zestawienie na podstawie OECD Health at a Glance; grudzień 2007; MONICA, Krajowe rejestry zawałów serca; |
| | 4.2 Śmiertelność niemowląt | /1000 żywych urodzeń | < 4 | < 6 | ≥ 6 | Baza danych dot. śmiertelności WHO Europe Health for All, sierpień 2009, najnowsze dostępne dane statystyczne. http://globalis.gvu.unu.edu/indicator_detail.cfm?indicatorID=25&Country=BE ; |
| | 4.3 Stosunek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do zapadalności na te choroby - 2006 | Zgony spowodowane chorobą nowotworową/ liczba nowych przypadków chorób nowotworowych (2006) | ≤ 0,45 | 0,45 - 0,50 | ≥ 0,50 | J. Ferlay i wsp., Annals of Oncology, 2007; |
| | 4.4 Utraczone potencjalne lata życia (PYLL) | Wszystkie przyczyny, utraczone lata życia /100000 mieszkańców, 0-69 | < 3300 | 3300 - 4500 | > 4500 | OECD Health Data 2009; Non-OECD: WHO HFA sierpień 2009; współczynnik SDR dla wszystkich przyczyn zgonów na 100000, osoby w wieku 0-69; |
| | 4.5 Infekcje MRSA | Wyniki badań wrażliwości izolatów klinicznych gronkowca złocistego, proc. | < 5% | < 20% | > 20% | EARSS, wrzesień 2009 (dane za rok 2008); |

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła informacji |
|---------------------------------------|--|--|---|--------------------------|---|---|
| 4. Wyniki leczenia | 4.6 Wskaźnik spadku ilości samobójstw | Inklinacja linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw 1995 - najnowsze dostępne dane | Zdecydowanie ujemny | Łagodnie ujemny | Dodatni (zwiększony wskaźnik samobójstw) | MINDFUL, WHO HFA Mortality database, styczeń 2009; |
| | 4.7 Proc. diabetyków z dużymi stężeniami hemoglobiny glikowanej HbA1c | Całkowity odsetek populacji diabetyków ze stężeniem HbA1c powyżej 7 | < 50% | 50-60% | > 60% | EUCID, Rozmowy prowadzone z krajowymi ekspertami ds. cukrzycy oraz urzędnikami ochrony zdrowia, rejestry krajowe; |
| 5. Zakres i zasięg świadczonych usług | 5.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej | Wydatki publiczne na ochronę zdrowia jako proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia | ≥ 80% | < 80% - > 70% | ≤ 70% | Baza danych WHO HFA, sierpień - 09; |
| | 5.2 Operacje zaćmy na 100 000 mieszkańców w wieku powyżej 65 lat | Całkowita liczba zabiegów podzielona przez 100000 mieszkańców w wieku > 65 roku życia | > 5000 | 5000 - 3000 | < 3000 | OECD Health Data 2009, baza danych WHO HFA, sierpień - 09, WHO Prevention of Blindness and Visual Impairment Programme, European Community Health Indicators; |
| | 5.3 Szczepienia niemowląt | Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi oraz polio - średnia arytmetyczna | ≥ 97% | ≥ 92% - ≤ 97% | < 92% | Baza danych WHO HFA, sierpień -09; |
| | 5.4 Przeszczepy nerek na milion mieszkańców | Żyjący i zmarli dawcy, procedury p.m.p. | ≥ 40 | 40 - 30 | < 30 | OECD Health Data 2009, biuletyn rady Europy 13/2008, Chorwacki rejestr terapii nerkozastępczych, Rozenal R; Oddawanie i przeszczepy narządów na Litwie 2006; |
| | 5.5 Czy opieka stomatologiczna wiązana jest do oferty publicznej ochrony zdrowia | Czy opieka stomatologiczna dotowana jest na tych samych warunkach co opieka somatyczna (pacjenci w wieku 20-64 lat)? | Tak, pod względem finansowym traktowana jest tak jak inne formy opieki zdrowotnej | Refundacja > 40% kosztów | Dla osób w wieku 20-64 lat opieka w zasadzie sprowadza się do wizyt w gabinetach prywatnych | European Observatory HIT Reports, Krajowe agencje ochrony zdrowia; |

| Pod-kategoria | Wskaźnik | Komentarz | Wynik 3 | Wynik 2 | Wynik 1 | Główne źródła informacji |
|---------------------------------------|---|--|--------------------------------|--|---------------------------------|---|
| 5. Zakres i zasięg świadczonych usług | 5.6 Wskaźnik przeprowadzania badań mamnograficznych | Odsetek kobiet w wieku 50-69 lat poddanych badaniom przesiewowym, najbardziej aktualne dane: wartość docelowa dla Europy wynosi 70% | ≥ 80% | < 80% - > 60% | ≤ 60% | OECD Health Data 2009; WHO World Health Survey 2006; |
| | 5.7 Nieformalne opłaty świadczone lekarzom | Średnia odpowiedzi na pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?” | Nie! | Czasami, zależy to od konkretnej sytuacji | Tak, często | Badanie zlecone Patient View przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| 6. Środki farmaceutyczne | 6.1 Refundacja leków sprzedawanych na receptę | Odsetek całkowitego obrotu lekami Rx (na receptę) refundowanymi ze środków publicznych | > 90% | 60 - 90% | < 60% | http://www.efpia.org/6/publ/mfigure2004h.pdf 2005 update.; Baza danych WHO HFA 2005 http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/statistic/overaagning/udgifter/2007-1/2007-1.aspx ; Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 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 | Tak, ale nie jest łatwo dostępna lub często konsultowana | Nie | www.fass.se oraz, podobne witryny internetowe innych krajów. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |
| | 6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych | | Intensywniejsze niż średnia UE | Zbliżone do średniej UE | Mniej intensywne niż średnia UE | „A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs”, luty 2009, Nils Wilking & Bengt Jönsson, Karolinska Institute, Sztokholm; |
| | 6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację) | Czas pomiędzy rejestracją a włączeniem do systemu refundacji | < 150 dni | < 300 dni | > 300 dni | Raport fazy 6, luty 2007. PATIENTS W.A.I.T. Wskaźnik, którego opracowanie zlecił EFPIA. IMS Global Consulting. „A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs”, luty 2009, Nils Wilking & Bengt Jönsson, Karolinska Institute, Sztokholm. Krajowe agencje ochrony zdrowia; |

Tabela 9.8: Definicje wskaźników i źródła danych dla ranking EHCI 2008

9.9.1 Dodatkowe gromadzenie danych – badanie ankietowe

Poza danymi uzyskanymi z ogólnie dostępnych źródeł, podobnie jak miało to miejsce w przypadku Indeksów 2005 - 2008, organizacja Patient View (PV) zleciła Organizacjom Reprezentującym Pacjentów przeprowadzenie ankiety internetowej. Patient View ma swoją siedzibę w Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Walia, Tel: 0044-(0)1547-520-965, E-mail: info@patient-view.com. W 2009 roku, w ankiecie tej ujęto pięć wskaźników dla podkategorii „Czas oczekiwania”, nowe wskaźniki dla podkategorii „e-Zdrowie”, a także inne wskaźniki wymienione w załączniku 1. Udział w ankiecie zadeklarowały w sumie 602 organizacje reprezentujące pacjentów. Najniższa liczba odpowiedzi uzyskanych od pojedynczego kraju wyniosła 4 (Albania oraz Islandia), poza Byłą Jugosłowiańską Republiką Macedonii, w przypadku której otrzymano tylko jedną odpowiedź.

Edycja 2009 tym różni się od poprzednich edycji EHCI, że w roku 2009 uzyskaliśmy dużo więcej dokładniejszych informacji zwrotnych od Krajowych Agencji Ochrony Zdrowia niż w minionych latach. 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 dużą ilość 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 sytuacji przedstawionej przez źródła oficjalne, wyniki ankiety PV wykorzystywane były jedynie do modyfikacji wyników punktowych opartych na danych otrzymanych z oficjalnych źródeł danego kraju. W rezultacie, w przeciwieństwie do rankingu 2008, ankieta PV nie wykorzystana została jako źródło danych CUTS (Patrz dział 9.11) dla wskaźników określających czas oczekiwania pacjentów oraz również dla innych wskaźników (poza wskaźnikiem „5.7 Nieformalne opłaty świadczone lekarzom”). Jednakże, w przypadku nowych wskaźników dla podkategorii „e-Zdrowie” – 2.4 oraz 2.5 – odpowiedzi udzielone w ankiecie PV okazały się być bardzo istotnym źródłem informacji, ponieważ Europa (oraz poszczególne kraje) cierpi na brak dostępnych danych statystycznych dla tych wskaźników.

9.9.2 Dodatkowe gromadzenie danych – informacje zwrotne uzyskane od Ministerstw/Agencji Krajowych

Wstępne tabele punktowe zostały 2 lipca 2009 roku przesłane do Ministerstw Zdrowia lub agencji państwowych we wszystkich 33 krajach ujętych w rankingu. Stworzyło to możliwość uzyskania bardziej aktualnych danych oraz/lub wyższej jakości danych niż w przypadku danych pochodzących ze źródeł ogólnodostępnych.

