



**POMOC TECHNICZNA**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



## **STRESZCZENIE RAPORTU KOŃCOWEGO W JĘZYKU NIETECHNICZNYM Z WYKONANIA PRACY BADAWCZEJ:**

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

*Praca powstała w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020*

**Nazwa jednostki opracowującej raport:**

*Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS*

*Dyrektor Mariusz Kraj*

**Kierownik merytoryczny projektu:**

*Ewa Malesa*

**Opracował zespół badawczy:**

*Melania Brzozowska, Tomasz Czeleko, Jadwiga Czyż, Joanna Didkowska, Marek Dmowski,  
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.*



## 1. Cel 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.

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;

## 2. Organizacja pracy badawczej

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.

## 3. Wyniki pracy

Wynikiem przeprowadzonych prac jest wykaz zidentyfikowanych i opisanych zasobów informacyjnych, wykaz występujących w literaturze wskaźników opisujących dostępność i jakość opieki zdrowotnej, opisanie głównych luk informacyjnych, określenie zakresu i źródeł nowych informacji oraz

szczegółowy opis badanych obszarów opieki zdrowotnej wraz z propozycją wskaźników i pogładową mapą. Policzono również pilotażowo większość zaproponowanych wskaźników.

### 3.1. 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.

### 3.2 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 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).

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).

### 3.3 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.

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.

### 3.4 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.

### 3.5 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 Policy Paper dla ochrony zdrowia

na lata 2014-2020 Krajowe Strategiczne Ramy oraz zakres informacji przekazywanych organizacjom międzynarodowym (Eurostat, OECD, WHO).

Prace wykonane w celu zaproponowania wskaźników obejmowały następujące obszary opieki zdrowotnej: stacjonarna opieka zdrowotna, w tym: szpitale, aparatura medyczna, długoterminowa opieka pielęgnacyjna; ambulatoryjna opieka zdrowotna, w tym: podstawowa opieka zdrowotna, badania diagnostyczne i analizy medyczne; zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne; pomoc doraźna i ratownictwo medyczne (opieka w godzinach nocnych i w dni świąteczne). Dodatkowo analizie poddano zasoby pracy w ochronie zdrowia, aspekt finansowy a także ocenę konsumentską.

Każdy z obszarów badawczych zawiera trzy elementy: część metodyczną (opis wykonanych prac, główne problemy, przyjęte założenia), metryczki proponowanych lub policzonych wskaźników, a do wskaźników w miarę możliwości dołączona została mapa z uwzględnieniem jak najniższego przekroju terytorialnego kraju.

### **3.6 Pozyskanie danych i pilotażowe opracowanie wskaźników**

Kolejny etap prac to pilotażowe policzenie i analiza zaproponowanych w oparciu o dostępne źródła wskaźników. 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.

Niektóre z zaproponowanych wskaźników okazały się niemożliwe do policzenia ze względu na jakość danych lub napotkane w trakcie prac uwarunkowania metodologiczne.

Bazę 52 wskaźników policzonych pilotażowo i zaproponowanych do pozyskiwania w ramach statystyki publicznej zawiera załącznik, opracowany w formacie Excel. W pierwszym arkuszu zamieszczono spis wskaźników, w drugim – metryczki wskaźników, w kolejnych arkuszach – policzone wskaźniki. W zasadzie wskaźniki były liczone za 2013 rok i 2014 (tam, gdzie to było możliwe).

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.

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.

## **4 PROPOZYCJE ŚCIEŻEK I PROCEDUR POZYSKANIA DANYCH**

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.

## **5 REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DALSZYCH DZIAŁAŃ**

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 fiszki 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).

Z uwagi na lukę informacyjną w zakresie badań 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 denty, 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.

Odnosnie 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). 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 wymagałoby jednak zmian zapisów w obowiązujących aktach prawnych.

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). Przede wszystkim szczegółowej weryfikacji wymagają symbole terytorialne stosowane w poszczególnych zbiorach.

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.