

LIZ

Lubuski Indeks Zdrowia



Urząd Statystyczny
w Zielonej Górze

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia
Lubuski Oddział Wojewódzki
w Zielonej Górze

Raport powstał przy współpracy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze

Autorzy raportu:

Dorota Szaban

Zuzanna Sikora

Iwona Surgucka

Marta Lejko

Ewelina Matoga

Honorata Klimkowicz

Cytowanie i wykorzystanie materiałów dozwolone za podaniem źródła

Zielona Góra, grudzień 2019 r.

Spis treści

Wprowadzenie	4
1. Założenia i konstrukcja Lubuskiego Indeksu Zdrowia	6
2.1 Potencjał społeczny	8
2.2 Dostępność kadry i usług medycznych	8
2.3 Poziom zachorowalności i zapadalności na wybrane choroby	9
2.4 Skuteczność leczenia	10
2.5 Profilaktyka	10
2.6 Efektywność finansowania	11
2.7 Satysfakcja pacjenta	11
2. Metodologia konstruowania wskaźników syntetycznych	12
3.1 Konstrukcja LIZ na poziomie IV	12
3.2 Konstrukcja LIZ na poziomie III	12
3.3 Konstrukcja LIZ na poziomie I	13
3. Zastosowane metody badawcze	13
4.1 Desk research	13
4.2 Badanie sondażowe – ankieta online	13
4. Zastosowane metody analiz	14
5.1 Benchmarking	14
5.2 Wskaźniki sumaryczne	14
5. Wyniki analiz w poszczególnych obszarach tematycznych	17
Podsumowanie	88

Wprowadzenie

Lubuski Indeks Zdrowia stanowi próbę kompleksowej oceny funkcjonowania ochrony zdrowia w województwie lubuskim. Stworzenie tego typu narzędzia pozwoliło agregować dane na poziomie powiatów. Koncepcja, na której oparta jest konstrukcja Lubuskiego Indeksu Zdrowia, pozwala łączyć wskazywane w literaturze¹ elementy związane z dostępnością usług medycznych, nowoczesnych form leczenia oraz dostępnością kadry, z ocenami skuteczności zastosowanych rozwiązań, w kontekście zarówno poniesionych nakładów finansowych, jak i mając na uwadze kontekst funkcjonowania ochrony zdrowia w danej społeczności, w tym elementy potencjału społecznego i jego ocenę przez pacjentów.

W pracach nad LIZ wykorzystano dane pochodzące przede wszystkim z rejestrów LOW NFZ oraz zasobów statystyki publicznej. Wykorzystano również dane otrzymane z Powiatowych Komisji ds. Orzekania o Niepełnosprawności oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a także Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp i baz Krajowego Rejestru Nowotworów.

Większość wskaźników oparto na danych za rok 2017, w przypadku ich braku wykorzystano dane za rok 2016. Wskaźniki prezentujące dynamikę zmian odnoszono do roku 2013.

LIZ został uzupełniony informacjami pochodzącymi z badania sondażowego zrealizowanego z wykorzystaniem formularza online wśród mieszkańców województwa lubuskiego, z uwzględnieniem zamieszkania w poszczególnych powiatach.

System ochrony zdrowia ujmujemy w tym miejscu jako uporządkowany, spójny zespół czynników i warunków, stworzony w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ochrona zdrowia dotyczy różnych aspektów zdrowia społeczności, skoncentrowanych z jednej strony na działaniach podtrzymujących i promujących zdrowie, z drugiej zaś – działaniach ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów związanych z chorobą, inwalidztwem i niesprawnością.

Celami Lubuskiego Indeksu Zdrowia są:

- Kompleksowa ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie lubuskim;
- Stworzenie projektu pozwalającego agregować i porównywać dane na poziomie powiatów;
- Współpraca pomiędzy podmiotami gromadzącymi dane dotyczące sytuacji województwa;
- Stymulowanie dialogu dotyczącego funkcjonowania opieki zdrowotnej w powiatach;
- Promocja możliwości wykorzystania danych statystycznych do projektowania działań strategicznych w sektorze zdrowia w powiatach i województwie.

¹ Zob. dla przykładu: Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q. 1966;44(3)(suppl):166-206. Reprinted in Milbank Q. 2005;83(4):691-729.

Lubuski Indeks Zdrowia jest projektem nawiązującym do innych rankingów zdrowia. Pierwszym dokumentem², w którym podjęto próbę oceny ochrony zdrowia był raport Światowej Organizacji Zdrowia „The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance”. Raport ten na poziomie globalnym koncentruje się, na podstawie wybranych wskaźników zdrowotnych, na ocenie działania poszczególnych systemów zdrowotnych.

Obecnie najpopularniejszymi rankingami w Polsce służącymi ocenie funkcjonowania tego systemu są Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia oraz Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia³.

Autorzy zachęcają czytelników raportu do zastanowienia i zgłoszenia swoich propozycji i koncepcji co do przyszłego rozwoju LIZ. Mają nadzieję, że zarówno komentarze na temat doboru i znaczenia zamieszczonych wskaźników i nadanych im wag, jak i sugestie, skąd można uzyskać ciekawe i znaczące informacje pomogą w przyszłości uzupełniać i wzbogacać Indeks.

Roman Fedak
DYREKTOR
mgr Roman Fedak
Dyrektor
Urzędu Statystycznego
w Zielonej Górze

Piotr Bromber
DYREKTOR
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Zielonej Górze
Dyrektor
Lubuskiego Oddziału
Wojewódzkiego NFZ

² Kocot Ewa, Debata wokół wskaźników oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych proponowanych przez WHO, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński Kraków (str. 1)

³ <https://healthpowerhouse.com/publications/>, <https://www.pwc.pl/pl/publikacje/2019/indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2018.html>

1. Założenia i konstrukcja Lubuskiego Indeksu Zdrowia

Lubuski Indeks Zdrowia z założenia ma dotyczyć wielowymiarowej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie lubuskim.

Tabela nr 1. Najważniejsze cechy raportu

Ocena wskaźników istotnych dla funkcjonowania systemu (TRAFNOŚĆ)	Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i pozwalających na dokonanie oceny aspektów i cech pożądanых w systemie ochrony zdrowia
Ocena na poziomie powiatowym (PORÓWNYWALNOŚĆ)	Indeks tworzony jest jako badanie porównawcze między powiatami. Poszczególne wskaźniki odpowiadają na pytanie, w którym z powiatów system ochrony zdrowia działa lepiej, a w którym gorzej w badanej dziedzinie. Do tej pory analizy dokonywane były na poziomie globalnym, krajowym albo w ramach systemów zarządzania jakością na poziomie jednostkowych placówek
Ocena zjawisk i procesów, a nie jednostek (PROCESUALNOŚĆ)	Konstrukcja indeksu i wybór określonych wskaźników jest efektem oddziaływania złożonych czynników. Z założenia indeks nie poddaje ocenie poszczególnych placówek, czy organizacji, ale ich system dostępny w powiecie. Wskaźniki wykorzystane w tworzeniu indeksu charakteryzują jedynie zjawiska i procesy związane z ochroną zdrowia
Wskaźniki są selektywne, ale reprezentatywne (DOPASOWANIE)	Indeks złożony z wielu wybranych wskaźników ma na celu syntetyczną charakterystykę bardzo złożonego systemu. Zatem wskaźniki siłą rzeczy są selektywne, chociaż można je traktować jako reprezentatywne dla opisywanego wymiaru działania systemu
Wskaźniki występują tematycznie (TEMATYZACJA)	Wskaźniki zostały podzielone na kategorie opisujące wyróżnione wymiary, prezentujące określone wartości i cechy realizowane przez system ochrony zdrowia. Uwzględniają one zarówno obiektywny stan rzeczy, jak i oceny subiektywne uzyskane od przedstawicieli mieszkańców powiatów
Interpretacja wskaźników (EMERGENCJA)	Wskaźniki wybrane do oceny systemu zostały scharakteryzowane i opisane w taki sposób, by można je było interpretować z osobna, jako wskaźniki szczegółowe dla danego zjawiska, oraz razem, jako wskaźniki syntetyczne, oceniające daną oś
Ocena zmiany w czasie (DYNAMIKA)	Wraz z upływem czasu i kolejnymi edycjami Indeksu badanie obejmie również obserwację trendów w poszczególnych analizowanych obszarach

