Future Proofing Healthcare

The sustainability index

Raport:

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia i Indeks Raka Piersi

Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów

Future Proofing Healthcare

The sustainability index

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia i Indeks Raka Piersi

SPIS TREŚCI

WSTĘP 5

1. INDEKSY FUTUREPROOFING HEALTHCARE 6

2. METODOLOGIA TWORZENIA INDEKSÓW 8

3. INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – parametry oceny 12

- Dostęp do opieki zdrowotnej 15
- Kondycja zdrowotna 16
- Innowacyjność 16
- Jakość 17
- Żywotność 17

4. INDEKS RAKA PIERSI – parametry oceny 18

- Profilaktyka i diagnostyka 21
- Dostęp do leczenia 21
- Wyniki leczenia i przeżywalność 22
- Doświadczenie pacjenta 22
- Opieka paliatywna 23

5. KOMENTARZE POLSKIEGO PANELU ESKPERTÓW 24

6. OPTYMALNE ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE LIDERÓW RANKINGU 32

7. WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA POLSKI 39

8. JAK KORZYSTAĆ Z PORTALU www.FutureProofingHealthcare.com 41

9. LITERATURA 42

Cytacja: Raport pt. Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia i Indeks Raka Piersi FutureProofing Healthcare. Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów.

Autorzy - Międzynarodowy Panel Ekspertów
Birgit Beger
Bogi Eliasen
Mary Harney
Denis Horgan
Elisabeth Kasilingam
Lydia Makaroff
Martine Piccart

Komentarz - Polski Panel Ekspertów
Beata Ambroziewicz
Bogusław Chrabota
Małgorzata Gałązka-Sobotka
Ryszard Gellert
Jakub Gierczyński
Wiktor Janicki
Adam Kozierkiewicz
Tadeusz Pieńkowski
Piotr Warczyński
Krystyna Wechmann

Opracowanie redakcyjne: FleishmanHillard Polska
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, maj 2019

WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce raport, który przedstawia Indeksy FutureProofing Healthcare: Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia (The Sustainability Index) i Indeks Raka Piersi (Breast Cancer Index). Indeksy zostały opracowane i opublikowane w 2018 roku na podstawie danych zgromadzonych na internetowej platformie FutureProofing Healthcare, która umożliwia tworzenie analiz porównawczych na temat bieżącej kondycji systemów ochrony zdrowia we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Głównym założeniem opublikowanych Indeksów jest przekonanie, że wszyscy obywatele Unii Europejskiej powinni mieć równy dostęp do opieki zdrowotnej. Indeksy zawierają aktualne dane udostępnione przez oficjalne instytucje, dzięki czemu stanowią rzetelne źródło informacji, umożliwiają czerpanie z doświadczeń i najlepszych praktyk oraz, co najważniejsze, zachęcają do rozpoczęcia dyskusji nad kształtem zrównoważonych systemów ochrony zdrowia. Na tle starzejącej się Europy i wzrostu zapadalności na choroby przewlekłe, należy zapewnić stabilność systemów zdrowotnych, poprzez zwiększenie ich skuteczności, adekwatne finansowanie i dostępność zdrowotną zgodną z międzynarodowymi standardami. W tworzenie Indeksów – określenie mierników i parametrów oceny, zaangażowali się przedstawiciele międzynarodowych organizacji pacjentów oraz klinicystów, dzięki czemu skupiają się one na realnych wartościach istotnych dla chorego.

Należy podkreślić, iż publikacja Indeksów stanowi punkt wyjścia do rozmów o przyszłości. Nie dostarczają one gotowych odpowiedzi na pytania dotyczące systemów ochrony zdrowia czy opieki nad chorymi z rakiem piersi w państwach członkowskich UE - pokazują obraz sytuacji i pozwalają uczestnikom systemu ochrony zdrowia do dokonywania własnych analiz i przedstawiania indywidualnych wniosków.

Miejsce Polski na tle państw wspólnoty europejskiej oraz przydatność Indeksów w budowie zrównoważonego systemu ochrony zdrowia opartego na wartości ocenił Panel Polskich Ekspertów, który pracował nad interpretacją wyników dla Polski. Dzięki aktywności Polskiego Panelu Ekspertów odbyły się konferencje oraz szkolenia, które przedstawiły interesariuszom systemowym w Polsce wyniki obu Indeksów i rekomendacje dla naszego kraju.

Optymalizacja systemu ochrony zdrowia oraz poprawa modelu opieki nad chorymi w Polsce jest procesem ciągłym. Jego najważniejszym elementem jest twórcza dyskusja oraz współpraca wszystkich interesariuszy systemu. Polski Panel Ekspertów wyraża nadzieję, że raport będzie użyteczny w dyskusji nad tworzeniem efektywnego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Systemu, który zagwarantuje Polakom wydłużenie życia, poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Polski Panel Ekspertów | 2019 r.

Indeksy umożliwiają prowadzenie dialogu, który koncentruje się na kształtowaniu w przyszłości w pełni zrównoważonych systemów opieki zdrowotnej.

1. INDEKSY FUTUREPROOFING HEALTHCARE

Zgodnie z ideą przyświecającą utworzeniu FutureProofing Healthcare wszystkim mieszkańcom Unii należy się taki sam dostęp do opieki zdrowotnej. Indeksy są oparte na aktualnych danych udostępnianych przez niezależne źródła, co umożliwia dzielenie się najlepszymi praktykami oraz, co najważniejsze, prowadzenie dialogu, który koncentruje się na kształtowaniu w przyszłości w pełni zrównoważonych systemów opieki zdrowotnej. Zrównoważony rozwój systemów ochrony zdrowia polega na skutecznym wykorzystywaniu ich zasobów w celu zapewnienia, że dzisiejsze i przyszłe systemy ochrony zdrowia to trwałe, stabilne i odporne mechanizmy świadczenia opieki nad pacjentami. Tematyka zrównoważonego rozwoju systemów ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej cieszy się obecnie dużym zainteresowaniem ze względu na szereg wyzwań, przed jakimi stoi sektor usług medycznych. Do wyzwań tych należy zarówno wzrost częstości występowania chorób przewlekłych, zjawisko starzenia się społeczeństwa, jak i konieczność zagwarantowania pacjentom dostępu do nowych i innowacyjnych terapii.

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia to źródło unikalnych informacji na temat bieżącej kondycji systemów ochrony zdrowia, natomiast Indeks Raka Piersi przedstawia dogłębną analizę stanu opieki nad chorymi z rakiem piersi we wszystkich 28 państwach członkowskich Unii Europejskiej. Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeks Raka Piersi obejmują ponad 2 400 danych dotyczących 76 indywidualnych wskaźników w obszarze ochrony zdrowia zaczerpniętych ze źródeł publicznych (m.in. WHO, OECD, Eurostat) w 28 państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia FutureProofing Healthcare opiera się na analizie 51 indywidualnych wskaźników w zakresie pięciu parametrów oceny: żywotności systemu, kondycji zdrowotnej społeczeństwa, dostępie do opieki zdrowotnej, innowacyjności systemu zdrowia oraz jego jakości. W Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia na czele rankingu znalazły się trzy kraje: Szwecja (79 pkt na 100 pkt możliwych), Dania (76 pkt) i Holandia (74 pkt). Średnia unijna wynosiła 54 punkty. Większość krajów wiodących w rankingu ogólnym wymagała poprawy w jednym lub w dwóch parametrach.

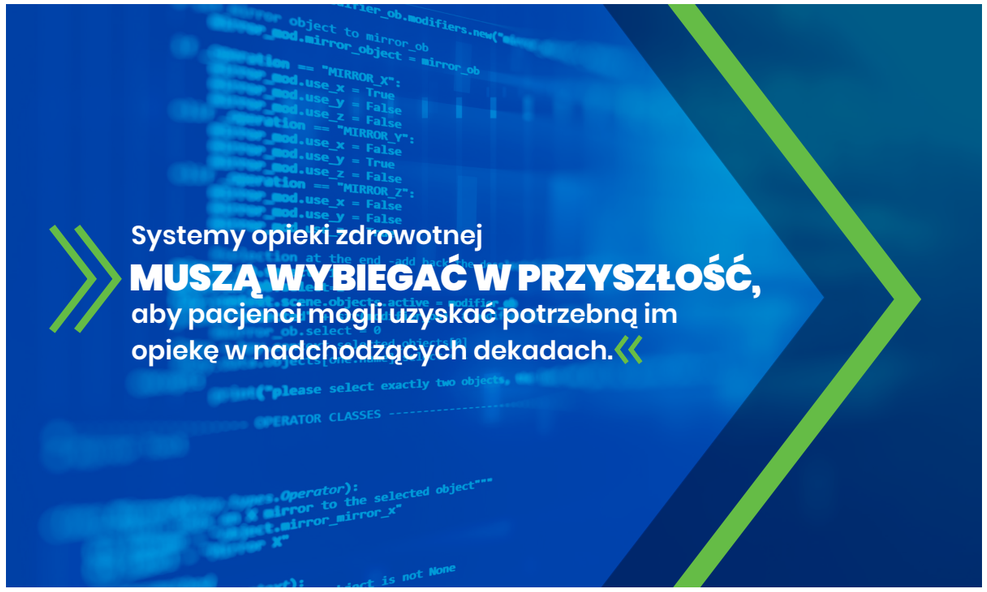
Polska w zakresie Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia z wynikiem 41 punktów zajęła 25. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej. Do słabych stron systemu ochrony zdrowia w Polsce należą przede wszystkim nadumieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, niedobór i zaawansowany wiek kadr medycznych, niedofinansowanie oraz niska innowacyjność systemu ochrony zdrowia, słaba wiedza o zdrowiu oraz niska aktywność fizyczna Polaków. Mocne strony to wysoka wyszczepialność, dobrze rozbudowana infrastruktura medyczna oraz duża satysfakcja z życia wyrażana przez Polaków.

Indeks Raka Piersi FutureProofing Healthcare opiera się na analizie 25 wskaźników w zakresie pięciu parametrów oceny: dostępie do leczenia, wyników leczenia i przeżywalności, opiece paliatywnej, profilaktyce i diagnostyce oraz doświadczeniach pacjenta. W rankingu ogólnym Indeksu Raka Piersi wygrały ex aequo dwa kraje: Szwecja (69 pkt na 100 pkt możliwych) i Belgia (69 pkt). Średnia unijna wynosiła 55 punktów. W przypadku raka piersi nie można było wskazać jednego kraju, który otrzymał najwyższą liczbę punktów we wszystkich parametrach oceny. Odzwierciedla to istniejące kompromisy, które muszą się pojawić w podejściu do tego nowotworu: np. skupienie się na diagnostyce *vs.* skupienie się na leczeniu.

Polska z wynikiem 48 punktów zajęła 22. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej *ex aequo* z Portugalią i Litwą. Do słabych stron systemu opieki nad chorymi zrakiem piersi w Polsce należą przede wszystkim: mała liczba Breast Units, niedobór kadr medycznych, niezadawalająca profilaktyka i zgłaszalność na badania przesiewowe, niska przeżywalność 5-letnia chorych oraz brak lub ograniczony dostęp chorych do nowych technologii medycznych. Mocne strony to dobrze zorganizowana opieka hospicyjna oraz niższa zachorowalność na raka piersi wśród kobiet w porównaniu z innymi krajami Unii.

Ideą powstawania rankingów jest możliwość porównywania i uczenia się. Choć czasem jest to trudne, bo wyniki nie dla wszystkich są satysfakcjonujące, warto włączać się w te procesy. Indeksy są punktem wyjścia do wskazywania obszarów wymagających poprawy, a także źródłem inspiracji i motywacji do dokonywania reform. Mają potencjał porządkowania i ukierunkowywania działań w służbie zdrowia, dzięki czemu mogą wpływać na polepszenie jakości systemów i opieki nad pacjentami.

Indeksy to źródło unikalnych informacji na temat bieżącej kondycji systemów ochrony zdrowia.



2. METODOLOGIA TWORZENIA INDEKSÓW

Nad stworzeniem Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeksu Raka Piersi pracował zespół złożony z ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia. Ich celem było stworzenie niezależnego i kompleksowego narzędzia oraz zainicjowanie dyskusji na temat przyszłości ochrony zdrowia. W skład Międzynarodowego Panelu Ekspertów weszli w kolejności alfabetycznej:

- **Birgit Beger** – dyrektorka zarządzająca Europejskiej Organizacji Onkologicznej,
- **Bogi Eliasen** – 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,
- **Elisabeth Kasilingam** – dyrektorka zarządzająca Europejskiej Platformy Stwardniania Rozsianego,
- **Lydia Makaroff** – dyrektorka Europejskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych,
- **Martine Piccart** – profesor onkologii na Uniwersytecie Lube de Bruxelles, była prezes Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

Międzynarodowy zespół 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 w interpretacji wyników danych.

PROCES TWORZENIA INDEKSÓW

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeks Raka Piersi obejmują ponad 2400 punktów danych dotyczących 76 indywidualnych wskaźników w obszarze ochrony zdrowia zaczerpniętych ze źródeł publicznych (m.in. WHO, OECD, Eurostat) w 28 państwach członkowskich Unii Europejskiej.

PROCES STWORZONY WSPÓLNIE Z PANELEM EKSPERTÓW

Ocena metodologii i testowania wyników
Uzgodnienie kryteriów włączenia danych (kompletność, aktualność, adekwatność, itd.)

UZGODNIENIE STRUKTURY INDEKSU

Pięć „parametrów oceny" dla każdego indeksu	Wyróżnik każdego parametru dla układu/choroby	Przypisanie równej wagi każdemu parametrowi	Uzależnienie od dostępności danych

POSZUKIWANIE I SELEKCJA WSKAŹNIKÓW, GROMADZENIE DANYCH

Gromadzenie danych na potrzeby ustalonego zbioru wskaźników	Przekształcenie każdego punktu danych na skalę standaryzowaną	Generowanie wyników dla poszczególnych Parametrów Oceny i dla Indeksów

PREZENTACJA INDEKSÓW

6 listopada - w Irlandii	21 listopada - w Polsce	3 grudnia - w Brukseli

futureproofinghealthcare.com

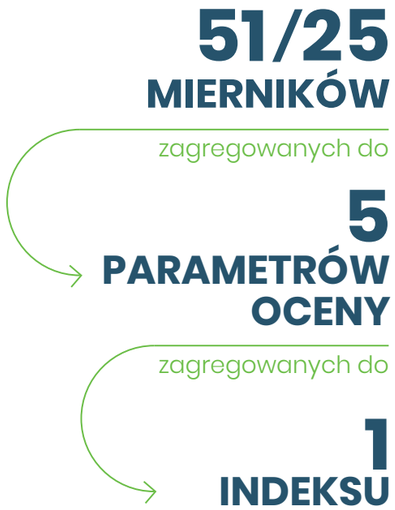
Wszelkie dane przetwarzane przez FutureProofing Healhcare pochodziły z publicznie dostępnych źródeł, których wiarygodność została potwierdzona przez Międzynarodowy Panel Ekspertów. Gromadzone dane dotyczą wydajności systemów ochrony zdrowia tworząc wspólnie jedno wyczerpujące źródło informacji na temat zrównoważonego rozwoju systemów zdrowotnych UE. Źródła, z których pochodzą dane to: Bank Światowy, UNICEF, Europejska Agencja Środowiska (European Environment Agency, EEA), Eurostat, OECD, 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 (patrz Rozdział 9–Literatura). W rezultacie, stworzono publiczną, interaktywną platformę typu open source, która w sposób kompleksowy wspiera prowadzenie dialogu na temat zrównoważonego rozwoju systemu ochrony zdrowia w oparciu o wiarygodne, aktualne dane. Wartość dodaną FutureProofing Healthcare stanowi niewątpliwie fakt, że funkcjonuje on jako ogólnodostępne repozytorium danych ułat-

wiające analizowanie i opracowywanie informacji.

