

PROBLEMATYKA POMIARU DOSTĘPU DO PUBLICZNYCH ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (AOS)*

Krzysztof Nyczaj

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia
e-mail: k.nyczaj@stat.gov.pl

Dariusz Wasilewski

Fundacja Instytut Wiedza i Zdrowie

Michał Dziegielewski

DOI: 10.15611/noz.2017.3.06

Streszczenie: Celem artykułu jest krytyczna analiza aktualnie stosowanych wskaźników przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Artykuł opisuje wady i ograniczenia tych wskaźników, szczególnie jeśli chodzi o brak uwzględnienia ruchów migracyjnych. Opisane w artykule problemy zostały zilustrowane wykresami i mapami. Autor wskazał przesłanki, które powinny być uwzględnione dla konstrukcji nowych, bardziej precyzyjnych wskaźników. Artykuł opiera się na wynikach projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznego. Okres, za jaki analizowano dane, to lata 2013-2014. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach gminy (NTS 5).

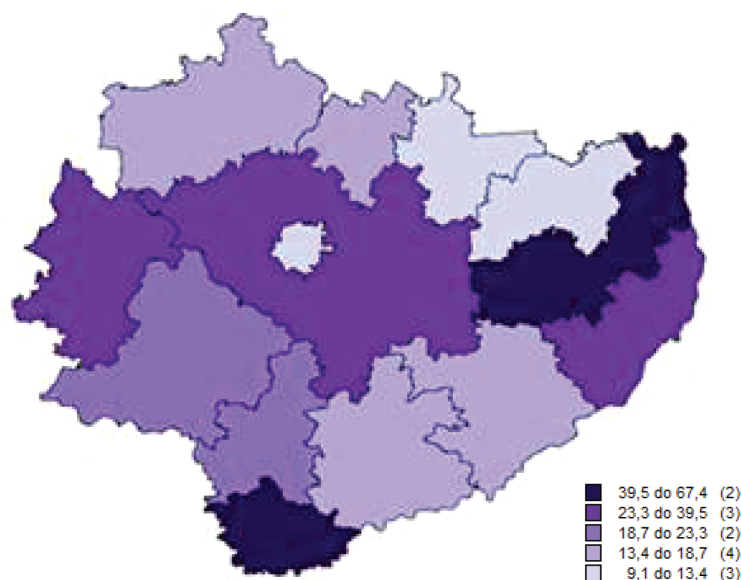
Słowa kluczowe: wskaźniki, ochrona zdrowia, dostępność do świadczeń zdrowotnych.

1. Ograniczenia aktualnie stosowanych wskaźników w ochronie zdrowia

Większość z istniejących wskaźników ma mocne ograniczenia, aby można było na ich podstawie wyciągać uprawnione wnioski co do stanu dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największe ograniczenia ma wskaźnik: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wśród nich można znaleźć zarówno duże centra

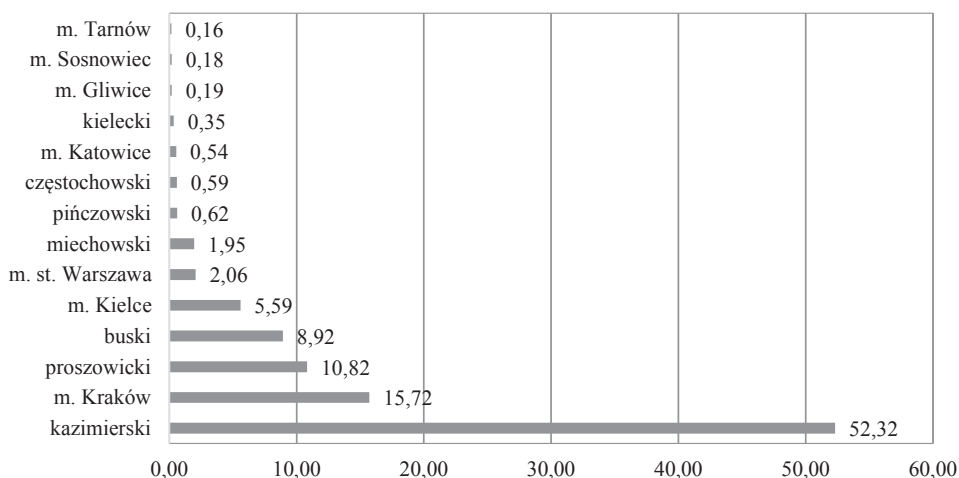
zdrowia, których zasięg działania obejmuje niekiedy cały powiat, a nierzadko kilka sąsiadujących ze sobą powiatów, jak i małe specjalistyczne praktyki lekarskie. Ponadto, podobnie jak w przypadku szpitali, zasadniczy problem dotyczy sposobu identyfikacji przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Może zostać ona wydzielona jako odrębne przedsiębiorstwo, jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa lub jego komórka organizacyjna. Szczególnie widać to w przypadku dużych sieci medycznych, w skład

