

Prezentacja wyników pracy badawczej

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

Warszawa, 13.11.2015

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



Uczestnicy



W realizacji projektu pracowników **Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia GUS** oraz **Ośrodka Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia** US w Krakowie wspierali przedstawiciele gestorów źródeł danych – eksperci NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH, Instytutu Onkologii, Ministerstwa Zdrowia oraz eksperci związani od lat z problematyką usług opieki zdrowotnej, w tym realizowanych w ramach środków publicznych.

Cele projektu 1



Cel ogólny - Rozpoznanie 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).

Cele projektu 2



Cele szczegółowe:

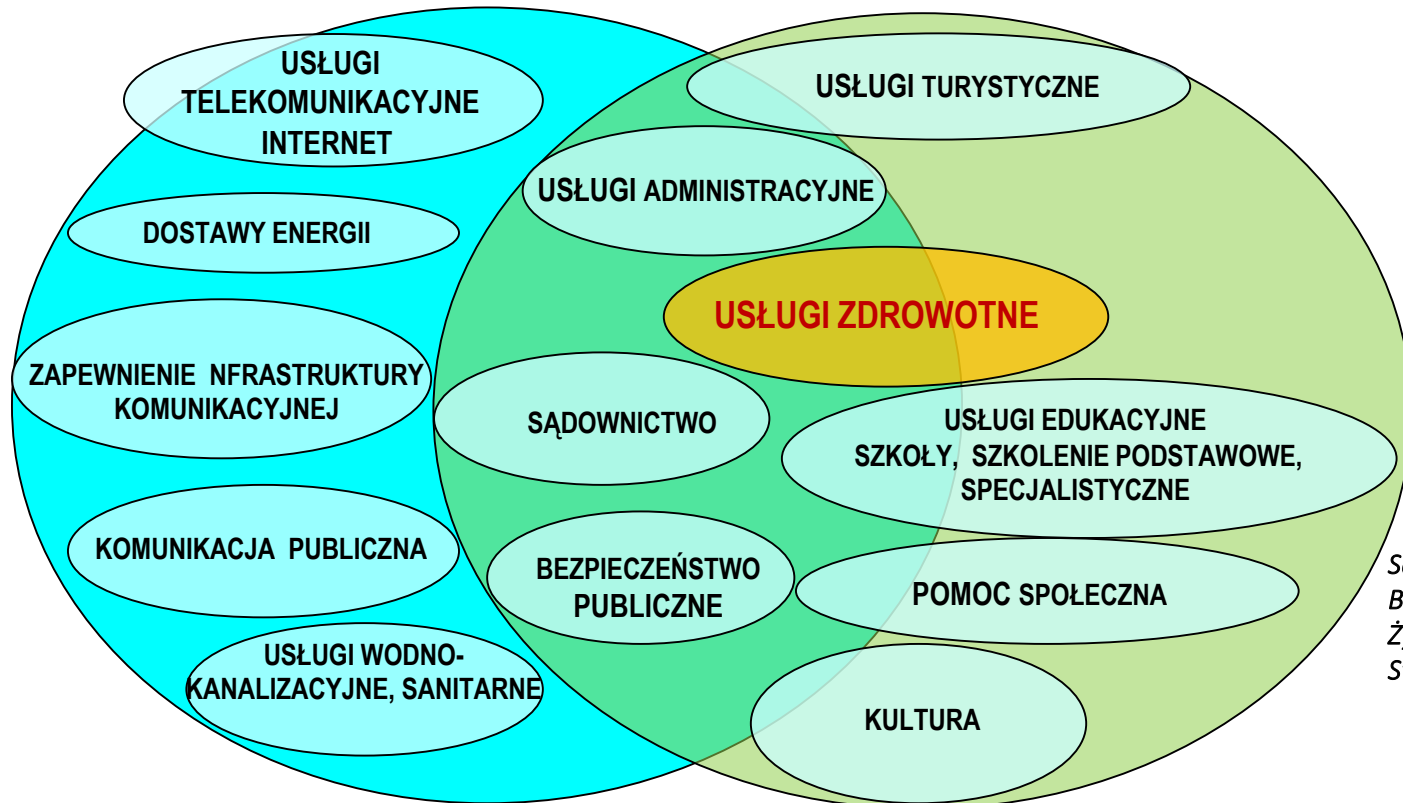
1. Opisanie dostępnych źródeł danych wybranych obszarów opieki zdrowotnej,
2. Wykazanie luk informacyjnych,
3. Określenie zakresu i źródeł nowych informacji możliwych do pozyskania (z uwzględnieniem przekrojów terytorialnych),
4. Opracowanie propozycji wskaźników i pilotażowe ich policzenie,
5. Zaproponowanie ścieżek i procedur pozyskania nowych informacji, w tym zaproponowanie zakresu odpowiedzialności instytucji za generowanie, udostępnianie i analizę dostarczanych danych,
6. Opracowanie bazy pilotażowo policzonych wskaźników,
7. Opracowanie rekomendacji dotyczących przyszłych działań.

Publiczne usługi opieki zdrowotnej



USŁUGI PUBLICZNE

USŁUGI SPOŁECZNE



Schemat opracowany w Dep. Badań Społecznych i Warunków Życia GUS, prezentowany Radzie Statystyki w 2011 r.

Definicja



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

Statystyka publiczna



W ramach statystyki publicznej prowadzona jest obserwacja statystyczna **całego systemu opieki zdrowotnej**, jego zasobów, struktury i działalności, czyli realizacji usług zarówno w ramach środków publicznych jak i prywatnych.

Podjęta przez Zespół 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.

