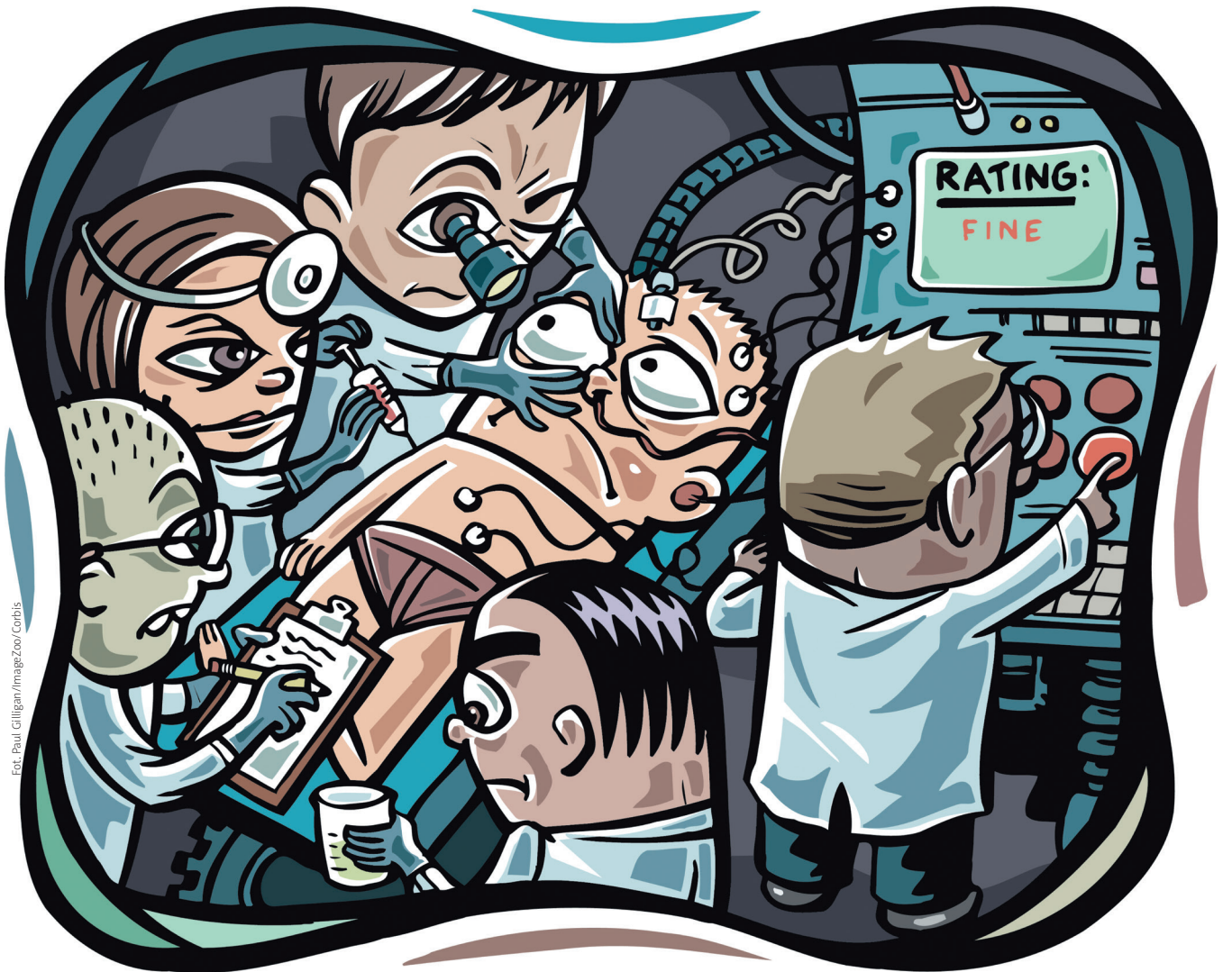


Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015



TERMOMETR

I GORĄCZKA

Jak leczyć gorączkę? Przede wszystkim nie tłuc termometru. Przedstawiamy wyniki analizy polskiej ochrony zdrowia opracowanej przez zespół prowadzący serwis internetowy www.dane-i-analazy.pl we współpracy z PricewaterhouseCoopers oraz Wydawnictwem Termedia.

W tym roku publikujemy drugą edycję raportu Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015, który prezentuje system ochrony zdrowia poszczególnych województw w Polsce. Kolejna edycja raportu daje nowe możliwości analityczne.

Oprócz porównań międzywojewódzkich jesteśmy po raz pierwszy w stanie zaobserwować zmiany zachodzące w czasie w tym samym województwie. Szczegółowe zestawienie danych Indeksu 2014 i 2015 prezentujemy w dalszej części raportu.

W ramach rozwijania Indeksu w tej edycji, w części poświęconej jakości konsumenckiej, zdecydowaliśmy się zbadać opinię nie wszystkich pacjentów ogółem (tak jak w Indeksie 2014), ale w podziale na dwa obszary opieki zdrowotnej: podstawową opiekę zdrowotną (POZ) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS).

Do tych obszarów zostały odpowiednio dopasowane kryteria oceny. Dzięki temu w Indeksie 2015 mamy możliwość zaprezentowania zarówno danych zbiorczych, jak i w podziale na te obszary.

Rok 2014 – kiedy powstawał Indeks 2015 – był rokiem onkologii i skracania kolejek do leczenia. Środowisko onkologów oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia zapowiadali zmiany organizacji opieki onkologicznej oraz w podstawowej opiece zdrowotnej. Argumentem za tym były zjawiska, co do których trudno mieć wątpliwości: wskaźniki przeżycia 5-letniego pacjentów onkologicznych w Polsce są niższe przeciętnie o 5–10

punktów procentowych aniżeli w krajach zachodniej Europy, a droga pacjenta przez system jest skomplikowana i kręta. Natomiast kolejki do leczenia, chociaż nie są rzadkością w innych krajach, stanowią najpoważniejszy problem systemu zgłaszany przez Polaków.

Po miesiącach przygotowań, 1 stycznia 2015 r. uruchomiono tzw. pakiet onkologiczny oraz kolejkowy. Ten pierwszy od razu stał się przedmiotem wielkiego sporu administracji rządowej i środowisk medycznych, które twierdzą, że zastosowano niewłaściwe rozwiązania istniejących problemów. Skutki pakietów będzie można kompetentnie ocenić dopiero za kilka lat. Do tego czasu możemy posługiwać się jedynie fragmentarycznymi obserwacjami, a wnioski z tych obserwacji w znacznej mierze zależą od osobistych przekonań obserwatora. Dlatego też w kontekście tych i innych zmian tak ważne jest systematyczne mierzenie jakości systemu ochrony zdrowia na podstawie konkretnych badań.

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia

Opierając się na Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia 2014, analizując doświadczenia międzynarodowe oraz potencjał systemu informacyjnego w Polsce, autorzy raportu opracowali drugą edycję polskiego Indeksu.

Główne założenia leżące u podstaw Indeksu

Ocena wartości pożądaných w systemie

Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i oceniających wybór cech pożądaných w systemie ochrony zdrowia.

Ocena na poziomie wojewódzkim

Indeks tworzony jest jako badanie porównawcze (benchmark) między województwami. Poszczególne wskaźniki odpowiadają na pytanie, w którym województwie system ochrony zdrowia działa lepiej, a w którym gorzej w danej dziedzinie.

Ocena zjawiska, a nie organizacji

Większość prezentowanych wskaźników zależy od działania wielu czynników, wielu okoliczności, a nie pojedynczej organizacji czy osoby. Zatem Indeks poddaje ocenie zjawiska, a nie określone organizacje czy instytucje.

Wskaźniki są selektywne, ale reprezentatywne

Indeks złożony z kilkudziesięciu wskaźników ma na celu dokonanie opisu bardzo złożonego systemu. Zatem siłą rzeczy wskaźniki mają charakter selektywny, jednak powinny być reprezentatywne dla opisywanego wymiaru działania systemu.

Wskaźniki uwzględniają zróżnicowany punkt widzenia

Wskaźniki z założenia reprezentują punkt widzenia najważniejszych interesariuszy systemu, tzn. obywatela/pacjenta, rządu/płatnika oraz środowiska medycznego.

Wskaźniki podzielone są tematycznie

Wskaźniki zostały podzielone na osie i wymiary, reprezentujące określone wartości i cechy realizowane przez system ochrony zdrowia.

Interpretacja wskaźników

Wskaźniki wybrane do oceny systemu zostały scharakteryzowane i opisane w taki sposób, aby można było je interpretować z osobna jako wskaźniki szczegółowe danego zjawiska, oraz razem, jako wskaźniki syntetyczne, oceniające daną oś.

Logika i struktura Indeksu 2015

Główną rolą Indeksu jest pomiar natężenia cech uznanych za pożądane w systemie ochrony zdrowia.

Pierwszym zadaniem twórców Indeksu było zatem określenie, o co chodzi w systemie ochrony zdrowia, czemu system ochrony zdrowia ma służyć i jakie zjawiska należałoby w nim wspierać, a jakie eliminować. Ta część pracy nad Indeksem w praktyce była prowadzona w tle opracowywania i interpretacji wskaźników. Każdorazowo dobór wskaźnika wymagał decyzji, czy dany wskaźnik wspiera i ocenia zjawisko pożądane z punktu widzenia systemu.

W rezultacie powstał schemat (rys. 1) złożony:

- z trzech osi oceny reprezentujących trzy główne cele, którym zdaniem autorów Indeksu powinien być podporządkowany system ochrony zdrowia,
- z trzynastu wymiarów grupujących wskaźniki w kategorii cech, które powinien posiadać dobry system ochrony zdrowia.

W Indeksie 2015 ujęto 41 wskaźników szczegółowych. W ten sposób powtórzona została logika zastosowana przez zespół Murraya w Raporcie Zdrowotnym 2000 Światowej Organizacji Zdrowia [2]. W ramach tego przedsięwzięcia cele i pożądane cechy systemu ochrony zdrowia były dyskutowane publicznie przy okazji i w ramach dyskusji na temat szczegółów oceny systemów (podejście „z dołu do góry”, *bottom-up*).

Schemat na rysunku 1 przedstawia cele i wartości, o które zdaniem autorów Indeksu należy zabiegać w systemie ochrony zdrowia.

Poniżej przedstawiono domyślne cele systemu ochrony zdrowia i tym samym punkt widzenia w ocenie tego systemu.

1. Poprawa stanu zdrowia

Poprawa stanu zdrowia to niekwestionowany cel działania systemu ochrony zdrowia. Istotą tego celu jest zdefiniowanie, kogo ma dotyczyć poprawa stanu zdrowia oraz w jakim wymiarze stan zdrowia może ulec poprawie dzięki działaniu systemu ochrony zdrowia.

Dla potrzeb Indeksu założono, że poprawa stanu zdrowia ma dotyczyć mieszkańców Polski i jej poszczególnych województw, a nie ubezpieczonych czy też obywateli. Co prawda różnice liczbowe między tymi trzema kategoriami nie są obecnie znaczne, ale koncepcyjnie rozróżnienie ma znaczenie. Dodatkowo założenie tego rodzaju upraszcza zagadnienia metodyczne dotyczące wskaźników, ponieważ mianownikiem części z nich jest po prostu liczba ludności, niezależnie od obywatelstwa oraz statusu ubezpieczeniowego.

W zakresie wymiaru, w jakim stan zdrowia ma się poprawić, założono:

1.1. Wymiar prewencji chorób

Pierwszym wymiarem działań w zakresie poprawy stanu zdrowia jest prewencja, zapobieganie wystąpieniu chorób.

Zapobieganie chorobom jest najbardziej pożądanym działaniem, składającym się na ogólną koncepcję zwalczania chorób (*disease control*). Jednocześnie nie wszystkim rodzajom chorób można zapobiegać, a tym bardziej nie wszystkie działania prewencyjne można uznać za skuteczne i efektywne kosztowo.

W wymiarze oceny dotyczącym prewencji znalazły się wskaźniki uznane za miary właściwego postępowania w zapobieganiu chorobom.

1.2. Wymiar zapobiegania niesprawności

Choroby, które już wystąpią, mogą prowadzić w najbardziej optymistycznym scenariuszu do pełnego wyleczenia, w najbardziej pesymistycznym do zgonu, a w scenariuszu pośrednim do niepełnosprawności.

Jako drugi z wymiarów poprawy stanu zdrowia wybrano zapobieganie niepełnosprawności.

1.3. Wymiar zapobiegania zaostrzeniom choroby

W toku leczenia chorób trwających długo, przewlekle bądź takich, których nie można w pełni wyleczyć, miarą sukcesu jest zapobieganie zaostrzeniom choroby.

Zapobieganie zaostrzeniom chorób przewlekłych wyznaczono jako trzeci wymiar oceny w osi poprawa stanu zdrowia.

1.4. Wymiar zapobiegania zgonom

Najbardziej niekorzystnym scenariuszem w przebiegu choroby jest zgon.

| Poprawa stanu zdrowia mieszkańców | Efektywna gospodarka finansowa | Jakość konsumencka opieki zdrowotnej |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Prewencja chorób | Efektywność alokacyjna | Ochrona finansowa pacjentów |
| Zapobieganie niepełnosprawności | Efektywność ekonomiczna terapii | Czas oczekiwania |
| Zapobieganie zaostrzeniom | Finanse placówek | Dostępność geograficzna |
| Zapobieganie zgonom | Zarządzanie infrastrukturą | Satysfakcja pacjenta |
| | | System jakości |

Rys. 1. Osie i wymiary oceny w Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia

Zapobieganie zgonom osób chorych (czyli zmniejszenie śmiertelności) zostało wyznaczone jako czwarty wymiar oceny w osi poprawa stanu zdrowia.

2. Efektywna gospodarka finansowa

Fundamentalna zasada ekonomii mówiąca o ograniczonych zasobach i przewyższających je potrzebach jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia. Od ponad dwudziestu lat powtarzane jest zdanie, że wysokość środków finansowych (jako synonimu zasobów) wydawanych na ochronę zdrowia jest za mała. W ciągu tych lat ochronie zdrowia niewiele udało się zyskać. Udział wydatków zdrowotnych w PKB jest względnie stały, na szczęście dość szybko wzrost PKB powiększa ilość dostępnych środków. Zatem oszczędna i świadoma gospodarka finansowa systemu ochrony zdrowia jawi się jako ważne kryterium jego oceny.

