

Praca badawcza p.t.

„Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”.

RAPORT Z PRZEBIEGU PRAC

Praca powstała w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020 i została zrealizowana na podstawie umowy nr 27/BR-POPT/CBiES/2015 zawartej dnia 22 stycznia 2015 r. wraz z Aneksami nr 1 z dnia 17 lipca 2015 r. pomiędzy Głównym Urzędem Statystycznym z siedzibą w Warszawie a Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS z siedzibą w Jachrance.

Jachranka, październik 2015 r.



Wykonawca:

Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS

Dyrektor Mariusz Kraj

Kierownik Projektu:

Ewa Malesa

Koordynator projektu:

Ewa Malesa

Opracował zespół badawczy:

Melania Brzozowska, Tomasz Czeleko, Jadwiga Czyż, Marek Dmowski, Joanna Didkowska, Katarzyna Gadocha, Joanna Hausman-Czerwińska, Anna Jasiówka, Katarzyna Klonowska, Andrzej Koronkiewicz, Olga Lewandowska, Katarzyna Motyka, Krzysztof Nyczaj, Zbigniew Orzeł, Maria Penpeska, Beata Postek, Agnieszka Suchodolska, Dariusz Wasilewski, Izabela Wilkińska, Piotr Woch, Małgorzata Żyra i pozostali członkowie zespołu badawczego.

Wykaz skrótów

BDL	Bank Danych Lokalnych
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
CSIOZ	Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny (ang. <i>European Statistical Office</i>)
GIS	Główny Inspektor Sanitarny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja X (ang. <i>The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision</i>)
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
MPiPS	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
MSW	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIP	Numer Identyfikacji Podatkowej
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NTS	Nomenklatura Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
PBSSP	Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej
PESEL	Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
RUM	Rejestr Usług Medycznych
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organisation</i>)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

1	WSTĘP.....	5
1.1	Usługi publiczne.....	5
1.2	Dostępność i jakość usług publicznych w systemie ochrony zdrowia.....	7
2	CELE ORAZ SPOSÓB PRZEPROWADZENIA PRACY BADAWCZEJ	9
3	ZREALIZOWANE DZIAŁANIA.....	10
4	WYNIKI PRACY	10
4.1	Zasoby informacyjne	10
4.2	Stosowane wskaźniki oceny systemu opieki zdrowotnej.....	12
4.3	Luki informacyjne	13
4.4	Określenie zakresu i źródeł nowych informacji.....	16
4.5	Propozycja nowych wskaźników	17
4.5.1	Stacjonarna opieka zdrowotna.....	17
4.5.1.1	Szpitala	17
4.5.1.2	Aparatura medyczna	27
4.5.1.3	Długoterminowa opieka pielęgnacyjna.....	31
4.5.2	Ambulatoryjna opieka zdrowotna.....	43
4.5.2.1	Podstawowa opieka zdrowotna	47
4.5.2.2	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	58
4.5.2.3	Badania diagnostyczne i analizy medyczne.....	67
4.5.3	Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne.....	70
4.5.4	Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne	80
4.5.5	Aspekt finansowy.....	98
4.5.6	Zasoby pracy w ochronie zdrowia	104
4.5.7	Ocena konsumencka.....	106
4.6	Pozyskanie danych i pilotażowe opracowanie wskaźników	115
4.7	Raport jakości policzonych wskaźników	115
5	PROPOZYCJE ŚCIEŻEK I PROCEDUR POZYSKANIA DANYCH	116
6	REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DALSZYCH DZIAŁAŃ	116
7	PODSUMOWANIE	118

1 WSTĘP

Prezentowane opracowanie metodologiczne powstało w ramach realizacji pracy badawczej pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”, do którego wykonania zobowiązało się Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS w Jachrance na zlecenie Głównego Urzędu Statystycznego, zgodnie z umową nr 27/BR-POPT/CBiES/2015 zawartej dnia 22 stycznia 2015 r.

Praca badawcza realizowana jest w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2007-2013 oraz programowania i monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013.

1.1 Usługi publiczne

Pojęcia usług społecznych i usług publicznych pojawiają się w literaturze bardzo często, jednak wiele razy bez podania ich definicji. Usługi publiczne i społeczne są obszarami częściowo przenikającymi się. Można wyodrębnić usługi wyłącznie publiczne (np. komunikacja publiczna, dostawy energii, usługi wodno-kanalizacyjne, sanitarne) oraz usługi będące jednocześnie publicznymi i społecznymi (usługi administracyjne, sądownictwo, bezpieczeństwo publiczne, opieka zdrowotna, usługi edukacyjne), a także usługi społeczne nie wchodzące w skład usług publicznych (np. część usług turystycznych, kulturalnych).

Usługi społeczne i publiczne należy badać nie tylko w celu bezpośredniego zaspokojenia potrzeb odbiorców informacji, ale także z tego względu, że pełnią istotną rolę w długookresowych i średniookresowych strategiach rozwoju oraz programach rozwoju, ponadto mają istotny wpływ na jakość życia.

Istnieje wiele definicji i punktów spojrzenia na usługi społeczne. Według prof. dr hab. Barbary Szatur Jaworskiej¹, usługi społeczne:

- są to czynności podejmowane w celu bezpośredniego zaspokojenia ludzkich potrzeb i nie polegają na wytwarzaniu dóbr materialnych,
- służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin, choć ich jakość i dostępność mają wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych,
- mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne jak i niepubliczne,
- uzyskiwane są bezekwiwalentnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatnie.

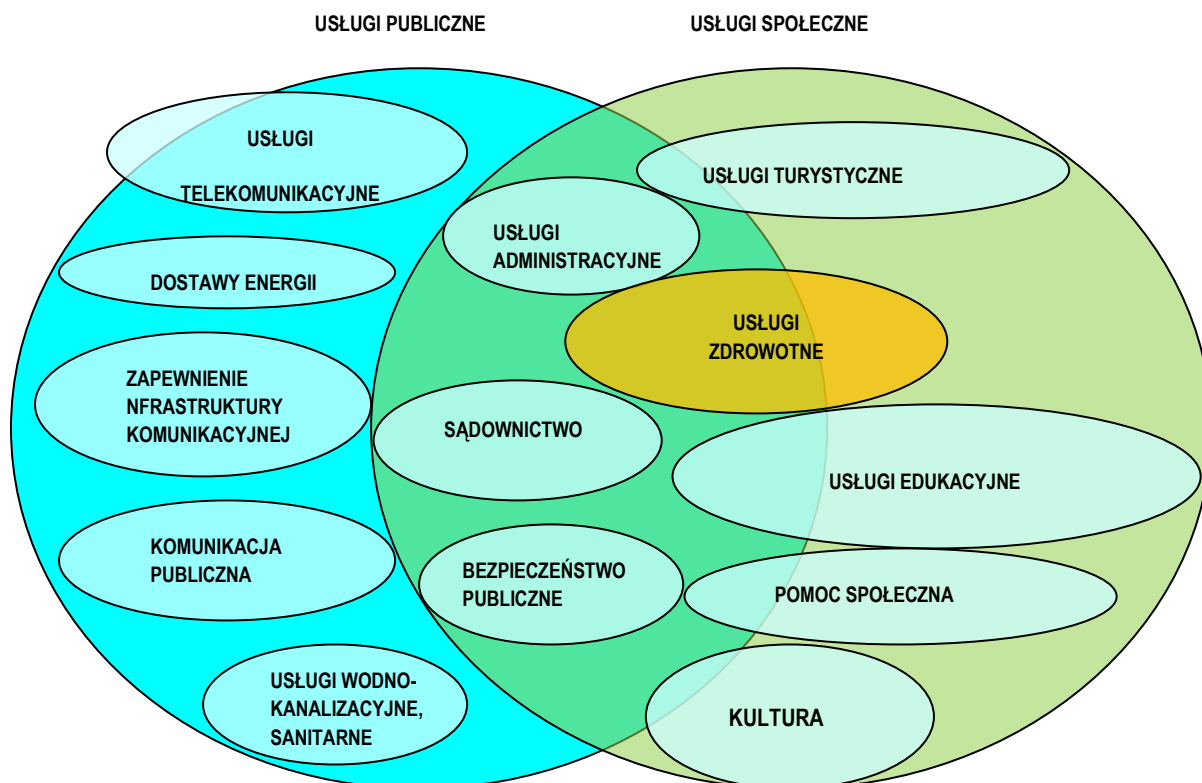
Z kolei usługi publiczne, zwane inaczej usługami interesu publicznego, lub użyteczności publicznej, można podzielić na:

- usługi nierynkowe (tj. obowiązkowa edukacja, ochrona socjalna),
- obowiązki państwa (tj. bezpieczeństwo i wymiar sprawiedliwości),
- usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (tj. podstawowe usługi w zakresie dostaw energii elektrycznej, telekomunikacyjne, pocztowe, transportowe, wodno-kanalizacyjne, sanitarne i energetyczne)².

¹ *Polityka społeczna i usługi społeczne*, Szarfenberg R. w: *Przeobrażenie sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego*, 2011

² Źródło: Parlament Europejski http://circa.europa.eu/irc/opoce/fact_sheets/info/data/market/rules/article_7197_pl.htm

Wzajemne przenikanie się usług publicznych i społecznych obrazuje poniższy rysunek:



Istnieje wiele definicji usług publicznych. W większości definicji powtarzają się jednak pewne stałe elementy, które pozwalają tym samym stwierdzić, że dana usługa jest usługą publiczną.

Utworzony przez Dyrektora Departamentu Badań Społecznych i Warunków- Życia Zespół ds. publicznych usług społecznych zaproponował kryteria decydujące o zaliczeniu danej usługi do usług publicznych.

Uznano, że można przyjąć następujące stałe elementy usług publicznych, które spełnione równocześnie stanowiłyby granice usługi publicznej :

- usługa/czynność wykonywana przez władze publiczne (lub zlecona przez te władze do wykonania np. organizacjom pozarządowym, podmiotom prywatnym),
- usługa świadczona dla ogółu obywateli (niemożliwe jest wykluczenie kogokolwiek z prawa do korzystania z usługi publicznej), ma charakter powszechny ,
- usługa mająca na celu zaspokojenie zbiorowych potrzeb wspólnoty,
- usługa subsydiowana ze środków publicznych.

Zatem publiczne usługi społeczne można określić jako tę część usług społecznych, które spełniają powyższe kryteria.

Ze względu na charakter i formę świadczonych usług z zakresu ochrony zdrowia, a także rodzaj świadczeniodawcy można wyróżnić usługi:

- ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (podstawowa opieka zdrowotna (POZ), specjalistyka (AOS), medyczna opieka w domu pacjenta),
- ratownictwa medycznego,
- stacjonarnej opieki zdrowotnej (działalność szpitali, stacjonarnej opieki długoterminowej, sanatoriów i szpitali uzdrowiskowych, zakładów rehabilitacji leczniczej, hospicjów),

- sprzedaż leków i wyrobów medycznych.

Żadna z wymienionych grup usług nie spełnia w całości kryteriów usługi publicznej. W zależności od rodzaju, usługi tylko w mniejszym lub większym stopniu finansowane są ze środków publicznych.

Na potrzeby niniejszego opracowania przez publiczne usługi zdrowotne rozumie się część usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia, która realizowana jest w ramach środków publicznych

Zgodnie z Konstytucją RP, władze publiczne, w tym jednostki samorządu terytorialnego (JST) mają obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa sferę aktywności władz publicznych w tym zakresie nakładając konkretne zadania na poszczególne podmioty administracji publicznej. Zadania te jednak są dość ogólnie nakreślone, co w porównaniu z wcześniejszym systemem prawnym pozostawia pewną swobodę działania, w zależności od interpretacji przepisów.

1.2 Dostępność i jakość usług publicznych w systemie ochrony zdrowia

W związku z publikacją Światowego Raportu Zdrowia 2013: „Badania dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej”, Dr Margaret Chan, Dyrektor Generalny WHO, stwierdziła, że „powszechny dostęp do opieki zdrowotnej jest najlepszym sposobem na scementowanie postępów w zakresie opieki zdrowotnej, jakich dokonano na przestrzeni ostatniej dekady. To potężny czynnik niwelujący nierówności społeczne oraz najdoskonalszy wyraz sprawiedliwości”³.

Kontekst badań naukowych nad powszechnym dostępem do opieki zdrowotnej pokazuje nie tylko wagę problemu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ale również powszechność zjawiska ograniczeń w dostępności do świadczeń i trudności z jego oceną.

Jednocześnie w uznawanych za najlepsze systemach ochrony zdrowia nie istnieje wzorcowy model oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wagę dostępności do świadczeń podkreśla również polski system prawny, umieszczając dostępność jako jedyną cechę systemu uregulowaną w Konstytucji. Nie jakość, kompleksowość czy ciągłość udzielania świadczeń, a właśnie równy dostęp do systemu ochrony zdrowia został zawarty jako prawo konstytucyjne każdego Polaka. W art. 68 ust. 2 Konstytucji, zapisano, że „Obywatelom, niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Tą ustawą jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), dla której aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661) zwanych dalej listami oczekujących.

W praktyce, to listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej do świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, są w Polsce

³ Światowy Raport Zdrowia 2013: Badania dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, zob. <http://www.who.int/whr>

jedynym systemowym rozwiązaniem służącym ocenie dostępności do świadczeń. Jest to rozwiązanie stosowane na świecie, ale należy mieć na uwadze, że wartość informacyjna list oczekujących w ocenie dostępności do świadczeń zależy od całości rozwiązań systemowych i ich efektów.

Teoretycznie, można przyjąć, że listy oczekujących najlepiej odzwierciedlają dostępność do świadczeń w systemie idealnym, czyli nieistniejącym. Taki system musiałby charakteryzować się nieograniczonymi zasobami finansowymi, ludzkimi i infrastrukturalnymi, rozmieszczonymi geograficznie zgodnie z możliwościami komunikacyjnymi mieszkańców danej populacji i świadomymi rzeczywistych swoich potrzeb zdrowotnych obywateli. W takim idealnym systemie pewnie list oczekujących by nie było, a ich obecność wskazywałaby miejsca i źródła ograniczeń w dostępie do świadczeń.

W takim wielowymiarowym kontekście należy poszukiwać metod wyrażenia i oceny dostępności do świadczeń. „Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana przez liczne czynniki leżące po stronie wykonawcy świadczeń zdrowotnych (m.in. poprzez skracanie czasu pracy placówek udzielających świadczenia, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (m.in. poprzez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy czyli pacjenta (m.in. poprzez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych)”⁴.

Dlatego też, nie odrzucając prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej jako form oceny realizacji zasad zawartych w umowach z płatnikiem publicznym, należy rozwijać alternatywne/inne metody wyrażania i oceny dostępności do świadczeń. Z pewnością jeszcze długo nie uda się wyczerpać wszystkich możliwości analizy dostępności do świadczeń. Wskazane powyżej grupy istotnych elementów systemu mających wpływ na dostępność do świadczeń w zestawieniu z danymi z dostępnych zasobów statystyki publicznej i wybranymi kwantyfikatorami pozwalają na konstrukcję szeregu użytecznych wskaźników. Ich powstanie jest głównym przedmiotem niniejszego projektu.

Wskaźniki zostały utworzone w odniesieniu do elementów strukturalnych ochrony zasobów ochrony zdrowia (łóżka, sprzęt, personel), funkcjonalnych (świadczenia zdrowotne) i w odniesieniu do populacji, podziału administracyjnego kraju i uwarunkowań geograficznych. Ich obliczenie w najbliższych latach pozwoli na poprawę planowania wydatków publicznych w systemie ochrony zdrowia, tak na finansowanie świadczeń zdrowotnych jak i zasobów systemu: infrastruktury ochrony zdrowia i zasobów ludzkich. Racjonalizacja w tych obszarach jest warunkiem koniecznym poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Poprawa efektywności zostanie skierowana na poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń. Wielkość nakładów oraz mechanizmy dystrybucji środków w systemie ochrony zdrowia w zestawieniu z ww. działaniami prowadzą do poprawy dostępności do świadczeń dla potrzebujących obywateli – pacjentów. Podnoszenie jakości będzie zawsze działaniem konkurencyjnym wobec dostępności, a jednym z priorytetowych celów polityki zdrowotnej stanie się znalezienie równowagi pomiędzy tymi dwoma ważnymi cechami systemu ochrony zdrowia, tak aby możliwie dostępny system gwarantował wysokiej jakości świadczenia zdrowotne.

⁴ Krot K., Glińska E. *Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, Uniwersytet Rzeszowski, 2003-2004, nr 3, s. 399-413

Należy pamiętać, że opracowane wskaźniki mają swoje ograniczenia, z których najważniejszym jest ułomność dostępnych danych, w dodatku nieobejmujących całego wachlarza świadczeń zdrowotnych m.in. ukrytych w sektorze prywatnym oraz w pewnym zakresie w obszarze polityki społecznej. Niemniej jednak, wskaźniki te przybliżą wiedzę wszystkim interesariuszom w obszarze dostępności do świadczeń, a dokonana w przyszłości krytyczna ich analiza pozwoli na niezbędne korekty, eliminację wskaźników nieprzydatnych i stworzenie nowych.

2 CELE ORAZ SPOSÓB PRZEPROWADZENIA PRACY BADAWCZEJ

Celem ogólnym projektu było **rozpoznanie możliwości uzyskania nowych wskaźników lub opracowanie metodologii badań statystycznych** na podstawie danych administracyjnych w wybranych, ważnych z punktu widzenia prowadzenia monitoringu polityki spójności obszarach, w perspektywie finansowej 2014-2020.

Wykonana praca **dostarcza informacji o możliwości pozyskania danych statystycznych umożliwiających opracowanie wskaźników, które mogą być wykorzystane** do monitorowania i oceny dostępności i jakości usług publicznych w ochronie zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb informacyjnych jednostek samorządu terytorialnego (JST).

Obszarem badawczym były usługi publiczne realizowane lub nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub służby państwowe. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza gminy (NTS 5), powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2).

Przedmiotem badania była realizacja zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia polegających na zapewnieniu obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Stan zdrowia nie wchodził w zakres przedmiotowy realizowanego zadania.

Założono pozyskanie dla celów badania danych, których dysponentami są instytucje działające w obszarze ochrony zdrowia, takie jak NFZ, NIZP-PZH, CSIOZ, Ministerstwo Zdrowia.

Cele szczegółowe pracy badawczej obejmowały:

1. Opisanie dostępnych źródeł danych dotyczących wybranych obszarów opieki zdrowotnej znajdujących się w zasobach informacyjnych instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej, głównie Narodowego Funduszu Zdrowia;
2. Wykazanie luk informacyjnych;
3. Określenie zakresu i źródeł nowych informacji możliwych do pozyskania na potrzeby statystyki publicznej, z uwzględnieniem przekrojów terytorialnych – województw (NTS 2), powiatów (NTS 4) i gmin (NTS 5) tak, aby umożliwiły one prowadzenie analiz na możliwie najniższym poziomie terytorialnym, także na potrzeby JST;
4. Opracowanie propozycji wskaźników umożliwiających monitorowanie dostępności i jakości usług publicznych w ochronie zdrowia na podstawie uzyskanych danych;
5. Obliczenie wartości wybranych wskaźników w celu przetestowania zaproponowanych metod pozyskiwania i analizy danych,
6. Zaproponowanie ścieżek i procedur pozyskania danych, w tym zaproponowanie zakresu odpowiedzialności poszczególnych instytucji za generowanie, udostępnianie i analizę danych;

3 ZREALIZOWANE DZIAŁANIA

W trakcie realizacji zadania badawczego zostały wykonane **następujące prace**:

1. Rozpoznano dane gromadzone w źródłach administracyjnych pod kątem możliwości ich wykorzystania w zakresie przedmiotowym projektu (analiza i ocena przydatności);
2. Zapoznano się ze wskaźnikami już stosowanymi do oceny systemu opieki zdrowotnej pod kątem ich wykorzystania na potrzeby oceny dostępności do usług publicznych;
3. Przygotowano propozycje wskaźników mierzących dostępność świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach środków publicznych;
4. Opracowano metody pozyskiwania i prezentacji danych ocenionych jako przydatne dla statystyki publicznej i użytkowników danych;
5. Pozyskano dane i opracowano wskaźniki dotyczące 2013 r. lub ostatniego dostępnego;
6. Opracowano rekomendacje dotyczące rozszerzenia zakresu badań statystyki publicznej w obszarze tematycznym ochrony zdrowia.

W realizacji poszczególnych etapów pracy uczestniczyli członkowie zespołu, w zależności od rodzaju zadania, kompetencji i szczegółowej wiedzy uczestników. Zadania dotyczące poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej koordynowane były przez ekspertów wiodących. W trakcie realizacji projektu zorganizowano 3 spotkania merytoryczne wszystkich uczestników projektu oraz konsultacje bilateralne w zależności od potrzeb.

4 WYNIKI PRACY

4.1 Zasoby informacyjne

W ramach realizacji zadania badawczego rozpoznano zasoby informacyjne NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH, GIS, Instytutu Onkologii, dane gromadzone w urzędach wojewódzkich (na przykładzie Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie), GUS, i inne. Analizie poddane zostały wyłącznie dane pochodzące ze źródeł spełniających standardy obowiązujące w statystyce publicznej i przydatne pod kątem wykorzystania w sposób powtarzalny, w dłuższej perspektywie czasowej, dla całego obszaru kraju. Pominięto więc opracowania naukowe, wyniki badań jednorazowych i okazjonalnych, np. benchmarking szpitali.

Rozważane potencjalne źródła danych spełniały następujące kryteria jakości: miały charakter pierwotny, ogólnopolski zasięg, nie były jednorazowe lub okazjonalne, a zawarte w nich informacje miały charakter ilościowy. Zakres przedmiotowy analizowanych źródeł danych dotyczył podmiotów leczniczych i ich działalności, zawarte w materiałach aspekty stanu zdrowia nie były uwzględniane.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że dostępne źródła danych dotyczą tylko w małej części usług realizowanych w ramach środków publicznych, zdefiniowanych w naszej pracy jako usługi publiczne w ochronie zdrowia. Głównym, a właściwie jedynym źródłem informacji pozostaje Narodowy Fundusz Zdrowia oraz w niewielkiej części Ministerstwo Zdrowia. Pozostałe źródła obejmują dane dotyczące usług opieki zdrowotnej ogółem, czyli realizowanej zarówno w ramach środków publicznych jak i opłacanych z kieszeni pacjenta, w całości bądź częściowo. Te źródła danych zostały również wzięte pod uwagę (dane GUS, CSIOZ), ponieważ w przekonaniu autorów projektu

dane w nich zawarte opisują pośrednio dostępność do usług publicznych, a wskaźniki zbudowane w oparciu o połączone źródła dostarczają istotnych informacji o stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców publicznymi usługami zdrowotnymi.

W dokonanych opisach wyodrębniono następujące elementy:

- Nazwa źródła danych (rejestr, ewidencja, formularz)
- Rodzaj źródła danych
- Opis/procedura prowadzenia źródła danych
- Zakres zbieranych danych
- Podstawa prawna funkcjonowania źródła danych
- Podmiot odpowiedzialny za prowadzenie źródła danych
- Częstotliwość aktualizacji
- Najniższy dostępny przekrój terytorialny
- Możliwość wydzielenia informacji o usługach publicznych.
- Jeżeli tak lub częściowo, to w jakim zakresie.

Dane zawarte w materiałach źródłowych obejmowały szeroki zakres usług opieki zdrowotnej, w tym świadczonych w ramach środków publicznych, a przede wszystkim:

- szpitalną i ambulatoryjną opiekę zdrowotną, w tym dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)
- długoterminową opiekę pielęgnacyjną,
- opiekę psychiatryczną,
- badania diagnostyczne i analizy medyczne,
- zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne,
- pomoc doraźną.

W przeglądzie źródeł informacji uwzględniono również ujęcie ekonomiczne oraz ocenę konsumencką opieki zdrowotnej.

Szczegółowe opisy poszczególnych źródeł danych zawarto w **Załączniku 1**.

Załącznik ten zawiera również raport jakości źródeł analizowanych danych. Raport sporządzony został według 6 komponentów jakości, które obejmują: przydatność, dokładność, terminowość i punktualność, dostępność i przejrzystość, porównywalność, spójność. Jest subiektywną oceną źródeł informacji sporządzoną pod kątem możliwości wykorzystania zawartych w nich danych do budowy wskaźników pomocnych przy ocenie dostępności publicznych usług w obszarze zdrowia.

Ze względu na dużą różnorodność źródeł i specyfikę poszczególnych obszarów opieki zdrowotnej, a także ze względu na możliwość różnorodnej interpretacji kolejnych komponentów oceny jakości, zdecydowano doprecyzować je w następujący sposób:

- *Przydatność* - czy dostarcza danych umożliwiających bezpośrednią obserwację dostępności usług publicznych? tak - 5, pośrednio - ocena od 1 do 4;
- *Dokładność* – czy dane dotyczą całej badanej populacji lub czy obejmują cały zakres badanego zjawiska?; tak - 5, nie - od 1 do 4,
- *Terminowość i punktualność* - w jak odległym czasie w odniesieniu do analizowanego okresu dostępne są informacje?; poniżej roku - 5, okres dłuższy niż rok - ocena od 1 do 4;
- *Dostępność i przejrzystość* – czy dane do policzenia wskaźnika pozyskiwane są wprost ze źródła, czy wymagają przed udostępnieniem dodatkowych obliczeń, zestawień wykonanych przez gestora oraz czy dane są dostępne w oczekiwanym przekroju terytorialnym; obie odpowiedzi na tak – 5, inne odpowiedzi - od 1 do 4 punktów

- *Porównywalność* – czy dane mogą być porównywalne w czasie i między obszarami geograficznymi? – pełna porównywalność - 5, inne odpowiedzi - ocena od 1 do 4;
- *Spójność* – czy zachodzi zgodność z pojęciami stosowanymi przez statystykę publiczną lub czy istnieje centralna baza danych czy źródło jest rozproszone terytorialnie? Tak na oba pytania (jeśli dotyczą - 5, inne odpowiedzi - ocena od 1 do 4).

Ocena jakości pozyskanych źródeł danych została opracowana w oparciu o informacje zawarte w zamieszczonych w niniejszym aneksie fiskach, w których między innymi omówiono słabe i mocne strony poszczególnych źródeł oraz opisano ich potencjał. Do oceny wykorzystano również informacje szczegółowe zawarte w punkcie 4.5 niniejszego raportu: w opisie poszczególnych obszarów opieki zdrowotnej i w metryczkach proponowanych wskaźników. Z punktu widzenia celów projektu najważniejszymi kryteriami przeprowadzonej oceny jakości źródeł są przydatność i możliwość prezentacji wyników w przekroju terytorialnym.

4.2 Stosowane wskaźniki oceny systemu opieki zdrowotnej

Kolejnym etapem w realizacji projektu było zebranie informacji o wskaźnikach już stosowanych do oceny systemów opieki zdrowotnej oraz ich ocena ich pod kątem możliwości wykorzystania do oceny dostępności i jakości usług publicznych w ochronie zdrowia.

W publikowanych opracowaniach tekstowych i tabelarycznych istnieje bogata różnorodność wskaźników, dlatego dokonano wyboru takich, które dobrze odzwierciedlają istniejącą sytuację, są możliwe do zastosowania w różnych ujęciach – kraj, region, a także istnieje możliwość ich pozyskania (publikowane z pewną regularnością lub łatwe do policzenia na podstawie dostępnych informacji).

W trakcie prac przeanalizowano:

- wskaźniki opracowywane i publikowane w oparciu o badania realizowane w ramach statystyki publicznej,
- stosowane w analizach przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny,
- występujące w realizowanych w Polsce strategiach i programach operacyjnych, wykorzystywane do monitorowania programów,
- występujące w dokumentach strategicznych Ministerstwa Zdrowia (Narodowy Program Zdrowia 2007 – 2015, Policy Paper, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie treści map potrzeb zdrowotnych)
- stosowane w analizach Instytutu Onkologii, w wybranych publikacjach i opracowaniach analitycznych na temat jakości systemu opieki zdrowotnej w Polsce (Diagnoza społeczna 2013, „Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia (CMKP)”, „Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia”,
- przekazywane w ramach Wspólnego Kwestionariusza OECD, Eurostat i WHO dane niefinansowe,
- wykorzystywane w projektach międzynarodowych podejmujących próbę porównania systemów opieki zdrowotnej między krajami (EHCI, OECD HCQI - Health Care Quality Indicators Project).

Wybrane wskaźniki są bardzo różnorodne. Generalnie można je pogrupować ze względu na „temat” którego dotyczą (stan zdrowia, epidemiologia, aspekt ekonomiczny podmiotów leczniczych, usługi

zdrowotne), ze względu na charakter (wskaźniki ilościowe i jakościowe), ze względu na punkt widzenia (wskaźniki obiektywne (*akredytacja i/lub certyfikat ISCO*) i subiektywne (*badania modułowe, diagnoza*)).

Ze względu na obszerność i wielowymiarowość zagadnienia, a także precyzyjnie określony temat projektu - „Możliwość pozyskania **na potrzeby statystyki publicznej** wskaźników dotyczących **usług publicznych** w ochronie zdrowia”, w analizie pominięty został aspekt stanu zdrowia i epidemiologii, a także wskaźniki jakości charakteryzujące poszczególne placówki opieki zdrowotnej (np. benchmarking szpitali).

Szczegółowy opis wskaźników zawiera **Załącznik 2**.

4.3 Luki informacyjne

Podczas identyfikacji luk informacyjnych brano pod uwagę przede wszystkim nadrzędny cel projektu czyli zabezpieczenie informacji na rzecz monitorowania polityki spójności w obszarze ochrony zdrowia, w tym JST, ale również potrzeby informacyjne zgłaszane przez odbiorców danych statystycznych, jakość danych aktualnie prezentowanych oraz wagę obserwowanego zjawiska. Przy określeniu tychże luk wzięto także pod uwagę potrzeby informacyjne wynikające z obowiązku przekazywania danych przez Polskę organizacjom międzynarodowym: Eurostat, OECD i WHO.

Przedstawiona lista luk, zgodnie z tematem pracy, dotyczy wyłącznie usług opieki zdrowotnej i nie obejmuje problematyki stanu zdrowia. Jest subiektywnym zestawem braków danych poszerzonym o problemy prowadzonej aktualnie obserwacji statystycznej w obszarze opieki zdrowotnej wpływające na zakres i jakość prezentowanych danych.

Luki informacyjne podzielono na 3 kategorie:

- A. całkowity brak informacji lub pozyskanie informacji niemożliwe (np. z powodu braku systemów),
- B. informacje dostępne o niskiej jakości, szczególnie w przekroju terytorialnym,
- C. informacje dostępne, nie pozyskiwane w ramach statystyki publicznej.

Ad. A. Brak informacji o:

- liczbie i rodzajach wyrobów medycznych ogółem sprzedawanych w wyspecjalizowanych sklepach, co uniemożliwia (poprzez odwołanie się do danych ewidencjonowanych w systemie RUM – NFZ) dokonanie analiz dotyczących stopnia zaspokojenia społecznego zapotrzebowania na takie wyroby w ramach środków publicznych zarządzanych przez NFZ, brak jest również odpowiedniej informacji o liczbie takich sklepów, w tym o liczbie sklepów, które mają podpisaną umowę z NFZ;
- liczbie i rodzajach badań laboratoryjnych i diagnostycznych ogółem, co uniemożliwia (poprzez odwołanie się do danych ewidencjonowanych w systemie RUM – NFZ) dokonanie analiz dotyczących stopnia zaspokojenia społecznego zapotrzebowania na takie usługi w ramach środków publicznych zarządzanych przez NFZ, brak jest również odpowiedniej informacji o liczbie takich placówek;
- liczbie badań wykonanych na poszczególnych rodzajach sprzętu wysokospecjalistycznego ogółem, co uniemożliwia (poprzez odwołanie się do danych ewidencjonowanych w systemie

- RUM – NFZ) dokonanie analiz dotyczących stopnia zaspokojenia społecznego zapotrzebowania na takie usługi w ramach środków publicznych zarządzanych przez NFZ;
- sprzedaży/konsumpcji wybranych grup leków ogółem, co uniemożliwia (poprzez odwołanie się do danych ewidencjonowanych w systemie RUM – NFZ) dokonanie analiz dotyczących stopnia zaspokojenia społecznego zapotrzebowania na takie usługi w ramach środków publicznych zarządzanych przez NFZ;
 - liczbie osób objętych hospitalizacją ogółem. NIZP-PZH gromadzi informacje dotyczące hospitalizacji na podstawie karty statystycznej MZ/Szp11, ale w związku z brakiem identyfikatora pacjenta na karcie statystycznej, nie jest możliwe dokonanie analiz bez tzw. ruchu międzyoddziałowego, tj. traktujących cały proces leczenia pacjenta w szpitalu (od momentu przyjęcia pacjenta to momentu wypisu), jako jedno zdarzenie.

Ad. B. Dalszych prac, ze względu na niedostateczną jakość, wymagają:

- dane o zasobach pracy w ochronie zdrowia, stanowią niezwykle trudny element obserwacji statystycznej wynikający z wielu możliwości form podjęcia pracy, co może przedstawiać niemiernodajny obraz. Dlatego dane te są zbierane w różny sposób i przedstawiane w rozmaitych ujęciach (według głównego miejsca pracy – pracownik wykazywany jest tylko raz, bez względu na liczbę miejsc pracy; osoba pracująca – wykazywana tyle razy, w ilu placówkach pracuje – bez względu na wymiar pracy; według prawa wykonywania zawodu – bez względu na pracę bezpośrednio z pacjentem). W związku z tym potrzebna jest właściwa interpretacja przytaczanych danych. Znacznym utrudnieniem jest brak informacji o strukturze wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem, która jest również wymagana przez organizacje międzynarodowe.
- dane dotyczące sprzętu wysokospecjalistycznego i wykonanych na nim badań są rozproszone. Brak jest jednego, spójnego źródła informacji. Istnieją różne metody pozyskania danych, co wpływa na brak porównywalności gromadzonych informacji i może być przyczyną wielokrotnego liczenia. Wiele podmiotów leczniczych korzysta ze sprzętu wysokospecjalistycznego, który formalnie nie jest ich własnością (wynajem, leasing), co skutkuje problemami interpretacyjnymi odnośnie obowiązku sprawozdawczego. Brak jest informacji o badaniach przeprowadzonych w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP). Organizacje międzynarodowe oczekują informacji o liczbie wybranego sprzętu wysokospecjalistycznego i wykonanych na nim badań na poziomie kraju. Pozyskanie takich informacji na niższych poziomach terytorialnych przyczyniłoby się do lepszej oceny dostępności takich usług.
- dane dotyczące liczby hospitalizacji gromadzone przez NIZP-PZH wydają się być niedoszacowane, co może wynikać z niewywiązywania się przez część szpitali z obowiązku sprawozdawczego.
- dane dotyczące liczby hospitalizacji jednodniowych gromadzone przez NIZP-PZH oraz NFZ są przeszacowane z uwagi na traktowanie niektórych usług ambulatoryjnych, które ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana na oddziale szpitalnym, jako hospitalizacji jednodniowych. Ma to miejsce zwłaszcza w przypadku chemioterapii i radioterapii.
- dane gromadzone przez NFZ dotyczące porad ambulatoryjnych gromadzone są w kontekście podmiotu leczniczego, a nie faktycznego miejsca udzielenia świadczenia (jednostka organizacyjna, komórka organizacyjna), czyli inaczej niż w przypadku danych dotyczących porad

ambulatoryjnych zbieranych przez GUS w ramach sprawozdania ZD-3, które wypełniane są osobno dla każdej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

- w przypadku danych przesyłanych do NFZ w sprawozdawczości rozliczeniowej występuje pojęcie procedury, w przypadku sprawozdawczości GUS – pojęcie porady. Nie zawsze 1 porada w statystyce = 1 procedura w sprawozdawczości. Taka sytuacja występuje najczęściej w przypadku poradni leczenia uzależnień.