Realizacja projektu



RAPORT KOŃCOWY

- Uwagi ogólne
- Cel i sposób przeprowadzenia pracy
- Zrealizowane prace
- Wyniki
- Ścieżki i procedury pozyskania danych (propozycja)
- Rekomendacje dalszych działań
- Podsumowanie
- 4 załączniki

Usługi publiczne a usługi społeczne

Cel ogólny i cele szczegółowe

Zasadnicza część projektu – m.in. pozyskanie danych i opracowanie wskaźników w poszczególnych obszarach opieki zdrowotnej, metryczki zaproponowanych wskaźników

Załącznik 1 – źródła danych
Załącznik 2 – używane wskaźniki
Załącznik 3 – techniczny
Załącznik 4 – baza danych

Obszary badawcze 1



OBSZARY BADAWCZE

1. Stacjonarna opieka zdrowotna
 - Szpitale
 - Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna
 - Długoterminowa opieka pielęgnacyjna
2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna
 - Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)
 - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)
 - Badania diagnostyczne i analizy medyczne
3. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne
4. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne
5. Aspekt finansowy
6. Zasoby pracy w ochronie zdrowia
7. Ocena konsumencka

STAN ZDROWIA LUDNOŚCI NIE WCHODZIŁ W ZAKRES PRZEDMIOTOWY ZADANIA

Obszary badawcze 2



Charakter, zakres i rodzaj podjętych prac w ramach poszczególnych obszarów badawczych był **różnorodny**, zależny od potrzeby i możliwości.

Różny był również efekt w postaci policzonych pilotażowo wskaźników.

- Dla większości obszarów udało się policzyć wskaźniki, które mogą być wykorzystane do analizy dostępności czy stopnia zaspokojenia potrzeb na publiczne usługi zdrowotne danego typu (np. zaopatrzenie w leki, pomoc nocna i świąteczna, POZ).
- Problemy ze spójnością danych pozyskanych z różnych systemów (opieka szpitalna, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna) lub luki informacyjne (sprzęt wysokospecjalistyczny, badania diagnostyczne) nie pozwoliły na policzenie niektórych z zaplanowanych wskaźników.

Obszary badawcze 3



- W przypadku **zasobów pracy**, ze względu na brak dostępu do niewykorzystywanych dotąd źródeł danych, nie zaproponowano innych wskaźników niż funkcjonujące obecnie, przedstawiono natomiast problemy i propozycje dalszych działań.
- Ocena jakości opieki zdrowotnej z **perspektywy pacjenta**, do której przywiązuje się coraz większą wagę, jest niezwykle złożonym zadaniem.
Może być dokonana wyłącznie w oparciu o reprezentacyjne badania ankietowe.
W tym obszarze zaproponowano wskaźniki.
Do ich policzenia brak aktualnie odpowiednich danych statystycznych.

Wskaźniki 1



Policzone pilotażowo wskaźniki są różnorodne. Można je pogrupować ze względu na:

70 wskaźników
z tego
52 policzone

Przekrój terytorialny

Najniższy możliwy przekrój terytorialny, głównie powiaty, ale również podregiony, gminy, rejony operacyjne.

Źródło danych do policzenia

Jedno źródło danych, w odniesieniu do ludności, różne źródła danych (problem spójności definicyjnej)

Zakres podmiotowy

Usługi publiczne w zdrowiu, usługi społeczne w zdrowiu, udział usług publicznych w usługach społecznych, usługi pomocy społecznej związane z usługami w zdrowiu

Okres, którego dotyczą

Dane roczne; rok bazowy – 2013, duża część wskaźników policzono również dla 2014 r., wyjątki – tylko dla 2014 r. i tylko *na koniec września 2015 r.*

Źródło wskaźnika

Większość opracowana w ramach projektu; niektóre zaczerpnięte z NIZP-PZH, "Krajowego Indeksu Sprawność i Ochrony Zdrowia" czy Policy Paper dla zdrowia.

Bezpośrednio lub pośrednio opisują dostęp do usług publicznych w ochronie zdrowia

[Baza wskaźników](#)

Wskaźniki 2



- Zaletą zestawu wskaźników w przekroju terytorialnym jest **zastosowanie dla każdego z nich jednej metody liczenia i umieszczenie wskaźników 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.
- Powinny być analizowane i interpretowane **łącznie z innymi** wskaźnikami i danymi w rozpatrywanym obszarze opieki zdrowotnej.
- Dla pełnego obrazu analizowanego zjawiska konieczna jest każdorazowa kompleksowa ich ewaluacja, z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.
- Przewiduje się, że pierwszy zestaw wskaźników zostanie **udostępniony po analizie danych za 2015 rok.**

Wyniki – przykłady



- Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne
- Szpitale, ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne

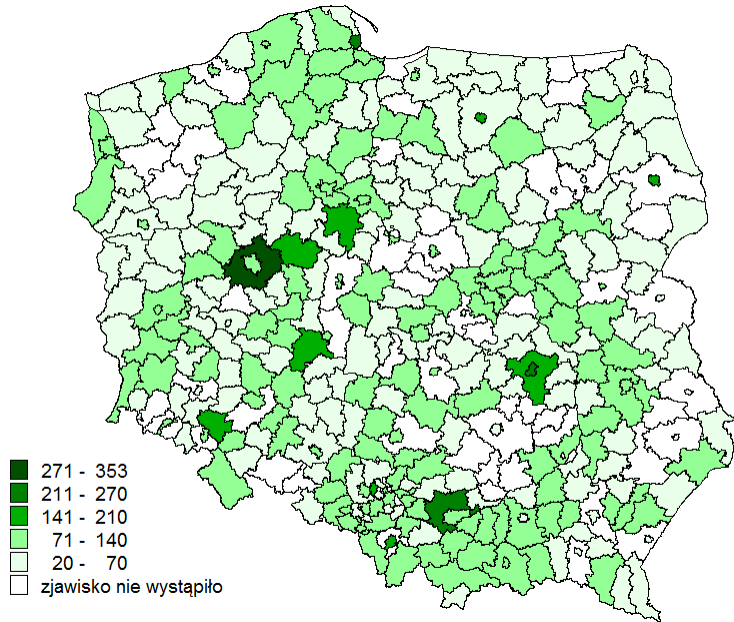


- Pomoc udzielana w przypadku nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub urazu przez:
 - Placówki nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
 - System Państwowego Ratownictwa Medycznego
- Usługi tego typu zaliczono w całości do **publicznych usług opieki zdrowotnej**.
- Zaproponowano i policzono 14 wskaźników w tym obszarze,
- Wszystkie wskaźniki mogą służyć do bezpośredniej oceny usług publicznych,
- Źródłem danych do obliczenia wskaźników były zasoby informacyjne NFZ, systemy informacyjne wojewodów dotyczące działalności systemu ratownictwa medycznego, *ZD-4 Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego*.

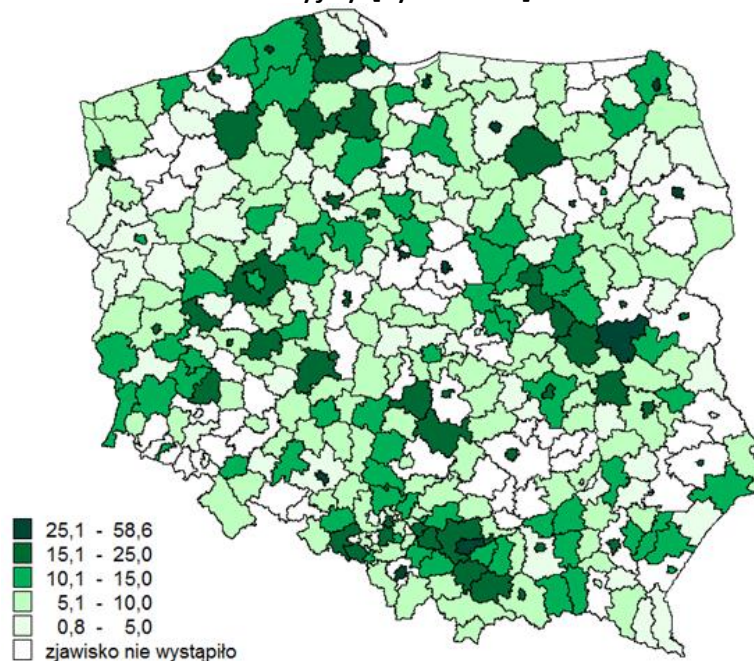
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – wskaźniki według miejsca lokalizacji placówki (2013)



Liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny realizujący świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej [tys. osób] – NTS 4



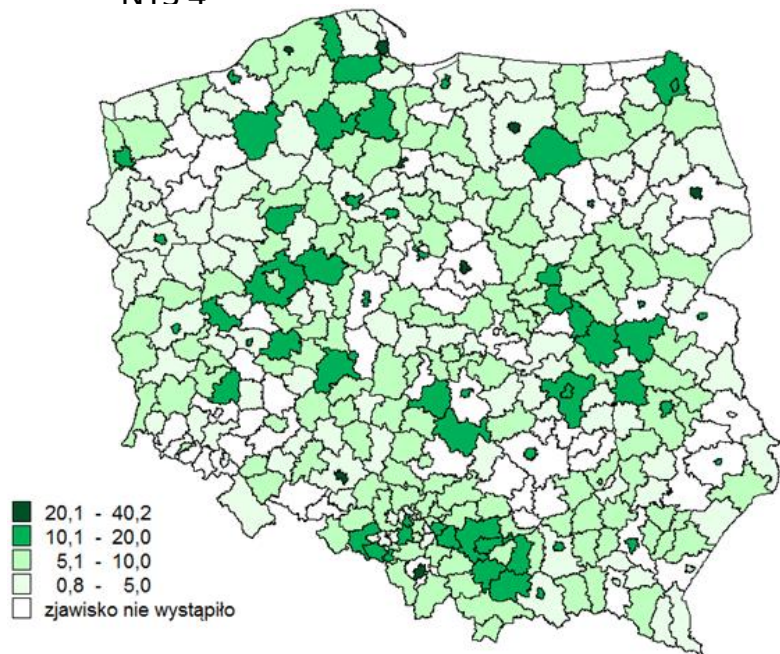
Średnia liczba porad udzielonych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez podmiot ambulatoryjny [tys. sztuk] – NTS 4



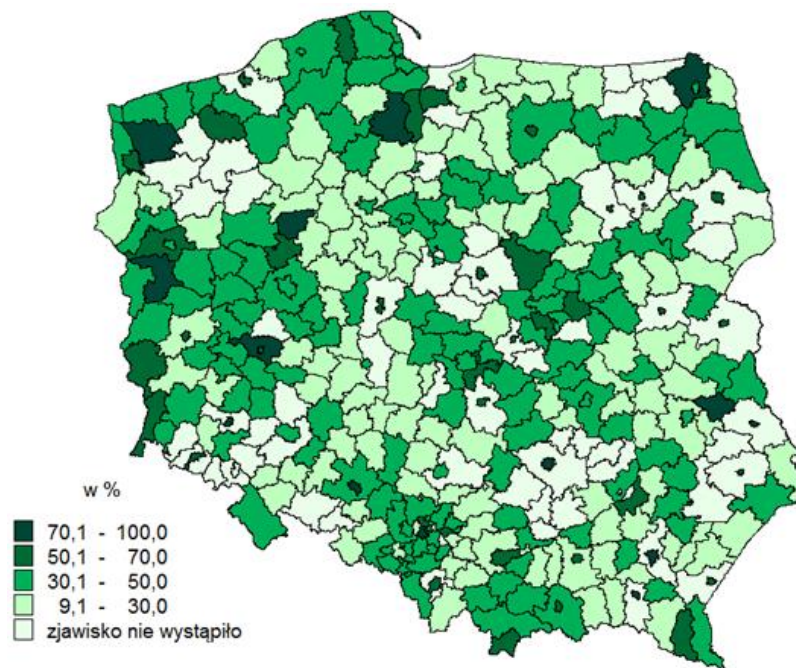
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – wskaźniki według miejsca lokalizacji placówki (2013)