Podobnie jak w poprzedniej edycji Indeksu wskazano cztery wymiary oceny gospodarki finansowej:

2.1. Wymiar efektywności alokacyjnej

Pojęcie efektywności alokacyjnej związane jest z decyzjami, na co wydawać pieniądze w systemie ochrony zdrowia. Jest to zatem zagadnienie związane z dokonywaniem wyborów oraz skuteczną polityką, która redukuje mankamenty rynku (*market failures*) w ochronie zdrowia.

Autorzy Indeksu uznali, że istnieją pewne kierunki alokacji środków, które należy uznać za właściwe, a które jednak nie są oczywiste z punktu widzenia interesu ekonomicznego podmiotów rynku ochrony zdrowia. Zatem skuteczność w alokowaniu środków na te właściwe obszary stała się treścią tego wymiaru oceny.

2.2. Wymiar efektywności ekonomicznej terapii

Pojęcie efektywności ekonomicznej terapii jest związane ze zdolnością do osiągnięcia założonego efektu przy najniższym możliwym zużyciu zasobów. Założony efekt to jednocześnie określony osiągnięty miernik zdrowotny.

Autorzy Indeksu uznali, że należy premiować osiągnięcie wyższych efektów niższym kosztem, ponieważ świadczy to o lepszym zarządzaniu procesem terapii.

2.3. Wymiar stanu finansów placówek medycznych

Za kolejny wymiar oceny został uznany stan finansów placówek medycznych, w szczególności tych, na które bezpośredni wpływ mają władze publiczne. Co prawda publiczne placówki ochrony zdrowia nie są powołane do generowania zysków, jednak osiąganie dodatniego wyniku finansowego uznano za objaw dobrego zarządzania.

2.4. Wymiar zarządzania infrastrukturą

Na wcześniej wymienianą efektywność alokacyjną ma wpływ zagadnienie selektywnego i planowego rozwoju infrastruktury medycznej. Inwestycje w ochronie

zdrowia często są traktowane jako działania polityczno-populistyczne, mające na celu budowanie politycznego wizerunku określonego polityka czy formacji politycznej, a nie poprawę krajowej ochrony zdrowia.

W związku z tym zasadne wydaje się docenienie sytuacji samoograniczenia w zakresie rozbudowy infrastruktury, w szczególności infrastruktury szpitalnej, będącej medialnym symbolem ochrony zdrowia, a jednocześnie poważnym obciążeniem systemu.

3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

Ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie rola i waga jakości konsumenckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta traktowanego jak konsument usług zdrowotnych.

Tradycyjne pojmowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i szerzej ochrony zdrowia zakłada, że:

- 1) system tego rodzaju tworzony jest w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (zdrowia publicznego),
- 2) interes publiczny przeważa w nim nad interesem indywidualnym,
- 3) pacjent korzystający z systemu ochrony zdrowia powinien otrzymywać świadczenia konieczne, a nie przez niego pożądane.

Taki punkt widzenia na konstruowanie systemu ochrony zdrowia jest dość rozpowszechniony i bywa wręcz zalecany i promowany wśród państw o niskiej i średniej zamożności. Uznaje się, że stan zdrowia jest ważniejszym celem działania systemu niż dobre samopoczucie i satysfakcja konsumencka pacjenta. Kiedy trzeba dokonywać wyborów, jakość konsumencka nie jest priorytetem.

Ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie jednak rola i waga jakości konsumenckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta traktowanego jak konsument usług zdrowotnych.

Stąd za trzecią oś oceny uznano jakość konsumencką opieki zdrowotnej ocenianą w kilku wymiarach:

3.1. Ochrona finansowa pacjentów

Ochrona finansów chorych jest podstawą koncepcyjną ubezpieczeń zdrowotnych, których fundamentalne założenie stanowi, że osoba ubezpieczona ponosi regularne obciążenia finansowe na opłacenie ubezpieczenia, w zamian za co w razie choroby jej wydatki są co najmniej częściowo pokrywane z funduszu ubezpieczeń.

Autorzy Indeksu uznali, że miarą stopnia i jakości ochrony ubezpieczeniowej jest brak konieczności ponoszenia znacznych nakładów finansowych przez pacjenta w wypadku choroby, a zarazem nierezygnowanie przez niego z usług zdrowotnych z powodów finansowych.

3.2. Czas oczekiwania na świadczenia

W systemie publicznej opieki zdrowotnej, w której nie ma naturalnych czynników ograniczających popyt na usługi, np. w formie opłaty wnoszonej przez kon-

sumenta usługi, powstaje sytuacja permanentnego deficytu świadczeń i konieczność ich reglamentowania.

Mechanizmem stosowanym w takiej sytuacji jest tworzenie list oczekujących, co ma prowadzić do transparentności tej reglamentacji, a przy okazji informować o skali deficytu. Jednocześnie miarą sprawności systemu jest utrzymywanie możliwie najmniejszych kolejek i ograniczanie czasu oczekiwania.

3.3. Dostępność geograficzna opieki

Infrastruktura medyczna z oczywistych przyczyn rozlokowana jest nierównomiernie. W ośrodkach wielkomiejscowych, akademickich jest bardziej rozwinięta niż w rejonach wiejskich, a najbardziej wyspecjalizowane ośrodki zlokalizowane są w kilku największych miastach Polski. Zjawisko to jest bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe do wyeliminowania, jednak z punktu widzenia pacjenta jest ważne i w miarę możliwości powinno być zredukowane. Wymiar dostępności geograficznej jest zatem jednym z wymiarów oceny w osi jakości konsumenckiej.

3.4. Satysfakcja pacjentów

Najważniejszym wymiarem w osi jakości konsumenckiej jest subiektywne poczucie zadowolenia wśród pacjentów z poszczególnych aspektów opieki zdrowotnej. Z tego powodu wymiar satysfakcji pacjentów jest najliczniej reprezentowany w tej osi.

3.5. System zapewniania jakości

Ostatni z wymiarów oceny w tej osi to formalne narzędzia poprawy jakości opieki zdrowotnej, realizowane w Polsce pod auspicjami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Ten wymiar oceny obejmuje zjawiska, które potencjalnie mają wpływ na jakość odczuwaną przez pacjentów, choć autorzy nie dysponowali dowodami na istnienie takiej zależności.

W Indeksie 2015 zastosowano 41 wskaźników, a różnice ich ważności z punktu widzenia uczestników systemu znalazły odbicie w nadanych im wagach (tab. 1).

W tabeli 1 przedstawiono wszystkie wskaźniki Indeksu 2015 przyporządkowane do poszczególnych wymiarów oceny wraz przypisanymi do nich wagami. Jak widać, suma wag w poszczególnych osiach zawsze jest równa wadze danej osi w całości Indeksu.

W kolejnym rozdziale przedstawiono wskaźniki szczegółowe dla poszczególnych województw. Ocena województw w poszczególnych wskaźnikach odbywała się dwustopniowo:

- stopień 1. – uszeregowanie województw wg kolejności od ostatniego do pierwszego miejsca,
- stopień 2. – nadanie punktów: 1 (najmniej), 3 lub 5 (najwięcej), w zależności od lokalizacji w tym szeregu oraz kształtu krzywej.

W ten sposób w obrębie każdego wskaźnika znalazła się pewna liczba województw z 5 punktami, z 3 punk-

tami oraz z 1 punktem. Liczba województw punktowanych odpowiednio 5, 3 lub 1 w poszczególnych wskaźnikach nie była jednakowa i – jak wspomniano wcześniej – zależała od kształtu krzywej. Chodziło o to, aby województwa o bardzo zbliżonych wartościach wskaźnika otrzymywały podobną liczbę punktów. Zatem granice przejścia między punktacją np. 5 a 3 związane były ze skokiem wartości wskaźnika.

W Indeksie 2015 zastosowano dane, które w czasie tworzenia zestawienia, czyli pod koniec roku 2014, były dostępne i jednocześnie najbardziej aktualne. Dane te nie pochodzą jednak wyłącznie z roku 2014, lecz z lat wcześniejszych, tj. 2013 i 2012. Nie było możliwe uzyskanie wszystkich zestawów danych z jednego rocznika, tak jak nie udało się ich uzyskać z ostatniego roku poprzedzającego publikację. Nie zmienia to jednak zasadniczo oceny, jedynie w interpretacji wyników należy uważać na ten fakt i nie wiązać za bardzo rocznika Indeksu np. z kadencją polityczną czy faktem stania określonych osób na czele głównych instytucji.

Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w badaniu, w populacji objętej programem profilaktyki raka piersi.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący.

Interpretacja wskaźnika: Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań mammograficznych (MMG), tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. Odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji:

1) świadomość zdrowotna, choć w dużej części zależna od ogólnego wykształcenia, może być podnoszona poprzez kampanie społeczne, a przede wszystkim przez edukację zdrowotną prowadzoną przez lekarzy (głównie POZ) i pielęgniarki,

2) sprawność organizacyjna Programu (oznaczająca odpowiednie docieranie z informacją do grupy docelowej), dostępność geograficzna badań i doświadczenia kobiet uczestniczących w Programie zależą wprost od składowej systemu ochrony zdrowia, jaką jest struktura ośrodków koordynujących populacyjne badania przesiewowe. Część badań MMG wykonuje się poza Programem i liczba ta nie jest ujęta w przedstawionych danych. Nieznana jest skala tych badań i nieznanne potencjalne różnice między województwami, które mogłyby w ten sposób wpłynąć na wyniki. Podobnie

Tabela 1. Wagi wskaźników Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia 2015

OŚ 1: POPRAWA STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW

| Lp. | Wskaźnik | Waga | Wymiary |
|-----|---|------|----------------------------|
| 1 | Uczestnictwo w badaniach mammograficznych | 3,03 | prewencja chorób |
| 2 | Uczestnictwo w badaniach cytologicznych | 3,03 | prewencja chorób |
| 3 | Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG | 0,76 | prewencja chorób |
| 4 | Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różyczce (1 dawka) | 0,76 | prewencja chorób |
| 5 | Zachorowania na gruźlicę | 1,52 | prewencja chorób |
| 6 | Bakteryjne zatrucia pokarmowe | 1,52 | prewencja chorób |
| 7 | Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy | 2,27 | zapobieganie niesprawności |
| 8 | Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca | 4,55 | zapobieganie zaostrzeniom |
| 9 | Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków | 3,79 | zapobieganie zaostrzeniom |
| 10 | Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych | 3,03 | zapobieganie zaostrzeniom |
| 11 | Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50) | 3,03 | zapobieganie zaostrzeniom |
| 12 | Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii | 3,03 | zapobieganie zaostrzeniom |
| 13 | Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych | 4,55 | zapobieganie zgonom |
| 14 | Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi | 4,55 | zapobieganie zgonom |
| 15 | Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego | 3,79 | zapobieganie zgonom |
| 16 | Zgony do uniknięcia w POChP | 3,79 | zapobieganie zgonom |
| 17 | Liczba pobrań narządów od zmarłych | 3,03 | zapobieganie zgonom |

OŚ 2: EFEKTYWNA GOSPODARKA FINANSOWA

| Lp. | Wskaźnik | Waga | Wymiary |
|-----|---|------|---------------------------------|
| 1 | Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych | 2,78 | efektywność alokacyjna |
| 2 | Proporcja wydatków na leczenie 1-dniowe w stosunku do szpitalnych | 2,78 | efektywność alokacyjna |
| 3 | Wydatki na opiekę długoterminową | 2,08 | efektywność alokacyjna |
| 4 | Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie | 2,08 | efektywność ekonomiczna terapii |
| 5 | Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie | 2,78 | efektywność ekonomiczna terapii |
| 6 | Zobowiązania ogólne SPZOZ w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem | 3,47 | finanse placówek |
| 7 | EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach | 2,78 | finanse placówek |
| 8 | Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach | 2,78 | finanse placówek |
| 9 | Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności | 1,39 | zarządzanie infrastrukturą |
| 10 | Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość) | 2,08 | zarządzanie infrastrukturą |

OŚ 3: JAKOŚĆ KONSUMENCKA OPIEKI ZDROWOTNEJ

| Lp. | Wskaźnik | Waga | Wymiary |
|-----|---|------|-----------------------------|
| 1 | Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych | 3,33 | ochrona finansowa pacjentów |
| 2 | Liczba osób na listach oczekujących | 2,78 | czas oczekiwania |
| 3 | Migracja międzyoddziałowa pacjentów | 2,22 | dostępność geograficzna |
| 4 | Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii | 2,78 | dostępność geograficzna |
| 5 | Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości | 1,67 | systemy jakości |
| 6.1 | Dostęp do informacji konsumenckiej | 0,56 | satysfakcja pacjenta |
| 6.2 | Dostęp do pomocy lekarskiej | 1,67 | satysfakcja pacjenta |
| 6.3 | Dostęp do badań diagnostycznych | 1,67 | satysfakcja pacjenta |
| 6.4 | Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji | 0,56 | satysfakcja pacjenta |
| 6.5 | Czas oczekiwania na usługę medyczną | 2,22 | satysfakcja pacjenta |
| 6.6 | Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych | 0,56 | satysfakcja pacjenta |
| 6.7 | Profesjonalizm i kompetencje lekarzy | 1,67 | satysfakcja pacjenta |
| 6.8 | Podejście lekarza do pacjenta | 2,22 | satysfakcja pacjenta |
| 6.9 | Efekty leczenia | 1,11 | satysfakcja pacjenta |

nieznana jest liczba kobiet wykonujących badania MMG częściej niż co 2 lata (zgodnie z zasadami Programu). Wydaje się jednak, że skala tego zjawiska nie jest znaczna ze względu na mechanizm zapraszania i raportowanie badań.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najwyższy odsetek kobiet z grupy docelowej objętych badaniem mammograficznym był w województwie lubuskim (ok. 54%), a najniższy w małopolskim (ok. 36%). Województwo lubuskie wykazywało szczególnie wysokie wyniki w tym zakresie, znacznie odbiegając od kolejnego województwa – podlaskiego (ok. 49%).

Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w programie badań przesiewowych raka szyjki macicy, w populacji objętej programem.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący.

Interpretacja wskaźnika: Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań cytologicznych, tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. Podobnie jak w przypadku MMG, odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji:

1) świadomość zdrowotna, choć w dużej mierze zależna od ogólnego wykształcenia, może być podnoszona poprzez kampanie społeczne, a przede wszystkim przez edukację zdrowotną prowadzoną przez lekarzy (głównie POZ) i pielęgniarki,

2) sprawność organizacyjna Programu (oznaczająca odpowiednie docieranie z informacją do grupy docelowej), dostępność geograficzna badań oraz doświadczenia kobiet uczestniczących w Programie zależą wprost od składowej systemu ochrony zdrowia, jaką jest działalność ośrodków koordynujących populacyjne badania przesiewowe.

W przypadku badań cytologicznych wydaje się, że częściej niż w przypadku MMG badanie realizowane w ramach Programu jest zastępowane przez badanie cytologiczne towarzyszące prywatnym wizytom w gabinetach ginekologicznych oraz świadczeniom ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) finansowanym przez NFZ. Skala i różnice międzywojewódzkie nie są znane, należy jednak mieć je na uwadze, analizując dane dotyczące tego wskaźnika

Aktualne wyniki: W 2013 r. najwyższy odsetek kobiet z grupy docelowej objętych badaniem cytologicznym był w województwie warmińsko-mazurskim (ok. 31%). Na drugim miejscu z wynikiem o 3 punkty procentowe niższym uplasowało się województwo zachodniopomorskie. Reszta województw uzyskała znacznie niższe wyniki. Najniższy odsetek zaobserwowano w województwie

wielkopolskim (ok. 15%), które dość znacznie odbiega od kolejnego od końca województwa łódzkiego (ok. 18%).

Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG

Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najniższe odsetki zaszczepień zanotowano w województwach świętokrzyskim (90%), lubelskim (91%) i podkarpackim (ok. 92%). Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w województwach pomorskim, wielkopolskim oraz mazowieckim (ok. 95%).

Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-śwince-różycze (1 dawka)

Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych w 3. roku życia (ur. 2010 r.) przeciwko odrze-śwince-różycze (1 dawka).

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym. W niektórych środowiskach obserwuje się szczepienia prywatne, nierejestrowane, innymi szczepionkami niż MMR II (np. czteroskładnikową szczepionką przeciwko odrze, śwince, różycze i ospie wietrznej). Skala i rozpowszechnienie tego zjawiska nie zostały jednak zbadane.

Aktualne wyniki: Stopień zaszczepienia dzieci szczepionką MMR II jest stosunkowo wysoki (96–99%), wyższy niż w większości krajów Europy Za-

chodniej, dlatego odporność polskiej populacji dzieci, głównie na odrę, przewyższa odporność innych populacji dzieci w Europie (choruje mniej dzieci). W 2012 r. najniższe wskaźniki wyszczepień zanotowano w województwie mazowieckim (ok. 96%), najwyższe zaś w województwach kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim (niemal 100%).

Zachorowania na gruźlicę

Sposób obliczania: Chorzy na gruźlicę nowo zarejestrowani w poradniach na 100 tys. ludności.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Zachorowania na gruźlicę stanowią poważny problem zdrowia publicznego w Polsce powojennej. W kolejnych dekadach liczba zachorowań stopniowo spadała dzięki powszechnym szczepieniom, a także obowiązkowi leczenia i stosunkowo szczelnemu nadzorowi leczenia. Obecnie nie ma w Polsce specjalnego systemu zwalczania gruźlicy, a leczenie tej choroby prowadzone jest najczęściej przez ośrodki pulmonologiczne we współpracy z lekarzami POZ. Istnieją pewne zastrzeżenia co do skuteczności rozpoznawania gruźlicy, jednak nieznaną jest skala i nie ma dowodów na to, żeby istniały istotne różnice w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi województwami. W tej sytuacji uznaje się, że liczba nowo wykrytych przypadków gruźlicy świadczy o zagrożeniu tą chorobą w poszczególnych województwach.

Aktualne wyniki: Krzywa obrazująca wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa jest dość silnie pochyła, co oznacza znaczne różnice w liczbie zachorowań w poszczególnych województwach. Wskaźnik zachorowań na gruźlicę osiąga największą wartość w województwie lubelskim (ok. 30/100 tys.), dalej w świętokrzyskim i łódzkim, najmniejszą zaś w lubuskim i wielkopolskim (ok. 11/100 tys.).

Bakteryjne zatrucia pokarmowe

Sposób obliczania: Liczba zachorowań na salmonellozy na 100 tys. ludności.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny.

Interpretacja wskaźnika: Zakażenia salmonellą w niniejszym Indeksie traktowane są jako wskaźnik zagrożeń epidemiologicznych związanych z produkcją i sprzedażą żywności. Zakłada się, że tendencje co do zakażeń salmonellą są podobne do tych związanych z *Schigella*, a także w mniejszym stopniu enterowirusami i innymi zakażeniami pokarmowymi, a tym samym wskaźnik dotyczący zakażeń salmonellą można uznać za wskaźnik dotyczący tendencji we wszystkich dziedzinach zakażeń na danym terenie. Przenoszenie salmonellozy jest przedmiotem różnych interwencji systemu ochrony zdrowia, głównie w obszarze profilaktyki (stacje sanitarno-epidemiologiczne). Częstość

zachorowań w przeliczeniu na ludność jest zatem miernikiem stanu higieny oraz nadzoru nad higieną żywności w danym województwie.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższe wskaźniki zachorowań na salmonellozy obserwowano w województwie mazowieckim (ponad 35/100 tys.), najniższe zaś w województwach śląskim i dolnośląskim (ok. 11/100 tys.). Średnia zapadalność dla Polski wynosiła 21,9/100 tys.

Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Sposób obliczania: Liczba orzeczeń pierwszorzowych wydanych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy, na 100 tys. mieszkańców w wieku produkcyjnym.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: ZUS.

Interpretacja wskaźnika: Niepełnosprawność, obok częstości zgonów, jest jednym z podstawowych mierników stanu zdrowia populacji. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie jest jednak pochodną dwóch procesów:

- 1) zaburzenia stanu zdrowia i
- 2) orzekania o niepełnosprawności.

Odsetek osób niepełnosprawnych w populacji nie jest więc zależny wyłącznie od stanu zdrowia tej populacji, ale jest także wskaźnikiem trendów orzeczniczych i praktyk stosowania prawa. Pomimo jednolitego otoczenia prawnego panującego w Polsce, praktyka stosowania tych regulacji w poszczególnych województwach może się nieco różnić. Niemniej jednak można przyjąć, że z punktu widzenia społecznego bardziej pożądana jest sytuacja mniejszej liczby niepełnosprawnych, abstrahując od mechanizmu osiągnięcia takiego stanu.

Aktualne wyniki: Najwyższe wskaźniki liczby osób z orzeczoną niezdolnością do pracy w 2013 r. odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (265/100 tys.). Jedynym województwem, w którym wskaźnik wynosił mniej niż 100/100 tys., było województwo podlaskie, gdzie wartość wskaźnika wynosiła 80/100 tys.

Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca

Sposób obliczania: Iloraz zgonów z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I50 oraz I25) w danym roku i liczby osób hospitalizowanych z tego powodu w tym roku.

Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Odpowiednio leczona niewydolność serca może być co prawda kontrolowana u większości pacjentów, pozostaje jednak stanem zagrożającym życiu, z roczną śmiertelnością rzędu 10%.

Zaostrzenie choroby, czyli rozwinięcie ostrej niewydolności serca, jest zespołem, który często występuje wskutek dekompensacji przewlekłej niewydolności serca. Najpoważniejszym następstwem dekompensacji niewydolności serca jest zgon. Zapobieganie zgonom w przewlekłej niewydolności serca to zatem najważniejszy priorytet leczenia. Częstym mechanizmem powstawania niewydolności serca, szacowanym nawet na 70% przypadków, jest choroba wieńcowa, w szczególności przewlekła choroba niedokrwienna serca. Na 20% udziału w rozwinięciu niewydolności serca szacuje się wpływ nadciśnienia tętniczego. Oba te stany kliniczne często występują razem i często trudno jednoznacznie wskazać sekwencję ich występowania. Prezentowany wskaźnik ukazuje odsetek leczonych szpitalnie w danym roku kalendarzowym z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, którzy umierają w ciągu danego roku. Wartości wskaźnika zależą więc od dwóch wielkości: liczby zgonów z powodu niewydolności serca i przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (wg danych GUS) oraz liczby leczonych szpitalnie z tych powodów (wg danych z NFZ). Zarówno licznik, jak i mianownik tego wskaźnika mogą przybierać odmienne wielkości w różnych okolicznościach:

1) na liczbę zgonów z powodu niewydolności serca i niedokrwiennej choroby serca może wpływać praktyka wypełniania kart zgonów, polegająca na tym, że w przypadku zgonów osób w zaawansowanym wieku, jeśli nieznanne są konkretne przyczyny, choroby lub inne poważniejsze dolegliwości, jako przyczyna zgonu wpisywana jest niewydolność serca lub krążenia,

2) na liczbę osób leczonych szpitalnie z powodu niewydolności serca i niedokrwiennej choroby serca może z kolei wpływać opieka przedszpitalna.

Uwzględniając powyższe czynniki, należy zachować pewną ostrożność podczas interpretowania wskaźnika.

Aktualne wyniki: W 2011 r. największą wartość wskaźnika zanotowano w województwie dolnośląskim (31%), a najniższą w województwie warmińsko-mazurskim (13%). Wartość poniżej 20% odnotowano w 10 z 16 województw.

Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków

Sposób obliczania: Odsetek osób, które były hospitalizowane, wśród osób chorujących na cukrzycę.

Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: W przypadku prawidłowo prowadzonej i wyrównanej cukrzycy pacjenci powinni być hospitalizowani rzadko, w szczególności z powodu cukrzycy jako głównej przyczyny. Jednocześnie należy przyjąć, że niewłaściwe jest przyjmowanie do szpitala pacjentów z cukrzycą np. tylko w celu pogłębionej diagnostyki lub ustalenia terapii. Takie postępowanie – hospitalizacja w zastępstwie opieki w trybie

ambulatoryjnym – jest nieefektywne, a często także nieskuteczne ze względu na odmienne zachowania (dieta, ruch itp.) pacjentów w trakcie hospitalizacji i w warunkach domowych. Im zatem niższy wskaźnik liczby hospitalizacji wśród osób z leczoną cukrzycą, tym lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w sensie jego skuteczności oraz efektywności ekonomicznej.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, iż najwyższy wskaźnik hospitalizacji w populacji osób leczonych z powodu cukrzycy występuje w województwie podkarpackim, gdzie osiąga on 20%. Najniższy wskaźnik obserwuje się w województwach dolnośląskim i pomorskim, gdzie nie przekracza on 14%.

Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych

Sposób obliczania: Odsetek osób, które były hospitalizowane, wśród osób chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40–J47).

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: W każdej chorobie przewlekłej jedną z miar sukcesu terapeutycznego jest zapobieganie zaostrzeniom. W przypadku chorób dolnych dróg oddechowych typowymi zaostrzeniami są nasilenie duszności, zapalenie płuc i inne stany wymagające interwencji szpitalnej. Z tego powodu można uznać, że mniejszy odsetek pacjentów hospitalizowanych w populacji chorych na choroby dolnych dróg oddechowych świadczy o lepszej i skuteczniejszej opiece na etapie przedszpitalnym. Poza tym przyjmowanie pacjentów z tymi schorzeniami do szpitala bez ważnej konieczności, jedynie w zastępstwie opieki w trybie ambulatoryjnym, także należy uznać za niewłaściwe. W obecnym Indeksie liczbę chorujących oraz liczbę hospitalizowanych uzyskano z danych próby ok. 2,5 mln chorych na cukrzycę, co jest jednak neutralne dla relatywnych wartości wskaźników w poszczególnych województwach.

Aktualne wyniki: Najwyższy wskaźnik hospitalizacji w populacji osób chorujących na choroby dolnych dróg oddechowych odnotowano w 2012 r. w województwach opolskim oraz lubelskim (ponad 18%). Z drugiej strony najniższe wartości wskaźnika obserwowano w województwach zachodniopomorskim oraz śląskim (poniżej 13%).

Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25 oraz I50)

Sposób obliczania: Liczba hospitalizacji wśród osób leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25 oraz I50).

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, jedną z podstawowych miar sukcesu terapeutycznego jest zapobieganie zaostrzeniom. W przypadku przewlekłej niewydolności serca takim zaostrzeniem jest stan ostrej niewydolności, objawiający się m.in. obrzękiem płuc lub masywnymi obrzękami obwodowymi, co wymaga interwencji szpitalnej. Można zatem uznać, że skuteczniejsza opieka na poziomie ambulatoryjnym, zapewniająca stabilność pacjenta, powoduje rzadsze hospitalizacje. Hospitalizacja w populacji osób leczonych z powodu niewydolności serca może więc być wskaźnikiem jakości opieki nad tą grupą chorych. Częstym mechanizmem powstawania niewydolności serca, szacowanym na nawet na 70% przypadków, jest choroba wieńcowa, w szczególności przewlekła choroba niedokrwienna serca. Na 20% udziału w rozwinięciu niewydolności serca szacuje się wpływ nadciśnienia tętniczego. Z uwagi na ten mechanizm powstawania oraz nieprecyzyjne zasady sprawozdawania uznano, że w przeciwieństwie do roku poprzedniego niewydolność serca oraz przewlekła choroba niedokrwienna zostaną potraktowane zbiorczo. W obecnym Indeksie liczbę chorujących oraz liczbę hospitalizowanych uzyskano z danych próby ok. 2,5 mln chorych na cukrzycę, co ma jednak neutralny wpływ na relatywne wartości wskaźników w poszczególnych województwach.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższą wartość wskaźnika zanotowano w województwach wielkopolskim, pomorskim oraz podlaskim (ponad 5%). Najniższe odsetki zaobserwowano natomiast w województwach opolskim, podkarpackim oraz śląskim (poniżej 1%).

Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

Sposób obliczania: Iloraz liczby osób leczonych stacjonarnie do liczby osób leczonych w opiece psychiatrycznej.

Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przesuwanie ciężaru leczenia psychiatrycznego z wielkich szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych w odległych lokalizacjach na mniejsze, działające lokalnie jednostki organizacyjne to jedno z głównych założeń Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Proponowany model opieki skoncentrowany jest na opiece środowiskowej, bliskiej naturalnemu środowisku życia pacjenta, i opiece ambulatoryjnej, wspartej opieką stacjonarną zlokalizowaną w szpitalach ogólnych. Stopień realizacji tych założeń jest zróżnicowany terytorialnie, przede wszystkim zróżnicowana jest liczba osób leczonych szpitalnie w stosunku do wszystkich objętych opieką pacjentów psychiatrycznych. Proporcja ta wskazuje na rolę tradycyjnego podejścia skoncentrowanego na opiece szpitalnej, ale może także wskazywać na różnice w liczbie osób ob-

jętych opieką w ogóle – a zatem obrazować skłonność do zasięgania poradnictwa psychiatrycznego w lokalnej populacji. W obecnym Indeksie liczbę chorujących oraz liczbę hospitalizowanych uzyskano z danych próby ok. 2,5 mln chorych na cukrzycę, co ma jednak neutralny wpływ na relatywne wartości wskaźników w poszczególnych województwach.

Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższy odsetek pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych szpitalnie obserwowany był w województwach podkarpackim, pomorskim oraz podlaskim (powyżej 7%). Najmniejsza proporcja leczonych szpitalnie do leczonych ambulatoryjnie obserwowana była w województwie świętokrzyskim, które znacznie odbiega od pozostałych – 2,7%, podczas gdy kolejne województwo – zachodniopomorskie – odnotowuje wynik 4,3%.

Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Sposób obliczania: Liczba zgonów dzieci poniżej 1. roku życia na 1000 urodzeń żywych w danym roku.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny.

Interpretacja wskaźnika: Niższy wskaźnik umieralności niemowląt lepiej świadczy o szeroko rozumianej sprawności systemu ochrony zdrowia w danym województwie. Wskaźnik umieralności niemowląt jest jednym ze wskaźników uznawanych za syntetyczny miernik stanu zdrowia społeczeństwa i poziomu świadczeń zdrowotnych. Uznaje się, że w największym stopniu jest on determinowany stanem zdrowia matki oraz jakością i bezpieczeństwem prowadzenia ciąży, w tym zachowaniami zdrowotnymi matki w czasie ciąży. Wpływ systemu ochrony zdrowia nie jest jedynym ani nawet dominującym czynnikiem oddziałującym na ten wskaźnik w krajach wysoko uprzemysłowionych (wady wrodzone, malformacje genetyczne), co jednak nie znaczy, że w ogóle nie istnieje.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najwyższe wartości współczynnika umieralności niemowląt były w województwie warmińsko-mazurskim (5,9 zgonu/1000 żywych urodzeń) oraz lubuskim (5,6 zgonu/1000 żywych urodzeń), najniższe zaś w województwie małopolskim (3,8 zgonu/1000 żywych urodzeń) oraz mazowieckim (3,9 zgonu/1000 żywych urodzeń).

Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi

Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka piersi (C50) w 2008 r. i żyjących w 2013 r.

Dane za okres: 2008–2013 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik ten może świadczyć o następujących czynnikach:

1) skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek i systemu złożonego z wielu takich placówek, z uwagi na złożony i długotrwały charakter procesu terapeutycznego,

2) stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie (stopniu zaawansowania nowotworu), co jest pochodną skuteczności programu przesiewowego (w drugim roku jego działania) oraz spontanicznych wykryć zmian nowotworowych,

3) edukacji i świadomości zdrowotnej kobiet, co w części jest zależne od poradnictwa oferowanego przez lekarzy POZ i ginekologów,

4) innych czynników, takich jak średni wiek rozpoznania, typ histopatologiczny itp.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że w 2008 r. odsetek chorych, które żyły co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi, był najniższy w województwie opolskim (71%), a najwyższy w warmińsko-mazurskim (79%).

Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego

Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka jelita grubego (C18–C21) w 2008 r., żyjących w 2013 r.

Dane za okres: 2008–2013 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik ten może świadczyć o następujących zjawiskach:

1) skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek i systemu złożonego z wielu takich placówek, z uwagi na złożony i długotrwały charakter procesu terapeutycznego,

2) stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie (stopniu zaawansowania nowotworu), co jest pochodną skuteczności wykrywania zmian nowotworowych jelita grubego (w tym badań przesiewowych, słabo obecnie rozwiniętych),

3) edukacji i świadomości zdrowotnej chorych, co w części jest zależne od poradnictwa oferowanego przez lekarzy POZ,

4) innych czynników, takich jak średni wiek rozpoznania, typ histopatologiczny itp.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że w 2008 r. odsetek 5-letnich przeżyć był najniższy w województwie lubelskim (41%), a najwyższy w podkarpackim (50%).

Zgony do uniknięcia w POChP

Sposób obliczania: Zgony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) (J40–42, J44) w wieku 0–65 lat.

Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny.

Interpretacja wskaźnika: Koncepcja zgonów do uniknięcia wg WHO zakłada, że w pewnych schorzeniach zgony z ich powodu – przed osiągnięciem określonego wieku – stanowią dowód na nieskuteczność interwencji systemu ochrony zdrowia. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą nieuleczalną, której przebieg można jednak modyfikować poprzez zaprzestanie ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza (głównie dym tytoniowy) oraz odpowiednią terapię lekową, ewentualnie popartą rehabilitacją oddechową. Leczenie farmakologiczne stosowane w POChP ma jedynie charakter objawowy: poprawia komfort życia poprzez łagodzenie objawów i poprawę wydolności wysiłkowej, zmniejsza częstość zaostreżeń, a co za tym idzie – liczbę hospitalizacji. Interwencje dotyczące eliminacji ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza, zmniejszenia objawów i zapobiegania zaostrzeniom mogą prowadzić do zmniejszenia ryzyka zgonu z powodu POChP, szczególnie w młodszym wieku (przed 65. rokiem życia).

Aktualne wyniki: W 2011 r. najwyższe wartości wskaźnika zgonów do uniknięcia z powodu POChP występowały w województwach lubelskim, warmińsko-mazurskim i łódzkim (pow. 4/100 tys.), najniższe zaś w województwie podkarpackim (2,3/100 tys.).

Liczba pobrań narządów od zmarłych

Sposób obliczania: Liczba pobrań narządów od zmarłych dawców w stosunku do liczby mieszkańców.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Poltransplant.

Interpretacja wskaźnika: Rozwój programu pobierania narządów od zmarłych zależy nie tylko od czynników systemowych – regulacji prawnych, wsparcia organizacyjnego czy finansowego, lecz także nastawienia lekarzy oraz społeczności lokalnej, w tym rodzin. Najwyższa w Polsce liczba pobrań narządów od dawców zmarłych jest w Wielkopolsce i Zachodniopomorskim, gdzie działa kilku koordynatorów. W niektórych regionach liczba pobrań jest jednak znacznie niższa, m.in. w województwach świętokrzyskim, podkarpackim, małopolskim i lubelskim. Wskaźnik pobrań narządów jest zatem wskaźnikiem syntetycznym, mierzącym sumaryczny wynik bardzo wielu, często niezależnych od siebie procesów. W sumie jednak wskaźnik ten prezentuje wkład poszczególnych województw i ich społeczności w ogólnonarodowy wysiłek ratowania osób wymagających przeszczepów.

Aktualne wyniki: Z danych Biuletynu Informacyjnego Poltransplant wynika, że w 2013 r. najmniej pobrań dokonano w województwach dolnośląskim i podkarpackim (poniżej 10/1 mln mieszkańców), więcej zaś w województwach pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim (powyżej 25/1 mln mieszkańców).

Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne

Sposób obliczania: Iloraz sumy wydatków NFZ na świadczenia AOS oraz świadczenia kontraktowane odrębnie w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że proporcje wydatków na opiekę pozaszpitalną i szpitalną w Polsce są w dalszym ciągu niewystarczające. Nie ma na razie zagrożenia nadmiernego ograniczania opieki szpitalnej na rzecz pozaszpitalnej. Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie pozytywnych trendów w finansowaniu świadczeń.

Aktualne wyniki: W 2014 r. zaobserwowano, że najniższa proporcja wydatków na usługi pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych występowała w województwach świętokrzyskim, łódzkim i lubelskim (ok. 20–21%) wydatków pozaszpitalnych w stosunku do szpitalnych, najwyższa zaś w województwach śląskim i pomorskim (ponad 26%).

Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne

Sposób obliczania: Odsetek wydatków na świadczenia jednodniowe w całkowitych wydatkach na leczenie szpitalne.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: W konstrukcji niniejszego wskaźnika zakłada się, że proporcje liczby usług wykonywanych w trybie jednodniowym, w stosunku do wykonywanych w trybie stacjonarnym, są w Polsce w dalszym ciągu niewłaściwe. Zakłada się, że nie ma na razie zagrożenia nadmierną liczbą usług wykonywanych w trybie jednodniowym, zatem im wyższy wskaźnik odsetkowy tych usług w stosunku do usług wykonywanych w trybie stacjonarnym, tym lepiej świadczy to o zarządzaniu opieką szpitalną w danym województwie.

Aktualne wyniki: W 2014 r. najmniejszy odsetek usług w trybie jednodniowym był w województwach opolskim oraz podlaskim (poniżej 1%), najwyższy zaś w województwach warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i pomorskim (powyżej 2,5%).

Wydatki na opiekę długoterminową

Sposób obliczania: Wydatki NFZ na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75 lat.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Przyjmuje się, że opieka długoterminowa jest w Polsce niedostatecznie rozwinięta. Z tego powodu wiele osób nie ma odpowiedniej

opieki i jednocześnie zużywa zasoby szpitalnictwa, powodując nieadekwatne w stosunku do rzeczywistych potrzeb koszty. Uznaje się, że nie występuje obecnie zagrożenie, że opieka długoterminowa jest nadmiernie rozwinięta i finansowana. Im wyższe zatem wydatki na opiekę długoterminową, tym lepiej.

Aktualne wyniki: W 2014 r. najniższe wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75 lat zanotowano w województwach łódzkim i podlaskim (poniżej 300 zł/osobę), najwyższe zaś w województwach śląskim, podkarpackim i opolskim (ponad 600 zł/osobę).

Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie

Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2008 r. rozpoznano raka odbytnicy, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły 5 lat i dłużej.

Dane za okres: lata 2008–2013.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka odbytnicy, u których raka rozpoznano w 2008 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka odbytnicy w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich zanotowano w województwach podlaskim, lubelskim, lubuskim oraz śląskim (ponad 1000 zł), najniższe zaś – tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka odbytnicy – zaobserwowano w województwach opolskim, łódzkim i warmińsko-mazurskim.

Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie

Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2008 r. rozpoznano raka piersi, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły do 2013 r. i dłużej.

Dane za okres: lata 2008–2013.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka piersi, u których raka rozpoznano w 2008 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka piersi w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich u osób z rakiem piersi zanotowano w województwach podlaskim, lu-

belskim (ponad 600 zł), najniższe zaś – a tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka piersi – stwierdzono w województwach małopolskim, wielkopolskim oraz dolnośląskim (poniżej 450 zł).

Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem

Sposób obliczania: Dynamika zmiany poziomu zobowiązań SPZOZ-ów w województwie w stosunku do dynamiki zmiany wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem w wojewódzkim NFZ.

Dane za okres: 2011–2013.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik to iloraz zmian w wielkości zadłużenia SPZOZ-ów oraz zmian wielkości wydatków na świadczenia zdrowotne wojewódzkiego oddziału NFZ (z wyłączeniem refundacji leków). Zmiany w wielkości wydatków na finansowanie świadczeń zdrowotnych wynikają w znacznej mierze ze zmiany algorytmu podziału środków finansowych między OW NFZ – czynnika zewnętrznego, niezależnego od zarządzających ochroną zdrowia na danym terenie, jednak to właśnie od nich zależy, w jaki sposób wzrost (lub spadek) przychodów przekłada się na zmiany poziomu zobowiązań. Jeśli zadłużenie rośnie szybciej niż przychody ze sprzedaży świadczeń, wskazuje to na brak należytej kontroli kosztów i złą jakość zarządzania, z kolei jeśli stabilnej wielkości przychodów towarzyszy stabilizacja lub nawet spadek wielkości zadłużenia, świadczy to dobrze o jakości zarządzania finansami w podmiotach leczniczych województwa.

Aktualne wyniki: Z podsumowania dynamiki zobowiązań i dynamiki zmian wielkości kontraktów w województwach w roku 2013 w porównaniu z rokiem 2011 wynika, że najlepsze wyniki osiągnęły placówki w województwach lubuskim i pomorskim, w których wskaźnik był zdecydowanie niższy niż w pozostałych województwach (mniej niż 0,5). Wskaźnik powyżej 1 uzyskały województwa podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie, zachodniopomorskie oraz kujawsko-pomorskie. Oznacza to, że w województwach tych zwiększyło się saldo zadłużenia mimo istotnego wzrostu wydatków NFZ.

EBITDA placówek samorządowych w województwach

Sposób obliczania: EBITDA (zysk/strata z działalności operacyjnej + amortyzacja) w SPZOZ-ach na terenie województwa (bez resortowych i klinicznych).

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: EBITDA wykorzystywana jest do oceny zdolności generowania dochodów przez aktywa danego przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw (holdingu). W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wyraża zdolność do gene-

rowania dochodów (lub strat) przez sektor podmiotów ochrony zdrowia działających w imieniu właścicieli publicznych. Kategoria SPZOZ-ów jest bowiem szczególnie grupą quasi-przedsiębiorstw o ograniczonej (w porównaniu ze spółkami) samodzielności, których potencjalny ujemny wynik finansowy obciąża sektor finansów publicznych w jego części samorządowej.