LUBUSKI INDEKS ZDROWIA 2019

Lubuski Indeks Zdrowia ma konstrukcję złożoną z trzech poziomów (I, II, III), odpowiadającym założeniom zaczerpniętym z koncepcji Donabediana (D).

I	Lubuski Indeks Zdrowia						
II	Potencjał społeczny	Jakość systemu ochrony zdrowia			Efektywność finansowania	Satysfakcja pacjenta	
D	Potencjał społeczny	Jakość struktury	Jakość procesu		Jakość wyniku	Finansowanie	Satysfakcja pacjenta
III	Charakterystyka sytuacji demograficznej	Dostępność kadry i usług medycznych	Poziom zachorowalności na wybrane choroby (w tym zapadalności)	Profilaktyka	Skuteczność leczenia	Poziom finansowania świadczeń i zarządzania potencjałem	Subiektywna ocena jakości opieki zdrowotnej
IV	Wskaźniki analityczne						

UWAGA:

We wszystkich analizowanych obszarach wyróżniono choroby cywilizacyjne, w stosunku do których ograniczone zostały zestawy wskaźników. Są to:

- choroby układu krążenia;
- cukrzyca;
- choroby nowotworowe (uwzględniono grupę nowotworów takich jak: nowotwór jelita grubego, tchawicy, oskrzeli i płuc, sutka u kobiet i gruczołu krokowego);
- choroby psychiczne.

2.1 Potencjał społeczny

Cel: Ustalenie zasobów demograficznych w populacji powiatów i wskazanie obszarów szczególnie problematycznych, które mogą przekładać się na jakość i kierunki wprowadzania szczególnych rozwiązań w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Problemy badawcze:

- ➔ Jaki jest udział kategorii społecznych w populacji powiatów, które można uznać za wymagające szczególnego uwzględnienia w systemie ochrony zdrowia? (dzieci, nastoletnie matki, osoby starsze i najstarsze oraz osoby niezdolne do pracy).

Wskaźniki	PS1	Orzeczenia o niezdolności do pracy
	PS2	Wskaźnik starości
	PS3	Wskaźnik podwójnej starości
	PS4	Urodzenia żywe na 1000 ludności
	PS5	Udział dzieci w populacji
	PS6	Nastoletnie matki
	PS7	Pacjenci w wieku 65 lat i więcej objęci leczeniem
	PS8	Pacjenci w wieku 85 lat i więcej objęci leczeniem
	PS9	Pacjenci w wieku 0-14 lat objęci leczeniem

2.2 Dostępność kadry i usług medycznych

Cel: Wskazanie zasobów (a także niedoborów) w zakresie kadry medycznej oraz dostępności świadczeń podstawowych i specjalistycznych, a także poziom korzystania (lub niekorzystania) ze świadczeń specjalistycznych.

Problemy badawcze:

- ➔ Jaki jest poziom dostosowania opieki zdrowotnej do potencjału populacji w powiatach województwa lubuskiego?

Wskaźniki	D1	Liczba porad przypadająca na 1 mieszkańca
	D2	Pacjenci przypisani do lekarza rodzinnego
	D3	Ludność przypadająca na 1 podmiot leczniczy
	D9	Specjaliści na 1000 mieszkańca
	D11	Dostępność pielęgniarek i położnych
	D13	Dostępność do opieki długoterminowej
	D15	Wykorzystanie łóżek

- ➔ Jakie są najważniejsze niedobory w zakresie dostępności specjalistycznych usług medycznych w powiatach?

Wskaźniki	D4	Wykonanie świadczeń specjalistycznych z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy
	D6	Wykonanie badań endoskopowych - kolonoskopii i gastrokopii oraz kosztochłonnych – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)
	D8	Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej
	D14	Operacje „jednego dnia”

- ➔ Jak można scharakteryzować migracje w zakresie korzystania z usług medycznych w powiatach? W jakim stopniu migracje są powiązane z dostępnością do określonych usług?

Wskaźniki	D12	Bilans migracji zewnętrznych
-----------	-----	------------------------------

- ➔ Jaka jest długość oczekiwania na określone usługi medyczne?

Wskaźniki	D5	Czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy
	D7	Czas oczekiwania na badania kosztochłonne – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)
	D10	Czas oczekiwania do specjalistów

2.3 Poziom zachorowalności i zapadalności na wybrane choroby

Cel: Ustalenie poziomu pojawiania się nowych zachorowań na choroby cywilizacyjne, generujące wysoką śmiertelność. Jest to dodatkowo informacja na temat kierunków leczenia.

Problemy badawcze:

- ➔ Jaki jest poziom chorobowości ze względu na choroby cywilizacyjne?

Wskaźniki	Z1	Pacjenci leczeni z powodu chorób psychicznych
	Z2	Pacjenci leczeni z powodu cukrzycy
	Z3	Pacjenci leczeni z powodu chorób krążenia
	Z4	Pacjenci leczeni z powodu chorób onkologicznych

- ➔ Jaki jest poziom zapadalności na choroby cywilizacyjne?

Wskaźniki	Z5	Nowe zachorowania na choroby psychiczne
	Z6	Nowe zachorowania na choroby krążenia
	Z7	Nowe zachorowania na cukrzycę
	Z8	Nowe zachorowania na nowotwory

- Jak można scharakteryzować chorobowość pacjentów (na ile chorób chorują mieszkańcy powiatów województwa lubuskiego)?

Wskaźniki	Z9	Chorobowość pacjentów
-----------	----	-----------------------

- Jak można scharakteryzować stan zdrowia noworodków?

Wskaźniki	Z10	Noworodki zdrowe
-----------	-----	------------------

2.4 Skuteczność leczenia

Cel: Uzyskanie informacji o skuteczności podejmowanych terapii i ustalenia poziomu śmiertelności z wybranych powodów (wynikających z najczęściej występujących problemów zdrowotnych).

Problemy badawcze:

- Jaki jest poziom śmiertelności z powodu występowania najpopularniejszych chorób cywilizacyjnych?

Wskaźniki	S2abcd	Umieralność na nowotwory (jelita grubego, tchawicy, oskrzeli i płuc, sutka u kobiet i gruczołu krokowego)
	S6	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych
	S7	Przedwczesne zgony w zgonach ogółem
	S8	Samobójstwa
	S9	Zgony z powodu cukrzycy
	S10	Zgony z powodu chorób układu krążenia

- Jaka jest struktura podejmowania działań zalecanych przez WHO (a także uznawanych za niekorzystne)?

