

Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia

Projekt współfinansowany
ze środków Unii Europejskiej w ramach
Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020

Ewa Malesa
Naczelnik Wydziału Statystyki Zdrowia
Departament Badań Społecznych
z Zespołem

Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia

Plan prezentacji

1. Wstęp
2. Cel pracy badawczej
3. Sposób realizacji badania
4. Wyniki **A, B, C**
5. Podsumowanie

Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia 1

Ograniczone środki publiczne, świadomość pacjenta, koszty opieki zdrowotnej - system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru

Jakość i dostępność usług zdrowotnych ma bezpośredni wpływ na poziom życia społeczeństwa

Analiza dostępności do świadczeń zdrowotnych ma charakter wielowymiarowy

Przyjęto, że przez publiczne usługi zdrowotne rozumie się część usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia, która realizowana jest w ramach środków publicznych.

Wzrost zapotrzebowania na dane statystyczne prezentowane w układach terytorialnych, pomocne do prowadzenia odpowiednich polityk na własnym obszarze

statystyka →

Podjęcie zadań spełniających oczekiwania w możliwie dużym zakresie

Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia 2

Zespół badawczy:

- pracownicy Departamentu Badań Społecznych, Ośrodka Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia w US Kraków i Ośrodka Administracyjnych Źródeł Danych w US Warszawa,
- eksperci zewnętrzni – przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Szczególne podziękowania dla przedstawicieli podmiotów zrzeszonych w **Forum Medycyny Laboratoryjnej przy Pracodawcach RP (ALAB, Diagnostyka)** za zaangażowanie i wsparcie w przygotowaniu obserwacji nowego dla statystyki obszaru opieki zdrowotnej.

Cel pracy badawczej

Opracowanie wskaźników przydatnych jednostkom samorządu terytorialnego (JST) do oceny dostępności usług publicznych oraz opracowanie metodyki badań statystycznych w wybranych obszarach usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia

A. przygotowanie badania na temat diagnostyki medycznej i przeprowadzenie badania pilotażowego

B. zaproponowanie nowej metody pozyskania danych o zasobach pracy w ochronie zdrowia

C. weryfikacja wskaźników opracowanych w 2015 r. i sporządzenie listy wskaźników do corocznego udostępniania

Sposób realizacji pracy badawczej

2 etapy pracy badawczej:

- **A** - przygotowanie i realizacja badania pilotażowego (raport pośredni),
- **A** - opracowanie i analiza wyników, **B** i **C** (raport końcowy)

Różne techniki i metody badawcze:

- analiza danych (jakość, kompletność, spójność), walidacja wskaźników policzonych, opracowanie zasad wyboru wskaźników do udostępnienia,
 - przygotowanie zestawu wskaźników w formacie Excel,
- rozpoznanie możliwości pozyskania danych ze źródeł administracyjnych dotąd niewykorzystywanych, ocena zasobów informacyjnych, przygotowanie algorytmów do pozyskania danych,
 - praca na bazach danych (zasoby pracy w ochronie zdrowia, praktyki lekarskie),
- przygotowanie i przeprowadzenie pilotażowego badania statystycznego na temat diagnostyki medycznej.
 - opracowanie zbiorów i analiza wyników.

A. Badanie pilotażowe ZD-DIAG

Badania diagnostyczne - jeden z podstawowych elementów zarówno profilaktyki zdrowotnej, jak również procesu leczenia i rekonwalescencji.

- Zapotrzebowanie na dane zgłaszane w ramach uwag do pbssp, ze strony JST, a także podmiotów leczniczych świadczących usługi zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych.
- Zapełnienie luki informacyjnej: przygotowanie i przeprowadzenie badania pilotażowego dotyczącego diagnostyki medycznej.
- Nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi dysponującymi sieciami placówek diagnostycznych: Diagnostyka Sp. zoo. i ALAB Sp. zoo.
- **ZD-DIAG** Sprawozdanie z medycznej działalności diagnostycznej (diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny).

B. Zasoby pracy – źródła administracyjne 1

Odpowiednie zasoby personelu medycznego to podstawowy warunek dobrze działającego systemu opieki zdrowotnej.

- Dostarczenie dobrych jakościowo informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia, w ujęciu terytorialnym pozostaje jednym z podstawowych wyzwań statystyki publicznej.
- Sprawozdawczość resortowa jako podstawowe źródło informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia – wady.
- Zmiana ustawy o statystyce publicznej dała podstawy prawne do pozyskania danych jednostkowych, osobowych z rejestrów prawa wykonywania zawodu lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarek i położnych.
- Współpraca z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, dalsze perspektywy.

B. Zasoby pracy – źródła administracyjne 2

Moduł badawczy realizowany był wyłącznie w oparciu o rejestry i źródła administracyjne.

Do pilotażowego opracowania danych wykorzystano:

- Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP,
- Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych,
- Zasoby informacyjne ZUS, NFZ,
- Rejestr praktyk Lekarskich (CSIOZ).
- RPWDL, TERYT

W efekcie umożliwiło to:

- Oszacowanie liczby lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych pracujących w podmiotach leczniczych, które realizują usługi w ramach środków publicznych na poziomie powiatów;
- Wskazanie liczby czynnych praktyk lekarskich na poziomie powiatów, odsetek praktyk, które podpisały bezpośrednio z NFZ umowy na świadczenie usług i włączenie wskaźnika na listę wskaźników do udostępnienia.

C. Wybór wskaźników do udostępnienia

Cel - dostarczenie zestawu wskaźników przydatnych instytucjom odpowiedzialnym za przygotowywanie planów zdrowotnych, tak aby plany te jak najbardziej odpowiadały potrzebom zdrowotnym obywateli na wszystkich szczeblach samorządu.



C. Wybór wskaźników do udostępnienia

Zasady wyboru:

- źródła danych i algorytmy – bez zmian w stosunku do wskaźników policzonych pilotażowo w 2015 r.
- współczynniki zmienności
- jednolite kryteria oceny

L.p.	Kryteria oceny wskaźników	Opis
1	Przydatność dla JST	Ocena przydatności wskaźnika dla JST do analiz potrzeb zdrowotnych oraz potencjału opieki zdrowotnej na danym obszarze
2	Kompletność	Ocena kompletności zbieranych danych w celu obliczenia wskaźnika
3	Stabilność procedur gromadzenia danych	Weryfikacja stabilności procedur gromadzenia danych w celu obliczenia wskaźnika, które umożliwiłyby terminowe i skuteczne zbieranie danych w dłuższej perspektywie czasu
4	Automatyzacja procesu gromadzenia i przetwarzania danych	Ocena możliwości automatycznej agregacji danych na potrzeby obliczenia wskaźnika
5	Porównywalność	Ocena możliwości porównywania wskaźnika w czasie (np. rok) i z perspektywy danego obszaru (np. województwo, powiat, gmina)
6	Popyt	Ocena popytu na wynik analiz przy użyciu zaproponowanego wskaźnika

Kilka szczegółów i efekty pracy badawczej

A. Badanie pilotażowe dotyczące diagnostyki medycznej

Przygotowanie operatu do badania



Opracowanie narzędzia badawczego

Realizacja badania pilotażowego

Opracowanie wyników wstępnych
i rekomendacji

A. Zakres podmiotowy badania

- Podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie diagnostyki medycznej
- Operat do badania - zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na koniec 2016 r. zakłady lecznicze, posiadające komórki organizacyjne oznaczone kodami 7100-7300, 7910-7950 oraz 7998 zgodnie z częścią VIII kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej
- Kartoteka - 7 362 zakładów leczniczych stanowiących jednostki lokalne 6 511 podmiotów leczniczych, prowadzące ponad 24 tys. pracowni diagnostycznych.