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

- **zasięg** (dane obejmują wszystkie lub większość państw członkowskich UE),
- **możliwość konwersji** (stwierdzenie czy dane można przeskalować),
- **możliwość śledzenia** (powtarzalność zbierania danych lub prawdopodobieństwo, że dane zostaną ponownie zmierzone w przyszłości),
- **adekwatność** (stwierdzenie czy dane są istotne dla danego „parametru oceny"),
- **wiarygodność** (stwierdzenie, że źródła i metoda zbierania danych są wiarygodne).

RYSUNEK 2: **STRUKTURA INDEKSU**



Indeks Zrównoważonego Rozwoju składa się z 51 indywidualnych wskaźników. Indeks Raka Piersi z 25.

Wskaźniki są najpierw przeliczane na punkty od 1 do 10 dla każdego kraju, na bazie oryginalnych danych.

Wskaźniki są następnie zgrupowane do parametrów oceny dla każdego z indeksów.

Każdy parmetr oceny jest wyrażony na skali maksymalnie 100 punktów. To "przeliczenie na 100" jest przeprowadzane przez przyjęcie średniej oceny wszystkich miar w parametrze (na skali do 10) i pomnożenie przez 10.

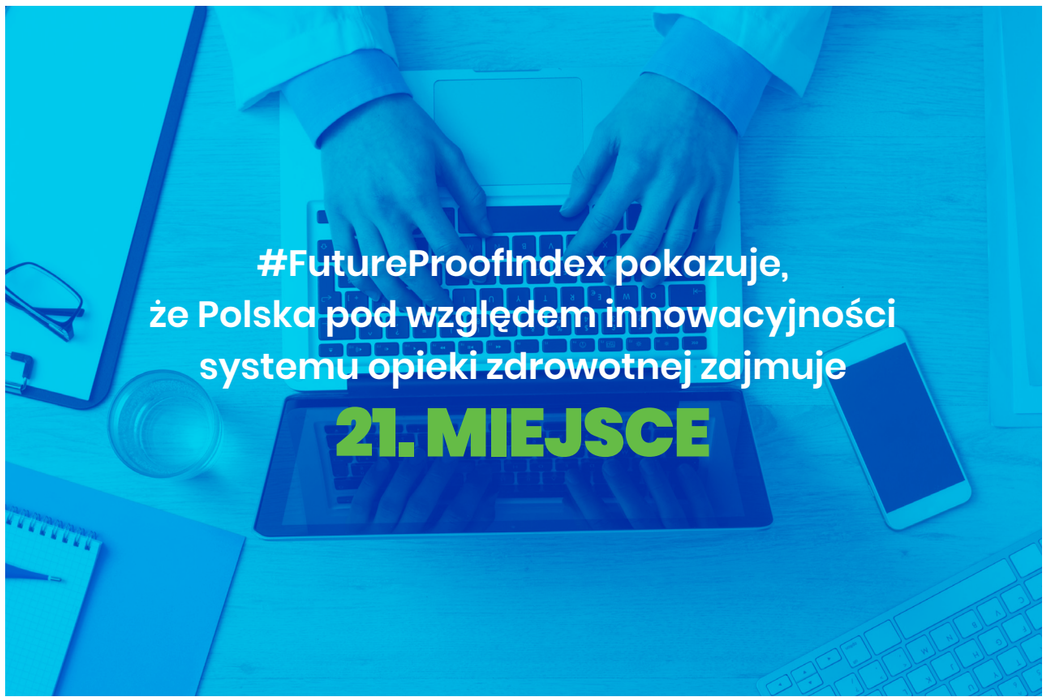
W ostatnim kroku jednocyfrowy wynik Indeksu jest obliczany jako średnia z pięciu parametrów oceny. To ponownie wyraża się jako wynik na skali do 100.

Wiele z rozpatrywanych źródeł danych nie zostało uwzględnionych w Indeksach, ponieważ eksperci uznali, że nie spełniają one wymienionych wyżej wymogów. Spośród ustalonych kryteriów realizacja trzech z nich jest oceniana w całkowicie obiektywny sposób (zasięg, możliwość konwersji i możliwość śledzenia). Pozostałe dwa kryteria (adekwatność i wiarygodność) podlegają subiektywnej ocenie ekspertów.

Aby jak najbardziej efektywnie przełożyć wyniki i rekomendacje Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia i Indeksu Raka Piersi do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia w listopadzie 2018 r. zainicjowano działania Polskiego Panelu Ekspertów. W skład Polskiego Panelu Ekspertów weszli w kolejności alfabetycznej:

- **Beata Ambroziewicz** – wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych,
- **Bogusław Chrabota** – redaktor naczelny dziennika Rzeczpospolita,
- **Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka** – dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego
- **Dr n. med. Jakub Gierczyński,** MBA – ekspert systemu ochrony zdrowia,
- **Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert** – dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
- **Wiktor Janicki** – dyrektor generalny Roche Polska,
- **Dr n. med. Adam Kozierkiewicz** – ekspert systemu ochrony zdrowia,
- **Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski** – prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi,
- **Dr n. med. Piotr Warczyński** – eskpert systemu ochrony zdrowia, byly podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia,
- **Krystyna Wechmann** – prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Polski Panel Ekspertów dokonał przeglądu danych, przetestował platformę i omówił możliwe rozwiązania i rekomendacje dla Polski. 21 listopada 2018 r. w siedzibie Polskiej Agencji Prasowej w Warszawie odbyła się konferencja prezentująca wyniki oraz rekomendacje Indeksów. Tego samego dnia powstało konto na Twitterze – @FuturePrfHlthPL.



3. INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – parametry oceny

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia opiera się na ocenie 51 wskaźników w zakresie 5 parametrów oceny:

Żywotność – rozważa zdolność systemu opieki zdrowotnej do zaspokajania potrzeb ludności w przyszłości i zasobów, które zapewniają wszechstronną zdolność adaptacji do innowacji (11 wskaźników).

Kondycja zdrowotna – ocenia aktualny stan zdrowia populacji (15 wskaźników).

Dostęp do opieki zdrowotnej – sprawdza, w jakim stopniu dostęp do leczenia, diagnostyki lub innych technologii mają osoby, które ich potrzebują (9 wskaźników).

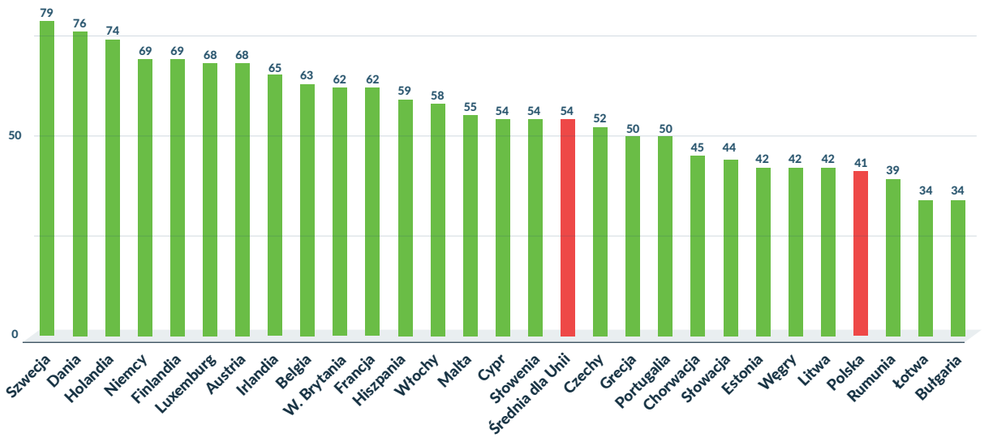
Innowacyjność – ocenia inwestycje w opracowywanie nowych metod leczenia lub technologii zarówno przez odpowiedzialne władze, jak i sektor prywatny (7 wskaźników).

Jakość – mierzy jakość świadczeń opieki w oparciu o wyniki leczenia pacjentów (9 wskaźników).

RYSUNEK 3: **PARAMETRY OCENY INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA I WYKAZ MIERNIKÓW.**

Żywotność	Kondycja zdrowotna	Dostęp do opieki zdrowotnej	Innowacyjność	Jakość
Wydatki na ochronę zdrowia na osobę w Euro	Zgony z powodu chorób niezakaźnych wśród populacji (25 - 64) na 100 tys. osób	Liczba pielęgniarek i położnych 1000 osób	Patenty w zakresie technologii medycznych na 100 tys. osób	Śmiertelność noworodków na 1000 urodzeń
Konsumpcja alkoholu w litrach na osobę	Oczekiwana długość życia w latach	Liczba osób deklarujących nispełnione potrzeby zdrowotne w odniesieniu do barier finansowych, dojazdu i czasu oczekiwania	Patenty farmaceutyczne na 100 tys. osób	Śmiertelność okołoporodowa matek na 100 tys. porodów
Udział osób otyłych w ogólnej liczbie ludności	Zgony z powodu nowotworów na 100 tys. osób	Liczba chorób, na które bada się noworodki	Ochrona praw własności	Liczba utraconych lat z powodu zanieczyszczeń środowiska
Konsumpcja tytoniu w stosunku do liczby palaczy	Zgony z powodu raka płuca na 100 tys. osób	Odsetek pacjentów wymagających radioterapii, którzy mogą uzyskać do niej dostęp	Wpływ znaczących publikacji naukowych mierzony za pomocą Indeksu H	Nierówności w dostępie do ochrony zdrowia zależne od dochodu
Prognozowany odsetek osób w wieku emerytalnym w przeliczeniu na 100 osób w 2050 r.	Częstość występowania cukrzycy z uwzględnieniem wieku (20 - 79) w procentach	Wydatki własne, jako odsetek bieżących wydatków na zdrowie	Współpraca biotechnologiczna	Odsetek osób postrzegających swoje zdrowie, jako bardzo dobre lub dobre
Liczba godzin pracy	Zgony z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na 100 tys. osób	Liczba psychiatrów na 100 tys. osób	Rządowe wydatki na badania i rozwój w ochronie zdrowia	Ranking poziomu szczęścia w skali 0-10 na zlecenie ONZ
Liczba lekarzy na 100 tys. osób	Liczba wypadków śmiertelnych na 100 tys. pracowników	Liczba szpitalnych sal operacyjnych na 100 tys. osób	Wydatki na badania i rozwój	Zadowolenie z życia w skali 0-10
Różnica długości życia w zależności do płci	Liczba samookaleczeń na 100 tys. osób	Dostępność technologii medycznych – kamery gamma na 100 tys. osób		Udział osób z ograniczeniami wynikającymi z niepełnosprawności
Udział lekarzy <35 w procentach	Szczepienia przeciwko odrze u niemowląt w procentach	Liczba praktykujących lekarzy na 100 tys. osób		Odsetek osób, które oceniły swoją wiedzę o zdrowiu, jako dość dobrą lub bardzo dobrą
Odstek matek <20 w procentach	Liczba zakażonych HIV na 100 tys. osób			
Liczba pielęgniarek na 100 tys. osób	Zgony z powodu chorób przewlekłych na 100 tys. osób			
	Wskaźnik zachorowań na kiłę na 100 tys. osób			
	Zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych na 100 tys. osób			
	Odsetek osób spędzających conajmniej 2,5 godz. na aktywności fizycznej			
	Odsetek osób zaszczepionych p. grypie (65+) w ostatnich 12 mies.			

RYSUNEK 4: **OGÓLNE WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA,** MAKS. 100 PKT.



W rankingu ogólnym Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia przodują trzy kraje: **Szwecja** (79 pkt), **Dania** (76 pkt) i **Holandia** (74 pkt). Średnia unijna wynosiła 54 punkty. Większość krajów wiodących w rankingu ogólnym wymaga poprawy w jednym lub w dwóch parametrach. Polska z wynikiem 41 punktów zajęła 25. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej.

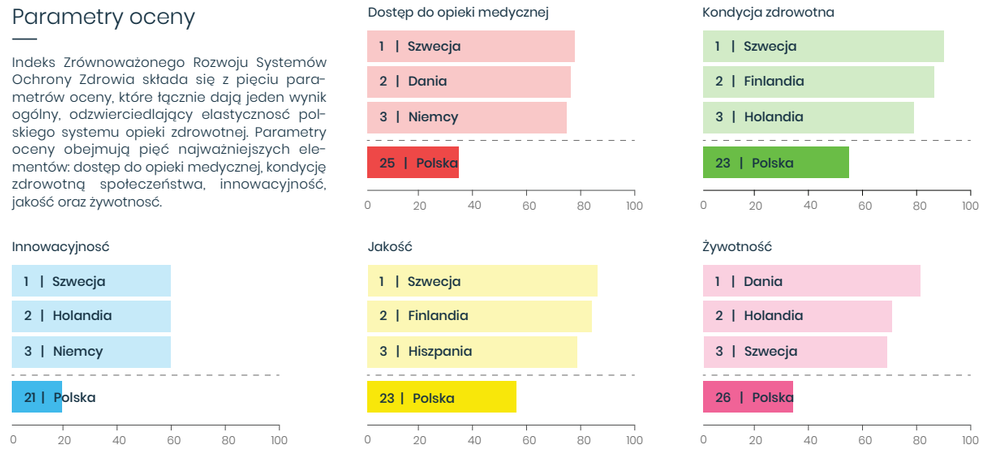
RYSUNEK 5: **WIZUALNA MAPA TERMICZNA POKAZUJĄCA** MIEJSCA POSZCZEGÓLNYCH KRAJÓW W RAMACH **INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA** ORAZ JEGO POSZCZEGÓLNYCH PIĘCIU PARAMETRÓW, MAKS. 100 PKT.

Kraj	SE	DK	NL	FI	DE	AT	LU	IE	BE	FR	UK	ES	IT	MT	CY	SI	CZ	GR	PT	HR	SK	LT	EE	HU	PL	RO	BG	LV
Ranking ogólny	1	2	3	4	4	6	6	8	9	10	10	12	13	14	15	15	17	18	18	20	21	22	22	22	25	26	27	27
Żywotność	3	1	2	7	10	13	7	4	6	16	10	18	9	5	15	10	19	24	19	17	21	23	21	25	26	13	28	27
Kondycja zdrowotna	1	15	3	2	10	5	5	16	10	5	14	3	5	18	10	17	19	9	10	21	21	24	20	27	23	28	25	26
Dostęp do opieki zdrowotnej	1	2	4	7	3	5	5	13	9	7	15	14	16	21	21	19	9	11	21	17	19	17	26	11	25	27	28	24
Innowacyjność	1	1	1	9	1	5	7	9	11	8	5	12	14	15	19	12	17	22	15	20	25	22	17	22	21	27	27	25
Jakość	1	6	3	2	12	8	6	3	10	14	16	3	12	10	9	17	14	19	20	24	18	26	24	22	23	21	27	28

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bułgaria, 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, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

Zamieszczona wyżej wizualna mapa termiczna rozbieżności pozwala dostrzec miejsca poszczególnych krajów w ramach ogólnego rankingu oraz pięciu parametrów. Kolor zielony obrazuje najwyższe miejsca w rankingu, żółty – środkowe, natomiast czerwony najniższe.

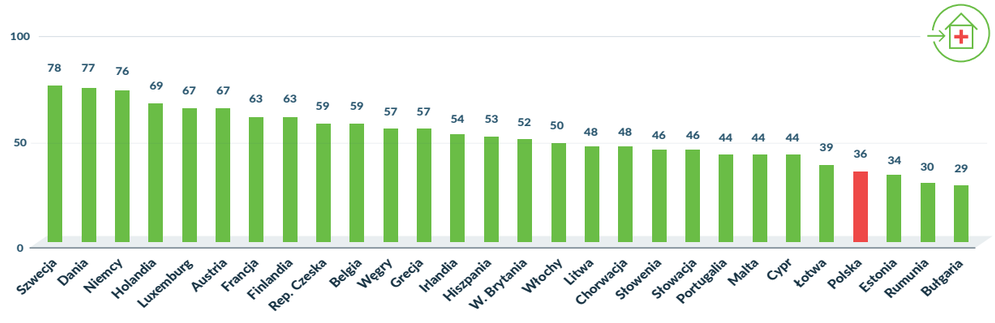
RYSUNEK 6: ILUSTRACJA POKAZUJĄCA **RELACJĘ POLSKI NA TLE LIDERÓW INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA,** MAKS. 100 PKT.