Do procedury tej przygotowywano się wiosną i latem 2009 roku, poprzez intensywną wymianę korespondencji listowej i elektronicznej, prowadzenie rozmów telefonicznych oraz poprzez wizyty w ministerstwach/agencjach. Ostatecznie otrzymaliśmy informacje zwrotne pochodzące z oficjalnych źródeł krajowych, w formie zwracanych „tabeli punktowych dla pojedynczych krajów” oraz/lub poprzez dyskusje prowadzone w trakcie osobistych wizyt w Ministerstwach Zdrowia/agencjach krajowych. Poniższa tabela przedstawia udzielanie informacji przez źródła oficjalne:

| Kraj | Udzielił odpowiedzi w 2006 roku | Udzielił odpowiedzi w 2007 roku | Udzielił odpowiedzi w 2008 roku | Udzielił odpowiedzi w 2009 roku |
|------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Albania | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | √ |
| Austria | | √ | √ | √ |
| Belgia | √ | | | √ |
| Bułgaria | nie dotyczy | √ | | √ |
| Chorwacja | nie dotyczy | nie dotyczy | √ | √ |
| Cypr | √ | | | √ |
| Republika Czeska | √ | | √ | |
| Dania | | √ | √ | √ |
| Estonia | √ | √ | √ | √ |
| Finlandia | √ | √ | √ | √ |
| Francja | | √ | | |
| B.J.R. Macedonii | nie dotyczy | nie dotyczy | | √ |
| Niemcy | | | | |
| Grecja | | | √ | √ |
| Węgry | √ | √ | √ | √ |
| Islandia | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | √ |
| Irlandia | | √ | √ | √ |
| Włochy | | | | √ |
| Łotwa | √ | | | √ |
| Litwa | | √ | √ | √ |
| Luksemburg | | √ | √ | √ |
| Malta | √ | √ | | |
| Holandia | √ | | | √ |
| Norwegia | nie dotyczy | | | |
| Polska | √ | √ | √ | √ |
| Portugalia | √ | | | √ |
| Rumunia | nie dotyczy | √ | √ | √ |
| Słowacja | | √ | | |
| Słowenia | √ | | √ | √ |
| Hiszpania | | √ | | |
| Szwecja | | | | |
| Szwajcaria | | | √ | |
| Wielka Brytania | | √ | | |

Tabele wyników przesłane krajowym agencjom ochrony zdrowia zawierały jedynie wyniki punktowe dla danego kraju. Dopuszczano możliwość wnoszenia poprawek, ale wyłącznie w formie rzeczywistych danych. Nie była natomiast dozwolona zwykła zmiana wyniku punktowego [często z poziomu „czerwonych” wyników na coś lepszego]. Nieoczekiwanie okazało się, że często przeważała zwykła uczciwość i wyniki korygowane były w stronę niższych wartości punktowych.

9.10 Ustawienia wartości progowych

Nie zamierzaliśmy stworzyć uniwersalnej, opartej o podstawy naukowe, zasady umożliwiającej ustalenie wartości progowych umożliwiających uzyskanie „zielonych”, „żółtych” lub „czerwonych” wyników punktowych dla różnych wskaźników. Wartości progowe ustalone zostały po przeanalizowaniu rzeczywistych rozkładów wartości parametrów, tak 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, przedstawione w kolejności rosnącej. Powstała w ten sposób krzywa ma zwykle kształt litery „S” i jest następnie analizowana pod kątem występujących w niej przewężeń, które mogą być charakterystyczne dla grupy państw. Przewężenia takie często traktowane są jako wartości początkowe wyników punktowych. Nieznacznie preferowane są także wartości progowe charakteryzujące się liczbami parzystymi.

Wydajność krajowych systemów opieki zdrowotnej oceniona została na podstawie skali trzypunktowej dla każdego wskaźnika (patrz dział Punktacja).

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

Następnie, wyniki uzyskane w podkategoriach zostały pomnożone przez współczynniki wagi podane w następnym dziale i dodane, tak by uzyskać całkowity wynik punktowy danego kraju. Tak uzyskane wyniki pomnożono przez 1000/sumę wag wskaźników (patrz dział 5.2.1) oraz zaokrąglono do trzycyfrowej liczby całkowitej, uzyskując system punktacji, w którym kraj uzyskujący „wszystkie zielone wyniki” zdobywa 1000 punktów (natomiast kraj uzyskujący „wszystkie czerwone wyniki” 333 punkty).

Jednym z powodów (mniej znaczących) stworzenia tej nieco złożonej metodologii przyznawania punktacji był element „konkurencyjności” Indeksu Opieki Kardiologicznej (Heart Index), obniżający prawdopodobieństwo zajęcia tego samego miejsca przez dwa lub więcej kraje. Dla przykładu, Konkurs Piosenki Eurowizji zmienił punktację w tym samym kierunku, po tym jak cztery kraje zajęły ex-aequo cztery pierwsze miejsca w 1969 roku.

Na koniec należy nadmienić, że HCP jest organizacją motywowaną przez wartości. Wierzymy w przyznawanie praw i możliwości wyboru pacjentowi/konsumentowi. Podejście to kładzie najwyższy nacisk na usługi zdrowotne charakteryzujące się wysoką jakością i powszechną dostępnością. Jak ilustruje wskaźnik „Jakość informacji o świadczeniodawcach usług zdrowotnych”, takie podejście prowadzi czasami do włączenia do rankingu takich wskaźników, w przypadku których jedynie niewielka liczba krajów, uzyskuje „zielone” wyniki punktowe (w tym przypadku jedynie Dania, Niemcy oraz Holandia).

9.11 Źródła danych „CUTS”

Jeśli tylko pojawiała się taka możliwość, starano się tak prowadzić proces zbierania danych, aby spełniały one kryteria „CUTS” (dane pochodzące z obszernego, jednorodnego, wiarygodnego źródła). Jeśli dane określające podstawowy dla danego wskaźnika parametr dostępne są dla wszystkich, lub większości z 29 krajów w jednym, wiarygodnym źródle, zdecydowanie preferuje się wykorzystać dane CUTS jako podstawę wyniku punktowego dla danego wskaźnika. Do danych CUTS zaliczymy dane EUCID, bazy danych WHO, dane OECD Health, specjalne badania Eurobarometru oraz publikacje naukowe wykorzystujące jasno określoną oraz 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 33 źródeł krajowych, nawet jeśli tymi źródłami są Ministerstwo Zdrowia lub Krajowe Agencje Ochrony Zdrowia/Statystyczne, na ogół prowadzi do zakłócenia spójności tak uzyskanych danych. Powszechnie spotykanym problemem staje się uzyskanie precyzyjnych odpowiedzi z wielu źródeł, nawet jeśli źródła te udzielają odpowiedzi na

to samo pytanie. Na przykład, w przypadku Europejskiego Konsumenckiego Indeksu oceniającego Opiekę i Leczenie Chorych na Cukrzycę z 2008 roku trudno było znaleźć odpowiedzi dla wskaźników takich jak: „Czy w waszym kraju pracują pielęgniarki dyplomowane?”, lub „Czy w waszym kraju podiatria (leczenie zespołu stopy cukrzycowej) jest uznaną specjalizacją medyczną?”. Powód takiego stanu rzeczy jest bardzo prosty: definicje pielęgniarki diabetologicznej lub diabetologa podiatry oraz ilość wiedzy, którą należy przyswoić, a także liczba szkoleń, które należy ukończyć aby spełnić kwalifikacje zawodowe tych profesji różnią się w każdym z krajów. Należy podkreślić, że także w przypadku zidentyfikowania danych CUTS dla danego wskaźnika, dane te poddawane są analizie polegającej na zastosowaniu procedur weryfikacji opartych na niezależnych źródłach, ponieważ wielokrotnie zdarzały się już sytuacje, w których dzięki danym uzyskanym ze źródeł krajowych lub publikacji naukowych udało się nam zdobyć nowsze oraz/lub bardziej precyzyjne dane.

9.11.1 Czynniki „Skrzyni biegów Rolls-Royce’a”

Innym powodem naszych preferencji w stosowaniu danych CUTS kiedy to tylko możliwe, jest ten sam powód dla którego Rolls-Royce (w okresie poprzedzającym przejęcie firmy przez BMW) nie konstruował własnych skrzyń biegów. Przyczynę takiego stanu rzeczy firma określiła w następujący sposób: „Po prostu nie jesteśmy w stanie skonstruować skrzyni biegów, która byłaby lepsza od skrzyń biegów, które możemy uzyskać od zewnętrznych dostawców, i dlatego właśnie nie wytwarzamy ich sami”. W sytuacji niewielkiej organizacji jaką jest HCP, ten sam dylemat pojawiłby się w przypadku wskaźnika, dla którego pytanie sformułowane w Badaniu Eurobarometru, informacje w bazie danych WHO HfA, oraz w innych danych CUTS, obejmują wszystkie wymagane dla niego parametry.

9.12 Treść wskaźników ujętych w EHCI 2009

Zespół badawczy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowotnego 2009 gromadzi dane na temat 38 wskaźników wydajności systemu opieki zdrowotnej, grupując je w strukturę sześciu podkategorii. Każda z tych podkategorii jest odzwierciedleniem pewnej logicznej spójności, np. „Wyniki leczenia”, czy też implementacja rozwiązań z zakresu „e-Zdrowia”.

W niniejszym raporcie wskaźnikom tym nadano numery, tak aby ułatwić czytelnikowi przejrzyste zapoznanie się z nimi.

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

9.12.1 Prawa pacjentów i informacje

Poniższa podkategoria bada zdolność systemu opieki zdrowotnej do zapewnienia pacjentowi pozycji, która jest wystarczająco mocna, aby zmniejszać nierówności informacyjne pomiędzy pacjentem a pracownikiem służby zdrowia. Dlaczego HCP darzy tę podkategorię szczególną sympatią? Ponieważ wskaźnik ten należy do grupy wskaźników niezależnych od PKB. Nawet najbardziej rozwinięte kraje mogą pozwolić sobie na przyznanie pacjentom silnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej; Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia po raz kolejny jest dowodem słuszności powyższego stwierdzenia.