A. Zakres przedmiotowy badania

Działalność poszczególnych pracowni diagnostycznych oraz wyposażenie placówek w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny:

- liczba własnych placówek: pracowni, laboratoriów, punktów pobrań materiałów do badań,
- liczba obsługiwanych podmiotów leczniczych,
- liczba pacjentów,
- liczba badań diagnostycznych ogółem, w tym sfinansowanych w ramach środków publicznych,
- liczba aparatów sprzętu medycznego (gammakamera, rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, pozytronowy tomograf PET – CT, angiograf, mammograf),
- liczba badań diagnostycznych wykonanych na danym sprzęcie w podziale na badania wykonane pacjentom opieki szpitalnej i ambulatoryjnej.

A. Narzędzie badawcze – formularz ZD-DIAG (1/2)

Formularz sprawozdania

REGON: **69057574300063** liczba błędów: **0** błędy NPL: **0** Symbol RA: **01 - wypełnienie i zatwierdzenie sprawozdania** Dane z: **Portal** [pokaż dane kartoteki](#)

strona 1 strona 2

GLÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa www.stat.gov.pl

Nazwa i adres zakładu leczniczego
podmiotu leczniczego

zapisz zmiany dodatkowo info:

ZD-DIAG

Sprawozdanie z medycznej działalności diagnostycznej

za 2016 r.

Numer REGON zakładu leczniczego
podmiotu leczniczego
regon: **69057574300063**

Numer księgi rejestrowej
nr kr: **000000010586**

Przekazać w terminie
do dnia 31 października 2017 r.

e mail:

(e-mail sekretariatu jednostki sporządzającej sprawozdanie – WYPEŁNIAC WIELEKIMI LITERAMI)

Sprawozdanie wypełniają zakłady lecznicze w zakresie działalności pracowni diagnostycznych, posiadające komórki organizacyjne oznaczone kodami 7100-7300, 7910-7950 oraz 7998. Zakład leczniczy wykonujący działalność diagnostyczną na terenie różnych gmin przekazuje na sprawozdaniu analogiczne dane o działalności swoich pracowni i wykorzystywanym sprzęcie medycznym dla każdej gminy odrębnie.
Gdy na terenie danej gminy zakład leczniczy prowadzi różne rodzaje pracowni diagnostycznych, to w dziale 1 wykazuje dane o działalności każdej pracowni (każdego rodzaju pracowni) oddzielnie.
W przypadku, gdy na terenie danej gminy zakład leczniczy posiada więcej niż jedną pracownię danego rodzaju, to dane o działalności tych pracowni podaje zbiorczo w ramach danego rodzaju pracowni.

Województwo	Powiat	Gmina
Symbol terytorialny	Numer formularza	

Dział 1. Działalność pracowni diagnostycznych

sym_woj	sym_pow	sym_gmi	sym_rodz	Rodzaje pracowni diagnostycznych ^{a)}	Liczba własnych placówek ^{b)} (stan w dniu 31 XII)	Liczba obsługiwanych podmiotów leczniczych ^{c)}	Liczba pacjentów	Liczba badań diagnostycznych	
								ogółem	w tym finansowane w ramach środków publicznych (NFZ, programy profilaktyczne)
sym woj 1:	sym pow 1:	sym gmi 1:	sym rodz 1:	0	1	2	3	4	5
01				d1k0:	d1k1:	d1k2:	d1k3:	d1k4:	d1k5:
02									
03	multisekcja								

a) Kody według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594 z późn. zm.) - część VIII kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej.
b) Pracownie, laboratoria i punkty pobrania zakładu leczniczego działające na terenie danej gminy.
c) Inne placówki medyczne obsługiwane przez zakład leczniczy na zasadzie umowy o podwykonawstwo.

walidacje lista błędów błędna wartość (na przełomie lat / kwartałów) historia zmian

uzasadnienie zatwierdzenia błędów:

można zatwierdzić tylko błędy uznaniowe

zaakceptowane błędy uznaniowe **T** kody teryt otwórz kartotekę zapisz zmiany i sprawdź poprawność formularza zapisz zmiany w formularzu i wyjdź

A. Narzędzie badawcze – formularz ZD-DIAG (2/2)

Formularz sprawozdania

REGON: 69057574300063 liczba błędów: 0 błędy NPL: 0 Symbol RA: 01 - wypełnienie i zatwierdzenie sprawozdania Dane z: Portal pokaz dane kartoteki

strona 1 | strona 2

Dział 2. Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny

sym_woj	sym_pow	sym_gmi	sym_rodz	Rodzaje sprzętu medycznego	Liczba aparatów (stan w dniu 31 XII)		Liczba badań diagnostycznych wykonanych dla pacjentów	
							szpitalnych	ambulatoryjnych
01				d2k0: 0	d2k1: 1	d2k2: 2	d2k3: 3	
02								
03								

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnienia formularza 1 czas1:

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza 2 czas2:

U W A G I. Proszę wyrazić swoją opinię na temat budowy sprawozdania, opisać ewentualne problemy, które pojawiły się przy przygotowywaniu danych dla potrzeb badania, podczas wypełniania formularza itp.

uwagi:

e mail o: ewakowalska@wp.pl
(e-mail osoby sporządzającej sprawozdanie – WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

osoba: Ewa Kowalska
tl o: 123-456-789
(imię, nazwisko i telefon osoby sporządzającej sprawozdanie) (miejscowość, data) (pieczęćka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)*

**Wymóg opatrzenia pieczęcią dotyczy wyłącznie sprawozdania wnoszonego w postaci papierowej.

walidacje lista błędów błędna wartość (na przełomie lat / kwartałów) historia zmian

uzasadnienie zatwierdzenia błędu:

można zatwierdzać tylko błędy uznawowe

zaakceptowane błędy uznawowe kody teryt otwórz kartotekę zapisz zmiany i sprawdź poprawność formularza zapisz zmiany w formularzu i wyjdź

A. Realizacja badania pilotażowego



Unia Europejska
Fundusze Spójności



BADANIE PILOTAŻOWE PODMIOTÓW LECZNICZYCH ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI DIAGNOSTYCZNE

16 - 31 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

ZD-DIAG SPRAWOZDANIE Z MEDYCZNEJ DZIAŁALNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ

GLÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY , ul. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa, www.stat.gov.pl <small>Nazwa i adres zakładu leczniczego podmiotu leczniczego</small>			<small>Dział sprawozdawczy GUS</small> part@stat.gov.pl
ZD-DIAG			<small>Urząd Statystyczny</small> 31-223 Kraków ul. Kasimierza Wysł. 1
Sprawozdanie z medycznej działalności diagnostycznej			
za 2016 r.			
<small>Numer REGON zakładu leczniczego podmiotu leczniczego</small>			<small>Pracować w terminie do dnia 31 października 2017 r.</small>
<small>Numer księgi rejestrowej</small>			

Sprawozdanie wypełniają zakłady lecznicze w zakresie działalności pracowni diagnostycznych, posiadające licencje rejestracyjne numerami kodami 7300 7300, 7810 7300 oraz 7900. Zakład leczniczy wykonyjący działalność diagnostyczną na terenie różnych gmin przekazuje na sprawozdanie analogicznie dane o działalności swoich pracowni wterystryfikowanej specjalizacji medycznej dla każdej gminy, w której jest siedzibą.