Jak już wspomniano, Indeks grupuje wyselekcjonowane kryteria oceny w pięć głównych parametrów oceny. Powyżej przedstawiono trzy państwa zajmujące najwyższe miejsce w danym parametrze w relacji do pozycji Polski.

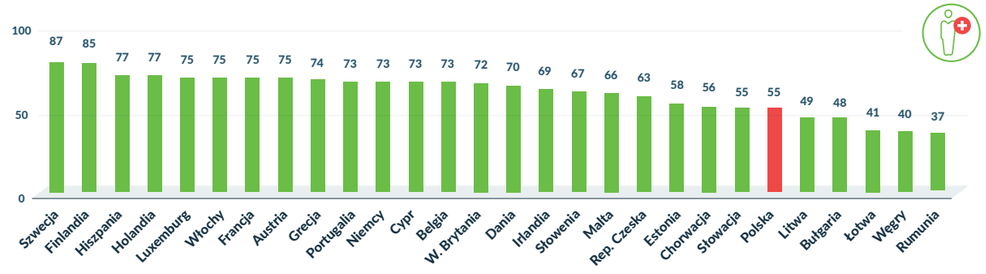
Poniżej omówiono ranking w zakresie poszczególnych parametrów Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem oceny Polski oraz krajów regionu centralnej i wschodniej Europy (CEE) dostarczających pozytywnych wzorców.

RYSUNEK 7: WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W PARAMETRZE OCENY **„DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ”,** MAKS. 100 PKT.



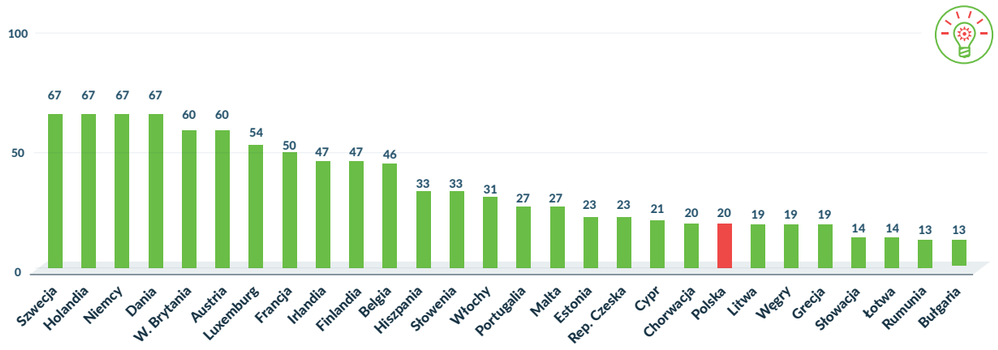
Bardzo niskie 25. miejsce (36 pkt) w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej pokazuje jeden z głównych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia. Jest on wywołany głównie kolejkami do specjalistów. W nienajlepszym świetle stawia nas również liczba psychiatrów. Natomiast lepiej wypadamy pod względem liczby sal operacyjnych (17. miejsce). Na plus warto odnotować program badań przesiewowych noworodków. Z Indeksu wynika, że z krajów CEE (Europy Środkowo–Wschodniej) najlepszy dostęp do opieki zdrowotnej odnotowano w Czechach (9. miejsce – 59 pkt) i na Węgrzech (11. miejsce – 57 pkt).

RYSUNEK 8: WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W PARAMETRZE OCENY **„KONDYCJA ZDROWOTNA”**, MAKS. 100 PKT.



Na 23. miejsce Polski (55 pkt) wpływa wysoka śmiertelność z powodu nowotworów, przede wszystkim raka płuca oraz bardzo niska aktywność fizyczna Polaków (26. miejsce). Relatywnie dobrze wypadają tu wskaźniki dotyczące szczepień dzieci przeciwko odrze (12. miejsce), a także liczby przypadków występowania wirusa HIV (13. miejsce). Częstość występowania cukrzycy plasuje nas na 18. miejscu. Z krajów regionu CEE najwyższe miejsca w tym parametrze zajmują Słowenia (17. miejsce – 67 pkt) i Czechy (19. miejsce – 63 pkt).

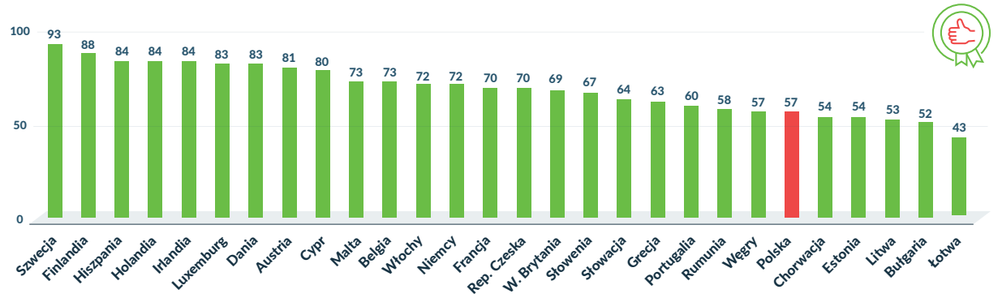
RYSUNEK 9: WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W PARAMETRZE OCENY **„INNOWACYJNOŚĆ”**, MAKS. 100 PKT.



Polska zajmuje 21. miejsce (20 pkt) w kategorii innowacyjności, co wynika z niskiej liczby patentów dla produktów i wyrobów medycznych oraz wydatków rządowych na R&D w zakresie ochrony zdrowia i medycyny. Polska jest jedynym dużym państwem, które tak mało wydaje na R&D w obszarze nauk biologicznych. Nieco lepiej wygląda pozycja naszego kraju w zakresie publikacji naukowych z dziedziny medycyny (12. miejsce) – jesteśmy zaraz po Austrii, a przed Czechami. Z krajów regionu CEE najwyższe miejsce w parametrze innowacyjności zajmuje Słowenia (13. miejsce-33 pkt).[1]

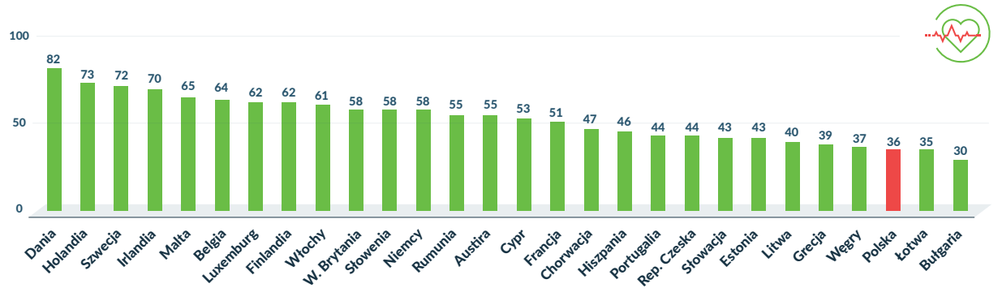
1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/312321/Profile-Health-Well-being-Slovenia.pdf?ua=1

RYSUNEK 10: WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W PARAMETRZE OCENY **„JAKOŚĆ”**, MAKS. 100 PKT.



W parametrze jakości, 23. miejsce (57 pkt) spowodowane jest brakiem wiedzy Polaków o zdrowiu oraz wysoką liczbą lat utraconych w wyniku zanieczyszczenia środowiska (27. miejsce). Mimo tego, Polacy raportują relatywnie wysoki wskaźnik satysfakcji z życia (12. miejsce) oraz wskaźnik szczęścia (15. miejsce). Miernik okołoporodowej śmiertelności matek umiejscawia nas natomiast na wysokiej 6. pozycji w Europie. Z krajów regionu CEE najwyższe – 15. miejsce zajmują Czechy (70 pkt).

RYSUNEK 10: WYNIKI INDEKSU ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W PARAMETRZE OCENY **„ŻYWOTNOŚĆ”**, MAKS. 100 PKT.



26. miejsce Polski (36 pkt) w zakresie parametru żywotności jest spowodowane niskimi wydatkami na ochronę zdrowia oraz niedoborem i starzeniem się kadr medycznych. Sytuację poprawia relatywnie niski wskaźnik otyłości w porównaniu do innych państw europejskich (Polska jest na 15. miejscu wg tego miernika). Ustawowe wprowadzenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6% Produktu Krajowego Brutto do 2024 r., zwiększanie limitu przyjęć na studia, a także liczby miejsc rezydenckich mają szansę znacznie polepszyć wynik Polski w tym obszarze w najbliższych latach. Pod względem spożycia alkoholu, Polska znajduje się na 22. miejscu rankingu. W tym mierniku zdobyliśmy 40 punktów, czyli tyle samo co Finlandia i Francja. Najwyższe miejsce z krajów regionu CEE zajmuje Słowenia (11. miejsce – 58 pkt).

4. INDEKS RAKA PIERSI – parametry oceny

Indeks Raka Piersi opiera się na ocenie 25 wskaźników w zakresie 5 parametrów oceny:

Dostęp do leczenia – ocenia dostępność rozwiązań medycznych niezbędnych w leczeniu raka piersi (4 wskaźniki).

Wyniki leczenia i przeżywalność – ocenia przeżywalność i wyniki leczenia diagnozowanych pacjentów z rakiem piersi (3 wskaźniki).

Opieka paliatywna – koncentruje się na ocenie opieki nad pacjentami w końcowym stadium choroby. Ocenia rozwiązania systemu opieki zdrowotnej i dostępne usługi w celu poprawy jakości życia osób chorych terminalnie (4 wskaźniki).

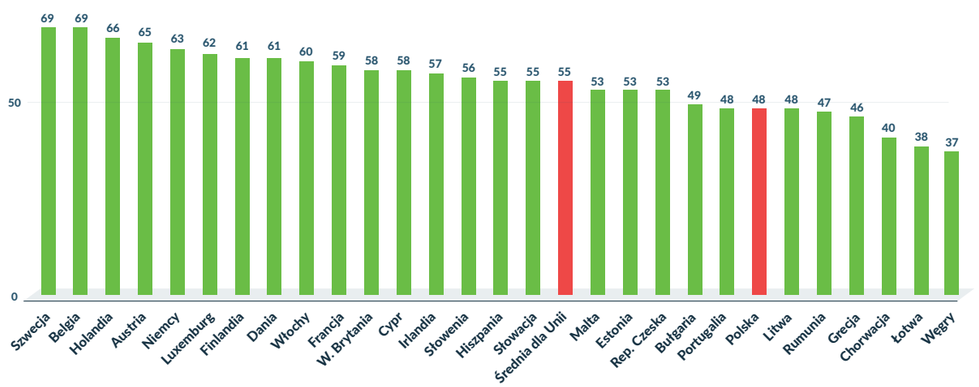
Profilaktyka i diagnostyka – ocenia działania podejmowane przez systemy opieki zdrowotnej w celu zapobiegania i lepszego diagnozowania raka piersi (7 wskaźników).

Doświadczenie pacjenta – śledzi zdolność systemu opieki zdrowotnej do zaspokajania potrzeb pacjentów podczas procesu leczenia (7 wskaźników).

RYSUNEK 12: **PIĘĆ PARAMETRÓW OCENY INDEKSU RAKA PIERSI** I WYKAZ MIERNIKÓW

Dostęp do leczenia	Wyniki leczenia i przeżywalność	Opieka paliatywna	Profilaktyka i diagnostyka	Doświadczenie pacjenta
Czas oczekiwania na leczenie	Jakość rejestrów nowotworów	Poziom rozwoju opieki paliatywnej	Nowe rozpoznania raka piersi na 100 tys. kobiet	Liczba onkologów na 100 tys. osób
Liczba urządzeń do radioterapii na 100 tys. osób	Liczba zgonów z uwzględnieniem wieku na 100 tys.	Liczba oddziałów opieki paliatywnej i hospicjów na milion mieszkańców	Konsumpcja tytoniu w stosunku do liczby palaczy	Bezpośredni dostęp do specjalistów
Średnia długość hospitalizacji z powodu nowotworu	Przeżycia pięcioletnie wśród kobiet z rakiem piersi	Liczba szpitalnych zespołów opieki paliatywnej na milion mieszkańców	Otyłość. Wskaźnik masy ciała BMI	Liczba radiologów na 100 tys. osób
Liczba całkowitych mastektomii na 100 tys.		Liczba domowych zespołów opieki paliatywnej na milion mieszkańców	Konsumpcja alkoholu w litrach na osbę	Wydatki na leczenie raka piersi na osobę
			Odsetek badań przesiewowych wraz z mammografią	Liczba Breast Units spełniających określone wymagania
			Liczba kobiet (50-69 lat), które wykonały badanie przesiewowe w ostatnich 3 latach	Czas oczekiwania na tomografię komputerową
			Liczba rezonansów magnetycznych na 1 mln. mieszkańców	Odsetek pacjentów wymagajacych radioterapii, którzy mogą uzyskać do niej dostęp

RYSUNEK 13: OGÓLNE WYNIKI **INDEKSU RAKA PIERSI**, MAKS. 100 PKT.



W rankingu ogólnym Indeksu Raka Piersi przodują ex aequo dwa kraje: Szwecja (69 pkt) i Belgia (69 pkt). Średnia unijna wynosiła 55 punktów.

RYSUNEK 14: WIZUALNA MAPA TERMICZNA POKAZUJĄCA **MIEJSCA POSZCZEGÓLNYCH KRAJÓW W RAMACH OGÓLNEGO RANKINGU** ORAZ **PIĘCIU PARAMETRÓW INDEKSU RAKA PIERSI**

Kraj	BE	SE	NL	AT	DE	LU	FL	DK	IT	FR	UK	CY	IE	SI	ES	SK	CZ	MT	EE	BG	PL	LT	PT	RO	EL	HR	LV	HU
Ranking ogólny	1	1	3	4	5	6	7	7	9	10	11	11	13	14	15	15	17	17	17	20	22	22	22	24	25	26	27	28
Dostęp do leczenia	4	18	5	12	21	5	12	1	21	7	18	7	21	12	21	1	15	10	7	3	17	10	26	18	27	25	28	15
Wyniki leczenia i przeżywalność	8	1	4	6	16	24	3	16	8	8	13	1	18	14	4	21	8	8	21	19	24	21	6	14	19	26	26	28
Opieka paliatywna	2	4	6	6	8	2	20	13	11	10	5	25	1	11	15	21	25	16	17	22	9	17	22	17	28	27	22	13
Profilaktyka i diagnostyka	10	1	10	6	3	6	4	4	2	16	17	9	6	14	14	20	20	19	17	20	24	27	10	24	13	20	26	28
Doświadczenia pacjenta	2	9	8	5	1	9	7	13	9	15	16	16	27	20	16	4	6	24	12	22	22	13	26	28	3	25	20	16

AT/Austria, BE/Belgia, BG/Bułgaria, 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, PL/Polska, PT/Portugalia, RO/Rumunia, SK/Słowacja, SI/Słowenia, SE/Szwecja, HU/Węgry, GB/Wielka Brytania, IT/Włochy

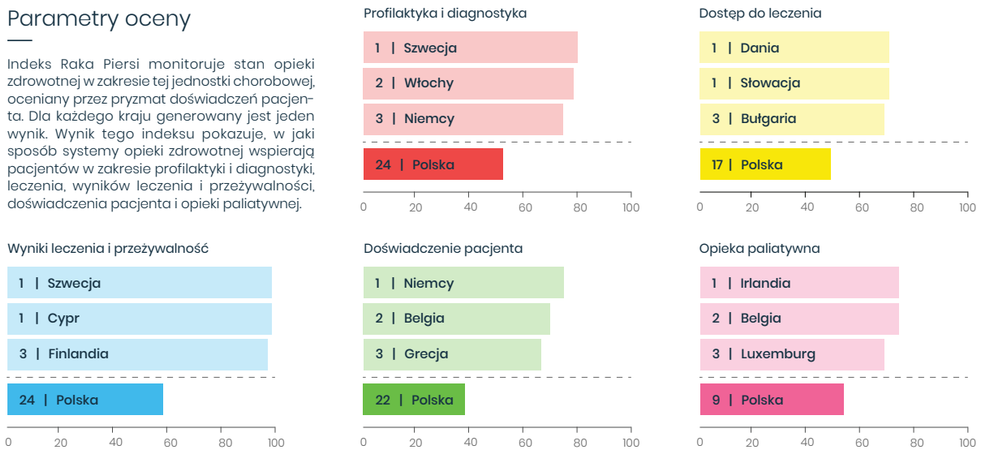
Wizualna mapa termiczna rozbieżności pozwala dostrzec miejsca poszczególnych krajów w ramach ogólnego rankingu oraz pięciu parametrów.

