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

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015

Druga edycja
Kwiecień 2015

pwc

Dane i analizy
www.dane-i-analizy.pl

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane przez zespół prowadzący serwis internetowy www.dane-i-analizy.pl oraz firmę doradczą PwC.

Autorzy raportu

Adam Kozierkiewicz
Autor pomysłu

Krzysztof Gajda
www.dane-i-analizy.pl

Dariusz Gilewski
www.dane-i-analizy.pl

Mariusz Ignatowicz
PwC

Bernard Waśko
PwC

Jakub Kuziela
PwC

Ewa Boguszewska
PwC

Roksana Gowin
PwC

Beata Laskowska
www.dane-i-analizy.pl

Monika Natkaniec
www.dane-i-analizy.pl

ISBN: 978-83-63359-49-2

Spis treści

Wprowadzenie	3
Znaczenie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia	4
Doświadczenia krajowe i międzynarodowe w zakresie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia	5
Raport zdrowotny 2000	7
Euro Health Consumer Index	8
Komisja Europejska	13
Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia	14
Logika i struktura Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2015	16
1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców	17
2. Efektywna gospodarka finansowa	18
3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej	19
Ocena województw – wskaźniki szczegółowe	22
OŚ I – Poprawa stanu zdrowia mieszkańców	***23***
1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych	23
2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych	24
3. Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG	26
4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-śwince-różyczce (1 dawka)	27
5. Zachorowania na gruźlicę	28
6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe	29
7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy	30
8. Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	31
9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków	32
10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	33
11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25 oraz I50)	34
12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii	35
13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	36
14. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi	37
15. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego	38
16. Zgony do uniknięcia w POChP	39
17. Liczba pobrań narządów od zmarłych	40

OŚ II – Efektywna gospodarka finansowa **42**

1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne 42
2. Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne 43
3. Wydatki na opiekę długoterminową 44
4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie 45
5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie 46
6. Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem 47
7. EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach 48
8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach 49
9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności 50
10. Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość) 51

OŚ III – Jakość konsumencka opieki zdrowotnej **52**

1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych 52
2. Liczba osób na listach oczekujących 53
3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów 54
4. Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii 55
5. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości 56
6. Dostęp do informacji konsumenckiej 57
7. Dostęp do pomocy lekarskiej 58
8. Dostęp do badań diagnostycznych 59
9. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji 60
10. Czas oczekiwania na usługę medyczną 61
11. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych 62
12. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy 63
13. Podejście lekarza do pacjenta 64
14. Efekty leczenia 65

Podsumowanie oceny województw w osiach 66

- Oś I – Poprawa stanu zdrowia 66
- Oś II – Efektywna gospodarka finansowa 66
- Oś III – Jakość konsumencka opieki zdrowotnej 67

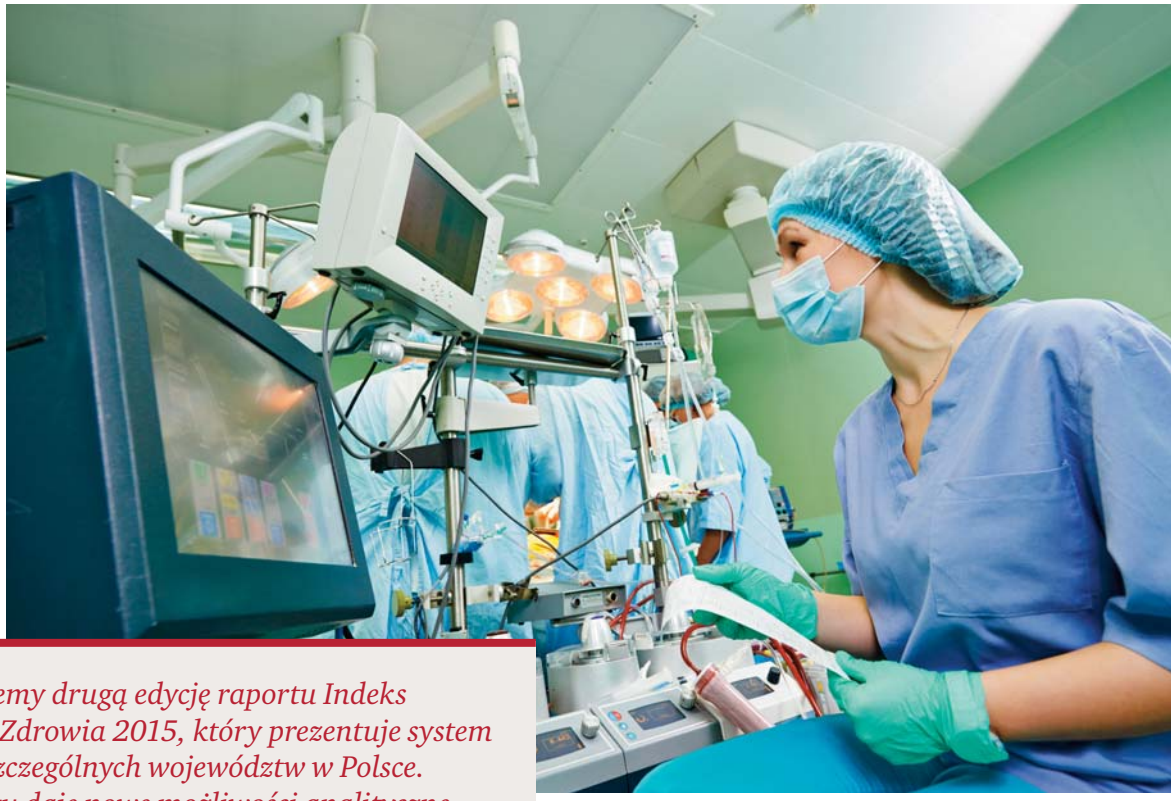
Zestawienie danych Krajowego Indeksu 2014 i 2015 68

Podsumowanie 75

Bibliografia 76

Kontakt 78

Wprowadzenie



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 ramach podziału 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 roku 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 na istniejące problemy. Skutki pakietów będzie można kompetentnie ocenić dopiero za kilka lat. Do tego czasu możemy posługiwać się jedynie fragmentaryczną obserwacją, 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.

Znaczenie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia

Blisko dwukrotny realny wzrost finansowania ochrony zdrowia od 2000 roku i dynamiczny rozwój prywatnych lecznic nie zmienia wciąż krytycznej oceny stanu naszej służby zdrowia. Krytyka od wielu lat płynie zarówno ze strony pacjentów, jak i pracowników. Zbyt mało mówi się jednak o jakości opieki zdrowotnej na podstawie konkretnych badań. W dyskusji publicznej bardziej dominuje percepcja tego zjawiska, niż realne odzwierciedlenie naszego kontaktu ze służbą zdrowia.

Obecnie w Polsce dominuje dyskusja skupiona raczej wokół analiz socjologicznych, a nie badań samych pacjentów. Dla przykładu, według badań „Diagnoza społeczna" prof. Janusza Czapińskiego, z publicznego systemu ochrony zdrowia bardziej niezadowoleni są ci, którzy z niego nie korzystają. Krytyka ma różnorodne powody: jedni krytykują system ochrony zdrowia za marnotrawstwo środków, inni za niewystarczające nakłady. Jedni zaś za niski dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, inni za ich nieroztropne rozdzielanie. Można odnieść wrażenie, że oczekiwania wobec systemu są często sprzeczne, a w każdym razie odmienne w różnych grupach społecznych.

Do formułowania ogólnych tez na temat systemu często służą kazusy.

Podejmowane pod ich wpływem próby zmian mają najczęściej charakter interwencyjny i brakuje im strategicznego kontekstu. Miary statystyczne mają mniejsze znaczenie, ponieważ są nudne w powszechnym odbiorze, nie są czarno-białe, a tym samym nie są nośne medialnie.

W poprzedniej edycji Indeksu 2014 szczegółowo opisywaliśmy zarówno powstanie jak i ewolucje metodyki związanej z miernikami sprawności systemu ochrony zdrowia jak i miernikami sprawności w procesie zarządzania. Rozwijany przez nas w ramach drugiej i kolejnych edycji Indeks ma być dobrą bazą do systemowej dyskusji na temat reformy polskiej służby zdrowia i posługiwaniu się w niej obiektywnymi miarami.

Doświadczenia krajowe i międzynarodowe w zakresie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia wyróżnia to, że patrzymy w nim na Polskę jako zespół 16 województw. Dla tych obszarów administracyjnych obliczamy w sposób jednakowy określone wskaźniki. Istotą dokumentu jest zwrócenie uwagi na odrębności i różnice między województwami. Nie zamierzamy oceniać, czy w Polsce w ochronie zdrowia generalnie jest źle czy dobrze.

Tabela 1. Koncepcje i idee stanowiące punkt odniesienia do oceny

	UK	Kanada	Australia	USA	EHCI	WHO HFA	WHO HF2000	WHO PATH	OECD
Akceptacja społeczna		+					+		
Dostępność	+	+	+	+		+			
Adekwatność		+	+						+
Potencjał	+								+
Kompetencje	+	+	+						
Ciągłość opieki		+	+						
Skuteczność	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Efektywność (w tym kosztowa)		+	+	+			+		
Równość		+	+	+		+	+		
Jakość konsumencka (*responsiveness*)	+	+		+			+		
Bezpieczeństwo		+	+	+					+
Stabilność/trwałość			+						
Szybkość działania	+			+					

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD

W Polsce do tej pory nikt nie podchodził do tego zagadnienia w taki sposób. Twórców Indeksu zainspirowały inicjatywy, które trwają już od kilku lat w innych krajach, m.in. w Australii, Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Holandii. W ich przypadku podmiotem oceny jest zwykle region a rzadziej płatnik (np. organizacja opieki koordynowanej). Część z tych inicjatyw została wymieniona w *tabeli 1.* Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) podsumowała ich cechy i podjęła działania w ramach własnego projektu pn. *Health Care Quality Indicators* (HCQI) [18], a także określiła kilkanaście cech wspólnych systemów mierników sprawności ochrony zdrowia, wartości i kompetencji, które zostały uznane w poszczególnych systemach za ważne i godne wsparcia.

Najczęściej oceniane aspekty działalności systemów to:

1. skuteczność – zdolność do osiągania poprawy w danej dziedzinie ochrony zdrowia, mierzonej wskaźnikami stanu zdrowia [19].

2. bezpieczeństwo – stopień, w jakim udaje się uniknąć powikłań i efektów niepożądanych terapii podejmowanych w placówkach opieki zdrowotnej.

3. jakość konsumencka (responsiveness) – stopień, w jakim system odpowiada na pozamedyczne potrzeby pacjentów.

4. dostępność – łatwość, z jaką pacjenci mają możliwość uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej.

5. równość – najczęściej analizowana jako równość dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (patrz: wyżej) lub równość stanu zdrowia.

6. efektywność – relacja między osiąganymi efektami a przeznaczanymi na nie zasobami. Zasoby najczęściej mierzone są wartościami monetarnymi.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w wielu krajach uruchomiono procesy oceny sprawności systemu ochrony zdrowia jako element zarządzania nim. Część z tych procesów koncentrowała się na jakości i sprawności poszczególnych placówek medycznych [12]. Część jednak oceniała sprawność całych systemów, złożonych z wielu organizacji i instytucji, działających na określonym obszarze. Tego typu mierniki sprawności przedstawiono w *tabeli 2.*

Istnieje wiele inicjatyw tego rodzaju na poziomie międzynarodowym, gdzie podmiotem oceny jest określony obszar/region wraz z działającymi tam organizacjami. Podejście takie wynika w szczególności z założenia, że, co prawda, poszczególne działania w systemie ochrony zdrowia podejmowane są przez poszczególne organizacje, a nawet osoby, lecz efekt, który wyraża się wielkością odpowiedniego wskaźnika, jest zależny najczęściej od ich sumy. Na przykład wskaźnik śmiertelności w danej grupie chorób mierzy liczbę osób zmarłych, tym samym teoretycznie mógłby stanowić miernik jakości opieki prowadzonej w danym szpitalu. Częściej jest jednak zależny od stanu zdrowia pacjentów przyjmowanych do szpitala (w tym jakości opieki przedszpitalnej), zachowań społecznych (wybór miejsca między domem a szpitalem), a także roli danego szpitala w lokalnym systemie ochrony zdrowia. Byłoby bardzo szkodliwe ocenianie szpitali przez pryzmat liczby zgonów, bez uwzględnienia powyższych czynników (tzw. adaptacja do ryzyka, *risk-adjustment*).

Jak można zauważyć, pierwsze szerzej znane próby wykorzystania mierników sprawności miały miejsce jeszcze w latach 80-tych XX wieku. W dokumencie *Health for All*, Światowej Organizacji Zdrowia [13], zawarto zestaw ok. 20 celów do osiągnięcia do roku 2000. Cele zostały wyposażone we wskaźniki ich osiągania, które tym samym stały się miernikami sprawności systemów ochrony zdrowia. Program HFA stał się następnie podstawą formułowania na poziomie krajów odpowiednich lokalizowanych dokumentów; w Polsce stał się nim Narodowy Program Zdrowia (NPZ) [14]. NPZ w Polsce także jest wyposażony w zestaw wskaźników, które okresowo są sprawozdawane do Ministerstwa Zdrowia. Warto jednak zauważyć, że zupełnie nieznane są i nieużywane wskaźniki, które opisują w jakim stopniu cele NPZ są osiągane.

Tabela 2. Inicjatywy oparte na koncepcji mierników sprawności *(performance measure)*

Nazwa projektu	Organizacja	Skala pomiaru	Pierwszy raport
Health for All 2000	World Health Organization	Kraje członkowskie	1981
Health systems performance 2000	World Health Organization	Kraje członkowskie	2000
Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)	World Health Organization, Kopenhaga	Kraje członkowskie	2004
European Community Health Indicators	Komisja Europejska	Kraje członkowskie	2003
Australia's National Health Performance Committee's Framework	Australian Institute of Health and Welfare	Terytoria	2004
Canadian Institute For Health Information's Performance Framework	Canadian Institute for Health Information	Regiony	2005
The National Indicator Project, Dania	Ministerstwo Zdrowia wraz z organizacjami samorządowymi i pacjenckimi	Powiaty	2000
De Zorgbalans (Netherlands National Health Care Report) (Holandia)	National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)		2005
NHS High-Level Performance Framework (Wielka Brytania)	Department of Health	Regiony	1999
US National Healthcare Quality Report	US Department of Health and Human Services	Stany	2005
Health Care Quality Indicators Project	OECD	Kraje członkowskie	2007
Euro Health Consumer Index	Health Consumers Powerhouse	Szwecja, EU	2005

Źródło: (Richards D., Smith M.J., (2002))

Raport zdrowotny 2000

Ważnym krokiem w praktyce stosowania mierników sprawności systemu ochrony zdrowia na skalę światową była inicjatywna WHO [2], zawarta w dokumencie Health Report 2000.

Dokument ten po raz pierwszy przedstawił ocenę systemów ochrony zdrowia na świecie i ranking ponad 180 krajów. Aby to było możliwe, przedstawiciele WHO musieli najpierw określić cele i wartości, w oparciu o które oceniane były systemy wszystkich krajów. Ponieważ spektrum priorytetów, wartości i zasad w takiej skali jest bardzo szerokie, cele musiały być bardzo uniwersalne, a mimo to wzbudzały protesty przedstawicieli poszczególnych krajów.

W efekcie, jako uniwersalne cele systemów krajowych, uznano:

1. ***zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji***
2. ***zdolność do zaspokajania uniwersalnych oczekiwań pacjentów (responsiveness)***
3. ***sprawiedliwość obciążania finansów poszczególnych grup społecznych kosztami systemu (fairness).***

Zdolność do poprawy stanu zdrowia jest naturalnym kryterium oceny systemu ochrony zdrowia, chociaż, jak wiadomo, stan zdrowia w znacznej mierze zależy od czynników leżących poza systemem ochrony zdrowia. Do oceny stanu zdrowia eksperci WHO zdecydowali użyć nowej syntetycznej miary pn. *Disability Adjusted Life Expectancy* (DALE). DALE jest fuzją rozpowszechnionego wskaźnika spodziewanej długości życia (*life expectancy*, LE), oraz mierników (występowania) niesprawności. Obok średniej wartości DALE w populacji kraju, do oceny przyjęto również zróżnicowanie społeczne w osiąganiu tej wartości, traktowane jako wyraz stopnia nierówności w zdrowiu.

Więcej dyskusji wzbudzało wprowadzenie osi oceny o nazwie responsiveness. Pojęcie to oznacza stopień odpowiedzi na potrzeby pozazdrowotne mieszkańców danego kraju. Wskaźnik ten określono na podstawie wywiadów z respondentami uznanymi za „poinformowanych" co do sytuacji w danym kraju, a ocena dotyczyła takich elementów, jak: poszanowanie godności pacjenta (16.7%), poufność w relacjach z pacjentem (16.7%), autonomia decyzji pacjenta (16.7%), które razem stanowiły dział szacunku dla pacjenta. Drugi dział pn. orientacja konsumencka, składał się z takich elementów, jak: odpowiednia uwaga (20%), jakość infrastruktury (15%), dostęp do pomocy (10%) oraz wybór świadczeniodawcy (5%).

Trzecią osią oceny była sprawiedliwość w ponoszeniu ciężarów finansowych. Jak wiadomo, systemy ochrony zdrowia utrzymywane są dzięki finansowemu wysiłkowi obywateli, czy to w formie opłacania podatków i obowiązkowych składek (finansowanie publiczne), czy też w formie wydatków bezpośrednich na usługi lub prywatne polisy ubezpieczeniowe. Wskaźnik sprawiedliwości w finansowaniu obrazował, w jakim stopniu obciążenie z tytułu utrzymania krajowego systemu ochrony zdrowia jest rozłożone na gospodarstwa domowe o różnych dochodach. Eksperci WHO uznali, że jedną z zasadniczych wartości/kryteriów oceny systemu powinna być redystrybucja kosztów utrzymania systemu, czyli proporcjonalnie większe obciążenie gospodarstw zamożnych niż ubogich.

Wpływ raportu na system ochrony zdrowia poszczególnych krajów był ogromny. Krytyka, jaka spadła na przewodniczącą WHO (*Gro Harlem Brundtland*) oraz głównego architekta systemu oceny (*Christopher'a Murray'a*) była także wielka. Niektóre z ocenianych krajów protestowały przeciw niesprawiedliwie złej ocenie (np. USA, z największymi nakładami, dopiero na 37. miejscu, Polska na 50.). We Francji zaskakująco dobre wyniki spowodowały opóźnienie wprowadzenia planowanych reform za czasów premiera *Lionel'a Jospin*. Kontrowersje te nie zmieniły sytuacji, że WHO w dalszym ciągu dokonuje pomiarów wymienionych wskaźników, które są punktem odniesienia globalnej polityki zdrowotnej.

Euro Health Consumer Index

Inspiracją dla Indeksu był także Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI), który porównuje system ochrony zdrowia w krajach europejskich z punktu widzenia konsumenckiego.

Od kilku lat Polska w rankingu EHCI plasuje się na najniższych pozycjach w Europie. Za każdym razem jest to powodem do szerokiej dyskusji na temat kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej – podobnie było na początku tego roku po publikacji ostatniego raportu za 2014 rok. Pod względem dostępności do dobrej jakości opieki zdrowotnej Polska uplasowała się na jednym z ostatnich miejsc. Za nami znalazły się tylko Łotwa, Serbia, Czarnogóra, Rumunia oraz Bośnia i Hercegowina. Wyprzedziły nas m.in. Albania i Bułgaria.

Ranking EHCI 2014 został opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez twórców rankingu. Jak podkreślają twórcy, ranking konstruowany jest z punktu widzenia konsumenckiego i nie powinien być traktowany jako ocena systemu ochrony zdrowia, a jedynie jako jego konsumencki wymiar. W ten sposób w rankingu nie znajdują się elementy charakterystyczne dla koncepcji zdrowia publicznego, choć niektóre wskaźniki w poddyscyplinie wyniki /leczenia/ można by ze zdrowiem publicznym połączyć.

EHCI po raz pierwszy został opublikowany w roku 2004, jako inicjatywa szwedzkiej spółki *Health Consumer Powerhouse* (HCP). Inicjatywa z czasem zyskała silne wsparcie instytucji biznesowych oraz publicznych, w tym Komisji Europejskiej.

Pierwszy ranking w roku 2005 składał się z 20 wskaźników podzielonych na 5 dyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja

2. Dostępność (czas oczekiwania)

3. Wyniki (leczenia)

4. Otwarcie na konsumenta

5. Farmaceutyki.

Wśród wskaźników służących ocenie systemu ochrony zdrowia znalazły się tak znane i klasyczne, jak śmiertelność wczesna (<28 dni) w zawale serca oraz poziom refundacji leków na receptę. Ale pojawiły się też nowe, jak stanowisko kraju wobec dyrektywy usługowej (poprzedniczki tzw. dyrektywy transgranicznej UE) oraz istnienie ogólnokrajowego informatora i rankingu świadczeniodawców.

W roku 2013 [Björnberg 2013] użyto już 48 wskaźników podzielonych na 6 dyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja, zawierające m.in. prawo do zasięgania drugiej opinii, informacja konsumencka 24h/7 dni w tygodniu, zasięg elektronicznej dokumentacji medycznej

2. Dostępność (czas oczekiwania), obejmujące m.in. bezpośredni (bez skierowań) dostęp do specjalistów, rozpoczęcie terapii nowotworowej w czasie krótszym niż 21 dni, uzyskanie badania TK w czasie krótszym niż 7 dni

3. Wyniki (leczenia), takie jak: śmiertelność w nowotworach, liczba utraconych lat życia, wskaźnik aborcji

4. Zakres i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym: liczba przeszczepów nerek, dostępność do dentystyki w systemie publicznym, dostępność do opieki długoterminowej dla osób starszych

5. Prewencja, w tym: rozpowszechnienie nadciśnienia, palenia, spożycie alkoholu, niezdiagnozowana cukrzyca, szczepienia HPV

6. Farmaceutyki: poziom refundacji leków na receptę, dostęp do nowych leków przeciwnowotworowych, dostęp do nowych leków na schizofrenię.

Zestaw wskaźników EHCI na rok 2014 [17], jak stwierdzili autorzy raportu, był kompromisem pomiędzy listą wskaźników, które zostały ocenione jako dobrze obrazujące systemy z punktu widzenia konsumenckiego a dostępnością do danych.

Uznano, podobnie jak w latach poprzednich, że Indeks powinien się składać z mieszanki wskaźników „twardych" (rutynowo służących do oceny różnych aspektów działania ochrony zdrowia), oraz takich, które oddają preferencje konsumentów. Konsekwentnie unikano wskaźników, na które system ochrony zdrowia nie miał wpływu (np. usunięto wskaźnik 'konsumpcja cukru na osobę').

W Indeksie 2014 w stosunku do 2013 dodano trzy wskaźniki. Wszystkie z nich musiały spełnić następujące kryteria, zdefiniowane przez niemiecki projekt wskaźników jakości (www.bqs-institut.de):

1. ***adekwatności*** – co oznacza, że wskaźnik ma logicznie wynikać z zagadnienia, które jest poddane ocenie,

2. ***naukowej wagi*** – wskaźnik ma mieć naukowe podstawy i dowody jakości,

3. ***osiągalności*** – ma być możliwy do uzyskania dla większości krajów uczestniczących w Indeksie.

Aktualna lista wskaźników wraz z ich interpretacją została przedstawiona w *Tabeli 3* (na następnej stronie).

Tabela 3. Aktualna lista wskaźników wraz z ich interpretacją

Dyscy-plina	Wskaźnik	Interpretacja	Ocena pozytywna	Ocena neutralna	Ocena negatywna
1. Prawa pacjenta i informacja	1.1 Legislacja propacjencka mówiące o prawach pacjenta?	Czy istnieje prawo wprost	Tak	Różne, ale niespecyficzna	Nie
	1.2 Organizacje pacjentów uczestniczą w podejmowaniu decyzji		Tak	Tak, choć zwykle tylko wydają opinie	Nie
	1.3 Praktyka pozasądowego przyznawania odszkodowań za niepożądane skutki terapii?	Czy istnieją pozasądowe metody rozstrzygania takich sporów?	Tak	Niekiedy,	Nie
	1.4 Prawo do drugiej opinii		Tak	Tak, ale trudne do uzyskania	Nie
	1.5 Dostęp do własnej dokumentacji medycznej		Tak, łatwy	Tak, ale trudny	Nie
	1.6 Rejestr wiarygodnych lekarzy	Czy jest rejestr lekarzy z oceną wiarygodności/jakości	Tak, łatwodostępny	Tak, ale nie łatwy	Nie
	1.7 Internetowa lub telefoniczna informacja medyczna	Czy jest dostępna informacja pomagająca zdecydować, czy wziąć paracetamol czy udać się na SOR	tak	Tak, ale niepowszechna	Nie
	1.8 Dostęp do opieki transgranicznej		Tak, łatwy	Tak, ale tylko w przypadku długich kolejek	Tak, ale po długotrwałej procedurze
	1.9 Katalog placówek z rankingiem		Tak, powszechnie dostępny	Tak, ale fragmentaryczny	Nie
	1.10 Powszechność dokumentacji elektronicznej	% lekarzy rodzinnych używających elektronicznej dokumentacji w diagnostyce	Tak, jeśli >90%	Tak, ale od 50% do 90%	Mniej niż 50%
	1.11 Dostępność umawiania się on-line		Tak, powszechne	Tak, ale nieczęste	Nie, rzadko
	1.12 e-recepty		Tak, powszechne	Niektóre apteki	Nie, rzadkie
2. Dostęp	2.1 Lekarz rodzinny dostępny tego samego dnia		Tak	Tak, ale często niemożliwe	Nie
	2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty	Bez skierowań z POZ	Tak,	Tak, ale tylko niektórzy	Nie
	2.3 Większość planowych zabiegów < 90 dni	Np. planowe PTCA, przeszczep stawu biodrowego	Ponad 90% < 90 dni	50-90% < 90 dni	Poniżej 50% < 90 dni
	2.4 Terapia onkologiczna dostępna szybciej niż w 21 dni	Czas oczekiwania na radio-/chemioterapię od podjęcia decyzji	Ponad 90% < 21 dni	50-90% < 21 dni	Poniżej 50% < 21 dni
	2.5 KT dostępny szybciej niż w 7 dni	Czas oczekiwania w stanie stabilnym	Zwykle < 7 dni	Zwykle < 21 dni	Zwykle > 21 dni
	2.6 Czas oczekiwania na SOR	Czas od pojawiania się w szpitali do uruchomienia procedur medycznych	Zwykle < 1 godzina	Zwykle 1-3 godziny	Zwykle > 3 godziny

Dyscy-plina	Wskaźnik	Interpretacja	Ocena pozytywna	Ocena neutralna	Ocena negatywna
3. Wyniki zdrowotne	3.1 Spadek umieralności z powodu ch. krążenia	Trend logarytmiczny	Silny spadek	Umiarkowany spadek	Słaby spadek
	3.2 Spadek zgonów z powodu udaru mózgu	Trend logarytmiczny	Silny spadek	Umiarkowany spadek	Słaby spadek
	3.3 Zgony noworodków	Liczba/ 1000 żywych urodzeń	< 4	< 6	>=6
	3.4 Przeżycia w nowotworach złośliwych	100% minus umieralność/ zachorowalność (%)	>= 60%	50-59.9%	< 50%
	3.5 Liczba potencjalnych utraconych lat życia (PYLL)	PYLL z wszystkich przyczyn/100000	< 4500	4501-7000	> 7000
	3.6 Zakażenia szpitalne	% zakażeń S. aureus	<5%	<20%	>20%
	3.7 Wskaźnik aborcji	Liczba na 1000 żywych urodzeń	< 200	201-300	> 300
	3.8 Depresja	Punktacja w kwestionariuszu	>= 67%	66-55%	< 55%
4. Zakres i zasięg dostarczanych świadczeń	4.1 Równość w systemie ochrony zdrowia	Odsetek wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia	>= 80%	80-70%	< 70%
	4.2 Liczba zabiegów zaćmy u 65+	Liczba na 100000 osób 65+	> 5000	5000-3000	< 3000
	4.3 Liczba transplantacji nerek	Liczba na milion populacji	>= 40	40-30	< 30
	4.4 Czy dentystyka ujęta w koszyku świadczeń?	% średniozarabiających z niezaspokojonymi potrzebami stomatologicznymi	< 5%	5-9.9%	>=10%
	4.5 Nieformalne opłaty u lekarzy	Wynik badania ankietowego	Nie	Czasem	Tak, często
	4.6 Opieka długoterminowa dla osób starszych	Liczba łóżek na 100000	>=6000	3000-5999	<3000
	4.7 Odsetek dializ w domu	Odsetek dializ otrzewnowych lub hemodializ wykonanych w domu	>15%	8-15%	<8%
	4.8 Cięcia cesarskie	Liczba cięć na 100 żywych urodzeń	<200	201-300	>300
5. Prewencja	5.1 Szczepienia w 8 kategoriach	Tężec, krztusiec, polio, hemophilus infl. B, WZWB, odra, świnka, różyczka (średnia)	>=95%	85-95%	<85%
	5.2 Ciśnienie krwi	% osób 25+ z ciśnieniem >140/90	<25%	25-35%	>35%
	5.3 Palenie tytoniu	Tobacco Control Score plus konsumpcja tytoniu i tren	>=61%	51-60%	<=50%
	5.4 Alkohol		<10 l/osobę	10-13 l/osobę	>14 l/osobę
	5.5 Aktywność fizyczna	Liczba godzin wf w szkołach podstawowych	>751	600-750	<600
	5.6 Szczepienia HPV	Szczepienie nastolatek młodszych	Tak, bezpłatne	Tak, rodzice płacą cześć	Nie
	5.7 Zgony w wypadkach	SDR/100000 populacji	<5	5-8	>8

Dyscy-plina	Wskaźnik	Interpretacja	Ocena pozytywna	Ocena neutralna	Ocena negatywna
6. Farmaceutyki	6.1 Odsetek refundacji w wydatkach na leki	Odsetek wydatków publicznych w wydatkach ogółem na leki	>=70%	50-69.9%	<50%
	6.2 Dostęp do farmakopei		Tak, łatwo dostępna info o dostawcy informacji	Tak, trudno dostępna info o dostawcy informacji	Nie
	6.3 Używanie nowych leków p/nowotworowych	Wydatki na p/ciała monoklonalne (L01XC)/milion osób	> 15	10-15	<10
	6.4 Dostęp do nowych leków	Czas między rejestracja a refundacją	<150 dni	< 300	> 300 dni
	6.5 Leki na ch. reumatyczne	Inhibitory TNF-alfa/osobę	>300	100-300	<100
	6.6 Używanie metforminy	Dawek na osobę	> 400	250-400	<250
	6.7 Używanie antybiotyków	DDD/1000 osób	<=20	20-26	>=26

Komisja Europejska

Na podstawie art. 168 Traktatu o Unii Europejskiej zarządzanie i organizacja systemami ochrony zdrowia leżą w gestii rządów krajów członkowskich a Komisja Europejska ma ograniczone kompetencje by wpływać na te systemy.