Podkategoria ta zawiera dziewięć 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.?

Źródło danych: http://europatientrights.eu/about_us.html; Ustawa o prawach pacjenta (Załącznik 1 do raportu EHCI); Krajowe agencje ochrony zdrowia, badania oparte na zasobach internetowych, analiza czasopism. Dane niezaliczające się do danych 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 zachęca się do angażowania w proces decyzyjny. Czasami robią to na podstawie przepisów prawa, czasami robią to w sposób nieformalny, ale zwykle robią to w sposób formalny oznaczający brak realnej ingerencji lub w ogóle nie uczestniczą w całym procesie.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2009. Krajowe urzędy ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

1.3 Ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej

Czy pacjenci otrzymują stosowne odszkodowania bez pomocy ze strony wymiaru sprawiedliwości? Czy warunkiem wstępnym uzyskania odszkodowania jest dowiedzenie, który z pracowników ochrony zdrowia popełnił błąd? Co roku, pracownicy zespołu badawczego HCP spotykają się z wysokimi urzędnikami ochrony zdrowia, którzy nigdy nie słyszeli o systemie ubezpieczeń od niezawinionych błędów lekarskich, takich jak system działający w krajach nordyckich.

Źródło danych: Swedish National Patient Insurance Co. (Wszystkie kraje nordyckie mają ubezpieczenia od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej); www.hse.ie; www.higa.ie. Krajowe urzędy 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, niecodziennie stosowana praktyka, czy też może prawo to opiera się na od dawna obowiązującej zasadzie prawnej?

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2008; Health and Social Campaigners', News International: globalne systemy opieki zdrowotnej z perspektywy użytkowników, Patient View 2005. Krajowe urzędy ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

1.5 Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej

Czy pacjenci mają łatwy dostęp oraz możliwość zapoznania się z własną dokumentacją medyczną?

Trudno w to uwierzyć, ale w niektórych miejscach w Europie osobista dokumentacja medyczna pacjenta jest chroniona tak bardzo, że pacjent nie ma dostępu do swoich własnych danych medycznych. Jest to o tyle niezwykle, że dyrektywa o ochronie danych jednoznacznie stwierdza, że przepisy powinny nadać pacjentowi takie prawo. W innych krajach, pacjenci także pozbawieni są dostępu do takiej dokumentacji, ale przynajmniej nie wmawia się im że to dla ich własnego dobra.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2009. Health and Social Campaigners', News International: globalne systemy opieki zdrowotnej z perspektywy użytkowników, Patient View 2005. Krajowe urzędy ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych oraz informacji prasowych. Dane non-CUTS.

1.6 Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu

Czy społeczeństwo ma łatwy dostęp do informacji takich jak: „Czy lekarz X jest prawdziwym specjalistą?”. Uzyskanie odpowiedzi na to pytanie wymaga istnienia usługi internetowej/telefonicznej. Internetowe spisy (Yellow pages) nie dają „zielonego” wyniku - za wyjątkiem Luksemburga gdzie rozdział poświęcony lekarzom recenzowany jest co roku przez Ministerstwo Zdrowia. Rejestr taki jest bardzo prosty do stworzenia, a jego realizacja nie jest związana z dużymi kosztami, ale wciąż bardzo trudno znaleźć źródła informacji.

Źródło danych: Patient's Perspectives of Healthcare Waiting times in Europe; badanie zlecone Patient View przez HCP 2009. Krajowe rejestry lekarzy, Krajowe agencje ochrony zdrowia; badania zasobów internetowych oraz informacji prasowych. Dane non-CUTS.

1.7 Internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej

Prosty opis tego wskaźnika wykorzystany w poprzednich edycjach nie uległ zmianie w 2008 roku: informacje, które mogą pomóc pacjentom podjąć następujące decyzje: „Zażyję paracetamol i poczekam co się wydarzy” lub „Natychmiast jadę do SOR najbliższego szpitala”. Najpełniejsza usługa tego rodzaju oferowana jest przez British NHS Direct.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów; badanie zlecone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia, badania oparte na zasobach internetowych. Dane non-CUTS.

1.8 Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania

Po ukazaniu się dyrektywy UE dotyczącej transgranicznej opieki zdrowotnej wiosną 2009 roku, ponownie wprowadzono wskaźnik mobilności transgranicznej w formie jaką miał on w 2007 roku. Jedynymi krajami, które uzyskały „zielone” wyniki są Dania, Luksemburg oraz Holandia. W okresie pomiędzy listopadem 2008 roku a czerwcem 2009 roku, Dania czasowo zawiesiła wprowadzone przez siebie w 2007 roku prawo dotyczące swobodnej mobilności w UE. Obecnie jednak uzyskało ono ponownie moc obowiązującą. „Zielony” wynik punktowy uzyskany przez Luksemburg może wydawać się „oszustwem”, ale w sektorach publicznych podatnych na insourcing, zdroworozsądkowe powstrzymanie się tego kraju od tworzenia własnych, pełnych usług zdrowotnych (na które Luksemburg z całą pewnością mógłby sobie pozwolić) i pozwalanie swoim obywatelom na szukanie usług zdrowotnych w krajach sąsiednich, zasługuje na prawdziwe uznanie.

Źródło danych: Badanie zlecone Patient View przez HCP na potrzeby Europejskiego Indeksu Opieki Kardiologicznej 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

1.9 Katalog świadczeniodawców z rankingiem świadczonych usług

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

W 2009 roku, przykładów takich organizacji było już nieco więcej, przy czym Health Consumer Powerhouse jest przekonany, że przykładem godnym najwyższej uwagi jest duńska organizacja dostępna pod adresem www.sundhedskvalitet.dk, która ocenia szpitale przyznając im od * do *****, tak jak w przypadku hoteli, podając wskaźniki poziomu usług, a także uzyskiwane wyniki leczenia, w tym wskaźniki rzeczywistej śmiertelności dla niektórych zdiagnozowanych chorób. Najbardziej imponującym elementem tego systemu jest to, że umożliwia on obywatelom wybranie za pośrednictwem Internetu bezpośredniego numeru telefonu do dyrektorów klinik.

W 2009 roku duńska www.sundhedskvalitet.dk, pozostaje standardowym europejskim przykładem „zielonego” wyniku punktowego. „750 najlepszych klinik” opublikowany przez LePoint we Francji uzyskuje „żółty” wynik punktowy, podobnie jak organizacje w ośmiu innych krajach europejskich. Pozostałe kraje uzyskują dla tego wskaźniki zdecydowanie „czerwone” wyniki punktowe.

Źródło danych: <http://www.drfooster.co.uk/home.aspx>; <http://www.undhedskvalitet.dk>;
<http://www.bgs-online.de>; <http://www.sykehusvalg.no/sidemaler/VisStatistikInformasjon2109.aspx>;
<http://www.higa.ie/>; <http://212.80.128.9/gestion/ges161000.html>. Dane non-CUTS.

9.12.2 e-Zdrowie

Jest to nowa podkategoria, którą wprowadzono do rankingu EHCI 2008. Opieka zdrowotna wspierana procesami komunikacji elektronicznej to opieka zdrowotna, której celem jest zapewnienie bezpiecznego świadczenia usług medycznych opartego na uzyskanych dowodach. Zaskakujące jest to, że w przeciwieństwie do ogólnie panujących przekonań, implementacja procesów dotyczących „e-Zdrowia” nie jest kwestią zamożności gospodarczej, co można zaobserwować na podstawie wyników uzyskanych w tej podkategorii. „e-Zdrowie” jest odbiciem nowego oblicza opieki zdrowotnej, cechującej się zdolnością do przetwarzania dużych ilości informacji gwarantujących dostęp do usług, szybkość oraz bezpieczeństwo ich świadczenia.

2.1 Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej

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

Źródło danych:

http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126.fr.pdf;
<http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11>;

www.icgp.ie; Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians "Benchmarking ICT use among GPs in Europe"; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy [s. 60], Gartner Group. Dane CUTS.

2.2 Elektroniczny transfer danych medycznych pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia

Wskaźnik podobny do przedstawionego powyżej: odsetek praktyk lekarskich prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystujących sieci elektronicznej transmisji danych do transferu danych medycznych pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej/pracownikami służby zdrowia.

Źródło danych: Benchmarking ICT use among GPs' in Europe; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy [s. 45]. Dane CUTS.

2.3 Wyniki badań laboratoryjnych przekazywane bezpośrednio pacjentom za pomocą rozwiązań z zakresu e-Zdrowia?

Jaki odsetek praktyk prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wykorzystuje sieci elektroniczne do przekazywania danych takich jak wyniki badań laboratoryjnych bezpośrednio do pacjentów? Może to być adres e-mail lub osobista strona internetowa, na którą może zalogować się pacjent. Jak można zaobserwować na przykładzie EHCI, implementacja tych rozwiązań w Europie nie jest powszechna. W krajach, które nie mają problemów związanych z listami oczekujących, często podnoszony jest argument, że komunikacja elektroniczna pomiędzy lekarzem i pacjentem nacechowana jest „wyjątkowo niską jakością informacji”, co prawdopodobnie jest powodem tego, że Niemcy uzyskują słabe wyniki dla niektórych wskaźników e-Zdrowia.

Źródło danych: Badanie zlecone Patient View przez HCP na potrzeby indeksu 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

2.4 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 nich momencie. Praktyka taka nie jest często stosowana w Europie; jedynie dwa kraje uzyskały w tej podkategorii „zielone” wyniki: Portugalia, w przypadku której „4 miliony mieszkańców okolic Lizbony” mają dostęp do takiej usługi oraz Chorwacja.