Kolor zielony obrazuje najwyższe miejsca w rankingu, żółty – środkowe, natomiast kolor czerwony – najniższe.

RYSUNEK 15: ILUSTRACJA POKAZUJĄCA RELACJĘ **POLSKI** NA TLE **LIDERÓW INDEKSU RAKA PIERSI**

Parametry oceny

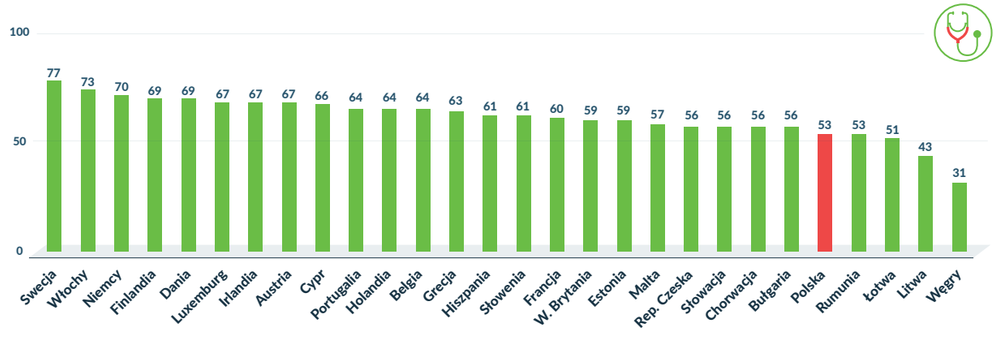
Indeks Raka Piersi monitoruje stan opieki zdrowotnej w zakresie tej jednostki chorobowej, oceniany przez pryzmat doświadczeń pacjenta. Dla każdego kraju generowany jest jeden wynik. Wynik tego indeksu pokazuje, w jaki sposób systemy opieki zdrowotnej wspierają pacjentów w zakresie profilaktyki i diagnostyki, leczenia, wyników leczenia i przeżywalności, doświadczenia pacjenta i opieki paliatywnej.



Jak już wspomniano, Indeks grupuje wyselekcjonowane kryteria oceny w pięć głównych parametrów oceny.

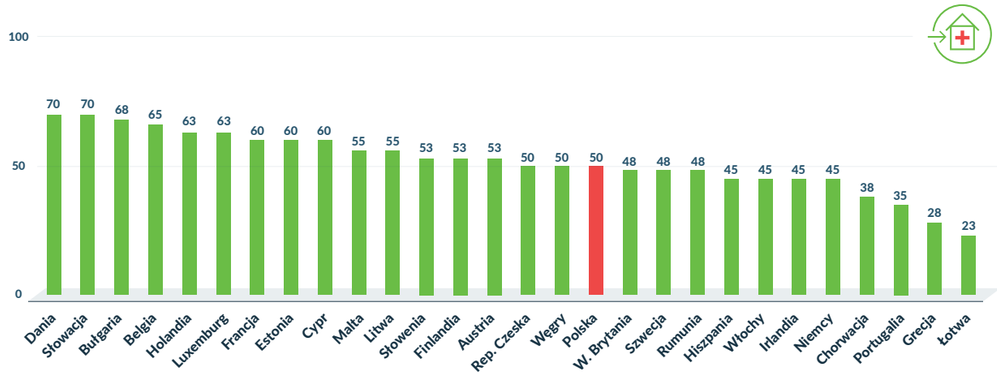
Powyżej przedstawiono trzy państwa zajmujące najwyższe miejsce w relacji do pozycji Polski.

RYSUNEK 16: WYNIKI INDEKSU RAKA PIERSI W PARAMETRZE OCENY **„PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA”**, MAKS. 100 PKT.



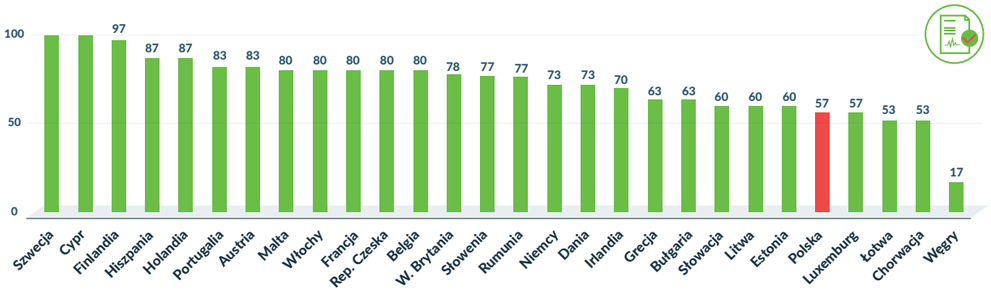
W kategorii profilaktyka i diagnostyka – Polska z 24. miejscem (53 pkt) ma wiele do nadrobienia, szczególnie w zakresie małej liczby pacjentek zgłaszających się na badania przesiewowe oraz słabego dostępu do rezonansu magnetycznego (MRI) (liczba wykonywanych mammografii i dostęp do MRI umiejscawiają nas na 25 pozycji). Zapowiedź Ministra Zdrowia o zniesieniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia limitów na diagnostykę obrazową może spowodować zmianę miejsca Polski w tym rankingu, czego wyraz będziemy mogli zobaczyć ok. 2021 roku. Miejsce Polski w rankingu podnosi niższa zachorowalność na raka piersi wśród kobiet w porównaniu z innymi krajami Unii oraz niższa konsumpcja tytoniu (19. miejsce rankingu, najwyższe pod tym względem, 12. miejsce z krajów regionu CEE odnotowała Słowenia (60 pkt).

RYSUNEK 17: WYNIKI INDEKSU RAKA PIERSI W PARAMETRZE OCENY **„DOSTĘP DO LECZENIA”**, MAKS. 100 PKT.



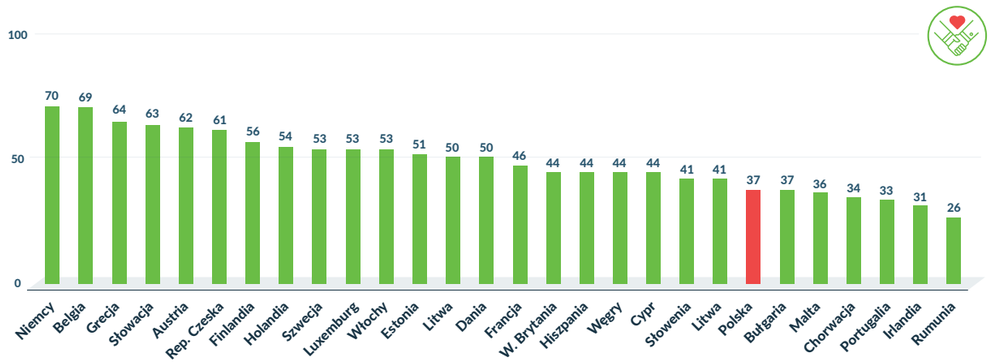
Polska w tym parametrze znajduje się na 17. miejscu (50 pkt), ale jednocześnie jest przed wieloma liderami tego rankingu, jak np. Szwecja (1. miejsce w rankingu ogólnym), Niemcy, czy Wielka Brytania. Względnie dobre miejsce daje Polsce niski odsetek mastektomii i relatywnie krótki czas hospitalizacji z powodu raka piersi. Słabą stroną jest długi czas oczekiwania na leczenie. Warto podkreślić drugie miejsce w rankingu, które zajął nasz sąsiad – Słowacja z 70 punktami.

RYSUNEK 18: WYNIKI INDEKSU RAKA PIERSI W PARAMETRZE OCENY **„WYNIKI LECZENIA I PRZEŻYWALNOŚĆ”**, MAKS. 100 PKT.



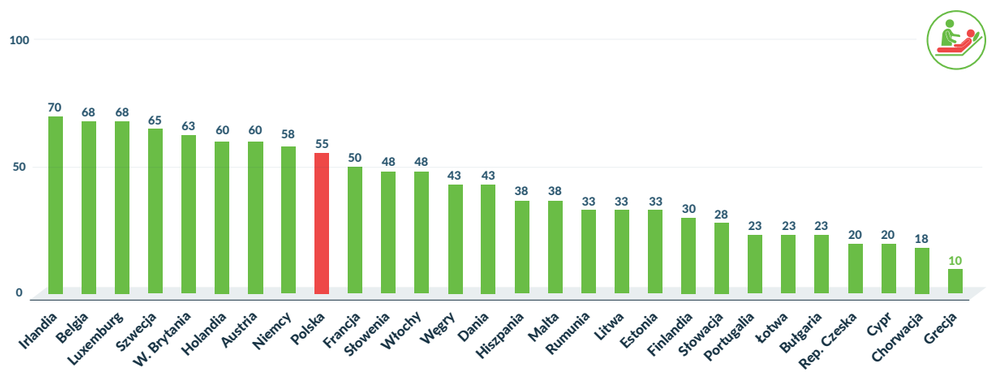
Polska w parametrze wyników leczenia i przeżywalności ma jeszcze wiele do zrobienia. Zajmując 24. miejsce (57 pkt) pokazuje, że konieczna jest kompleksowa inwestycja w poprawę 5-letnich przeżyć chorych a także budowa wiarygodnych rejestrów. Z krajów regionu CEE wysoką lokatę zajęły Czechy (11. miejsce – 80 pkt) i Słowenia (14. miejsce – 77 pkt).

RYSUNEK 19: WYNIKI INDEKSU RAKA PIERSI W PARAMETRZE OCENY **„DOŚWIADCZENIE PACJENTA”**, MAKS. 100 PKT.

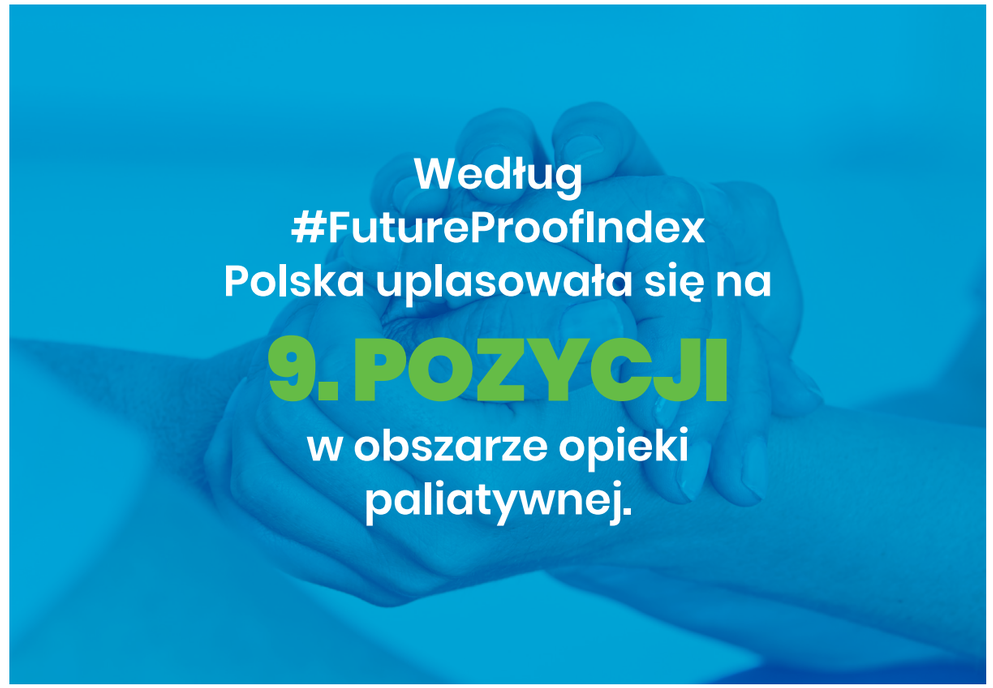


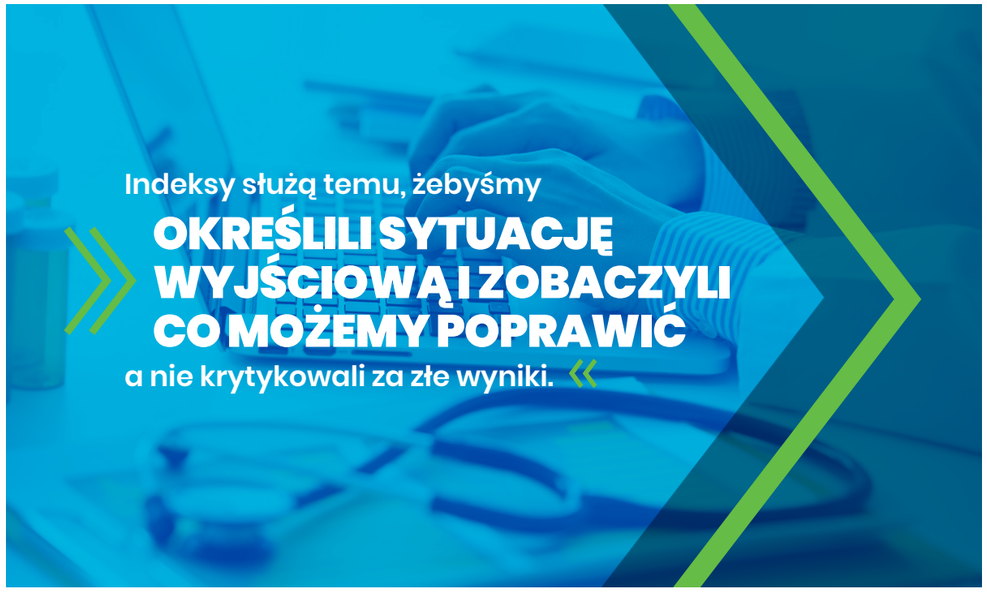
W tym kryterium na wynik Polski (22. miejsce – 37 pkt) wpłynął niedobór specjalistów oraz najdłuższy w Europie czas oczekiwania na tomografię komputerową – być może sytuację poprawią zniesione od 1 kwietnia 2019 limity na to badanie. Słabo wypadamy również pod względem liczby radiologów. Słowacja powtórnie znajduje się w czołówce rankingu (4. miejsce – 63 pkt), zaraz za nią uplasowały się Czechy (6. miejsce – 61 pkt).

RYSUNEK 20: WYNIKI INDEKSU RAKA PIERSI W PARAMETRZE OCENY **„OPIEKA PALIATYWNA”**, MAKS. 100 PKT.



Polska zajęła wysokie 9. miejsce (55 pkt) w Europie dzięki bardzo dobrze zorganizowanej opiece domowej – wyprzedzamy w tym zakresie m.in. Francję, Danię, Finlandię czy Czechy. W kontrze do powyższego, w Polsce mamy niską liczbę szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną. Na czele rankingu uplasowała się Irlandia (70 punktów), tuż za nią Luksemburg i Belgia (68 punktów). Słowacja zdobyła 28 punktów, co dało jej 21. miejsce.