Wskaźniki	S1	Cięcia cesarskie
	S11	Leczeni ambulatoryjne w psychiatrii
	S3	Tryb wypisu
	S4	Rehospitalizacje

- Jak można scharakteryzować przeżywalność z rozpoznaniem choroby nowotworowej?

Wskaźniki	S5	Przeżywalność osób z rozpoznaniem nowotworem
-----------	----	--

2.5 Profilaktyka

Cel: Uzyskanie wiedzy na temat działań profilaktycznych podejmowanych, aby zapobiegać pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnych zjawisk zdrowotnych. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniamy jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowanych wysiłków w celu ich eliminowania lub choćby ograniczenia.

Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczenia skali zjawisk uznanych za nieakceptowane społecznie.

Problemy badawcze:

- ➔ Jaka jest skala i struktura podejmowanych działań profilaktycznych w powiatach?

Wskaźniki	P1	Program badań mammograficznych
	P2	Szczepienia dzieci w pierwszym roku życia
	P3	Program profilaktyki chorób układu krążenia
	P4	Badania bilansowe w POZ
	P5	Wizyty patronażowe
	P6	Profilaktyka w leczeniu stomatologicznym

2.6 Efektywność finansowania

Cel: ustalenie w jakim stopniu ponoszone nakłady finansów na ochronę zdrowia w powiatach są czynnikiem współdecydującym o podejmowanych działaniach w ochronie zdrowia i skuteczności leczenia.

Problemy badawcze:

- ➔ Jakie nakłady są ponoszone na realizację określonych usług medycznych i leczenia poszczególnych kategorii osób (obciążających system) w powiatach?

Wskaźniki	F1	Koszty leczenia najczęstszych nowotworów
	F2	Koszty leczenia chorób psychicznych
	F3	Koszty leczenia cukrzycy
	F4	Koszty leczenia chorób układu krążenia
	F5	Wydatki na leczenie pozaszpitalne
	F7	Koszty leczenia osób starszych od 65 roku życia
	F8	Koszty leczenia osób starszych od 85 roku życia
	F9	Koszty leczenia dzieci w wieku 0-14 lat

- ➔ Jaki jest udział wydatków na szeroko rozumianą ochronę zdrowia w budżetach samorządów?

Wskaźniki	F6	Wydatki powiatów woj. Lubuskiego na ochronę zdrowia powiatów i miast na prawach powiatu
-----------	----	---

2.7 Satysfakcja pacjenta

Cel: Ustalenie poziomu satysfakcji z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zarówno w aspekcie dostępności do kadry i świadczeń, zastosowanych terapii i metod leczenia, komunikacji z personelem medycznym, a także ogólnej oceny zadowolenia z usług medycznych. Ważnym elementem analiz w tym

aspekcie jest subiektywna ocena jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w powiązaniu z samooceną stanu zdrowia.

Problemy badawcze:

→ Jak oceniany jest stan zdrowia mieszkańców w powiatach?

Wskaźniki	SO2	Ogólna ocena stanu zdrowia
-----------	-----	----------------------------

→ Jaki jest poziom zadowolenia (satisfakcji) z usług medycznych i opieki zdrowotnej mieszkańców powiatów?

Wskaźniki	SO1	Ogólna satysfakcja pacjenta
-----------	-----	-----------------------------

→ Jak oceniana jest dostępność określonych usług medycznych w powiatach?

Wskaźniki	SO3	Ocena dostępności świadczonych usług
-----------	-----	--------------------------------------

2. Metodologia konstruowania wskaźników syntetycznych

3.1 Konstrukcja LIZ na poziomie IV

Charakterystyka szczegółowo definiowanych wskaźników analitycznych została dokonana w przekroju powiatowym. Analiza deskryptywna zawiera metodologię liczenia wskaźnika, charakterystykę celowości jego wykorzystania oraz określenie poziomu jego występowania w poszczególnych powiatach. Zróżnicowanie wartości wskaźników zostało zilustrowane na mapach.

3.2 Konstrukcja LIZ na poziomie III

Do tworzenia miar syntetycznych wykorzystano metody oparte na systemie wag. Istota metody polega na stworzeniu listy kryteriów (czynników), które opisują i różnicują dany obszar – temu służy lista wskaźników z poziomu IV. Następnie kryteriom tym przypisywane są odpowiednie wagi (bowiem nie każde z nich ma to samo znaczenie). System tworzenia wag oparty jest na analizie merytorycznej.

Wagi poszczególnych, jednostkowych wskaźników stworzone zostały na podstawie ocen dokonanych przez zaproszonych ekspertów – przedstawicieli okręgowych izb lekarskich, przedstawicieli Konwentu Starostów oraz Zrzeszenia Gmin Województwa Lubuskiego oraz specjalistów w zakresie statystyki i ochrony zdrowia – łącznie 7 osób. Eksperci pełniący rolę sędziów kompetentnych przypisują każdemu wskaźnikowi ocenę na skali od 0-10, gdzie 0 oznacza najniższą, a 10 – najwyższą ocenę znaczenia wskaźnika dla jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Uśredniona wartość przypisanych ocen, podzielona na pół stanowi wagę dla poszczególnych wskaźników.

Konstrukcja miar syntetycznych natomiast opiera się na indeksach sumarycznych przeważonych wskaźników. W celu zapewnienia jednolitości w interpretacji wskaźników wcześniej zostały one znormalizowane do wspólnego mianownika w ramach analizowanego obszaru - dając możliwość interpretacji wskaźnika w porządku rosnącym lub malejącym. Każdorazowo sposób interpretacji wartości wskaźników został zapisany w tabeli.

3.3 Konstrukcja LIZ na poziomie I

Wskaźniki syntetyczne tworzące LIZ, ze względu na różne kierunki interpretacji ich wartości, zostały także poddane procedurze normalizacji. Odwrócono kierunek obszaru związanego z charakterystyką demograficzną, skutecznością leczenia i poziomem zachorowalności.

Na podstawie analogicznego systemu wag stworzonych na podstawie ocen ekspertów stworzono jedną syntetyczną kompleksową miarę Lubuski Indeks Zdrowia. Tym samym łączy on w sobie charakterystyki wszystkich obszarów uwzględnionych w analizach.

LIZ jest tym samym wyrażany jedną wartością umożliwiającą dokonywanie porównań pomiędzy powiatami.

LIZ jest także tworzony z wykorzystaniem wskaźnika syntetycznego stanowiącego sumę wartości indeksów w poszczególnych obszarach, przemnożonych przez wagi ekspertów. Została uwzględniona także rola wskaźników obszarowych dla całościowej oceny – sytmulanta/destymulanta. Dla zachowania możliwości wnioskowania destymulanty zostały przekształcone a stymulanty do analiz.

Wartości Lubuskiego Indeksu Zdrowia pozwoliły stworzyć ranking powiatów lubuskich, wyższe wartości indeksu odpowiadają za wyższe pozycje powiatów pod względem uogólnionej, kompleksowej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w powiatach i stanowią punkt wyjścia do dalszej dyskusji.