* Praca realizowana w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2007-2013 oraz programowania i monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013. Praca została wykonana przez Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS w Jachrance na zlecenie Głównego Urzędu Statystycznego (umowa nr 27/BR-POPT/CBiES/2015 z dnia 22 stycznia 2015 r.). Celem projektu było rozpoznanie możliwości uzyskania nowych wskaźników lub opracowania metodologii badań statystycznych na podstawie danych administracyjnych w wybranych, ważnych z punktu widzenia prowadzenia monitoringu polityki spójności obszarach w perspektywie finansowej 2014-2020.



Rys. 1. Odsetek mieszkańców powiatów woj. świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń AOS finansowanych ze środków NFZ w placówkach innych powiatów w 2014 r., według powiatów (w %)

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

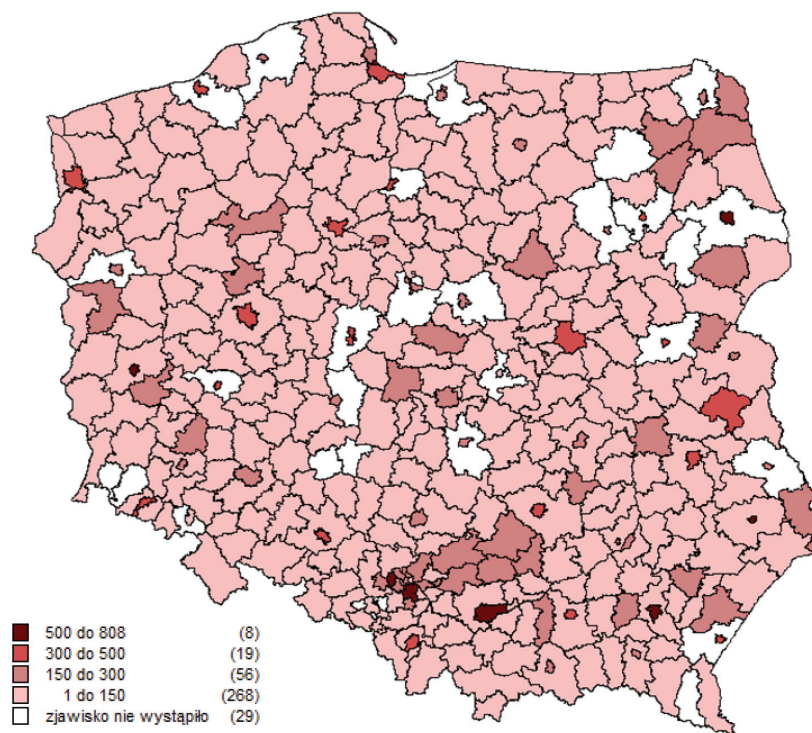


Rys. 2. Mieszkańcy powiatu kazimierskiego korzystający z usług AOS w 2014 roku według lokalizacji placówki (w %)

