

Future Proofing Healthcare

The sustainability index

Raport:
**Indeksy FutureProofing Healthcare:
Zrównoważonego Rozwoju
Systemów Ochrony Zdrowia 2019
i Stwardnienia Rozsianego 2019**

Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów



Edycja druga



Future Proofing Healthcare

The sustainability index

Edycja druga

Indeksy FutureProofing Healthcare:

Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 i Stwardnienia Rozsianego 2019

Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów

Cytacja: Raport pt. *Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 i Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019. Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów.*

Autorzy:

Międzynarodowy Panel Ekspertów :

Birgit Bauer
Birgit Beger
Thomas Berger
Dominika Czarnota-Szałkowska
Bogi Eliassen
Mary Harney
Denis Horgan
Panos Kanavos
Elisabeth Kasilingam
Lydia Makaroff
Sven Meuth
Martine Piccart
Jérôme de Sèze

Polski Panel Ekspertów:

Monika Adamczyk-Sowa
Beata Ambroziewicz
Dominika Czarnota-Szałkowska
Małgorzata Gałązka-Sobotka
Ryszard Gellert
Jakub Gierczyński
Wiktor Janicki
Tadeusz Pierńkowski
Tomasz Połec
Konrad Rejdak
Jarosław Sławek
Agnieszka Słowik
Krystyna Wechmann

Opracowanie redakcyjne:

Małgorzata Dziak-Masny, FleishmanHillard Polska
oraz Grzegorz Byszewski, Roche.
Raport powstał we współpracy z firmą Roche.

Zachęcamy do bliższego zapoznania się z Indeksami oraz poszczególnymi miernikami parametrów oceny na stronie **www.FutureProofingHealthcare.com**.
Zapraszamy także do dyskusji na temat Indeksów na portalu lub Twitterze FutureProofingHealthcare Polska
@FuturePrfHlthPL.

Warszawa, listopad 2019



SPIS TREŚCI

WSTĘP	6
I. METODOLOGIA TWORZENIA INDEKSÓW FUTUREPROOFING HEALTHCARE	8
II. INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA 2019	11
1. Wykaz parametrów i mierników Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019	13
2. Wyniki ogólne Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019	14
3. Parametry oceny Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019	16
3.1 Dostęp do opieki zdrowotnej	16
3.2 Kondycja zdrowotna	18
3.3 Innowacyjność	20
3.4 Jakość	22
3.5 Żywotność	24
4. Optymalne rozwiązania wśród liderów rankingu	26
5. Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów	31
5.1 Perspektywa klinicystów	31
5.2 Perspektywa pacjencka	32
5.3 Perspektywa systemowa	35
6. Rekomendacje dla Polski	39

III. INDEKS STWARDNIENIA ROZSIANEGO FUTUREPROOFING HEALTHCARE 2019	40
1. Wykaz parametrów i mierników Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019	41
2. Wyniki Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019	42
3. Parametry oceny Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019	46
3.1 Codzienne funkcjonowanie	46
3.2 Diagnostyka i wyniki leczenia	48
3.3 Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem	50
4. Optymalne rozwiązania wśród liderów rankingu	52
5. Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów	56
5.1 Perspektywa pacjencka	56
5.2 Perspektywa klinicystów	57
5.3 Perspektywa systemowa	59
6. Rekomendacje dla Polski	63
IV. JAK KORZYSTAĆ Z INDEKSÓW FUTUREPROOFING HEALTHCARE?	64
V. LITERATURA	66
Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia	66
Indeks Stwardnienia Rozsianego	69



WSTĘP

Przedstawiamy Państwu raport FutureProofing Healthcare: *Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019* (*The Sustainability Index*) oraz *Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019* (*The Multiple Sclerosis Index*). Indeksy zostały opracowane i opublikowane w 2019 r. na podstawie danych zgromadzonych na internetowej platformie FutureProofing Healthcare. Platforma ta umożliwia tworzenie analiz porównawczych bieżącej kondycji systemów ochrony zdrowia w 30 państwach Europy.

Celem Indeksów FutureProofing Healthcare jest pokazywanie dynamiki zmian systemów ochrony zdrowia. Można dzięki temu dowiedzieć się nie tylko, który system awansuje w rankingu, lecz także i przede wszystkim, który staje się bardziej przyjazny pacjentom i poszukuje rozwiązań odpowiadających na wyzwania przyszłości. Ponadto możliwość porównania zawartych w Indeksach danych z różnych państw o zbliżonym poziomie rozwoju, podobnej historii czy produkcie krajowym brutto per capita sprzyja wymianie doświadczeń i wprowadzaniu zmian z korzyścią dla pacjentów. Szukanie dobrych praktyk i ich naśladowanie jest ważnym elementem poprawy funkcjonowania systemów.

W ramach inicjatywy co roku publikowana jest aktualizacja wyników *Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia* i jednocześnie kreowany jest Indeks, pokazujący kolejne obszary terapeutyczne istotne z punktu widzenia pacjenta. Inicjatorzy Indeksów spojrzeli na rzeczywistość właśnie oczami pacjenta. Dla ludzi chorych wiedza, jak funkcjonują poszczególne obszary terapeutyczne, jest niezwykle ważna. Miejsce systemu w Indeksie jedynie ogólnie

pokazuje, czy system jest dobrze zarządzany, czy ma wystarczające zasoby finansowe, kadrowe i infrastrukturalne. Natomiast Indeksy tworzone dla poszczególnych obszarów terapeutycznych pozwalają na poszukiwanie dobrych praktyk w tych dziedzinach i dzięki temu usprawniają funkcjonowanie całego systemu.

Niniejsza publikacja jest kontynuacją i aktualizacją wyników zeszłorocznego *Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2018* oraz przedstawia wyniki Indeksu Stwardnienia Rozsianego. Publikacji *Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia* towarzyszy każdego roku publikacja Indeksu z wybranego obszaru. W 2018 r. dodatkowej analizie została poddana całościowa opieka nad pacjentami z rakiem piersi, a wyniki w postaci Indeksu Raka Piersi są dostępne na platformie FutureProofing Healthcare.

Indeksy FutureProofing Healthcare zawierają oficjalne i ogólnodostępne dane opublikowane przez prestiżowe instytucje, takie jak WHO, OECD, Bank Światowy, Eurostat, oraz magazyny naukowe, np. „Lancet”, w związku z czym stanowią wiarygodne i rzetelne źródło informacji. Platforma FutureProofing Healthcare generując dane z kilkudziesięciu źródeł, prezentuje znacznie większą liczbę i szerszy zakres danych niż jakikolwiek inny publicznie dostępny indeks. Co więcej, Indeksy stanowią nie tylko zbiór danych, lecz także narzędzie do ich udostępniania. Użytkownicy platformy mogą dowolnie filtrować parametry oceny i porównywać systemy według indywidualnie dobranych kryteriów. Wszyscy – od pracowników służby zdrowia, poprzez regulatorów, decydentów i płatników, aż po pacjentów – mogą czerpać

z Indeksów istotne informacje dotyczące wybranego problemu lub konkretnego obszaru zainteresowań. Dzięki analizom FutureProofing Healthcare użytkownicy mogą sięgać do najlepszych praktyk krajów, które w poszczególnych dziedzinach znalazły się wysoko w rankingu.

Ponadto publikacja Indeksów stanowi punkt wyjścia do rozmów o przyszłości ochrony zdrowia w Europie oraz w poszczególnych krajach. Zrównoważony rozwój systemów ochrony zdrowia polega na skutecznym wykorzystywaniu zasobów w sposób zapewniający, że dzisiejsze i przyszłe systemy są i będą oparte o trwałe, stabilne i odporne na przyszłe wyzwania mechanizmy opieki nad pacjentami. Zagadnienie zrównoważonego rozwoju systemów ochrony zdrowia cieszy się dużym zainteresowaniem ze względu na wiele wyzwań, przed jakimi stoi sektor ochrony zdrowia w każdym z europejskich krajów. Do wyzwań tych należą: wzrost częstotliwości występowania chorób przewlekłych, zjawisko starzenia się społeczeństwa oraz konieczność zagwarantowania pacjentom dostępu do nowoczesnych terapii, które pozwolą wydłużyć ich życie w dobrej kondycji. Należyta odpowiedź na te wyzwania mogą zapewnić środki, o których przeznaczeniu na ochronę zdrowia decydują politycy.

Celem Indeksów jest odejście od rozmów skupiających się wyłącznie na wydatkach, ponieważ samo rozwiązywanie kwestii finansowych nie wystarczy, aby zlikwidować istniejące problemy w sektorze opieki zdrowotnej. Jednak trudno nie zauważyć, że liderzy rankingów to kraje o najwyższych dochodach oraz PKB per capita. Dlatego w analizie wyników nie da się uciec od kwestii finansowych. Jednym z efektów presji budżetowej jest powiększająca się przepaść między krajami, w których obywatele mają szeroki dostęp do opieki zdrowotnej, a tymi

krajami, w których prawne regulacje istotnie zawężają krąg odbiorców nowych technologii medycznych. Trudno bowiem porównywać np. Szwajcarię z wydatkami na poziomie 7317 USD rocznie na osobę z Polską, gdzie te wydatki wynoszą 2056 USD¹.

W odpowiedzi na niemal powszechnie występujące braki kadrowe oczekuje się, że w przyszłości rozwój systemów opieki zdrowotnej będzie kształtowany przez zarządzanie danymi, usługi cyfrowe i tęczność. W związku z ogromnym wzrostem mocy obliczeniowych dostępnych sieci nowe technologie mają szansę utorować drogę do prawdziwie wydajnego i zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej. Dzisiejsze wyzwanie polega na zapewnieniu, że zmiany, które nas czekają, zagwarantują wszystkim sprawiedliwy dostęp do zdobyczy cywilizacji.

Powszechny i równy dostęp do opieki zdrowotnej jest głównym założeniem towarzyszącym powstaniu Indeksów FutureProofing Healthcare. Istniejące systemy ochrony zdrowia są w większości przypadków pod dużą presją negatywnych czynników ekonomiczno-demograficznych, będących zresztą także następstwem sukcesów medycyny. W związku z tym społeczeństwa Europy stoją przed dylematem: albo zaczniemy działać, albo będziemy mierzyć się ze skutkami beczynności.

Mamy nadzieję, że niniejszy raport towarzyszący prezentacji Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 oraz Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 przyczyni się do pogłębionej i owocnej dyskusji na temat efektywnej organizacji ochrony zdrowia i opieki nad pacjentami w Polsce.



I. METODOLOGIA TWORZENIA INDEKSÓW FUTUREPROOFING HEALTHCARE

Nad stworzeniem Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 oraz Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 pracował zespół złożony z ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia. Celem zespołu było stworzenie całkowicie niezależnego i kompleksowego narzędzia oraz zainicjowanie dyskusji na temat przyszłości ochrony zdrowia. W skład Międzynarodowego Panelu Ekspertów weszli w kolejności alfabetycznej:

- **Birgit Bauer** – dziennikarka, blogerka pisząca na temat potrzeb osób żyjących ze stwardnieniem rozsianym, specjalistka ds. mediów społecznościowych
- **Birgit Beger** – Dyrektorka Zarządzająca Europejskiej Organizacji Onkologicznej (European CanCer Organisation ECCO)
- **Thomas Berger** – Profesor Katedry Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu
- **Dominika Czarnota-Szałkowska** – Pełnomocnik Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego
- **Bogi Eliassen** – Partner Stowarzyszony Kopenhaskiego Instytutu Badań nad Przyszłością
- **Mary Harney** – była Wicepremier i Minister Zdrowia w Irlandii
- **Denis Horgan** – Dyrektor Wykonawczy Europejskiego Sojuszu na Rzecz Medycyny Spersonalizowanej
- **Panos Kanavos** – Profesor Nadzwyczajny Międzynarodowej Polityki Zdrowotnej Londyńskiej Szkoły Ekonomicznej
- **Elisabeth Kasilingam** – Dyrektorka Zarządzająca Europejskiej Platformy Stwardnienia Rozsianego
- **Lydia Makaroff** – Dyrektorka Europejskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
- **Sven Meuth** – Profesor Katedry Neurologii Instytutu Neurologii Translacyjnej i Kliniki Neurologii Uniwersytetu w Münster
- **Martine Piccart** – Profesor Onkologii na Uniwersytecie Lube de Bruxelles, była Prezes Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
- **Jérôme de Sèze** – Dziekan Wydziału Neuroimmunologicznego Uniwersytetu w Strasburgu

Proces tworzenia Indeksów 2019



Rysunek nr 1: Proces tworzenia Indeksów 2019.

Międzynarodowy Panel Ekspertów wypracował metodologię pomiaru, zasady gromadzenia danych i weryfikacji ich źródeł oraz przygotował narzędzie w jego końcowym kształcie. Grono specjalistów zapewniło neutralne podejście, kompleksowy zasięg i bezstronność interpretacji wyników danych.

Wszelkie dane przetwarzane przez FutureProofing Healthcare pochodzą z publicznie dostępnych źródeł, których wiarygodność została potwierdzona przez Międzynarodowy Panel Ekspertów. Zgromadzone dane dotyczą wydajności systemów ochrony zdrowia i stanowią wspólnie jedno wyczerpujące źródło informacji na temat zrównoważonego rozwoju systemów zdrowotnych trzydziestu państw Europy. Źródła, z których pochodzą dane, to: Bank Światowy, UNICEF, Europejska Agencja Środowiska (European Environment Agency, EEA), Eurostat, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control), Europejski Urząd Patentowy, Światowe Forum Ekonomiczne oraz inicjatywa Komisji Europejskiej w sprawie raka piersi. Dodatkowo przy tworzeniu Indeksów uwzględniono również dane pochodzące z wiodących publikacji naukowych. W rezultacie stworzono publiczną, interaktywną platformę typu open source, która kompleksowo wspiera prowadzenie dialogu na temat zrównoważonego rozwoju systemu ochrony zdrowia. Wartością dodaną FutureProofing Healthcare jest niewątpliwie to, że funkcjonuje on jako ogólno-

dostępne repozytorium danych ułatwiające analizowanie i opracowywanie informacji.

Proces decydowania o tym, które wskaźniki powinny zostać uwzględnione przy tworzeniu Indeksów, był bardzo restrykcyjny. Pierwszym krokiem była obszerna analiza ukierunkowana na identyfikację potencjalnych źródeł danych. Zespół ekspertów FutureProofing Healthcare na wstępie ustalił następujące kryteria włączania wybranych wskaźników do Indeksów:

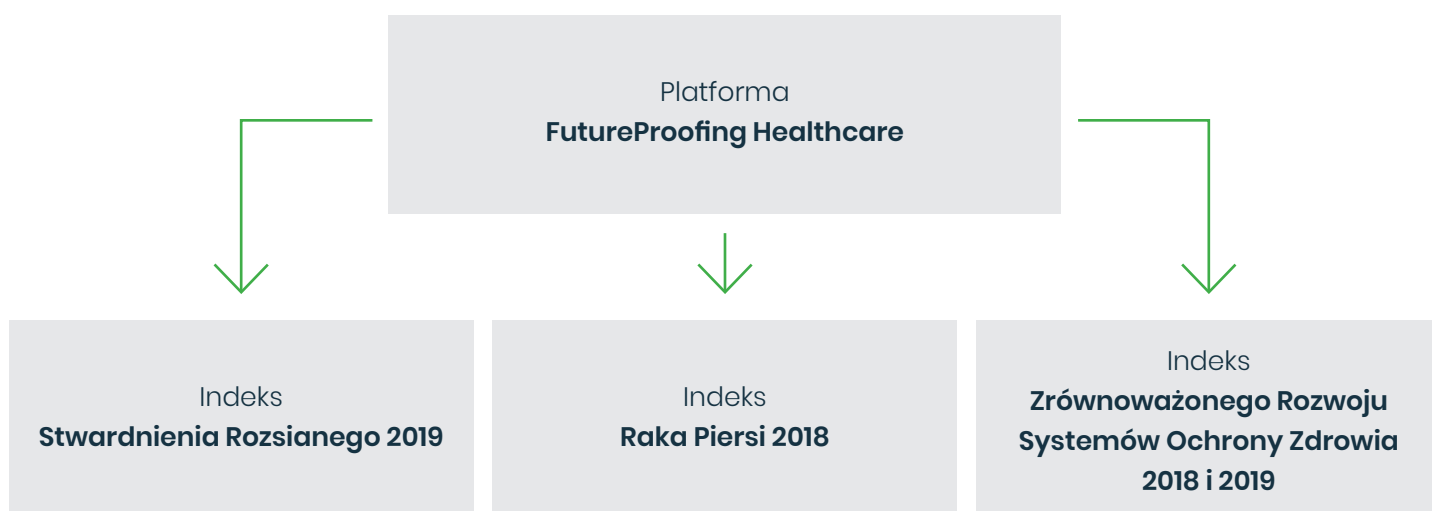
- **zasięg:** potwierdzenie, że dane obejmują wszystkie lub większość analizowanych państw,
- **możliwość konwersji:** potwierdzenie, że dane można przeskalować,
- **możliwość śledzenia w czasie:** systematyczność gromadzenia danych lub prawdopodobieństwo, że zostaną ponownie zebrane w przyszłości,
- **adekwatność:** stwierdzenie, że dane są istotne dla oszacowania konkretnego parametru oceny,
- **wiarygodność:** zweryfikowanie, że źródła i metoda zbierania danych są godne zaufania.

Chcąc jak najlepiej przełożyć wyniki i rekomendacje Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 oraz Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 na warunki polskiego systemu ochrony zdrowia, w październiku 2018 r. zainicjowano działania Polskiego Panelu Ekspertów.

W skład Polskiego Panelu Ekspertów Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 oraz Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 weszli w kolejności alfabetycznej:

- **Dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa** – Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Prezes-Elekt Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- **Beata Ambroziewicz** – Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów
- **Dominika Czarnota-Szałkowska** – Pełnomocnik Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego
- **Dr n. ekon. Małgorzata Gałzka-Sobotka** – Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego
- **Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert** – Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
- **Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA** – Ekspert systemu ochrony zdrowia
- **Wiktor Janicki** – Dyrektor generalny Roche Polska
- **Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski** – Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi
- **Tomasz Połec** – Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego
- **Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak** – Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- **Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek** – Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- **Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik** – Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii
- **Krystyna Wechmann** – Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Struktura Indeksów FutureProofing Healthcare:



Rysunek nr 2: Struktura Indeksów FutureProofing Healthcare.



II. INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA 2019 FUTUREPROOFING HEALTHCARE

Zgodnie z definicją przyjętą przez Unię Europejską zrównoważony rozwój ma na celu zaspokajanie potrzeb obecnego pokolenia w taki sposób, aby umożliwić przyszłym pokoleniom zaspokojenie swoich potrzeb. Opiera się on na kompleksowym podejściu łączącym kwestie gospodarcze, społeczne i środowiskowe w sposób, który zapewnia ich wzajemne wzmocnienie się². Realizacja zdefiniowanych celów zrównoważonego rozwoju w zakresie systemu ochrony zdrowia to kompleksowe działania na rzecz dobrego zdrowia i jakości życia obywateli, zmniejszanie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz wdrażanie innowacyjności³.

Celem Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia jest prezentacja obecnego stanu systemów ochrony zdrowia w Europie, wskazanie dobrych rozwiązań i rozpoczęcie dyskusji nad sposobami zaspokajania ujawnionych potrzeb.

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 jest kontynuacją oraz aktualizacją Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2018. Narzędzie to dostępne jest na anglojęzycznej platformie www.futureproofinghealthcare.com.

W 2019 r. Międzynarodowy Panel Ekspertów nieznacznie zmienił metodologię Indeksu, dodając lub usuwając niektóre mierniki. Wśród nowych mierników mamy takie, jak liczba farmaceutów kończących studia oraz wydatki na profilaktykę, które zasiliły para-

metr *Żywotność*, czy ważny z punktu widzenia rozwoju technologii cyfrowych wskaźnik wykorzystywania narzędzi e-zdrowia, który uzupełnił parametr *Innowacyjność*.

Cztery dodatkowe wskaźniki zostały wzięte pod uwagę w parametrze *Kondycja zdrowotna* społeczeństwa, są to DALYs – liczba lat życia skorygowana o niepełnosprawność oraz liczba przypadków gruźlicy i szacunkowy stan zdrowia psychicznego wg WHO. Liczba przypadków zgonów z powodu zapalenia wątroby zastąpiła wcześniejszy wskaźnik liczby zgonów z powodu raka płuca. Z parametru tego został także usunięty miernik śmiertelności z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz wskaźnik zgonów z powodu chorób niezakaźnych.

W parametrze *Dostęp do opieki zdrowotnej* pojawiły się mierniki opóźnień w dostępie do leków, wskaźnik dostępności procentowej leków, liczba aparatów rezonansu magnetycznego na milion mieszkańców oraz liczba praktykujących farmaceutów. W tegorocznej edycji został pominięty wskaźnik odsetka pacjentów wymagających radioterapii.

Parametr *Jakość* został poszerzony o mierniki zgonów, którym można zapobiec, samoocenę zdrowotną, odporność na antybiotyki przeciw gronkowcom oraz zakażenia szpitalne. Mierniki te zastąpiły liczbę utraconych lat z powodu zanieczyszczenia powietrza oraz miernik zadowolenia z życia w skali 0-10.

2. https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-approach-sustainable-development_pl

3. <http://www.un.org/pl/>

Główną zmianą jest dodanie dwóch państw – Szwajcarii i Norwegii, które w obecnym rankingu plasują się na pozycjach liderów. Mimo, że w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia porównano systemy pod kątem 57 zmierzających, to wyraźnie widać, że wyniki są wysoko skorelowane z nakładami na ochronę zdrowia. To dowodzi temu, że jednak wartość inwestycji w ochronę zdrowia jest determinantą poprawy funkcjonowania systemu, a dodatkowe inne rozwiązania systemowe są istotne, ale nie mają kluczowego znaczenia. Inaczej mówiąc nie ma możliwości istotnej poprawy miejsca systemu ochrony zdrowia w Indeksie bez zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, a zmiany organizacyjne mogą tę pozycję tylko nieznacznie zmienić.

Na Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 składa się pięć parametrów oceny:

- 1. Dostęp do opieki zdrowotnej:**
sprawdza w jakim stopniu dostęp do leczenia, diagnostyki lub technologii mają osoby, które tego potrzebują.

- 2. Kondycja zdrowotna:** ocenia aktualny stan zdrowia populacji w danym kraju.
- 3. Innowacyjność:** ocenia inwestycje w opracowywanie nowych metod leczenia lub technologii zarówno przez odpowiednie władze, jak i sektor prywatny.
- 4. Jakość:** mierzy jakość świadczeń opieki na podstawie wyników leczenia pacjentów.
- 5. Żywotność:** (Wyzwania przyszłości)
– rozważa zdolność systemu opieki zdrowotnej do zaspokajania potrzeb ludności w przyszłości i ocenia stan zasobów, które zapewniają wszechstronną zdolność adaptacji do innowacji.