Gdy na terenie danej gminy zakład leczniczy prowadzi również działalność pracowni diagnostycznych, to w dziale I wykazuje dane o działalności każdej pracowni (zależnie od rodzaju pracowni) oddzielnie. W przypadku, gdy na terenie danej gminy zakład leczniczy posiada w tej samej gminie również inne zakłady, to dane o działalności tych pracowni podaje oddzielnie w ramach danej rodzaju pracowni.

<small>Województwo</small>	<small>Powiat</small>	<small>Miasto</small>
<small>Symbol terytorialny</small>	<small>Numer formularza</small>	

Dział I. Działalność pracowni diagnostycznych

	Rodzaje pracowni diagnostycznych*	Liczba własnych placówek (stan w dniu 31.12)	Liczba obsługiwanych podmiotów leczniczych (1)	Liczba pacjentów	Liczba badań diagnostycznych	
					ogółem	w tym: Examinatorem publicznym (USPZ, programy profilaktyczne)
01	0	1	2	3	4	5
02						
03						



Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
e-mail: sz@stat.gov.pl
<http://krakow.stat.gov.pl/>



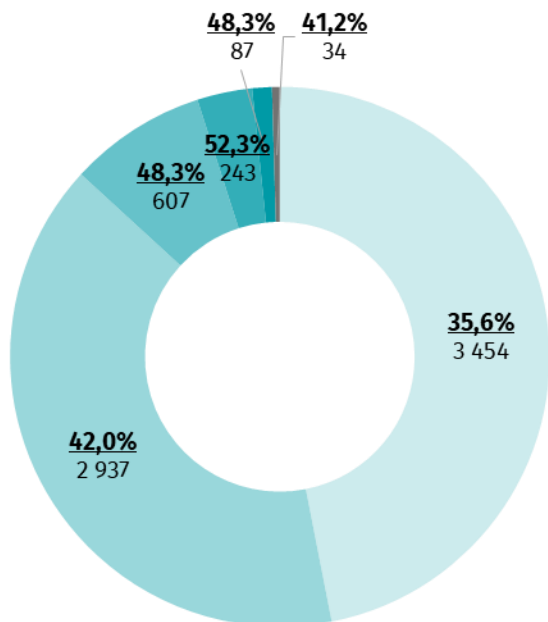
A. Kompletność badania

- W badaniu uczestniczyło **2 937** zakładów leczniczych należących do **2 668** podmiotów leczniczych, co stanowiło około **40%** jednostek zaliczonych do kartoteki badania

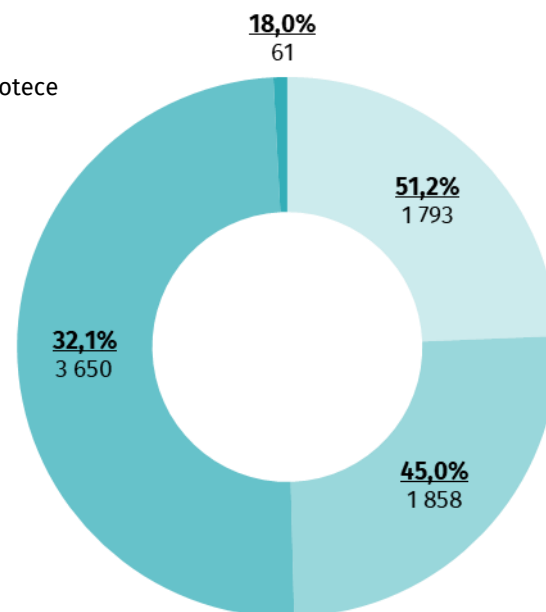
Kompletność badania ZD-DIAG według:

liczby pracowni diagnostycznych

klasy wielkości podmiotu leczniczego



35,6% – kompletność
3 454 – liczba zakładów w kartotece



1 pracownik 2-5 6-10 11-20 21-30 31-288 pracowników

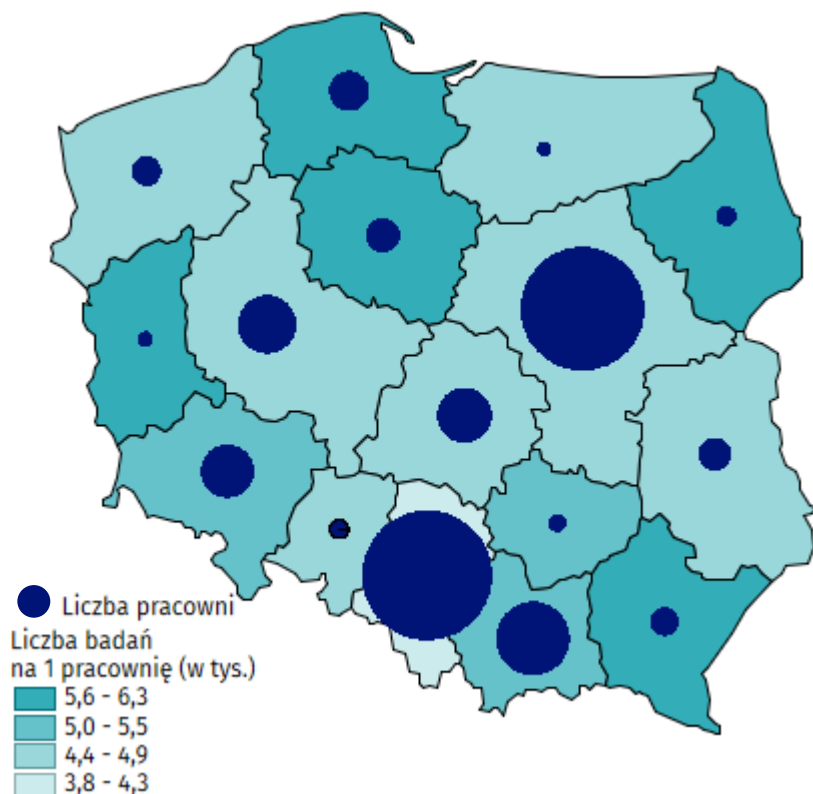
Duże Średnie Mate Brak

A. Wyniki badania pilotażowego (za 2016 r.)

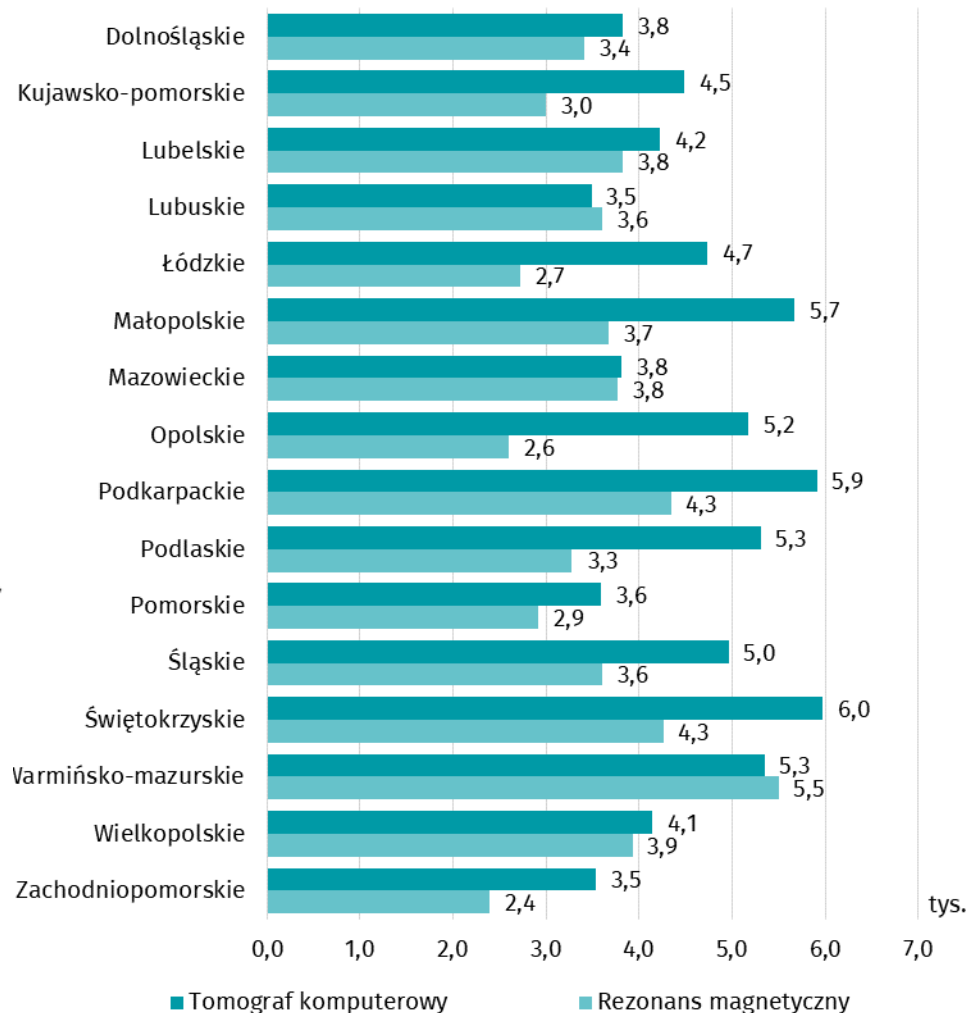
- Jedno zbadane laboratorium diagnostyczne wykonało przeciętnie ponad 141 tys. badań; szacunkowo ok. 80% spośród nich sfinansowane było ze środków publicznych
- W punkcie pobrań uczestniczącym w badaniu przyjęto przeciętnie 27 tys. próbek do badania
- Zbadane pracownie diagnostyki obrazowej wykonały średnio po niemal 5 tys. badań, w tym ok. 70% sfinansowanych ze środków publicznych
- Najczęściej eksploatowane były tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny; na 1 aparacie sprzętu medycznego wykonano średnio odpowiednio 4,5 tys. i 3,5 tys. badań

A. Diagnostyka obrazowa w 2016 r. według województw

Liczba pracowni diagnostyki obrazowej i liczba badań na 1 pracownię



Liczba badań na 1 urządzenie sprzętu medycznego



A. Rekomendacje

Na podstawie uwag zgłoszonych przez jednostki sprawozdawcze oraz konsultacji z przedstawicielami podmiotów zrzeszonych w **Forum Medycyny Laboratoryjnej przy Pracodawcach RP** proponuje się:

- prowadzenie badania na poziomie podmiotu leczniczego,
- objęcie badaniem podmiotów wykonujących badania diagnostyczne w ramach pracowni z kodami: 8502 Punkt pobrań krwi, 8512 Punkt pobrań tkanek i szpiku kostnego; rezygnacja z podmiotów wykonujących badania RTG wyłącznie w ramach świadczonych usług stomatologicznych,
- zmiany w konstrukcji formularza uwzględniające specyfikę działania laboratoriów sieciowych działających na większym obszarze i przesyłających materiał do badań laboratoryjnych pomiędzy pracowniami i punktami pobrań (nowy wzór formularza ZD-DIAG):
 - podział na rodzaje badań diagnostycznych,
 - wprowadzenie nowych zmiennych: liczba badań wykonanych, liczba badań zleconych do wykonania, liczba zleceń przyjętych do realizacji, liczba badań laboratoryjnych zleconych do realizacji - ogółem, w tym od osób prywatnych,
 - rezygnacja z niektórych zmiennych: liczba pacjentów, liczba badań sfinansowanych w ramach środków publicznych,
- wprowadzenie badania do programu badań statystycznych statystyki publicznej 2020 jako badanie cykliczne, prowadzone co 2 lata.

B. Zasoby pracy – źródła administracyjne 1

Przygotowanie zbiorów - integracja

- weryfikacja występowania lekarzy i lekarzy dentystów/pielęgniarek i położnych w:
 - Statystycznej Bazie Spisowej (SBS)
 - zbiorach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
 - płatników składek dla osób fizycznych,
 - płatników składek dla osób prawnych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej
 - Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 - zbiorach NFZ – podmiotów mających podpisaną umowę
- dołączenie kodu TERYT

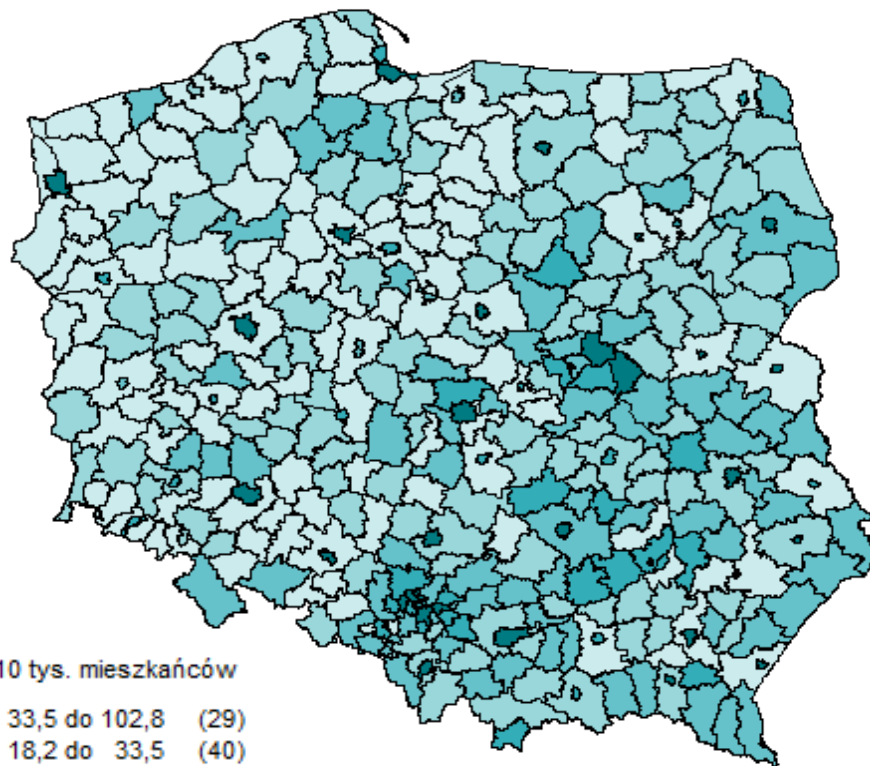
B. Zasoby pracy – źródła administracyjne 1

Algorytmy wyodrębnienia poszczególnych grup

- Osoby pracujące z pacjentem:
 - PKD = 86, 87, 88
 - Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 - Rejestr praktyk lekarskich
- Osoby pracujące w podmiotach mających podpisaną umowę z NFZ
- Opracowanie danych na poziomie powiatów

B. Lekarze

Lekarze pracujący w podmiotach mających podpisaną umowę z NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2017 r.