Źródło danych: Badanie zlecone Patient View przez HCP na potrzeby indeksu 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

2.5 Internetowy dostęp do usług umożliwiających sprawdzenie jakimi kwotami szpitale/lekarze obciążyli ubezpieczyciela pacjenta?

Usługa ta wprowadzona została w Republice Czeskiej w 2007 roku. Do 2009 kraj ten doczekał się już kilku naśladowców. W Austrii oraz w kilku innych krajach, pacjenci uzyskują te informacje na wydruku „rachunku” przy wypisie ze szpitala: nie umożliwia to jednak uzyskania „zielonych” wyników punktowych dla tego wskaźnika e-Zdrowia.

Wiele systemów opieki zdrowotnej finansowanych z podatków nie ma ubezpieczycieli, których można by

obciążyć finansowo za leczenie – tchórzliwym sposobem uniknięcia tego dylematu było wprowadzenie wyniku „n.d.” („nie dotyczy” = kolor „żółty”), który pozwalał na uniknięcie niesprawiedliwego przyznania takim krajom niskiej noty punktowej. Węgry są interesującym przykładem kraju, który uzyskał „zielone” wyniki, pomimo faktu że dysponuje „monolitycznym” systemem finansowania opieki zdrowotnej. Powodem takiej sytuacji jest fakt, że rząd węgierski chciał pozyskać 10 milionów Węgrów jako „audytorów”, którzy pomogliby mu kontrolować finansowe oszustwa szpitali!

Źródło danych: Badanie zlecone Patient View przez HCP na potrzeby indeksu 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

2.6 e-Recepty

Jaki odsetek praktyk prowadzonych przez lekarzy rodzinnych może przysyłać recepty aptekom drogą elektroniczną?

Szwecja, dzięki centralnemu systemowi aptecznemu, jest tu wzorem do naśladowania: ponad 70 proc. recept wysyłanych jest do centralnej skrzynki e-mailowej, a pacjenci mogą udać się do dowolnej apteki w kraju i po prostu ściągnąć receptę ze skrzynki pocztowej.

Źródło danych: „Benchmarking ICT use among GPs’ in Europe; Komisja Europejska, kwiecień 2008; badanie przeprowadzone przez Empirica, Bonn, Niemcy (s. 45), Gartner Group, Cambio. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

9.12.3 Czas oczekiwania na leczenie

3.1 Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu

Analizuje bardzo uzasadniony wymóg: Czy pacjent może liczyć na wizytę u lekarza rodzinnego w tym samym dniu, gdyż jest przekonany, że wymaga tego jego stan zdrowia? Wskaźnik ten w zasadzie pokazuje, że nie ma wyjaśnienia dla czasu oczekiwania pacjentów na wizytę u lekarza rodzinnego; wyniki wydają się być rozmieszczone przypadkowo i nie istnieje ich współzależność z PKB, zakresem świadczonych usług oraz gęstością sieci podstawowej opieki zdrowotnej. W niektórych krajach, po których raczej nie spodziewalibyśmy się takiej sytuacji, lekarz rodzinny ma nawet obowiązek odbierania telefonów od każdego pacjenta zarejestrowanego w prowadzonym przez niego gabinecie, 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów: Czasy oczekiwania pacjentów w Europie; badanie zlecone przez HCP 2009; Health and Social Campaigners’, News International: Globalne systemy opieki zdrowotnej z perspektywy użytkowników, Patient View 2005. Krajowe urzędy ochrony zdrowia, badania oparte na informacjach prasowych. Dane non-CUTS.

3.2 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 tego, lub może właśnie w skutek 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 lub na wzrost całkowitych kosztów takiej opieki”³.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów: Czasy oczekiwania pacjentów w Europie; badanie zleczone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia oraz rozmowy z urzędnikami ochrony zdrowia; http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf; <http://www.ic.nhs.uk/>; <http://www.oecd.org>, www.vantetider.se. Dane non-CUTS.

3.3 Czas oczekiwania na poważne, nienagłe zabiegi operacyjne < 90 dni

Jaki jest odstęp czasowy pomiędzy diagnozą a leczeniem dla koszyka zabiegów takich jak pomostowanie aortalno-wieńcowe/ PTCA oraz wymiana stawu biodrowego/kolanowego? Trudno nie dostrzec, że w przypadku krajów, które nie prowadzą oficjalnych statystyk czasu oczekiwania pacjentów (Irlandia, Szwecja, Wielka Brytania, etc.) nie jest to zbyt korzystna sytuacja. Kraje, takie jak Niemcy, w przypadku których czasy oczekiwania pacjentów wahają się w przedziale 2-3 tygodni, nigdy nie czuły potrzeby tworzenia danych dotyczących czasów oczekiwania pacjentów, zasadniczo z tego samego powodu, dla którego Madryt dysponuje mniejszą ilością pługów śnieżnych niż Helsinki.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów: Czasy oczekiwania pacjentów w Europie; badanie zleczone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

3.4 Czas oczekiwania na leczenie przeciwnowotworowe < 21 dni

Czas od momentu podjęcia decyzji o przyznaniu radioterapii/chemioterapii do momentu jej otrzymania.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów: Czasy oczekiwania pacjentów w Europie; badanie zleczone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.

Dane non-CUTS.

3.5 Czas oczekiwania na tomografię komputerową (TK) < 7 dni

Czas od podjęcia decyzji o konieczności przeprowadzenia badania, do momentu takiego badania, wybrany został jako wskaźnik reprezentatywny dla czasów oczekiwania na zaawansowane procedury diagnostyczne. Pewną trudność sprawiło nakłonienie respondentów (w krajowych agencjach ochrony zdrowia) do nie stosowania w udzielanych przez nich odpowiedziach terminów badania stanów „ostrych” lub „nie ostrych”. Należy ponownie podkreślić, że czasy oczekiwania na badanie TK świadczą o kiepskiej jakości usług medycznych oraz zwiększają koszty opieki zdrowotnej, 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 w zasadniczy powód przeprowadzenia takiego badania.

Źródło danych: Systemy opieki zdrowotnej w Europie z perspektywy pacjentów: Czasy oczekiwania

³ 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 wsp.: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76 (2006) 72–79

pacjentów w Europie; badanie zlecone przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia.
Dane non-CUTS.

9.12.4 Wyniki leczenia

Podkategoria „Wyniki leczenia” 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 w kategoriach uzyskiwanych przez nie wyników – twierdząc, że tak naprawdę liczy się tylko wynik. Do pewnego stopnia jest to słuszna teza, co ma swoje odbicie w wagach przyznanych wskaźnikom tej podkategorii.

4.1 Rzeczywista śmiertelność z powodu zawałów serca ⁴

Dostępne w Europie dane dotyczące tego istotnego wskaźnika są szokująco fragmentaryczne i niespójne. Parametr ten wymieniony został w raporcie OECD zatytułowanym Health at a Glance (grudzień 2007). Oto przykład ilustrujący przedstawiony powyżej problem: najlepszą w Europie wartością procentową tego wskaźnika, 6,4 proc. w przypadku Danii, należy porównać z oficjalną wiadomością uzyskaną od duńskiego Sundhedsstyret, informującą, że wynik procentowy uzyskany przez Danię (Hjaerteregistret, 2004) wynosi 15,5 proc. Wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy może być fakt, że przy opracowywaniu swojego raportu OECD poprosiło o wyniki dla „30-dniowej rzeczywistej śmiertelności szpitalnej”, w przypadku której wynik procentowy jest inny (niższy). Z tego powodu, wyniki punktowe dla tego wskaźnika opierają się na zestawieniu danych pochodzących z różnych źródeł oraz okresów (wracamy do danych z badania MONICA), rejestrów krajowych oraz danych sprawdzonych pod kątem współczynnika SDR – w tym wypadku wyniki zmniejszono dla krajów o wysokim współczynniku SDR (Standaryzowany współczynnik zgonów), oraz 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 dostępna dla wszystkich.

Zdecydowanie dane non-CUTS.

Źródło danych: Zestawienie danych uzyskanych na podstawie raportu OECD Health at a Glance; grudzień 2007, badania MONICA, krajowych rejestrów zawałów serca. Dane non-CUTS.

4.2 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 niemowląt 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 urodzenia. 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.

⁴ Wskaźnik ten, zarówno jak inne wskaźniki z zakresu opieki kardiologicznej są szczegółowo opisane w Euro Health Consumer Index 2008, Health Consumer Powerhouse AB, Bruksela 2008, www.healthpowerhouse.com.

Źródło danych: Baza danych WHO HfA Europe, sierpień 2009, najbardziej aktualne dane statystyczne. Dane CUTS.

4.3 Stosunek 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 za wyjątkiem raka skóry). Ponieważ bardziej aktualne dane (EUROCORE-4, pacjenci zdiagnozowani 1995 - 1999) nie były dostępne w 2009 roku, na źródło danych dla tego wskaźnika za 2009 rok wybrano bardzo obszerną publikację autorstwa J. Ferlay'a i wsp. przedstawiającą zestawienie obejmujące przypadki raka oraz zgony spowodowane tą chorobą we wszystkich 33 krajach.

W przypadku tego wskaźnika stosunek niższy niż 0.4 dla zgonów/zapadalności, odpowiada w zasadzie wskaźnikowi przeżywalności pacjentów na poziomie > 60 proc. Nie dziwi zatem fakt, że odnotowaliśmy więcej wyników „zielonych” (11 do 4) opierając się na danych za 2006 rok niż miało to miejsce wtedy, gdy wskaźniki oparte były o dane dotyczące 5-letniej przeżywalności zdiagnozowanych pacjentów z 2 połowy lat 90.

Źródło danych: J. Ferlay i wsp. Annals of Oncology, 2007.