Obszary, w których Komisja Europejska może podejmować działania występują tam, gdzie obywatele krajów członkowskich mogą stykać się z systemem opieki zdrowotnej innego kraju. Dotyczy to w szczególności ochrony epidemicznej, jakości produktów wprowadzanych na rynek, opieki transgranicznej.

W Traktacie zawarto m.in. zachętę do koordynowania działań w ochronie zdrowia z innymi krajami UE, co Komisja Europejska ma wspierać. Przy Radzie Europejskiej powoływane są także inicjatywy, w ramach których zainteresowane (nie wszystkie) kraje członkowskie współpracują w obszarze systemów ochrony zdrowia. Przedmiotem współpracy w ostatnich latach były m.in. zagadnienia inwestycji w infrastrukturę, kształcenia i dostępności personelu ochrony zdrowia.

W 2011 roku grupa robocza ds. Zdrowia Publicznego Rady Europejskiej postanowiła podjąć działania w zakresie:

- zwiększenia użyteczności porównań międzynarodowych w ramach krajów UE;
- zwiększenia współpracy i wymiany doświadczeń z organizacji systemów ochrony zdrowia w tych krajach.

W ramach tej inicjatywy, w lutym 2014 powołano Grupę Ekspertów ds. Oceny Sprawności Systemów Ochrony Zdrowia (HSPA). Zadaniem tej grupy jest m.in. zidentyfikowanie dobrych i złych praktyk w zakresie oceny systemów ochrony zdrowia, wzmocnienie efektywności, dostępności i bezpieczeństwa pacjentów. W listopadzie 2014 odbyło się pierwsze spotkanie tej grupy, na którym przedstawiono m.in. cele działania, kontekst i wybrane krajowe doświadczenia związane z oceną sprawności systemu.

Ważną rolę w pracach grupy odgrywają przedstawiciele władz szwedzkich, którzy prezentowali swoje doświadczenia w rutynowej ocenie sprawności systemu na poziomie regionów. Szwedzki system ma charakter samorządowy i porównania międzyregionalne są inspiracją dla władz samorządowych do wprowadzania rozwiązań sprawdzających się w innych regionach.

Oczekuje się, że w ciągu kilku lat Rada Europejska wypracuje zestaw wskaźników, monitorujących stan i działanie systemów ochrony zdrowia krajów członkowskich wyznaczając tym samym kierunki zmian.

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.

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia

Główne założenia leżące u podstaw Indeksu:

Ocena wartości pożądanych w systemie

Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i oceniających wybór cech pożądanych 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 kategorie cech, które powinien posiadać dobry system ochrony zdrowia.

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

Poniższy schemat przedstawia cele i wartości, o które zdaniem autorów Indeksu należy zabiegać w systemie ochrony zdrowia.

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

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

1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

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.

Zapobieganie zgonom osób chorych (czyli zmniejszanie 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 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 ważnym 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 stały się treścią tego wymiaru oceny.

2.2. Wymiar efektywności ekonomicznej terapii

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

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

2.3. Wymiar stanu finansów placówek medycznych

Kolejnym wymiarem 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, to 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 trzecią osią oceny uznano jakość konsumencką opieki zdrowotnej, oceniana 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 konsumenta usługi, powstaje sytuacja permanentnego deficytu świadczeń i konieczność ich reglamentowania.

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

3.3. Dostępność geograficzna opieki

Infrastruktura medyczna z oczywistych przyczyn rozlokowana jest nierównomiernie. W ośrodkach wielkomiejskich, 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 redukowane. 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 w poszczególnych aspektach 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 obejmuję zjawiska, które potencjalnie mają wpływ na jakość odczuwaną przez pacjentów, choć autorzy nie dysponowali dowodami na istnienie takiej zależności.

Tabela 4. Wagi wskaźników Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia 2015

OŚ 1: POPRAWA STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW

L.p.	*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 p/odrze-śwince-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

L.p.	*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

L.p.	*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.	Dostęp do informacji konsumenckiej	0,56	satysfakcja pacjenta
7.	Dostęp do pomocy lekarskiej	1,67	satysfakcja pacjenta
8.	Dostęp do badań diagnostycznych	1,67	satysfakcja pacjenta
9.	Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji	0,56	satysfakcja pacjenta
10.	Czas oczekiwania na usługę medyczną	2,22	satysfakcja pacjenta
11.	Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych	0,56	satysfakcja pacjenta
12.	Profesjonalizm i kompetencje lekarzy	1,67	satysfakcja pacjenta
13.	Podejście lekarza do pacjenta	2,22	satysfakcja pacjenta
14.	Efekty leczenia	1,11	satysfakcja pacjenta

W Indeksie 2015 zastosowano 41 wskaźników, a różnice ich ważności, z punktu widzenia uczestników systemu, znalazły odbicie w nadanych im wagach (Tabela 4.).

W tabeli 4 przedstawiono wszystkie wskaźniki Indeksu 2015 przypisane 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:

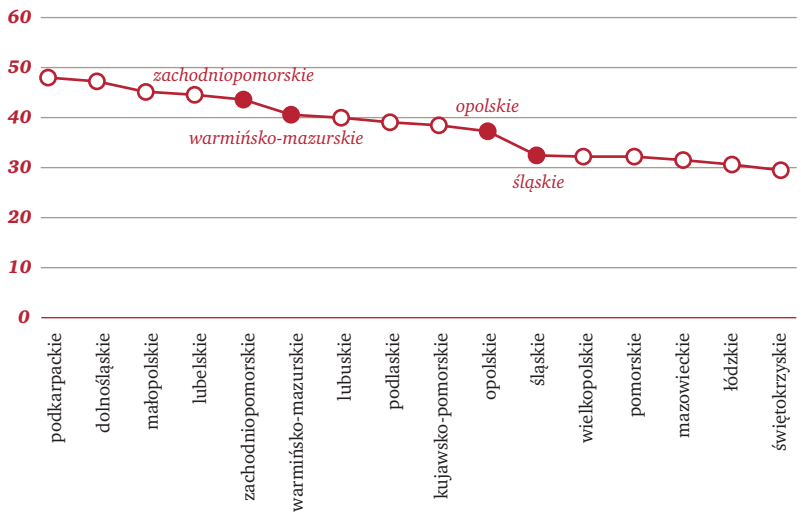
stopień 1 – polegał na uszeregowaniu województw wg kolejności od ostatniego do pierwszego miejsca

stopień 2 – polegał na nadaniu 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 punktami 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 punkty związane były ze skokiem wartości wskaźnika, jak na przykładowym wykresie (*Rys. 3.*).

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 występowania na czele głównych instytucji określonych osób.

Rys. 3. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)

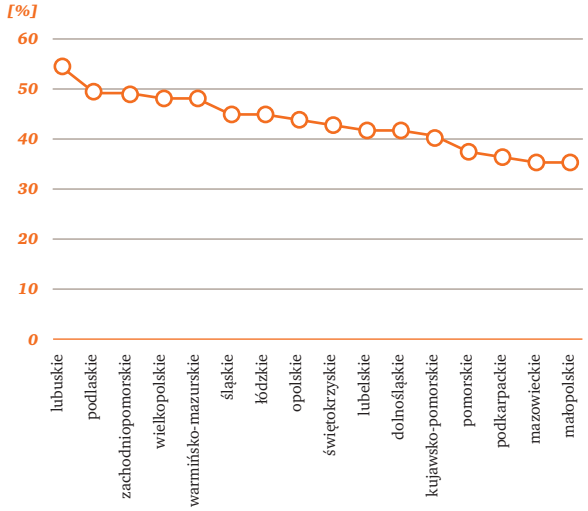


Ocena województw – wskaźniki szczegółowe

- *Poprawa stanu zdrowia mieszkańców* 23 – 41
- *Efektywna gospodarka finansowa* 42 – 51
- *Jakość konsumencka opieki zdrowotnej* 52 – 65

1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
lubuskie	54,4	1	5
podlaskie	49,1	2	5
zachodniopomorskie	49,0	3	5
wielkopolskie	48,7	4	5
warmińsko-mazurskie	48,2	5	5
śląskie	45,8	6	3
łódzkie	45,1	7	3
opolskie	44,1	8	3
świętokrzyskie	43,6	9	3
lubelskie	42,5	10	3
dolnośląskie	42,4	11	3
kujawsko-pomorskie	41,5	12	3
pomorskie	38,0	13	1
podkarpackie	37,6	14	1
mazowieckie	36,6	15	1
małopolskie	36,4	16	1



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 nieznane potencjalne różnice między województwami, które mogłyby w ten sposób wpłynąć na wyniki. Podobnie, 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 występował w woj. lubuskim (ok. 54%), a najniższy w woj. małopolskim (ok. 36%). Województwo lubuskie wykazywało szczególnie wysokie wyniki w tym zakresie, znacznie odbiegając od kolejnego w kolejności województwa podlaskiego (ok. 49%).

Uzasadnienie: Mammografia piersi jest szeroko stosowanym sposobem postępowania w prewencji wtórnej raka piersi. Mimo pojawiających się w części publikacji wątpliwości co do korzyści populacyjnych oraz ewentualnych obciążeń fizycznych lub psychicznych wynikających z fałszywie dodatnich wyników badań, MMG pozostaje podstawowym narzędziem zwiększania szans przeżycia kobiet dotkniętych rakiem piersi. Podstawowe zasady wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych na poziomie UE zostały sformułowane w 2003 r., w Rekomendacji Rady Unii Europejskiej*. Od tego czasu obserwuje się systematyczne działania państw członkowskich, prowadzone zgodnie z wytycznymi, związane z wprowadzaniem przesiewowych programów wczesnego wykrywania wybranych nowotworów złośliwych1. W Polsce MMG jest elementem Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, który został uruchomiony w 2006 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

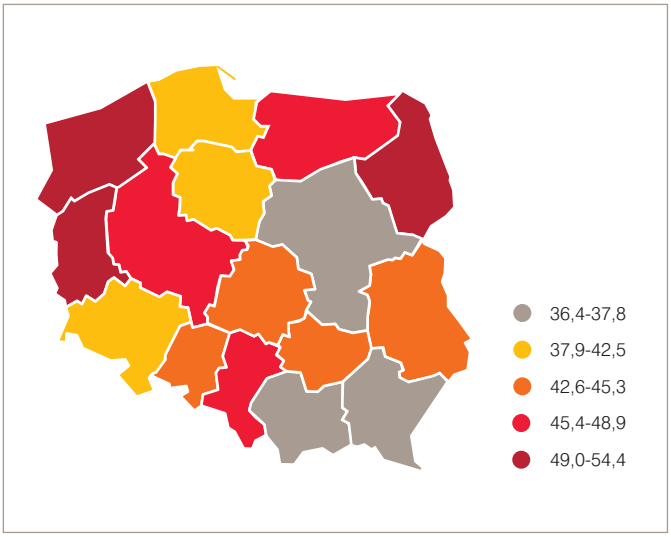
Polega on na wykonaniu kilku badań diagnostycznych:

1. na etapie podstawowym – mammografii rentgenowskiej,
2. na etapie pogłębionej diagnostyki: badań klinicznych, dodatkowych zdjęć mammograficznych, USG, biopsji cienko- i gruboigłowej. Przeznaczony jest dla kobiet w wieku 50-69 lat, które: nie miały wykonanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub otrzymały w ramach realizacji „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi" pisemne wskazanie do wykonania ponownego ▶

* *The Council of the European Union (2003) Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC) official Journal of the European Union, L 327/34, 16.12.2003*

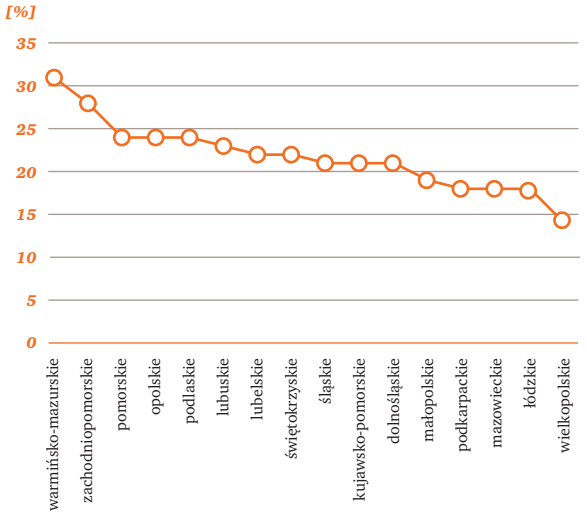
[1] *Program przesiewowy o charakterze populacyjnym (population-based screening programme) to program, w którym badania są oferowane w sposób systematyczny wszystkim osobom należącym do określonej grupy docelowej. odbywa się to w ramach uzgodnionej polityki zdrowotnej, z zastosowaniem protokołów, zarządzania jakością, monitorowania i oceny realizacji programu. Program taki rozpoczyna się od zidentyfikowania, a następnie zaproszenia do udziału osób należących do populacji docelowej (target group). Punkt końcowy jest również precyzyjnie zdefiniowany – zwykle jest nim postawienie ostatecznej diagnozy i ewentualne skierowanie na leczenie [źródło: Australian Health Ministers' Advisory Council (2008) Population Based Screening Framework,Commonwealth of Australia]*

badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy oraz nie były wcześniej leczone z powodu raka piersi. Od początku istnienia Programu jednym z głównych problemów był stosunkowo mały udział kobiet. Pomimo szerokiej kampanii społecznej, odsetek uczestniczących w nim kobiet był daleki od docelowych 70-80%.



2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	31,3	1	5
zachodniopomorskie	28,0	2	5
pomorskie	24,3	3	3
opolskie	24,3	4	3
podlaskie	24,0	5	3
lubuskie	23,9	6	3
lubelskie	22,8	7	3
świętokrzyskie	22,8	8	3
śląskie	21,9	9	3
kujawsko-pomorskie	21,5	10	3
dolnośląskie	21,3	11	3
małopolskie	19,7	12	1
podkarpackie	18,7	13	1
mazowieckie	18,6	14	1
łódzkie	18,0	15	1
wielkopolskie	14,5	16	1



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.

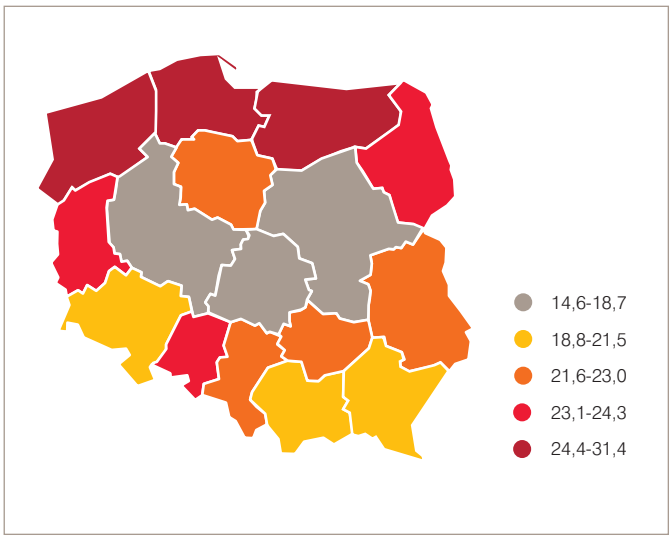
W przypadku badań cytologicznych wydaje się, że częściej niż w przypadku MMG badanie realizowane w ramach Programu jest zastępowane przez badanie cytologiczne towarzyszące prywatnym wizytom w gabinetach ginekologicznych oraz świadczeniom ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) finansowanym przez NFZ. 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 występował w woj. warmińsko-mazurskim (ok. 31%). Na drugim miejscu z wynikiem o 3 punkty procentowe niższym uplasowało się województwo zachodniopomorskie. Reszta województw odnotowała znacznie niższe wyniki. Najniższy odsetek zaobserwowano w woj. wielkopolskim (ok. 15%), który dość znacznie odbiega od kolejnego od końca województwa łódzkiego (ok. 18%).

Uzasadnienie: Cytologia szyjki macicy jest szeroko stosowanym sposobem postępowania w prewencji wtórnej raka szyjki macicy. Jest wymieniona w Rekomendacji Rady Unii Europejskiej z 2003 roku*. Od tego czasu obserwuje się systematyczne działania państw członkowskich, prowadzone zgodnie z wytycznymi, związane z wprowadzaniem przesiewowych programów wczesnego wykrywania wybranych nowotworów złośliwych. W Polsce cytologia szyjki macicy jest składnikiem Programu Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, który został uruchomiony w 2006 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Program obejmuje:

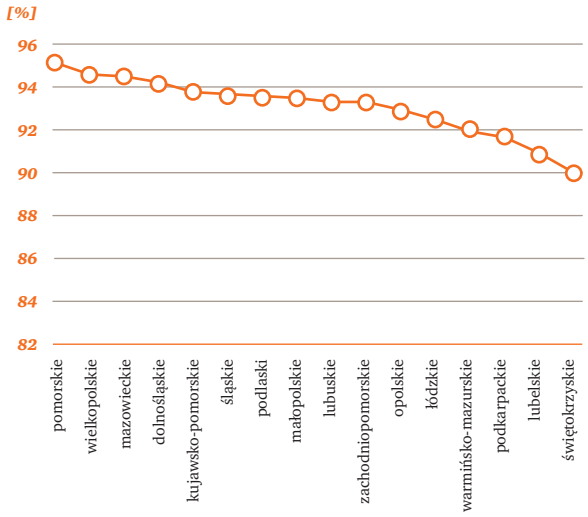
1. etap podstawowy: zarejestrowanie kobiety z grupy docelowej, wypełnienie ankiety, pobranie materiału cytologicznego za pomocą szczoteczki typu cervex-brush, edukację w zakresie profilaktyki nowotworu szyjki macicy, wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej, dostarczenie pacjentce wyniku badania i podjęcie decyzji co do dalszego postępowania;
2. etap diagnostyczny: wykonanie oceny mikroskopowej przesłanego materiału cytologicznego (barwienie i diagnostyka);
3. etap pogłębionej diagnostyki, w tym: badanie kolposkopowe, w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy, wyłyżeczkowanie kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy oraz przesłanie materiału do badań, badanie histopatologiczne materiału, podjęcie decyzji co do dalszego postępowania.

Podobnie jak w przypadku MMG, od początku istnienia Programu jednym z głównych problemów była stosunkowo niska frekwencja. Jej przyczyny nie są w pełni jasne i zapewne złożone. Uznaje się jednak, że wpływ na frekwencję może mieć szeroko rozumiany system ochrony zdrowia – organizatorzy Programu, lekarze POZ/rodzinni, ginekolodzy itp.



3. Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
pomorskie	95,6	1	5
wielkopolskie	95,0	2	5
mazowieckie	94,9	3	5
dolnośląskie	94,9	4	5
kujawsko-pomorskie	94,1	5	3
śląskie	94,0	6	3
podlaskie	93,9	7	3
małopolskie	93,9	8	3
lubuskie	93,6	9	3
zachodniopomorskie	93,6	9	3
opolskie	93,2	11	3
łódzkie	92,7	12	1
warmińsko-mazurskie	92,1	13	1
podkarpackie	91,8	14	1
lubelskie	91,0	15	1
świętokrzyskie	90,0	16	1



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.

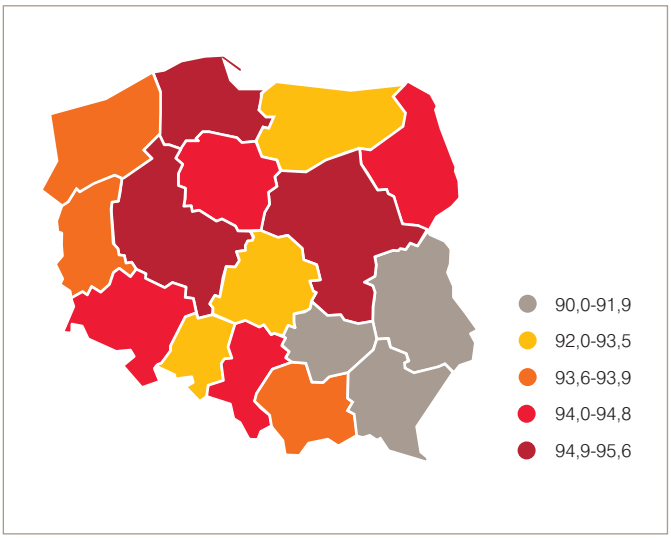
W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają 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%).

Uzasadnienie: BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) – szczepionka przeciw gruźlicy opracowana we Francji przez Alberta Calmette'a i Camille'a Guérina, wprowadzona w 1921 r. – zawiera atenuowany szczep *Mycobacterium bovis* (wywołujący gruźlicę bydła). Szczepienia BCG okazały się skuteczne w Europie i krajach rozwijających się. Próby z tą szczepionką w USA wykazały niewielkie właściwości ochronne (odmienny szczep *Mycobacterium tuberculosis*), w pozostałych krajach zaobserwowano zróżnicowaną skuteczność. Obecnie szczepionka stosowana jest w Europie, w tym w Polsce. Szczepienia BCG są w Polsce obowiązkowe (Ustawa o zwalczaniu gruźlicy z dnia 22 kwietnia 1959 roku) i wykonywane zgodnie z kalendarzem szczepień zatwierdzanym corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

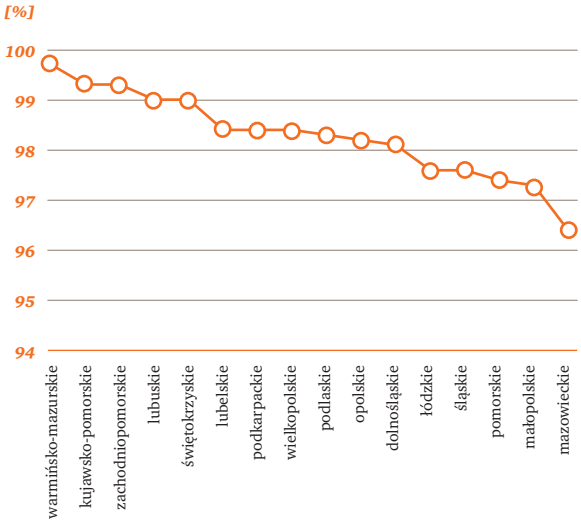
Obecnie przeciwko gruźlicy szczepi się noworodki po urodzeniu jednocześnie ze szczepieniem przeciwko WZW typu B, a następnie wykonuje się szczepienia przypominające:

1. w wieku 11–13 miesięcy, jeśli u dziecka nie stwierdza się blizny poszczepiennej lub jej średnica jest mniejsza niż 3 mm,
2. u dzieci rozpoczynających naukę w szkole podstawowej (7. rok życia), nie wykonując przed szczepieniem próby tuberkulinowej (z wyjątkiem dzieci z kontaktu z chorym na gruźlicę),
3. u dzieci w wieku 12 lat i młodzieży w wieku 18 lat, u których wynik próby tuberkulinowej jest ujemny.



4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-śwince-różyczce (1 dawka)

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	99,7	1	5
kujawsko-pomorskie	99,3	2	5
zachodniopomorskie	99,3	2	5
lubuskie	99,0	4	5
świętokrzyskie	99,0	4	5
lubelskie	98,4	6	3
podkarpackie	98,4	6	3
wielkopolskie	98,4	6	3
podlaskie	98,3	9	3
opolskie	98,2	10	3
dolnośląskie	98,1	11	3
łódzkie	97,6	12	1
śląskie	97,6	12	1
pomorskie	97,4	14	1
małopolskie	97,3	15	1
mazowieckie	96,4	16	1



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

Dane za okres: 2012 r.

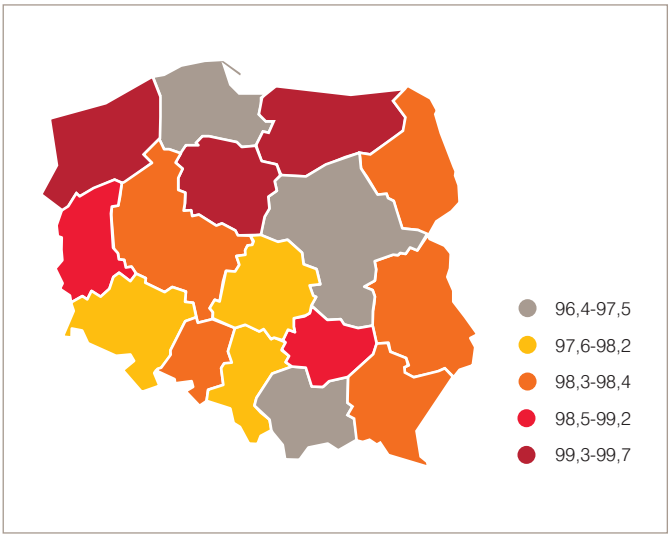
Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny

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 szczepienie prywatne, nierejestrowane innymi szczepionkami niż MMR II (np. czteroskładnikową szczepionką przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej). Skala i rozpowszechnienie tego zjawiska nie została jednak zbadana.

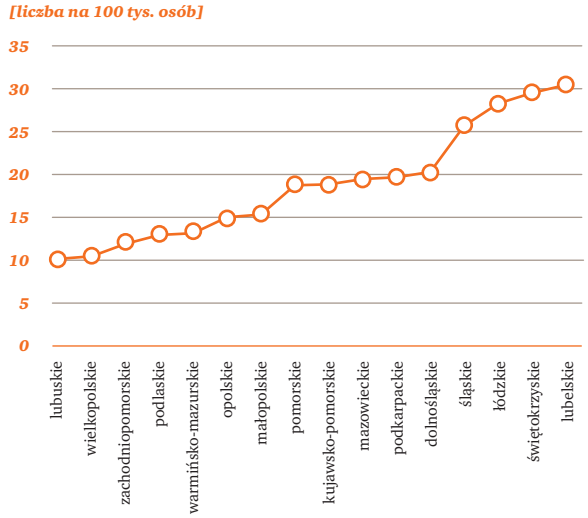
Aktualne wyniki: Stopień zaszczepienia dzieci szczepionką MMR II jest stosunkowo wysoki (96-99%), wyższy niż w większości krajów Europy Zachodniej, dlatego odporność polskiej populacji dzieci, głownie na odrę, przewyższa odporność innych populacji dzieci w Europie (choruje mniej dzieci). W 2012 r. najniższe wskaźniki wyszczepień zanotowano w województwie mazowieckim (ok. 96%), najwyższe zaś w województwach kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim (niemal 100%).

Uzasadnienie: Trójskładnikowa szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce została po raz pierwszy wprowadzona do użytku w 1988 r. w Wielkiej Brytanii. W kolejnych latach wprowadzono szczepionkę drugiej generacji (MMR II) stosowaną do dziś. Pierwszą dawkę szczepionki dziecko otrzymuje w 13.-14. miesiącu życia. W 1. roku życia dziecka w jego krwi znajdują się przeciwciała przekazane od matki, które upośledzają odpowiedź na to szczepienie. Jeżeli dziecko zaszczepiono przed ukończeniem 12. miesiąca życia, szczepienie należy powtórzyć po ukończeniu 1. roku życia. Zgodnie z polskim programem szczepień ochronnych w 10. roku życia podaje się dawkę uzupełniającą (drugą), ale można ją także podać wcześniej. Szczepionki podaje się w postaci zastrzyku podskórnego lub domięśniowego. W Wielkiej Brytanii szczepionka MMR stała się tematem kontrowersji po opublikowaniu w 1998 r. artykułu Andrew Wakefielda na temat badań 12 dzieci, u których po podaniu tej szczepionki pojawiły się objawy autyzmu i chorób jelit. W 2007 r. Wakefield został przesłuchany przez komisję dyscyplinarną General Medical Council i postawiono mu zarzut manipulowania danymi i zatajenia konfliktu interesów. W styczniu 2010 r. Lancet wycofał oryginalną pracę Wakefielda. W maju 2010 r. Wakefield został uznany przez General Medical Council za winnego nieuczciwości i usunięty z rejestru Lekarzy.