Każdy z parametrów oceny składa się z poszczególnych mierników:

- 1. Dostęp do opieki zdrowotnej** – 12
- 2. Kondycja zdrowotna** – 15
- 3. Innowacyjność** – 8
- 4. Jakość** – 9
- 5. Żywotność** – 13

Łącznie Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 zbudowany jest na danych z **57 mierników**.

Organizacja Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019:



Rysunek nr 3: Organizacja Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019.

1 WYKAZ PARAMETRÓW I MIERNIKÓW INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA 2019.

 Dostęp do opieki zdrowotnej	 Kondycja zdrowotna	 Innowacyjność	 Jakość	 Żywotność
Dostępność technologii medycznych – liczba kamer gamma na 100 tys. mieszkańców	Choroby przewlekłe – standaryzowany wg wieku wskaźnik zgonów z powodu chorób przewlekłych na 100 tys. mieszkańców	Dostęp do e-zdrowia	Zgony, którym można zapobiec – wskaźniki śmiertelności na 100 tys. mieszkańców	Konsumpcja alkoholu na osobę w litrach
Wydatki własne jako odsetek bieżących wydatków na zdrowie	DALY – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność	Współpraca biotechnologiczna – współpraca międzynarodowa w obszarze nauk przyrodniczych	Odporność na leczenie przeciwbakteryjne (gronkowiec złocisty)	Roczne wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w euro
Badania przesiewowe noworodków – liczba chorób, na które bada się noworodki	Zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych – standaryzowane wg wieku na 100 tys. mieszkańców	Znaczące publikacje – wpływ publikacji naukowych w dziedzinie medycyny mierzonych za pomocą indeksu Hirscha	Szczęście – ranking szczęścia w skali 0–10	Różnica długości życia w zależności od pci
Potrzeby zdrowotne – odsetek osób deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne z powodu barier finansowych, czasów oczekiwania lub odległości	Odsetek chorych na cukrzycę w populacji	Wydatki rządowe na badania i rozwój w ochronie zdrowia	Zakażenia szpitalne – odsetek pacjentów hospitalizowanych z przynajmniej jedną infekcją związaną z opieką zdrowotną	Liczba lekarzy rezydentów na 100 tys. mieszkańców rocznie
Opóźnienia w dostępie do refundacji – średni czas między rejestracją w UE a refundacją w danym kraju	Liczba wypadków śmiertelnych na 100 tys. zatrudnionych	Patenty w zakresie technologii medycznych na 100 tys. mieszkańców	Nierówności w dostępie do ochrony zdrowia zależne od dochodu	Liczba absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa na 100 tys. mieszkańców rocznie
Liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców	Liczba zakażeń HIV na 1 tys. mieszkańców	Patenty farmaceutyczne na 100 tys. mieszkańców	Udział osób powyżej 16. r.ż. z ograniczeniami wynikającymi z niepełnosprawności	Liczba absolwentów farmacji na 100 tys. mieszkańców rocznie
Liczba praktykujących farmaceutów na 100 tys. osób	Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu celowego samookaleczenia na 100 tys. mieszkańców	Ochrona praw własności	Śmiertelność okołoporodowa matek na 100 tys. porodów	Udział osób otyłych w ogólnej liczbie populacji
Liczba psychiatrów na 100 tys. osób	Oczekiwana długość życia w latach	Wydatki na badania i rozwój – wydatki krajowe brutto na badania i rozwój	Śmiertelność noworodków na 1 tys. urodzeń żywych	Udział lekarzy poniżej 35 roku życia w procentach
Liczba pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców	Śmiertelność z powodu nowotworów – wskaźnik standaryzowany wg wieku na 100 tys. mieszkańców		Odsetek osób postrzegających swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre	Wydatki na profilaktykę jako odsetek całkowitych wydatków na zdrowie
Liczba szpitalnych sal operacyjnych w szpitalu na 100 tys. mieszkańców	Aktywność fizyczna – odsetek osób poświęcających co najmniej 2,5 godz. tygodniowo na aktywność fizyczną			Prognozowany współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (ODR)
Liczba praktykujących lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Liczba przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców			Palenie – konsumpcja tytoniu jako odsetek osób codziennie palących papierosy w populacji ogólnej
Wskaźnik dostępności leków refundowanych – stosunek liczby leków refundowanych w danym kraju do leków zarejestrowanych w UE	Odsetek osób 65+ zaszczepionych przeciwko grypie w ostatnich 12 miesiącach			Odsetek matek poniżej 20. r.ż. w procentach
	Szczepienia niemowląt przeciw odrze – odsetek niemowląt zaszczepionych przeciwko odrze			Średnia liczba godzin pracy przepracowanych w ciągu tygodnia
	Liczba zgonów spowodowanych zapaleniem wątroby			
	Szacunkowy stan zdrowia psychicznego wg WHO			

Tabela nr 1: Wykaz parametrów i mierników Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019.

2 WYNIKI OGÓLNE INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA 2019.

Pierwsze miejsce w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 zajęła Norwegia, zdobywając 77 punktów na 100 możliwych. Drugie miejsce zajęła Szwajcaria z 75 punktami, trzecie Dania i Szwecja z 74 punktami. Średnia europejska wyniosła 55 punktów. Zamieszczona poniżej mapa rozbieżności pozwala dostrzec miejsca poszczególnych krajów w ramach ogólnego rankingu oraz pięciu parametrów. Odcienie koloru zielonego obrazują najwyższe miejsca w rankingu, odcienie żółtego – środkowe, natomiast odcienie czerwonego najniższe.

	NO	CH	DK	SE	NL	DE	FI	AT	UK	BE	LU	IE	ES	IT	FR	MT	SI	CY	PT	CZ	GR	SK	HR	PL	EE	HU	RO	LT	BG	LV
Ogólny wynik	1	2	3	3	5	6	7	8	9	10	10	12	13	14	14	16	17	18	19	19	19	22	23	23	25	25	27	27	29	30
Dostęp do opieki zdrowotnej	3	2	4	5	9	1	8	6	14	7	10	15	12	10	13	19	19	19	23	17	16	23	22	27	28	17	26	23	28	28
Kondycja zdrowotna	4	1	4	2	4	8	2	12	7	8	13	10	11	21	14	17	19	14	17	19	14	22	27	23	24	25	28	30	25	29
Innowacyjność	5	1	2	7	2	2	10	8	5	11	9	13	15	14	11	22	17	25	17	23	21	28	19	19	16	26	28	23	30	26
Jakość	1	3	5	1	4	11	9	7	15	14	7	9	5	12	13	18	17	15	27	20	25	20	27	18	23	23	29	26	22	30
Żywotność	1	13	2	5	4	15	8	15	9	11	12	3	17	6	20	6	9	22	19	24	25	20	17	25	25	28	13	23	30	29

Tabela nr 2: Wizualna mapa termiczna ogólnych wyników Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019.

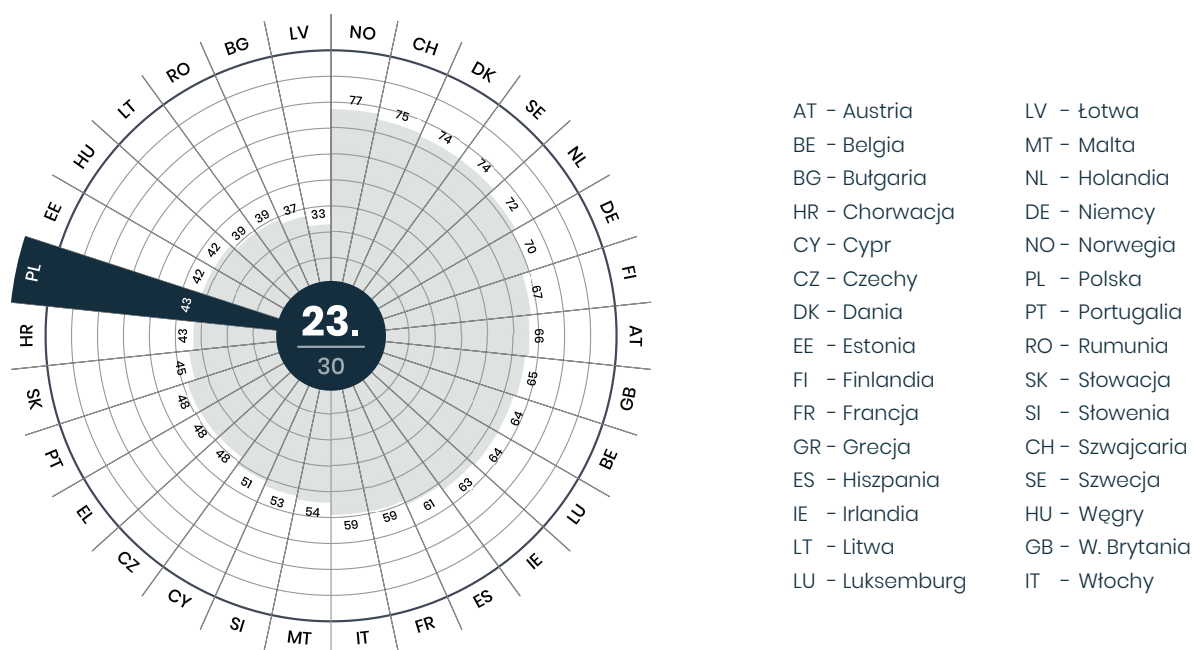
AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Łotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 wykazały silne różnice regionalne w zrównoważeniu systemów opieki zdrowotnej w całej Europie, przy czym Szwajcaria i kraje skandynawskie są liderami rankingu, a większość niższych miejsc analizy zajmują kraje położone na wschodzie Europy, takie jak Łotwa, Bułgaria, Rumunia i Litwa. Bardzo wyraźną dysproporcję można zauważyć w kontekście dostępu do leczenia w po-

szczególnych krajach. Najlepsza dostępność do leków jest w Niemczech, Danii czy Wielkiej Brytanii, a najmniejsza na Łotwie i Litwie, przy czym istnieje ogromna różnica punktowa pomiędzy tymi krajami. Hiszpania, Norwegia i Włochy osiągnęły z kolei dobre wyniki w mierniku inicjatyw z zakresu e-zdrowia i można je uznać za przykład dla innych krajów, które chcą zbudować silniejsze podstawy do cyfryzacji świadczeń opieki zdrowotnej.

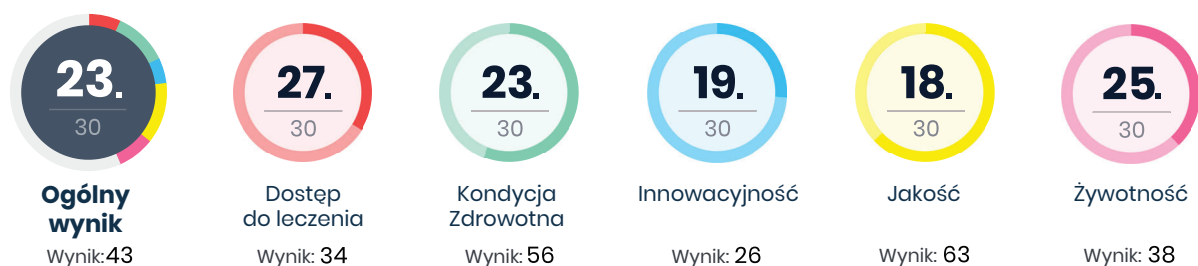
POLSKA

Polska zajęła 23. miejsce *ex aequo* z Chorwacją, zdobywając 43 punkty. Oznacza to, że mimo iż dodano do Indeksu dwa kraje, Polska awansowała z 25 na 23 miejsce, zdobywając o dwa punkty więcej niż rok wcześniej. O ile w 2018 r. za nami była tylko Rumunia, Łotwa i Bułgaria, o tyle w 2019 r. wyprzedziliśmy dodatkowo Litwę (39 punktów), Węgry (42 punkty) i Estonię (42 punkty).



Wykres nr 1: Ogólne wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019.

Spośród 5 parametrów oceny, najwyższe wyniki Polska odnotowała w parametrach *Jakość* (18. miejsce) i *Innowacyjność* (19. miejsce). W parametrze *Kondycja zdrowotna* Polska zajęła 23. pozycję, w parametrze *Żywotność* – 25., a w parametrze *Dostęp do leczenia* odległe – 27. miejsce.



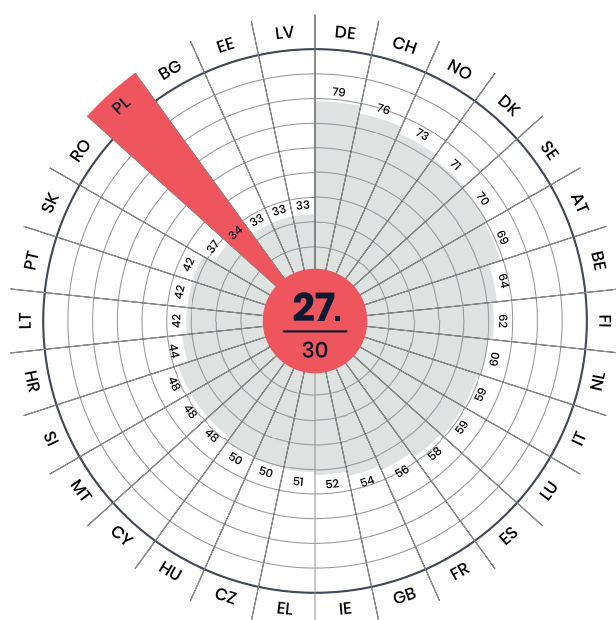
Rysunek nr 4: Wyniki dla Polski - wynik ogólny i parametry oceny Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019.

3 PARAMETRY OCENY INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA 2019.

3.1 Dostęp do opieki zdrowotnej

W parametrze oceny *Dostęp do opieki zdrowotnej* pięć krajów zdobyło 70 punktów i więcej na 100 możliwych. Średnia europejska wyniosła 53 punkty. **Polska zajęła 27. miejsce, zdobywając 34 punkty, i jest to najniższy wynik spośród wszystkich parametrów Indeksu.** Oznacza także spadek z 26. miejsca,

które Polska osiągnęła w 2018 r. Jednak biorąc pod uwagę dodanie dwóch mocnych liderów Norwegii i Szwajcarii – można przyjąć, że wynik Polski się poprawił. Na tak słabą pozycję Polski w tym parametrze nadal rzutuje nierozwiązany problem z kolejkami do specjalistów.



1 Niemcy	79
2 Szwajcaria	76
3 Norwegia	73
4 Dania	71
5 Szwecja	70
17 Czechy	50
19 Słowenia	48
27 Polska	34

Wykres nr 2: Wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 w parametrze oceny *Dostęp do opieki zdrowotnej*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Na wynik Polski wpływ mają m.in. mierniki, takie jak:

- Niezaspokojone potrzeby zdrowotne – Polska zajęła pod tym względem 26. miejsce (niżej o dwie pozycje niż w rankingu z 2018 r.) z taką samą liczbą punktów jak Rumunia; chociaż oba te kraje zdobyły relatywnie dużo punktów (60), to jednak na tle innych jest to jeden z najgorszych wyników.
- Liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców – Polska zajęła również 26. miejsce, *ex aequo* ze Słowacją, Czechami i Wielką Brytanią (20 pkt).
- Praktykujący lekarze (30. miejsce), liczba psychiatrów (25. miejsce) oraz dostępność do terapii (25. miejsce).
- Liczba kamer gamma na 100 tys. mieszkańców – Polska zdobyła najmniej punktów ze wszystkich 30 krajów Europy (10), znajdując się na ostatniej pozycji *ex aequo* m.in. z Bułgarią, Litwą, Łotwą, Rumunią i Estonią.

Parametry, które podnoszą miejsce Polski w rankingu, to:

- Badania przesiewowe noworodków – Polska zajęła 8. miejsce, zdobywając tyle samo punktów co Niemcy (70).
- Liczba farmaceutów oraz liczba sal operacyjnych w szpitalach na 100 tys. mieszkańców – oba mierniki plasują Polskę na 17. miejscu wśród 30 krajów Europy.

Dostęp do opieki zdrowotnej

Wyniki dla Polski:

miejsce:

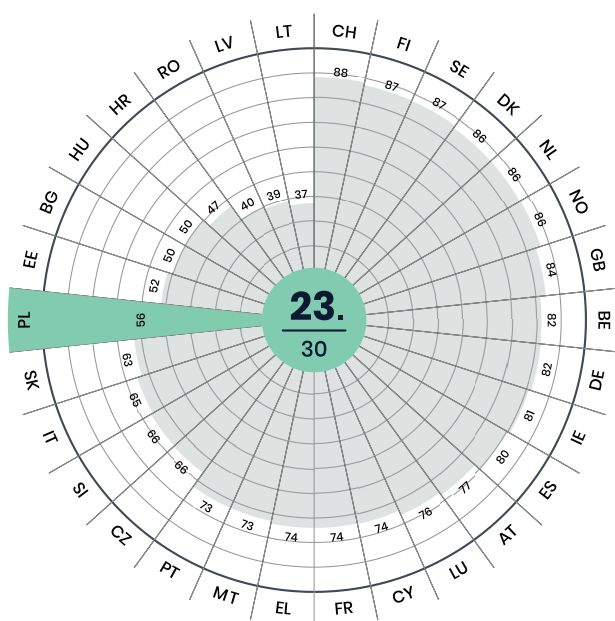
Dostępność technologii medycznych – liczba kamer gamma na 100 tys. mieszkańców	25
Wydatki własne jako odsetek bieżących wydatków na zdrowie	18
Badania przesiewowe noworodków – liczba chorób, na które bada się noworodki	8
Potrzeby zdrowotne – odsetek osób deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne z powodu barier finansowych, czasów oczekiwania lub odległości geograficznych	26
Opóźnienia w dostępie do refundacji – średni czas między rejestracją w UE a refundacją w danym kraju	27
Liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców	26
Liczba praktykujących farmaceutów na 100 tys. osób	17
Liczba psychiatrów na 100 tys. osób	25
Liczba pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców	23
Liczba szpitalnych sal operacyjnych w szpitalu na 100 tys. mieszkańców	17
Liczba praktykujących lekarzy na 100 tys. mieszkańców	30
Wskaźnik dostępności leków refundowanych – stosunek liczby leków refundowanych w danym kraju do leków zarejestrowanych w UE	25

Tabela nr 3: Wyniki dla Polski w parametrze oceny Dostęp do opieki zdrowotnej.

3.2 Kondycja zdrowotna

W parametrze oceny *Kondycja zdrowotna* aż 10 krajów zdobyło więcej niż 80 punktów na 100 możliwych. Średnia europejska wynosi 69 punktów.

Polska zajęła 23. miejsce z 56 punktami – utrzymując tym samym pozycję z ubiegłego roku.



1 Szwajcaria	88
2 Finlandia	87
2 Szwecja	87
4 Dania	86
4 Norwegia	86
19 Czechy	66
19 Słowenia	66
23 Polska	56

Wykres nr 3: Wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 w parametrze oceny *Kondycja zdrowotna*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Łotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Nienajlepsza pozycja kraju spowodowana jest niskimi notami wg mierników takich jak DALYs, czyli liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność oraz zapadalność na cukrzycę. W pierwszym przypadku Polska zajmuje 23. miejsce z 50 punktami (tak samo jak Estonia). W drugim przypadku plasujemy się na 21. miejscu (spadek z 18. miejsca), zdobywając tylko 20 punktów (10 punktów zdobyły kraje z ostatniego miejsca rankingu, m.in. Bułgaria i Malta).

Również pod względem aktywności fizycznej Polska nie wypada dobrze – zajmujemy 26. miejsce z 20 punktami (podobnie jak w ubiegłym roku). Za Polską w tym mierniku uplasowała się tylko Rumunia i Bułgaria.

Na wynik Polski wpływ miały również: utrzymująca się wysoka śmiertelność z powodu nowotworów (26. miejsce) oraz liczba samookaleczeń (23. miejsce).

Polska zajęła natomiast 1. miejsce wg miernika liczby wypadków śmiertelnych na 100 tys. zatrudnionych osób, zdobywając maksymalną możliwą liczbę punktów – 100. Taki sam wynik osiągnęły: Finlandia, Holandia, Niemcy, Szwecja i Wielka Brytania. Nasz kraj zajął względnie dobrą pozycję również wg miernika szczepień noworodków przeciw odrze – 9. miejsce. Tu mamy do czynienia z dużą poprawą w stosunku do ubiegłorocznego rankingu, kiedy Polska znalazła się na 12. pozycji.

Kondycja zdrowotna

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Choroby przewlekłe – standaryzowany wg wieku wskaźnik zgonów z powodu chorób przewlekłych na 100 tys. mieszkańców	22
DALYs – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność	23
Zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych – standaryzowane wg wieku na 100 tys. mieszkańców	22
Odsetek chorych na cukrzycę w populacji	21
Liczba wypadków śmiertelnych na 100 tys. zatrudnionych	1
Liczba zakażeń HIV na 1 tys. mieszkańców	20
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu celowego samookaleczenia na 100 tys. mieszkańców	23
Oczekiwana długość życia w latach	23
Śmiertelność z powodu nowotworów – wskaźnik standaryzowany wg wieku na 100 tys. mieszkańców	26
Aktywność fizyczna – odsetek osób poświęcających co najmniej 2,5 godz. tygodniowo na aktywność fizyczną	26
Liczba przypadków gruźlicy na 100 tys. mieszkańców	24
Odsetek osób 65+ zaszczepionych przeciwko grypie w ostatnich 12 miesiącach	22
Szczepienia niemowląt przeciw odrze – odsetek niemowląt zaszczepionych przeciwko odrze	9
Liczba zgonów spowodowanych zapaleniem wątroby	18
Szacunkowy stan zdrowia psychicznego wg WHO	19

Tabela nr 4: Wyniki dla Polski w parametrze oceny Kondycja zdrowotna.

