

## **Praca badawcza pt.**

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

### **Załącznik 2**

*Wskaźniki stosowane*

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

*Jachranka, październik 2015 r.*

## Przegląd publikowanych wskaźników

Poniżej przedstawiono wybór istniejących wskaźników stosowanych do oceny systemów opieki zdrowotnej wraz z opinią dotyczącą oceną możliwości ich 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).

### Infrastruktura

#### Liczba łóżek w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na 100 tys. ludności

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy liczby łóżek w zakładach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
<b>Informacje dodatkowe</b>	<p>Łóżko – łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie.</p> <p>Według ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654, z późn. zm.) hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy są to przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych lub jednostki organizacyjne przedsiębiorstw, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalnych.</p> <p>Według WHO w hospicjum świadczona jest wszechstronna całościowa opieka nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu postępujące choroby. Sprawowana jest zazwyczaj u kresu życia pacjenta. Opieka ta obejmuje uśmierzenie bólu i innych objawów (leczenia objawowe), łagodzenia cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych podczas trwania choroby, jak i po śmierci chorego.</p> <p>Dane roczne, od 2010 r.</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby łóżek w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz liczby ludności pomnożony przez 100 tys.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<p>1.Strategia rozwoju województwa śląskiego</p> <p>2.Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020</p> <p><a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a></p>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki

<b>usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jedno łóżko może być wykorzystywane do realizacji świadczeń finansowanych zarówno ze źródeł prywatnych jak i publicznych .
--	---

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Liczba łóżek w szpitalach w przeliczeniu na 10 tys. ludności</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy liczby łóżek w szpitalach w przeliczeniu na 10 tys. ludności
<b>Informacje dodatkowe</b>	Istnieje możliwość przeliczenia wskaźnika w różnych układach, na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- szpitale ogółem</li> <li>- różne rodzaje szpitali</li> <li>- możliwość wyodrębnienia poszczególnych oddziałów</li> <li>- np. łóżka/10 tys. ludności</li> </ul> <p>Łóżko – łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie.</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby łóżek w szpitalach oraz liczby ludności pomnożony przez 10000
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego <a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	- Nie- wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jedno łóżko może być wykorzystywane do realizacji świadczeń finansowanych zarówno ze źródeł prywatnych jak i publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy [osoby]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy przeciętnej liczby osób przypadającej na szpitalny oddział ratunkowy
<b>Informacje dodatkowe</b>	Szpitalny oddział ratunkowy – zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest to komórka organizacyjna szpitala, stanowiąca jednostkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, która udziela świadczenia opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności

	ratunkowych i leczenia. Dane roczne; od 2004 r.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby osób oraz liczby oddziałów ratunkowych
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko <a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak –cała działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych realizowana jest w ramach środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (OECD) [dni]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy przeciętnej liczby dni przebywania przez pacjenta w szpitalu
<b>Informacje dodatkowe</b>	Osobodni - łączna liczba dni pobytu leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczony jest jako jeden dzień pobytu. Dane roczne; od 2003 r.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby osobodni pobytu pacjentów leczonych w szpitalu i liczby pacjentów wypisanych i zmarłych w szpitalach w danym roku.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko - Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - brak identyfikatorów pozwalających na oddzielenie pacjentów korzystających z usług finansowanych ze środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Udział wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w całkowitej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia [%]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy procentowego udziału wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, których czas dotarcia na miejsce zdarzenia nie przekraczał maksymalnych czasów dotarcia w ogólnej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w których czas dotarcia na miejsce zdarzenia nie przekraczał maksymalnych czasów dotarcia – zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr

191, poz. 1410 z późn. zm.).

Całkowita liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego – iloczyn liczby wszystkich województw i całkowitej liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego wynikającej z tabeli nr 1 ujętej w ramowym wzorze Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 3, poz. 6).

Zespół ratownictwa medycznego - naziemne zespoły ratownictwa medycznego będące jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, podejmujące medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zespół ratownictwa medycznego wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

W skład naziemnych zespołów ratownictwa medycznego wchodzi:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Parametry czasu dotarcia – parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 3 oraz ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Przyjmuje się, że 0,5 % przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Dane roczne; od 2008 r.

<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby wszystkich wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w danym roku kalendarzowym oraz ogólnej liczby wszystkich wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w danym roku kalendarzowym.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	- Strategia Sprawne Państwo
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – działalność jednostek wchodzących w skład systemu ratownictwa medycznego realizowana jest w ramach środków publicznych

Nazwa wskaźnika	Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość) [osoby]
Opis wskaźnika	Wskaźnik dotyczy liczby osób leczonych w ciągu roku przypadających na 1 łóżko szpitalne
Informacje dodatkowe	<p>Na wartość tego wskaźnika składa się kilka zjawisk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) liczba dostępnych łóżek i liczba mieszkańców,</li> <li>2) chorobowość mieszkańców,</li> <li>3) skłonność do leczenia szpitalnego,</li> <li>4) skłonność i skuteczność administracji zdrowotnej w działaniach służących dostosowaniu bazy szpitalnej do występujących potrzeb.</li> </ol> <p>W tym kontekście, z zastrzeżeniem pkt 3. z powyższej listy, należy uznać, że im większa przelotowość łóżek, tym lepiej, ponieważ istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana.</p> <p>W takiej interpretacji pomija się kwestię możliwości przesuwania pacjentów do leczenia poszpitalnego (czyli strategicznie zasadnego kierunku), ale uznaje się wagę bieżącej gospodarności (wykorzystania posiadanych zasobów).</p>
Algorytm liczenia	Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach w stosunku do liczby łóżek szpitalnych.
Miejsce występowania wskaźnika	<p>Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014</p> <p><a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a></p>
Przekrój terytorialny	- kraj; NTS 2
Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	<p>Nie- wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jedno łóżko może być wykorzystywane do realizacji świadczeń finansowanych zarówno ze źródeł prywatnych jak i publicznych</p>