5. KOMENTARZE POLSKIEGO PANELU ESKPERTÓW

Zaproszeni do Polskiego Panelu Ekspertów zgodnie uznali inicjatywę opracowania Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeksu raka Piersi za bardzo potrzebną i inspirującą.

Beata Ambroziewicz
Wiceprezes Polskiej Koalicji
Pacjentów Onkologicznych

Indeksy mogą pomóc obalić barierę mentalną w postaci obawy przed oceną i porównywaniem oraz uświadomić, że mierzenie jest naturalnym elementem procesu uczenia się. Indeksy służą temu, żebyśmy określili sytuację wyjściową i zobaczyli co możemy poprawić, a nie krytykowali za złe wyniki. Mam nadzieję, że dzięki dyskusji rozpoczętej po publikacji wyników Indeksu, zostaną wskazane obszary wymagające poprawy w systemie ochrony zdrowia, takie jak np. dostęp do diagnostyki, a najlepsze europejskie rozwiązania na rzecz poprawy opieki nad pacjentami przeniesione do naszego kraju. Dzięki Indeksom i platformie FutureProofing Healthcare jesteśmy w stanie szerzej spojrzeć na nasze państwo i porównać sytuację systemu ochrony zdrowia z krajami najbliższymi nam geograficznie, kulturowo i gospodarczo. Możliwość zderzania naszych wyobrażeń, wiedzy i danych pozwala nam zobaczyć polski system ochrony zdrowia oraz jego składowe w innym, bardziej rozległym kontekście.

Parametry oceny Indeksów i mierniki zostały ponadto stworzone i opracowane przez ekspertów reprezentujących nie tylko środowisko medyczne, ale też pacjentów. Jest to dla nas jako organizacji pacjenckiej, bardzo ważny aspekt, na który zawsze zwracamy uwagę, ponieważ dzięki temu Indeksy odzwierciedlają mapę naszych potrzeb.

Bogusław Chrabota
Redaktor naczelny
dziennika Rzeczpospolita

Nie ma możliwości rozwoju państwa bez dalekosiężnej strategii, która nie tylko tworzy wyobrażenie przyszłej prosperity, ale również buduje ścieżkę dojścia do założonego celu. Dyskusja o Polsce 2050 powinna się toczyć publicznie. Powinna się odbywać na oczach i z udziałem Polaków, a nie w zaciszu ministerialnych gabinetów. Jeśli w połowie tego stulecia chcemy się cieszyć nowoczesnym, silnym, demokratycznym, realizującym wolnościowe aspiracje Polaków państwem, prócz honorowania wartości konstytucyjnych i prawa musimy w szerokim gronie zdefiniować wizję tego państwa i coś, co nazywam jego osiami rozwojowymi. Osie rozwojowe to nic innego jak wybrane selektywnie mechanizmy rozwoju, które doprowadzą kraj do zakreślonych w strategii celów. Powinniśmy wypracować w tej sprawie konsensus, bo to wyzwanie, które przekracza cele jednego pokolenia.

W rządzeniu wciąż brak myślenia ponadsektorowego. Często jeden resort gospodarczy nie ma pojęcia o działaniach drugiego bądź je krytykuje. Oparcie gry w rządzie na wpływach politycznych sprawia, że decyzje są odwlekane bądź podejmowane w oderwaniu od racji merytorycznych. Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeks Raka Piersi to nie tylko ocena statusu quo. To przede wszystkim drogowskazy w przyszłość. Pomagają zrozumieć na czym polegają słabości systemu ochrony zdrowia Polaków i jak z nimi walczyć.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dyrektor Instytutu Zarządzania
w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego

Indeksy powinny inspirować do działania. Medycyna oparta na wynikach i ochrona zdrowia nakierowana na wartość zdrowotną są standardem w wielu krajach i powinny nim być również w Polsce. W mojej ocenie Indeksy powstają właśnie dlatego, że wszystkie państwa poszukują narzędzia do mierzenia poszczególnych nośników wartości i porównywania ich z innymi.

Aby kontrolować poszczególne obszary ochrony zdrowia musimy mieć wskaźniki, które możemy obserwować najlepiej w ujęciu międzynarodowym, dlatego, że będą pokazywać naszą pozycję względem innych krajów. Indeksy są więc benchmarkiem, czyli punktem wyjścia do zmiany. Nie należy się wstydzić słabszych wyników, tylko potraktować je jako źródło motywacji do działania. Przy czym celem nie może być sama poprawa miejsca w indeksie, ale strategiczne doskonalenie systemu, które polega na poprawie tych elementów, które są najbardziej kluczowe dla wyników zdrowotnych.

Pomiar wyników powinien być immanentną cechą każdej podejmowanej decyzji w systemie ochrony zdrowia. Powinniśmy poprawić m.in. wskaźnik wykrycia nowotworów we wcześniej fazie, co w konsekwencji może polepszyć przeżycia 5-letnie w raku piersi i czas oczekiwania na leczenie, dzięki którym wzrośnie ocena doświadczeń pacjenta (czas oczekiwania na tomografię komputerową plasuje nasz kraj na ostatnim, 28. miejscu). Mam nadzieję, że Indeksy będą się stale rozwijać i brać pod uwagę kolejne wskaźniki, które posłużą do mierzenia na ile podejmowane interwencje medyczne i organizacyjne są skuteczne.

Prof. Ryszard Gellert
Dyrektor Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego

Jako klinicyści bez przerwy porównujemy. Porównujemy się także ze Stanami Zjednoczonymi i z Europą. Porównujemy również Stany Zjednoczone z Japonią, Europą czy Australią, a więc kraje, które bardzo się różnią. Dokonując tych analiz zastanawiamy się, co można zrobić w naszym systemie ochrony zdrowia, aby lepiej funkcjonował. Dzięki Indeksowi Raka Piersi i Indeksowi Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia można stymulować regulatorów prawa i zarządzających do dokonywania zmian. Wskaźniki są istotnym argumentem, aby tych zmian oczekiwać, definiować je i rozmawiać z decydentami o tym, co można zrobić, aby polepszyć wynik naszego kraju na tle innych państw. Indeksy mają ogromną zaletę, ponieważ pokazują trzy wymiary jednocześnie – zdrowie populacji, zdolność naszego systemu do zmian i do generowania innowacji. Dzięki nim można znaleźć najlepsze wzorce rozwiązań i przenieść je na własny grunt.

Ponadto, dzięki Indeksom lekarze mogą lepiej zrozumieć kontekst swoich działań. Składowe analiz wskazują, że wielkość kraju i rodzaj systemu ochrony zdrowia istotnie wpływają na końcową pozycję w Indeksach. Jednak osiągane wyniki opieki zdrowotnej nie zależą jedynie od składowych Indeksów. Należy przy tym podkreślić, że Polska systematycznie wdraża działania naprawcze służby zdrowia np. zwiększyła limit przyjęć na studia medyczne, dzięki czemu będziemy mogli uzupełnić braki kadrowe, co mam nadzieję przełoży się na pozycję Polski w rankingach.

Dzięki Indeksowi Raka Piersi i Indeksowi Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia można stymulować regulatorów prawa i zarządzających do dokonywania zmian.

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Ekspert systemu ochrony zdrowia

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia oraz Indeks Raka Piersi wytyczają kierunek oceny wskaźnikowej zmian przeprowadzonych, prowadzonych i planowanych w polskim systemie ochrony zdrowia. Pomimo, że chorujemy na te same choroby, każdy kraj ma inne uwarunkowania, organizację systemu ochrony zdrowia, poziom i rodzaj finansowania, a co najważniejsze różną mentalność i świadomość zdrowotną obywateli. Doświadczenia innych krajów Unii Europejskiej pokazują nam co się udało, co wymaga poprawy oraz z jakich wzorców należy czerpać. Chcielibyśmy oczywiście być leczeni w Holandii czy Szwecji – bo te kraje zajęły najwyższe miejsca w obu Indeksach. Należy jednak pamiętać, że finansowanie ochrony zdrowia – kluczowy wskaźnik efektywności systemu ochrony zdrowia – w Holandii wynosi wg. danych OECD za 2017 r. 10,1% Produktu Krajowego Brutto, natomiast w Polsce – 6,7% PKB. Przy czym produkt krajowy brutto Holandii to ok. 48 tys. USD na głowę mieszkańca, gdy w Polsce 26 tys. USD na głowę mieszkańca.

Oprócz finansowania adekwatnego do potrzeb zdrowotnych bardzo ważny jest optymalny model funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tutaj Polska ma do odrobienia największą lekcję. Szybkiej poprawy wymaga stworzenie platformy informatycznej, kompleksowość

i koordynacja opieki pomiędzy POZ-AOS-lecznictwem szpitalnym, współpraca sektora publicznego z sektorem prywatnym, wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz system kształcenia kadr medycznych (z rozwojem nowych kompetencji typu koordynator opieki, sekretarka medyczna, czy analityk baz danych). Na pewno musi poprawić się dostęp do nowych technologii medycznych oraz zwiększyć się odpowiedzialność Polaków za własne zdrowie.

Celem Indeksów jest otwarcie niezależnej i autonomicznej dyskusji na temat możliwości stworzenia prawdziwie zrównoważonych systemów ochrony zdrowia w oparciu o fakty, dane i dobre praktyki, które uwzględniają i odpowiadają na realne potrzeby pacjenta.

Wiktor Janicki
Dyrektor generalny firmy Roche

Celem Indeksów jest otwarcie niezależnej i autonomicznej dyskusji na temat możliwości stworzenia prawdziwie zrównoważonych systemów ochrony zdrowia w oparciu o fakty, dane i dobre praktyki, które uwzględniają i odpowiadają na realne potrzeby pacjenta. Indeksy zgromadziły ponad 2400 punktów danych dotyczących 76 indywidualnych wskaźników opartych o publicznie dostępne źródła np. WHO, OECD czy Eurostat pochodzące z 28 krajów Unii Europejskiej. Indeksy działają nie tylko jako repozytorium, ale także jako narzędzie udostępniania danych. Dostosowane filtry, porównania i analizy umożliwiają skupienie się na korelacjach odnoszących się do dowolnego obszaru geograficznego w obrębie Unii Europejskiej. Oznacza to, że każdy, począwszy od pacjentów, poprzez pracowników ochrony zdrowia, aż do decydentów, może uzyskać dostęp do danych, które zaspokoją jego obszary zainteresowania. Porównując wyniki uzyskane przez Polskę w obu Indeksach, można zobaczyć szerszy obraz kondycji polskiej służby zdrowia i wyciągnąć wnioski, które w przyszłości mogą wpłynąć na poprawę miejsca naszego kraju w rankingu. W ciągu kilku lat będziemy w stanie stwierdzić, które wdrażane rozwiązania wpłyną na zmianę polityki zdrowotnej, wykorzystując Indeksy jako barometr wszelkich działań w systemie.

Dr n. med. Adam Kozierkiewicz
Ekspert systemu ochrony zdrowia

Na bazie zaprezentowanych Indeksów można się publicznie zastanowić, na czym nam zależy w systemie ochrony zdrowia, jakie są priorytety, co można usprawnić. Wbrew obiegowym poglądom, nie zawsze trzeba zwiększać finansowanie w celu poprawy działania służby zdrowia. Polska mimo 27. miejsca pod względem nakładów finansowych na osobę, może się pochwalić dobrym wynikiem na przykład w zakresie nierówności w dostępie do ochrony zdrowia zależnym od dochodów. W tym konkretnym wskaźniku plasujemy się na dziesiątym miejscu w Europie, mamy zatem system bardzo egalitarny.

Niestety, Polska w ogólnym rozrachunku Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia nie wypadła zbyt dobrze. Zajęliśmy miejsce pod koniec skali, w końcówce Europy. Wynik ten (41 punktów, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej to 54 punkty) zmusza do zastanowienia co jest przyczyną tego stanu rzeczy. Nie chodzi jednak tylko o sam wynik w Indeksie, bo jego poprawienie w wybranych kilku obszarach jest możliwe – chodzi o to, aby rozpocząć dyskusję o systemach ochrony zdrowia i wskazać obszary wymagające poprawy. Porównywanie systemów ochrony zdrowia nie jest przecież wyścigiem w dosłownym rozumieniu, jest natomiast okazją do wskazania najlepszych europejskich wzorców. Jeśli wdrożymy odpowiednie rozwiązania, wtedy automatycznie nasza pozycja w Indeksie ulegnie poprawie.

Prof. Tadeusz Pieńkowski
Prezes Polskiego Towarzystwa
do Badań nad Rakiem Piersi

Co znaczą dane Indeksów w odniesieniu do polskich pacjentów? Oznaczają, że dopiero w ostatniej fazie choroby mogą znaleźć się oni w usystematyzowanej rzeczywistości. Jest to zasługa doskonale zorganizowanej opieki hospicyjnej. Dane Indeksu uświadamiają jednak, że diagnoza i leczenie chorych na raka piersi jest u nas niewystarczająca i bardzo źle zorganizowana. Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi od wielu lat czyni starania, aby ten stan zmienić popularyzując idee tworzenia specjalistycznych ośrodków opieki nad tą grupą chorych. Działalność takich ośrodków jest sprawdzonym na świecie sposobem diagnozowania, leczenia i pielęgnacji. Zogniskowanie uwagi takiego ośrodka na pacjencie, zgromadzenie wszystkich potrzebnych mu specjalistów i sprzętu na jak najwyższym poziomie w jednym miejscu, możliwie jak najbliżej pacjenta, stawiałoby nasze chore w bez porównania lepszej sytuacji. W tym kierunku rozwija się w cywilizowanym świecie system spersonalizowanej onkologii. W świadomości polskich onkologów takie

akredytowane ośrodki są wysoce pożądane. Dzięki inicjatywie środowiska lekarskiego i organizacji chorych na raka piersi ośrodki takie powstają i uzyskują akredytacje światowego i Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi. Niestety nie ma ciągle należytego zaplecza prawnego i ekonomicznego, które zapewniłoby im należny status i finasowanie. Jest to sytuacja, w której chore nadal nie mogą liczyć na należyte zaopatrzenie, a zaangażowanie i entuzjazm lekarzy się marnuje.

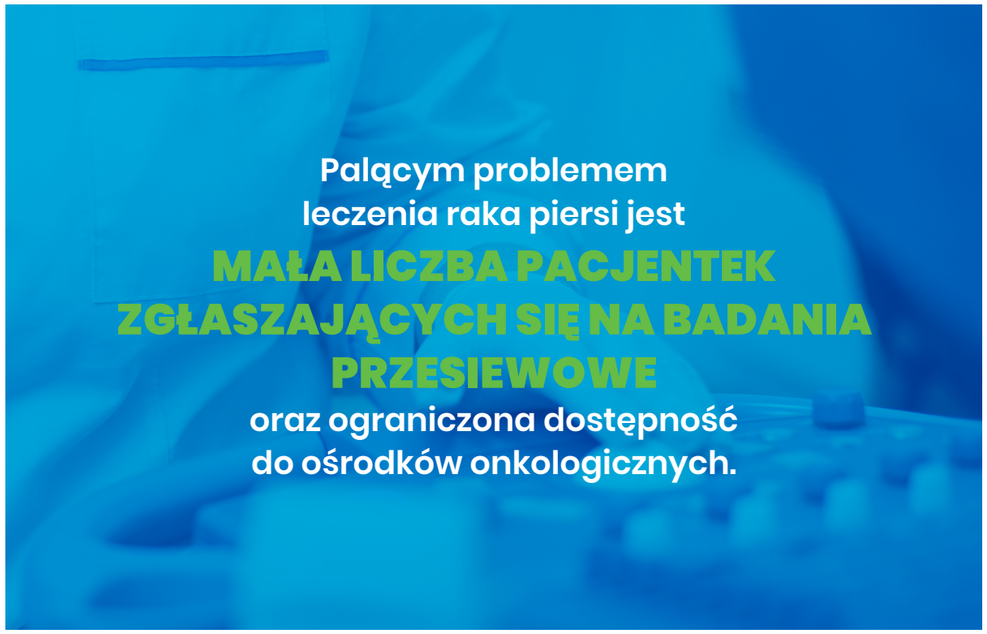
Należy pamiętać, że wzrost finansowania służby zdrowia nie zawsze oznacza jej lepsze funkcjonowanie.