» Wysoka śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów oraz niska aktywności fizyczna Polaków to główne czynniki, które wpływają na niską pozycję Polski w parametrze *Kondycja zdrowotna*. »

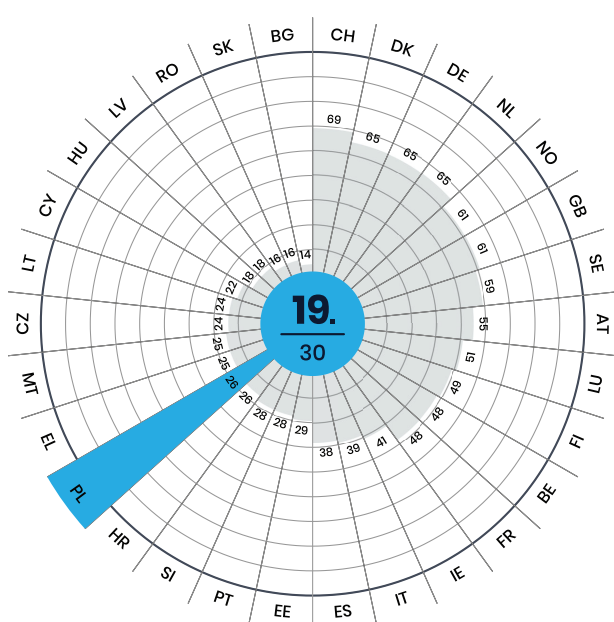
3.3 Innowacyjność

W parametrze oceny *Innowacyjność* sześć krajów zdobyło powyżej 60 punktów, ale żaden nie przekroczył bariery 70. Pierwsze miejsce zajęła Szwajcaria, zdobywając 69 punktów. Interesująco wyglądają wyniki wg miernika dotyczącego współpracy w obszarze nauk przyrodniczych, w którym tylko cztery kraje zdobyły 40 punktów i więcej,

pięć krajów zdobyło 20 punktów, a aż 21 krajów zdobyło najniższą notę 10 punktów.

Średnia europejska wyniosła 38 punktów.

Polska w parametrze *Innowacyjność* zajęła 19. miejsce z 26 punktami – co oznacza awans z 21. miejsca w Indeksie z 2018 r.



1	Szwajcaria	69
2	Dania	65
2	Niemcy	65
5	Norwegia	61
7	Szwecja	59
17	Słowenia	28
19	Polska	26
23	Czechy	24

Wykres nr 4: Wyniki ogólne Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 w parametrze oceny *Innowacyjność*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Na wynik Polski wpływ miało wiele mierników. Pod względem znaczących publikacji Polska zajęła 12. miejsce z 40 punktami (wynik taki jak w roku ubiegłym) *ex aequo* z Norwegią i Austrią. Pod względem współpracy w obszarze nauk przyrodniczych Polska uplasowała się na 10. miejscu.

Nowo dodany miernik – dostęp do e-zdrowia – dał Polsce 5. miejsce z 70 punktami i dzięki temu był możliwy awans Polski w parametrze. Polska uzyskała tę samą pozycję co: Chorwacja, Dania, Estonia, Finlandia, Grecja, Holandia, Litwa, Niemcy, Szwajcaria i Wielka Brytania.

Najniższe miejsca nasz kraj zajął, gdy wziąć pod uwagę mierniki dotyczące ochrony praw własności (22. miejsce) oraz wydatków krajowych brutto na badania i rozwój (22.

miejsce). Według miernika dotyczącego patentów farmaceutycznych Polska zajęła 18. miejsce.

Innowacyjność

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Dostęp do e-zdrowia	5
Współpraca biotechnologiczna – współpraca międzynarodowa w obszarze nauk przyrodniczych	10
Znaczące publikacje – wpływ publikacji naukowych w dziedzinie medycyny mierzonych za pomocą indeksu Hirscha	12
Wydatki rządowe na badania i rozwój w ochronie zdrowia	10
Patenty w zakresie technologii medycznych na 100 tys. mieszkańców	16
Patenty farmaceutyczne – na 100 tys. mieszkańców	18
Ochrona praw własności	22
Wydatki na badania i rozwój – wydatki krajowe brutto na badania i rozwój	22

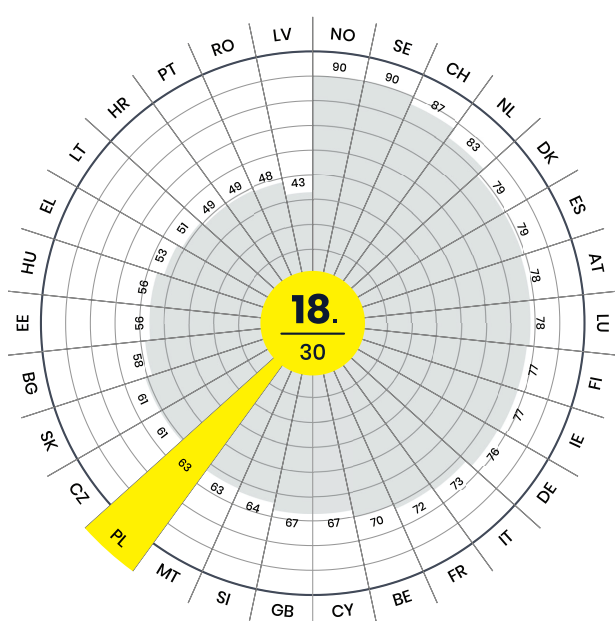
Tabela nr 5: Wyniki dla Polski w parametrze oceny *Innowacyjność*.

Parametr *Innowacyjność* Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019, odzwierciedla koncentrację inwestycji w technologie farmaceutyczne i medyczne w krajach o wysokich dochodach per capita.

3.4 Jakość

W parametrze oceny *Jakość* aż 14 krajów zdobyło więcej niż 70 punktów. Liderami okazały się Norwegia i Szwecja, które zdobyły po 90 punktów. Średnia europejska wyniosła 67 punktów. **Polska zajęła 18. miejsce z 63 punktami i jest to parametr, w którym nasz kraj uzyskał najlepszą lokatę.** Polska w parametrze *Jakość* znacząco poprawiła

swój wynik w stosunku do ubiegłorocznego rankingu, kiedy znajdowała się na 23. pozycji. Możliwe to było m.in. poprzez usunięcie z parametru mierników liczby lat utraconych w wyniku zanieczyszczenia powietrza oraz wiedzy o zdrowiu, które w 2018 r. plasowały Polskę na 27 pozycji.



1 Norwegia	90
1 Szwecja	90
3 Szwajcaria	87
5 Dania	79
17 Słowenia	64
18 Polska	63
20 Czechy	61

Wykres nr 5: Wyniki ogólne Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 w parametrze oceny *Jakość*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Pod względem poziomu szczęścia Polska zajęła 17. miejsce z 50 punktami, tak samo jak Słowacja, a pod względem infekcji szpitalnych – 18. miejsce. Według miernika nierówności w dostępie do ochrony zdrowia zależnych od dochodu Polska uplasowała się na wysokiej 7. pozycji z 80 punktami, *ex aequo* z Austrią, Portugalią, Słowacją, Szwajcarią i Węgrami.

Warto zauważyć, że wg miernika śmiertelności okołoporodowej matek Polska zajęła 1. miejsce, zdobywając maksymalną liczbę punktów – 100, awansując mocno z 6. pozycji w 2018 r. Taki sam wynik uzyskały: Austria, Czechy, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Norwegia, Szwajcaria, Szwecja i Włochy.

Jednocześnie warto zauważyć, że z kolei wg miernika śmiertelności noworodków nasz kraj zajął 23. miejsce z 50 punktami, znajdu-

jąc się w grupie państw takich jak Dania, Grecja, Szwajcaria i Chorwacja.

Jakość

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Zgony, którym można zapobiec – wskaźniki śmiertelności na 100 tys. mieszkańców	21
Odporność na leczenie przeciwbakteryjne (gronkowiec złocisty)	20
Śczęście – ranking szczęścia w skali 0-10	17
Zakażenia szpitalne – odsetek pacjentów hospitalizowanych z przynajmniej jedną infekcją związaną z opieką zdrowotną	18
Nierówności w dostępie do ochrony zdrowia zależne od dochodu	7
Udział osób powyżej 16 r.ż. Z ograniczeniami wynikającymi z niepełnosprawności	13
Śmiertelność okołoporodowa matek na 100 tys. porodów	1
Śmiertelność noworodków na 1 tys. urodzeń żywych	23
Odsetek osób postrzegających swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre	25

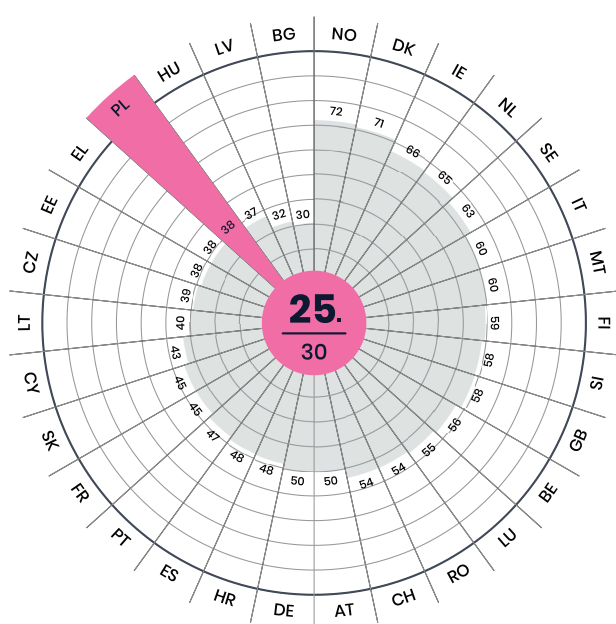
Tabela nr 6: Wyniki dla Polski w parametrze oceny Jakość.

” W parametrze Jakość czternaście krajów uzyskało wyniki 70 punktów lub więcej. ”

3.5 Żywotność

W parametrze oceny Żywotność tylko dwa kraje zdobyły więcej niż 70 punktów. Na pierwszym miejscu znalazła się Norwegia z 72 punktami. Tuż za nią uplasowała się Dania z 71 punktami. Średnia europejska wyniosła 51 punktów.

Polska znalazła się na 25. miejscu z 38 punktami, w grupie z Grecją i Estonią. W ubiegłym roku Polska uplasowała się na 26. miejscu.



1 Norwegia	72
2 Dania	71
3 Irlandia	66
5 Szwecja	63
9 Słowenia	58
13 Szwajcaria	54
24 Czechy	39
25 Polska	38

Wykres nr 6: Wyniki ogólnego Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 w parametrze oceny Żywotność.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

„Jedynie dwa kraje – Norwegia i Dania przekroczyły próg 70 punktów w parametrze Żywotność.„

Pod względem konsumpcji alkoholu w litrach na osobę Polska zajęła 12. miejsce z 50 punktami i jest to znaczący skok z 22. pozycji w 2018 r. Tyle samo punktów zdobyły: Austria, Estonia, Słowacja, Szwajcaria, Węgry i Wielka Brytania. Pod względem liczby farmaceutów Polska zajęła 16. miejsce z 40 punktami, natomiast pod względem liczby lekarzy zdobyła najmniejszą możliwą liczbę punktów – 10 i zajęła ostatnią pozycję wraz z Francją, Grecją, Szwecją i Szwajcarią.

Miejsce Polski w tej dziedzinie poprawia względnie niski wskaźnik otyłości, który plasuje nasz kraj na 13. pozycji, co jest awansem z 15. pozycji w ubiegłym roku.

Najstabsze wyniki Polska osiągnęła wg mierników liczby lekarzy (26. miejsce), wydatków na zdrowie na osobę (26. miejsce), różnicy długości życia w zależności od płci (27. miejsce), a najlepsze wg mierników wydatków na profilaktykę (6. miejsce) i prognozowany współczynnik obciążenia

demograficznego osobami starszymi (ODR) (6. miejsce).

Żywotność

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Konsumpcja alkoholu na osobę w litrach	12
Roczne wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w euro	26
Różnica długości życia w zależności od płci	27
Liczba lekarzy rezydentów na 100 tys. mieszkańców rocznie	26
Liczba absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa na 100 tys. mieszkańców rocznie	20
Liczba absolwentów farmacji na 100 tys. mieszkańców rocznie	16
Udział osób otyłych w ogólnej liczbie populacji	13
Udział lekarzy poniżej 35 roku życia w procentach	15
Wydatki na profilaktykę jako odsetek całkowitych wydatków na zdrowie	6
Prognozowany współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (ODR)	6
Palenie – konsumpcja tytoniu jako odsetek osób codziennie palących papierosy w populacji ogólnej	20
Odsetek matek poniżej 20 r.ż. w procentach	22
Średnia liczba godzin pracy przepracowanych w ciągu tygodnia	21

Tabela nr 7: Wyniki dla Polski w parametrze oceny Żywotność.

Parametr Żywotność rozważa zdolność systemu opieki zdrowotnej do zaspokojenia potrzeb ludności w przyszłości i ocenia stan zasobów, które zapewniają wszechstronną zdolność do adaptacji do innowacji.



Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego, ekspert systemu ochrony zdrowia

W rankingu ogólnym Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 pro-

dują cztery kraje: Norwegia (1. miejsce – 77 punktów), Szwajcaria (2. miejsce – 75 punktów) oraz Dania i Szwecja (*ex aequo* 3. miejsce – po 74 punkty). **Średnia europejska wyniosła 55 punktów.** Polska z wynikiem 43 punkty zajęła 23. miejsce wśród 30 państw regionu Europy. Najwyżej z krajów regionu wschodniej i centralnej Europy uplasowały się w rankingu: Słowenia (17 miejsce – 53 punkty) oraz Czechy (19 miejsce – 48 punktów). Poniżej przedstawiono wybrane modele i rozwiązania systemowe liderów, które warto rozważyć w dyskusjach o usprawnianiu polskiego systemu ochrony zdrowia.

Norwegia

» **W Norwegii bardzo wysokie nakłady na zdrowie są podstawą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na poziomie gwarantującym wysoką jakość i dostępność.**

Norwegia przeznacza na ochronę zdrowia 10,2% PKB, co przekłada się na 6187 USD PPP (w dolarach USA według parytetu siły nabywczej) na głowę mieszkańca rocznie (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP)⁴.

» **Norwegia ma najwyższy wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek w Europie**

– 17,7 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1). Jest to także pochodna wysokiego finansowania sektora ochrony zdrowia. Co do liczby lekarzy Norwegia raportuje wskaźnik 4,7 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

» **Podstawą sprawnego i kompleksowego systemu opieki zdrowotnej w Norwegii jest wysoki poziom koordynacji opieki specjalistycznej i podstawowej.**

Reformy opieki zdrowotnej miały różne priorytety w ciągu ostatnich czterech dekad. W latach 70. XX w. skoncentrowano się na równości i poprawie geograficznego dostępu do opieki zdrowotnej. W latach 80. reformy miały na celu ograniczenie kosztów i decentralizację. W latach 90. skoncentrowano się na wydajności (efektywności) systemu ochrony zdrowia. Od 2000 r. priorytetem jest poprawa koordynacji między świadczeniodawcami opieki zdrowotnej oraz wzrost jakości opieki i kwestie bezpieczeństwa pacjentów⁵.

» **W Norwegii prowadzone są aktywne działania w zakresie promocji zdrowia i zwalczania czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz nowotworów.** Moni-

torowane są efekty programów promocji zdrowia, takich jak ośrodki kliniczne propagujące zdrowy styl życia oraz zmianę stylu życia po zdiagnozowaniu choroby przewlekłej. Bardzo ważne jest znakowanie żywności, prowadzące do poprawy znajomości zagadnień żywieniowych wśród konsumentów⁶.

» **Priorytetowo traktowana jest psychiatria** – szczególnie w zakresie zapobiegania samobójstwom oraz uzależnieniom. Dużą wagę przykładają się do wczesnego rozpoznawania depresji i schizofrenii, aby jak najszybciej objąć pacjenta kompleksową opieką. Stawia się na koordynację opieki psychologicznej i medycznej.

» **Opieka senioralna jest priorytetem Norwegii obecnie oraz na najbliższe dekady.**

Z racji starzenia się społeczeństwa działania koncentrują się na zapewnieniu skutecznej opieki nad osobami starszymi w placówkach opieki społecznej i podstawowej opieki zdrowotnej. Oceniane są lokalne potrzeby w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki nad osobą starszą w domu – szczególnie w schorzeniach zagrożonych hospitalizacją oraz pogłębiającą się niepełnosprawnością⁷. Według prognoz w następnej dekadzie w Norwegii będzie potrzebnych 95-135 tys. dodatkowych pracowników opieki zdrowotnej⁸.

Szwajcaria

» **Wysoki poziom finansowania jest podstawą sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.** Szwajcaria przeznacza na ochronę zdrowia 12,2% PKB, co przekłada się na 7317 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie⁹ (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP).

» **Szwajcaria ma jeden z najwyższych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek w Europie: 17,2 na 1 tys. mieszkańców** (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1), dzięki czemu dostęp chorych do opieki pielęgniarskiej jest znakomity. Wskaźnik lekarzy wynosi 4,3 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

» **Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii gwarantuje wszystkim oby-**

watelom równy dostęp do opieki medycznej. Rząd dotuje obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne dla osób o niskich dochodach. Pacjenci mają bezpośredni dostęp do wszystkich poziomów opieki – żadne skierowania nie są konieczne. Okresy oczekiwania na świadczenia są minimalne¹⁰.

» **Reformy prowadzone od 2000 r. ulepszyły system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zmieniły finansowanie szpitali oraz scentralizowały politykę zdrowotną i wykorzystanie kadr medycznych w całym kraju.** Dokument strategiczny „Zdrowie 2020” opracowany przez rząd federalny określa priorytety reform na nadchodzące lata. Trzy szczególnie ważne obszary to: poprawa wykorzystania danych i systemów informatycznych, wzmocnienie opieki ambulatoryjnej oraz poprawa dostępu do świadczeń osób o szczególnych potrzebach¹¹.

6. Health policy in Norway, OECD, 2016. Dostępne: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Norway-February-2016.pdf>

7. Distriktsmedisinsk senter (DMS). Dostępne: <https://www.nordreisa.kommune.no/distriktsmedisinsk-senter/136696.no.html> <http://www.skjervoy.kommune.no/skjervoy-sykestue-og-sykehjem/117342.no.html>

8. <https://nurse.org/articles/highest-paying-countries-for-nurses/>

9. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

10. Why Switzerland Has the Best Healthcare System in the World. Dostępne: <https://www.msn.com/en-us/health/health-news/why-switzerland-has-the-best-healthcare-system-in-the-world/ar-BBV4MJG>

11. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1

» **Finansowanie ochrony zdrowia w Danii jest na wysokim poziomie, co skutkuje dostępnością i jakością opieki zdrowotnej.**

Dania przeznacza na ochronę zdrowia 10,5% PKB, co przekłada się na 5299 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie¹² (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP).

» **Dania ma jeden z najwyższych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek w Europie – 10 na 1 tys. mieszkańców** (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1) oraz lekarzy – 4 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

» **Celem reform sektora ochrony zdrowia Danii zainicjowanych w 2007 r. jest**

poprawa koordynacji opieki, profilaktyki i rehabilitacji.

Promowane jest racjonalne ograniczanie kosztów, adekwatne świadczenia do potrzeb zdrowotnych oraz działania w zakresie zdrowia publicznego poprawiające zdrowie populacji¹³.

» **Sektor podstawowej opieki zdrowotnej w Danii jest podstawą systemu ochrony zdrowia, z szerokim wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia.**

» **Pacjentom gwarantuje się prawo do konsultacji lekarskiej i pełnej diagnostyki w ciągu 30 dni.**

W przeciwnym wypadku pacjent ma możliwość rejestracji na wizytę komercyjną, za którą otrzymuje zwrot środków.

» **Szwecja inwestuje znaczne środki w system ochrony zdrowia.**

Przeznacza na ochronę zdrowia 11% PKB, co przekłada się na 5447 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP).

» **Szwecja ma jeden z najwyższych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek w Europie – 10,9 na 1 tys. mieszkańców** (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1) oraz lekarzy – 4,1 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4)¹⁴.

» **Pielęgniarki w Szwecji są koordynatorami opieki nad pacjentem** m.in. dzięki wykorzystaniu ich kompetencji zamiast konsultacji lekarzy rodzinnych w podstawowej opiece zdrowotnej, utworzeniu krajowej linii telefonicznej oraz strony internetowej obsługiwanej przez pielęgniarki¹⁵.

» **Reformy systemu ochrony zdrowia w Szwecji koncentrowały się na standardach i pomiarze jakości, wprowadzeniu konkurencji oraz zapewnieniu pacjentowi prawa wyboru placówki, w której chce być leczony.**

Jakość i dostępność usług

12. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Denmark: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_da_english.pdf

14. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

15. Health Systems in Transition (HiT) profile of Sweden. OECD. Dostępne: <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=5.2%20Patient%20pathways&Type=Section>

zdrowotnych świadczonych przez różne podmioty jest porównywana z użyciem publicznie dostępnych wyników rejestrów medycznych¹⁶.

» **Maksymalny czas oczekiwania pacjenta na świadczenie zdrowotne jest określony poprzez ustawę o gwarantowanych świadczeniach opieki zdrowotnej.** Opisuje to zasada „0-7-90-90”, gdzie 0 to niezwłoczny kontakt pacjenta z praktyką POZ, 7 – konsultacja lekarza rodzinnego do siedmiu dni, 90 – konsultacja specjalisty w ciągu 90 dni oraz 90 – leczenie/operacja w ciągu maksimum 90 dni po zdiagnozowaniu choroby. Nie odnotowuje się różnic w dostępie do świadczeń medycznych w zależności od dochodów pacjentów¹⁷.

» **System ochrony zdrowia w Szwecji jest zdecentralizowany, odpowiedzialność za finansowanie, zakup i zapewnienie wszystkich świadczeń zdrowotnych jest w gestii 21 regionów¹⁸.**

» **Szwecja ma najmniejszą liczbę ostrych łóżek szpitalnych (krótkie, intensywne hospitalizacje) oraz najkrótszą średnią długość hospitalizacji w Unii Europejskiej.** Odnotowuje się rosnące korzystanie z opieki ambulatoryjnej w przypadku operacji wykonywanych wcześniej w warunkach szpitalnych¹⁹.



Słowenia

» **Słowenia przeznacza na ochronę zdrowia najwyższy odsetek PKB z krajów regionu wschodniej i centralnej Europy** – 7,9%, co przekłada się na 2859 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie²⁰ (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP).