Liczba pacjentów nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej przypadająca na
1 podmiot ambulatoryjny [tys. osób]
– NTS 4



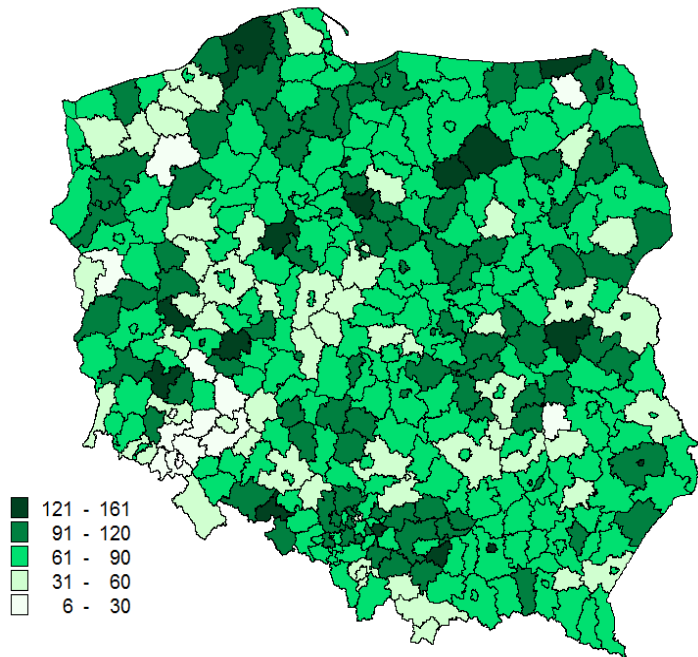
Udział pacjentów nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej spoza terenu powiatu
lokalizacji placówki [%] – NTS 4



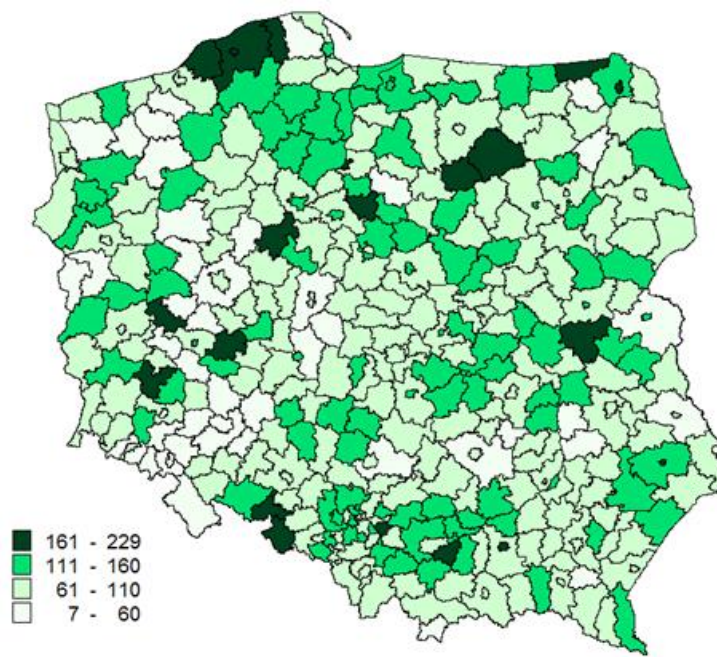
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – wskaźniki według miejsca zamieszkania pacjenta(2013)



Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach
nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na 1
tys. ludności [osoba] – NTS 4



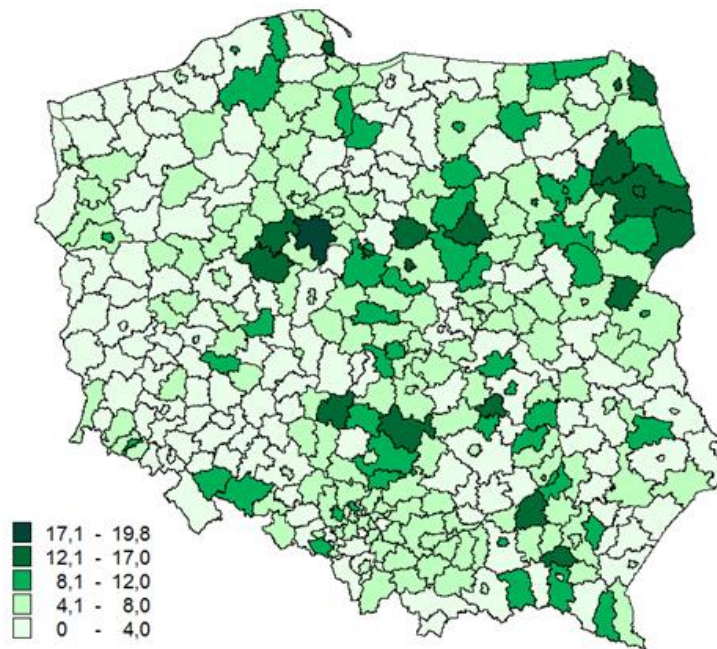
Porady udzielone w ramach nocnej
i świątecznej opieki zdrowotnej na
1 tys. ludności [sztuka] – NTS 4



Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – wskaźniki według miejsca zamieszkania pacjenta(2013)



Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w trybie wyjazdowym
na 1 tys. ludności [sztuka] – NTS 4



