

NA SZARYM KOŃCU EUROPY

Bogdan OSTROWSKI

W ostatnim dniu września br. opublikowano w Brukseli pierwszy Europejski Ranking Opieki i Leczenia Chorych na Cukrzycę (Euro Consumer Diabetes Index). Polska, uzyskując 544 punkty na 1 000 możliwych, zajęła w nim dopiero 25 miejsce, za Czechami i krajami bałtyckimi. Wynik ten jest co prawda lepszy niż te, jakie Polska uzyskiwała w konsumenckich rankingach zdrowia (Euro Health Consumer Index) i opieki kardiologicznej (Heart Index), gdzie znalazła się odpowiednio na 27. i 26. miejscu, ale nie zmienia to faktu, że w dziedzinie opieki diabetologicznej ciągle pozostajemy na szarym końcu Europy.

EUROPEJSKI KONSUMENCKI RANKING OPIEKI NAD CHORYMI NA CUKRZYCĘ

Euro Consumer Diabetes Index to europejski konsumencki ranking mierzący jakość opieki i leczenia chorych na cukrzycę w pięciu głównych obszarach: dostęp do informacji, prawa i wybory konsumenta, „szczość” systemu, działania prewencyjne, dostęp do procedur i wyniki leczenia. Po co jest ten ranking?

W Europie na cukrzycę choruje średnio od 3,5 do 4% populacji. W niektórych krajach odsetek ten wynosi aż 8%¹. Oczekuje się, że liczba chorych będzie wzrastać wraz ze wzrostem liczby osób otyłych oraz spad-

kiem aktywności ruchowej. Cukrzyca typu 2 – niegdyś postrzegana jako choroba podeszłego wieku – dotyka coraz więcej osób w coraz młodszym wieku. U coraz większej liczby pacjentów z chorobami układu krążenia cukrzycę zdiagnozowano przed lub w trakcie leczenia.

W 2004 roku instytut Health Consumer Powerhouse (HCP) stworzył system wskaźników umożliwiających porównanie poziomu opieki zdrowotnej w poszczególnych jednostkach samorządowych Szwecji. Sukces odniesiony przez ów ranking zainspirował bądź też sprowokował władze szwedzkie do działania. Postanowiono stworzyć własny system wskaźników i porównać podmioty świadczące usługi medyczne. Dzięki tym działaniom system opieki zdrowotnej w Szwecji stał się bardziej przejrzystym.

Następnie, w 2005 roku HCP – prezentując pierwszy Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI) – przeniósł stworzoną przez siebie koncepcję na szczebel europejski. W rok później – a więc w 2006 roku – publikacji wyników kolejnego rankingu służby zdrowia towarzyszyła kampania „Act Now”. HCP rozpoczął działalność doradcą, której celem była poprawa systemów służby zdrowia w różnych krajach oraz podniesienie poziomu świadomości konsumenckiej poprzez tworze-

nie nowych narzędzi pomiarowych. W związku z ogromnym powodzeniem, którym nadal cieszy się Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, oraz wzrastającym popytem na tego rodzaju rankingi HCP rozpoczął prace nad stworzeniem podobnych indeksów dla poszczególnych chorób.

HCP opracował serię indeksów europejskich, z których każdy skupia się na jednym specyficznym obszarze leczenia. Raporty prezentują możliwości poprawy polityki ochrony zdrowia, kryteria dostosowane do specyficznych sytuacji, ogólne omówienie poszczególnych indeksów oraz propozycje reform i kształtowania systemu służby zdrowia. Działania HCP kon-

CZY TWOJA APTEKA?

- Włączyła się w program opieki diabetologicznej?
- Świadczy już usługi w zakresie opieki diabetologicznej?
- Jest już ekspertem w zakresie opieki diabetologicznej?

PRZYŁĄCZ SIĘ!

