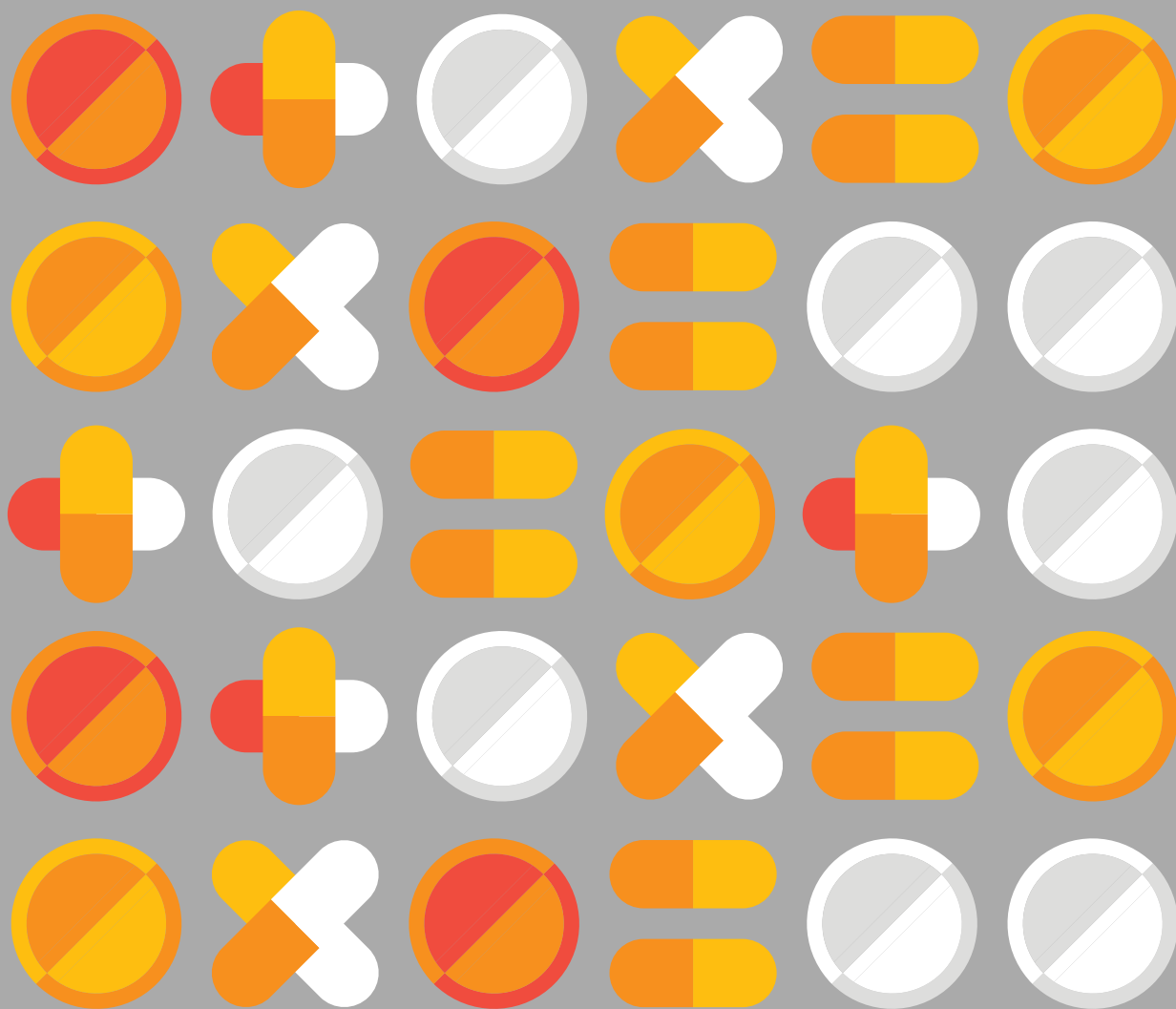


Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2018

Czwarta edycja / Kwiecień 2019



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

Autorzy raportu

Autor pomysłu

Adam Kozierkiewicz

Dane-i-Analizy.pl

Monika Natkaniec

Beata Megas

Dariusz Gilewski

PwC

Mariusz Ignatowicz

Bernard Waśko

Wprowadzenie



Po raz czwarty przedstawiamy Państwu Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia. Poprzednia wersja Indeksu została opublikowana w roku 2016 i prezentowała wskaźniki z lat poprzedzających.

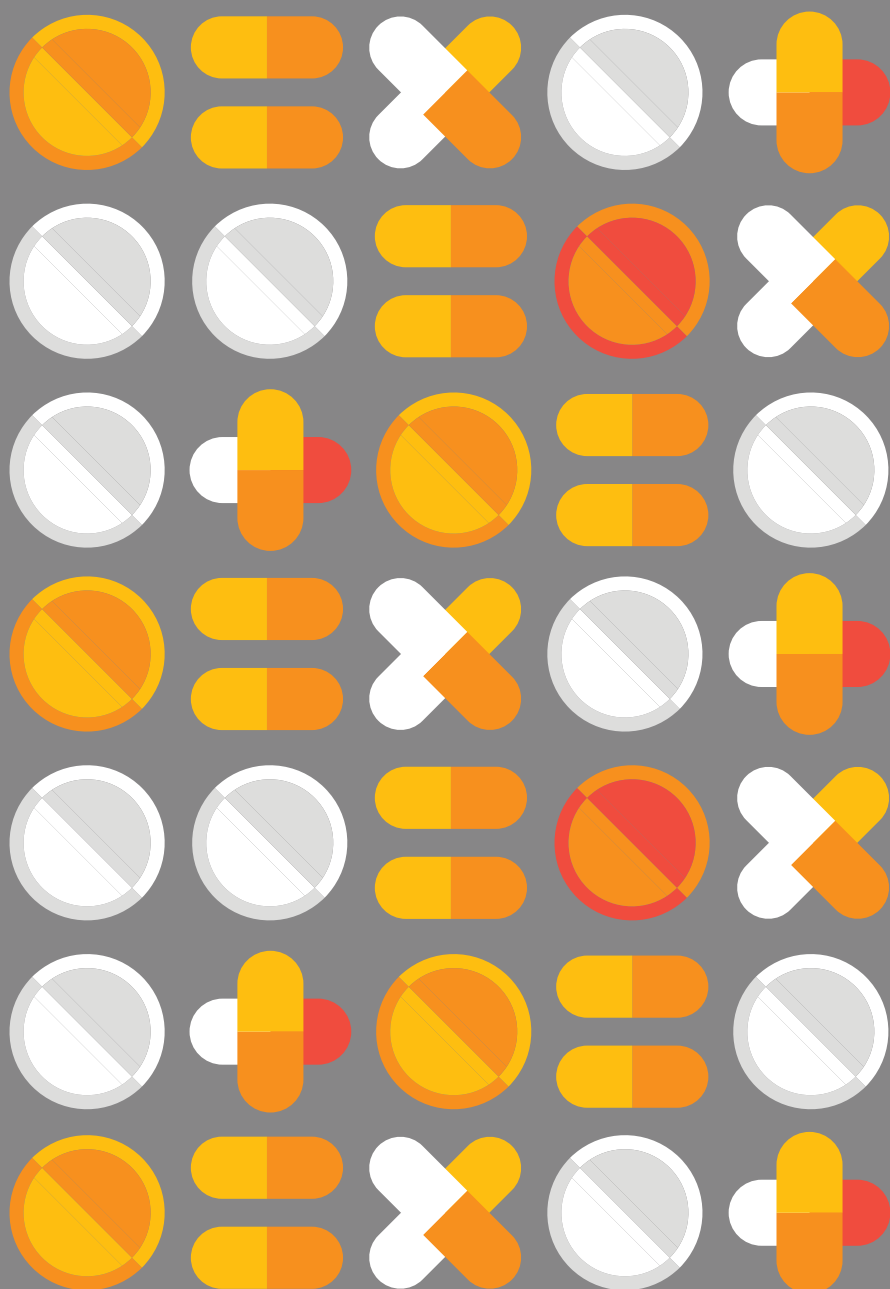
Obecna edycja przedstawia wskaźniki obejmujące głównie lata 2016-2017, w niektórych przypadkach także rok 2015 oraz 2018. Po raz drugi oferujemy Państwu interaktywne narzędzie, które pozwoli na wyselekcjonowanie i porównanie najistotniejszych danych z perspektywy danego województwa w okresie 5 lat.

Od ostatniej edycji Indeksu w systemie opieki zdrowotnej nastąpiło kilka ważnych zmian. W roku 2017 weszły w życie przepisy wprowadzające tzw. sieć szpitalną, które między innymi zmieniały sposób finansowania części usług szpitalnych. Zmodyfikowany został tzw. pakiet onkologiczny a także zapowiedziane zmiany pod zbiorczym hasłem koordynacji opieki zdrowotnej. Zjawiska te jednak są na tyle świeże, że nie zaobserwowaliśmy ich wpływu na obserwowane parametry.

W ubiegłorocznym (2017) Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (*Euro Health Consumer Index – EHCI*) Polska znalazła się na szóstym miejscu od końca, co oznacza poprawę o dwie lokaty w stosunku do poprzedniego roku i cztery wobec roku 2015. Wiadomość ta ponownie wywołała falę zainteresowania i krytyki skierowanej pod adresem polskiego systemu ochrony zdrowia. Przy okazji pojawiły się jednak głosy, że o miejscu kraju w rankingu decyduje to jakie obszary są badane. Dobór wskaźników oddaje bowiem preferencje i priorytety tego, kto dokonuje oceny.

W polskim Indeksie Sprawności dokonaliśmy wyboru wskaźników, odzwierciedlających preferencje i priorytety, zgodne z przekonaniami autorów. Niewykluczone, że parametry będą ewoluować w czasie, w szczególności jeśli grono instytucji zaangażowanych w tworzenie Indeksu ulegnie poszerzeniu.