» **Słowenia ma wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na poziomie 9,9 na 1 tys. mieszkańców** (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1). Liczba pielęgniarek pozwala na zapewnienie odpowiedniego dostępu chorych do opieki. Wskaźnik lekarzy to 3,7 na

1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

» **Aż 87% populacji ma dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne dzięki znaczącym dopłatom do usług zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego²¹.**

» **Pomimo silnej podstawowej opieki zdrowotnej w systemie brakuje koordynacji i integracji na różnych poziomach i ze względu na rodzaj świadczeń, co prowadzi do braku ciągłości opieki.**

16. Health policy in Sweden. OECD, 2016. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Sweden-July-2016.pdf>

17. Sweden. Health Care & Long-Term Care Systems. Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, published in October 2016 European Commission. Dostępne: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_se_en_2.pdf

18. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sv_english.pdf

19. State of Health in the EU Sweden on Health Systems and Policies European a partnership hosted by WHO. Country Health Profile 2017. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sv_english.pdf

20. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

21. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Slovenia: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283558-en>. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sl_english.pdf

» **Czechy przeznaczają na ochronę zdrowia 7,5% PKB, co przekłada się na 3058 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie²².**

Są to najwyższe nakłady na głowę mieszkańca ze wszystkich krajów regionu wschodniej i centralnej Europy. Średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP.

» **Czechy mają wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na poziomie 8,1 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski 5,1) a lekarzy – 3,7 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).**

» **Republika Czeska utrzymuje wysoki poziom finansowania systemu ochrony zdrowia, gwarantując dostęp do świadczeń oraz niski poziom współpłacenia²³.**

W rezultacie poziom niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych zależnych od zamożności pacjentów należy do najniższych w UE.

» **W Czechach od 2012 r. jest ustawowo zdefiniowany czas oczekiwania na**

świadczenia zdrowotne. Oczekiwanie na wizytę lekarza pierwszego kontaktu czy ginekologa w poczekalni nie może przekraczać 35 minut, a na konsultację chirurga – 45 minut. Operacja zaćmy musi zostać przeprowadzona w ciągu 30 tygodni od daty rozpoznania.²⁴

» **Jednym z mechanizmów, według których świadczenia zdrowotne są racjonalowane, jest uzgodniona społecznie lista opłat zwana wykazem usług zdrowotnych.**

Lista jest corocznie aktualizowana przez Grupę Roboczą ds. Służby Zdrowia, która działa przy Ministerstwie Zdrowia. W latach 2008–2013 przeprowadzono krótkotrwały eksperyment, wprowadzając niskie współpłacenie w wysokości 1 euro za wizytę lekarską i 3 euro za dzień w szpitalu, ale polityka ta wywołała negatywne reakcje społeczne i ostatecznie została wycofana²⁵.

» **Ograniczanie absencji chorobowej osiągnięto dzięki temu, że pierwsze trzy dni zwolnienia lekarskiego są bezpłatne.**

Chorym nie opłacają się więc krótkie absencje spowodowane lekkimi schorzeniami²⁶.



22. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

23. ECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Czech Republic: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283336-en>. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cs_english.pdf

24. <https://www.prawo.pl/zdrowie/dlaczego-w-czechach-nie-ma-kolejek-do-lekarza-238371.html>

25. State of health in the EU – Czech Republic. Country Health Profile 2017, OECD. Dostępne: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cs_english.pdf

26. Health Systems in Transition. Czech Republic – system review. Vol. 17 No. 1 2015. Dostępne: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HIT.pdf

PERSPEKTYWA KLINICYSTÓW



prof. dr hab. n. med.

Tadeusz Pieńkowski

– Prezes Polskiego
Towarzystwa do Badań
nad Rakiem Piersi

Poszerzenie Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 o dwa nowe, wysoko oceniane kraje – Norwegię i Szwajcarię – jest bardzo korzystne ponieważ pozwala jeszcze precyzyjniej określić miejsce Polski wśród innych państw Europy w tak ważnej dziedzinie jaką jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Nadal ważną potrzebą pozostaje jednak zestawienie zebranych danych z informacją na temat produktu krajowego brutto *per capita* i nakładów na ochronę zdrowia. Bardzo

pozytywną wiadomością jest to, że Polska awansowała w Indeksie, jednak chciałbym znać powody, dla których tak się stało. Kraj poprawił swoją pozycję, ale nadal zajmuje dosyć odległe miejsce. Przyczyn może być wiele – historyczne zaniedbania, niedostateczna liczba kadr medycznych, zbyt niskie nakłady oraz styl życia Polaków. Te wszystkie aspekty wymagają zmiany. Wydajność lekarzy, a co za tym idzie wyniki leczenia lub prewencja znacząco wzrastają, jeśli system zapewnia dostateczną liczbę osób wspierających pracę specjalistów. Dużo do zrobienia jest też w kwestii kształcenia na temat zdrowego trybu życia. Niekorzystny wpływ w zakresie edukacji może mieć też polityka reklamowa publicznych mediów, która pozostaje w sprzeczności z interesem społecznym.



Prof. dr hab. n. med.

Ryszard Gellert

– Dyrektor Centrum
Medycznego
Kształcenia
Podyplomowego

Jak wynika z tegorocznej odstony Indeksu Zrównoważonego Systemu Ochrony Zdrowia to profilaktyka, innowacyjność i dobra jakość świadczeń, mimo niedostatecznej liczby lekarzy i wyposażenia do diagnostyki obrazowej, podnoszą wyniki dla Polski. Świadczy to o znakomitym nauczaniu przed i podyplomowym przy widocznym niedostatecznym dostępie do świadczeń i zbędnie wysokiej chorobowości społeczeństwa. Ogólna ocena systemu zawiera się w każdym z wymiarów

w granicach 1-3 w sześciostopniowej skali. Zauważa się jednak znaczną innowacyjność polskiego systemu mimo niedostatecznych nakładów na badania. Cieszy wysoka pozycja we wdrażaniu rozwiązań w zakresie e-zdrowia.

W obecnej sytuacji wydaje się oczywiste dalsze promowanie rozwoju strategii profilaktycznych dla zachowania zdrowia kosztem nakładów na medycynę naprawczą. Szersze wprowadzenie systemu kapitacyjnego w miejsce obecnie dominującego fee-for-service może znakomicie zoptymalizować wydatki na opiekę zdrowotną. Podstawowym problemem zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych jest brak kadr. Należy również niezwłocznie radykalnie zwiększyć nakłady na szkolenie większej

liczby studentów i kształcenie podyplomowe. Doraźną poprawę dostępu zapewniłoby też zmodyfikowanie istniejących restrykcyjnych przepisów dotyczących uprawnień 25000 lekarzy w trakcie specjalizacji. Drugim rozwiązaniem dla poprawy dostępu do świadczeń jest złagodzenie przepisów dotyczących konieczności uzyskiwania zaświadczeń lekarskich (np. zwolnienie chorobowe w razie przeziębienia). Dalsze rozszerzenie rozwiązań e-zdrowia pozwolić może na wprowadzenie mniejszych obciążeń czasowych zadaniami

administracyjnymi praktykujących lekarzy. Korzystne dla tego celu mogłoby być rozszerzenie uprawnień osób wykonujących zawody analogiczne do mających zastosowanie w medycynie (przede wszystkim mikrobiologów, farmaceutów klinicznych i diagnostów laboratoryjnych). Znaczna liczba lekarzy, środków finansowych oraz nakładów na innowacyjność i badania przekładają się na większą dostępność do świadczeń, choć niekoniecznie na ich jakość.

PERSPEKTYWA PACJENCKA



Beata Ambroziewicz
– Prezes Polskiej Unii
Organizacji Pacjentów

Niewątpliwie cieszy awans Polski w rankingu, tym bardziej że w tym roku uwzględniono dodatkowe kraje. Świadczy to m.in. o tym, że podejmowane działania systemowe powoli zaczynają przynosić efekty. Wydaje się jednak, że kluczowe znaczenie miało podniesienie poziomu finansowania ochrony zdrowia. Obecna pozycja Polski jednoznacznie wskazuje, że stoi przed nami ogrom wyzwań, nawet w perspektywie celu, jakim byłoby osiągnięcie średniej europejskiej parametrów zrównoważonego rozwoju opieki zdrowotnej.

Indeks pokazuje postęp w zakresie jakości i innowacyjności ochrony zdrowia w naszym kraju. Jest to możliwe dzięki intensyfikacji i przyspieszeniu realnych zmian w obszarze e-zdrowia, wsparciu rozwoju innowacyjnej medycyny, w tym badań niekomercyjnych, oraz silnej pozycji naukowej polskich ekspertów z tej dziedziny.

Osobiście uważam, że efekty tych prac pacjenci i społeczeństwo odczują dopiero za

jakiś czas, liczony raczej w latach, natomiast wiele udogodnień jest i będzie wdrażanych sukcesywnie. Najważniejsze będzie, aby nie zmarnować tego potencjału i kontynuować rozpoczęte przedsięwzięcia, jednocześnie monitorując ich efekty i biorąc pod uwagę ocenę samych pacjentów, czyli patient experience.

Może zastanawiać wysoka ocena jakości systemu ochrony zdrowia w rankingu, jednak wiele uwzględnianych parametrów branych pod uwagę ma charakter subiektywny. Z licznych badań ankietowych wśród pacjentów i ich bliskich realizowanych w ostatnich latach można zaś wysnuć wniosek, że polski pacjent jest zadowolony, jeśli w ogóle otrzyma świadczenie istotne z punktu widzenia jego zdrowia, np. zabieg w szpitalu, badania. Oczekiwania Polaków oscylują bowiem nadal wokół zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych, inaczej niż w krajach zachodniej Europy.

Na wyróżnienie zasługuje jeden z najniższych w Europie wskaźników śmiertelności okołoporodowej matek. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na niski wskaźnik zakażeń szpitalnych odnotowany w rankingu. Pozostaje pytanie, czy dane te są wiarygodne, ponieważ

w naszym kraju nie istnieje kompleksowy system monitorowania i zgłaszania działań niepożądanych. Wiele wskazuje na to, że dane o liczbie takich zdarzeń są bardzo zaniżone i nie odzwierciedlają realnej sytuacji.

Niepokojący jest fakt otrzymania przez Polskę jednej z najniższych ocen w zakresie dostępu (27. miejsce na 30) i żywotności (25. na 30). Obrazuje to jeden z największych problemów, z jakimi boryka się nasz system, a przekłada się na sytuację zdrowotną pacjentów, m.in. niższe wyniki efektywności leczenia, niższe wskaźniki przeżyć pięcioletnich w onkologii, wysoką śmiertelność wśród pacjentów z chorobami serca i naczyń. Widoczne są ogromne nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w układzie regionalnym, między województwami, terenami miejskimi a wiejskimi, niektóre obszary pozostają białymi plamami pod kątem określonych dziedzin medycyny. Z kolei status społeczny i finansowy społeczeństwa ma wpływ zarówno na świadomość zdrowotną, jak i możliwość skorzystania z prywatnej służby zdrowia. Wydatki Polaków na prywatną służbę zdrowia z roku na rok rosną. Powód jest prosty – ograniczenia w dostępie do świadczeń placówek publicznych, długie kolejki do zabiegów i specjalistycznych porad, braki kadrowe, niewielki zakres koordynacji i kompleksowości opieki.

Jednocześnie wyzwaniem dla Polski jest poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa, przeniesienie ciężaru z medycyny

naprawczej na profilaktykę i naukę dobrych nawyków w zakresie zdrowego stylu życia. Tu na uwagę zasługuje niepokojący trend – średnia długość życia przestała się wydłużać, polskie społeczeństwo się starzeje, a liczba pacjentów z chorobami cywilizacyjnymi, np. cukrzycą, z roku na rok wzrasta.

Jestem przekonana, że zdrowie publiczne, jako jeden z kluczowych elementów mających wpływ na rozwój gospodarki i bezpieczeństwo państwa, musi pozostać priorytetem społecznym. Dlatego potrzebna jest dobra, konsekwentna polityka w tym zakresie, we współpracy ze wszystkimi środowiskami i interesariuszami, oparta o planowanie i ocenę efektywności. Ewidentnie istnieje potrzeba rozwoju systemu ochrony zdrowia w korelacji z systemem zabezpieczenia społecznego, należy inwestować w najsukursowniejsze rozwiązania, które ograniczą gigantyczne wydatki z powodu kosztów pośrednich. Chodzi tu m.in. o wczesną i ciągłą edukację zdrowotną, poprawę dostępu do profilaktyki i badań diagnostycznych, koordynację ścieżki pacjenta na różnych poziomach opieki zdrowotnej i społecznej (od podstawowej opieki zdrowotnej, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, szpital, po wsparcie socjalne, rehabilitację, aktywizację zawodową), kontynuację reformy w zakresie e-socjalności (nie tylko e-zdrowia), podjęcie wyzwania starzejącego się społeczeństwa i potrzeby opieki długoterminowej oraz reformę w zakresie podziału kompetencji kadr medycznych i włączenia nowych zawodów

Wyzwaniem dla Polski jest poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa, przeniesienie ciężaru z medycyny naprawczej na profilaktykę i naukę dobrych nawyków w zakresie zdrowego stylu życia.

pomocniczych. Rzecz w tym, aby pacjent – świadomy pacjent – mógł otrzymać poradę w odpowiednim miejscu i czasie oraz miał możliwość realizacji zaleceń terapeutycznych. Nie oznacza to, że świadczenia mają być realizowane natychmiast, jest to bowiem nierealne, tak samo jak likwidacja kolejek. Decydować jednak powinien stan zdrowia i realne potrzeby chorego, jednocześnie wiele interwencji, które obecnie obciążają personel wysokospecjalistyczny lub szpitale, mógłby przejść personel pomocniczy. Czasem zaś sam dostęp do informacji powoduje, że problem staje się prosty do rozwiązania lub w ogóle znika.

Jednocześnie potrzeba otwartej i nieskrępowanej dyskusji poprzedzającej decyzje dotyczące finansowania ochrony zdrowia. Wiemy bowiem już teraz, że osiągnięcie progu 6% PKB na zdrowie nie zaspokoi potrzeb zdrowotnych Polaków i nie jest wystarczającym źródłem gwarantującym rozwój i bezpieczeństwo.



Krystyna Wechmann
– Prezes Polskiej Koalicji
Pacjentów Onkologicznych

Gdy porównuję ubiegłoroczny Indeks Zrównoważonego

Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia z tegorocznym, który został poszerzony o dwa kraje (Norwegia, Szwajcaria), to nadal martwi mnie słaby wynik naszego kraju (27. miejsce) w dostępie do ochrony zdrowia. Bardziej optymistycznie wygląda miernik żywotności Polaków, gdyż podniósł się o 1 punkt. W dziedzinie innowacyjności odnotowano poprawę o 2 punkty, a w dziedzinie jakości nawet o 5 punktów, ale kondycja zdrowotna pozostaje nadal na tym samym poziomie. To pokazuje, jak dużo wyzwń stoi jeszcze przed naszym systemem ochrony zdrowia. Przede wszystkim potrzebny jest wzrost finansowania. Mimo, że

Rozpocznijmy debatę społeczną w celu wypracowania akceptowalnego społecznie modelu finansowania ochrony zdrowia, w tym o wysokości składki zdrowotnej, komplementarnych formach ubezpieczeń czy dopłatach do ponadstandardowych usług. Czas określić standard opieki zdrowotnej i świadczeń, jakie należą się obywatelom w zamian za składkę zdrowotną, bo slogan, że wszystkim – wszystko, możemy schować między baśnie. Jako przedstawiciel środowiska pacjentów, obywatelka i Polka, chcę się czuć bezpiecznie w swoim kraju i wiedzieć, na jakie wsparcie mogę liczyć, jaka odpowiedzialność spoczywa także na mnie, jak mogę pomóc sobie sama i innym, aby jak najdłużej zachować sprawność i samodzielność. Jednocześnie w sytuacji zagrożenia życia albo ciężkiej choroby, to państwo powinno otaczać opieką najstarszych, na zasadzie solidarności – jeden za wszystkich, wszyscy za jednego.

wcześniej eksperci sygnalizowali, iż nie zawsze wzrost wydatków może usprawnić system, to będę się upierać, że finansowanie pozostaje istotnym czynnikiem poprawy dostępu do ochrony zdrowia.

Cieszę się, że nacisk na poprawę wykrywania nowotworów we wczesnym stadium, przez zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe i edukację zdrowotną, poprawia wyniki pięcioletnich przeżyć pacjentów onkologicznych. Dzięki zwiększeniu finansowania możemy poszerzyć kadrę medyczną oraz zwiększyć dostęp do badań diagnostycznych, takich jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny.

Oczywiście wierzę głęboko, że decyzjenci pochylą się nad wynikiem Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów

Ochrony Zdrowia, gdyż te wskaźniki są istotnymi argumentami na rzecz określonych działań i podejmujących decyzje służące lepszemu

funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Niestety wzrost finansowania nadal jest rozłożony na przyszłe 3-4 lata.

PERSPEKTYWA SYSTEMOWA



Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
Instytut Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
oraz Center of Value
Based Healthcare
Uczelni Łazarskiego

W najnowszej odsłonie Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia polski system ochrony zdrowia zajął 23. miejsce wśród 30 analizowanych krajów europejskich. W stosunku do poprzedniego roku poprawiliśmy lokatę, wyprzedzając Węgry, Estonię i Litwę. O sukcesie trudno jednak nadal mówić, mając świadomość, jak zyskują na ocenie nasi sąsiedzi: Czechy i Słowacja. Kraje te podjęły decyzje o sukcesywnym, dynamicznym zwiększeniu inwestycji w zdrowie i odważnych propagacyjnych reformach, co daje im realne szanse w najbliższym czasie na osiągnięcie i przekroczenie średniej europejskiej.

Z danych wyłania się wyraźny podział na kraje zachodniej Europy i państwa regionu środkowo-europejskiego. Trudno też nie zauważyć relacji pomiędzy poziomem nakładów na ochronę zdrowia względem stosunku do PKB a osiągniętymi wynikami w rankingu.

Wynik Polski nadal jest daleki od oczekiwanego, ale cieszy poprawa punktacji w każdym parametrze. Drobnymi krokami idziemy do przodu. Mamy już powody do satysfakcji, a także jednoznaczne wskazówki, w jakich obszarach należy zintensyfikować działania i zwiększyć skuteczność. Siłą Indeksu jest

możliwość porównania się do innych krajów, których skuteczność działania jest obiektywnie potwierdzona w wielu innych raportach, statystykach i publikacjach naukowych.

Już dzisiaj wyróżniają nas znacznie wyższe od średniej europejskiej oceny z tytułu badań przesiewowych noworodków i poziomu wyszczepialności przeciw odrze niemowląt. Jesteśmy niekwestionowanym liderem z najniższym odsetkiem śmiertelności okołoporodowej matek na 100 tys. urodzonych żywych dzieci oraz liczby wypadków śmiertelnych na 100 tys. zatrudnionych. Nieźle wypadamy także w takich obszarach, jak badania naukowe, poziom ich finansowania, liczba patentów oraz znaczenie polskich publikacji na arenie międzynarodowej.

Niestety lista dowodów na niską efektywność polskiej ochrony zdrowia jest nadal długa. Wysoki odsetek osób z niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi z powodu barier finansowych, czasu oczekiwania lub odległości, wynikający zapewne z bardzo niskiego poziomu wydatków na zdrowie na mieszkańca skutkuje wysokimi wskaźnikami zgonów z powodu chorób przewlekłych, chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów. Należymy także do tych państw, które charakteryzuje wysoki wskaźnik lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALYs), spadająca oczekiwana długość życia i utrzymująca się od lat różnica w długości życia pomiędzy płciami. Niestety sytuację mogą potęgować problemy z dostępnością do kadr medycznych i nadal niski poziom odpowiedzialności Polaków za swoje zdrowie.

Zbyt mała liczba lekarzy i pielęgniarek, duże obciążenie pracą zestawione z brakiem aktywności fizycznej Polaków, złymi nawykami (paleniem i piciem alkoholu) oraz niechęcią do profilaktyki, np. szczepień przeciw grypie wśród osób powyżej 65. roku życia, istotnie zagrażają kondycji zdrowotnej Polaków.

Dane z Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia wskazują na konieczność dynamicznych inwestycji w sektor ochrony zdrowia oraz odważnych decyzji modyfikujących dotychczasową, nieefektywną organizację. Konieczne jest wzmocnienie ochrony zdrowia na poziomie podstawowym, rozwój profilaktyki i edukacji zdrowotnej poprzez zaangażowanie w ten proces farmaceutów, których liczba i potencjał kompetencyjny jest naszą mocną stroną. Wczesna diagnostyka i skoordynowany, kompleksowy proces leczenia wymagają szybszego dostępu do nowoczesnych technologii lekowych i nielekowych oraz sprawnego przepływu informacji medycznej pomiędzy dostawcami usług zdrowotnych.

Dalszy rozwój narzędzi e-zdrowia pozwoli poprawić dostępność do usług, ale przede wszystkim zwiększyć efektywność wykorzystania zasobów ludzkich, infrastrukturalnych i finansowych.

Bezwzględna rekomendacją dla polskiego systemu ochrony zdrowia i polskiego państwa jest stały wzrost nakładów na zdrowie, które powinny czym prędzej zbliżyć się do poziomu średniej europejskiej. Niestety pomimo ustawy 6% i stałego w ostatnich latach wzrostu publicznych środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne utknęliśmy na poziomie 4,5% PKB, przy średniej w OECD w 2018 r. na poziomie 6,5% PKB. Zarówno omawiany Indeks, jak i ostatnio opublikowany „Health at a Glance: Europe 2018” ukazują, że złudzeniem jest zdolność do zabezpieczenia skutecznej i sprawnej ochrony zdrowia bez adekwatnych nakładów i precyzyjnego definiowania celów, jakie chcemy osiągać w gospodarowaniu zdrowiem.



Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Instytut Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
oraz Center of Value
Based Healthcare
Uczelni Łazarskiego,
ekspert systemu
ochrony zdrowia

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 pokazuje dobitnie, że system ochrony zdrowia do właściwego funkcjonowania potrzebuje adekwatnego finansowania. Patrząc na liderów Indeksu 2019 oraz odległe miejsce Polski, widzimy to wyraźnie.

Potwierdzają to również najnowsze dane OECD za 2018 r. oraz dane Eurostatu za 2016 r. Skrajny przykład – lider Indeksu, Norwegia, przeznaczająca na ochronę zdrowia 10,2% PKB, co przekłada się na 6187 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie. Średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP, czyli nakłady na statystycznego Polaka, w porównaniu do Norwega, są trzykrotnie niższe. Norwegia ma najwyższy wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek – 17,7 na 1 tys. mieszkańców – średnia dla Polski wynosi 5,1, czyli trzy razy mniej. Średnia roczna pensja pielęgniarki w Norwegii jest pięć razy wyższa niż średnia roczna pensja pielęgniarki w Polsce. Norwegia ma również wysoki wskaźnik zatrudnienia lekarzy – 4,7 na 1 tys. mieszkańców – średnia dla

Polski wynosi 2,4, co daje dwa razy mniej lekarzy. Jest to także pochodna takiego, a nie innego finansowania sektora ochrony zdrowia. Przykład bliski – lider Indeksu z grupy krajów regionu środkowoeuropejskiego, Czechy, przeznaczają na ochronę zdrowia 7,5% PKB, co przekłada się na 3058 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie. Warto zauważyć, że Czechy, mają podobne, choć nie tak dramatyczne, problemy kadrowe jak Polska – wskaźniki zatrudnienia poniżej średniej OECD pielęgniarek (8,1 na 1 tys. mieszkańców) oraz lekarzy (3,7 na 1 tys. mieszkańców).

Odpowiedniego finansowania wymaga również optymalizacja modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podstawą tego procesu są odmieniane przez wszystkie przypadki w ostatnich latach: informatyzacja, koordynacja, kompleksowość, zorientowanie na wartość i pacjenta oraz rozwój kadr medycznych. Właśnie rozwój kadr medycznych jest tutaj kluczowy – szczególnie w aspekcie zawodów wspierających lekarzy: asystent medyczny, koordynator opieki, analityk danych, opiekun itp. Przypomnijmy, że wg najnowszych danych OECD w Polsce tylko ok. 6% zatrudnionych pracuje w sektorze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Średnia dla krajów OECD to 10%, a liderzy europejscy osiągają poziom 15–20%. Co ciekawe, Eurostat nie wykazuje Polski w kategorii asystenci medyczni, podczas gdy np. w Finlandii jest 2 tys. asystentów na 100 tys. mieszkańców, a w Czechach 250.

To prawda, że o wiele łatwiej z perspektywy polityków oraz organów samorządowych doprowadzić do sprawnego systemu ochrony zdrowia w krajach małych i zamożnych (Norwegia – 5 mln mieszkańców, Szwajcaria – 8 mln, Dania – 5 mln, Szwecja – 10 mln, Czechy – 10 mln, Słowenia – 2 mln), niż w krajach mniej zamożnych i dużych (Polska – 38 mln mieszkańców). Jednak kilkukrotne dysproporcje w większości wskaźników dla Polski, w porównaniu do średniej UE/OECD wymagają pilnych i konsekwentnych działań naprawczych.

Tegoroczny Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 oraz raport „Health at a Glance 2019” raz jeszcze przypominają politykom zasadę, że sprawny system ochrony zdrowia wymaga finansowania adekwatnego do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Polska powinna aspirować do średniej finansowania sektora ochrony zdrowia OECD – 8,8% PKB (Polska 6,3% PKB wg OECD) i średniej dla Unii Europejskiej – 9,9% PKB (Polska 6,5% PKB wg Eurostatu), co pozwoli na zagwarantowanie obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego i dostępu do świadczeń zdrowotnych na dobrym, średnim europejskim poziomie. Jednocześnie sektor ochrony zdrowia w Polsce może być prężnie rozwijającym się i dochodowym sektorem gospodarki, dającym zatrudnienie wielu obywatelom, jako profesjonalnym i godnie opłacanym kadrom medycznym, będącym w stanie realizować główne cele systemu ochrony zdrowia.

Norwegia przeznacza na ochronę zdrowia 10,2% PKB, co przekłada się na 6187 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie.



Wiktor Janicki
– Dyrektor Generalny
Roche Polska

Polacy, Czechy, Słowacy, Węgrzy, Włosi, Niemcy – wszyscy jesteśmy obywatelami Unii Europejskiej. Ale czy mamy równe szanse na leczenie, na dostęp do innowacyjnych terapii?

Warto postawić pytanie, dlaczego wg badania W.A.I.T przygotowanego przez EFPIA na podstawie danych z 2018 r. w Polsce 80% leków jest niedostępnych, na Węgrzech 64%, we Włoszech 21%, podczas gdy w Niemczech już tylko 14%. Dlaczego polski obywatel czeka na dostęp do terapii po jej zarejestrowaniu średnio 612 dni, Czech 618 dni, Węgry 449, Włoch 402 a Niemiec tylko 119. To pytania retoryczne, na które odpowiedzi szukają eksperci, ale na które odpowiada także Indeks. Pierwsze skojarzenie wskazuje, że sytuacja ta wynika z nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia. Ale tak nie jest. Polska i Węgry w PKB/per capita na ochronę zdrowia przeznaczają praktycznie tyle samo (odpowiednio 2056 USD i 2047 USD), a mimo to sytuacja pacjentów i ich szanse na zachowanie zdrowia są zupełnie odmienne w obu krajach. To dowód na to, że rozwiązania systemowe i organizacyjne mają również istotne znaczenie i muszą iść w parze ze zwiększaniem nakładów na ochronę zdrowia. Sustainability Index ma służyć refleksji, ale także poszukiwaniom pozytywnych rozwiązań.

W tym roku została zaprezentowana już druga edycja Indeksu, wykonana w oparciu o bazę

danych umieszczoną na platformie FutureProofing Healthcare. Indeks został przygotowany przez międzynarodowy panel ekspertów z inicjatywy i przy wsparciu Roche. Opiera się na danych starannie wyselekcjonowanych z wielu międzynarodowych i publicznie dostępnych źródeł. Warunkiem włączenia danych do Indeksu było zapewnienie nie tylko porównywalnej metody ich zbierania, ale także przekonanie, że będą on publikowane regularnie. By czerpać w Polsce jak najwięcej wiedzy i nauki z Indeksu powołany został lokalny panel ekspertów, dzięki któremu lepiej rozumiemy wyniki i możemy z pełną odpowiedzialnością formułować rekomendacje dla naszego kraju.

Stworzony przez ekspertów Indeks wspiera dyskusję o europejskich systemach ochrony zdrowia w oparciu o wiarygodne dane. Celem tworzenia indeksów i porównywania się państw nie jest dyskryminowanie czy podkreślanie pozycji w Indeksie, ale konstruktywne poszukiwanie rozwiązań, ulepszanie systemów tak, aby odpowiadały potrzebom społeczeństwa, a w szczególności pacjentom. Wierzmy, że podobnie jak to ma miejsce w zawodach sportowych, zawodnicy porównują się, ale tylko po to, by co roku być lepszym a celem zawsze jest staniecie na podium. Raport przygotowany z okazji publikacji wyników Indeksu, identyfikuje państwa z naszego regionu, które mają wyższe niż Polska miejsce w Indeksie i opisuje zastosowane rozwiązania systemowe. Wierzmy, że to może zainspirować ekspertów, decydentów do wdrożenia rozwiązań, które także w naszym kraju mogą doprowadzić do zmian oczekiwanych przez pacjentów.

**System ochrony zdrowia
powinien być zorientowany
na potrzeby pacjenta.**

1

**Wzrost finansowania do poziomu minimum
średniej OECD (8,8% PKB) w ciągu czterech lat.**

2

**Wzrost udziału kadr sektora ochrony zdrowia
i opieki społecznej do średniej OECD wynoszącej
10% zatrudnionych ogółem w ciągu czterech lat.**

3

**Kontynuacja inwestycji w cyfryzację jako
podstawę funkcjonowania systemu ochrony
zdrowia (rejstry, elektroniczna dokumentacja
medyczna, telemedycyna).**

4

**Opracowanie i wdrożenie skutecznego programu
rekrutującego do badań przesiewowych
połączonego z edukacją na temat prewencji
pierwotnej w ciągu czterech lat.**

Rysunek nr 5: Rekomendacje dla Polski.



III. INDEKS STWARDNIENIA ROZSIANEGO

FUTUREPROOFING HEALTHCARE 2019

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex*, SM) to jedna z najczęstszych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Jej mechanizm polega na nieprawidłowej pracy układu odpornościowego, który błędnie atakuje osłonkę mielinową ochraniającą i wzmacniającą komórki nerwowe w mózgu, rdzeniu kręgowym i nerwach wzrokowych, wywołując stan zapalny i w konsekwencji ich zniszczenie. Zniszczenie komórek nerwowych może wywołać wiele różnych objawów, a w efekcie prowadzić do niepełnosprawności.

Na stwardnienie rozsiane choruje blisko 2,5 mln osób na świecie, natomiast w Polsce ok. 45 tys. Choroba diagnozowana jest zwykle u osób między 20. a 40. rokiem życia. Stwardnienie rozsiane przebiega inaczej u każdego pacjenta – u niektórych charakteryzuje się pojawianiem się okresów pogorszenia (tzw. rzutami) i poprawy funkcjonowania organizmu (tzw. remisjami), u innych ma formę postępującą od samego początku.

Najczęściej wyróżnia się postać rzutowo-remisyjną (RRMS), która dotyczy ok. 85 proc. wszystkich pacjentów, pierwotnie postępującą (PPMS) i wtórnie postępującą (SPMS)²⁷. Choroba obecnie uznawana jest za przewlekłą i nieuleczalną, jednak szybka diagnoza i wdrożenie odpowiedniej terapii może opóźnić, a nawet zatrzymać jej postęp.

W ciągu ostatnich kilku lat sytuacja pacjentów z SM w Polsce się poprawiła. Pacjenci mają nieograniczony czasowo dostęp do nowoczesnych terapii farmakologicznych, rosną również nakłady płatnika przeznaczone na zwalczanie SM. Sytuacja w zarządzaniu tą chorobą nadal nie jest jednak wzorcowa. Problemem wciąż jest długi czas oczekiwania na właściwą diagnozę, a także na włączenie do programu lekowego. W naszym kraju brakuje również lekarzy specjalizujących się w neurologii oraz ośrodków leczenia stwardnienia rozsianego.

Organizacja Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019:



Rysunek nr 6: Organizacja Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019.

**Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019
składa się z trzech parametrów oceny:**

- 1. Codzienne funkcjonowanie**
– różnorodne aspekty społeczne funkcjonowania chorego na stwardnienie rozsiane.
- 2. Diagnostyka i wyniki leczenia**
– aspekty kliniczne stwardnienia rozsianego, biorące pod uwagę wyniki leczenia pacjentów i zasoby wspomagające diagnostykę.
- 3. Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem** – struktury wsparcia, które umożliwiają osobom cierpiącym na stwardnienie rozsiane radzenie sobie z chorobą.

Każdy parametr oceny składa się z odpowiedniej liczby mierników:

- 1. Codzienne funkcjonowanie** – 6
- 2. Diagnostyka i wyniki leczenia** – 6
- 3. Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem** – 6

Łącznie Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019 zbudowany jest z **18 indywidualnych mierników**.

1 WYKAZ PARAMETRÓW I MIERNIKÓW INDEKSU STWARDNIENIA ROZSIANEGO 2019.

 Codzienne funkcjonowanie	 Diagnostyka i wyniki leczenia	 Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności – wysokość zasiłku socjalnego na osobę	Odsetek pacjentów ze stwardnieniem rozsianym aktywnych zawodowo	Dostęp do e-zdrowia
Stosunek kosztu zakwaterowania do kosztów całkowitych utrzymania	DALYs – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność	Odsetek pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, którzy mają dostęp do rehabilitacji na 100 tys. mieszkańców
Zasiłek chorobowy – liczba dni zasiłku gwarantowanego przez ubezpieczenie społeczne	Liczba zgonów z powodu stwardnienia rozsianego	Liczba terapeutów zajęciowych na 100 tys. mieszkańców
Dostępność transportu dla osób z niepełnosprawnościami	Liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców	Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. mieszkańców
Odsetek populacji chorych na stwardnienie rozsiane korzystający z elastycznych warunków pracy	Liczba neurologów na 100 tys. mieszkańców	Liczba psychologów na 10 tys. mieszkańców
Partycypacja młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie	Liczba okulistów na 10 tys. mieszkańców	Jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie

Tabela nr 8: Wykaz parametrów i mierników Indeksu Stwardnienia rozsianego 2019.

2 WYNIKI INDEKSU STWARDNIENIA ROZSIANEGO 2019.

W Indeksie Stwardniania Rozsianego 2019 średnia europejska wyniosła 47 punktów na 100 możliwych. Pierwsze miejsce zajęły Niemcy z 71 punktami i jako jedyny kraj spośród 30 przekroczyły barierę 70 punktów. Drugie miejsce zajęła Dania z 64 punktami, a trzecie miejsce zajęły Norwegia *ex aequo* ze Szwajcarią, zdobywając 63 punkty.



Niemcy zajęły pierwsze miejsce w ogólnym rankingu oraz pierwsze miejsce w parametrze *Codzienne funkcjonowanie*. W parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* kraj ten zajął 4. miejsce, a w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem* – 3. miejsce.



Dania zajęła 2. miejsce w ogólnym rankingu. W parametrze *Codzienne funkcjonowanie* zajęła 4. pozycję, w parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* uplasowała się dopiero na 20. miejscu, a w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem* – na 1. miejscu.



Norwegia i Szwajcaria zajęły *ex aequo* 3. miejsce. Norwegia osiągnęła: 3. miejsce w parametrze *Codzienne funkcjonowanie*, 20. miejsce w parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* oraz 2. miejsce w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem*. Szwajcaria zdobyła: 5. miejsce w parametrze *Codzienne funkcjonowanie*, 7. miejsce w parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* oraz 6. miejsce w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem*.

tów i więcej) otrzymała większość mierników parametrów *Wsparcie pacjentów* oraz *Codzienne funkcjonowanie*. Wszystkie cztery kraje charakteryzuje wysoka dostępność do rehabilitacji (po 100 punktów; tylko Szwajcaria 70 punktów), wysoka liczba fizjoterapeutów (70–100 punktów) i psychologów (odpowiednio: 60, 80, 100 i 90 punktów). We wszystkich krajach dostęp do e-zdrowia oraz jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie oceniane są wysoko (70–100 punktów).

Na wysoką pozycję Niemiec, Danii i Norwegii wpływają także bardzo dobre oceny takich mierników, jak elastyczność warunków pracy, partycypacja młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie oraz koszty zakwaterowania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania. Jedynie Szwajcaria w miernikach elastyczności pracy oraz partycypacji młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie wypada średnio (50 punktów). Norwegia również otrzymała tylko 50 punktów w mierniku partycypacji młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie. W Danii i Norwegii wysoką ocenę otrzymał także miernik zasiłku z tytułu niepełnosprawności (70 i 100 punktów).

Analizując wysokie miejsca Niemiec, Danii, Szwajcarii i Norwegii w rankingu europejskim, można zauważyć, że kraje te uzyskały wysokie lub średnie punktacje w większości ocenianych kryteriów. We wszystkich trzech krajach bardzo wysoką punktację (70 punk-

Co ciekawe, przeważnie niską lub tylko średnią punktację wszystkie cztery kraje – Niemcy, Dania, Szwajcaria i Norwegia – otrzymały w miernikach liczby okulistów (10–20 pkt; Szwajcaria 50 punktów), liczby neurologów (odpowiednio 50, 30, 40 i 40 punktów) oraz

wysokości zasiłku chorobowego (Niemcy 50 punktów, Dania 10 punktów, Norwegia 20 punktów; wyjątek to Szwajcaria – 70 punktów). We wszystkich krajach miernik liczby lat życia skorygowanych o niepełnosprawność utrzymywał się na poziomie 60 lub 70 punktów.

Warto zwrócić uwagę na wynik ogólny Czech (50 punktów), który plasuje ten kraj na 12. pozycji. Jest to jedyne państwo z Europy Środkowo-Wschodniej, które uzyskało wynik powyżej średniej europejskiej, wyprzedzając takie kraje jak Francja czy Hiszpania. Na wysoki wynik Czech wpływają bardzo wysokie notowania (80 punktów i wyżej) w kilku miernikach: koszty zakwaterowania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania, liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność, liczba zgonów z powodu stwardnienia rozsianego, liczba neurologów, okulistów i dostęp do rehabilitacji. Słabo wypadają w Czechach dostęp do e-zdrowia oraz liczba aparatów rezonansu magnetycznego (po 20 punktów). Tylko 10 punktów kraj osiągnął w miernikach: świadczenia z tytułu niepełnosprawności, liczba zatrudnionych terapeutów, liczba psychologów oraz jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie. Nieoczekiwanie na dalszym, 20. miejscu

w rankingu znalazła się Wielka Brytania, poniżej średniej europejskiej z wynikiem 41 punktów. Składają się na to słabe (20 punktów i mniej) wyniki w takich miernikach jak: zasiłki chorobowe i świadczenia z tytułu niepełnosprawności, liczba neurologów, okulistów, fizjoterapeutów, psychologów oraz liczba aparatów rezonansu magnetycznego. Na Wyspach Brytyjskich wysoko oceniono natomiast jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie (100 punktów), koszty zamieszkania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania i elastyczność warunków pracy (po 80 punktów). Dostęp do rehabilitacji oraz do e-zdrowia otrzymały po 70 punktów.

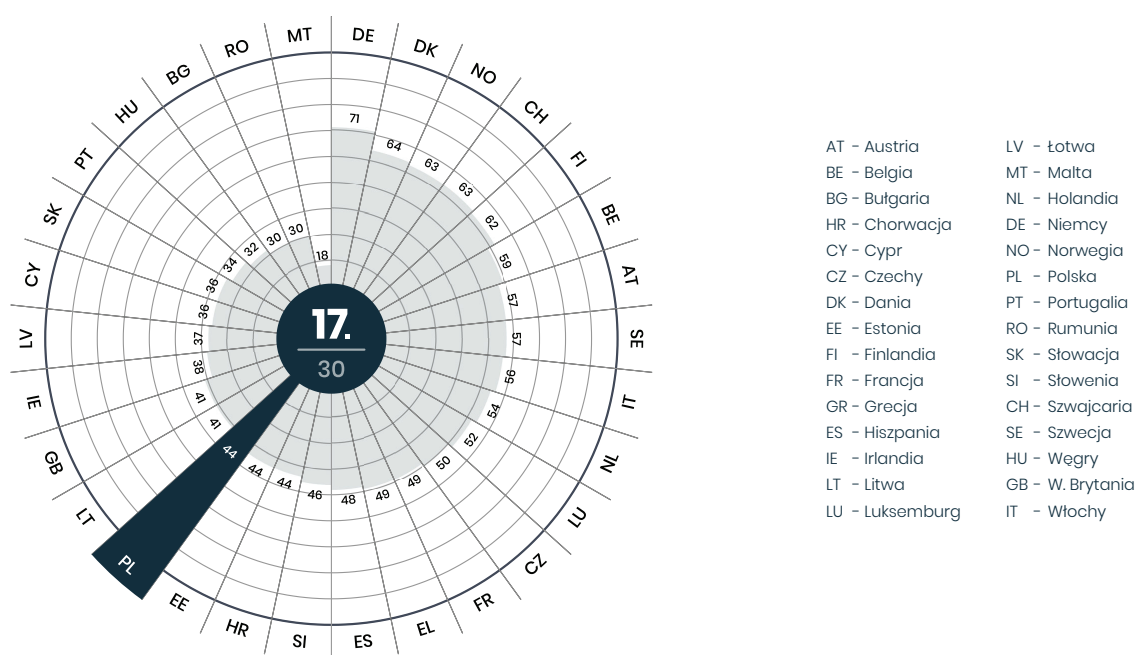
Ostatnie miejsca w ogólnym rankingu zajęły kolejno: Węgry (32 punkty), Rumunia (30 punktów), Bułgaria (30 punktów) oraz Malta (18 punktów).

Podsumowując, w Indeksie Stwardnienia Rozsianego 2019 wiele krajów uzyskało średnie wyniki dalekie od ideału, a zakres, w jakim europejska opieka zdrowotna i systemy społeczne zaspokajają potrzeby osób ze stwardnieniem rozsianym, jest bardzo zróżnicowany.



POLSKA W INDEKSIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polska w rankingu ogólnym Stwardnienia Rozsianego 2019 zajęła 17. miejsce, uzyskując 44 punkty, co pozwala pozycjonować kraj niewiele niżej niż przeciętny wynik uzyskiwany w analizie. Ze względu na uplasowanie się kraju w środkowej części tabeli Polska dość dobrze wypada na tle krajów regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Wyżej znalazły się Czechy (12. miejsce w ogólnym rankingu) oraz Słowenia (16. miejsce), natomiast Chorwacja i Estonia zajęły tę samą, 17. pozycję.



Wykres nr 7: Wyniki ogólne Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019.

Analizując poszczególne parametry Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019, Polska zajęła:

- **18. miejsce** w parametrze *Codzienne funkcjonowanie*, zdobywając 43 punkty,
- **11. miejsce** w parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia*, zdobywając 50 punktów,
- **20. miejsce** w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem* z 38 punktami.



Rysunek nr 7: Wyniki dla Polski - wynik ogólny i parametry oceny Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019.

Wysokie wyniki Polska uzyskała w miernikach: koszty zamieszkania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania, partycypacja młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie oraz liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (po 80 punktów). Powyżej średniej europejskiej (70 punktów) ocenione zostały takie parametry, jak: elastyczność warunków

pracy, liczba zgonów z powodu stwardnienia rozsianego oraz dostęp do e-zdrowia.

Bardzo niską liczbę punktów (10) Polska otrzymała w miernikach: świadczenia z tytułu niepełnosprawności, zasiłek chorobowy, dostępność transportu dla osób z niepełnosprawnościami oraz jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie.



3 PARAMETRY OCENY INDEKSU STWARDNIENIA ROZSIANEGO 2019.

3.1 Codzienne funkcjonowanie

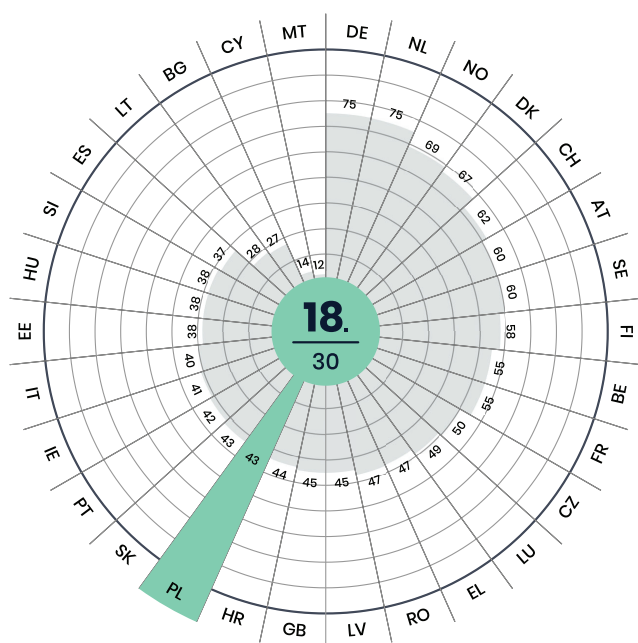
W parametrze oceny *Codzienne funkcjonowanie* najwięcej punktów zdobyły Niemcy i Holandia – 75, a tym samym kraje te uzyskały status liderów. Drugie miejsce zajęła Norwegia, uzyskując 69 punktów. Najniżej uplasowały się Cypr z 14 punktami i Malta z 12 punktami. Różnica pomiędzy liderem rankingu a krajem z ostatniego miejsca wynosi aż 63 punkty, co pokazuje ogromną rozbieżność sytuacji pacjentów w Europie. **Średnia europejska wyniosła 47 punktów.**

Analizując wysokie miejsca Niemiec, Holandii oraz Norwegii, warto zauważyć, że Niemcy zdobyły bardzo wysoką ocenę w miernikach dostępności transportu dla osób z niepełno-

sprawnościami (100 punktów) oraz partycypacji młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie (100 punktów).