PROGRAM OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ

prodiab

Uczestnicząc w nim otrzymasz:

- Szkolenia w ramach programu ustawicznego kształcenia, kurs zakończony testem
- Program komputerowy, który umożliwi prowadzenie Karty Pacjenta zgodnie z założeniami opieki farmaceutycznej PharmaDiab
- Możliwość kairwania pacjentów na bezpłatne konsultacje do lekarza,
- Wspieranie w zakresie PR, reklamy i marketingu
- Materiały reklamowe: plakaty, naklejki na okna wystawowe, karty dla pacjentów
- Ulotki, materiały edukacyjne dla pacjentów

Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.bioton.pl

prodiab

- centrują się na poprawie sytuacji i podniesieniu świadomości pacjentów.

Wskaźniki ujęte w Diabetes Index 2008 z konieczności są pewnym kompromisem: z jednej strony ranking przedstawia najistotniejsze informacje o poszczególnych krajowych systemach służby zdrowia (postrzeganych z punktu widzenia konsumentów); z drugiej – odzwierciedla zakres i rodzaj danych dostępnych przy jego opracowywaniu.

Z uwagi na powyższe ważne było posiadanie różnych wskaźników opisujących różne obszary badanej rzeczywistości, które w możliwie wierny sposób pokazywałyby pełny obraz systemu służby zdrowia. Do rankingu włączono więc zarówno wskaźniki jakościowe jak i „twarde” dane ilościowe. Do listy wskaźników dołączono także i te, które wychodzą poza bezpośredni zakres usług oferowanych przez służbę zdrowia, ale przedstawiają czynniki ryzyka istotne dla osób chorujących na cukrzycę, takie jak rzucenie palenia czy poziom aktywności fizycznej.

W przygotowaniu rankingu Diabetes Index pomocne były doświadczenia zebrane podczas przygotowywania Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia oraz Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Chorób Serca. Stworzono pięć głównych obszarów:

- 1) prawa pacjentów i informacje,
- 2) szczodrość systemu,
- 3) prewencja,
- 4) dostęp do procedur,
- 5) wyniki leczenia.

Każdy ze wskaźników opisujących krajowe systemy służby zdrowia oceniony został na trzypunktowej skali za pomocą kolorów: zielony – wynik dobry, żółty – średni, czerwony – wynik niezadowolający. Za kolor zielony przyznawano 3 punkty, za żółty 2 punkty a za czerwony lub brak danych – 1 punkt.

Wynik końcowy obliczono, sumując wyniki uzyskane dla poszczególnych obszarów. Wyniki wyrażone zostały w procentach, jako stosunek punktów uzyskanych do maksymalnej liczby punktów. W dalszej części analizy wyniki procentowe pomnożono przez współczynniki wagi i dodano do siebie. W ten sposób uzyskano wynik końcowy dla danego kraju.

W rankingu HCP największy współczynnik wagi powinien otrzymać obszar „wyniki leczenia”. Jednakże, biorąc pod uwagę brak danych o wynikach leczenia cukrzycy w Europie, obszar ten w rankingu zszedł na nieco dalszy plan.

Teoretycznie rzecz biorąc, maksymalna ocena – przy maksymalnej liczbie zielonych punktów we wszystkich kategoriach – to 1000 punktów. Ocena minimalna – przy maksymalnej liczbie czerwonych punktów we wszystkich kategoriach – to 333 punkty. Choć punktacja ta może wydawać się skomplikowana, pozwala ona na znaczne zredukowanie prawdopodobieństwa otrzymania w rankingu identycznej oceny przez dwa lub więcej krajów.

NAJLEPSI I NAJGORSI W EUROPIE

Najwyższą ocenę uzyskała Dania (837 punktów na 1000

możliwych). Dobre wyniki odnotowano tu zwłaszcza w takich obszarach jak prawa pacjentów, dostępność informacji, możliwości wyboru oraz działania prewencyjne – czyli w tych dwóch obszarach, które są najistotniejsze z punktu widzenia zarządzania cukrzycą. Wyniki te wskazują na dobry dostęp do podstawowych usług medycznych, dzięki którym możliwe jest wczesne wykrywanie i rozpoczęcie leczenia cukrzycy. W konsekwencji Dania zajmuje pierwsze miejsce w rankingu, mimo iż jej osiągnięcia w obszarze „wyniki leczenia” są o wiele mniej imponujące.