5. Zachorowania na gruźlicę

Województwo	Wskaźnik [na 100 tys.] (2012)	Miejsce	Punkty
lubuskie	10,6	1	5
wielkopolskie	10,9	2	5
zachodniopomorskie	12,3	3	5
podlaskie	13,3	4	5
warmińsko-mazurskie	13,5	5	5
opolskie	15,3	6	5
małopolskie	15,6	7	5
pomorskie	18,9	8	3
kujawsko-pomorskie	19,0	9	3
mazowieckie	19,6	10	3
podkarpackie	19,8	11	3
dolnośląskie	20,4	12	3
śląskie	25,6	13	1
łódzkie	28,1	14	1
świętokrzyskie	29,3	15	1
lubelskie	30,2	16	1



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

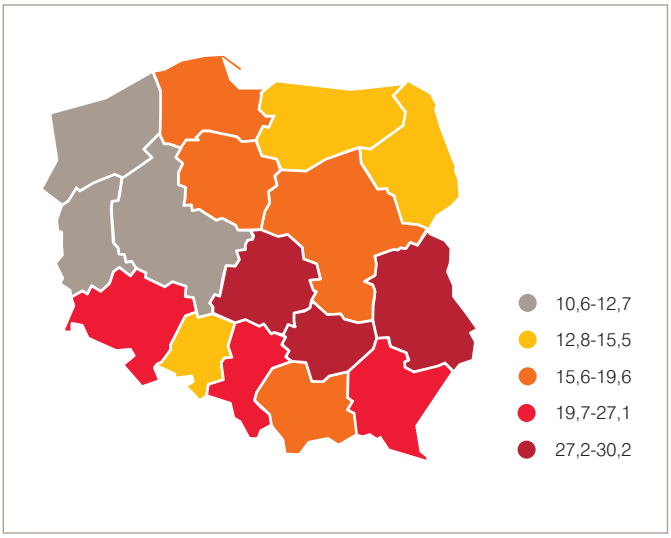
Dane za okres: 2012 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny

Interpretacja wskaźnika: Zachorowania na gruźlicę stanowiły 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 nieznana jest skala i nie ma dowodów na to, żeby istniały istotne różnice w tym zakresie w poszczególnych województwach. W tej sytuacji uznaje się, że liczba nowo wykrytych przypadków gruźlicy świadczy o zagrożeniu tą chorobą w poszczególnych województwach.

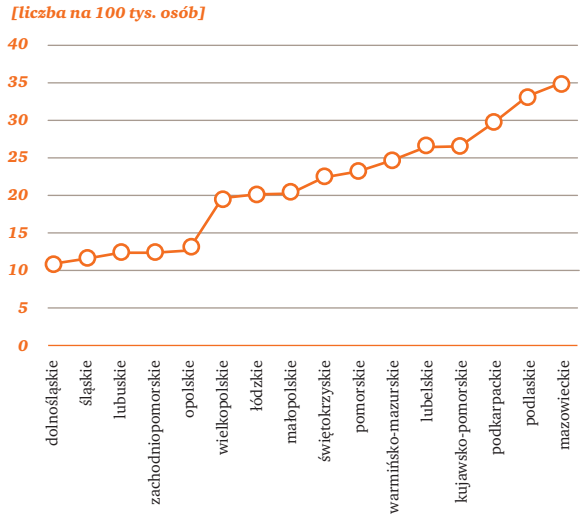
Aktualne wyniki: Krzywa obrazująca wskaźnik nowo wykrytych przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców województwa jest dość silnie pochyła, co oznacza znaczne różnice w liczbie zachorowań w poszczególnych województwach. Wskaźnik zachorowań na gruźlicę osiąga największą wartość w woj. lubelskim (ok.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

Uzasadnienie: W Polsce rejestracja i leczenie zachorowań na gruźlicę są obowiązkowe od kilkudziesięciu lat. W ostatnich 15 latach zaobserwowano spadek liczby zachorowań na gruźlicę o ok. 4% rocznie. W 2012 r. zarejestrowano ok. 7,5 tys. zachorowań na gruźlicę (wobec ok. 8,5 tys. w 2011 r.), z czego ok. 93% stanowiły przypadki zachorowania na gruźlicę układu oddechowego. Zgodnie z danymi PZH, zachorowania na gruźlicę stwierdza się 5-krotnie częściej u mężczyzn niż kobiet, częściej u mieszkańców wsi niż miast. Zachorowania dotyczą przede wszystkim osób starszych, niedożywionych. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i jest 30-krotnie wyższe u osób powyżej 65. roku życia w porównaniu z dziećmi. Według PZH zapadalność na gruźlicę w Polsce jest wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej i w roku 2012 wyniósł 19,6 na 100 tys. populacji. Polacy chorują częściej niż na przykład mieszkańcy Niemiec (5,3/100 tys.) Czech (5,7/100 tys.), Słowacji (7,3/100 tys.). Wyższa niż w Polsce zapadalność na gruźlicę występuje w Portugalii (23,9/100 tys.), Estonii (25,4/100 tys.), Bułgarii (32,1/100 tys.), Łotwie (39,7/100 tys.), Litwie (58,7/100 tys.) i Rumunii (89,7/100 tys.). W krajach tych częściej także występuje jej postać wielolekooporna. Odnotowywany ostatnio w niektórych krajach wzrost zachorowań na gruźlicę jest związany również z tym, że towarzyszy ona często infekcji wirusem HIV.



6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe

Województwo	Wskaźnik [na 100 tys.] (2012)	Miejsce	Punkty
dolnośląskie	10,9	1	5
śląskie	11,6	2	5
lubuskie	12,4	3	5
zachodniopomorskie	12,4	3	5
opolskie	12,7	5	5
wielkopolskie	19,8	6	3
łódzkie	20,3	7	3
małopolskie	20,4	8	3
świętokrzyskie	22,6	9	3
pomorskie	23,4	10	3
warmińsko-mazurskie	24,9	11	3
lubelskie	26,7	12	3
kujawsko-pomorskie	26,8	13	3
podkarpackie	30,0	14	1
podlaskie	33,6	15	1
mazowieckie	35,4	16	1



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

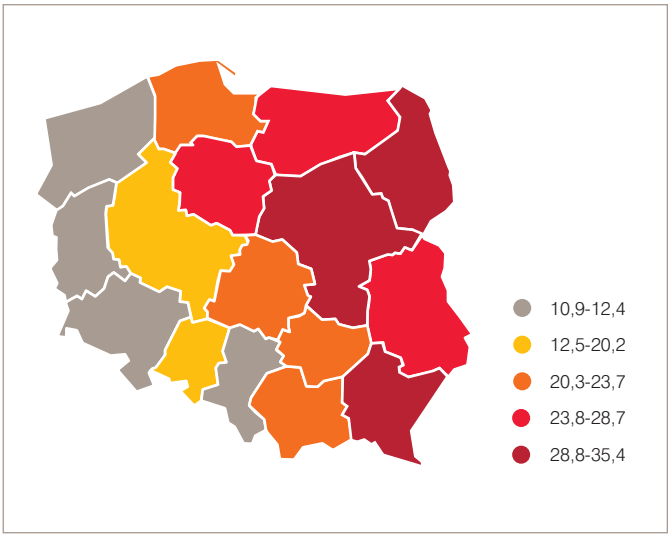
Dane za okres: 2012 r.

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 salmomenellą można uznawać 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 w województwie jest zatem miernikiem stanu higieny oraz nadzoru nad higieną żywienia w danym województwie.

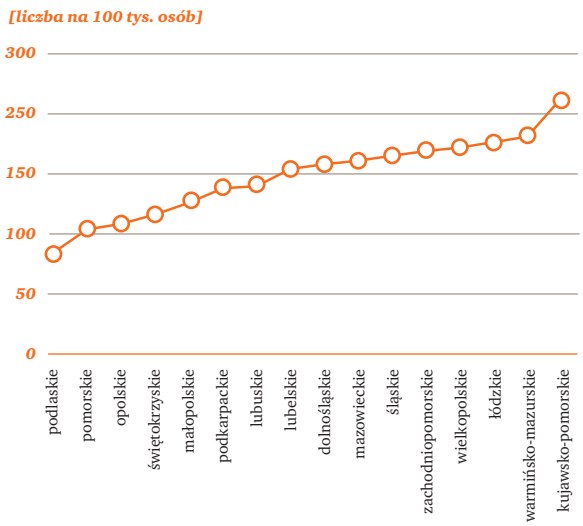
Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższe wskaźniki zachorowań na salmonellozy obserwowane były w województwie mazowieckim (ponad 35/100 tys.), najniższe zaś w województwach śląskim i dolnośląskim (ok. 11/100 tys). Średnia zapadalność dla Polski wynosiła 21,9/100 tys.

Uzasadnienie: Zatrucia pokarmowe to zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego spowodowane spożyciem żywności zawierającej żywe drobnoustroje lub ich toksyny. W zależności od czynnika sprawczego, wśród zatruć pokarmowych wyróżnia się zatrucia bakteryjne, wirusowe i grzybicze. Zatrucia bakteryjne mogą być spowodowane spożyciem żywych komórek bakteryjnych lub ich toksyn. W zależności od mechanizmu powstawania dzielą się na intoksykacje, infekcje i toksykoinfekcje. Infekcje to zatrucia pokarmowe, w których bakterie kolonizują komórki nabłonka jelitowego. Przykładem takiego zatrucia jest najpowszechniejsza w naszym kraju bakteryjna infekcja pokarmowa pałeczkami Salmonella. Toksykoinfekcje to zatrucia mieszane, których czynnikiem przyczynowym jest zarówno bakteryjna kolonizacja nabłonka jelitowego, jak i toksyny wydzielane do światła jelita. Do zakażenia salmonellą dochodzi zazwyczaj poprzez skażone odchodami zwierząt jedzenie lub wodę lub przez zjedzenie produktów pochodzących od chorych zwierząt (np. jaja, mięso czy mleko). Nosicielami bakterii mogą być również osoby mające związek z produkcją czy obróbką jedzenia albo pracujące w gastronomii. Objawy salmonellozy są podobne do występujących przy zatruciach pokarmowych spowodowanych innymi drobnoustrojami. Dolegliwości pojawiają się zwykle w ciągu 6-72 godz. od zjedzenia skażonego pokarmu. Początek choroby jest zwykle nagły. Pojawia się wodnista biegunka, tępe bóle brzucha, nudności i wymioty. Często występuje także gorączka z dreszczami, uczucie rozbicia oraz bóle głowy. Burzliwe objawy ustępują po ok. 2-3 dniach. Pełne wyleczenie zajmuje zwykle tydzień, jednak kał chorego jest zakaźny nawet przez kilka miesięcy.



7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Województwo	Wskaźnik [na 100 tys. w wieku produkcyjnym] (2013)	Miejsce	Punkty
podlaskie	80,2	1	5
pomorskie	107,9	2	5
opolskie	114,4	3	5
świętokrzyskie	125,6	4	5
małopolskie	139,6	5	5
podkarpackie	156,9	6	3
lubuskie	159,4	7	3
lubelskie	180,1	8	3
dolnośląskie	185,6	9	3
mazowieckie	189,8	10	3
śląskie	195,8	11	3
zachodniopomorskie	201,3	12	1
wielkopolskie	205,6	13	1
łódzkie	212,0	14	1
warmińsko-mazurskie	218,7	15	1
kujawsko-pomorskie	264,8	16	1



Sposób obliczania: Liczba orzeczeń pierwszorazowych 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 w populacji, 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 wyłącznie zależny od stanu zdrowia tej populacji, ale jest także wskaźnikiem trendów orzeczniczych i praktyk stosowania prawa.

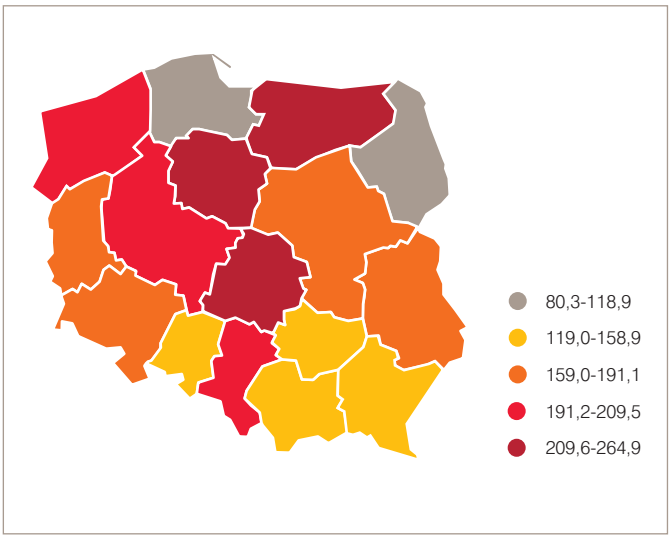
Pomimo jednolitego otoczenia prawnego panującego w Polsce, praktyka stosowania tych regulacji w poszczególnych województwach może się nieco różnić. Niemniej jednak można przyjąć, że z punktu widzenia społecznego bardziej pożądana jest sytuacja mniejszej liczby niepełnosprawnych, abstrahując od mechanizmu osiągania 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.

Uzasadnienie: Kategoria osób niepełnosprawnych jest niejednorodna. W sprawozdawczości występuje pojęcie niepełnosprawności prawnej oraz biologicznej. Niepełnosprawność biologiczna to pojęcie stosowane w badaniach GUS, które wiąże się z odczuwanym stanem niepełnej sprawności osoby – respondenta badania opinii. Niepełnosprawność prawna z kolei jest stanem formalnym, wynikającym z określonej procedury prowadzącej do orzeczenia statusu osoby orzeczonej jako osoby niepełnosprawnej, co zwykle wiąże się z uprawnieniami dla takiej osoby (np. renty).

Liczebność populacji osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 15 lat i więcej zmniejszała się w ciągu ostatnich lat. Od 2003 r. do 2013 r. zmniejszyła się z 2,5 mln osób do 1,9 mln osób, przy czym największy spadek odnotowano w 2009 r.

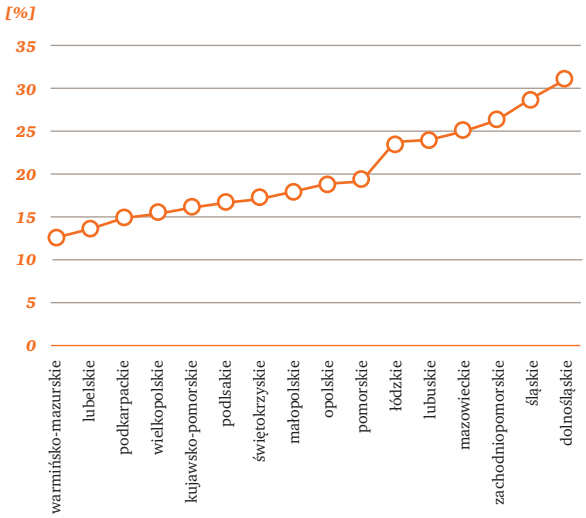
Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia 2009 wykonanego w populacji polskiej, najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowiły uszkodzenia i choroby narządów ruchu, schorzenia układu krążenia, schorzenia neurologiczne oraz uszkodzenia i choroby wzroku.



[2] *GUS BAEL – dane średnioroczne za poszczególne lata*

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

Województwo	Wskaźnik [%] (2011)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	12,5	1	5
lubelskie	13,5	2	5
podkarpackie	14,8	3	5
wielkopolskie	15,3	4	5
kujawsko-pomorskie	16,0	5	3
podlaskie	16,6	6	3
świętokrzyskie	17,0	7	3
małopolskie	17,9	8	3
opolskie	18,8	9	3
pomorskie	19,1	10	3
łódzkie	23,7	11	1
lubuskie	24,0	12	1
mazowieckie	25,0	13	1
zachodniopomorskie	26,3	14	1
śląskie	28,8	15	1
dolnośląskie	31,0	16	1



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.

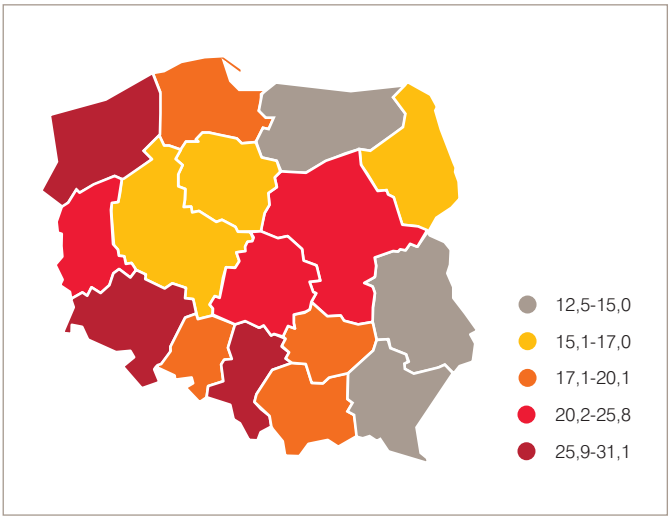
Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Interpretacja wskaźnika: Choć odpowiednio leczona niewydolność serca może być co prawda kontrolowana u większości pacjentów, pozostaje jednak stanem zagrażającym 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 na nawet na 70% przypadków, jest choroba wieńcowa, w szczególności przewlekła choroba niedokrwienna serca. Na 20% udziałów w rozwinięciu niewydolności serca wskazuje się nadciśnienie tętnicze. 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) i 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 serce może wpływać praktyka wypełniania kart zgonów, polegająca na tym, że w przypadku zgonów osób w zaawansowanym wieku, jeśli nieznane 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.

Uzasadnienie: Przewlekła niewydolność serca to postępujący zespół objawów wynikających ze zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Jego najczęstszą przyczyną jest choroba niedokrwienna serca, choć może też być powikłaniem nadciśnienia, kardiomiopatii czy zapalenia mięśnia sercowego. 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. Niewydolność serca dzieli się na lewo i/lub prawokomorową oraz na skurczową i rozkurczową. Niewydolność lewej komory powoduje zastój krwi w krążeniu płucnym i daje objawy z układu oddechowego – duszność, szczególnie przy wysiłku fizycznym i przy leżeniu, a niewydolność prawej komory serca powoduje zastój krwi w naczyniach żylnych. ▸

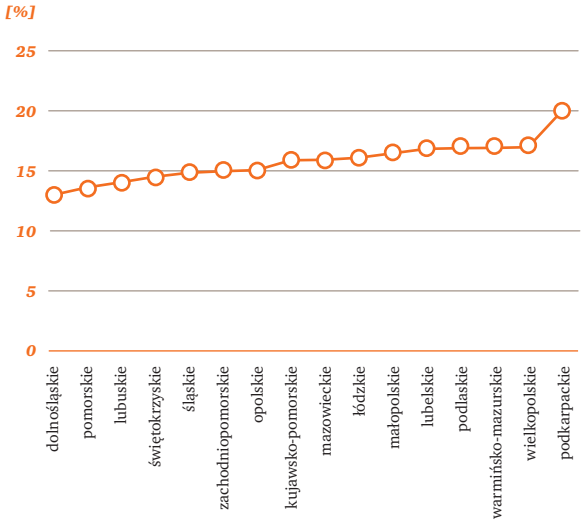


Gromadzenie się krwi w kończynach prowadzi do obrzęków, przede wszystkim w dolnej części nóg. Przewlekła niewydolność serca jest w krajach rozwiniętych pierwszą przyczyną hospitalizacji po 65. roku życia.

Im wyższa liczba zgonów oraz im mniej hospitalizacji w populacji chorujących na niewydolność serca i chorobę niedokrwienną serca, tym wyższy wskaźnik. Wyższy wskaźnik może zatem z jednej strony pokazywać gorszy stan zdrowia populacji województwa w tym zakresie, a jednocześnie gorszy dostęp do opieki szpitalnej wśród osób zagrożonych

9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków

Województwo	Wskaźnik [%] (2011)	Miejsce	Punkty
dolnośląskie	13,0	1	5
pomorskie	13,6	2	5
lubuskie	14,0	3	5
świętokrzyskie	14,5	4	5
śląskie	14,8	5	5
zachodniopomorskie	14,9	6	5
opolskie	15,0	7	3
kujawsko-pomorskie	15,8	8	3
mazowieckie	15,9	9	3
łódzkie	16,1	10	3
małopolskie	16,4	11	3
lubelskie	16,9	12	3
podlaskie	16,9	13	3
warmińsko-mazurskie	16,9	14	3
wielkopolskie	16,9	15	3
podkarpackie	20,0	16	1



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

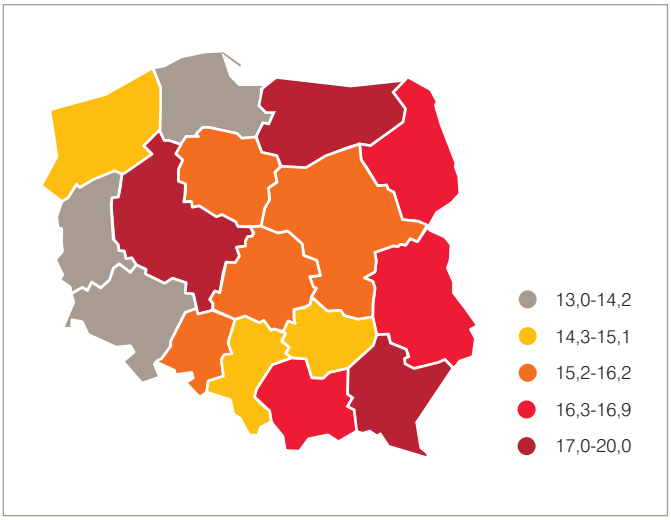
Dane za okres: 2011 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: W przypadku prawidłowo prowadzonej i wyrównanej cukrzycy pacjenci powinni rzadko być hospitalizowani, 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 za opiekę w trybie ambulatoryjnym – jest nieefektywne, a często także nieskuteczne, ze względu na odmienne zachowania (dietę, 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 wartość 20%. Najniższą wartość wskaźnika obserwuje się w województwach dolnośląskim i pomorskim gdzie odsetek ten nie przekracza 14%.

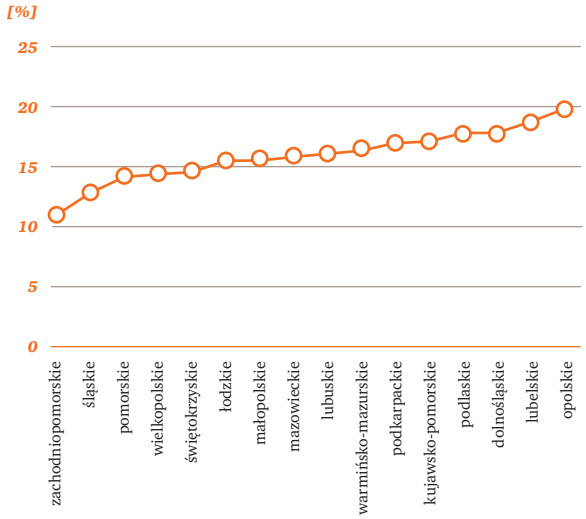
Uzasadnienie: Według danych IDF (*International Diabetes Federation*) w Polsce na cukrzyce cierpi 5,6% populacji[3]. Uznaje się, że 30-40% chorych na cukrzycę żyje z nierozpoznaną chorobą, co oznacza, że faktycznie choruje ok. 9% populacji. W 95% przypadków jest to cukrzyca typu 2. Prawdopodobnie przynajmniej połowa chorych na cukrzycę typu 2 nie jest zdiagnozowana. W ostatnich latach liczba zachorowań istotnie wzrasta, zwłaszcza w krajach rozwijających się, coraz częściej wykrywa się też ten typ cukrzycy u dzieci. Czynnikiem sprzyjającym pojawieniu się cukrzycy jest dieta bogata w tłuszcze i węglowodany. Cukrzyca typu 1 występuje najczęściej w Ameryce Północnej (u 1 osoby na 400) i Europie (u 1 osoby na 500). W Polsce, według różnych szacunków, żyje 100-200 tys. osób z cukrzycą typu 1, a insuliną leczy się ok. 500 tys. osób. W 2009 r., w porównaniu z ogólną liczbą hospitalizacji w Polsce, odsetek pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych z powodu cukrzycy wyniósł 1,15% i był wyższy niż w 2005 r. (1,01%) i 2007 r. (1,04%). Wśród pacjentów polskich szpitali (dane PZH) ok. 56% stanowiły osoby, u których zdiagnozowano cukrzycę typu 2 i w 42% cukrzycę typu 1 (w pozostałych nie określono typu).



[3] *International Diabetes Federation; IDF Diabetes Atlas, Sixth Edition, 2013*

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

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	11,1	1	5
śląskie	12,8	2	5
pomorskie	14,1	3	3
wielkopolskie	14,3	4	3
świętokrzyskie	14,5	5	3
łódzkie	15,4	6	3
małopolskie	15,4	7	3
mazowieckie	15,7	8	3
lubuskie	15,9	9	3
warmińsko-mazurskie	16,2	10	3
podkarpackie	16,8	11	1
kujawsko-pomorskie	16,9	12	1
podlaskie	17,6	13	1
dolnośląskie	17,6	14	1
lubelskie	18,5	15	1
opolskie	19,5	16	1



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

Dane za okres: 2012 r.

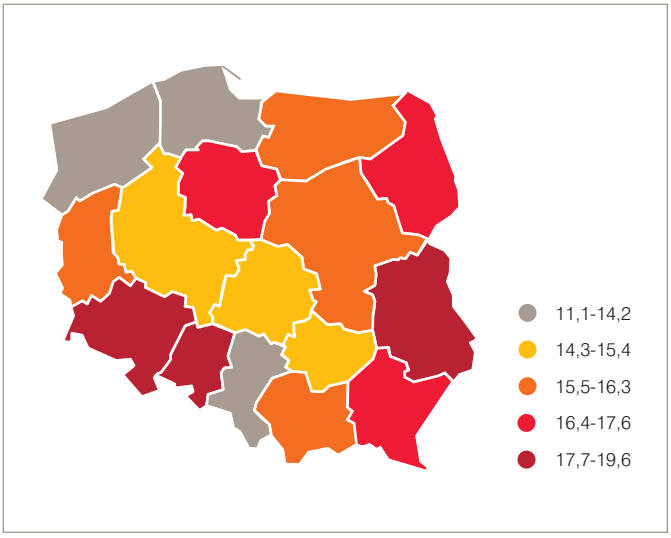
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

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 jako zastępstwo za opiekę 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 na relatywne 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%).

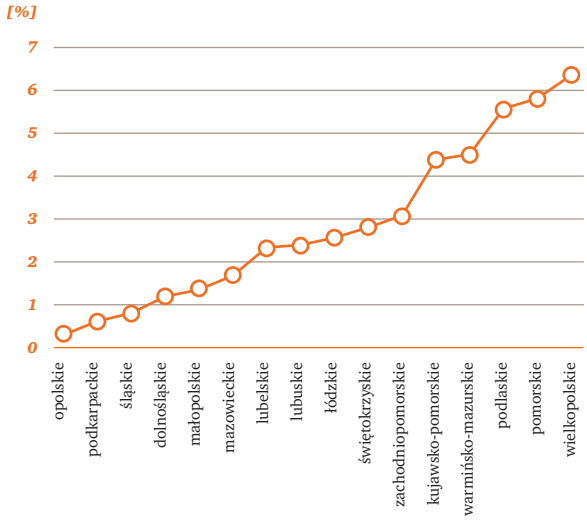
Uzasadnienie: Do kategorii przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych zalicza się: przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, rozstrzenia oskrzeli, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i astmę oskrzelową. W Polsce POChP jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych jednostek chorobowych – dotyka bezpośrednio ok. 10% populacji[4]. Zaostrzenia występują u dużego odsetka chorych na POChP, częściej u pacjentów z ciężką i bardzo ciężką postacią choroby. Zaostrzenia o cięższym przebiegu wymagają zwykle hospitalizacji. Ponadto, chorzy na POChP są często przyjmowani do szpitala z powodu zaostrzeń w przebiegu chorób współistniejących, np. choroby wieńcowej.



[4] *Zieliński J.; POChP – choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie; Pneumonol. Alergol. Pol. 2007; 75: 2-4*

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

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
opolskie	0,2	1	5
podkarpackie	0,5	2	5
śląskie	0,7	3	5
dolnośląskie	1,1	4	5
małopolskie	1,2	5	5
mazowieckie	1,5	6	5
lubelskie	2,2	7	3
lubuskie	2,3	8	3
łódzkie	2,4	9	3
świętokrzyskie	2,7	10	3
zachodniopomorskie	3,0	11	3
kujawsko-pomorskie	4,3	12	1
warmińsko-mazurskie	4,4	13	1
podlaskie	5,5	14	1
pomorskie	5,7	15	1
wielkopolskie	6,3	16	1



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.

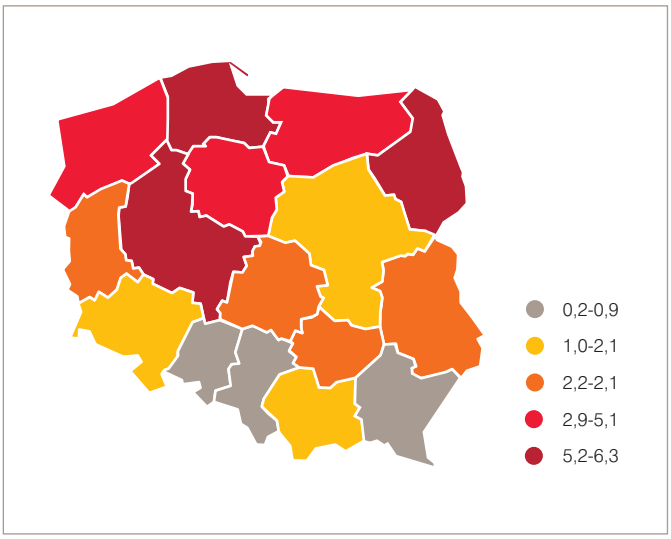
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

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 uznać zatem, że skuteczniejsza opieka na poziomie ambulatoryjnym, zapewniająca stabilność pacjenta, powoduje rzadsze hospitalizacje. Hospitalizacja w populacji osób leczonych z powodu niewydolności serca może być zatem 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% udziałów w rozwinięciu niewydolności serca wskazuje się nadciśnienie tętnicze. 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.

