

Magdalena Jaworzyńska

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lubinie

e-mail: mjawor@hektor.umcs.lublin.pl

WYKORZYSTANIE MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH DO PLANOWANIA FINANSOWEGO W PODMIOTACH LECZNICZYCH

USE OF THE MAP OF HEALTH NEEDS TO FINANCIAL PLANNING IN HEALTHCARE FACILITIES

DOI: 10.15611/pn.2018.514.13

JEL Classification: G30, G31, I19

Streszczenie: Jednym z najważniejszych zadań ochrony zdrowia jest zapewnienie optymalnej alokacji rzadkich zasobów oraz sprawiedliwa ich dystrybucja z zachowaniem godności pacjenta. Ze względu na specyfikę polskiego płatnika zachowanie równowagi pomiędzy wydatkami a potrzebami jest bardzo trudnym zadaniem. W Polsce, na skutek zmiany przepisów, wprowadzono obowiązek oceny potrzeb zdrowotnych, wykorzystując do tego celu mapy potrzeb zdrowotnych. Mapy potrzeb zdrowotnych są narzędziem wspierającym proces podejmowania decyzji strategicznych i finansowych w ochronie zdrowia. Osoby zarządzające podmiotami będą miały dostęp do odpowiednich danych epidemiologicznych, demograficznych, danych dotyczących potencjału infrastruktury placówek zdrowotnych, jak również dostępu do odpowiednich wytycznych postępowania klinicznego. Celem artykułu jest analiza map potrzeb zdrowotnych i ich wpływ na planowanie finansowe w podmiotach leczniczych.

Słowa kluczowe: mapa potrzeb zdrowotnych, podmioty lecznicze, planowanie finansowe.

Summary: One of the most important health care tasks is to ensure optimal allocation of rare resources and fair distribution of them with the dignity of the patient. Due to the specificity of the Polish payer, keeping the balance between expenses and needs is a very difficult task. In Poland, as a result of changes in the provisions, the obligation to assess health needs was introduced, using maps of health needs for this purpose. Maps of health needs are a tool supporting the process of making strategic and financial decisions in health care. Persons managing entities will have an access to relevant epidemiological and demographic data, data on the infrastructure potential of health care facilities as well as an access to relevant clinical practice guidelines. The aim of the article is to analyze the maps of health needs and their impact on financial planning in healthcare entities.

Keywords: maps of health needs, healthcare facilities, financial planning.

1. Wstęp

Jednym z najważniejszych zadań ochrony zdrowia jest zapewnienie optymalnej alokacji rzadkich zasobów oraz sprawiedliwa ich dystrybucja z zachowaniem godności pacjenta. Ze względu na specyfikę polskiego płatnika zachowanie równowagi pomiędzy wydatkami a potrzebami jest bardzo trudnym zadaniem. W Polsce, na skutek zmiany przepisów, wprowadzono obowiązek oceny potrzeb zdrowotnych, wykorzystując do tego celu mapy potrzeb zdrowotnych. Przedstawiają one trendy demograficzne i epidemiologiczne, infrastrukturę istniejącą w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie. Mają one stanowić narzędzie planistyczne, służące do rzetelnej oceny potrzeb zdrowotnych w województwie [Iłowiecka 2016, s. 70].

Celem artykułu jest analiza map potrzeb zdrowotnych i ich wpływu na planowanie finansowe w podmiotach leczniczych. Jako narzędzia badawcze wykorzystano analizę aktów prawnych i literatury przedmiotu oraz przykład praktyczny odniesienia do mapy potrzeb zdrowotnych.