Nazwa wskaźnika	Liczba osób na listach oczekujących [osoby]
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy długości kolejek/ czasu oczekiwania na świadczenie
<b>Informacje dodatkowe</b>	Liczba osób oczekujących nie jest precyzyjną miarą list oczekujących ani precyzyjnym wskaźnikiem niedoborów ilości usług. Istnieje wiele zastrzeżeń co do jakości, wiarygodności czy użyteczności informacji przedstawianej w sprawozdawczości list oczekujących. Niemniej jednak, jako że warunki prawne prowadzenia list oczekujących są jednakowe w całym kraju, wielkość ta może dać obraz ograniczenia dostępu (z jakiegokolwiek powodu by ono nastąpiło) do usług w określonej puli poradni.
<b>Algorytm liczenia</b>	Sumaryczna liczba osób oczekujących na wizytę w wybranych poradniach (neurologiczna, okulistyczna, kardiologiczna, endokrynologiczna oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej) w przeliczeniu na 1000 populacji.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014 <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – listy osób oczekujących tworzy się w odniesieniu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych



Nazwa wskaźnika	Migracja międzywojewódzka pacjentów [%]
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik mówi o zmianie procentowej w bilansie przepływów finansowych wynikających z migracji międzywojewódzkich pacjentów
<b>Informacje dodatkowe</b>	Dla celów niniejszego Indeksu zakłada się, że w większości migracja ta jest związana z pewnymi niedogodnościami dla pacjenta (odległość i związane z tym koszty i czas dojazdu). Zjawisko to należy uznawać za niekorzystne dla pacjenta niezależnie od jego podłoża i możliwości wpływu na to zjawisko ze strony zarządzających ochroną zdrowia. Prezentowane liczby są różnicą między bilansem międzywojewódzkiej imigracji i emigracji zdrowotnej w 2012 r. wobec 2010 r. Wskaźnik prezentuje zatem, w jakim stopniu i jakim kierunku zmieniły się przepływy pacjentów w poszczególnych województwach w latach 2010–2012. Autorzy wychodzą z założenia, że pewien poziom migracji wynika ze struktury systemu (np. lokalizacja ośrodków akademickich), jednakże zjawisko to, będące zasadniczo uciążliwe dla pacjentów, może być ograniczane, jeśli w województwie pojawia się więcej lepszej jakości ośrodków medycznych.
<b>Algorytm liczenia</b>	Zmiana w bilansie przepływów finansowych wynikających z migracji międzywojewódzkiej pacjentów.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014 <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – Dane do naliczenia tego wskaźnika odnoszą się do usług finansowanych ze środków publicznych

Nazwa wskaźnika	Stopień wykorzystania łóżek [dni], [%]
<b>Opis wskaźnika</b>	Wartość dotyczy udziału procentowego liczby osobodni leczenia szpitalnego pacjentów w ogólnej liczbie dni przez jaką łóżka mogą być wykorzystywane w ciągu roku
<b>Informacje dodatkowe</b>	W wartościach bezwzględnych wartość ta oznacza liczbę dni w roku, w których łóżka są wykorzystywane dla hospitalizacji. Wartość tego współczynnika należy przyjąć jako pożądaną dla danej specjalności, natomiast nie powinno być z zasady różnic między województwami. Biorąc pod uwagę, że wskaźnik wykorzystania łóżek będzie przyjęty jako pożądaný do osiągnięcia w okresie 5 lat oraz to, że w wielu przypadkach już obecnie osiąga wartości 75%-80%, ustalono jego wartość na poziomie 80%, z wyjątkiem kilku specjalności, m.in. pediatrii czy chorób zakaźnych.
<b>Algorytm liczenia</b>	Wartość otrzymuje się przez pomnożenie liczby hospitalizowanych przez czas hospitalizacji (tzw. liczba osobodni) i podzielenie przez liczbę łóżek. Gdy liczbę tę odniesiemy do roku, tzn. podzielimy przez 365 i pomnożymy przez 100%, otrzymamy procentowe wykorzystanie łóżek.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	„Policy Papers”, „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności”
<b>Przekrój terytorialny</b>	NTS 2 województwa
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jedno łóżko może być wykorzystywane do realizacji świadczeń finansowanych zarówno ze źródeł prywatnych jak i publicznych