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

których może wchodzić wiele przedsiębiorstw ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których każde może mieć kilka przychodni, stanowiących odrębne jednostki organizacyjne. GUS opracowuje sprawozdanie ZD-3 w kontekście położenia przedsiębiorstw i jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego, a nie podmiotu leczniczego jako całości, co pozwala na uniknięcie tych trudności. Warto jednak podkreślić, że na podstawie samej liczby przychodni nie powinno się wyciągać zbyt kategoriycznych wniosków co do dostępności opieki specjalistycznej, gdyż przychodnie różnią się wielkością i potencjałem pod względem np. liczby zatrudnionych lekarzy. Ponadto statystyki

nie uwzględniają ruchów migracyjnych pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przesłankami dotyczącymi wyboru poradni, niekoniecznie związanymi z odległością i terminem dotarcia do placówki opieki zdrowotnej z miejsca zamieszkania (np. bliskość miejsca nauki lub pracy). Problem ten ukazuje mapa zaprezentowana na rys. 1. Wynika z niej, że ponad 40% mieszkańców powiatu opatowskiego oraz kazimierskiego w województwie świętokrzyskim otrzymało w 2013 roku świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Z rysunku 2 wynika, że główne kierunki migracji mieszkańców powiatu kazimierskiego w celu uży-



Rys. 3. Liczba porad kardiologicznych udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców w 2014 r.

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

skania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to dwa powiaty woj. małopolskiego, tj. miasto Kraków oraz powiat proszowski.

Innym wskaźnikiem często stosowanym w statystyce jest liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów. Wskaźnik ten lepiej odzwierciedla skłonność do korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej na terenie powiatu, jednak również ma swoje ograniczenia, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pomiędzy powiatami, które, jak wspomniano wyżej, może mieć różne przyczyny. Z analizy mapy przedstawionej na rys. 3 wnioskować można, że istnieje wyraźna tendencja do korzystania z poradni kardiologicznych zlokalizowanych na terenie miast wojewódzkich oraz dużych miast. Istnieje ponadto wiele powiatów, na terenie których nie udzielono żadnych porad kardiologicznych, co nie oznacza, że mieszkańcy takich powiatów nie mają dostępu do poradni kardiologicznych. Korzystają oni najprawdopodobniej z poradni zlokalizowanych na terenie sąsiednich powiatów. Podczas analizy mapy należy jednak mieć na uwadze różnice w metodzie i organizacji procesów sprawozdawczości statystycznej. Jeśli bowiem np. w danym powiecie została zlokalizowana poradnia kardiologiczna, ale stanowi ona pod względem formalnoprawnym komórkę organizacyjną, wchodzącą w skład jednostki organizacyjnej/

przedsiębiorstwa zlokalizowanego w innym powiecie, to dane dotyczące liczby porad kardiologicznych wykonanych w tej komórce organizacyjnej/przedsiębiorstwa, a więc potraktowane będą jako porady wykonane w powiecie zgodnym z lokalizacją jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa.

2. Czas oczekiwania

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne to podstawowy wskaźnik brany pod uwagę podczas dyskusji nad stanem systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście bieżącej polityki krajowej. Ma on silne umocowanie w systemie ochrony zdrowia. Źródłem jego stosowania jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), dla której aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 200, poz. 1661), zwanych dalej listami oczekujących. W konsekwencji to listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane na pod-

stawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia ze względu na szeroki zasięg są w Polsce jedynym systemowym rozwiązaniem służącym ocenie dostępności do świadczeń, chociaż, co należy mieć na względzie, mającym ograniczenia. Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana bowiem przez czynniki leżące po stronie zarówno świadczeniodawcy (np. przez skracanie czasu pracy placówek udzielających świadczenia, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (np. przez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy, czyli pacjenta (m.in. przez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych)” [Krot, Glińska 2003-2004, s. 399-413].