4.4 Wskaźnik utraconych potencjalnych lat życia (PYLL)

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

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

Wskaźnik PYLL stworzony został przez OECD, skutkiem czego nie obejmuje wszystkich 33 krajów ujętych w rankingu EHCI. Odkryto jednak, że istnieje silna korelacja pomiędzy wskaźnikiem PYLL oraz SDR (wszystkie przyczyny) dla osób w wieku 0-69 lat, który można uzyskać dla wszystkich krajów w bazie danych WHO: obliczenia dla regresji liniowej potwierdziły, że korelacja (wartość R) pomiędzy tymi wskaźnikami wyniosła 97proc. Z tego powodu w przypadku krajów nie wchodzących w skład OECD wartości współczynnika PYLL oblicza się jako funkcję $PYLL = K * SDR + M$.

Źródło danych: OECD Health Data 2009; Kraje nie należące do OECD: baza danych WHO HfA, sierpień 2009, SDR dla wszystkich przyczyn w przeliczeniu na 100000 mieszkańców w wieku 0-69 lat. Dane CUTS.

4.5 Infekcje MRSA

„Odsetek szczepów szpitalnych wykazujących oporność”. Wskaźnik ten ocenia liczbę przypadków oraz rozprzestrzenianie się głównych rodzajów bakterii inwazyjnych o potwierdzonej klinicznie i epidemiologicznie oporności lekowej. Podobnie jak miało to miejsce w poprzednich edycjach indeksów, wskaźniki oparte są na danych uzyskanych z EARSS (Europejskiego Programu Nadzoru nad Lekoopornością). Dane gromadzone są

przez 800 państwowych laboratoriów świadczących usługi dla 1300 szpitali w 31 krajach Europy.

Źródło danych: EARSS, sierpień 2009. Dane CUTS.

4.6 Względny spadek wskaźnika samobójstw

Inklinacja linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw 1995 - najnowsze dostępne dane.

Od 2005 roku, HCP nosiło się z zamiarem wprowadzenia wskaźnika oceniającego jakość opieki psychiatrycznej. Z powodu poważnych problemów dotyczących metodologii oraz definicji, postanowiliśmy odrzucić zwykle stosowane wskaźniki takie jak „Ilość łóżek w szpitalach psychiatrycznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców”, „Hospitalizacja osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi”, „Obrót lekami” oraz wiele innych. Tak się składa, że temat spadku liczby samobójstw w okresie dziesięciu lat, np. od 1995 roku, powracał pod obrady prowadzone w trakcie posiedzeń roboczych panelu ekspertów. Jednak, poza kwestią niepewności danych, pojawił się praktyczny problem do rozwiązania: uwzględnienie rekordowo wysokiej liczby samobójstw w krajach Europy Wschodniej w latach 1991 – 1995, a tym samym problem stworzenia wskaźnika sprawiedliwego dla krajów wszystkich regionów Europy.

W 2008 roku, po długich i burzliwych dyskusjach wprowadzono wskaźnik „Inklinacji linii e-logarytmicznej wskaźnika SDR dla samobójstw 1995 - najnowsze dostępne dane”, pamiętając o jego ograniczeniach interpretacyjnych. Zastosowanie wartości logarytmicznych eliminuje wpływ krajów o całkowicie odmiennych bezwzględnych wskaźnikach samobójstw, tzn. kraje obniżające wskaźnik SDR dla samobójstw z 4 do 3 uzyskują identyczną linię trendu jak kraje zmniejszające wartość tego współczynnika z 40 do 30.

Źródło danych: MINDFUL, baza danych WHO HfA Mortality, styczeń 2009. Dane CUTS.

4.7 Procent diabetyków z dużymi stężeniami hemoglobiny glikowanej HbA1c

Odsetek całkowitej liczby diabetyków ze stężeniem hemoglobiny glikowanej powyżej 7.

Wskaźnik ten adaptowano z Europejskiego Konsumenckiego Indeksu oceniającego Opiekę i Leczenie Chorych na Cukrzycę (Euro Consumer Diabetes Index)⁵. Jest to istotne narzędzie oceniające opiekę diabetologiczną indywidualnych pacjentów w okresie dwóch lub trzech miesięcy.

Źródło danych: EUCID, Rozmowy prowadzone z krajowymi ekspertami ds. cukrzycy, Krajowe Rejestry Chorych na Cukrzycę. Dane non-CUTS.

9.12.5 Zakres i zasięg świadczonych usług

5.1 Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej

W 2009 roku wprowadzono prosty wskaźnik oceniający „Odsetek publicznych środków przeznaczanych na ochronę zdrowia”, służący zmierzeniu źródeł finansowania systemów ochrony zdrowia. Kilka krajów zgłasza w bazie danych WHO 100 proc. odsetek środków publicznych. Dla wskaźnika 5.7 (patrz niżej) kraje te uzyskują „czerwone” wyniki punktowe. Dlatego też, podczas dyskusji prowadzonych podczas posiedzeń panelu ekspertów wartość 100 proc. nie zaliczyła pozytywnie odpowiedzi na zwyczajowe pytanie: „Czy wierzymy w wyniki tego badania?” i 100 proc. wynik powoduje uzyskanie „czerwonych” wartości punktowych. Oceniono, że Szwajcaria padła ofiarą tych samym problemów dotyczących definicji, jak miało to miejsce w przypadku Holandii z okresu przed reformą systemu (2006), która, z powodów formalnych, podała,

5 W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy zapoznać się z Europejskim Indekssem oceniającym Opiekę i Leczenie Chorych na Cukrzycę z 2008 roku, Health Consumer Powerhouse AB, Bruksela 2008, ISBN 978-91-976874-7-8

że duża część powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowana była ze środków prywatnych, uzyskując tym samym „zielony” wynik punktowy.

Źródło danych: baza danych WHO HfA, sierpień 2009.

5.2 Operacje zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wieku powyżej 65 lat

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 pacjentów są niedostępne.

Wskaźnik operacji zaćmy w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wykorzystywany był w poprzednich edycjach rankingu EHCI jako próbnik możliwości systemów opieki zdrowotnej w kwestii zapewnienia opieki pacjentom z chorobami nie zagrażającymi życiu, której celem była poprawa jakości życia pacjenta. Od 2008 roku, wskaźnik ten dostosowano do kryterium wiekowego, po sugestii wniesionej przez urzędników z Irlandii (nie wprowadzenia zmian do tego wskaźnika zapewniłoby przewagę krajom zamieszkanym przez najmłodsze populacje w Europie: Macedonii, Irlandii oraz Rumunii).

Źródło danych: OECD Health Data 2009, baza danych WHO HfA, sierpień – 09, WHO Prevention of Blindness and Visual impairment Program, European Community Health Indicators

5.3 Szczepienia niemowląt

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

Źródło danych: Baza danych WHO HfA, sierpień 2009. Krajowe rejestry szczepień.

5.4 Przeszczepy nerek na milion mieszkańców

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

Źródło danych: OECD Health Data 2009, Biuletyn Rady Europy w sprawie dawstwa organów i transplantacji, Tom 13, wrzesień 2008, Chorwacki rejestr terapii nerkozastępczych, Rozental R: Oddawanie i przeszczepy narządów na Litwie 2006.

5.5 Czy opieka stomatologiczna włączona jest do oferty publicznej ochrony zdrowia?

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

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

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

Źródło danych: European Observatory HiT Reports, Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

5.6 Wskaźnik przeprowadzania badań mammograficznych

„Odsetek kobiet w wieku 50-69 lat poddanych badaniom przesiewowym, najbardziej aktualne dane”. Wskaźnik ten wprowadzono jako próbną praktycznej zdolności organizowania oraz kontrolowania procedur badań przesiewowych prowadzonych na jasno zdefiniowanej i łatwo osiągalnej populacji docelowej. Uzyskane wyniki dla krajów europejskich bardzo się różnią: wielkość docelowa określona została na 70 proc. (opierając się na logice HCP można by stwierdzić: a dlaczego nie 100 proc. ?), natomiast zakres uzyskanych dla tego wskaźnika wartości rzeczywistych waha się w przedziale od 10 proc. do 98 proc.

Źródło danych: OECD Health Data 2009; WHO World Health Survey 2006, WHO World Health Statistics 2009.

5.7 Nieformalne opłaty świadczone lekarzom

Średnia odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy od pacjentów oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności?”. Zakres możliwych odpowiedzi przedstawia się następująco: zwykle „Nie!”, „Czasami, zależnie od sytuacji” oraz „Tak, często”. Wskaźnik ten wprowadzono po raz pierwszy w 2008 roku. Za nieformalne płatności 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 2009 roku, generując przy tym nieco bardziej zgodne wyniki niż w roku 2008.

Źródło danych: Badanie zleczone Patient View przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

9.12.6 Środki farmaceutyczne

6.1 Refundacja leków sprzedawanych na receptę

Jaki odsetek wszystkich leków sprzedawanych na receptę podlega refundacji?

Źródło danych: <http://www.efpia.org/6/publ/infigure2004h.pdf> 2005 update?. Baza danych WHO HfA 2005; <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/statistic/overaagning/udgifter/2007-1/2007-1.aspx>;

Krajowe agencje ochrony zdrowia. 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 (pełny zbiór danych dotyczących substancji chemicznych oraz nazw handlowych leków, oraz zawierający co

najmniej te same informacje jakie pojawiają się na ulotkach dla pacjentów umieszczanych w opakowaniach leków, zapisanych w sposób umożliwiający ich zrozumienie przez osoby niezwiązane zawodowo ze służbą zdrowia].