Nazwa wskaźnika	Zasoby sprzętu medycznego w przeliczeniu na liczbę ludności [sztuka]
<b>Opis wskaźnika</b>	Liczba sztuk danego rodzaju sprzętu medycznego przypadająca na 10 tys. osób.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Wyposażenie podmiotów leczniczych w wysokiej jakości specjalistyczny sprzęt medyczny ma niewątpliwý wpływ na poprawę jakości opieki zdrowotnej, przyspieszenie procedur diagnostycznych

	i ich większą dostępność, a także bardziej skuteczne leczenie, stąd znaczenie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę medyczną i jej efektywnego wykorzystania. Miejszem, w którym dla mieszkańca Polski aparatura jest najbardziej dostępna, jest szpital ogólny szczebla powiatowego jako placówka położona najbliżej miejsca zamieszkania. Szpitale wojewódzkie, a zwłaszcza szpitale ponadregionalne uniwersytetów medycznych i działających w skali kraju instytutów, stanowią dla nich zaplecze, szczególnie w wąskospecjalistycznych dziedzinach.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczba sprzętu danego rodzaju oraz liczby ludności, pomnożony przez 10000
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Policy Papers
<b>Przekrój terytorialny</b>	NTS 2- województwa
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Sprzęt może być wykorzystywany do realizacji świadczeń finansowanych zarówno ze źródeł prywatnych jak i publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Odsetek szpitali posiadających Akredytację Centrum Monitorowania Jakości [%]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego szpitali posiadających Akredytację Centrum Monitorowania Jakości w ogólnej liczbie szpitali.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Akredytacja CMJ stanowi element zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Mimo że uzyskanie akredytacji nie daje gwarancji wysokiej jakości, to uznaje się, że staranie się o akredytację jest wyrazem zainteresowania kierownictwa placówki kwestiami jakości. Jest to zatem niejako obietnica, że jakość opieki zdrowotnej stanowi istotne zagadnienie i uzyskanie akredytacji powinno zwiększać prawdopodobieństwo wykonywania świadczeń lepszej jakości. W Indeksie przedstawiono wskaźnik rozpowszechnienia akredytacji w szpitalach w województwie jako dowód zainteresowania jakością i pewnego rodzaju obietnicę lepszej jakości opieki szpitalnej.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby szpitali w województwie z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) oraz ogólnej liczby szpitali ogólnych (nie psychiatrycznych) pomnożony przez 100.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014

	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. W jednym szpitalu mogą być realizowane świadczenia finansowane zarówno ze środków prywatnych jak i publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii [%]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy wyrażonej w procentach proporcji liczby osób leczonych psychiatrycznie stacjonarnie oraz liczby osób leczonych psychiatrycznie w systemie ambulatoryjnie
<b>Informacje dodatkowe</b>	Przesuwanie ciężaru leczenia psychiatrycznego z wielkich szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych w odległych lokalizacjach na mniejsze, działające lokalnie jednostki organizacyjne to jedno z głównych założeń Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Proponowany model opieki skoncentrowany jest na opiece środowiskowej, bliskiej naturalnemu środowisku życia pacjenta, i opiece ambulatoryjnej, wspartej opieką stacjonarną zlokalizowaną w szpitalach ogólnych. Stopień realizacji tych założeń jest zróżnicowany terytorialnie, przede wszystkim zróżnicowana jest liczba osób leczonych szpitalnie do wszystkich objętych opieką pacjentów psychiatrii leczonych. Proporcja ta wskazuje na rolę tradycyjnego podejścia skoncentrowanego na opiece szpitalnej, ale może także wskazywać na różnice w liczbie osób objętych opieką w ogóle – a zatem obrazować skłonność do zasięgania poradnictwa psychiatrycznego w lokalnej populacji.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby osób leczonych stacjonarnie oraz liczby osób leczonych ambulatoryjnie w opiece psychiatrycznej pomnożony przez 100.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014 <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o</b>	Nie - brak identyfikatorów wydzielających usługi

---

**usługach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych**

finansowane ze środków publicznych od finansowanych  
przez świadczeniobiorców

---

Nazwa wskaźnika	Liczba lekarzy na 10 tys. ludności ( prawo do wykonywania zawodu)
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik mówi ilu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu przypada na 10 tys. osób.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2005 r. Nr 226 poz. 1943) lekarzem jest osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca zawód, tj. udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności: bada stan zdrowia, rozpoznaje choroby i im zapobiega, prowadzi leczenie i rehabilitację chorych, udziela porad lekarskich, a także wydaje opinie i orzeczenia lekarskie. Zgodnie z w/w ustawą zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych. Do lekarzy nie zaliczamy dentystów. Główny Urząd Statystyczny Dane roczne; od 2005 r.
<b>Algorytm liczenia</b>	Liczba lekarzy mających prawo do wykonywania zawodu medycznego - w przeliczeniu na 10 tys. ludności
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego <a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jeden lekarz może realizować świadczenia finansowane zarówno ze środków prywatnych jak i publicznych

Nazwa wskaźnika	Liczba lekarzy na 10 tys. ludności (personel pracujący według podstawowego miejsca pracy)
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik mówi ilu lekarzy przypada na 10 tys. osób
<b>Informacje dodatkowe</b>	Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2005 r. Nr 226 poz. 1943) lekarzem jest osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca zawód, tj. udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności: bada stan zdrowia, rozpoznaje choroby i im zapobiega, prowadzi leczenie i rehabilitację chorych, udziela porad lekarskich, a także wydaje opinie i orzeczenia lekarskie. Zgodnie z w/w ustawą zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych. Do lekarzy nie zaliczamy dentystów.