Wskaźnik „czas oczekiwania” paradoksalnie wykorzystywany jest zarówno przez zwolenników tezy o poprawiającym się systematycznie stanie opieki zdrowotnej, jak i jej przeciwników. Wynika to z braku możliwości odniesienia wartości obliczonego wskaźnika do przyjętych standardów dotyczących maksymalnego czasu oczekiwania na określone świadczenie zdrowotne. Problematykę tę porusza w pewnym stopniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej¹. Zgodnie z nim ustalenie dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego lub świadczenia wysokospecjalistycznego dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, mający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Ustalenia takiego dokonuje się jednak indywidualnie w odniesieniu do pacjenta na podstawie: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowania co do dalszego przebiegu choroby. W trakcie analiz i ocen dotyczących dostępności do świadczeń zdrowotnych warto mieć na uwadze, że niezależnie od miejsca w kolejce w przypadku zagrożenia zdrowia pacjent może być przyjęty poza kolejnością, a w przypadku zagrożenia życia przyjmowany jest do szpitala natychmiast. W wielu przypadkach pacjenci, chociaż mają możliwość wyboru szpitala, w którym czas oczekiwania jest krótszy, decydują się

na dłuższe oczekiwanie ze względu na takie czynniki, jak: odległość od miejsca zamieszkania swojego lub rodziny, renoma placówki, opinia na temat lekarza. Uwarunkowania te sprawiają, że czas oczekiwania nie wydaje się obiektywnym wskaźnikiem umożliwiającym ocenę dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych i konieczne jest poszukanie innego, bardziej miarodajnego wskaźnika.

3. Liczba szpitali i poradni specjalistycznych z kontraktem NFZ i bez kontraktu

Dostępność do publicznych usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitalnej często analizuje się na podstawie porównania liczby szpitali i poradni specjalistycznych z kontraktem NFZ i bez kontraktu oraz analizy tych wielkości z perspektywy jednostek samorządu terytorialnego. Brak szpitala lub przychodni ambulatoryjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu z NFZ stanowi często argument dotyczący konieczności rozbudowy infrastruktury szpitalnej i ambulatoryjnej – specjalistycznej. Nawet jeśli analiz takich dokonuje się na wyższym poziomie szczegółowości, tj. przy uwzględnieniu liczby łóżek, hospitalizacji czy liczby porad specjalistycznych przypadających na liczbę mieszkańców samorządu terytorialnego danego szczebla, to pomiary takie nadal mogą być obarczone błędem, gdyż wykonywane są według miejsca wykonania świadczenia i często nie biorą pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Czynnikiem wpływającym na wybór przez pacjenta szpitala lub przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są nie tylko odległość szpitala od miejsca zamieszkania, ale i renoma placówki, czas oczekiwania, specjalizacja oddziału lub możliwość zapewnienia opieki przez rodzinę. Dostępność do oddziałów o specjalności chirurgia ogólna oraz położnictwo powinno się rozpatrywać raczej z perspektywy powiatu (NUTS-4) niż województwa, dostępność zaś do oddziałów o specjalności: kardiologia czy neurologia – odwrotnie, tj. z perspektywy województwa (NUTS-2).

Próbę przyporządkowania specjalności oddziałów do poziomów referencyjnych Ministerstwo Zdrowia podjęło już w 1998 roku². Do pierwszego poziomu referencyjnego miały trafić szpitale udzielające

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.07.250.1884).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998 nr 164 poz. 1193, z późn. zm.).

świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Mogły one także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia wymagał świadczeń zdrowotnych w dłuższym okresie niż 4 tygodnie, a szczególnie w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej. Drugi poziom referencyjny miał obejmować szpitale wojewódzkie udzielające, oprócz świadczeń zdrowotnych przypisanych do pierwszego poziomu referencyjnego, również świadczenia z zakresu kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej. Szpitale te mogły także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej. Trzeci poziom referencyjny miał obejmować szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe resortowi zdrowia³.