Uwaga: Wartości wskaźników, aby mogły być ze sobą sumowane, muszą być wyrażone w jednostkach standaryzowanych, tak aby były ze sobą porównywalne. Standaryzacja to rodzaj normalizacji zmiennej losowej, w wyniku której zmienna uzyskuje średnią wartość oczekiwaną zero i odchylenie standardowe jeden.

3. Zastosowane metody badawcze

4.1 Desk research

Technika badawcza polegająca na analizie już istniejących dostępnych danych pochodzących z różnych źródeł (głównie o charakterze administracyjnym), mająca na celu zestawienia danych statystycznych oraz wzajemną ich weryfikację i scalenie.

4.2 Badanie sondażowe – ankieta online

Uzyskanie wiedzy od mieszkańców powiatów i traktowanie ich jako wskaźników subiektywnie definiowanej satysfakcji z uzyskanych świadczeń, ich dostępności i uogólnionej oceny jakości funkcjonowania systemu. Badanie zostało zrealizowane jako sondaż online, oparty na samorekrutacji uczestników badania. Kwestionariusz ankiety elektronicznej został zamieszczony na stronach internetowych i profilach społecznościowych różnych lubuskich instytucji oraz przesyłany kanałami prywatnymi.

W badaniu uzyskano 1196 wypełnionych ankiet ze wszystkich powiatów. Aby próba miała charakter umożliwiający wnioskowanie statystyczne została poddana procedurze ważenia ze względu na strukturę populacji (waga poststratyfikacyjna bazująca na wielkości populacji powiatów pozwalająca dostosować strukturę zrealizowanej próby do struktury populacji powiatów województwa). W analizach wykorzystano dane przeważone.

4. Zastosowane metody analiz

5.1 Benchmarking

Elementy związane z kształtowaniem jakości systemu ochrony zdrowia w powiatach porównujemy do siebie. Metoda pozwala rangować powiaty i wskazuje te kryteria, w których ich dystans do najlepszych jednostek jest duży. W kolejnych edycjach badania możliwe będzie porównywanie powiatów w perspektywie czasowej.

5.2 Wskaźniki sumaryczne

Działania mające na celu statystyczne wyliczenie miar syntetycznych zarówno na poziomie częściowych aspektów, jak i oceny całościowej wyrażanej jako LIZ.

Indeksy (wskaźniki) sumaryczne – syntetyczne zmienne tworzone na podstawie wartości jednostkowych cech dla danego obiektu – traktowane jako iloraz sumy wartości wskaźników i liczby wskaźników w danym obszarze. W tworzeniu indeksów wykorzystano wagi nadane przez ekspertów.

Eksperci przypisali oceny znaczenia poszczególnym wskaźnikom wykorzystanym w analizie. System tych wag został przedstawiony w tabeli.

System wag nadanych przez ekspertów dla wskaźników wykorzystanych w analizie

Zmienna		Waga
Potencjał społeczny		
PS1	Orzeczenia o niezdolności do pracy	6,6
PS2	Wskaźnik starości	7,6
PS3	Wskaźnik podwójnej starości	7,1
PS4	Urodzenia żywe na 1000 ludności	7,3
PS5	Udział dzieci w populacji	7,1
PS6	Nastoletnie matki	4,4
PS7	Pacjenci w wieku 65 lat i więcej objęci leczeniem	8,3
PS8	Pacjenci w wieku 85 lat i więcej objęci leczeniem	7,7
PS9	Pacjenci w wieku 0-14 lat objęci leczeniem	7,9
Dostępność kadry i usług medycznych		
D1	Liczba porad przypadająca na 1 mieszkańca	6,9
D2	Pacjenci przypisani do lekarza rodzinnego	7,1
D3	Ludność przypadająca na 1 podmiot leczniczy	6,6

LUBUSKI INDEKS ZDROWIA 2019

D4	Wykonanie świadczeń specjalistycznych z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy	7,3
D5	Czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy	6,9
D6	Wykonanie badań endoskopowych - kolonoskopii i gastroskopii oraz kosztochłonnych – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)	8,4
D7	Czas oczekiwania na badania kosztochłonne – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)	8,3
D8	Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej	6,0
D9	Specjaliści na 1000 mieszkańców	8,6
D10	Czas oczekiwania do specjalistów	8,9
D11	Dostępność pielęgniarek i położnych	8,3
D12	Bilans migracji zewnętrznych	5,9
D13	Dostępność do opieki długoterminowej	8,0
D14	Operacje „jednego dnia”	7,7
D15	Wykorzystanie łóżek	6,3

Poziom zachorowalności i zapadalności na wybrane choroby

Z1	Pacjenci leczeni z powodu chorób psychicznych	7,9
Z2	Pacjenci leczeni z powodu cukrzycy	8,0
Z3	Pacjenci leczeni z powodu chorób krążenia	8,1
Z4	Pacjenci leczeni z powodu chorób onkologicznych	9,4
Z5	Nowe zachorowania na choroby psychiczne	8,0
Z6	Nowe zachorowania na choroby krążenia	8,3
Z7	Nowe zachorowania na cukrzycę	8,1
Z8	Nowe zachorowania na nowotwory	9,3
Z9	Chorobowość pacjentów	7,9
Z10	Noworodki zdrowe	7,6

Skuteczność leczenia

S1	Cięcia cesarskie	6,3
S2	Umieralność na nowotwory (jelita grubego, tchawicy, oskrzeli i płuc, sutka u kobiet i gruczołu krokowego)	9,6

LUBUSKI INDEKS ZDROWIA 2019

S3	Tryb wypisu	6,3
S4	Rehospitalizacje	7,9
S5	Przeżywalność osób z rozpoznany nowotworem	8,7
S6	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	7,3
S7	Przedwczesne zgony w zgonach ogółem	8,3
S8	Samobójstwa	8,1
S9	Zgony z powodu cukrzycy	7,0
S10	Zgony z powodu chorób układu krążenia	7,6
S11	Leczeni ambulatoryjnie w psychiatrii	8,0
Poziom finansowania świadczeń i zarządzania potencjałem		
F1	Koszty leczenia najczęstszych nowotworów	9,0
F2	Koszty leczenia chorób psychicznych	8,3
F3	Koszty leczenia cukrzycy	7,6
F4	Koszty leczenia chorób układu krążenia	7,9
F5	Wydatki na leczenie pozaszpitalne	7,7
F6	Wydatki powiatów woj. Lubuskiego na ochronę zdrowia powiatów i miast na prawach powiatu	7,4
F7	Koszty leczenia osób starszych od 65 r. życia	8,0
F8	Koszty leczenia osób starszych od 85 r. życia	8,1
F9	Koszty leczenia dzieci w wieku 0-14 lat	8,0
Profilaktyka		
P1	Program badań mammograficznych	7,9
P2	Szczepienia dzieci w pierwszym roku życia	8,6
P3	Program profilaktyki chorób układu krążenia	8,6
P4	Badania bilansowe w POZ	8,3
P5	Wizyty patronażowe	7,1
P6	Profilaktyka w leczeniu stomatologicznym	8,0

Subiektywna ocena jakości opieki zdrowotnej

SO1	Ogólna satysfakcja pacjenta	7,4
SO2	Ogólna ocena stanu zdrowia	6,9
SO3	Ocena dostępności świadczonych usług	7,9

Eksperti przypisali znaczenie (wagi) także obszarom cząstkowym wykorzystanym w analizach.