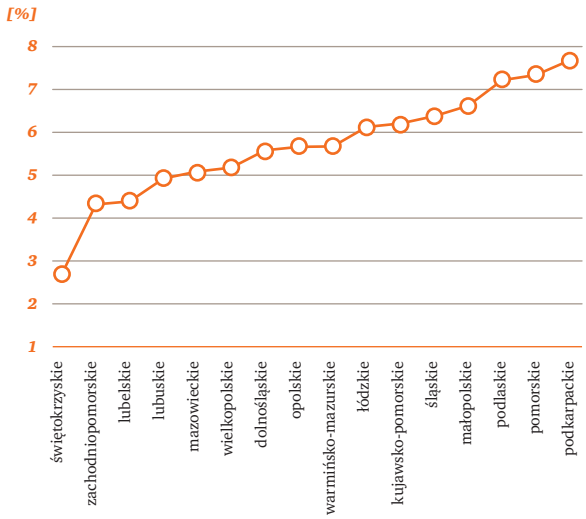
Aktualne wyniki: W 2012 r. najwyższą wartość wskaźnika zanotowano w województwach wielkopolskim, pomorskim oraz podlaskim(ponad 5%). Najniższe odsetki zaobserwowano natomiast w województwach opolskim, podkarpackim oraz śląskim (poniżej 1%).

Uzasadnienie: Przewlekła niewydolność serca to postępujący zespół objawów wynikających ze zmniejszenia pojemności wyrzutowej serca. Jego najczęstszą przyczyną jest choroba niedokrwienna serca, choć może też być powikłaniem nadciśnienia, kardiomiopatii czy zapalenia mięśnia sercowego. Niewydolność serca dzieli się na lewo- i/lub prawokomorową oraz na skurczową i rozkurczową. Niewydolność lewej komory powoduje zastój krwi w krążeniu płucnym i daje objawy z układu oddechowego – duszność, szczególnie przy wysiłku fizycznym i przy leżeniu. Niewydolność prawej komory serca skutkuje zastojem krwi w naczyniach żylnych. Gromadzenie się krwi w kończynach prowadzi do obrzęków, przede wszystkim w dolnej części nóg. Przewlekła niewydolność serca jest w krajach rozwiniętych pierwszą przyczyną hospitalizacji po 65. roku życia. Odpowiednio leczona u większości pacjentów może być kontrolowana, wciąż jest jednak stanem zagrażającym życiu, z roczną śmiertelnością rzędu 10%. Ostra niewydolność serca jest klinicznie zespołem, który często występuje wskutek dekompensacji przewlekłej niewydolności serca.



12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

Województwo	Wskaźnik [%] (2012)	Miejsce	Punkty
świętokrzyskie	2,7	1	5
zachodniopomorskie	4,3	2	3
lubelskie	4,4	3	3
lubuskie	4,9	4	3
mazowieckie	5,1	5	3
wielkopolskie	5,2	6	3
dolnośląskie	5,6	7	3
opolskie	5,7	8	3
warmińsko-mazurskie	5,7	9	3
łódzkie	6,1	10	1
kujawsko-pomorskie	6,2	11	1
śląskie	6,4	12	1
małopolskie	6,6	13	1
podlaskie	7,2	14	1
pomorskie	7,3	15	1
podkarpackie	7,7	16	1



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

Dane za okres: 2012 r.

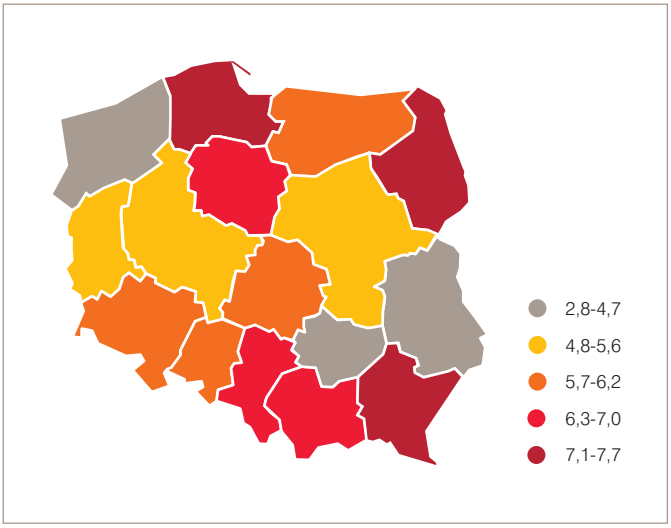
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

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 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 objętych 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.

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%.

Uzasadnienie: W 2010 r. przyjęto rozporządzenie Rady Ministrów wprowadzające Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. W uzasadnieniu tego programu zapisano, że nowoczesny model opieki psychiatrycznej powinien bazować silnie na opiece środowiskowej, ambulatoryjnej, tylko w absolutnie koniecznych przypadkach odwołując się do opieki stacjonarnej. W treści uzasadnienia do rozporządzenia stwierdza się, że od 1990 r. wskaźniki wszystkich zaburzeń psychicznych obserwowane w Polsce bardzo szybko wzrastały (ponad dwukrotny wzrost wskaźnika w opiece ambulatoryjnej i 50-procentowy w stacjonarnej), co przypisano zmianom ustrojowym kraju, które wymagały szybkiego dostosowania się do nowych warunków, i związanemu z tym stresowi. Pewien wpływ na liczbę odnotowanych przypadków zaburzeń psychicznych mogła mieć także lepsza dostępność do opieki psychiatrycznej i zmniejszenie stygmatyzacji związanej z leczeniem tego typu. Obserwowano sukcesywny wzrost zarówno zapadalności, jak i rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zwłaszcza w najmłodszych grupach wieku. Stwierdzono wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń rozwojowych i zaburzeń emocji wśród dzieci, co należy przypisać wzrostowi świadomości rodziców. W latach 1990-2000 w opiece ambulatoryjnej nie zanotowano znaczących zmian w liczbie placówek.

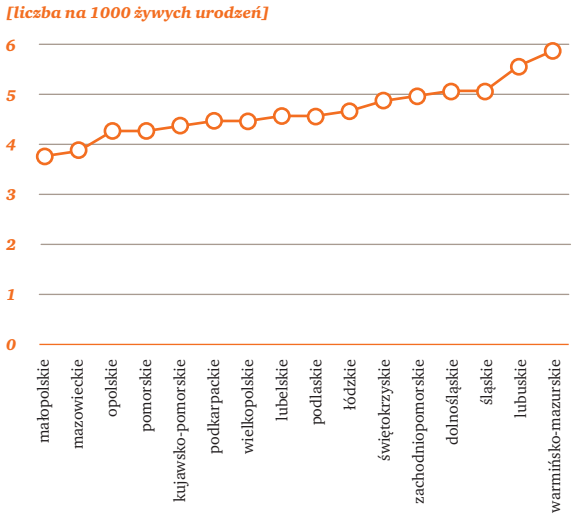


Po 2000 r. nastąpił ponad dwukrotny wzrost (z 491 do 1218) liczby poradni zdrowia psychicznego, co znacząco poprawiło terytorialną dostępność tej formy opieki. Po 1990 r. nastąpiła redukcja szpitalnej bazy w szpitalach psychiatrycznych do ok. 13 tys. łóżek, a średni roczny czas leczenia skrócił się z 66 dni w 1990 r. do 35 dni w 2007 r. Obecnie nadal 60% lecznictwa stacjonarnego zlokalizowane jest w 54 szpitalach psychiatrycznych (łącznie z regionalnymi ośrodkami psychiatrii sądowej).

Zmniejszaniu liczby szpitali psychiatrycznych towarzyszył pożądany, ale zbyt powolny proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w strukturach zakładów niepsychiatrycznych, głównie szpitali ogólnych. Także dynamiczny wzrost liczby ośrodków dziennych oraz placówek ambulatoryjnych jest dobrą tendencją. Za rozwojem odpowiedniej infrastruktury powinna jeszcze podążać zmiana praktyki terapii psychiatrycznej, co jest jednak procesem dość powolnym i nierównomiernym w skali kraju.

13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Województwo	Wskaźnik (2013) [na 1000 żywych urodzeń]	Miejsce	Punkty
małopolskie	3,8	1	5
mazowieckie	3,9	2	5
opolskie	4,3	3	3
pomorskie	4,3	3	3
kujawsko-pomorskie	4,4	5	3
podkarpackie	4,5	6	3
wielkopolskie	4,5	6	3
lubelskie	4,6	8	3
podlaskie	4,6	8	3
łódzkie	4,7	10	3
świętokrzyskie	4,9	11	3
zachodniopomorskie	5,0	12	3
dolnośląskie	5,1	13	3
śląskie	5,1	13	3
lubuskie	5,6	15	1
warmińsko-mazurskie	5,9	16	1



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

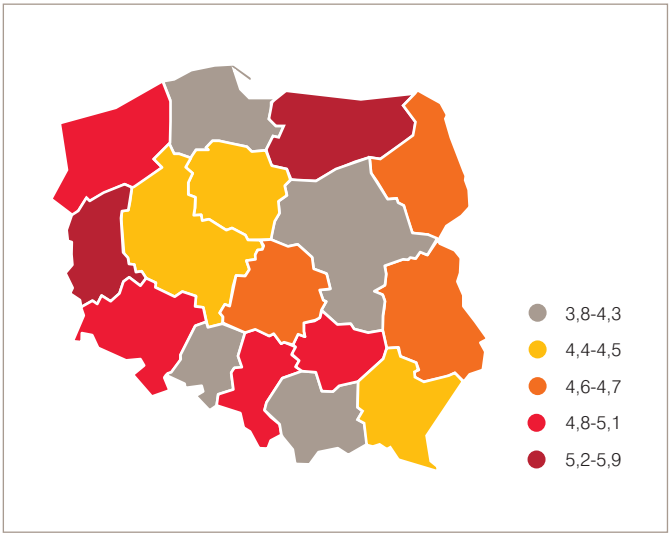
Dane za okres: 2013 r.

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 wpływającym 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 występowały w woj. warmińsko-mazurskim(5,9 zgonów/1000 żywych urodzeń) oraz lubuskim (5,6 zgonów/1000 żywych urodzeń), najniższe zaś w woj. małopolskim(3,8 zgonów/1000 żywych urodzeń) oraz mazowieckim (3,9 zgonów/1000 żywych urodzeń).

Uzasadnienie: Współczynnik zgonów niemowląt oblicza się jako stosunek zgonów dzieci poniżej 1. Roku życia w danym roku do liczby żywych urodzeń zarejestrowanych w ciągu tego roku. Współczynnik otrzymany w ten sposób jest stopą okresową. Oblicza się ją zazwyczaj na 1000 (w rozumieniu: na 1000 żywych urodzeń). Głównymi przyczynami umieralności niemowląt są patologie okresu okołoporodowego (51% ogólnej liczby zgonów noworodków) i wady rozwojowe (31% ogólnej liczby zgonów noworodków). Inne często występujące przyczyny to choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby układu oddechowego oraz zewnętrzne przyczyny zgonów. Do stanów mających największy wpływ na umieralność niemowląt należą zbyt krótki czas trwania ciąży i niedotlenienie wewnątrzmaciczne. Oba te stany często zależą od stanu zdrowia i higieny życia matki w czasie ciąży. Najczęściej występującymi wadami są wrodzone wady serca. W Polsce Instytut Matki i Dziecka prowadzi systematyczną analizę umieralności okołoporodowej. Analiza ta wskazuje, że umieralność okołoporodowa lub martwe urodzenia noworodków są ściśle związane z bardzo niską lub niską masą urodzeniową noworodka.

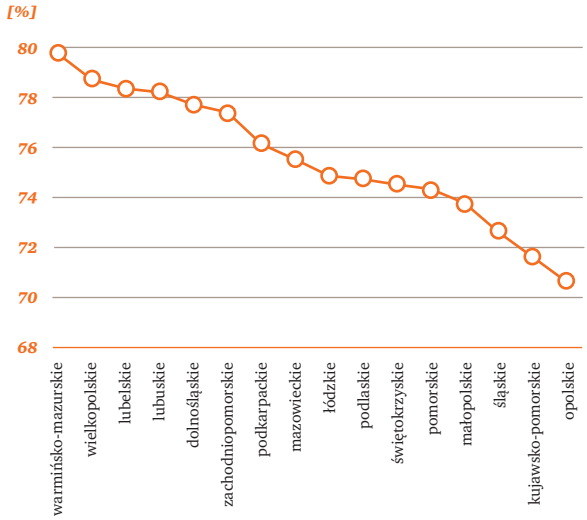


Dokonywane okresowo analizy umieralności okołoporodowej w Polsce wskazują na zróżnicowanie poziomu współczynników zarówno w czasie, jak i terytorialnie. Wieloletni wysiłek różnych instytucji wkładany w organizację opieki perinatalnej w Polsce przyczynił się do spadku umieralności niemowląt. W 1950 r. umieralność niemowląt w Polsce wynosiła 112,2‰, w 1989 r. – 18,5‰, natomiast w 2005 r. – 6,8‰.

Mimo tego spadku, umieralność niemowląt w Polsce jest nadal wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. W 1999 r. najwyższy wskaźnik umieralności okołoporodowej stwierdzono w woj. dolnośląskim (13,7‰), najniższy w woj. warmińsko-mazurskim (7,9‰). W 2005 r. najwyższy wskaźnik umieralności okołoporodowej zanotowano w woj. dolnośląskim (9,32‰), najniższy w woj. opolskim (5,75‰).

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

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	79,2	1	5
wielkopolskie	78,2	2	5
lubelskie	77,8	3	5
lubuskie	77,7	4	5
dolnośląskie	77,2	5	5
zachodniopomorskie	76,9	6	5
podkarpackie	75,7	7	3
mazowieckie	75,2	8	3
łódzkie	74,5	9	3
podlaskie	74,4	10	3
świętokrzyskie	74,2	11	3
pomorskie	74,0	12	3
małopolskie	73,5	13	1
śląskie	72,4	14	1
kujawsko-pomorskie	71,5	15	1
opolskie	70,5	16	1



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

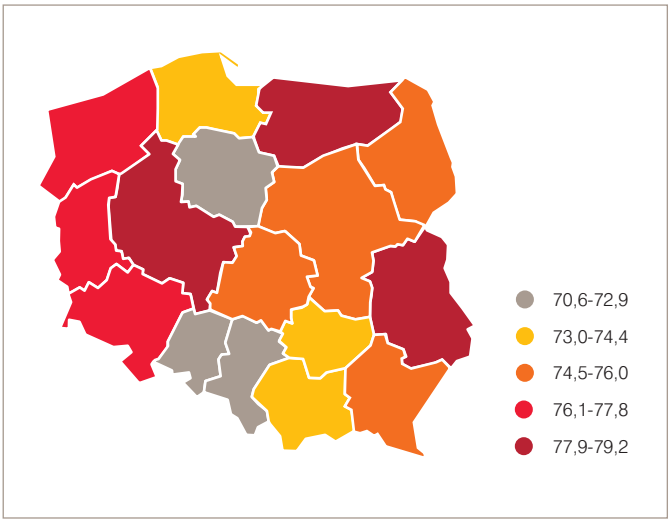
Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik może świadczyć o następujących czynnikach:

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 woj. opolskim (71%), a najwyższy w woj. warmińsko-mazurskim (79%).

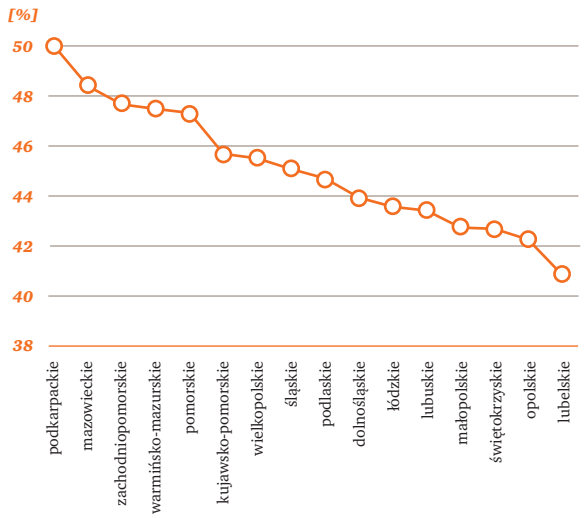
Uzasadnienie: Wskaźnik wykorzystany w niniejszym Indeksie nie jest tożsamy ze wskaźnikiem przeżyć 5-letnich publikowanym przez Krajowy Rejestr Nowotworów oraz stosowanym w porównaniach międzynarodowych, dlatego nazwano go nieco odmiennie – jako odsetek osób żyjących po 5 latach od rozpoczęcia terapii.

Odsetek osób przeżywających 5 lat dotyczy populacji chorych, u których nowotwór rozpoznano w 2008 r. i które przeżyły do 2013 r., zatem jest to miernik najbardziej aktualny w chwili opracowywania niniejszego materiału. Wskaźnik użyty w analizie nie został skorygowany o różnice wieku populacji tych województw. Nie zróżnicowano także postaci raka piersi i stadiów klinicznych u leczonych chorych. Nieuwzględnienie tych zmiennych w pewnym stopniu mogło wpłynąć na wynik, w tym na względną pozycję poszczególnych województw wobec siebie. Skala tego wpływu i jego kierunek nie są znane. W literaturze przedmiotu wskazuje się różne czynniki, które wpływają na różnice w długości przeżycia osób z rakiem piersi. Najczęściej wymienia się: wiek rozpoznania, status socjoekonomiczny chorych oraz dobór terapii. Niektóre brytyjskie doniesienia wskazują na silny związek długości przeżycia z doświadczeniem operującego chirurga.



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

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
podkarpackie	49,9	1	5
mazowieckie	48,3	2	5
zachodniopomorskie	47,5	3	5
warmińsko-mazurskie	47,4	4	5
pomorskie	47,2	5	5
kujawsko-pomorskie	45,6	6	3
wielkopolskie	45,4	7	3
śląskie	44,9	8	3
podlaskie	44,6	9	3
dolnośląskie	43,8	10	3
łódzkie	43,4	11	3
lubuskie	43,3	12	3
małopolskie	42,6	13	3
świętokrzyskie	42,6	14	1
opolskie	42,1	15	1
lubelskie	40,7	16	1



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.

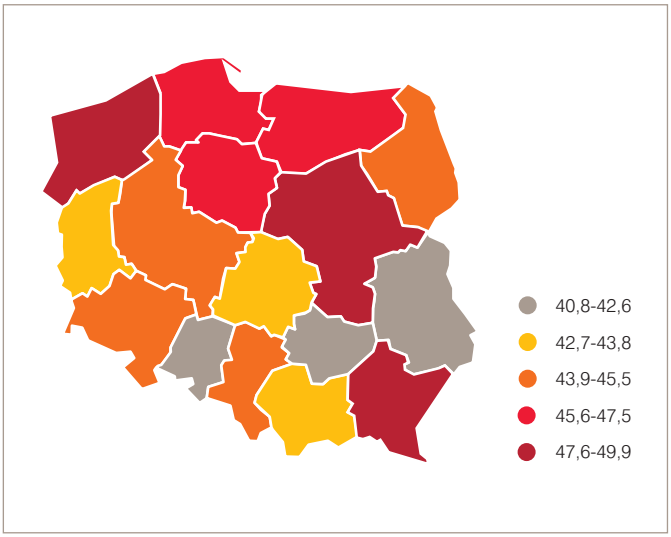
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w terapii nowotworów jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik 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.

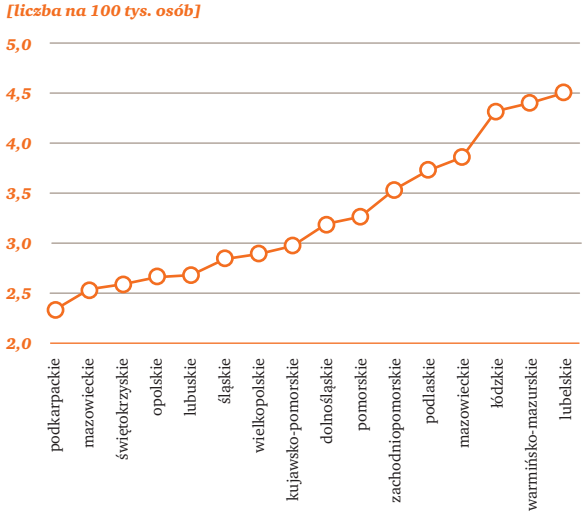
Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że w 2008 r. odsetek 5-letnich przeżyć był najniższy w woj. lubelskim (41%), a najwyższy w woj. podkarpackim (50%).

Uzasadnienie: Wskaźnik wykorzystany w niniejszym Indeksie nie jest tożsamy ze wskaźnikiem przeżyć 5-letnich publikowanym przez Krajowy Rejestr Nowotworów oraz stosowanym w porównaniach międzynarodowych, dlatego nazwano go nieco odmiennie – jako odsetek osób żyjących po 5 latach od rozpoczęcia terapii. Odsetek osób przeżywających 5 lat dotyczy populacji chorych, u których nowotwór rozpoznano w 2008 r. i które przeżyły do 2013 r., zatem jest to miernik najbardziej aktualny w chwili opracowywania niniejszego materiału. Wskaźnik użyty w analizie nie został skorygowany o różnice wieku populacji tych województw. Nie zróżnicowano także postaci raka jelita grubego i stadiów klinicznych u leczonych chorych. Nieuwzględnienie tych zmiennych w pewnym stopniu mogło wpłynąć na wynik, w tym na względną pozycję poszczególnych województw wobec siebie.
Skala tego wpływu i jego kierunek nie są znane. W literaturze przedmiotu wskazuje się na różne czynniki, które wpływają na różnice w długości przeżycia osób z rakiem jelita grubego. Najczęściej wymienia się: wiek rozpoznania, status socjoekonomiczny chorych oraz dobór terapii, w tym doświadczenie operującego chirurga.



16. Zgony do uniknięcia w POChP

Województwo	Wskaźnik [na 100 tys.] (2011)	Miejsce	Punkty
podkarpackie	2,3	1	5
małopolskie	2,5	2	5
świętokrzyskie	2,5	3	5
opolskie	2,6	4	5
lubuskie	2,6	5	5
śląskie	2,8	6	5
wielkopolskie	2,8	7	5
kujawsko-pomorskie	2,9	8	5
dolnośląskie	3,1	9	3
pomorskie	3,2	10	3
zachodniopomorskie	3,5	11	3
podlaskie	3,7	12	3
mazowieckie	3,8	13	3
łódzkie	4,3	14	1
warmińsko-mazurskie	4,3	15	1
lubelskie	4,4	16	1



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

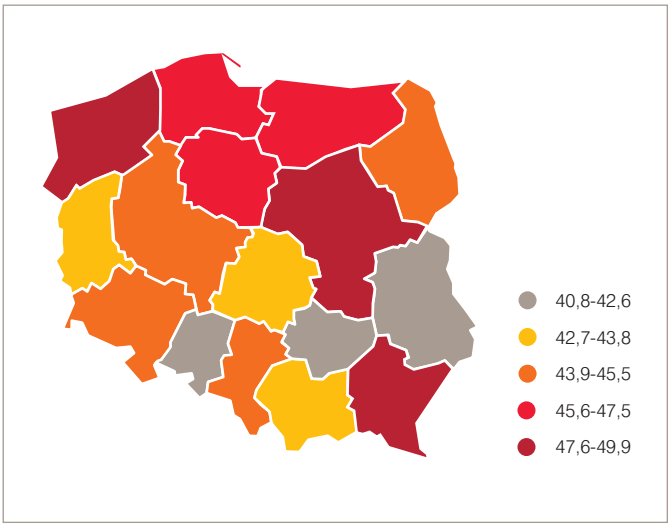
Dane za okres: 2011 r.

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 zaostrzeń, 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).

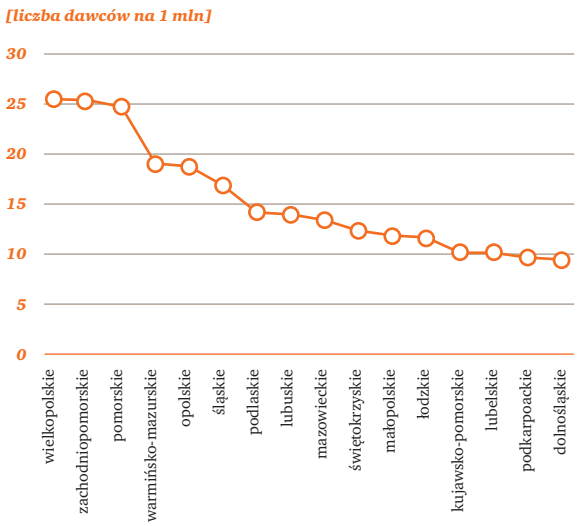
Aktualne wyniki: W 2011 r. najwyższe wartości wskaźnika zgonów do uniknięcia z powodu POChP występowały w województwach lubelskim, warmińsko-mazurskim i łódzkim (pow. 4/100 tys.), najniższe zaś w województwie podkarpackim (2,3/100tys.)

Uzasadnienie: Pojęcie „zgony do uniknięcia" oznacza umowną kategorię zgonów tzw. przedwczesnych, z powodu chorób co do zasady uleczalnych. Jest to zatem umieralność, której – w danym przedziale wieku – można zapobiec poprzez skuteczne działania obejmujące promocję zdrowia, profilaktykę, a także właściwe postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne. „Zgony do uniknięcia" stanowią kompleksowy miernik skuteczności systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do kontroli zachorowalności i śmiertelności w wybranych grupach chorób, w wymiarze populacyjnym. Klasyczna cezura czasowa stosowana do zdefiniowania zgonów do uniknięcia to 65 lat. Wniektórych krajach (np. skandynawskich) przyjmuje się wyższe pułapy wieku, co wynika z dłuższej spodziewanej długości życia w tych krajach. Także OECD w ostatnich publikacjach (nt. *amendable death*) proponuje granicę 70 lat. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jedna z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Co roku z powodu tego schorzenia umiera ok. 3 mln osób, w samej Polsce ok. 14 tys. osób. Choroba ta charakteryzuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Jest to swoiste połączenie zmian patologicznych typowych dla przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Chory na POChP odczuwa duszność, która początkowo pojawia się podczas wysiłku, z czasem nasila się i staje się dolegliwością występującą w spoczynku. Inne objawy, które mogą towarzyszyć rozwojowi choroby, to świszczący oddech, uczucie ucisku w klatce piersiowej i przewlekły kaszel ze skąpym wykrztuszaniem plwociny. Rozpoznanie ustala się na podstawie badania spirometrycznego. Leczenie ma charakter objawowy. Jest to choroba nieuleczalna, a działania lekarskie mają na celu spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta. Główną przyczyną stanu zapalnego w płucach i oskrzelach jest palenie papierosów – 80-90% chorych na POChP to aktywni lub bierni palacze. Inne czynniki ryzyka, takie jak szkodliwe działanie pyłów przemysłowych i gazów (np. związane z ekspozycją zawodową), mają w Polsce mniejsze znaczenie. W Polsce POChP to jedna z najczęściej występujących przewlekłych jednostek chorobowych – dotyka bezpośrednio ok. 15% populacji. Zaostrzenia występują u dużego odsetka chorych, częściej u pacjentów z ciężką i bardzo ciężką postacią POChP.



17. Liczba pobrań narządów od zmarłych

Województwo	Wskaźnik [dawców/1 mln] (2013)	Miejsce	Punkty
wielkopolskie	26,0	1	5
zachodniopomorskie	25,9	2	5
pomorskie	25,2	3	5
warmińsko-mazurskie	19,3	4	3
opolskie	19,0	5	3
śląskie	17,0	6	3
podlaskie	14,2	7	3
lubuskie	14,0	8	3
mazowieckie	13,4	9	3
świętokrzyskie	12,3	10	3
małopolskie	11,8	11	3
łódzkie	11,6	12	3
kujawsko-pomorskie	10,0	13	3
lubelskie	10,0	13	3
podkarpackie	9,5	15	1
dolnośląskie	9,3	16	1



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

Dane za okres: 2013 r.

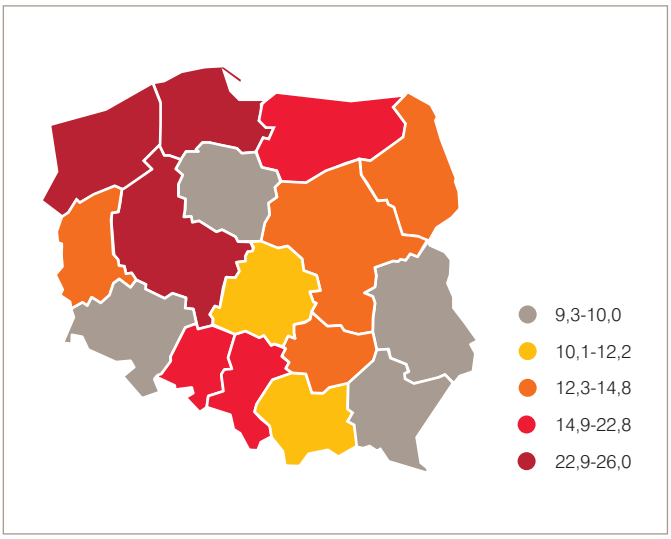
Źródło danych: Poltransplant

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 Zachodniopomorskiem, 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, jaki poszczególne województwa i ich społeczności wkładają 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 mieszkańcow), najwięcej zaś w województwach pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim (powyżej 25/1 mln mieszkańców).

Uzasadnienie: Transplantologia jest dziedziną bardzo wymagającą zarówno z profesjonalnego, jak i etycznego punktu widzenia. Od wielu lat transplantacje są silnie wspierane przez władze państwowe oraz odpowiednie instytucje (*Poltransplant*),m.in. poprzez dobre finansowanie, kampanie uświadamiające i regulacje prawne. W dalszym ciągu jednak w niektórych środowiskach, profesjonalnych i społecznych, pojawiają się mieszane opinie co do idei i praktyki transplantologii.

