

## Fatalne miejsce naszego kraju w europejskim rankingu



Polska uplasowała się na przedostatnim miejscu w rankingu *Euro Health Consumer Index*, zdobywając 523 punkty na 1000 możliwych. W tegorocznej edycji oceniono 35 państw. Za nami jest tylko Czarnogóra. Przed nami Albania, Rumunia, Bułgaria, Serbia, nie wspominając o Czechach i Słowacji. Z kolei pierwsze miejsce zajęła Holandia, która uzyskała 916 punktów. Pojawia się pytanie: czy Polska kiedykolwiek dogoni Holandię?



Osiem krajów – wszystkie z Europy Zachodniej – zdobyło więcej niż 800 punktów. Z kolei najwyższym punktowanym państwem z Europy Środkowo-Wschodniej są Czechy, które uzyskały 760 punktów – tylko o 14 mniej niż Austria. Wynik Słowacji to 653 punkty.

Luka między krajami bogatymi a mniej zamożnymi się zmniejsza, jednak Polska nie nadążyła za postępem. Dowód? Choć w 2014 r. uzyskaliśmy 511 punktów, czyli o 12 mniej niż obecnie, to znaleźliśmy się wyżej w rankingu – na 31. miejscu. A to oznacza, że inne kraje starają się bardziej.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia jest publikowany od 2005 r. Od tego czasu zyskał renomę standardu branżowego w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej. Ranking opracowywany jest na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez *Health Consumer Powerhouse Ltd*, firmę prywatną z siedzibą w Szwecji, która ocenia standard opieki zdrowotnej w Europie i Kanadzie, wzmacniając pozycję pacjentów i świadczeniobiorców. O komentarz dotyczący wyników rankingu zapytaliśmy ekspertów.

Krystian Lurka

## Dorota Kilańska

**dyrektor *European Federation of Nurses Associations* i członek Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie**

Raport pokazuje, że konsekwentne zmiany w ochronie zdrowia są konieczne. Holandia jest tego przykładem. Nie tylko z uwagi na jej znaczenie dla konsumentów, lecz także zbliżające się „tsunami”

starzejącego się społeczeństwa, w tym pacjentów cierpiących z racji wieku na demencję. Starzejące się społeczeństwo to jedno z najważniejszych wyzwań dla ochrony zdrowia. Brak odpowiedniej liczby przygotowanego do sprawowania opieki personelu, zmotywowanego, by sprostać potrzebom pacjentów, budzi niepokój. Kluczem jest m.in. deinstytucjonalizacja systemu, czyli przekazanie opieki jak najbliżej miejsca zamieszkania, przygotowanie społeczeństwa do świadczenia usług nieprofesjonalnych, wdrożenie teleopieki, dostęp do informacji o pacjencie na wszystkich poziomach ochrony zdrowia, przygotowanie opiekunów do wykonywania ich zadań i wzmacnianie ich umiejętności przez profesjonalistów. Konsekwentne i jasne dla wszystkich działania zmniejszą niepokój i niezadowolenie z dostępności świadczeń zdrowotnych. Polska jest krajem, w którym tej instytucjonalizacji właściwie nie ma. Dlatego Komisja Europejska upomina się o to rozwiązanie dla pacjentów. W modelu holenderskim pielęgniarki mają czas, aby odwiedzić pacjenta, porozmawiać z nim i przygotować do samoopieki, nauczyć rodzinę, jak radzić sobie w nowej sytuacji, do której nie są przygotowani. Konieczne jest także powołanie instytucji zintegrowanej opieki i zaproszenia do zespołu różnych specjalistów, którzy będą mogli ją skoordynować na różnych poziomach. Do zespołów tych należy bezwzględnie dołączyć także pacjentów. Ciągłe zmiany dla zmian i wywracanie systemu do góry nogami nie sprzyja jego porządkowaniu i budzi niepokój społeczeństwa, zaburzając jego poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Z punktu widzenia pacjenta najważniejszy jest pierwszy kontakt z ochroną zdrowia, a to się dzieje na poziomie POZ. Jest tam zdecydowanie za mało pielęgniarek