Drugie miejsce, o jeden punkt mniej, a więc zaraz po Danii, otrzymała Wielka Brytania. Podobieństwa do sytuacji w Danii są uderzające: w obu krajach wiele uwagi przywiązuje się do łatwego dostępu do usług podstawowych oraz do popularyzacji korzystania z usług pielęgniarek wyspecjalizowanych w problematyce cukrzycy. Choć Wielka Brytania otrzymała gorsze wyniki w obszarze podejmowania działań prewencyjnych niż Dania, uzyskała ona najlepsze wyniki w obszarze „wyniki leczenia”: we wszystkich wskaźnikach rankingu Wielka Brytania otrzymała „zielone” wyniki. Tuż za Wielką Brytanią plasują się Francja, Holandia i Belgia. Wszystkie te kraje otrzymały ocenę powyżej 800 punktów.

Kraje, które znalazły się w czołówce rankingu, to kraje, w których cukrzycę leczy się na najbardziej podstawowym poziomie świadczenia usług zdrowotnych, to jest u lekarza rodzinnego. Nie jest to niczym dziwnym, biorąc pod uwagę fakt

dobrej znajomości tej choroby wśród lekarzy oraz to, iż wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia to podstawa szybkiego powrotu do zdrowia. Z uwagi na to rutynowe badania kontrolne – takie jak te, które z łatwością mogą być przeprowadzone przez lekarzy rodzinnych i pielęgniarki z podstawowej służby zdrowia – są efektywnym narzędziem w walce z chorobą.

W środku rankingu znajduje się wiele zamożnych państw o dobrze rozwiniętej infrastrukturze, co do których można byłoby oczekiwać, iż osiągną lepsze wyniki. Przyczyną słabszych osiągnięć jest, być może, niedostateczny dostęp do usług medycznych i dość słabo rozwinięty system opieki zdrowotnej niższego szczebla, co opóźnia szybkość reagowania i zmniejsza korzyści płynące z szybkiego rozpoczęcia leczenia chorych na cukrzycę.

I CI KTÓRZY PRZEGRALI...

Na samym końcu skali znajduje się Bułgaria (470 punktów) – jedyne państwo, które uzyskało mniej niż 500 punktów. Podobnie jak w innych badaniach kraje Europy Środkowej i Wschodniej są nadreprezentowane w dolnych przedziałach rankingu. Są tu jednakże wyjątki: Cypr (przedostatnie miejsce), Portugalia i Malta otrzymały mniej niż jedną trzecią z wszystkich możliwych do uzyskania punktów.


Kluczowe dla skutecznej walki z cukrzycą nie jest posiadanie wysoko rozwiniętej i kosztownej infrastruktury technicznej w systemie służby zdrowia, o czym najlepiej świadczą wyniki uzy-

skane przez Litwę i Łotwę, które zaliczone zostały do elitarnego klubu „państw środka”.

Kraje o niskich wynikach to przede wszystkim kraje, w których trudno o dostęp do rzetelnej informacji, oraz kraje, w których nie istnieje – bądź istnieje w postaci szczątkowej – system prewencyjny. Co ciekawe, pewna część tych krajów


posiada dobrze rozwinięty system podstawowej opieki medycznej. Łatwy dostęp do usług medycznych nie przekłada się jednakże na łatwość uzyskania rzetelnej informacji i wsparcia. Tam, gdzie brak dostępu do informacji i systemu działań prewencyjnych, słabe są też wyniki leczenia. Liczba krajów, w których przeprowadza się najwięcej

CZY TWOJA APTEKA?



- Włączyła się w program opieki diabetologicznej?
- Świadczy już usługi w zakresie opieki diabetologicznej?
- Jest już ekspertem w zakresie opieki diabetologicznej?

PRZYŁĄCZ SIĘ!





prodiab

Uczestnicząc w nim otrzymasz:

- Szkolenia w ramach programu ustawicznego kształcenia, kurs zakończony testem
- Program komputerowy, który umożliwi prowadzenie Karty Pacjenta zgodnie z założeniami opieki farmaceutycznej PharmaDiab
- Możliwość kierowania pacjentów na bezpłatne konsultacje do lekarza,
- Wsparcie w zakresie PR, reklamy i marketingu
- Materiały reklamowe: plakaty, naklejki na okna wystawowe, karty dla pacjentów
- Ulotki, materiały edukacyjne dla pacjentów

Więcej informacji znajdziesz na stronie: www.bioton.pl





▶ amputacji stóp (większą od koniecznej), jest wciąż niepokojąco duża.