Spis treści



Inspiracje do powstania Indeksu	4
Główne założenia Indeksu	6
Trzy kluczowe obszary analizy i wyniki województw	8
 OŚ 1. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców	9
 OŚ 2. Efektywna gospodarka finansowa	10
 OŚ 3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej	11
Najlepiej oceniane województwa w ujęciu całościowym	12
Wskaźniki Indeksu i interaktywne narzędzie porównywania danych	14
Główne wnioski w ramach wskaźników	17

Inspiracje do powstania Indeksu

Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia wyróżnia to, że patrzymy w nim na Polskę jako zbiór 16 województw. Dla tych obszarów administracyjnych obliczamy w jednakowy sposób określone wskaźniki. Istotą opracowania jest zwrócenie uwagi na odrębności i różnice między województwami. W Polsce do tej pory nikt nie podchodził do tego zagadnienia w taki sposób.

Zainspirowały nas inicjatywy na poziomie międzynarodowym. Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w wielu krajach uruchomiono procesy oceny sprawności systemu ochrony zdrowia jako element zarządzania nim. Część z nich koncentrowała się na jakości i sprawności poszczególnych placówek medycznych. Inne oceniały sprawność całych systemów, złożonych z wielu organizacji i instytucji, działających na określonym obszarze. Przykłady inicjatyw opartych na koncepcji mierników sprawności zostały zaprezentowane w Tabeli 1.

Jedną z inspiracji dla powstania publikacji był także znany i szeroko dyskutowany Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (ang. *Euro Health Consumer Index, EHCI*), porównujący system ochrony zdrowia w krajach z punktu widzenia konsumentów. 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, jest on tworzony z perspektywy klienta 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 podlegających ocenie znalazły się tradycyjnie stosowane, jak śmiertelność wczesna (<28 dni) w zawałe 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 użytych zostało już ok. 50 wskaźników podzielonych na 6 subdyscyplin:

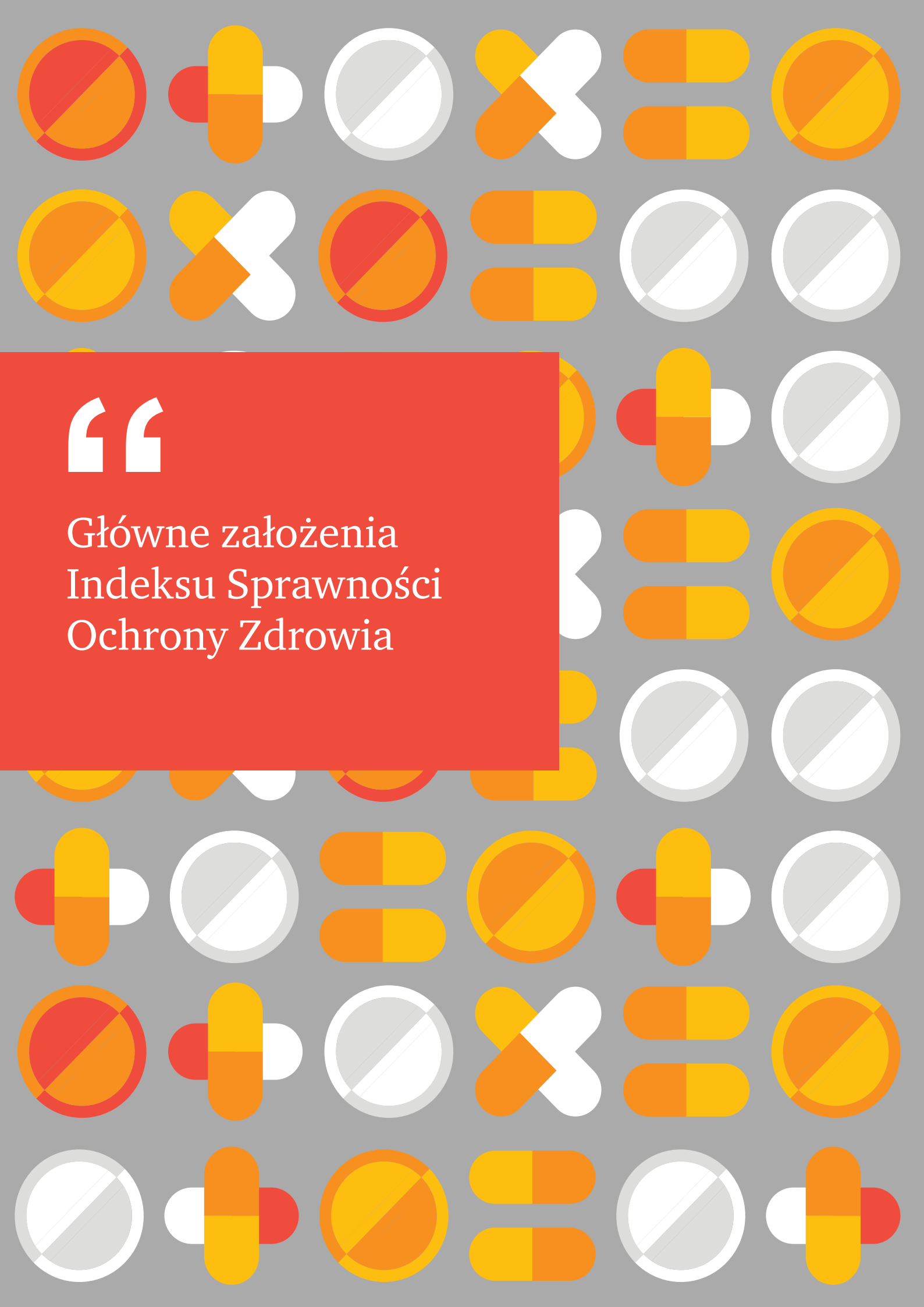
1. Prawa pacjenta i informacja, zawierające m.in. prawo do zasięgnięcia drugiej opinii, 24/7 informacja konsumencka, zasięg elektronicznej dokumentacji medycznej.
2. Dostępność (czas oczekiwania), obejmująca m.in. bezpośredni (bez skierowań) dostęp do specjalistów, rozpoczęcie terapii nowotworowej w mniej niż 21 dni, uzyskanie badania TK w mniej niż 7 dni.
3. Wyniki (leczenia), takie jak śmiertelność nowotworowa, liczba utraconych lat życia, wskaźnik aborcji.
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.



Tabela 1. Inicjatywy oparte na koncepcji mierników sprawności (ang. *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 pacjenckimi	Powiaty	2000
De Zorgbalans (Netherlands National Health Care Report) (Holandia)	National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)		2005
NHS High-Level Performance Framework (Wielka Brytania)	Department of Health	Regiony	1999
US National Healthcare Quality Report	US Department of Health and Human Services	Stany	2005
Health Care Quality Indicators Project	OECD	Kraje członkowskie	2007
Euro Health Consumer Index	Health Consumers Powerhouse	Szwecja, UE	2005

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



“

Główne założenia Indeksu Sprawności Ochrony Zdrowia

Ocena wartości pożądaných w systemie

Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i oceniających pewien wybór wartości i cech pożądaných 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 opisać bardzo złożony system. 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 zostały uszeregowane 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, aby 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

W Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia obraz systemu analizowany jest przez pryzmat wybranych wskaźników zgrupowanych tematycznie, dotyczących stanu zdrowia mieszkańców poszczególnych województw, finansów szpitali oraz jakości konsumenckiej.

W rezultacie stworzona została struktura zawierająca trzy osie oceny, które reprezentują trzy główne cele, jakim, zdaniem autorów Indeksu, powinien być podporządkowany

system ochrony zdrowia. Trzy cele uwzględniają trzynaście wymiarów, które grupują wskaźniki w kategorii cech, jakie powinien posiadać dobry system ochrony zdrowia. W powyższych trzynastu wymiarach w Indeksie 2018 zawartych zostało 41 wskaźników szczegółowych. Trzy cele systemu ochrony zdrowia zdefiniowaliśmy następująco: poprawa stanu zdrowia mieszkańców, efektywna gospodarka finansowa oraz jakość konsumencka opieki zdrowotnej.

Rys 1. Osie i wymiary oceny w Indeksie





OŚ 1

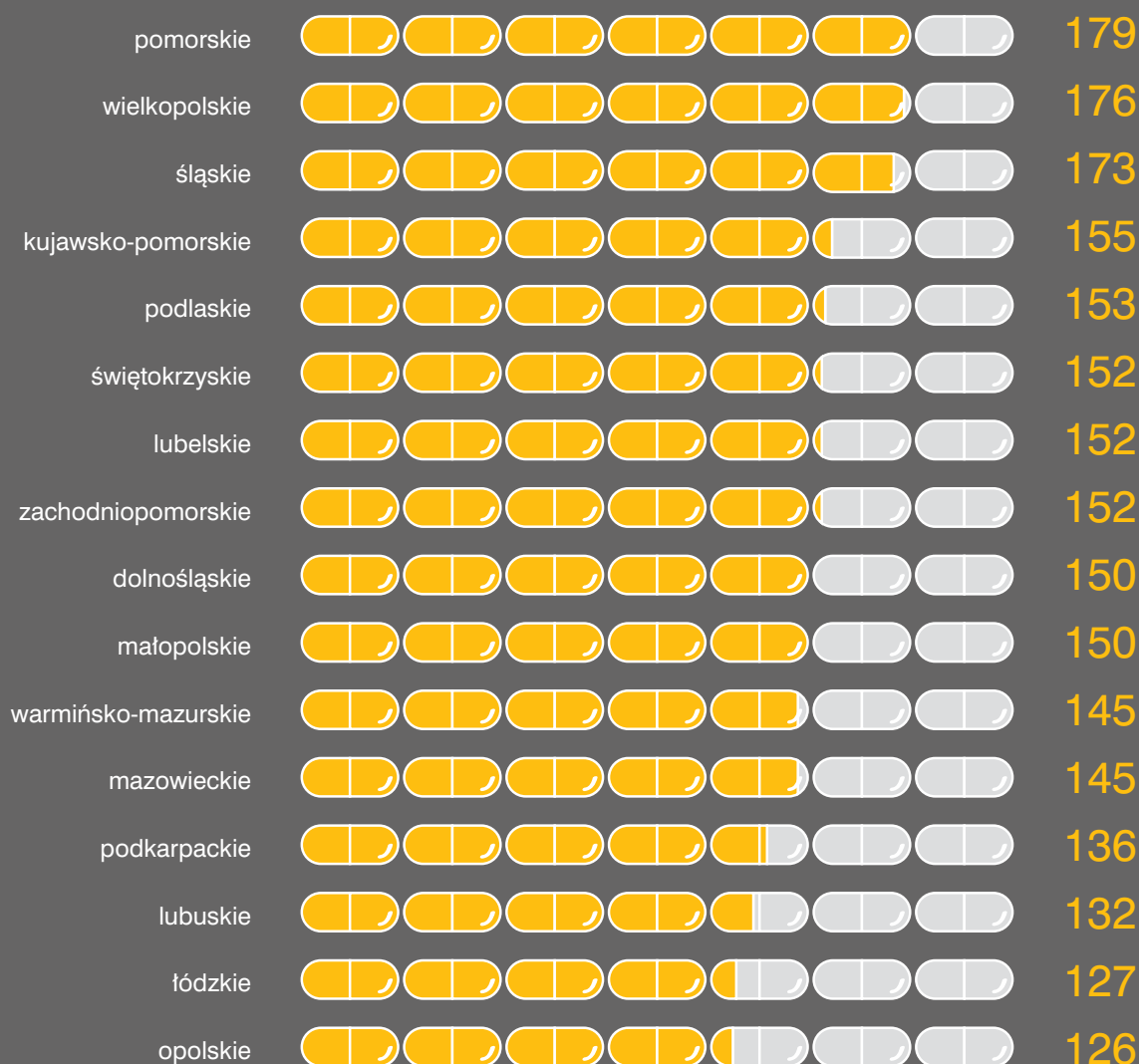
Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

