

Krytyczna analiza wyników Europejskiego Indeksu Konsumentckiego w Ochronie Zdrowia 2016

## Środek, a nie koniec rankingu

Ogłoszono wyniki Europejskiego Indeksu Konsumentckiego w Ochronie Zdrowia 2016 – Polska otrzymała w nim 564 punkty. Tymczasem z analizy Jarosława J. Fedorowskiego (JJF) wynika, że powinna dostać 726 punktów. Przy założeniu, że punktacja dotycząca innych krajów nie ulega zmianie, Polska powinna się więc znaleźć nie na końcu rankingu, ale w jego środku, na miejscu 18. – przed Hiszpanią (709), a za Estonią (729), Słowenią (740) i Wielką Brytanią (761).

Europejski Indeks Konsumentcki w Ochronie Zdrowia (*European Consumer Health Index* – ECHI) jest prywatną inicjatywą firmy pod nazwą *Health Consumer Powerhouse* (HCP), mającej siedzibę w Szwecji. Ideą powstania firmy była poprawa wyników działania systemów ochrony zdrowia oraz wspieranie upodmiotowienia pacjenta. Liderami HCP są prof. dr Arne Björnberg – z wykształcenia chemik, który pracował m.in. dla przemysłu tytoniowego, zarządzał dużym szpitalem uniwersyteckim na północy Szwecji (1996–1998), a także pełnił funkcje konsultingowe (IBM, KPMG) oraz Johan Hjertqvist – z wykształcenia prawnik, z doświadczeniem w sektorze prywatnych przedsiębiorstw, *think tanków* oraz w organizacjach pracodawców.

Najważniejszym produktem HCP jest ECHI. Zdaniem jego autorów indeks ten stanowi niezależne źródło monitorowania ochrony zdrowia w 36 krajach. Głównym punktem odniesienia ma być ocena ochrony zdrowia przez konsumenta, czyli pacjenta.

Wydanie ECHI z 2016 r. jest jedynie częściowym uaktualnieniem raportu z roku 2015. Niemniej w podsumowaniu autorzy podkreślają stałą poprawę wyników europejskiej ochrony zdrowia.

### Metodyka

Raport podzielony jest na sześć działów, do których przyporządkowano różną liczbę wskaźników oraz różną liczbę punktów:

1. Prawa pacjenta i dostęp do informacji: 12 wskaźników,
2. Dostępność ochrony zdrowia: 6 wskaźników,
3. Wyniki: 8 wskaźników,
4. Zakres i zasięg usług: 8 wskaźników,
5. Prewencja: 7 wskaźników,
6. Leki: 7 wskaźników.

Punktacja poszczególnych kategorii wskaźników wygląda następująco: kolor zielony – 3 pkt, żółty – 2 pkt, czerwony (lub brak informacji) – 1 pkt. Z uwagi na uwzględnienie w raporcie sześciu krajów nienależących do UE punktacja za wskaźnik 1.8 „Wolny wybór opieki zdrowotnej w innym kraju UE” została oceniona przy tych krajach na „nie dotyczy” i autorzy przydzielili za to 2 pkt. Wprowadzono też specjalną ocenę oznaczoną

kolorem fioletowym i symbolem małej bomby, która równa się 0 pkt.

Dla każdego z działów liczba punktów uzyskanych przez dane państwo została obliczona jako procent maksymalnej liczby możliwych do uzyskania punktów w stosunku do małych punktów za każdą kategorię, a uzyskany odsetek pomnożono przez maksymalną liczbę punktów przyporządkowanych arbitralnie do każdego działu.

Przykładowo – uzyskanie 16 punktów na 21 możliwych w kategoriach działu piątego daje wynik 76%. Dział piąty został „wyceniony” na 125 pkt, czyli  $125 \times 0,76 = 95$  pkt.

Działy i oceny dla Polski przedstawiono w ramach poniżej.