Dopóki nauka nie pozwoli na wytwarzanie sztucznych organów o podobnej sprawności do biologicznych, transplantacja organów będzie jedyną nadzieją dla wielu osób. Największym problemem transplantologii jest niewystarczająca liczba organów do przeszczepienia. W poszczególnych krajach UE obserwuje się znaczne różnice w liczbie dawców (na 1 mln mieszkańców): od 35,3 w Hiszpanii, 21,7 we Francji, 15,4 w Polsce, 21 w Wielkiej Brytanii, do 5,6 – w Grecji i tylko 2,9 w Bułgarii[5]. Dla powodzenia systemu pobierania i przeszczepiania organów konieczne są m.in.: skuteczność w typowaniu potencjalnych dawców organów, szybkość i sprawność w pobieraniu narządów, odpowiedni system organizacji transportu i przeszczepiania oraz odpowiednie leczenie immunosupresyjne, zapobieganie powikłaniom i ich leczenie. Zdaniem prof. Wojciecha Rowińskiego (rynekzdrowia.pl 31-03-2013), liczba przeszczepień w Polsce może dawać powody do satysfakcji, natomiast liczba pobrań narządów już niekoniecznie.

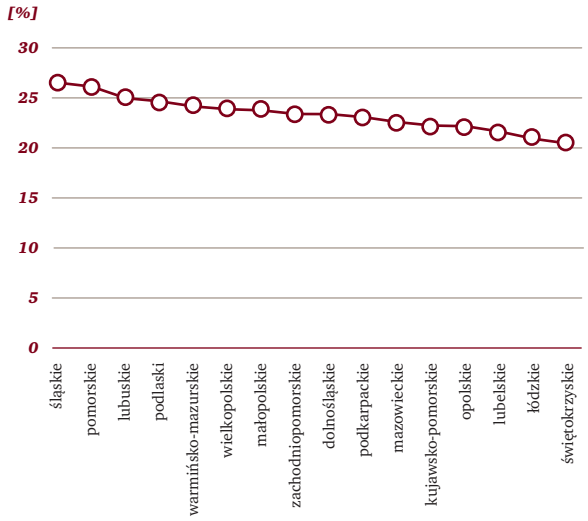


[5] *European Commission; Journalist Workshop on Organ donation and transplantation; Recent Facts & Figures 26 November 2014; Brussels*

Wyniki przeszczepiania są na poziomie światowym, natomiast problemem jest zbyt mała w stosunku do potrzeb liczba dostępnych narządów. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020 zakłada, że w porównaniu z 2009 r. liczba przeszczepów od zmarłych dawców ma wzrosnąć o 100%, liczba potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku o 300%, nerek od żywego dawcy o co najmniej 500%. Głównym celem programu jest zwiększenie aktywności w zakresie pobierania narządów od zmarłych poprzez zaangażowanie lokalnych władz administracji państwowej i samorządowej, jak wojewodowie, marszałkowie, starostowie, miejscowych uczelni medycznych, okręgowych izb lekarskich oraz wykorzystanie szpitalnych koordynatorów transplantacyjnych. Konieczny jest współudział kapelanów szpitalnych, ponieważ są najbliżej człowieka umierającego i jego rodziny. Bardzo przydatny jest współudział organów założycielskich szpitali, które mogą zwracać uwagę dyrektorom, że dbałość o pobieranie narządów od zmarłych jest jednym z ich zadań w realizacji potrzeb zdrowotnych miejscowej społeczności. Nie ma bowiem przeszczepiania narządów bez ich pobrania od dawcy zmarłego lub żywego.

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

Województwo	Wskaźnik [%] (2014)	Miejsce	Punkty
śląskie	26,5	1	5
pomorskie	26,1	2	5
lubuskie	24,9	3	3
podlaskie	24,6	4	3
warmińsko-mazurskie	24,1	5	3
wielkopolskie	23,8	6	3
małopolskie	23,7	7	3
zachodniopomorskie	23,3	8	3
dolnośląskie	23,3	9	3
podkarpackie	23,0	10	3
mazowieckie	22,4	11	1
kujawsko-pomorskie	22,1	12	1
opolskie	22,0	13	1
lubelskie	21,5	14	1
łódzkie	20,7	15	1
świętokrzyskie	20,2	16	1



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.

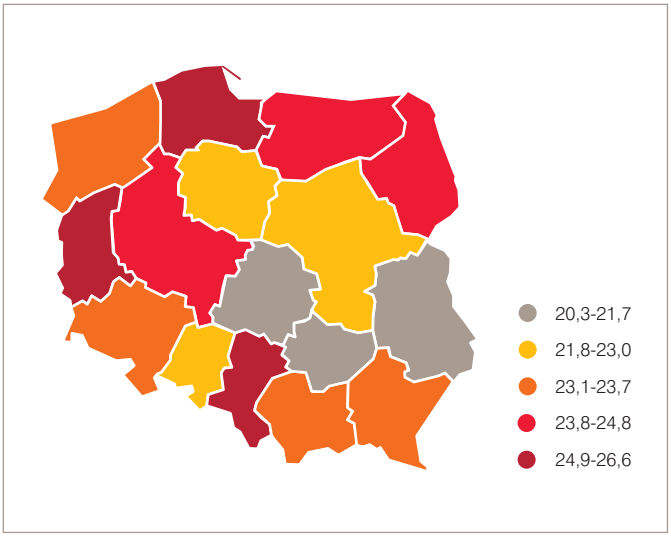
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że proporcje wydatków na opiekę pozaszpitalną w stosunku do szpitalnej 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, pomorskim (ponad 26%).

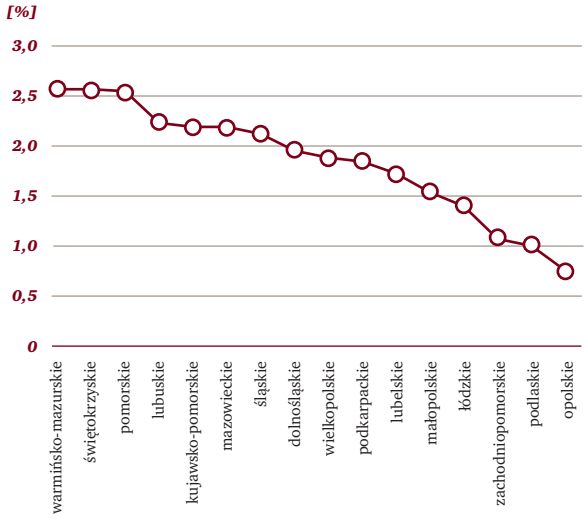
Uzasadnienie: Opieka pozaszpitalna jest promowana jako alternatywa dla lecznictwa szpitalnego od kilkudziesięciu lat. Powodem promocji opieki pozaszpitalnej są w szczególności: niższe koszty usług dostarczonych w opiece pozaszpitalnej wobec szpitalnej, mniejsze narażenie na zakażenia szpitalne i inne zagrożenia związane z pobytem w szpitalu, podtrzymanie i promowanie samodzielności i mobilności pacjentów.

W wielu przypadkach opieka szpitalna jest konieczna i stosowanie w jej zastępstwie opieki pozaszpitalnej byłoby błędem i niepotrzebną uciążliwością. Często jednak stosowanie opieki szpitalnej jest skutkiem wyższej opłacalności takiego trybu leczenia dla dostawców usług, swego rodzaju „wygodnictwa" personelu medycznego („mamy pacjenta pod ręką") oraz braków po stronie organizacji i rozwoju opieki pozaszpitalnej. W dłuższej perspektywie przesunięcie opieki w kierunku opieki pozaszpitalnej w Polsce będzie musiało nastąpić, a tempo tego przesuwania można mierzyć proporcją wydatków, jakie kierowane są w stronę opieki pozaszpitalnej w stosunku do opieki szpitalnej w poszczególnych województwach.



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

Województwo	Wskaźnik [%] (2014)	Miejsce	Punkty
warmińsko-mazurskie	2,5	1	5
świętokrzyskie	2,5	2	5
pomorskie	2,5	3	5
lubuskie	2,2	4	3
kujawsko-pomorskie	2,1	5	3
mazowieckie	2,1	6	3
śląskie	2,1	7	3
dolnośląskie	1,9	8	3
wielkopolskie	1,8	9	3
podkarpackie	1,8	10	1
lubelskie	1,7	11	3
małopolskie	1,5	12	3
łódzkie	1,3	13	3
zachodniopomorskie	1,0	14	1
podlaskie	0,9	15	1
opolskie	0,7	16	1

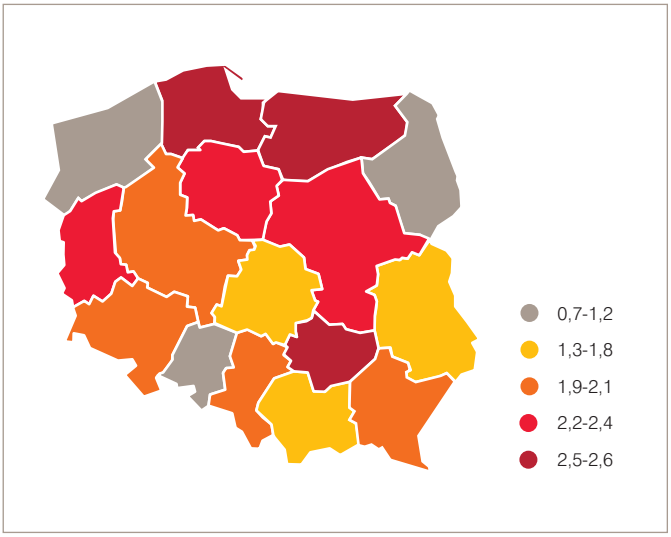


Sposób obliczania: Odsetek wydatków na świadczenia jednodniowe w całkowitych wydatkach na leczenie szpitalne.

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.

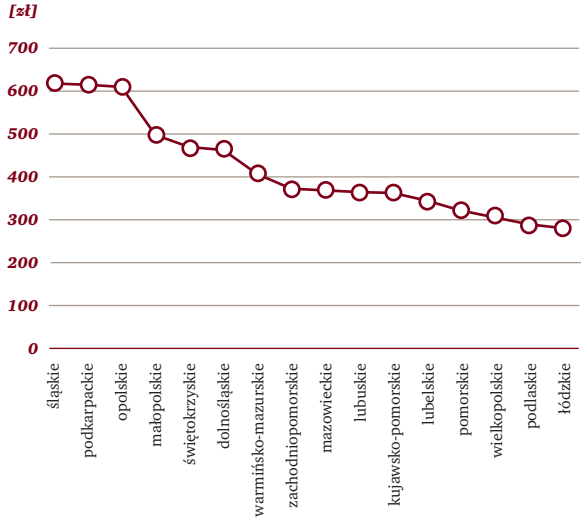


Aktualne wyniki: W 2014 r. najmniejszy odsetek usług w trybie jednodniowym wykonywany był w województwach opolskim oraz podlaskim (poniżej 1%), najwyższy zaś w województwach warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i pomorskim (powyżej 2,5%)

Uzasadnienie: W ramach opieki szpitalnej występuje umowna kategoria usług jednodniowych, które charakteryzują się (co do zasady) wykonaniem usługi medycznej w trakcie jednego dnia, bez konieczności pobytu całodobowego. Korzyści z leczenia jednodniowego w stosunku do tradycyjnych form pobytów wielodniowych wynikają m.in. z: niższych kosztów dla systemu wynikających z pobytów jednodniowych, mniejszych zagrożeń zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, mniejszych uciążliwości dla pacjenta. Istnieją granice w zastępowaniu szpitalnej opieki stacjonarnej opieką jednodniową. Granice te powinny wynikać przede wszystkim z bezpieczeństwa terapii. Jednocześnie istnieje zgoda co do tego, że należy dążyć do przesuwania tych granic w kierunku opieki jednodniowej, wspartej opieką domową i ambulatoryjną, a także takimi rozwiązaniami, jak telemedycyna.

3. Wydatki na opiekę długoterminową

Województwo	Wskaźnik [zł/os. 75+] (2014)	Miejsce	Punkty
śląskie	616	1	5
podkarpackie	613	2	5
opolskie	608	3	5
małopolskie	496	4	3
świętokrzyskie	468	5	3
dolnośląskie	461	6	3
warmińsko-mazurskie	405	7	3
zachodniopomorskie	371	8	1
mazowieckie	367	9	1
lubuskie	363	10	1
kujawsko-pomorskie	361	11	1
lubelskie	343	12	1
pomorskie	320	13	1
wielkopolskie	304	14	1
podlaskie	288	15	1
łódzkie	279	16	1



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

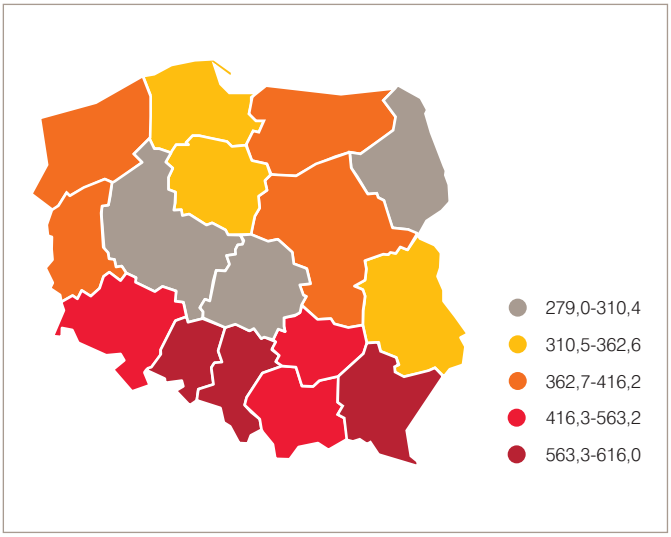
Dane za okres: 2014 r.

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. Zatem im wyższe wydatki na opiekę długoterminową, tym lepiej.

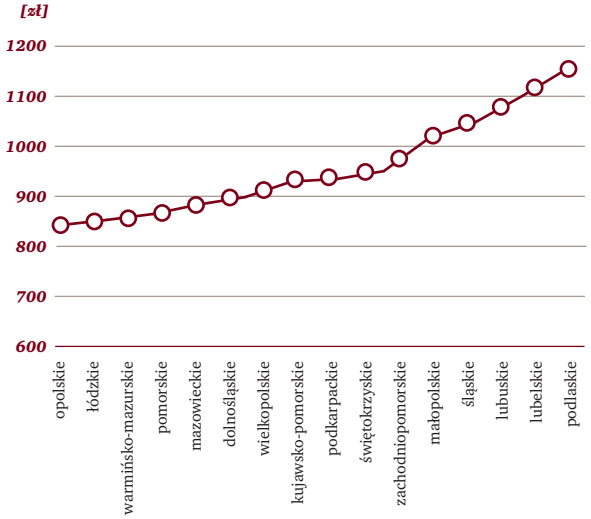
Aktualne wyniki: W 2014 r. najniższe wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75. roku życia zanotowano w województwach łódzkim i podlaskim (poniżej 300 zł/osobę), najwyższe zaś w województwach śląskim, podkarpackim i opolskim (ponad 600 zł/osobę).

Uzasadnienie: Opieka długoterminowa jest kategorią świadczeń uznawanych za alternatywne wobec świadczeń szpitalnych, oferowanych osobom z upośledzeniem samodzielności i przewlekłymi chorobami. W dobie starzenia się społeczeństwa świadczenia długoterminowe są wyrazem troski o niesamodzielnych, często samotnych obywateli, a jednocześnie sposobem na obniżenie kosztów tej opieki w stosunku do opieki szpitalnej. W sytuacji niedoboru opieki długoterminowej często zdarza się bowiem, że osoby takie stają się stałymi konsumentami usług szpitalnych, najdroższych z usług medycznych.



4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie

Województwo	C/SR [zł]	SR [%]	Koszty/p.c.	Miejsce	Punkty
opolskie	868	39,2	34083	1	5
łódzkie	872	41,4	36138	2	5
warmińsko-mazurskie	876	40,8	35813	3	5
pomorskie	883	43,3	38274	4	5
mazowieckie	889	46,2	41083	5	5
dolnośląskie	900	44,2	39902	6	5
wielkopolskie	902	43,0	38892	7	5
kujawsko-pomorskie	908	43,7	39779	8	5
podkarpackie	934	50,5	47223	9	3
świętokrzyskie	9456	43,5	41206	10	3
zachodniopomorskie	965	46,1	44592	11	3
małopolskie	986	40,1	39649	12	3
śląskie	1 035	42,5	44097	13	1
lubuskie	1 099	38,1	41946	14	1
lubelskie	1 128	37,7	42605	15	1
podlaskie	1 160	40,2	46677	16	1



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

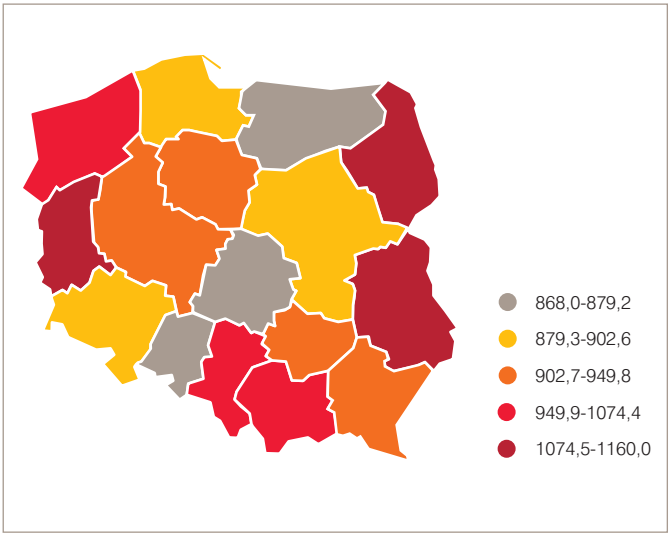
Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka odbytnicy, u których raka rozpoznano w 2008 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka odbytnicy w całym 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.

Uzasadnienie: W medycynie klinicznej, dyskutując o efektach leczenia, używa się głównie pojęcia skuteczności klinicznej (*efficacy*), które oznacza udowodnioną w kontrolowanych warunkach klinicznych zdolność danej interwencji, leku lub procedury do osiągania założonego celu. W ekonomii z kolei mowa jest o efektywności (*effectiveness*), która oznacza zdolność danej interwencji do osiągania celów w warunkach rzeczywistych. Ten drugi miernik, w przeciwieństwie do warunków eksperymentu klinicznego, uwzględnia całą niedoskonałość i mankamenty systemu, niedoskonałość postępowania pracowników medycznych, różnorodność i zachowania chorych, a także czynniki wynikające z wpływów otoczenia. Krokiem dalej jest ocena efektywności kosztowej (*cost effectiveness*), która wskazuje, jaka jest relacja wspomnianej efektywności do zużycia zasobów, mierzonych nakładami finansowymi. Miarą sukcesu w terapii większości nowotworów jest wieloletnie przeżycie pacjentów. W odniesieniu do większości nowotworów przyjmuje się, że 5-letnie przeżycie oznacza osiągnięcie zamierzonego celu terapii (punktu końcowego interwencji).

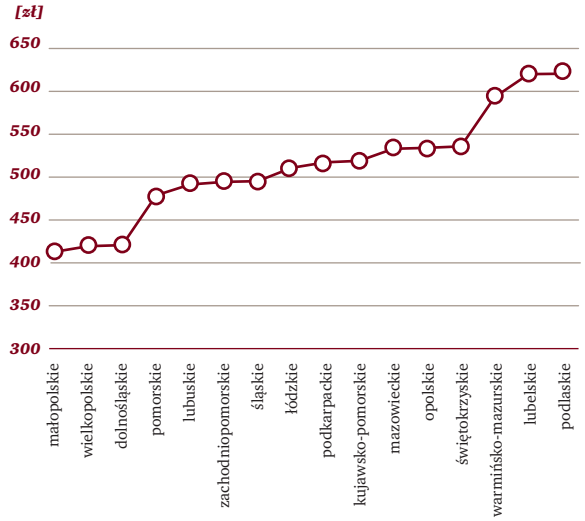
Wskaźnik przeżycia 5-letniego może być także miernikiem skuteczności (*performance*) systemu opieki zdrowotnej. Miernik ten wydaje się zatem dobrym łącznikiem pomiędzy światem klinicystów a światem polityki zdrowotnej i ekonomii zdrowia.

Wśród czynników, które wpływają na różnice w czasie przeżycia chorych na nowotwory, najczęściej wymienia się: wiek w momencie rozpoznania, stopień zaawansowania choroby, status społeczno-ekonomiczny chorych, dobór terapii, a także doświadczenie operującego chirurga. W zestawieniach międzynarodowych wydatki na ochronę zdrowia są na ogół pozytywnie związane z wynikami leczenia. Jednocześnie jednak podobny poziom wydatków w poszczególnych krajach współistnieje z różnym poziomem wyników lub różny poziom wydatków występuje w krajach o bardzo zbliżonych wynikach. Wśród czynników podnoszących wydatki na leczenie wymienia się zaawansowane stadium kliniczne oraz stosowanie kosztownych terapii. Na ograniczenie wydatków natomiast mają wpływ zaawansowany wiek chorych i wykrycie nowotworu w badaniach przesiewowych. Te same czynniki wpływają na wyniki leczenia, choć skala ich wpływu bywa trudna do oceny.



5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie

Województwo	C/SR [zł]	SR [%]	Koszty/p.c.	Miejsce	Punkty
małopolskie	414	73,5	30483	1	5
wielkopolskie	420	78,2	32918	2	5
dolnośląskie	422	77,2	32616	3	5
pomorskie	479	74,0	35492	4	3
lubuskie	491	77,7	38209	5	3
zachodniopomorskie	494	76,9	38068	6	3
śląskie	495	72,4	35887	7	3
łódzkie	510	74,5	38080	8	3
podkarpackie	516	75,7	39171	9	3
kujawsko-pomorskie	518	71,5	37092	10	3
mazowieckie	532	75,2	40035	11	3
opolskie	533	70,5	37653	12	3
świętokrzyskie	535	74,2	39736	13	3
warmińsko-mazurskie	591	79,2	46849	14	1
lubelskie	617	77,8	48120	15	1
podlaskie	618	74,4	46034	16	1



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.

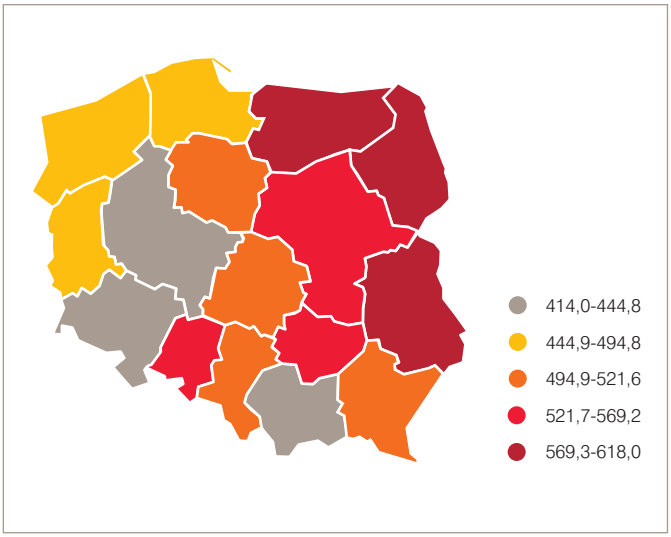
Dane za okres: lata 2008-2013

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.

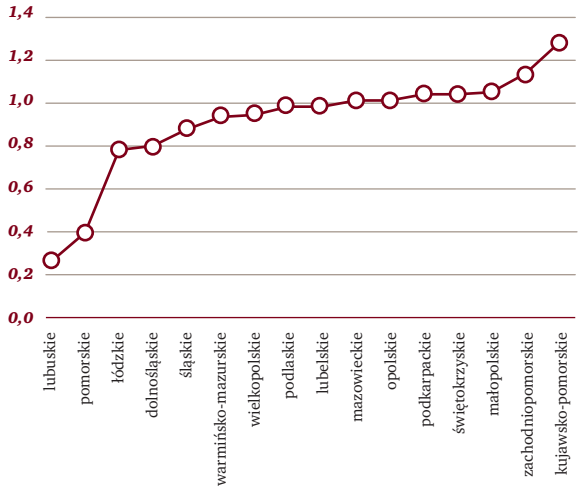
Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich u osób z rakiem piersi zanotowano w województwach podlaskim, lubelskim (ponad 600 zł), najniższe zaś – a tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka piersi – stwierdzono w województwach małopolskim, wielkopolskim oraz dolnośląskim (poniżej 450 zł)

Uzasadnienie: Efektywność kosztowa (*cost effectiveness*) to relacja efektywności osiągania założonych celów do zużycia zasobów, mierzonych nakładami finansowymi. W odniesieniu do większości nowotworów, w tym raka piersi, przyjmuje się, że 5-letnie przeżycie oznacza osiągnięcie zamierzonego celu terapii (punktu końcowego interwencji). W cytowanym badaniu miernikiem przeżycia nie jest klasyczny wskaźnik przeżyć 5-letnich, lecz odsetek osób, u których rozpoznano raka piersi w 2008 r., które żyły w 2013 r. Wśród czynników, które wpływają na różnice w czasie przeżycia chorych na raka piersi, najczęściej wymienia się: wiek w momencie rozpoznania, stopień zaawansowania choroby, status społeczno-ekonomiczny chorych oraz dobór terapii. Niektóre doniesienia wskazują na silny związek czasu przeżycia z doświadczeniem operującego chirurga. Wydatki na ochronę zdrowia są na ogół pozytywnie związane z wynikami leczenia. Jednocześnie jednak podobny poziom wydatków w poszczególnych krajach współistnieje z różnym poziomem wyników lub różny poziom wydatków występuje w krajach o bardzo zbliżonych wynikach. Wśród czynników wpływających na wzrost kosztów wymienia się zaawansowane stadium kliniczne oraz stosowane leczenie, a na ich zmniejszenie – późniejszy wiek chorych i wykrycie nowotworu w badaniach przesiewowych. Te same czynniki wpływają na wyniki leczenia, choć skala ich wpływu bywa trudna do oceny.



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

Województwo	Wskaźnik (2011/2013)	Miejsce	Punkty
lubuskie	0,2	1	5
pomorskie	0,3	2	5
łódzkie	0,7	3	3
dolnośląskie	0,7	4	3
śląskie	0,8	5	3
warmińsko-mazurskie	0,9	6	3
wielkopolskie	0,9	7	3
podlaskie	0,9	8	3
lubelskie	0,9	9	3
mazowieckie	0,9	10	3
opolskie	0,9	11	3
podkarpackie	1,0	12	1
świętokrzyskie	1,0	13	1
małopolskie	1,0	14	1
zachodniopomorskie	1,1	15	1
kujawsko-pomorskie	1,2	16	1



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

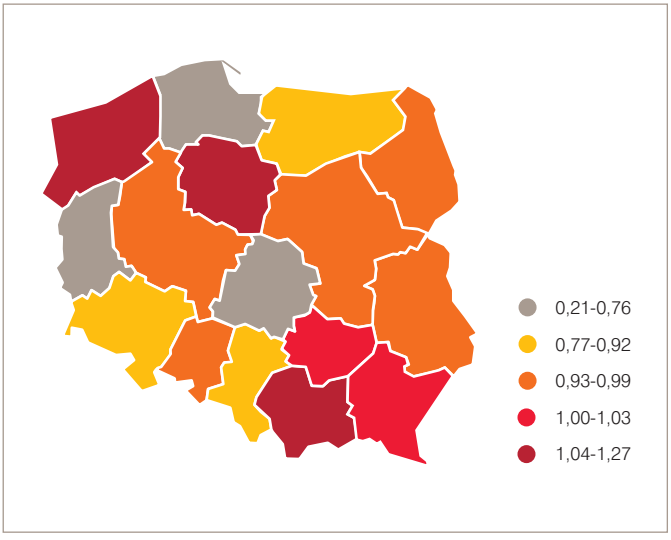
Dane za okres: 2011-2013

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 wartości 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.

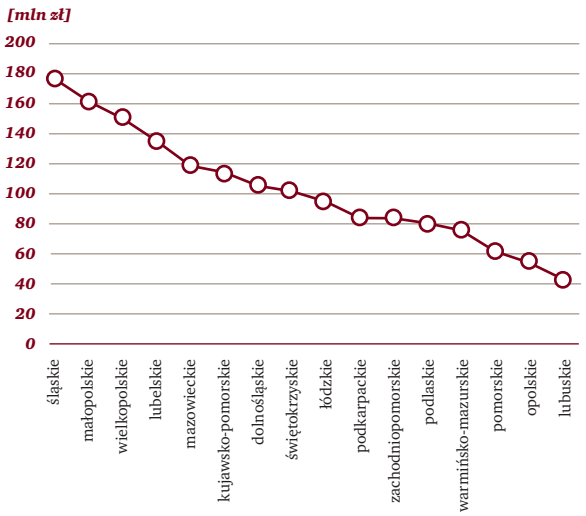
Uzasadnienie: Problem zadłużenia publicznych placówek istnieje od dawna, a kolejne rządy starają się go w jakimś stopniu zmniejszyć. Poziom zadłużenia może być określony wielkością zobowiązań ogółem oraz tzw. wymagalnych, dla których upłynął termin płatności. Z obserwacji gospodarki finansowej podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ wynika, że finansowanie długiem służy przede wszystkim zapewnieniu ciągłości bieżącej działalności operacyjnej, rzadziej inwestycyjnej. Dług ten obejmuje głównie zobowiązania krótkoterminowe wobec dostawców towarów i usług oraz długoterminowe wobec wierzycieli wtórnych lub banków. Historia zadłużania się publicznych placówek opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich kilkunastu lat to okresy stopniowego zadłużania oraz okresy sanacji, oddłużania, osiągane w taki czy inny sposób. W latach poprzedzających reformę ochrony zdrowia w 1999 r., w czasie gdy większość placówek ochrony zdrowia była jednostkami budżetowymi, zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej rosło lawinowo, mimo potencjalnych sankcji za nieprzestrzeganie tzw. dyscypliny budżetowej. Na przełomie lat 1998 i 1999 zadłużenie wyniosło ok. 8,5 mld zł i w większości zostało sfinansowane przez budżet państwa ze specjalnie w tym celu dokonanej emisji obligacji skarbowych. W samym 1999 r. roczny przyrost zadłużenia szacowany był zaledwie na ok. 300 mln zł, co zostało uznane za sukces i dowód, że przekształcenie jednostek w SPZOZ-y odniosło zakładany skutek. W kolejnych latach dyscyplina finansowa została rozluźniona, co ostatecznie doprowadziło do kolejnego wzrostu zadłużenia, tak że ok. 2005 r. sięgnęło ono 6 mld zł. W tym czasie uruchomiono program ▶



oddłużeniowy związany tym razem z realizacją zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 78 poz. 684 z późn. zm.). W latach szybkiego wzrostu wydatków NFZ (lata 2007-2009) problem zadłużenia został nieco ograniczony, chociaż w 2009 r. pozostał strukturalny problem w postaci małej dyscypliny finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rząd podjął próbę rozwiązania tego problemu poprzez przekształcenie placówek działających w postaci SPZOZ w kierunku spółek prawa handlowego. W ciągu ostatnich kilku lat wielkość zadłużenia zmieniała się w różnym tempie w poszczególnych województwach. Częściowo wynikało to z uwarunkowań zewnętrznych (zmiana algorytmu podziału środków), częściowo z przyczyn leżących po stronie samych zakładów opieki zdrowotnej.