4. Udział hospitalizacji finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji dla pacjentów zamieszkujących teren danego powiatu

Poszukując bardziej miarodajnego wskaźnika, można przyjąć założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne), może oznaczać uznanie, że według jego standardów świadczenie oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. Konstrukcja wskaźnika, np. w przypadku leczenia szpitalnego, powinna więc opierać się na porównaniu danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych, oraz danych dotyczących wszystkich hospitalizacji – niezależnie od sposobu ich sfinansowania, a także uwzględniać miejsce zamieszkania pacjenta. Obliczenie takiego wskaźnika na poziomie

krajowym nie jest trudne, gdyż wystarczy porównać dane gromadzone w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29 oraz dane gromadzone w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ. Porównując dane dotyczące szpitalnych świadczeń zdrowotnych zgromadzone przez NFZ za lata 2009-2011 w rodzaju leczenie szpitalne [Analiza świadczeń...] oraz dane z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia za lata 2009-2011, należy stwierdzić, że udział hospitalizacji sfinansowanych w ramach środków NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji wyniósł w 2009 r. – 80,97%, w roku 2010 – 78,19%, a w roku 2011 – 84,60%. Można z tego wyciągnąć wniosek, że ogólna dostępność do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych zauważalnie wzrosła.

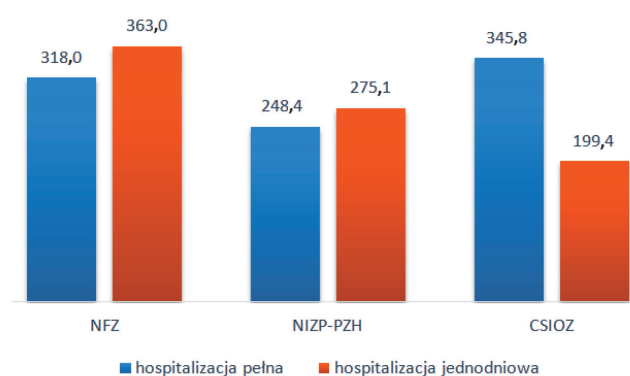
Próba dokonania obliczeń tego wskaźnika na poziomie powiatu oraz w obrębie poszczególnych typów oddziałów trafia jednak na poważne bariery wynikające ze specyfiki procesów sprawozdawczości statystycznej. Obliczenia oparte wyłącznie na danych gromadzonych w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, które nie zawierają informacji o miejscu zamieszkania pacjenta, obarczone będą błędem ze względu na nieuwzględnienie zjawiska migracji pacjentów do podmiotów leczniczych zlokalizowanych na terenie innych powiatów i województw niż powiat i województwo zamieszkania pacjenta. Informacje takie gromadzone są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w ramach badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11, ale kompletność danych przesyłanych przez podmioty lecznicze, chociaż stale się poprawia, wydaje się niewystarczająca.

Z porównania danych zgromadzonych przez NFZ i NIZP-PZH wynika, że w wielu przypadkach liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NFZ jest większa niż liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NIZP-PZH. Nierzadko zdarza się również, że choć usługa medyczna ma charakter ambulatoryjny, to jednak ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana w oddziale szpitalnym, a co za tym idzie – może być wykazywana w sprawozdaniach do NFZ jako hospitalizacja jednolita. Może natomiast nie być wykazywana w rocznych sprawozdaniach MZ-29 przesyłanych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Takie sytuacje mogą zdarzać się zwłaszcza w przy-

³ Ostatecznie rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali weszły w życie ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

padku chemioterapii i radioterapii. Tezę tę potwierdza analiza danych gromadzonych w NFZ, CSIOZ oraz NIZP-PZH wykonana podczas realizacji wspomnianego na wstępie projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”. Według danych z systemu RUM-NFZ⁴ w roku 2014 na oddziałach onkologicznych odnotowano 318,1 tys. hospitalizacji pełnych oraz 363,1 tys. jednodniowych. Podobne proporcje pomiędzy liczbą hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych zaobserwować można, analizując dane gromadzone przez NIZP-PZH. Według NIZP-PZH za rok 2014 odnotowano na oddziałach onkologicznych 248,4 tys. hospitalizacji pełnych i 275,1 tys. jednodniowych. Oczywiście liczba hospitalizacji finansowanych w ramach umów z NFZ nie może być większa od całkowitej liczby hospitalizacji, a różnica wynika przede wszystkim z mniejszej kompletności badań prowadzonych przez NIZP-PZH⁵. Jednak proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i jednodniową są podobne. W przypadku NFZ wynoszą one 0,88, a w przypadku NIZP-PZH – 0,90.