2. Charakterystyka planowania finansowego w podmiotach leczniczych

W obecnym systemie opieki zdrowotnej pacjenci mają swobodę w korzystaniu z usług zdrowotnych. Podmioty lecznicze muszą zaspokoić oczekiwania i preferencje pacjentów w możliwie najlepszy sposób. Jednak możliwości wyboru pacjentów są ograniczone, ponieważ to płatnik (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) podpisuje (w ich imieniu) kontrakty z dostawcami usług zdrowotnych. Jeżeli dodatkowo uwzględnimy istnienie limitów budżetowych w wydatkach na opiekę zdrowotną, to taka sytuacja zmusza podmioty lecznicze do konieczności stosowania planowania finansowego.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej [Ustawa z 15 kwietnia 2011] podstawą gospodarki podmiotu leczniczego powinien być plan finansowy. Planowanie finansowe w podmiotach leczniczych jest zatem procesem ciągłym, w którym następuje badanie konsekwencji finansowych różnych scenariuszy rozwoju wydarzeń, wprowadzanie danych rzeczywistych, porównywanie ich z wielkościami planowanymi, co w konsekwencji może prowadzić do zmiany programu inwestycyjnego, polityki finansowania, a nawet celów strategicznych wyznaczonych w opracowanej uprzednio strategii zakładu. Planowanie finansowe możemy w najprostszy sposób zdefiniować jako budżetowanie, które jest elementem procesów zarządzania.

Można zauważyć, że planowanie finansowe w podmiotach leczniczych powinno prowadzić do rozpoznania dostępności do świadczeń zdrowotnych, ich kosztów oraz środków niezbędnych do zrealizowania tych zamierzeń, a także określenia wpływu alternatywnych sposobów działania na ich wyniki finansowe. Planowanie finansowe pozwala podejmować decyzje oparte na kryteriach finansowych, a nie tylko medycznych [Czekaj, Dresler 1995, s. 220].

Planowanie finansowe w zakładzie opieki zdrowotnej może spełniać wiele funkcji, do których zaliczamy [Samuels i in. 1993]:

- wyznaczenie celów i zadań podmiotu leczniczego w ujęciu finansowym;
- kształtowanie realnych stosunków finansowych zakładu opieki zdrowotnej;
- wiązanie podejmowanych decyzji z wielkościami finansowymi dotyczącymi wyników finansowych zakładu, majątku, kapitałów, należności, zobowiązań itp.;
- rozpatrywanie alternatywnych rozwiązań odnośnie do przyszłości na podstawie oceny efektywności inwestycji;
- dokonywanie oceny opłacalności wykorzystania alternatywnych źródeł finansowania;
- wykorzystanie planowania finansowego do oceny uzyskanych wyników.

Podsumowując, można stwierdzić, że planowanie finansowe prowadzi do lepszej organizacji procesu realizacji świadczeń zdrowotnych, wpływa na jakość usług i efektywność zakładów opieki zdrowotnej.

Procedura planowania finansowego jest to ciąg logicznie uporządkowanych i sformalizowanych czynności, mających na celu opracowanie, zatwierdzenie, realizację i rozliczenie planu. Formalizacja ta powinna polegać na precyzyjnym określeniu konkretnych zadań, jakie mają zostać wykonane w związku z tworzonym planem, oraz na wskazaniu komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego odpowiedzialnych za ich realizację. Procedura planowania finansowego musi się składać z kilku elementów [Naruć i in. 2008]. Pierwszym z nich są jasno sprecyzowane dane wejściowe i wyjściowe. Danymi wejściowymi procesu planowania finansowego są założenia planistyczne, wielkości wynikające z planów operacyjnych, z planu inwestycji oraz bieżących uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych podmiotu leczniczego. Z kolei danymi wyjściowymi są plany finansowe sporządzane zgodnie z przyjętymi w jednostce zasadami rachunkowości oraz plan główny zakładu [Naruć i in. 2008].