Ocena wyróżnionych aspektów

Zmienna		Waga
A1	Potencjał społeczny	6,9
A2	Dostępność kadry i usług medycznych	8,7
A3	Poziom zachorowalności na wybrane choroby (w tym zapadalności)	8,1
A4	Profilaktyka	8,7
A5	Skuteczność leczenia	8,9
A6	Poziom finansowania świadczeń i zarządzania potencjałem	8,6
A7	Subiektywna ocena jakości opieki zdrowotnej	6,0

Każdy z uwzględnionych w analizie wskaźników został szczegółowo opisany wraz ze wskazaniem metodologicznych procedur jego wyliczenia oraz interpretacją jego wartości.

Wskaźniki pogrupowane według obszarów, zgodnie z zastosowaną metodologią tworzą wskaźniki (indeksy) sumaryczne. Ich szczegółowy opis zawierają karty opisu wskaźników.

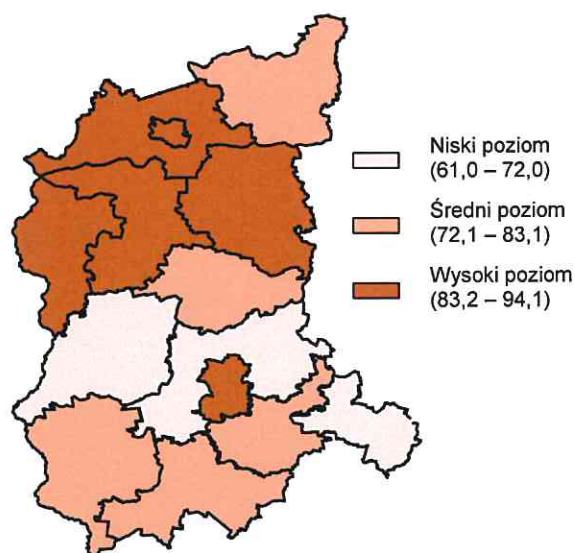
5. Wyniki analiz w poszczególnych obszarach tematycznych

W niniejszym rozdziale przedstawiono 63 wskaźniki, które w ocenie autorów w najlepszy sposób odzwierciedlają stan ochrony zdrowia w województwie lubuskim. Podjęto się tu również podsumowania poszczególnych obszarów uwzględniając zastosowane wskaźniki.

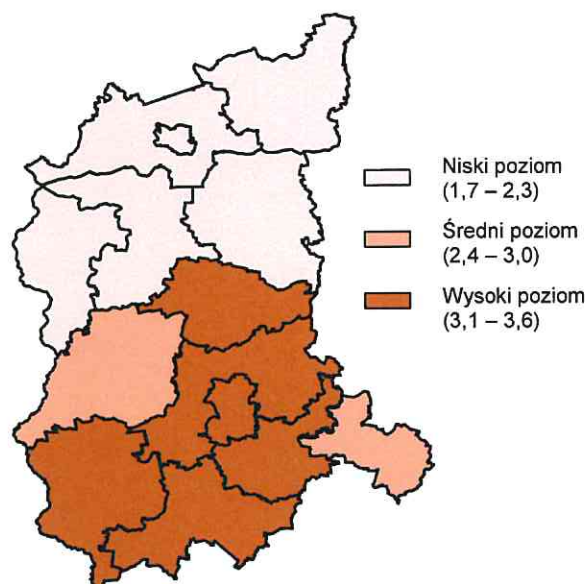
POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS1
Nazwa wskaźnika	Orzeczenia o niezdolności do pracy
Opis metodologiczny	Dynamika liczby wydanych orzeczeń o niepełnosprawności w latach 2013-2017 (bez względu na stopień niepełnosprawności). Źródłem danych są Powiatowe Komisje ds. Orzekania o Niepełnosprawności oraz ZUS.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ustalenie poziomu potencjalnego obciążenia systemu ochrony zdrowia, wynikającego z liczby osób, w stosunku do których orzeczono niepełnosprawność. Osoby mają szczególne uprawnienia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych (NFZ).

Liczba wydawanych orzeczeń o niepełnosprawności we wszystkich powiatach zmalała w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Najwyższy spadek charakteryzuje powiaty zielonogórski (39,0%) i wschowski (37,7%). Najmniejszy spadek liczby wydanych orzeczeń odnotowano natomiast w powiecie międzychreckim (5,9%), sulcińskim (9,4%) oraz w Gorzowie Wielkopolskim (9,5%).



Mapa 1. Dynamika liczby wydanych orzeczeń o niepełnosprawności 2013-2017



Mapa 2. Liczba osób otrzymujących rentę z tytułu niezdolności do pracy w 2017r. * (% z ogółu liczby mieszkańców powiatu)

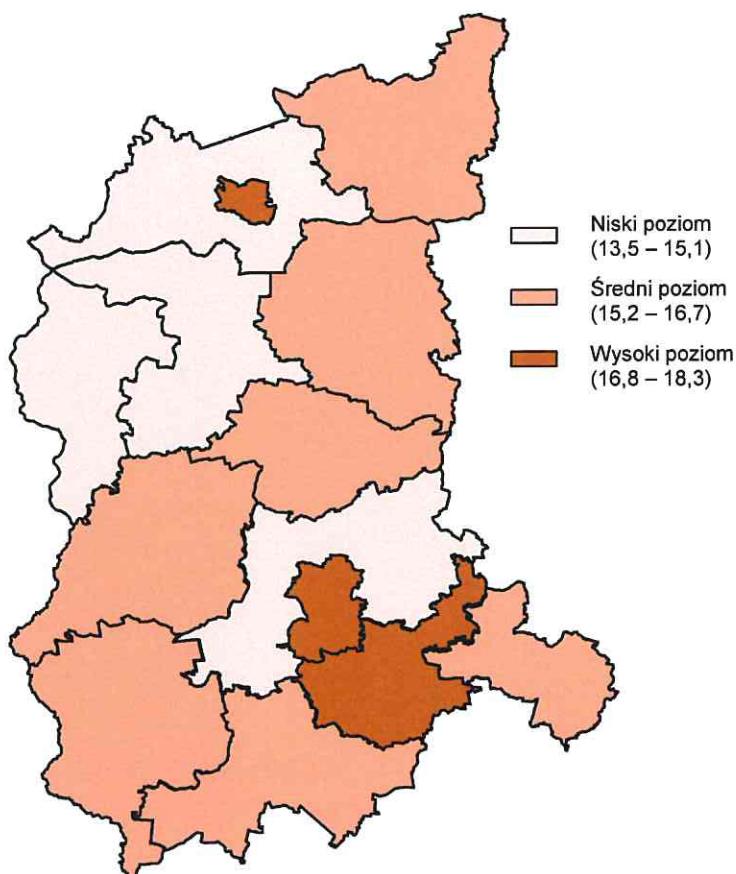
*dane ZUS

Zróznicowana jest także liczba osób pobierających świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy. Według danych ZUS za 2017 r. większa liczba rencistów z tytułu niezdolności do pracy to mieszkańcy południowej części województwa. Największy odsetek rencistów odnotowano wśród mieszkańców Zielonej Góry (3,6%) i powiatu świebodzińskiego (3,4%). Najniższy odsetek osób pobierających świadczenia rentowe charakteryzuje powiat gorzowski (1,7%).

POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS2
Nazwa wskaźnika	Wskaźnik starości
Opis metodologiczny	Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji. Źródło danych: Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ustalenie struktury osób, które potencjalnie mogą w największym stopniu zostać objęte opieką zdrowotną i w stosunku do których istnieje konieczność podejmowania zintensyfikowanych działań medycznych. Zjawisko starzenia się społeczeństwa wymusza dostosowanie rozwiązań systemowych do potrzeb osób starszych, co szczególnego znaczenia nabiera w zakresie ochrony zdrowia.

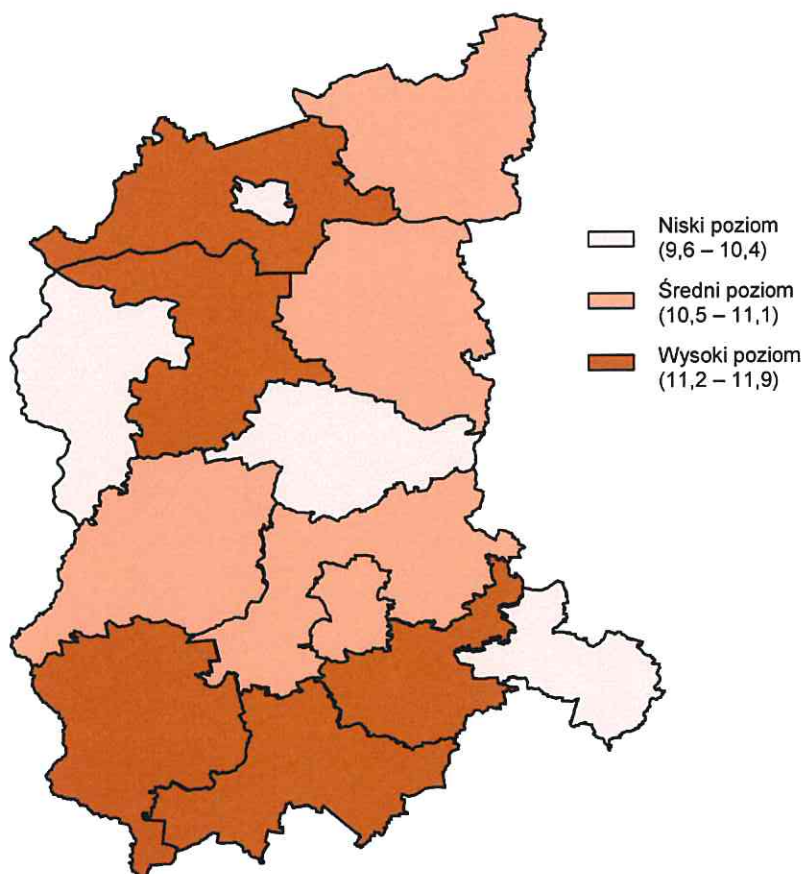
Starzenie się populacji to jeden z najważniejszych procesów demograficznych jaki obserwujemy we współczesnym świecie. Demograficznie za stare uważa się te społeczeństwa, w których odsetek ludzi po 65 r. życia przekroczył 7% (ONZ). Wartość wskaźnika starości w województwie lubuskim w 2017 r. wyniosła 16,2%. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w Gorzowie Wielkopolskim (18,3%), najniższe zaś w powiecie gorzowskim (13,5%).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS3
Nazwa wskaźnika	Wskaźnik podwójnej starości
Opis metodologiczny	Udział osób 85 lat i więcej w liczbie ludności 65 lat i więcej. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik jest miarą zaawansowania procesu starzenia się populacji. Wzrost wskaźnika powoduje zwiększenie presji na wzrost kosztów opieki medycznej.

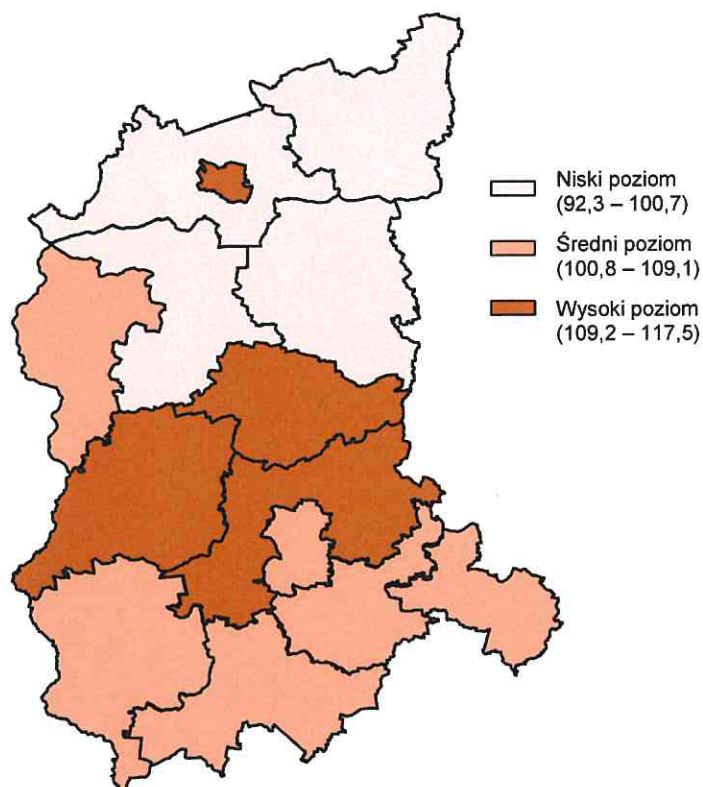
W krajach rozwijających się na skutek systematycznego wzrostu długości życia w starszych grupach wieku najszybciej rosnącą liczebnie grupą są osoby starsze, a wśród nich osoby w wieku 85 lat i więcej. Prognozy demograficzne wskazują, że udział osób sędziwych będzie systematycznie rósł odzwierciedlając coraz większe zaawansowanie procesu starzenia. W 2017 r. wskaźnik podwójnej starości w województwie wyniósł 10,8%. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w powiecie sulęcińskim (11,9%), najniższe zaś w powiecie świebodzińskim (9,6%).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS4
Nazwa wskaźnika	Urodzenia żywe na 1000 ludności
Opis metodologiczny	Dynamika liczby urodzeń żywych latach 2013-2017. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik określa poziom urodzeń, a jego wartość w istotny sposób zależy od struktury społeczeństwa wg płci i wieku, a zwłaszcza od udziału ludności w wieku zdolności rozrodczej i struktury populacji w wieku rozrodczym, a także od zachowań prokreacyjnych. Pośrednio informuje o jakości opieki położniczej.