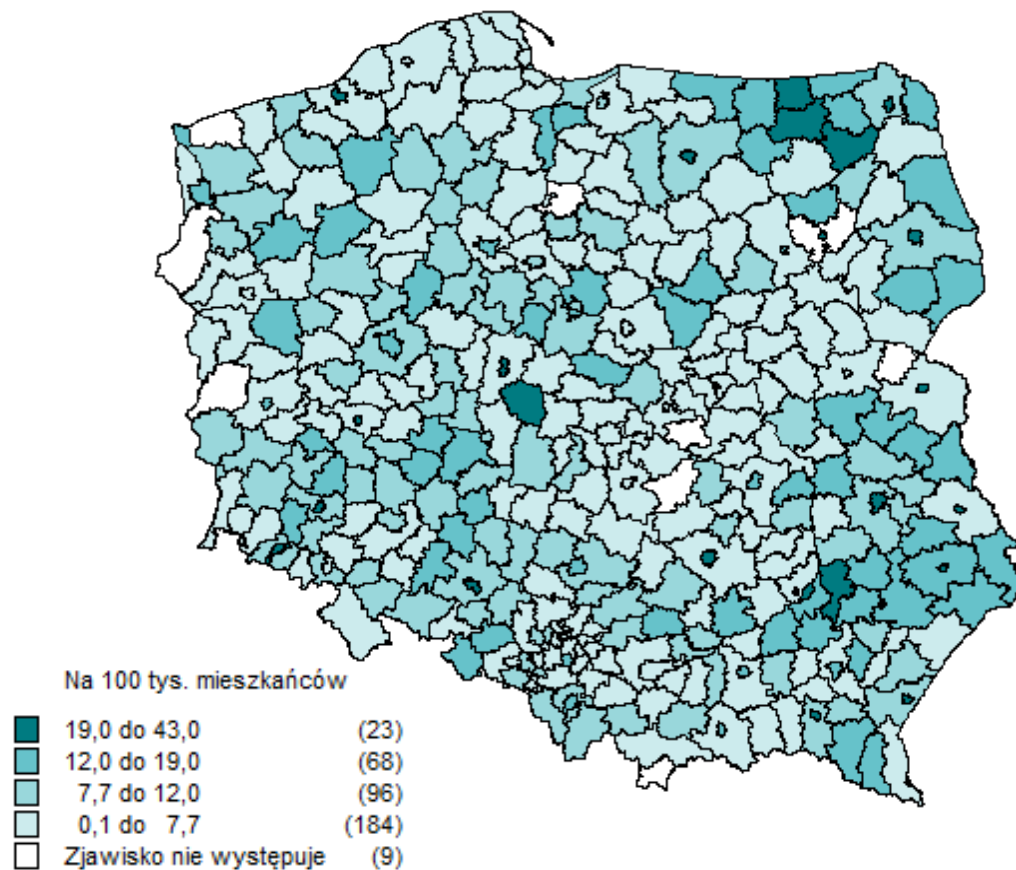
Na 10 tys. mieszkańców

33,5 do 102,8	(29)
18,2 do 33,5	(40)
10,9 do 18,2	(79)
5,8 do 10,9	(117)
0,3 do 5,8	(115)

Polska	20,6
mediana	8,5
poniżej 1	3
poniżej 2	18
powyżej 100	1

B. Lekarze dentyści

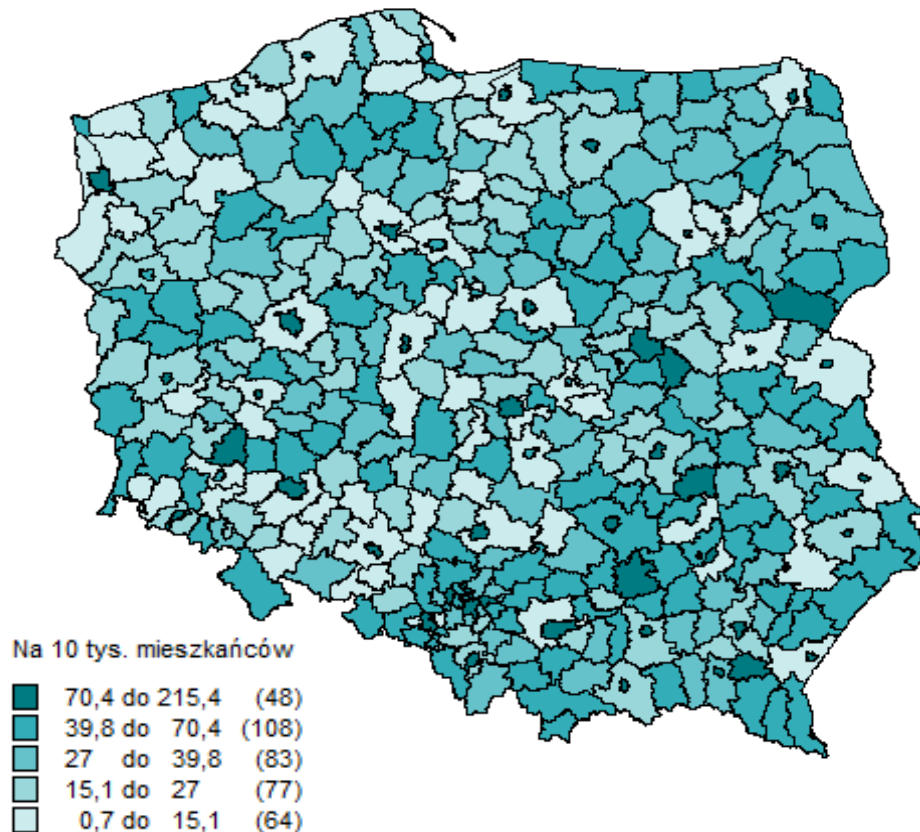
Lekarze dentyści pracujący w podmiotach mających podpisaną umowę z NFZ w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców według powiatów w 2017 r.