Aktualne wyniki: Suma EBITDA dla SPZOZ-ów samorządowych zlokalizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. osiągnęła najwyższą wartość w województwach śląskim, małopolskim i wielkopolskim (ponad 150 mln zł), najniższą zaś w województwach lubuskim oraz opolskim (poniżej 60 mln zł).

Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Sposób obliczania: Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej do przychodów brutto ze sprzedaży SPZOZ-ów.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: Rentowność brutto sprzedaży pokazuje, ile złotych zysku (straty) przed opodatkowaniem wypracowują wszystkie przychody z działalności danej jednostki gospodarczej – przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw. Im wyższy jest wskaźnik rentowności brutto, tym wyższa jest efektywność dochodów, co oznacza, że dla osiągnięcia określonej kwoty zysku przedsiębiorstwo musi zrealizować niższą sprzedaż niż wówczas, gdy rentowność sprzedaży byłaby niższa. W ujęciu prezentowanym poniżej cały sektor SPZOZ-ów, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy w poszczególnych województwach, traktowany jest jako jeden organizm. Rentowność ze sprzedaży całego sektora informuje, jakie korzyści lub straty generuje działalność lecznicza w relacji do skali przychodów tego sektora.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najniższą rentowność uzyskały SPZOZ-y województwa mazowieckiego (poniżej -2%). W sumie sześć województw odnotowało zagregowaną rentowność ujemną w zlokalizowanych w nich SPZOZ-ach. Najwyższą rentowność brutto uzyskały SPZOZ-y w województwach podlaskim, lubuskim, lubelskim i warmińsko-mazurskim (ponad +2%). W sumie w dziesięciu województwach występowała dodatnia zagregowana rentowność brutto SPZOZ-ów.

Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

Sposób obliczania: Liczba łóżek szpitalnych ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: W Polsce od lat 90. XX w. starano się zmniejszyć nacisk na leczenie szpitalne i wzmocnić rolę alternatyw w postaci opieki ambulatoryjnej, jednodniowej, domowej i długotermi-

nowej, głównie niestacjonarnej. W tym kierunku zmierzają działania w postaci rozwoju medycyny rodzinnej, prób ustalania tzw. sieci szpitalnej czy wspomagania procesów restrukturyzacyjnych szpitali. W ostatniej dekadzie działania te były mniej zaznaczone niż wcześniej. W doktrynie polityki zdrowotnej było pozostawienie decyzji inwestycyjnych rynkowi i samorządom lokalnym. W efekcie liczba łóżek szpitalnych przestała spadać, a w niektórych obszarach zwiększyła się dzięki zgodnemu wysiłkowi sektora prywatnego oraz samorządów. Na tym tle tylko niektóre województwa wykazują inne tendencje, dążąc, wśród znacznego oporu otoczenia, do ograniczenia bazy szpitalnej. Im niższy wskaźnik, tym lepiej, jako że wychodzimy z założenia, że łóżek i opieki szpitalnej w Polsce jest zbyt dużo w stosunku do opieki pozaszpitalnej.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najwyższe wskaźniki liczby łóżek szpitalnych (ostrych) odnotowano w województwach śląskim, łódzkim, lubelskim i dolnośląskim (ponad 50/10 tys. mieszkańców), najniższe zaś w województwach pomorskim, wielkopolskim oraz lubuskim (poniżej 43/10 tys. mieszkańców).

Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)

Sposób obliczania: Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach w stosunku do liczby łóżek szpitalnych.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ.

Interpretacja wskaźnika: Na wartość tego wskaźnika składa się kilka zjawisk:

- 1) liczba dostępnych łóżek i liczba mieszkańców,
- 2) chorobowość mieszkańców,
- 3) skłonność do leczenia szpitalnego,
- 4) skłonność i skuteczność administracji zdrowotnej w działaniach służących dostosowaniu bazy szpitalnej do występujących potrzeb.

W tym kontekście, z zastrzeżeniem pkt 3 z powyższej listy, należy uznać, że im większa przelotowość łóżek, tym lepiej, ponieważ istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana. W takiej interpretacji pomija się kwestię możliwości przesuwania pacjentów do leczenia poszpitalnego (czyli strategicznie zasadnego kierunku), ale uznaje się wagę bieżącej gospodarności (wykorzystania posiadanych zasobów).

Aktualne wyniki: Według danych CSIOZ z 2012 r. najniższe wskaźniki przelotowości (najniższe wykorzystanie istniejącej infrastruktury) występują w województwie śląskim (poniżej 40 osób/rok), najwyższe zaś w województwie wielkopolskim (54 osoby/rok).

Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

Sposób obliczania: Przeciętne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych/przeciętne

przychody netto na 1 osobę w gospodarstwach domowych $\times 100$.

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: GUS.

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że wydatki prywatne, jako odsetek całości wydatków gospodarstw domowych, na opiekę zdrowotną są wprost proporcjonalne do stopnia niezaspokojenia potrzeb tych gospodarstw przez system publicznej opieki zdrowotnej; podobnie do tych miar na poziomie międzynarodowym, gdzie wydatki prywatne są wysokie w krajach o niesprawnym systemach publicznych (Grecja, Portugalia, Irlandia), a niskie w krajach skandynawskich czy Niemczech.

Aktualne wyniki: W 2013 r. najwyższy odsetek wydatków na ochronę zdrowia w przychodach gospodarstw domowych obserwuje się w województwach łódzkim i dolnośląskim (ok. 3,6%), najniższy zaś w województwach wielkopolskim, lubuskim oraz kujawsko-pomorskim (poniżej 3%).

Liczba osób na listach oczekujących

Sposób obliczania: Sumaryczna liczba osób (przypadki stabilne) oczekujących na wizytę w wybranych poradniach (neurologiczna, okulistyka, kardiologiczna, endokrynologiczna oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej) w przeliczeniu na 1000 populacji. Stan na 31 grudnia 2014 r.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Liczba osób oczekujących nie jest precyzyjną miarą list oczekujących ani precyzyjnym wskaźnikiem niedoborów usług. Istnieje wiele zastrzeżeń co do jakości, wiarygodności czy użyteczności informacji przedstawianej w sprawozdawczości list oczekujących. Niemniej jednak, jako że warunki prawne prowadzenia list oczekujących są jednakowe w całym kraju, wielkość ta może dać obraz ograniczenia dostępu (z jakiegokolwiek powodu) do usług w określonej puli poradni.

Aktualne wyniki: Z danych publikowanych przez NFZ na dzień 31 grudnia 2014 r. wynika, że największa liczba osób zarejestrowanych na listach oczekujących jest w województwie pomorskim (31/1000 ubezpieczonych), najmniejsze wskaźniki obserwowane są zaś w województwach świętokrzyskim oraz podkarpackim 9/1000 osób.

Migracja międzyoddziałowa pacjentów

Sposób obliczania: Zmiana w bilansie przepływów finansowych wynikających z migracji międzywojewódzkiej pacjentów.

Dane za okres: lata 2011–2013.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Nieznane są szczegółowo przyczyny migracji międzywojewódzkiej w celu uzys-

kania świadczeń medycznych. Dla celów niniejszego Indeksu zakłada się jednak, że w większości migracja międzyoddziałowa jest związana z niemożnością zaspokojenia potrzeb zdrowotnych we własnym województwie i jest połączona z pewnymi niedogodnościami dla pacjenta (odległość i związane z tym koszty i czas dojazdu). Zjawisko to należy uznawać za niekorzystne dla pacjenta niezależnie od jego podłoża i możliwości wpływu na nie zarządzających ochroną zdrowia. Prezentowane liczby są różnicą między bilansem międzywojewódzkiej imigracji i emigracji zdrowotnej w 2013 r. wobec 2011 r. (okres dwóch lat). Wskaźnik prezentuje zatem, w jakim stopniu i jakim w kierunku zmieniły się przepływy pacjentów w poszczególnych województwach w latach 2011–2013. Autorzy wychodzą z założenia, że pewien poziom migracji wynika ze struktury systemu (np. lokalizacja ośrodków akademickich), jednakże zjawisko to, zasadniczo uciążliwe dla pacjentów, może być ograniczane, jeśli w województwie pojawia się więcej lepszej jakości ośrodków medycznych.

Aktualne wyniki: Saldo migracji zmniejszyło się najbardziej w województwach lubuskim i warmińsko-mazurskim (o ponad 1%), a zwiększyło w województwie mazowieckim (1,2%).

Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii

Sposób obliczania: Odsetek mieszkańców danego województwa, którzy zamieszkują w odległości nie większej niż 40 km od najbliższego ośrodka radioterapii w danym województwie, w stosunku do wszystkich osób zamieszkałych w województwie.

Dane za okres: 2014 r. wg stanu na koniec września.

Źródło danych: GfK Polonia, NFZ.

Interpretacja wskaźnika: Im większa wartość wskaźnika, tym większy odsetek mieszkańców danego województwa ma ułatwiony dostęp do radioterapii onkologicznej, zwłaszcza w sytuacji kiedy w Polsce od jakiegoś czasu postuluje się odejście od dominującego ciągle i mało uzasadnionego modelu leczenia w trybie całodobowej hospitalizacji szpitalnej na rzecz leczenia ambulatoryjnego. W krajach Europy Zachodniej ponad 90% pacjentów leczonych jest w trybie ambulatoryjnym, podczas gdy w Polsce mniej niż połowa. Granicę 40 km dystansu przyjęto umownie, uznając, że taka odległość umożliwia w miarę dogodny codzienny dojazd na leczenie i powrót do domu w trakcie całego cyklu terapii promieniowaniem jonizującym. Złożenie to dotyczy osób, u których nie ma bezwzględnych wskazań medycznych do hospitalizacji.

Aktualne wyniki: Z danych wynika, że największy odsetek osób mieszkających w odległości nieprzekraczającej 40 km od akceleratora jest w województwie śląskim (96%). Wartość tego wskaźnika przekroczyła 90% również w województwie małopolskim (91%). W kolejnych 4 województwach (dolnośląskie, pomor-

skie, podkarpackie, opolskie) wskaźnik ten tylko nieznacznie przekracza 60%, tj. średnią dla kraju. Generalnie sytuacja w południowym pasie województw wygląda pod tym względem znacznie lepiej niż w pasie środkowym i na północy kraju, gdzie występują województwa z tylko jednym ośrodkiem radioterapii lub wskaźnikiem ok. 40% lub poniżej (wielkopolskie, warmińsko-mazurskie, kujawsko-pomorskie, podlaskie, lubelskie). Zaprezentowane wyniki nie uwzględniają niedawno oddanych do użytku inwestycji, które uzyskały kontrakty z NFZ w 2015 r.

Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

Sposób obliczania: Liczba szpitali w województwie z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w ogólnej liczbie szpitali.

Dane za okres: Stan na 13 lutego 2015 r.

Źródło danych: Centrum Monitorowania Jakości.

Interpretacja wskaźnika: Akredytacja CMJ stanowi element zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Mimo że uzyskanie akredytacji nie daje gwarancji wysokiej jakości, to uznaje się, że staranie się o akredytację jest wyrazem zainteresowania kierownictwa placówki kwestiami jakości. Jest to niejako obietnica, że jakość opieki zdrowotnej stanowi istotne zagadnienie i uzyskanie akredytacji powinno zwiększać prawdopodobieństwo wykonywania świadczeń lepszej jakości. W Indeksie przedstawiono wskaźnik rozpowszechnienia akredytacji w szpitalach w województwie jako dowód zainteresowania jakością opieki szpitalnej.

Aktualne wyniki: Z danych CMJ wynika, że najniższy odsetek szpitali, które miały certyfikat akredytacyjny CMJ, występował w województwach lubuskim i podlaskim (odpowiednio ok. 4% i 6%), a najwyższy w województwach świętokrzyskim, opolskim oraz lubelskim (ponad 30%).

Dostęp do informacji konsumenckiej

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: System informacji, który zapewnia wiedzę, gdzie się zwrócić z danym problemem i czego pacjent może oczekiwać, zdaniem ok. 10% respondentów należy do najważniejszych kryteriów jakości ochrony zdrowia. Zdanie respondentów na temat jakości w tym kryterium, w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), należy rozumieć jako poczucie pewności i zrozumienia reguł obowiązujących w tych dwóch dziedzinach opieki zdrowotnej.

Aktualne wyniki: W przypadku pytania o system informacji najniższą ocenę wystawili mieszkańcy województwa łódzkiego (średnia ocen 2,37), najwięcej zaś

mieszkańcy województw opolskiego, lubelskiego oraz podlaskiego (średnia ocen ok. 3,36). W odniesieniu do POZ najwyższe oceny wystawili mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 3,43), najniższe zaś mieszkańcy województw małopolskiego, łódzkiego i lubuskiego (średnia ocen poniżej 3,0). System informacji w specjalistycznej opiece zdrowotnej został najwyższej oceniony w województwie podlaskim (średnia ocen 3,44), najniżej zaś w województwach dolnośląskim oraz śląskim (średnia ocen poniżej 3,0).

Dostęp do pomocy lekarskiej

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej okazuje się bardzo ważnym elementem dla oceny jakości systemu opieki zdrowotnej ze strony respondentów. W kontekście POZ respondentów pytano o dostęp do opieki lekarskiej w godzinach nocnych i w dni świąteczne, a w kontekście AOS ogółem o dostęp do lekarzy specjalistów. Około 42% badanych uznało dostęp do lekarzy specjalistów za jedno z głównych kryteriów jakości systemu opieki zdrowotnej. Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jako jeden z najbardziej znaczących parametrów wskazało 27% respondentów.

Aktualne wyniki: Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej najwyższej oceniono w województwie pomorskim (3,08), najgorzej wypadło województwo lubuskie (2,42). Z dostępu do lekarzy specjalistów najbardziej zadowoleni są mieszkańcy województwa świętokrzyskiego (2,82), najmniej zaś województwa dolnośląskiego (2,31). Średnia ocena dla dwóch wyżej wymienionych parametrów była najwyższa w województwie zachodniopomorskim (2,88), najniższa zaś w województwie dolnośląskim (2,40).