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

Zespoły ratownictwa medycznego – wskaźniki według rejonów operacyjnych

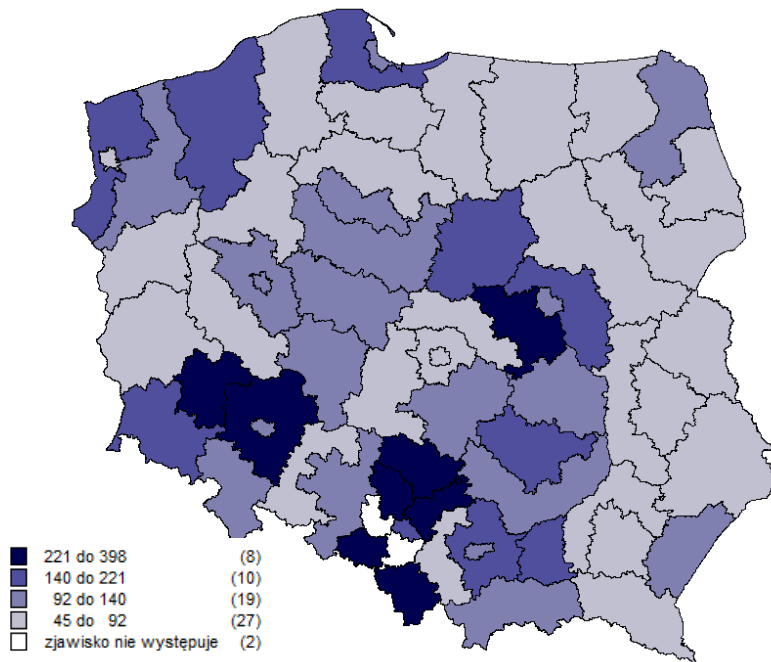


- Liczba mieszkańców przypadająca na 1 zespół ratownictwa medycznego [tys. osób]
- Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego na 1 tys. ludności [sztuka]
- Mediany czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców [minuty] oraz analogicznie poza tymi miastami.
- Wyjazdy, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców [sztuki] oraz analogicznie poza takimi miastami.

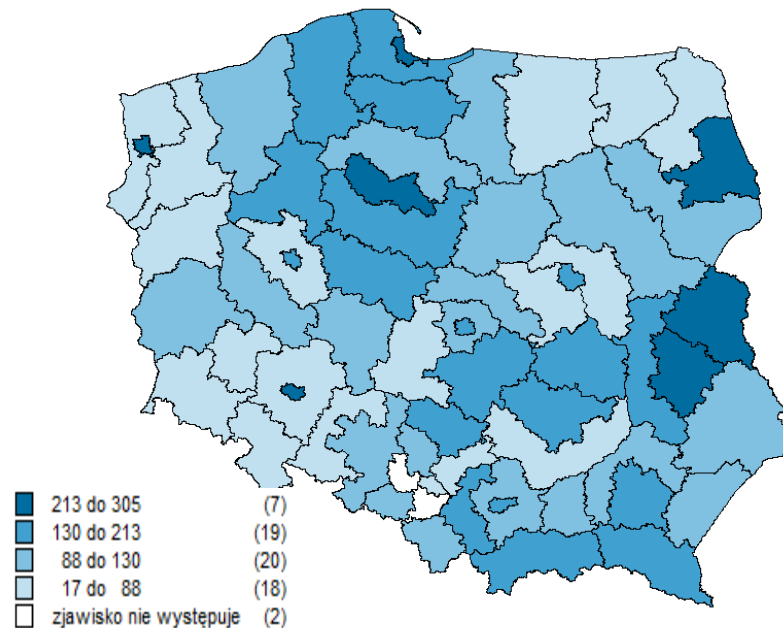
Izby przyjęć/szpitalne oddziały ratunkowe – wskaźniki (2014)



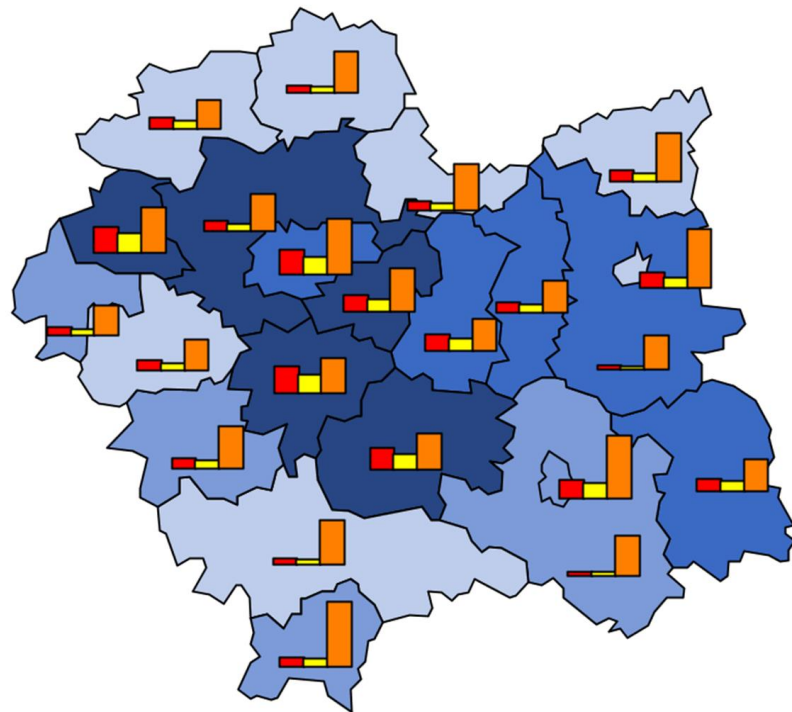
Liczba mieszkańców przypadająca
na izbę przyjęć/szpitalny oddział
ratunkowy [tys. osób] – NTS 3