Najlepsi w poszczególnych obszarach to: prawa pacjentów i informacje – Dania, szczodrość systemu – Dania, Francja, Niemcy, Litwa, Słowenia, Szwajcaria, Wielka Brytania (razem), prewencja – Belgia, dostęp do procedur: Belgia, Holandia, Wielka Brytania, wyniki leczenia – Wielka Brytania.

DLACZEGO WYPADLIŚMY TAK SŁABO?

Zdaniem odpowiedzialnej za projekt dr **Beatriz Cebolla Garrofe**: – Jednym z sugerowanych zaleceń byłoby wprowadzenie analogów insuliny na listę leków refundowanych. Polska jest jedynym krajem w Europie, który jeszcze tego nie uczynił. Również pompy insulinowe powinny znaleźć się na tej liście, gdyż tylko nieliczni pacjenci mogą sobie pozwolić na ich zakup.

Problem jakości leczenia i dostępności do nowoczesnych terapii od wielu lat dostrzega również polskie środowisko diabetologiczne. Według prof. **Władysława Grzeszczaka**, prezesa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, „w Polsce istnieje jedna z najgorszych w Europie polityka refundacji leków i sprzętu diabetologicznego, w praktyce wyłączająca dostęp polskich pacjentów do nowoczesnego leczenia”.

Nie jest tajemnicą, że leczenie powikłań jest 8-krotnie droższe niż leczenie samej cukrzycy. W 2002 roku roczne koszty poniesione przez wszystkie kasy chorych na leczenie powikłań cukrzycy oszacowano

na 435 185 000 zł. To plasuje cukrzycę w czołówce, jeśli chodzi o generowanie kosztów w systemie usług zdrowotnych. Cukrzyca pochłania 5-10% całkowitego budżetu ochrony zdrowia. Zakładając, że na rozpoznaną cukrzycę typu 2 choruje w Polsce 2,82% spośród 38 230 800 mieszkańców, całkowite koszty bezpośrednie cukrzyki typu 2 ocenia się na poziomie 2 619 749 895,37 zł, czyli na ponad 2,5 mld złotych!!

Kraje, które znalazły się w czołówce rankingu, to kraje, w których cukrzycę leczy się na najbardziej podstawowym poziomie świadczenia usług zdrowotnych, tj. u lekarza rodzinnego. Polska nadal znajduje się w grupie państw, w których trudno o dostęp do rzetelnej informacji oraz w których nie istnieje bądź istnieje w postaci szczątkowej system prewencyjny.

PRIORYTETY ZMIAN

Diabetes Index jest dobrym punktem wyjścia do opisu usług związanych z leczeniem cukrzycy obecnie i w przyszłości. W wyraźny sposób przedstawia on proces uczenia się na własnych próbach i błędach. Podobnie jak w innych obszarach służby zdrowia trudno jest znaleźć aktualne i rzetelne dane – zwłaszcza jeśli chodzi o wyniki leczenia. Dane te często po prostu nie istnieją.

– Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań lepsza, bardziej intensywna, a co za tym idzie – bardziej skuteczna opieka diabetologiczna umożliwia zapobieganie kosztownym powikłaniom cukrzycy, inwalidztwu i śmiertelności. Z tego powodu

konieczne jest upowszechnienie takiej właśnie opieki dla wszystkich chorujących na cukrzycę w naszym kraju – podsumowuje prof. **W. Grzeszczak**.