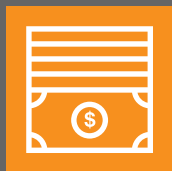
Najważniejszy i najbardziej oczywisty cel, któremu służy system ochrony zdrowia to ochrona i poprawa stanu zdrowia obywateli. Stopień realizacji tego celu mierzony jest różnymi wskaźnikami obrazującymi stan zdrowia populacji.

Podsumowanie wyników poszczególnych województw w osi 1

Podsumowanie punktów dla wskaźników w osi poprawa stanu zdrowia wskazuje, że najlepszy wynik osiągnięto w województwie pomorskim (179 pkt.), wielkopolskim (176 pkt.) oraz śląskim (173 pkt.). Na końcu listy znajdują się województwa: łódzkie i opolskie z wartościami odpowiednio 127 i 126 pkt.

Wykres 1. Wskaźnik syntetyczny w osi poprawy stanu zdrowia





OŚ 2

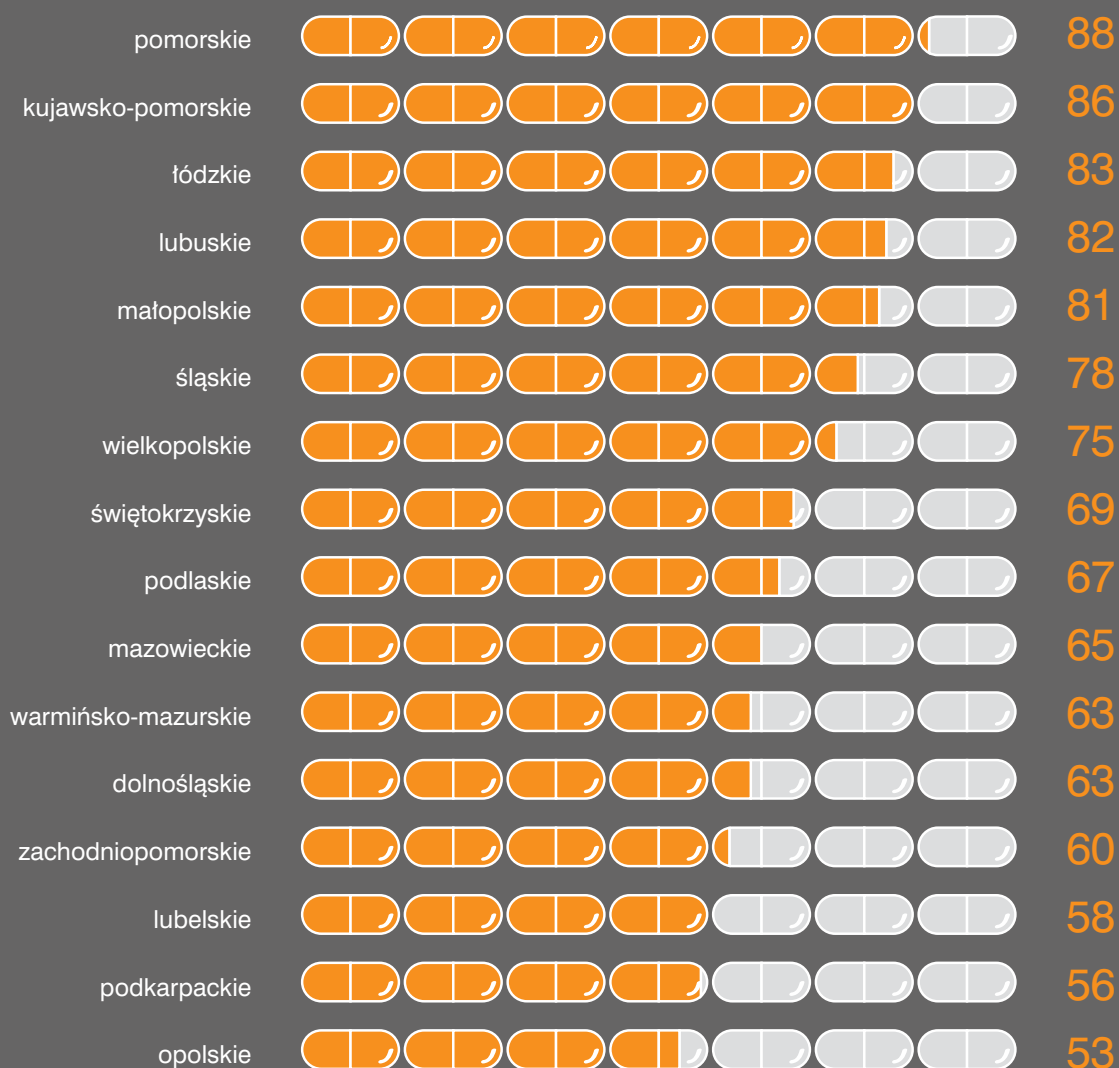
Efektywna gospodarka finansowa

Fundamentalna zasada ekonomii, wskazująca na ograniczoność zasobów i konieczność dokonywania wyboru na co je przeznaczać, jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia. Przedmiotem oceny Indeksu są cechy regionalnych podsystemów ochrony zdrowia, które wskazują na lepsze lub gorsze efekty radzenia sobie z tym problemem.

Podsumowanie wyników województw w osi 2

W osi efektywnej gospodarki finansowej, na czele uplasowały się województwa: pomorskie (88 pkt.), kujawsko-pomorskie (86 pkt.) i łódzkie (83 pkt.). Na końcu stawki znajdują się województwa: opolskie i podkarpackie (53 i 56 pkt.).

Wykres 2. Wskaźnik syntetyczny w osi efektywnej gospodarki finansowej





OŚ 3

Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

Opinia, że obiektywny stan zdrowia jest ważniejszy aniżeli dobre samopoczucie klientów systemu jest dość rozpowszechniony i wręcz zalecany dla krajów o niskiej i średniej zamożności. Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństw, rośnie jednak rola subiektywnie pojmowanej jakości, poczucia dostępności do świadczeń w razie potrzeby oraz jakości konsumenckiej, opierającej się na percepcji praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta.

Podsumowanie wyników województw w osi 3

W osi jakości konsumenckiej na czele uplasowały się województwa: podkarpackie (88 pkt.), warmińsko-mazurskie oraz lubelskie (po 82 pkt.). Na końcowych miejscach w osi jakości konsumenckiej ułożyły się województwa: podlaskie, opolskie i łódzkie (odpowiednio 47, 56 i 58 pkt.).