	Pracujący według podstawowego miejsca pracy - osoby pracujące w wymiarze pełnego etatu, w wymiarze godzin przekraczających pełny etat oraz w niepełnym wymiarze godzin w stosunku do czasu pracy określonego obowiązującymi przepisami dla danego rodzaju pracy. Osoby te, niezależnie od wymiaru czasu pracy, są liczone raz, według podstawowego miejsca zatrudnienia. Dane obejmują osoby pracujące z pacjentem, bez osób pracujących w NFZ, administracji państwowej, uczelniach wyższych; nie obejmują osób, pracujących w MON i MSW (do 2011 r. MSWiA). Główny Urząd Statystyczny
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby lekarzy oraz liczby ludności (personel pracujący według podstawowego miejsca pracy) * 10 000
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	1 - Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego województwa warmińsko-mazurskiego 2- Strategia rozwoju województwa śląskiego Strategia rozwoju województwa łódzkiego <a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jeden lekarz może realizować świadczenia finansowane zarówno ze środków prywatnych jak i publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatrici na 100 tys. ludności [osoby]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik mówi ilu lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrici przypada na 100 tys. osób
<b>Informacje dodatkowe</b>	Geriatra – lekarz specjalista, zajmujący się leczeniem osób w wieku podeszłym. W Polsce za granicę wieku podeszłego przyjęto 65 rok życia. Geriatricia (gerontologia kliniczna) jest to dział gerontologii zajmujący się fizjologią i patologią procesu starzenia się oraz problemami klinicznymi związanymi zesterzeniem się i starością; ustala sposoby leczenia chorób wieku podeszłego i zapobieganie im. Geriatricia jest wyodrębnioną specjalnością lekarską. Dane roczne; od 2005 r.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby lekarzy (geriatra) oraz liczby ludności pomnożony przez 100 000
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego

	<a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jeden lekarz może realizować świadczenia finansowane zarówno ze środków prywatnych jak i publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Liczba pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik mówi ile pielęgniarek i położnych przypada na 10 tys. Ludności.
<b>Informacje dodatkowe</b>	<p>Pielęgniarką lub pielęgniarem jest osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych (w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia). (Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - tekst jednolity: Dz.U. 2009 r. Nr 151 poz. 1217 z późn. zm.).</p> <p>Położną lub położnym jest osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych (w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz nad noworodkiem). (Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Tekst pierwotny: Dz. U. 1996 r. Nr 91 poz. 410; tekst jednolity: Dz. U. 2001 r. Nr 57 poz. 602 z późn. zm).</p> <p>Dane obejmują zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki, które złożyły sprawozdanie MZ-88. Nie obejmują jednostek, których organem tworzącym jest MON lub MSWiA. Nie obejmują osób pracujących w NFZ, administracji państwowej, uczelniach wyższych. Dane obejmują osoby pracujące w danej placówce bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, w tym umowa zlecenie) i wymiar czasu pracy.</p> <p>Dane roczne; od 2003 r. (Polska); od 2006 r. (NTS 2 – NTS 4)</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby pielęgniarek i położnych oraz liczby ludności pomnożony przez 10 tys. ludności
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego



<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 4;
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie - wskaźnik odnosi się do infrastruktury opieki zdrowotnej, a nie do świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych czy prywatnych. Jedna pielęgniarka może realizować świadczenia finansowane zarówno ze środków prywatnych jak i publicznych

Nazwa wskaźnika	Odsetek noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku rzadkich wad metabolizmu [%]
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału noworodków objętych badaniami przesiewowymi w ogólnej liczbie noworodków.
<b>Informacje dodatkowe</b>	<p>Za noworodka uważa się dziecko od momentu urodzenia do 27 dnia życia.</p> <p>Badanie przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolizmu to rodzaj badania strategicznego, które przeprowadza się w celu wykrycia chorób metabolicznych (które nie dają charakterystycznych objawów klinicznych w pierwszych miesiącach życia dziecka), a tym samym rozpoczęcia wczesnego leczenia, aby zapobiec poważnym następstwom choroby w przyszłości. Pozwala to na obniżenie kosztów związanych z późniejszą długotrwałą rehabilitacją (w wyniku zbyt późnego rozpoznania choroby).</p> <p>Do rzadkich wad metabolicznych należą:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MCAD (Deficyt dehydrogenazy średnio łańcuchowych kwasów tłuszczowych) z częstością 1 : 9 000 - 15 000</li> <li>LCHAD (Deficyt dehydrogenazy długołańcuchowych kwasów tłuszczowych) z częstością 1 : 180 000</li> <li>Kwasica glutarowa typ I z częstością 1 : 50 000</li> <li>Deficyt karboksylazy propionylowej z częstością 1 : 50 000</li> <li>Kwasica propionylowa z częstością 1 : 125 000</li> <li>Ostra kwasica metylomalonowa z częstością 1 : 180 000</li> <li>Ostra kwasica metylomalonowa wrażliwa na witaminę B12 z częstością 1 : 120 000</li> <li>MCC (Deficyt karboksylazy 3-metylokrotonylowej CoA) z częstością 1 : 50 000</li> <li>Deficyt dehydrogenazy krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych z częstością 1 : 180 000</li> <li>Niedobór liazy metyloglutarylowej z częstością 1 : 360 000</li> <li>MSUD (choroba syropu klonowego) z częstością 1 : 90 000</li> </ul> <p>Dane roczne; od 2011 r.</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku wykrywania rzadkich wad metabolizmu w ogólnej liczbie noworodków pomnożony przez 100.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego <a href="http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/27733/aktualny-projekt-programu-przesiew-w-PDF-na-strone.pdf">http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/27733/aktualny-projekt-programu-przesiew-w-PDF-na-strone.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj;
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – przyjęto, że wszystkie badania przesiewowe realizowane są w ramach środków publicznych.