Źródło danych: Badanie zlecone Patient View przez HCP 2009. Krajowe agencje ochrony zdrowia. Dane non-CUTS.

6.3 Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych

Wskaźnik ten mierzy zastosowanie w DDD (zdefiniowane dzienne dawki dobowe)/ 100 000 mieszkańców, koszyka 21 leków przeciwnowotworowych najnowszej generacji. Stosowanie każdego z tych leków oznaczono odpowiednim indeksem, a dane opisujące ten wskaźnik stanowią średnią 21 indeksów.

Źródło danych: „A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs”, luty 2009, Nils Wilking & Bengt Jönsson, Karolinska Institute, Sztokholm. Dane CUTS.

6.4 Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację)

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

Źródło danych: Raport fazy 6, luty 2007. PATIENTS W.A.I.T. Wskaźnik opracowanie którego zleciła EFPIA. IMS Global Consulting. „A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs”, luty 2009, Nils Wilking & Bengt Jönsson, Karolinska Institute, Sztokholm.

9.13 Jak stworzono Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia na rok 2009

Indeks nie uwzględnia tego, czy dany system opieki zdrowotnej jest finansowany lub zarządzany prywatnie czy publicznie. Celem tego indeksu jest nadanie pacjentom praw oraz 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.

9.14 Fazy tworzenia Indeksu

Ranking EHCI stworzono na podstawie projektu przedstawionego poniżej.

9.14.1 Faza 1

Spotkanie inauguracyjne z Panelem Ekspertów – opracowanie istniejących danych

Skład Panelu Ekspertów przedstawiony został w dziale 9.15. Głównym obszarem działań było ocenienie stopnia dostępności istotnych informacji dla wybranych krajów. Podstawowymi metodami były:

- Przeszukiwanie zasobów internetowych, informacji publikowanych w czasopiśmie
- Rozmowy telefoniczne oraz wymiana informacji drogą e-mailową z kluczowymi osobami,
- Kontakty osobiste, jeśli było to konieczne

Przeszukiwanie zasobów internetowych:

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

Kto udzielił nam informacji:

- a) Krajowe oraz regionalne urzędy ochrony zdrowia
- b) Instytucje (EHMA, Picker Institute, publikacje poruszające tematykę prawno-etyczną – Katolicki Uniwersytet w Luewen, inne)
- c) Przedsiębiorstwa prywatne (IMS Health, przemysł farmaceutyczny, inne)

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

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

9.14.2 Faza 2

- Gromadzenie danych umożliwiających zestawienie informacji, które zostaną umieszczone w rankingu EHCI 2009
- Identyfikacja kluczowych obszarów wymagających przygotowania dodatkowych informacji
- Zebranie danych źródłowych dla tych obszarów
- Odbycie przez badaczy osobistych wizyt w ministerstwach zdrowia oraz/lub agencjach państwowych odpowiedzialnych za nadzór oraz/lub zapewnienie jakości usług opieki zdrowotnej
- Utrzymywanie stałego kontaktu z członkami Panelu Ekspertów, głównie w celu przedyskutowania definicji wskaźników oraz kryteriów, a także problemów związanych z pozyskiwaniem danych. Na koniec, 10 września 2009 roku odbyło się drugie spotkanie, na którym szczegółowo omówiono wskaźniki, w tym także te z nich, które nie mogły zostać ujęte w Indeksie z powodu niewystarczającej ilości danych. Przeanalizowano także rozbieżności danych pochodzących z różnych źródeł. Przedyskutowano oraz ustalono współczynniki względnych wag przyznanym podkategoriom.

9.14.3 Faza 3

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

Ankieta EHCI zawierała pytania przedstawione w [Załączniku 1](#) do niniejszego raportu oraz przeprowadzona została we współpracy z The Patient View (w celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy o zapoznanie się z działem [Gromadzenie dodatkowych danych - ankieta](#)). Ankieta udostępniona została w Internecie od 7 czerwca w językach: angielskim, niemieckim, hiszpańskim oraz w jednym z języków skandynawskich (język szwedzki). Badanie ankietowe zostało zakończone 1 września 2009 roku. Otrzymano 602 odpowiedzi.

9.14.3.3 Wysłanie „arkusza aktualizacji wyników”

2 lipca 2009 roku wszystkie 33 kraje otrzymały poszczególne wstępne arkusze wyników (nie zawierające żadnych odniesień do wyników uzyskanych przez inne kraje). Dokumenty te przesłano drogą elektroniczną, dołączając prośbę o dokonanie aktualizacji/korekty przedstawionych danych do dnia 25 sierpnia. Dokumenty te przesłano elektronicznie na adresy kontaktowe ministerstw/agencji państwowych, zgodnie

z adresami przedstawionymi nam podczas nawiązywania kontaktów przed lipcem 2009 roku. Wyślano jedno przypomnienie. Korygujące informacje zwrotne nadchodzące z krajów ujętych w indeksie przyjmowane były do 17 września. Do tego czasu otrzymaliśmy odpowiedzi od krajów wskazanych w dziale Gromadzenie dodatkowych danych – informacje zwrotne z ministerstw/agencji zdrowia.

9.14.4 Faza 4

Prezentacja projektu oraz raportów

- Raport opisujący zasady tworzenia rankingu EHCI 2008
- Prezentacja EHCI 2008 na konferencji prasowej oraz seminarium w Brukseli
- Internetowa inauguracja Indeksu po adresem www.healthpowerhouse.com

9.15 Zewnętrzny panel ekspercki

Zgodnie ze standardowym trybem pracy stosowanym przy opracowywaniu wszystkich Indeksów HCO, powołany został Panel Ekspertów. W trakcie prac nad projektem członkowie panelu odbyli dwa 6 godzinne posiedzenia. Eksperci panelu otrzymywali z wyprzedzeniem wszystkie materiały robocze wykorzystywane przy pracach nad Indekssem. W pracach Panelu Ekspertów Indeksu EHCI 2009 wzięły udział następujące osoby:

| Nazwisko | Afiliacja zawodowa |
|--|---|
| Prof. Martin R. Cowie | National Heart and Lung Institute, Imperial College London, Wielka Brytania |
| Prof. Iva Holmerowa | Gerontologicke Centrum oraz Uniwersytet Karola, Praga, Republika Czeska |
| Prof. Danguole Jankauskiene, Wicedziekan Wydziału Polityki oraz Zarządzania Strategicznego | Uniwersytet Michała Römera, Wilno, Litwa |
| Prof. Ulrich Keil | Institut für Sozialmedizin, Uniwersytet w Münster, Niemcy |
| Prof. Psychiatrii Meni Malliori | Ateny, Grecja |
| Leonardo la Pietra, Naczelny Lekarz Kraju | Europejski Instytut Onkologiczny, Mediolan, Włochy |
| Dr Francisco Rodriguez Perera | Best Doctors, Inc. (Europa), Madryd, Hiszpania |

Dla członków Panelu Ekspertów, dla indeksu HCP, wyznaczono dwa główne zadania:

A. Pomoc w przygotowywaniu i wyborze podkategorii oraz wskaźników. Jest to z oczywistych względów istotne dla Indeksu, jeśli chcemy móc powiedzieć, że dany kraj, który uzyskał wysoki wynik punktowy, może być istotnie uważany za kraj dysponujący dobrymi, przyjaznymi dla konsumenta usługami z zakresu ochrony zdrowia.

B. Analiza końcowych wyników prac badawczych podjętych przez badaczy HCP, przed ustaleniem ostatecznych wyników punktowych. Jeśli uzyskane informacje wydają się zdecydowanie kolidować z latami doświadczeń w dziedzinie opieki kardiologicznej zebranych przez członków panelu, jest to sygnałem do przeprowadzenia dodatkowej analizy wyników.

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

10. Literatura

10.1 Główne źródła

Główne źródła informacji dla różnych wskaźników podane zostały w tabeli 9.8. W przypadku wszystkich wskaźników informacje te zostały uzupełnione poprzez wywiady oraz dyskusje prowadzone z urzędnikami ochrony zdrowia, zarówno w sektorach państwowych, jak i prywatnych.

10.2 Przydatne linki

Badania zasobów internetowych zaowocowały uzupełniającymi informacjami uzyskanymi, między innymi, na przedstawionych poniżej stronach internetowych:

<http://www.aesgp.be/>

<http://www.bqs-online.de>

http://www.wrongdiagnosis.com/a/amputation/stats-country_printer.htm

<http://www.easd.org/>

<http://www.diabetes-journal-online.de/index.php?id=1>

<http://www.drfooster.co.uk/>

<http://www.rivm.nl/earss/>

<http://www.eudental.org/index.php?ID=2746>

http://europa.eu/abc/governments/index_en.htm

http://europa.eu/pol/health/index_en.htm

http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

http://europa.eu.int/youreurope/index_sv.html

<http://www.eurocare.it/>

<http://www.ehnheart.org/content/default.asp>

<http://www.euro.who.int/observatory>

<http://www.escardio.org/>

http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL

http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm

<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/AboutWHO/About/MH#LVA> [Adresy europejskich Ministerstw Zdrowia]

www.fass.se

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

<http://www.hope.be/>

<http://www.activemag.co.uk/hhe/error.asp?m=2&productcode=&ptid=3&pid=2&pgid=34&spid=> [Hospital Healthcare Europe]

<http://www.idf.org/home/>

<http://www.eatlas.idf.org/>

<http://www.hospitalmanagement.net/>

<http://www.lsic.lt/html/en/lhic.htm> [Litewski Ośrodek Informacji Zdrowotnych]