W przypadku rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29 kompletność danych jest większa, a proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i hospitalizacją jednodniową wydają się bardziej wiarygodne. Według danych CSIOZ za rok 2014 hospitalizacji pełnych na oddziałach onkologicznych było 345,8 tys., jednodniowych zaś 199,4 tys. [Biuletyn Statystyczny... 2015].



Rys. 4. Liczba hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych według informacji gromadzonych przez NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH w 2014 roku (w tys.)

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

Ograniczenia związane z różnicami w organizacji procesów sprawozdawczych, jak wspomniano wyżej, uniemożliwiają określenie udziału hospitalizacji finansowanych ze środków innych niż niepubliczne w ogólnej liczbie hospitalizacji na podstawie porównania danych rejestrowanych przez NFZ oraz NIZP-PZH, tym samym nie ma możliwości obiektywnej oceny skłonności korzystania przez pacjentów z usług szpitalnych finansowanych ze środków prywatnych jako wyniku subiektywnej oceny dokonanej przez pacjenta, dotyczącej niedostatecznego dostępu do szpitalnych usług publicznych.

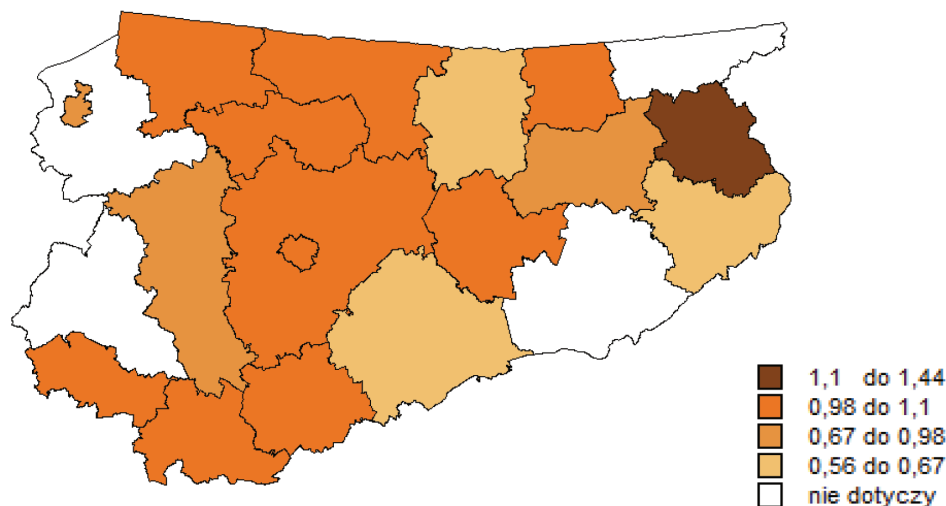
5. Udział wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie danego powiatu

Pomiaru dostępności do publicznych usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można dokonać przez porównanie danych gromadzonych przez NFZ oraz GUS. W związku z tym, że dane gromadzone przez NFZ dotyczą usług finansowanych ze środków publicznych, a dane gromadzone przez GUS dotyczą wszystkich usług, można byłoby wysunąć tezę, że to dobry sposób na ocenę *skłonności pacjentów do korzystania z komercyjnych świadczeń zdrowotnych*. Interpretacja wskaźnika mogłaby być następująca: mniejszy udział porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych przez NFZ w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych oznacza większą skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, a więc mniejszą dostępność do usług publicznej opieki ambulatoryjnej. Taki wskaźnik można byłoby zastosować do porad udzielonych w wybranych rodzajach poradni (według 8 części kodu resortowego) oraz odnieść do poziomu powiatu.