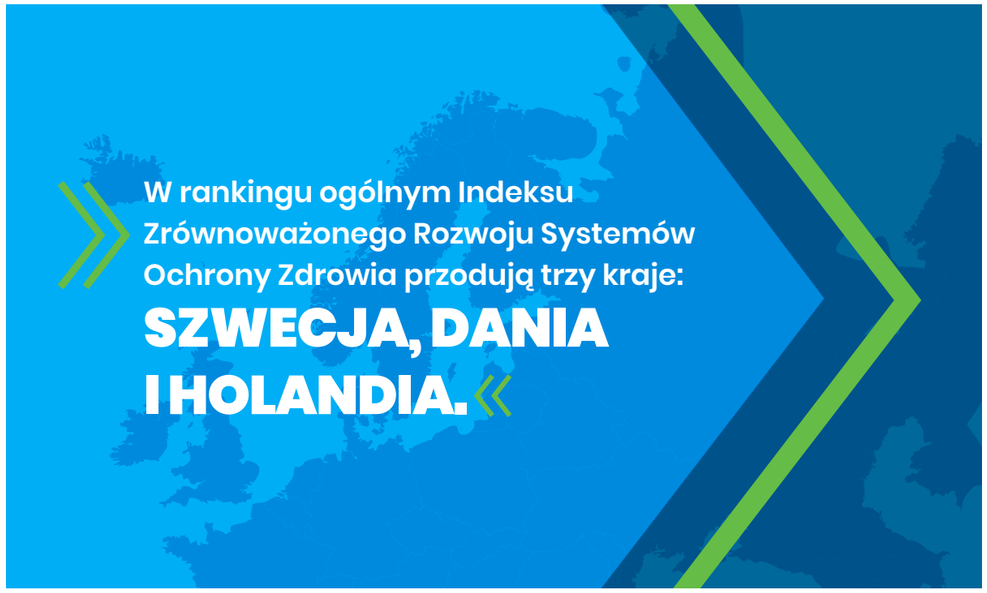
Dr Piotr Warczyński
Były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia,
ekspert systemu ochrony zdrowia

Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia stanowi nieocenione źródło wiedzy na temat europejskich systemów ochrony zdrowia. Łączy w sobie większość elementów, które taka analiza powinna zawierać. To bardzo cenne źródło informacji, które trzeba odpowiednio wykorzystać. Do tej pory nie było obiektywnych i spójnych indeksów, które dałyby możliwość porównania systemów ochrony zdrowia we wszystkich państwach członkowskich. Należy skupić się na wnioskach płynących z Indeksu i wierzyć, że zostaną wzięte pod uwagę przez rządzących w procesie podejmowania decyzji. Jeżeli np. na Słowacji o wiele krócej czeka się na leczenie raka piersi, to należy zastanowić się z czego wynika ten stan i dlaczego w Polsce czas oczekiwania na leczenie umiejscawia nasz kraj dopiero na 27. pozycji Indeksu Raka Piersi. Należy pamiętać, że wzrost finansowania służby zdrowia nie zawsze oznacza jej lepsze funkcjonowanie. Mam na myśli kraje takie jak Słowacja czy Estonia, które mimo niewielkiego finansowania w przeliczeniu na osobę, osiągają dobre wyniki w wielu parametrach Indeksu.

Krystyna Wechmann
Prezes Polskiej Koalicji
Pacjentów Onkologicznych

Obszarem wymagającym wsparcia w zakresie optymalizacji opieki nad chorymi na raka piersi nadal pozostaje profilaktyka. Polska np. pod względem profilaktyki i diagnostyki raka piersi zajmuje słabe 24. miejsce – ta sytuacja musi się zmienić. Palącym problemem leczenia raka piersi jest mała liczba pacjentek zgłaszających się na badania przesiewowe oraz ograniczona dostępność do ośrodków onkologicznych. Pacjentki podkreślają, że szczególnie ważna dla nich jest odległość dzieląca je od placówki onkologicznej. Analizy pokazują, że często ma ona decydujący wpływ na podjęcie lub kontynuację leczenia. Ogromnie ważna jest również edukacja społeczeństwa, która wciąż jest na bardzo niskim poziomie. Biorąc pod uwagę wynik Polski w Indeksie Raka Piersi (22. miejsce na 28) chciałabym, aby w następnych latach polepszała się sytuacja pacjentek chorych na ten nowotwór. Musimy wspólnie wypracować rozwiązania, które zwiększą świadomość zagrożenia chorobą oraz poprawią skuteczność i komfort leczenia. Głęboko wierzę, że dyskusja o ich potrzebach będzie nadal trwać i przyniesie wymierne efekty w postaci konkretnych decyzji rządzących. Uważam, że z analizami Indeksu powinni zapoznać się również główni zainteresowani, czyli chorzy. Będę ich do tego gorąco zachęcać.





6. OPTYMALNE ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE LIDERÓW RANKINGU

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

W rankingu ogólnym Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia przodują trzy kraje:

- **Szwecja** (1. miejsce-79 pkt),
- **Dania** (2. miejsce-76 pkt),
- **Holandia** (3. miejsce-74 pkt).

Średnia unijna wynosiła 54 punkty. Polska z wynikiem 41 punktów zajęła 25. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej. Najwyżej z krajów regionu wschodniej i centralnej Europy (CEE) uplasowały się w rankingu: Słowenia (15. miejsce – 54 pkt), Czechy (17. miejsce – 52 pkt), Chorwacja (20. miejsce – 45 pkt) oraz Słowacja (21. miejsce – 44 pkt). Poniżej przedstawiono wybrane modele i rozwiązania systemowe, które warto rozważyć w usprawnianiu polskiego systemu ochrony zdrowia.

SZWECJA

Ustawa o gwarantowanych świadczeniach opieki zdrowotnej określa maksymalny czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Ma to na celu wzmocnienie pozycji pacjenta w dostępie do usług. Opisuje to zasada "0-7-90-90", gdzie 0 – oznacza brak opóźnień w dostępie do opieki medycznej, 7 – konsultację lekarza rodzinnego do siedmiu dni, 90 – konsultację specjalisty w ciągu 90 dni oraz 90 – leczenie maksimum 90 dni po zdiagnozowaniu. Niestety w Polsce problem kolejek jest wciąż obecny i stawia nasz kraj na końcu rankingu. Pod względem oczekiwania na tomografię komputerową plasujemy się na ostatnim miejscu w Unii.

Jakość świadczonych usług zdrowotnych jest porównywana pomiędzy świadczeniodawcami z użyciem publicznie dostępnych wyników rejestrów medycznych. – Wzrosło zainteresowanie wynikami pomiarów zgłaszanymi przez pacjentów, a kilka krajowych rejestrów jakości zawiera takie dane. Prowadzone są publiczne rejestry endoprotezoplastyk, leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i chirurgii ginekologicznej oraz ocena zdolności funkcjonalnej pacjentów po udarze mózgu. Występuje koordynacja i standaryzacja pomiarów stosowanych w różnych krajowych rejestrach jakości, aby umożliwić porównanie w czasie i pomiędzy dostawcami lub nawet obszarami medycznymi. Szwedzkie rejestry jakości stanowią bogactwo informacji do celów badań i oceny wyników. Chociaż początkowo zostały zbudowane przez lekarzy na zasadzie dobrowolności i nadal są zarządzane przez te grupy zawodowe, są coraz częściej finansowane ze środków publicznych. Większość z ponad 100 rejestrów opiera się na określonych diagnozach i zawiera informacje medyczne i epidemiologiczne[2]. W parametrze oceny „jakość" Szwecja zajmuje zaszczytne pierwsze miejsce w rankingu. Polska natomiast plasuje się na 23. pozycji.

Ważna rola kampanii zdrowotnych, promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej: niski poziom możliwych do uniknięcia zgonów z przyczyn takich jak rak płuc (trzecia najniższa śmiertelność w UE), zgonów związanych z alkoholem (ósme z najniższych) i wypadków drogowych (drugie najniższe) można wytłumaczyć wysokim poziomem edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Wielo-

2. https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=5.2%20Patient%20pathways&-Type=Section

letnie kampanie społeczne oraz wysokie podatki na tytoń i alkohol przyczyniły się do ograniczenia konsumpcji. Pod względem konsumpcji tytoniu Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia umiejscawia Szwecję na 1. miejscu (Polskę na 19.), a konsumpcja alkoholu na 4. (Polskę na 22.).

Bardzo ważna rola pielęgniarek i opieki pielęgniarskiej: Szwecja z powodzeniem rozszerzyła zakres praktyki pielęgniarskiej w podstawowej opiece zdrowotnej, m.in. poprzez zatrudnianie pielęgniarek zamiast konsultacji lekarzy rodzinnych oraz utworzenie krajowej służby telefonicznej i strony internetowej obsługiwanej przez pielęgniarki, która skutecznie funkcjonuje jako pierwsza linia usług. Pod względem liczby pielęgniarek i położnych Szwecja zajmuje 6. miejsce w Unii, wyprzedzając Maltę słynącą z dużych zasobów lekarzy poniżej 35. roku życia Polska w tym mierniku zajmuje 24. miejsce.

Ograniczenie liczby łóżek i świadczeń szpitalnych: W ciągu ostatnich dwudziestu lat Szwecja konsekwentnie pracowała nad przeniesieniem usług z placówek stacjonarnych do ambulatoryjnych, co spowodowało najmniejszy udział wydatków szpitalnych w UE. Szwecja ma najniższą liczbę łóżek szpitalnych w UE, a średnia długość hospitalizacji również należy do najniższych. Odnotowuje się rosnące korzystanie z opieki ambulatoryjnej w przypadku operacji wykonywanych wcześniej w warunkach szpitalnych. Na przykład odsetek usunięcia migdałków przeprowadzony jako operacja tego samego dnia wzrósł z około 20% w 2005 r. do ponad 70% w 2015 r.[3] Liczba sal operacyjnych umiejscawia Szwecję na 13. miejscu Polska pod tym względem zajmuje 17. pozycję.

SŁOWENIA

Podstawowa opieka zdrowotna jest preferowanym segmentem systemu opieki zdrowotnej: Ustanowiono "wzorcowe praktyki lekarza rodzinnego" z dodatkowymi pielęgniarkami zajmującymi się profilaktyką zdrowotną, szczególnie w chorobach przewlekłych. Pod względem liczby pielęgniarek Słowenia w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia zajmuje 3. miejsce (Polska 17.).

Istotną role odgrywa uzupełniające, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (Voluntary Health Insurance -VHI), które stanowi ok. 15% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną[4]. Na Słowenii w ostatnich latach wdrożono szereg reform, m.in. w celu poprawy wydajności szpitali oraz promowania zdrowego życia społeczeństwa[5]. Słowenia wypada dobrze w wielu miernikach Indeksów, jak np. śmiertelności noworodków – kraj zajmuje pod tym względem wysokie 5.miejsce (z maksymalną liczbą punktów – 100), czy też pod względem liczby lekarzy poniżej 35. roku życia (8.miejsce). Polska w tych miernikach zajmuje odpowiednio 22 i 23. miejsce.

CZECHY

Wzrost zadowolenia pacjentów z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia: W Czechach 80 proc. społeczeństwa jest zadowolona z opieki zdrowotnej. Udział respondentów, którzy wskazują na niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej, jest stosunkowo niski (od 3-6%). Reformy w ostatnim dziesięcioleciu miały na celu zwiększenie wydajności i przejrzystości świadczenia usług zdrowotnych, ulepszenie systemów danych i ograniczenie kosztów[6]. Poziom szczęścia umiejscawia Czechy na 10. miejscu rankingu, a miernik wiedzy o zdrowiu na 13. miejscu. Polska pod tym względem zajmuje odpowiednio 15. i 28. pozycję.

Jasno zdefiniowany czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne: Dekret rządowy uchwalony w 2012 r. określa obowiązki funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, maksymalne czasy oczekiwania na określone procedury i maksymalne odległości geograficzne do niektórych usług. Oficjalnie oczekiwanie na wizytę lekarza pierwszego kontaktu czy ginekologa w poczekalni nie może w Czechach przekraczać 35 minut, chirurga – 45 minut. Operacja zaćmy musi zostać przeprowadzona w ciągu 30 tygodni od daty rozpoznania[7].

Uzgodniona społecznie lista opłat tytułem współpłacenia oraz płatnych świadczeń: Jednym z mechanizmów, według których świadczenia są racjonowane, jest harmonogram opłat zwany wykazem usług zdrowotnych. Lista jest corocznie aktualizowana przez Grupę Roboczą ds. Służby Zdrowia, która ma siedzibę w Ministerstwie Zdrowia. Chociaż lista funkcjonuje w codziennej praktyce jako pozytywna lista świadczeń, usługi, które nie są w niej określone, mogą nadal podlegać zwrotowi, w zależności od potrzeb poszczególnych pacjentów. W 2013 r. lista usług zdrowotnych wymieniała ponad 3 800 pozycji. W latach 2008-2013 przeprowadzono krótkotrwały eksperyment, wprowadzając niskie współpłacenie w wysokości 1 EUR za wizytę lekarską i 3 EUR za dzień w szpitalu, ale polityka ta wywołała znaczną reakcję polityczną i publiczną i ostatecznie została wycofana[8]. Pod względem wydatków na osobę w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia Czechy zajmują 18.miejsce w Unii. Polska – 27.

Podstawowa opieka zdrowotna jako koordynator systemowy: Wprowadzono procedurę rejestracji w celu wzmocnienia roli lekarzy pierwszego kontaktu (i pediatrów dziecięcych), lekarzy dentystów i ginekologów jako punktów pierwszego kontaktu. Każdy ubezpieczony ma prawo do zarejestrowania się u jednego dostawcy w każdej kategorii. Odpowiedni dostawca powinien działać jako pierwszy punkt kontaktowy dla pacjenta, zapewniać podstawową opiekę i służyć jako punkt kontaktowy dla koordynacji opieki z innymi dostawcami.

Ograniczanie absencji chorobowej poprzez współpłacenie pacjenta: Pierwsze trzy dni zwolnienia lekarskiego są bezpłatne, tak więc nie opłaca się generować choremu krótkich absencji spowodowanych „lekkimi" schorzeniami[9].

SŁOWACJA

Promowanie współpracy pomiędzy publicznym i prywatnym płatnikiem: Ministerstwo Zdrowia określa minimalny pakiet świadczeń, sieć dostawców, minimalne kryteria jakości dla dostawców i maksymalne listy oczekujących dla pacjentów. Od 2005 r. wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych są spółkami akcyjnymi, przekształconymi z publicznych funduszy ubezpieczeń zdrowotnych w zakłady ubezpieczeń zdrowotnych. Istnieje jeden państwowy zakład ubezpieczeń zdrowotnych (z około 65% udziału w rynku) i dwóch prywatnych ubezpieczy-

3. State of Health in the EU Sweden on Health Systems and Policies European a partnership hosted by WHO. Country Health Profile 2017. Źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sv_english.pdf
4. The Health Systems and Policy Monitor. OECD. Źródło: https://www.hspm.org/mainpage.aspx
5. State of Health in the EU Slovenia Country Health Profile 2017. Źródło: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/355996/Health-Profile-Slovenia-Eng.pdf?ua=1
6. State of Health in the EU Czech Republic Country Health Profile 2017. Źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cs_english.pdf
7. https://www.prawo.pl/zdrowie/dlaczego-w-czechach-nie-ma-kolejek-do-lekarza-,238371.html
8. State of health in the EU – Czech Republic. Country Health Profile 2017, OECD. Źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cs_english.pdf
9. Health Systems in Transition. Czech Republic – system review. Vol. 17 No. 1 2015. Źródło: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf

cieli zdrowotnych. Te trzy podmioty konkurują o klientów w oparciu o jakość i różnorodność zakontraktowanych usług. Każdemu zakładowi ubezpieczeń zdrowotnych wolno rozwijać własne mechanizmy płatności i ustalać własną politykę cenową wobec zakontraktowanych dostawców. Wysokość składki ubezpieczeniowej osoby ubezpieczonej jest w większości zależna od wieku, a ubezpieczyciele starają się motywować lekarzy rodzinnych i oferować im wyższe limity po spełnieniu pewnych kryteriów jakości.