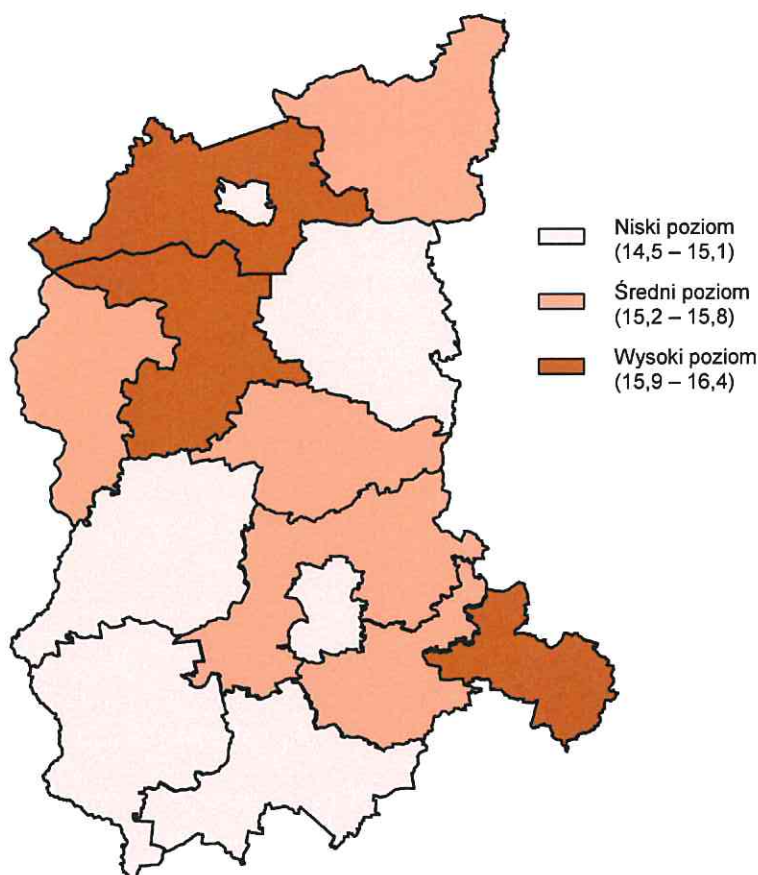
Głównym czynnikiem decydującym o tempie rozwoju demograficznego regionu są urodzenia. Powodują zmiany w liczbie i strukturze ludności. W 2017 r. w województwie zarejestrowano 10,3 tys. urodzeń żywych, to o ponad 560 urodzeń więcej niż w 2013 r. Liczba urodzeń żywych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wzrosła z 9,5 do 10,1. W badanym okresie w większości powiatów odnotowano wzrost wskaźnika, a najwyższy charakteryzował powiat zielonogórski (o 17,5%), krośnieński (o 12,7%) oraz Gorzów Wlkp. (o 11,3%). Spadek wystąpił jedynie w powiatach: strzelecko-drezdeneckim (o 7,7%), sulęcińskim (o 6,8%) i gorzowskim (o 2,2%).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS5
Nazwa wskaźnika	Udział dzieci w populacji
Opis metodologiczny	Udział w populacji ludności w wieku 0-14 lat. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	W okresie ostatniego ćwierćwiecza obserwuje się w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem odsetka dzieci w populacji.

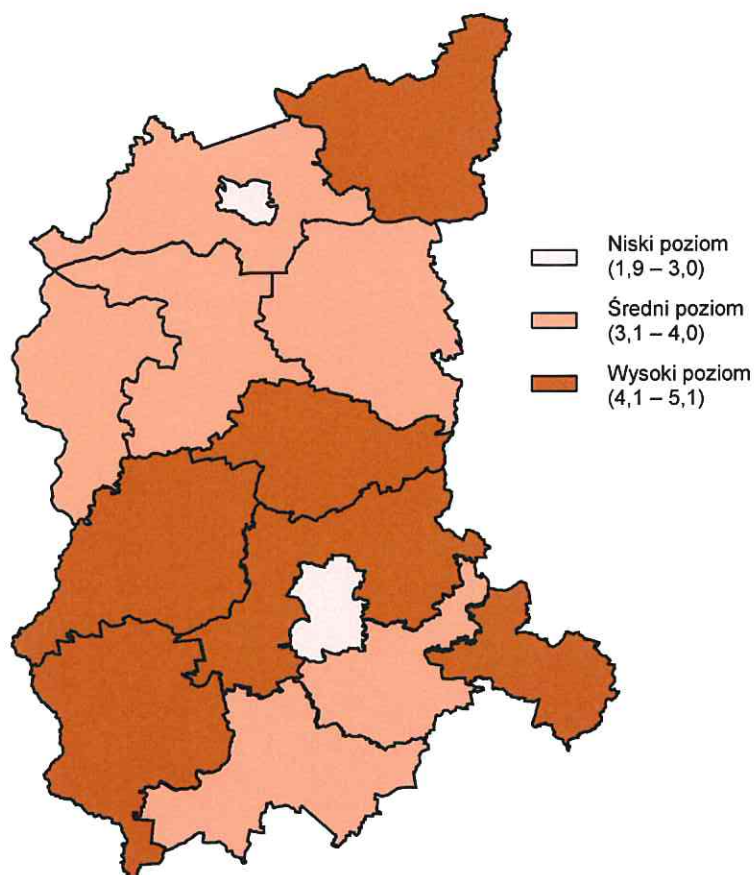
Trwający proces starzenia się ludności Polski będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużanie trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności. Zjawiska te powodują zmiany struktury wieku ludności. Odsetek ludzi młodych sukcesywnie się zmniejsza przy zwiększającym się udziale ludności w starszym wieku. W województwie lubuskim udział dzieci w populacji nie zmienił się w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Dzieci stanowiły 15,2% ludności województwa. Największy udział dzieci w liczbie ludności charakteryzował powiat gorzowski (16,4%), a najmniejszy powiat żagański (14,5%).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS6
Nazwa wskaźnika	Nastoletnie matki
Opis metodologiczny	Udział urodzeń z nastoletnich matek (w wieku poniżej 20 lat) w ogólnej liczbie urodzeń żywych. Dane w procentach. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ciąże nastolatek wiążą się z koniecznością zwiększenia świadczeń z zakresu opieki specjalistycznej. Wskaźnik informuje o ilości urodzeń z grupy wysokiego ryzyka położniczego.

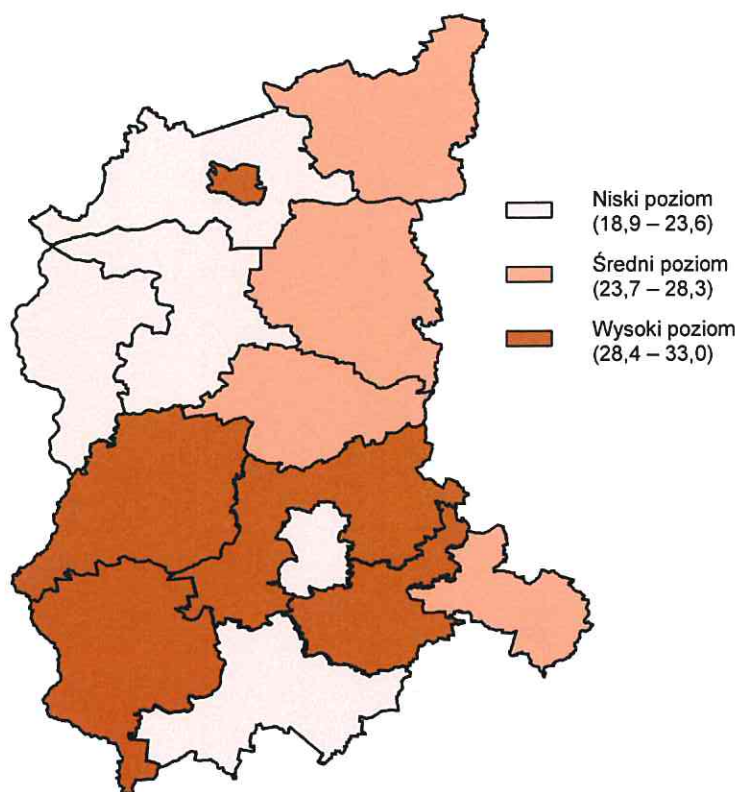
Kwestia wczesnego macierzyństwa pozostaje w sferze zainteresowania systemu ochrony zdrowia, ze względu na obowiązujące standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej. Najmniejszy odsetek takich urodzeń charakteryzował Zieloną Górę (1,9%) i Gorzów Wlkp. (2,2%), największy zaś powiat krośnieński (5,1%).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS7
Nazwa wskaźnika	Pacjenci w wieku 65 lat i więcej objęci leczeniem
Opis metodologiczny	Dynamika zmian w liczbie pacjentów od 65 roku życia wg powiatu pacjenta na 1000 mieszkańców w analizowanym wieku. Wskaźnik uwzględnia zmianę 2017 r. w stosunku do 2013 r. Uwzględnione są wszystkie rodzaje świadczeń poza leczeniem uzdrowiskowym, zaopatrzeniem w wyroby medyczne, refundacją leków. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ludność Polski starzeje się, a liczba osób starszych i schorowanych wzrasta. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem dynamiki zmian w liczbie pacjentów w wieku 65 lat i więcej korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej.