Problemem w stosowaniu tak skonstruowanego wskaźnika jest jednak fakt, że dane dotyczące liczby porad w powiatach gromadzone przez GUS nie zawsze są porównywalne z danymi gromadzonymi przez NFZ. Różnice wynikają z odmiennych definicji porady i różnego sposobu kwalifikowania poszczegól-

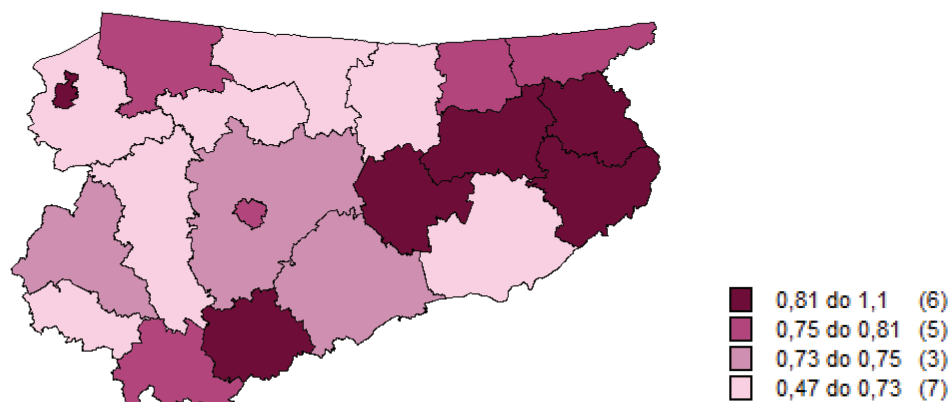
⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2013 poz. 514).

⁵ Jednym ze sposobów umożliwiających podniesienie kompletności danych gromadzonych przez PZH – NIZP mogłoby być wprowadzenie identyfikatora karty statystycznej szpitalnej wykazywanej obowiązkowo w sprawozdaniach przesyłanych do NFZ jako elementu kontrolnego, tak jak zrobiono to w przypadku karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.



Rys. 5. Udział wizyt w poradniach onkologicznych AOS finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach onkologicznych na terenie woj. warmińsko-mazurskiego według powiatów w 2014 r. (w %)

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].



Rys. 6. Odsetek wizyt w poradniach stomatologicznych finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach AOS na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. (w %)

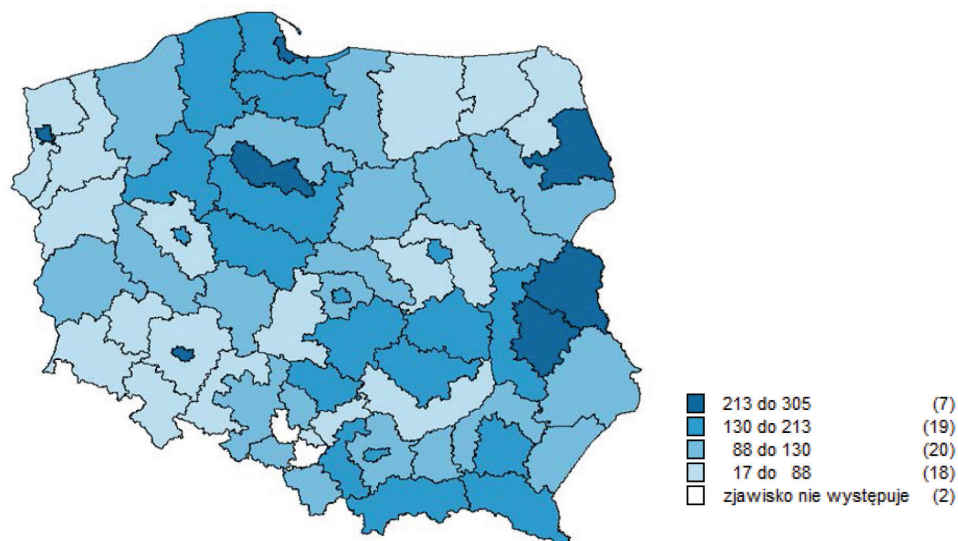
Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

