

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2016



Publikacja została przygotowana
przez zespół serwisu internetowego
www.dane-i-analazy.pl
oraz firmę doradczą PwC.

Autorzy raportu

Autor pomysłu

Adam Koziarkiewicz

Dane-i-Analazy.pl

Monika Natkaniec

Beata Megas

Krzysztof Gajda

Dariusz Gilewski

PwC




Mariusz Ignatowicz

Bernard Waśko

Roksana Gowin

Spis treści



Wprowadzenie	3
Inspiracje do powstania Indeksu	4
Główne założenia Indeksu	7
Trzy kluczowe obszary analizy i wyniki województw	9
 OŚ 1 – Poprawa stanu zdrowia mieszkańców	10
 OŚ 2 – Efektywna gospodarka finansowa	12
 OŚ 3 – Jakość konsumencka opieki zdrowotnej	14
Najlepiej oceniane województwa w ujęciu całościowym	17
Wskaźniki Indeksu i interaktywne narzędzie porównywania danych	19
Główne wnioski w ramach wskaźników	22
Kontakty	28



Wprowadzenie



W tym roku publikujemy trzecią edycję raportu Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, który ocenia funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia poszczególnych województw w Polsce.

Kolejny raport daje możliwości analityczne w zakresie porównań międzywojewódzkich oraz zmian zachodzących w dłuższej perspektywie czasu. Możemy już wyciągać wnioski co do trendów. W tym roku po raz pierwszy oferujemy Państwu interaktywne narzędzie, które pozwoli na wyselekcjonowanie i porównanie najistotniejszych danych z perspektywy danego województwa w okresie ostatnich 3 lat (od 2014 do 2016 roku).

Polski sektor ochrony zdrowia stoi przed wyzwaniem poprawy jakości świadczonych usług. Osiągnięcie tego celu jest ściśle związane z poprawą szeregu obiektywnych wskaźników odzwierciedlających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale również z poprawą percepcji i oceny konsumenckiej przez pacjentów. Jest to szczególne wyzwanie w okresie błyskawicznie postępującego rozwoju nowych technologii i innowacji, a także dużych przemian w sektorze. Ostatni rok przebiegał pod znakiem wdrażania tzw. pakietu onkologicznego oraz ustawy o zdrowiu publicznym. Zmienił się także Minister Zdrowia, stanowisko to objął Konstanty Radziwiłł.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł proponuje wprowadzenie do systemu kilku rewolucyjnych zmian, w tym likwidację NFZ, budżetowe finansowanie szpitali, regulowanie płac personelu medycznego oraz wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej. Propozycje te mają na celu rozwiązanie takich problemów systemowych jak objęcie opieką zdrowotną wszystkich mieszkańców kraju oraz wyeliminowanie zjawiska selekcji pacjentów, a także kwestie fragmentacji opieki i zagubienia pacjenta w systemie.

Od kilku lat Polska w rankingu *Euro Health Consumer Index* (EHCI) plasuje się na najniższych pozycjach w Europie, co każdorazowo jest przyczyną szerokiej dyskusji na temat kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej. W ostatnim rankingu (2015 rok) Polska zajęła przedostatnią pozycję, tuż przed Czarnogórą. Przed nami znalazły się takie kraje, jak: Albania, Bułgaria, Rumunia, Macedonia, Chorwacja, Węgry, Litwa i Grecja. Wyniki te bardzo poruszyły opinię publiczną. Zagadnieniu rankingu poświęcono m.in. sesję otwierającą Europejski Kongres Medyczny, który odbył się w dniach 7-8 czerwca 2016 r. w Gdańsku.

Doktor Arne Bjornberg, współautor EHCI, przedstawił wyniki i skomentował pozycję Polski jako wynik znacznie szybszej poprawy i modernizacji systemów w innych krajach. Jednocześnie zaznaczył, że ranking ten tworzony jest z punktu widzenia konsumenta i nie powinien być traktowany jako całościowa ocena systemu.

Wobec wymienionych zdarzeń aktualne pozostaje pytanie o stan polskiego systemu ochrony zdrowia. Czy rzeczywiście jest tak źle? Czy system ten może być lepszy? Czy rządowe propozycje zmian poprawią jego funkcjonowanie? W jakim zakresie?

W tym kontekście szczególnie istotne staje się systematyczne mierzenie jakości systemu ochrony zdrowia za pomocą obiektywnych, statystycznych miar jak to jest w Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia. Na wynik Indeksu składają się zarówno obiektywne wskaźniki i parametry dotyczące wybranych zjawisk (w obszarach poprawa stanu zdrowia i efektywna gospodarka finansowa), jak też do pewnego stopnia subiektywna ocena systemu z punktu widzenia pacjentów. Lista wskaźników jest bardzo zbliżona do tej, zastosowanej w poprzednich edycjach. Z tego powodu możliwe jest analizowanie sytuacji nie tylko w ujęciu regionalnym (międzywojewódzkim), ale również w ujęciu chronologicznym.

W tegorocznej edycji po raz pierwszy podjęliśmy próbę prezentacji ogólnego rankingu województw z uwzględnieniem względnych wag nadanych ocenom uzyskanym w poszczególnych obszarach.

Liczymy, że Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia stanie się inspiracją do rozważań nad tym, co warto w systemie ochrony zdrowia w Polsce wzmacniać, a co z niego eliminować.

Inspiracje do powstania Indeksu



Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia wyróżnia to, że patrzymy w nim na Polskę jako zespół 16 województw. Dla tych obszarów administracyjnych obliczamy w jednolity sposób określone wskaźniki. Istotą dokumentu jest zwrócenie uwagi na odrębności i różnice między województwami. W Polsce do tej pory nikt nie podchodził do tego zagadnienia w taki sposób. Twórców Indeksu zainspirowały inicjatywy na poziomie międzynarodowym. Na przestrzeni ostatnich

lat w wielu krajach uruchomiono procesy oceny sprawności systemu ochrony zdrowia jako element zarządzania nim. Część z tych procesów koncentrowała się na jakości i sprawności poszczególnych placówek medycznych. Część jednak oceniała sprawność całych systemów, złożonych z wielu organizacji i instytucji, działających na określonym obszarze. Przykłady inicjatyw opartych na koncepcji mierników sprawności prezentuje *Tabela 1*.

Tabela 1. Inicjatywy oparte na koncepcji mierników sprawności (performance measure)

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

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

Jedną z inspiracji dla powstania publikacji był także znany i szeroko dyskutowany Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (*Euro Health Consumer Index*, EHCI), który porównuje system ochrony zdrowia w krajach z punktu widzenia konsumenta. Pierwszy ranking powstał w 2005 roku jako inicjatywa Johana Hjertvista oraz powołanej przez niego spółki Health Consumer Powerhouse. Inicjatywa z czasem zyskała wsparcie instytucji biznesowych oraz publicznych, w tym Komisji Europejskiej. Na przestrzeni lat EHCI ewoluował i stopniowo się rozwijał.

Ranking EHCI opracowywany jest na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań prowadzonych przez jego twórców. Jak podkreślają autorzy, ranking tworzony jest z punktu widzenia konsumenta i nie powinien być traktowany jako ocena systemu jako takiego, a jedynie jego wymiar konsumencki. Dlatego w rankingu nie występują elementy charakterystyczne dla koncepcji zdrowia publicznego oraz brakuje, mocno akcentowanych przez WHO, aspektów równościowych, a także efektywnościowych.

Pierwszy ranking składał się z 20 wskaźników podzielonych na 5 subdyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja
2. Dostępność (czas oczekiwania)
3. Wyniki (leczenia)
4. Przyjazność konsumentom
5. Farmaceutyki

Wśród wskaźników jakie oceniano znalazły się tradycyjnie stosowane, jak śmiertelność wczesna (<28 dni) w zawale serca czy poziom refundacji ceny leków na receptę, a także wprowadzone po raz pierwszy, jak stanowisko kraju wobec dyrektywy usługowej (poprzedniczki tzw. dyrektywy transgranicznej) lub istnienie ogólnokrajowego informatora i rankingu świadczeniodawców.