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Odsetek kobiet biorących udział w programie badań mammograficznych</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego kobiet biorących udział w programie badań mammograficznych w ogólnej liczbie kobiet objętych tym programem.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań mammograficznych (MMG), tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia. Odsetek kobiet z grupy docelowej uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Część badań MMG wykonuje się poza Programem i liczba ta nie jest ujęta w przedstawionych danych. Nieznana jest skala tych badań i nieznane potencjalne różnice między województwami, które mogłyby w ten sposób wpłynąć na wyniki. Podobnie, nieznana jest liczba osób wykonujących badania MMG częściej niż co 2 lata (zgodnie z zasadami Programu). Wydaje się jednak, że skala tego zjawiska nie jest znaczna, ze względu na mechanizm zapraszania i raportowanie badań. Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi realizowany od 2006 r. skierowany jest do kobiet z grup wiekowych najwyższego ryzyka zachorowania na raka piersi, tj. 50-69 lat, u których wskazane jest wykonywanie badań mammograficznych w interwale raz na 2 lata.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby kobiet, które uczestniczyły w badaniu oraz liczby kobiet objętych programem profilaktyki raka piersi pomnożony przez 100
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Centralny Ośrodek Koordynujący <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – przyjęto, że program badań mammograficznych realizowany jest w całości ze środków publicznych.

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Odsetek kobiet biorących udział w programie badaniach cytologicznych [%]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego kobiet biorących udział w programie badań cytologicznych w ogólnej liczbie kobiet objętych tym programem.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Im wyższy wskaźnik uczestnictwa w programie badań cytologicznych, tym lepsza sprawność regionalnego systemu ochrony zdrowia. Podobnie jak w przypadku MMG, odsetek kobiet z grupy docelowej

	<p>uczestniczących w Programie świadczy z jednej strony o świadomości zdrowotnej kobiet, a z drugiej o sprawności organizacji Programu w danym województwie. Oba czynniki są możliwe do zmiany i modyfikacji: 1) świadomość zdrowotna, choć w dużej mierze zależna od ogólnego wykształcenia, może być podnoszona poprzez kampanie społeczne, a przede wszystkim przez edukację zdrowotną prowadzoną przez lekarzy (głównie POZ) i pielęgniarki, 2) sprawność organizacyjna Programu (oznaczająca odpowiednie docieranie z informacją do grupy docelowej), dostępność geograficzna badań oraz doświadczenia kobiet uczestniczących w Programie zależą wprost od składowej systemu ochrony zdrowia, jaką jest działalność ośrodków koordynujących populacyjne badania przesiewowe. W przypadku badań cytologicznych wydaje się, że częściej niż w przypadku MMG badanie realizowane w ramach Programu jest zastępowane przez badanie cytologiczne towarzyszące prywatnym wizytom w gabinetach ginekologicznych. Skala i różnice międzywojewódzkie nie są znane, należy jednak mieć je na uwadze, analizując dane dotyczące tego wskaźnika.</p> <p>Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy realizowany od 2006 r. dedykowany jest dla kobiet z grupy wiekowej 25 - 59 lat, u których wskazane jest wykonywanie cytologii w interwale raz na 3 lata.</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz liczby kobiet, które uczestniczyły w badaniu oraz liczby kobiet objętych programem profilaktyki raka szyjki macicy
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Centralny Ośrodek Koordynujący <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – przyjęto, że program badań mammograficznych realizowany jest w całości ze środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG [%]</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy odsetka dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Obowiązkowe szczepienia są corocznie ogłaszane w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok .... Wyższe wskaźniki za szczepień uznaje się za dowód

	<p>sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	<p>Iloraz liczby dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) oraz dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień pomnożony przez 100.</p>
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<p>Państwowy Zakład Higieny  <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a></p>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak –program szczepień obowiązkowych realizowany jest w całości ze środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrze–śwince–rózyczce (1 dawka)</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	<p>Wskaźnik dotyczy odsetka dzieci zaszczepionych przeciwko odrze-śwince-różyczce w populacji dzieci objętych danym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień</p>
<b>Informacje dodatkowe</b>	<p>Wyższe wskaźniki zaszczepień uznaje się za dowód sprawności systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym. W ostatnich latach w pewnych środowiskach społecznych oraz gremiach profesjonalnych pojawiają się wątpliwości co do zasadności i skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych. Dla celów niniejszego Indeksu uznaje się jednak, że skoro określone szczepienia są obowiązkowe, to korzyści przeważają nad potencjalnymi kosztami (zdrowotnymi czy finansowymi). Tym samym zaszczepienie większego odsetka dzieci jest zjawiskiem pozytywnym. W niektórych środowiskach obserwuje się szczepienie prywatne, nierejestrowane, innymi szczepionkami niż MMR II (np. cztero - składnikową szczepionką przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej). Skala i rozpowszechnienie tego zjawiska nie została jednak zbadana.</p>
<b>Algorytm liczenia</b>	<p>Iloraz liczby dzieci w 3. roku życia (ur. 2009 r.) przeciwko odrze– śwince–rózyczce (1 dawka) oraz liczby dzieci w 3. r.ż. pomnożony przez 100</p>