### **Dział 1. Prawa pacjenta i dostęp do informacji (maksymalna liczba punktów – 125)**

- 1.1. Regulacje w ochronie zdrowia oparte na prawach pacjenta  
3 pkt (definicja: tak)
- 1.2. Głos organizacji pacjentów  
2 pkt (definicja: w charakterze doradczym)
- 1.3. Ubezpieczenie od zdarzeń medycznych (tzw. *no fault*)  
2 pkt (definicja: średnia możliwość uzyskania odszkodowania poza systemem sądownictwa)
- 1.4. Prawo do drugiej opinii medycznej  
2 pkt (definicja: tak, ale trudno dostępne)
- 1.5. Dostęp do swojej dokumentacji medycznej  
2 pkt (definicja: tak, ale utrudniony)  
mogłyby być 3 pkt (definicja: tak, na prośbę pacjenta skierowaną do lekarza prowadzącego)
- 1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu  
1 pkt (definicja: brak)  
powinny być 3 pkt (definicja: dostępny *online*) – jest w Polsce rejestr lekarzy, prowadzony przez NIL
- 1.7. Interaktywna infolinia pacjenta – *online* lub telefoniczna całodobowa  
1 pkt (definicja: brak lub jest dostępna sporadycznie)  
powinny być 2 pkt (definicja: tak, ale nie jest powszechnie dostępna)
- 1.8. Opieka transgraniczna finansowana ze środków krajowych  
2 pkt (definicja: < 10 EUR *per capita* w 2015 r.)
- 1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakościowym  
1 pkt (definicja: brak)  
powinny być 2 pkt (definicja: w niewielkim zakresie, regionalny lub słabo znany społeczeństwu) – np. istnieją w Polsce rankingi szpitali
- 1.10. Penetracja dokumentacji elektronicznej  
1 pkt (definicja: < 50% praktyk)  
mogłyby być 2 pkt (definicja: 50–90% praktyk)
- 1.11. E-recepta  
1 pkt (definicja: brak lub bardzo rzadka)

**Liczba punktów wg ECHI: 18 na 33, wynik 55% = 66 pkt**  
**Liczba punktów wg JIF: 24 na 33, wynik 73% = 91 pkt**

**Dział 2. Dostępność ochrony zdrowia (czas oczekiwania na leczenie)** (maksymalna liczba punktów – 225)

- 2.1. Lekarz rodzinny dostępny w tym samym dniu  
2 pkt (definicja: tak, ale nie jest to w pełni zapewnione)  
mogłyby być 3 pkt (definicja: tak)
- 2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty  
2 pkt (definicja: dość często lub do ograniczonej liczby specjalistów)  
Uwaga: za brak jakiegokolwiek ograniczenia przyznawano 3 pkt, co nie wydaje się właściwe.
- 2.3. Duże planowe zabiegi chirurgiczne < 90 dni  
1 pkt (definicja: > 50% powyżej 90 dni)
- 2.4. Leczenie raka do 21 dni od decyzji o zastosowaniu radio- lub chemioterapii  
1 pkt (definicja: > 50% powyżej 21 dni)  
powinny być 2 pkt (definicja: 50–90% do 21 dni)
- 2.5. Tomografia komputerowa do 7 dni od zlecenia, dotyczy badań planowych  
1 pkt (definicja: zwykle > 21 dni)  
mogłyby być 2 pkt (definicja: zwykle < 21 dni)
- 2.6. Czas oczekiwania na SOR (od przybycia do pierwszego kontaktu z lekarzem)  
1 pkt (definicja: zazwyczaj > 3 godz.)  
mogłyby być 2 pkt (definicja: zazwyczaj 1–3 godz.)

**Liczba punktów wg ECHI: 8 na 18, wynik 44,4% = 100 pkt**

**Liczba punktów wg JIF: 12 na 18, wynik 66,6% = 148 pkt**

**Dział 3. Wyniki** (maksymalna liczba punktów – 300)

- 3.1. Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia  
3 pkt (definicja: ostry spadek)
- 3.2. Spadek umieralności z powodu udarów mózgu  
3 pkt (definicja: ostry spadek)
- 3.3. Umieralność noworodków  
2 pkt (definicja 4–6 na 1000 żywych urodzeń)
- 3.4. Przeżycie w nowotworach, obliczane jako 1 minus iloraz śmiertelności do częstości występowania w 2012 r.  
1 pkt (definicja: < 50%)
- 3.5. Potencjalne utracone lata życia, w latach na 100 000 osób  
2 pkt (definicja: 4001–6000)
- 3.6. Zakażenia MRSA, liczone jako wyniki oporności gronkowca złocistego  
2 pkt (definicja: < 20%)
- 3.7. Liczba aborcji na 1000 żywych urodzeń  
0 pkt (definicja: aborcja całkowicie zabroniona)  
powinny być 3 pkt (definicja: < 200, ale nie całkowicie zabroniona)
- 3.8. Depresja liczona jako średni wynik z 5 pytań dotyczących zdrowia psychicznego  
2 pkt (definicja: 55–66%)
- 3.9. Umieralność z powodu POChP (z wykluczeniem powikłań grypy i zapalenia płuc)  
3 pkt (definicja: < 20%)