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/>

<http://www.medscape.com/businessmedicine>
<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?TAG=XK4VX8XX598X398888IX8V&CID=&LANG=EN&SF1=DI&ST1=5LH0L0PQZ5WK#OtherLanguages> (OECD Health Data 2005)
http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_33929_1_1_1_1_1,00.html (OECD Health Policy & Data Department)
<http://www.medscape.com/medline/abstract/15176130> (Rzecznicy Praw Pacjenta w Europie)
<http://aitel.hist.no/ffwalterk/wkeim/patients.htm> (Prawodawstwo dot. Praw Pacjenta w Europie)
<http://www.patient-view.com/hscnetwork.htm>
<http://www.pickereurope.org/>
<http://www.vlada.si/index.php?gr1=min&gr2=minMzd&gr3=&gr4=&id=&lng=eng> (Ministerstwo Zdrowia Słowenii)
<http://www.sundhedskvalitet.dk>
<http://www.100tophospitals.com/>
<http://www.worldcongress.com/presentations/?confCode=NW615>
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortestimatesofdeathbycause/en/index.html>
<http://www.who.int/topics/en/>
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/>
<http://www.euro.who.int/hfad> (Baza danych WHO „Health for All”)
<http://www.who.dk/healthinfo/FocalPoints> (adresy kontaktowe instytucji prowadzących Badania Statystyczne Systemów Opieki Zdrowotnej w Europie)
<http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>
<http://www.waml.ws/home.asp> (Światowe Stowarzyszenie Prawa Medycznego)
<http://www.wrongdiagnosis.com/risk/geography.htm>

Aneks 1: Dokument źródłowy dla wskaźnika praw pacjenta (poza informacjami zwrotnymi uzyskanymi od władz krajowych)

Prawodawstwo dotyczące praw pacjenta

| Kraj | Nazwa wraz z linkiem | Język |
|-----------------|---|-------------------------|
| Finlandia, 1992 | Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992): http://www.mhbibl.aland.fi/patient/patientlag.html | szwedzki |
| Holandia, 1994 | Holenderska ustawa o pomocy medycznej z 1994 roku: http://home.planet.nl/ffprivacy1/wgbo.htm | angielski |
| Izrael, 1996 | Ustawa o prawach pacjenta: http://waml.haifa.ac.il/index/reference/legislation/israel/israel1.htm | angielski |
| Litwa, 1996 | Ustawa o prawach pacjentów oraz o Szkodach wyrządzonych Pacjentom: http://www3.lrs.lt/c-bin/eng/preps2?Condition1=111935&Condition2= | angielski |
| Islandia, 1997 | Lög um réttindi sjúklinga: http://www.althingi.is/lagas/123a/1997074.html | szwedzki |
| Łotwa, 1997 | Prawo medyczne (= Prawo o pomocy medycznej): http://aitel.hist.no/ffwalterk/wkeim/files/Latvia The law of Medicine.htm | angielski |
| Węgry, 1997 | Prawa i obowiązki pacjentów (Według Ustawy CLIV z 1997 r. o zdrowiu publicznym): http://www.eum.hu/index.php?akt menu=4863 . Fundacja Szószóló wspiera prawa pacjentów. | węgierski/ angielski |
| Grecja, 1997 | Ustawa 2519/21-8-97 | |
| Dania, 1998 | Lov om patienters retsstilling, LOV nr 482 af 01/07/1998 | |

| Kraj | Nazwa wraz z linkiem | Język |
|------------------|---|---------------------------|
| Norwegia, 1999 | Pasientrettighetsloven: http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-063.html . Inne norweskie ustawy zdrowotne. | norweski |
| Gruzja, 2000 | Gruzińska ustawa o prawach pacjenta | |
| Francja, 2002 | LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [1]: http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=mex0100092I# | francuski |
| Belgia, 2002 | Ustawa o prawach pacjenta: http://www.lachambre.be/ | holenderski/ francuski |
| Szwajcaria, 2003 | Patientenrechtverordnung 1991, Patientenrechtsgesetz ist in Vorbereitung: http://www.zh.ch/gd/aktuell/news/presseberichte/news_21_12_00_1a.htm | Niemiecki |
| Rosja | Podstawy Legislacji Federacji Rosyjskiej: O ochronie zdrowia obywateli | |
| Estonia, 2002 | Projekt ustawy o prawach pacjenta PATSIENDISEADUS: http://www.riigikogu.ee/ | estoński |
| Rumunia, 2003 | Legea nr 46/2003, legea drepturilor pacientului (Ustawa o Prawach Pacjentów): http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_drepturilor_pacientului.php | rumuński |
| Cypr 2005 | European Ethical-Legal Papers N° 6 Prawa Pacjenta w Grecji: http://www.eurogentest.org/web/info/public/unit4/ethical_legal_papers.xhtml#legal_5 | angielski |

Karty Praw Pacjentów

| Kraj | Nazwa wraz z linkiem | Język |
|------------------------------|---|-------------|
| Francja 1974 oraz 1995 | Charte du Patient Hospitalisé: http://www.ch-erstein.fr/charte/chartepatient.html | francuski |
| Wielka Brytania (1991), 1997 | Angielska Karta Praw Pacjenta: http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm | angielski |
| Republika Czeska, 1992 | | |
| Hiszpania, 1994 | Karta Praw i Obowiązków Pacjentów | |
| Irlandia, 1995 | Karta Praw Pacjentów Szpitali | |
| RPA, 1996 | Karta Praw Pacjenta: http://www.hst.org.za/doh/rights_chart.htm | angielski |
| Portugalia, 1997 | Karta Praw Pacjenta: Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes http://www.dgsaude.pt | portugalski |
| Hong Kong, 1999 | Karta Praw Pacjenta: http://www.ha.org.hk/charter/pceng.htm | angielski |
| Polska, 1999 | Karta Praw Pacjenta: http://wojtas.goz.webpark.pl/karta.html Polskie Stowarzyszenie Pacjentów: List do Komisarza ds. Praw Człowieka | polski |
| Słowacja, 2001 | Karta Praw Pacjenta w Republice Słowacji: http://www.eubios.info/EJ143/ej143e.htm | angielski |
| Austria, 2001 | Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta): http://www.noel.gv.at/service/politik/landtag/LandtagsvorlagenXV/WeitereVorlagenXV/795/795V.doc | niemiecki |
| Niemcy, 2001 | Ustawa o wspieraniu praw pacjentów przez ekspertów: Sachverständigenrat tritt für Patientenrechte-Gesetz ein. Niemiecki system opieki zdrowotnej jest najdroższy w UE, ale jakość świadczonych przez niego usług jest poniżej średniej europejskiej (World Health Report 2000: Miejsce 25). Petition der Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemeinschaften Medizingeschädigter: http://www.patientenunterstuetzung.de/Grundsatzliches/Petition.pdf | niemiecki |
| Cypr, 2001 | Cypryjska Karta Praw Pacjentów: http://www.activecitizenship.net/documenti/Cyprus Charter Patients' Rights.doc | angielski |
| Niemcy, 2002 | Patientenrechtscharta: http://www.bag-selbsthilfe.de/archiv/jahr-2002/patientencharta/patientenrechte-in-deutschland/ | niemiecki |
| Europa, 2002 | Sieć aktywności obywatelskiej: europejska Karta Praw Pacjentów http://www.activecitizenship.net/projects/europ_chart.htm | angielski |
| Włochy | Sieć aktywności obywatelskiej: włoska Karta Praw Pacjentów http://www.activecitizenship.net/health/italian_charter.pdf | angielski |

Sześć lat po ogłoszeniu Deklaracji Promocji Praw Pacjenta w Europie (Amsterdam, 1994) ponad osiem krajów (Dania, Finlandia, Gruzja, Grecja, Islandia, Izrael, Litwa, Holandia oraz Norwegia) uchwaliło ustawy o prawach pacjentów, a cztery kraje (Francja, Irlandia, Portugalia oraz Wielka Brytania) wykorzystało Karty Praw Pacjenta jako narzędzie do promowania praw pacjenta. (Wersja niemiecka). European Journal of Health Law 7: 1-3, 2000: Lars Fallberg: Patients' Rights in Europe: Where do we stand and where do we go?

Załącznik 1. Kwestionariusz wykorzystany w badaniu ankietowym zleconym przez Patient View na potrzeby Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2008.

Jak bardzo przyjazny pacjentowi jest Twój system opieki zdrowotnej w 2009?

Informacje o ankiecie

CEL ANKIETY:

„Porównanie w jakim stopniu krajowe systemy opieki zdrowotnej liczą się z pacjentem oraz konsumentem w 2009 roku”.

Drogi działaczu na rzecz promocji zdrowia,

Już od pięciu lat Health Consumer Powerhouse (HCP) zwraca się do działaczy na rzecz promocji zdrowia z prośbą o pomoc w przygotowaniu dorocznego EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA. Celem tego Indeksu jest zmierzenie poziomu życzliwości w stosunku do konsumenta systemów opieki zdrowotnej krajów europejskich.

Jeśli chciałbyś przedstawić swoje poglądy na temat kondycji systemu opieki zdrowotnej Twojego kraju w roku 2009 to zapraszamy do uzupełnienia ankiety. Tegoroczna ankieta stworzona na potrzeby Indeksu jest krótka – zawiera jedynie 15 pytań – i jej wypełnienie nie powinno zająć więcej niż około 10 minut. Wszystkie odpowiedzi są anonimowe. Pytania znajdują się na następujących 4 stronach.

Aby podziękować Ci za wkład wniesiony do badania oraz żeby umożliwić Ci zapoznanie się z wynikami Indeksu Patient View, kierownik badania, prześle do Ciebie (jeśli sobie tego zażyczysz) link internetowy do strony internetowej Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, gdzie zostaną zamieszczone wyniki badania.