Ad. C. Informacje dostępne, niepozyskiwane

Dotychczas w ramach statystyki publicznej informacje o usługach publicznych (realizowanych w ramach środków publicznych) nie były opracowywane i publikowane odrębnie.

Wszystkie dane prezentowane w publikacjach zbiorczych (*Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, *Mały Rocznik Statystyczny Polski*, *Rocznik Statystyczny Województw*) i branżowych opracowywanych corocznie zarówno w GUS (*Zdrowie i ochrona zdrowia w r. ...*) jak i w CSIOZ (*Biuletyn Statystyczny*) dotyczą zasobów systemu opieki zdrowotnej (w tym zasobów osobowych) i ich działalności realizowanej łącznie, bez wyodrębnienia usług realizowanych w ramach środków publicznych.

Zasoby informacyjne NFZ stanowią bardzo bogate, bezpośrednie źródło wartościowych danych o realizacji usług publicznych w ochronie zdrowia. Dotychczas w niewielkim stopniu wykorzystywane przez statystykę publiczną jako źródło bezpośrednich danych (Narodowy Rachunek Zdrowia, dane o liczbie i „quasi-cenach” wybranych usług szpitalnych na potrzeby szacowania PPP).

Podjęta przez autorów raportu próba opracowania wskaźników, które mogą być pomocne w ocenie dostępności i jakości usług publicznych ochrony zdrowia, w tym w dostępnych przekrojach terytorialnych jest nową inicjatywą.

- dane dotyczące **lecnictwa szpitalnego** – zasoby informacyjne NIZP-PZH, RUM, CSIOZ.

Większość z oficjalnie prezentowanych informacji na temat szpitalnictwa opiera się o dane gromadzone w ramach rocznej sprawozdawczości z działalności szpitala ogólnego (sprawozdanie MZ-29), badanie prowadzone przez CSIOZ. Jakość gromadzonych danych systematycznie się poprawia, także ze względu na możliwość weryfikacji kompletności operatu badań na podstawie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL). Sprawozdanie nie zawiera informacji na temat miejsca zamieszkania pacjenta. Ogranicza to możliwości opracowania bardziej zaawansowanych analiz z perspektywy osób i podmiotów odpowiedzialnych za zabezpieczenie usług szpitalnych dla mieszkańców powiatu, województwa, regionu. Takie analizy można wykonać na podstawie danych gromadzonych przez NIZP-PZH oraz NFZ. Konieczne jest jednak wdrożenie rozwiązań podnoszących kompletność i jakość danych sprawozdań MZ/Szp11.

- dane dotyczące **opieki długoterminowej** – zasoby informacyjne NFZ, CSIOZ, GUS

Podstawowym źródłem informacji o działalności zakładów świadczących opiekę długoterminową są badania MZ i GUS prowadzone w ramach statystyki publicznej na formularzach MZ-29A *Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej* i PS-03 *Sprawozdanie z zakładu stacjonarnego pomocy społecznej*. Autorzy projektu podjęli próbę opracowania na podstawie tych badań szczegółowych wskaźników w przekrojach terytorialnych nie publikowanych do tej pory w BDL czy publikacjach branżowych, skupiając się na aspekcie świadczenia długoterminowych usług zdrowotnych tak, aby w jak najwłaściwszy sposób umożliwić ocenę dostępności do usług publicznych ochrony

zdrowia. Ponadto rozpoznano nie wykorzystywane dotychczas w analizach dane z systemów informacyjnych NFZ o liczbie pacjentów leczonych w zakładach opieki długoterminowej według miejsca udzielenia świadczenia.

- dane dotyczące **zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne** – systemy informacyjne NFZ
Dane o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi objętymi refundacją, wynikające ze zrealizowanych recept wystawionych przez osobę uprawnioną gromadzone przez apteki, z którymi NFZ zawarł umowę na realizację recept: liczba aptek, zrealizowanych recept, wartość refundacji, liczba lekarzy, którzy wystawili recepty zrealizowane. Ponadto dane o liczbie pacjentów oczekujących w poszczególnych programach lekowych.
- dane dotyczące **opieki nocnej i świątecznej** – systemy informacyjne NFZ
W związku z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje danymi o liczbie podmiotów działalności leczniczej (świadczeniodawców) realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, liczbie udzielonych porad (ambulatoryjne, telefoniczne) i świadczeń w trybie wyjazdowym zarówno według miejsca zamieszkania pacjenta, jak i według miejsca lokalizacji placówki.

4.4 Określenie zakresu i źródeł nowych informacji

Prace analityczne i poszukiwanie danych niezbędnych do wyliczenia zaproponowanych wskaźników pozwoliły na określenie zakresu nowych, możliwych do pozyskania, informacji:

- NFZ m.in. w zakresie: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej według miejsca zamieszkania pacjenta i miejsca lokalizacji placówki realizującej świadczenia na poziomie NTS 4 (liczba świadczeniodawców, pacjentów, porad ambulatoryjnych i świadczeń wyjazdowych), realizacja recept na leki refundowane na poziomie NTS 4 (liczba aptek, zrealizowanych recept, wysokość refundacji, lekarzy wystawiających recepty), hospitalizacje finansowane ze środków publicznych
- NIZP-PZH m.in. w zakresie: hospitalizacje, migracje pacjentów na poziomie NTS 4,
- CMJ w zakresie: wykaz szpitali z akredytacją,
- GUS w zakresie: Wydatki na zdrowie ogółem w gospodarstwach domowych na poziomie województw, podstawowa opieka zdrowotna - na poziomie NTS 5, domy pomocy społecznej na poziomie NTS 4,
- sprawozdawczość Ministerstwa Finansów (dane dostępne w BDL) - wydatki powiatów w dziale 851,
- CSIOZ m.in. w zakresie: podstawowa opieka zdrowotna (opieka nad kobietą w ciąży i małym dzieckiem, opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą), na poziomie NTS 4 ambulatoryjna opieka specjalistyczna – na poziomie NTS 4,
- opieka długoterminowa – na poziomie NTS 3 obejmująca liczbę pacjentów, miejsc, osobodni pobytu według formy opieki.

4.5 Propozycja nowych wskaźników

Na podstawie zebranych informacji opracowano zestaw wskaźników, które mogłyby być pomocne przy ocenie dostępności i jakości publicznych usług opieki zdrowotnej, a także mogłyby być pomocne w ocenie realizacji zadań publicznych przez JST w zakresie opieki zdrowotnej. Byłyby również istotne, zdaniem autorów opracowania, dla monitorowania realizacji polityki spójności. Przy wyborze wskaźników brano także pod uwagę potrzeby informacyjne wynikające z realizacji strategii obowiązujących w Polsce (na poziomie krajowym, wojewódzkim i powiatowym (a w przypadku POZ – gminnym), zawartość Mapy Potrzeb Zdrowotnych i główne założenia Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 Krajowe Strategiczne Ramy oraz zakres informacji przekazywanych organizacjom międzynarodowym (Eurostat, OECD, WHO).

4.5.1 Stacjonarna opieka zdrowotna

4.5.1.1 Szpitale

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne to najczęstszy element, który pojawia się podczas dyskusji nad stanem systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście bieżącej polityki krajowej. Paradoksalnie wykorzystują go zarówno ci, którzy chcieliby udowodnić, że polski system ochrony zdrowia stoi w przededniu katastrofy, jak i ci, którzy uznają, że sytuacja w ochronie zdrowia systematycznie polepsza się. Wynika to z prostego faktu, że wskaźnika tego nie można odnieść do obowiązujących standardów dotyczących maksymalnego czasu oczekiwania na określone świadczenie zdrowotne. Problematykę tę porusza w pewnym stopniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.⁵ Zgodnie z nim ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego i świadczenia wysokospecjalistyczne dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, ale jest ustalany indywidualnie w odniesieniu do świadczeniobiorcy, na podstawie: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby. Należy również wziąć pod uwagę, że niezależnie od miejsca w kolejce, w przypadku zagrożenia zdrowia pacjent może być przyjęty poza kolejnością, a w przypadku zagrożenia życia przyjmowany jest do szpitala natychmiast. W wielu przypadkach pacjenci, chociaż mają możliwość wyboru szpitala, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, to decydują się na dłuższe oczekiwanie ze względu na takie czynniki jak: odległość od miejsca swojego zamieszkania lub zamieszkania rodziny, renoma placówki, rekomendacja lekarza kierującego.

Dane dotyczące czasu oczekiwania są gromadzone i publikowane przez NFZ na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶. Przepisy ustawy zobowiązują świadczeniodawcę, który posiada kontrakt z NFZ do prowadzenia w postaci elektronicznej listy oczekujących oraz przekazywania do NFZ raz w miesiącu informacji o liczbie

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.07.250.1884)

⁶ Art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.)

oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca i średni czas oczekiwania. Zbiorcze dane publikowane są przez NFZ za pośrednictwem Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenie Medyczne, którego prowadzenie opiera się na podstawie ustawowej.⁷

Powyższe wpływa, że czas oczekiwania nie może być obiektywnym wskaźnikiem umożliwiającym ocenę dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych i konieczne jest poszukanie innego bardziej miarodajnego wskaźnika.

Aby zawrzeć umowę z NFZ w rodzaju *leczenie szpitalne* podmiot leczniczy w trakcie procesu kontraktowania musi spełnić szereg warunków merytorycznych wskazanych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* oraz w *zarządzeniu Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne*. Miedzy innymi podmiot musi wykazać fakt zarejestrowania w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) odrębnego przedsiębiorstwa o charakterze szpitalnym, w strukturze którego funkcjonować powinny m.in. oddział szpitalny, izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, apteka szpitalna lub dział farmacji. Ponadto zakres działania oddziału szpitalnego powinien być oznaczony specjalnym kodem „HC.1.1 leczenie stacjonarne”. W przeciwnym razie podmiot taki nie będzie traktowany jako szpital przez NFZ. Z kolei warunkiem objęcia podmiotu leczniczego obowiązkiem sprawozdawczym z zakresu statystyki szpitalnej (sprawozdanie MZ-29) jest fakt posiadania w strukturze organizacyjnej oddziału szpitalnego z przynajmniej jednym łóżkiem. Do tego dochodzą różnice odnośnie poziomu identyfikacji szpitala. Podmiot leczniczy może bowiem posiadać kilka przedsiębiorstw szpitalnych lub jedno przedsiębiorstwo z kilkoma jednostkami organizacyjnymi stanowiącymi pod względem organizacyjno-funkcyjnym odrębne szpitale. Z punktu widzenia NFZ istotny jest kontrakt z podmiotem prawnym, czyli podmiotem leczniczym. Z punktu widzenia statystyki bardziej istotna jest odrębność organizacyjno-funkcyjna obiektu, w którym udzielane są świadczenia szpitalne. W przypadku statystyki publicznej w toku wypracowanej przez lata praktyki, umownie przyjęto, że w sytuacji, gdy jeden podmiot leczniczy posiada w ramach jednego przedsiębiorstwa szpitalnego kilka jednostek organizacyjnych, w których udzielane są świadczenia szpitalne i jednostki te posiadają odrębne lokalizacje na poziomie NTS-5, to traktowane są one jako osobne szpitale (np. jednostki organizacyjne zlokalizowane w odrębnych gminach lub dzielnicach miasta). W przypadku, gdy zlokalizowane są one w jednej gminie lub dzielnicy miasta, to traktowane są, jako jeden szpital. Nie uwzględnienie tych uwarunkowań, podczas porównywania danych gromadzonych przez NFZ oraz MZ, CSIOZ i NIZP-PZH może prowadzić do wyciągnięcia błędnych wniosków. Przykładowo, według oficjalnych publikacji NFZ w roku 2011 r. liczba podmiotów posiadających umowy z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne wyniosła 1082, z czego 585 to szpitale o charakterze publicznym a 497 to szpitale niepubliczne.⁸ Z kolei z oficjalnych publikacji Ministerstwa Zdrowia, które przede wszystkim opiera się na danych gromadzonych w ramach sprawozdawczości statystycznej (sprawozdanie MZ-29) wynika, iż w roku 2011 w Polsce było łącznie 1119 szpitali, w tym 615 publicznych oraz 504 niepublicznych.⁹ Porównanie tych danych, bez uwzględnienia wspomnianych wcześniej uwarunkowań, wskazywałoby, że w 2011 r. tylko 37 szpitali

⁷ Art. 23 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.)

⁸ Analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009 – 2011 w rodzaju leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>

⁹ Zarys systemu ochrony zdrowia. Publikacja sfinansowana przez NFZ w ramach serii Health systems in Transition. Warszawa 2012, s. 115

nie posiadało kontraktu z NFZ, z czego można byłoby wyciągnąć z kolei ogólny wniosek o stosunkowo szerokiej dostępności do publicznych usług szpitalnych. Porównując jednak ogólną liczbę szpitali publicznych oraz liczbę szpitali publicznych z kontraktem NFZ, można wnioskować, że 30 szpitali publicznych nie posiadało kontraktu z NFZ, co wydaje się raczej mało prawdopodobne.

Wyciąganie wniosków na podstawie prostego porównania liczby szpitali z kontraktem NFZ i bez kontraktu, oraz analizowanie tych wielkości z perspektywy rodzajów jednostek samorządu terytorialnego (JST) jest niewłaściwe również ze względu na wielkość szpitali mierzoną liczbą łóżek. Z analiz danych zgromadzonych w RPWDL dokonanych przez GUS¹⁰ wynika, iż wśród przedsiębiorstw-szpitali są takie, które posiadają do 15 łóżek (486 przedsiębiorstw) oraz takie, które mają ponad 750 łóżek (28 przedsiębiorstw). Niektóre z nich prowadzą ponadto działalność na obszarach zamkniętych (areszty śledcze, zakłady karne, jednostki wojskowe), co również powinno być brane pod uwagę w trakcie analiz organizacji opieki szpitalnej. Z wykonanych przez GUS analiz wynika, że przytłaczająca większość przedsiębiorstw – szpitali posiada mniej niż 100 łóżek a blisko jedna trzecia ma tylko jeden oddział szpitalny. Liczbę szpitali z podpisanym kontraktem z NFZ, jako wskaźnika dostępności do publicznej opieki szpitalnej powinno się zawsze analizować w kontekście posiadanej przez nie liczby łóżek oraz oddziałów szpitalnych.

Jednym z często dokonywanych pomiarów służących do wyciągania wniosków na temat potencjalnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie województw i powiatów jest liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców lub liczba hospitalizowanych przypadająca na jedno łóżko w województwie lub powiecie. Pomiary takie obarczone są jednak poważnym mankamentem, gdyż wykonywane są według miejsca wykonania świadczenia i często nie biorą pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Czynnikiem wpływającym na wybór szpitala przez pacjenta są nie tylko odległość szpitala od miejsca zamieszkania, ale i renoma placówki, czas oczekiwania, specjalizacja oddziału lub możliwość zapewnienia opieki przez rodzinę. Dostępność do oddziałów o specjalności chirurgia ogólna oraz położnictwo powinno się rozpatrywać raczej z perspektywy powiatu (NTS-4) niż województwa, natomiast dostępność do oddziałów o specjalności: kardiologia czy neurologia odwrotnie tj. z perspektywy województwa (NTS-2). W Polsce podjęto próbę przyporządkowania specjalności oddziałów do poziomów referencyjnych. Stało się to przy okazji tworzenia tzw. sieci szpitali. Nieobowiązujące już Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych¹¹ (rozporządzenie zostało uchylone 1.04.2003 r.) do pierwszego poziomu referencyjnego zaliczało szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Mogły one także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia wymagał świadczeń zdrowotnych w dłuższym okresie czasu niż 4 tygodnie, a w szczególności w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej. Drugi poziom referencyjny obejmował szpitale wojewódzkie udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej w czterech z następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii

¹⁰ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2013, s. 167

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998 nr 164 poz. 1193, z późn. zm.)

onkologicznej. Szpitale te mogły także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej. Trzeci poziom referencyjny obejmował szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Szpitale kliniczne mogły udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie trzeciego poziomu referencyjnego na obszarze większym niż jedno województwo. Zespół badawczy bazując na doświadczeniu eksperckim oraz dostępnej literaturze przedmiotu zaproponował, aby dostęp do świadczeń szpitalnych rozpatrywać w zależności od typu oddziału z dwóch perspektyw (poziomów referencyjnych): województwa lub powiatu. Klasyfikację typów oddziałów przyjęto według sposobu grupowania rodzajów oddziałów stosowaną przez CSIOZ.¹²

Poziom referencyjny powiatu: chorób wewnętrznych, chirurgiczny ogólny, psychiatryczny, odwykowy, chorób zakaźnych, obserwacyjno-zakaźny, ginekologiczno-położniczy, pediatryczny, rehabilitacyjny, dla przewlekle chorych, geriatryczny, intensywnej terapii, toksykologiczny, ratunkowy, neonatologiczny, leczenia jednego dnia

Poziom referencyjny województwa: kardiologiczny, reumatologiczny, gastrologiczny, onkologiczny, nefrologiczny, hematologiczny, chirurgiczny dla dzieci, chirurgii urazowo - ortopedycznej, neurochirurgiczny, kardiochirurgiczny, urologiczny, gruźlicy i chorób płuc, dermatologiczny, okulistyczny, otolaryngologiczny, neurologiczny, chirurgii szczękowo-twarzowej, endokrynologiczny, transplantologiczny

Należy jednak mieć na względzie, że również z tak pogłębionych analiz tj. wykonanych w odniesieniu zarówno do poziomów referencyjnych rozumianych wg przywołanego wcześniej rozporządzenia jak i poziomów referencyjnych oddziałów zaproponowanych przez zespół badawczy nie powinno się wyciągać zbyt kategoriycznych wniosków dotyczących konieczności rozbudowy lub redukcji infrastruktury szpitalnej na terenie powiatu lub województwa, gdyż jak wspomniano wcześniej istnieje wiele różnych czynników, które biorą pod uwagę pacjenci kierując się wyborem szpitala. Przyporządkowanie typów poszczególnych rodzajów oddziałów do poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego umownie nazwano poziomami referencyjnymi oddziałów, chociaż należy podkreślić, że przyjętej definicji poziomu referencyjnego oddziału nie należy utożsamiać z poziomami referencyjnymi szpitali, które stały u podstaw opracowania Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych.

Poszukując najbardziej miarodajnego wskaźnika, w toku dyskusji, zespół badawczy przyjął założenie, że konstrukcja wskaźnika powinna wynikać ze skojarzenia danych gromadzonych przez NFZ i dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych oraz danych dotyczących wszystkich świadczeń niezależnie od sposobu ich sfinansowania. Przyjęto założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie szpitalne ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne) może oznaczać uznanie, że według jego standardów, świadczenie szpitalne oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. W toku prac badawczych zespół dokonał porównania

¹² Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2015, s. 77

liczby hospitalizacji finansowanych ze środków publicznych oraz prywatnych oraz odniósł te wielkości w czasie. Porównując dane NFZ dotyczące świadczeń zdrowotnych w latach 2009 – 2011 w rodzaju leczenie szpitalne¹³ oraz dane z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia za lata 2009 – 2011 okazało się, że udział hospitalizacji sfinansowanych w ramach środków NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji wyniosła w 2009 r. - 80,97%, w roku 2010 - 78,19%, a w roku 2011 - 84,60%. Można z tego wyciągnąć wniosek, że dostępność do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych zauważalnie wzrosła. Analizy takie, zdaniem zespołu badawczego, warto byłoby wykonać na bardziej szczegółowym poziomie dokonując porównań w obrębie poszczególnych typów oddziałów oraz z perspektywy miejsca zamieszkania pacjenta z uwagi na możliwość uwzględnienia ewentualnych migracji pacjentów. W toku badań okazało się jednak, że taką analizę utrudnia niedoskonałość procesów sprawozdawczości statystycznej. Nie można było ich oprzeć na danych gromadzonych

w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego (MZ-29), gdyż nie zawierają one informacji o miejscu zamieszkania pacjenta. Informacje takie zawiera, co prawda, karta statystyczna szpitalna ogólna (MZ-szp11), ale kompletność danych przesyłanych do PZH-NIZP przez poszczególne szpitale, chociaż stale się poprawia, wydaje się niewystarczająca. W toku analiz okazało się również, że w wielu przypadkach liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NFZ jest większa niż liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do PZH-NIZP. Nierzadko zdarza się również, że choć usługa medyczna ma charakter ambulatoryjny, to jednak ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana na oddziale szpitalnym, a co za tym idzie wykazywana jest, w comiesięcznych sprawozdaniach do NFZ, jako hospitalizacja jednodniowa. Nie jest natomiast wykazywana w rocznych sprawozdaniach przesyłanych do CSIOZ (sprawozdanie MZ-29). Ma to miejsce zwłaszcza w przypadku chemioterapii i radioterapii. Tezę tą potwierdza analiza danych gromadzonych w NFZ, CSIOZ oraz NIZP-PZH. Według danych z systemu RUM-NFZ w roku 2014 na oddziałach onkologicznych odnotowano 318 055 hospitalizacji pełnych oraz 363 078 jednodniowych. Bardzo podobne proporcje pomiędzy liczbą hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych zaobserwować można analizując dane gromadzone przez NIZP-PZH. Według NIZP-PZH (sprawozdanie MZ/szp11) za rok 2014 odnotowano na oddziałach onkologicznych 248 433 hospitalizacji pełnych i 275 101 jednodniowych. Oczywiście liczba hospitalizacji finansowanych w ramach umów z NFZ nie może być większa od całkowitej liczby hospitalizacji, a różnica wynika przede wszystkim z różnic definicyjnych, ale również z mniejszej kompletności badań prowadzonych przez NIZP-PZH¹⁴. Jednak proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i jednodniową są bardzo podobne. W przypadku NFZ wynoszą one 0,876 a w przypadku NIZP-PZH – 0,90. Wynika to prawdopodobnie z tego, że szpitale, które przesyłają raz w miesiącu dane w postaci komunikatu elektronicznego do NIZP-PZH korzystają z tego samego systemu informatycznego, który obsługuje ewidencję zdarzeń medycznych oraz rozliczenia z NFZ (Hospital Information System). Inaczej wygląda to w przypadku danych gromadzonych przez CSIOZ w ramach corocznych sprawozdań z działalności szpitala (sprawozdanie MZ-29). Do tego celu wykorzystywany jest system informatyczny obsługiwany przez

¹³ Analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009 – 2011 w rodzaju leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>

¹⁴ Jednym z możliwych sposobów umożliwiających podniesienie kompletności danych gromadzonych przez PZH – NIZP mogłoby być wprowadzenie identyfikatora karty statystycznej szpitalnej wykazywanej obowiązkowo w sprawozdaniach przesyłanych do NFZ, jako elementu kontrolnego, tak jak zrobiono to w przypadku karty zgłoszenia nowotworu złośliwego

CSIOZ, a złożenie sprawozdania polega na manualnym wprowadzaniu danych za pomocą internetowego formularza. W przypadku sprawozdań MZ-29 kompletność danych jest większa, a proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i jednodniową są inne. Według danych CSIOZ za rok 2014 hospitalizacji pełnych było 345 784 oraz 199 422 jednodniowych¹⁵.

W toku prac zespół badawczy doszedł ostatecznie do wniosku, że ograniczenia związane z niedoskonałością procesów sprawozdawczych i różnic metodologicznych umożliwiają przeprowadzenie analiz z perspektywy miejsca zamieszkania pacjenta tylko w ograniczonym zakresie i konieczne jest wykorzystanie danych ze sprawozdań MZ-29 – badania prowadzonego przez CSIOZ. W związku z tym, że dane dotyczące hospitalizacji gromadzone są przez CSIOZ wg miejsca udzielenia świadczenia, w celu ograniczenia czynnika, jakim jest wspomniana wcześniej migracja pacjentów, analizę powinno wykonać się z perspektywy województwa oraz kraju. Ponadto, analizę należałoby ograniczyć do hospitalizacji pełnych, gdyż dane dotyczące hospitalizacji jednodniowych gromadzone przez NFZ, ze względu na wspomniane wcześniej uwarunkowania, nie odzwierciedlają stanu faktycznego.

Kolejną ważną kwestią, jest sposób oceny stopnia zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców powiatu lub województwa. Jest to istotne z perspektywy samorządu powiatowego oraz samorządu województwa, które zgodnie z ustawami o samorządach: powiatowym i wojewódzkim realizują zadania związane z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu i województwa. W trakcie procesu badawczego zespół wyróżnił trzy grupy pacjentów, które są ważne z perspektywy rodzaju jednostki samorządu terytorialnego (JST). Pierwsza grupa to mieszkańcy JST, którzy podejmują leczenie na terenie JST, która jest tożsama z JST właściwym dla miejsca zamieszkania pacjenta. Druga grupa to mieszkańcy JST, którzy podejmują leczenie na terenie innych JST. Trzecia grupa to mieszkańcy innych JST, którzy podejmują leczenie na terenie JST, który jest tożsamy z miejscem siedziby JST, biorącym odpowiedzialność za zabezpieczenie dostępu do publicznej opieki zdrowotnej na swoim terenie. Z perspektywy oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej przez JST ważne są dwie pierwsze grupy. Bardzo często z faktu braku na terenie danego powiatu lub województwa oddziału szpitalnego danej specjalności wyciąga się błędny wniosek o braku zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Jak wspomniano wcześniej, pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem nie zawsze jest najważniejsza. W toku dyskusji zespół badawczy doszedł do wniosku, że sytuacja, w której pacjent podejmuje leczenie na terenie innym (powiat, województwo) niż ten, na którym zamieszkuje oznacza de facto, że dostęp do publicznej opieki zdrowotnej dla tego pacjenta został w znacznym stopniu zabezpieczony.

W toku dyskusji zespół badawczy doszedł do wniosku, że pomiar należałoby oprzeć na obliczeniu liczby pacjentów zamieszkujących dany powiat lub województwo, którzy otrzymali świadczenie zdrowotne finansowane ze środków publicznych, bez względu na miejsce udzielania tego świadczenia na 1 tys. mieszkańców powiatu lub województwa. Ze względu na to, że analizy dotyczą tylko świadczeń finansowanych w ramach kontraktu z NFZ, a dane te cechują się stosunkowo wysoką kompletnością i zawierają informację o miejscu zamieszkania pacjenta, obliczeń można

¹⁵ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2015.

dokonać zarówno z perspektywy województwa jak i powiatu oraz w odniesieniu do poszczególnych typów świadczeń.

Reasumując, w trakcie prac zespołu okazało się, że wskaźniki planowane wcześniej do zamieszczenia na liście przydatnych informacji dla JST, po opracowaniu w oparciu o pozyskane dane, okazały się nieprzydatne dla oceny dostępności do publicznych usług szpitalnych. Poniżej przedstawiono więc propozycję nowych wskaźników, które byłyby możliwe do wyliczenia w oparciu o istniejące zasoby informacyjne, z uwzględnieniem ograniczeń metodologicznych zdiagnozowanych podczas realizacji projektu.

Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach szpitalnych wg typów oddziałów I poziomu referencyjnego finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, na oddziałach szpitalnych danego typu zaliczonych do I poziomu referencyjnego (powiat), bez względu na miejsce udzielenia świadczenia.
Sposób liczenia	Iloraz mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych wg typów oddziałów, sfinansowanych przez NFZ w stosunku do liczby ludności powiatu (stan na 31 XII) * 1000
Źródła danych	System RUM - NFZ
Dostępny najniższy przekrój teryt.	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych i większe zapotrzebowanie. Informuje ilu osobom zamieszkałym w danym powiecie udzielono świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ na oddziałach szpitalnych danego typu zaliczonych do I poziomu referencyjnego (powiat), na 1 tys. ludności powiatu.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy faktycznego stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków NFZ, które mogą być w zasadzie wykonywane na terenie innych powiatów, województw lub krajów. Wskaźnik może być argumentem dla samorządu powiatowego za zapewnieniem lepszych usług specjalistycznego transportu do szpitali w innych powiatach, a tym samym przeciwko niepotrzebnej rozbudowie infrastruktury szpitalnej na terenie powiatu.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów. Wskaźnik ten ma sens, gdy zderzymy go z liczbą świadczeniodawców i liczbą łóżek oraz epidemiologia zachorowań na danym terenie. Wtedy dopiero możemy coś powiedzieć o zaspokojeniu potrzeb.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	-
W przyszłości	dla JST - NTS 4 (w odniesieniu do oddziałów typu: ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne)
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Udział hospitalizacji finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji dla pacjentów zamieszkujących teren danego powiatu [%]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Udział liczby hospitalizacji wykonanych na rzecz pacjentów zamieszkujących dany powiat i zrealizowanych na oddziałach szpitalnych danego typu (grupa oddziałów o zbliżonej specjalności) oraz sfinansowanych ze środków publicznych w stosunku do liczby hospitalizacji ogółem wykonanych na rzecz pacjentów zamieszkujących dany powiat i zrealizowanych na oddziałach szpitalnych danego typu (grupa oddziałów o zbliżonej specjalności). Przy obliczaniu wskaźnika abstrahuje się od lokalizacji oddziału (powiat) gdzie miała miejsce hospitalizacja, a bierze się pod uwagę tylko miejsce zamieszkania (powiat) pacjentów na rzecz których wykonano hospitalizację, gdyż zakłada się, że miejsce hospitalizacji często nie pokrywa się z miejscem zamieszkania pacjenta. Wskaźnik ujmuje się w procentach. Wskaźnik nie obejmuje szpitalnej opieki psychiatrycznej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby hospitalizacji zrealizowanych na oddziałach szpitalnych i finansowanych w ramach NFZ w stosunku do wszystkich hospitalizacji zrealizowanych na oddziałach szpitalnych dla mieszkańców danego powiatu
Źródła danych	1. System RUM - NFZ (NFZ) 2.Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna na podstawie formularza MZ/Szp-11(NIZP-PZH)
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie stopnia zaspokojenia potrzeb mieszkańców powiatu w ramach leczenia szpitalnego finansowanego ze środków publicznych. Mówi również w jakim stopniu pacjenci korzystają z systemu publicznego i pośrednio mówi o epidemiologii tj. im więcej osób korzysta z leczenia szpitalnego tym bardziej zaawansowane stany chorobowe Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie udziału liczby hospitalizacji finansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie hospitalizacji. Wskaźnik wydaje się być bardziej obiektywny w porównaniu do takich wskaźników jak czas oczekiwania, który cechuje duża trudność w dokonaniu obliczeń oraz pewna doza subiektywizmu. Pacjenci bowiem często decydują się na dłuższy czas oczekiwania na wizytę w wybranym przez siebie szpitalu ze względu na np. kryteria jakościowe, w tym renomę szpitala oraz personelu medycznego.
Słabe strony	Wskaźnik dotyczy hospitalizacji a nie pacjentów hospitalizowanych. Wynika to z tego, że NIZP-PZH gromadzi informacje dotyczące hospitalizacji na podstawie karty statystycznej MZ/Szp11, która nie zawiera identyfikatora pacjenta. W związku z tym nie jest możliwe dokonanie analiz bez tzw. ruchu oddziałowego, tj. traktujących cały proces leczenia pacjenta w szpitalu (od momentu przyjęcia pacjenta to momentu wypisu), jako jedno zdarzenie. Niezadawalająca kompletność danych gromadzonych przez PZH uniemożliwia dokonanie obliczeń
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	-
W przyszłości	dla JST - NTS 4, NTS 2, NTS 1, po zapewnieniu odpowiedniej kompletności danych przez NIZP-PZH
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Udział hospitalizacji finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji na terenie danego województwa [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik oblicza się w odniesieniu do hospitalizacji wykonanych na terenie danego województwa i zrealizowanych na oddziałach szpitalnych danego typu (grupa oddziałów o zbliżonej specjalności). Przy obliczaniu wskaźnika abstrahuje się od miejsca zamieszkania pacjenta, a bierze się pod uwagę tylko miejsce realizacji świadczenia. Wskaźnik ujmuje się w procentach. Wskaźnik nie obejmuje szpitalnej opieki psychiatrycznej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby hospitalizacji zrealizowanych na oddziałach szpitalnych danego typu i finansowanych w ramach NFZ w stosunku do wszystkich hospitalizacji zrealizowanych na oddziałach szpitalnych danego typu w danym województwie
Źródła danych	1. System RUM - NFZ (NFZ) 2. Sprawozdanie MZ-29 (CSIOZ)
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwo
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwo
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie stopnia zaspokojenia potrzeb mieszkańców województwa w ramach leczenia szpitalnego finansowanego ze środków publicznych w obrębie poszczególnych typów oddziałów. Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie udziału liczby hospitalizacji finansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie hospitalizacji wg typów oddziałów szpitalnych. Wskaźnik wydaje się być bardziej obiektywny w porównaniu do takich wskaźników jak czas oczekiwania, który cechuje dużą trudność w dokonaniu obliczeń oraz pewna doza subiektywizmu. Pacjenci bowiem często decydują się na dłuższy czas oczekiwania na wizytę w wybranym przez siebie szpitalu ze względu na np. kryteria jakościowe, w tym renomę szpitala oraz personelu medycznego.
Słabe strony	Wskaźnik dotyczy hospitalizacji a nie pacjentów hospitalizowanych. Wynika to z tego, że CSIOZ gromadzi informacje dotyczące liczby hospitalizacji. W związku z tym nie jest możliwe dokonanie analiz bez tzw. ruchu oddziałowego, tj. traktujących cały proces leczenia pacjenta w szpitalu (od momentu przyjęcia pacjenta to momentu wypisu), jako jedno zdarzenie. Dane gromadzone są według miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego, co powoduje, że analizy dokonane z perspektywy powiatu mogą być obarczone dużym błędem. Mniejszym błędem obarczone będą analizy przeprowadzone z perspektywy województwa.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	–
W przyszłości	Dla JST - NTS 2
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach szpitalnych wg typów oddziałów II poziomu referencyjnego finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, na oddziałach szpitalnych danego typu zaliczonych do II poziomu referencyjnego (województwo), bez względu na miejsce udzielenia świadczenia.
Sposób liczenia	Iloraz mieszkańców województwa, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych wg typów oddziałów, sfinansowanych przez NFZ w stosunku do liczby ludności województwa (stan na 31 XII) * 1000
Źródła danych	System RUM - NFZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych. Informuje ilu osobom zamieszkałym w danym województwie udzielono świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ na oddziałach szpitalnych danego typu zaliczonych do II poziomu referencyjnego (województwo), na 1 tys. ludności województwa.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy faktycznego stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków NFZ, które mogą być w zasadzie wykonywane na terenie innych województw lub krajów. Wskaźnik może być argumentem dla samorządu województwa za zapewnieniem lepszych usług specjalistycznego transportu do szpitali w innych województwa, a ty samym przeciwko niepotrzebnej rozbudowie infrastruktury szpitalnej na terenie województwa
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów. Braki w polu adres zamieszkania pacjenta.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	-
W przyszłości	Dla JST - NTS 2 (w odniesieniu do oddziałów typu: kardiologia, onkologia)
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

4.5.1.2 Aparatura medyczna

Na potrzeby opracowania zestawu wskaźników służących do monitorowania i oceny dostępności i jakości usług publicznych w ochronie zdrowia, ważnych z punktu widzenia prowadzenia monitoringu polityki spójności w obszarach usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, poddano analizie możliwość pozyskania danych o aparaturze medycznej i sprzęcie wysokospecjalistycznym, dostępnych w szpitalnej i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jak również możliwość pozyskania informacji o liczbie badań diagnostycznych wykonanych na sprzęcie medycznym, w tym na potrzeby JST.