W 2015 roku zastosowano już 50 wskaźników podzielonych na 6 subdyscyplin:

1. Prawa pacjenta i informacja, zawierające m.in. prawo do zasięgnięcia drugiej opinii, 24/7 informacja konsumencka, zasięg elektronicznej dokumentacji medycznej.
2. Dostępność (czas oczekiwania), obejmujące m.in. bezpośredni (bez skierowań) dostęp do specjalistów, rozpoczęcie terapii nowotworowej w mniej niż 21 dni, uzyskanie badania TK w mniej niż 7 dni.
3. Wyniki (leczenia), takie jak śmiertelność nowotworowa, liczba utraconych lat życia.
4. Zakres i dostępność do świadczeń, w tym wskaźniki przeszczepów nerek, dostępność do dentysty w systemie publicznym, dostępność do opieki długoterminowej dla osób starszych.
5. Prewencja, w tym zapobieganie nadciśnieniu, paleniu tytoniu, nadmiernemu spożyciu alkoholu, niezdiagnozowaniu cukrzycy, rakowi szyjki macicy.
6. Farmaceutyki, w tym poziom refundacji leków na receptę, dostęp do nowych leków przeciwnowotworowych, dostęp do nowych leków na schizofrenię.



Główne założenia Indeksu

Ocena wartości pożądanych w systemie

Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i oceniających pewien wybór wartości i cech pożądanych w systemie ochrony zdrowia.

Ocena na poziomie wojewódzkim

Indeks tworzony jest jako badanie porównawcze (*benchmark*) między województwami. Poszczególne wskaźniki odpowiadają na pytanie, w którym województwie system ochrony zdrowia działa lepiej, a w którym gorzej w badanej dziedzinie.

Ocena zmiany w czasie

Wraz z upływem czasu i kolejnymi edycjami Indeksu badanie obejmuje również obserwację trendów w poszczególnych analizowanych obszarach.

Ocena zjawiska, nie organizacji

Większość prezentowanych wskaźników zależy od działania wielu czynników, zbiegu okoliczności, a nie pojedynczej organizacji czy osoby. Zatem Indeks poddaje ocenie zjawiska, a nie określone organizacje czy instytucje.

Wskaźniki są selektywne, ale reprezentatywne

Indeks złożony z kilkudziesięciu wskaźników ma na celu opisanie bardzo złożonego systemu. Zatem wskaźniki siłą rzeczy są selektywne, a zarazem powinny być reprezentatywne dla opisywanego wymiaru działania systemu.

Wskaźniki uwzględniają wybrany punkt widzenia

Wskaźniki z założenia reprezentują punkt widzenia najważniejszych interesariuszy systemu, tzn. obywatela/pacjenta, rządu/płatnika, profesjonalisty medycznego.

Wskaźniki występują tematycznie

Wskaźniki zostały podzielone na osie i wymiary, prezentujące określone wartości i cechy realizowane przez system ochrony zdrowia.

Interpretacja wskaźników

Wskaźniki wybrane do oceny systemu zostały scharakteryzowane i opisane w taki sposób, by można je było interpretować z osobna, jako wskaźniki szczegółowe dla danego zjawiska, oraz razem, jako wskaźniki syntetyczne, oceniające daną oś.



Trzy kluczowe obszary analizy i wyniki województw



Indeks opiera się na 41. wskaźnikach w 3 kluczowych obszarach: poprawa stanu zdrowia mieszkańców, efektywna gospodarka finansowa oraz jakość konsumencka opieki zdrowotnej.

Obszary te ujęte w raporcie jako osie są jednocześnie – według autorów raportu – głównymi celami, jakim powinien być podporządkowany system ochrony zdrowia.

Rys 1. Osie i wymiary oceny w Indeksie



Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

Prewencja chorób

Zapobieganie niepełnosprawności

Zapobieganie zaostrzeniom

Zapobieganie zgonom



Efektywna gospodarka finansowa

Efektywność alokacyjna

Efektywność ekonomiczna terapii

Finanse placówek

Zarządzanie infrastrukturą



Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

Ochrona finansowa pacjentów

Czas oczekiwania

Dostępność geograficzna

Satysfakcja pacjenta

System jakości



Poprawa stanu zdrowia mieszkańców



Poprawa stanu zdrowia to niekwestionowany cel działania systemu ochrony zdrowia. Istotą tego celu jest zdefiniowanie, kogo ma dotyczyć poprawa stanu zdrowia oraz w jakim wymiarze stan zdrowia może ulec poprawie dzięki działaniu systemu ochrony zdrowia.

Podobnie jak w poprzednich edycjach Indeksu wskazano cztery wymiary oceny poprawy stanu zdrowia mieszkańców:



1.1. Prewencja chorób

Zapobieganie chorobom jest najbardziej pożądanym działaniem składającym się na ogólną koncepcję zwalczania chorób (*disease control*). Jednocześnie nie wszystkim rodzajom chorób można zapobiegać, a tym bardziej nie wszystkie działania prewencyjne można uznać za skuteczne i efektywne kosztowo.



1.2. Zapobieganie niepełnosprawności

Choroby, które już wystąpią, mogą prowadzić do kilku skutków: w najbardziej optymistycznym scenariuszu – do wyleczenia, w najbardziej pesymistycznym – do zgonu, a pośrednim scenariuszu – do niepełnosprawności.



1.3. Zapobiegania zaostrzeniom

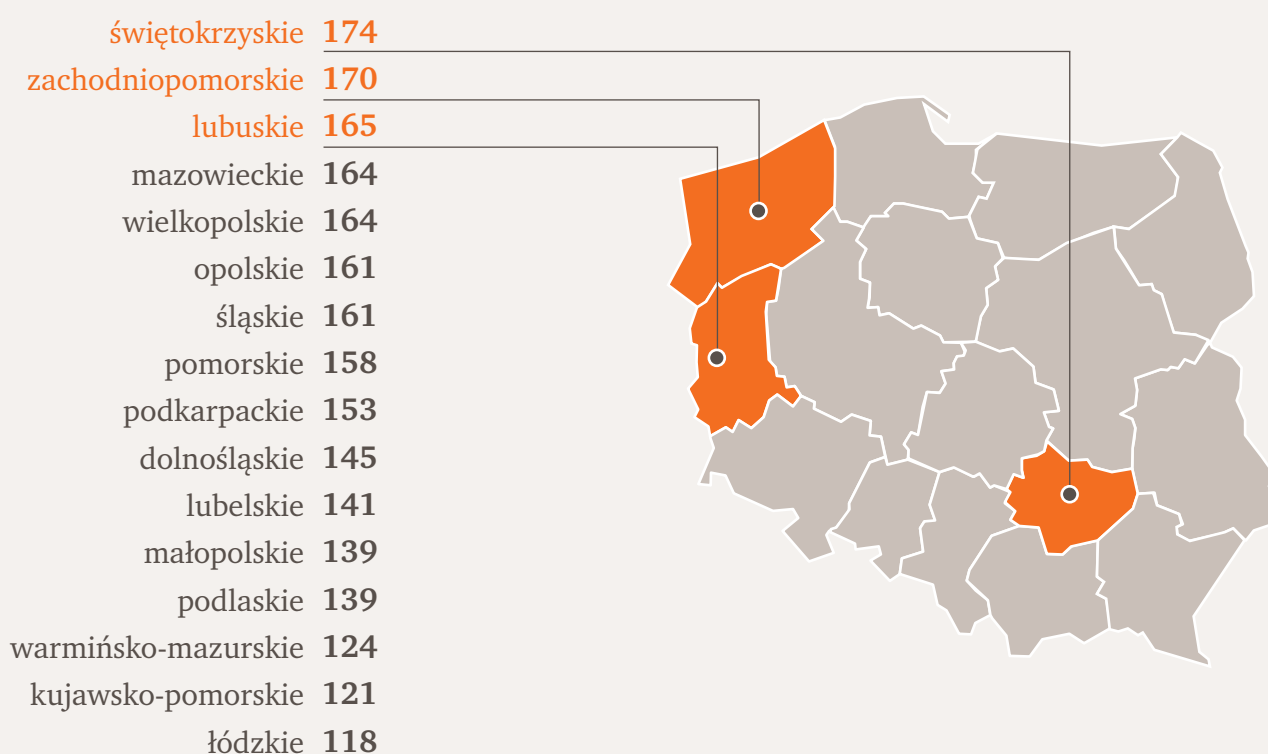
W toku leczenia, głównie w przypadku chorób przewlekłych, miarą sukcesu jest zapobieganie zaostrzeniom.