<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Państwowy Zakład Higieny <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak– program szczepień obowiązkowych realizowany jest w całości ze środków publicznych

Nazwa wskaźnika	Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy proporcji wydatków poniesionych na świadczenie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i świadczenia kontraktowane odrębnie oraz wydatków poniesionych na opiekę szpitalną.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Zakłada się, że proporcje wydatków na opiekę pozaszpitalną w stosunku do szpitalnej w Polsce są w dalszym ciągu niewystarczające. Nie ma na razie zagrożenia nadmiernego ograniczania opieki szpitalnej na rzecz pozaszpitalnej. Proponowany wskaźnik ma na celu ukazanie pozytywnych trendów w finansowaniu świadczeń.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz sumy wydatków NFZ na świadczenia AOS oraz świadczenia kontraktowane odrębnie w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – źródłem danych dla wskaźnika jest NFZ, dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Nazwa wskaźnika	Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego wydatków poniesionych na leczenie jednodniowe w sumie wydatków poniesionych na opiekę szpitalną
<b>Informacje dodatkowe</b>	W konstrukcji niniejszego wskaźnika zakłada się, że proporcje liczby usług wykonywanych w trybie jednodniowym, w stosunku do wykonywanych w trybie stacjonarnym, są w Polsce w dalszym ciągu niewłaściwe. Zakłada się, że nie ma na razie zagrożenia nadmierną liczbą usług wykonywanych w trybie jednodniowym, zatem im wyższy wskaźnik odsetkowy tych usług w stosunku do usług wykonywanych w trybie stacjonarnym, tym lepiej świadczy to o zarządzaniu opieką szpitalną w danym województwie
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz sumy wydatków na świadczenia jednodniowe oraz całkowitych wydatków na leczenie szpitalne pomnożony przez 100
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-</a>

	<a href="#">indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – źródłem danych dla wskaźnika jest NFZ, dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na osobę w wieku powyżej 75. Roku życia</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy przeciętnych wydatków przeznaczonych na opiekę długoterminową przypadających na 1 osobę w wieku powyżej 75. Roku życia
<b>Informacje dodatkowe</b>	Przyjmuje się, że opieka długoterminowa jest w Polsce niedostatecznie rozwinięta. Z tego powodu wiele osób nie ma odpowiedniej opieki i jednocześnie zużywa zasoby szpitalnictwa, powodując nieadekwatne w stosunku do rzeczywistych potrzeb koszty. Uznaje się, że nie występuje obecnie zagrożenie, że opieka długoterminowa jest nadmiernie rozwinięta i finansowana. Zatem im wyższe wydatki na opiekę długoterminową, tym lepiej.
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz sumy wydatków NFZ na opiekę długoterminową oraz liczby osób w wieku powyżej 75. roku życia
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – źródłem danych dla wskaźnika jest NFZ, dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy ilorazu zmian w wielkości zadłużenia SPZOZ-ów oraz zmian wielkości wydatków na świadczenia zdrowotne wojewódzkiego oddziału NFZ (z wyłączeniem refundacji leków).
<b>Informacje dodatkowe</b>	Zmiany w wielkości wydatków na finansowanie świadczeń zdrowotnych wynikają w znacznej mierze ze zmiany algorytmu podziału środków finansowych między OW NFZ – czynnika zewnętrznego, niezależnego od zarządzających ochroną zdrowia na danym terenie,



	jednak to właśnie od nich zależy, w jaki sposób wzrost (lub spadek) przychodów przekłada się na zmiany poziomu zobowiązań. Jeśli zadłużenie rośnie szybciej niż przychody ze sprzedaży świadczeń, wskazuje to na brak należytej kontroli kosztów i złą jakość zarządzania, z kolei jeśli stabilnej wielkości przychodów towarzyszy stabilizacja lub nawet spadek wielkości zadłużenia, świadczy to dobrze o jakości zarządzania finansami w podmiotach leczniczych województw
<b>Algorytm liczenia</b>	Zmiana poziomu zobowiązań SPZOZ w województwie w stosunku do zmiany wydatków na świadczenia w wojewódzkim NFZ.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – wskaźnik dotyczy działalności SPZOZ, przyjęto, że dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach

<b>Opis wskaźnika</b>	<b>Wskaźnik dotyczy zysku</b> SPZOZ-ów przed potrąceniem <b>odsetek</b> od zaciągniętych <b>kredytów</b> , <b>podatków</b> oraz <b>amortyzacji</b>
<b>Informacje dodatkowe</b>	EBITDA wykorzystywana jest do oceny zdolności generowania dochodów przez aktywa danego przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw (holdingu). W ujęciu zastosowanym w niniejszym opracowaniu wyraża zdolność do generowania dochodów (lub strat) przez sektor podmiotów ochrony zdrowia działających w imieniu właścicieli publicznych. Kategoria SPZOZ-ów jest bowiem szczególną grupą quasi-przedsiębiorstw o ograniczonej (w porównaniu ze spółkami) samodzielności, których potencjalny ujemny wynik finansowy obciąża sektor finansów publicznych w jego części samorządowej.
<b>Algorytm liczenia</b>	EBITDA (zysk/strata z działalności operacyjnej + amortyzacja) w SPZOZ-ach na terenie województwa (bez resortowych i klinicznych).
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	CSIOZ <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2