Wykres 3. Wskaźnik syntetyczny w osi jakości konsumenckiej

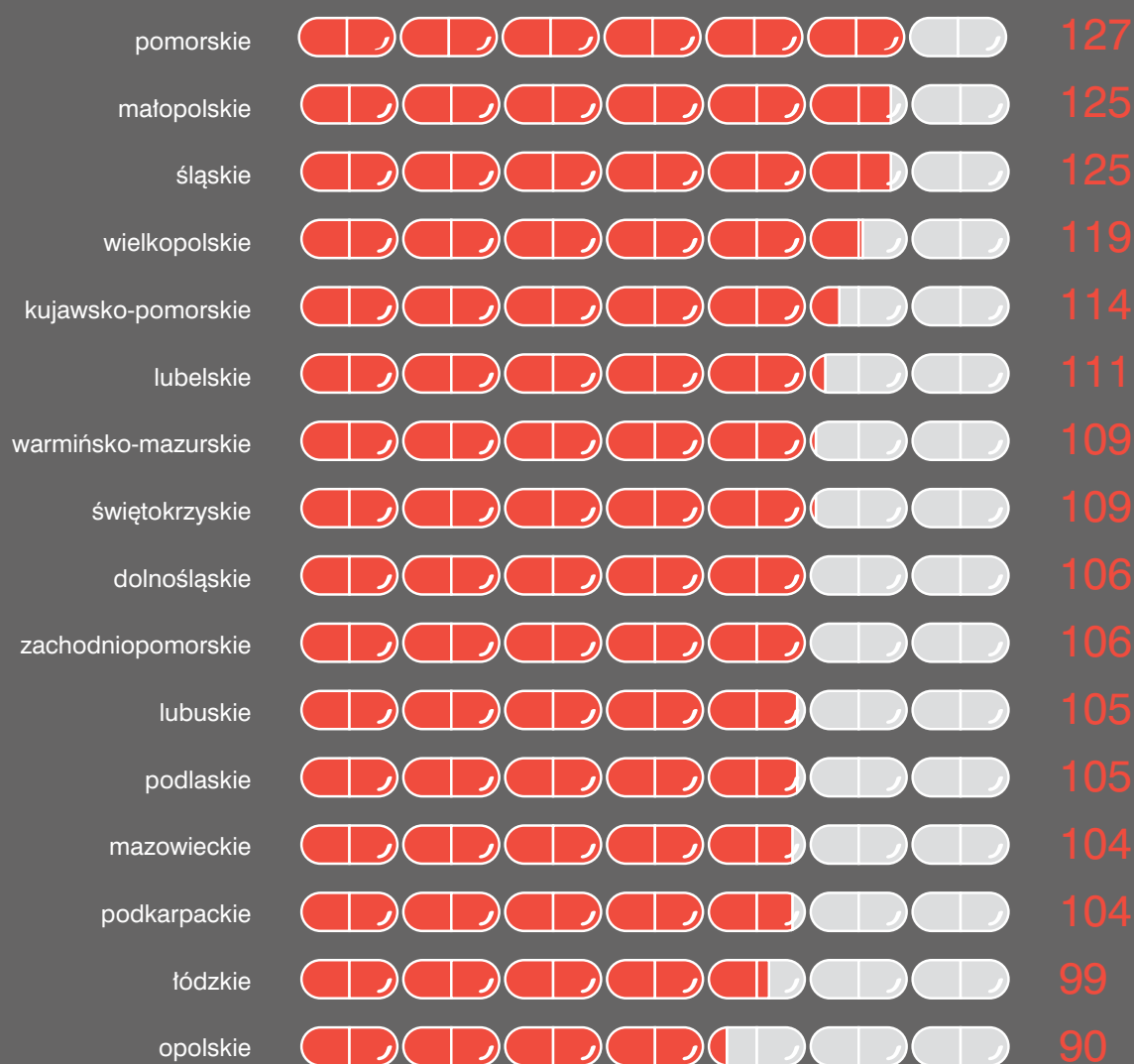


Najlepiej oceniane województwa w ujęciu całościowym

Trzy osie oceny zostały wyposażone w wagi, które przełożyły się na wartość poszczególnych wskaźników. Sumarycznie, nadano 50 % wagi dla wskaźników stanu zdrowia, po 25% dla gospodarki finansowej i jakości konsumenckiej.

Uwzględniając te wagi, sumaryczna ocena sprawności systemu ochrony zdrowia w województwach została przedstawiona na wykresie poniżej.

Wykres 4. Sumaryczna ocena sprawności systemu ochrony zdrowia w województwach





W tej ocenie, najwyższą lokatę zajęło województwo pomorskie z liczbą punktów 127. Drugie miejsce ex-aequo (125 pkt.) zajęły województwa śląskie i wielkopolskie. Najgorzej w zestawieniu prezentuje się województwo opolskie (90 pkt.) oraz łódzkie z liczbą punktów odpowiednio 90 i 99 pkt.

Obserwując dynamikę zmian wartości wskaźników w skali kraju, warto zwrócić uwagę na takie niepokojące zjawiska dotyczące profilaktyki chorób, jak spadek uczestnictwa pacjentek w profilaktycznych programach zdrowotnych realizowanych w ramach wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, oraz spadek wyszczepialności noworodków szczepionką BCG na poziomie 1-2%, jak również znacznie wyraźniejszy (3-5%) spadek poziomu

zaszczepienia dzieci poliwalentną szczepionką przeciwko odrze, różyczce i śwince, co najprawdopodobniej spowodowane jest negatywną kampanią skierowaną przeciwko szczepieniom ochronnym realizowaną przez tzw. „ruchy antyszczepionkowe”.

W obszarze efektywności ekonomicznej zaobserwowaliśmy stabilizację, a nawet wyhamowanie pogarszania się sytuacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale jednocześnie zahamowany został pozytywny trend spadku liczby łóżek szpitalnych. W obszarze jakości konsumenckiej godny uwagi jest pozytywny trend poprawy ocen pacjentów dotyczących dostępności do lekarzy i badań diagnostycznych, jak również niewielki spadek liczby osób zarejestrowanych na listach oczekujących do lekarzy specjalistów.

Wskaźniki Indeksu i interaktywne narzędzie porównywania danych

Jak już wspomnieliśmy, Indeks opiera się na 41 wskaźnikach. W Tabeli 2 przedstawione zostały wszystkie wskaźniki Indeksu, przypisane do poszczególnych osi i wymiarów oceny, wraz z przypisanymi do nich wagami. Wagi określają także 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-świnie-różyczce (1 dawka)	0,76	prewencja chorób
5. Zachorowania na gruźlicę	1,52	prewencja chorób
6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe	1,52	prewencja chorób
7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy	2,27	zapobieganie niesprawności
8. Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca	4,55	zapobieganie zaostrzeniom
9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków	3,79	zapobieganie zaostrzeniom
10. Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
11. Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (I50)	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii	3,03	zapobieganie zaostrzeniom
13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	4,55	zapobieganie zgonom
14. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi	4,55	zapobieganie zgonom
15. Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego	3,79	zapobieganie zgonom
16. Zgony do uniknięcia w POChP	3,79	zapobieganie zgonom
17. Liczba pobrań narządów od zmarłych	3,03	zapobieganie zgonom



OŚ 2. Efektywna gospodarka finansowa

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



OŚ 3. Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

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

Skorzystaj z interaktywnego narzędzia dostępnego online



Po raz drugi prezentujemy wyniki poszczególnych wskaźników Indeksu w formie interaktywnego narzędzia. Daje ono następujące możliwości:



analiza danych
dla poszczególnych
województw

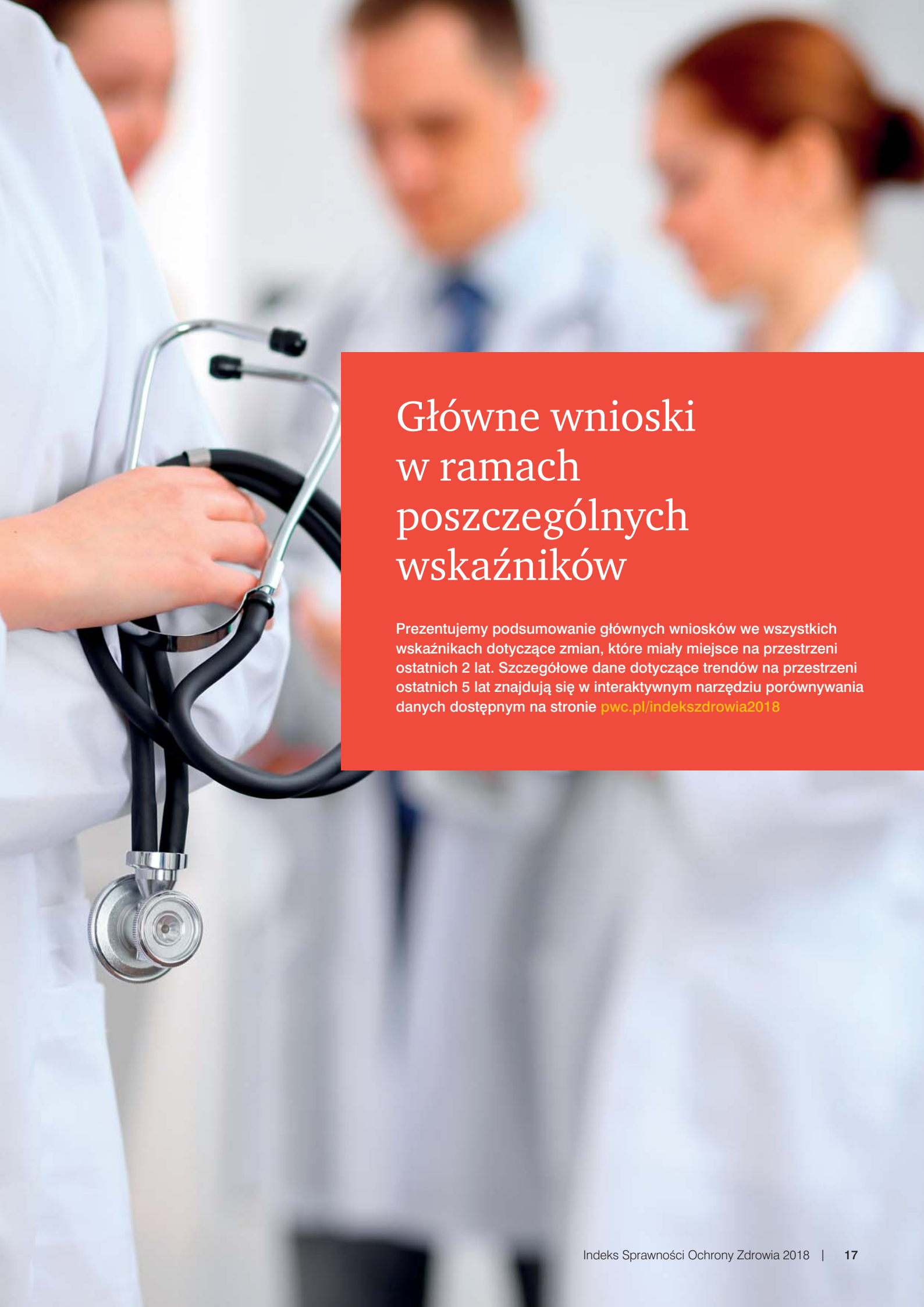


możliwość
dokonywania porównań
międzywojewódzkich



wizualizacja trendów
i zmian zachodzących
w okresie ostatnich 5 lat
(od 2014-2018 roku)

Wejdź na stronę: pwc.pl/indekszdrowia2018



Główne wnioski w ramach poszczególnych wskaźników

Prezentujemy podsumowanie głównych wniosków we wszystkich wskaźnikach dotyczące zmian, które miały miejsce na przestrzeni ostatnich 2 lat. Szczegółowe dane dotyczące trendów na przestrzeni ostatnich 5 lat znajdują się w interaktywnym narzędziu porównywania danych dostępnym na stronie pwc.pl/indekszdrowia2018



OŚ 1

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

1. Uczestnictwo w badaniach mammograficznych

Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w badaniu, w populacji objętej programem profilaktyki raka piersi.