Należy się zastanowić, jakie działania trzeba podjąć, by planowanie finansowe w podmiotach leczniczych przyniosło oczekiwane efekty. Budowanie planów finansowych w odniesieniu do podmiotów leczniczych można ograniczyć do kilku warunków [Brilman 2002]:

- podmiot leczniczy musi posiadać dobrze zorganizowany system informacji wewnętrznej;
- podmiot leczniczy musi w miarę precyzyjnie określić swoją przyszłą pozycję, z wykorzystaniem wszystkich dostępnych źródeł wiedzy i możliwości wpływania na otoczenie;
- podmiot leczniczy musi określić wewnętrzne warunki realizacji planu finansowego, a więc zasoby, jakimi będzie dysponował;
- zakład opieki zdrowotnej musi opracować plan finansowy, czyli ścieżkę dojścia do zaproponowanych rozwiązań, z zastosowaniem posiadanych zasobów;

- zarządzający podmiotem leczniczym muszą uzyskać poparcie załogi dla wprowadzanego planu;
- zarządzający podmiotem powinni zapewnić bieżący nadzór i kontrolę postępu w realizacji planu.

Podsumowując, należy podkreślić, że planowanie finansowe stanowi istotny instrument zarządzania oraz ważny element sterowania płynnością finansową podmiotów leczniczych. Aby planowanie finansowe przyniosło zamierzone efekty, musi wykorzystywać nowoczesne narzędzia. Jednym z takich narzędzi jest mapa potrzeb zdrowotnych.

3. Mapy potrzeb zdrowotnych

Racjonalizację gospodarowania zasobami systemu opieki zdrowotnej warunkują [Chluska 2016]:

- ograniczony charakter zasobów,
- publiczny charakter wydatków na finansowanie świadczeń zdrowotnych,
- potrzeba optymalizacji wykorzystania zasobów w kontekście rosnących potrzeb opieki zdrowotnej starzejącego się społeczeństwa oraz uwarunkowań zdrowotnych populacji.

Narzędziem, które będzie pomocne w stworzeniu planów finansowych, są mapy potrzeb zdrowotnych, od niedawna tworzone zarówno w Polsce, jak i w wielu krajach europejskich. Mapy zdrowotne pozwalają na łączenie wielu informacji z różnych dziedzin życia społeczno-gospodarczego, takich jak edukacja, demografia, uwarunkowania środowiskowe, sfery zdrowia. Wskutek podejścia interdyscyplinarnego możliwa jest analiza danych [Jewczak, Twardowska 2017].

Na podstawie map potrzeb zdrowotnych zostanie stworzony plan zakupów, którym NFZ posługuje się w praktyce od wielu lat przy określaniu zakresu i liczby kupowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie map oraz przyjętych priorytetów wojewodowie wydadzą decyzję administracyjną zawierającą opinię dotyczącą celowości utworzenia na danym obszarze nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ale także kolejnych jednostek lub komórek organizacyjnych tego podmiotu. Takie podejście jest nowością w polskim systemie ochrony zdrowia i dotyczyć ma zarówno lecznictwa szpitalnego, jak i ambulatoryjnego [Gajda 2015].

Mapa potrzeb zdrowotnych systemu opieki zdrowotnej ustalana jest na poziomach regionów (województw) i jest centralnie koordynowana [Ustawa z 27 sierpnia 2004].

Powstanie map na poziomie regionalnym ma na celu określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych lokalnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Analiza ta dotyczyć ma przede wszystkim obszaru świadczeń charakterystycznych dla świadczeniodawców powiatowych, czyli z zakresu anestezjologii i intensywnej te-

rapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz ginekologii i położnictwa, jak również tych zakresów świadczeń, które są charakterystyczne dla poziomu wojewódzkiego [Jarosiński 2017].