Polska	8,6
mediana	7,6
brak	9
poniżej 1	12
poniżej 2	23
powyżej 40	1

B. Pielęgniarki

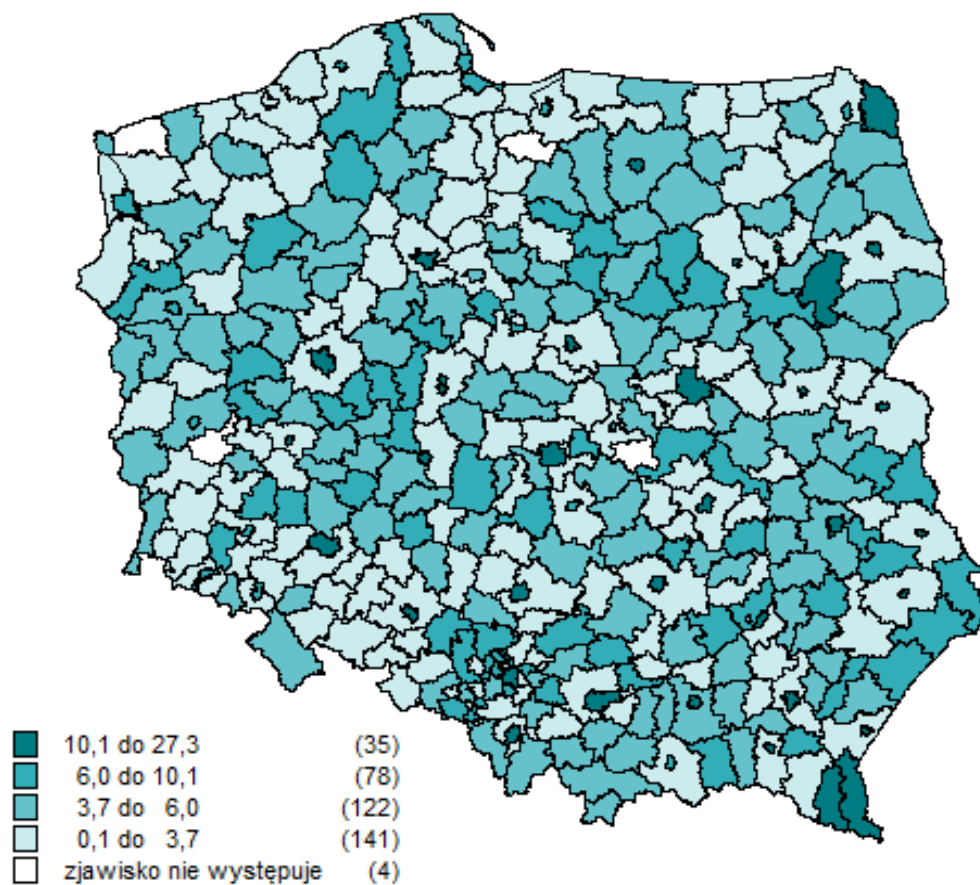
Pielęgniarki pracujące w zakładach mających podpisaną umowę z NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2017 r.



Polska	50,1
mediana	33,2
poniżej 1	1
poniżej 2	5
powyżej 200	1

B. Położne

Położne pracujące w zakładach mających podpisaną umowę z NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2017 r.



Polska	6,4
mediana	4,4
poniżej 0,5	16
poniżej 1	39
powyżej 20	2

B. Wnioski

- Przeprowadzone pilotażowo prace wskazują na możliwość szacowania zasobów pracy w zakresie publicznych usług zdrowotnych świadczonych przez podstawowe 4 grupy personelu medycznego
- Dane jednostkowe przy wykorzystaniu TERYT pozwalają na możliwość prezentacji danych na dowolnym szczeblu podziału terytorialnego
- Na obecnym etapie nadal brak możliwości pozyskania pewnych informacji:
 - na temat lekarzy specjalistów
 - o lekarzach pracujących w oparciu o podkontrakty
 - brak danych adresowych dla poszczególnych grup

B. Rekomendacje

- kontynuować prace nad wykorzystaniem rejestrów w oparciu o dane za kolejne lata
- poszukiwać dodatkowych źródeł informacji np. wykaz lekarzy posiadających uprawnienie do wydawania recept na leki refundowane
- rozszerzyć wykaz rekomendowanych wskaźników o dostęp do usług publicznych świadczonych przez lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki i położne
- docelowo poszerzyć analizy o dodatkowe zawody medyczne, np. farmaceuci, fizjoterapeuci

C. Weryfikacja wskaźników



Praca badawcza p.t.

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

RAPORT Z PRZEBIEGU PRAC

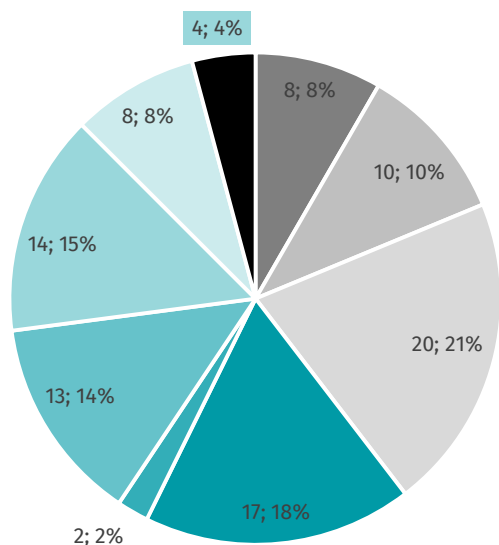
2015

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.

- ✓ Pozyskano dane źródłowe z NFZ, Ministerstwa Zdrowia, NIZP-PZH, CSIOZ i GUS.
- ✓ 90% wskaźników policzonych pilotażowo w 2015 r. uzupełniono danymi za lata 2014–2016.
- ✓ Poszerzono zestaw wskaźników w zakresie opieki szpitalnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- ✓ Nowe wskaźniki opracowano w większości za lata 2015-2016 (dane pilotażowe).

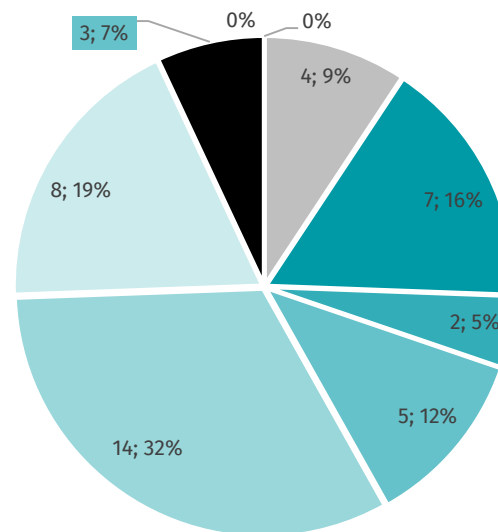
C. Weryfikacja wskaźników

Wykres 4. Liczba i struktura wskaźników zweryfikowanych i opracowanych, według obszarów opieki zdrowotnej



- Aparatura medyczna (AM)
- Leczenie szpitalne (LSZ)
- Opieka ambulatoryjna (AMB)
- Doraźna pomoc medyczna (DPM)
- Wskaźniki ekonomiczne (WE)

Wykres 5. Liczba i struktura wskaźników przeznaczonych do udostępnienia dla jst według obszarów opieki zdrowotnej



- Stacjonarna opieka długoterminowa (OD)
- Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)
- Zaopatrzenie w leki (ZWM)
- Specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna (AOS)

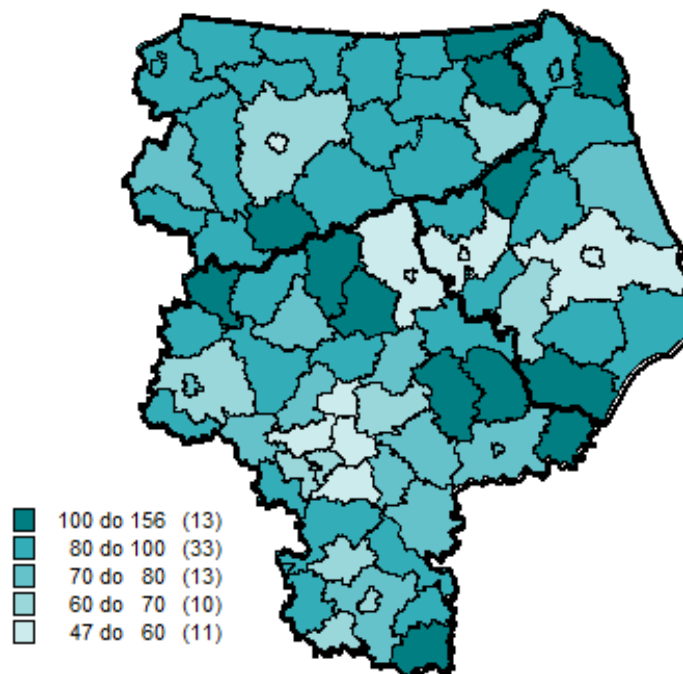
C. Interpretacja wskaźników

- Wieloaspektowa analiza wskaźników. Przykładowo analizując dostępność do świadczeń AOS na terenie danego powiatu powinno się równocześnie analizować stan infrastruktury zdrowotnej oraz tendencje i kierunki migracji pacjentów.
- Jakość i kompletność danych źródłowych (np. dane dotyczące AOS pochodzące ze sprawozdań ZD-3 oraz NFZ).
- Definicja pojęć przez gestorów danych (np. wizyta lekarska, porada, hospitalizacja).
- Wskaźniki policzone za 2 lata (np. AOS, LSZ) należy traktować jako pilotażowe.