w stosunku do potrzeb – 2750 pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę nie pozwala na dotarcie do „oświata” zdrowotną do pacjentów. W rzeczywistości to tylko realizacja potrzeb wyrażonych i często tylko

na zlecenie lekarza, a nie autonomiczne interwencje w celu rozpoznawania środowisk. Co się zmieniło po 40 latach od przyjęcia Deklaracji z Ałma Aty w Polsce? Wiele krajów podsumowuje swoje osiągnięcia, a my trenujemy na żywym organizmie. Cieszy to, że podjęto prace nad ustawą o POZ, ale czy architekci zmiany potrafią się wznieść ponad swoje partykularne interesy, skorzystać z dobrych praktyk oraz sprawdzonych standardów i przygotować strukturę, która rzeczywiście przyniesie efekty dla pacjentów. Powierzenie pielęgniarkom kompetencji do wzmacniania zdrowia, tak jak to rekomenduje WHO, a nie tylko reagowania na zaburzenia zdrowia, jest kluczowe dla podniesienia poczucia bezpieczeństwa pacjentom. Opieka przedszpitalna sprawowana przez przygotowany do niej, odpowiednio zmotywowany personel jest zdecydowanie bardziej ekonomiczna. Ważna jest także informatyzacja ochrony zdrowia. Uszczelni ona system i przyniesie pacjentom konkretne korzyści także w zapewnieniu ciągłości opieki i prawa do niej.

Odpowiednia strategia ochrony zdrowia, z ważną rolą POZ, może przynieść konkretne korzyści, ale tylko wtedy, kiedy posłucha się głosu wszystkich uczestników systemu. Zastanawiające jest, dlaczego w zespole pracującym nad ustawą o POZ nie ma przedstawiciela pacjentów. Można tylko wyrazić nadzieję, że polityka nie zdominuje wspomnianych prac i uda się skoordynować je z innymi projektami, które są obecnie rozwijane w Polsce, jak np. projekt NFZ dotyczący opieki zintegrowanej – z ważną rolą POZ. W systemie jest wielu uczestników i każdy głos w sprawie jest ważny, nie tylko przy konsultacjach społecznych, kiedy już niewiele udaje się wnieść, ale na początku tworzenia zmian.

**Anna  
Janczewska-Radwan,  
minister ds. systemu ochrony  
zdrowia w Gospodarczym  
Gabiniecie Cieni BCC**

Rok 2015 to kolejny rok bez refleksji nad wynikami Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, który ocenia co roku z perspektywy pacjenta systemy ochrony zdrowia w 35 krajach Europy. Efektem braku tej refleksji i stosownych działań od szeregu lat jest ponowny spadek Polski, tym razem z miejsca 31. na 34., czyli przedostatnie. Przypomnę, że w 2009 r. zajęliśmy 26. miejsce, co oznacza spadek w ciągu 6 lat o 9 miejsc. Ranking, uważany za standard branżowy monitorowania opieki zdrowotnej, dostarcza nam co roku cennej wiedzy o najlepszych europejskich wzorcach opieki zdrowotnej. Konieczna była i jest nadal wnikliwa jego analiza oraz wypracowanie i wdrożenie programu naprawczego. W praktyce gospodarczej, jeżeli organizacja znajduje się w kryzysowej sytuacji, konieczne jest wprowadzenie programu naprawczego, który poprzedza szczegółowa analiza tej sytuacji i jej przyczyn. Niestety do tej pory, mimo naszych apelów, resort zdrowia nie wykonał tego ważnego zadania. Naszym zdaniem wskazane jest, by program takich

działań naprawczych odnosił się zarówno do perspektywy krótko-terminowej, gdzie efektów można się spodziewać kosztem niewielkich nakładów finansowych, jak i dotyczył dłuższej perspektywy, wymagającej większych nakładów dla poprawienia określonych wskaźników tego rankingu, tak ważnych dla nas wszystkich.

Najlepiej uczyć się na cudzych błędach i czerpać inspirację ze sprawdzonych wzorców. W raporcie za 2015 r. podkreśla się m.in., że system ochrony zdrowia bez kolejek jest z natury tańszy niż ten z listą oczekujących pacjentów. Przykład holenderski (Holandia jest od wielu lat liderem tego rankingu) daje natomiast inną, jasną lekcję: „odsuńcie polityków i innych amatorów od podejmowania decyzji w ochronie zdrowia”.