gólnych porad przez GUS i NFZ. Dotyczy to zwłaszcza porad składających się z cyklu wizyt (rehabilitacja, psychologia). Często zdarza się, że liczba porad wykazywanych przez świadczeniodawców w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej składanej do NFZ przewyższa liczbę porad wskazywaną w sprawozdaniach ZD-3 w obrębie danego powiatu. Może mieć to związek ze specyfiką rozliczeń, które w przypadku niektórych typów świadczeń ambulatoryjnych generują zjawisko zwielokrotniania porad wykazywanych do NFZ zrealizowanych w trakcie jednej wizyty pacjenta. W wielu przypadkach przyczyną jest jednak to, że sprawozdania ZD-3 wypełniane są osobno dla każdej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowot-

nej. Jeśli podmiot leczniczy ma kilka jednostek organizacyjnych w kilku powiatach, to do GUS-u trafi kilka sprawozdań oznaczonych osobnym kodem TERYT. Inaczej będzie w przypadku NFZ, który ze względów rozliczeniowych gromadzi dane w kontekście siedziby podmiotu leczniczego, a nie miejsc faktycznego udzielania świadczenia zdrowotnego.

6. Liczba świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbach przyjęć oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych

Innym sposobem oceny dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych może być analiza liczby świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbach przyjęć oraz szpital-



Rys. 7. Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w 2014 r. (w sztukach)

Źródło: [Pozyskanie nowych... 2015].

nych oddziałach ratunkowych. Podstawą analizy jest teza, że w przypadku braku dostępności do świadczeń ambulatoryjnych w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjenci udadzą się do izby przyjęć, aby uzyskać tam świadczenie zdrowotne bez konieczności oczekiwania w kolejce. Z mapy przedstawionej na rys. 7 można wnioskować, że mieszkańcy podregionu białostockiego, białskiego, lubelskiego, gdańskiego oraz bydgosko-toruńskiego mają nieco gorszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych niż mieszkańcy innych podregionów.

7. Podsumowanie

Obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest niezwykle trudna i skomplikowana. Wpływ na to ma zarówno złożony różnorodny system opieki zdrowotnej, jak i brak spójności między różnorodnymi źródłami informacji, które mogłyby być źródłami danych statystycznych. Mimo że zasadniczym zadaniem statystyki publicznej jest dostarczenie kompleksowej informacji o systemie ochrony zdrowia w Polsce, to istotnym brakującym jej elementem okazuje się wydzielenie informacji o roli usług publicznych (zwłaszcza finansowanych ze środków NFZ) w tym systemie, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Prace nad wypełnieniem

tej luki informacyjnej trwają. Wymagają one ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ) i podejmowania rozwiązań, które umożliwiłyby łączenie i analizę danych pochodzących z różnych źródeł.

Literatura

- Analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2011 w rodzaju lecznictwo szpitalne*, <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2014, 2015, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Krot K., Glińska E., 2003-2004, *Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce*, Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, Uniwersytet Rzeszowski, nr 3, s. 399-413.
- Nyczaj K., 2010, *Doskonalenie zasad klasyfikacji i identyfikacji zakładów opieki zdrowotnej w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Ubezpieczenia zdrowotne z 10-letniej perspektywy. Efektywne zarządzanie finansami ZOZ a systemy rozliczeń*, red. D. Wasilewski, M. Łyszczak, M. Węgrzyn, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław.
- Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza, 2015, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

PROBLEMATICS OF MEASURING ACCESS TO HOSPITAL AND OUTPATIENT SPECIALIST CARE IN PUBLIC SECTOR

Summary: The aim of the article is a critical analysis of current indicators useful for assessing the availability and quality of public services in the field of health protection. The article describes the disadvantages and limitations of these indicators, especially when it comes to the lack of consideration of migratory flows. The problems described in the article are illustrated by graphs and charts. The author pointed out the premises that should be considered for the construction of new, more precise indicators. The article is based on the results of a research project entitled “Acquiring new indicators in the field of health care useful to assess the availability and quality of public services”. The author of the article took part in this project and was responsible for the area of outpatient health care and hospital treatment. The period for which the data were analyzed are the years 2013-2014. The study was conducted from a territorial perspective, which in the case of health protection means mainly poviats (NTS 4) or voivodships (NTS 2), and in some cases municipalities (NTS 5).

Keywords: indicators, health care, access to health services.