Standardy wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w związku z rodzajem udzielanych świadczeń – to wymagania obowiązujące podmioty ubiegające się o umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia i wymagane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych. Czynnikiem ten składa się w dużej mierze na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Aparatura medyczna jest integralnym składnikiem technologii medycznych. Jej zasoby i stan techniczny – obok kwalifikacji personelu medycznego – decydują o możliwościach wykonywania określonych procedur medycznych w danym szpitalu lub na terenie danego regionu.

Pojęcie „**aparatura medyczna**” mieści się w szerszym pojęciu „wyrób medyczny”, rozumiany zgodnie z Art.2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (**Dz.U. 2010 Nr 107 poz. 679**), jako „narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczęć

– których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane takimi środkami”.

Do klasy „**aparatury wysokospecjalistycznej**” stanowiącej podzbiór „aparatury medycznej” zakwalifikowano aparaty, których stosowanie ogranicza się do relatywnie wąskich, specjalistycznych zastosowań i których liczba jest ograniczona, tak ze względów epidemiologicznych (zapotrzebowanie na daną technologię medyczną) jak i ekonomicznych (koszt zakupu, instalacji i eksploatacji).

Kryterium doboru listy wskaźników z zakresu sprzętu medycznego i aparatury wysokospecjalistycznej dokonano po konsultacjach z przedstawicielami Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny oraz przedstawicielami CSIOZ, Ministerstwa Zdrowia. Ważnym i pomocnym kryterium doboru wskaźników z zakresu sprzętu medycznego i aparatury wysokospecjalistycznej było również zapotrzebowanie organizacji międzynarodowych: OECD, WHO i Eurostatu na dane z tego zakresu (informacje o sprzęcie wysokospecjalistycznym i jego wykorzystaniu).

Dane statystyczne, w tym dotyczące sprzętu wysokospecjalistycznego (*Medical Technology*) Główny Urząd Statystyczny przekazuje do wymienionych organizacji międzynarodowych co roku za pomocą Wspólnego kwestionariusza danych niefinansowych z zakresu ochrony zdrowia: **OECD Eurostat WHO-Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics** - podobnie jak pozostałe kraje

członkowskie - na podstawie tzw. Umowy dżentelmeńskiej, ponieważ nie ma jeszcze aktu wykonawczego do **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady** Nr 1338/2008 z 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk wspólnotowych dotyczących zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy wdrażane są sukcesywnie. Dotąd dane z tego zakresu przekazywane do GUS przez Ministerstwo Zdrowia przygotowane były w oparciu o bazę danych Narodowego Funduszu Zdrowia bądź pozyskiwane z badań Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Jednak jakość pozyskanych danych nie była wystarczająca, głównie ze względu na kompletność. Trudności nadal sprawia rozdzielenie sprzętu na opiekę szpitalną i ambulatoryjną. Wszystkie dane pozyskiwane były na poziomie kraju. Informacje o liczbie wykonanych badań są niedostępne.

Dla osiągnięcia celów projektu zastosowano wybrane metody badawcze, obejmujące:

- analizę danych zastanych;
- ekspercką ocenę wskaźników;
- analizę zapotrzebowania organizacji międzynarodowych (OECD, WHO, Eurostat) na dane z omawianego obszaru.

W ramach projektu nawiązano współpracę z gestorami danych administracyjnych o sprzęcie wysokospecjalistycznym (Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ) w celu oceny zakresu i jakości tych danych oraz ewentualnego ich wykorzystania na potrzeby analizy dostępności usług publicznych w ochronie zdrowia.

- Narodowy Fundusz Zdrowia

Źródło danych: system informatyczny NFZ.

Dane są niepełne. Liczba sprzętu wysokospecjalistycznego pochodzi tylko z tych jednostek działalności leczniczej, które zawarły z NFZ umowy o współpracy. Jednostki działalności leczniczej składając oferty w konkursach ofert wykazują jedynie sprzęt medyczny, który będzie wykorzystywany przy realizacji umowy. Liczba i rodzaj tego sprzętu niekoniecznie musi się pokrywać ze sprzętem będącym faktycznie w posiadaniu jednostki (tj. w ofertach może być podawana mniejsza liczba sprzętu lub jeden aparat może być podawany przez kilka jednostek, które mają możliwość korzystania ze sprzętu „nie swojego”).

Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje danymi o liczbie badań wykonanych na danym sprzęcie wysokospecjalistycznym wyłącznie w trybie ambulatoryjnym, to znaczy badań, które NFZ sfinansował w ramach dodatkowego finansowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przyjęty sposób finansowania świadczeń szpitalnych (wg. JGP) nie wymaga przekazywania przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z NFZ, szczegółowych informacji o wykonanych badaniach diagnostycznych, o ile nie ma to wpływu na poprawność rozliczeń finansowych. Uniemożliwia to pozyskanie informacji o liczbie badań wykonanych w trakcie hospitalizacji, rozliczonych w ramach JGP.

- Główny Inspektorat Sanitarny

Źródło danych: MZ-52 Sprawozdanie z zakresu higieny radiacyjnej.

Z opracowanej w ramach projektu listy wskaźników z zakresu sprzętu medycznego i aparatury wysokospecjalistycznej tylko niewielka część informacji jest zbierana na wymienionym formularzu, tj. w Dziale 1- Ochrona radiologiczna: liczba pracowni RTG, liczba mammografów, liczba tomografów komputerowych, w Dziale 2 - Ochrona przed polami elektromagnetycznymi: liczba urządzeń MRI.

W trakcie konsultacji z przedstawicielami Departamentu Nadzoru i Kontroli w GIS otrzymano informacje, że powyższe dane są dostępne tylko na poziomie województw, są braki informacyjne

o liczbie podmiotów medycznych posiadających dany sprzęt medycznych, baza (kartoteka) do badania jest niekompletna, w fazie rozwoju. Brak jest również danych o badaniach diagnostycznych wykonanych na danym sprzęcie wysokospecjalistycznym. Źródło to nie spełnia więc kryterium jakości.

- Ministerstwo Zdrowia

Źródło danych: MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego, MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

Formularze Ministerstwa Zdrowia w największym zakresie zabezpieczają informacje o sprzęcie specjalistycznym, tj. zawierają dane o liczbie aparatów będących własnością przedsiębiorstwa (jednostki) podmiotu leczniczego. W wyniku konsultacji z przedstawicielami Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia uzgodniono naliczenie tabel dotyczących liczby sprzętu medycznego, jak również opracowano wskaźniki. Brak danych o liczbie badań wykonanych na sprzęcie.

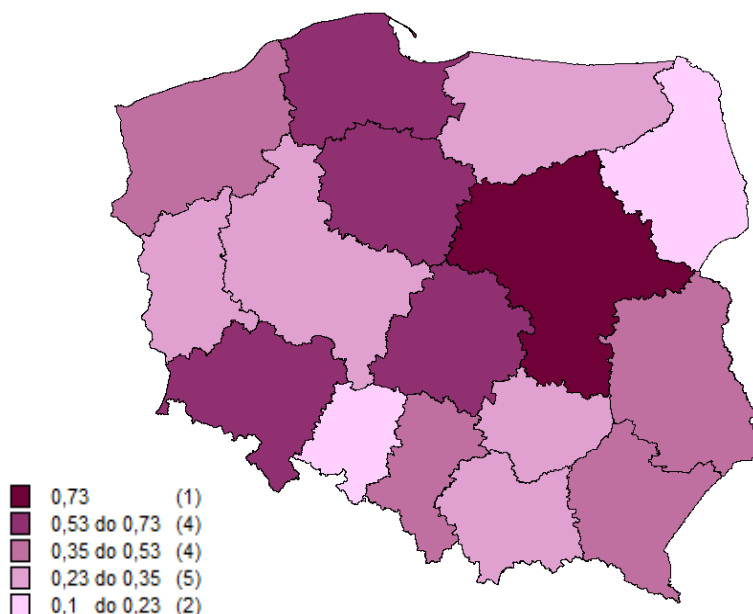
Rozpoznanie zakresu dostępnych danych administracyjnych pod kątem możliwości wykorzystania ich w zakresie przedmiotowym projektu pozwala na stwierdzenie istotnej luki informacyjnej dotyczącej sprzętu wysokospecjalistycznego i jego wykorzystania w systemie ochrony zdrowia. Mimo to, w oparciu o dane Ministerstwa Zdrowia proponuje się następujące wskaźniki mierzące dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej – tj. dostępność do aparatury i sprzętu medycznego, opracowane na poziomie NTS 2.

W wyliczeniach nie uwzględniono danych z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Aparaty do naświetleń zaprezentowano razem (aparaty do naświetleń kobaltem 60 + aparaty do naświetleń cezem 137), zgodnie z zapotrzebowaniem OECD, Eurostatu, WHO.

Aparatura medyczna na 100 000 mieszkańców

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy wybranego rodzaju aparatury medycznej (gammakamera, litotrypter, rezonans magnetyczny, urządzenie angiograficzne, tomograf komputerowy, mammograf, pozytronowy tomograf (PET - CT), aparaty do naświetlań) przypadającej na 100 tys. ludności. Ze względu na wysokospecjalistyczny charakter sprzętu, jego liczbę niezbędną do zaspokojenia potrzeb, zasadne jest opracowanie wskaźnika na poziomie województw.
Sposób liczenia	Iloraz ilości danego sprzętu medycznego w stosunku do liczby ludności (stan na 31 XII) x 100 000
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie dostępności danego sprzętu medycznego na 100 000 ludności w województwie. Niższy wskaźnik może świadczyć o lepszej dostępności do usług opieki zdrowotnej w tym zakresie. Pośrednio wskazuje na dostępność do usług publicznych.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia pośrednio obserwację usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej; może być wykorzystany do analizy jakości i dostępności usług publicznych w tym obszarze, dostarcza JST obraz swojej sytuacji - dostępności sprzętu medycznego - na tle innych województw.
Słabe strony	brak danych MSW
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Włącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Liczba rezonansów magnetycznych na 100 000 mieszkańców w 2013 r.



Długoterminowa opieka pielęgnacyjna

Opieka długoterminowa polega na świadczeniu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych oraz pomocy i wsparcia dla osób niepełnosprawnych, obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji.

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjent może korzystać z następujących usług w zakresie opieki długoterminowej:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- opieka paliatywno-hospicyjna.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być realizowane:

- w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży),
- w zakładach opiekuńczo-leczniczych (dla dorosłych, dla wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym),
- w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dzieci i młodzieży (dla dzieci i młodzieży, dla dzieci wentylowanych mechanicznie),
- przez zespół długoterminowej opieki domowej (opieka domowa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie, opieka domowa nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie),
- przez pielęgniarską opiekę długoterminową.

Celem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo-leczniczego jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji.

Opieka paliatywno-hospicyjna nad osobami chorującymi nieuleczalnie, w schyłkowym okresie życia prowadzona jest przez:

- oddział medycyny paliatywnej,
- hospicja stacjonarne,
- hospicja domowe (dla dorosłych, dla dzieci),
- poradnie medycyny paliatywnej.

Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy pielęgnacyjno-opiekuńczym jest odpłatny. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczna opłata ustalona jest w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy. W placówkach dla nieuleczalnie chorych wszystkie świadczenia są bezpłatne.¹⁶

¹⁶ Sposób i tryb kierowania osób do publicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz.U. Nr 166 z 1998 r. poz. 1265).

Źródłem informacji o stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej jest badanie Ministerstwa Zdrowia MZ-29A *Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej*, którym objęte są zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym, hospicja oraz oddziały opieki paliatywnej. Na sprawozdaniu gromadzone są dane o liczbie miejsc i pacjentów, osobodniach pobytu oraz o pracujących. W wyniku konsultacji z przedstawicielami CSIOZ uzgodniono opracowanie podstawowych wskaźników charakteryzujących dostęp usług zdrowotnych świadczonych w ramach tego typu zakładów w przekroju podregionów.

Można założyć, że wskaźniki opracowane na podstawie sprawozdania MZ-29A w dużym stopniu obrazują dostęp do usług opieki długoterminowej finansowanej ze środków publicznych. Według danych NFZ w 2014 r. w skali kraju pacjenci opieki długoterminowej finansowani w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ stanowili ponad 78% wszystkich leczonych w tego typu zakładach.

Długoterminowa opieka zdrowotna świadczona jest również w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, gdzie przebywają osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają całodobowej opieki. Osoby przebywające w tych zakładach mają zapewnioną pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację (w tym pielęgnację w czasie choroby), opiekę higieniczną, pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, niezbędną pomoc

w załatwianiu spraw osobistych. Opieka w tych zakładach stanowi połączenie świadczeń socjalnych oraz usług zdrowotnych. Pobyt w zakładzie pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania, a wysokość odpłatności ustala organ samorządu terytorialnego. Jeżeli mieszkaniec sam opłaca pobyt, pobierane od niego opłaty nie mogą przekroczyć 70% jego dochodu (emerytury, renty, zasiłku). Jeżeli kwota ta nie pokrywa kosztów utrzymania, wówczas do zapłaty zobowiązani są członkowie rodziny mieszkańca lub inne osoby. Gdy od nich nie można uzyskać odpowiedniej kwoty, za pobyt mieszkańca płaci gmina/budżet państwa. Świadczenia zdrowotne finansowane są przez NFZ.

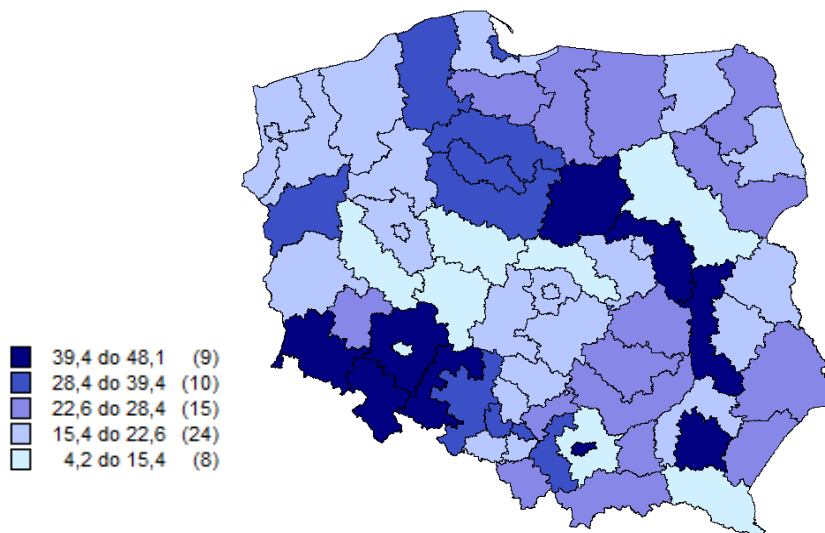
Spośród zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, które świadczą usługi dla różnych grup osób, dla potrzeb niniejszego opracowania analizie zostały poddane zakłady, których łóżka zgodnie z metodologią OECD i Eurostat zaliczane są do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) tzn. posiadające oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób niepełnosprawnych fizycznie.

Dane do opracowania proponowanych wskaźników pochodziły z badania GUS PS-03 *Sprawozdanie z zakładu stacjonarnego pomocy społecznej*.

Liczba pacjentów zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej objętych opieką w ciągu roku na 10 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej objętych opieką (stacjonarną, domową i dzienną) w ciągu roku w przeliczeniu na 10 tys. ludności. Do zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, oddziały opieki paliatywnej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej objętych opieką (stacjonarną, domową i dzienną) w ciągu roku według lokalizacji placówki oraz liczby ludności według miejsca zamieszkania (stan na dzień 30 VI)
Źródła danych	CSIOZ MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu pacjentów zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej objętych opieką (stacjonarną, domową i dzienną) w ciągu roku przypada na 10 tys. ludności zamieszkałej w tym regionie. Powinien być analizowany łącznie ze wskaźnikiem dotyczącym liczby miejsc.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Nie uwzględniono 3 placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych. Wskaźnik liczony na podstawie danych o pacjentach według miejsca lokalizacji placówki w odniesieniu do ludności według miejsca zamieszkania.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Zdrowie i ochrona zdrowia w ..."

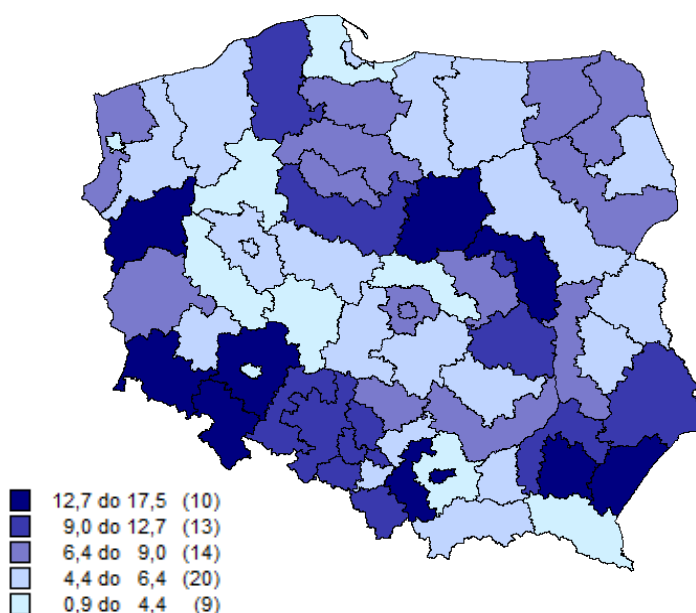
Liczba pacjentów zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej objętych opieką w ciągu roku na 10 tys. ludności w 2013 r. [osoba]



Liczba miejsc w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby miejsc w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. ludności. Do zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, oddziały opieki paliatywnej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby miejsc w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według lokalizacji placówki oraz liczby ludności według miejsca zamieszkania (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	CSIOZ MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ile miejsc w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej zlokalizowanych w danym regionie przypada na 10 tys. ludności zamieszkałej w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Nie uwzględniono 3 placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Zdrowie i ochrona zdrowia w ..."

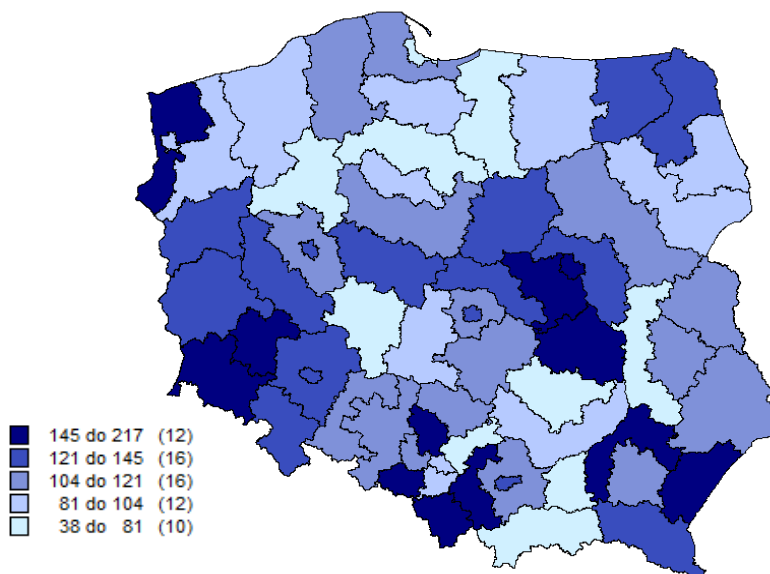
Liczba miejsc w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności w 2013 r. [sztuka]



Średni pobyt pacjenta leczonego w trybie stacjonarnym w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej [dzień]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy średniej liczby dni pobytu pacjenta leczonego w trybie stacjonarnym w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej. Do zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, oddziały opieki paliatywnej.
Sposób liczenia	Iloraz osobodni pobytu pacjentów leczonych trybie stacjonarnym w stosunku do liczby pacjentów leczonych trybie stacjonarnym w ciągu roku w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według lokalizacji placówki
Źródła danych	CSIOZ MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ile wynosił średni czas pobytu pacjenta leczonego stacjonarnie w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej. Powinien być analizowany łącznie ze wskaźnikiem dotyczącym liczby pacjentów i liczby miejsc.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Nie uwzględniono 3 placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych. Wskaźnik liczony na podstawie danych o pacjentach według miejsca lokalizacji placówki w odniesieniu do ludności według miejsca zamieszkania.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Zdrowie i ochrona zdrowia w ..."

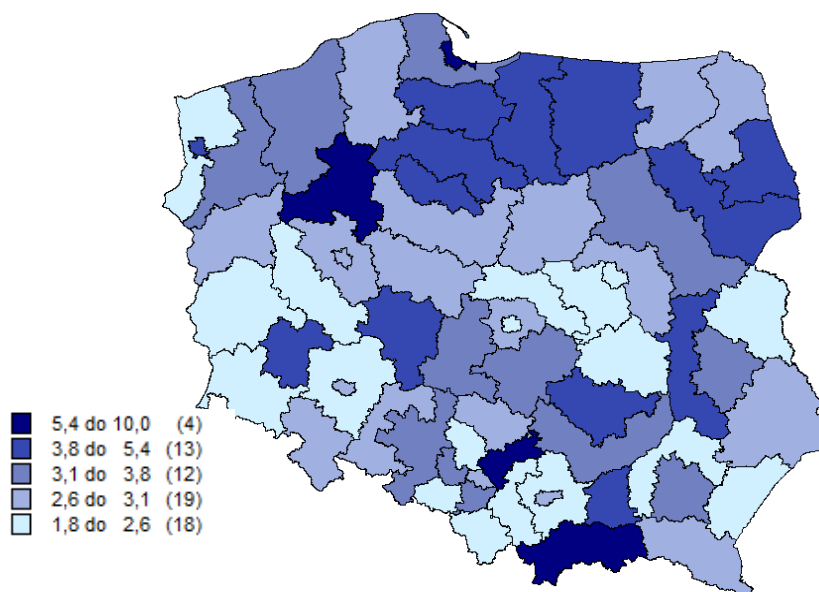
Średni pobyt pacjenta leczonego w trybie stacjonarnym w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w 2013 r. [dzień]



Liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym przypadająca na 1 miejsce w opiece stacjonarnej w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów leczonych trybie stacjonarnym przypadających na 1 miejsce w opiece stacjonarnej w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej. Do zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja, oddziały opieki paliatywnej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów leczonych trybie stacjonarnym w ciągu roku oraz średniej liczby miejsc w opiece stacjonarnej w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według lokalizacji placówki
Źródła danych	CSIOZ MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregiony
Częstotliwość	rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu pacjentów leczonych stacjonarnie w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w ciągu roku przypada na 1 miejsce w opiece stacjonarnej. Powinien być analizowany łącznie ze wskaźnikiem dotyczącym liczby miejsc i średnim czasem pobytu pacjenta.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Nie uwzględniono 3 placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych. Wskaźnik liczony na podstawie danych o pacjentach według miejsca lokalizacji placówki w odniesieniu do ludności według miejsca zamieszkania.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Zdrowie i ochrona zdrowia w ..."

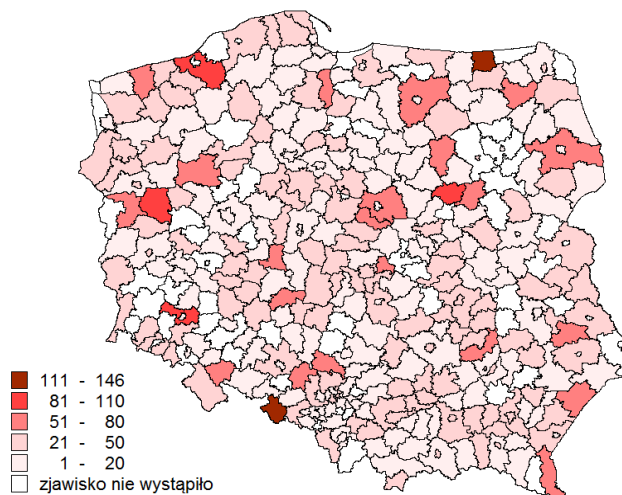
Liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym przypadająca na 1 miejsce w opiece stacjonarnej w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w 2013 r. [osoba]



Liczba miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych na 10 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, w przeliczeniu na 10 tys. ludności. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
Sposób liczenia	Iloraz liczby miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych według lokalizacji placówki oraz liczby ludności według miejsca zamieszkania (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ile miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w danym regionie przypada na 10 tys. ludności zamieszkałej w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Stacjonarne zakłady pomocy społecznej mogą świadczyć usługi dla różnych grup mieszkańców. Liczba miejsc dotyczy całej placówki tzn. obejmuje również miejsca przeznaczone dla osób w podeszłym wieku.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

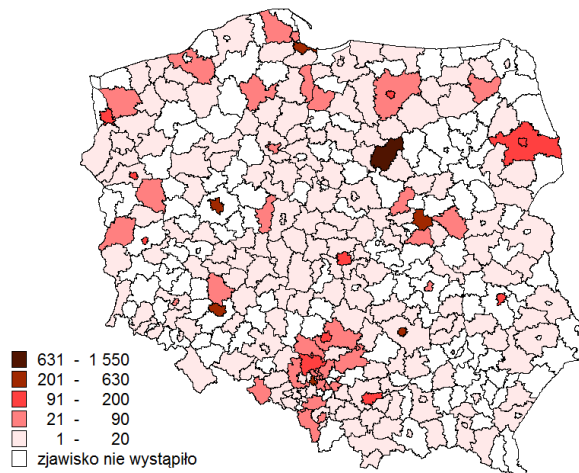
Liczba miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych na 10 tys. ludności w 2013 r. [sztuka]



Liczba osób oczekujących na umieszczenie w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych na 10 tys. osób [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby osób oczekujących na umieszczenie w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób oczekujących na umieszczenie w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz liczby ludności według miejsca lokalizacji placówki (stan w dniu 31 XII) pomnożony przez 10 tys.
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądaný przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ile miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w danym regionie przypada na 10 tys. ludności zamieszkałej w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Stacjonarne zakłady pomocy społecznej mogą świadczyć usługi dla różnych grup mieszkańców. Liczba osób oczekujących na umieszczenie dotyczy całej placówki tzn. obejmuje również osoby oczekujące na umieszczenie na oddziałach przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

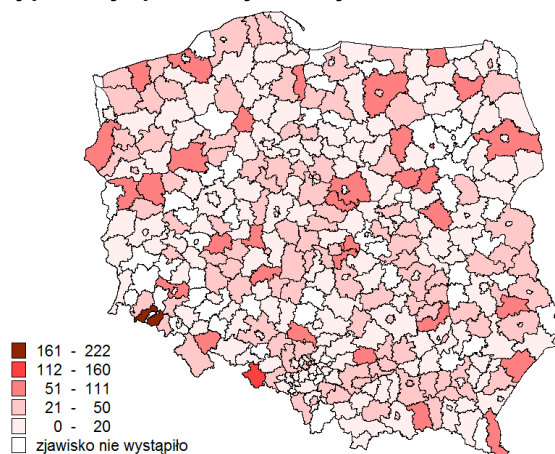
Liczba osób oczekujących na umieszczenie w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w 2013 r. [osoba]



Liczba mieszkańców na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej na 10 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby mieszkańców na oddziałach przeznaczonych dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 tys. ludności danego regionu. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
Sposób liczenia	Iloraz liczby mieszkańców przebywających w ciągu roku na oddziałach przeznaczonych dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej według miejsca lokalizacji placówki oraz liczby ludności (stan w dniu 30 VI) * 10 tys.
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu mieszkańców przebywających na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej przypada na 10 tys. ludności zamieszkałej w tym regionie. Powinien być analizowany łącznie ze wskaźnikiem dotyczącym liczby osób oczekujących na umieszczenie w placówce czy liczbą miejsc.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wskaźnik liczony na podstawie danych o mieszkańcach według miejsca lokalizacji placówki w odniesieniu do ludności według miejsca zamieszkania.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

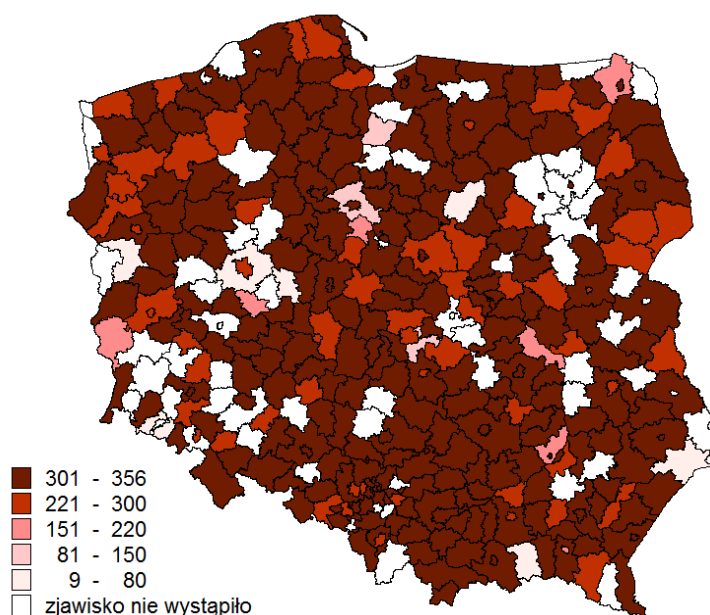
Liczba mieszkańców na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej na 10 tys. ludności w 2013 r. [osoba]



Średni pobyt mieszkańca na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej [dzień]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy średniej liczby dni pobytu mieszkańca na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
Sposób liczenia	Iloraz osobodni pobytu mieszkańców w stosunku do liczby mieszkańców w ciągu roku.
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Informuje ile wynosi średni pobyt mieszkańca na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej. Im mniejsza wartość wskaźnika tym jakość i dostępność do usług w tym obszarze może być większa.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług opieki w placówkach pomocy społecznej.
Słabe strony	Wskaźnik liczony na podstawie danych według miejsca lokalizacji placówki.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

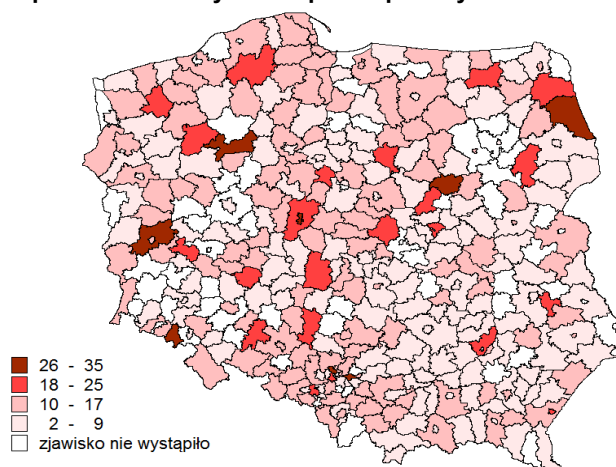
Średni pobyt mieszkańca na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w 2013 r. [dzień]



Liczba mieszkańców na 1 osobę personelu medycznego w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby mieszkańców przypadających na 1 pracownika personelu medycznego w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Personel medyczny tych zakładów obejmuje lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów.
Sposób liczenia	Iloraz liczby mieszkańców przebywających w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w stosunku do liczby personelu medycznego według miejsca lokalizacji placówki (stan w dniu 30 XII)
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza jakość usług opieki zdrowotnej. Informuje ilu mieszkańców placówek pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych przypada na 1 pracownika personelu medycznego.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Stacjonarne zakłady pomocy społecznej mogą świadczyć usługi dla różnych grup mieszkańców. Pracujący w zakładzie personel medyczny świadczy usługi opieki zdrowotnej wszystkim mieszkańcom stąd też opracowany wskaźnik dotyczy całej placówki tzn. obejmuje również mieszkańców na oddziałach w podeszłym wieku.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

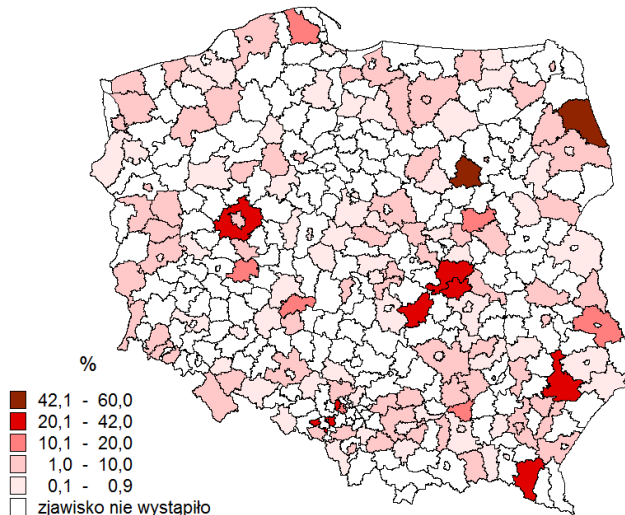
Liczba mieszkańców na 1 osobę personelu medycznego w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w 2013 r. [osoba]



Udział mieszkańców z pełną odpłatnością na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy udziału mieszkańców opłacających pobyt w pełnej wysokości z dochodów własnych bądź przez członków rodziny przebywających na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej. Do zakładów pomocy społecznej, które świadczą usługi dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych zalicza się te placówki stacjonarne, które posiadają oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
Sposób liczenia	Iloraz liczby mieszkańców opłacających pobyt w pełnej wysokości z dochodów własnych bądź przez członków rodziny przebywających na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców na tych oddziałach x 100.
Źródła danych	Główny Urząd Statystyczny PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądaný przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza dostępność do publicznych usług opieki zdrowotnej. Informuje jaki procent mieszkańców oddziałów dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach pomocy społecznej opłaca pobyt w pełnej wysokości czy to z dochodów własnych czy przez członków rodziny.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wskaźnik liczony na podstawie danych według miejsca lokalizacji placówki, a nie według miejsca zamieszkania pacjenta.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Publikacja GUS "Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r."