Z poważaniem,

Dr Arne Björnberg oraz Dr Beatriz Cebolla

Health Consumer Powerhouse

Bruksela, Sztokholm oraz Winnipeg.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania związane z tą ankietą, prosimy o skontaktowanie się z:

Louise Oatham,

PatientView,

Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Wielka Brytania

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

e-mail: info@patient-view.com

Pytania od 1 do 6: Prawa pacjenta oraz informacje

1/15:

Czy organizacje reprezentujące pacjentów angażują się w Twoim kraju w proces podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej?

[Takie zaangażowanie może mieć miejsce na poziomie Ministerstwa Zdrowia lub jednostki lokalnej]

- Tak, grupy reprezentujące pacjentów w moim kraju mają prawo/usankcjonowany prawem obowiązek do angażowania się w proces podejmowania takich decyzji
- Nie ma przepisów nakazujących zaangażowanie się w proces decyzyjny, ale grupy reprezentujące pacjentów CZĘSTO tak robią [jest to powszechna praktyka]
- Nie ma przepisów nakazujących zaangażowanie się w proces decyzyjny, ale grupy reprezentujące pacjentów CZASAMI lub RZADKO to robią
- Grupy reprezentujące pacjentów w moim kraju NIE ANGAŻUJĄ SIĘ ZAZWYCZAJ w proces decyzyjny

2/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mają ustawowe prawo do domagania się drugiej opinii w ważnej kwestii medycznej, bez konieczności wniesienia dodatkowej opłaty [nie licząc ewentualnych stałych opłat za wizytę u lekarza]?

- Tak
- Pacjenci mają takie prawo, ale trudno go wyegzekwować [być może z powodu braku ogólnodostępnych informacji w tym względzie, z powodu biurokracji panującej w systemie ochrony zdrowia, lub też z powodu tego, że system ochrony zdrowia nie zachęca pacjentów do korzystania z takiego prawa]
- Nie

3/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mają łatwy dostęp do oraz czy mogą się zapoznać z własną dokumentacją medyczną?

- Tak, wystarczy po prostu poprosić o to lekarza
- Informacje te są dostępne, ale pacjent musi złożyć pisemny wniosek w tej sprawie, lub też może się zapoznać z taką dokumentacją jedynie w obecności „pośrednika”, np. lekarza, który objaśnia informacje zawarte w takiej dokumentacji
- Nie, pacjenci w moim kraju nie mają dostępu do takich informacji

4/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mają łatwy dostęp do informacji umożliwiających sprawdzenie czy leczący ich lekarz (lub każdy inny lekarz w kraju) jest wysokiej klasy specjalistą, posiadającym prawo do wykonywania zawodu lekarskiego?

- Tak, informacje te są łatwo dostępne w Internecie lub powszechnie znanych, bezpłatnych publikacjach
- Informacje takie są dostępne, ale pacjent musi za nie zapłacić [lub informacje takie są trudno osiągalne z innego powodu]
- Nie, pacjenci w moim kraju nie mają dostępu do takich informacji

5/15:

Czy Twój kraj oferuje usługę internetowej lub telefonicznej informacji o ochronie zdrowia, która jest ogólnie dostępna we wszystkich regionach kraju, działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu i jest interaktywna? [Informacje zwykle oferowane przez taką usługę sprowadzają się do komunikatów: „Weź aspirynę i zaczekaj czy przyniesie to poprawę Twojego stanu zdrowia” lub „Natychmiast udaj się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w najbliższym szpitalu”.]

- Tak
- Taka usługa jest oferowana, ale niewiele osób wie o jej istnieniu lub jest ona trudno dostępna
- Nie

6/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mogą leczyć się w wybranym przez siebie innym kraju UE, w oparciu o takie same zasady finansowania takiego leczenia jak w kraju ojczystym [prawo do „opieki transgranicznej”].

- Tak, nawet jeśli czas oczekiwania na takie leczenie w ich własnym kraju nie jest przesadnie długi [być może miesiąc]
- Tak- muszą uzyskać wstępną zgodę, ale zwykle nie ma z tym problemu lub mogą leczyć się za granicą jeśli czas oczekiwania na taki sam zabieg w kraju jest bardzo długi (> 3 miesiące)
- Nie – lub wstępne pozwolenie na takie leczenie przyznawane jest niezmiernie rzadko, leczenie specjalne

Pytania od 7 do 9: e-Zdrowie**7/15:**

Czy pacjenci w Twoim kraju mogą otrzymywać wyniki badań pocztą elektroniczną [lub logując się na osobistą stronę internetową]

- Tak, tego typu usługa jest szeroko dostępna
- Usługa taka istnieje, ale oferują ją tylko nieliczne szpitale, laboratoria, urzędy ochrony zdrowia, etc.
- Nie [lub oferowana jest niezmiernie rzadko]

8/15

Czy pacjenci w Twoim kraju mogą umawiać się na wizyty u lekarza przez Internet?

- Tak, usługa taka jest powszechnie dostępna
- Usługa taka istnieje, ale oferuje ją jedynie kilka szpitali, urzędów ochrony zdrowia, etc.
- Nie [lub oferowana jest niezmiernie rzadko]
 - Lekarze rodzinni
 - Lekarze specjaliści w szpitalach

9/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mogą sprawdzić w INTERNECIE jakimi kwotami szpitale/lekarze obciążyli ich ubezpieczycieli za wykonane świadczenia/udzieloną opiekę?

- Tak
- Informacja taka nie jest dostępna on-line, ale można ją uzyskać w wersji drukowanej, w formie rozliczenia rocznego
- Nie (lub nie ma zastosowania w przypadku systemów opieki zdrowotnej nie opartych na powszechnym ubezpieczeniu)

Pytania od 10 do 14: Czas oczekiwania na usługę zdrowotną**10/15:**

Czy w Twoim kraju pacjenci mogą mieć wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w tym samym dniu (po wcześniejszym umówieniu wizyty lub też nie umawiając się na tą wizytę)

- Tak
- Czasami, ale nie zawsze
- Zazwyczaj nie w tym samym dniu

11/15:

Czy pacjenci w Twoim kraju mogą umówić się na wizytę u specjalisty (w przypadku stanów nie ostrych) bez konieczności posiadania skierowania od lekarza rodzinnego?

- Tak
- Tak, ale tylko dla nielicznych specjalizacji (ginekologia lub pediatria)
- Tak, ale tylko wtedy, gdy pacjent może „pokonać system” i uniknąć wizyty u lekarza rodzinnego
- Nie

12/15:

Który z podanych poniżej okresów oczekiwania na operację STANU NIEZAGRAŻAJĄCEGO ŻYCIU byłby typowy dla Twojego kraju (np. wymiana stawu biodrowego lub nienagłaça operacja pomostowania aortalno-wieńcowego [bypass])? [Proszę potraktować „czas oczekiwania” jako okres od momentu, w którym lekarz/lekarz specjalista podejmie decyzję o konieczności przeprowadzenia takiej operacji do chwili przeprowadzenia takiej operacji – bez konieczności poddania się przez pacjenta leczeniu w ośrodkach prywatnych]

- Zdecydowana liczba pacjentów (ponad 90 proc.) zostanie zoperowana W CIĄGU trzech miesięcy
- Większość pacjentów (ponad 50 proc.) zostanie zoperowana W CIĄGU trzech miesięcy
- Większość pacjentów (ponad 50 proc.) będzie musiała CZEKAĆ PONAD trzy miesiące

13/15:

Który z podanym poniżej okresów oczekiwania na chemioterapię lub radioterapię pacjentów chorych na raka byłby TYPOWY dla Twojego kraju? [Proszę potraktować „czas oczekiwania” jako okres od momentu, w którym lekarz podejmie decyzję o konieczności przeprowadzenia takiego leczenia do chwili uzyskania takiego leczenia – bez konieczności poddania się przez pacjenta leczeniu w ośrodkach prywatnych]

- Zdecydowana liczba pacjentów (ponad 90 proc.) poddana zostanie leczeniu W CIĄGU trzech tygodni
- Większość pacjentów (ponad 50 proc.) poddana zostanie leczeniu W CIĄGU trzech tygodni
- Większość pacjentów (ponad 50 proc.) będzie musiała CZEKAĆ PONAD trzy tygodnie

14/15:

Który z podanym poniżej okresów oczekiwania na badanie TK (rentgenowska tomografia komputerowa) byłby TYPOWY dla Twojego kraju? [Proszę potraktować „czas oczekiwania” jako okres od momentu, w którym lekarz podejmie decyzję o konieczności przeprowadzenia badania TK do chwili poddania się takiemu badaniu – bez konieczności poddania się przez pacjenta leczeniu w ośrodkach prywatnych]

- Zwykle MNIEJ NIŻ 7 dni
- Zwykle WIĘCEJ NIŻ 7 dni, ale NIEJ NIŻ 21 dni
- Zwykle WIĘCEJ NIŻ 21 dni

Pytanie 15: „Nieformalne” płatności świadczone dla lekarzy

Ostatnie pytanie w ankiecie sprawdza finansowy aspekt uczciwości lekarzy.

15/15:

Czy od pacjentów w Twoim kraju oczekuje się dokonywania nieoficjalnych płatności [czasami opisywanych jako płatności „prosto do ręki”] na rzecz lekarzy za świadczone przez nich usługi [poza oficjalnymi opłatami za wizyty]

- Tak, często
- Czasami/zależy to od świadczonych usług lub od samego lekarza
- Nie



Polska Izba Ubezpieczeń

ul. Wspólna 47/49, 00-684 Warszawa

tel. 022 42 05 105, 022 42 05 106, fax 022 42 05 107

www.piu.org.pl e-mail: office@piu.org.pl