1.4. Zapobieganie zgonom

Najbardziej niekorzystnym skutkiem i najgorszym scenariuszem w wypadku zachorowania jest zgon. Zapobieganie zgonom osób chorych (czyli zmniejszanie śmiertelności) zostało wyznaczone jako czwarty wymiar oceny.

Wykres 1. Wynik według podsumowania punktacji wskaźników w osi poprawa stanu zdrowia mieszkańców



Podsumowanie wyników województw w osi 1

Najlepszy wynik według podsumowania punktacji wskaźników w osi poprawa stanu zdrowia mieszkańców osiągnięto w województwie świętokrzyskim (174 pkt.) zachodniopomorskim (170 pkt.) oraz lubuskim (165 pkt.). Na końcu listy znajdują się województwa łódzkie i kujawsko-pomorskie, z wartościami odpowiednio 118 i 121 pkt.



Efektywna gospodarka finansowa



Fundamentalna zasada ekonomii mówiąca o ograniczonych zasobach i przewyższających je potrzebach, jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia. Od lat powtarzane jest zdanie, że wysokość środków finansowych (jako synonimu zasobów) wydawanych na ochronę zdrowia jest za mała.

Udział wydatków zdrowotnych PKB jest względnie stały; na szczęście dość szybko wzrost PKB powiększa ilość dostępnych środków. Zatem oszczędna i świadoma gospodarka finansowa systemu ochrony zdrowia jest ważnym kryterium jego oceny.

Podobnie jak w poprzednich edycjach Indeksu wskazano cztery wymiary oceny efektywności gospodarki finansowej:



2.1. Efektywność alokacyjna

Pojęcie efektywności alokacyjnej dotyczy decyzji na jakie cele wydawać pieniądze w systemie ochrony zdrowia. Jest to zagadnienie związane z dokonywaniem wyborów oraz skuteczną polityką, która redukuje mankamenty rynku (*market failures*) w ochronie zdrowia. Autorzy Indeksu uznali, że istnieją pewne kierunki alokacji środków, które są właściwe, a jednak nie są oczywiste z punktu widzenia interesu ekonomicznego podmiotów rynku ochrony zdrowia. Zatem skuteczność w alokowaniu środków na te właściwe obszary stała się treścią pierwszego wymiaru oceny.



2.2. Efektywność ekonomiczna terapii

Pojęcie efektywności ekonomicznej terapii związane jest ze zdolnością do osiągnięcia najlepszego założonego efektu, przy najniższym możliwym zużyciu zasobów. Autorzy Indeksu uznali, że należy doceniać osiągnięcie wyższych efektów niższym kosztem, ponieważ świadczy to o lepszym zarządzaniu procesem terapii.



2.3. Stan finansów placówek medycznych

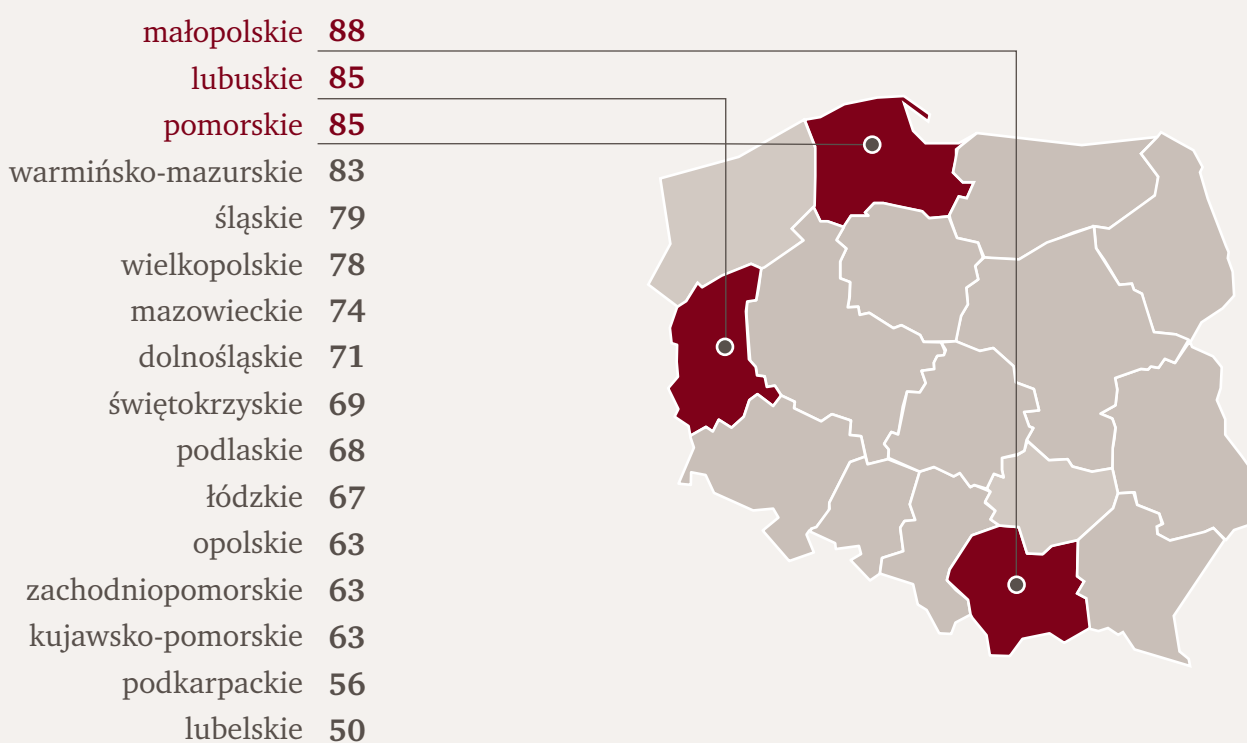
Kolejnym wymiarem oceny jest stan finansów placówek medycznych, w szczególności tych, na które bezpośredni wpływ mają władze publiczne. Co prawda publiczne placówki ochrony zdrowia nie są powołane do generowania zysków, jednakże osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego uznano za skutek dobrego zarządzania.



2.4. Zarządzania infrastrukturą

Na wcześniej wymienianą efektywność alokacyjną ma wpływ zagadnienie selektywnego i planowego rozwoju infrastruktury medycznej. Inwestycje w ochronie zdrowia często są traktowane jako działania polityczno-populistyczne, mające na celu budowanie wizerunku określonego polityka czy formacji politycznej, a nie poprawę krajowej ochrony zdrowia. W związku z tym zasadne wydaje się docenienie sytuacji samoograniczenia w zakresie rozbudowy infrastruktury, w szczególności infrastruktury szpitalnej, będącej symbolem ochrony zdrowia, a jednocześnie poważnym obciążeniem systemu.

Wykres 2. Wynik według podsumowania punktacji wskaźników w osi efektywna gospodarka finansowa



Podsumowanie wyników województw w osi 2

W obszarze efektywnej gospodarki finansowej na czele uplasowały się województwa: małopolskie (88 pkt.), lubuskie oraz pomorskie (85 pkt.). Na końcu stawki znalazły się województwa: lubelskie i podkarpackie (odpowiednio 50 i 56 pkt.).