Z kolei Holandia zajęła 1. miejsca (po 100 punktów) w miernikach kosztu zakwaterowania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania i elastyczności warunków pracy.

Norwegia nieznacznie odbiega punktacją od liderów rankingu – otrzymała 1. miejsce w mierniku elastyczności warunków pracy (100 punktów) oraz wysokie pozycje w niemal wszystkich pozostałych miernikach.



1 Niemcy	75
1 Holandia	75
3 Norwegia	69
4 Dania	67
11 Czechy	50
18 Polska	43

Wykres nr 8: Wyniki ogólne Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 w parametrze *Codzienne funkcjonowanie*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

**Polska w parametrze
Codzienne funkcjonowanie
zajęła 18. miejsce, uzyskując
43 punkty *ex aequo*
ze Słowacją.**

W mierniku zasiłków chorobowych nasz kraj zajął 20. miejsce. Pod względem dostępu transportu dla osób z niepełnosprawnościami – 25. miejsce, a w mierniku świadczeń z tytułu niepełnosprawności – 20. miejsce. Wyższe miejsca Polska zajęła w mierniku kosztów zakwaterowania w stosunku do całkowitych kosztów utrzymania – 12. miejsce oraz pod względem elastyczności warunków pracy – 10. miejsce i partycypacji młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie – 5. miejsce.

Codzienne funkcjonowanie

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Świadczenia z tytułu niepełnosprawności – wysokość zasiłku socjalnego na osobę	20
Stosunek kosztu zakwaterowania do kosztów całkowitych utrzymania	12
Zasiłek chorobowy – liczba dni zasiłku gwarantowanego przez ubezpieczenie społeczne	20
Dostępność transportu dla osób z niepełnosprawnością	25
Odsetek populacji chorych na SM korzystający z elastycznych warunków pracy	10
Partycypacja młodych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w edukacji i społeczeństwie	5

Tabela nr 9: Wyniki dla Polski w parametrze oceny Codzienne funkcjonowanie.



3.2 Diagnostyka i wyniki leczenia

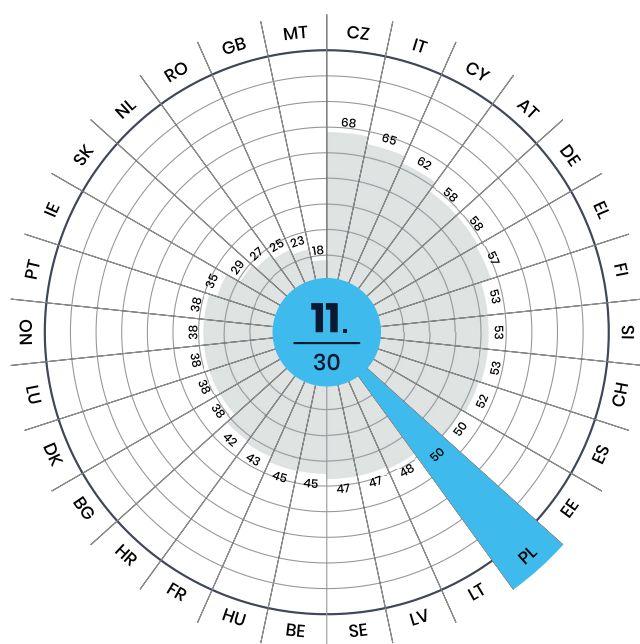
W parametrze oceny *Diagnostyka i wyniki leczenia* 1. miejsce zajęły Czechy, zdobywając 68 punktów, a drugie Włochy, zdobywając o 3 punkty mniej. Na 3. miejscu uplasował się Cypr z 62 punktami. Ostatnie dwa miejsca zajęły odpowiednio Wielka Brytania i Malta, zdobywając 23 i 18 punktów. Co ciekawe, w tym parametrze Dania (będąca w czołówce rankingu ogólnego) zdobyła tylko 38 punktów.

W kryterium oceny *Diagnostyka i wyniki leczenia* dostrzegalna jest znaczna różnica punktowa pomiędzy liderami parametru a krajami z ostatnich miejsc, wynosząca 50 punktów.

Średnia europejska wyniosła 45 punktów.

Czechy pozycję lidera osiągnęły przede wszystkim dzięki wysokiej punktacji w miernikach: liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (90 punktów), liczba zgonów na rok z powodu SM (80 punktów), liczba neurologów (90 punktów) oraz okulistów (100 punktów). Wynik Czech zaniżył miernik liczby aparatów rezonansu magnetycznego, w którym kraj zdobył jedynie 20 punktów.

Kolejne, 2. miejsce w tym rankingu zajmują Włochy, które największą liczbę punktów zdobyły w miernikach liczby zgonów na rok z powodu SM (80 pkt.), liczby aparatów rezonansu magnetycznego (90 punktów) oraz liczby pacjentów aktywnych zawodowo (60 punktów).



1 Czechy	68
2 Włochy	65
3 Cypr	62
4 Niemcy	58
11 Polska	50
18 Dania	38

Wykres nr 9: Wyniki ogólne Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 w parametrze oceny *Diagnostyka i wyniki leczenia*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Na 3. pozycji uplasował się Cypr, m.in. z najwyższym pośród wszystkich krajów miernikiem liczby osób aktywnych zawodowo (60 punktów).

W parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* Polska uplasowała się nieco powyżej średniej, zdobywając 50 punktów, co dało jej 11. miejsce.

Na dobre miejsce wpływ miały wyniki w takich miernikach, jak liczba okulistów i liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność, w których Polska zajęła 4. miejsce, oraz liczba zgonów z powodu SM – 6. miejsce. Słaby wynik nasz kraj osiągnął natomiast pod względem liczby aparatów rezonansu magnetycznego – 24. miejsce.

Diagnostyka i wyniki leczenia

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Odsetek pacjentów ze stwardnieniem rozсіяnym aktywnych zawodowo	7
DALYs – liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność	4
Liczba zgonów z powodu stwardnienia rozсіяnego	6
Liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców	24
Liczba neurologów na 100 tys. mieszkańców	10
Liczba okulistów na 10 tys. mieszkańców	4

Tabela nr 10: Wyniki dla Polski w parametrze oceny *Diagnostyka i wyniki leczenia*.

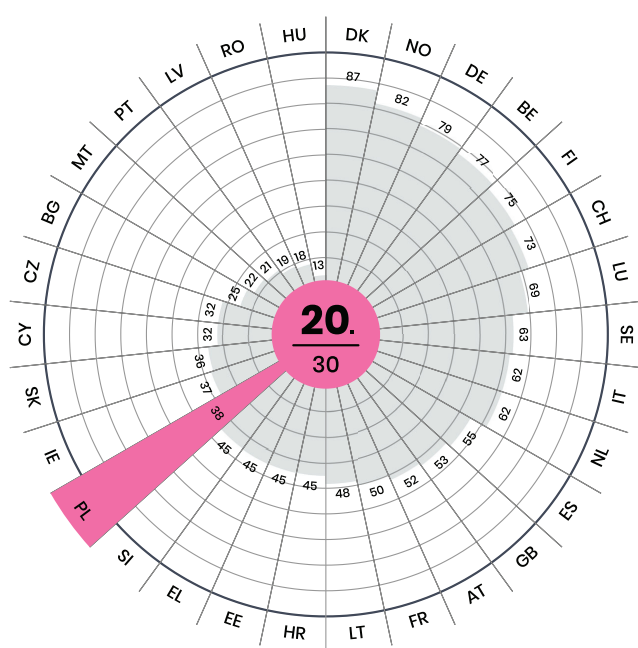


3.3 Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem

W parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem* 1. miejsce zajęła Dania, zdobywając 87 punktów. Norwegia zajęła 2. miejsce z 82 punktami. Kraj, który znalazł się na końcu, to Węgry (13 punktów). **Średnia europejska wyniosła 49 punktów.**

Bardzo duża rozbieżność punktowa pomiędzy krajami pokazuje, że struktury, a co za tym idzie efektywność wsparcia dla osób cierpiących na SM, są w Europie bardzo zróżnicowane.

Dania oraz Norwegia zajęły wysokie miejsca niemal we wszystkich miernikach tego parametru, m.in. dostępu do centrów rehabilitacyjnych (oba kraje zdobyły po 100 punktów), dostępu do e-zdrowia (Norwegia – 80 punktów, Dania – 70 punktów), dostępu do fizjoterapeutów (Norwegia – 100 punktów, Dania – 70) oraz jakości informacji diagnostycznych (Dania – 100 punktów, Norwegia – 70).



1	Dania	87
2	Norwegia	82
3	Niemcy	79
20	Polska	38
23	Czechy	32

Wykres nr 10: Wyniki ogólne Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 w parametrze oceny *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem*.

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bulgaria, HR/Chorwacja, CY/Cypr, CZ/Czechy, DK/Dania, EE/Estonia, FI/Finlandia, FR/Francja, GR/Grecja, ES/Hiszpania, IE/Irlandia, LT/Litwa, LU/Luksemburg, LV/Lotwa, MT/Malta, NL/Holandia, DE/Niemcy, NO/Norwegia, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, CH/Szwajcaria, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Polska uplasowała się na 20. miejscu, zdobywając 38 punktów, co jest wynikiem o 11 punktów niższym niż przeciętny wynik analizy. Pod względem liczby psychologów kraj zajął 17. miejsce – taką samą pozycję uzyskał również w mierniku liczby fizjoterapeutów zdobywając 30 punktów. W mierniku jakości informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie. Polska zajęła 22. miejsce, a pod względem liczby terapeutów zajęciowych kraj uplasował się na 14. miejscu.

Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem

Wyniki dla Polski:

miejsce:

Dostęp do e-zdrowia	6
Odsetek pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, którzy mają dostęp do rehabilitacji na 100 tys. mieszkańców	17
Liczba terapeutów zajęciowych na 100 tys. mieszkańców	14
Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. mieszkańców	17
Liczba psychologów na 10 tys. mieszkańców	17
Jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie	22

Tabela nr 11: Wyniki dla Polski w parametrze oceny *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem*.





Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Instytut Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
oraz Center of Value
Based Healthcare
Uczelni Łazarskiego,
ekspert systemu
ochrony zdrowia

Nauka i czerpanie z doświadczeń są immanentną częścią poprawy jakości systemów ochrony zdrowia. Każda zmiana jest swego rodzaju eksperymentem, a doświadczenia innych państw pozwalają wyeliminować część potencjalnych błędów, które mogą wystąpić. Zespół ekspertów zebrął doświadczenia kilku wybranych państw, aby pokazać, które rozwiązania w perspektywie i otoczeniu tych systemów się sprawdzają.



Niemcy

» **Udział kosztów pokrywanych przez rządowe i obowiązkowe systemy ubezpieczeń (84%) jest trzecim najwyższym w krajach OECD, co przekłada się na zakres i jakość opieki nad chorym na SM w Niemczech.** Niemcy przeznaczają na ochronę zdrowia aż 11,2% PKB, co przekłada się na 5986 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP)²⁸.

» **Niemcy mają jeden z najwyższych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek** – 12,9 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1) oraz lekarzy – 4,3 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4). Wynika z tego, że na 1 tys. mieszkańców Niemiec przypada o 20% więcej lekarzy i o 50% więcej pielęgniarek niż średnia w OECD, co znacząco wpływa na sprawność i dostępność opieki nad chorym na SM w Niemczech.

» **Od dwóch dekad diagnostyka i leczenie SM w Niemczech jest jednym z krajowych priorytetów.** Poczyniono znaczne wysiłki, aby w całym kraju lekarze stosowali się do krajowych i międzynarodowych wytycznych klinicznych, w których uwzględniono innowacyjne metody leczenia²⁹.

» **Odsetek chorych na SM leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby w Niemczech jest najwyższy w Europie i wynosi ok. 70%.** Należy również podkreślić, że leki modyfikujące przebieg choroby są refundowane w Niemczech zaraz po ich rejestracji w Unii Europejskiej, co przekłada się na szeroki, szybki i równy dostęp do nowych metod terapii³⁰.

» **W 2001 r. powołano narodowy rejestr pacjentów ze stwardnieniem rozsianym,** który obecnie obejmuje ok. 50 tys. osób – co stanowi ok. 40% z 120 tys. zdiagnozowanych chorych z SM w Niemczech³¹. Dzięki rejestrowi

28. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-199991312.html>

29. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe: Results for Germany. Peter Flachenecker, Gisela Kobelt, Jenny Berg, Daniela Capsa, Mia Gannedahl and The European Multiple Sclerosis Platform. Multiple Sclerosis Journal 2017, Vol. 23(25) 78–90 DOI: 10.1177/1352458517708141. Dostępne: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1352458517708141>

30. Access to medicines for multiple sclerosis: Challenges and opportunities. CRA, 2014. Dostępne: <https://www.crai.com/sites/default/files/publications/CRA-Biogen-Access-to-MS-Treatment-Final-Report.pdf>

31. Changing paradigms in the management of Multiple Sclerosis. White Paper. Panos Kanavos and Jean Mossman. LSE, November 2018. Dostępne: <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/changing-paradigms-in-the-management-of-ms.pdf>

32. Multiple sclerosis in Germany 2018 – update on baseline data from the German MS Registry ECTRIMS Online Library. Flachenecker P. Oct 10, 2018; 231798; 56. Dostępne: <https://onlinelibrary.ectrims-congress.eu/ectrims/2018/ectrims-2018/231798/peter.flachenecker.multiple.sclerosis.in.germany.2018-update.on.baseline.html>

monitorowana jest skuteczność diagnostyki oraz leczenia na poziomie całego kraju i poszczególnych krajów związkowych (landów)³².

» **Chorzy na SM w Niemczech są leczeni przez neurologów głównie na poziomie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a leki przepisywane są na receptę, co powoduje brak ograniczeń administracyjnych, logistycznych i zaburzeń w dostępie do leczenia**³³.

Obecnie krajowym priorytetem jest zniwelowanie regionalnych różnic w dostępie chorych na SM do neurologów oraz poprawa wczesnej diagnostyki SM. W Berlinie pracuje ok. 11 neurologów na 100 tys. mieszkańców, natomiast w niektórych krajach związkowych tylko 6-7 neurologów na 100 tys. mieszkańców. Przekłada się to na opóźnienia w diagnozie oraz odsetek leczonych chorych³⁴.

» **Bardzo ważną rolę w poprawie opieki nad chorymi na SM w Niemczech odgrywa liczna i silna społeczność pacjentów, ich krewnych, zaangażowanych wolontariuszy i pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin: Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG).** DMSG składa się ze

stowarzyszenia federalnego, 16 stowarzyszeń krajowych oraz ok. 850 lokalnych grup kontaktowych. Jasny podział zadań i sprawna koordynacja działań między federalnym stowarzyszeniem a stowarzyszeniami reprezentującymi kraje związkowe gwarantuje kompleksowy zakres usług oraz skuteczne reprezentowanie chorych na SM i ich rodzin³⁵.

» **Niemcy z długą tradycją powszechnej opieki zdrowotnej zapewniają adekwatną opiekę medyczną i socjalną wszystkim osobom chorującym na SM.** Leczenie SM prowadzone jest przez interdyscyplinarne zespoły. Pełny koszt leków modyfikujących przebieg choroby jest zwracany przez rząd bez ograniczeń czasu trwania leczenia, a leczenie objawów jest również w pełni pokrywane. Chorzy na SM mają nieograniczony dostęp do rehabilitacji. Zatrudnienie osób z SM i utrzymanie pracy wynika z przepisów ochronnych i elastycznych warunków pracy³⁶. W wyniku szerokiego dostępu do leków oraz kompleksowej opieki zdrowotnej i socjalnej Niemcy raportują najniższy poziom niepełnosprawności – tylko 10% chorych na SM w Niemczech jest umiarkowanie zależnych od opiekunów³⁷.



Dania

» **Wysokie finansowanie systemu ochrony zdrowia w Danii przekłada się na zakres i jakość opieki nad chorymi na SM.** Dania przeznaczona na ochronę zdrowia 10,5% PKB, co przekłada się na 5299 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie³⁸ (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8% i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP).

» **Dostęp chorych na SM do kadr medycznych jest adekwatny do potrzeb zdrowotnych.** Dania ma wysokie wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek – 10 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 8,8, a dla Polski – 5,1) oraz lekarzy – 4 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

33. Multiple sclerosis in Germany: data analysis of administrative prevalence and healthcare delivery in the statutory health system. Höer et al. BMC Health Services Research 2014, 14:381 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/38>

34. Time Matters for people with MS in Germany. Dostępne: <https://www.msbrainhealth.org/article/time-matters-for-people-with-ms-in-germany>

35. Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Dostępne: <https://www.dmsg.de/>

36. <http://www.emsp.org/wp-content/uploads/2017/02/BAROMETER-2015-Final-10.05.2017.pdf>

37. <http://www.emsp.org/wp-content/uploads/2017/02/BAROMETER-2015-Final-10.05.2017.pdf>

38. Health at a Glance 2019, OECD, 2019 Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

» **Z racji wysokiej zapadalności, SM jest w Danii traktowane priorytetowo.**

Obecnie w Danii jest zdiagnozowanych ok. 16 tys. chorych na SM. W ostatnich 20 latach liczba chorych uległa podwojeniu, a wskaźnik zapadalności na SM w Danii jest bardzo wysoki³⁹.

» **Opieka nad chorymi na SM w Danii uległa poprawie poprzez lepszą organizację i wyższe finansowanie.**

Przez długi czas system opieki zdrowotnej nie był wydolny w zakresie leczenia pacjentów z SM. Oznaczało to, że ok. 40% pacjentów z postępującym SM nie miało dostępu do regularnych konsultacji z neurologiem, a niektórzy pacjenci musieli czekać dłużej niż rok na przyjęcie do szpitala specjalizującego się w leczeniu tej choroby⁴⁰.

» **Odsetek chorych na SM leczonych nowoczesnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby (leki drugiej linii w Polsce) w Danii jest jednym z najwyższych w Europie – ok. 30%⁴¹.**

» **W 2019 r. rząd Danii zainicjował wdrożenie Narodowego Planu na rzecz Stwardnie-**

nia Rozsianego, którego głównym celem jest skrócenia czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie, poprawa wyników leczenia, zapewnienie kompleksowości opieki oraz wsparcie dla rodzin i opiekunów chorych na SM. Stowarzyszenie pacjentów z SM zadeklarowało opracowanie planu działań poprawiających dostęp do pracowników socjalnych i psychologów w ośrodkach leczących chorych oraz stworzenie specjalnego serwisu edukacyjnego na temat SM dla samorządów lokalnych⁴².

» **W Danii istnieją dwa krajowe rejestry chorych na SM. Starszy jest Duński Rejestr Stwardnienia Rozsianego**

(Danish Multiple Sclerosis Registry, DMSR), który jest rejestrem epidemiologicznym służącym do oceny częstości występowania SM oraz czasu przeżycia chorych. Drugi, Duński Rejestr Leczenia Stwardnienia Rozsianego (Danish Multiple Sclerosis Treatment Register, DMSTR), jest rejestrem wszystkich pacjentów, którzy otrzymywali i otrzymują leki modyfikujące przebieg choroby od 1996 r.⁴³



» **Czechy przeznaczają na ochronę zdrowia najwięcej spośród krajów regionu wschodniej i środkowej Europy, co wpływa**

również na sprawność opieki nad chorymi na SM. Jest to 7,5% PKB, co przekłada się na 3058 USD PPP na głowę mieszkańca rocznie (średnia dla OECD wynosi odpowiednio 8,8%

i 3994 USD PPP, natomiast średnia dla Polski wynosi odpowiednio 6,3% i 2056 USD PPP)⁴⁴.

» **Czechy mają średni poziom liczebności kadr medycznych**

– wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na poziomie 8,1 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 8,8,

39. Denmark has one of the highest rates of multiple sclerosis in the world. Dostępne: [http://cphpost.dk/news/denmark-has-one-of-the-higher-rates-of-multiple-sclerosis-in-the-world.html](http://cphpost.dk/news/denmark-has-one-of-the-highest-rates-of-multiple-sclerosis-in-the-world.html)

40. New national action plan to benefit patients with multiple sclerosis. August 07, 2018. Dostępne: <https://www.healthcaredenmark.dk/news/listnews/new-national-action-plan-to-benefit-patients-with-multiple-sclerosis/>

41. Access to medicines for multiple sclerosis: Challenges and opportunities. CRA, 2014. Dostępne: <https://www.crai.com/sites/default/files/publications/CRA-Biogen-Access-to-MS-Treatment-Final-Report.pdf>

42. Denmark sets aside millions for multiple sclerosis patients and their families. April 4th, 2019. Dostępne: <http://cphpost.dk/news/denmark-sets-aside-millions-for-multiple-sclerosis-patients-and-their-families.html>

43. Registers of multiple sclerosis in Denmark. N. Koch-Henriksen, M. Magyari, B. Laursen. 4 July 2015 Acta Neurologica Scandinavica 132 Suppl S199(S199):4-10. DOI: 10.1111/ane.12424. Dostępne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26046552>

44. Health at a Glance 2019, OECD, 2019. Dostępne: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

a dla Polski – 5,1) oraz lekarzy – 3,7 na 1 tys. mieszkańców (średnia dla OECD wynosi 3,5, a dla Polski – 2,4).

» **Według MS Barometer z 2015 r. leczenie modyfikujące chorobę otrzymywało w Czechach ok. 50% chorych na SM⁴⁵.**

W Czechach jest zdiagnozowanych ok. 17 tys. chorych na SM⁴⁶. Po 2015 r. stosunkowo niski odsetek pacjentów rozpoczął leczenie za pomocą leków drugiego rzutu, w przeciwieństwie do trendów w innych krajach Europy⁴⁷.