Dostęp do badań diagnostycznych

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Dostęp do badań diagnostycznych za jedno z najważniejszych kryteriów jakości uznało ok. 30% respondentów. Odpowiedzi na niniejsze pytanie należy rozumieć jako łatwość, z jaką uzyskiwane są badania diagnostyczne, których respondenci się spodziewają. Na ocenę tę zapewne wpływa stopień wykształcenia i znajomości możliwości diagnostyki laboratoryjnej, a także doświadczenia z prze-

szłości i ukształtowane w przeszłości przyzwyczajenia w tym zakresie.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwyższe noty przyznali mieszkańcy województw podkarpackiego, lubelskiego oraz zachodniopomorskiego (średnia ocen powyżej 3,0). Najgorzej ocenili dostęp do badań diagnostycznych mieszkańcy województw dolnośląskiego oraz mazowieckiego (średnia ocen ok. 2,77). Dostęp do badań diagnostycznych w ramach POZ najwyższej ocenili mieszkańcy województwa podkarpackiego (3,09), a najniżej mieszkańcy województwa pomorskiego (średnia ocen 2,56). Ten sam wskaźnik, lecz odnoszący się do AOS mieszkańcy województwa pomorskiego ocenili najwyższej w porównaniu z pozostałymi województwami (średnia ocen 3,15). Najniższą ocenę dla dostępu do badań diagnostycznych w ramach AOS wystawili mieszkańcy województwa dolnośląskiego (2,58).

Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji w ramach POZ, za jedno z najważniejszych kryteriów oceny jakości uznało 19% respondentów, a w ramach AOS 16%. Kryterium to należy interpretować jako wskazówkę, na ile pozamedyczne aspekty działania placówki zdrowotnej ważą na jej ocenie przez pacjenta.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwięcej ocen pozytywnych przyznali lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,52), a najgorzej ocenili go mieszkańcy województwa małopolskiego (średnia ocen 3,12). Jakość obsługi administracyjnej w ramach POZ najwyższej ocenili respondenci w województwie podkarpackim (3,59), najniżej w województwie małopolskim (3,11). Ten sam parametr w kategorii AOS najwyższej został oceniony w województwie podlaskim (3,50), a najniżej w województwie śląskim, które jako jedyne otrzymało średnią ocenę w tej kategorii poniżej 3,0 (2,97).

Czas oczekiwania na usługę medyczną

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Czas oczekiwania na usługę medyczną jako jedno z najważniejszych kryteriów wymieniło 50% respondentów. Waga tego kryterium jest potwierdzeniem szerszych badań i sondaży, wskazujących na zbyt długi czas oczekiwania jako

główny problem systemu ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że w badaniu nie mierzono obiektywnego czasu oczekiwania, lecz subiektywne poczucie, czy jest on zbyt długi czy akceptowalny.

Aktualne wyniki: W kategorii czasu oczekiwania system najwyżej ocenili mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 2,63), najniżej natomiast mieszkańcy województwa dolnośląskiego (średnia ocen 2,12).

Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych za ważne kryterium jakości uznało ok. 15% respondentów. Jak wszystkie badane w sondażu parametry, nie jest to obiektywna jakość infrastruktury, mierzona np. czasem użytkowania, lecz subiektywna jakość, odbierana tak przez respondentów.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwięcej pozytywnych ocen przyznali mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,61). Najgorzej jakość infrastruktury oceniali mieszkańcy województwa śląskiego (średnia ocen 2,24). W ramach POZ jakość infrastruktury najwyżej ocenili mieszkańcy województwa opolskiego (3,54), najniżej natomiast mieszkańcy województwa lubuskiego (3,19). Jakość infrastruktury AOS została najwyżej oceniona w województwie podlaskim (3,70), a najniżej w województwie śląskim (3,17).

Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Profesjonalizm i kompetencje lekarzy za ważne kryterium jakości opieki zdrowotnej uznało 34% i 37% respondentów (odpowiednio dla POZ i AOS).

Aktualne wyniki: W kategorii tej najlepiej oceniani byli lekarze województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 4,02), najgorsze oceny wystawili mieszkańcy województwa mazowieckiego (średnia ocen 3,48). Profesjonalizm lekarzy POZ został najwyżej oceniony w województwie zachodniopomorskim (4,02), najniżej nato-

miast w województwie pomorskim (3,40). Województwo zachodniopomorskie otrzymało również najwyższą ocenę, jeśli chodzi o kompetencje lekarzy AOS – średnia nota 4,01. Najgorzej w tej kategorii zostało ocenione województwo podkarpackie (średnia ocen 3,46).

Podjęcie lekarza do pacjenta

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Podjęcie lekarza do pacjenta – rozumiane jako sposób rozmowy, zrozumienie problemu i czas poświęcony pacjentowi – za jedno z najważniejszych kryteriów oceny systemu uznało 49% respondentów oceniających POZ oraz 39% respondentów oceniających AOS.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najlepiej oceniani byli lekarze województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 4,03), najgorzej natomiast lekarze województwa mazowieckiego (średnia ocen 3,52). Zdaniem respondentów najlepsze podjęcie do pacjenta zarówno lekarzy POZ, jak i AOS jest w województwie zachodniopomorskim (średnia ocena odpowiednio 4,15 oraz 3,90). Najgorzej lekarzy POZ ocenili mieszkańcy województwa świętokrzyskiego (średnia ocena 3,41), a lekarzy AOS mieszkańcy województwa mazowieckiego (średnia ocena 3,51).

Efekty leczenia

Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: Badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC.

Interpretacja wskaźnika: Efekty leczenia jako ważne kryterium oceny systemu wskazało 20% oraz 23% respondentów, odpowiednio POZ i AOS.

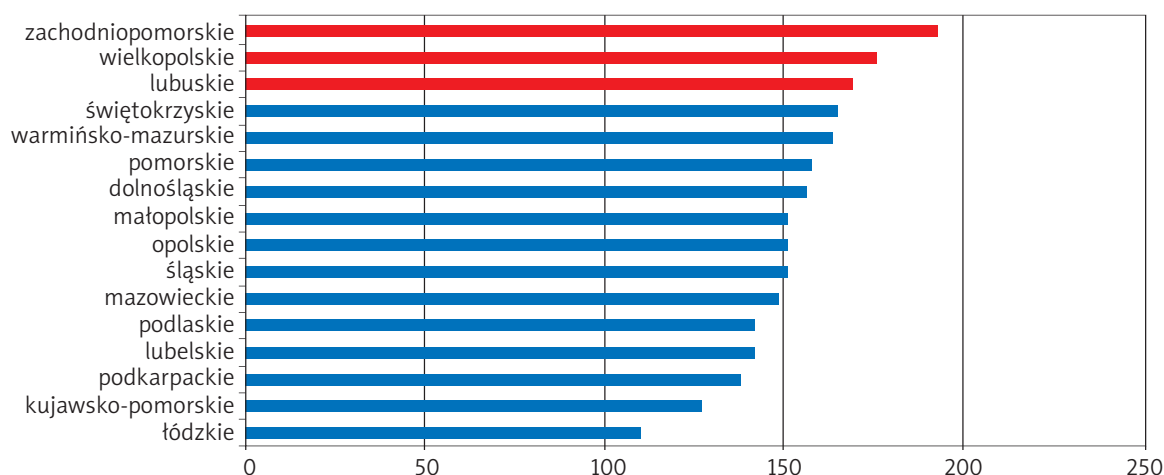
Aktualne wyniki: W tej kategorii najlepiej oceniali system mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 3,73), najgorzej natomiast mieszkańcy województwa łódzkiego (średnia ocen 3,34). Efekty leczenia w ramach POZ najlepiej zostały ocenione w województwie zachodniopomorskim (3,81), najgorzej natomiast w województwie świętokrzyskim (3,37). Najbardziej pozytywnie efekty leczenia w AOS oceniają mieszkańcy województwa małopolskiego (3,66), podczas gdy najgorzej w tej kategorii wypada województwo łódzkie (3,28).

Podsumowanie oceny województw w osiach

Oś 1 – Poprawa stanu zdrowia

Wyniki podsumowania punktacji wskaźników w osi poprawa stanu zdrowia wskazują, że najlepszy wynik osiągnięto w województwie zachodniopomorskim (192 pkt), a dalej – wielkopolskim i lubuskim (odpowiednio 176 pkt i 170 pkt).

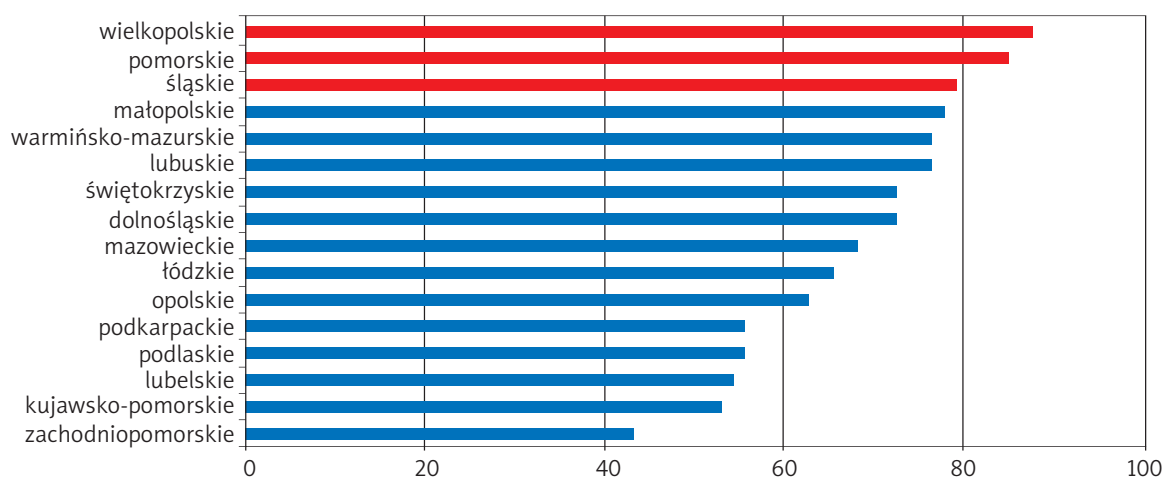
Kolejne dwa województwa: świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie (165–164 pkt), nie odbiegają znacząco od liderów. Na końcu listy znajdują się województwa łódzkie i kujawsko-pomorskie z wartościami odpowiednio 111 i 127 pkt.



Oś 2 – Efektywna gospodarka finansowa

W osi efektywnej gospodarki finansowej na czele uplasowały się województwa: wielkopolskie, pomorskie i śląskie (odpowiednio 88, 85 i 79 pkt).

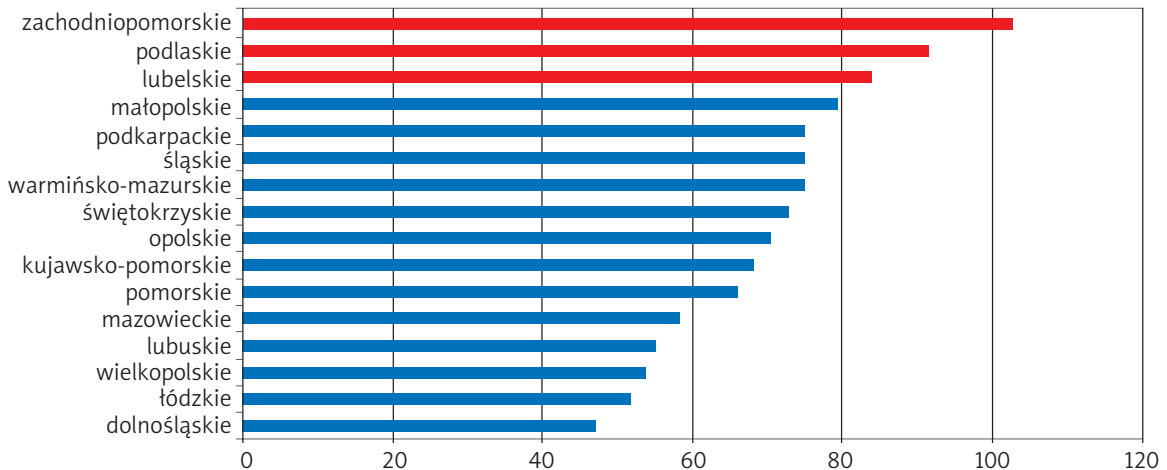
Na końcu stawki ulokowały się województwa: lubelskie, kujawsko-pomorskie i zachodniopomorskie (43–54 pkt).



Oś 3 – Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

W osi jakości konsumenckiej na czele uplasowały się województwa: zachodniopomorskie (103 pkt), podlaskie (92 pkt) oraz lubelskie (84 pkt). Województwa lubelskie i zachodniopomorskie to te same, które w osi gospodarki finansowej znalazły się na końcu stawki.

Na końcowych miejscach w osi jakości konsumenckiej ulokowały się województwa: dolnośląskie, łódzkie (ostatnie miejsce w osi zdrowotnej) oraz wielkopolskie (pierwsze miejsce w osi finansowej) (odpowiednio 47, 52 i 54 pkt).



Zestawienie danych Indeksu 2014 i 2015

Druga edycja Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia daje nowe możliwości analityczne. Oprócz porównań międzywojewódzkich, jesteśmy po raz pierwszy w stanie zaobserwować zmiany zachodzące w czasie w tym samym województwie.

Poniżej zaprezentowano przegląd wskaźników, które są kontynuacją z roku poprzedniego w syntetycznym zestawieniu. W przypadku gdy wskaźniki uległy modyfikacji, na przykład poprzez inne skomponowanie danych lub odmienne niż w zeszłym roku źródło danych, oba wskaźniki, z roku ubiegłego oraz bieżącego, zostały przeliczone wg zmienionych zasad. Tym samym zachowano spójność wskaźników poddanych porównaniu, choć należy mieć na uwadze, że wartości odniesienia mogą być różne od tych opublikowanych w pierwszej edycji.