Jakość konsumentcka opieki zdrowotnej



Tradycyjne pojmowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej zakłada, że:

1. system taki tworzony jest w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (zdrowia publicznego),
2. interes publiczny przeważa w nim nad interesem indywidualnym,
3. użytkownik systemu powinien otrzymywać świadczenia konieczne, a niekoniecznie przez niego pożądane.

Taki punkt widzenia na konstruowanie systemu ochrony zdrowia jest dość rozpowszechniony i bywa wręcz zalecany oraz promowany wśród państw o niskiej i średniej zamożności. Uznaje się, że stan zdrowia jest ważniejszym celem działania systemu niż dobre samopoczucie i satysfakcja konsumentka pacjenta.

Ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie jednak rola i waga jakości konsumentckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta traktowanego jak konsumenta usług zdrowotnych.

Podobnie jak w poprzednich edycjach Indeksu wskazano pięć wymiarów oceny jakości konsumentckiej opieki zdrowotnej:



3.1. Ochrona finansowa pacjentów

Ochrona finansów obywateli jest podstawą koncepcyjną ubezpieczeń zdrowotnych, których fundamentalne założenie stanowi, że osoba ubezpieczona ponosi regularne obciążenia finansowe na opłacenie ubezpieczenia, w zamian za co w razie choroby, jej wydatki są co najmniej częściowo pokrywane z funduszu ubezpieczeń. Autorzy Indeksu uznali, że miarą stopnia i jakości ochrony ubezpieczeniowej jest brak konieczności ponoszenia znacznych nakładów finansowych przez pacjenta w wypadku choroby, a zarazem poziom rezygnacji z usług zdrowotnych z powodów finansowych.



3.2. Czas oczekiwania

W systemie publicznej opieki zdrowotnej, w której nie ma naturalnych czynników ograniczających popyt na usługi, np. w formie opłaty wnoszonej przez konsumenta usługi, powstaje sytuacja permanentnego deficytu świadczeń i konieczność ich reglamentowania. Mechanizmem stosowanym w takiej sytuacji jest tworzenie list oczekujących, mające prowadzić do transparentności tej reglamentacji, a przy okazji informować o skali deficytu.



3.3. Dostępność geograficzna

Infrastruktura medyczna jest z oczywistych przyczyn rozlokowana nierównomiernie. W ośrodkach wielkomiejskich, akademickich jest bardziej rozwinięta niż w rejonach miejskich, a najbardziej wyspecjalizowane ośrodki zlokalizowane są w kilku największych miastach Polski. Zjawisko to jest bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe do wyeliminowania, jednak z punktu widzenia pacjenta jest ważne i w miarę możliwości powinno być redukowane.



3.4. Satysfakcja pacjenta

Najważniejszym wymiarem w osi jakości konsumenckiej jest subiektywne poczucie zadowolenia wśród pacjentów w poszczególnych aspektach opieki zdrowotnej. Z tego powodu wymiar satysfakcji pacjentów jest najliczniej reprezentowany w tej osi.

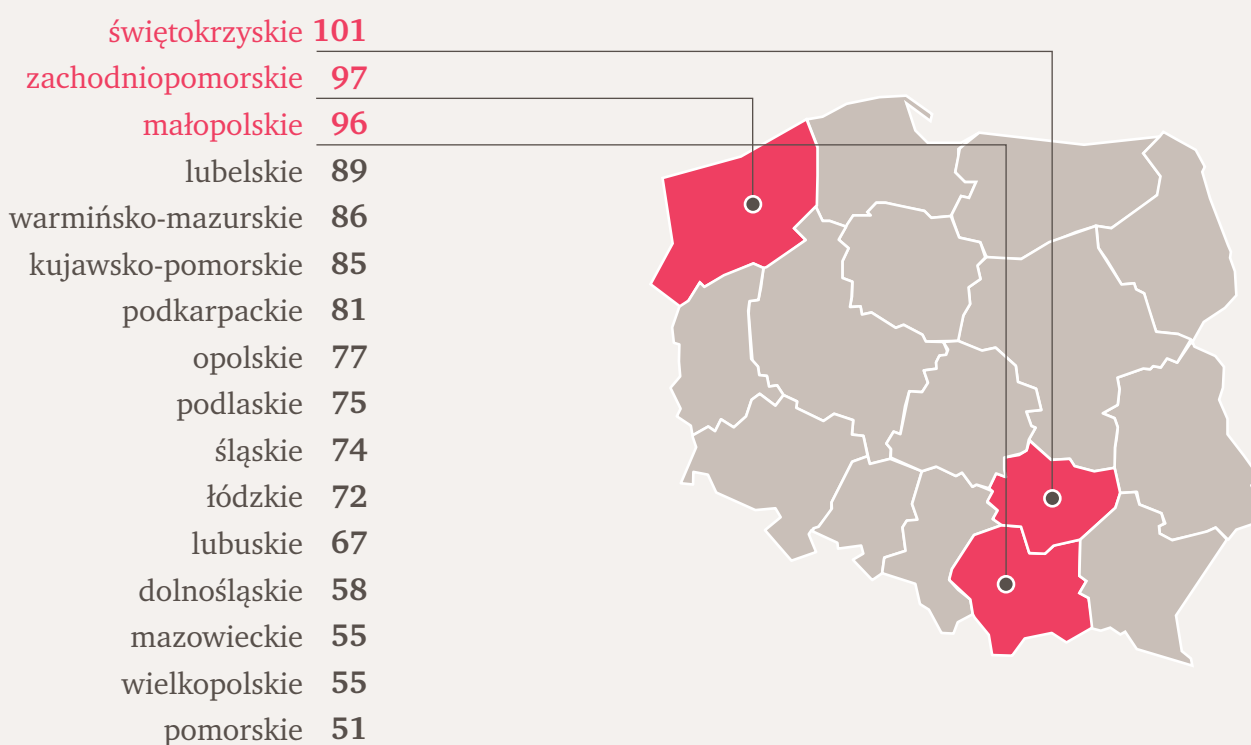


3.5. System jakości

Ostatni z wymiarów oceny w tej osi to formalne narzędzia poprawy jakości opieki zdrowotnej, realizowane w Polsce pod auspicjami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Ten wymiar oceny obejmuje zjawiska, które potencjalnie mają wpływ na jakość odczuwaną przez pacjentów, choć autorzy nie dysponowali dowodami na istnienie takiej zależności.



Wykres 3. Wynik według podsumowania punktacji wskaźników w osi jakość konsumentka opieki zdrowotnej



Podsumowanie wyników województw w osi 3

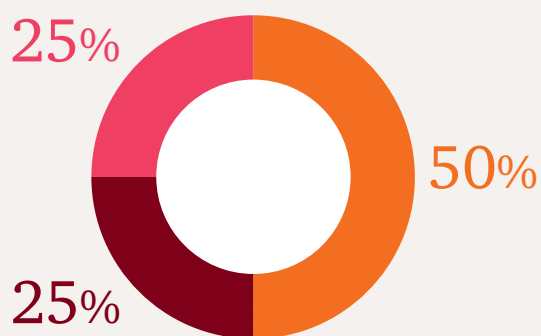
W osi jakości konsumentka na czele uplasowały się województwa: świętokrzyskie (101 pkt.), zachodniopomorskie (97 pkt.) oraz małopolskie (96 pkt.). Na końcowych miejscach znalazły się województwa: pomorskie (3 pozycja w osi gospodarki finansowej), wielkopolskie i mazowieckie (odpowiednio 51, 55, 55 pkt.).

Najlepiej oceniane województwa w ujęciu całościowym



Ujęte w raporcie trzy osie oceny (poprawa stanu zdrowia mieszkańców, efektywna gospodarka finansowa oraz jakość konsumentka opieki zdrowotnej) nie są w takim samym stopniu istotne z punktu widzenia celów systemu ochrony zdrowia. Cel w postaci poprawy stanu zdrowia wydaje się być z nich najważniejszy, dlatego też sumaryczna waga wskaźników z tego obszaru powinna być odpowiednio wyższa. W przypadku pozostałych dwóch osi uznano, że ich rola w systemie jest stosunkowo równa i konsekwentnie wagi powinny być takie same.