**Liczba punktów wg ECHI: 18 na 28, wynik 64% = 188 pkt**

**Liczba punktów wg JIF: 21 na 28, wynik 75% = 225 pkt**

**Dział 4. Zakres i zasięg usług** (maksymalna liczba punktów 1–25)

- 4.1. Równość definiowana jako procent nakładów publicznych na ochronę zdrowia do nakładów całkowitych  
2 pkt (definicja: 71–80%)  
powinien być 1 pkt (definicja: < 71%)
- 4.2. Operacje zaćmy u pacjentów powyżej 65. r.ż. w przeliczeniu na 100 000 osób  
2 pkt (definicja: 3000–5000)
- 4.3. Przeszczepy nerek na milion osób  
1 pkt (definicja < 30)  
powinny być 2 pkt (definicja 30–40)
- 4.4. Opieka dentystyczna w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego  
3 pkt (definicja: < 5% osób, których nie stać na badanie dentystyczne)
- 4.5. Opłaty nieformalne u lekarzy  
1 pkt (definicja: tak, często)  
powinny być 2 pkt (definicja: czasem, w zależności od sytuacji)
- 4.6. Opieka długoterminowa liczona jako liczba łóżek na 100 000 osób w wieku powyżej 65 lat  
1 pkt (definicja: < 3000)  
powinny być 2 pkt (definicja: 3000–5000)
- 4.7. Odsetek dializ domowych  
1 pkt (definicja: < 8%)  
powinny być 2 pkt (definicja: 8–15%)
- 4.8. Odsetek cięć cesarskich na 1000 żywych urodzeń  
1 pkt (definicja: > 300)  
powinny być 2 pkt (definicja: 201–300)

**Liczba punktów wg ECHI: 12 na 24, wynik 50% = 63 pkt**

**Liczba punktów wg JIF: 16 na 24, wynik 66,6% = 83 pkt**

**Dział 5. Prewencja** (maksymalna liczba punktów – 125)

- 5.1. Szczepienia niemowląt przeciw ośmiu chorobom  
3 pkt (definicja: > 94%)
- 5.2. Ciśnienie tętnicze  
1 pkt (definicja: > 30% osób dorosłych z ciśnieniem powyżej 140/90)  
powinny być 2 pkt (definicja: 25–30%)
- 5.3. Prewencja palenia papierosów  
2 pkt (definicja: sprzedaż papierosów *per capita* osobom w wieku powyżej 15 lat, liczba 1100–1700 rocznie)
- 5.4. Alkohol  
2 pkt (definicja: konsumpcja alkoholu *per capita* na rok przez osoby w wieku powyżej 15 lat 10–13 l)
- 5.5. Aktywność fizyczna  
3 pkt (definicja: liczba godzin WF w szkole > 751 rocznie)
- 5.6. Szczepienia przeciw HPV  
3 pkt (definicja: darmowe dla nastoletnich dziewcząt)  
powinny być 2 pkt (definicja: dostępne za opłatą)
- 5.7. Śmiertelne wypadki komunikacyjne  
2 pkt (definicja: 5–8 na 100 000 mieszkańców)  
powinien być 1 pkt (definicja: > 8)

**Liczba punktów wg ECHI: 16 na 21, wynik 76% = 95 pkt**

**Liczba punktów wg JIF: 18 na 21, wynik 86% = 108 pkt**

**Dział 6. Leki** (maksymalna liczba punktów – 100)

- 6.1. Refundacja kosztów leków  
1 pkt (definicja: < 50% kosztów)  
powinny być 2 pkt (definicja: 50–69% kosztów)
- 6.2. Farmakopea dostępna dla laików (na stronie WWW lub w inny sposób)  
1 pkt (definicja: brak)  
powinny być 2 pkt (definicja: dostępna, ale może nie być wiadomo, kto jest autorem)
- 6.3. Nowoczesne leki przeciwnowotworowe  
1 pkt (definicja: < 10 zastosowań przeciwiał monoklonalnych *per capita*)
- 6.4. Dostępność nowych leków  
3 pkt (definicja: czas od rejestracji do włączenia na listę refundacyjną < 150 dni)
- 6.5. Leki reumatologiczne  
1 pkt (definicja: inhibitory TNF-alfa w jednostkach *per capita* < 100)
- 6.6. Statyny  
2 pkt (definicja: liczba standardowych jednostek *per capita* dla osób w wieku powyżej 50 lat 50–149)
- 6.7. Zużycie antybiotyków  
2 pkt (definicja: dawki *per capita* 1000 osób na dzień, liczba 17–22)