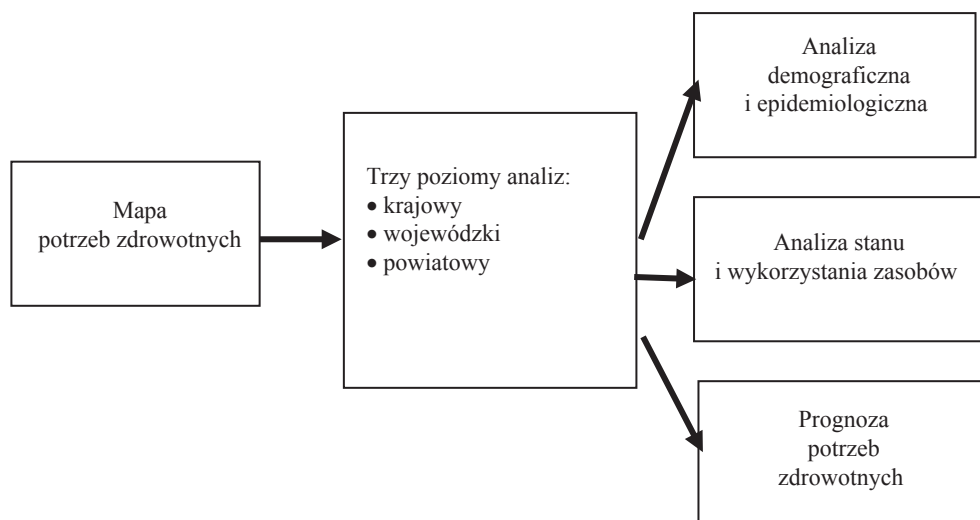
Opracowanie ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych ma na celu dostarczenie takich samych informacji jak na poziomie regionalnym, z tym że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) obowiązujących na poziomie całego kraju. Ponadto jej zadaniem jest zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych, co umożliwi identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane jest podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa [Jarosiński 2017].

Proces przygotowania map potrzeb zdrowotnych przebiegać będzie w następujący sposób:

- pierwsze dwie edycje map przygotowuje Ministerstwo Zdrowia co 3 lata (mapa na okres 30.06.2016-21.12.2018 – gotowa do kwietnia 2016, na okres 1.01.2019-31.12.2021 – gotowa do 31 maja 2018),
- kolejne edycje przygotowują wojewodowie przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych¹.

Na podstawie mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapę regionalną. Jej projekt jest przygotowywany na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Tworzenie map potrzeb zdrowotnych może być znakomitym narzędziem wdrażania sprawnego i skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Warunkiem koniecznym tego procesu powinno być stosowanie wiarygodnych i aktualnych danych, właściwa metodologia oraz cykliczna ocena jakości wyników [Kozierkiewicz i in. 2014]. Strukturę map potrzeb zdrowotnych przedstawiono na rysunku 1.

¹ W skład Wojewódzkiej Rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym jeden przedstawiciel wojewody, jeden przedstawiciel marszałka województwa, jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, jeden przedstawiciel NIZP-PZH, jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa, jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa oraz jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców; zob. art. 95 a i b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z 27 sierpnia 2004].



Rys. 1. Struktura map potrzeb zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015].

Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy i obejmuje analizę [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015, art. 1]:

- liczby ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- struktury ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- przeciętnego dalszego trwania życia w województwie;
- liczby urodzeń oraz współczynnika płodności w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie danych trzyletnich;
- gęstości zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach;
- zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie;
- wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności;
- wartości współczynnika chorobowości szpitalnej na 100 tys. osób oraz współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i województwie;
- umieralności okołoporodowej w województwie.

Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy. Mapa jest sporządzana z podziałem na powiaty, jeżeli umożliwiają to dostępne dane, i obejmuje analizę [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015, art. 2]:

- liczby świadczeniodawców;
- liczby łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach;
- liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 tys. osób;
- stopnia wykorzystania wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia;
- udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z wykorzystaniem co najmniej trzech znaków klasyfikacji), procedur medycznych (według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9), grup świadczeń oraz trybu przyjęcia (w przypadku leczenia szpitalnego), z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku;
- średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w podziale na rodzaje oddziałów szpitalnych, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku (jeżeli dotyczy);
- migracji świadczeniobiorców pomiędzy powiatami w ramach województwa oraz między województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku;
- zasobów kadrowych – liczby lekarzy z poszczególnych dziedzin medycyny, pielęgniarek i położnych, w przeliczeniu na 100 tys. osób.

Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015, art. 2]:

- prognozowaną liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynnik płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. ludzi;
- prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji, w podziale według VIII części resortowego kodu identyfikacyjnego;
- prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek innych niż szpitalne;
- analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych są jawne i można się z nimi zapoznać na stronach Ministerstwa Zdrowia. Jako przykład informacji wspierającej planowanie finansowe w podmiotach leczniczych może służyć fragment opracowania mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubelskiego w zakresie onkologii.

4. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubelskiego²

Dla województwa lubelskiego przygotowano rekomendacje w zakresie onkologii. W okresie 2014-2029 liczba mieszkańców województwa lubelskiego spadnie o 140 tys. osób, czyli o 6,5%, przy czym w tym okresie ludność Polski ogółem spadnie o 3%. Struktura wieku i płci województwa lubelskiego będzie zmieniać się podobnie jak w Polsce. Oczekuje się, że do 2029 r. liczba mieszkańców części powiatów województwa lubelskiego będzie się zmniejszać (nawet o 14% w powiecie hrubieszowskim), ale w części wzrośnie (do 9% w powiecie lubelskim).

Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne, można szacować, że w okresie 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z 10,1 tys. do 11,7 tys. (+1,6 tys., +15,6%). Pod względem dynamiki wzrostu liczby nowych przypadków województwo to jest na 12. miejscu w Polsce. W analizowanej perspektywie nowe przypadki nowotworów płuc (+0,2 tys., +15%), piersi (+0,1 tys., +10%), jelita grubego (+0,2 tys., +20%) i gruczołu krokowego (+0,3 tys., +27%) będą nadal dominującymi grupami nowotworów.

Przeprowadzone analizy wskazują, że łączne zapotrzebowanie na hospitalizację celem wykonania zabiegów chirurgicznych uznane za radykalne wzrośnie z ok. 4,6 tys. w 2016 r. do poziomu ok. 5,1 tys. w 2029 r. (+11%). Maksymalna liczba umów na udzielanie świadczeń w zakres skojarzony „pakiet onkologiczny” w 2016 r. powinna być zmniejszona w niektórych zakresach w stosunku do roku 2015 i nie powinna być większa niż: 14 – w zakresie chirurgia ogólna – zakres skojarzony pakiet onkologiczny; 10 – położnictwo i ginekologia – zakres skojarzony pakiet onkologiczny; 8 – urologia – zakres skojarzony pakiet onkologiczny; 4 – otolaryngologia – zakres skojarzony pakiet onkologiczny. Powyższe wartości wynikają z konieczności centralizacji radykalnego leczenia chirurgicznego, które jest niezbędne do zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjenta.

W województwie lubelskim prognozowane na rok 2029 zapotrzebowanie na świadczenia PET dla mieszkańców województwa (na podstawie obecnej realizacji, uwzględniając świadczenia udzielone w innych województwach) nie mieści się w obecnie (2014) raportowanej liczbie wykonanych badań PET w województwie (939). Dodatkowo liczba ta mieści się w obecnym potencjale, wyliczonym na podstawie raportu na temat stanu radioterapii w Polsce (na 31.12.2014 r., liczba urządzeń: 1).

Zakres chemioterapii

1. W scenariuszu maksymalnym, w badanym czasie nastąpi nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna): z 106,1 tys. osobodni w 2016 r. do 115,8 tys. osobodni w 2029 r. (+9,2%).

² Podpunkt przygotowany na podstawie informacji znajdujących się na stronie Ministerstwa Zdrowia [Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubelskiego].

2. W scenariuszu minimalnym w badanym czasie nastąpi nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna): z 50,6 tys. osobodni w 2016 r. do 56,5 tys. osobodni w 2029 r. (+11,8%).

3. Analiza wskazuje, że w województwie lubelskim optymalna liczba ośrodków realizujących świadczenia chemioterapii w scenariuszu minimalnym nie zmieni się, a zakładając scenariusz maksymalny, pojawi się zapotrzebowanie na dwa dodatkowe ośrodki.