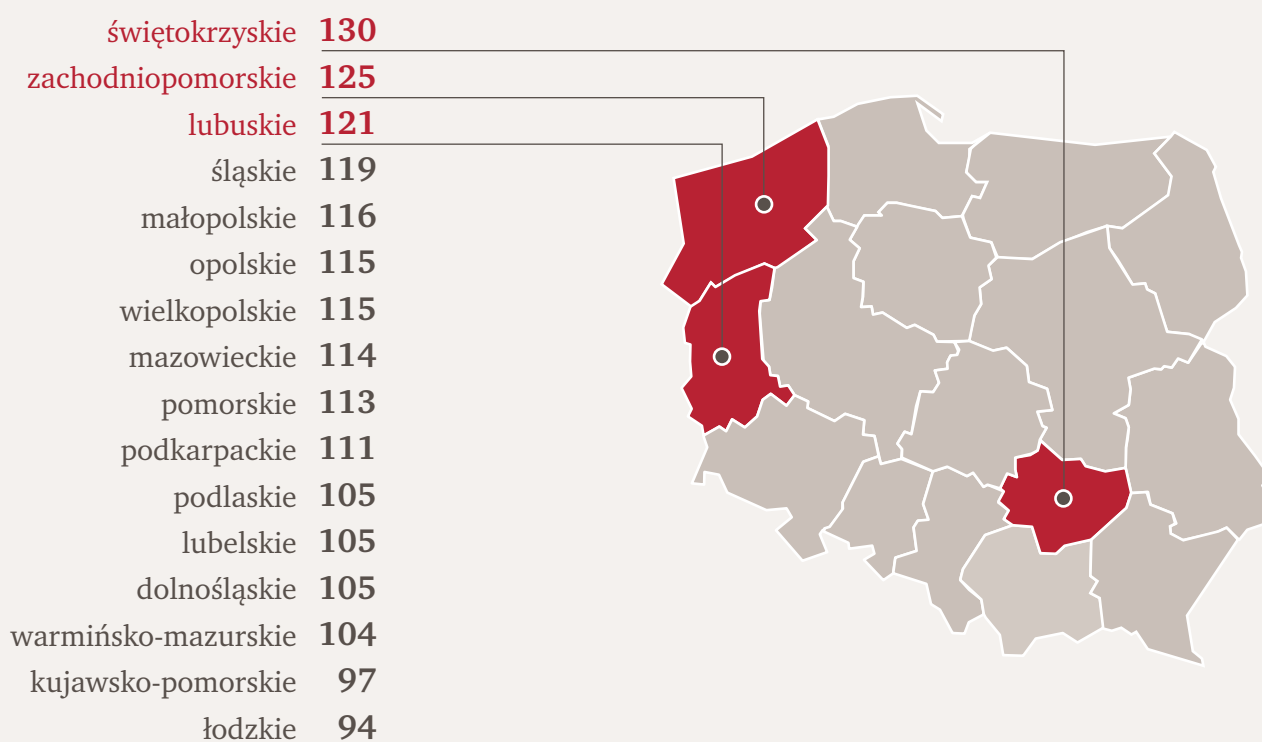
Rys 2. Osie Indeksu wraz z przypisanymi wagami



- poprawa stanu zdrowia mieszkańców
- efektywna gospodarka finansowa
- jakość konsumentka opieki zdrowotnej



Wykres 4. Wynik według podsumowania punktacji wskaźników w ujęciu całościowym



W tej ocenie, najwyższą lokatę zajęło województwo świętokrzyskie z wynikiem 130 pkt. Drugie miejsce (125 pkt.) zajęło województwo zachodniopomorskie. Na ostatnim miejscu podium znalazło się województwo lubuskie (121 pkt.). Najslabiej w zestawieniu prezentuje się województwo łódzkie oraz kujawsko-pomorskie z liczbą punktów poniżej 100.

Wskaźniki Indeksu i interaktywne narzędzie porównywania danych



Jak już wskazywaliśmy Indeks opiera się na 41. wskaźnikach. W tabeli 2 przedstawiono wszystkie wskaźniki Indeksu, przypisane do poszczególnych osi i wymiarów oceny, wraz z przypisanymi do nich względnymi wagami. Wagi określają przyjęte przez autorów różnice w stopniu ważności wskaźnika dla danego obszaru.



Tabela 2. Wskaźniki Indeksu wraz z przypisanymi wagami

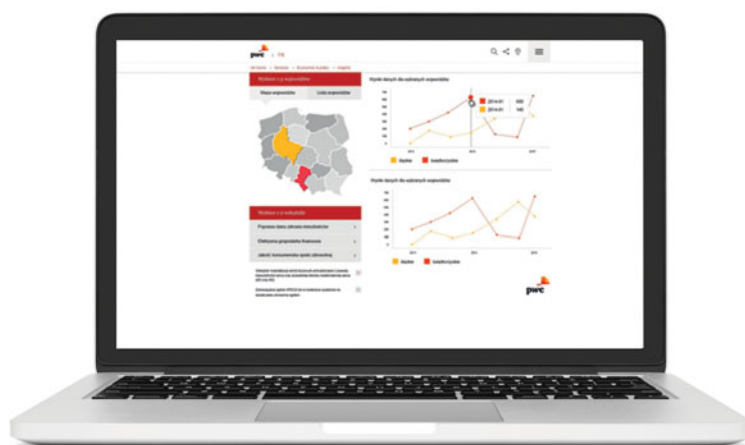
OŚ 1: Poprawa stanu zdrowia mieszkańców		
L.p. Wskaźnik	Waga	Wymiary
1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych	3,03	prewencja chorób
2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych	3,03	prewencja chorób
3. Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG	0,76	prewencja chorób
4. Stan zaszczepienia dzieci p/odrze-świniec-różyczce (1 dawka)	0,76	prewencja chorób
5. Zachorowania na gruźlicę	1,52	prewencja chorób
6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe	1,52	prewencja chorób
7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy	2,27	zapobieganie niesprawności
8. Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca	4,55	zapobieganie zaostrzeniom
9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków	3,79	zapobieganie zaostrzeniom
10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłą chorobę dolnych dróg oddechowych	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	4,55	zapobieganie zgonom
14. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi	4,55	zapobieganie zgonom
15. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego	3,79	zapobieganie zgonom
16. Zgony do uniknięcia w POChP	3,79	zapobieganie zgonom
17. Liczba pobrań narządów od zmarłych	3,03	zapobieganie zgonom

OŚ 2: Efektywna gospodarka finansowa		
L.p. Wskaźnik	Waga	Wymiary
1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych	2,78	efektywność alokacyjna
2. Proporcja wydatków na leczenie 1 dniowe w stosunku do szpitalnych	2,78	efektywność alokacyjna
3. Wydatki na opiekę długoterminową	2,08	efektywność alokacyjna
4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie	2,08	efektywność ekonomiczna terapii
5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie	2,78	efektywność ekonomiczna terapii
6. Zobowiązania ogólne SPZOZ w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem	3,47	finanse placówek
7. EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności	1,39	zarządzanie infrastrukturą
10. Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)	2,08	zarządzanie infrastrukturą

OŚ 3: Jakość konsumencka opieki zdrowotnej		
L.p. Wskaźnik	Waga	Wymiary
1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych	3,33	ochrona finansowa pacjentów
2. Liczba osób na listach oczekujących	2,78	czas oczekiwania
3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów	2,22	dostępność geograficzna
4. Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii	2,78	dostępność geograficzna
5. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości	1,67	systemy jakości
6. Dostęp do informacji konsumenckiej	0,56	satysfakcja pacjenta
7. Dostęp do pomocy lekarskiej	1,67	satysfakcja pacjenta
8. Dostęp do badań diagnostycznych	1,67	satysfakcja pacjenta
9. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji	0,56	satysfakcja pacjenta
10. Czas oczekiwania na usługę medyczną	2,22	satysfakcja pacjenta
11. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych	0,56	satysfakcja pacjenta
12. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy	1,67	satysfakcja pacjenta
13. Podejście lekarza do pacjenta	2,22	satysfakcja pacjenta
14. Efekty leczenia	1,11	satysfakcja pacjenta