Wnioski dla narodowych systemów opieki zdrowotnej, do których prowadzą wyniki Diabetes Index 2008, można ująć w siedmiu punktach:

1. Dane dotyczące służby zdrowia są bardzo fragmentaryczne, często brakuje danych o sprawdzonej jakości.
2. Dobre leczenie cukrzyki nie musi być kosztowne, o ile jest ono efektywnie zarządzane.
3. Rozbudowana opieka medyczna pierwszego stopnia jest najważniejszym czynnikiem umożliwiającym prowadzenie dobrych badań kontrolnych, wykrywanie i wczesne leczenie choroby.
4. Personel zatrudniony w sektorze opieki medycznej pierwszego stopnia powinien również przekazywać informacje i dostarczać wsparcia – inaczej pozytywny efekt wczesnego rozpoczęcia leczenia nie zostanie w pełni wykorzystany.
5. Rzetelne i dobrej jakości informacje przekazywane pacjentom to lepsze zarządzanie chorobą.
6. Wszystkie kraje mogą poprawić procedury okresowych badań kontrolnych.
7. Rządy wszystkich krajów mogą zwiększyć swoje zaangażowanie w działania prewencyjne poprzez stworzenie programów poprawiających tężyznę fizyczną, programów walki z paleniem oraz programów

► zwiększających poziom świadomości ludności w zakresie zdrowego sposobu odżywiania się w celu walki z otyłością.

Sukces wiąże się ze stosowaniem najlepszych praktyk. Niepokojem powinna więc napawać niedostępność na tak wielu szczeblach podstawowych danych na temat leczenia cukrzycy. Tylko w pięciu z 29 krajów istnieje krajowy rejestr osób

chorych na cukrzycę. Działaniem priorytetowym powinno więc być zbieranie danych o tym, co najważniejsze: rozpowszechnienie chorób nerek i stóp (zespół stopy cukrzycowej, najczęstsze powikłanie występujące w chorobie) oraz danych o amputacji stóp wskutek powikłań w przebiegu cukrzycy.

Równie niepokojący jest brak efektywnych strategii w podstawowych działaniach prewencyj-

nych prowadzonych w wielu krajach. Palenie i otyłość są szczególnie niebezpieczne dla chorych na cukrzycę – mimo to aktywne poszukiwanie porad lekarskich związanych z rzuceniem palenia oraz poziom aktywności ruchowej w populacji dorosłych są ciągle niewystarczające i zbyt słabe. ■

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NA TEMAT TERAPII CHOROÓB RZADKICH

Bogdan OSTROWSKI

Choroby rzadkie to schorzenia występujące w liczbie mniejszej niż 5 przypadków na 10 tys. mieszkańców. Rzadkie choroby metaboliczne są schorzeniami genetycznymi polegającymi na braku enzymu biorącego udział w rozkładzie produktów metabolizmu komórkowego. Zastępcza terapia enzymatyczna tych chorób jest bardzo skuteczna, ale niezwykle kosztowna, zatem jedyną szansą chorych jest leczenie refundowane przez państwo.

Pacjenci cierpiący na choroby uznawane za rzadkie i ich rodziny jednoczą się w organizacjach pacjenckich, by razem szukać rozwiązania swoich problemów. Jednym z bardziej aktywnych wśród nich jest Stowa-

rzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę i Choroby Rzadkie – organizacja, która pomaga rodzinom dotkniętym rzadkimi chorobami genetycznymi i chorobami pokrewnym, dba o kontakty międzynarodowe pomiędzy środowiskami pacjenckimi, naukowymi i medycznymi oraz ośrodkami decyzyjnymi na całym świecie.

Problemy, z jakimi borykają się pacjenci i ich rodziny, oraz jakie napotykać lekarze, podejmując terapię pacjentów w Europie Wschodniej i Środkowej, są o wiele większe od trudności, jakie napotykać pacjenci z bardziej zamożnych państw, gdzie nie ma kłopotów z dostępem do leczenia. Dostrzegając te nierówności, stowarzyszenie stara

się im przeciwdziałać oraz poszukiwać rozwiązań, które zbliżą standardy terapii naszych pacjentów do poziomu zachodnioeuropejskiego.

W pierwszy weekend października 2008 roku w Konstancinie-Jeziornej pod Warszawą odbyła się międzynarodowa konferencja, której temat przewodni to: „Wyzwania i problemy z dostępem do leków sierocych i terapii chorób rzadkich w Europie Środkowej i Wschodniej”.

Głównym organizatorem tej konferencji było wspomniane Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę i Choroby Rzadkie, które jest członkiem Central & Eastern European Genetic Network (CEEGN),