Mamy nadzieję, że nowe kierownictwo resortu zdrowia, które zapowiedziało już szereg zmian mogących mieć wpływ na wyniki tego rankingu, podejmie to wyzwanie i może już w kolejnej ocenie będącej podstawą do wystawienia naszej opiece zdrowotnej wyższej punktacji.

**Profesor  
Jarosław J. Fedorowski  
przewodniczący Rady Programowej  
„Menedżera Zdrowia”  
i prezes Polskiej Federacji Szpitali**

Najnowsze badanie Euro Health Consumer Index po raz kolejny obala lansowaną tu i ówdzie tezę, że w Polsce za niewielkie pieniądze ochrona zdrowia czyni cuda. W tym bardzo powtarzalnym, paneuropejskim, a przy tym opartym na sensownej metodologii badaniu systemów opieki zdrowotnej oceniano jakość w takich kategoriach, jak: prawa pacjentów, informatyzacja, dostępność, kolejki, istotne wyniki kliniczne, zakres i zasięg usług zdrowotnych, profilaktyka, gospodarka i dostępność leków. Polska uzyskała 523 na 1000 możliwych punktów i uplasowała się na drugim miejscu spośród 35 ocenianych krajów, niestety chodzi o drugie miejsce od końca. Na kiepskiej pozycji w rankingu zaważyły tak istotne wskaźniki będące determinantami skuteczności systemu ochrony zdrowia, jak np. przeżywalność w nowotworach, wyszczepialność, wskaźnik cięć cesarskich, liczba dializ domowych, liczba operacji zaćmy czy stosowanie nowoczesnej farmakoterapii.

W sferze związanej z jakością systemu Polska wypadła słabo ze względu na ograniczony dostęp do lekarzy oraz diagnostyki, a także długi czas oczekiwania na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Jednym z ważnych mierników nowoczesności systemu ochrony zdrowia jest jego informatyzacja, niestety tutaj,

czego można się było spodziewać, przepadliśmy z kretesem. Ranking EHCI jest generalnie miarodajny, choć w kilku elementach dotyczących oceny naszego kraju można z wynikami dyskutować. Nie można się zgodzić z twierdzeniem, że płatności nieformalne dla lekarzy są u nas na poziomie Albanii, Grecji, Serbii czy Rumunii. Podobnie – są przecież u nas ogólnodostępne rejestry lekarzy, a także jako taki system opieki nad seniorami czy refundacja leków, natomiast w raporcie w tych kategoriach zostaliśmy ocenieni bardzo negatywnie. Należy podkreślić, że raport EHCI w ogóle nie bierze pod uwagę długości życia obywateli, na którą system ochrony zdrowia, jak wiadomo, ma bardzo ograniczony wpływ. Czempionem ochrony zdrowia w Europie po raz kolejny z rządu została Holandia. Autorzy raportu konkludują, że holenderski system właściwie jest pozbawiony słabych punktów, a świetny rezultat wynika w zasadzie z faktu, że „decyzje są podejmowane w znacznym stopniu przez profesjonalistów oraz pacjentów, natomiast politycy i biurokraci są znacznie bardziej oddaleni od procesu decyzyjnego niż w innych krajach europejskich”. Ponadto „system holenderski cechuje się wielorakością konkurencyjnych ubezpieczycieli działających niezależnie od podmiotów leczniczych”.