» **Od 2012 r. Czechy mają ustawowy obowiązek włączenia leczenia modyfikującego chorobę w ciągu 28 dni od postawienia diagnozy SM⁴⁸.**

» **Od 2013 r. w Czechach działa krajowy rejestr stwardnienia rozsianego: ReMuS – Multiple Sclerosis Patient Registry.** Celem powołania rejestru było uzyskanie wiarygodnych, reprezentatywnych i długoterminowych danych na temat SM, wpływu czynników środowiskowych na tę chorobę oraz efektów leczenia (w tym porównania skuteczności poszczególnych leków i kosztów terapii). Dane uzyskane z rejestru mają służyć jako ważne argumenty w procesie negocjacji z lokalnymi władzami. Rejestr obsługiwany jest przez fundację Impuls (która jest właścicielem danych) i merytorycznie współpracuje z Czeskim Towarzystwem Neurologicznym⁴⁹.

» **W Czechach opieka nad chorymi na SM skupiona jest w 15 ośrodkach leczenia SM (MS Centres), które przesyłają dane medyczne do rejestru.**

Oprogramowanie iMed zbiera i weryfikuje dane, które w postaci raportu prezentowane są dwa razy w roku (czerwcu i grudniu) w domenie publicznej. W porównaniu z pierwszym eksportem danych w czerwcu 2013 r. liczba brakujących danych uległa zmniejszeniu. Najnowszy raport z marca 2019 r. informuje, że w rejestrze odnotowano ogółem 13 346 chorych na SM, w tym 11 067 pacjentów leczonych terapiami modyfikującymi przebieg choroby (DMT)/immunoglobulinami (IVIg) oraz 2279 pacjentów nie poddanych temu leczeniu⁵⁰.

» **Zgodnie z czeskim rejestrem, aż 75% chorych na SM jest aktywnych zawodowo⁵¹.**

» **Ośrodki leczenia SM w Czechach (MS Centres) są finansowane ze środków publicznych, ale wiele organizacji pozarządowych doposaża te placówki w sprzęt oraz szkoli ich personel.** W ramach poprawy wyposażenia MS Centres sfinansowano zakup nowoczesnych łóżek, foteli infuzyjnych, sprzętu transportowego dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, nowoczesnych urządzeń medycznych (m.in. GAITRite, OCT Spectralis) oraz sprzętu rehabilitacyjnego. W zakresie szkoleń rozwijano model opieki kompleksowej nad chorym na SM. Zebrano środki finansowe na terapię psychologiczną grupową i indywidualną pacjentów, specjalistów w dziedzinie fizykoterapii oraz programy rehabilitacji leczniczej⁵².

45. MSBarometer 2015 – European Multiple Sclerosis Platform. Dostępne: <http://www.emsp.org/projects/ms-barometer/>

46. <http://www.bezmytu.cz/en/>

47. Initiation of first disease-modifying treatment for multiple sclerosis patients in the Czech republic from 2013 to 2016: Data from the national registry ReMuS. Horakova E. et al. Multiple Sclerosis and Related Disorders

Volume 35, October 2019, Pages 196–202. Dostępne: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S22103481930330X>

48. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>

49. ReMuS–Multiple Sclerosis Patient Registry. Dostępne: <https://www.nfimpuls.cz/index.php/en/czech-ms-registry>

50. Regular Output from ReMuS RegistryData export updated on 31.12.2018–Summary of Output from Analysis. Endowment fund IMPULS. Kateřinská 30, Praha 2, ID: 26169428. www.multiplesclerosis.cz. Dostępne: https://nfimpuls.cz/images/docs/remus_zaverecne-zpravy/ReMuS_aj_2018_12_zaverecna_zprava_souhrnna_web.pdf

51. Ibidem.

52. Where We Help. Support of the science, research, therapy and awareness of MS. IMPULS, Endowment Fund. Dostępne: <http://www.multiplesclerosis.cz/index.php/en/our-projects/our-help>

PERSPEKTYWA PACJENCKA



Dominika Czarnota
– **Szałkowska**

– Pełnomocnik Polskiego
Towarzystwa Stwardnienia
Rozsianego



Tomasz Połec

– Przewodniczący
Polskiego Towarzystwa
Stwardnienia Rozsianego

Jako organizacja pacjencka zabiegamy o to, aby osoby chorujące na SM mogły uzyskać jak najlepsze wsparcie w różnych aspektach życia z chorobą przewlekłą. Dzięki narzędziom takim jak Indeks Stwardnienia Rozsianego możemy zidentyfikować, które praktyki i jakie rozwiązania stosowane w innych krajach europejskich przynoszą najlepsze możliwe rezultaty oraz rozważyć ich implementację na rodzimym gruncie.

Ogólny wynik Polski uzyskany w Indeksie Stwardnienia Rozsianego plasuje nas nieco poniżej średniej europejskiej. Wydaje się, że to miejsce dość dobrze oddaje stan faktyczny. W ostatnich latach w obszarze SM zaszło wiele korzystnych zmian, co ma bezpośrednie przełożenie na sytuację polskich pacjentów. Od niedawna wszystkie leki immunomodulujące dostępne w Europie są refundowane także u nas. Z innej strony warto pamiętać, że nawet dość wysokie miejsce w tego typu zestawieniu łatwo można stracić i trzeba cały czas gonić peleton.

Rokrocznie na terapię SM przeznaczanych jest coraz więcej środków, dzięki czemu leczymy coraz licznější grupę pacjentów, a ich prze-

widywalna długość życia i liczba lat aktywności zawodowej zwiększają się. Zmniejsza się też liczba lat życia skorygowanych o niepełnosprawność. I to jest chyba nasz największy sukces.

Z punktu widzenia organizacji pacjenckiej dostrzegamy, że poprawia się również poziom dialogu między pacjentami a decydentami. To sprawia, że system ochrony zdrowia może skuteczniej reagować na faktyczne potrzeby osób chorych. Powoli dostrzega się też potrzebę rozwiązań, które z jednej strony pomagają systemowi zaoszczędzić czas i pieniądze, a z drugiej strony poprawiają sytuację osób chorych. W zakresie polityki społecznej i szeroko rozumianego wsparcia zmiany niestety następują wolniej i nie są tak spektakularne. To zresztą widać także w niskich wynikach uzyskanych przez Polskę w parametrach *Codzienne funkcjonowanie* oraz *Wsparcie pacjentów*.

Wśród najważniejszych zagadnień wymagających poprawy widzimy dostęp do kompleksowej opieki nad pacjentem, co w wypadku SM – choroby wieloobjawowej i postępującej – ma szczególne znaczenie. Konieczna jest też odpowiednia rehabilitacja na każdym etapie choroby. Rola fizjoterapeutów jest nie do przecenienia. Obecnie w ramach programów lekowych dostępne są wszystkie leki zarejestrowane w Europie, ale problemem pozostają kolejki do specjalistów, a dla osób z bardziej zaawansowaną chorobą – zapewnienie środków higieny i realnego dostępu do opieki paliatywnej. Niezbędne jest też większe wsparcie opiekunów osób chorych na SM. Mówiąc o opiece zdrowotnej,

nie możemy pominąć aspektu finansowego. Bez zainwestowania odpowiednich środków, adekwatnych do potrzeb zdrowotnych, nie jesteśmy w stanie zapewnić świadczeń na wysokim poziomie.

W parametrze *Diagnostyka i wyniki leczenia* Polska wypada zaskakująco dobrze. Czy słusznie? Może to wynikać ze specyfiki organizacji systemu opieki nad pacjentem z SM oraz ograniczonej dostępności do porówny-

walnych w skali europejskiej danych. Z innego punktu widzenia to dobry sygnał dla nas, że mamy wszelkie możliwości, żeby faktycznie diagnostyka była u nas przeprowadzana odpowiednio szybko i sprawnie. Bardzo ważny jest właśnie optymalny model funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Lekarze powinni być mniej obciążeni kwestiami administracyjnymi, powinniśmy też wzmocnić rolę pielęgniarek SM i część zadań lekarzy powierzyć im.

PERSPEKTYWA KLINICYSTÓW



Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik

– Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii



Dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa

– Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Prezes Elekt Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego



Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

– Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego



Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

– Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Idea powstania opracowania Indeks FutureProofing Healthcare: Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019 – raport, w którym można zilustrować stan opieki systemowej nad chorymi z SM w różnych krajach Europy, w tym w Polsce, jest bardzo cenna, potrzebna i długo oczekiwana. Dotychczas, dzięki podobnym inicjatywom możliwości wymiany doświadczeń z różnych krajów polscy pacjenci z SM uzyskali porównywalny, pod wieloma względami z innymi kra-

jami Europy, status dotyczący dostępności do najnowszych terapii.

Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019 analizuje trzy kluczowe parametry funkcjonowania chorych na SM: *Codzienne funkcjonowanie; Diagnostyka i wyniki leczenia oraz Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem*. Każdy z parametrów jest mierzony za pomocą 6 mierników Indeksu, które można ocenić za pomocą

tych samych narzędzi w 30 krajach Europy biorących udział w ocenie Indeksu.

W Indeksie Polska uzyskała 44 punkty, czyli nieco poniżej średniej Europejskiej, która wynosiła 47 punktów (miejsce 17); wśród trzech badanych kluczowych parametrów funkcjonowania Polska wypadła najlepiej w zakresie *Diagnostyka i wyniki leczenia* (miejsce 11), następnie w zakresie *Codzienne funkcjonowanie* (miejsce 18) i najgorzej w parametrze *Wsparcie pacjentów i zarządzania leczeniem* (miejsce 20).

Pewne wątpliwości budzi metodologia raportu z powodu źródła danych bazujących na publikacjach pochodzących sprzed kilku lat. Wobec tego dane nie są aktualne, co w sytuacji bardzo dynamicznie rozwijającej się jednostki chorobowej jaką jest SM jest szczególnie istotne. Co więcej, dane źródłowe w znacznej mierze nie pochodzą z rejestrów, a opierają się często na ocenie jakościowej.

Uzyskanie przez Polskę w rankingu ogólnym Indeksu Stwardnienia Rozsianego 2019 pozycji niewiele niżej niż przeciętny wynik uzyskiwany w analizie oraz dość dobrej pozycji Polski na tle krajów regionu Europy środkowo-wschodniej (CEE) wskazuje na fakt, że dotychczasowe działania środowisk ekspertów klinicznych i grup pacjentów służące poprawie dostępności do leczenia oraz opieki nad chorymi przekładają się na wymierne efekty.

Miejsce Polski świadczy o dokonanym postępie w ciągu kilku ostatnich lat w zakresie poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych w szczególności dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Potwierdzeniem danych z raportu jest bardzo pozytywny trend dalszych zmian w ostatnich latach, nieuwzględnionych jeszcze w Indeksie, polegający na poprawie dostępu

do najnowszych terapii SM w Polsce poprzez współdziałanie z decydentami.

Mocną stroną polskiej opieki nad chorymi z SM jest refundowany dostęp do najnowszych terapii immunomodulujących. Pomimo tego, że proces refundacji przebiega zdecydowanie wolniej niż w innych krajach Europy i leczenie jest ograniczone dla części pacjentów ze względu na zapisy programów lekowych to obecnie w Polsce mamy możliwość leczenia zgodnie z obowiązującymi międzynarodowymi standardami.

W Polsce funkcjonuje system z obecnością ośrodków I i II-linii leczenia SM, których dystrybucja zasadniczo odpowiada potrzebom pacjentów w większości regionów kraju. System podziału środków na leczenie jest jednak nierówny i zależny od kontraktowania przez lokalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, co powoduje, że niektóre obszary kraju są w gorszej sytuacji refundacyjnej. Brakuje poradni specjalistycznych profilowanych na poszczególne podspecjalizacje takie jak m.in. SM. Brak określenia referencyjności w odniesieniu do poszczególnych szczebli opieki medycznej. Problemem jest brak kadr w największych placówkach szpitalnych i rośnie obciążenie w zakresie obowiązków i prowadzonych programów lekowych w opiece nad chorymi.

W Polsce główny ciężar opieki nad chorymi z SM opiera się na leczeniu szpitalnym a nadal w znacznie mniejszym stopniu na opiece ambulatoryjnej w szczególności przy stawianiu diagnozy oraz leczeniu objawowym. W polskim systemie lekarz rodzinny ma znacznie ograniczone kompetencje w zakresie prowadzenia diagnostyki, co wydłuża ten proces.

Kolejnym słabym punktem w systemie opieki nad chorymi z SM jest znaczne rozdrobnienie ośrodków SM oraz brak centrów SM,

które zapewniałyby kompleksowe i usystematyzowane działania usprawniające opiekę nad chorymi z SM poprzez współpracę z innymi placówkami.

W Indeksie Stwardnienia Rozsianego 2019 w parametrze *Codziennie funkcjonowanie* Polska notuje zbyt niską liczbę dni zasiłku gwarantowanego przez ubezpieczenie społeczne; zbyt małą wysokość zasiłku socjalnego oraz ograniczenia w zakresie dostępności transportu dla osób z niepełnosprawnością. W zakresie parametru *Diagnostyka i wyniki*

leczenia ujawniła się zbyt mała liczba aparatów rezonansu magnetycznego na 1 mln mieszkańców. W zakresie liczby aparatów do MRI sytuacja zmieniła się na korzyść w ostatnich latach, problemem jest jednak brak radiologów i nadal długie kolejki oczekujących na badanie, a potem na jego opis. W zakresie parametru *Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem* stwierdzono dla Polski niską liczbę fizjoterapeutów, psychologów oraz centrów rehabilitacji, a także słabą jakość informacji przekazywanych pacjentowi przy diagnozie.

PERSPEKTYWA SYSTEMOWA



Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

– Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego



Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

– Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego, ekspert systemu ochrony zdrowia

dają powody do satysfakcji, ale jednocześnie wskazują na obszary, które wymagają dalszej poprawy. Pewne trudności w interpretacji szczegółowych mierników wynikają z odmiennych modeli organizacji opieki i interpretacji danych na etapie raportowania poszczególnych krajów. Niemniej jednak w przypadku SM udało nam się zgromadzić obszerną wiedzę na temat dostępności do opieki i jej kosztów w Polsce, co pozwala obserwować w czasie skutki zmian systemowych podejmowanych w tym obszarze i odnieść się do lokaty Polski w Indeksie.

Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowa Uczelni Łazarskiego od 2014 r. prowadzi przekrojowe prace badawcze na temat opieki nad chorymi na SM w Polsce. W cyklicznych raportach (IZWOZ, 2014, 2016 i 2018) monitorowano poprawę dostępu chorych na SM do leczenia modyfikującego chorobę, rozwój modelu opieki w kierunku kompleksowości i koordynacji oraz dostęp do świadczeń rehabilitacji leczniczej i socjalnych.

W Indeksie Stwardnienia Rozsianego 2019 Polska zajęła 17. miejsce na 30 krajów regionu Europy. Plasuje to nasz kraj wśród krajów na średnim poziomie opieki nad chorymi na stwardnienie rozsiane. Przyjęte kryteria oceny

W 2016 r. wg danych NFZ z rozpoznaniem SM odnotowano w Polsce ogółem ok. 43 tys. osób – dynamika wzrostu rok do roku wynosiła ok. 10%. W ramach leczenia szpitalnego leczono w 2016 r. ok. 17 tys. chorych na SM. W 2016 r. NFZ na leczenie chorych na SM przeznaczył ogółem ok. 400 mln zł (dla porównania w 2008 r. było to ok. 137 mln zł). Odpowiadało to kwocie ok. 9 tys. zł na jednego chorego na SM w 2016 r. (w 2008 r. było to ok. 3 tys. zł). W 2016 r. NFZ przeznaczył na leki w ramach kontraktów na programy lekowe w stwardnieniu rozsianym ok. 225 mln w programie I linii oraz ok. 63 mln zł w programie II linii leczenia. Na świadczenia medyczne w ramach programów odpowiednio przeznaczono ok. 21 mln zł i ok. 3 mln zł. Kontrakty NFZ na leki w 2019 r. wynoszą ok. 291 mln w programie I linii oraz ok. 78 mln zł w programie II linii leczenia. Na świadczenia medyczne w ramach programów odpowiednio przeznaczono ok. 28 mln zł i ok. 4 mln zł.

W ramach programów lekowych wg danych NFZ w 2008 r. było leczonych ok. 3 tys. chorych na SM, a w 2016 r. – ok. 11 tys. W 2019 r. w ramach programów lekowych leczonych jest ok. 15,4 tys. z 45 tys. zdiagnozowanych chorych na SM ogółem. Wynika z tego, że do leczenia modyfikującego przebieg choroby (DMT) w ramach programów lekowych ma obecnie dostęp średnio ok. 30% chorych – czyli co trzeci zdiagnozowany chory na SM w Polsce. W Unii Europejskiej jest to średnio 60% chorych (MS Barometer, 2015). W pierwszej linii w Polsce leczonych jest ok. 14,2 tys. chorych i w większości lekami starszej generacji (interferony i glatiramer). W II linii terapii leczonych jest tylko 1,2 tys. chorych, czyli ok. 8% leczonych w programach lekowych. W Unii Europejskiej jest to 25% chorych, czyli co czwarty leczony. Leczenie SM w ramach programów lekowych prowadzi obecnie ok. 130 ośrodków klinicznych w całej Polsce. Patrząc na interaktywną Mapę SM przygotowaną

przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, chorzy mają geograficzny, dobry dostęp do 124 ośrodków realizujących terapię I linii oraz 71 ośrodków realizujących terapię II linii. Co ważne, w ostatnich trzech latach nastąpiło podwojenie liczby ośrodków klinicznych realizujących terapię w ramach I i II linii. Warto podkreślić, że od listopada 2019 r. wszystkie leki zawarte w standardach terapii SM są refundowane w ramach programów lekowych finansowanych przez NFZ. Niestety parametr dostępności do terapii lekowych nie został uwzględniony w Indeksie, co może zasadniczo wpływać na miejsce Polski w rankingu.

Głównymi wyzwaniami w zakresie optymalizacji dostępu do terapii w ramach programów lekowych są ograniczenia kadrowe ośrodków realizujących programy lekowe, obciążenia administracyjne lekarzy związane z systemem raportowania (tzw. SMPT) oraz modyfikacja zapisów programów odzwierciedlająca aktualne wytyczne kliniczne szczególnie w zakresie kwalifikacji do poszczególnych linii leczenia. Należy poprzeć postulaty Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN) dotyczące m.in. zwiększenia wyceny świadczeń medycznych w ramach programów lekowych (patrz m.in. raport Obarska, Stajszczyk, 2019) oraz w trybie ambulatoryjnym, uproszczenia systemu raportowania, zróżnicowania systemu wyceny w zależności od referencyjności ośrodka leczącego oraz nadania neurologii statusu specjalizacji priorytetowej. Według danych GUS w 2016 r. w Polsce pracowało 2406 neurologów, z czego część głównie w prywatnym sektorze.

Ograniczenia w dostępie chorych do specjalisty i ośrodka realizującego programy lekowe w zakresie SM obrazują ciągle utrzymujące się kolejki oczekujących, rejestrowane na

platformie NFZ. W czerwcu 2019 r. w kolejkach do programów lekowych NFZ oczekiwało aż 625 zdiagnozowanych chorych na SM. Do leczenia w ramach I linii czekało aż 615 zdiagnozowanych chorych, a do programu leczenia w ramach II linii – 10 chorych. Pomimo deklaracji płatnika publicznego w zakresie adekwatnego finansowania wszystkich zakwalifikowanych chorych wydaje się, że niektóre ośrodki kliniczne nie są w stanie leczyć wszystkich oczekujących pacjentów. Tylko osiem z 16 województw nie raportuje kolejek. Zjawisko to może pogłębiać nierówności w dostępie do ochrony zdrowia i ograniczać szanse pacjentów na osiągnięcie równie satysfakcjonujących efektów leczenia.

Istotnym problemem w Polsce są utrzymujące się znaczące opóźnienia diagnozy SM od pierwszych objawów oraz czasu rozpoczęcia leczenia od postawienia diagnozy SM. Według najnowszych publikacji (Walczak A. et al, 2019) czas od wystąpienia pierwszych objawów SM do postawienia diagnozy wynosi średnio w Polsce 1,5 roku, natomiast czas od postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia średnio 2,5 roku. Jak wiadomo, w leczeniu SM liczy się odpowiednio wcześnie wdrożenie skutecznego leczenia, hamującego progresję choroby. W Czechach rozpoczęcie terapii następuje do 4 tygodni od diagnozy SM, co pokazuje, w jakim kierunku powinna zdążać optymalizacja leczenia SM w Polsce.

Warto podkreślić, że finansowanie najbardziej skutecznych klinicznie leków w ramach obu programów lekowych jest realizacją opieki zorientowanej na wartość z perspektywy

każdego pacjenta i społeczeństwa. Podjęte w polskim systemie inwestycje w rozszerzenie dostępu do nowoczesnych terapii i poprawę organizacji opieki przyniosły poprawę aktywności społecznej i produktywności ponad 15 tys. obecnie leczonych chorych. Wykazano, że ok. 60 proc. chorych na SM pracuje, a absencja z tytułu SM spadła od 2016 r. do 232 tys. dni w 2018 r. Jednocześnie zmniejszają się koszty pośrednie utraty produktywności chorych na stwardnienie rozsiane. Należy przypomnieć, że ZUS wypłacił w 2015 r. z tytułu świadczeń wynikających z niezdolności do pracy spowodowanej SM ok. 300 mln zł. W wydatkach ogółem dominującą pozycję stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy, które pobierało ok. 19,3 tys. osób chorych na SM na łączną kwotę ok. 270 mln zł. Renty te są w większości konsekwencją długoletniego, historycznego braku dostępu polskich chorych na SM do terapii modyfikujących chorobę zawartych w wytycznych klinicznych. Należy oczekiwać, że wraz z poprawą dostępności i skuteczności opieki długotrwała niepełnosprawność będzie dotyczyła chorych na SM w późniejszych fazach życia i nie będzie istotnie wpływała na aktywność zawodową.