Udział mieszkańców z pełną odpłatnością na oddziałach dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w 2013 r. [%]



4.5.2 Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Ambulatoryjna opieka zdrowotna to według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷ - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹⁸.

Na temat ambulatoryjnej opieki zdrowotnej stosunkowo dużo informacji statystycznych jest publikowanych i udostępnianych przez GUS. Dane z tego zakresu dostępne są w Banku Danych Lokalnych (BDL), w Dziejzinowej Bazie Wiedzy (DBW), w publikacjach zbiorczych GUS i corocznie wydawanej publikacji branżowej „Zdrowie i ochrona zdrowia”. Pochodzą one głównie ze sprawozdawczości realizowanej w ramach statystyki publicznej (GUS i resortowej), z badań ankietowych realizowanych przez GUS (EHIS, „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”), pewne informacje zawierają rejestry i źródła administracyjne. Dane publikowane są przede wszystkim na poziomie kraju, a wybrane na poziomie województw i powiatów. Dotyczą ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w całości bądź wybranych elementów – podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej (AOS), ale nie są wyodrębniane informacje o usługach realizowanych w ramach środków publicznych. Odmienna jest sytuacja NFZ, który dysponuje wyłącznie informacją o publicznych usługach zdrowotnych.

Zdaniem autorów opracowania, dla oceny systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, szczególnie istotna jest gęstość sieci placówek świadczących usługi tego typu. Do oceny dostępności i jakości usług publicznych w tym zakresie istotna jest natomiast informacja, jaki jest w tej sieci udział placówek świadczących usługi w ramach środków publicznych. Podjęto próbę opracowania tego wskaźnika. W tym celu przeanalizowano dostępne dane:

ZD-3 *Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej*, uzupełnione o wyniki badania resortowego MSW-32 *Sprawozdanie z działalności ambulatoryjnej* jest aktualnie wykorzystywanym źródłem informacji o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Badaniem objęte są wszystkie placówki opieki zdrowotnej świadczące usługi typu ambulatoryjna opieka zdrowotna (zarówno przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych jak i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyki lekarskie, które podpisały umowy z NFZ na świadczenie usług w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia medyczne wyłącznie poza NFZ objęte są badaniem reprezentacyjnym SP-3 *Sprawozdanie o działalności gospodarczej*. Na poziomie kraju publikowane są szacunkowe dane dotyczące liczby praktyk i liczby udzielonych porad.

Centralny Wykaz Świadczeniodawców - zgromadzone dane o podmiotach leczniczych uprawnionych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

¹⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

¹⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

dane w zakresie: informacje identyfikacyjne o świadczeniodawcach, jednostkach organizacyjnych (w ramach danego świadczeniodawcy), komórkach organizacyjnych wykonujących świadczenie (w ramach jednostki danego świadczeniodawcy).

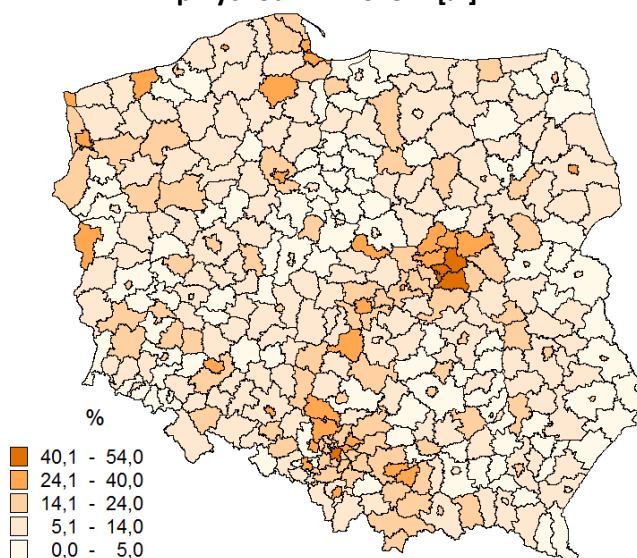
- Baza Jednostek Statystycznych – przeanalizowano zakres cech BJS dla jednostek prawnych i lokalnych uwzględnionych w strukturze BJS i na podstawie przeważającego rodzaju działalności wg PKD czy też nazwy jednostki dokonano wyboru podmiotów, które stanowią praktyki lekarskie i stomatologiczne. Powstały zbiór porównano z kartoteką badania ZD-3, co umożliwiło ujęcie wszystkich praktyk mających umowę z NFZ na świadczenie usług w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz wyeliminowanie błędnie dobranych przychodni.
- Centralny Rejestr Płatników Składek (KSI ZUS) – dane w zakresie: Dane identyfikacyjne płatnika składek: kod numeru deklaracji/rodzaj płatnika, numer NIP, numer PESEL, numer REGON, nazwisko i imię, nazwa/firma (pełna, skrócona), adresy: siedziby, do korespondencji, prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek,

Wynikiem przeprowadzonej analizy jest propozycja dwóch wskaźników opisujących udział placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (poradni i praktyk lekarskich) świadczących usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych w liczbie świadczeniodawców tego rodzaju usług zdrowotnych ogółem. Wskaźniki zostały policzone wyłącznie na potrzeby projektu. Wymagają dalszych analiz i porównań, szczególnie z danymi zawartymi w Centralnym Rejestrze Płatników Składek, który ze względu na późny termin dostępu nie mógł być w pełni wykorzystany.

Udział przychodni realizujących świadczenia wyłącznie ze środków prywatnych w ogólnej liczbie przychodni [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy przychodni realizujących świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej finansowane wyłącznie ze środków prywatnych (podmioty nie mają podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia) według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby przychodni, które nie mają podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w stosunku do ogólnej liczby przychodni według lokalizacji placówki (stan na dzień 31 XII) x 100
Źródła danych	Centralny Wykaz Świadczeniodawców, ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejszy jest odsetek przychodni realizujących świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na danym terenie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Należy zauważyć, że informacja o liczbie przychodni, które mają podpisaną umowę z NFZ, nie ukazuje zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tzn. przychodnia może mieć umowę na różne świadczenia specjalistyczne i/lub POZ a także realizować świadczenia prywatne) .
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

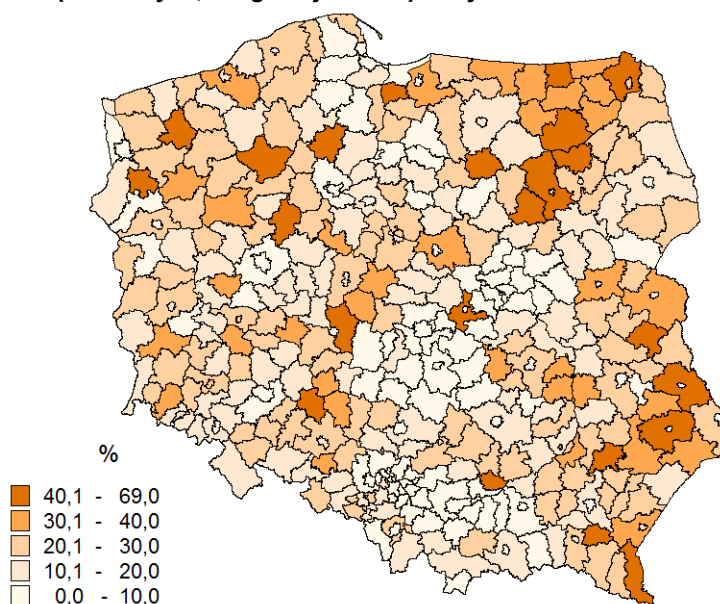
Udział przychodni realizujących świadczenia wyłącznie ze środków prywatnych w ogólnej liczbie przychodni w 2013 r. [%]



Udział praktyk lekarskich, które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych, w ogólnej liczbie praktyk lekarskich [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy praktyk lekarskich (w tym stomatologicznych), które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych według miejsca lokalizacji placówki. Do tej grupy nie zalicza się praktyk, które świadczą usługi na rzecz placówki, która ma podpisaną umowę z NFZ.
Sposób liczenia	Iloraz liczby praktyk lekarskich, które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych w stosunku do ogólnej liczby praktyk lekarskich według lokalizacji placówki (stan na dzień na dzień 31 XII) x 100
Źródła danych	BJS, ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większa liczba praktyk, które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych na danym terenie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Dane te należy traktować ostrożnie - informacja o liczbie praktyk lekarskich (w tym stomatologicznych) powstała w oparciu o liczbę jednostek zarejestrowanych w BJS i wymaga dalszej analizy w porównaniu z innymi źródłami danych administracyjnych (np. Rejestr Płatników Składek ZUS) .
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Udział praktyk lekarskich, które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych, w ogólnej liczbie praktyk lekarskich w 2013 r. [%]



4.5.2.1 Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (**POZ**) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Funkcjonowanie **POZ** (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej.¹⁹ Szczegółowe przepisy odnośnie zakresu i realizacji usług z tego obszaru opieki zdrowotnej zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁰.

W ramach realizowanego projektu podjęto próbę zbudowania wskaźników opisujących gęstość sieci placówek POZ na poziomie gmin, opiekę nad kobietą w ciąży i małym dzieckiem oraz profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą – obszary, dla których dane nie były udostępniane i publikowane przez GUS. W tym celu analizie poddano:

- ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, - w części dotyczącej placówek POZ;
- MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej za 2014 r.21 (dla 2013 r. MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i MZ-12) – komplementarne w stosunku do sprawozdania ZD-3. Wyniki badania są publikowane na poziomie województw, wyłącznie w Biuletynie Statystycznym CSIOZ. W ramach realizowanego zadania przeanalizowano dane z obu sprawozdań pod kątem wykorzystania ich do budowy wskaźników do oceny dostępności i jakości usług publicznych w tym obszarze. Szczegółnej analizie poddano niepozytywane dotąd przez GUS dane dotyczące profilaktycznej opieki nad dziećmi do lat 3 (porady profilaktyczne lekarza, wizyty profilaktyczne pielęgniarek i położnych), profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży (badania profilaktyczne niemowląt do 1 roku życia, badania okresowe dzieci), opieki profilaktycznej nad kobietą w poradniach dla kobiet. Należy podkreślić, że w 2013 r. sprawozdaniem objęte były tylko te podmioty, które miały podpisane umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pominięte są więc wizyty opłacane z kieszeni pacjenta, które mogą mieć istotny udział szczególnie w przypadku opieki nad kobietą w ciąży i małym dzieckiem, które nie są przedmiotem naszych rozważań. Ponadto pozyskane przez CSIOZ dane nie obejmują placówek, dla których organem tworzącym jest Minister Spraw Wewnętrznych, (choć na podstawie badania ZD-3 można powiedzieć, że porady POZ zrealizowane w placówkach MSW stanowiły niespełna 1% udzielonych w ramach POZ, to można przypuszczać, że na poziomie powiatów, w niektórych przypadkach, mogą mieć istotny udział). Wszelkie działania zmierzające do zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej kobietom spodziewającym się dziecka a później

¹⁹ <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. 2013 poz. 1248, z późn. zm.)

²¹ W 2014 r. sprawozdania MZ-11 i MZ-12 zostały połączone w jedno – MZ-11. W oparciu o to sprawozdanie możliwe będzie opracowanie podobnych wskaźników za kolejne lata.

dzieciom od chwili narodzin do dorosłości, mogą mieć pośrednio wpływ na poprawę sytuacji demograficznej kraju. Dlatego też, mimo wspomnianych ograniczeń, zdaniem autorów opracowania, warto w oparciu o dane pozyskane ze sprawozdawczości Ministerstwa Zdrowia zbudować wskaźniki obrazujące działalność placówek leczniczych w tym obszarze. Umożliwią one jednostkom samorządu terytorialnego (JST) dokonywanie analiz, ocen i porównań z podobnymi jednostkami w innych częściach kraju. W przyszłości należałoby jednak uzupełnić te dane o informacje dotyczące placówek MSW, które również realizują świadczenia POZ w ramach środków publicznych.

Rozpoznano również systemy informacyjne NFZ - Rejestr świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie danych dotyczących świadczeń i świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

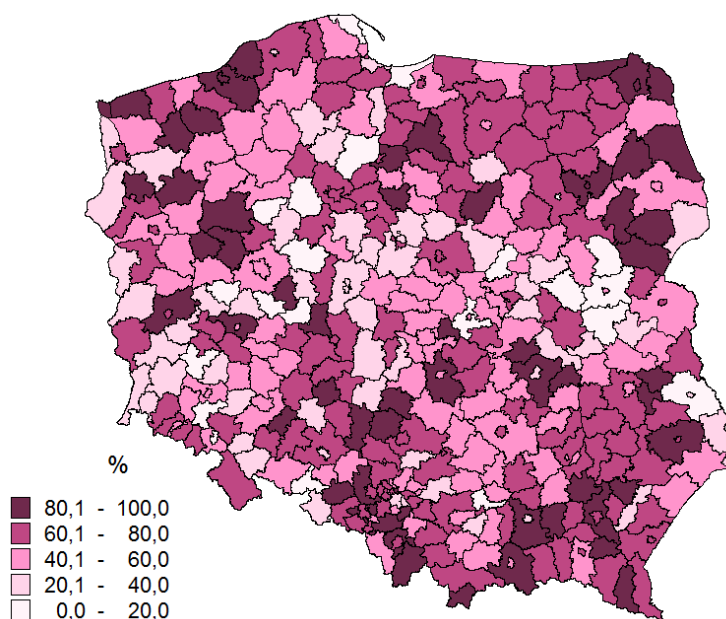
W oparciu o pozyskane dane proponuje się następujące wskaźniki mierzące dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w tym obszarze:

Liczba ludności przypadająca na 1 placówkę POZ [osoba]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy placówek świadczących usługi podstawowej opieki zdrowotnej (wszystkich przychodni i praktyk lekarskich, które podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych) według miejsca lokalizacji placówki. Nie obejmuje praktyk lekarskich świadczących usługi POZ wyłącznie opłacane z kieszeni pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności gminy (stan na dzień na dzień 31 XII) x 100 i liczby placówek POZ .
Źródła danych	ZD-3 Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Można sądzić, że w przypadku POZ gęstość sieci placówek świadczących usługi tego typu ma istotne znaczenie dla dostępności publicznych usług zdrowotnych w tym obszarze. Dlatego można przyjąć, że im mniejszy wskaźnik, tym lepszy jest dostęp do usług POZ.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia pośrednią obserwację dostępności usług publicznych. Podstawowa opieka zdrowotna niemal w całości realizowana jest w ramach środków publicznych
Słabe strony	Wskaźnik informuje o gęstości sieci placówek, nie uwzględnia natomiast ich wielkości.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2013 r.
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

Wskaźnik kobiet w ciąży objętych opieką poradni, które zgłosiły się po raz pierwszy do lekarza do 10 tygodnia ciąży [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - pacjenci - kobiety w ciąży objęte opieką poradni. Zakres przedmiotowy - opieka nad kobietami w ciąży świadczona przez placówki, które podpisały umowy na świadczenie usług w ramach środków publicznych.
Sposób liczenia	Odsetek kobiet w ciąży będących pod opieką poradni dla kobiet, które zgłosiły się do poradni po raz pierwszy przed końcem 10 tygodnia ciąży (od 1 do 10 tygodnia) x 100.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Celem wskaźnika jest pokazanie jaki procent kobiet w ciąży zgłasza się pod opiekę lekarza w początkowym okresie ciąży. Wyższy wskaźnik świadczy korzystnie o postawie kobiet wobec potrzeby prowadzenia ciąży przez lekarza, a pośrednio o sprawności POZ.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej dotyczącej kobiet w ciąży; może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Nie uwzględniono placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych.; wskaźnik dotyczy wyłącznie kobiet dla których w poradni prowadzona jest karta przebiegu ciąży.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

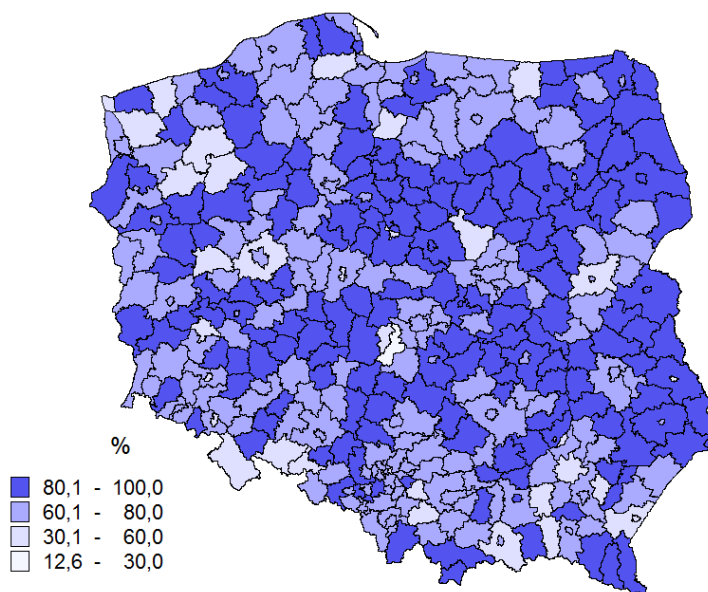
Wskaźnik kobiet w ciąży objętych opieką poradni, które zgłosiły się po raz pierwszy do lekarza do 10 tygodnia ciąży w 2013 r. [%]



Wskaźnik (dzieci i młodzież w wieku 2-19 lat) przebadanych przez lekarzy POZ w ramach badań profilaktycznych, według wieku [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - pacjenci - dzieci i młodzież w wieku 2-19 lat. Zakres przedmiotowy- badania profilaktyczne dzieci i młodzieży wykonane przez lekarzy POZ, których placówki podpisały umowę z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.
Sposób liczenia	Odsetek przebadanych w odniesieniu do liczby, dzieci które powinny być przebadane w określonym wieku, które złożyły deklarację do lekarza POZ x 100. Do liczby przebadanych nie wlicza się badań wykonanych z opóźnieniem np. w roku następnym bez względu na przyczynę.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Wysoka wartość wskaźnika może świadczyć o skuteczności działania placówki POZ w zakresie obowiązkowych badań profilaktycznych dzieci i młodzieży.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze badań profilaktycznych dotyczących dzieci i młodzieży w wieku 2-19 lat; w tym wykonanie Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (Dz. U.2013 poz. 1248). Może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Nie uwzględniono placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

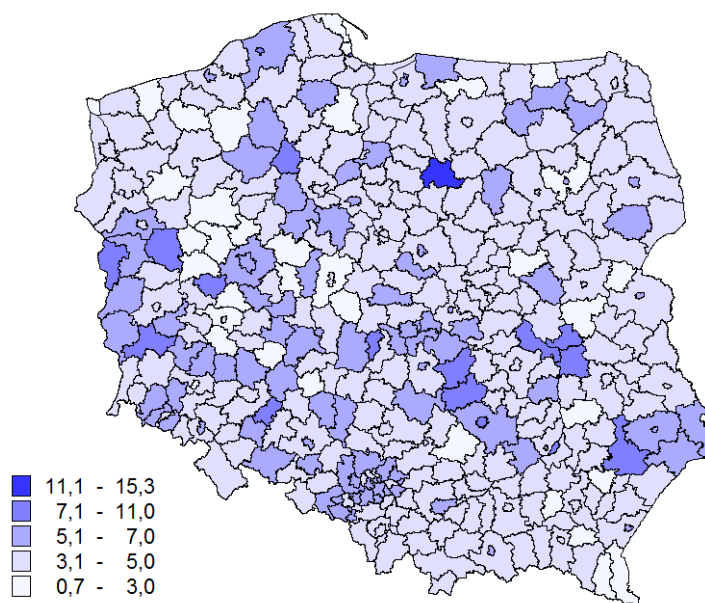
Odsetek dzieci w wieku 2 lat przebadanych przez lekarzy POZ w ramach badań profilaktycznych w 2013 r.



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Średnia liczba porad lekarskich udzielonych dzieciom zdrowym w 1 roku życia [porada]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres przedmiotowy - pacjenci - dzieci zdrowe do 1 roku życia. Zakres przedmiotowy - badania profilaktyczne dzieci i młodzieży wykonane przez lekarzy POZ, w placówce która podpisała umowę z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.
Sposób liczenia	Iloraz liczby wizyt profilaktycznych dzieci zdrowych do ukończenia 1 roku życia i liczby dzieci w tym wieku, które są pod opieką lekarza POZ.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik pokazuje pośrednio, w jakim stopniu realizowane są zapisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. 2013 poz. 1248).
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w zakresie badań udzielonych dzieciom zdrowym w 1 roku życia. Można sądzić, że im wyższa liczba porad profilaktycznych, tym większa sprawność lekarza POZ.
Słabe strony	Brak danych MSW. Na wysokość wskaźnika istotny wpływ ma postawa rodziców bądź opiekunów dziecka, istotną w tym przypadku rolę wydają się pełnić wizyty u lekarza opłacane z kieszeni pacjenta. Powinien być interpretowany ostrożnie, wspólnie z innymi miarami.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Średnia liczba porad lekarskich udzielonych dzieciom zdrowym w 1 roku życia w 2013 r. [porada]

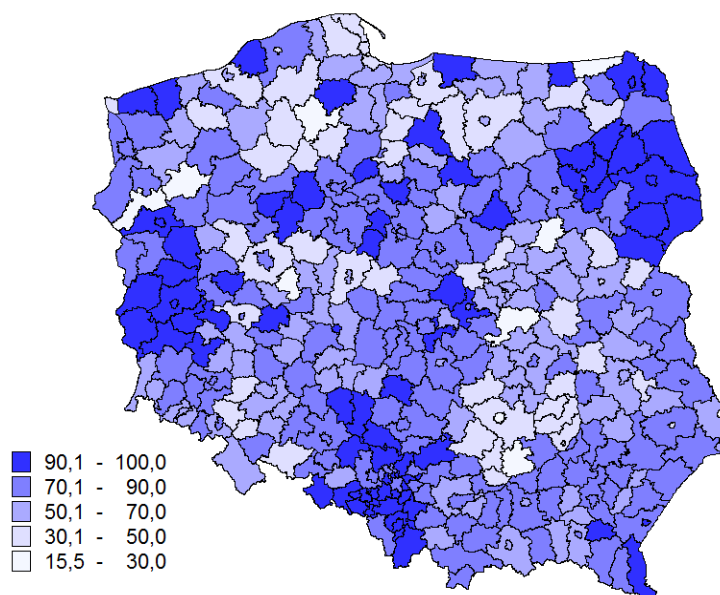


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Średnia liczba wizyt pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych, w wieku do 14 dnia życia w 2013 r. [wizyta]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - pacjenci - noworodki do 14 dnia życia. Zakres przedmiotowy - badania noworodków wykonane przez pielęgniarki i położne, w placówce która podpisała umowę z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.
Sposób liczenia	Iloraz liczby zrealizowanych wizyt w ciągu pierwszych 14 dni życia noworodka i liczby noworodków zarejestrowanych w poradni.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik pokazuje pośrednio, w jakim stopniu realizowane są zapisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. 2013 poz. 1248).
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze badań udzielonych w ciągu pierwszych 14 dni życia noworodka; może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Nie uwzględniono placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych.
Uzasadnienie	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej; może być wykorzystany do analizy jakości i dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

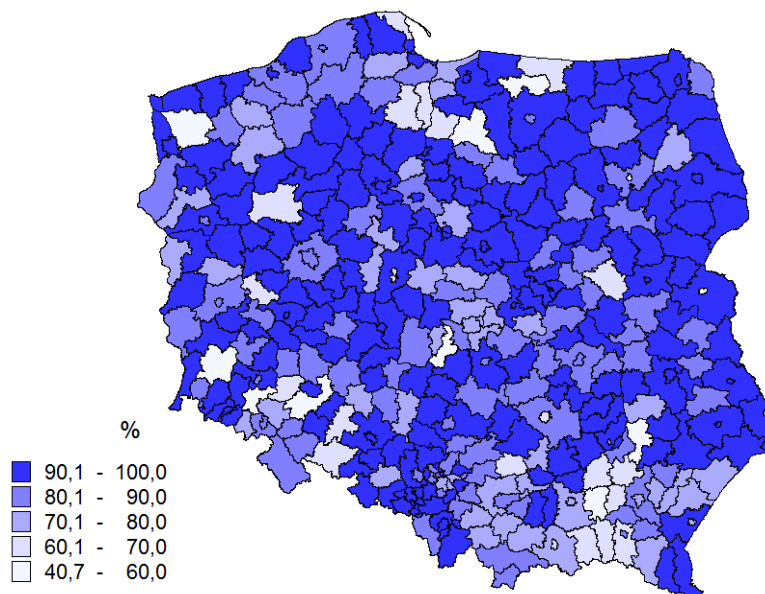
Średnia liczba wizyt pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych, w wieku do 14 dnia życia w 2013 r. [wizyta]



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Odsetek przebadanych niemowląt w wieku 1-4 tydzień [%]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - pacjenci - niemowlęta zgłoszone do poradni. Zakres przedmiotowy- badania niemowląt w wieku 1-6 tydzień w placówkach, które mają podpisaną umowę z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.
Sposób liczenia	Odsetek dzieci w wieku 1-4 tydzień przebadanych profilaktycznie do liczby dzieci w tym wieku zgłoszonych w przychodni x 100.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Każde dziecko do 1 roku życia powinno być zbadane profilaktycznie w określonych tygodniach/miesiącach życia. Im wyższy wskaźnik tym lepsza, bardziej skuteczna opieka lekarza POZ.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych dotyczących profilaktycznej opieki lekarskiej nad dzieckiem do 1 roku życia. Może być opracowany dla pozostałych czterech terminów wizyt profilaktycznych (0-4 doba, 2-6 miesiąc, 9 miesiąc, 12 miesiąc); może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Nie uwzględniono placówek, dla których organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych; dotyczy tylko niemowląt zgłoszonych do placówki.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Odsetek przebadanych niemowląt w wieku 1-4 tydzień w 2013 r. [%]

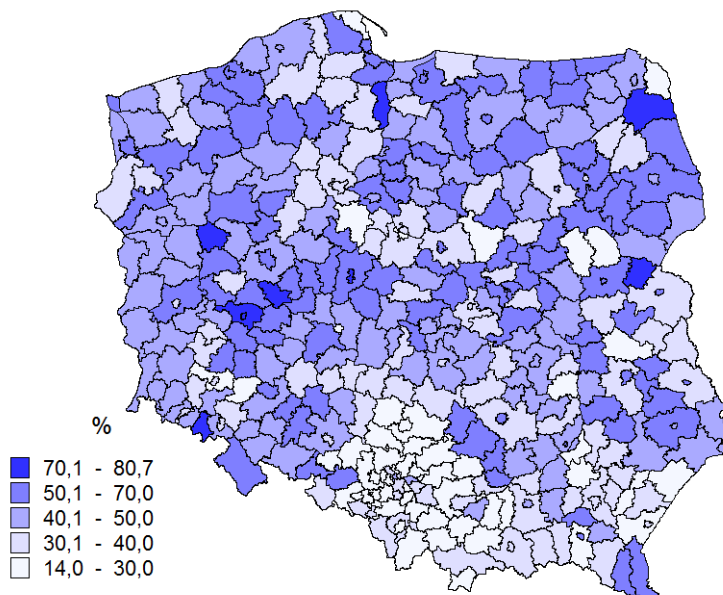


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Odsetek osób w wieku 19 lat więcej objętych opieką czynną przez lekarza POZ [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - pacjenci -osoby w wieku 19 lat i więcej, którzy złożyli deklaracje do lekarza POZ w danej placówce. Zakres przedmiotowy - opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób w wieku 19 lat i więcej, objętych opieką czynną przez lekarza POZ i liczby złożonych deklaracji do lekarza, według miejsca położenia placówki x 100.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie trendów w opiece nad osobami dorosłymi
Mocne strony	Wskaźnik bezpośrednio charakteryzuje dostępność publicznych usług podstawowej opieki zdrowotnej i obciążenie lekarza POZ. Może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Brak danych MSW, Wskaźnik jest liczony według miejsca usytuowania placówki. Ze względu na wolny wybór lekarza POZ, wśród złożonych deklaracji mogą się znaleźć pacjenci spoza obszaru funkcjonowania placówki (inny powiat).
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

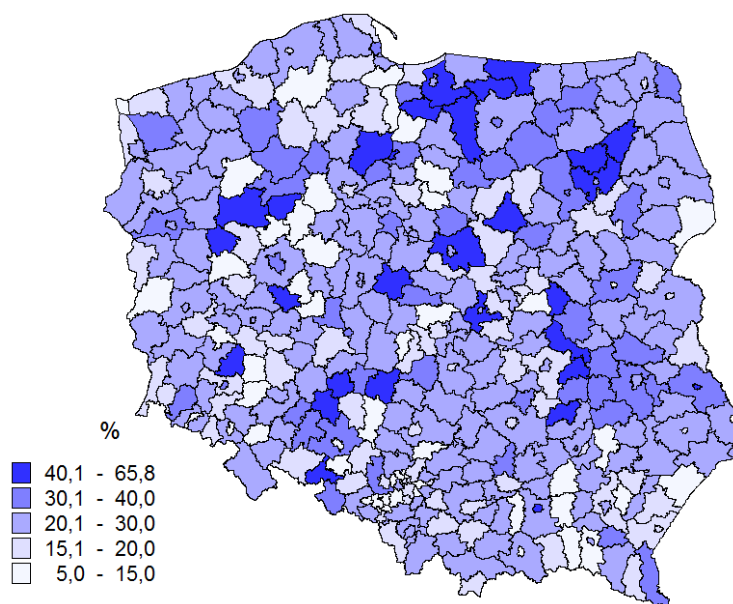
Odsetek osób w wieku 19 lat więcej objętych opieką czynną przez lekarza POZ w 2013 r. [%]



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat objętych opieką czynną przez lekarza POZ [%]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - dzieci i młodzież - osoby w wieku 0-18 lat, którzy złożyli deklaracje do lekarza POZ w danej placówce. Zakres przedmiotowy - opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób w wieku 0-18 lat, objętych opieką czynną przez lekarza POZ i liczby złożonych deklaracji do lekarza, według miejsca położenia placówki x 100.
Źródła danych	CSIOZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NUTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie trendów w opiece nad osobami dorosłymi
Mocne strony	Wskaźnik bezpośrednio charakteryzuje dostępność publicznych usług podstawowej opieki zdrowotnej i obciążenie lekarza POZ. Może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Brak danych MSW, wskaźnik jest liczony według miejsca usytuowania placówki. Ze względu na wolny wybór lekarza POZ, wśród złożonych deklaracji mogą się znaleźć pacjenci spoza obszaru funkcjonowania placówki (inny powiat).
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat objętych opieką czynną przez lekarza POZ w 2013 r. [%]

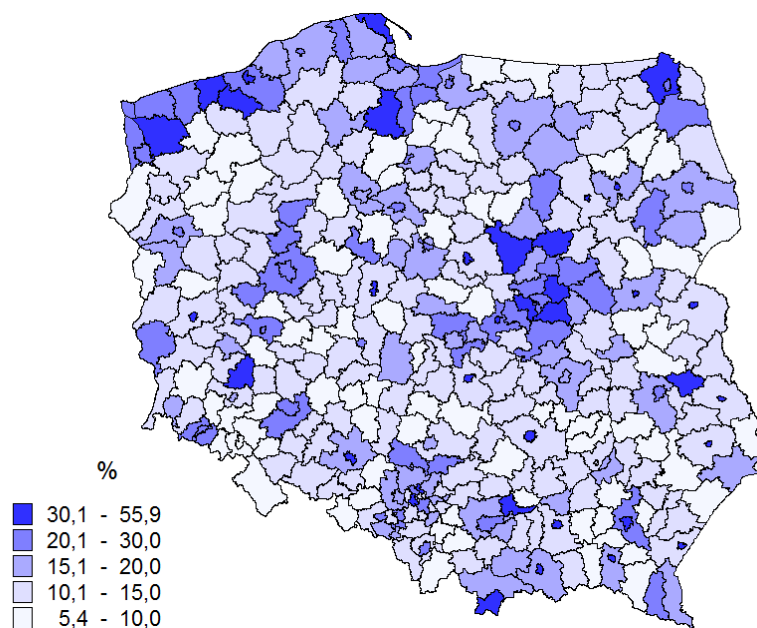


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Odsetek pacjentów mieszkających poza miejscem udzielania porad POZ [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy placówek świadczących usługi podstawowej opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z NFZ i pacjentów pochodzących z innych powiatów niż usytuowanie placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów pochodzących z innego powiatu niż miejsce usytuowania placówki POZ i wszyscy pacjenci, którym udzielono porad w placówce x 100.
Źródła danych	Dane NFZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Można sądzić, że w przypadku POZ gęstość sieci placówek świadczących usługi tego typu ma istotne znaczenie dla dostępności publicznych usług zdrowotnych w tym obszarze. Można sądzić, iż wysoki wskaźnik zmniejsza dostępność usług mieszkańcom teren na którym znajduje się placówka.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia pośrednią obserwację dostępności usług publicznych.
Słabe strony	Na wysokość wskaźnika ma wpływ ruch turystyczny i miejsce usytuowania placówki. Wskaźnik nie uwzględnia sezonowości i walorów geograficznych. Wskaźnik wymaga dobrej jakości wykazu adresów zamieszkania pacjentów.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2013 r.
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Odsetek pacjentów mieszkających poza miejscem udzielania porad POZ w 2013 r. [%]

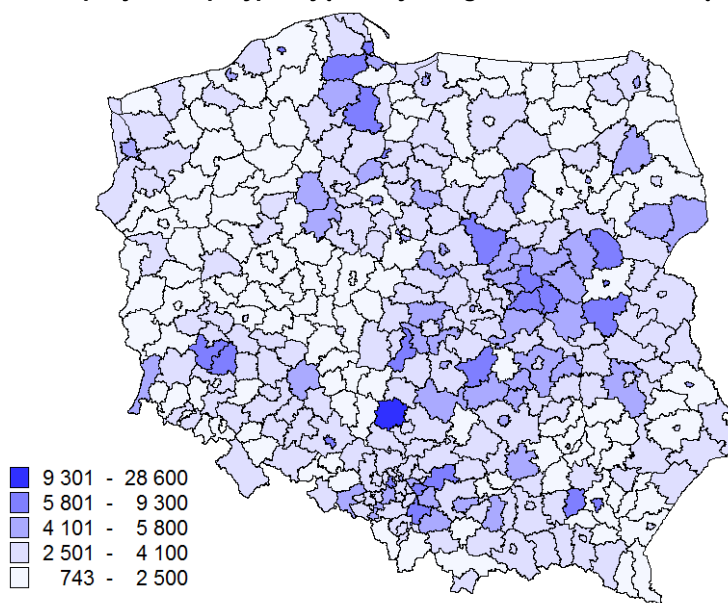


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Przeciętna liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę POZ [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy placówek świadczących usługi podstawowej opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z NFZ
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów pochodzących z innego powiatu niż miejsce usytuowania placówki POZ i wszyscy pacjenci, którym udzielono porad w placówce x 100.
Źródła danych	Dane NFZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	rok
Interpretacja wskaźnika	Można sądzić, że w przypadku POZ gęstość sieci placówek świadczących usługi tego typu ma istotne znaczenie dla dostępności publicznych usług zdrowotnych w tym obszarze. Można sądzić, iż wysoki wskaźnik zmniejsza dostępność usług mieszkańcom terenu na którym znajduje się placówka.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia pośrednią obserwację dostępności usług publicznych.
Słabe strony	Na wysokość wskaźnika ma wpływ ruch turystyczny i miejsce usytuowania placówki. Wskaźnik nie uwzględnia sezonowości i walorów geograficznych
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2013 r.
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Przeciętna liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę POZ w 2013 r. [osoba]



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzykim

4.5.2.2 Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Ambulatoryjna opieka zdrowotna polega na udzielaniu przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Mówiąc o dostępie do usług publicznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) należy mieć na uwadze przede wszystkim świadczenia gwarantowane, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.²² Są one udzielane w poradniach specjalistycznych w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia (także w domu chorego) przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo przez inną osobę, która ma uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych. Świadczenia gwarantowane obejmują czynności diagnostyczno-lecznicze (w tym badanie pobranego materiału biologicznego) w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są udzielane pacjentom według kolejności zgłoszenia. Każdy świadczeniodawca rejestrując pacjenta posiadającego skierowanie ma obowiązek wskazania terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wyjątkiem są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia – wtedy pomoc powinna zostać udzielona natychmiast. Zgodnie z zapisami wspomnianej ustawy Świadczeniodawca umieszcza pacjenta na liście oczekujących na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej m.in. stanu zdrowia pacjenta, a także rokowań co do dalszego przebiegu choroby. Lekarz biorąc pod uwagę stan zdrowia konkretnego pacjenta ma uprawnienie wskazania na skierowaniu pilności podjęcia leczenia, wówczas kwalifikuje go do jednej z dwóch kategorii medycznych:

- **„przypadek pilny”** – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- **„przypadek stabilny”** – kiedy pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

W sytuacji pogorszenia stanu zdrowia (już po umieszczeniu pacjenta na liście oczekujących) pacjent powinien informować o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który leczy pacjenta w poradni specjalistycznej, jest zobowiązany do pisemnego informowania lekarza rodzinnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu i czasie stosowania oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych. Lekarz specjalista wystawia pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie, którego lekarz POZ może wystawiać recepty przez okres w nim wskazany. Warunki udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej określa Zarządzenie Prezesa Narodowego

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413, z późn. zm.)

Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna²³.

Dostęp do lekarzy specjalistów przyjmujących ambulatoryjnie i do badań diagnostycznych jest w powszechnej opinii najbardziej widocznymi i krytykowanym parametrem oceny systemu. Przyczyną problemu często upatruje się w niedostatecznym finansowaniu AOS. Jednak wielu ekspertów zwraca uwagę, że w latach 2004–2013 znacząco wzrosły nakłady na AOS. Budżet NFZ przeznaczony na zakup opieki specjalistycznej zwiększył się w tym czasie z 2,1 mld zł, co stanowiło 7,1 proc. pieniędzy przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych w roku 2004, do 5,3 mld zł – 8,36 proc. sumy przeznaczonej na wszystkie świadczenia w roku 2013. Przez 10 lat nakłady na specjalistykę zwiększono przeszło dwukrotnie – konkretnie o ponad 144 proc. Ekspertki zwracają uwagę, że w AOS lokuje się coraz więcej pieniędzy, ale nie przyczynia się to do polepszenia dostępu do świadczeń. Źródłem tego stanu rzeczy niektórzy eksperci upatrują w reformie końca lat 90-tych, kiedy system ochrony zdrowia podzielono na odrębne obszary finansowania: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne itd. Uznano także, że świadczenia opieki zdrowotnej, poza nielicznymi (np. podstawowa opieka zdrowotna opłacana kapitałowo), będą finansowane na zasadzie *fee-for-service* – za wykonaną usługę. W opinii niektórych ekspertów spowodowało to, że w większości tzw. rodzajów świadczeń zaczęło się opłacać nie leczyć pacjenta, lecz wykonywać świadczenia albo lepiej płatne, albo mniej kosztowne.

Zwraca się ponadto uwagę, że w przypadku AOS istotne znaczenie w kwestii dostępności do świadczeń mają dwa elementy: względna słabość podstawowej opieki zdrowotnej i tendencja, która występuje zwłaszcza w większych miastach do leczenia się u specjalistów. Powoduje to duże dysproporcje pomiędzy „potrzebami” obywateli a nakładami na AOS. Na początku reformy uznano, że AOS jest odrębnym rodzajem świadczeń, wymagającym odrębnego postępowania konkursowego oraz odrębnych zasad finansowania. Dostęp do specjalisty uwarunkowano posiadaniem skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkami dotyczącymi: poradni ginekologicznych, dermatologicznych, okulistycznych. Obecnie dostęp do poradni specjalistycznych jest możliwy również na podstawie karty wypisowej ze szpitala. Ekspertki zwracają uwagę, że wyłączenie z kompetencji lekarzy rodzinnych możliwości zlecenia niektórych badań diagnostycznych oraz wprowadzenie obowiązku konieczności uzyskiwania konsultacji specjalistów w wypadku ordynacji niektórych leków przyczyniło się do powstania dwóch systemów opieki ambulatoryjnej. Jednego opartego na lekarzu rodzinnym i drugiego, zwłaszcza w większych miastach, gdzie sieć poradni specjalistycznych jest wyjątkowo rozwinięta, opartego na leczeniu u różnych specjalistów, często bez wiedzy własnego lekarza rodzinnego. Ekspertki zwracają uwagę również na bardzo dużą dysproporcję terytorialną w dostępie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pomiędzy miastami a tzw. *Polską powiatową*. W mniejszych miastach i na terenach wiejskich zdecydowana większość mieszkańców ogranicza się do wizyt u lekarza rodzinnego. Z kolei w dużych miastach, gdzie takich poradni jest kilkanaście lub kilkadziesiąt, większość pacjentów pomija lekarza rodzinnego. Obserwacje ekspertów potwierdzają analizy zespołu przeprowadzone w ramach projektu. Liczba wizyt w poradniach specjalistycznych na terenie miast na prawach powiatu, jest znacząco wyższa niż w przypadku pozostałych powiatów.

²³ Zarządzenie Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zespół dokonał przeglądu istniejących wskaźników. Uznał, że większość z nich ma zbyt duże ograniczenia, aby można było na ich podstawie wyciągać uprawnione wnioski, co do stanu dostępności do ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej. Największe ograniczenia posiada wskaźnik „liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców powiatu”. Wśród nich można znaleźć zarówno duże centra zdrowia, których zasięg działania obejmuje niekiedy cały powiat, a nierzadko kilka sąsiadujących ze sobą powiatów jak i małe specjalistyczne praktyki lekarskie. Ponadto, podobnie jak w przypadku szpitali, istnieje problem związany z poziomem identyfikacji przychodni w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Szczególnie widać to w przypadku dużych sieci medycznych, w skład, których może wchodzić wiele przedsiębiorstw ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których każde może mieć kilka przychodni. Dlatego też zespół badawczy zaproponował zmodyfikowanie tego wskaźnika poprzez odniesienie go do placówek ochrony zdrowia (jednostek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego) oraz typów poradni specjalistycznych wg kodów resortowych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). Taka konstrukcja jest możliwa, gdyż sprawozdanie ZD-3 stanowiące podstawowe źródło danych dla obliczenia wskaźnika sporządzane jest z perspektywy jednostki organizacyjnej tj. sporządzane jest przez każdą odrębną pod względem funkcjonalno-organizacyjnym jednostkę. Obliczeń wskaźnika dokonano dla trzech wybranych poradni. Zaproponowany wskaźnik odzwierciedla potencjał specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w powiecie i województwie, który z założenia powinien być wypadkową potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu/województwa, jednak nie można na jego podstawie wyciągać zbyt kategoriycznych wniosków pod kątem rozbudowy infrastruktury ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdyż nie uwzględnia ruchów migracyjnych pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przesłankami dotyczącymi wyboru poradni, niekoniecznie związanymi z odległością i terminem dotarcia do placówki opieki zdrowotnej z miejsca zamieszkania (np. bliskość miejsca nauki lub pracy).

Innym wskaźnikiem często stosowanym w statystyce jest liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów. Wskaźnik ten na pewno lepiej odzwierciedla tendencję do korzystania z opieki ambulatoryjnej na terenie powiatu, jednak również ma swoje ograniczenia, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pomiędzy powiatami, które, jak wspomniano wyżej, może mieć różne przyczyny.

Zespół badawczy zaproponował, aby do pomiaru dostępności do publicznych usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wykorzystać dane gromadzone przez NFZ i porównać z danymi gromadzonymi przez GUS w ramach sprawozdawczości statystycznej (sprawozdanie ZD-3). W związku z tym, że dane gromadzone przez NFZ dotyczą usług finansowanych ze środków publicznych, a dane gromadzone przez GUS dotyczą wszystkich usług, założono, że może to być dobry sposób na ocenę skłonności pacjentów do korzystania z komercyjnych świadczeń zdrowotnych. Zaproponowano następującą interpretację wskaźnika: mniejszy udział porad finansowanych przez NFZ w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych oznacza mniejszą dostępność do usług publicznej opieki ambulatoryjnej. Założono, że taki wskaźnik będzie można zastosować do porad udzielonych w poszczególnych typach poradni (wg klasyfikacji, która również stosowana jest w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia) oraz odnieść do poziomu powiatu. W trakcie prac zaobserwowano poważne ograniczenia w wykorzystaniu takiego wskaźnika. Dane gromadzone przez GUS dotyczące liczby porad w powiatach w wielu przypadkach znacznie odbiegają od danych

gromadzonych przez NFZ. Często zdarzało się, że liczba porad wykazywanych przez świadczeniodawców w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej do NFZ przewyższa liczbę porad wskazywaną w sprawozdaniach ZD-3 w obrębie danego powiatu. Wynika to przede wszystkim z różnic definicyjnych porady/świadczenia i ma związek ze specyfiką rozliczeń, które w przypadku niektórych typów świadczeń ambulatoryjnych generują zjawisko zwielokrotniania liczby porad wykazywanych do NFZ zrealizowanych w trakcie jednej wizyty pacjenta. W wielu przypadkach przyczyną jest jednak to, że sprawozdanie ZD-3 wypełniane są osobno dla każdej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Jeśli podmiot leczniczy posiada kilka jednostek organizacyjnych w kilku powiatach, to do GUS trafi kilka sprawozdań oznaczonych osobnym kodem TERYT. Inaczej będzie w przypadku NFZ, który ze względów rozliczeniowych gromadzi dane w kontekście siedziby podmiotu leczniczego, a nie miejsc faktycznego udzielania świadczenia zdrowotnego. Nie mniej, zespół podjął próbę obliczenia wskaźnika, ale ograniczył obliczenia do trzech rodzajów poradni: onkologicznej, kardiologicznej i stomatologicznej w województwie warmińsko-mazurskim. W przypadku stomatologii ewidentnie widać, iż udział porad stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie porad stomatologicznych jest znacznie niższy niż w przypadku porad kardiologicznych i onkologicznych. W przypadku porad kardiologicznych i onkologicznych zaobserwowano stosunkowo wysoki udział porad finansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie porad.

Zespół badawczy podjął również próbę skonstruowania wskaźnika, który uwzględniałby kwestię migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania porady ambulatoryjnej finansowanej ze środków NFZ. Obliczenia wykonano dla województwa świętokrzyskiego za lata 2013 i 2014. Okazało się, że najbardziej skłonni do korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w innych powiatach niż powiat zamieszkania są mieszkańcy powiatu opatowskiego. Zarówno w roku 2013 jak i w 2014 blisko ponad 50% pacjentów - mieszkańców powiatu opatowskiego korzystających ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej skorzystało ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania. Informacja ta może być bardzo ważna np. w ewentualnej dyskusji, jako argument przeciwko np. postulatowi rozbudowy infrastruktury opieki specjalistycznej w powiecie, jako sposobu podniesienia dostępności do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej finansowanej ze środków publicznych.

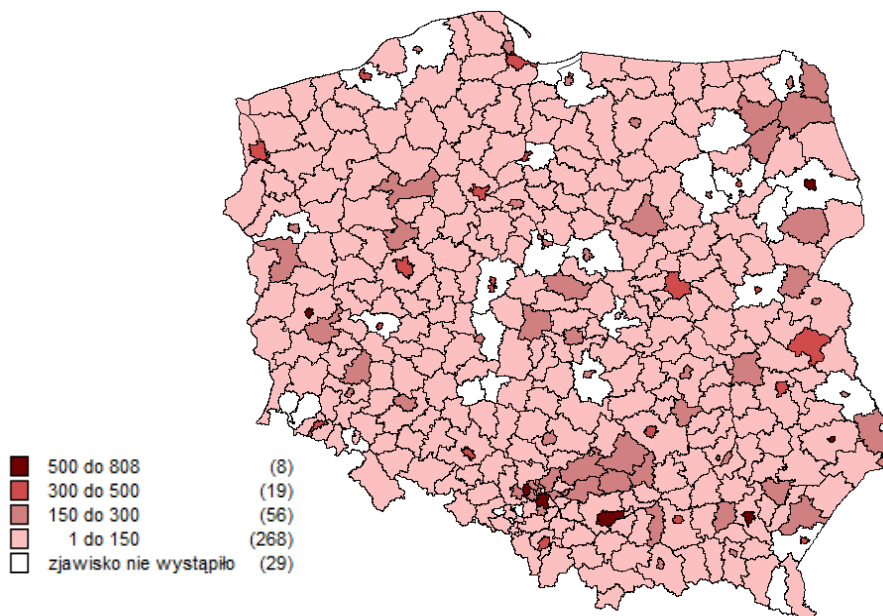
Liczba mieszkańców powiatu przypadająca na 1 placówkę AOS świadczącą usługi ambulatoryjne w poradni danego typu na 10 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik oblicza się w odniesieniu do liczby placówek opieki zdrowotnej w strukturze których znajdują się poradnie danego typu i cechujących się odrębnością pod względem organizacyjno-funkcyjnym.
Sposób liczenia	Iloraz liczby placówek opieki zdrowotnej świadczących usługi ambulatoryjne w poradni danego typu oraz liczby mieszkańców powiatu.
Źródła danych	Sprawozdanie ZD-3 (GUS)
Dostępny najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie stopnia potencjału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu. Spadek wskaźnika świadczy o wzroście potencjału infrastruktury ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu, co pośrednio może odzwierciedlać zwiększenie popytu na świadczenia specjalistyczne.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie stanu infrastruktury ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie poszczególnych typów poradni na terenie powiatu. Wskaźnik może służyć do oceny wzrostu lub zmniejszenia potencjału AOS, a tym samym stanowić informację o możliwości zmniejszenia dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
Słabe strony	Wskaźnik nie może stanowić podstawy do konstruowania kategoriycznych wniosków co do dostępności do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przesłankami co do wyboru placówki opieki zdrowotnej. Wskaźnik wymaga dobrej jakości informacji o miejscu zamieszkania pacjenta. Słaba strona to również nieuwzględnienie we wskaźniku personelu medycznego. Jak zinterpretować dostępność do świadczeń w dwóch powiatach o identycznej wartości wskaźnika jeśli w jednym z powiatów jest tylko jeden świadczeniodawca z jednym lekarzem kardiologiem przyjmującym 10 godzin w tygodniu, a w drugim powiecie jest też jeden świadczeniodawca z dwoma lekarzami kardiologami a każdy z nich przyjmuje 40 godzin w tygodniu. Wniosek o dostępności zdecydowanie się zmienia w takim kontekście. Dlatego wskaźnik należy analizować łącznie z innymi.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	dla JST - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

Liczba porad udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców. [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik oblicza się w odniesieniu do liczby porad wykonanych w poradniach danego typu na terenie danego powiatu oraz liczby mieszkańców. Wzrost wskaźnika świadczy o wzroście potencjału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i pośrednio świadczy o wzroście popytu na specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne
Sposób liczenia	Iloraz liczby porad w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz liczby mieszkańców powiatu pomnożona przez 1 000
Źródła danych	1. Sprawozdanie ZD-3(GUS)
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie stopnia potencjału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie stanu potencjału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie poszczególnych typów poradni na terenie powiatu. Wskaźnik może stanowić podstawę do sformułowania tezy o zmianie poziomu dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
Słabe strony	Wskaźnik nie może stanowić podstawy do konstruowania kategoriycznych wniosków co do dostępności do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przestankami co do wyboru placówki opieki zdrowotnej.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK - za lata 2013, 2014, w odniesieniu do poradni onkologicznych, stomatologicznych, kardiologicznych
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

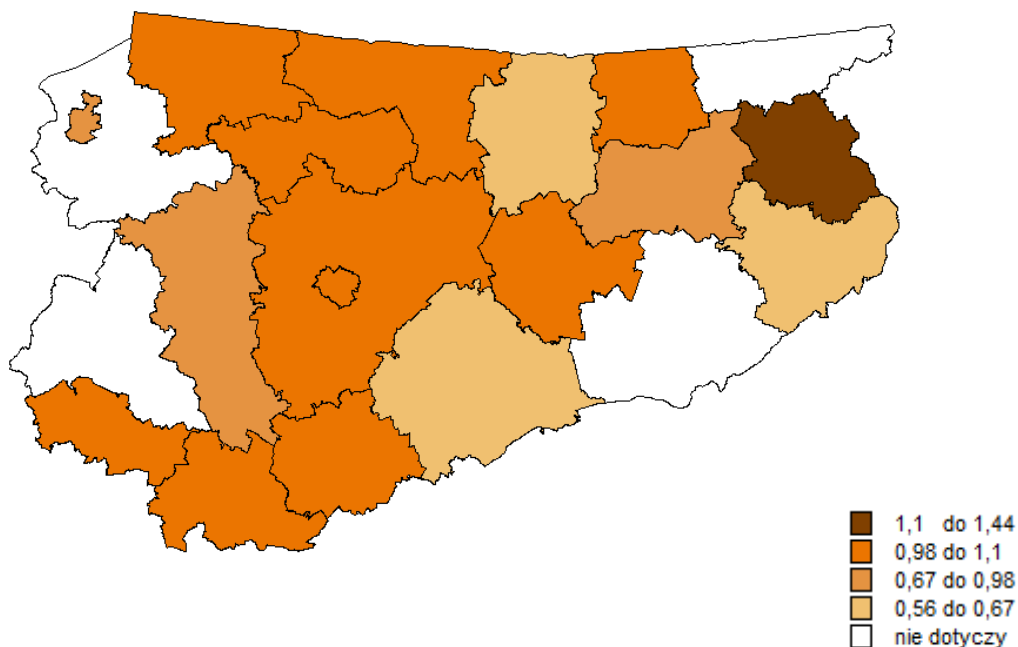
Liczba porad kardiologicznych udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r.



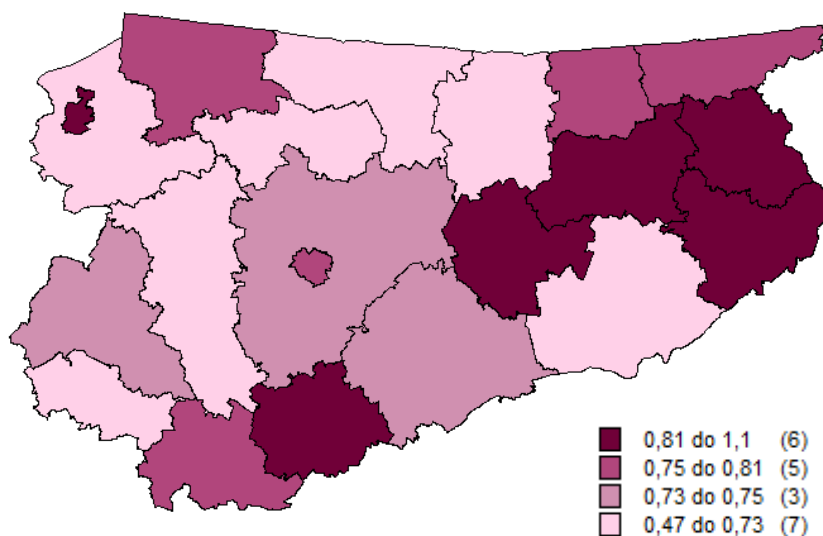
Udział wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie danego powiatu [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik oblicza się w odniesieniu do liczby wizyt odbytych w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej danego typu na terenie danego powiatu (grupa poradni o zbliżonej specjalności). Wskaźnik ujmuje się w procentach. Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ze środków publicznych
Sposób liczenia	Iloraz liczby wizyt w poradniach specjalistycznych danego typu i finansowanych w ramach NFZ w stosunku do wszystkich wizyt odbytych w poradniach specjalistycznych danego typu w danym powiecie
Źródła danych	1. System RUM - NFZ (NFZ) 2. Sprawozdanie ZD-3(GUS)
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiat
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie stopnia zaspokojenia potrzeb mieszkańców powiatu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych w obrębie poszczególnych typów poradni
Mocne strony	Wskaźnik umożliwi stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie udziału liczby wizyt w poradniach specjalistycznych danego typu sfinansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie wizyt w poradniach specjalistycznych danego typu poprzez porównanie danych gromadzonych przez GUS i NFZ. Wskaźnik może stanowić narzędzie oceny skłonności pacjentów do korzystania z usług medycznych finansowanych ze środków prywatnych. Wskaźnik wydaje się być bardziej obiektywny w porównaniu do takich wskaźników jak czas oczekiwania, który cechuje dużą trudność w dokonaniu obliczeń ze względu na brak standardów co do max czasu oczekiwania na poradę specjalistyczna danego typu, a co za tym idzie pewna doza subiektywizmu.
Słabe strony	Wskaźnik można zastosować tylko do wybranych typów poradni specjalistycznych, których specyfika nie generuje zjawiska zwielokrotniania liczby porad wykazywanych w sprawozdaniach do NFZ wykonanych w stosunku do pacjenta w trakcie jednej wizyty. Nie ma możliwości wykonania obliczeń ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, czego skutkiem jest nie uwzględnienie migracji pacjentów pomiędzy powiatami w celu otrzymania świadczenia lepszej jakości oraz w krótszym terminie
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK - za lata 2014, w odniesieniu do poradni onkologicznych, stomatologicznych, kardiologicznych województwa warmińsko-mazurskiego
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	dla JST - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Udział wizyt w poradniach onkologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. [%]



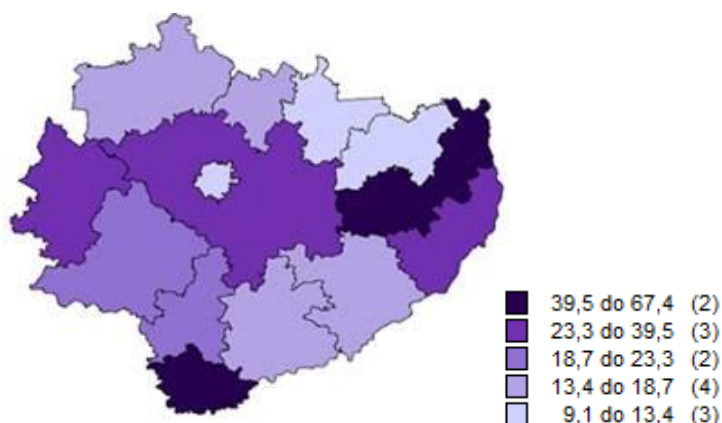
Udział wizyt w poradniach stomatologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. [%]



Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania w stosunku do całkowitej liczby mieszkańców powiatu, którzy skorzystali z świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ (stan na 31 XII) * 100%
Źródła danych	System RUM - NFZ
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa mniejsza wartość wskaźnika tym lepszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych na terenie powiatu.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy faktycznego stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ. Wskaźnik może być bodźcem dla władz powiatu do podejmowania działań na rzecz poprawy tej dostępności.
Słabe strony	Wskaźnik nie uwzględnia przesłanek, którymi kierują się pacjenci wybierając poradnie specjalistyczne w innych powiatach niż powiat zamieszkania. Może to być faktyczny brak dostępu do usług specjalistycznych finansowanych ze środków NFZ w poradniach specjalistycznych na terenie powiatu, ale może to być również związane inną lokalizacją miejsca pracy lub nauki mieszkańca powiatu
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK - za lata 2013 i 2014 w odniesieniu do województwa świętokrzyskiego
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	dla JST - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Odsetek pacjentów woj. świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania w 2013 r. [%]



4.5.2.3 Badania diagnostyczne i analizy medyczne

Świadczenia gwarantowane realizowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy specjalistów w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują badania medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej. Świadczeniodawca zapewnia pacjentowi nieodpłatnie badania diagnostyczne w zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji precyzują stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia²⁴.

O potrzebie skierowania na badanie decyduje lekarz. Wykaz badań diagnostycznych, na które kieruje i za które płaci lekarz POZ ze środków finansowych otrzymywanych z NFZ za każdego pacjenta, jest ściśle określony. Wszystkie wykonywane są na zlecenie lekarza w laboratorium lub pracowni, z którymi na wykonywanie danych badań placówka ma podpisane umowy.

Lekarz specjalista może kierować na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii. Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, wykonywane są na podstawie skierowania w miejscu wskazanym przez lekarza. Na badania takie jak rezonans czy tomografia (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – ASDK), również kieruje lekarz z poradni specjalistycznej. Pacjent może je jednak wykonać w wybranej przez siebie pracowni, laboratorium czy zakładzie diagnostycznym.

Przegląd dostępnych źródeł danych pod kątem możliwości ich wykorzystania w zakresie przedmiotowym projektu pozwala na stwierdzenie istotnej luki informacyjnej dotyczącej wykonywanych badań diagnostycznych. Dotyczy to zarówno badań finansowanych ze środków publicznych, jak i środków prywatnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponuje systemem informatycznych gromadzącym dane o badaniach diagnostycznych realizowanych w związku z udzielaniem świadczeń lekarza POZ oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W ramach systemu statystyki resortowej Ministerstwa Zdrowia na formularzu MZ-29 Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego gromadzone są jedynie informacje o działających w szpitalu zakładach i pracowniach diagnostycznych: badań czynnościowych, diagnostycznych, radiologii i diagnostyki izotopowej, patologii (patomorfologii). Jedynie w przypadku pracowni badań czynnościowych jednostki sprawozdawcze przekazują dane o liczbie wykonanych badań w podziale na pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych.

Przeanalizowano również badania ankietowe realizowane przez GUS:

- Europejskie Badanie Stanu Zdrowia (EHIS) - kwestionariusze ostatniej edycji badania zawierały jedynie pytania o wybrane badania np. badanie poziom cholesterolu, poziomu

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2014 poz. 1914), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2014 nr 0 poz. 1440), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 1248), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2014 nr 0 poz. 1442), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dz.U. 2013 nr 0 poz. 1413.

cukru we krwi, badanie na krew utajoną w kale, kolonoskopia, mammografia czy badanie cytologiczne .

- badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, realizowane w ramach PBSSP co 3 lata, w formie modułu do Badania Budżetów Gospodarstw Domowych, które stanowi źródło danych o korzystających z badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej w ramach NFZ, dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego i poza ubezpieczeniami.

Wyniki tych badań w analizowanym zakresie dostępne są wyłącznie na poziomie kraju.

W związku z brakiem możliwości pozyskania danych o zakładach i pracowniach laboratoryjnych i diagnostycznych świadczących usługi w ramach środków publicznych i wykonanych badaniach opracowanie wskaźników służących do monitorowania i oceny dostępności do usług publicznych w tym obszarze opieki zdrowotnej nie jest możliwe. Poniżej przedstawiono podstawowe wskaźniki charakteryzujące zapotrzebowanie na tego typu usługi opieki zdrowotnej (np. odsetek wykonanych badań sfinansowanych ze środków publicznych według rodzaju badania) oraz rozmieszczenie placówek wykonujących tego typu badania (np. liczba mieszkańców przypadająca na placówkę diagnostyczną), które mogłyby być opracowywane w przyszłości po rozszerzeniu zakresu informacji gromadzonych w ramach statystyki publicznej:

Liczba mieszkańców przypadająca na 1 placówkę wykonującą badania laboratoryjne / diagnostyki obrazowej [osoba]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy podmiotów wykonujących badania laboratoryjne / badania diagnostyki obrazowej finansowane ze środków publicznych według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania w stosunku do liczby podmiotów wykonujących badania laboratoryjne / diagnostyki obrazowej finansowane ze środków publicznych według lokalizacji placówki (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	GUS po wprowadzeniu nowego badania do PBSSP
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny.	-
Pożądany przekrój terytorialny	Badania laboratoryjne - NTS 4 - powiaty Diagnostyka obrazowa – NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniejsza wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu mieszkańców danego regionu przypada na 1 placówkę wykonującą badania laboratoryjne / diagnostyki obrazowej finansowane ze środków publicznych, zlokalizowaną w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Słabe strony będą zidentyfikowane po przeprowadzeniu badania pilotażowego.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

Odsetek wykonanych badań diagnostycznych sfinansowanych ze środków publicznych [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik opracowany dla wybranych rodzajów badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej i nie obrazowej. Dotyczy wykonanych badań diagnostycznych sfinansowanych ze środków publicznych według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby wykonanych badań diagnostycznych sfinansowanych ze środków publicznych w stosunku do liczby wykonanych badań diagnostycznych w ciągu roku według miejsca zamieszkania pacjenta
Źródła danych	GUS po wprowadzeniu nowego badania do PBSSP
Dostępny obecnie najniższy przekrój teryt.	-
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje jaki odsetek wykonanych badań diagnostycznych przez mieszkańców danego regionu stanowiły badania finansowane ze środków publicznych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Słabe strony będą zidentyfikowane po przeprowadzeniu badania pilotażowego.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

Liczba pacjentów przypadająca na 1 placówkę wykonywującą badania laboratoryjne/diagnostyki obrazowej [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy pacjentów wykonujących badania diagnostyczne w placówkach diagnostyki laboratoryjnej, zakładach/pracowniach diagnostyki obrazowej wykonywujących badania finansowane ze środków publicznych według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby dotyczy pacjentów wykonujących badania diagnostyczne w ciągu roku w stosunku do liczby placówek diagnostyki laboratoryjnej, zakładów/pracowni diagnostyki obrazowej wykonywujących badania finansowane ze środków publicznych według lokalizacji placówki (stan na dzień na dzień 31 XII)
Źródła danych	GUS po wprowadzeniu nowego badania do PBSSP
Dostępny obecnie najniższy przekrój teryt..	-
Pożądany przekrój terytorialny	Badania laboratoryjne - NTS 4 - powiaty; Diagnostyka obrazowa – NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na badania diagnostyczne. Informuje ilu pacjentów przypada na 1 placówkę diagnostyki laboratoryjnej / obrazowej zlokalizowaną w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Słabe strony będą zidentyfikowane po przeprowadzeniu badania pilotażowego.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

4.5.3 Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Pacjent ma możliwość nabycia produktów, których cały lub częściowy koszt pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia w formie obwieszczenia. Refundacji podlegają:

- leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym.
- leki recepturowe przygotowane z surowców farmaceutycznych lub z leków gotowych (dla których wydano decyzję administracyjną o objęciu refundacją) pod warunkiem że przepisana dawka leku jest mniejsza od najmniejszej dawki leku gotowego w formie stałej, stosowanej doustnie.
- leki niedopuszczone do obrotu w Polsce, sprowadzane z zagranicy w ramach importu docelowego.
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezgłoszone i niewprowadzone do obrotu na terenie Polski, np. preparaty do początkowego żywienia niemowląt.

Prawo do refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych mają:

- osoby ubezpieczone.
- osoby inne niż ubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie, które mieszkają w Polsce i spełniają kryterium dochodowe.
- osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18 roku życia lub osoby mieszkające w Polsce, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu.

Osoby, które nie posiadają polskiego obywatelstwa, korzystają ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach i umowach międzynarodowych.

Podstawą wydania produktów refundowanych jest recepta wystawiona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, który posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept podlegających refundacji (także felczera). Receptę na leki refundowane można zrealizować w każdej aptece (lub punkcie aptecznym), która zawarła umowę z NFZ na realizację recept.