Oś 1 – Poprawa stanu zdrowia

1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Porównując wartość wskaźnika dotyczącego uczestnictwa kobiet w badaniach mammograficznych z dwóch kolejnych lat, największy spadek obserwujemy w województwach lubelskim oraz mazowieckim (o ponad 10%); województwa te odnotowały również największy spadek w rankingu (o 7 miejsc: odpowiednio z miejsca

3. na 10. oraz z 8. na 15.). Największą poprawę obserwuje się w województwie świętokrzyskim, w którym wskaźnik wzrósł rok do roku (2012/2013) o ponad 30%, dzięki czemu województwo to awansowało w tej kategorii z miejsca ostatniego na 9. Ogółem wskaźnik spadł w 7 z 16 województw.

2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Odsetek kobiet, które uczestniczyły w badaniu, w całej populacji objętej programem profilaktyki raka szyjki macicy spadł w roku 2013 w stosunku do roku 2012. Największy spadek uczestnictwa w tych badaniach zaobserwowano w województwie podkarpackim, gdzie wartość wskaźnika zmniejszyła się o ponad 20%, co spowodowało zajęcie przez to województwo miejsca 13. w obecnym rankingu (10. miejsce w poprzedniej edycji). Mimo że największy procentowy spadek wskaźnika dotyczył województwa podkarpackiego, to województwo kujawsko-pomorskie, które odnotowało drugie największe zmniejszenie odsetka, zanotowało największy spadek pozycji w rankingu (z miejsca 4. na 10.). Jedynym województwem, w którym zaobserwowano wzrost wskaźnika, było warmińsko-mazurskie (wzrost o prawie 3%), które utrzymało pierwsze miejsce w tej kategorii.

3. Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG

W dalszym ciągu odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych tym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia jest wysoki – 91–96%. W 9 wo-

jewództwach odsetek dzieci zaszczepionych przeciwko gruźlicy w 2012 r. spadł jednak w stosunku do roku poprzedniego. Największy procentowy spadek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (-1,9%), a największy wzrost w województwie dolnośląskim (1,7%). W wyniku zmian województwo dolnośląskie awansowało o 7 miejsc i zajęło 4. miejsce w tej kategorii. Województwo pomorskie, w którym zaobserwowano niewielki wzrost wartości wskaźnika (ok. 0,2%), utrzymało się na pozycji lidera.

4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różycze

W przypadku wskaźnika dotyczącego zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różycze zaobserwowano bardzo małe różnice w porównaniu z danymi z roku poprzedniego: wartość wskaźnika wzrosła lub zmalała o mniej niż 1 punkt procentowy we wszystkich województwach. Jednocześnie poziom wyszczepień utrzymuje wysokie wartości – 96–99%. Największy spadek w roku 2012 w stosunku do 2011 zaobserwowano w województwie łódzkim (-0,71%), a największy wzrost w województwie lubuskim (0,81%).

5. Zachorowania na gruźlicę

W większości województw spada liczba nowych zachorowań na gruźlicę i jedynie w 2 województwach: warmińsko-mazurskim oraz kujawsko-pomorskim, liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wzrosła odpowiednio o 3,1% oraz 5,6%. W pozostałych województwach odnotowano poprawę sytuacji, a największy procentowy spadek wskaźnika zaobserwowano w województwie lubuskim (-34,2%), co spowodowało awans województwa z miejsca 5. na miejsce 1.

6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe

W większości województw wskaźnik zachorowań na salmonellozy spadł pomiędzy rokiem 2011 a 2012. Największy procentowy spadek odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim (spadek o ponad 37%). Bardzo duży, bo ponad 63-procentowy wzrost wskaźnika wystąpił w województwie podlaskim, które spadło o 7 miejsc w klasyfikacji. Na pierwszym miejscu utrzymało się województwo dolnośląskie, pomimo że wartość wskaźnika w tym regionie odnotowała nieznaczny wzrost.

7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Wskaźnik orzeczeń o niepełnosprawności wydanych dla celów rentowych na 100 tys. mieszkańców w wieku produkcyjnym rośnie w większości województw. Wartość wskaźnika niezdolnych do pracy spadła jedynie w 3 województwach: lubuskim (-7,2%), mazowieckim (-3,6%) oraz opolskim (-1,3%). Wśród regionów, w których odnotowano wzrost wskaźnika, w 3 województwach: lubelskim, kujawsko-pomorskim oraz zachodniopomorskim, wzrost ten przekroczył 10%, przy czym kujawsko-pomorskie pozostaje negatywnym lide-

rem w tej kategorii Indeksu z istotną i powiększającą się różnicą do województwa warmińsko-mazurskiego zajmującego 2. miejsce.

8. Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca

Wskaźnik dotyczący relacji zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca wzrósł w większości województw. Najsilniejszy procentowy przyrost wskaźnika (62,8%) odnotowano w województwie dolnośląskim. Drugim z kolei pod względem wzrostu wskaźnika było województwo łódzkie, w którym wskaźnik podniósł się o 38,8%. Spadek wartości wskaźnika odnotowano w 3 województwach: kujawsko-pomorskim (-29,5%), świętokrzyskim (-28,4%) i pomorskim (-3,8%). Wskaźnik z 2010 r. został przeliczony na nowo, ponieważ definicja wskaźnika i źródło danych uległo zmianie w stosunku do zeszłorocznego Indeksu. Stąd wartości wskaźnika za rok poprzedni różnią się od wielkości opublikowanych w Indeksie 2014, ale obecnie prezentowany wskaźnik oraz porównywany z nim wskaźnik z 2010 r. zachowały spójność.

9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków

Wskaźnik hospitalizacji wśród chorych na cukrzycę zmniejszył się w większości województw. Najbardziej znaczący spadek wystąpił w województwie świętokrzyskim (ponad 11%). W województwie warmińsko-mazurskim przez dwa lata utrzymała się taka sama wartość omawianego wskaźnika. W 4 województwach: podkarpackim, lubuskim, podlaskim oraz opolskim, wartość wskaźnika wzrosła, najbardziej w województwie opolskim (5,4%). Wskaźnik z 2011 r. został przeliczony na nowo, ponieważ źródło danych uległo zmianie w stosunku do zeszłorocznego Indeksu.

10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych

Liczba osób hospitalizowanych wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych spadła w 12 województwach. W 2 z nich: podkarpackim oraz świętokrzyskim, spadek ten wynosił ponad 15% (odpowiednio 20,6% oraz 15,6%). W województwie mazowieckim oraz lubuskim wartość wskaźnika wzrosła o niecały 1% (odpowiednio 0,5% oraz 0,9%). W województwach kujawsko-pomorskim oraz podlaskim różnica ta była już większa: wskaźnik wzrósł odpowiednio o 4,4% oraz 5,6%. Wskaźnik z 2011 i 2012 r. został przeliczony na nowo, ponieważ źródło danych uległo zmianie w stosunku do zeszłorocznego Indeksu.

11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca

W 7 z 16 województw wskaźnik zmniejszył swoją wartość. Największy spadek zaobserwowano w województwach opolskim (-74,8%), zachodniopomorskim

(-47,2%) oraz lubelskim (-37,3%). W województwach dolnośląskim oraz lubuskim wartość wskaźnika wzrosła o ponad 100% (odpowiednio o 131,9% oraz 257%). Wskaźnik z 2011 r. został przeliczony na nowo, ponieważ definicja wskaźnika i źródło danych uległy zmianie w stosunku do zeszłorocznego Indeksu.

12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

W 2012 r. w porównaniu z 2011 r. wartości wskaźnika były mniejsze w prawie wszystkich województwach. Największą procentową różnicę odnotowano w województwach świętokrzyskim oraz podkarpackim (ponad 39-procentowy spadek). Odsetek hospitalizowanych wzrósł jedynie w województwach lubuskim oraz podlaskim, odpowiednio o 4,8% oraz 16%. Wskaźnik z 2011 r. został przeliczony na nowo, ponieważ źródło danych uległo zmianie w stosunku do zeszłorocznego Indeksu.

13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

W tym klasycznym mierniku stanu zdrowia populacji spadki i wzrosty wskaźnika rozkładały się równo między województwami. Największy – ponad 30-procentowy – spadek wartości wskaźnika odnotowano w województwie opolskim. Województwo to awansowało w rankingu aż o 12 pozycji, zmieniając miejsce 15. na miejsce 3. W województwie warmińsko-mazurskim odnotowano największy (ok. 44%) wzrost wskaźnika, co miało odzwierciedlenie w spadku tego województwa z miejsca 3. na ostatnie. W połowie województw wartość wskaźnika spadła, w dwóch (małopolskim oraz wielkopolskim) pozostała bez zmian, a w pozostałych odnotowano wzrost tej wartości.

14. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi

Zmiany rok do roku w wartościach tego wskaźnika były stosunkowo niewielkie. U osób, u których rozpoznano raka piersi w 2008 r., w 7 województwach odnotowano pogorszenie się sytuacji w stosunku do chorych z rozpoznaniem z 2007 r. Największy procentowy spadek wskaźnika odnotowano w województwie pomorskim (spadek o ok. 4%). Bardzo wysoki procentowy wzrost odsetka osób, które przeżyły 5 lat od rozpoznania u nich raka piersi (ok. 14%), wystąpił w województwie podkarpackim, co poskutkowało awansem tego województwa z ostatniej na 7. pozycję w tej kategorii.

15. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego

Przeżywalność 5-letnia w rozpoznaniu raku jelita grubego u osób, które zachorowały w roku 2008, pogorszyła się w połowie województw w stosunku do rozpoznania z roku 2007. Największy procentowy spadek wartości wskaźnika wystąpił w województwie dolnośląskim (-12,3%), a największy wzrost w województwie

podkarpackim (12,8%). W rezultacie Podkarpacie awansowało o 8 pozycji w klasyfikacji, uzyskując pozycję lidera.

16. Zgony do uniknięcia w POChP

Wartość wskaźnika zgonów do uniknięcia w POChP w większości województw spadała w roku 2011 w stosunku do roku 2010. Wartość ta wzrosła w 3 województwach: zachodniopomorskim, podlaskim oraz opolskim, odpowiednio o 13,5%, 20,7% oraz 49,6%. Największą poprawę w tej kategorii zaobserwowano w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie wskaźnik zmalał o 41,3%, a województwo to awansowało o 7 pozycji w analizowanej klasyfikacji.

17. Liczba pobrań narządów od zmarłych

Najsilniejszy procentowy spadek liczby pobrań narządów od zmarłych dawców w przeliczeniu na populację zaobserwowano w województwie dolnośląskim: z 18,3 do 9,3 (49,2%). Województwo to spadło aż o 10 pozycji w omawianej kategorii. Natomiast województwo świętokrzyskie, które w poprzedniej edycji Indeksu charakteryzowało się najniższą wartością wskaźnika, tym razem uplasowało się na miejscu 10., dzięki najwyższemu, prawie 130-procentowemu wzrostowi wartości wskaźnika.

Oś 2 – Efektywna gospodarka finansowa

1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne

Wartość wskaźnika w roku 2014 zmalała w stosunku do roku 2013 w 6 województwach. Największą procentową zmianę w tym kierunku odnotowano w województwie wielkopolskim, co spowodowało spadek wskazanego województwa w opisywanej kategorii o 3 miejsca. W województwie warmińsko-mazurskim wystąpił największy procentowy przyrost wskaźnika wydatków na leczenie pozaszpitalne (o ponad 5%). Sześć województw utrzymało pozycje z poprzedniej edycji rankingu, w tym województwo śląskie, które pozostało liderem.

2. Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne

W większości województw zmniejszyła się proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne (11 z 16 województw). Największy spadek (ok. 38%) odnotowano w województwie opolskim, w rezultacie czego zajęło ono ostatnią pozycję. Wskaźnik najbardziej wzrósł w województwie łódzkim (ok. 27,6%). Województwo warmińsko-mazurskie, mimo prawie 13-procentowego zmniejszenia się wartości wskaźnika, utrzymało pozycję lidera w tej kategorii. Największy awans odnotowało województwo lubuskie, które wyprzedziło 6 województw w tej kategorii.

3. Wydatki na opiekę długoterminową

Wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na jedną osobę w wieku powyżej 75 lat w połowie wo-

jewództw malały, a w połowie rosły pomiędzy 2014 a 2013 rokiem. Największy spadek odnotowano w województwie wielkopolskim (8,4%), które przesunęło się w rankingu o jedno miejsce w dół. W 7 województwach wartość opisywanego wskaźnika wzrosła, najbardziej w województwie zachodniopomorskim, gdzie odnotowano prawie 8-procentowy wzrost, co spowodowało awans tego województwa z 11. na 8. miejsce.

4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy *vs* przeżycie

W zdecydowanej większości województw rosły wydatki potrzebne do osiągnięcia 1% przeżyć 5-letnich. Największą zmianę zaobserwowano w województwach podlaskim, pomorskim, lubuskim oraz dolnośląskim, gdzie wartość wskaźnika wzrosła o ponad 30%. Województwo dolnośląskie, w którym odnotowano największy wzrost wskaźnika wydatków, spadło w rankingu z miejsca 1. na miejsce 6. Spadek wartości wskaźnika wystąpił w 3 województwach: opolskim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim, co poskutkowało awansem odpowiednio o 14, 6 oraz 10 miejsc w rankingu. Województwo opolskie, dzięki prawie 6-procentowemu spadkowi wskaźnika, awansowało z przedostatniego na pierwsze miejsce w tej kategorii.

5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi *vs* przeżycie

Wydatki na leczenie raka piersi rosły, a wraz z nimi wskaźnik wydatków przypadających na 1% osób żyjących 5 i więcej lat. Największy, blisko 50-procentowy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim, co poskutkowało spadkiem tego województwa z miejsca 4. na miejsce 10. Województwo małopolskie, mimo dość dużego wzrostu wartości wskaźnika (ok. 29%), utrzymało pozycję lidera w tej kategorii. Wartość wskaźnika zmalała jedynie w województwie podkarpackim (-0,88%), które awansowało w rankingu z miejsca 14. na miejsce 9.

6. Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem

Wartość wskaźnika zmiany zobowiązań SPZOZ-ów w kontekście zmiany wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem spadła w 9 województwach. Największy, ponad 70-procentowy spadek odnotowano w województwie lubuskim, które utrzymało pozycję lidera w tej kategorii. Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika (ok. 14,8%) odnotowano w województwie zachodniopomorskim. Województwo to spadło w rankingu o 3 miejsca, zajmując tym samym ostatnią pozycję w tej kategorii.