7. EBITDA placówek samorządowych w województwach

Województwo	Wskaźnik [mln zł] (2013)	Miejsce	Punkty
śląskie	178,2	1	5
małopolskie	163,1	2	5
wielkopolskie	151,5	3	5
lubelskie	136,5	4	3
mazowieckie	119,7	5	3
kujawsko-pomorskie	115,3	6	3
dolnośląskie	106,2	7	3
świętokrzyskie	102,4	8	3
łódzkie	95,5	9	1
podkarpackie	84,4	10	1
zachodniopomorskie	84,3	11	1
podlaskie	80,9	12	1
warmińsko-mazurskie	76,1	13	1
pomorskie	61,9	14	1
opolskie	54,3	15	1
lubuskie	43,2	16	1



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

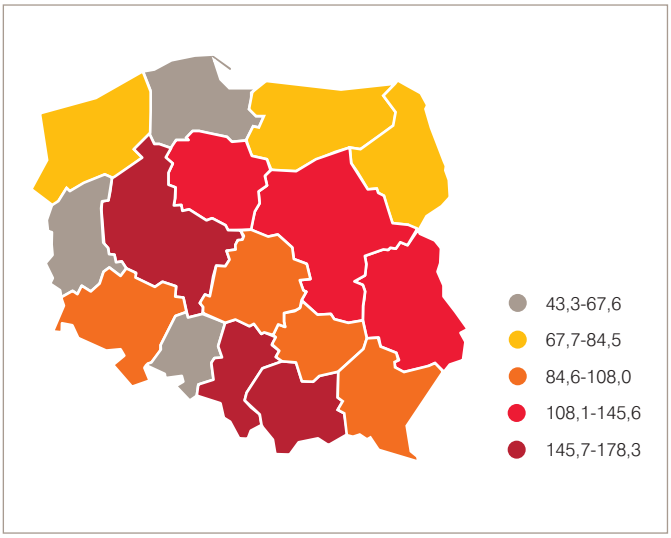
Dane za okres: 2013 r.

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

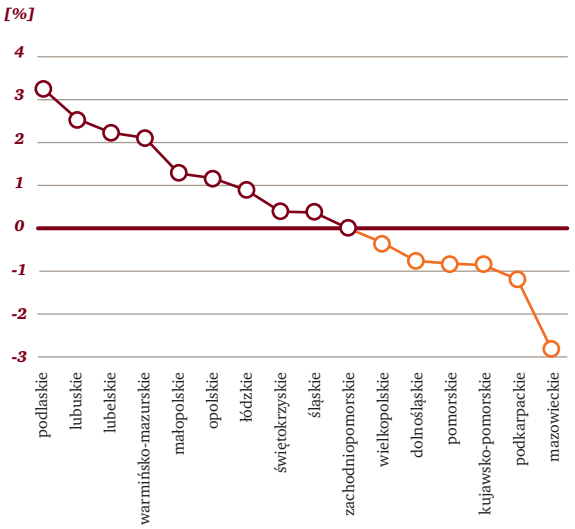
Aktualne wyniki: Suma EBITDA dla SPZOZ-ów samorządowych zlokalizowanych w poszczególnych województwach w 2013 r. osiągnęła najwyższą wartość w województwach śląskim, małopolskim i wielkopolskim (ponad 150 mln zł), najniższą zaś w województwach lubuskim oraz opolskim (poniżej 60 mln zł).

Uzasadnienie: EBITDA jest przybliżoną miarą zdolności generowania środków pieniężnych. Obliczana na podstawie rachunku zysków i strat wg następującego wzoru: EBITDA = EBIT + amortyzacja, gdzie: EBIT – *earnings before interests and taxes* (zysk z działalności operacyjnej, czyli zysk przed potrąceniem podatków i odsetek). EBITDA jest szczególnie przydatna jako narzędzie do oceny zdolności przedsiębiorstwa do generowania środków pieniężnych z działalności operacyjnej. W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wskaźnik zastosowany jest do wszystkich SPZOZ-ów w województwie, czyli podmiotów działających na konto ich podmiotów tworzących. W tym ujęciu cała grupa podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ ujęta jest jako jeden organizm gospodarczy, a finansowe skutki jego działania wpływają pośrednio na sektor finansów publicznych.



8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
podlaskie	3,2	1	5
lubuskie	2,5	2	5
lubelskie	2,2	3	5
warmińsko-mazurskie	2,1	4	3
małopolskie	1,2	5	3
opolskie	1,1	6	3
łódzkie	0,0	7	3
świętokrzyskie	0,4	8	3
śląskie	0,3	9	3
zachodniopomorskie	0,0	10	1
wielkopolskie	– 0,3	11	1
dolnośląskie	– 0,7	12	1
pomorskie	– 0,1	13	1
kujawsko-pomorskie	– 0,8	14	1
podkarpackie	– 1,1	15	1
mazowieckie	– 2,8	16	

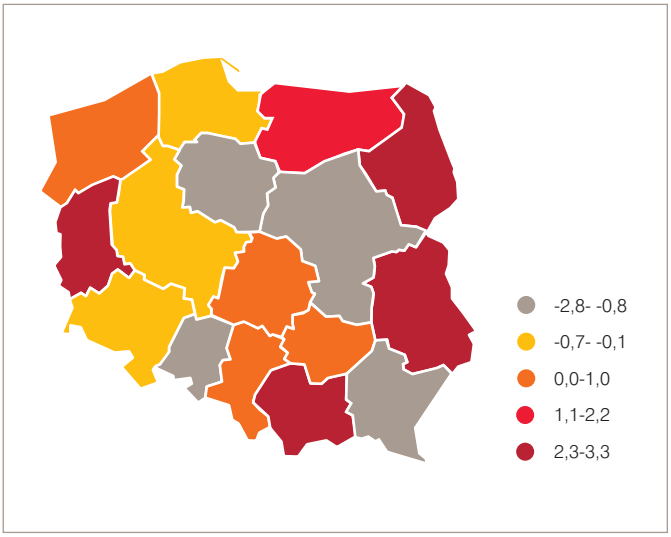


Sposób obliczania: Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej do przychodów brutto ze sprzedaży SPZOZ-ów.

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 SPZOZów, 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.

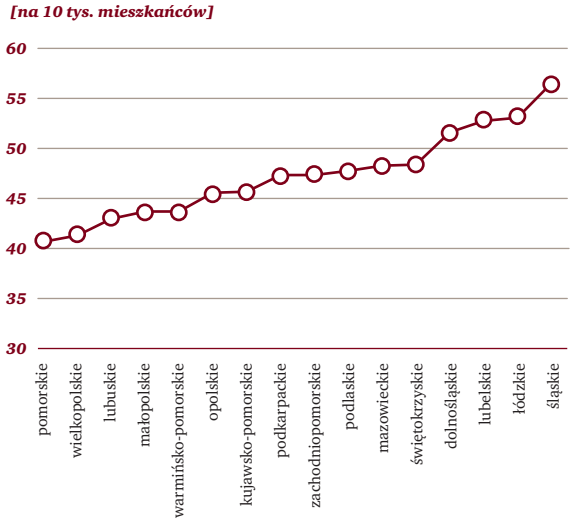


Aktualne wyniki: W 2013 r. najniższą rentowność uzyskały SPZOZ-y województwa mazowieckiego (poniżej –2%). W sumie sześć województw odnotowało zagregowaną rentowność ujemną w zlokalizowanych w nich SPZOZ-ach. Najwyższą rentowność brutto uzyskały SPZOZ-y w województwach podlaskim, lubuskim, lubelskim i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

Uzasadnienie: Wskaźnik rentowności sprzedaży brutto informuje o wartości zysku brutto (przed opodatkowaniem), przypadającego na każdą złotówkę osiąganych przychodów. Wskaźnik informuje, jaka jest rentowność bieżącej działalności całej grupy podmiotów o statusie SPZOZ-ów w danym województwie, z wyjątkiem tych należących do MSW, MON oraz uczelni medycznych.

9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

Województwo	Wskaźnik (2013) [na 10 tys. mieszkańców]	Miejsce	Punkty
pomorskie	40,8	1	5
wielkopolskie	41,4	2	5
lubuskie	43,0	3	5
małopolskie	43,7	4	5
warmińsko-mazurskie	43,7	4	5
opolskie	45,5	6	3
kujawsko-pomorskie	45,6	7	3
podkarpackie	47,2	8	3
zachodniopomorskie	47,2	8	3
podlaskie	47,6	10	3
mazowieckie	48,1	11	3
świętokrzyskie	48,2	12	3
dolnośląskie	51,3	13	1
lubelskie	52,4	14	1
łódzkie	52,7	15	1
śląskie	56,0	16	1



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

Dane za okres: 2013 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ

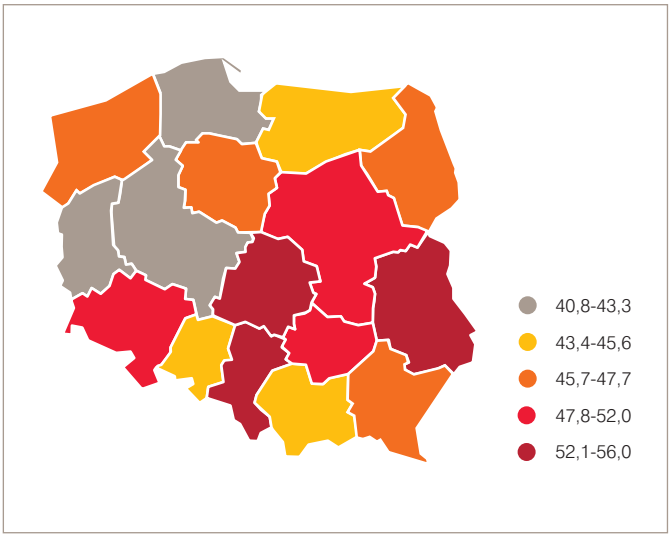
Interpretacja wskaźnika: W Polsce od lat 90. XX w. starano się zmniejszyć nacisk na leczenie szpitalne i wzmocnić rolę alternatyw w postaci opieki ambulatoryjnej, jednodniowej, domowej i długoterminowej, głównie niestacjonarnej. W tym kierunku zmierzały działania w postaci rozwoju medycyny rodzinnej, 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).

Uzasadnienie: Szpitale są symbolem współczesnej opieki zdrowotnej. W percepcji publicznej i percepcji polityków są najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia. Zdanie to podziela także wielu profesjonalistów medycznych. W tej sytuacji historia rozwoju publicznych systemów ochrony zdrowia, angażujących publiczne środki na etapie inwestycji i bieżącej działalności, staje się historią rozwoju szpitalnictwa. W efekcie, szpitale stały się zasadniczą częścią systemu dostarczania usług oraz głównym kierunkiem przepływu środków na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia.

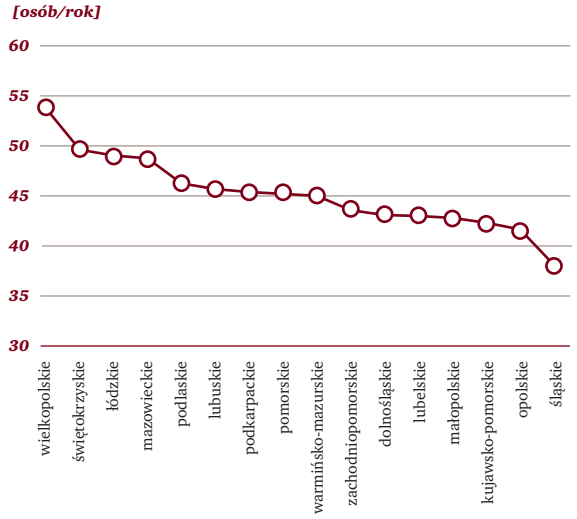
Okres intensywnego rozwoju bazy szpitalnej w krajach Europy Zachodniej i USA przypadał na lata 60. XX w., a dekadę później w krajach bloku wschodniego. Od lat 70. XX w. ekonomiści zdrowotni zaczęli zwracać uwagę na nieefektywność systemów opartych na usługach szpitalnych. Podkreślano wysokie koszty stałe, ekstensywność opieki prowadzonej w szpitalach (średni czas pobytu wynosił wtedy 12-15 dni) i w rezultacie silnie wzrastające koszty opieki zdrowotnej. Początkowo w USA, a później w innych krajach zaczęto się starać wpływać na zmniejszenie potencjału szpitali (mierzonego liczbą łóżek szpitalnych) i wyprowadzanie usług zdrowotnych poza szpitale.

W praktyce największe osiągnięcia w tym zakresie mają kraje anglosaskie, z USA na czele, a także kraje nordyckie. W krajach tych wskaźnik liczby łóżek szpitalnych wynosi 15-25 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Na drugim biegunie są Niemcy i Francja, a także niektóre byłe kraje bloku wschodniego, z liczbą łóżek 60-80 na 10 tys. mieszkańców.



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

Województwo	Wskaźnik [osób/rok] (2013)	Miejsce	Punkty
wielkopolskie	54,2	1	5
świętokrzyskie	49,9	2	5
łódzkie	49,3	3	5
mazowieckie	49,0	4	5
podlaskie	46,4	5	3
lubuskie	45,8	6	3
podkarpackie	45,5	7	3
pomorskie	45,3	8	3
warmińsko-mazurskie	45,2	9	3
zachodniopomorskie	43,6	10	1
dolnośląskie	43,1	11	1
lubelskie	43,0	12	1
małopolskie	42,8	13	1
kujawsko-pomorskie	42,3	14	1
opolskie	41,6	15	1
śląskie	37,9	16	1



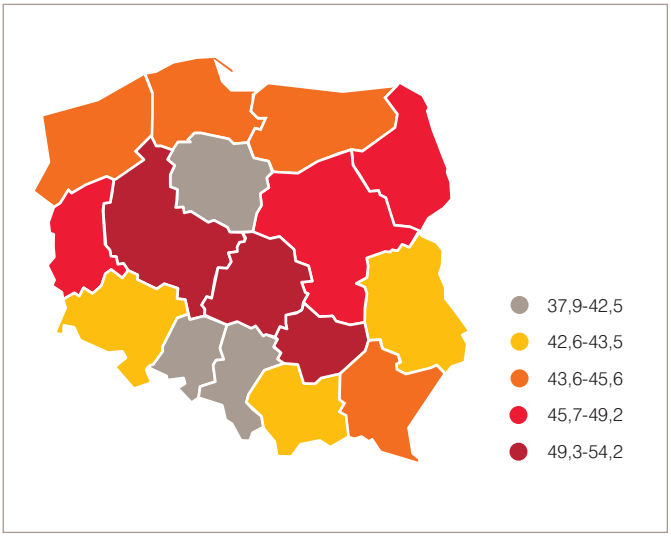
Sposób obliczania: Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach w stosunku do liczby łóżek szpitalnych.

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).

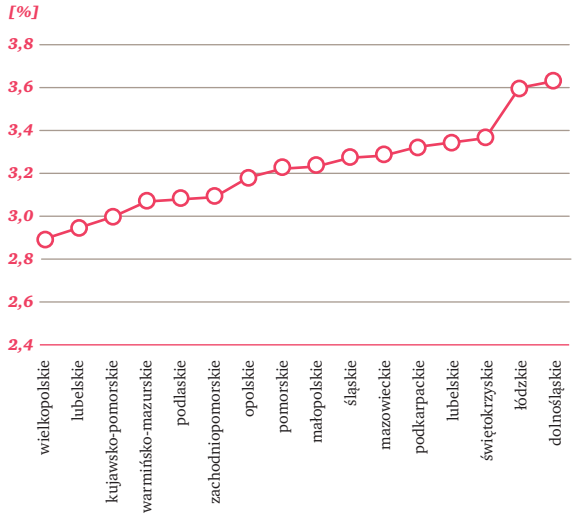


Aktualne wyniki: Według danych CSIOZ z 2012 r. najniższe wskaźniki przelotowości (najniższe wykorzystanie istniejącej infrastruktury) występują w województwie śląskim (poniżej 40 osób/rok), najwyższe zaś w województwie wielkopolskim (54 osoby/rok).

Uzasadnienie: Wskaźnikiem pochodnym od liczby łóżek szpitalnych jest tzw. przelotowość łóżka szpitalnego. Ten wskaźnik pokazuje, jak intensywne jest wykorzystanie istniejących w województwie łóżek szpitalnych. Łóżka szpitalne w tym wskaźniku są miernikiem rozwoju infrastruktury, a nie tylko rodzajem sprzętu szpitalnego, zatem liczba łóżek szpitalnych skorelowana jest z rozwojem różnych elementów infrastruktury szpitalnej, w tym diagnostyki, infrastruktury logistycznej i pobytowej.

1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

Województwo	Wskaźnik [%] (2013)	Miejsce	Punkty
wielkopolskie	2,8	1	5
lubuskie	2,9	2	5
kujawsko-pomorskie	2,9	3	5
warmińsko-mazurskie	3,0	4	5
podlaskie	3,0	5	5
zachodniopomorskie	3,0	6	5
opolskie	3,1	7	3
pomorskie	3,2	8	3
małopolskie	3,2	9	3
śląskie	3,2	10	3
mazowieckie	3,2	11	3
podkarpackie	3,3	12	3
lubelskie	3,3	13	3
świętokrzyskie	3,3	14	3
łódzkie	3,5	15	1
dolnośląskie	3,6	16	1



Sposób obliczania: Przeciętne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych/Przeciętne przychody netto na 1 osobę w gospodarstwach domowych × 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 niesprawnych 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-pomorski (poniżej 3%).

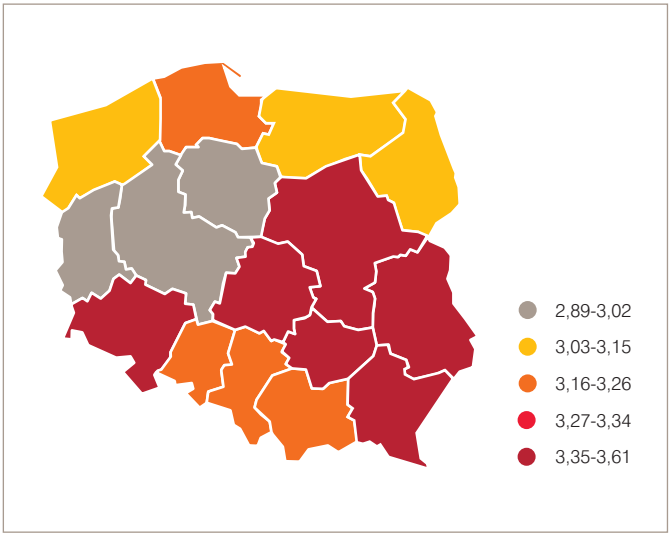
Uzasadnienie: Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia dotyczą wydatków na usługi medyczne (zakwalifikowane tak samodzielnie przez respondentów), leki oraz prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Do wydatków tych zalicza się także charakterystyczne dla polskiego rynku formy w postaci tzw. opłat abonamentowych – przedpłaconych form świadczenia usług zdrowotnych, będących na pograniczu usług zdrowotnych oraz ubezpieczeń zdrowotnych. Badanie wydatków gospodarstw domowych wykonywane jest przez GUS w dwóch trybach:

1. badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD), realizowanego corocznie przez GUS od ponad 40 lat, oraz
2. badania modułowego gospodarstw domowych (BMGD), dotyczącego ochrony zdrowia, realizowanego dotychczas periodycznie, co kilka lat, publikowanego pod tytułem „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”.

W niniejszym opracowaniu wykorzystano wyniki badania BBGD. Prowadzone jest ono metodą reprezentacyjną, stanowiącą podstawę do uogólnienia wyników badanych gospodarstw domowych na całą populację gospodarstw domowych w Polsce. Każde badane w ciągu całego roku gospodarstwo domowe prowadzi zapisy przychodów i rozchodów oraz wydatków na towary i usługi konsumpcyjne, w tym na zdrowie. Klasyfikacja wydatków w BBGD jest oparta na międzynarodowej klasyfikacji spożycia indywidualnego według celów (COICOP/HBS). Uogólnione wyniki badań upowszechnia się w postaci średnich miesięcznych wydatków przypadających na osobę w gospodarstwie domowym, podając równocześnie bezwzględne i względne błędy szacunku średnich.

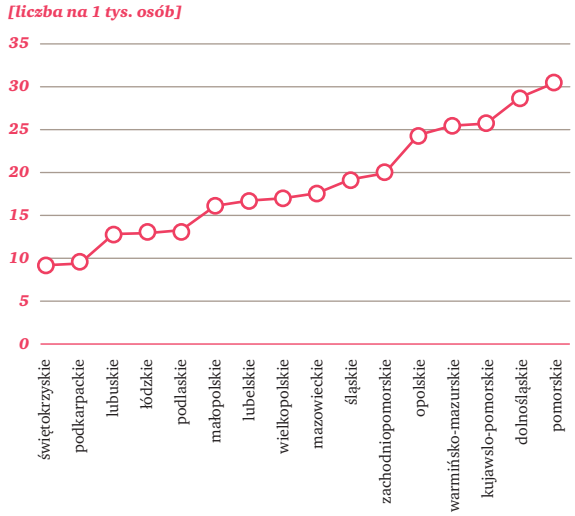
W obserwacjach międzynarodowych wielkość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia zależy od dwóch czynników:

1. systemowego zaangażowania prywatnych ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia (np. Niemcy, Holandia, USA),
2. stopnia niesprawności publicznej ochrony zdrowia (np. Grecja, Portugalia).



2. Liczba osób na listach oczekujących

Województwo	Wskaźnik [na 1 tys.] (2014)	Miejsce	Punkty
świętokrzyskie	9,1	1	5
podkarpackie	9,3	2	5
lubuskie	12,8	3	5
łódzkie	12,9	4	5
podlaskie	13,2	5	5
małopolskie	16,1	6	3
lubelskie	16,7	7	3
wielkopolskie	17,0	8	3
mazowieckie	17,5	9	3
śląskie	19,2	10	3
zachodniopomorskie	19,9	11	3
opolskie	24,4	12	1
warmińsko-mazurskie	25,5	13	1
kujawsko-pomorskie	25,7	14	1
dolnośląskie	28,8	15	1
pomorskie	30,5	16	1



Sposób obliczania: Sumaryczna liczba osób (przypadki stabilne) oczekujących na wizytę w wybranych poradniach (neurologiczna, okulistyczna, kardiologiczna, endokrynologiczna oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej) w przeliczeniu na 1000 populacji. Stan na 31.12.2014.

Dane za okres: 2014 r.

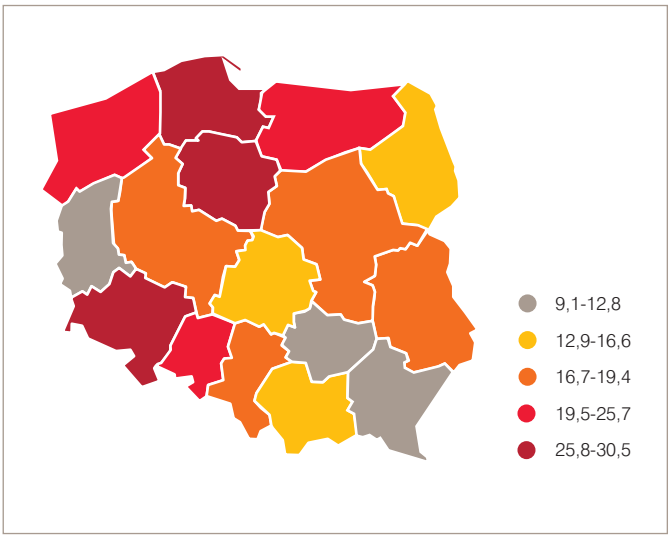
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Liczba osób oczekujących nie jest precyzyjną miarą list oczekujących ani precyzyjnym wskaźnikiem niedoborów ilości 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 by ono nastąpiło) do usług w określonej puli poradni.

Aktualne wyniki: Z danych publikowanych przez NFZ na dzień 31.12.2014 wynika, że największa liczba osób zarejestrowanych na listach oczekujących występuje w woj. pomorskim (31/1000 ubezpieczonych), najmniejsze wskaźniki obserwowane są zaś w województwach świętokrzyskim oraz podkarpackim 9/1000 osób.

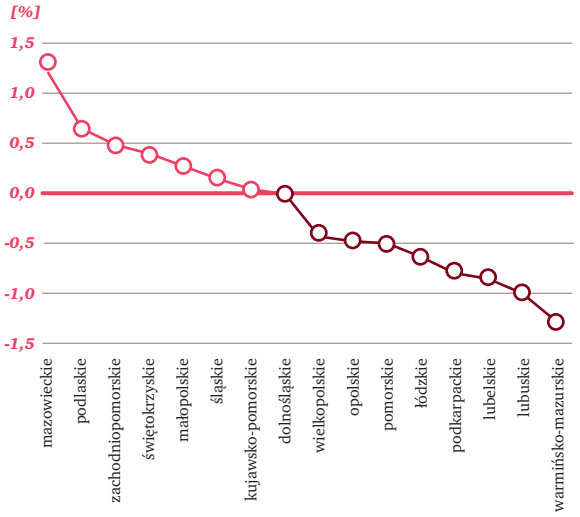
Uzasadnienie: System list oczekujących został wprowadzony w pierwszych latach działania NFZ jako narzędzie zapewniania transparentności dostępu do deficytowych świadczeń zdrowotnych. W celu monitorowania list oczekujących skonstruowano system sprawozdawczy, który pozwala na przekazywanie do NFZ danych z placówek opieki zdrowotnej. Placówki mające umowę z NFZ zobowiązane są do raportowania określonych danych dotyczących list oczekujących z każdej zakontraktowanej poradni i każdego oddziału. Podstawowe parametry raportowane do NFZ to liczba osób oczekujących (stan na określony dzień w miesiącu) oraz średni czas oczekiwania, obserwowany w ostatnim raportowanym okresie. W przypadku niektórych procedur system NFZ utrzymuje centralny rejestr oczekujących, przy czym dotyczy to tylko kilku wybranych procedur (np. operacja zaćmy, wszczepianie protez stawu biodrowego itp.).

Istnieją pewne wątpliwości co do jakości i użyteczności danych gromadzonych w systemie list oczekujących. Narodowy Fundusz Zdrowia stara się jednak wymusić na świadczeniodawcach poprawę tej jakości, chociaż nierozwiązanym problemem pozostaje najbardziej podstawowa definicja osoby oczekującej na świadczenie.



3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów

Województwo	Wskaźnik [%] (2011-2013)	Miejsce	Punkty
mazowieckie	1,2	1	5
podlaskie	0,6	2	3
zachodniopomorskie	0,5	3	3
świętokrzyskie	0,4	4	3
małopolskie	0,3	5	3
śląskie	0,1	6	3
kujawsko-pomorskie	0,0	7	3
dolnośląskie	– 0,0	8	1
wielkopolskie	– 0,4	9	1
opolskie	– 0,4	10	1
pomorskie	– 0,5	11	1
łódzkie	– 0,6	12	1
podkarpackie	– 0,8	13	1
lubelskie	– 0,8	14	1
lubuskie	– 1,0	15	1
warmińsko-mazurskie	– 1,3	16	1



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

Dane za okres: 2011-2013

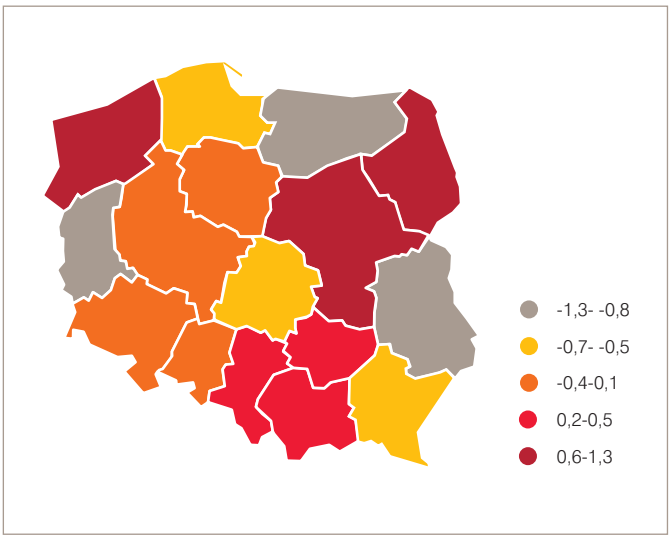
Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Nieznane są szczegółowo przyczyny migracji międzywojewódzkiej w celu uzyskania 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 połaczona 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 to zjawisko ze strony zarządzających ochroną zdrowia. Prezentowane liczby są różnicą między bilansem międzywojewódzkiej imigracji i emigracji zdrowotnej w 2013 r. wobec 2011 r. (przestrzeń 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, będące 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%).