Bardzo ważne jest, aby stale mierzyć efektywność i wartość podejmowanych działań, która warunkowana jest osiąganiem efektów zdrowotnych za określone nakłady finansowe, przy optymalnej jakości życia pacjenta. Jakość opieki w SM powinna być dokładnie oceniana i monitorowana przez analizę zdefiniowanych wskaźników – optymalnie w ramach rejestru płatnika (kontraktowego) – przez zespół złożony z ekspertów klinicznych

W czerwcu 2019 r. w kolejkach do programów lekowych NFZ oczekiwało aż 625 zdiagnozowanych chorych na SM.

i systemowych. Rzeczywiste dane z praktyki klinicznej mogą być wiarygodnym miernikiem efektywności programów lekowych w SM. W ocenie efektywności leczenia chorego na SM powinny być analizowane takie efekty zdrowotne, jak: brak nowych zmian w mózgu, zahamowanie progresji niepełnosprawności oraz brak rzutów. Pomiar efektywności terapii SM w Polsce wypełnia również założenia Strategii NFZ na lata 2019–2023, która zakłada skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia, zwiększenie kompleksowości opieki nad chorymi na SM, poprawę jakości usług medycznych oraz wspieranie świadczeniodawców w osiąganiu wyższej efektywności i jakości. Wraz z PTN należy również wspierać wprowadzenie programów wielospecjalistycznej opieki koordynowanej w SM

z wieloletnim planem leczenia i rehabilitacji dla każdego chorego. Model opieki koordynowanej nad chorym na SM powinien uwzględniać kompleksowość opieki i współpracę pomiędzy NFZ, ZUS, samorządem lokalnym oraz innymi interesariuszami systemowymi z podmiotowo traktowanym pacjentem w centrum wszystkich działań.

Opieka nad chorymi na SM ma szansę stać się w Polsce modelowym przykładem ochrony zdrowia zorientowanej na wartość. Powinna opierać się na dwóch filarach: optymalizacji modelu opieki, uwzględniając w tym szczególną rolę rehabilitacji oraz realnym i szybkim dostępem pacjentów do skutecznych technologii medycznych zalecanych przez europejskie standardy terapii.



Wiktor Janicki
– Dyrektor Generalny
Roche Polska

Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019 to inicjatywa, która analizuje organizację europejskich systemów ochrony zdrowia pod kątem konkretnego obszaru terapeutycznego (jednostki chorobowej). Takie podejście wynika z doświadczenia, że sytuacja pacjentów w poszczególnych państwach Europy jest odmienna także w zależności od choroby z jaką się zmagają. Widać to także na przykładzie Polski. O ile w Indeksie Raka Piersi, który był prezentowany rok temu Polska zajęła 21. miejsca na 28 państw poddanych ocenie, o tyle w Indeksie Stwardnienia Rozsianego mamy 17. pozycję na 30 państw. W tym przypadku jesteśmy w połowie stawki. Jestem przekonany, że dzięki wdrożeniu w Polsce Breast Cancer Unitów przy kolejnej analizie Indexu Raka Piersi zauważymy wyraźny progres. Mam nadzieję, że silna rekomendacja Panelu Polskich Ekspertów dot. konieczności powoła-

nia wyspecjalizowanych jednostek leczenia raka piersi wsparła przekonanie decydentów o potrzebie tej zmiany. Indeks Stwardnienia Rozsianego dowodzi, że nadanie wybranemu obszarowi terapeutycznemu priorytetu i pozyskanie wsparcia klinicystów prowadzi do znacznego postępu, zauważalnego w ujęciu międzynarodowym.

Praca ekspertów nad Indeksami jednostek chorobowych była ogromnym wyzwaniem. Okazało się, że w Europie mamy bardzo mało źródeł danych, regularnie i w sposób porównywalny zbieranych, które można odnieść do konkretnych obszarów terapeutycznych. Wiele danych, z powodu ograniczeń systemowych, pochodzi sprzed kilku lat. Wierzę, że to doświadczenie spowoduje także większe zainteresowanie Unii Europejskiej i poszczególnych państw regularnym zbieraniem wysokiej jakości danych, które pozwolą mieć pełną i aktualną wiedzę o sytuacji pacjentów. Jest to niezbędne do budowy Europejskich Sieci Referencyjnych, ale także do wzajemnego uczenia się dobrych rozwiązań.

1

Wdrożenie działań mających na celu wzrost liczby specjalistów w Polsce, zwłaszcza w dziedzinie neurologii (w tym szczególnie w zakresie neuroimmunologii i neuroradiologii), psychologii i fizjoterapii oraz asystentów medycznych wspierających wykwalifikowany personel lekarski i pielęgniarstwo.

2

Poprawa wyceny procedur w neurologii związanych z realizacją programów lekowych, w tym diagnostyki oraz wprowadzenie grup rozliczeniowych w świadczeniach szpitalnych dla diagnostyki kompleksowej 1-3 dniowej.

3

Wdrożenie systemu centrów kompetencyjnych SM współpracujących z innymi ośrodkami leczącymi SM. Stworzenie specjalistycznych poradni SM.

4

Wprowadzenie opieki kompleksowej nad chorymi na SM.

5

Poprawa dostępu chorych na SM do rehabilitacji leczniczej.

6

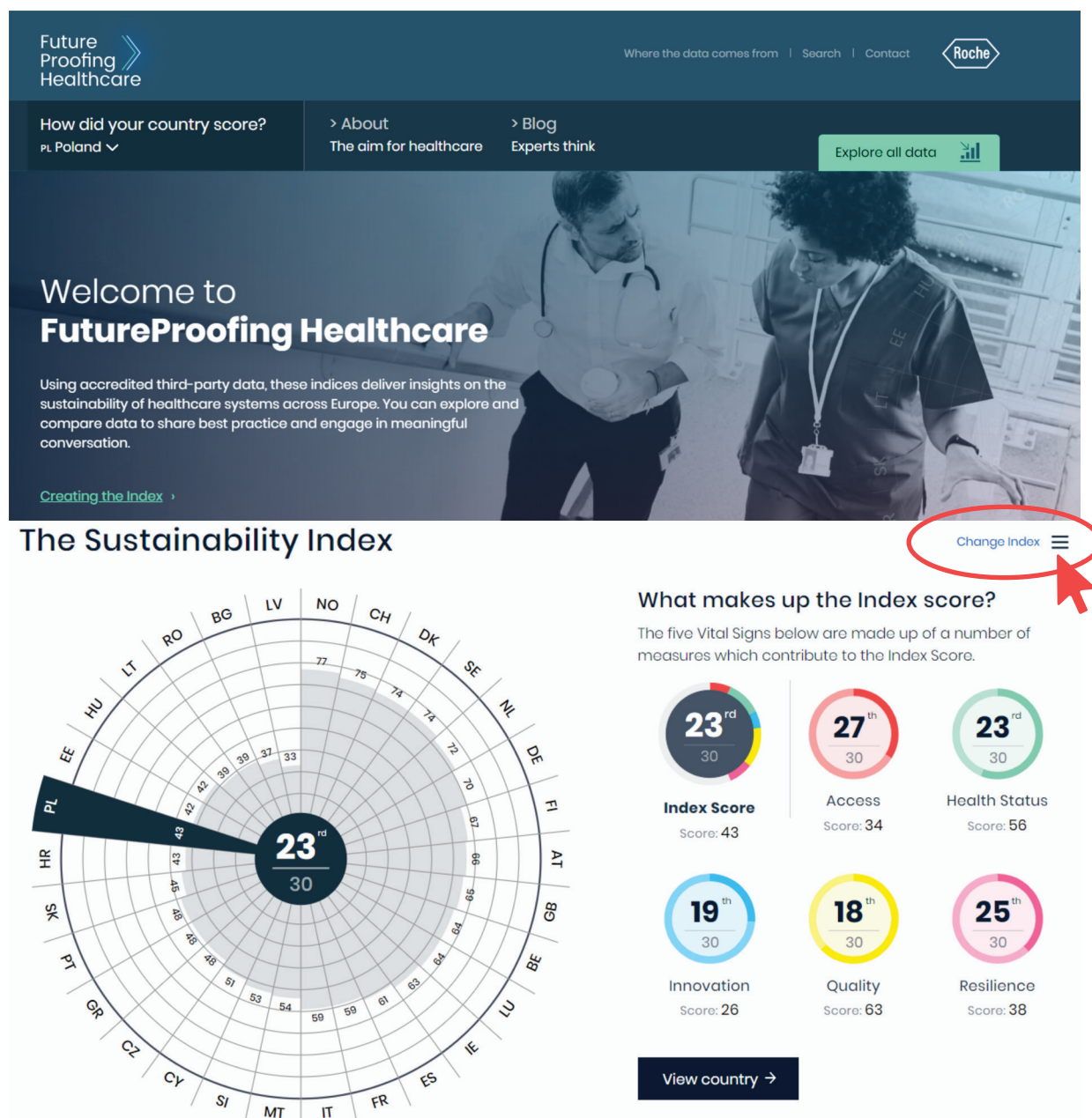
Cykliczna analiza rzeczywistych danych w aspekcie pomiaru efektywności terapii chorych na SM (rejstry).

Rysunek nr 8: Rekomendacje dla Polski.

IV. JAK KORZYSTAĆ Z INDEKSÓW FUTUREPROOFING HEALTHCARE?

Indeksy Zrównoważonego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia 2019 oraz Stwardnienia Rozsianego dostępne są na anglojęzycznej stronie www.futureproofinghealthcare.com. Portal jest zbudowany w taki sposób, aby użytkownik szybko i intuicyjnie mógł znaleźć potrzebne mu dane. Było to jednym z głównych założeń powstania platformy.

Dla użytkowników z Polski strona automatycznie wyświetla także wyniki dla naszego kraju i prezentuje wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia (Sustainability Index). Aby poznać wyniki Indeksu Stwardnienia Rozsianego (Multiple Sclerosis Index), należy wejść na ikonkę „Change Index”.



Rysunek nr 9: Widok głównej strony FutureProofing Healthcare.

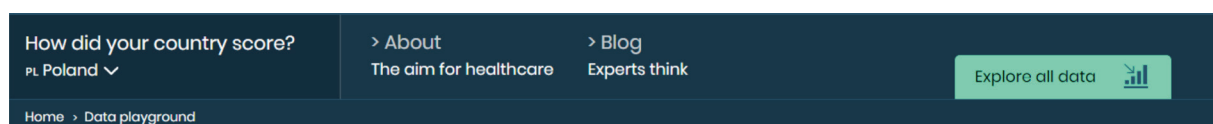
W menu głównym strony znajdują się cztery najważniejsze zakładki:

- **How did your country score?** – Jaki wynik uzyskał Twój kraj?
- **About – The aim for healthcare** – O Indeksach
- **Blog – Expert Think** – Komentarze ekspertów
- **Explore all data** – Dane

Na platformie można obecnie prowadzić analizy, dobierając dane w trzech Indeksach (Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019, Indeksie Raka Piersi 2018 i Indeksie Stwardnienia Rozsianego 2019) pod względem krajów, parametrów bądź poszczególnych mierników Indeksów.

Najbardziej rozbudowane analizy można prowadzić w dziale „Explore all data”, który pozwala

na ustawienie dowolnych preferencji użytkownika. Wykonane analizy można pobrać w formie obrazu PNG (download) lub otrzymać jako link służący do umieszczenia wykresu na stronie internetowej (embed). Wykresy powstałe na platformie można również zamieścić na Facebooku, Twitterze, LinkedInie, bądź też przestać za pomocą e-maila bezpośrednio ze strony dzięki kliknięciu w ikonkę koperty.



Explore the Data

FutureProofing Healthcare begins with the indices and Vital Signs. Below, compare up to five sets of data in one chart.

Chart One

1. Select Countries ☒ All	2. Select Measures	3. Select Base
☒ Austria ☒ Belgium ☒ Bulgaria ☒ Croatia ☒ Cyprus ☒ Czech Republic ☒ Denmark ☒ Estonia ☐	Selected: The Sustainability Index ☒ The Sustainability Index ▼ ☐ The Breast Cancer Index ▼ ☐ The Multiple Sclerosis Index ▼	☒ The Sustainability Index

Rysunek nr 10: Widok panelu wyboru Indeksu.

V. LITERATURA

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019

Parametr oceny Dostęp do opieki zdrowotnej / Access

1. Availability of medical technology – gamma cameras, WHO European Health Information Gateway, gateway.euro.who.int, Last updated: 2014, Number of gamma cameras per 100,000 people
2. Expenditure private, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Out-of-pocket expenditure as a % of current health expenditure
3. Genetic Newborn Screening, Bradford Therrell, National Newborn Screening and Genetics Resource Center (NNSGRC) canpku.org, Last updated: 2015, Number of diseases which all newborns are screened for
4. Healthcare needs, European Commission, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Proportion of people with self-declared unmet healthcare needs due to financial barriers, waiting times, or travel distance in %
5. Market Access Delays, EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator Survey conducted in 2018 (p.9), www.efpia.eu, Last updated: 2018, average time between marketing authorisation and patient access in days
6. MRI Units, OECD, data.oecd.org, Last updated: 2017, Total MRI Units per million population
7. Number of Pharmacists, eurostat: Practising dentists, pharmacists and physiotherapists, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of practicing pharmacists per 100,000
8. Number of Psychiatrists, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of psychiatrists per 100,000 people

9. Nurses per 1,000, World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, OECD, supplemented by country, data.worldbank.org, Last updated: 2015, Number of nurses and midwives per 1,000 people
10. Operating theatres in hospital, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of operation theatres in hospital per 100,000 people
11. Practising physicians, European Commission, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of practicing physicians per 100,000 inhabitants
12. Rate of medicine availability, EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator Survey conducted in 2018 (p.9), www.efpia.eu, Last updated: 2018, Rate of Availability (%)

Parametr oceny Kondycja zdrowotna / Health Status

1. Chronic Diseases, WHO Disease burden and mortality estimates, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Age-standardized death rate from chronic diseases per 100,000 population
2. DALYs (all causes), Our World in Data: Burden of disease, ourworldindata.org, Last updated: 2017, Age-standardized DALY rates per 100,000 individuals from all causes
3. Deaths from cardiovascular diseases, Global Burden of Disease database, published in European Cardiovascular Disease Statistics, www.who.int, Last updated: 2016, Age-standardized deaths from cardiovascular diseases per 100,000 population
4. Diabetes Incidence, WHO Diabetes country profiles 2016, www.who.int, Last updated: 2016, percent of the population with diabetes

5. Fatal Accidents, Eurostat: Unit ESTAT.F5: Education, health and social protection – European statistics on accidents at work (ESAW), appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of fatal accidents per 100,000 employed (standardized incidence rate)

6. HIV/AIDS, UNAIDS Data 2018, www.unaids.org, Last updated: 2018, HIV incidence per 1,000 inhabitants

7. Intentional self-harm, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2014, Standardised death rates for intentional self-harm per 100,000 inhabitants

8. Life expectancy, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2015, Average life expectancy in years

9. Mortality cancer, eurostat: Deaths from cancer, ec.europa.eu, Last updated: 2015 Mortality from cancer, age standardised rates per 100.000 population

10. Physical activity, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2014, Percentage of people spending at least two and a half hours per week of leisure time on physical activities

11. Tuberculosis, Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017, ecdc.europa.eu, Last updated: 2015, Tuberculosis cases, notification rates per 100,000 population

12. Vaccination influenza (65+), Eurostat, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2014, Percentage of elderly individuals (65 years or over) reporting to have received one shot of influenza vaccine during the last 12 months

13. Vaccination measles, World Health Organization (WHO) – European Health for All Database (HFA-DB) gateway.euro.who.int, Last updated: 2016, Percentage of infants vaccinated against measles

14. Viral Hepatitis, Eurostat: causes of death statistics, ec.europa.eu, Last updated: 2015, Number of deaths caused by hepatitis

15. WHO Mental Health Status Assessment, European Quality of Life Survey 2016, www.eurofound.europa.eu, Last updated: 2016, Europe-wide country variations of the WHO-5 mental health well-being scale indicating each country's mean mental health well-being rating

Parametr oceny Innowacyjność / Innovation

1. Access to e-health, World Health Organisation: Atlas of eHealth, country profiles, apps.who.int, Last updated: 2015, Y/N on eHealth Foundations

2. Collaboration life sciences, Nature Index, www.natureindex.com, Last updated: May 2018, International Collaboration in Life Sciences, measured through Weighted Fractional Count

3. Influence publications, Scimago Journal & Country Rank, www.scimagojr.com, Last updated: 2018, Influence of academic publications in the field of medicine, measured through H Index

4. Medical R&D, Eurostat and OECD, ec.europa.eu, Last updated: 2017, Total government expenditure on medical R&D

5. Patents medical technology, European Patent Office, documents.epo.org, Last updated: 2017, European patents granted for medical technology per 100,000 population

6. Patents pharmaceuticals, European Patent Office, documents.epo.org, Last updated: 2017, European patents granted for pharmaceuticals per 100,000 population

7. Property Rights, World Economic Forum, published by Fraser Institute, www.fraserinstitute.org, Last updated: 2015, Legal systems and protection of property rights

8. Spending R&D, OECD, data.oecd.org, Last updated: 2016, Gross domestic spending on R&D

Parametr oceny Jakość / Quality

1. Amenable Mortality, europe 2018, OECD, ec.europa.eu, Last updated: 2015 amenable mortality rates per 100,000

2. Anti-microbial resistance (Staph A), European Centre for Disease Prevention and Control: Data from the [ecdc surveillance atlas](http://ecdc.europa.eu) –antimicrobial resistance, ecdc.europa.eu, Last updated: 2016, resistant isolates proportion

3. Happiness, Commissioned by the UN: The Global Happiness Council (GHC) in the Happiness Report 2018, s3.amazonaws.com, Last updated: 2017, Ranking of happiness on a scale from 0 – 10

4. Hospital Infections, OECD--Health at a glance: europe 2018, www.oecd-ilibrary.org, Last updated: 2016–17, Percent of hospitalized patients observed with at least one healthcare-associated infection

5. Income-based health gap, Eurostat, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2017, Difference in personal long-standing illness or health problem between richest and poorest quintile, measured in percent

6. Limitations from disability, Eurostat Online Data, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2017, Share of population above 16 with self-perceived long-standing severe limitations in usual activities due to health problem

7. Maternal mortality, Unicef, data.unicef.org, Last updated: 2015, Maternal mortality rate per 100,000 live births

8. Neonatal mortality rate, WHO, apps.who.int, Last updated: 2017, Neonatal mortality rate per 1,000 live births

9. Self-perceived health, EUROSTAT (EU Statistics on Income and Living Conditions), ec.europa.eu, Last updated: 2017, Percentage of people perceiving

their health as very good or good per country

Parametr oceny Żywnotność / Resilience

1. Alcohol consumption, WHO – Global status report on alcohol and health 2018, apps.who.int, Last updated: 2018, Total APC (recorded and unrecorded)

2. Expenditure Capita, OECD Health at Glance, www.oecd-ilibrary.org, Last updated: November 2015, Health expenditure per capita in EURO

3. Gender Gap, Eurostat Online Data, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2017, Gender Gap on Life Expectancy

4. Graduate doctors, Manual entry from screen, ec.europa.eu, Last updated 2016, Health Graduates becoming medical doctors per 100,000 population

5. Graduate nurses, Manual entry from screen, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2016, Health Graduates becoming nurses per 100,000 inhabitants

6. Graduate Pharmacists, Eurostat: graduates–dentists and pharmacists, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of graduate pharmacists per 100,000 inhabitants

7. Overweight, Eurostat: European health interview survey, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2014, Share of obese population

8. Physicians <35, Eurostat, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2016, Share of physicians under 35 in %

9. Preventative Expenditure, eurostat: Healthcare expenditure statistics (by function), ec.europa.eu, Last updated: 2016, % of total health expenditure spent on preventative care

10. Projected old-age dependency ratio, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: projected for 2020 ratio

between the projected # of persons 65+ and the projected # of persons aged 15-64

11. Smoking, Eurostat: European health interview survey, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2014, Tobacco consumption as proportion of daily smokers of cigarettes

12. Teenage Births, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Births of first child – % mothers aged under 20

13. Working Hours, Eurostat: labour market and Labour force survey statistics, appsso.eurostat.ec.europa.eu, Last updated: 2018, Average number of usual weekly hours of work in main job (fulltime)

Indeks Stwardnienia Rozsianego 2019

Parametr oceny Codzienne funkcjonowanie / Daily Living

1. Disability Benefits, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016 A measure of social protection benefits per head of population; consist of cash/ in kind transfers by social protection schemes to households and individuals

2. Housing Cost, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2017, Housing Cost Overburden Rate; costs usually include mortgage interests, principal/ rental payments, structural insurance, mandatory services and charges, regular maintenance/repairs, taxes, cost of utilities

3. Sick Pay, Mutual Information System Social Protection, www.missoc.org, Last updated: 2016, Number of days of social security-mandated sick pay, as compensated by the employer and/or the government

4. Transportation, European Parliament Study for TRAN Committee, www.europarl.europa.eu, Last updated: 2018, Distribution of local transport best practices, disaggregated per country and presented as a percentage

5. Working Arrangements, European working conditions survey, www.eurofound.europa.eu, Last updated: 2015, Meant to determine flexibility of

working arrangements; taken from the European Working Conditions Survey; percent of respondents say arrangements “are set by the company/ organization with no possibility for changes” hence are inflexible

6. Youth Support, MS Barometer, www.emsp.org, Last updated: 2015, Education & young people available to people with MS as determined by the MS Barometer score “participation in society of people with MS”

Parametr oceny Diagnostyka i wyniki leczenia / Diagnosis and Outcomes

1. Active Work, MS Barometer, www.emsp.org, Last updated: 2015, % of people with MS in active work, both full- and part-time

2. DALYs, Lancet Study combined with MS Atlas data on patient population, www.thelancet.com, Last updated: 2013/2016, The number of Disability-Adjusted Life Years lost per MS patient in each countries

3. Deaths, Lancet Study combined with MS Atlas data on patient population, www.thelancet.com, Last updated: 2016 / 2013, Deaths due to MS (age-standardized) in 2015

4. MRI, OECD, data.oecd.org, Last updated: 2018, The number MRI units per million population of each country

5. Neurologists, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of neurologists per 100,000 of the population

6. Ophthalmologist, European Council of Optometry and Optics, Last updated: 2017, Number of ophthalmologists Per 10,000

Parametr oceny Wsparcie pacjentów i zarządzanie leczeniem / Support & Managements

1. Access to e-health, World Health Organisation: Atlas of eHealth, country profiles, apps.who.int, Last updated: 2015; Y/N on eHealth Foundations

2. Access to rehabilitation centres per 100,000, MS Barometer: Epidemiological and Socioeconomic Information about MS in Europe www.ncbi.nlm.nih.gov, Last updated: 2015, % people with MS that have access to rehabilitation centres per 100,000

3. Number of Occupational Therapists, COTEC: Practicing OTs in your country, www.coteceurope.eu, Last updated: 2018, Practicing Occupational Therapists per 100,000 of population in 2018

4. Physiotherapists, Eurostat, ec.europa.eu, Last updated: 2016, Number of practicing physiotherapists per 100,000 inhabitants

5. Psychologists, European Mutual Evaluation of Regulated Professions, 2015, ec.europa.eu, Last updated: 2015, Number of psychologists per 100,000 inhabitants

6. Quality of information, Atlas of MS, www.msif.org, Last updated: 2013, Information