Porównaj swoje województwo

Skorzystaj z interaktywnego
narzędzia dostępnego online



analiza danych
pod kątem
twojego
województwa



możliwości
analityczne
w zakresie
porównań
między
województwami



wizualizacje
trendów/zmian
zachodzących
w okresie
ostatnich 3 lat

Wejdź na stronę: www.pwc.pl/indekszdrowia2016



Główne wnioski w ramach wskaźników



Poniżej prezentujemy podsumowanie wybranych zmian we wszystkich wskaźnikach, które miały miejsce na przestrzeni ostatniego roku. Skupiamy się na porównaniu rok do roku w relacji do poprzednich edycji raportu. Szczegółowe dane dotyczące trendów na przestrzeni ostatnich trzech lat znajdują się w interaktywnym narzędziu porównywania danych dostępnym na stronie www.pwc.pl/indekszdrowia2016.

OŚ 1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Porównując wartość wskaźnika dotyczącego uczestnictwa kobiet w badaniach mammograficznych z dwóch kolejnych lat, największy procentowy spadek obserwuje się w województwie świętokrzyskim oraz śląskim (o ponad 10%). Województwa te odnotowały również największy spadek w rankingu (odpowiednio z miejsca 6. na 13. oraz z 9. na 14.). Największą poprawę obserwuje się w województwie lubelskim oraz pomorskim, w których wskaźnik wzrósł o ponad 20%, dzięki czemu województwa te awansowały w tej kategorii odpowiednio o 8 i 7 pozycji. Ogółem wskaźnik spadł w 9 województwach.

2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Odsetek kobiet wśród całej populacji objętej programem profilaktyki raka szyjki macicy, spadł w 7 województwach. Największy spadek uczestnictwa w tych badaniach zaobserwowano w województwie lubuskim, gdzie wartość wskaźnika spadła o ponad 7%, co skutkowało największym spadkiem tego województwa w rankingu (z 6. miejsca na 11.). Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika wystąpił w województwie łódzkim (wzrost o 26%), które awansowało z miejsca przedostatniego na 9. Województwo warmińsko-mazurskie, gdzie badanie objęło ponad 30% populacji, utrzymało pozycję lidera w tej kategorii.

3. Stan zaszczepienia dzieci, BCG

Kolejnym wskaźnikiem w dziedzinie profilaktyki jest odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych szczepieniem tego rodzaju w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia. We wszystkich województwach odsetek dzieci zaszczepionych

przeciwko gruźlicy spadł w stosunku do roku poprzedniego. Największy spadek odnotowano w województwie podlaskim i zachodniopomorskim (odpowiednio o 2,7 p.p. oraz 2,6 p.p.). Województwo pomorskie, gdzie zaobserwowano spadek wartości wskaźnika o blisko 1,3 p.p.) utrzymało się na pozycji lidera.

4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różycze

Również w wypadku wskaźnika dotyczącego zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różycze obserwujemy niższe wartości w porównaniu z rokiem poprzednim. Wartość wskaźnika wzrosła jedynie w województwie opolskim i świętokrzyskim. Jednak zaobserwowane zmiany są niewielkie (+/-1%). Jednocześnie poziom zaszczepienia jest jeszcze wyższy niż w wypadku gruźlicy i oscyluje między 95-99%. Największy spadek zaobserwowano w województwie mazowieckim (-1 p.p.). W województwie warmińsko-mazurskim wskaźnik pozostał na tym samym poziomie, a województwo to utrzymało pozycję lidera.

5. Zachorowania na gruźlicę

Konsekwencją szczepień powinna być redukcja zachorowań. W większości województw (10) spada liczba nowych zachorowań na gruźlicę. Największą poprawę sytuacji zaobserwowano w województwie podkarpackim (z 19,8 do 13,1 zachorowań na 100 tys.). W województwie lubuskim wartość wskaźnika wzrosła o blisko 100%, co skutkowało spadkiem z miejsca 1. na miejsce 10. w rankingu. Na pozycję lidera, z miejsca 2. awansowało województwo wielkopolskie.

6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe

W większości województw wskaźnik dotyczący zachorowań na salmonellozy spadł między rokiem 2012 a 2013. Najwyższy procentowy spadek obserwuje się w województwie mazowieckim i świętokrzyskim (spadek o ponad 38%). Największy, 43-procentowy wzrost wskaźnika wystąpił w województwie warmińsko-mazurskim, które spadło o 5 miejsc w klasyfikacji województw, zajmując ostatnie miejsce. Na pierwszym miejscu utrzymało się województwo dolnośląskie.

7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Wskaźnik orzeczeń o niepełnosprawności, wydanych do celów rentowych na 100 tys. mieszkańców w wieku produkcyjnym, maleje w większości województw (10). Wartość wskaźnika niezdolnych do pracy wzrosła jedynie w 6 województwach, najbardziej w lubuskim, o 14,9%. Wśród regionów, gdzie odnotowano spadek wskaźnika, w województwie opolskim i pomorskim spadek ten przekroczył 10%. Zmiany pozycji województw w tej kategorii są niewielkie; województwo podlaskie utrzymuje pozycję lidera, a kujawsko-pomorskie wciąż znajduje się na ostatnim miejscu zestawienia.

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

Wskaźnik dotyczący relacji zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca wzrósł w większości województw. Najwyższy procentowy przyrost wskaźnika (ok. 39%) odnotowano w województwie pomorskim. Spadek wartości wskaźnika odnotowano w województwie opolskim oraz śląskim (ponad 10-procentowy spadek). Województwo warmińsko-mazurskie wciąż zajmuje pierwszą pozycję, ostatnie jest w dalszym ciągu województwo dolnośląskie.

9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków

Wskaźnik hospitalizacji wśród chorych na cukrzycę zmniejszył się w większości województw. Najbardziej znaczący spadek wystąpił w województwie świętokrzyskim (ponad 11%). W województwie warmińsko-mazurskim przez dwa lata utrzymała się taka sama wartość wskaźnika. W 4 województwach: podkarpackim, lubuskim, podlaskim oraz opolskim wartość wskaźnika wzrosła, najbardziej w województwie opolskim (blisko 5,4%). Wskaźniki z obu lat (2011 i 2012) zostały przeliczone na nowo, ponieważ źródło danych uległo pewnej zmianie w stosunku do poprzedniego indeksu. Stąd wartości wskaźnika za rok poprzedni różnią się od wielkości opublikowanych w Indeksie 2014, mimo że obecnie prezentowany wskaźnik oraz porównywany z nim wskaźnik z roku 2011 zachowały spójność.

10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłą chorobę dolnych dróg oddechowych

Liczba osób hospitalizowanych wśród chorych na przewlekłą chorobę dolnych dróg oddechowych utrzymał się na podobnym poziomie. Wzrost wskaźnika o nieco ponad 1 p.p. wystąpił w 2 województwach (kujawsko-pomorskim – 1,2 p.p., podlaskim – 1,7 p.p.). Najwyższy spadek nastąpił w województwie opolskim (o 1 p.p.), co skutkowało awansem tego województwa z miejsca ostatniego na 14. Zachodniopomorskie niezmiennie utrzymuje pozycję lidera.

11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca

W połowie województw wskaźnik zmniejszył swoją wartość, jednak wahania te były niewielkie. Największy spadek obserwujemy w województwie pomorskim i świętokrzyskim (o blisko 0,5 p.p.). W województwie kujawsko-pomorskim wartość wskaźnika wzrosła o 1,2 p.p. Województwo podkarpackie awansowało z miejsca 2. na pozycję lidera, wyprzedzając województwo opolskie. Mimo spadku wartości w województwie wielkopolskim, niezmiennie zajmuje ono ostatnią pozycję.