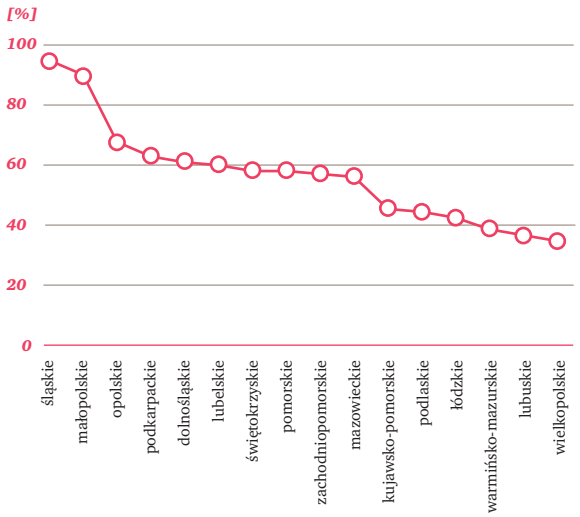
Uzasadnienie: Wojewódzkie oddziały NFZ dysponują środkami na leczenie swoich podopiecznych. Z tych środków finansują świadczenia wykonywane na terenie województwa oraz świadczenia wykonywane przez placówki na terenie innych województw. Pacjenci mają swobodę wyboru świadczeniodawców, co powoduje, że część usług realizowanych jest poza województwem stałego zamieszkania pacjenta. Jak wynika z wielu obserwacji, migracja w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych dotyczy najczęściej sytuacji leczenia wysokospecjalistycznego – pacjenci cierpiący na rzadkie schorzenia trafiają do kilku ośrodków w kraju, które specjalizują się w leczeniu tych schorzeń. Ośrodki te są zwykle zlokalizowane w dużych ośrodkach miejskich, z silną bazą w postaci uniwersytetu medycznego, takich jak Warszawa, Katowice, Kraków, Poznań itp. Odwrócenie tych tendencji jest trudne, choć w części możliwe do zrealizowania, jak widać na przykładzie rozwoju ośrodków onkologicznych w takich województwach, jak kujawsko-pomorskie czy świętokrzyskie. Na to zjawisko nakłada się dodatkowo pewna inercja w zakresie obowiązku meldunkowego – wiele osób mieszka w innych regionach kraju, niż są zameldowani, co powoduje, że nawet nie „migrując" za świadczeniami zdrowotnymi, występują w tych województwach jako pacjenci spoza województwa. W przypadku korzystania z usług poza własnym województwem mamy do czynienia z kilkoma sytuacjami:

1. faktycznym zamieszkaniem w innym województwie niż województwo zameldowania, a tym samym migracja nie występuje, lecz jest zjawiskiem prawnym i statystycznym,
2. migracja występuje z powodu osobistych preferencji pacjenta, niewynikających z obiektywnych czynników,
3. migracja występuje z powodu braku odpowiedniej oferty w województwie zamieszkania,
4. faktyczna odległość miejsca zamieszkania do ośrodka w innym województwie jest mniejsza niż do ośrodka we własnym województwie.



4. Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii

Województwo	Wskaźnik [%] (2014)	Miejsce	Punkty
śląskie	96	1	5
małopolskie	91	2	5
opolskie	68	3	3
podkarpackie	63	4	3
dolnośląskie	61	5	3
lubelskie	60	6	3
świętokrzyskie	58	7	3
pomorskie	58	8	3
zachodniopomorskie	57	9	3
mazowieckie	56	10	3
kujawsko-pomorskie	45	11	1
podlaskie	44	12	1
łódzkie	42	13	1
warmińsko-mazurskie	38	14	1
lubuskie	36	15	1
wielkopolskie	34	16	1



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

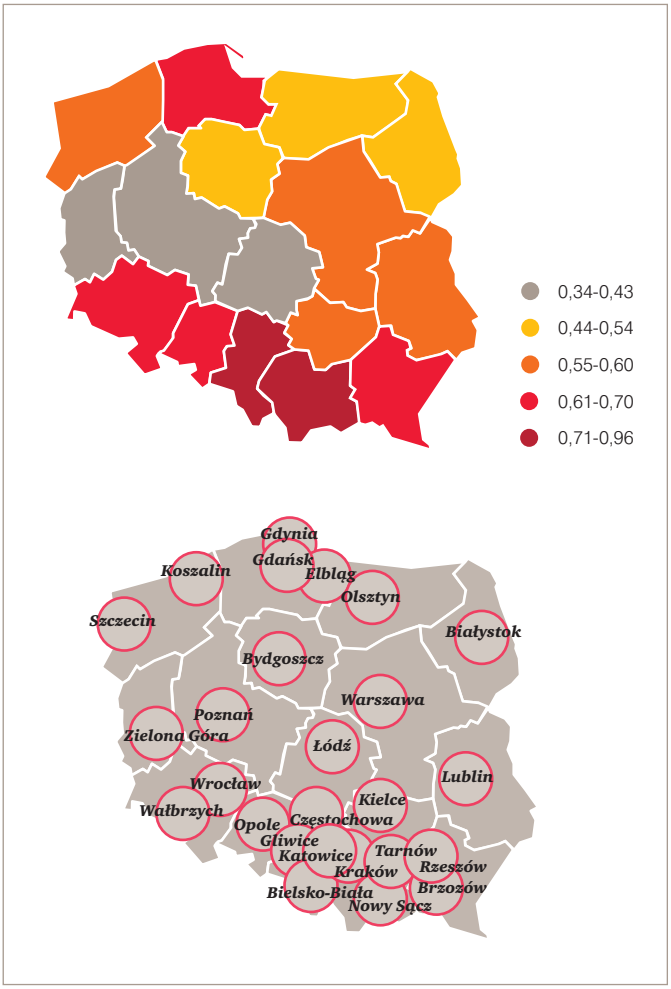
Dane za okres: 2014 r. wg stanu na koniec września

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.

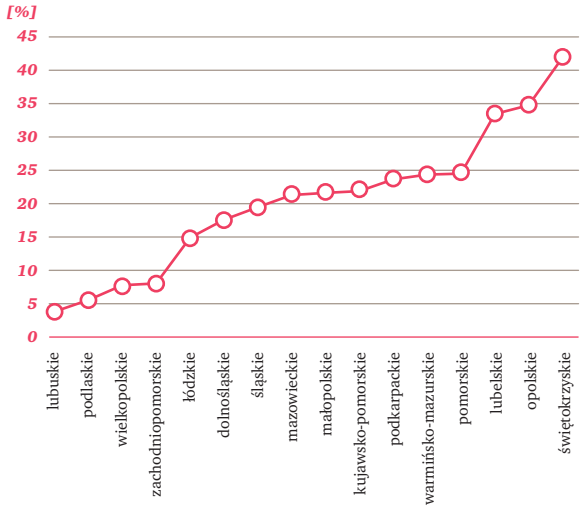
Aktualne wyniki: Z danych wynika, że największy odsetek osób mieszkających w odległości nie przekraczającej 40 km od akceleratora występuje w województwie śląskim (96%). Wartość tego wskaźnika przekroczyła 90% również w województwie małopolskim (91%). W kolejnych 4 województwach (dolnośląskie, pomorskie,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

Uzasadnienie: Przedstawiona analiza zwraca uwagę na jeden z aspektów, stanowiących o dostępności do leczenia onkologicznego. Załączona mapka przedstawia sytuacje w sposób graficzny. Zaprezentowane dane oraz metodykę ich opracowania i analizy można wykorzystać dla oceny dostępności do określonych rodzajów leczenia w stosunku do aktualnego oraz prognozowanego zapotrzebowania zarówno na poziomie regionalnym, jak i krajowym. oraz do analizy istniejących nierówności. Uzyskane wyniki powinny być brane pod uwagę zarówno przy konstrukcji wieloletnich planów inwestycyjnych, jak i kontraktowaniu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.



5. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

Województwo	Wskaźnik [%] (2015)	Miejsce	Punkty
lubuskie	4,1	16	1
podlaskie	5,8	15	1
wielkopolskie	8,0	14	1
zachodniopomorskie	8,3	13	1
łódzkie	15,0	12	3
dolnośląskie	17,7	11	3
śląskie	19,5	10	3
mazowieckie	21,3	9	3
małopolskie	21,6	8	5
kujawsko-pomorskie	21,9	7	5
podkarpackie	23,6	6	5
warmińsko-mazurskie	24,3	5	5
pomorskie	24,5	4	5
lubelskie	33,3	3	5
opolskie	34,6	2	5
świętokrzyskie	41,6	1	5



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

Dane za okres: stan na 13.02.2015 r.

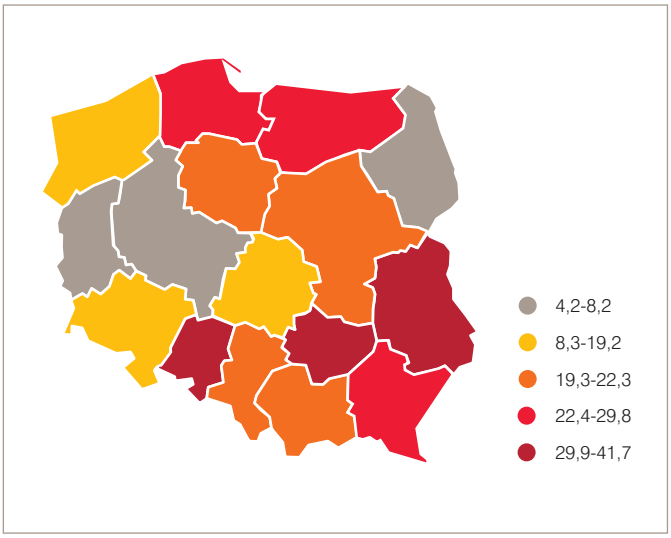
Źródło danych: Centrum Monitorowania Jakości

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%).

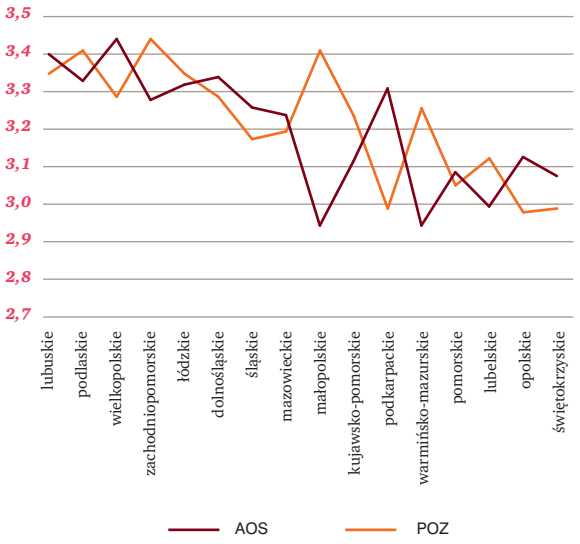
Uzasadnienie: Definicja akredytacji, podawana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, mówi, że jest to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony na podstawie dostępnych i opublikowanych standardów. Ocena akredytacyjna wykonywana w Polsce dotyczy szpitali jako funkcjonalnej całości, a przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji.

W Polsce program akredytacji został opracowany w 1998 r. przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które stworzyło go w oparciu o wzorce wyznaczone przez główne instytucje akredytujące na świecie. Centrum Monitorowania Jakości jest jednostką podległą Ministerstwu Zdrowia i jedyną organizacją upoważnioną do przeprowadzania akredytacji w naszym kraju. Akredytacja obejmuje ocenę szerokiego zbioru zagadnień, w części związanych z leczeniem pacjentów, a w części dotyczących procesów wspierających, np. utrzymania wyposażenia i infrastruktury, prowadzenia dokumentacji medycznej czy przestrzegania praw pacjenta. Akredytacja wymaga opracowania przez szpital odpowiednich procedur postępowania oraz ich wdrożenia i przestrzegania. W obszarach mających największy wpływ na jakość świadczonych usług oraz bezpieczeństwo pacjentów tworzy się tak zwane standardy akredytacyjne, czyli mierzalne kryteria oceny placówki, które wyznaczają pożądany poziom świadczeń medycznych. Składają się one na wzorzec, z którym można porównać obecną działalność szpitala. Działania szpitala są weryfikowane przez zewnętrznych wizytatorów w ramach tzw. wizyty akredytacyjnej. W przypadku potwierdzenia odpowiedniego poziomu spełnienia standardów szpitalowi przyznawany jest certyfikat akredytacyjny ważny 3 lata.



6. Dostęp do informacji konsumenckiej

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
opolskie	3,34	3,40	3,37	1	5
lubelskie	3,40	3,33	3,36	2	5
podlaskie	3,28	3,44	3,36	3	5
zachodniopomorskie	3,43	3,28	3,35	4	5
warmińsko-mazurskie	3,34	3,32	3,33	5	5
pomorskie	3,28	3,34	3,31	6	5
kujawsko-pomorskie	3,17	3,26	3,25	7	3
wielkopolskie	3,19	3,24	3,21	7	3
dolnośląskie	3,40	2,95	3,17	9	3
podkarpackie	3,23	3,12	3,17	9	3
lubuskie	2,99	3,31	3,15	11	3
śląskie	3,25	2,95	3,10	12	1
mazowieckie	3,05	3,09	3,07	13	1
świętokrzyskie	3,12	3,00	3,06	14	1
małopolskie	2,98	3,13	3,05	15	1
łódzkie	2,99	3,08	3,03	16	1

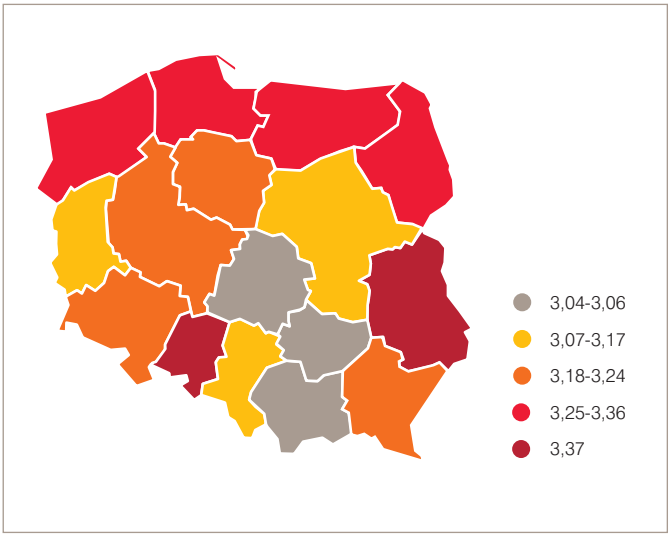


Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC

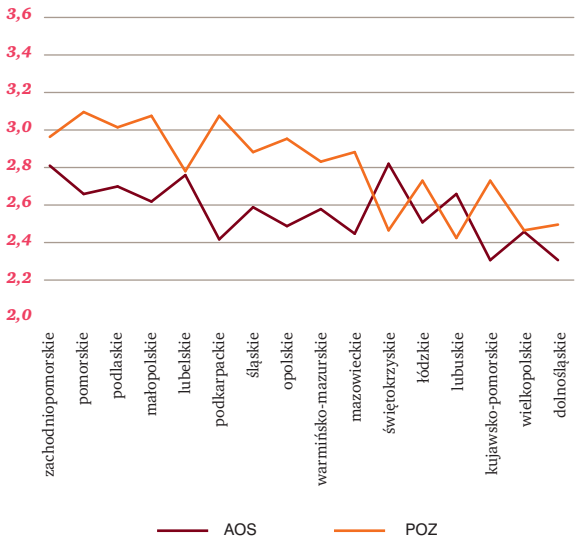
Interpretacja wskaźnika: System informacji, który zapewnia wiedzę, gdzie się zwrócić z danym problemem i czego pacjent może oczekiwać, zdaniem ok. 10% respondentów należy do najważniejszych kryteriów jakości ochrony zdrowia. Zdanie respondentów na temat jakości w tym kryterium, w obszarze podstawowej 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 woj. łódzkiego (średnia ocen 2,37), najwięcej zaś mieszkańcy woj. opolskiego, lubelskiego oraz podlaskiego (średnia ocen ok. 3,36). Badanie tego kryterium w odniesieniu do POZ najwyżej ocenili mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 3,43), najniżej zaś mieszkańcy województw małopolskiego, łódzkiego i lubuskiego (średnia ocen poniżej 3,0). System informacji w specjalistycznej opiece zdrowotnej zostało najwyżej ocenione w województwie podlaskim (średnia ocen 3,44), najniżej zaś w województwach dolnośląskim oraz śląskim (średnia ocen poniżej 3,0).

7. Dostęp do pomocy lekarskiej

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	2,95	2,81	2,88	1	5
pomorskie	3,08	2,66	2,87	2	5
podlaskie	3,00	2,70	2,85	3	5
małopolskie	3,06	2,62	2,84	4	5
lubelskie	2,77	2,76	2,76	5	3
podkarpackie	3,06	2,42	2,74	6	3
śląskie	2,87	2,59	2,73	7	3
opolskie	2,94	2,49	2,71	8	3
warmińsko-mazurskie	2,82	2,58	2,70	9	3
mazowieckie	2,87	2,45	2,66	10	3
świętokrzyskie	2,46	2,82	2,64	11	3
łódzkie	2,72	2,51	2,65	12	3
lubuskie	2,42	2,66	2,54	13	1
kujawsko-pomorskie	2,72	2,31	2,51	14	1
wielkopolskie	2,46	2,46	2,46	15	1
dolnośląskie	2,49	2,31	2,40	16	1



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

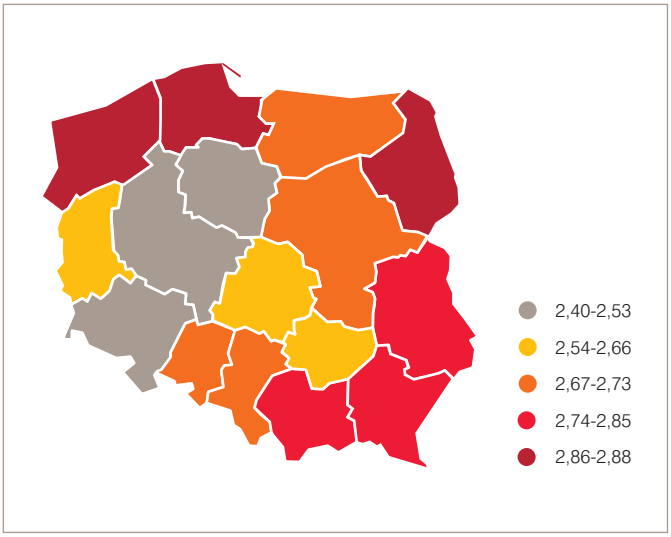
Dane za okres: 2014 r.

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% z nich uznało dostęp do lekarzy specjalistów jako jedno z głównych kryteriów jakości systemu opieki zdrowotnej. Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jako jedno z najbardziej znaczących parametrów wskazało 27% respondentów.

Aktualne wyniki: Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej najwyżej 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).



8. Dostęp do badań diagnostycznych

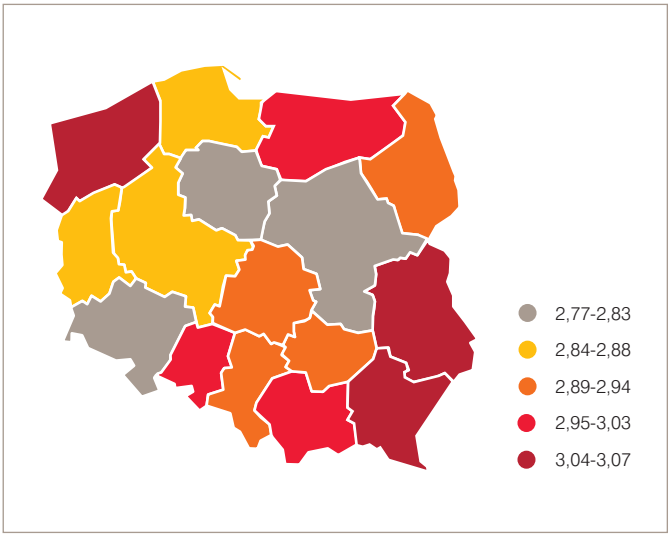
Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
podkarpackie	3,09	3,05	3,07	1	5
lubelskie	3,01	3,12	3,07	2	5
zachodniopomorskie	3,03	3,10	3,07	2	5
warmińsko-mazurskie	3,02	2,94	2,98	4	3
małopolskie	2,93	3,01	2,97	5	3
opolskie	2,96	2,93	2,95	6	3
łódzkie	2,91	2,97	2,94	7	3
podlaskie	2,99	2,86	2,93	8	3
świętokrzyskie	2,77	3,05	2,91	9	3
śląskie	2,91	2,87	2,89	10	3
pomorskie	2,56	3,15	2,86	11	1
lubuskie	2,80	2,90	2,85	12	1
wielkopolskie	2,77	2,91	2,84	13	1
kujawsko-pomorskie	2,96	2,70	2,83	14	1
dolnośląskie	2,95	2,58	2,77	15	1
mazowieckie	2,75	2,78	2,77	16	1

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

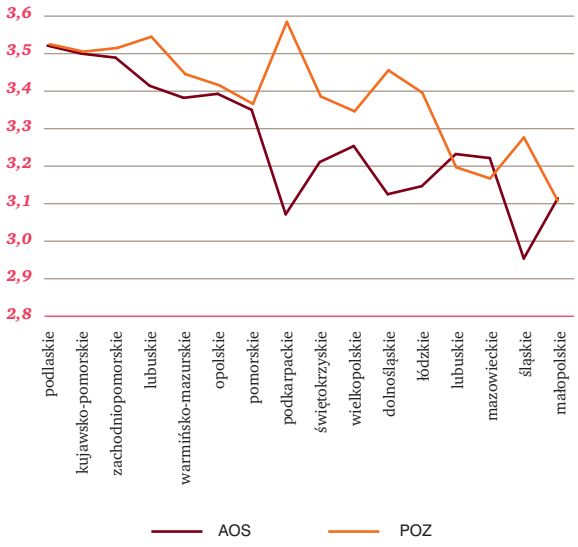
Interpretacja wskaźnika: Dostęp do badań diagnostycznych za jedno z najważniejszych kryteriów jakości uznało ok. 30% respondentów. Odpowiedzi na niniejsze pytanie należy rozumieć, jako łatwość z jaką uzyskiwane są badania diagnostyczne, których respondenci się spodziewają. Na ocenę tą zapewne wpływa stopień wykształcenia i znajomości możliwości diagnostyki laboratoryjnej, a także doświadczenia z przeszłości 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 diagnostyczne w ramach POZ najwyżej ocenili mieszkańcy województwa podkarpackiego (3,09), a mieszkańcy województwa pomorskiego najniżej (średnia ocen 2,56). Ten sam wskaźnik, lecz odnoszący się do AOS mieszkańcy województwa pomorskiego ocenili najwyżej 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).

9. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji

Województwo	POZ	AOS	Średnia ważona	Miejsce	Punkty
podlaskie	3,53	3,50	3,51	1	5
kujawsko-pomorskie	3,51	3,48	3,49	2	5
zachodniopomorskie	3,52	3,47	3,49	2	5
lubelskie	3,55	3,40	3,47	4	5
warmińsko-mazurskie	3,45	3,37	3,41	5	3
opolskie	3,42	3,38	3,40	6	3
pomorskie	3,37	3,34	3,35	7	3
podkarpackie	3,59	3,08	3,33	8	3
świętokrzyskie	3,39	3,21	3,30	9	3
wielkopolskie	3,35	3,25	3,30	9	3
dolnośląskie	3,46	3,13	3,29	11	3
łódzkie	3,40	3,15	3,27	12	3
lubuskie	3,20	3,23	3,21	13	1
mazowieckie	3,17	3,22	3,19	14	1
śląskie	3,28	2,97	3,12	15	1
małopolskie	3,11	3,12	3,11	16	1



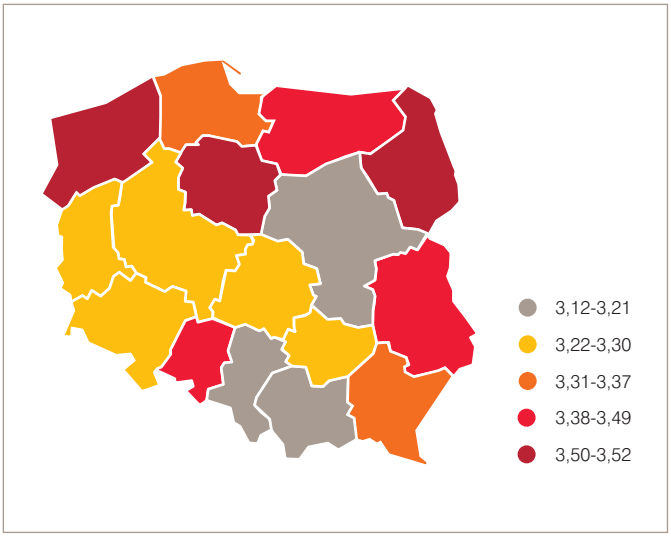
Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC

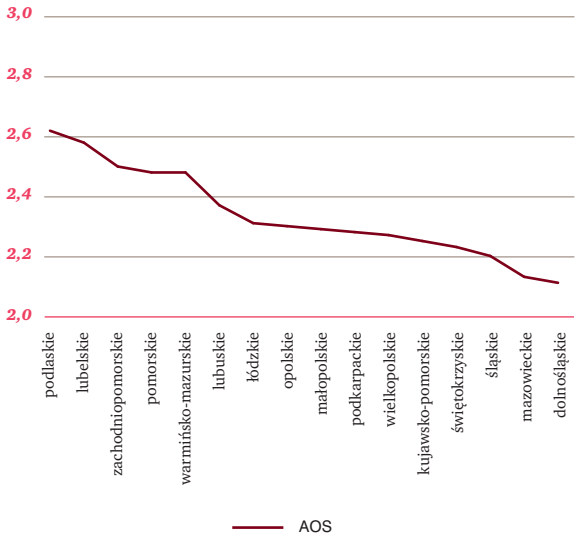
Interpretacja wskaźnika: Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji w ramach POZ – za jedno z najważniejszych w ocenie jakości uznało 19% respondentów, a w ramach AOS 16% respondentów. Kryterium to należy interpretować, jako wskazówkę, na ile pozamedyczne aspekty działania placówki zdrowotnej 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 najwyżej ocenili respondenci w województwie podkarpackim (3,59), najniżej w województwie małopolskim (3,11). Ten sam parametr w kategorii AOS najwyżej 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).



10. Czas oczekiwania na usługę medyczną

Województwo	AOS	Miejsce	Punkty
podlaskie	2,63	1	5
lubelskie	2,59	2	5
zachodniopomorskie	2,51	3	5
pomorskie	2,49	4	5
warmińsko-mazurskie	2,49	4	5
lubuskie	2,38	6	3
łódzkie	2,32	7	3
opolskie	2,31	8	3
małopolskie	2,30	9	3
podkarpackie	2,29	10	3
wielkopolskie	2,28	11	3
kujawsko-pomorskie	2,26	12	3
świętokrzyskie	2,24	13	3
śląskie	2,21	14	3
mazowieckie	2,14	15	1
dolnośląskie	2,12	16	1



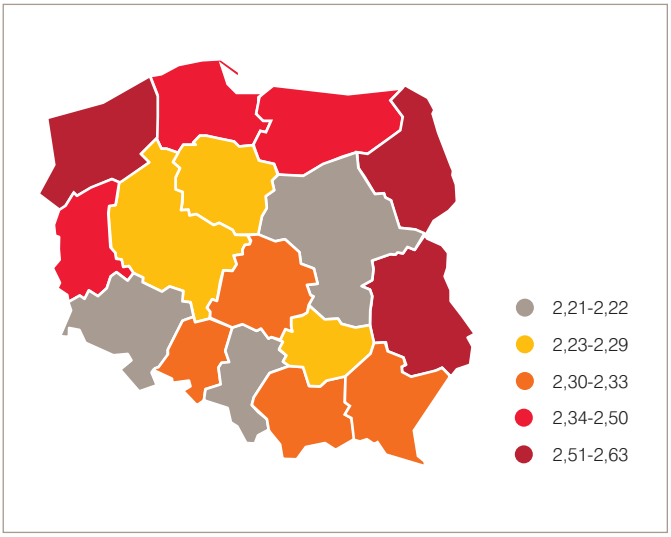
Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC

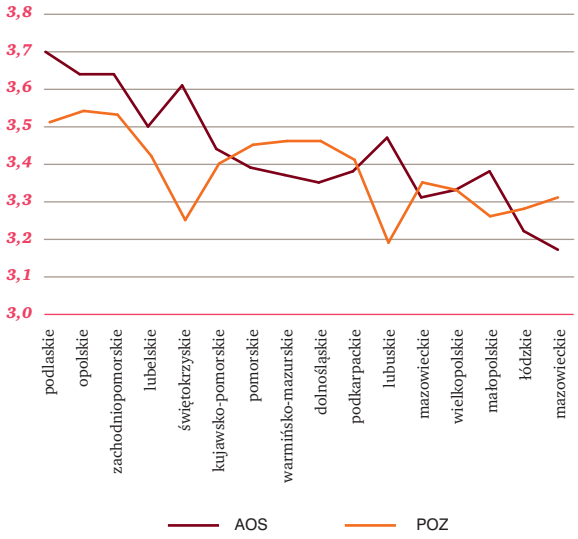
Interpretacja wskaźnika: Czas oczekiwania na usługę medyczną jako jedno z najważniejszych kryteriów wymieniło 50% respondentów. Waga tego kryterium jest potwierdzeniem szerszych badań i sondaży, wskazujących na zbyt długi czas oczekiwania jako główny problem systemu ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że w badaniu nie mierzono obiektywnego czasu oczekiwania, lecz subiektywne poczucie czy jest on zbyt długi czy jest 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).



11. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
podlaskie	3,51	3,70	3,60	1	5
opolskie	3,54	3,64	3,59	2	5
zachodniopomorskie	3,53	3,64	3,58	3	5
lubelskie	3,42	3,50	3,46	4	3
świętokrzyskie	3,25	3,61	3,43	5	3
kujawsko-pomorskie	3,40	3,44	3,42	6	3
pomorskie	3,45	3,39	3,42	6	3
warmińsko-mazurskie	3,46	3,37	3,41	8	3
dolnośląskie	3,46	3,35	3,40	9	3
podkarpackie	3,41	3,38	3,3	10	3
lubuskie	3,19	3,47	3,33	11	1
mazowieckie	3,35	3,31	3,33	11	1
wielkopolskie	3,33	3,33	3,33	11	1
małopolskie	3,26	3,38	3,32	14	1
łódzkie	3,28	3,22	3,25	15	1
śląskie	3,31	3,17	3,24	16	1



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

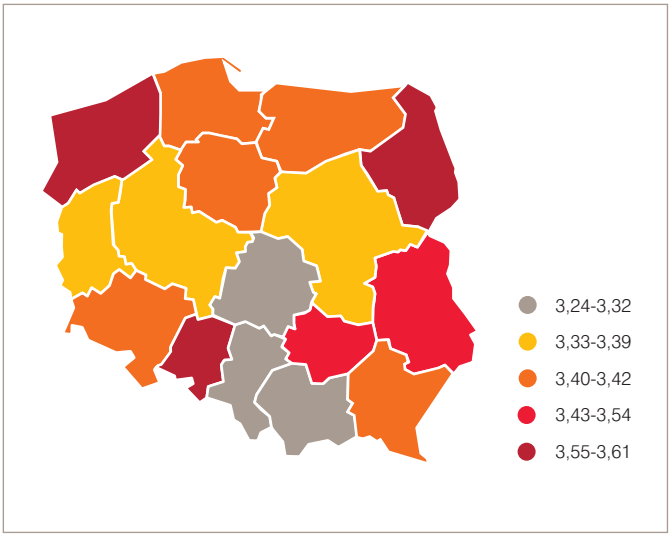
Dane za okres: 2014 r.

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.

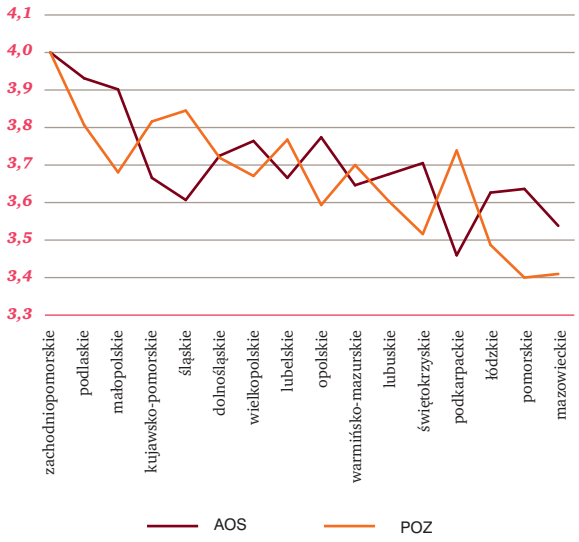
Aktualne wyniki: W tej kategorii najwięcej pozytywnych ocen przyznali mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,61). Najgorzej jakość infrastruktury oceniali mieszkańcy woj. śląskiego (średnia ocen 2,24).

W ramach POZ jakość infrastruktury najwyżej ocenili mieszkańcy województwa opolskiego (3,54), najniżej natomiast mieszkańcy województwa lubuskiego (3,19). Jakość infrastruktury AOS najwyżej została oceniona w województwie podlaskim (3,70), a najniżej w województwie śląskim (3,17).



12. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	4,02	4,01	4,01	1	5
podlaskie	3,82	3,94	3,88	2	3
małopolskie	3,69	3,91	3,80	3	3
kujawsko-pomorskie	3,83	3,67	3,75	4	3
śląskie	3,86	3,61	3,73	5	3
dolnośląskie	3,73	3,73	3,73	6	3
wielkopolskie	3,68	3,77	3,72	7	3
lubelskie	3,78	3,67	3,72	8	3
opolskie	3,60	3,78	3,69	9	3
warmińsko-mazurskie	3,71	3,65	3,68	10	3
lubuskie	3,61	3,68	3,64	11	1
świętokrzyskie	3,52	3,71	3,61	12	1
podkarpackie	3,75	3,46	3,60	13	1
łódzkie	3,49	3,63	3,56	14	1
pomorskie	3,40	3,64	3,52	15	1
mazowieckie	3,41	3,54	3,47	16	1



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

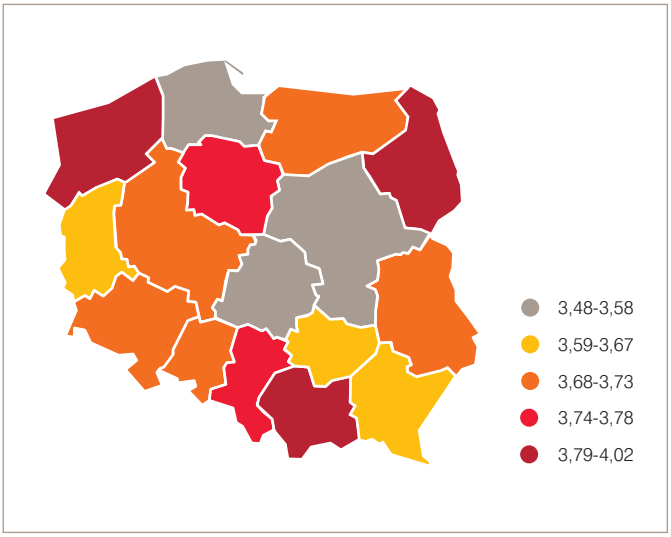
Dane za okres: 2014 r.

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).

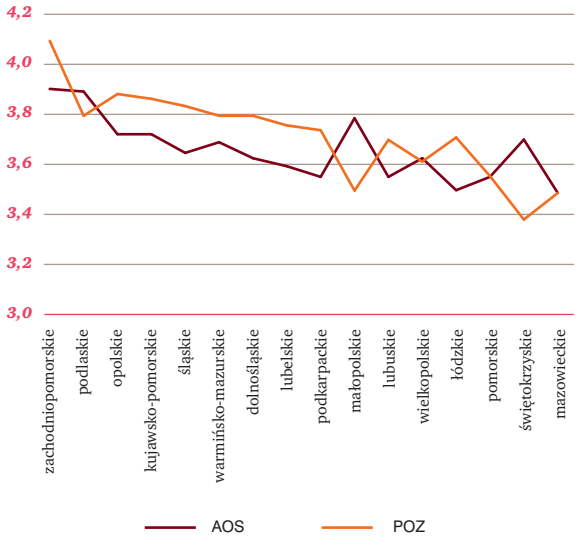
Aktualne wyniki: W kategorii tej najlepiej oceniani byli lekarze województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 4,02), najgorsze oceny wystawili mieszkańcy województwa mazowieckiego (średnia ocen 3,48).

Profesjonalizm lekarzy POZ został najwyżej oceniony w województwie zachodniopomorskim (4,02), najniżej natomiast w województwie pomorskim (3,40). Województw zachodniopomorskie otrzymało również najwyższą ocenę jeśli chodzi kompetencje lekarzy AOS otrzymując średnią notę 4,01. Najgorzej w tej kategorii zostało ocenione województwo podkarpackie (średnia ocen 3,46).



13. Podejście lekarza do pacjenta

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	4,15	3,90	4,02	1	5
podlaskie	3,84	3,89	3,86	2	3
opolskie	3,93	3,73	3,83	3	3
kujawsko-pomorskie	3,91	3,73	3,82	4	3
śląskie	3,88	3,66	3,77	5	3
warmińsko-mazurskie	3,84	3,70	3,77	5	3
dolnośląskie	3,84	3,64	3,74	7	3
lubelskie	3,80	3,61	3,70	8	3
podkarpackie	3,78	3,57	3,67	9	1
małopolskie	3,53	3,79	3,66	10	1
lubuskie	3,74	3,57	3,65	11	1
wielkopolskie	3,65	3,64	3,64	12	1
łódzkie	3,75	3,52	3,63	13	1
pomorskie	3,59	3,57	3,58	14	1
świętokrzyskie	3,41	3,71	3,56	15	1
mazowieckie	3,52	3,51	3,51	16	1



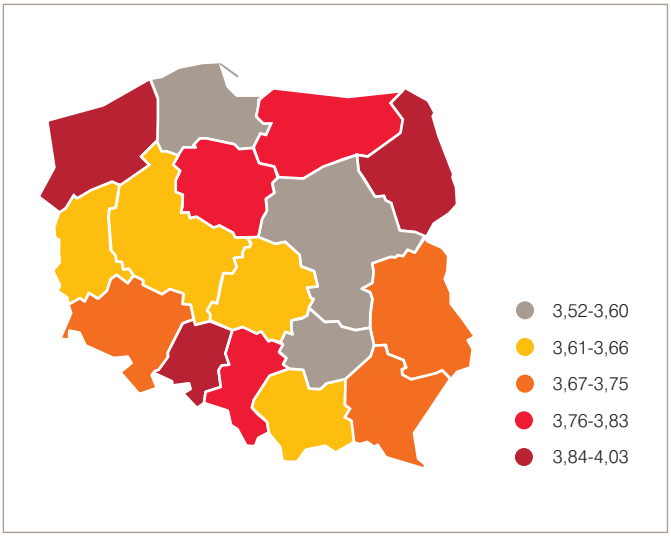
Sposób obliczania: Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

Dane za okres: 2014 r.

Źródło danych: badanie wykonane przez firmę Millward Brown na zlecenie PwC

Interpretacja wskaźnika: Podejście 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.

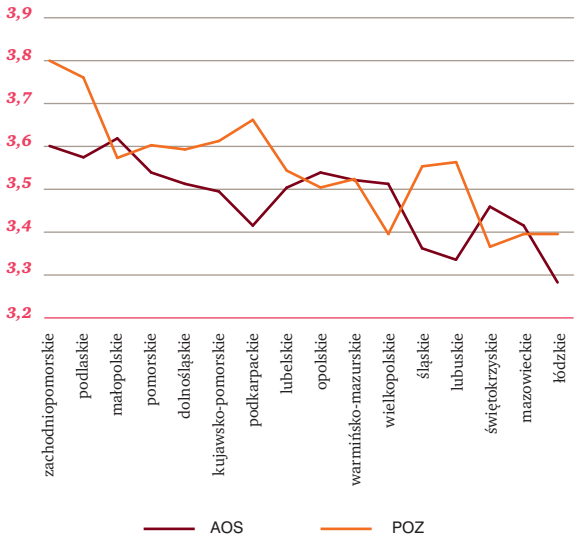
Aktualne wyniki: W tej kategorii najlepiej oceniani byli lekarze województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 4,03), najgorzej natomiast lekarze województwa mazowieckiego (średnia ocen 3,52).



Zdaniem respondentów najlepsze podejście do pacjenta zarówno lekarza POZ jak i AOS występuje 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).

14. Efekty leczenia

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen	Miejsce	Punkty
zachodniopomorskie	3,81	3,64	3,72	1	5
podlaskie	3,77	3,61	3,69	2	5
małopolskie	3,58	3,66	3,62	3	3
pomorskie	3,61	3,57	3,59	4	3
dolnośląskie	3,60	3,54	3,57	5	3
kujawsko-pomorskie	3,62	3,52	3,57	5	3
podkarpackie	3,67	3,43	3,55	7	3
lubelskie	3,55	3,53	3,54	8	3
opolskie	3,51	3,57	3,54	8	3
warmińsko-mazurskie	3,53	3,55	3,54	8	3
wielkopolskie	3,40	3,54	3,47	11	1
śląskie	3,56	3,37	3,45	12	1
lubuskie	3,57	3,34	3,45	13	1
świętokrzyskie	3,37	3,48	3,42	14	1
mazowieckie	3,40	3,43	3,41	15	1
łódzkie	3,40	3,28	3,34	16	1



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

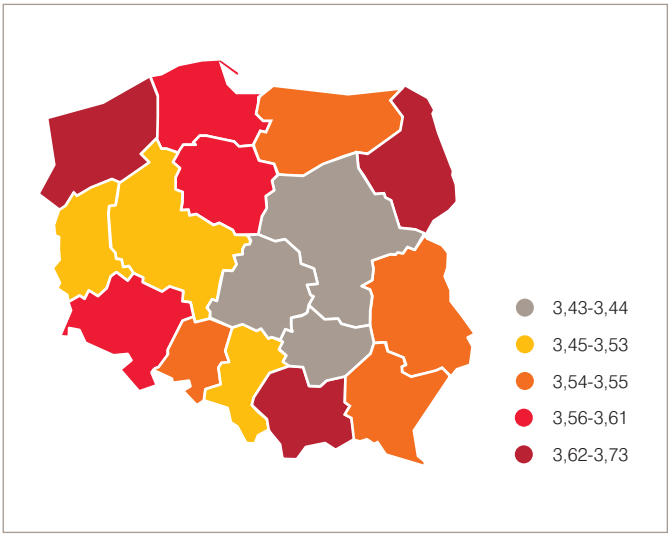
Dane za okres: 2014 r.

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 woj. 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).



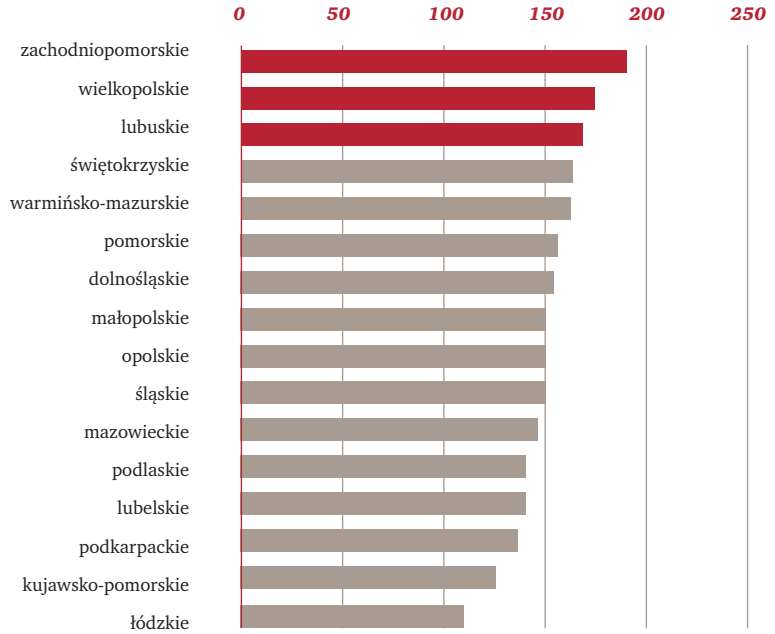
Podsumowanie oceny województw w osiach

Oś I
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.

Rys. 4. Wskaźnik syntetyczny w osi poprawy stanu zdrowia

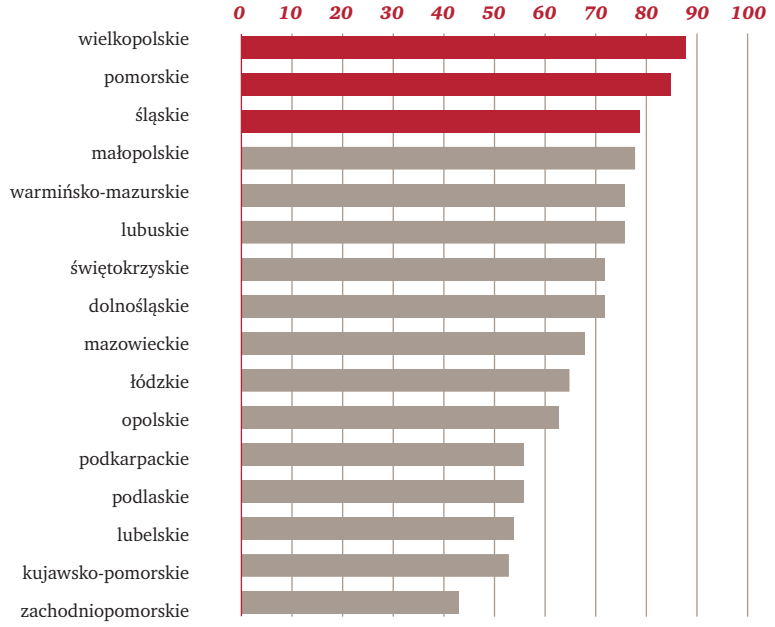


Oś II
Efektywna gospodarka finansowa

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 do 54 pkt.).

Rys. 5. Wskaźnik syntetyczny w osi efektywnej gospodarki finansowej

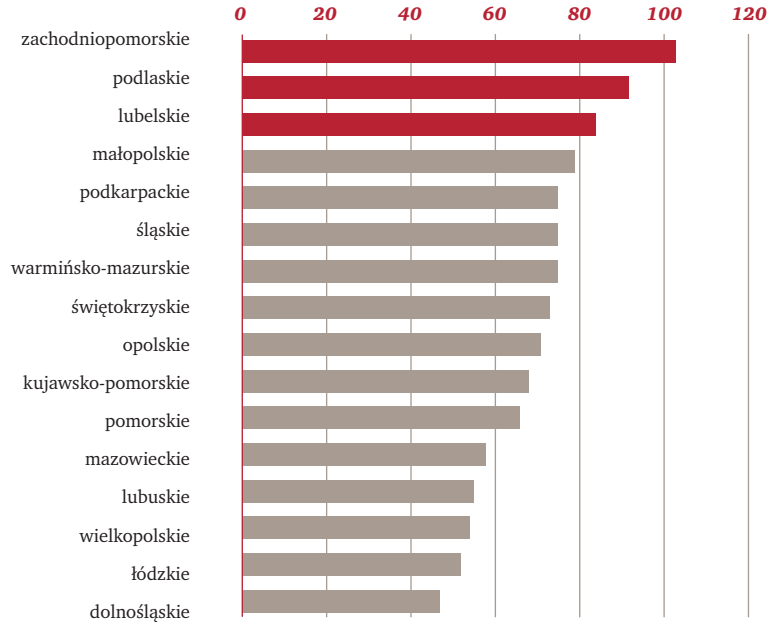


Oś III
Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

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.).

Rys. 6. Wskaźnik syntetyczny w osi jakości konsumenckiej



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 wszystkich 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 I
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 w populacji, które uczestniczyły w badaniu, spośród 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 zajęciem przez to województwo miejsca 13. w obecnym rankingu (10. miejsce w edycji poprzedniej). Mimo, że największy procentowy spadek wskaźnika dotyczył województwa podkarpackiego , to województwo kujawsko-pomorskie, które odnotowało druge największe zmniejszenie odsetka, zanotowało największy spadek w pozycji w rankingu (z miejsca 4. na miejsce 10.). Jedynym województwem, w którym zaobserwowano wzrost wskaźnika było województwo warmińsko-mazurskie (wzrost o prawie 3%), tym samym utrzymując pierwsze miejsce w tej kategorii.

3. Stan zaszczepienia dzieci, BCG

W dalszym ciągu odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych tym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia jest wysoki i oscyluje miedzy 91-96%. W 9 województwach odsetek dzieci zaszczepionych przeciwko gruźlicy w roku 2012 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 w przeciwko odrze-śwince-różyczce

W przypadku wskaźnika dotyczącego zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-śwince-różyczce zaobserwowano bardzo małe różnice w porównaniu z danymi z roku poprzedniego: wartość wskaźnika wzrosła lub zmalała o mniej niż 1 pkt.% we wszystkich województwach. Jednocześnie poziom wyszczepień utrzymuje wysokie wartości i oscyluje między 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 dotyczący 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 województw. Na pierwszym miejscu utrzymało się województwo dolnośląskie, pomimo iż 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 liderem w tej kategorii Indeksu z istotną i powiększającą się różnicą do województwa warmińsko-mazurskiego zajmującego drugie miejsce z najwyższym wskaźnikiem.

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 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 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 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 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 został przeliczony na nowo, ponieważ definicja wskaźnika i źródło danych uległo zmianie w stosunku do zeszłorocznego indeksu.

12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

W 2012 roku w porównaniu do roku 2011 wartości wskaźnika były mniejsze w prawie wszystkich województwach. Największą procentową różnicę odnotowano w województwie świętokrzyskim oraz województwie podkarpackim (ponad 39-procentowy spadek). Odsetek hospitalizowanych wzrósł jedynie w województwie lubuskim oraz podlaskim, odpowiednio o 4,8% oraz 16%. Wskaźnik z 2011 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 zdrowi populacji spadki i wzrosty wskaźnika rozkładały się po 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 dało 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 wartościachtego wskaźnika były stosunkowo niewielkie. U osób, u których rozpoznano raka piersi w roku 2008 w 7 województwach odnotowano pogorszenie się sytuacji w stosunku do chorych z rozpoznaniem z roku 2007. 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 tych z rozpoznaniem 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 w liczbie 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 II
Efektywna gospodarka finansowa

1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych

Wartość wskaźnika, prezentujące dane z roku 2014 zmalała w stosunku do stanu z 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 (wzrost o ponad 5%). Sześć województw utrzymało pozycje z poprzedniej edycji rankingu, w tym województwo śląskie, które utrzymało pozycję lidera.

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

W większości województw zmniejszyła się proporcja wydatków na leczenie 1 dniowe w stosunku do szpitalnych (11 z 16 województw). Największy – ok. 38% – spadek odnotowano w województwie opolskim, w rezultacie czego województwo to zajęło 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 województw malały a w połowie rosły pomiędzy 2014 a 2013 rokiem. Największy spadek odnotowano w województwie wielkopolskim (8.4%), przesuwając 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 osiągania jednego procentu 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-procetowemu 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 jeden procent 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%). Województwo to 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 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, tym samym zajmując ostatnią pozycje 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 województwo to ulokowało się 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. Województwo wielkopolskie pozostało na pierwszym miejscu, a wzrost omawianego wskaźnika w tym województwie był jednym z największych.

Oś III
Jakość konsumencka 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 gospodarstwa 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. Największy procentowy wzrost wydatków zaobserwowano w województwie opolskim (ok. 16%), co poskutkowało spadkiem województwa w rankingu wskaźnika z miejsca pierwszego 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 liczba prezentowana w rankingu z roku poprzedniego. 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 (spadek 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, a województwo to w dalszym ciągu zajmuje 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 dostępem do informacji konsumenckiej, wartość wskaźnika wzrosła we wszystkich województwach. Największy procentowy wzrost wartości odnotowano w województwie świętokrzyskim (wzrost o 29,1%), najmniejszy natomiast w województwie małopolskim (wzrost o 6,1%). Wartość ta wyliczona jest ze średnich wielkości dla POZ i AOS.

6. Dostęp do pomocy lekarskiej

Średnia ocena dostępności do 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 (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 parametr jakim jest 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, w którym wartość wskaźnika wzrosła o ok. 25%. Najmniejszy wzrost zaobserwowano w województwie podkarpackim, które spadło w rankingu tego parametru z miejsca 1. na miejsce 10.

11. Profesjonalizm ikompetencje lekarzy

We wszystkich województwach średnia ocena profesjonalizmu oraz kompetencji lekarzy uległa poprawie. 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 spadkiem tego regionu 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%, a województwo to straciło pozycję lidera i zajęło miejsce 7. w aktualnym rankingu.

Podsumowanie

Tegoroczna, druga edycja *Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia* zbudowana została na podobnej jak poprzednio logice i przy pomocy prawie identycznych wskaźników. Podobnie jak w roku poprzednim, ocena odbywała się w trzech osiach odrębnie i mimo pokusy odstąpiono 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 osiągniecia 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 propozycja 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 rosnąć, a one same będą ewoluować.

Na fali powszechnej dyskusji o dostępności do leczenia, której osią stała się ostatnio dostepność 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 metoda 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 najskuteczniejszych 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 niezłą, czwarta pozycję, natomiast dolnośląskie dość daleko, na pozycję ósmą. W końcu w trzeciej osi, jakości konsumenckiej, w roku 2014 prym wiodły województwa opolskie, podlaskie, zachodniopomorskie. W roku 2015 opolskie spadło na pozycję siódmą, natomiast podlaskie i zachodniopomorskie zachowało swoje miejsca w pierwszej trojce, a dołączyło do nich województwo małopolskie.

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 województw 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 troku 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 zadawać pytanie, o co najbardziej nam chodzi w systemie ochrony zdrowia. Co jest dla nas jako obywateli i pacjentów najważniejsze?

Bibliografia

[1] Smith, P.C., Mossialos, E., et al. (ed.), Performance Measurement for Health System Improvement, Cambridge, UK.: Cambridge University Press, 2009.

[2] WHO, The WOR L D Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance, Geneva: World Health Organisation, 2000.

[3] Healy, J. McKee M., "The role and functions of hospitals." In: M. McKee and J. Healy, eds., Hospitals in a Changing Europe,, Buckingham, UK,: Open University Press, 2002, pp. str.59-80.

[4] Saltman, Rico i Boerma, Primary care in the driver's seat?, Glasgow: Open University Press, 2006.

[5] Nolte, E. and M. McKee, Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective., Maidenhead, UK.: Open University Press/McGraw Hill Education, 2008.

[6] Saltman, R.B. Figueras J, European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies., Copenhagen: WHO, 1997.

[7] Pollack, A., The Privatization of our Health Care., London: Verso, 2004.

[8] Saltman, R.B., "The rise of pragmatism in state/market debate," Health Economics, Policy and Law (4):, pp. str. 1-3., 2009.

[9] Richards D., Smith M.J., "Governance and Public Policy in the UK," Oxford University Press, p. s. 36, (2002).

[10] Robinson, R. LeGrand, J. eds.,, Evaluating the NHS Reforms., Kings Fund Institute, London., 1994.

[11] Mossialos, E., Permanand, G., Baeten, R., and T.K. Hervey,eds., Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy., Cambridge, UK: Cambridge University Press.

[12] Joint Commission, 2014. [Online]. Available: http://www.jointcommission.org/.

[13] WHO, Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za WHO, Copenhagen, 1999.

[14] Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.: Ministerstwo Zdrowia, 2007.

[15] Szymborski J. (ed.), Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, tom II ed., Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

[16] EHCI, Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2005-2013.

[17] Björnberg, A, "Euro Health Consumer Index 2014", Health Consumer Powerhouse, Stokholm, 2014.

[18] Kelley E, Hurst J, Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, Paris: OECD HEALTH WORKING PAPERS, 2006.

[19] Donabedian A, Explorations in quality assessment and monitoring (Vol.1-3), Ann Arbor: Health Administration Press, 1980-1985.

[20] Health Indicators 2013, www.cihi.ca: Canadian Institute of Health Information, 2013.

[21] AIHW, "National Health Performance Framework", 2014. [Online]. Available: http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569.

[22] Department of Health, The NHS Outcomes Framework 2014/15, London, 2013.

[23] The Joint Commission, "Joint Commission Measurement", 2013. [Online]. Available: http://www.jointcommission.org/performance_measurement.aspx. [Accessed 2013].

[24] A. Björnberg, Euro Health Consumer Index 2013, Stokholm, Sweden: Health Consumer Powerhouse Ltd., 2013.

[25] Westert,GP et al., Dutch Health Care Performance Report, Bilthoven,: National Institute for Public Health and the Environment, 2010.

[26] Department of Health, The NHS Outcomes Framework 2011/12, London, 2010.

[27] ARAH,O., WESTERT2,G., HURST J., KLAZINGA, N., "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", International Journal for Quality in Health Care, pp. 5–13, Sept 2006.

[28] Czapiński J., Panek T., „DIAGNOZA SPOŁECZNA 2013 WARUNKI I JAKOŚĆ ŻYCIA POLAKÓW", Contemporary Economics, Volume 7 2013.

[29] International Diabetes Federation; IDF Diabetes Atlas, Sixth Edition, 2013

[30] Zieliński J.; POChP – choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie; Pneumonol. Alergol. Pol. 2007; 75: 2-4

[31] European Commission; Journalist Workshop on Organ donation and transplantation; Recent Facts & Figures 26 November 2014; Brussels

Dane-i-Analizy.pl *sp. z o.o. to spółka start-up utworzona przez byłych oraz obecnych pracowników i studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Firma prowadzi serwis internetowy www.dane-i-analizy.pl posiadający bazę wieloletnich danych, pochodzących ze źródeł naukowych, statystycznych i administracyjnych, prezentowanych w formie map i wykresów. Dostarcza rozwiązania podmiotom, które chcą mieć wpływ na kształt lokalnych map potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie – na założenia lokalnej polityki zdrowotnej.*

Serwis www.dane-i-analizy.pl publikuje 1000 interaktywnych raportów z różnych dziedzin, skierowanych do profesjonalistów – menedżerów, polityków, samorządowców.

Kontakt

Mariusz Ignatowicz

Partner PwC
Lider zespołu ds. ochrony zdrowia
+48 502 184 795
mariusz.ignatowicz@pl.pwc.com

Bernard Waśko

Dyrektor Medyczny PwC
Zespół ds. ochrony zdrowia
+48 519 506 490
bernard.wasko@pl.pwc.com

Jakub Kuziela

Starszy Konsultant PwC
Zespół ds. ochrony zdrowia
+48 519 506 263
jakub.kuziela@pl.pwc.com

Krzysztof Gajda

Prezes Zarządu
dane-i-analizy.pl sp. z o.o.
+48 12 633 72 28
krzysztof.gajda@dane-i-analizy.pl

Monika Natkaniec

Specjalista ds. przetwarzania danych
dane-i-analizy.pl sp. z o.o.
+48 12 633 72 28
monika.natkaniec@dane-i-analizy.pl

Beata Laskowska

Specjalista ds. przetwarzania danych
dane-i-analizy.pl sp. z o.o.
+48 12 633 72 28
beata.laskowska@dane-i-analizy.pl

www.pwc.pl

© 2015 PwC Polska Sp. z o.o. Wszystkie prawa zastrzeżone. W tym dokumencie nazwa “PwC” odnosi się do PwC Polska Sp. z o.o., firmy wchodzącej w skład sieci PricewaterhouseCoopers International Limited, z których każda stanowi odrębny i niezależny podmiot prawny.

ISBN: 978-83-63359-49-2