Dane za okres: 2017 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący

Interpretacja wskaźnika: Uznaje się, że wyższy odsetek kobiet uczestniczących w programie badań mammograficznych (MMG) pozwala na wykrywanie większej liczby przypadków raka piersi we wczesnym stadium klinicznym, co ułatwia jego leczenie i poprawia rokowania. Zakłada się, że wyższy wskaźnik uczestnictwa wynika ze świadomości zdrowotnej kobiet oraz ze sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji.

Aktualne wyniki: W 2017 r. najwyższy odsetek kobiet z grupy docelowej objętych badaniem mammograficznym występował w województwach lubuskim i wielkopolskim, gdzie programem objęto około połowy populacji docelowej (50,21%-47,88%). Najniższe objęcie zaobserwowano w woj. małopolskim (ok. 32,22%).

2. Uczestnictwo w badaniach cytologicznych

Sposób obliczania: Odsetek kobiet, które uczestniczyły w programie badań przesiewowych raka szyjki macicy, w populacji objętej programem

Dane za okres: 2017 r.

Źródło danych: Centralny Ośrodek Koordynujący

Interpretacja wskaźnika: Wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań cytologicznych, powinien skutkować lepszymi wynikami leczenia raka szyjki macicy i stanów poprzedzających rozwój raka. Podobnie jak w przypadku MMG, odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji.

Aktualne wyniki: W 2017 r. najwyższy odsetek objęcia populacji cytologicznym badaniem przesiewowym odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (odpowiednio 25,3% i 25%). Najniższy odsetek – 15,8% – zaobserwowano w województwie łódzkim. W przypadku badań cytologicznych wydaje się, że częściej niż w przypadku MMG badanie realizowane w ramach Programu jest zastępowane przez badanie cytologiczne towarzyszące prywatnym wizytom w gabinetach ginekologicznych oraz świadczeniom ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) finansowanym przez NFZ. Skala i różnice międzywojewódzkie nie są znane, należy jednak mieć je na uwadze, analizując dane dotyczące tego wskaźnika.

3. Stan zaszczepienia dzieci, BCG

Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia.

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny



Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i bezpieczeństwa szczepień ochronnych. W dłuższej perspektywie może to prowadzić do spadku odsetka dzieci zaszczepionych wg kalendarza szczepień.

Aktualne wyniki: Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w województwach dolnośląskim (powyżej 95%) a dalej pomorskim i mazowieckim. Najniższy odsetek zaszczepień odnotowano w województwa opolskim i lubelskim.

4. Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze-świnie-różyczce

Sposób obliczania: Odsetek dzieci zaszczepionych w 3. roku życia (ur. 2014 r.) przeciwko odrze-świnie-różyczce (1 dawka)

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny

Interpretacja wskaźnika: Wyższe wskaźniki zaszczepienia, w tym szczepionką 3 składnikową MMR, można uznać za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. Staje się to szczególnie istotne w dobie narastającej popularności tzw. „ruchów antyszczepionkowych”.

W niektórych środowiskach coraz częstsze występowanie finansowania prywatnego szczepień (np. szczepionką czteroskładnikową), co powoduje, że takie szczepienie nie jest rejestrowane. Skala i rozpowszechnienie tego zjawiska nie została jednak zbadana.

Aktualne wyniki: Stopień zaszczepienia dzieci szczepionką MMR II jest stosunkowo wysoki (93–99%), wyższy niż w większości krajów Europy Zachodniej, dlatego odporność polskiej populacji dzieci, głównie na odrę, przewyższa odporność innych populacji dzieci w Europie. W odniesieniu do dzieci urodzonych w roku 2014 najwyższy wskaźnik zanotowano w województwach świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim (od 99%-98%). Najniższy zaś w województwie mazowieckim (ok. 93%).

5. Zachorowania na gruźlicę

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny

Interpretacja wskaźnika: Liczba nowych rozpoznań gruźlicy jest pochodną odporności populacji, narażenia na zakażenia oraz skuteczności wykrywania zakażeń. W tej sytuacji uznaje się, że liczba nowo wykrytych przypadków gruźlicy świadczy o zagrożeniu tą chorobą w poszczególnych województwach, choć po części może świadczyć o skuteczności wykrywania nowych przypadków.

Aktualne wyniki: Liczba nowych przypadków gruźlicy na 100 tys. wykrytych wśród mieszkańców poszczególnych województwa stopniowo spada i jest przeciętnie niższa o 2-5p.p. niż dwa lata temu. Wskaźnik zachorowań na gruźlicę osiąga największą wartość w woj. mazowieckim, w którym wskaźnik ten wzrósł w porównaniu z wartościami sprzed dwóch lat (ok. 24,3/100tys.), dalej w świętokrzyskim i śląskim, najmniejszą zaś w województwie wielkopolskim (ok. 8,1/100 tys.).

6. Bakteryjne zatrucia pokarmowe

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Państwowy Zakład Higieny



Interpretacja wskaźnika: Zakażenia salmonellą w niniejszym Indeksie traktowane są jako wskaźnik zagrożeń epidemiologicznych, w szczególności związanych z produkcją i sprzedażą żywności. Przenoszenie salmonellozy jest przedmiotem różnych interwencji systemu ochrony zdrowia, głównie w obszarze profilaktyki (stacje sanitarno-epidemiologiczne). Częstość zachorowań, w przeliczeniu na ludność w województwie jest zatem miernikiem stanu higieny oraz nadzoru nad higieną żywienia w danym województwie.

Aktualne wyniki: W 2016 r. najwyższe wskaźniki zachorowań na salmonellozy obserwowane były w województwie lubelskim (ponad 37/100 tys.), najniższe zaś w województwach dolnośląskim, lubuskim i śląskim (od 16,6 do 18,9 zachorowań na 100 tys. osób).

7. Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy

Sposób obliczania: Liczba orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy na 100 tys. mieszkańców w wieku produkcyjnym

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Interpretacja wskaźnika: Wskaźniki występowania niepełnosprawności są jednym z pośrednich mierników stanu zdrowia populacji. Liczba osób z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością jest jednak pochodną dwóch procesów: zaburzenia stanu zdrowia oraz mechanizmów orzekania o niepełnosprawności. Odsetek osób niepełnosprawnych w populacji jest więc zależny od stanu zdrowia tej populacji, ale jest także od trendów orzecznich. Pomimo jednolitego otoczenia prawnego panującego w Polsce, praktyka stosowania tych regulacji w poszczególnych województwach może się nieco różnić. Niemniej jednak można przyjąć, że z punktu widzenia społecznego bardziej pożądana jest sytuacja mniejszej liczby niepełnosprawnych, abstrahując od mechanizmu osiągania takiego stanu.

Aktualne wyniki: Najwyższe wskaźniki liczby osób z orzeczoną niezdolnością do pracy w 2016 r. odnotowano w województwie lubuskim i kujawsko-pomorskim (ok. 260/100 tys.). Wartość wskaźnika poniżej 100/100tys. odnotowano w 2 województwach: podlaskim i pomorskim.

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

Sposób obliczania: Iloraz zgonów z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I50 oraz I25) w danym roku i liczby osób hospitalizowanych z tego powodu w tym roku.

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny i Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Niewydolność serca i przewlekłą chorobę niedokrwinną połączono w tym wskaźniku ze względu na zasady kodowania przyczyn zgonów WHO, oraz często występujący związek przyczynowo-skutkowy. Wskaźnik potencjalnie ukazuje jak skorelowana jest liczba zgonów z powodu tych przyczyn (niezależnie od poprawności kodowania zgonów) z liczbą osób hospitalizowanych z tego powodu w danym roku. Wskaźnik nie mierzy śmiertelności w populacji osób hospitalizowanych, lecz odnosi się do pełnej populacji osób umierających i hospitalizowanych w danym roku. Z pewnym przybliżeniem jednak pokazuje on jak skuteczna jest ochrona przez zgonem wśród osób, które cierpią na zaawansowaną (potrzeba hospitalizacji) chorobę niedokrwinną serca, z ewentualnymi objawami niewydolności serca.

Aktualne wyniki: Ostatnie dostępne dane wskazują, że proporcja osób umierających z wymienionych powodów, do hospitalizowanych z tych powodów jest najmniejsza w woj. warmińsko-mazurskim i podkarpackim (poniżej 15%), a dalej w kilku województwach stosunkowo nisko zurbanizowanych. Po drugiej stronie tabeli znajduje się województwo dolnośląskie (ponad 30%).

9. Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków



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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Uznaje się, że w przebiegu prawidłowo prowadzonej i wyrównanej cukrzycy pacjenci powinni być rzadko hospitalizowani z powodu cukrzycy, jako głównej przyczyny. Jednocześnie należy przyjąć, że niewłaściwe jest przyjmowanie do szpitala pacjentów z cukrzycą np. tylko w celu pogłębionej diagnostyki lub ustalenia terapii. Takie postępowanie – hospitalizacja w zastępstwie za opiekę w trybie ambulatoryjnym – jest nieefektywne, a często także nieskuteczne, ze względu na odmienne zachowania (dietę, ruch itp.) pacjentów w trakcie hospitalizacji i w warunkach domowych. Zatem im niższy wskaźnik liczby hospitalizacji wśród osób z leczoną cukrzycą, tym lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w sensie jego skuteczności oraz efektywności ekonomicznej.

Aktualne wyniki: W danych w roku 2016 najlepszy obraz opieki diabetologicznej prezentują województwa pomorskie i śląskie, gdzie hospitalizowanych było poniżej 3% osób aktywnie leczonych z powodu cukrzycy (wykupujących leki lub paski). Na drugim biegunie znajdują się województwa lubuskie, lubelskie, a także podkarpackie i świętokrzyskie.