Pierwsze miejsce Holandii w rankingu europejskich systemów ochrony zdrowia Euro Health Consumer Index 2015 nie jest zaskoczeniem. Kraj ten od lat znajduje się w czołówce tego zestawienia, zarówno jeśli chodzi o indeks globalny (EHCI), jak i o indeksy obszarowe: dotyczące opieki w cukrzycy czy w chorobach kardiologicznych. Holenderski system ochrony zdrowia to system, który inwestuje w jakość, a efekty widać w tego typu rankingach. Chodzi tu zarówno o jakość postrzeganą przez pacjentów, wyrażaną m.in. obsługą pacjenta w systemie, dostępem do informacji, usprawnieniami ICT, jak i jakość kliniczną, przekładającą się na wskaźniki umieralności i przeżywalności oraz jakość życia. Jednym z dwóch obszarów oceny EHCI, w których Holandia została wyprzedzona przez inne kraje, jest dostępność, czyli czas oczekiwania na wizytę. Jednak działania reformatorskie podejmowane przez holenderskie władze (rozbudowanie sieci podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniającej również opiekę chirurgiczną przez całą dobę) z roku na rok poprawiają notowania w tym zakresie. Jest to dowód, że holenderski system ochrony zdrowia to organizacja ucząca się. Dbłość o podniesienie jakości w obu jej wymiarach (jakość techniczna i funkcjonalna) leży w interesie głównych uczestników holenderskiego systemu ochrony zdrowia. Po pierwsze dlatego, że towarzystwa ubezpieczeniowe konkurują o pacjentów (składki ubezpieczonych), po drugie dlatego, że świadczeniodawcy konkurują o kontrakty z ubezpieczycielami, a ci są zainteresowani korzystną relacją jakości do ceny. Po trzecie, siła

## Profesor Iga Rudawska

**kierownik Zakładu Ekonomiki  
Ochrony Zdrowia Uniwersytetu  
Szczecińskiego**

pacjentów i ich reprezentantów (organizacji pacjenckich) jest w Holandii relatywnie duża, co daje im realne poczucie wpływu na kształt systemu. Jakość jednak kosztuje. W 2009 r. udział całkowitych wydatków na zdrowie w PKB Holandii przekroczył magiczny poziom 10 proc., by obecnie wynieść 11,1 proc. (OECD Health Statistics 2015), co daje 5217 USD per capita wg PPP. Dla porównania Polska (34. miejsce w rankingu EHCI) wydaje 6,4 proc. swojego PKB na zdrowie, co daje 1530 USD na głowę wg PPP (dane za 2013 r. wg OECD Health Statistics 2015). Holenderski system ochrony zdrowia jest zatem po prostu hojny.

Z punktu widzenia pacjenta, w szczególności przewlekle chorego (a takich jest coraz więcej z uwagi na przemiany demograficzne i epidemiologiczne), najważniejsza jest ciągłość opieki. Jej zapewnienie sprzyja pozytywnemu odbiorowi systemu jako całości. W Holandii czynione są starania, by ją zagwarantować. Stąd wysoka ranga przypisywana POZ, w szczególności pielęgniarcom, które sprawują opiekę nad osobami z chorobami przewlekłymi. Widoczny jest także trend do przesuwania akcentu w stronę opieki domowej i ograniczania zakresu opieki instytucjonalnej, w tym szpitalnej. I na koniec – swój sukces w EHCI Holandia zawdzięcza pośrednio również mechanizmowi subsydiowania osób o najniższych dochodach (należy się im dodatek zdrowotny na pokrycie części składki na ubezpieczenie zdrowotne). Daje to poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i dostęp ubezpieczonych do deklarowanego przez rząd jednolitego standardu i zakresu opieki.



## Bogusław Budziński

**koordynator krajowy  
HOPE Exchange,  
członek prezydium Rady Naczelnej  
Polskiej Federacji Szpitali  
i prezes Stowarzyszenia INKLAMED**

Można wymienić listę dziesięciu punktów, które nazwę „Polska kontra Holandia w publicznej ochronie zdrowia”.

Pierwszy to aspekt historyczny: w Holandii szpitalnictwo rozwinęło się w wyniku lokalnych potrzeb, w Polsce po II wojnie światowej stworzono ok. 1000 jednostek szpitalnych wg zapotrzebowania centralnego, głównie wg mapy potrzeb Układu Warszawskiego.

Drugi to redystrybucja finansowania: Holandia – kilka konkurujących ze sobą kas chorych plus małe, lokalne wsparcie samorządów i fundacji, w Polsce NFZ.