12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

W 2013 roku w porównaniu do roku 2012 wartości wskaźnika były mniejsze w 7 województwach. Największy procentowy spadek odnotowano w województwie dolnośląskim (o 13,6%). Odsetek hospitalizowanych najbardziej wzrósł w województwie warmińsko-mazurskim (o ponad 20%), co skutkowało spadkiem w rankingu o 4 pozycje. Niezmiennie na pierwszym miejscu utrzymuje się województwo świętokrzyskie.

13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

W tym klasycznym mierniku stanu zdrowia populacji wartości zmalały w większości (12) województw. Największy spadek wskaźnika odnotowano w województwach lubuskim oraz świętokrzyskim (o 1,8/1000 urodzeń żywych), co skutkowało awansem tych województw aż o 10 miejsc w klasyfikacji wskaźnika (odpowiednio z miejsca 15. na 5. oraz z 11. na 1.). W 4 województwach odnotowano wzrost wskaźnika, największy w podkarpackim (o 0,5/1000 urodzeń żywych), co znalazło odzwierciedlenie w spadku tego województwa z miejsca 6. na 15.

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

Zmiany rok do roku w odczycie tego wskaźnika były stosunkowo niewielkie. U osób, u których rozpoznano raka piersi w roku 2009, w 8 województwach odnotowano pogorszenie sytuacji w stosunku do chorych z rozpoznaniem z roku 2008. Największy, o blisko 5 p.p., spadek wskaźnika odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (lider tej kategorii z poprzedniej edycji Indeksu), w związku z czym województwo to zajęło 13. pozycję w tegorocznej edycji. Wysoki wzrost odsetka osób, które przeżyły 5 lat od rozpoznania u nich raka piersi (o 7,4 p.p.) wystąpił w województwie opolskim, co skutkowało awansem tego województwa z ostatniej na 3. pozycję w tej kategorii.

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

Przeżycie 5-letnie w rozpoznaniu raku jelita grubego, u osób, które zachorowały w roku 2009, pogorszyła się w połowie województw w stosunku do tych z rozpoznaniem z roku 2008. Największy spadek wartości wskaźnika wystąpił w województwie kujawsko-pomorskim (-4,5 p.p.), a największy wzrost w lubelskim (+5,9 p.p.). W rezultacie województwa te zamieniły się pozycjami,

zajmując odpowiednio miejsce 16. i 6. (spadek/awans o 10 pozycji). Województwo podkarpackie pozostało na pozycji lidera.

16. Zgony do uniknięcia w POChP

Wartość wskaźnika zgonów do uniknięcia w POChP w większości województw spadła w roku 2012 w stosunku do roku 2011. Największą poprawę w tej kategorii zaobserwowano w województwie lubelskim, gdzie wskaźnik zmalał z 4,48 do 2,82 na 100 tys., a województwo awansowało o 9 pozycji w klasyfikacji. Największy wzrost wskaźnika wystąpił w województwie opolskim (z 2,65 do 3,95 na 100 tys.), co skutkowało spadkiem o 10 pozycji w rankingu.

17. Liczba pobrań narządów od zmarłych

Liczba pobrań narządów od zmarłych dawców, w przeliczeniu na populację, zmalała w większości województw. Największy spadek zaobserwowano w województwie lubuskim (z 14,0 do 9,0 dawców na 1 mln) oraz pomorskim (z 25,2 do 20,0 dawców na 1 mln). Województwo dolnośląskie, które w Indeksie 2015 charakteryzowało się najniższą wartością wskaźnika, w tym roku uplasowało się na 7. miejscu, dzięki najwyższemu, prawie 60-procentowemu wzrostowi wartości.



OŚ 2. Efektywna gospodarka finansowa

1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych

Wartość wskaźnika, prezentujące dane z roku 2015 zmalała w stosunku do stanu z roku 2014 w większości województw. Największą zmianę odnotowano w województwie wielkopolskim, jednak wartość wskaźnika jest ciągle najwyższa w porównaniu do pozostałych województw. Jedynie w województwie małopolskim oraz warmińsko-mazurskim wystąpił przyrost wskaźnika wydatków na lecznictwo otwarte w porównaniu do lecznictwa zamkniętego.

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

Ze względu na duże różnice, niemożliwe do zweryfikowania w ramach dostępnych danych, postanowiono w obecnej edycji Indeksu powtórzyć wartości wskaźnika „Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne” z roku 2014, które znalazły się w Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia 2015.

3. Wydatki na opiekę długoterminową

Wydatki na opiekę długoterminową, w przeliczeniu na jedną osobę w wieku powyżej 75. roku życia, w 11 województwach zmalały. Największy spadek odnotowano w województwie opolskim (blisko 5,8%), jednak województwo to utrzymało swoje 3. miejsce. W 5 województwach wartość opisywanego wskaźnika wzrosła, najbardziej w województwie lubelskim, gdzie odnotowano prawie 7,5-procentowy wzrost, co spowodowało przesunięcie województwa z 12. na 8. miejsce.

4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie

W zdecydowanej większości województw rosły wydatki potrzebne do osiągnięcia jednego procentu przeżyć 5 letnich. Największą zmianę zaobserwowano w województwach opolskim, gdzie wartość wskaźnika wzrosła o 66,8%, co spowodowało spadek województwa z pierwszego na ostatnie miejsce. Spadek wartości wskaźnika wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie wystąpił w 4 województwach: podlaskim, małopolskim, lubelskim oraz lubuskim, co skutkowało awansem odpowiednio o 14, 11 oraz 7 miejsc w rankingu.

5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie

Podobnie jak w wypadku raka odbytnicy, wydatki na leczenie raka piersi rosły, a wraz z nimi wskaźnik wydatków przypadających na jeden procent osób żyjących 5 i więcej lat. Największe, blisko 30-procentowy wzrost wskaźnika, odnotowano w województwie lubuskim, świętokrzyskim oraz dolnośląskim. Jedynie w województwie opolskim

wartość wskaźnika zmalała, a województwo to awansowało z miejsca 12. na 1. miejsce.

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

Wartość wskaźnika zmiany zobowiązań SPZOZ w kontekście zmiany wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem spadła w połowie województw, – maksymalny spadek wartości o 0,08. W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano największy wzrost wartości wskaźnika (o 0,12), lokując je na ostatniej pozycji. Pozycję lidera utrzymało województwo lubuskie.

7. EBITDA placówek samorządowych w województwach

Suma wartości EBITDA w placówkach samorządowych za rok 2014 w stosunku do roku 2013 zmniejszyła się w 10 województwach, a wzrosła w pozostałych. Największy spadek zanotowano w województwie pomorskim (-67,9%), co skutkowało ostatnim miejscem w rankingu. W województwach gdzie nastąpił wzrost wskaźnika był on stosunkowo słaby – maksymalnie 7,3-procentowy wzrost w województwie zachodniopomorskim.

8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej i przychodów brutto ze sprzedaży, czyli rentowność sprzedaży brutto, wzrosła w 5 województwach. Największy awans w porównaniu do zeszłorocznej edycji wystąpił w województwie lubelskim. W pomorskim doszło do spadku rentowności z -1,18% do -4,06%, a województwo to spadło o 4 pozycje w rankingu, zajmując ostatnie miejsce.

9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

Liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności nieznacznie spadła w 9 województwach, w 6 wzrosła, a w jednym (warmińsko-mazurskim) pozostała bez zmian. Województwo pomorskie utrzymało pozycję lidera.

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

W 7 województwach odnotowano spadek wartości wskaźnika leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne. Największy procentowy spadek zaobserwowano w województwie świętokrzyskim, gdzie wartość ta zmalała 7,6%, a województwo spadło w rankingu o 4 pozycje. Największy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie pomorskim, dzięki czemu województwo to awansowało z miejsca 8. na miejsce 4. W województwie małopolskim oraz opolskim wartość wskaźnika pozostała bez zmian. Województwo wielkopolskie pozostało na pierwszym miejscu.