Współpłacenie pacjentów jest jasno zdefiniowane: Obejmuje produkty farmaceutyczne i artykuły medyczne trwałego użytku, opłaty za różne usługi zdrowotne, opiekę stomatologiczną i leczenie uzdrowiskowe, produkty optyczne i żywność dietetyczną. Pacjenci dopłacają także do usług powyżej standardowej opieki, preferencyjnego traktowania i opieki nieobjętej ubezpieczeniem. Chorzy ponoszą również symboliczne opłaty za całodobową pierwszą pomoc medyczną (1,99 EUR), transport pogotowia ratunkowego (0,07 EUR/km), za recepty (0,17 EUR), za osoby towarzyszące podczas pobytu w szpitalu (3,32 EUR), jak również na wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach (1,66 EUR lub więcej dziennie). W Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia pod względem wydatków na osobę Słowacja zajmuje 23. miejsce. W Polsce współpłacenie pacjentów za służbę zdrowia wciąż budzi wiele emocji i kontrowersji.

Rozwój kadr medycznych jest priorytetem: W październiku 2014 r. ministerstwo zdrowia rozpoczęło projekt pod nazwą "Program mieszkaniowy", skierowany do absolwentów medycyny, którzy chcieli specjalizować się w medycynie ogólnej lub pediatrii. Do kwietnia 2016 r. do programu przystąpiło ok. 200 lekarzy w wieku poniżej 36 lat.

W Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia pod względem liczby lekarzy poniżej 35 roku życia, Słowacja zajmuje wysokie 11. miejsce z taką samą liczbą punktów (50) jak Szwecja. Polska w tym mierniku zajmuje 23. pozycję. Sytuację mają polepszyć sukcesywnie wdrażane reformy w naszym kraju, jak np. zwiększenie limitu przyjęć na studia.

Wdrażanie integracji i koordynacji na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej: Projekt ICC, czyli reforma podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) uwzględnia zintegrowanie i koordynację. Zintegrowane centra opieki (MCC) powinny stać się punktami kompleksowej opieki w ramach POZ, które obejmują podstawowe usługi diagnostyczne, prewencyjne i społeczne. Jest to centrum, które umożliwia lekarzom z różnych specjalizacji lepszą współpracę i świadczenie kompleksowej opieki koordynowanej przez lekarza rodzinnego. Oczekuje się, że MCC zmniejszą obciążenie szpitali, ponieważ będą one ukierunkowane na zapewnienie ciągłej opieki nad przewlekłymi pacjentami. Projekt ICC jest finansowany z funduszy strukturalnych UE, z budżetem około 150 milionów EUR. Docelowo ma powstać ok. 140 zintegrowanych centrów opieki.

Poprawa współpracy pomiędzy lekarzami rodzinnymi a specjalistami: Ministerstwo Zdrowia publikuje w konsultacji z ekspertami klinicznymi wytyczne diagnostyczno – terapeutyczne, które będą stale aktualizowane. Oczekuje się, że ten krok wywrze znaczący wpływ na zachowanie lekarza i ułatwi przejście na nowe kompetencje, a także poprawi koordynację pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu i specjalistami. W czerwcu 2014 r. opublikowano pierwsze podstawowe wytyczne dotyczące opieki przedoperacyjnej (w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia Słowacja pod względem liczby sal operacyjnych zajmuje 20. miejsce, Polska – 17.), a następnie w grudniu wytyczne dotyczące nadciśnienia dorosłych. W ramach projektu współfinansowanego z europejskich funduszy strukturalnych ministerstwo zdrowia planuje opublikować do ok. 90 wytycznych do 2020 r.[10]

INDEKS RAKA PIERSI

W rankingu ogólnym Indeksu Raka Piersi przodują trzy kraje:

- **Szwecja** (1. miejsce-69 pkt),
- **Belgia** (2. miejsce-69 pkt),
- **Holandia** (3. miejsce-66 pkt).

Średnia unijna wynosiła 54 punkty. Polska z wynikiem 41 punktów zajęła 22. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej. Najwyżej z krajów regionu wschodniej i centralnej Europy (CEE) uplasowały się w rankingu: Słowenia (14. miejsce-56 pkt) i Czechy (17. miejsce-53 pkt). Poniżej przedstawiono wybrane modele i rozwiązania systemowe, które warto rozważyć w usprawnianiu polskiego systemu ochrony zdrowia.

SZWECJA

Onkologia jest realnym priorytetem: Od czasu wprowadzenia w 2009 r. narodowej strategii walki z rakiem, Szwecja włożyła wiele wysiłku w poprawę opieki onkologicznej. Przeżywalność po diagnozie dla różnych typów nowotworów (takich jak rak sutka, rak szyjki macicy i rak jelita grubego) wzrosła w Szwecji w ciągu ostatniej dekady i należy do najwyższych w UE. W leczeniu raka piersi uzyskuje się w Szwecji 88,8 proc. pięcioletnich przeżyć. Pod względem tego parametru Szwecja zdobyła w Indeksie Raka Piersi maksymalną liczbę punktów (100), tak samo jak Holandia i Finlandia. Polska uplasowała się na 25. miejscu.

Średni czas od diagnozy do rozpoczęcia terapii raka piersi wynosi od 7 – 28 dni w zależności od regionu[11].

Wszystkie szwedzkie regiony oferują badania mammograficzne o wysokim zasięgu: Wśród kobiet w wieku 50-69 lat 90% twierdzi, że w ciągu ostatnich dwóch lat wykonano badanie piersi. Pod względem udziału w badaniach przesiewowych Szwecja zdobyła maksymalną liczbę punktów – 100.

SŁOWACJA

W zakresie dostępu do leczenia raka piersi Słowacja zajęła pierwsze miejsce w Unii Europejskiej z 70 punktami. Jest to m. in. wynik wprowadzenia Narodowego Programu Raka w 2001 r. i priorytetowego potraktowania możliwie wczesnej diagnostyki i terapii raka piersi.

Badania przesiewowe są szeroko dostępne: W 2016 r. na Słowacji dostępnych było 125 mammografów, a do badań przesiewowych kwalifikowało się 1,3 miliona kobiet

10. Health Systems in Transition. Slovakia – system review. Vol. 18 No. 6, 2016. Źródło: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/325784/HiT-Slovakia.pdf?ua=1
11. Waiting times for cancer patients in Sweden: A nationwide population-based study. Scand J Public Health. 2017 May;45(3):230-237. doi: 10.1177/1403494817693695. Epub 2017 Mar 8. Źródło: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28443490

w wieku >40 lat. 650 tys. kobiet powinno być poddawanych corocznym badaniom przesiewowym (w okresach dwuletnich). W 2015 r. przeprowadzono 278 tys. badań mammograficznych[12], co umiejscawia kraj na 19.miejscu pod tym względem. Polska w tym kontekście zajęła 25. pozycję.

CZECHY

Kompleksowa opieka onkologiczna jest zorganizowana w 14 akredytowanych Kompleksowych Centrach Onkologicznych. Wszyscy eksperci ściśle współpracują i są członkami zespołów multidyscyplinarnych. Władze centralne są odpowiedzialne za certyfikację i pomiar wydajności w badaniach przesiewowych nowotworów.

Jakość opieki nad pacjentami z rakiem piersi zapewniona jest przez krajowe wytyczne i zalecenia. Wskaźniki przeżycia raka piersi systematycznie rosną i obecnie wynoszą 81% w latach 2010–2014, chociaż wskaźnik ten wciąż jest niższy niż w krajach o najlepszych wynikach (85% i więcej).

Program badań przesiewowych w kierunku raka piersi jest priorytetem: Krajowy program badań przesiewowych w kierunku raka piersi został zapoczątkowany we wrześniu 2002 r. Programem zarządza Komitet ds. Badania Raka Piersi w ministerstwie zdrowia. Kontrola jest nadzorowana przez Komitet Ekspertów ds. Radiologii Piersi, który ściśle współpracuje ze Stowarzyszeniem Czeskich Radiologów Piersi. Ustanowiono rygorystyczny system akredytacji dla ośrodków badań przesiewowych, obejmujący kryteria wejścia do sieci, inspekcje na miejscu w ramach ponownej rejestracji, a także regularne monitorowanie jakości. Zestaw wskaźników jakości został zdefiniowany i wdrożony zgodnie z wytycznymi europejskimi. Docelowa populacja programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi obejmuje kobiety w wieku powyżej 45 lat. Badanie przesiewowe wykonuje się w dwuletnich odstępach czasu, stosując mammografię dwuobiektywową. Te testy są refundowane z ogólnego ubezpieczenia zdrowotnego. Kobiety są regularnie zapraszane na badania mammograficzne przez lekarza rodzinnego lub ginekologa w ramach profilaktycznych badań kontrolnych. Krajowy program badań przesiewowych opiera się na sieci 74 dedykowanych centrów badań przesiewowych. Każde z tych centrów ma własny system informatyczny do gromadzenia danych, które są regularnie przekazywane do centralnego rejestru kontroli raka piersi (prowadzonego przez IBA MU). Baza danych zawiera informacje na temat mammografii przesiewowej, dodatkowego obrazowania lub inwazyjnych procedur diagnostycznych i ostatecznej diagnozy. Regularne gromadzenie danych w programie badań przesiewowych raka piersi odbywa się w dwóch etapach. Na pierwszym etapie dane pierwotne zawierające zapisy z badań przeprowadzonych w poprzednim roku są gromadzone centralnie, a następnie przechowywane w zabezpieczonej centralnej bazie danych. W kolejnym kroku odbywa się sprawdzanie poprawności danych, a raporty walidacyjne są generowane i rozpowszechniane[13]. Dodatkowo utworzono specjalny portal dla pacjentów na którym mogą znaleźć niezbędne informacje, w tym liczbę ośrodków wykonujących badania w postaci mapy centrów badań przesiewowych[14]. Pod względem liczby osób, którym wykonywana jest mammografia Czechy zajmują 6. miejsce, z taką samą bardzo wysoką liczbą punktów jak Niemcy i Irlandia.

12. https://www.researchgate.net/publication/311558009_BREAST_CANCER_SCREENING_IN_SLOVAKIA
13. State of cancer screening programmes in the Czech Republic and methodology of personalised invitation to screening, Masaryk University 2013. Źródło: http://cccn.onconet.cz/res/file/publications/state-of-czech-cancer-screening-programmes-2013.pdf
14. Mapa centrów przesiewowych w kierunku raka piersi i portal programu przesiewowego w Republice Czeskiej http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--centra--seznam

7. WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA POLSKI

1 Polska w zakresie Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia z wynikiem 41 punktów zajęła 25. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej. Do słabych stron systemu ochrony zdrowia w Polsce należą przede wszystkim: nadumieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów, niedobór i zaawansowany wiek kadr medycznych, niedofinansowanie oraz niska innowacyjność systemu ochrony zdrowia, słaba wiedza o zdrowiu oraz niska aktywność fizyczna Polaków. Mocne strony to wysoka wszczepialność, dobrze rozbudowana infrastruktura medyczna oraz duża satysfakcja z życia wyrażana przez Polaków. Wynik Polski w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia wskazuje, że polski system ochrony zdrowia wymaga wzrostu finansowania, poprawy efektywności oraz koordynacji opieki zdrowotnej. Należy poprawić dostępność Polaków do opieki zdrowotnej zgodnej z międzynarodowymi standardami, z jednoczesnym wzrostem świadomości zdrowotnej i odpowiedzialności za własne zdrowie obywateli.

2 Polska w zakresie Indeksu Raka Piersi Polska z wynikiem 48 punktów zajęła 22. miejsce wśród 28 państw członkowskich Unii Europejskiej *ex aequo* z Portugalią i Litwą. Do słabych stron systemu opieki nad chorymi z rakiem piersi w Polsce należą przede wszystkim mała liczba Breast Units, niedobory kadr medycznych, niezadawalająca profilaktyka i zgłaszalność na badania przesiewowe, niska przeżywalność 5-letnia chorych oraz brak lub ograniczony dostęp chorych do nowych technologii medycznych. Mocne strony to dobrze zorganizowana opieka hospicyjna oraz niższa zachorowalność na raka piersi wśród kobiet w porównaniu z innymi krajami Unii. Wynik Polski w Indeksie Raka Piersi wskazuje, że model opieki wymaga szybkiej poprawy poprzez skracanie czasu oczekiwania na leczenie i zwiększaniu dostępu pacjentów do ośrodków diagnostyczno-terapeutycznych.

3 Publikacja Indeksów stanowi punkt wyjścia do rozmów o przyszłości. Optymalizacja systemu ochrony zdrowia oraz poprawa modelu opieki nad chorymi na raka piersi w Polsce jest ciągłym procesem. Najważniejszym elementem tego procesu jest twórcza dyskusja oraz współpraca wszystkich interesariuszy systemu.

4 Optymalne rozwiązania w wiodących krajach Unii Europejskiej oraz liderów regionu Europy Centralnej i Wschodniej mogą być inspiracją dla Polski we wprowadzaniu konkretnych rozwiązań systemowych.

5 Finansowanie ochrony zdrowia i odpowiednia organizacja są podstawą zrównoważonego rozwoju systemów ochrony zdrowia. Państwa, które plasują się w czołówce Indeksów przeznaczają także najwyższe kwoty na zdrowie. W Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia w mierniku wydatków na zdrowie w przeliczeniu na osobę przodują trzy kraje: Luksemburg, Niemcy i Holandia. Luksemburg zdobył pod tym względem maksymalną liczbę punktów – 100. Niemcy i Holandia zdobyły po 70 punktów. W parametrze oceny „innowacyjność" kraje te zajęły odpowiednio 7, 2 i 3 miejsce. W parametrze oceny „dostęp do opieki zdrowotnej" uplasowały się na 6, 3 i 4 miejscu. W parametrze oceny „doświadczenie pacjenta" państwa te także znalazły się na czele Indeksów. Również w parametrze "żywotności" kraje te zajmują wysokie miejsca w pierwszej dziesiątce rankingu. Sytuacja ta może wskazywać na istotną rolę finansowania służby zdrowia, ale również prawidłowej organizacji systemu, dzięki czemu państwa osiągają dobre wyniki w Indeksach.

8. JAK KORZYSTAĆ Z PORTALU www.FutureProofingHealthcare.com

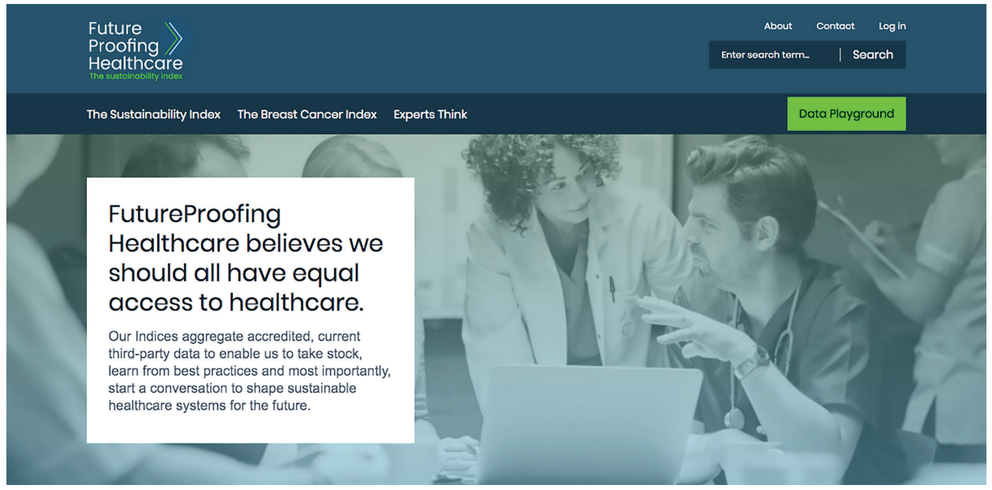
Wyniki Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia oraz Indeksu Raka Piersi dostępne są na anglojęzycznej stronie **www.futureproofinghealthcare.com**

Portal jest zbudowany w taki sposób, aby użytkownik szybko i intuicyjnie mógł znaleźć potrzebne mu dane. Było to jednym z głównych założeń powstania platformy.