Aby zapisany na receptę lek refundowany mógł być wydany z właściwą odpłatnością, recepta powinna być opatrzona unikalnym numerem nadanym przez NFZ i zawierać odpowiednie informacje dotyczące świadczeniodawcy, osoby przepisującej leki, dane pacjenta oraz niezbędne informacje dotyczące przepisywanych leków. Na jednej receptce może zostać przepisanych do 5 różnych produktów (gotowych leków, środków spożywczych, wyrobów medycznych) lub podwójna ilość leku recepturowego.

Zgodnie z art. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵ zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty. Obecnie wśród refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na podstawie recepty znajdują się materiały opatrunkowe, testy na cukrzycę czy inne testy diagnostyczne. Wyroby medyczne takie jak m.in.: protezy kończyn, ortozy, kule, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, peruki, cewniki, materace przeciwoleżynowe, mogą być dofinansowane pod warunkiem przedstawienia zlecenia na zaopatrzenie, które wystawia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (dla przykładu: pomoce optyczne dla niedowidzących – okulista; aparat słuchowy – np. laryngolog; pieluchomajtki – np. urolog, chirurg, neurolog, lekarz POZ). Zlecenie – przed jego realizacją – musi zostać potwierdzone w wojewódzkim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Wyroby medyczne są refundowane w różnej wysokości i jednorazowo w określonym czasie. Po uzyskaniu potwierdzenia NFZ do refundacji pacjent może zgłosić się do wybranej przez siebie placówki na terenie całego kraju, która ma podpisaną umowę z NFZ w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne. NFZ finansuje wyroby medyczne tylko do wysokości limitu określonego przez ministra zdrowia. Jeśli cena wybranego produktu jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę między ceną brutto a kwotą refundacji. Świadczenia gwarantowane obejmują także naprawę niektórych wyrobów medycznych ujętych w wykazie w ramach limitu ceny tej naprawy, np. obuwie ortopedyczne lub wózki inwalidzkie.

W ramach projektu nawiązano współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia, który jest gestorem danych administracyjnych o refundacji leków. Zakres dostępnych informacji obejmuje gromadzone przez apteki dane o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi objętymi refundacją, wynikające ze zrealizowanych recept wystawionych przez osobę uprawnioną. Co miesiąc Centrala NFZ publikuje w formie komunikatu informacje o wielkości kwoty refundacji i ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN.

W wyniku konsultacji z przedstawicielami NFZ uzgodniono naliczenie w przekroju powiatów danych dotyczących liczby aptek/punktów aptecznych, które zawarły umowę z NFZ na realizację recept oraz według miejsca zamieszkania pacjenta o liczbie zrealizowanych recept, wielkości refundacji wykupionych leków oraz liczbie lekarzy, którzy wystawili recepty podlegające refundacji.

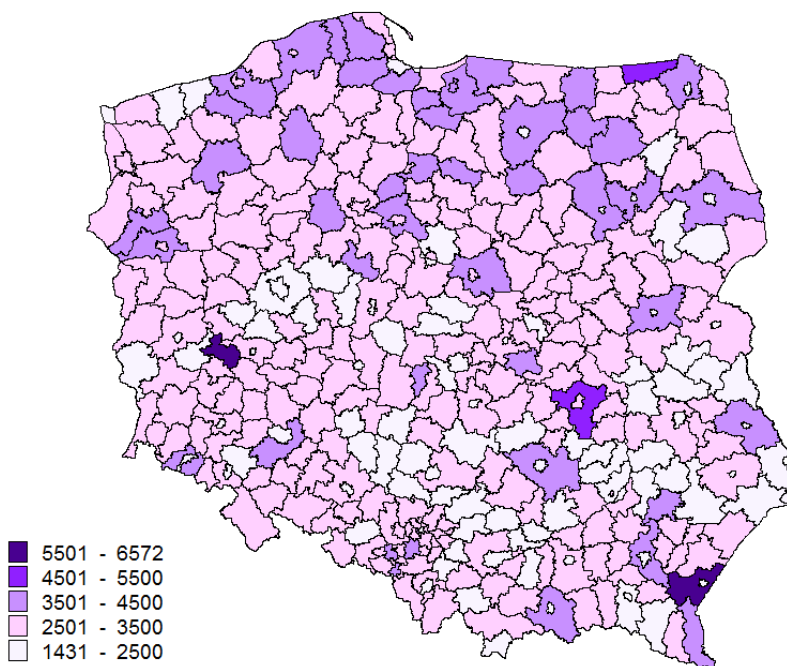
W ramach oceny zakresu i jakości tych danych oraz ich wykorzystania na potrzeby analizy dostępności usług publicznych w ochronie zdrowia porównano dane o liczbie aptek/punktów aptecznych, które zawarły umowę z NFZ na realizację recept z danymi z badania GUS ZD-5 Sprawozdanie apteki i punktu aptecznego. Analiza wykazała dużą zbieżność danych – różnice dotyczyły jednostek, które nie zrealizowały obowiązku sprawozdawczego. Dane, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczą wyłącznie zrealizowanych recept na leki refundowane. NFZ nie posiada informacji o wystawionych receptach, które nie zostały zrealizowane mimo zaleceń lekarzy. Ponadto dalszej analizy i aktualizacji wymaga symbolizacja jednostek terytorialnych – opracowane wskaźniki mierzące dostępność do leków objętych refundacją należy traktować jako dane wstępne.

²⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

Liczba mieszkańców przypadająca na 1 aptekę/punkt apteczny [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy podmiotów prowadzących apteki mających umowy z NFZ na realizację recept według miejsca lokalizacji apteki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania w stosunku do liczby aptek/punktów aptecznych mających umowy z NFZ na realizację recept według lokalizacji apteki/punktu aptecznego (stan na dzień na dzień 31 XII)
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniejsza wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu mieszkańców danego regionu przypada na 1 aptekę/punkt apteczny zlokalizowany w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej. Dane z NFZ zbieżne z danymi ze sprawozdania ZD-5.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	W BDL (dane ze sprawozdań ZD-5)
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

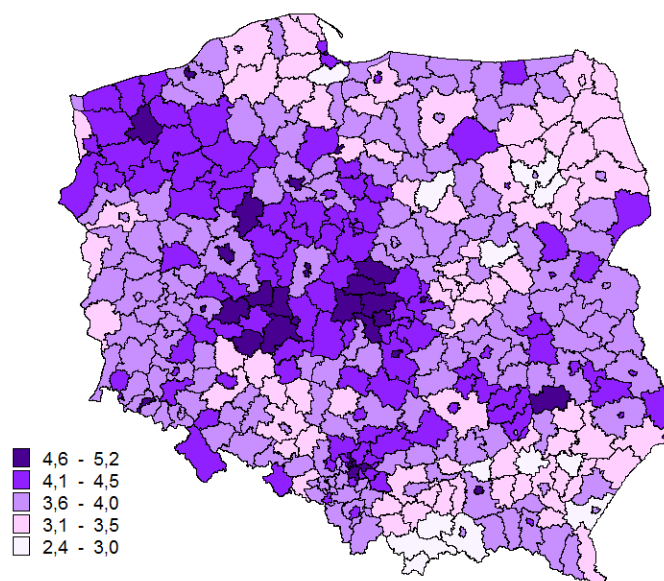
Liczba mieszkańców przypadająca na 1 aptekę/punkt apteczny w 2013 r. [osoba]



Liczba zrealizowanych recept na 1 mieszkańca [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy średniej liczby recept zrealizowanych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych mających umowy z NFZ na realizację recept przypadającej na 1 mieszkańca danego regionu według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby recept zrealizowanych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI)
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na leki na receptę. Informuje ile recept zostało zrealizowanych w ciągu roku przez pacjentów z danego regionu w przeliczeniu na 1 mieszkańca danego regionu. Dotyczy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na usługi publiczne opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin. Brak danych o niezrealizowanych receptach wystawionych pacjentom przez lekarzy.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Liczba zrealizowanych recept na 1 mieszkańca w 2013 r. [sztuka]

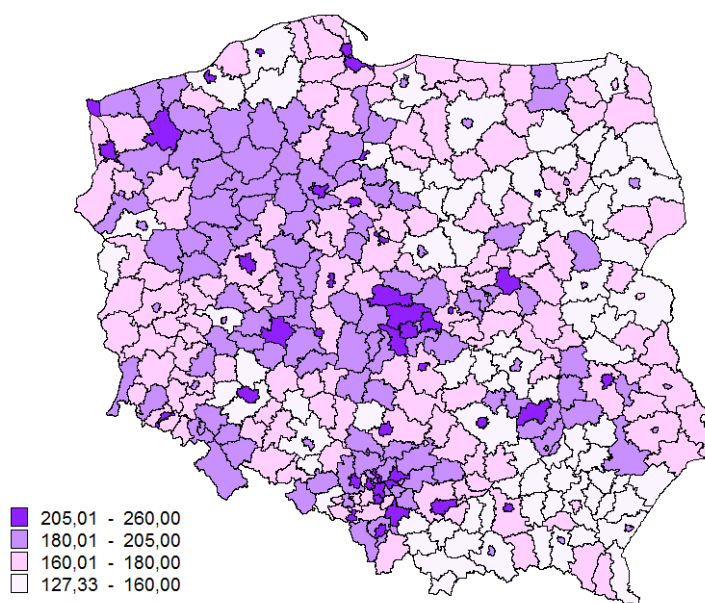


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Wartość refundacji leków na 1 mieszkańca [złoty]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy kwoty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych zakupionych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych, przypadającej na 1 mieszkańca danego regionu według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz wartości refundacji leków zakupionych w aptekach/punktach aptecznych według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI)
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na leki refundowane. Informuje jaka kwota refundacji leków zakupionych w ciągu roku przez pacjentów zamieszkałych w danym regionie przypada średnio na 1 mieszkańca w tym regionie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na leki refundowane na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin. Dotyczy recept zrealizowanych. Brak danych o niezrealizowanych receptach wystawionych pacjentom przez lekarzy.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Wartość refundacji leków na 1 mieszkańca w 2013 r. [złoty]

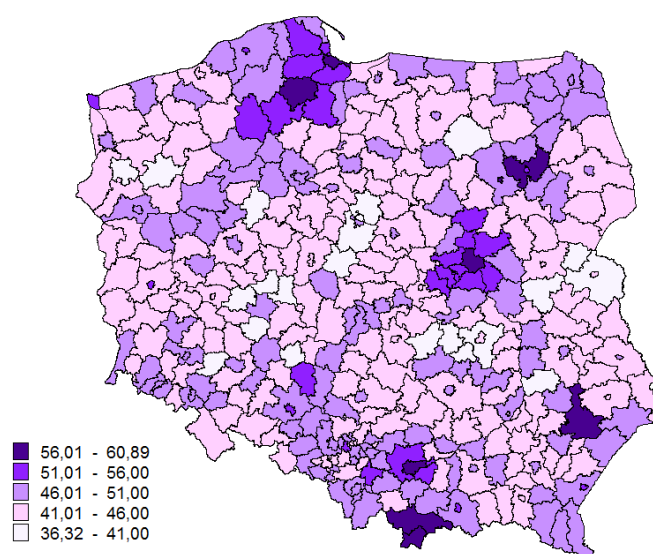


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Wartość refundacji leków na 1 receptę [złoty]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy kwoty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych zakupionych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych, przypadającej na 1 receptę według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz wartości refundacji leków zakupionych w aptekach/punktach aptecznych według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby recept zrealizowanych
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na leki refundowane. Informuje jaka kwota refundacji leków zakupionych w ciągu roku przez pacjentów zamieszkałych w danym regionie przypada średnio na 1 receptę.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na leki refundowane na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin. Dotyczy recept zrealizowanych. Brak danych o niezrealizowanych receptach wystawionych pacjentom przez lekarzy.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Wartość refundacji leków na 1 receptę w 2013 r. [złoty]

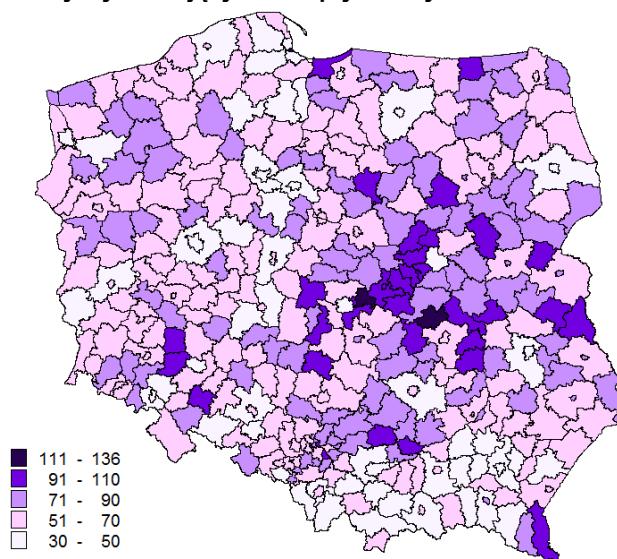


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyjskim

Liczba lekarzy wystawiających recepty na 1 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby lekarzy, którzy wystawili recepty na leki pacjentom z danego powiatu, i które były zrealizowane w aptekach/punktach aptecznych w ciągu roku, w przeliczeniu na 1 tys. ludności zamieszkałej w powiecie.
Sposób liczenia	Iloraz liczby lekarzy, którzy wystawili recepty na leki według miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI)
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większy dostęp do leków refundowanych. Informuje ilu lekarzy wystawiło recepty na leki refundowane pacjentom w danym powiecie w przeliczeniu na 1 tys. ludności w tym powiecie. Obejmuje recepty zrealizowane w aptekach/punktach aptecznych w ciągu roku. Dotyczy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na leki refundowane na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin. Liczba lekarzy jest obliczona według miejsca zamieszkania pacjenta, któremu wystawił receptę, co powoduje, że jeden lekarz może być liczony w kilku powiatach. Dotyczy recept zrealizowanych. Brak danych o niezrealizowanych receptach wystawionych pacjentom przez lekarzy.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	na potrzeby projektu

Liczba lekarzy wystawiających recepty na 1 tys. ludności w 2013 r. [osoba]

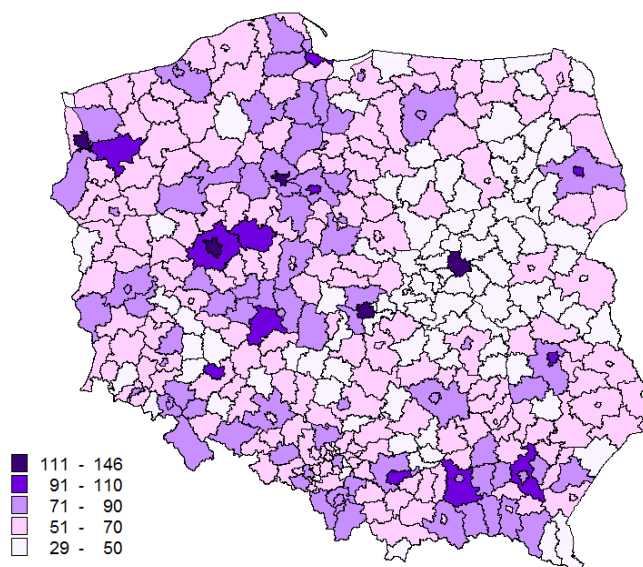


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Liczba zrealizowanych recept przypadająca na 1 lekarza wystawiającego recepty [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby recept zrealizowanych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych w przeliczeniu na 1 lekarza wystawiającego recepty pacjentom z danego powiatu.
Sposób liczenia	Iloraz liczby recept zrealizowanych w ciągu roku w aptekach/punktach aptecznych w stosunku do liczby lekarzy, którzy wystawili recepty na leki według miejsca zamieszkania pacjenta.
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 5 - gminy
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na leki i większy dostęp do leków. Informuje ile recept zrealizowanych przez pacjentów w danym powiecie przypada na 1 lekarza wystawiającego recepty pacjentom w tym powiecie. Dotyczy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.
Mocne strony	Umożliwia pośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na leki refundowane na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów/gmin. Liczba lekarzy jest obliczona według miejsca zamieszkania pacjenta, któremu wystawił receptę, co powoduje, że jeden lekarz może być liczony w kilku powiatach. Dotyczy recept zrealizowanych. Brak danych o niezrealizowanych receptach wystawionych pacjentom przez lekarzy.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu

Liczba zrealizowanych recept przypadająca na 1 lekarza wystawiającego recepty w 2013 [sztuka]



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Dla celów projektu Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował również dane o pacjentach oczekujących w ramach poszczególnych programach lekowych. Program lekowy to świadczenie gwarantowane. Leczenie w ramach programu odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. Pacjenci zakwalifikowani do programów lekowych są leczeni bezpłatnie. Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie – w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu. Treść programów lekowych jest publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Liczba pacjentów oczekujących w ramach poszczególnych programach lekowych, jak i średni czas oczekiwania jest bardzo zróżnicowany zarówno pomiędzy programami, jak i między województwami. Według stanu z czerwca 2015 najwięcej osób czekało na przystąpienie do leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, leczenia stwardnienia rozsianego i leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B. W oparciu o otrzymane dane opracowano 2 ogólne wskaźniki mierzące dostępność do programów lekowych:

Liczba pacjentów oczekujących w ramach programów lekowych - przypadki pilne [osoba]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków pilnych w oddziałach wojewódzkich NFZ.
Sposób liczenia	Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków pilnych.
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu pacjentów oczekuje na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków pilnych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Zróżnicowanie programów lekowych.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK stan czerwiec 2015
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

Liczba pacjentów oczekujących w ramach programów lekowych - przypadki stabilne [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków stabilnych w oddziałach wojewódzkich NFZ.
Sposób liczenia	Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków stabilnych.
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu pacjentów oczekuje na udzielenie świadczenia w ramach programów lekowych dla przypadków stabilnych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Zróżnicowanie programów lekowych.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK stan czerwiec 2015
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany na potrzeby projektu

W trakcie konsultacji z przedstawicielami NFZ otrzymano informacje, że jedynym źródłem danych do opracowania wskaźników w ramach obszaru zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne są informacje pochodzące z aptek/punktów aptecznych o sprzedaży leków refundowanych. NFZ nie dysponuje systemem informatycznym, w którym gromadzone są ogólnopolskie dane o refundowanych wyrobach medycznych wydawanych na podstawie zlecenia ani o placówkach mających podpisaną umowę z NFZ w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne (może to być np. sklep medyczny, apteka, zakład optyczny czy punkt protetyki słuchu). Wykazy punktów sprzedaży wyrobów medycznych znajdują się na stronach internetowych niektórych Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Po przeanalizowaniu innych dostępnych danych administracyjnych stwierdzono istnienie luki informacyjnej w obszarze zaopatrzenia w wyroby medyczne, co uniemożliwia opracowanie wskaźników służących celom tego projektu. Wśród wskaźników, które mogłyby być opracowane i wykorzystane do mierzenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tym obszarze można zaliczyć informacje charakteryzujące rozmieszczenie placówek zaopatrzenia w wyroby medyczne, liczbę zrealizowanych zleceń i wielkość refundacji, a także o liczbie pacjentów oczekujących na potwierdzenie i realizację zleceń w Oddziale Wojewódzkim NFZ (może się zdarzyć, że w przypadku braku środków finansowych na pełne pokrycie potrzeb w zakresie zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne dany Oddział Wojewódzki NFZ wprowadza ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie i realizację).

4.5.4 Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne

W razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia każdy ubezpieczony pacjent ma do dyspozycji różne formy pomocy medycznej – w zależności od rodzaju i stopnia ciężkości dolegliwości. W lżejszych przypadkach może zgłosić się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w nocy lub dni wolne od pracy skorzystać z nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W przypadku urazu bądź nagłego pogorszenia stanu zdrowia opiekę pacjent uzyska w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Natomiast w sytuacji zagrożenia życia pomocy udziela pogotowie ratunkowe.

Niezależnie od miejsca zamieszkania pacjent wymagający konsultacji lekarskiej czy pielęgniarskiej w godzinach nocnych od godz.18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w weekendy i święta może osobiście zgłosić się do dowolnej poradni realizującej ten rodzaj świadczeń w ramach umowy z NFZ. W przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie dotrzeć do placówki pomocy doraźnej powinien zadzwonić do z prośbą o przyjazd lekarza do domu (w przypadku prośby o wizytę domową znaczenie ma miejsce zamieszkania pacjenta, które to jest przyporządkowane danej placówce).

Pomoc świadczona jest punktach nocnej opieki i nie jest związana z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jest się zapisanym. Ubezpieczeni w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia mogą korzystać z pomocy dowolnego punktu nocnej opieki. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej są bezpłatne (dla osób ubezpieczonych) i udzielane bez skierowania. Dyżurujący w przychodni lekarz udziela porad w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w przypadkach medycznie uzasadnionych - w domu pacjenta.

W dni ustawowo wolne od pracy, po godzinie 18.00 pacjentom przysługują także zabiegi pielęgniarskie w ramach porady udzielonej przez lekarza dyżurującego oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te mogą być wykonywane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta.

Pomocy medycznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia udzielają jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM):

- szpitalne oddziały ratunkowe (SOR),
- zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Warunkiem uczestnictwa tych jednostek w systemie jest zawarcie przez nie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i wykonywanie medycznych czynności ratunkowych. Z systemem PRM współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.). Zgodnie z art. 1 ustawy Państwo zapewnia pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez względu na jej status ubezpieczeniowy i prawny. System Państwowe Ratownictwo

Medyczne na terenie kraju działa na podstawie wojewódzkich planów działania systemu sporządzanych przez wojewodów. Wojewodowie są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa. W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in.:

- potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia, które mogą zaistnieć na obszarze województwa;
- liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań;
- obszary działania i rejony operacyjne;
- informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego;
- sposób współpracy, organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego.

W planie zawarte są także dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie. Wojewoda określa je, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń. Plan zawiera także wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacje o centrum urazowym, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa.

Szpitalne oddziały ratunkowe pomocy w stanie nagłym udzielają osobom, które są przywożone przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszają się same. W części przypadków pacjent po uzyskaniu pomocy w SOR może wrócić do domu; pozostali chorzy po wstępnej diagnostyce i leczeniu są kierowani do oddziałów szpitalnych lub przekazywani do innych placówek specjalistycznych. Do szpitalnego oddziału ratunkowego pacjent może zgłosić się bez skierowania oraz nie obowiązuje rejonizacja według miejsca zamieszkania ani zdarzenia.

Na etapie pozaszpitalnym świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego udzielają zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) dysponowane przez dyspozytora medycznego na miejsce zdarzenia po przyjęciu zgłoszenia na numer alarmowy 112 lub 999. Zespół ratownictwa medycznego udziela pomocy w miejscu pobytu chorego oraz w razie potrzeby transportuje pacjenta do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego bądź lekarza koordynatora medycznego.

Na potrzeby opracowania zestawu wskaźników służących do monitorowania i oceny dostępności i jakości usług publicznych w obszarze pomocy medycznej w godzinach nocnych i w dni świąteczne przeanalizowano dostępne dane w tym zakresie:

- system informacyjny NFZ – dane o liczbie podmiotów działalności leczniczej (świadczeniodawców) realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, liczbie udzielonych porad (ambulatoryjne, telefoniczne) i świadczeń w trybie wyjazdowym. Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje danymi dotyczącymi pacjentów i udzielonych im porad zarówno według

miejsca zamieszkania pacjenta, jak i według miejsca lokalizacji placówki, co umożliwia naliczenie krzyżowych tabel ukazujących „migracje” pacjentów w przekroju terytorialnym. Słabą stroną źródła danych są niekompletne symbole kodów terytorialnych w systemie informacyjnym NFZ, co powoduje że naliczone pilotażowo dane za lata 2013 i 2014 na poziomie powiatów należy traktować jako dane wstępne wymagające dalszych korekt.

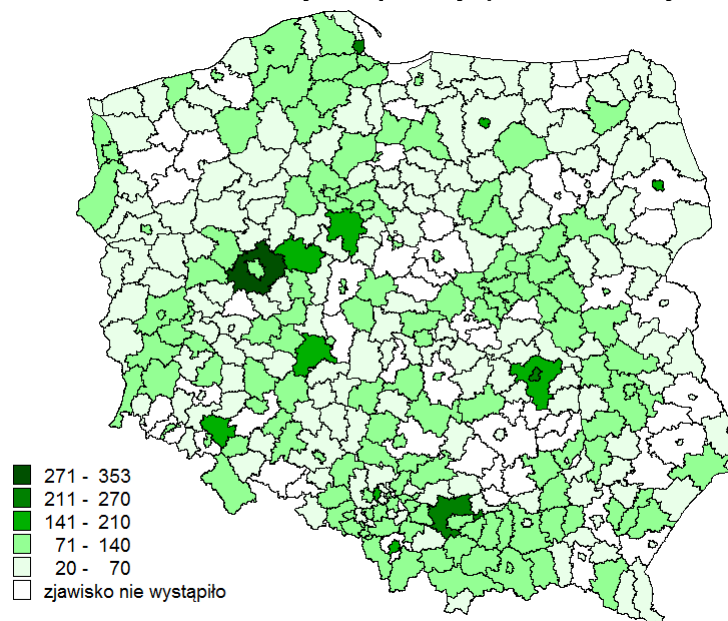
- Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez wojewodów – dane według rejonów operacyjnych o liczbie zespołów ratownictwa medycznego, liczbie wyjazdów, mediana czasu dotarcia zespołów na miejsce zdarzenia liczonego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu na miejsce zdarzenia, liczbie wyjazdów, w których czas dotarcia zespołu był dłuższy od przewidzianego w ustawie z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Rejony operacyjne i obszary ich działania ustalone przez wojewodów w planach działania systemu PRM mają różny zasięg i nie zawsze odpowiadają podziałowi administracyjnemu kraju (np. województwo małopolskie z dwoma rejonami operacyjnymi). Dla danych przekazanych do GUS za 2014 r. występują braki danych w przypadku niektórych rejonów operacyjnych. Analiza obszarów działania ZRM umożliwiła opracowanie wskaźników w przeliczeniu na ludność zamieszkałą w danym rejonie operacyjnym.
- ZD-4 *Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego* – dane o działalności ambulatoryjnej szpitalnego oddziału ratunkowego/izby przyjęć, które zostały ujęte w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Na podstawie danych ze sprawozdania opracowano wskaźniki w przekroju podregionów nie publikowane do tej pory w Banku Danych Lokalnych (BDL). Z uwagi na rozmieszczenie tych placówek na terenie województwa i ich zasięg działania niższy przekrój terytorialny uznano za nieuzasadniony.

W oparciu o pozyskane dane proponuje się następujące wskaźniki mierzące dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w tym obszarze:

Liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny realizujący świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej [tys. osób]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy placówek sprawujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w ramach kontraktu z NFZ według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania w tysiącach w stosunku do liczby placówek sprawujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną według lokalizacji świadczeniodawcy (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniejsza wartość wskaźnika tym większa dostępność do usług publicznych w danym obszarze opieki zdrowotnej. Informuje ilu mieszkańców danego regionu przypada na 1 placówkę nocnej i świątecznej pomocy zlokalizowanej w tym regionie. Wskaźnik powinien być analizowany łącznie z innymi wskaźnikami, np. odsetek osób korzystających z tej formy opieki spoza terenu powiatu lokalizacji placówki. Szczególnie w przypadkach miejscowości turystycznych może mylnie przedstawiać dostęp do usług publicznych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

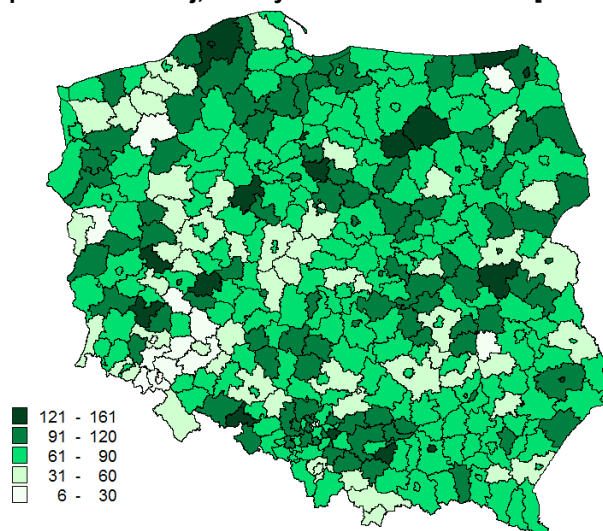
Liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny realizujący świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w 2013 r. [tys. osób]



Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na 1 tys. ludności [osoba]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w placówkach w ramach kontraktu z NFZ według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, które skorzystały z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w placówkach według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI) x 1000
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej na danym obszarze. Informuje ilu osobom zamieszkałym w danym regionie udzielono świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 tys. ludności tego regionu. Należy analizować w zestawieniu ze wskaźnikiem dot. liczby pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 podmiot udzielający świadczeń w tym zakresie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na usługi publiczne opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów. Dla ok. 20% pacjentów brak adresu zamieszkania pacjenta lub obcokrajowiec.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na 1 tys. ludności w 2013 r. [osoba]

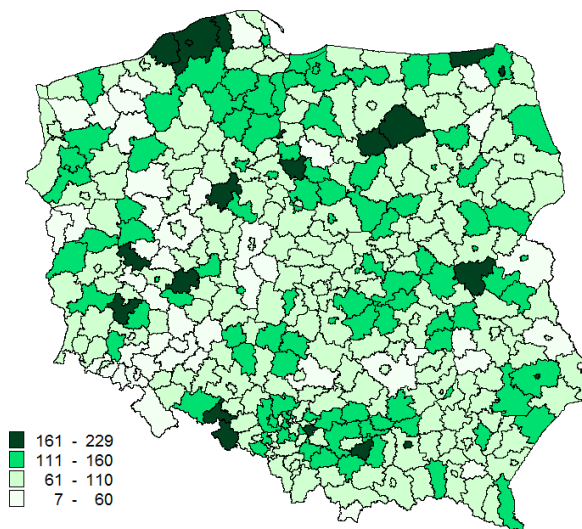


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Porady udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby porad (ambulatoryjne, telefoniczne) udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby porad udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI) x 1000
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej na danym obszarze. Informuje ile porad udzielono osobom zamieszkałym w danym regionie w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 tys. ludności tego regionu. Należy analizować w zestawieniu ze wskaźnikiem dot. średniej liczby porad udzielonych przez podmiot ambulatoryjny w tym zakresie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na usługi publiczne opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów. Dla ok. 27% porad brak adresu zamieszkania pacjenta lub obcokrajowiec.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Porady udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 tys. ludności w 2013 r. [sztuka]

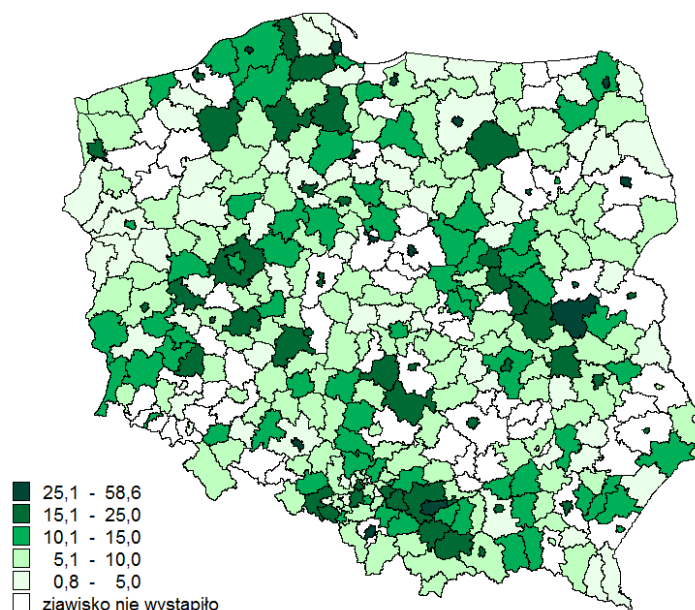


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Średnia liczba porad udzielonych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez podmiot ambulatoryjny [tys. sztuk]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy średniej liczby porad (ambulatoryjne, telefoniczne) udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez placówkę w ramach kontraktu z NFZ według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby porad udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w tysiącach w stosunku do liczby placówek sprawujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w ramach kontraktu z NFZ według miejsca lokalizacji placówki
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej na danym obszarze. Informuje ile porad w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzieliła średnio w ciągu roku placówka POZ zlokalizowana w danym regionie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

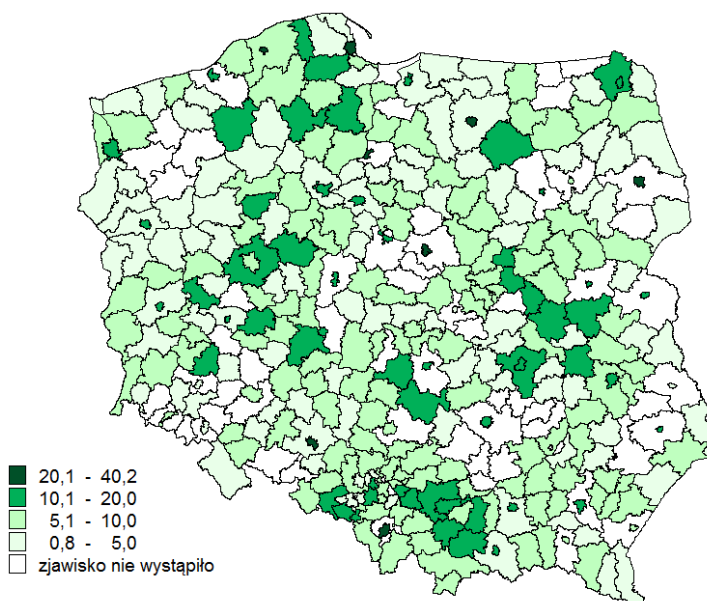
Średnia liczba porad udzielonych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez podmiot ambulatoryjny w 2013 r. [tys. sztuk]



Liczba pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny [tys. osób]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przypadających na 1 placówkę według miejsca lokalizacji placówki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w tysiącach w stosunku do liczby placówek sprawujących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w ramach kontraktu z NFZ według miejsca lokalizacji placówki
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej i mniejsza dostępność do usług publicznych w danym obszarze. Informuje ilu pacjentów średnio w ciągu roku przypadało na 1 placówkę nocnej i świątecznej pomocy zlokalizowanej w danym regionie.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

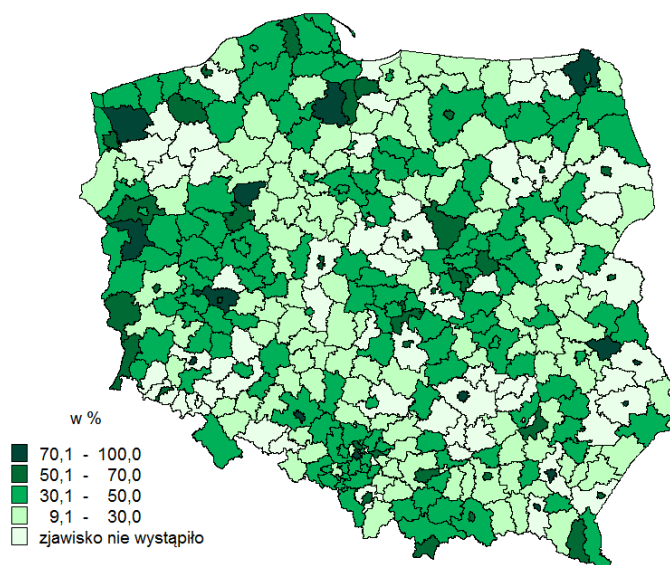
Liczba pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny w 2013 r. [tys. osób]



Udział pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej spoza terenu powiatu lokalizacji placówki [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy pacjentów spoza powiatu lokalizacji placówki, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
Sposób liczenia	Iloraz liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, spoza powiatu świadczeniodawcy do ogólnej liczby pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej według miejsca lokalizacji placówki x 100
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym mniejsza dostępność do usług opieki zdrowotnej dla mieszkańców danego powiatu.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej na danym obszarze. Informuje jaki procent pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stanowiły osoby spoza terenu powiatu lokalizacji placówki.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Udział pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej spoza terenu powiatu lokalizacji placówki w 2013 r. [%]

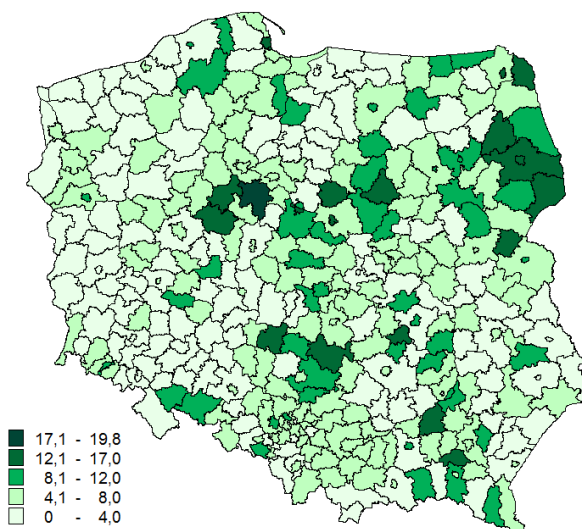


Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w trybie wyjazdowym na 1 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby porad udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w trybie wyjazdowym w ramach kontraktu z NFZ według miejsca zamieszkania pacjenta.
Sposób liczenia	Iloraz liczby porad wyjazdowych udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej według faktycznego miejsca zamieszkania pacjenta w stosunku do liczby ludności (stan na 30 VI) x 1000
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądaný przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej na danym obszarze.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy zapotrzebowania na usługi publiczne opieki zdrowotnej na danym obszarze. Informuje ile świadczeń wyjazdowych udzielono osobom zamieszkałym w danym regionie w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 1 tys. ludności tego regionu.
Słabe strony	Niekompletne kody terytorialne w rejestrach NFZ na poziomie powiatów. Dla ok. 27% porad brak adresu zamieszkania pacjenta lub obcokrajowiec.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za lata 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST - NTS 2, po uzyskaniu odpowiedniej jakości danych w przekroju terytorialnym - NTS 4
Źródło wskaźnika	Wskaźnik policzony na potrzeby projektu.

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w trybie wyjazdowym na 1 tys. ludności w 2013 r. [sztuka]



Uwaga: Miasto na prawach powiatu Wałbrzych podano łącznie z powiatem wałbrzyskim

Liczba mieszkańców przypadająca na 1 zespół ratownictwa medycznego [tys. osób]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik przedstawia liczbę ludności przypadającą na 1 zespół ratownictwa medycznego działający w danym rejonie operacyjnym. Rejony operacyjne ujęte są w "Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne".
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania w tysiącach w stosunku do liczby zespołów ratownictwa medycznego (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Można sądzić, że im niższa wartość wskaźnika, tym większe zaspokojenie potencjalnych potrzeb zdrowotnych w ramach środków publicznych i zapewnienie większej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego na 1 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik przedstawia liczbę wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego przypadającą na 1 tys. ludności w danym rejonie operacyjnym określonym w "Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne"
Sposób liczenia	Iloraz liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w ciągu roku w stosunku do liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania (stan na dzień 30 VI) x 1000
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im wyższa wartość wskaźnika, tym większe zapotrzebowanie na takie świadczenia zdrowotne wśród mieszkańców danego rejonu operacyjnego.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców [minuty]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców.
Sposób liczenia	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca jest wartością występująca w środku ciągu ww. czasu dotarcia dla danego miesiąca, który jest uporządkowany rosnąco.
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniejsza mediana, tym szybciej zespoły ratownictwa medycznego są w stanie dotrzeć do pacjenta. Zgodnie z art. 24 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego: mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym; Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego

Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców [minuty]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.
Sposób liczenia	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca jest wartością występująca w środku ciągu ww. czasu dotarcia dla danego miesiąca, który jest uporządkowany rosnąco.
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniejsza mediana, tym szybciej zespoły ratownictwa medycznego są w stanie dotrzeć do pacjenta. Zgodnie z art. 24 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego: mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym; Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego

Wyjazdy, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców [sztuki]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczby wyjazdów przekraczających ustawowo określony czas 15 minut na dotarcie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców.
Sposób liczenia	Liczba wyjazdów zespołu ratownictwa medycznego w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców, których czas dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego był dłuższy niż 15 minut.
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniej wyjazdów, które przekroczyły ustawowo określony maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, tym większa dostępność i jakość usług opieki zdrowotnej w tym obszarze.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym; Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego

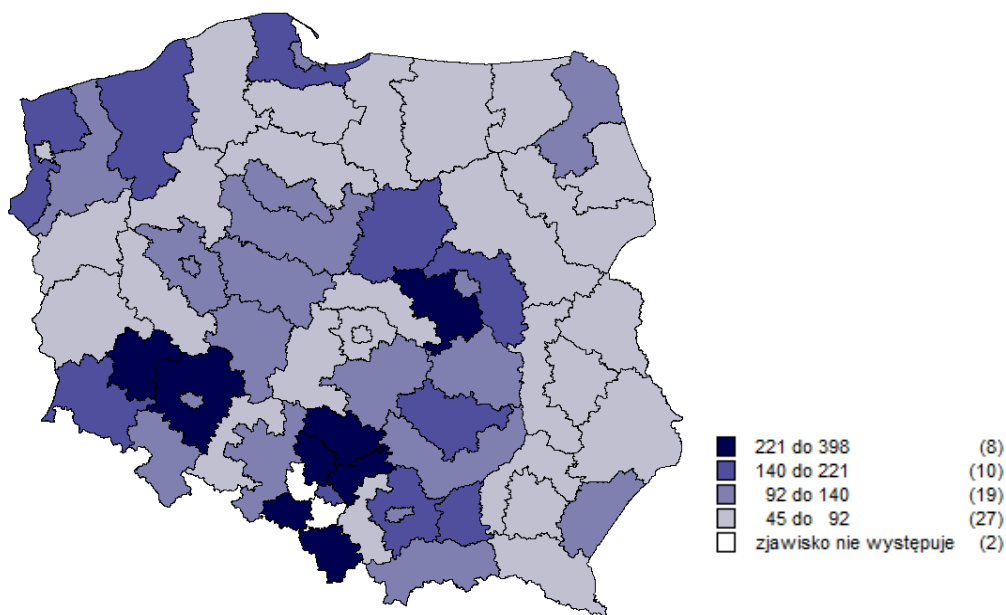
Wyjazdy, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców [sztuki]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy liczba wyjazdów przekraczających ustawowo określony czas 20 minut na dotarcie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.
Sposób liczenia	Liczba wyjazdów zespołu ratownictwa medycznego w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców, których czas dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego był dłuższy niż 15 minut.
Źródła danych	Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego prowadzone przez Wojewodów
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Pożądany przekrój terytorialny	Rejon operacyjny
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im mniej wyjazdów, które przekroczyły ustawowo określony maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, tym większa dostępność i jakość usług opieki zdrowotnej w tym obszarze.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności i jakości usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak danych dla niektórych rejonów operacyjnych; Rejony operacyjne nie odpowiadają jednostkom podziału terytorialnego kraju.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
w przyszłości	Dla JST po uzyskaniu kompletnych danych odpowiedniej jakości
Źródło wskaźnika	Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym; Systemy informacyjne dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego

Liczba mieszkańców przypadająca na izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy [tys. osób]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy izb przyjęć/szpitalnych oddziałów ratunkowych ujętych w "Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne" według miejsca lokalizacji jednostki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania w tysiącach w stosunku do liczby izb przyjęć/szpitalnych oddziałów ratunkowych (stan na dzień 31 XII)
Źródła danych	ZD-4 Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregion
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregion
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im niższa wartość wskaźnika, tym większy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Informuje ilu mieszkańców danego regionu przypada na izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy zlokalizowany w tym regionie. Należy analizować w zestawieniu ze wskaźnikami dotyczącymi udzielonych świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym. Szczególnie w przypadkach miejscowości turystycznych może mylnie przedstawiać dostęp do usług publicznych.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Nie uwzględnia specyfiki miejscowości turystycznych. Według miejsca usytuowania placówki
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	w BDL
w przyszłości	w BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

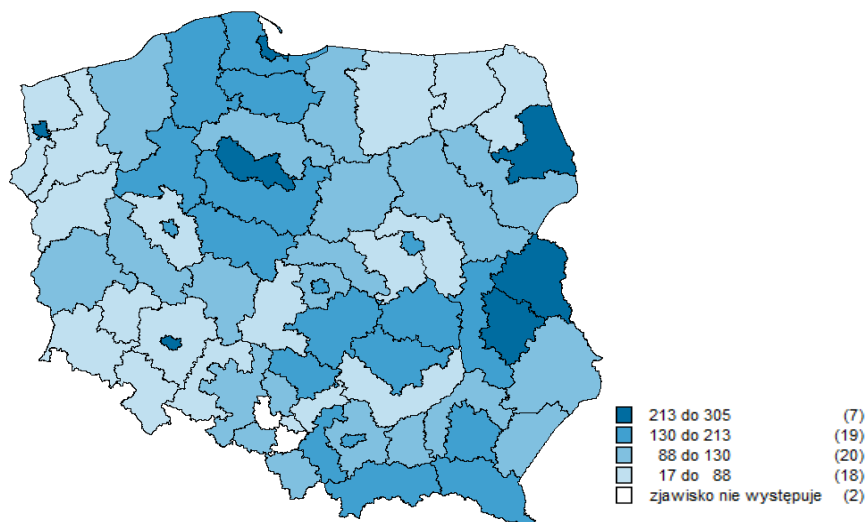
Liczba mieszkańców przypadająca na izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy w 2014 r. [tys. osób]



Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności [sztuka]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy świadczeń zdrowotnych udzielonych w trybie ambulatoryjnym w izbach przyjęć/szpitalnych oddziałach ratunkowych ujętych w "Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne" według miejsca lokalizacji jednostki.
Sposób liczenia	Iloraz liczby świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w stosunku do liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania (stan na dzień 30 VI) x 1000
Źródła danych	ZD-4 Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 3 - podregion
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 3 - podregion
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Im większa wartość wskaźnika tym większe zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej i mniejsza dostępność do usług publicznych w danym obszarze. Informuje ile świadczeń zdrowotnych udzielono w trybie ambulatoryjnym w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców danego regionu. Należy analizować w zestawieniu ze wskaźnikiem dotyczącym liczby mieszkańców przypadających na izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy.
Mocne strony	Umożliwia bezpośrednią obserwację usług publicznych. Może być wykorzystany do analizy dostępności do usług publicznych opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Brak informacji o świadczeniach udzielonych osobom niezamieszkałym w danym regionie (turytom, obcokrajowcom).
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK za rok 2014
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	w BDL
w przyszłości	w BDL
Źródło wskaźnika	Wskaźnik opracowany w ramach projektu

Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w 2014 r. [sztuka]



4.5.5 Aspekt finansowy

Dopełnieniem listy wskaźników przydatnych do obserwacji dostępności i jakości usług publicznych w ochronie zdrowia są wskaźniki uwzględniające wymiar finansowy publicznych usług zdrowotnych. Opracowanie wskaźników opisujących złożony system finansowania opieki zdrowotnej w Polsce wymaga specjalistycznej wiedzy, rozległych i szczegółowych analiz, specjalnie dobranego zespołu ekspertów. Dlatego też aspekt finansowy nie mieścił się w obszarze zagadnień przewidzianych do realizacji opisywanego projektu, a powinien być przedmiotem odrębnych analiz.

W trakcie rozpoznawania źródeł danych jak i w trakcie poznawania funkcjonujących obecnie wskaźników obrazujących system opieki zdrowotnej, niejednokrotnie napotymano na miary uwzględniające aspekt finansowy, który zdaniem autorów raportu jest niezwykle istotny z punktu widzenia jakości i dostępności usług publicznych w ochronie zdrowia. Dlatego też zdecydowano umieścić na przygotowywanej w ramach projektu liście kilka ogólnych, podstawowych wskaźników stosowanych powszechnie w analizach ekonomicznych lub występujących w literaturze przedmiotu.

Dane do wyliczenia zaproponowanych miar pochodzą ze *Sprawozdań z wykonania budżetu JST* i są dostępne w Banku Danych Lokalnych na stronie Internetowej GUS, bądź z systemów administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia i zostały policzone specjalnie na potrzeby projektu. O ile wskaźniki do policzenia których wykorzystano dane z wykonania budżetu są dość jednoznaczne w interpretacji, o tyle wskaźniki przygotowane w oparciu o dane NFZ wymagają szczegółowego komentarza.

Do podziału na leczenie szpitalne i pozaszpitalne wykorzystane zostały wydatki skumulowane dla komórek organizacyjnych (wg VIII części kodu resortowego). Przydzielenie komórek do poszczególnych kategorii (szpitalne, pozaszpitalne) zostało wykonane metodą ekspercką i jest analogiczne jak w przypadku danych niefinansowych (liczba pacjentów, świadczeń) wykorzystanych do budowy wskaźników (patrz załącznik 3). Przyjęty podział na leczenie szpitalne i pozaszpitalne należy traktować umownie, gdyż np. nie wszystkie świadczenia realizowane w oddziale szpitalnym mają charakter hospitalizacji. Z wymogów realizacji usługi określonych przez NFZ świadczenie musi być zrealizowane na oddział szpitalnym (ze względu na poziom skomplikowania, bądź duże prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań zagrażających życiu), a świadczenie de facto ma charakter świadczenia ambulatoryjnego. Te i inne podobnego typu rozbieżności mogą prowadzić do przeszacowania lub niedoszacowania wydatków w danej komórce organizacyjnej. Mając powyższe na uwadze, trzeba ostrożnie formułować wnioski nasuwające się po analizie danych.

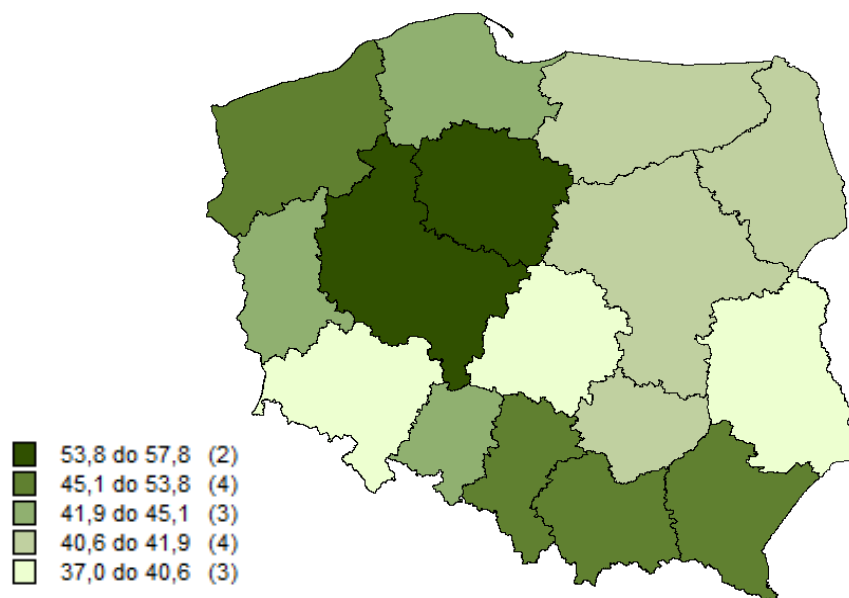
Nie udało się pozyskać odpowiednich jakościowo, spójnych danych o wydatkach na zdrowie publiczne, w przekroju terytorialnym, które mogłyby być uwzględnione w zestawie wskaźników dla JST. Prace w tym zakresie będą kontynuowane.

Przedstawione poniżej wskaźniki opracowane zostały na poziomie województw, w przyszłości pożądanym byłoby poziom powiatów.

Proporcja wydatków na leczenie poza szpitalne do wydatków na leczenie szpitalne [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy wydatków NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej (nie obejmuje wydatków na: POZ, Profilaktyka i promocja zdrowia, SOR i Izby Przyjęć, Ratownictwo medyczne, Transport sanitarny) i opieki szpitalnej, według miejsca położenia placówek medycznych świadczących te usługi.
Sposób liczenia	Iloraz sumy wydatków NFZ na świadczenia AOS oraz świadczenia kontraktowane odrębnie w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne.
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie pozytywnych trendów w finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych: wzrost roli świadczeń poza szpitalnych.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej; może być wykorzystany do analizy jakości i dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Przypisanie sfinansowanego świadczenia do komórki organizacyjnej (według VIII cz. kodu resortowego), czy sklasyfikowanie jako świadczenie szpitalne/ ambulatoryjne jest często umowne. Prezentowany wskaźnik może być traktowany orientacyjnie i zawsze powinien być opatrzony wyjaśnieniem metodologicznym.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za 2013 r. i 2014 r.
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
W przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	"Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia"

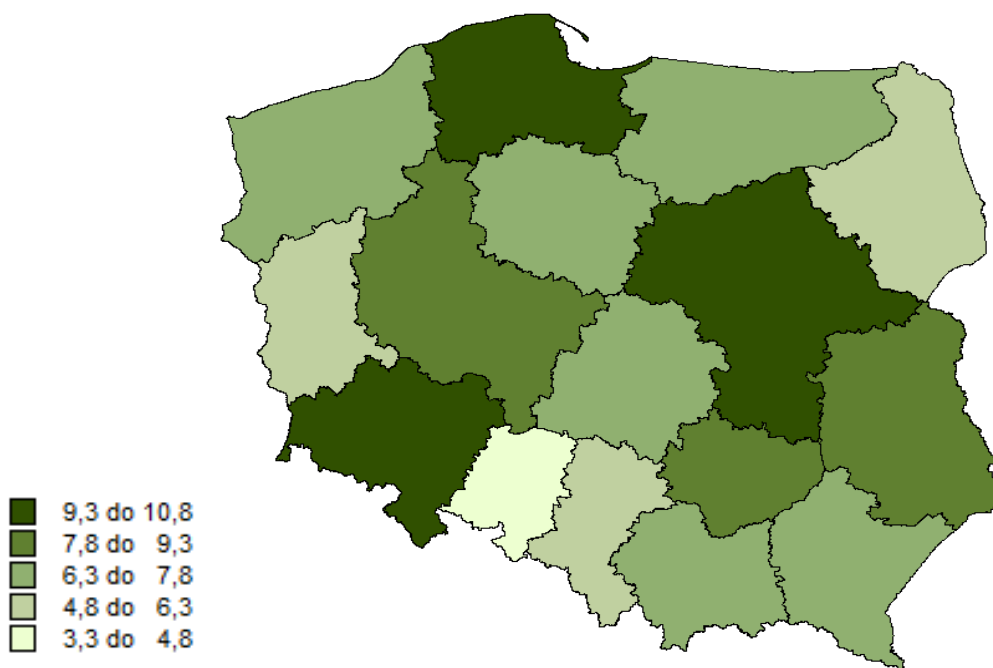
Proporcja wydatków na leczenie poza szpitalne do wydatków na leczenie szpitalne w 2013 r.



Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy szpitali i struktury wydatków NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w szpitalach w zakresie opieki jednodniowej i stacjonarnej, według miejsca położenia szpitali.
Sposób liczenia	Odsetek wydatków na leczenie jednodniowe do całkowitych wydatków na leczenie szpitalne
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądaný przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie struktury wydatków NFZ na opiekę szpitalną.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej; może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych w tym obszarze.
Słabe strony	Wskaźnik powinien być rozpatrywany łącznie z innymi wskaźnikami. Proporcja wydatków może wynikać ze specyfiki placówki.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za 2013 r. i 2014 r.
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	Wyłącznie na potrzeby projektu
W przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	"Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia"

Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne w 2013 r. [%]



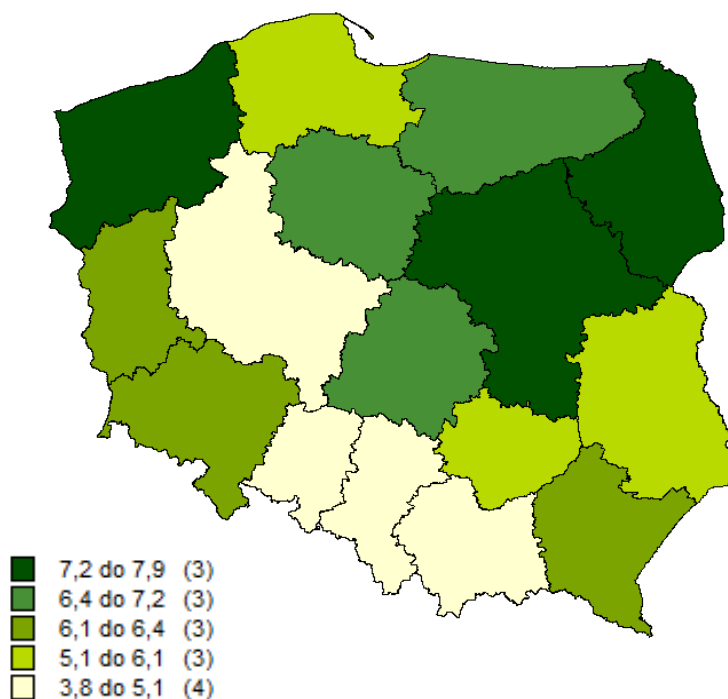
Wydatki na opiekę długoterminową w odniesieniu do ludności w wieku 75 lat i więcej [zł.]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy podmiotów leczniczych świadczących usługi długoterminowej opieki zdrowotnej (opieka paliatywna i hospicyjna oraz świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze). Obejmuje wydatki NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w tym zakresie w odniesieniu do liczby ludności w wieku 75 lat i więcej, według miejsca położenia podmiotu.
Sposób liczenia	Iloraz sumy wydatków NFZ na opiekę długoterminową i liczby ludności w wieku 75 lat i więcej.
Źródła danych	Narodowy Fundusz Zdrowia
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Niedostatecznie rozwinięta opieka długoterminowa wpływa na wzrost zapotrzebowania na bardziej kosztowną opiekę szpitalną. Wyższy wskaźnik wydatków na opiekę długoterminową może świadczyć o lepiej rozwiniętej tej formie opieki na terenie województwa.
Mocne strony	Wskaźnik umożliwia bezpośrednio obserwację udziału usług publicznych w opiece długoterminowej; może być wykorzystany do analizy jakości i pośrednio dostępności usług publicznych. Opieka długoterminowa jest kategorią świadczeń uznawanych za alternatywne wobec świadczeń szpitalnych. W dobie starzenia się społeczeństwa świadczenia długoterminowe nabierają szczególnej wagi.
Słabe strony	Nie uwzględnia wydatków z kieszeni pacjenta. Nie możliwe jest więc określenie jaki % wydatków na opiekę długoterminową pokrywana jest ze środków publicznych. Opieka długoterminowa może obejmować też osoby poniżej 75 roku życia. Ze względu na umowny sposób przypisania komórek do opieki długoterminowej, wskaźnik może być traktowany orientacyjnie i zawsze powinien być opatrzony wyjaśnieniem metodologicznym.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	-
W przyszłości	Dla JST
Źródło wskaźnika	"Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2014"

Udział wydatków bieżących na zdrowie w wydatkach bieżących samorządów powiatów [%]*	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy – JST - powiaty. Zakres przedmiotowy wydatki bieżące na ochronę zdrowia (Dz. 851 klasyfikacji budżetowej).
Sposób liczenia	Iloraz wydatków bieżących na zdrowie i wydatków bieżących ogółem w budżetach powiatów x 100.
Źródła danych	GUS, BDL
Dostępny przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 4 - powiaty
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Z punktu widzenia opieki zdrowotnej, korzystny jest jak najwyższy odsetek wydatków w wydatkach bieżących samorządów powiatu.
Mocne strony	Bezpośrednia obserwacja udziału wydatków na zdrowie w wydatkach bieżących jednostek samorządu terytorialnego na poziomie powiatów.
Słabe strony	Trudno określić słabe strony. Wskaźnik powszechnie stosowany.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013 dla województw
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	W BDL
W przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	"Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia"

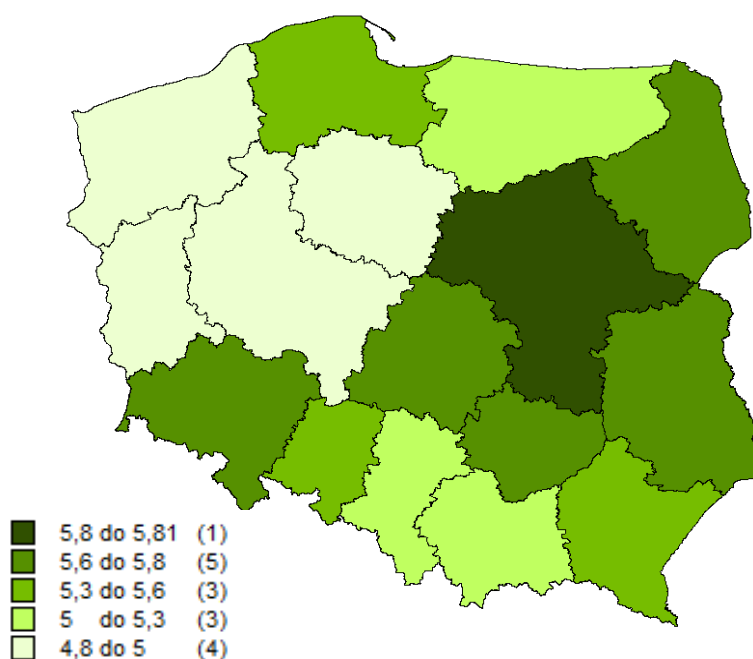
*Analogiczny wskaźnik może być policzony dla samorządów gmin i samorządów województw.

Udział wydatków bieżących na zdrowie w wydatkach bieżących samorządów powiatów w 2013 r. [%]*



Udział wydatków na zdrowie w wydatkach konsumpcyjnych [%]	
Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Zakres podmiotowy - gospodarstwa domowe. Zakres przedmiotowy dotyczy wydatków na zdrowie w wydatkach gospodarstw domowych.
Sposób liczenia	Iloraz przeciętnych wydatków na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwie domowym do przeciętnych wydatków na 1 osobę w gospodarstwie domowym x 100.
Źródła danych	GUS, Badanie Budżetów Gospodarstw Domowych
Dostępny przekrój terytorialny	NTS 2 - województwo
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwo
Częstotliwość	Rok
Interpretacja wskaźnika	Można sądzić, że im wyższy odsetek wydatków z kieszeni pacjenta na opiekę zdrowotną, tym niższe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w ramach środków publicznych.
Mocne strony	Wskaźnik dostarcza pośrednio informacji o niezaspokojonym popycie na usługi publiczne w ochronie zdrowia.
Słabe strony	Obserwacja usług publicznych w obszarze zdrowia możliwa jest pośrednio.
Wskaźnik pilotażowo policzony	TAK, za rok 2013 i 2014
Proponowana forma udostępnienia	
Obecnie	W publikacji „Budżety gospodarstw domowych”
W przyszłości	W BDL
Źródło wskaźnika	"Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia"

Udział wydatków na zdrowie w wydatkach konsumpcyjnych w 2013 r. [%]



4.5.6 Zasoby pracy w ochronie zdrowia

Dostarczenie dobrej jakościowo informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia pozostaje jednym z podstawowych problemów statystyki publicznej. Obecnie głównym źródłem informacji o personelu medycznym są badania Ministerstwa Zdrowia (i spójne z nimi badania Ministerstwa Spraw Wewnętrznych), realizowane w ramach statystyki publicznej. Ponadto, w odniesieniu do osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego prowadzone są rejestry administracyjne, które zawierają informacje o zawodach według klasyfikacji zawodów (ISCO 88) i o poziomie wykształcenia pracowników medycznych. Dostarczają danych o liczbie pracowników medycznych, w tym o liczbie specjalistów danej dziedziny pracujących bezpośrednio z pacjentem (MZ-88 i MZ-89) oraz liczbie pracowników medycznych posiadających prawo wykonywania zawodu, dla których praca bezpośrednio z pacjentem nie ma charakteru podstawowego (MZ-88a). Liczba pracujących jest określona według głównego miejsca pracy. W przypadku pozostałych badań (MZ-10, MZ-06, MZ-11, MZ-15, MZ-16, MZ-19, MZ-29, MZ-29a, MZ-30) formularze badawcze skierowane są do poszczególnych grup świadczeniodawców (opieka stacjonarna, ambulatoryjna, psychiatryczna itp.) ochrony zdrowia i dotyczą działalności poszczególnych jednostek. Informacje o kadrze medycznej mimo, że mają charakter uzupełniający zawierają, w zależności od formularza, dane o: pracujących na podstawie umowy o pracę (pełno i niepełno zatrudnionych) oraz pracujących w oparciu o umowy cywilno-prawne.

W procesie przygotowania zbiorczej informacji o kadrze medycznej, w zakresie danych niefinansowych, Główny Urząd Statystyczny wykorzystuje także badania własne, ściśle powiązane ze statystyką resortowa i w stosunku do niej są komplementarne. Są to: sprawozdanie ZD-4 – *pomoc doraźna i ratownictwo medyczne* - odnośnie ratowników medycznych i lekarzy i pielęgniarek systemu, ZD-5 - *apteki i punkty apteczne* - w zakresie farmaceutów pracujących bezpośrednio z pacjentem, OD-1 – *żłobki i kluby dziecięce* - odnośnie pielęgniarek i położnych i PS-03 – *domy pomocy społecznej* - w zakresie personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, położnych). W celu uzyskania całościowej informacji o kadrze medycznej, dane uzupełniane są informacjami o kadrze medycznej w placówkach podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (placówki MON od 4 lat objęte są sprawozdawczością MZ i GUS).

Wszystkie wymienione badania mają charakter badań pełnych, realizowane są raz w roku według stanu na 31.XII. Teoretycznie, wyniki badań powinny zaspokoić potrzeby informacyjne w tym obszarze. Jednak autorzy badań zdają sobie sprawę z ułomności tych wyników. Wpływ na jakość danych ma przede wszystkim niedostateczna kompletność poszczególnych badań, wynikającą często z niechęci środowiska medycznego do wypełniania sprawozdań statystycznych. Istotna jest również złożoność i różnorodność form zatrudnienia personelu medycznego w placówkach leczniczych (np. umowa o pracę, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy, świadczenie pracy przez jedną osobę w kilku placówkach, praca w oparciu o umowy cywilno-prawne, w formie podkontraktów, szczególnie w przypadku praktyk lekarskich) utrudniająca ewidencjonowanie personelu medycznego, odpowiednio na potrzeby statystyki publicznej. Mimo wielu zastrzeżeń, aktualny sposób pozyskiwania informacji o kadrze medycznej jest jedynym możliwym. Niedoskonałości pozyskanych

danych sprawiają, że w większości publikowane są na poziomie kraju, niektóre na poziomie województw,

a wybrane, nieliczne udostępniane są na poziomie powiatów. Funkcjonujące w analizach i opracowaniach wskaźniki lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, w odniesieniu do ludności, powinny być interpretowane ostrożnie, szczególnie na niskim poziomie przekroju terytorialnego i zawsze powinny być opatrzone odpowiednim wyjaśnieniem metodycznym, której kategorii wskaźnik dotyczy: pracujący według głównego miejsca pracy – osoba liczona tylko raz, czy pracujący bez względu na formę zatrudnienia i wymiar pracy -osoba może być liczona kilkakrotnie, we wszystkich placówkach, w których udziela świadczeń. Należy również zwrócić uwagę, że istnieje wolny wybór lekarza, pielęgniarki czy położnej i nie zawsze odniesienie np. liczby lekarzy, szczególnie liczby lekarzy specjalistów do liczby ludności na danym terenie prowadzi do właściwych wniosków.

Nadal pozostaje pilna potrzeba poprawy jakości danych statystycznych o zasobach pracy w ochronie zdrowia. W trakcie realizacji projektu, w poszukiwaniu nowych źródeł danych o kadrze medycznej poddano analizie obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do zawodów medycznych i możliwości pozyskania danych od ubezpieczycieli. Okazało się, że od 1 stycznia 2012 r. na lekarzach i lekarzach dentytach oraz podmiotach leczniczych ciąży jeden obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zniesiono więc funkcjonujące wcześniej trzy różne obowiązkowe ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w stosunku do lekarzy, lekarzy dentytów i placówek leczniczych, co teoretycznie dawałoby możliwość pozyskania danych zbiorczych od ubezpieczyciela, w oparciu o informacje zawarte na polisach ubezpieczeniowych. Rozpoznano również System informacyjny ZUS - Centralny Rejestr Płatników Składek pod kątem osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego i prowadzących praktykę lekarską, który jednak ze względu na późny termin dostępu nie mógł być w pełni wykorzystany.

Nie udało się pozyskać nowych wskaźników dotyczących zasobów pracy w ochronie zdrowia lub poprawić jakość już funkcjonujących, z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. W opinii autorów opracowania należy podtrzymać zgłaszany wcześniej pomysł szerszego wykorzystania systemów administracyjnych ZUS i rejestrów prawa wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Zbiory uporządkowane wg identyfikatora osób ubezpieczonych wymagałyby „zderzenia” ze zbiorami osób posiadających prawo wykonywania zawodu (np. lekarza, lekarza dentyty, farmaceuty), co pozwoliłoby określić miejsce pracy kadry medycznej oraz wyodrębnić z populacji osób posiadających prawo wykonywania zawodu podzbiorowości: pracujących bezpośrednio z pacjentem, aktywnych zawodowo, aktywnych ekonomicznie. Powyższe informacje uwzględniałyby wiek i płeć oraz umożliwiłyby prezentację danych na różnych poziomach terytorialnych. Rozwiązanie takie pozwoliłoby na rezygnację z uciążliwego dla podmiotów leczniczych badania na formularzu MZ-88 *Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą* oraz z badania ZD-5 *Sprawozdanie apteki i punktu aptecznego*.

Poza obiektywnymi, formalnie wyliczonymi miernikami jakości opieki zdrowotnej, niezwykle istotną rolę odgrywa subiektywna ocena doświadczeń związanych z korzystaniem z usług zdrowotnych, dokonana przez pacjenta. Może się ona znacznie różnić od prezentowanych „obiektywnych” wskaźników. Do subiektywnej oceny opieki zdrowotnej dokonywanej przez pacjentów przywiązuje się coraz większą wagę. Ocena jakości opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta jest niezwykle złożonym zadaniem. Może być dokonana wyłącznie w oparciu o reprezentacyjne badania ankietowe.

W trakcie realizacji projektu wykorzystano wyniki prac metodologicznych prowadzonych w departamencie. Zapoznano się z podejmowanymi na arenie międzynarodowej próbami budowy kompleksowych wskaźników konsumenckich ocen systemów opieki zdrowotnej umożliwiającymi porównania między krajami.

Przeanalizowano również badania ankietowe realizowane przez GUS a zawierające pojedyncze elementy subiektywnej oceny jakości opieki zdrowotnej (Europejskie Badanie Stanu Zdrowia (EHIS), EU-SILC, Badanie spójności Społecznej (DSS), a także badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, realizowane w ramach PBSSP co 3 lata, w formie modułu do Badania Budżetów Gospodarstw Domowych, które stanowi najbogatsze źródło danych do oceny opieki zdrowotnej, w tym usług publicznych widzianych oczami pacjenta. Kwestionariusze ostatniej edycji badania zawierały .in.. szeroki blok pytań dotyczących jakości opieki zdrowotnej realizowanej w ramach środków publicznych; pytania odnosiły się do ogólnej oceny jakości opieki zdrowotnej oraz dostępności, czasu oczekiwania, responsywności (spełnienia oczekiwań pacjentów). Istotnym elementem były również pytania o szczegółowe przyczyny rezygnacji z usług opieki zdrowotnej realizowanych w ramach NFZ i decyzji o korzystaniu ze świadczeń odpłatnie oraz o zdarzenia niepożądane związane z korzystaniem z usług medycznych, a także o oznaki dyskryminacji i nierówne traktowanie pacjentów.

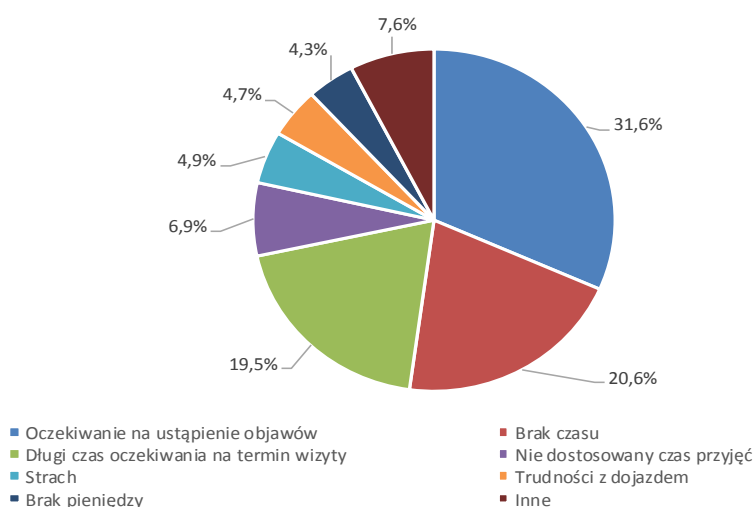
Niestety wyniki wszystkich wymienionych badań w interesującym nas zakresie dostępne są wyłącznie na poziomie kraju. Wydaje się, że pozyskanie danych na poziomie województw byłoby niezwykle użyteczne dla kształtowania polityki opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego.

Spośród bogactwa wskaźników, które mogłyby być opracowane i wykorzystane do subiektywnej oceny opieki zdrowotnej na poziomie województw, w tym realizowanej w ramach środków publicznych wybrano jako przykład te, które stosowane są w projekcie OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project), w obszarze Patient Experience (PE), bądź w „Krajowym Indeksie Sprawności Ochrony Zdrowia w 2014 r.”, lub z punktu widzenia realizowanego projektu wydały się szczególnie istotne.

Rezygnacja z usług lekarza POZ mimo istniejącej potrzeby [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z usług lekarza POZ, pomimo, że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?</i> odpowiedziały tak wskazując jedną z 11 podanych przyczyn. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, które zrezygnowały z usług lekarza POZ mimo istniejącej potrzeby i liczby osób, uczestniczących w badaniu x 100.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wysoki odsetek osób, które nie skorzystały z wizyty u lekarza POZ mimo takiej potrzeby może świadczyć o dostępie do usług w tym zakresie.
Mocne strony	Podstawowa opieka zdrowotna realizowana jest niemal w całości w ramach środków publicznych. Dostarcza informacji skali zjawiska, a struktura przyczyn zaniechania wizyty może pomóc w ukierunkowaniu działań zmierzających do poprawy jakości i dostępności usług POZ.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	“Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”

Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2013 r.

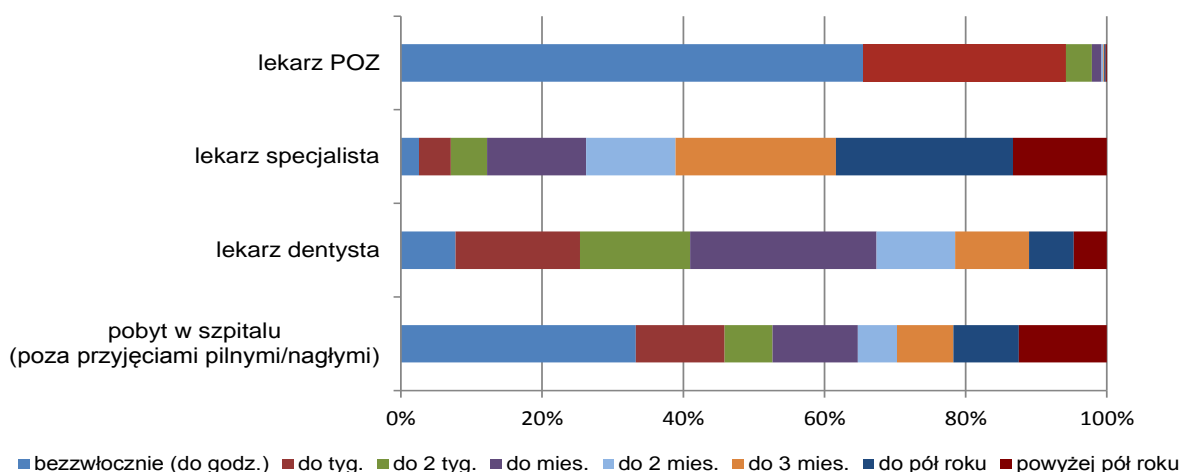


Źródło: “Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”, GUS

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty powyżej 4 tygodni [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>Proszę określić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia</i> , dały odpowiedź miesiąc i więcej. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, które stwierdziły, że na wizytę u specjalisty czekały 4 tygodnie i dłużej i liczby osób badanych x 100. i
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	W badaniu subiektywnej ocenie respondentów poddawane są usługi lekarza specjalisty realizowane w ramach NFZ. Można powiedzieć, że im wyższy odsetek, tym słabszy dostęp do lekarza specjalisty. osób
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project)

Czas oczekiwania na świadczenia medyczne (w %)

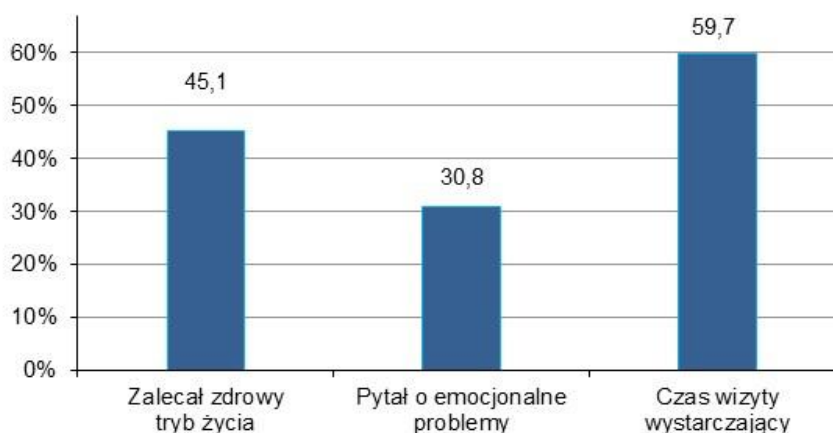


Źródło: "Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.", GUS

Czas poświęcony pacjentowi przez lekarza POZ w czasie wizyty lekarskiej [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>Czy sądzi Pan/Pani, że czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający?</i> – odpowiedziały „tak”. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób uczestniczących w badaniu, według których czas poświęcony im przez lekarza POZ był wystarczający i liczby osób uczestniczących w badaniu i korzystających z usług lekarza x 100
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 Polska
Pożądaný przekrój terytorialny	NTS 2 województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów. Można sądzić, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna w tym zakresie..
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project)

Rozeznanie lekarza POZ w potrzebach zdrowotnych pacjentów [%]



Źródło: "Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.", GUS

Sposób, w jaki lekarz POZ dokonuje wyjaśnień pacjentowi [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>czy lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały, dały odpowiedź: zawsze lub często</i> . Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, według których lekarz POZ udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały i liczby osób uczestniczących w badaniu i korzystających z usług lekarza.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów. Można powiedzieć, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna.
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw.
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project)

Responsywność w POZ – opinia pacjenta na temat lekarza [%]

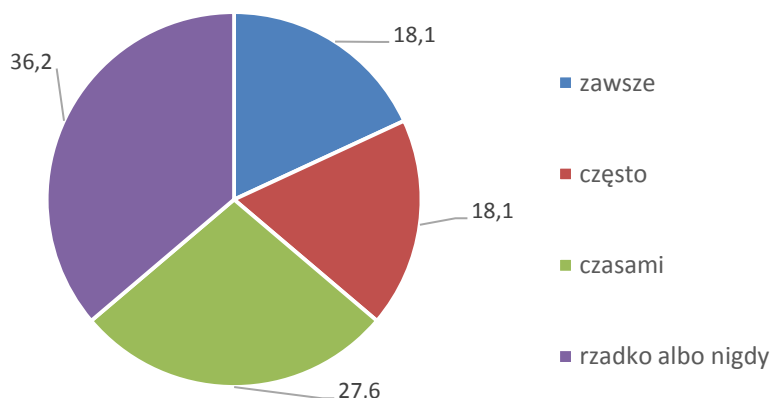


źródło: "Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.", GUS

Możliwość zadawania pytań przez pacjenta lekarzowi POZ [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, według których lekarz POZ zachęca do zadawania pytań, wyrażania wątpliwości i liczny osób uczestniczących w badaniu i korzystających z usług lekarza x 100.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów. Można powiedzieć, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna.
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project)

Możliwość zadawania pytań lekarzowi POZ.

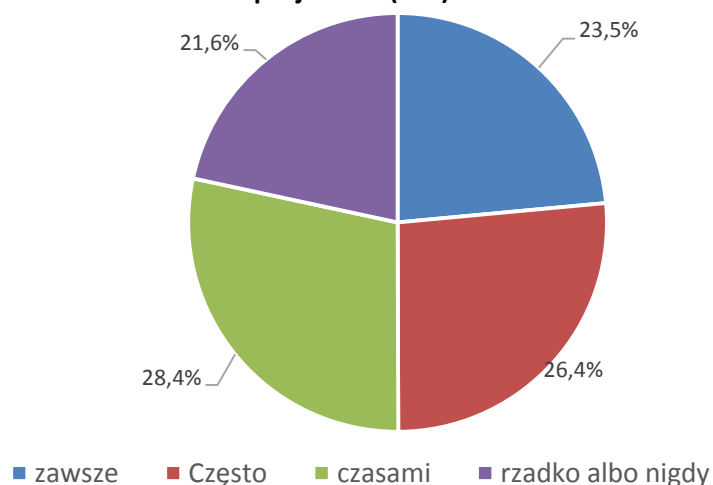


Źródło: "Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.", GUS

Wpływ pacjenta na decyzje dotyczące leczenia [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>Czy lekarz informuje o możliwościach leczenia i angażuje Pana/Panią w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu Pana/Pani,</i> odpowiedziały „zawsze” lub „często”. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, według których lekarz POZ informuje o możliwościach leczenia i angażuje pacjenta w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu i liczby osób uczestniczących w badaniu i korzystających z porad lekarza.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów, że są zaangażowani w decyzje dotyczące leczenia. Można powiedzieć, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna.
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	OECD HCQI (Health Care Quality Indicators Project)

Opinia na temat informacji od lekarza o możliwościach leczenia i angażowania pacjenta w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu, według cech społeczno–demograficznych pacjentów (w%)

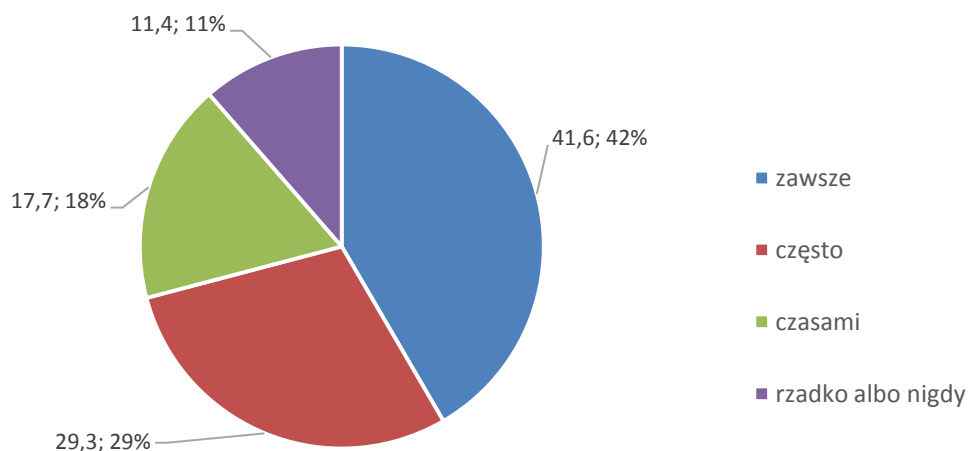


Źródło: „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”, GUS

Lekarz POZ zna historię leczenia pacjenta [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: czy lekarz zna Pana/Pani historię leczenia, odpowiedziały „zawsze” lub „często”. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, według których lekarz POZ zna historię leczenia pacjenta i liczby osób uczestniczących w badaniu i korzystających z porad lekarza.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów, że lekarz jest zaangażowany w proces ich leczenia. Można powiedzieć, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna.
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	„Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”

Opinia, czy lekarz POZ zna historię leczenia pacjenta [%]

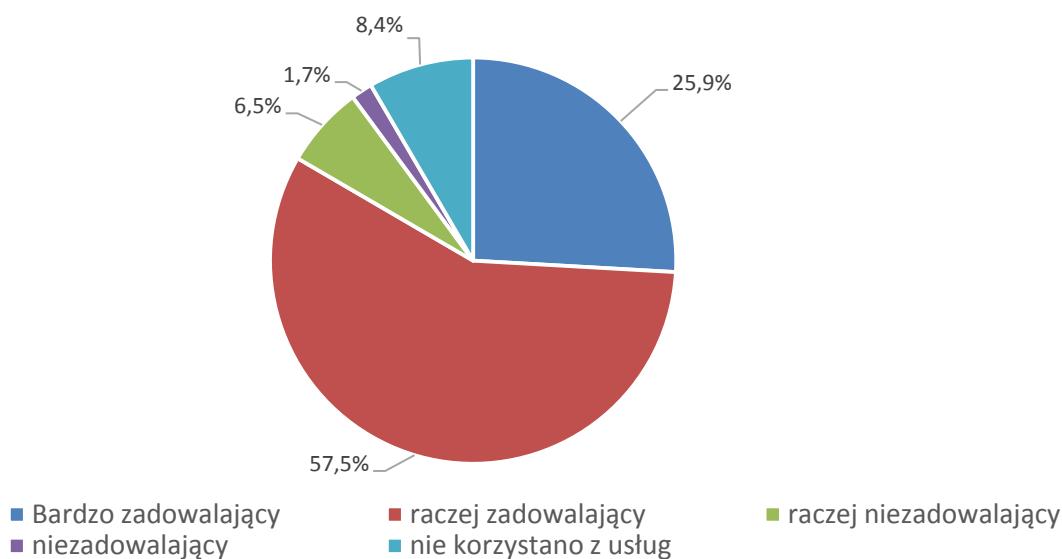


Źródło: „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”, GUS

Stopień zadowolenia z wyboru lekarza pierwszego kontaktu [%]

Opis wskaźnika / Wyjaśnienie metodologiczne	Wskaźnik dotyczy osób, członków gospodarstw domowych uczestniczących w badaniu i osób, które na pytanie: <i>Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry?</i> , odpowiedziały: „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”. Badanie zrealizowane zostało na próbie 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób, a wyniki uogólnione zostały na całą populację mieszkańców Polski.
Sposób liczenia	Iloraz liczby osób, które wskazały, że są bardzo zadowolone bądź zadowolone z wyboru lekarza pierwszego kontaktu/pediatry i liczby osób uczestniczących w badaniu i korzystających z porad lekarza POZ x100.
Źródła danych	Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, GUS
Dostępny obecnie najniższy przekrój terytorialny	NTS 0 - Polska
Pożądany przekrój terytorialny	NTS 2 - województwa
Częstotliwość	Co 3 lata
Interpretacja wskaźnika	Wskaźnik ilustruje jakość opieki zdrowotnej realizowanej w ramach usług publicznych wyrażoną poprzez subiektywną ocenę pacjentów. Można powiedzieć, że im wyższy wskaźnik, tym lepsza jest opieka zdrowotna.
Mocne strony	Wskaźnik może być wykorzystany bezpośrednio do oceny publicznych usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
Słabe strony	Wyniki badania uogólniane na poziomie kraju. Brak możliwości prezentacji danych na poziomie województw
Wskaźnik pilotażowo policzony	NIE
Proponowana forma udostępnienia	
obecnie	-
w przyszłości	W przypadku możliwości prezentacji wyników na poziomie NTS 2 : dla JST, publikacja wyników badania.
Źródło wskaźnika	„Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”

Zadowolenie z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry [%]



Źródło: „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”, GUS

4.6 Pozyskanie danych i pilotażowe opracowanie wskaźników

Pozyskanie danych dotyczących różnych obszarów opieki zdrowotnej i publikowanie ich nie w formie surowej (takie dostępne są na stronach internetowych NFZ i oddziałów wojewódzkich, CSIOZ, PZH, GUS), lecz w formie wskaźników obrazujących dostępność do usług publicznych jest zasadne ze względu na ich przydatność dla analiz sytuacji i zmian w opiece zdrowotnej, w tym realizowanej w ramach środków publicznych.

Zaletą zaproponowanego zestawu wskaźników w przekroju terytorialnym jest zastosowanie dla każdego z nich jednej metody liczenia i umieszczenie w jednym miejscu. Ułatwi to, a w niektórych przypadkach umożliwi JST wnikliwą analizę zabezpieczenia zdrowotnych usług publicznych z wykorzystaniem porównań w czasie i przestrzeni. Należy podkreślić, że interpretacja poszczególnych wskaźników stanowi tylko element analizy. Dla pełnego obrazu konieczna jest każdorazowa kompleksowa ewaluacja wskaźników z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.

Zestaw wskaźników policzonych pilotażowo i zaproponowanych do pozyskiwania w ramach statystyki publicznej zawiera **Załącznik 4**, opracowany w formacie Excel. W pierwszym arkuszu zamieszczono spis wskaźników, w drugim – metryczki wskaźników, w kolejnych arkuszach – policzone wskaźniki.

Pilotażowy charakter prowadzonych analiz i dokonanych obliczeń nie pozwala na obecnym etapie na upublicznienie większości obliczonych wskaźników. Niektóre wyniki wymagają bardziej szczegółowych analiz, wyjaśnień metodologicznych lub nawet dodatkowych obliczeń w celu weryfikacji. Każdy zamieszczony w załączniku wskaźnik posiada swoją metryczkę zawierającą m.in. informację o proponowanej formie udostępnienia:

- bezpośrednio w Banku Danych Lokalnych
- dla jednostek samorządu terytorialnego (w aplikacji dedykowanej JST przy BDL)
- bez udostępnienia – wskaźniki policzone na niższych poziomach przekroju terytorialnego kraju wyłącznie na potrzeby projektu.

Kolorem szarym zaznaczono również pola wymagające weryfikacji lub dodatkowych analiz.

4.7 Raport jakości policzonych wskaźników

Ze względu na różnorodność źródeł danych wykorzystywanych do budowy wskaźników oraz specyfikę obszarów a także pilotażowy charakter wskaźników policzonych niecelowe, zdaniem autorów, jest dokonywanie obecnie szczegółowej oceny każdego z nich. Przedstawiona poniżej ocena ma charakter ogólny.

PRZYDATNOŚĆ – wszystkie opracowane wskaźniki po walidacji będą mogły być wykorzystywane do analiz dostępności i jakości publicznych usług zdrowotnych. Policzenie poszczególnych wskaźników na poziomie najniższym na jakim jest to uzasadnione bądź możliwe pozwoli na wykorzystanie ich wykorzystanie przez jednostki samorządów terytorialnych. Ocena: 5.

DOKŁADNOŚĆ – Policzone wskaźniki oparte są o różnorodne źródła informacji:

- w przypadku danych z NFZ weryfikacji wymagają kody TERYT,
- w badaniach opartych o sprawozdawczość Ministerstwa Zdrowia – poprawy wymaga często kompletność badania,

- w badaniach opartych o sprawozdawczość GUS – kompletność jest wysoka, kartoteki weryfikowane są corocznie. Można się liczyć z błędem odpowiedzi (wielkości deklarowane przez respondenta)

- w badaniach ankietowych – uwzględnienia wymaga błąd losowy, który jest wyższy na niższym poziomie terytorialnym.

Ocena: po walidacji i pozyskaniu danych za następny rok przewiduje się 4 lub 5.

TERMINOWOŚĆ I PUNKTUALNOŚĆ – Dane do budowy wskaźników pochodzą z badań realizowanych w ramach PBSP oraz ze sprawdzonych, wysokiej jakości, źródeł administracyjnych. Dane są dostępne w ciągu roku od okresu, którego dotyczą.

Ocena: po walidacji i pozyskaniu danych za następny rok przewiduje się 4 lub 5.

PRZEJRZYSTOŚĆ – Nazwy wskaźników, zdaniem autorów raportu, są zrozumiałe dla odbiorców.

Ocena: po walidacji i pozyskaniu danych za następny rok przewiduje się 4 lub 5.

PORÓWNYWALNOŚĆ – Wartości niektórych wskaźników mogą nie być bezpośrednio porównywalne w czasie, wymagać mogą również dodatkowych komentarzy interpretacyjnych.

Ocena: po walidacji i pozyskaniu danych za następny rok przewiduje się 4 lub 5.

SPÓJNOŚĆ – Dane pochodzące z różnych źródeł nie zawsze są spójne. Niektóre wskaźniki budowane są w oparciu o dane pochodzące z kilku źródeł, powinno to być uwzględniane przy ich interpretacji. Ocena: po walidacji i pozyskaniu danych za następny rok przewiduje się 3 lub 5.

5 PROPOZYCJE ŚCIEŻEK I PROCEDUR POZYSKANIA DANYCH

Jak wspomniano w p.4.6 policzone pilotażowo wskaźniki, które w przyszłości mogą być wykorzystywane przez JST do oceny jakości i dostępności usług publicznych w ochronie zdrowia wymagają systematycznej obserwacji. Ponadto, przed pierwszym ich upublicznieniem niezbędne jest pozyskanie analogicznych danych przynajmniej za jeden kolejny rok. Umożliwi to dodatkową analizę oraz wychwycenie ewentualnych nieprawidłowości i weryfikację danych. W związku z tym przewiduje się, że pierwszy zestaw wskaźników zostanie udostępniony po analizie danych za 2015 rok.

Docelowo proponuje się wstawić odpowiednie zapisy do Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej. Biorąc pod uwagę istniejące procedury przygotowania Programu, byłoby to możliwe najwcześniej za 2017r.

W związku z tym pozyskanie tych danych za wcześniejsze lata będzie wymagało indywidualnych wystąpień GUS do odpowiednich gestorów danych. Warto rozważyć formę porozumienia z tymi instytucjami (NIZP-PZH, NFZ), co znacznie uprościłoby procedury.

Dane pozyskiwane byłyby w formie wartości bezwzględnych lub wskaźników. Jednostką merytorycznie odpowiedzialną za wartości bezwzględne niezbędne do wyliczenia wskaźników oraz wskaźniki wyliczone w oparciu o własne dane powinien być gestor danych. W przypadku wskaźników, do wyliczenia których wykorzystywane są również dane GUS (np. ludność), jednostką odpowiedzialną powinien być GUS.

6 REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DALSZYCH DZIAŁAŃ

Wykonana praca dostarczyła wielu wskaźników, które mogą być pożyteczne do oceny jakości i dostępności publicznych usług opieki zdrowotnej w przekroju terytorialnym. W tym celu jednak niezbędne jest dokonanie **weryfikacji tych danych** przy wykorzystaniu analogicznych informacji pozyskanych przynajmniej za jeden kolejny rok, a w niektórych przypadkach policzenia (szpitale).

Przed wszystkim szczegółowej weryfikacji wymagają symbole terytorialne stosowane w poszczególnych zbiorach. W związku z tym proponuje się, aby pierwszy zestaw wskaźników został udostępniony po analizie danych za 2015 rok.

Docelowo przewiduje się opracowanie listy wskaźników systematycznie udostępnianych jednostkom samorządu terytorialnego oraz zamieszczanie wybranych wskaźników na stronie internetowej GUS. Ze względu na harmonogram prac nad Programem Badań, proponuje się, aby dane za poszczególne lata, przynajmniej do 2016 r. włącznie pozyskiwane były w oparciu o indywidualne zamówienie GUS skierowane do gestorów, a docelowo ujęte w PBSSP. Uwzględnienie w PBSSP możliwe jest na trzy sposoby:

- dołączenie odpowiednich zapisów do badań 1.29.06, 1.29.07 oraz 1.29.08,
- sporządzenie odrębnej karty badania w ramach obszaru 1.29. Zdrowie i ochrona zdrowia,
- stworzenie odrębnej karty dla badania usług publicznych w innym obszarze PBSSP.

Najlepszym wydaje się być ostatnie rozwiązanie, które umożliwiłoby zmianę zakresu fiski w zależności od potrzeb i zasobów informacyjnych a także dostępu do nich – nie tylko w obszarze usług zdrowotnych.

Niezwykle istotna dla wskaźników jest jakość danych niezbędnych do ich policzenia, pozyskiwanych ze źródeł zewnętrznych. Dlatego wskazane jest wypracowanie procedur systematycznej aktualizacji **symboli terytorialnych** przez instytucje dostarczające danych.

Poza rekomendacjami co do dalszych działań o charakterze ogólnym, praca w ramach projektu pozwoliła określić najpilniejsze oraz najważniejsze działania odnoszące się do statystyki poszczególnych obszarów ochrony zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej informacji o dostępie do publicznych usług zdrowotnych.

W celu pozyskania informacji o **sprzęcie wysokospecjalistycznym** proponuje się modyfikację formularzy resortowych Ministerstwa Zdrowia MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego i MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (poszerzenie listy sprzętu oraz dodanie informacji o liczbie wykonanych badań (lista w **Załączniku 3**).

Z uwagi na lukę informacyjną w zakresie **badania diagnostycznych** i analiz medycznych planuje się wprowadzenie do PBSSP 2017 badania prowadzonego przez GUS-US Kraków skierowanego do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie badań laboratoryjnych i diagnostycznych. W zakresie przedmiotowym badanie obejmie m.in: liczbę podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie badań laboratoryjnych i diagnostycznych, liczbę wykonanych badań w podziale na rodzaje badań, liczbę badanych pacjentów w podziale na wiek i płeć, wykorzystywany sprzęt medyczny.

Wskazane byłoby rozważenie możliwości pozyskania wskaźników **oceny konsumenckiej** opieki zdrowotnej realizowanej w ramach środków publicznych na poziomie województw poprzez zwiększenie częstotliwości badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” do czterech razy w roku lub rozważenie realizacji badania na większej próbie.

Istotnym, może najtrudniejszym, problemem pozostaje jakość danych statystycznych o **kadrze medycznej**. Dostępne źródła informacji nie pozwoliły na zaproponowanie nowych wskaźników, które mogłyby zostać wykorzystane przez JST do oceny jakości i dostępności usług zdrowotnych w tym publicznych.

Dobrym rozwiązaniem byłoby szersze wykorzystanie systemów administracyjnych ZUS i rejestrów prawa wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Zbiory uporządkowane wg identyfikatora osób ubezpieczonych wymagałyby „zderzenia” ze zbiorami osób posiadających prawo wykonywania zawodu (np. lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty), co pozwoliłoby określić miejsce

pracy kadry medycznej oraz wyodrębnić z populacji osób posiadających prawo wykonywania zawodu podzbiorowości: pracujących bezpośrednio z pacjentem, aktywnych zawodowo, aktywnych ekonomicznie. Powyższe informacje uwzględniałyby wiek i płeć oraz umożliwiłyby prezentację danych na różnych poziomach terytorialnych. Warunkiem niezbędnym do rozpoczęcia tych prac jest dostęp do danych administracyjnych zawierających numer PESEL, który byłby cechą wspólną dla obu zbiorów, pozwalającą na wybór podzbioru z danych ZUS oraz służyłby do określenia wieku i płci. Odnośnie danych z zakresu **szpitalnictwa** kluczowe i niezbędne jest wdrożenie rozwiązań prowadzących do poprawy jakości i kompletności danych gromadzonych w ramach ogólnopolskiego badania chorobowości szpitalnej prowadzonego przez NIZP-PZH (sprawozdanie MZ/Szp11). Wspomniano wcześniej, że sprawozdania MZ/Szp11 nie zawierają identyfikatora PESEL, co uniemożliwia prowadzenie badań w kontekście pacjentów hospitalizowanych, czyli z pominięciem tzw. ruchu międzyoddziałowego. Identyfikowanie jednostkowego sprawozdania za pomocą identyfikatora PESEL byłoby możliwe w sytuacji przyznania ewidencji sprawozdawczości szpitalnej statusu rejestru medycznego, na podobnej zasadzie jak zostało to zrobione w przypadku sprawozdawczości z zakresu nowotworów (karta zgłoszenia nowotworu złośliwego). Wymagałoby to opracowania podstawy prawnej dla takiego rejestru w postaci rozporządzenia wydanego na podstawie Art. 19 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657), który umożliwia Ministrowi Zdrowia utworzenie rejestru medycznego w celu, jak to zostało wskazane w ustawie, m.in.: monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, monitorowania stanu zdrowia usługobiorców, prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych. Drugim działaniem, które podniosłoby kompletność badań chorobowości szpitalnej, mogłoby być nadanie karcie statystycznej z leczenia szpitalnego statusu dokumentu medycznego. W oczywisty sposób zwiększyłoby to dbałość o prawidłowe opracowywanie sprawozdania. Trzecim działaniem mogłoby być rozszerzenie zakresu dokumentów gromadzonych w systemie informacji medycznej (centralna baza danych o świadczeniach zdrowotnych, której funkcjonowanie reguluje art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657)). Zgodnie z zapisami znowelizowanej w dniu 9 października 2015 r. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, każdy podmiot leczniczy będzie miał obowiązek przesyłania od 1 stycznia 2018 r. danych o zdarzeniach medycznych do systemu informacji medycznej w ciągu jednego dnia od zajścia zdarzenia medycznego, a w przypadku dokumentów medycznych gromadzonych w SIM – w czasie rzeczywistym. Dzięki temu można byłoby doprowadzić do powiązania danych zawartych w sprawozdaniu MZ/Szp11 z informacją o zdarzeniu medycznym, które było podstawą do opracowania sprawozdania MZ/Szp11. W oczywisty sposób podniosłoby to jakość i kompletność gromadzonych danych.

7 PODSUMOWANIE

Przedstawiony raport z prac wykonanych w ramach pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych” z całą ostrością potwierdza fakt, że obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest niezwykle trudna i skomplikowana. Wpływ na to ma zarówno złożony różnorodny system opieki zdrowotnej jak również brak spójności między różnorodnymi źródłami informacji, które mogłyby być potencjalnie źródłami danych statystycznych. Mimo, że zasadniczym zadaniem statystyki publicznej jest dostarczenie informacji kompleksowej o systemie ochrony

zdrowia w Polsce, to istotnym brakującym jej elementem okazało się wydzielenie informacji o roli usług publicznych w tym systemie, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Wykonana w ramach projektu praca jest nowym przedsięwzięciem, próbą wypełnienia tej luki. Dostarcza listę kilkudziesięciu wskaźników z różnych dziedzin opieki zdrowotnej, które mogłyby być wykorzystane do analiz na temat dostępności i jakości usług publicznych w tym obszarze. Ze względu na pilotażowy charakter zaproponowanych wskaźników, jak zaznaczono w raporcie, prace nad nimi powinny być kontynuowane, a wskaźniki sukcesywnie upubliczniane po potwierdzeniu ich jakości, co wymaga czasu i znacznych nakładów pracy.