OŚ 3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

W większości województw między rokiem 2014 a 2013 udział wydatków na ochronę zdrowia w budżetach gospodarstw domowych malał. W 3 województwach (lubelskim, śląskim oraz lubuskim) udział tych wydatków wzrósł. Największy procentowy spadek odnotowano w województwie małopolskim (blisko 11,4%), co spowodowało przesunięcie województwa z 9. na 2. miejsce. Największy procentowy wzrost wydatków zaobserwowano w województwie lubelskim (blisko 8,7%), co skutkowało spadkiem województwa w rankingu z miejsca 13. na miejsce 16. Pozycję lidera w aktualnym rankingu, tak jak poprzednio, zajęło województwo wielkopolskie.

2. Liczba osób na listach oczekujących

Jedynie w czterech województwach (dolnośląskim, pomorskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim) liczba osób na listach oczekujących była mniejsza niż liczba prezentowana w rankingu z roku poprzedniego. Województwo świętokrzyskie, w którym wskaźnik wzrósł o 1,7 zachowało pozycję lidera. Najwyższy wzrost wartości bezwzględnych wskaźnika odnotowano w województwie łódzkim (o prawie 10 os./1000 mieszkańców), co spowodowało spadek w rankingu o 6 pozycji (z miejsca 4. na 10.).

3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów

Dynamika i kierunek zmian w wartościach wskaźnika migracji międzyoddziałowej pacjentów w poszczególnych województwach wskazuje z jednej strony na narastający napływ pacjentów do województwa łódzkiego, a z drugiej na zwiększającą się migrację poza własny region mieszkańców województwa wielkopolskiego.

4. Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii

Największa poprawa dostępności nastąpiła w województwie lubelskim (z 36% do 53%). Na zmianę wyników w 2 województwach (mazowieckie i lubelskie) istotnie wpłynęło otwarcie 2 nowych ośrodków w Radomiu i Zamościu oraz zamknięcie ośrodka w Otwocku. W województwie Śląskim natomiast, ew. podpisanie kontraktów NFZ z nowymi centrami w Katowicach i Dąbrowie Górniczej poprawiłoby wskaźnik dostępności o 1 %.

5. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

W ujęciu całościowym liczba akredytowanych szpitali wzrasta. W 3 województwach (podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie) liczba szpitali posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości spadła. W opolskim odsetek szpitali posiadających akredytację również spadł,

jednak ze względu na przyrost liczby szpitali, a nie zmniejszenie liczby tych posiadających akredytację. W województwie lubuskim przybyły 2 szpitale z akredytacją, co spowodowało, że województwo to z ostatniego miejsca awansowało na miejsce 14. W województwie podlaskim wartość wskaźnika spadła do 2,9% a województwo to zajęło ostatnią pozycję w klasyfikacji. Na pierwszym miejscu utrzymuje się województwo świętokrzyskie z wartością wskaźnika na poziomie 37,5%.

6. Dostęp do informacji konsumenckiej

W kategorii przejrzystości oraz systemu informacji, które w sumie zostały określone dostępem do informacji konsumenckiej, wartość wskaźnika wzrosła w większości województwach. Największy procentowy wzrost wartości odnotowano w województwie świętokrzyskim, łódzkim oraz małopolskim (wzrost o ponad 5%). Największy (ponad 5%) spadek wystąpił w województwie pomorskim, co poskutkowało spadkiem tego województwa w rankingu o 9 pozycji. Wartość ta wyliczona jest ze średnich wielkości dla POZ i AOS.

7. Dostęp do pomocy lekarskiej

Średnia ocena dostępności do lekarzy specjalistów AOS lub nocnej i świątecznej pomocy w POZ, wzrosła w większości (12 z 16) województw. Niżej niż w roku poprzednim zostały ocenione jedynie województwa pomorskie, małopolskie, podlaskie oraz mazowieckie, w których zanotowano kilkuprocentowy spadek wskaźnika. Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim oraz dolnośląskim. W pozostałych województwach wzrost nie przekraczał 10%.

8. Dostęp do badań diagnostycznych

Wartość wskaźnika dotyczącego dostępu do badań diagnostycznych, uzyskiwanych w POZ i AOS średnio, wzrosła w większości województw. Najsilniejszy wzrost odnotowano w województwie dolnośląskim (wzrost o ponad 10%), największy spadek zaś w województwie pomorskim (-5,6%).

9. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji

W połowie województw spada zadowolenie z jakości obsługi administracyjnej. Największy procentowy spadek wskaźnika odnotowano w województwie podlaskim (o ok. 4,5%), natomiast największy wzrost zadowolenia wystąpił w województwie lubuskim (o ok. 10,1%), dzięki czemu województwo to z 13 miejsca awansowało na pozycję lidera w tej kategorii.

10. Czas oczekiwania na usługę medyczną

Największy procentowy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie świętokrzyskim (ok. 17,4%) – województwo do awansowało o 12 pozycji zajmując pozycję pierwszą. Na miejsce 16 z miejsca 11 spadło województwo wielkopolskie, w którym średnia ocena spadła o ok. 6,1%.

11. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

W większości województw Lepiej niż w roku poprzednim została oceniona jakość infrastruktury oraz wyposażenia placówek medycznych. Największa różnica widoczna jest w województwie kujawsko-pomorskim, w którym wartość wskaźnika wzrosła o ok. 6,7%. Największy spadek zaobserwowano w województwie podlaskim, które spadło w rankingu tego parametru z miejsca 1 na miejsce 12.

12. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

W 10 województwach średnia ocena profesjonalizmu oraz kompetencji lekarzy uległa poprawie. Największy procentowy wzrost odnotowano w województwie mazowieckim (o ok. 4,3%), które awansowało z miejsca ostatniego na miejsce 14. Największy procentowy spadek wartości zaobserwowano w województwie wielkopolskim

(o ok. 4,6% - spadek z miejsca 7 na 16). Województwo zachodniopomorskie, w którym wartość wskaźnika spadła o ok. 2,9% utrzymało pozycję lidera.

13. Podejście lekarza do pacjenta

Podejście lekarza do pacjenta zostało w większości województwach ocenione gorzej niż w roku poprzednim, najmocniej wskaźnik spadł w województwie podlaskim (-4,9%; spadek z miejsc a 2 na 9). Największy wzrost wartości parametru odnotowano w województwie świętokrzyskim, co poskutkowało awansem tego regionu z miejsca 15 na miejsce 5. Zachodniopomorskie utrzymało pozycję lidera mimo jednego z najwyższych spadków średniej wartości wskaźnika.

14. Efekty leczenia

W kategorii efekty leczenia odpowiedzi respondentów były w połowie województw bardziej pozytywne niż w roku ubiegłym. Największy procentowy wzrost wartości wskaźnika odnotowano w województwie łódzkim, które awansowało z miejsca ostatniego na miejsce 9 (wzrost o ok. 4,5%). W województwie pomorskim odnotowano spadek wartości wskaźnika o ok. 6,7%, a województwo to straciło pozycję 4 i zajęło miejsce ostatnie w aktualnym rankingu.



Kontakty



Mariusz Ignatowicz

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



Bernard Waśko

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



Roksana Gowin

Menedżer PwC
Zespół ds. marketingu,
komunikacji i rozwoju biznesu
T: +48 519 504 582
E: roksana.gowin@pl.pwc.com



Monika Natkaniec

Specjalista ds. przetwarzania danych
Dane-i-Analizy.pl
T: +48 12 633 72 28
E: monika.natkaniec@dane-i-analizy.pl



Beata Megas

Specjalista ds. przetwarzania danych
Dane-i-Analizy.pl
T: +48 12 633 72 28
E: beata.megas@dane-i-analizy.pl