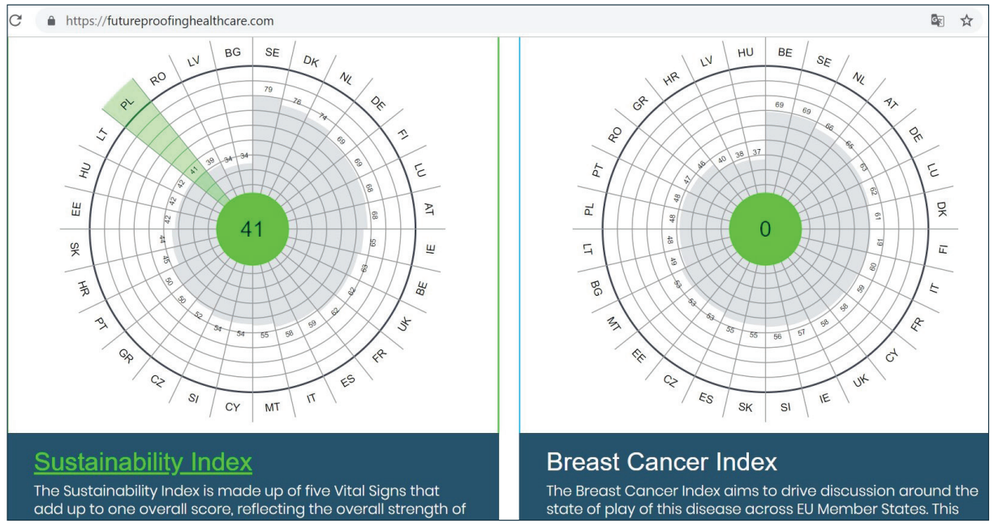
W menu głównym strony znajdują się cztery najważniejsze zakładki:

- **The Sustainability Index** (Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia)
- **Breast Cancer Index** (Indeks Raka Piersi)
- **Expert Think** (komentarze ekspertów)
- **Data Playground** (dane)

Na platformie można prowadzić analizy dobierając dane pod względem krajów, parametrów bądź poszczególnych mierników Indeksów. Najbardziej rozbudowane analizy można prowadzić w dziale Data Playground, który pozwala na ustawienie dowolnych preferencji użytkownika. Wykonane analizy można pobrać w formie obrazu PNG (download) czy też otrzymać jako link służący do umieszczenia wykresu na stronie internetowej (embed). Wykresy powstałe na platformie możemy również zamieścić na Facebooku, Twitterze, Linkedin'ie bądź też przesłać za pomocą emaila bezpośrednio ze strony, dzięki kliknięciu w ikonkę koperty.



Rysunek 21: Podgląd strony głównej Indeksów



Rysunek 22: Widok kół sterujących Indeksów

LITERATURA

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – Dostęp do opieki zdrowotnej (Access)

1. Nurses and midwives. Number of nurses and midwives per 1,000 people. Per 1,000 people (2015), World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, OECD, supplemented by country data.
2. Practicing physicians. Number of practicing physicians per 100,000 inhabitants. Number per 100,000 inhabitants (2013), European Commission.
3.Healthcare needs. Proportion of people with self-declared unmet healthcare needs to financial barriers, waiting times, or travel. Percentage of population (2016), European Commission.
4. Number of Psychiatrists. Number of psychiatrists per 100,000 people. Number per 100,000 people (2016), Eurostat.
5. Hospital operating theatres. Number of operation theatres in hospital per 100,000 people. Number per 100,000 people (2016), Eurostat.
6. Availability of medical technology – gamma cameras. Number of gamma cameras per 100,000 people. Number per 100,000 (2014), WHO European Health Information Gateway.
7. Newborn genetic screening. Number of diseases which all newborns are screened for. Number of diseases screened for (2015), Bradford Therrell, National Newborn Screening and Genetics Resource Center (NNSGRC).
8. Radiotherapy coverage. Estimated percentage of patients needing radiotherapy who can access this treatment. Percentage of patients (2012), Cancer Atlas. Data provided by the International Atomic Energy Agency (IAEA).
9. Out-of-pocket expenditure. Out-of-pocket expenditure as a % of current health expenditure. Data from Joint Report
on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability (European Commission)

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – Kondycja zdrowotna (Health status)

1. NCD deaths. Premature deaths related to non-communicable diseases among people aged 25-64 per 100,000 people. Rate per 100.000 population (2013), OECD - Health at a Glance.
2. Life expectancy. Average life expectancy in years. Years (2015), Eurostat.
3. Cancer deaths. Mortality from cancer, age standardised rates per 100,000 population. Years (2013), OECD- Health at a Glance.
4. Lung cancer deaths. Deaths caused by lung cancer per 100,000 inhabitants. Number of deaths per 100.000 inhabitants (2017), Eurostat.
5. Diabetes. Age-adjusted [20-79] comparative prevalence of diabetes in %. Percentage (2017), IDF DIABETES ATLAS.
6. Deaths from CVDs. Age-standardized deaths from cardiovascular diseases per 100,000 population. Rate per 100.000 (2016), Global Burden of Disease database, published in European Cardiovascular Disease Statistics.
7. Infant vaccination measles. Percentage of infants vaccinated against measles. Percentage (2016), World Health Organization (WHO) - European Health for All Database (HFA-DB).
8. Vaccination influenza (65+). Percentage of elderly individuals. Percentage (2014), Eurostat.
9. Syphilis. Rate of Syphilis per 100,000 population. Rate per 100.000 population (2016), European Centre for Disease Prevention and Control; Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2016.
10. Fatal Accidents. Number of fatal accidents per 100,000 employed (standardized incidence rate). Rate per 100,000 employed (standardized incidence rate) (2015), Eurostat: Unit ESTAT.F5: Education, health and social protection - European statistics on accidents at work (ESAW).
11. Intentional self-harm. Standardised death rates for intentional self-harm per 100,000 inhabitants. Standardized rate per 100,000 inhabitants (2014), Eurostat.
12. HIV cases. Rate of new HIV diagnoses per 100,000 population, adjusted for reporting delay. Rate per 100,000 population (2016), WHO and ECDC.
13. Physical activity. Percentage of people spending at least two and a half hours per week of leisure time on physical activities. Percentage (2014), Eurostat.
14. Chronic disease deaths. Age-standardized death rate from chronic diseases per 100,000 population. Rate per 100,000 population (2016), WHO Disease burden and mortality estimates.
15. COPD deaths. Age-standardized deaths from COPD per 100,000 population. Rate per 100,000 population (2016), WHO Disease burden and mortality estimates.

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – Innowacyjność (Innovation)

1. Health R&D Spend (Government). Health R&D expenditure from Government as a % of GDP. % of GDP (also includes other fields of health expenditure) (2011), Eurostat and OECD.
2. Patents medical technology. European patents granted for pharmaceuticals per 100,000 population. Number of patents (2017), European Patent Office.
3. Patents pharmaceuticals. European patents granted for medical technology per 100,000 population. Number of patents (2017), European Patent Office.
4. Property Rights. Legal systems and protection of property rights. Scale from 0 to 10 (2015), World Economic Forum, published by Fraser Institute.
5. Influence publications. Influence of academic publications in the field of medicine, measured through H Index. Number, H index, (2017), Scimago Journal & Country Rank.
6. Collaboration life sciences. International Collaboration in Life Sciences measured through Weighted Fractional Count. Collaboration score - Weighted Fractional Count (May 2018), Nature Index.
7. Spending R&D. Gross domestic spending on R&D. Percentage of GDP (2016), OECD.

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – Jakość (Quality)

1. Neonatal mortality. Neonatal mortality rate per 1,000 live births. Number per 1,000 live births (2016), World Bank.
2. Maternal mortality. Maternal mortality rate per 100,000 live births. Number per 100,000 live births (2015), Unicef.
3. Years life lost pollution. Years of life lost attributable to Particulate exposure (PM 2.5). Number of YLL per 100,000 people (2014), European Environment Agency.
4. Income-based health gap. Difference in personal long-standing illness or health problem between richest and poorest quintile, measured in percent. Difference in percentage between richest and poorest quintile (2016), Eurostat.
5. Self-perceived health. Percentage of people

perceiving their health as very good or good per country. Percentage (2016), EUROSTAT (EU Statistics on Income and Living Conditions).
6. Happiness. Ranking of happiness on a scale from 0 - 10 (2017). Overall score on a scale from 0 – 10 (2017), Commissioned by the UN: The Global Happiness Council (GHC) in the Happiness Report 2018.
7. Life satisfaction. Life satisfaction ranked on a 0 to 10 scale by country. 10 point scale (0-5: low; 6-8: medium; 9-10: high) (2013), Eurostat.
8. Health literacy. Percentage of people who rated their knowledge of health-related topics as 'fairly good' or 'very good'. Percentage of respondents (2013), European Commission.
9. Limitations from disability. Share of population above 16 with self-perceived long-standing severe limitations in usual activities due to health problem. % of population (2016), Eurostat Online Data.

INDEKS ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA – Żywotność(Resilience)

1. Health expenditure. Health expenditure per capita in EURO. EURO PPP (November 2015), OECD Health at a Glance.
2. Alcohol Consumption. Total alcohol consumption per capita in litres of pure alcohol. Total litres (2010), World Health Organisation: The Global Status Report on Alcohol.
3. Obesity. Share of obese population. Share of obese population (2014), Eurostat: European health interview survey.
4. Smoking. Tobacco consumption as proportion of daily smokers of cigarettes. Proportion of daily smokers of cigarettes (% persons aged 15 and over) (2014), Eurostat: European health interview survey.
5. Working Hours. Average number of usual weekly hours of work in main job (fulltime). Number of usual weekly hours (2017), Eurostat: labour market and Labour force survey statistics.
6. Old-age dependency ratio. Projected old-age dependency ratio per 100 persons in 2050. Ratio per 100 persons (2015), Eurostat.
7. Graduate doctors. Health Graduates becoming medical doctors per 100,000 population. Number of medical doctors per 100,000 inhabitants (2016), Manual entry from screen.
8. Graduate nurses. Health Graduates becoming nurses per 100,000 inhabitants. Number of nurses per 100,000 inhabitants, (2016) Manual entry from screen.
9. Physicians <35. Share of physicians under 35 in %. Percentage (2016), Eurostat.
10. Life expectancy by gender. Gender Gap on Life Expectancy. Difference in life expectancy in years (2016), Eurostat Online Data.
11. Teenage Births. Births of first child - % mothers aged under 20. % from all births (2016), Eurostat.

INDEKS RAKA PIERSI – Doświadczenie pacjenta (Patient focus)

1. Radiotherapy coverage. Estimated percentage of patients needing radiotherapy who can access this treatment. Estimated percentage of patients needing radiotherapy who can access this treatment, 2012 (2012), Cancer Atlas.
2. Waiting Time CT. Waiting time for non-acute CT scan. Scale from 1 "always within a week to 3 "always more than three weeks" (2017), Health Consumer Powerhouse.
3. Breast Unit Requirements. Breast Unit Requirements Realized. Number of requirements Realized (of the 25 requirements total) (According to ECIBC National Contacts) (2016), ECIBC.
4. Care Cost. Health Care cost of breast cancer per person (using adjusted cost per person). Euros, adjusted for PPP (2009), University of Oxford/ King's College London: Ramon Luengo-Fernandez, Jose Leal, Alastair Gray, Richard Sullivan.
5. Radiologists. Number of radiologists per 100,000 population. Number per 100,000 (2015), Eurostat.
6. Specialists. Direct Access to Specialist. Survey responses (possible answers are 1,2,3,4 - 1=Yes, for All 4=No, for none) (2017), Health Consumer Powerhouse.
7. Oncologists. Number of oncologists per 100,000 population. n per 100,000 population (2015), European Commission.

INDEKS RAKA PIERSI – Profilaktyka i diagnostyka (Prevention and diagnosis)

1. Participation in Breast Cancer Screening. Share of women aged 50 - 69 who have underdone breast cancer screening within the last 3 years. In % (2014), Eurostat.
2. Digital Mammography. Percentage of screening tests completed with digital mammography. Percentage of tests (2017), Eurostat.
3. Alcohol Consumption. Total alcohol consumption per capita in litres of pure alcohol. Total litres (2010), World Health Organisation: The Global Status Report on Alcohol.
4. BMI. Body Mass Index. Percentage Obese (2014), Eurostat.
5. Smoking. Tobacco consumption as proportion of daily smokers of cigarettes. Proportion of daily smokers of cigarettes (% persons aged 15 and over) (2014), Eurostat: European health interview survey.
6. New Diagnoses. Number of new cases of female breast cancer per 100,000 women. Cases per 100,000 women (Mostly 2014, some 2015 results), WHO.
7. MRI. MRI Units per million population. n per 1,000,000 (2017), OECD.

INDEKS RAKA PIERSI – Opieka paliatywna (Palliative care)

1. Home Care Teams. Home Care teams per million inhabitants. Units per million Inhabitants (2013), Academic publication; Kathrin Woitha, and others, Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union.
2. Hospital Support teams. Hospital Support teams per million inhabitants. Number per 1,000,000 (2013), Kathrin Woitha, Eduardo Garralda, Jose María Martin-Moreno, David Clark, Carlos Centeno MDP.
3. PC Units. Inpatient Palliative care units per million inhabitants. Number per 1,000,000 (2013), Kathrin Woitha, Eduardo Garralda, Jose María Martin-Moreno, David Clark, Carlos Centeno MDP.
4. Palliative Care. Level of Palliative Care Development. Scale from 1 (Countries with isolated provision of palliative care) to 4 (Countries with advanced health system integration (2014), WHO: Global Atlas of Palliative Care.

INDEKS RAKA PIERSI – Wyniki leczenia i przeżywalność (Survivorship)

1. Quality. Quality of population-based cancer registries. Scale with level of quality (high quality PBCR, Registration activity, PBCR) (2013), Cancer Atlas.
2. Survival. Five-year age-standardized relative survival for female breast cancer patients. In % (Published 2013, Period of Analysis: 2000-2007), Academic publication for Eurocare from De Angelis and others; Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 - a population-based study.
3. Death Rate. Standardized Death Rate of Malignant Neoplasm of Breast per 100,000 population. N per 100,000 population (2014), Eurostat.

INDEKS RAKA PIERSI – Dostęp do leczenia (Treatment)

1. Mastectomy. Total Mastectomy per 100,000 inhabitants n. Per 100,000 inhabitants (2015), Eurostat.
2. Neoplasm length. Inpatient average length of hospital stay for neoplasms. Number of days in hospital (2015), Eurostat. .
3. Radiation Therapy. Radiation Therapy Equipment units per 100,000 inhabitants. N per 100,000 (2015), Eurostat.
4. Wait Time. Wait Time for Cancer Patients. Scale from 1 (The vast majority of patients (over 90%) would get the treatment WITHIN three weeks.) to 3 (Most patients (over 50%) would typically WAIT MORE THAN three weeks.) (2017), Health Consumer Powerhouse.
5. Out-of-pocket expenditure. Out-of-pocket expenditure as a % of current health expenditure. Percentage of current health expenditure (2013), World Health Organisation: Global Health Observatory.

Raport powstał we współpracy z firmą ROCHE.

NOTATKI

Future
Proofing
Healthcare
The sustainability index