**Liczba punktów wg ECHI: 11 na 21, wynik 52% = 52 pkt**

**Liczba punktów wg JIF: 13 na 21, wynik 62% = 71 pkt**

**Opracowanie dające do myślenia**

Europejski Indeks Konsumentki w Ochronie Zdrowia 2016 to opracowanie dające bardzo wiele do myślenia. Jego autorzy postanowili przeprowadzić ranking ochrony zdrowia w krajach europejskich na podstawie ocen różnorodnych wskaźników pogrupowanych w sześciu działach, których wybór wydaje się zasadny. Choć z niektórymi definicjami wskaźników można dyskutować (np. z mniejszą liczbą punktów za brak bezpośredniego dostępu do lekarza specjalisty, w którym to kryterium nawet mistrz Europy, czyli Holandia, dostał kolor czerwony), to jednak uważam, że są one miarodajne i stanowią dobry materiał porównawczy. Chyba największym problemem rzutującym na wyniki uzyskane przez Polskę są dane źródłowe. Pochodzą one przede wszystkim z międzynarodowych baz, a nie były pozyskiwane bezpośrednio w poszczególnych krajach. Przygotowując swoją krytyczną ocenę wyników ECHI, w każdej kategorii punktowej sprawdzałem dane za pomocą wyszukiwarki internetowej i uzyskanych w ten sposób danych krajowych dotyczących Polski. W wielu kategoriach zasłużyliśmy na większą liczbę punktów, choć w kilku było odwrotnie.

Summa summarum, opierając się na swojej analizie, twierdzę, że Polska powinna była uzyskać 726 pkt, a nie 564. Przy założeniu, że punktacja dotycząca innych krajów nie ulega zmianie, Polska powinna się więc znaleźć nie na końcu rankingu, ale w jego środku, na miejscu 18. – tuż przed Hiszpanią (709), a za Estonią (729), Słowenią (740) i Wielką Brytanią (761). Zajęcie miejsca 18., a nawet nieco niższego, byłoby dużym sukcesem, biorąc pod uwagę jedno z najniższych nakładów na ochronę zdrowia *per capita* w naszym kraju.

Mnie osobiście bardzo razi w raporcie ECHI dzielenie krajów na „zachodnie”, „nordyckie” oraz „wschod-

nie”, wzdłuż przebiegu niegdysiejszej żelaznej kurtyny – oczywiście przesuniętej na wschód od byłego NRD. Raport ECHI mógłby być bardziej wiarygodny, gdyby dane były pozyskiwane bezpośrednio ze źródeł krajowych publikowanych zazwyczaj w językach poszczególnych państw. Niestety, wtedy konieczne byłoby zatrudnienie dużej grupy niezależnych ekspertów, na co firma prowadząca ECHI raczej nie ma finansowania, gdyż podkreśla, iż raport powstał z własnych środków i własnymi siłami. Można by też kwestionować wybór niektórych wskaźników oraz niektóre definicje, ale to byłby materiał na osobny artykuł. Kuriozalne jest, że główny cel ECHI, czyli ocena ochrony zdrowia przez konsumenta (pacjenta), raczej nie został osiągnięty, gdyż po prostu nie było badań ankietowych wśród pacjentów.

Konkludując – nawet jeśli moja ocena poprawi trochę nastroje czytelników raportu ECHI czy też obserwatorów minorowych doniesień medialnych o bardzo niskim miejscu polskiej ochrony zdrowia w tym rankingu, to i tak przed nami jeszcze daleka droga, aby dorównać Holandii. Przypominam tutaj, iż nakłady na ochronę zdrowia w Holandii są jednymi z najwyższych na świecie, a autorzy ECHI uważają, że system holenderski jest taki dobry, bowiem m.in. nie podlega znaczącym wpływom polityków. Tych dwóch elementów u nas pewnie długo jeszcze nie będzie. Szczęśliwie się składa, że podczas tegorocznej konferencji Hospital Management, która będzie miała miejsce 22–23 czerwca w Warszawie, z mojej inicjatywy odbędzie się Polsko-Holenderski Szczyt Zdrowia, a więc można mieć nadzieję, że ministrowie Europy zdradzą nam swój przepis na sukces.

Jarostaw J. Fedorowski  
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali, gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, profesorem Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, współpracuje także z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego.