



Główny Urząd Statystyczny

Streszczenie w języku nietechnicznym

Praca badawcza

„Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”

*realizowana w ramach projektu
„Statystyka dla polityki spójności. Wsparcie systemu monitorowania polityki
spójności w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz programowania
i monitorowania polityki spójności po 2020 roku”*

Warszawa 2018

Jednostka opracowująca raport:
Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS

Wstęp

Usługi społeczne i publiczne mają istotny wpływ na jakość życia społeczeństwa. Należy je 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 poszczególnych obszarów/terytoriów.

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).

Ze względu na wielość definicji i punktów spojrzenia na usługi społeczne i usługi publiczne na potrzeby tej pracy badawczej przyjęto, że przez publiczne usługi zdrowotne rozumie się część usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia, która realizowana jest w ramach środków publicznych.

System opieki zdrowotnej to niezwykle istotny element polityki spójności państwa, jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli, którego jakość i dostępność ma bezpośredni wpływ na poziom życia społeczeństwa.

Zgodnie z Konstytucją RP, władze publiczne, w tym jednostki samorządu terytorialnego (JST), mają obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej 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. Zadanie zapewnienia lepszego dostępu do usług publicznych i podnoszenia ich jakości zostało zapisane także w Celu 2 „Spójność” Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego. Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej to również główne przesłanie Światowego Raportu Zdrowia z 2013 r.

Wymienione zadania pociągają za sobą potrzebę monitorowania efektów działań, co przejawia się również dużym zapotrzebowaniem na dane statystyczne opracowane na możliwie niskim poziomie podziału terytorialnego kraju, które mogą być wykorzystywane do oceny jakości i dostępności usług opieki zdrowotnej, w tym usług publicznych.

Dostarczenie takich danych to zasadniczy cel pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”. Prezentowane wyniki mogą być ważnym wsparciem dla jednostek samorządu terytorialnego (JST) w programowaniu i monitorowaniu polityki spójności. Wykonana praca stanowi także odpowiedź na postulaty rozszerzenia badań statystycznych dotyczących usług publicznych w zakresie opieki zdrowotnej, kierowane ze środowisk naukowych, a także jest próbą zaspokojenia potrzeb zgłaszanych przez Regionalne Obserwatoria Terytorialne. Ponadto przeprowadzone działania są niezbędną kontynuacją pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”, zrealizowanej w 2015 r. w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020. W szczególności dotyczą zadań zawartych w rekomendacjach w Raporcie z przebiegu tego projektu.

Praca badawcza składała się z trzech głównych elementów:

1. przygotowanie nowego badania na temat nieobjęty dotąd obserwacją statystyczną, tj. obszar diagnostyki medycznej, i przeprowadzenie badania pilotażowego,
2. podjęcie próby poszerzenia zestawu wskaźników o kolejne obszary usług publicznych w ochronie zdrowia (tj. zaproponowanie metody pozyskania danych o zasobach pracy w ochronie zdrowia /lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne/ z rejestrów i źródeł administracyjnych, poszerzenie zestawu wskaźników dotyczących opieki szpitalnej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej),
3. weryfikacja wskaźników opracowanych w 2015 r., będących wynikiem pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych” (tj. opracowanie wskaźników za kolejne lata, ocena wskaźników pod kątem jakości i przydatności do prowadzenia polityki regionalnej, wybór listy wskaźników do corocznego publikowania).

Zadania opisywanej pracy badawczej zostały przeprowadzone przede wszystkim w oparciu o źródła administracyjne, a metody opracowania części wskaźników mają nowatorski i eksperymentalny charakter.

W realizacji poszczególnych etapów pracy udział brali członkowie zespołu, w zależności od rodzaju zadania, posiadanych kompetencji i szczegółowej wiedzy. Zadania dotyczące poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej koordynowane były przez ekspertów wiodących.

W trakcie realizacji projektu zorganizowano 2 spotkania merytoryczne wszystkich uczestników oraz konsultacje bilateralne w miarę potrzeb.

Planowane zadania zostały zrealizowane w całości, chociaż niektóre z nich, ze względu na posiadane źródła danych (zakres i jakość), zostały nieco zmodyfikowane, w tym częściowo poszerzone w stosunku do planowanych.

Wyniki badania

A. Badanie pilotażowe dotyczące diagnostyki medycznej

Badania diagnostyczne to jeden z podstawowych elementów zarówno profilaktyki zdrowotnej, jak również procesu leczenia i rekonwalescencji. Powszechna, łatwo dostępna możliwość wykonania koniecznych badań jest ważnym elementem sprawnego systemu opieki zdrowotnej. Obecnie informacje statystyczne o tej części systemu opieki zdrowotnej są szczątkowe. Z uwagi na zidentyfikowaną lukę informacyjną w obszarze diagnostyki medycznej zaplanowano przygotowanie nowego badania dotyczącego diagnostyki medycznej i przeprowadzenie badania pilotażowego.

Cele szczegółowe tego elementu pracy badawczej obejmujące: przygotowanie operatu do badania, opracowanie narzędzi badawczych, przygotowanie aplikacji na portalu sprawozdawczym, realizacja badania pilotażowego i opracowanie wyników, zostały zrealizowane w całości.

Podstawą opracowania operatu do badania były dane o podmiotach leczniczych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Do kartoteki badania pilotażowego, zwaną dalej kartoteką ZD-DIAG, zostały wybrane działające na koniec 2016 r. zakłady lecznicze zarejestrowane w RPWDL, posiadające komórki organizacyjne oznaczone kodami 7100-7300, 7910-7950 oraz 7998 zgodnie z częścią VIII kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej. Według danych z RPWDL jednostki te na koniec 2016 r. miały zarejestrowane 24064 komórki organizacyjne oznaczone tymi kodami. Założono, że będzie to badanie pełne, chociaż ze względu na tryb realizacji badania uczestnictwo w nim dla jednostek sprawozdawczych było dobrowolne. Przedmiotem badania była działalność poszczególnych pracowni diagnostycznych oraz wyposażenie placówek w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny. Badanie uwzględniało również rozmieszczenie terytorialne pracowni diagnostycznych.

Zaprojektowanym przez zespół badawczy narzędziem służącym do pozyskania informacji w zakresie działalności diagnostycznej był formularz *ZD-DIAG Sprawozdanie z medycznej działalności diagnostycznej*, zwany dalej formularzem ZD-DIAG, do którego - z uwagi na pilotażowy charakter badania - opracowano dla sprawozdawców informacje dodatkowe.

Podstawową formą przekazania danych przez jednostki sprawozdawcze określone w zakresie podmiotowym było wypełnienie formularza *ZD-DIAG* w formie elektronicznej w Portalu Sprawozdawczym GUS (PS). Na podstawie graficznej wersji formularza *ZD-DIAG* opracowano aplikację formularza elektronicznego do rejestracji danych w Portalu Sprawozdawczym. Zawierała ona liczne udogodnienia dla sprawozdawców, np.: wykaz zarejestrowanych w zakładzie pracowni, słowniki i informacje dotyczące kontroli logiczno-rachunkowej dla wprowadzanych danych.

W celu zachęcenia podmiotów leczniczych do uczestnictwa w badaniu podjęto szereg dodatkowych działań. Był to list zachęcający do udziału w badaniu wysłany przed uruchomieniem badania w PS do wszystkich zakładów leczniczych ujętych w kartotece. Informacja o realizacji badania pilotażowego została udostępniona na stronie internetowej Urzędu Statystycznego w Krakowie <http://krakow.stat.gov.pl/> w dziale *Aktualności*. Powstała również specjalna strona internetowa dedykowana badaniu pilotażowemu *ZD-DIAG* oraz infografika na slajderze na stronie głównej Urzędu Statystycznego w Krakowie.

Do kartoteki badania pilotażowego za 2016 r. na formularzu ZD-DIAG dobrano 7 362 zakładów leczniczych stanowiących jednostki lokalne 6 511 podmiotów leczniczych. W efekcie podjętych działań, w badaniu uczestniczyło 2 937 zakładów leczniczych należących do 2 668 podmiotów leczniczych, co stanowiło około 40% jednostek zaliczonych do kartoteki badania.

Ze względu na pilotażowy charakter badania, w trakcie pozyskiwania danych poproszono jednostki sprawozdawcze o uwagi odnośnie zakresu przedmiotowego badania oraz zaproponowanego narzędzia badawczego. Zgłosiły one szereg pytań, wątpliwości i trudności związanych z wypełnieniem sprawozdania. Główne uwagi dotyczyły: kodu rodzaju pracowni zarejestrowanej w RPWDL, który nie jest zgodny z charakterem prowadzonej działalności diagnostycznej, doboru jednostek do kartoteki, trudności z podaniem liczby pacjentów i liczby badań. Część jednostek sprawozdawczych nie przekazała danych dla niektórych zmiennych uwzględnionych na formularzu, tłumacząc się brakiem stosownych informacji, albo wyjaśniała, że przekazane dane miały charakter szacunkowy. Generalnie pozytywnie oceniono budowę formularza i zdefiniowanie pól do wypełnienia.

Doświadczenia zdobyte podczas trwania badania, analiza uwag respondentów, analiza kompletności wypełnionych pól formularza, a także współpraca nawiązana w trakcie realizacji badania z przedstawicielami podmiotów leczniczych prowadzących medyczne laboratoria diagnostyczne zrzeszone w Forum Medycyny Laboratoryjnej przy Pracodawcach RP, utwierdziły autorów pracy o potrzebie wprowadzenia niezbędnych zmian w badaniu, zarówno w zakresie podmiotowym jak i przedmiotowym.

Z uwagi na niepełną i zróżnicowaną na poziomie terytorialnym kompletność przekazanych danych, opracowane wyniki badania pilotażowego nie pozwalają na zaprezentowanie pełnego obrazu poziomu dostępności do tego typu usług i należy traktować je jako szacunki eksperymentalne.

Mając powyższe na uwadze, a także bez uwzględnienia w analizie danych wielkości placówek (małe, średnie, duże), z zebranych danych wynika, że jedno zbadane laboratorium diagnostyczne w 2016 r. wykonało przeciętnie ponad 141 tys. badań; szacunkowo ok. 80% spośród nich sfinansowane było ze środków publicznych. W punkcie pobrań uczestniczącym w badaniu przyjęto przeciętnie 27 tys. próbek do badania. Zbadane pracownie diagnostyki obrazowej wykonały średnio po niemal 5 tys. badań, w tym ok. 70% sfinansowanych ze środków publicznych. Analiza liczby badań wykonanych na wysokospecjalistycznym sprzęcie medycznym wykazała, że w zbadanych placówkach stosunkowo najczęściej eksploatowane były tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny, na których wykonano średnio odpowiednio 4,5 tys. i 3,5 tys. badań w 2016 r.

B. Próba poszerzenia zestawu wskaźników o kolejne obszary usług publicznych w ochronie zdrowia¹

Dostarczenie dobrych jakościowo informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia pozostaje jednym z podstawowych wyzwań statystyki publicznej. Obecnie głównym źródłem informacji o personelu medycznym jest realizowana w ramach statystyki publicznej sprawozdawczość Ministerstwa Zdrowia (i spójna z nią sprawozdawczość Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji), uzupełniana wynikami badań GUS. Teoretycznie, wyniki badań powinny zaspokoić potrzeby informacyjne w tym obszarze. Jednak autorzy badań zdają sobie sprawę z utorności tych wyników. Różnorodność form zatrudnienia w ochronie zdrowia, różne rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ograniczone możliwości sprawozdawczości – otrzymywanie jedynie zbiorczych danych dla jednostek sprawozdawczych – znacznie ogranicza możliwość pozyskania rzetelnych liczb odnoszących się do podstawowej kategorii personelu medycznego – pracujących bezpośrednio z pacjentem.

Opisane ograniczenia sprawiają, że tylko podstawowe dane opracowywane w GUS prezentowane są na poziomie województw, a liczba lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek i położnych – na poziomie powiatów. Ze względu na bardzo duże zapotrzebowanie na dane o zasobach pracy płynące od JST, administracji państwowej, środowisk naukowych, konieczna jest poprawa jakości danych, umożliwiająca dostarczenie informacji statystycznych odpowiedniej jakości, w większym stopniu zaspokajających potrzeby odbiorców. Podjęte przedsięwzięcie stanowiło również wykonanie rekomendacji zgłoszonej

¹ Zasoby pracy w ochronie zdrowia.

podczas pracy badawczej zrealizowanej w 2015 r. Zmiana ustawy o statystyce publicznej dała podstawy prawne do pozyskania danych jednostkowych z rejestrów prawa wykonywania zawodu lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek i położnych, a także ocenę ich jakości pod kątem możliwości wykorzystania na potrzeby statystyki publicznej.

Zaproponowanie metody liczenia wskaźników o zasobach pracy w ochronie zdrowia przydatnych między innymi dla JST do oceny dostępności usług publicznych w opiece zdrowotnej to kolejny element raportowanej w dokumencie pracy badawczej. Cele szczegółowe związane z realizacją tego zadania (rozpoznanie możliwości wykorzystania źródeł administracyjnych i rejestrów do budowy wskaźników na potrzeby JST, opracowanie algorytmów policzenia danych, próbne policzenie i analiza otrzymanych wyników, zaproponowanie sposobu i procedury pozyskania danych) zostały w pełni zrealizowane.

W trakcie prac rozpoznano możliwość wykorzystania różnych zbiorów danych administracyjnych, posiadających w swoich zasobach informacje o pracującej kadrze medycznej. Do realizacji zadań wykorzystano pozyskane przez GUS zbiory takie jak: ZUS, RPWDL, rejestry praktyk medycznych, wykaz podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę (co pozwala na wyodrębnienie podmiotów realizujących usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych), a także rejestry prawa wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentyki, pielęgniarki i położnej, pozyskane na potrzeby pracy metodologicznej, której celem była ocena jakości rejestrów pod kątem możliwości wykorzystania ich w statystyce publicznej.

Wynikiem prowadzonych analiz było uzyskanie informacji o liczbie lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek i położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem, przy czym możliwe było wyodrębnienie w poszczególnych zawodach liczby pracujących w podmiotach mających podpisaną umowę z NFZ, a więc świadczące publiczne usługi zdrowotne. Odniesienie uzyskanych wyników do liczby mieszkańców pozwoliło na uzyskanie wskaźnika obrazującego dostęp do publicznych usług lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek i położnych na niższych poziomach terytorialnych. Ze względu na eksperymentalny charakter prac wyniki przedstawiono wyłącznie w postaci wskaźników (odsetki, wielkości przeliczone na 1 mieszkańca).

C. Weryfikacja wskaźników opracowanych w 2015 r.²

Badanie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej to motyw przewodni raportu Światowej Organizacji Zdrowia w 2013 r. 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. Badania naukowe na ten temat wskazują nie tylko na wagę problemu, ale również na trudności z jego oceną.

Nie istnieją wzorcowe modele oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, jak również kryteria czy wskaźniki jej monitorowania. Zdaniem autorów pracy badawczej ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, powinna opierać się na solidnych źródłach danych i być dostępna w przekrojach terytorialnych. Dopiero taka informacja stanowić będzie wsparcie dla jednostek samorządu terytorialnego (JST) dla prowadzenia polityki zdrowotnej na danym obszarze.

Opracowanie wskaźników przydatnych jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej to przewodni cel pracy badawczej. Cele szczegółowe to: uzupełnienie policzonych pilotażowo wskaźników za kolejne lata (2014–2015 i tam, gdzie to możliwe za 2016 r.), weryfikacja ich przydatności, opracowanie propozycji nowych wskaźników oraz rekomendacja pod kątem ich zastosowania, wybór i sporządzenie listy wskaźników przeznaczonych do udostępnienia. Wszystkie zadania przewidziane w projekcie zostały zrealizowane w całości.

W trakcie realizacji zadania badawczego poddano walidacji 74 wskaźniki zaproponowane w 2015 r. w ramach pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”, w tym 60 policzonych pilotażowo.

² Wskaźniki będące wynikiem pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia, przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”.

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

W tym celu pozyskano stosowne informacje źródłowe z NFZ, Ministerstwa Zdrowia, NIZP-PZH i GUS. Około 90% wskaźników policzonych pilotażowo uzupełniono danymi za lata 2014–2016. W kilku przypadkach nie było to możliwe ze względu na brak danych lub zmianę metodologii pozyskiwania danych źródłowych. Poszerzono zestaw wskaźników poddanych obserwacji, głównie w zakresie opieki szpitalnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Proponowane wskaźniki z tych obszarów opracowano za lata 2015-2016.

Kolejnym zadaniem zespołu badawczego był wybór z szerokiej listy wskaźników tych, które zdaniem zespołu badawczego, w pierwszej kolejności byłyby pomocne JST do oceny systemu opieki zdrowotnej, w tym usług publicznych w ochronie zdrowia, oraz mogłyby być corocznie uzupełniane i udostępniane.

Oceny wskaźników przede wszystkim pod kątem jakości i przydatności dla JST dokonano z uwzględnieniem 6 kryteriów: przydatności dla JST, kompletności, stabilności procedur gromadzenia danych, automatyzacji procesów gromadzenia i przetwarzania danych na potrzeby wskaźnika, porównywalności i popytu. Zebrano opinie ekspertów uczestniczących w projekcie (przedstawiciele NFZ, CSIOZ, PZH, GUS) i wyliczono średnie wartości z otrzymanych ocen. Najwyżej ocenione wskaźniki (15 i więcej punktów na 18 możliwych) wraz z metryczkami znalazły się na liście przeznaczonej do udostępnienia (42 wskaźniki).

Do głównych problemów, z którymi zmierzono się podczas procesu walidacji wskaźników, zaliczyć można: zależność zakresu danych źródłowych niezbędnych do budowy wskaźnika od zmian prawnych (np. likwidacja gimnazjów doprowadziła do przerwy w serii w przypadku wskaźników dotyczących opieki nad matką i dzieckiem), czy nieaktualne kody TERYT miejsca zamieszkania pacjenta lub ich brak. Występujące niedogodności - zdaniem zespołu - nie przekreślały wartości wskaźników, więc zdecydowano zaproponować ich udostępnienie, a odstępstwa opisać w części analitycznej niniejszego raportu.

Podsumowanie

Analiza dostępności do świadczeń zdrowotnych ma charakter wielowymiarowy. Nie tylko liczba świadczeniodawców czy liczba korzystających ze świadczeń jest istotna przy ocenie dostępności, ale również takie elementy jak: zakres świadczonych usług, dogodność korzystania, warunki korzystania, struktura demograficzna i związana z tym specyfika potrzeb zdrowotnych. Stąd też obserwuje się ciągły wzrost zapotrzebowania na dane statystyczne prezentowane w układach terytorialnych, które mogą być pomocne władzom-decydentom na każdym poziomie administracyjnym kraju do takiej analizy. Skłania to i niejako wymusza służby statystyki do podejmowania zadań spełniających w możliwie dużym zakresie oczekiwania.

Zrealizowana praca badawcza „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” składała się z trzech głównych elementów o bardzo różnym charakterze: przygotowanie i przeprowadzenie pilotażowego badania obszaru dotąd nieobjętego obserwacją statystyczną, próba poszerzenia informacji statystycznych dostępnych w ujęciu terytorialnym o obszar zasobów pracy w ochronie zdrowia oraz walidacja wskaźników przydatnych do oceny usług publicznych w ochronie zdrowia w ujęciu terytorialnym, opracowanych w ramach projektu POPT w 2015r.

W toku prac, zależnie od szczegółowych zadań, wykorzystane były różne techniki i metody badawcze: od analizy jakości, kompletności i spójności pozyskanych danych i przygotowanie zestawu danych do udostępnienia poprzez rozpoznanie możliwości i pozyskanie danych z rejestrów i ze źródeł administracyjnych (praca na bazach danych) po przygotowanie, pilotażowe przeprowadzenie, opracowanie i analizę wyników badania statystycznego. Dwa z trzech celów szczegółowych miały eksperymentalny charakter. Mianowicie po raz pierwszy podjęto próbę wykorzystania danych pochodzących wyłącznie z rejestrów i źródeł administracyjnych do oszacowania liczby personelu medycznego pracującego z pacjentem w podmiotach leczniczych, które realizowały zadania w ramach środków publicznych, w ujęciu powiatowym. Ponadto po raz pierwszy poddano obserwacji statystycznej podmioty lecznicze świadczące usługi diagnostyczne, zappełniając w ten sposób luki informacyjne w tym zakresie.

Cele postawione przed zespołem badawczym zostały zrealizowane w pełni. W przekonaniu autorów raportowanej pracy, efekty osiągnięte w każdym z trzech elementów pracy stanowią wymierny postęp

w badaniach statystycznych z obszaru ochrony zdrowia, a realizacja rekomendacji co do dalszych działań przyczyni się do pełniejszego zabezpieczenia potrzeb informacyjnych.

W przypadku badania pilotażowego obejmującego podmioty lecznicze świadczące usługi w zakresie badań diagnostycznych sformułowano rekomendacje odnośnie doboru jednostek do badania oraz przygotowano wzór nowego formularza badawczego. Zaproponowano również, by badanie diagnostyki było realizowane w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej cyklicznie, począwszy od 2020 r.

Odnośnie pozyskania danych o zasobach pracy w ochronie zdrowia wyłącznie z rejestrów i źródeł administracyjnych określono, zgodnie z motywem głównym projektu – usługi publiczne, algorytmy oszacowania liczby lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych pracujących z pacjentem w podmiotach leczniczych, które mają podpisane umowy na świadczenie usług zdrowotnych z NFZ, w ujęciu terytorialnym. Ze względu na pilotażowy charakter prac, zdaniem zespołu badawczego przedstawione wyniki badania mają charakter eksperymentu i niezbędne są dalsze analizy, aby docelowo opracowany sposób pozyskiwania danych zastąpił sprawozdawczość w tym zakresie. Pozyskane rejestry okazały się wysokiej jakości, co pozwoli w przyszłości na zmianę metody opracowania podstawowych zmiennych dotyczących personelu medycznego, również w układzie terytorialnym. Niezbędne są dalsze prace analityczne w tym zakresie. W tym celu należy zapewnić systematyczne, coroczne pozyskiwanie danych osobowych z rejestrów: lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek i położnych, których gestorem jest odpowiednio: Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Efektom trzeciego elementu zrealizowanej pracy zaproponowano kilkadziesiąt wskaźników z różnych dziedzin opieki zdrowotnej, które mogą być wykorzystane do analiz na temat dostępności i jakości usług publicznych w obszarze opieki zdrowotnej, na jak najniższym poziomie podziału terytorialnego. Na liście znalazły się głównie wskaźniki będące wynikiem pracy badawczej z 2015 r., które zgodnie z ówczesną rekomendacją, zostały zwalidowane. Ponadto w trakcie prac udało się poszerzyć listę wskaźników o kilka nowych dotyczących głównie szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Proponuje się, by wskaźniki, które znalazły się na „Liście wskaźników do udostępnienia” zamieścić w Banku Danych Lokalnych (BDL) lub innej bazie danych GUS i corocznie je uaktualniać.

Jak wielokrotnie podnoszono, zaproponowane wskaźniki nie powinny być analizowane samodzielnie, ale z wykorzystaniem innych pokrewnych miar i z uwzględnieniem uwarunkowań lokalnych, a także po zapoznaniu się z metodologią budowy wskaźników. Jest to szczególnie ważne w przypadku analizy zjawisk występujących na małych obszarach. Dopiero równoległa interpretacja wielu istotnych elementów pozwala na właściwe sformułowanie wniosków o zabezpieczeniu lub nie zabezpieczeniu dostępu do świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie prace nad dalszym rozwojem wskaźników powinny być kontynuowane. Również zaproponowana lista wskaźników nie jest zamknięta. Powinna ewaluować w miarę pozyskiwania nowych, odpowiednich jakościowo danych, uwzględniając zmieniającą się strukturę systemu opieki zdrowotnej oraz pojawiające się potrzeby informacyjne (strategie, plany działania, wyzwania w ramach prowadzonej polityki zdrowia publicznego).

Zdaniem autorów pracy badawczej podkreślenia wymaga fakt, że całość zadań zrealizowanych w ramach niniejszego projektu było wypełnieniem rekomendacji sformułowanych w 2015 r. w wyniku pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”. Prace opisane w Raporcie końcowym pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” są ich kontynuacją, metodycznym działaniem, którego celem jest poprawa jakości statystyki w obszarze opieki zdrowotnej. We wszystkich obszarach określone zostały kierunki dalszych prac.