C. Weryfikacja wskaźników - przykłady 1

Nazwa wskaźnika: Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] **LSZ.3.17**

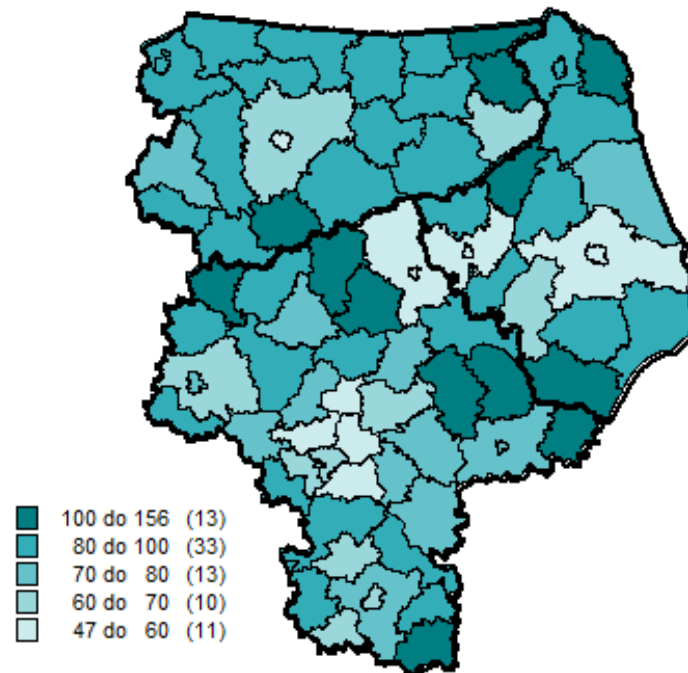
Interpretacja: Im większa wartość wskaźnika tym lepszy dostęp mieszkańców danego powiatu do podstawowej opieki szpitalnej. Informuje ilu osobom na 1 tys. mieszkańców powiatu udzielono świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ na oddziałach zaliczonych do I poziomu referencyjnego, bez względu na miejsce hospitalizacji.



C. Weryfikacja wskaźników – przykłady 2

Nazwa wskaźnika: Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] **LSZ.3.17**

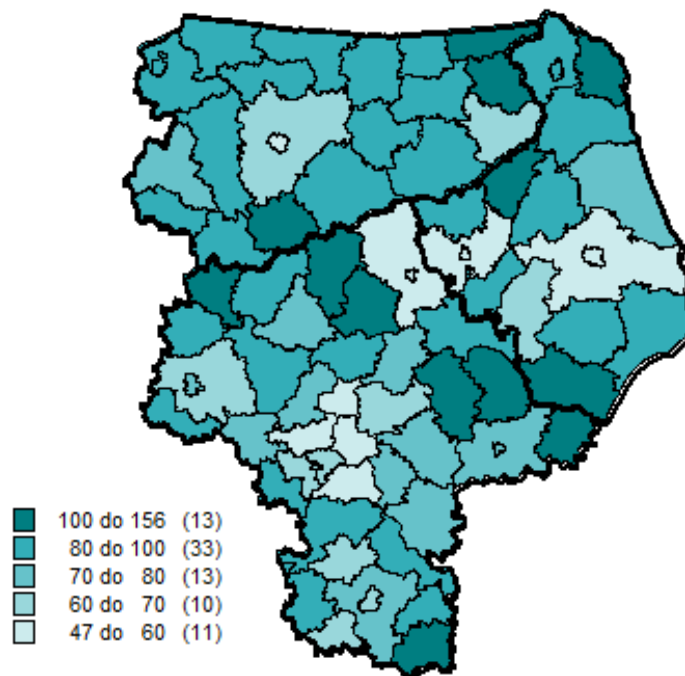
Możliwości: Może być wykorzystany do analizy faktycznego stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków NFZ, które mogą być wykonywane na terenie innych powiatów. Wskaźnik może być argumentem dla samorządu powiatowego za zapewnieniem lepszych usług specjalistycznego transportu do szpitali w innych powiatach, a tym samym przeciwko niezasadnej rozbudowy infrastruktury szpitalnej na terenie danego powiatu. Wskaźnik można również pośrednio wykorzystać do analizy chorobowości na terenie powiatu.



C. Weryfikacja wskaźników - przykłady 3

Nazwa wskaźnika: Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] **LSZ.3.17**

Ograniczenia: Wskaźnik powinno się analizować wraz z analizą liczby świadczeniodawców i liczby łóżek oraz epidemiologią zachorowań na danym terenie.

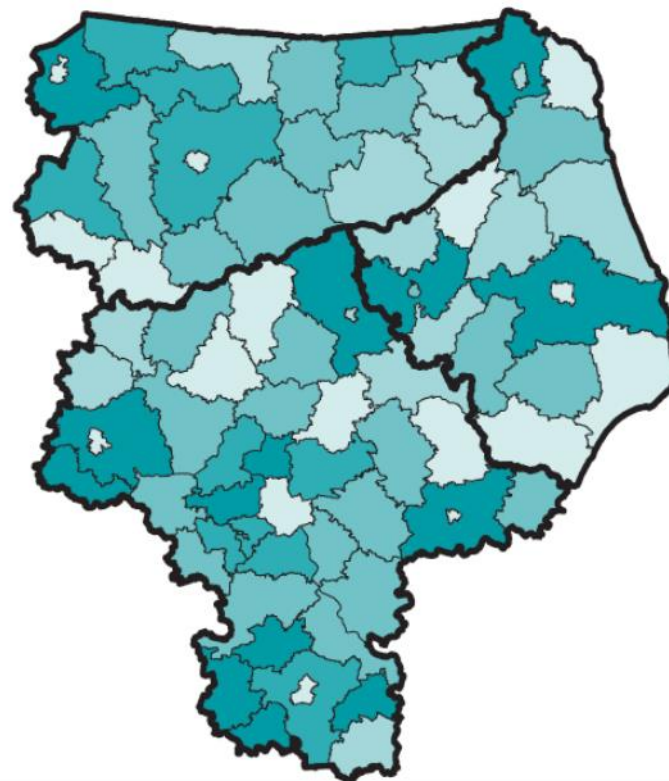


C. Weryfikacja wskaźników - przykłady 4

Nazwa wskaźnika: Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (%)

LSZ.3.20

Interpretacja: Większa wartość wskaźnika świadczy o większej skłonności pacjentów - mieszkańców danego powiatu do wyboru szpitali I poziomu referencyjnego poza powiatem - miejsca zamieszkania. Większa skłonność do korzystania ze świadczeń poza powiatem - miejsca zamieszkania może oznaczać mniejszy poziom w dostępności do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych na terenie powiatu - miejsca zamieszkania. Wskaźnik informuje, jaki procent pacjentów skorzystał ze świadczeń na terenie innych powiatów..