Świadczenia zdrowotne udzielone
w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie
ambulatoryjnym na 1 tys. ludności [sztuka] – NTS 3

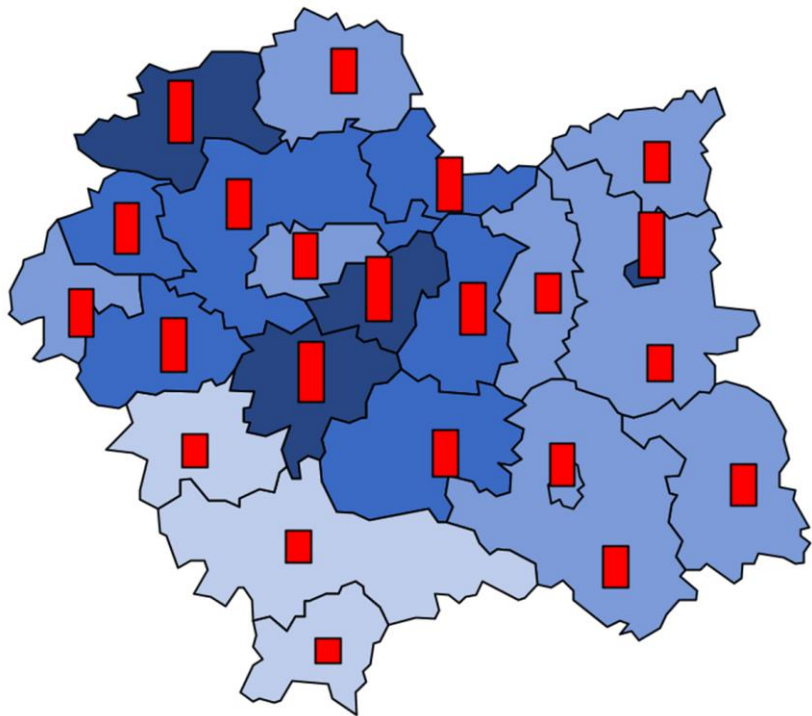


Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – przykład województwo małopolskie 2014



Wskaźniki według miejsca lokalizacji placówki	Województwo (min-max)
Liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot [tys. osób]	82 tys. osób (37 - 134)
Średnia liczba porad [tys. sztuk]	13 tys. porad (2,6 - 26,1)
Liczba pacjentów na 1 podmiot ambulatoryjny [tys. osób]	9 tys. osób (2 - 19)
Odsetek pacjentów spoza terenu powiatu lokalizacji placówki [%]	28,5% - 64,9%

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – przykład województwo małopolskie 2014



Wskaźniki według miejsca zamieszkania pacjenta	Województwo (min-max)
Udzielone porady na 1 tys. ludności [sztuka]	107,8 porad (55,5 - 158,9)
Osoby, którym udzielono świadczeń, na 1 tys. ludności [osoba]	86 osób (46 - 120)

Zespoły ratownictwa medycznego – przykład województwo małopolskie 2014



Usługi szpitalne i AOS



- Usługi szpitalne i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to **usługi społeczne**, które mogą być realizowane zarówno w ramach środków publicznych jak i prywatnych.
- Wskaźniki opracowywane na podstawie dostępnych danych pozyskiwanych w ramach statystyki publicznej dotyczą całej opieki zdrowotnej i **nie traktują odrębnie problemu usług publicznych**.
- Niedoskonałość w zakresie identyfikacji hospitalizacji i kompletność danych gromadzonych w ramach badania chorobowości szpitalnej (karta statystyczna MZ/Szp11) - nie policzone proponowane wskaźniki w obszarze szpitalnictwa.
- Rozbieżności w stosowanych terminach: porada i wizyta w ramach procesów sprawozdawczości statystycznej oraz definicji podmiotów sprawozdawczych (podmiot leczniczy, przedsiębiorstwo, jednostka organizacyjna) stosowanych w GUS oraz NFZ - wskaźniki AOS obliczone **wyłącznie** dla porad onkologicznych oraz stomatologicznych, w których zaobserwowano najmniej rozbieżności.
- Zaproponowano zestaw 7 wskaźników, które mogłyby służyć do bezpośredniej analizy dostępności i jakości usług.
- Źródła danych: ZD-3 (GUS), MZ-29 (CSIOZ), MZ/Szp11 (PZH-NIZP), RUM-NFZ

Proponowane wskaźniki 1



Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach szpitalnych wg typów oddziałów (poziom referencyjny) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności

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 skutkujące koniecznością manualnej weryfikacji kodów terytorialnych
- 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.
- Brak sformalizowanych standardów dotyczących z akresu działania szpitali wojewódzkich i powiatowych (tzw. poziomy referencyjne)

Źródło danych: System RUM - NFZ

Proponowane wskaźniki 2



Udział hospitalizacji finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji dla pacjentów zamieszkujących teren danego powiatu [%]

Mocne strony

- 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.

Źródło danych:

1. System RUM – NFZ
2. Badanie chorobowości szpitalnej MZ/Szp11

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.
- Nie jest możliwe dokonanie analiz bez tzw. ruchu oddziałowego, tj. traktujących cały proces leczenia pacjenta w szpitalu (od momentu przyjęcia pacjenta do momentu wypisu), jako jedno zdarzenie.
- Niezadowalająca kompletność danych gromadzonych przez PZH.

Proponowane wskaźniki 3



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

Mocne strony

- 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 duża trudność w dokonaniu obliczeń oraz pewna doza subiektywizmu.