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

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: W każdej chorobie przewlekłej jedną z miar sukcesu terapeutycznego jest zapobieganie zaostrzeniom. W przypadku chorób dolnych dróg oddechowych typowymi zaostrzeniami są nasilenie duszności, zapalenie płuc i inne stany wymagające interwencji szpitalnej. Z tego powodu można uznać, że mniejszy odsetek pacjentów hospitalizowanych w populacji chorych na choroby dolnych dróg oddechowych świadczy o lepszej i skuteczniejszej opiece na etapie przedszpitalnym.

Aktualne wyniki: Wśród wszystkich zarejestrowanych osób chorych na choroby dolnych dróg oddechowych, największy odsetek, prawie 7%, zostało hospitalizowanych w województwach dolnośląskim i warmińsko-mazurskim. Najmniej zaś osób hospitalizowano w województwach wielkopolskim, zachodniopomorskim i śląskim – około 4% chorych.

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

Sposób obliczania: Liczba hospitalizacji wśród osób leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca oraz przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (I25 oraz I50).

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, jedną z podstawowych miar sukcesu terapeutycznego w chorobie niedokrwiennej serca, z ewentualnymi objawami niewydolności serca, jest zapobieganie zaostrzeniom. Można uznać, że skuteczniejsza opieka na poziomie ambulatoryjnym (POZ i AOS), zapewniająca stabilność stanu pacjenta, powoduje rzadsze hospitalizacje. Hospitalizacja w populacji osób leczonych z powodu niedokrwiennej serca lub niewydolności serca może być zatem wskaźnikiem jakości opieki nad tą grupą chorych.



Aktualne wyniki: Najniższy odsetek pacjentów hospitalizowanych, wśród leczonych ambulatoryjnie z ww. powodu obserwowano w województwach śląskim i wielkopolskim (poniżej 15%), najwyższy zaś w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim, a dalej mazowieckim i podkarpackim (wszystkie powyżej 20%).

12. Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Przesuwanie ciężaru leczenia psychiatrycznego z leczenia szpitalnego w kierunku leczenia otwartego to jedno z głównych założeń Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Stopień realizacji tych założeń jest zróżnicowany terytorialnie, przede wszystkim zróżnicowana jest liczba osób leczonych szpitalnie do wszystkich objętych opieką pacjentów psychiatrycznych. Proporcja ta wskazuje na rolę tradycyjnego podejścia skoncentrowanego na opiece szpitalnej, ale może także wskazywać na różnice w liczbie osób objętych opieką w ogóle, a zatem obrazować zasięg zaburzeń psychicznych w populacji.

Aktualne wyniki: W danych z roku 2016 najniższy odsetek leczonych stacjonarnie (6-7%) zanotowano w województwach podkarpackim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i pomorskim. Najwyższy odsetek z kolei, w województwach warmińsko-mazurskim i opolskim (ponad 10%).

13. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny

Interpretacja wskaźnika: Niższy wskaźnik umieralności niemowląt lepiej świadczy o szeroko rozumianej sprawności systemu ochrony zdrowia w danym województwie, w szczególności w zakresie opieki ginekologicznej i położniczej. Wskaźnik umieralności niemowląt jest jednym ze wskaźników powszechnie uznawanych za syntetyczny miernik stanu zdrowia społeczeństwa i poziomu świadczeń zdrowotnych.

Aktualne wyniki: W 2016 r. najwyższe wartości współczynnika umieralności niemowląt występowały w woj. lubuskim (5,9 zgonów/1000 żywych urodzeń), najniższe zaś w woj. mazowieckim i podlaskim (3,3 zgonów/1000 żywych urodzeń).

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

Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka piersi (C50) w 2010 r. i żyjących w 2015 r.

Dane za okres: lata 2010-2015

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w przypadku zachorowań na raka piersi jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik może świadczyć o skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek, stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie, co jest z kolei pochodną skuteczności programu przesiewowego oraz spontanicznych wykryć zmian nowotworowych. W określony sposób jest także pochodną edukacji i świadomości zdrowotnej kobiet, co w części jest zależne od poradnictwa oferowanego przez lekarzy POZ i ginekologów.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że spośród osób z rozpoznaniem w 2010 r. odsetek chorych, do 5 roku po rozpoznaniu dożyło 79,4% mieszanek województwa wielkopolskiego i poniżej 73% mieszanek województw podkarpackiego, lubuskiego, małopolskiego i łódzkiego.

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



Sposób obliczania: Odsetek osób, które rozpoczęły leczenie raka jelita grubego (C18-C21) w 2010 r., żyjących w 2015 r.

Dane za okres: lata 2010-2015

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Przeżycie 5-letnie w przypadku zachorowań na raka jelita grubego jest uznanym miernikiem sukcesu terapeutycznego. Wskaźnik może świadczyć o skuteczności terapeutycznej poszczególnych placówek, stadium klinicznym, w jakim rozpoczynane jest leczenie, co jest z kolei pochodną skuteczności programu przesiewowego oraz spontanicznych wykryć zmian nowotworowych.

Aktualne wyniki: Z danych NFZ wynika, że spośród osób z rozpoznaniem raka jelita grubego w 2010 r. najmniejszy odsetek chorych, którzy dożyły do piątego roku po rozpoznaniu to mieszkańcy woj. opolskiego (37,4 %), a najwyższy odsetek to mieszkańcy woj. podkarpackiego, mazowieckiego i pomorskiego (od 48,8 do 47,9%).

16. Zgony do uniknięcia w POChP

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Główny Urząd Statystyczny

Interpretacja wskaźnika: Koncepcja zgonów do uniknięcia wg WHO zakłada, że w pewnych schorzeniach zgony z ich powodu, przed osiągnięciem określonego wieku, stanowią dowód na nieskuteczność interwencji systemu ochrony zdrowia. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą nieuleczalną, której przebieg można jednak modyfikować m.in. poprzez odpowiednią terapię lekową, edukację zdrowotną i ewentualnie popartą rehabilitacją oddechową. Zgony z powodu POChP przed 65 rokiem życia uważa się za możliwe do uniknięcia.

Aktualne wyniki: W 2016 r. najwyższe wartości wskaźnika zgonów do uniknięcia z powodu POChP występowały w województwach łódzkim, dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim (pow. 3,5/100 tys.), najniższe zaś w województwie opolskim (1,11/100tys.) oraz podkarpackim (1,46/100tys.).

17. Liczba pobrań narządów od zmarłych

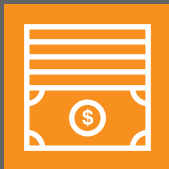
Sposób obliczania: Liczba pobrań narządów od zmarłych dawców w stosunku do liczby mieszkańców.

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Poltransplant

Interpretacja wskaźnika: Rozwój programu pobierania narządów od osób zmarłych zależy nie tylko od czynników systemowych – regulacji prawnych, wsparcia organizacyjnego czy finansowego, lecz także nastawienia lekarzy oraz społeczności lokalnej, w tym rodzin. Liczba pobrań jest cały czas zbyt mała wobec potrzeb. Skuteczność pobierania narządów od osób zmarłych jest uważana za sukces systemu i jego pracowników.

Aktualne wyniki: Z danych Biuletynu Informacyjnego Poltransplant wynika, że w 2016 r. najmniej pobrań dokonano w województwach podkarpackim (1,9/1 mln mieszkańców), najwięcej zaś w województwie wielkopolskim (25,7/1 mln mieszkańców).



OŚ 2

Efektywna gospodarka finansowa

1. Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych

Sposób obliczania: Iloraz sumy wydatków NFZ na świadczenia AOS oraz świadczenia kontraktowane odrębnie w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne.

Dane za okres: 2017 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że proporcje wydatków na opiekę pozaszpitalną w stosunku do szpitalnej w Polsce są w dalszym ciągu niewystarczające. Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie pozytywnych trendów w finansowaniu świadczeń.

Aktualne wyniki: W 2017 r. zaobserwowano, że najniższa proporcja wydatków na usługi pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych występowała w województwie mazowieckim (ok. 17,5%), najwyższa zaś w województwie zachodniopomorskim (ok 23,7%).

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

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

Dane za okres: 2017 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: W konstrukcji niniejszego wskaźnika zakłada się, że proporcje liczby usług wykonywanych w trybie jednodniowym, w stosunku do wykonywanych w trybie stacjonarnym, są w Polsce w dalszym ciągu niewłaściwe. Zatem im wyższy wskaźnik odsetkowy kontraktowanych usług jednodniowych w stosunku do usług wykonywanych w trybie stacjonarnym, tym lepiej świadczy to o zarządzaniu opieką szpitalną w danym województwie.

Aktualne wyniki: W danych z roku 2017 najwyższy odsetek wartości kontraktów na usługi jednodniowe notowany był w województwach pomorskim i świętokrzyskim, a dalej dolnośląskim i warmińsko-mazurskim. Najniższy odsetek notowano w województwie podlaskim, zachodniopomorskim i opolskim.

3. Wydatki na opiekę długoterminową

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

Dane za okres: 2017 r.

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Przyjmuje się, że opieka długoterminowa jest w Polsce niedostatecznie rozwinięta. Z tego powodu wiele osób nie ma odpowiedniej opieki i jednocześnie zużywa zasoby szpitalnictwa, powodując nieadekwatne w stosunku do rzeczywistych potrzeb koszty. Zatem im wyższe wydatki na opiekę długoterminową, tym lepsza dostępność do tej formy opieki.

Aktualne wyniki: W 2017 r. najniższe wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75. roku życia zanotowano w województwach pomorskim, łódzkim i podlaskim (poniżej 400 zł/osobę), najwyższe zaś w województwie podkarpackim (prawie 600 zł/osobę).

4. Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie



Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2010 r. rozpoznano raka odbytnicy, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły 5 lat i dłużej.

Dane za okres: lata 2010-2015

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka odbytnicy, u których raka rozpoznano w 2010 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka odbytnicy w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

Aktualne wyniki: W 3 z 16 województw wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich były na poziomie poniżej 1000 zł (województwa kujawsko-pomorskie, łódzkie oraz pomorskie. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w województwie lubuskim; 1308,6 zł.

5. Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie

Sposób obliczania: Iloraz średnich wydatków na leczenie osób, u których w 2010 r. rozpoznano raka piersi, w stosunku do odsetka tych osób, które przeżyły 5 lat i dłużej.

Dane za okres: lata 2010-2015

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik obrazuje koszt systemu ochrony zdrowia (wydatek NFZ) na uzyskanie średniego 1% przeżyć 5-letnich u chorych na raka piersi, u których raka rozpoznano w 2010 r. Wskaźnik jest syntetyczny, zbudowany na średnich wartościach wydatków na leczenie raka piersi w całym cyklu leczenia chorych oraz wartości odsetka osób żyjących średnio ponad 5 lat od rozpoznania choroby.

Aktualne wyniki: Najwyższe wydatki na osiągnięcie średniego 1% przeżyć 5-letnich u osób z rakiem piersi zanotowano w województwie podlaskim (ponad 780 zł), najniższe zaś – a tym samym najwyższą efektywność kosztową leczenia raka piersi – stwierdzono w województwie opolskim (ok 508 zł).

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

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

Dane za okres: 2016/2014

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Wskaźnik to współczynnik zmiany w wielkości zadłużenia SPZOZ-ów oraz zmian wielkości wydatków na świadczenia zdrowotne wojewódzkiego oddziału NFZ (z wyłączeniem refundacji leków). Wskaźnik obrazuje w jakim stopniu finanse placówek publicznych w danym województwie zareagowały na zmiany w poziomie finansowania.

Aktualne wyniki: Na przestrzeni 2014-2016, najbardziej korzystne zmiany zaobserwowano w województwie lubuskim, w którym odpowiedni współczynnik spadł o połowę. Na drugim biegunie znajdowały się placówki w województwie warmińsko-mazurskim



7. EBITDA placówek samorządowych w województwach

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: CSIOZ

Interpretacja wskaźnika: EBITDA wykorzystywana jest do oceny zdolności generowania dochodów przez aktywa danego przedsiębiorstwa. W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wyraża zdolność do generowania dochodów (lub strat) przez sektor podmiotów ochrony zdrowia działających w imieniu właścicieli publicznych, w formule nie-dla-zysku.

Aktualne wyniki: Suma EBITDA dla SPZOZ-ów samorządowych zlokalizowanych w poszczególnych województwach w 2016 r. osiągnęła najwyższą wartość w województwach kujawsko-pomorskim, mazowieckim oraz małopolskim (ponad 160 mln zł), najniższą zaś w województwie lubuskim (poniżej 20 mln zł).

8. Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: CSIOZ

Interpretacja wskaźnika: Rentowność brutto sprzedaży pokazuje, ile złotych zysku (straty) przed opodatkowaniem wypracowują wszystkie przychody z działalności danej jednostki gospodarczej. Im wyższy jest wskaźnik rentowności brutto, tym wyższa jest efektywność przychodów, co oznacza, że dla osiągnięcia określonej kwoty zysku przedsiębiorstwo musi zrealizować niższą sprzedaż niż wówczas, gdy rentowność sprzedaży byłaby niższa. W ujęciu prezentowanym poniżej cały sektor SPZOZów, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy w poszczególnych województwach, traktowany jest jako jeden organizm. Rentowność ze sprzedaży całego sektora informuje, jakie zyski lub straty generuje działalność lecznicza w relacji do skali przychodów tego sektora.

Aktualne wyniki: W 2016 r. najniższą rentowność uzyskały SPZOZ-y województwa podkarpackiego (poniżej – 4%). W sumie połowa województw odnotowało zagregowaną rentowność ujemną w zlokalizowanych w nich SPZOZ-ach. Najwyższą rentowność brutto uzyskały SPZOZ-y w województwie kujawsko-pomorskim (+3,8%).

9. Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ

Interpretacja wskaźnika: W Polsce od lat 90. XX w. starano się zmniejszyć nacisk na leczenie szpitalne i wzmocnić rolę alternatyw w postaci opieki ambulatoryjnej, jednodniowej, domowej i długoterminowej, głównie niestacjonarnej. W ostatniej dekadzie działania te były mniej zaznaczone niż wcześniej. W efekcie liczba łóżek szpitalnych przestała spadać, a w niektórych rejonach kraju zwiększyła się dzięki inwestycjom sektora prywatnego oraz samorządów. Na tym tle tylko niektóre województwa wykazują inne tendencje, dążąc, wśród znacznego oporu otoczenia, do ograniczenia bazy szpitalnej. Im niższy wskaźnik, tym lepiej, jako że wychodzimy z założenia, że łóżek i opieki szpitalnej w Polsce jest zbyt dużo w stosunku do opieki pozaszpitalnej.

Aktualne wyniki: W 2016 r. najwyższe wskaźniki liczby łóżek szpitalnych odnotowano w województwach śląskim, lubelskim, dolnośląskim i łódzkim (ponad 50/10 tys. mieszkańców), najniższe zaś w województwie pomorskim (poniżej 40/10 tys. mieszkańców).



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

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

Dane za okres: 2016 r.

Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ

Interpretacja wskaźnika: Na wartość tego wskaźnika składa się kilka zjawisk: 1) liczba dostępnych łóżek i liczba mieszkańców, 2) chorobowość mieszkańców, 3) skłonność do leczenia szpitalnego, 4) skłonność i skuteczność administracji zdrowotnej w działaniach służących dostosowaniu bazy szpitalnej do występujących potrzeb. W tym kontekście, należy uznać, że im większa przelotowość łóżek, tym lepiej, ponieważ istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana. W takiej interpretacji pomija się kwestię możliwości przesuwania pacjentów do leczenia poszpitalnego (czyli strategicznie zasadnego kierunku), ale uznaje się wagę bieżącej gospodarności (wykorzystania posiadanych zasobów).

Aktualne wyniki: Według danych CSIOZ z 2016 r. najniższe wskaźniki przelotowości (najniższe wykorzystanie istniejącej infrastruktury) występują w województwie śląskim (poniżej 40 osób/rok), najwyższe zaś w województwach lubuskim, pomorskim oraz wielkopolskim (ponad 50 osób/rok).



OŚ 3

Jakość konsumencka opieki zdrowotnej

1. Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych

Sposób obliczania: $\frac{\text{Przeciętne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych}}{\text{Przeciętne przychody netto na 1 osobę w gospodarstwach domowych}} \times 100$.

Dane za okres: 2015 r.

Źródło danych: GUS

Interpretacja wskaźnika: Zakłada się, że wydatki prywatne, jako odsetek całości wydatków gospodarstw domowych, na opiekę zdrowotną są wprost proporcjonalne do stopnia niezaspokojenia potrzeb tych gospodarstw przez system publicznej opieki zdrowotnej; podobnie do tych miar na poziomie międzynarodowym, gdzie wydatki prywatne są wysokie w krajach o niesprawnych systemach publicznych (Grecja, Portugalia, Irlandia), a niskie w krajach skandynawskich czy Niemczech.

Aktualne wyniki: W 2015 r. najwyższy odsetek wydatków na ochronę zdrowia w przychodach gospodarstw domowych obserwuje się w województwach łódzkim, pomorskim i lubelskim (powyżej 3,5%). Wskaźnik na poziomie poniżej 3% występuje w województwie wielkopolskim (ok. 2,94%).

2. Liczba osób na listach oczekujących

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

Dane za okres: stan na 30.04.2018

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Liczba osób oczekujących nie jest precyzyjną miarą list oczekujących ani precyzyjnym wskaźnikiem niedoborów ilości usług. Istnieje wiele zastrzeżeń co do jakości, wiarygodności czy użyteczności informacji przedstawianej w sprawozdawczości list oczekujących. Niemniej jednak, jako że warunki prawne prowadzenia list oczekujących są jednakowe w całym kraju, wielkość ta może dać obraz ograniczenia dostępu (z jakiegokolwiek powodu by ono nastąpiło) do usług w określonej puli poradni.

Aktualne wyniki: Z danych publikowanych przez NFZ na dzień 30.04.2018 wynika, że największa liczba osób zarejestrowanych na listach oczekujących występuje w woj. pomorskim (27/1000 ubezpieczonych), najniższe wskaźniki obserwowane są w województwie świętokrzyskim (12/1000 ubezpieczonych).

3. Migracja międzyoddziałowa pacjentów

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

Dane za okres: lata 2014-2016

Źródło danych: Narodowy Fundusz Zdrowia

Interpretacja wskaźnika: Nieznane są szczegółowo przyczyny migracji międzywojewódzkiej w celu uzyskania świadczeń medycznych. Dla celów niniejszego Indeksu zakłada się jednak, że w większości migracja międzyoddziałowa jest związana z niemożnością zaspokojenia potrzeb zdrowotnych we własnym województwie i jest połączona z pewnymi niedogodnościami dla pacjenta (odległość i związane z tym koszty i czas dojazdu). Zjawisko to należy uznawać za niekorzystne dla pacjenta niezależnie od jego podłoża i możliwości wpływu na to zjawisko ze strony zarządzających ochroną zdrowia.

Aktualne wyniki: Saldo migracji zmalało w 9 województwach. W pozostałych można zaobserwować wzrost omawianej wartości, największy w województwie kujawsko-pomorskim, o 0,66%.



4. Dostępność geograficzna do ośrodków teleradioterapii

Sposób obliczania: odsetek mieszkańców danego województwa, którzy zamieszkują w odległości nie większej niż 40 km od najbliższego ośrodka radioterapii w danym województwie w stosunku do wszystkich osób zamieszkałych w województwie

Dane za okres: 2018 r.

Źródło danych: GUS, NFZ

Interpretacja wskaźnika: Im większa wartość wskaźnika tym większy odsetek mieszkańców danego województwa ma geograficznie odpowiedni dostęp do radioterapii onkologicznej. Granicę 40 km dystansu przyjęto umownie, uznając, że tego rodzaju odległość umożliwia w miarę dogodny, codzienny dojazd na leczenie i powrót do domu w trakcie całego cyklu terapii promieniowaniem jonizującym. Założenie to dotyczy osób, u których nie występują bezwzględne wskazania medyczne do hospitalizacji.

5. Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości

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

Dane za okres: stan na 31.12.2017

Źródło danych: Centrum Monitorowania Jakości

Interpretacja wskaźnika: Akredytacja CMJ stanowi element zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Mimo że uzyskanie akredytacji nie daje automatycznie gwarancji wysokiej jakości, to uznaje się, że staranie się o akredytację jest wyrazem zainteresowania kierownictwa placówki kwestiami jakości. Jest to niejako obietnica, że jakość opieki zdrowotnej stanowi istotne zagadnienie i uzyskanie akredytacji powinno zwiększać prawdopodobieństwo wykonywania świadczeń lepszej jakości. W Indeksie przedstawiono wskaźnik rozpowszechnienia akredytacji w szpitalach w województwie jako dowód zainteresowania jakością opieki szpitalnej.

Aktualne wyniki: Z danych CMJ wynika, że najniższy odsetek szpitali, które posiadają certyfikat akredytacyjny CMJ występował w województwie zachodniopomorskim (ok. 9,3%), a najwyższy w województwie opolskim, kujawsko-pomorskim oraz pomorskim (ponad 30%).

6. Dostęp do informacji konsumenckiej

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: System informacji, który zapewnia wiedzę, gdzie się zwrócić z danym problemem i czego pacjent może oczekiwać, zdaniem ok. 10% respondentów należy do najważniejszych kryteriów jakości ochrony zdrowia. Zdanie respondentów na temat jakości w tym kryterium, w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) należy rozumieć jako poczucie pewności i zrozumienia reguł obowiązujących w tych dwóch dziedzinach opieki zdrowotnej.

Aktualne wyniki: W wypadku pytania o system informacji, najniższą ocenę wystawili mieszkańcy woj. dolnośląskiego (średnia ocen 3,08), najwyższą zaś mieszkańcy woj. kujawsko-pomorskiego (średnia ocen 3,44). Badanie tego kryterium w odniesieniu do POZ wskazuje, że najlepiej ocenili je mieszkańcy województwa opolskiego (średnia ocen 3,53), najniżej z kolei mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,05). System informacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej został najwyżej oceniony w województwie kujawsko-pomorskim (średnia ocen 3,49), najniżej zaś w województwie wielkopolskim (średnia ocen 3,0).



7. Dostęp do pomocy lekarskiej

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej okazuje się bardzo ważnym elementem dla oceny jakości systemu opieki zdrowotnej ze strony respondentów. W kontekście POZ, respondentów pytano o dostęp do opieki lekarskiej w godzinach nocnych i w dni świąteczne, a w kontekście AOS, ogółem o dostęp do lekarzy specjalistów. Około 36% z nich uznało dostęp do lekarzy specjalistów jako jedno z głównych kryteriów jakości systemu opieki zdrowotnej. Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jako jedno z najbardziej znaczących parametrów wskazało 27% respondentów.

Aktualne wyniki: Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej najwyżej oceniono w województwie zachodniopomorskim (3,14), a najniżej w województwie dolnośląskim (2,65). Z dostępu do lekarzy specjalistów najbardziej zadowoleni są mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (2,82), a najmniej mieszkańcy województwa pomorskiego (2,40). Najwyższa ocena dostępu do obu powyższych świadczeń została odnotowana w województwie zachodniopomorskim (2,93) oraz warmińsko-mazurskim (2,92), natomiast najniższa w województwie pomorskim (2,60).

8. Dostęp do badań diagnostycznych

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Dostęp do badań diagnostycznych za jedno z najważniejszych kryteriów jakości uznało ok. 32% respondentów. Odpowiedzi na niniejsze pytanie należy rozumieć, jako łatwość z jaką uzyskiwane są badania diagnostyczne, których respondenci się spodziewają. Na ocenę tą zapewne wpływa stopień wykształcenia i znajomości możliwości diagnostyki laboratoryjnej, a także doświadczenia z przeszłości i ukształtowane w przeszłości przyzwyczajenia w tym zakresie.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwyższe noty przyznali mieszkańcy województwa podkarpackiego (średnia ocen 3,19). Najniżej dostęp do badań diagnostycznych ocenili mieszkańcy województwa pomorskiego (średnia ocen 2,76). Dostęp do badań diagnostycznych w ramach POZ najwyżej ocenili również mieszkańcy województwa podkarpackiego (3,31), a najniżej mieszkańcy województwa świętokrzyskiego (średnia ocen 2,84). Najwyższą ocenę dostępu do badań diagnostycznych w ramach AOS wystawili mieszkańcy województwa śląskiego (3,25), najniższą z kolei mieszkańcy pomorskiego (2,66).

9. Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Jakość obsługi administracyjnej, w tym system rejestracji w ramach POZ – za jedno z najważniejszych w ocenie jakości uznało 19% respondentów, a w ramach AOS 15% respondentów. Kryterium to należy interpretować, jako wskazówkę, na ile pozamedyczne aspekty działania placówki zdrowotnej ważą na jej ocenie przez pacjenta.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwięcej ocen pozytywnych przyznali lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej mieszkańcy województwa lubelskiego (średnia ocen 3,59), a najmniej mieszkańcy województwa mazowieckiego (średnia ocen 3,04). Jakość obsługi administracyjnej w ramach POZ najwyżej ocenili respondenci w województwie podkarpackim (3,62), najniżej natomiast w województwie mazowieckim (2,97). Ten sam parametr w kategorii AOS najwyżej został oceniony w województwie lubelskim (3,61), a najniżej w województwie małopolskim (3,04).

10. Czas oczekiwania na usługę medyczną

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Czas oczekiwania na usługę medyczną jako jedno z najważniejszych kryteriów wymieniło 46% respondentów. Waga tego kryterium jest potwierdzeniem szerszych badań i sondaży, wskazujących na zbyt długi czas oczekiwania jako główny problem systemu ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że w badaniu nie mierzono obiektywnego czasu oczekiwania, lecz subiektywne poczucie czy jest on zbyt długi czy jest akceptowalny.

Aktualne wyniki: W kategorii czasu oczekiwania, najwyżej ocenili system mieszkańcy województwa śląskiego (średnia ocen 2,64), najniżej natomiast mieszkańcy województwa pomorskiego (średnia ocen 2,04).

11. Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych za ważne kryterium jakości uznało ok 14% respondentów. Jak wszystkie badane w sondażu parametry, nie jest to obiektywna jakość infrastruktury, mierzona np. czasem użytkowania, lecz subiektywna jakość, odbierana tak przez respondentów.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najwięcej pozytywnych ocen przyznali mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego (średnia ocen 3,57), najmniej natomiast mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,31).

W ramach POZ jakość infrastruktury najwyżej ocenili mieszkańcy województwa dolnośląskiego (3,56), najniżej natomiast mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego (3,21). Jakość infrastruktury AOS najwyżej została oceniona w województwie kujawsko-pomorskim (3,68), a najniżej w województwie małopolskim (3,25).

12. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Profesjonalizm i kompetencje lekarzy za ważne kryterium jakości opieki zdrowotnej uznało 36 i 33% respondentów (odpowiednio dla POZ i AOS).

Aktualne wyniki: W kategorii tej najlepiej oceniani byli lekarze województwa podkarpackiego (średnia ocen 3,82), najgorzej z kolei lekarze województwa świętokrzyskiego (średnia ocen 3,54).

Podobnie profesjonalizm lekarzy POZ został najwyżej oceniony w województwie podkarpackim (3,90), a najniżej w województwie świętokrzyskim (3,36). Województwo lubuskie otrzymało najwyższą ocenę pod względem kompetencji lekarzy AOS (średnia ocena 3,92). Najniższą z kolei województwo podlaskie (średnia ocen 3,52).





13. Podejście lekarza do pacjenta

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Podejście lekarza do pacjenta – rozumiane jako sposób rozmowy, zrozumienie problemu i czas poświęcony pacjentowi – za jedno z najważniejszych kryteriów oceny systemu uznało 44% respondentów oceniających POZ oraz 39% respondentów oceniających AOS.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najlepiej oceniani byli lekarze województwa lubuskiego (średnia ocen 3,84), najgorzej natomiast lekarze województwa zachodniopomorskiego (średnia ocen 3,55). Zdaniem respondentów najlepszy kontakt lekarza POZ z pacjentem występuje w województwie podkarpackim (średnia ocena o 3,98), a lekarza AOS w województwie lubuskim (3,95). Najgorzej lekarzy POZ ocenili mieszkańcy województwa świętokrzyskiego (średnia ocena 3,43), a lekarzy AOS mieszkańcy województwa małopolskiego (średnia ocena 3,43).

14. Efekty leczenia

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

Dane za okres: 2018 r.

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

Interpretacja wskaźnika: Efekty leczenia jako ważne kryterium oceny systemu, wskazało 23% oraz 21% respondentów, odpowiednio POZ i AOS.

Aktualne wyniki: W tej kategorii najlepiej oceniali system mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (średnia ocen 3,63), najgorzej natomiast mieszkańcy województwa podlaskiego (średnia ocen 3,32).

Efekty leczenia w ramach POZ najlepiej zostały ocenione w województwie podkarpackim (3,72), najgorzej z kolei w województwie świętokrzyskim (3,25). Pozytywnie efekty leczenia w AOS oceniają mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (3,72), natomiast najniżej w ocenie wypada województwo podlaskie (3,35).

Kontakty



Mariusz Ignatowicz

Partner, lider zespołu
ds. rynku ochrony zdrowia

T: +48 502 184 795

E: mariusz.ignatowicz@pwc.com



Bernard Waśko

Dyrektor Medyczny,
zespół ds. rynku ochrony zdrowia

T: +48 519 506 490

E: bernard.wasko@pwc.com



Monika Natkaniec

Członek Zarządu Dane-i-Analizy.pl

T: +48 12 633 72 28

E: monika.natkaniec@dane-i-analizy.pl