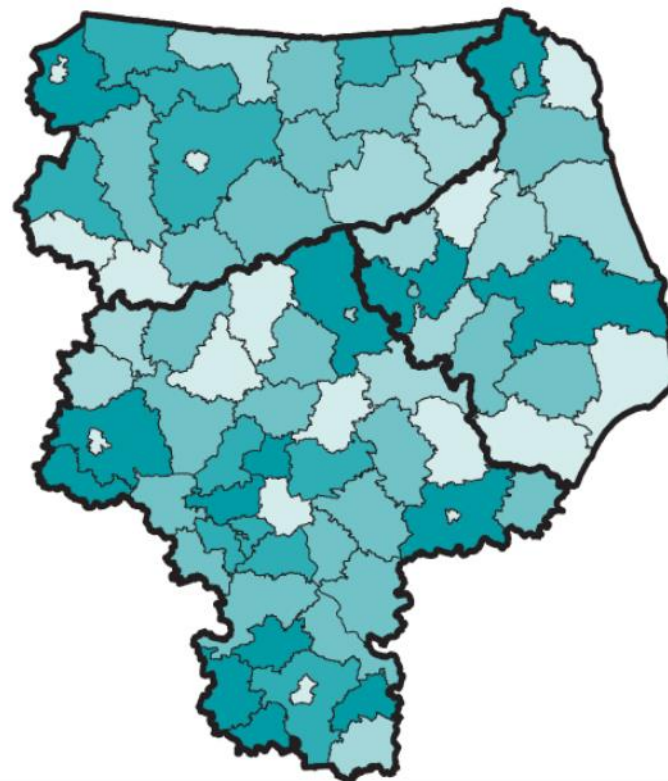


73,6–100,0	(14)
42,7– 73,6	(12)
32,0– 42,7	(23)
25,3– 32,0	(14)
9,3– 25,3	(17)

C. Weryfikacja wskaźników - przykłady 5

Nazwa wskaźnika: Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego [%] **LSZ.3.20**

Możliwości: Może być wykorzystany do analizy stopnia zaspokojenia dostępu do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków NFZ osobom zamieszkałym na terenie innych powiatów. Wskaźnik może być argumentem dla samorządu powiatowego za współdzieleniem kosztów otrzymania infrastruktury szpitalnej przez inne samorządy powiatowe.



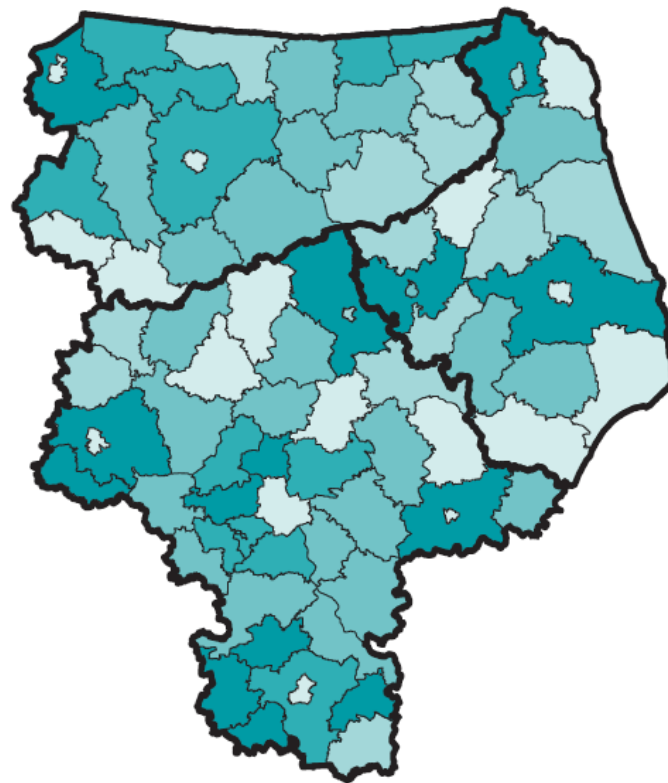
73,6–100,0	(14)
42,7– 73,6	(12)
32,0– 42,7	(23)
25,3– 32,0	(14)
9,3– 25,3	(17)

C. Weryfikacja wskaźników - przykłady 6

Nazwa wskaźnika: Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego [%] **LSZ.3.20**

Ograniczenia:

Wskaźnik nie może stanowić podstawy do konstruowania kategoriycznych wniosków co do dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych, gdyż nie uwzględnia faktu, że pacjenci mogą kierować się różnymi przestankami co do wyboru placówki opieki zdrowotnej.



73,6–100,0	(14)
42,7– 73,6	(12)
32,0– 42,7	(23)
25,3– 32,0	(14)
9,3– 25,3	(17)

C. Rekomendacje

- Zdefiniowanie odpowiedzialności właścicieli danych w procesie opracowywania wskaźników (dostarczenie obliczonych wskaźników albo dostarczenie danych w formie wartości bezwzględnych).
- Wstawienie odpowiednich zapisów do programu badań statystycznych statystyki publicznej.
- GUS – jednostka merytorycznie odpowiedzialna w przypadku wskaźników, do wyliczenia których wykorzystywane są również dane GUS (np. ludność).
- Pierwsza, opracowana w ramach pracy badawczej lista wskaźników powinna być udostępniona do końca br.
- Lista wskaźników nie jest zamknięta. Prace nad jej dalszym rozwojem powinny być kontynuowane.

Podsumowanie 1

Cele pracy badawczej – zrealizowane.

Efekty osiągnięte w każdym z trzech elementów - wymierny postęp w poszerzeniu zakresu informacji statystycznych z obszaru ochrony zdrowia, pełniejsze zabezpieczenie potrzeb informacyjnych w ujęciu terytorialnym,

- A.** Przygotowano wzór formularza badawczego ZD-DIAG SPRAWOZDANIE Z MEDYCZNEJ DZIAŁALNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ oraz sformułowano rekomendacje odnośnie doboru jednostek do badania (ujęcie w pbssp)
- B.** Określono algorytmy oszacowania liczby lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych w ujęciu terytorialnym (dalsze prace analityczne)
- C.** 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, głównie powiaty (zestaw wskaźników do udostępnienia)

Podsumowanie 2

2 z 3 celów szczegółowych miały eksperymentalny charakter:

- wykorzystanie 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.
- po raz pierwszy poddano obserwacji statystycznej podmioty lecznicze świadczące usługi diagnostyczne,

Wypełnienie rekomendacji sformułowanych w 2015 r. w wyniku pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”.

Przedstawione prace są kontynuacją, metodycznym działaniem, którego celem jest poprawa jakości statystyki w obszarze opieki zdrowotnej.

We wszystkich obszarach określone zostały kierunki dalszych prac.

Dziękujemy za uwagę

Ewa Malesa e.malesa@stat.gov.pl

Krzysztof Nyczaj k.nyczaj@stat.gov.pl

Maria Penpeska m.penpeska@stat.gov.pl

Małgorzata Żyra m.zyra@stat.gov.pl