



Materiały dodatkowe do wykładu 2: Zawartość map potrzeb zdrowotnych

AUTOR: dr hab. n. ekon., prof. SGH Barbara Więckowska

Materiały dodatkowe do slajdów 2 – 4:

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„5.2.3. Zawartość map potrzeb zdrowotnych¹”

Przyjęta koncepcja mapowania potrzeb zdrowotnych wymagała połączenia ze sobą danych pochodzących z wielu źródeł. Działanie takie miało na celu zarówno (częściową) weryfikację jakości informacji, jak i spowodowanie podjęcia dyskusji na temat sposobu gromadzenia danych w systemie ochrony zdrowia oraz zasadności tego gromadzenia.

Dane wykorzystane przy sporządzeniu map potrzeb zdrowotnych pochodziły z²:

- bazy świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia (część 1, 2 i 3 mapy³),
- rejestrów zawodowych: rejestr Naczelnej Izby Lekarskiej, rejestr Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (część 2 mapy),
- rejestrów klinicznych: Krajowy Rejestr Nowotworów (część 1 i 3 mapy onkologicznej) KRN, Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (część 2 i 3 mapy kardiologicznej), EUROCAT, w tym Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (część 1 mapy wad wrodzonych),
- bazy Głównego Urzędu Statystycznego: liczba ludności, prognoza demograficzna (część 1,2,3 mapy), sprawozdania: MZ-29, MZ-30, MSW-43, ZD-3 (część 2 mapy),
- rejestru podmiotów: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (część 2 mapy),
- sprawozdań konsultantów krajowych: sprawozdanie konsultanta krajowego ds. radioterapii, sprawozdanie konsultanta krajowego ds. kardiologii (na temat danych będących w posiadaniu konsultantów wojewódzkich w zakresie liczby stołów hemodynamicznych).”

¹ Punkt ten powstał w dużej mierze na podstawie wcześniejszej publikacji (Więckowska, 2017).

² Zarówno w mapach sporządzonych dla lecznictwa szpitalnego, jak i w mapach sporządzonych wg grup chorób wykorzystywano te same źródła danych (aczkolwiek dane prezentowano w innym układzie) oraz tę samą koncepcję zawartości dokumentów.

³ Struktura treści mapy została opisana w dalszej części podrozdziału.

Materiały dodatkowe do slajdów 5 – 8:

Źródło: B. Więckowska (2018), *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*.

„Każda mapa zawiera wskaźniki ogólne oraz wskaźniki specyficzne. Do wskaźników ogólnych, niezależnych od typu mapy, zaliczane są np. liczba pacjentów, czas hospitalizacji czy udział pacjentów spoza województwa. Jest ich ok. 55. Dodatkowo dla każdej grupy chorób czy typu oddziału można wyróżnić od 8 do 15 specyficznych wskaźników, charakterystycznych dla badanego przekroju danych (podgrup chorób czy typu oddziału), np. liczba pacjentów z udarem leczona poza oddziałem udarowym, tj. bez dostępu do trombolizy. Zatem łączna liczba wskaźników prezentowanych w mapach wynosi ok. 360 dla każdej mapy sporządzanej wg grup chorób oraz ok. 4,5 tys. dla każdej mapy sporządzanej wg oddziałów (Więckowska, 2017). Dodatkowo każdy wskaźnik jest liczony odrębnie dla każdego szpitala, który udziela świadczeń sprawozdawanych w ramach bazowego podsystemu zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Następnie te same wskaźniki są wyliczane dla województw i kraju. Tak przygotowany zestaw danych może stanowić bazę dla wnioskowania w ujęciu przekrojowym (porównywanie podmiotów i województw) oraz w przyszłości w ujęciu czasowym (poprawę poszczególnych wskaźników w czasie). Przygotowany zestaw wskaźników powinien być aktualizowany - zmniejszony (jeżeli monitorowanie danego wskaźnika stanie się bezzasadne) oraz rozszerzony o nowe wskaźniki (np. dedykowane nowym technikom leczenia).”

Materiały dodatkowe do slajdów 9 – 20:

Mapa potrzeb zdrowotnych 2022 – 2026 dostępna w formie pdf pod linkiem:

https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