Zakres radioterapia

1. W województwie lubelskim w 2014 r. znajdowało się 6 akceleratorów liniowych do teleradioterapii. Wszystkie ulokowane były w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie. Na jeden akcelerator przypadało 359 tys. ludzi, przez co nie zostały spełnione wymogi zaleceń ESTRO z 2005 r. (1 akcelerator na 250 tys. ludzi) ani IAEA z 2010 r. (1 akcelerator na 180 tys. ludzi). Pod tym względem województwo lubelskie znajdowało się na przedostatnim miejscu w Polsce.

2. W 2014 r. liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń teleradioterapii, wyniosła 3,2 tys., co oznacza, że na 1 akcelerator przypadało średnio 531 pacjentów (niespełnione zalecenia IAEA z 2010 r., rekomendujące 450 pacjentów na akcelerator).

3. Średni wiek akceleratora w województwie lubelskim wynosił 6,3 roku. W województwie tym nie było akceleratorów niespełniających kryterium wieku (10 lat).

4. Prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu teleterapii na rok 2025 wyniesie w województwie lubelskim blisko 5 tys.

5. W województwie lubelskim w 2015 r. zainstalowanych było 6 przyspieszaczy liniowych (wszystkie w Lublinie). Zgodnie z modelem optymalizacji lokalizacji przyspieszaczy liniowych w roku 2025 w województwie lubelskim powinno być zainstalowanych 12 przyspieszaczy liniowych (8 w Lublinie i po 2 w Białej Podlaskiej i w Zamościu).

Jak wynika z przykładu, mapy potrzeb zdrowotnych wskazują kierunki zmian systemowych w poszczególnych obszarach świadczeń zdrowotnych. Jest to ważny czynnik planowania finansowego zarówno w regionach, jak i podmiotach leczniczych.

5. Zakończenie

Mapy potrzeb zdrowotnych są narzędziem wspierającym proces podejmowania decyzji strategicznych i finansowych w ochronie zdrowia. Osoby zarządzające podmiotami będą miały dostęp do odpowiednich danych epidemiologicznych, demograficznych, danych dotyczących potencjału infrastruktury placówek zdrowotnych, jak również dostępu do odpowiednich wytycznych postępowania klinicznego. Mapy

potrzeb zdrowotnych będą wykorzystywane w procesie planowania zakupu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podmiot, który nie zostanie uwzględniony na mapie potrzeb zdrowotnych, nie otrzyma kontraktu z publicznym płatnikiem. Jakość map i zakres ich wykorzystania będzie się zwiększał w czasie i przyczyni się do bardziej przejrzystego i efektywnego planowania finansowego w podmiotach leczniczych.

Literatura

- Brilman J., 2002, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa.
- Chluska J., 2016, *Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach*, Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie, nr 23, t. 2.
- Czekaj J., Dresler Z., 1995, *Podstawy zarządzania finansami*, PWN, Warszawa.
- Gajda K., 2015, *Mapy potrzeb zdrowotnych – założenia a rzeczywistość*, Ogólnopolski Przegląd Medyczny, nr 5.
- Howiecka K., 2016, *Analiza i ocena narzędzi regulacji podaży świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka, nr 3 (130), s. 67-85.
- Jarosiński M. (red.), 2017, *Współczesne wyzwania organizacji ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa.
- Jewczak M., Twardowska K., 2017, *Potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego a skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne*, Problemy Zarządzania, vol. 15, nr 3 (69), cz. 1, s. 159-174.
- Kozierkiewicz A., Gierczyński J., Wysocki M. J., Gałązka-Sobotka M., 2014, *Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia – na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego*, Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Health Management, nr 14.
- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubelskiego*, http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_lubelskie_podsumowanie.pdf (20.02.2018).
- Naruc W., Nowak J., Wieloch M., 2008, *Operacyjne planowanie finansowe. Ujęcie praktyczne*, Difin, Warszawa, s. 78.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, Dz.U. 2015, poz. 458.
- Samuels J.M., Wilkes F.M., Brayshaw R.E., 1993, *Management of Company Finance*, Chapman&Hall, London.
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017, poz. 1938, 2110, 2217, 2361, 2434, z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730.