Źródło danych:

1. System RUM - NFZ (NFZ)
2. Sprawozdanie MZ-29 (CSIOZ)

Słabe strony

- Wskaźnik dotyczy hospitalizacji a nie pacjentów hospitalizowanych. CSIOZ gromadzi informacje dotyczące liczby hospitalizacji. Nie jest możliwe dokonanie analiz bez tzw. ruchu oddziałowego, tj. traktujących cały proces leczenia pacjenta w szpitalu 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 – analizy przeprowadzone z perspektywy województwa.

Proponowane wskaźniki 4



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

Mocne strony

- 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.

Źródło danych:

1. Sprawozdanie ZD-3 (GUS)

Słabe strony

- Wskaźnik nie może stanowić podstawy do konstruowania kategoriycznych wniosków co do dostępności do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pacjentów, terminów przyjęcia, wielkości podmiotu leczniczego (np. liczba zatrudnionych, liczba poradni).
- Możliwość wyodrębnienia usług publicznych na bardzo ogólnym poziomie poprzez skojarzenie placówek AOS biorących udział w badaniu z zakresem świadczeń zakontraktowanych z NFZ.

Proponowane wskaźniki 5



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

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 przesłankami co do wyboru placówki opieki zdrowotnej.
- Brak możliwości policzenia wskaźnika wyłącznie dla porad realizowanych w ramach środków publicznych.

Źródło danych:

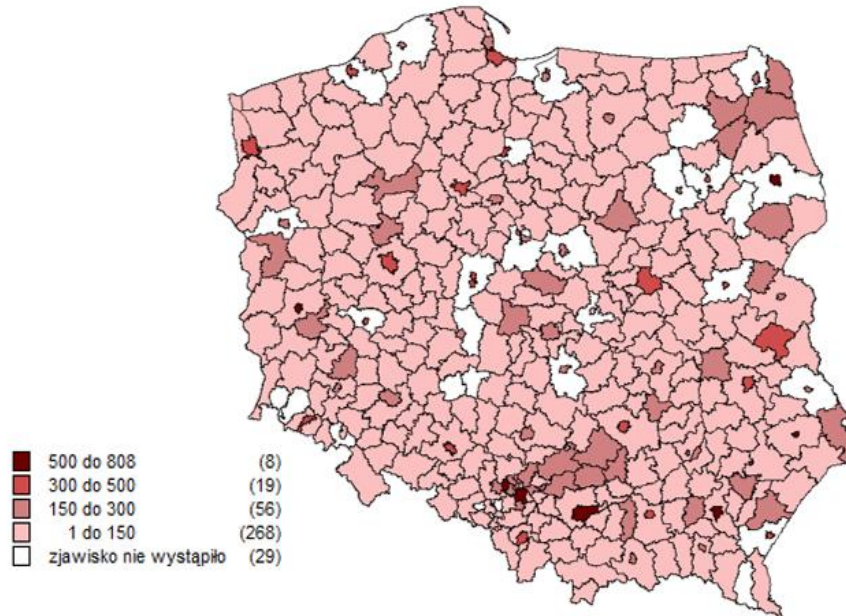
1. Sprawozdanie ZD-3 (GUS)

Proponowane wskaźniki 5



Przykład – poradnie kardiologiczne

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



Proponowane wskaźniki 6



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

Mocne strony

- Stosunkowo proste i precyzyjne uchwycenie udziału liczby wizyt w poradniach specjalistycznych sfinansowanych ze środków publicznych w ogólnej liczbie wizyt w poradniach specjalistycznych danego typu.
- Wskaźnik może stanowić narzędzie oceny skłonności pacjentów do korzystania z usług medycznych finansowanych ze środków prywatnych. Wskaźnik wydaje się być bardziej obiektywny niż np. czas oczekiwania.

Słabe strony

- Wskaźnik można zastosować tylko do wybranych typów poradni specjalistycznych, których specyfika nie generuje zjawiska zwielokrotniania liczby porad wykazywanych w raportach do NFZ.
- Nie ma możliwości wykonania obliczeń ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, czego skutkiem jest nie uwzględnienie migracji pacjentów pomiędzy powiatami.

Źródło danych:

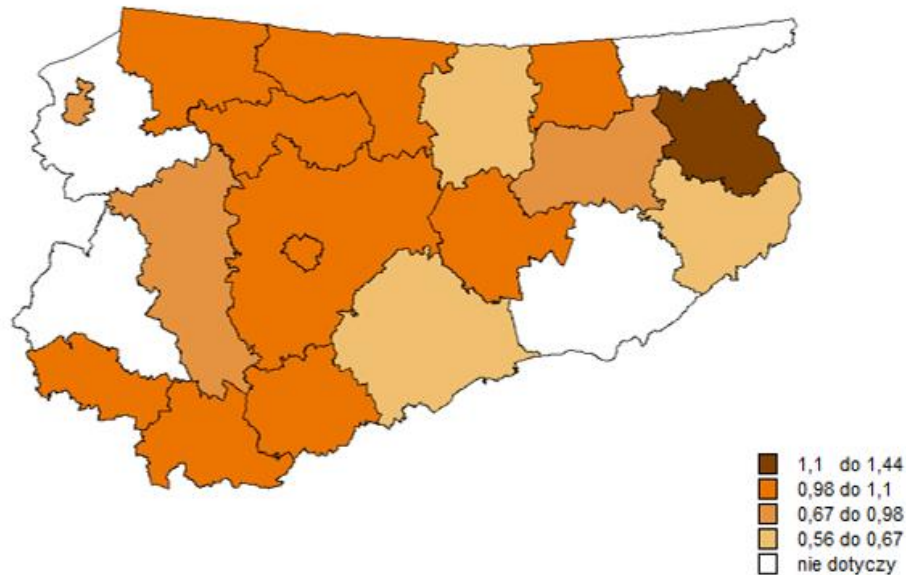
1. System RUM - NFZ (NFZ)
2. Sprawozdanie ZD-3(GUS)