<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – wskaźnik dotyczy działalności SPZOZ, przyjęto, że dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych
---	--

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik rentowności sprzedaży brutto informuje o wartości zysku brutto (przed opodatkowaniem), przypadającego na każdą złotówkę osiągniętych przychodów.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Rentowność brutto sprzedaży pokazuje, ile złotych zysku (straty) przed opodatkowaniem wypracowują wszystkie przychody z działalności danej jednostki gospodarczej – przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw. Im wyższy jest wskaźnik rentowności brutto, tym wyższa jest efektywność dochodów, co oznacza, że dla osiągnięcia określonej kwoty zysku przedsiębiorstwo musi zrealizować niższą sprzedaż niż wówczas, gdy rentowność sprzedaży byłaby niższa. W ujęciu prezentowanym niżej cały sektor SPZOZ-ów, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy w poszczególnych województwach, traktowany jest jako jeden organizm. Rentowność ze sprzedaży całego sektora informuje, jakie korzyści lub straty generuje działalność lecznicza w relacji do skali przychodów tego sektora
<b>Algorytm liczenia</b>	Iloraz zysku (straty) z działalności operacyjnej do przychodów brutto ze sprzedaży i zrównanie z nimi SPZOZ-ów.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	CSIOZ <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - wskaźnik dotyczy działalności SPZOZ, przyjęto, że dotyczy wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Nazwa wskaźnika	Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy proporcji wydatków na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych oraz przychodów na 1 osobę w gospodarstwach domowych
<b>Informacje dodatkowe</b>	Zakłada się, że wydatki prywatne, jako odsetek całości wydatków gospodarstw domowych) na opiekę zdrowotną są wprost proporcjonalne do stopnia niezaspokojenia potrzeb tych gospodarstw przez system publicznej opieki zdrowotnej. Analogicznie do podobnych parametrów na poziomie międzynarodowym, gdzie wydatki prywatne są wysokie w krajach o niesprawnych systemach publicznych (Grecja, Portugalia, Irlandia), a niskie w krajach skandynawskich czy Niemczech
<b>Algorytm liczenia</b>	Przeciętne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych/Przeciętne przychody netto na 1 osobę w gospodarstwach domowych (razy) 100
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b> - Czy istnieje możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Tak/Tak częściowo/Nie) - Jeżeli częściowo, to w jakim zakresie	Nie – wskaźnik dotyczy wyłącznie wydatków prywatnych

Nazwa wskaźnika	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego gospodarstw domowych, które ze względów finansowych zrezygnowały z zakupu leków w ogólnej liczbie gospodarstw domowych
<b>Informacje dodatkowe</b>	Popyt na leki jest z jednej strony wyrazem istnienia potrzeb zdrowotnych oraz zachorowań (preskrypcyjnych) lekarzy, z drugiej zaś możliwości ich zaspokojenia ze środków publicznych lub prywatnych (siły nabywczej). Ze względu na zjawisko asymetrii informacyjnej pacjenci są stroną pasywną w

	definiowaniu zapotrzebowania na leki – to lekarze zwykle decydują, jaki lek pacjent powinien zastosować. Pacjenci mogą w tej relacji jedynie zrezygnować z zakupu leku (lub nie stosować go, nawet jeśli zostanie zakupiony). W niniejszym indeksie uznaje się, że rezygnacja z zakupu leku przez pacjenta jest zjawiskiem negatywnym, będącym pewnego stopnia dysfunkcją systemu (ceny, zastępowanie leków, polityka preskrypcyjna lekarzy).
<b>Algorytm liczenia</b>	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	„Diagnoza społeczna” <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie – – wskaźnik dotyczy wyłącznie wydatków prywatnych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z usług lekarza</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik dotyczy udziału procentowego gospodarstw domowych, które ze względów finansowych zrezygnowały z usług lekarza w ogólnej liczbie gospodarstw domowych
<b>Informacje dodatkowe</b>	Podobnie jak w przypadku leków, popyt na usługi medyczne jest z jednej strony wyrazem istnienia potrzeb zdrowotnych oraz praktyki kierowania przez lekarzy, z drugiej zaś możliwości zaspokojenia tych potrzeb ze środków publicznych lub prywatnych (siły nabywczej). W usługach zdrowotnych, w szczególności w zwykłym poradnictwie lekarskim, pacjenci jednak w większym stopniu samodzielnie definiują swoje potrzeby. Zatem w pewnej części rezygnacje z usług lekarskich pojawiają się w mechanizmie, w którym pacjent uświadamia sobie potrzebę (np. konsultacji kardiologa), z powodu długiego czasu oczekiwania rozważa skorzystanie z usług prywatnych, lecz ostatecznie decyduje się zrezygnować z takiej usługi, uznając, że jest zbyt droga. W Indeksie uznaje się, że rezygnacja z zakupu usługi lekarskiej przez pacjenta jest zjawiskiem negatywnym, niezależnie od zasadności zdefiniowania potrzeby przez pacjenta.
<b>Algorytm liczenia</b>	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z usług lekarza.