Trzeci to szacunek do pracy i odpowiedzialność społeczna. Holendrzy od wieków są jednym z najciężiej pracujących narodów w Europie, który szanuje pieniądź (także publiczny), obywatela i jego prawa. W Polsce jesteśmy na dorobku, ale daleko nam do średniej europejskiej, co możemy zaobserwować w wielu dziedzinach.

Czwarty punkt to finanse. Łączne nakłady Holandii na ochronę zdrowia mają do 2020 r. wynieść ok. 14 proc. dochodu narodowego brutto, w co wchodzi także opieka społeczna, senioralna, profilaktyka, patologie, etc. W Polsce 6,5 proc. Przekłada się to na ok. 10-krotnie wyższe finansowanie dla jednego obywatela holenderskiego, czyli ok. 5-krotnie wyższe w parze sily nabywczey. Szpitale 25-letnie w Holandii są zamykane lub doprowadzane do aktualnie obowiązującego stanu technologicznego. Z pustego i Salomon nie naleje.

Piąty punkt to upolitycznienie: w Holandii znikome – tylko planowanie długoterminowe, w Polsce dominujące i dotychczas polegające na działaniu krótkookresowym, od wyborów do wyborów. Konsekwencją jest brak strategii i długofalowych planów rozwojowych dla poszczególnych jednostek lub regionów (patrz np. drenaż demograficzny 2015–2035 w opracowaniu ZPP).

Szósty punkt to koncentracja usług. W ciągu ostatnich dwudziestu kilku lat Holandia zmniejszyła liczbę szpitali publicznych z ok. 300 do 98 (może już mniej). Pozwala jej na to swoboda zarządzania, rozwój transportu i mniejsza o 75 proc. (łądy) powierzchnia przy ok.

połowie ludności w odniesieniu do Polski. W naszym państwie, gdzie funkcjonuje ponad 700 szpitali publicznych, likwidacja nawet dramatycznie zadłużonej jednostki jest rzadkością. W ocenie wielu ekspertów ok. 400

szpitali różnych kategorii w zupełności zaspokoiliby potrzeby Polaków. Ograniczenie ich liczby na pewno wpłynęłoby na skuteczniejsze zarządzanie, jakość i efektywność finansową usług.

Siódmy punkt to zarządzanie. W szpitalach holenderskich wszystkie funkcje menedżerskie pełnią przygotowani do tego profesjonaliści, którzy zarządzają odpowiednimi odcinkami. Nie ma ordynatorów ani nawet dyrektora szpitala ds. leczenia. Tę funkcję pełni rada medyczna, która doradza zarządowi w kreowaniu polityki leczniczej szpitala. W Polsce od lat i jeszcze przez długi czas lekarze będą osią i wektorem działań szpitali, zamiast skoncentrować swoje wysiłki na leczeniu pacjentów i profilaktyce.

Ósmy aspekt to zasoby ludzkie. Holandia wbrew pozorom również boryka się z problemami dotyczącymi rodzimych kadr, przede wszystkim medycznych (ze względu na wygórowane oczekiwania płacowe). Luksus tamtego systemu polega jednak na tym, że mogą ich zastąpić specjaliści z innych krajów. Polska cierpi z kolei na niedobory i nieefektywne wykorzystanie białego personelu. Wadliwy i protekcyjny system edukacyjny zbiera okrutne żniwo w postaci słabej jakości naszej medycyny.

Dziewiąty punkt ma wymiar pozytywny – uczciwie rzecz ujmując, na korzyść polskiej medycyny przemawia wskaźnik inwestycja (cena) / efekt. Za pieniądze włożone do naszego systemu nawet Holendrzy nie zrobiliby tyle, co Polacy. Wymiany i szkolenia międzynarodowe menedżerów i lekarzy (np. HOPE Exchange Programme) skutkują niwelowaniem różnic pomiędzy krajami Unii Europejskiej.

Po dziesiąte, indeks EHCI to indeks konsumencki. Mając na uwadze wymagania polskiego pacjenta, pesymizm narodowy, malkontenctwo, a także fakt, że każdy Polak jest najlepszym lekarzem, mogę śmiało stwierdzić, iż Polska zasługuje (mimo wszystko) na wyższe miejsce niż przedostatnie, za Albanią.