7. EBITDA placówek samorządowych w województwach

Suma wartości EBITDA w placówkach samorządowych za rok 2013 w stosunku do roku 2012 zmniejszyła się w 4 województwach, a wzrosła w pozostałych 12. Największy spadek zanotowano w województwie lubuskim (-29,9%), co poskutkowało tym, iż znalazło

się ono na ostatnim miejscu rankingu opisywanego parametru. Największy procentowy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie śląskim, dzięki czemu województwo to awansowało na pierwsze miejsce w klasyfikacji województw w tej kategorii.

8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej i przychodów brutto ze sprzedaży, czyli rentowność sprzedaży brutto, wzrosła w większości, tj. 11 z 16 województw. Jednocześnie w poszczególnych województwach odnotowano bardzo duże procentowe wahania rentowności brutto sprzedaży SPZOZ-ów. W województwie dolnośląskim rentowność spadła aż o ok. 252%. Z drugiej strony ponad dwukrotny (ponad 100%) wzrost wskaźnika odnotowano w województwach: łódzkim, śląskim, warmińsko-mazurskim oraz świętokrzyskim.

9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

Liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności spadła w 6 z 16 województw, w 6 rosła, a w dwóch: śląskim i warmińsko-mazurskim, pozostała bez zmian. Największy spadek liczby łóżek zaobserwowano w województwie wielkopolskim (o ponad 9%), które awansowało tym samym z miejsca 6. na miejsce 2. w tej kategorii. Województwo pomorskie utrzymało pozycję lidera pomimo największego procentowego wzrostu wartości wskaźnika łóżek szpitalnych.

10. Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)

W pięciu województwach (dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, mazowieckim, małopolskim oraz kujawsko-pomorskim) odnotowano spadek wartości wskaźnika leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne. Największy spadek zaobserwowano w województwie dolnośląskim, gdzie wartość ta zmalała o ponad 2%, a województwo to spadło w rankingu o 4 pozycje. Największy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie świętokrzyskim, dzięki czemu województwo to awansowało z miejsca 5. na miejsce 2. Wielkopolskie pozostało na pierwszym miejscu, a wzrost omawianego wskaźnika w tym województwie był jednym z największych.

Oś 3 – Jakość konsumentcka opieki zdrowotnej

1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

W większości województw pomiędzy rokiem 2012 a 2013 udział wydatków na ochronę zdrowia w budżetach gospodarstw domowych wzrastał. W 4 województwach (lubuskim, małopolskim, śląskim oraz warmińsko-mazurskim) udział tych wydatków spadł. Największy procentowy spadek odnotowano w województwie lubuskim (8,8%), co spowodowało przesunięcie tego województwa z 11. na 9. miejsce. Naj-

większy procentowy wzrost wydatków zaobserwowano w województwie opolskim (ok. 16%), co poskutkowało spadkiem województwa w rankingu z miejsca 1. na miejsce 6. Pozycję lidera w aktualnym rankingu zajęło województwo wielkopolskie, mimo prawie 2-procentowego wzrostu wartości wskaźnika.

2. Liczba osób na listach oczekujących

Jedynie w czterech województwach (opolskim, świętokrzyskim, pomorskim, małopolskim) liczba osób na listach oczekujących była większa niż w roku poprzednim. Województwo świętokrzyskie, w którym odnotowano ponad 11-procentowy wzrost liczby osób na listach, mimo to zachowało pozycję lidera. Najwyższy procentowy wzrost odnotowano w województwie małopolskim, największy spadek zaś w województwie lubuskim (o ponad 50%), dzięki czemu województwo to awansowało aż o 8 pozycji w rankingu w tej kategorii.

3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów

Dynamika i kierunek zmian w wartości wskaźnika migracji międzyoddziałowej pacjentów w poszczególnych województwach wskazuje z jednej strony na narastający napływ pacjentów do województwa mazowieckiego, a z drugiej na zwiększającą się migrację poza własny region mieszkańców województw warmińsko-mazurskiego, lubuskiego, lubelskiego i podkarpackiego.

4. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

W ujęciu całościowym liczba akredytowanych szpitali wzrasta. Odsetek szpitali posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości spadł tylko w 3 województwach: podlaskim (-52,9%), zachodniopomorskim (-22,9%) oraz podkarpackim (-18,2%). W województwie lubuskim wartość wskaźnika pozostała bez zmian i w dalszym ciągu zajmuje ono ostatnie miejsce w tej kategorii. Wzrost o ponad 130% zaobserwowano w województwie dolnośląskim, gdzie odsetek podmiotów z akredytacją CMJ wzrósł z 7,6% do 17,7%, a województwo to awansowało o 3 pozycje w rankingu tego wskaźnika.

5. Dostęp do informacji konsumenckiej

W kategorii przejrzystości oraz systemu informacji, które w sumie zostały określone jako dostęp do informacji konsumenckiej, wartość wskaźnika wzrosła we wszystkich województwach. Największy procentowy wzrost wartości odnotowano w województwie świętokrzyskim (o 29,1%), najmniejszy natomiast w województwie małopolskim (o 6,1%). Wartość ta wyliczana jest ze średnich wielkości dla POZ i AOS.

6. Dostęp do pomocy lekarskiej

Średnia ocena dostępności lekarzy specjalistów AOS lub nocnej i świątecznej pomocy w POZ wzrosła w większości (12 z 16) województw. Niżej niż w roku poprzednim zostały ocenione jedynie województwa dolnośląskie, lubuskie, kujawsko-pomorskie oraz wielkopolskie, w których zanotowano kilkuprocentowy

spadek wskaźnika. Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie pomorskim (o ok. 25%). W pozostałych województwach wzrost nie przekraczał 12%.

7. Dostęp do badań diagnostycznych

Wartość wskaźnika dotyczącego dostępu do badań diagnostycznych, uzyskiwanych w POZ i AOS średnio, wzrosła we wszystkich województwach. Najsilniejszy wzrost odnotowano w województwie zachodniopomorskim (o 22,1%), najmniejszy zaś w województwie warmińsko-mazurskim (o 3,8%).

8. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji

We wszystkich województwach mieszkańcy są bardziej niż w roku ubiegłym zadowoleni z jakości obsługi administracyjnej. Największy procentowy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (o ok. 20%), natomiast najmniejszy w województwie opolskim (o ok. 3%).

9. Czas oczekiwania na usługę medyczną

Mieszkańcy 3 województw: kujawsko-pomorskiego, podkarpackiego oraz opolskiego, ocenili gorzej niż w roku poprzednim czas oczekiwania na usługę medyczną (spadek odpowiednio o ok. 0,4%, 2,1% oraz 3,6%). Największy procentowy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie podlaskim (ok. 22,9%), które awansowało na miejsce 1. z miejsca 9.

10. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

Lepiej niż w roku poprzednim została oceniona jakość infrastruktury oraz wyposażenia placówek medycznych. Największa różnica widoczna jest w województwie zachodniopomorskim – wzrost o ok. 25%. Najmniejszy wzrost zaobserwowano w województwie podkarpackim, które spadło w rankingu tego parametru z miejsca 1. na miejsce 10.

11. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

We wszystkich województwach poprawiła się średnia ocena profesjonalizmu oraz kompetencji lekarzy. Największy procentowy wzrost odnotowano w województwie zachodniopomorskim (o ok. 22%), które awansowało z miejsca 5. na miejsce 1. Najmniejszy procentowy wzrost wartości zaobserwowano w województwie kujawsko-pomorskim (o 10%).

12. Podejście lekarza do pacjenta

Podejście lekarza do pacjenta zostało we wszystkich województwach ocenione lepiej niż w roku poprzednim. Największą procentową różnicę obserwuje się w województwie świętokrzyskim, jednak zmiana ta pozwoliła na awans tego województwa tylko o jedno miejsce w klasyfikacji (z miejsca 16. na 15.). Najmniejszy wzrost wartości parametru odnotowano w województwie opolskim, co poskutkowało jego spadkiem z miejsca 1. na 3.

13. Efekty leczenia

W kategorii efekty leczenia odpowiedzi respondentów były również bardziej pozytywne niż w roku ubiegłym. Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie zachodniopomorskim, które awansowało z miejsca ostatniego na miejsce 1. (o 38,5%). W województwie opolskim odnotowano wzrost wartości wskaźnika o ok. 6%, w efekcie straciło ono pozycję lidera i zajęło miejsce 7. w aktualnym rankingu.

Podsumowanie

Tegoroczna, druga edycja Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia zbudowana została według podobnej jak poprzednio logiki i za pomocą prawie identycznych wskaźników. Podobnie jak w roku poprzednim, ocena odbywała się w trzech osiach odrębnie i mimo pokusy odstępiono od oceny sumarycznej, chociaż nośność takiego syntetycznego parametru byłaby pewnie większa. Autorzy doszli jednak do wniosku, że na obecnym etapie tak daleko idące uproszczenie komunikatów płynących z Indeksu byłoby przedwczesne. Bez społecznej dyskusji na temat celów działania systemu ochrony zdrowia i osiągnięcia konsensusu co do wagi poszczególnych priorytetów system byłby bowiem narażony na gwałtowne zwroty, nadmiernie krytyczną ocenę czy też marnowanie zasobów na nieistotną działalność.

Z konstrukcji obszarów wynika zatem przekaz, który autorzy przedstawiają jako propozycję społecznej definicji priorytetów: po pierwsze – stan zdrowia populacji, po drugie – efektywność finansowa, a po trzecie – jakość obsługi przekładająca się na satysfakcję pacjentów jako konsumentów usług zdrowotnych. Na wymienione trzy priorytety składają się szczegółowe wskaźniki, których liczba będzie stopniowo w kolejnych latach rosła, a one same będą ewoluować.

Na fali powszechnej dyskusji o dostępności leczenia, której osią stała się ostatnio dostępność opieki onkologicznej i konieczność wprowadzenia zmian w jej organizacji, zaproponowano nowy wskaźnik będący miarą tego zjawiska w odniesieniu do leczenia promieniowaniem jonizującym, biorąc pod uwagę, że preferowane i rozwijane będą ambulatoryjne formy leczenia w onkologii.

W tegorocznych planach autorów było również opublikowanie wyników internetowego badania satysfakcji opartego na opinii pacjentów, którzy korzystali z opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej (podstawowej i specjalistycznej) oraz zaprezentowanie uzyskanych tą metodą wyników w uzupełnieniu ocen trzeciego obszaru. Ostatecznie zrezygnowano jednak z ich publikacji ze względu na niereprezentatywną strukturę próby internetowej i jakość uzyskanych tą metodą danych.

W obecnej edycji Indeksu po raz pierwszy przeprowadzono porównanie wskaźników rok do roku. Z tej oceny wynikły pewne przetasowania. W Indeksie 2014

w osi pierwszej w pierwszej trójce województw najsukcesywniejszych w ochronie stanu zdrowia swoich mieszkańców znajdowały się województwa zachodniopomorskie, pomorskie i mazowieckie. W roku bieżącym z tej trójki tylko zachodniopomorskie zachowało swoją pozycję, a pozostałe dwa zostały zastąpione przez województwa wielkopolskie i lubuskie. Jak widać zatem, pojawia się prymat województw północno-zachodnich i z ciekawością czekamy na rozstrzygnięcia przyszłoroczne. W osi efektywnej gospodarki finansowej w roku 2014 prym wiodły województwa dolnośląskie, wielkopolskie i małopolskie. W roku 2015 województwo wielkopolskie zajmuje pierwsze miejsce, a dołączają województwa pomorskie i śląskie. Małopolskie spada na nieziłą, czwartą pozycję, natomiast dolnośląskie dość daleko, na pozycję ósmą. W końcu w trzeciej osi, jakości konsumenckiej, w roku 2014 prym wiodły województwa opolskie, podlaskie i zachodniopomorskie. W roku 2015 opolskie spadło na pozycję dziewiątą, natomiast podlaskie i zachodniopomorskie zachowały swoje miejsca w pierwszej trójce, a dołączyło do nich województwo lubelskie.

Powyższe niewielkie przetasowania wskazują na stosunkowo stabilną sytuację w poddawanych pomiarom obszarach. To jest pozytywna wiadomość z punktu widzenia metodyki, ponieważ wskazuje, że relatywna pozycja poszczególnych województw nie jest zupełnie przypadkowa i wynika ze stosunkowo powtarzalnych zjawisk.

Dla niektórych województw obecna ocena jest bardziej pozytywna, dla innych bardziej rozczarowująca. Ciekawy jest przykład województwa wielkopolskiego, które zdołało uplasować się w pierwszej trójce w osi ochrony zdrowia i gospodarki finansowej, ale jednocześnie znalazło się na ostatnim miejscu w osi jakości konsumenckiej. Dobre wyniki w osi stanu zdrowia i jakości konsumenckiej potwierdziło województwo zachodniopomorskie, w dalszym ciągu, podobnie jak w roku poprzednim, pozostając w tyle w ocenie osi gospodarki finansowej.

Mamy nadzieję, że podobnie jak w roku poprzednim Indeks wzbudzi zainteresowanie środowisk zawodowych związanych z ochroną zdrowia.

W roku wyborów do parlamentu oraz w pierwszym roku kadencji władz samorządowych warto zadać pytanie, o co najbardziej nam chodzi w systemie ochrony zdrowia. Co jest dla nas – jako obywateli i pacjentów – najważniejsze?

*Adam Kozierekiewicz, autor pomysłu
Krzysztof Gajda, www.dane-i-analazy.pl
Dariusz Gilewski, www.dane-i-analazy.pl
Mariusz Ignatowicz, PwC
Bernard Waśko, PwC
Jakub Kuziela, PwC
Ewa Boguszewska, PwC
Roksana Gowin, PwC
Beata Laskowska, www.dane-i-analazy.pl
Monika Natkaniec, www.dane-i-analazy.pl*

**Pełny tekst raportu jest dostępny pod adresem
<http://www.termia.pl/docs/indeks2015.pdf>**