<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	„Diagnoza społeczna” <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Nie – wskaźnik dotyczy wyłącznie wydatków prywatnych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Dostępność informacji</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat dostępności informacji
<b>Informacje dodatkowe</b>	System informacji, który zapewnia wiedzę, gdzie się zwrócić z danym problemem i czego pacjent może oczekiwać, zdaniem ok. 10% respondentów należy do najważniejszych kryteriów jakości ochrony zdrowia. W przypadku pytania o system informacji najmniej pozytywnych ocen wystawili mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (43%, średnia ocen 2,37), najwięcej zaś mieszkańcy woj. podlaskiego (72%, średnia ocen 3,07).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia. <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak – dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej</b>
<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat dostępu do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej
<b>Informacje dodatkowe</b>	Około 18% respondentów uznało dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej za jedno z głównych kryteriów jakości systemu opieki zdrowotnej. W przypadku pomocy nocnej i świątecznej najwięcej pozytywnych ocen mieszkańcy przyznali systemowi woj. kujawsko-pomorskiego (64%, średnia ocen 3,12). Najmniej pozytywnych ocen w tej kategorii przyznali systemowi mieszkańcy woj. pomorskiego (46%, średnia ocen 2,65).

<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia. <a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### Dostęp do badań diagnostycznych

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat dostępu do badań diagnostycznych
<b>Informacje dodatkowe</b>	Dostęp do badań diagnostycznych uznano za jedno z najważniejszych kryteriów jakości ok. 27% respondentów. W tej kategorii najwięcej not pozytywnych przyznali mieszkańcy woj. warmińsko-mazurskiego (59%, średnia ocen 2,87). Najgorzej ocenili dostęp do badań diagnostycznych mieszkańcy woj. kujawsko-pomorskiego (średnia ocen 2,35).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### System rejestracji, jakość obsługi administracyjnej

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat systemu rejestracji, jakości obsługi administracyjnej
<b>Informacje dodatkowe</b>	Kolejne kryterium – system rejestracji, jakość obsługi administracyjnej – za jedno z najważniejszych w ocenie jakości uznało jedynie 6% respondentów. W tej kategorii najwięcej ocen pozytywnych przyznali lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej mieszkańcy woj. opolskiego (średnia ocen 3,30), a najgorzej ocenili go mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,77).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.

<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### Czas oczekiwania na usługę medyczną

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat czasu oczekiwania na usługę medyczną
<b>Informacje dodatkowe</b>	Drugim najczęściej wymienianym kryterium jakości jest czas oczekiwania na usługę medyczną. To kryterium wymieniało jako istotne aż 41% respondentów. W kategorii czasu oczekiwania najwięcej pozytywnych ocen przyznali systemowi mieszkańcy woj. zachodniopomorskiego (46%, średnia ocen 2,42), najmniej natomiast mieszkańcy woj. łódzkiego (28%, średnia ocen 1,98).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat jakości infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych
<b>Informacje dodatkowe</b>	Jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych za ważne kryterium jakości uznało jedynie 4% respondentów. W tej kategorii najwięcej pozytywnych ocen przyznali mieszkańcy województw

	podkarpackiego i warmińsko- -mazurskiego (78%, średnia ocen 3,21). Najgorzej ja kość infrastruktury oceniali mieszkańcy woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,77).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### Podejście lekarza do pacjenta

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat podejścia lekarza do pacjenta
<b>Informacje dodatkowe</b>	Podejście lekarza do pacjenta – rozumiane jako sposób rozmowy, zrozumienie problemu i czas poświęcony pacjentowi – za jedno z najważniejszych kryteriów oceny systemu uznało 37% respondentów. Jest to zatem trzecie najczęściej wymieniane kryterium jakości. W tej kategorii najlepiej oceniani byli lekarze woj. opolskiego (średnia ocen 3,64), najgorzej natomiast lekarze woj. świętokrzyskiego (średnia ocen 2,73).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych

#### Nazwa wskaźnika

#### Efekty leczenia

<b>Opis wskaźnika</b>	Wskaźnik zawiera średnią ocen respondentów na temat
-----------------------	---



	efektów leczenia
<b>Informacje dodatkowe</b>	Efekty leczenia jako ważne kryterium oceny systemu, co zaskakujące, wskazało jedynie 18% respondentów. W tej kategorii najlepiej oceniali system mieszkańcy woj. opolskiego (średnia ocen 3,33), najgorzej natomiast mieszkańcy woj. zachodniopomorskiego (średnia ocen 2,69).
<b>Algorytm liczenia</b>	Średnia ocen respondentów w skali od 1 do 5.
<b>Miejsce występowania wskaźnika</b>	<a href="http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf">http://www.pwc.pl/pl_PL/pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf</a>
<b>Przekrój terytorialny</b>	- kraj; NTS 2
<b>Możliwość wydzielenia informacji o usługach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	Tak - dane NFZ - przyjęto, że wskaźnik dotyczy wyłącznie usług finansowanych ze środków publicznych