Proponowane wskaźniki 6



Przykład 1 - onkologia

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. [%]

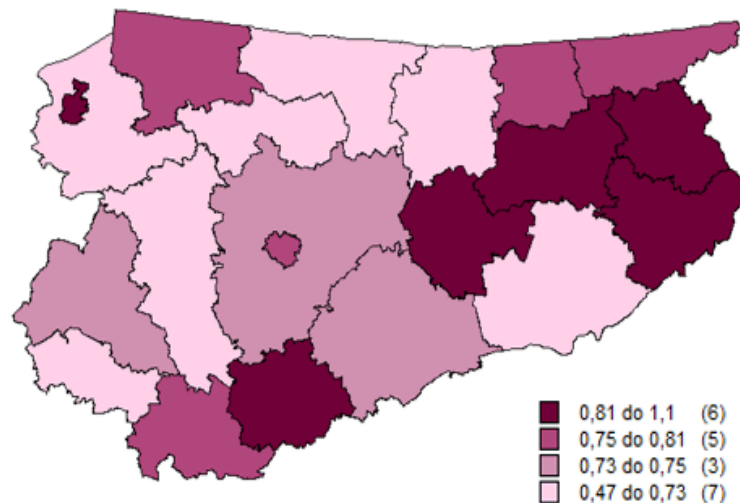


Proponowane wskaźniki 6



Przykład 2 – stomatologia

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. [%]



Proponowane wskaźniki 7



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

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.

Źródło danych:

1. System RUM - NFZ (NFZ)

Słabe strony

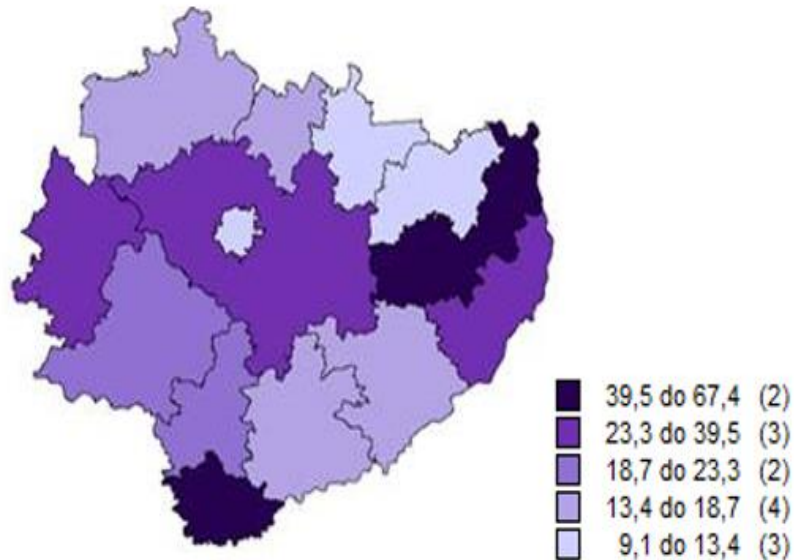
- Wskaźnik nie uwzględnia przesłanek, którymi kierują się pacjenci wybierając poradnie specjalistyczne w innych powiatach niż powiat zamieszkania. Może to być faktyczny brak dostępu do usług specjalistycznych finansowanych ze środków NFZ w poradniach specjalistycznych na terenie powiatu, ale może to być również związane inną lokalizacją miejsca pracy lub nauki mieszkańca powiatu.

Proponowane wskaźniki 7



Przykład – AOS, migracja pacjentów

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



Rekomendacje 1



ODNOŚNIE WSKAŹNIKÓW POLICZONYCH W RAMACH PROJEKTU:

- **Weryfikacja** przy wykorzystaniu analogicznych informacji pozyskanych przynajmniej za jeden kolejny rok, a w niektórych przypadkach policzenie wskaźników od nowa (szpitale, AOS).
- szczegółowa **weryfikacja symboli terytorialnych** stosowanych w pozyskanych zbiorach zewnętrznych.
- Do 2016 r – pozyskiwanie danych do wskaźników poprzez **bezpośrednie zwrócenie się do gestorów** danych.
- Docelowo – ujęcie w PBSSP 2017.
- Przewiduje się również opracowanie listy wskaźników systematycznie udostępnianych w **aplikacji dedykowanej** jednostkom samorządu terytorialnego oraz zamieszczanie wybranych wskaźników na stronie internetowej GUS.

Rekomendacje 2



ODNOŚNIE PRZYSZŁYCH DZIAŁAŃ W CELU POSZERZENIA LISTY WSKAŹNIKÓW DLA JST

- Wypracowanie procedur **systematycznej aktualizacji symboli terytorialnych** przez instytucje dostarczające danych.
- Rozpoznanie możliwości wprowadzenia **nowego badania** (badania diagnostyczne), **zwiększenie próby** do badania cyklicznego DS.-50 (ocena konsumenckiej publicznej opieki zdrowotnej na poziomie województw), **uzupełnienie** badań resortowych MZ-29 i MZ-11 (wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny).
- Instytucjonalizacja badania chorobowości szpitalnej MZ/SZp11 jako rejestru medycznego na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- Dalsze działania dla **poprawy jakości danych statystycznych** o kadrze medycznej i z zakresu szpitalnictwa.

Podsumowanie




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 pożytecznym przedsięwzięciem, próbą wypełnienia tej luki**. Dostarcza listę kilkudziesięciu pilotażowo policzonych wskaźników. Prace nad nimi powinny być kontynuowane, a wskaźniki sukcesywnie upubliczniane po potwierdzeniu ich jakości, co wymaga czasu i znacznych nakładów pracy. To jest pierwszy krok.

Realizacja projektu utwierdziła autorów w przekonaniu, że **obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej jest niezwykle skomplikowana**.



Dziękujemy za uwagę



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