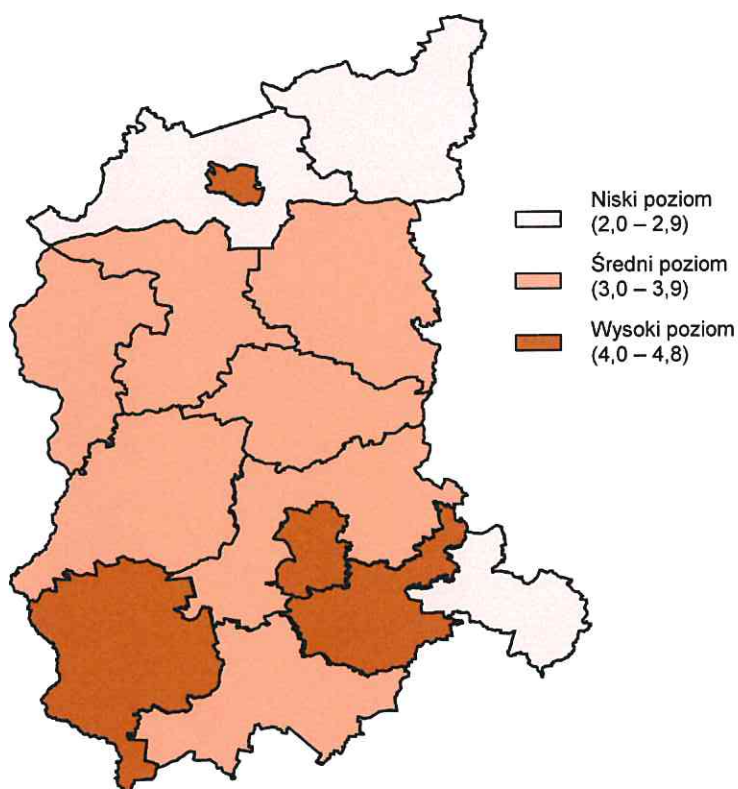
Zmiany demograficzne w Polsce determinują wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej zarówno w ujęciu ilościowym, jak i rodzajowym. Liczba starszych pacjentów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców zwiększyła się we wszystkich powiatach w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Największy wzrost wskaźnika charakteryzuje Gorzów Wlkp. (o 33 osoby na 1000 mieszkańców), powiat zielonogórski (o 30,1) i nowosolski (o 29,8), najmniejszy zaś powiat sulęciński (o 18,9), Zieloną Górę (o 19,6) i powiat gorzowski (o 20,5).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS8
Nazwa wskaźnika	Pacjenci w wieku 85 lat i więcej objęci leczeniem
Opis metodologiczny	Dynamika zmian w liczbie pacjentów od 85 r. ż. wg powiatu pacjenta na 1000 mieszkańców w analizowanym wieku. Wskaźnik uwzględnia zmianę 2017 r. w stosunku do 2013 r. Uwzględnione są wszystkie rodzaje świadczeń poza leczeniem uzdrowiskowym, zaopatrzeniem w wyroby medyczne, refundacją leków. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	W Polsce szybko rośnie liczba najstarszych osób - powyżej 80. r.ż. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem dynamiki zmian w liczbie pacjentów 85+ korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej.

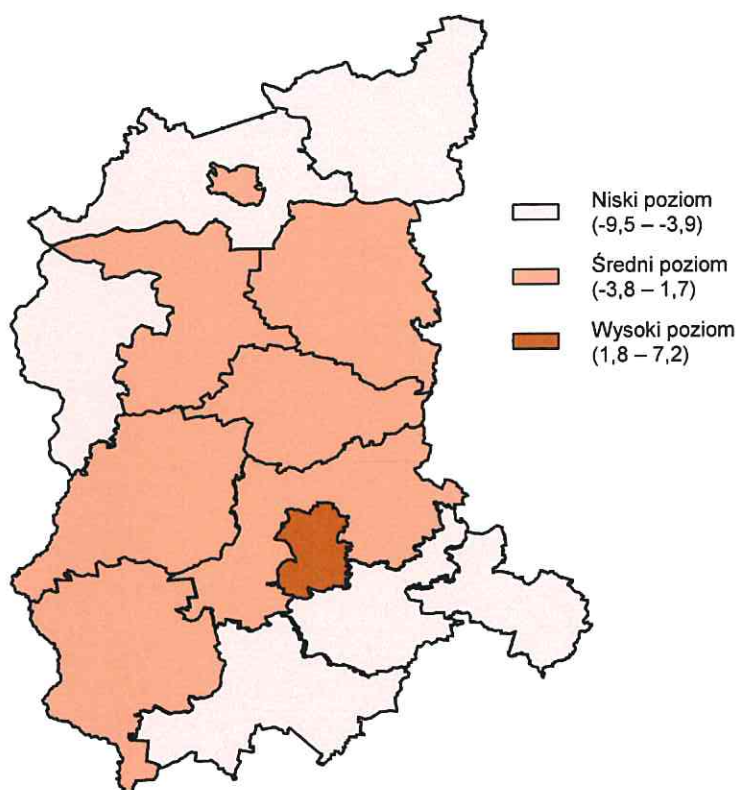
Liczba pacjentów w wieku powyżej 85 lat w przeliczeniu na 1000 mieszkańców zwiększyła się we wszystkich powiatach w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Największy wzrost wskaźnika charakteryzuje Gorzów Wlkp. (o 4,8), powiat żarski (o 4,6), Zieloną Górę (o 4,2) i powiat nowosolski (o 4,0), a najmniejszy powiat strzelecko-drezdenecki (o 2,0) oraz wschowski (o 2,2).



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Symbol wskaźnika	PS9
Nazwa wskaźnika	Pacjenci w wieku 0-14 lat objęci leczeniem
Opis metodologiczny	Dynamika zmian w liczbie pacjentów w wieku 0-14 lat, według powiatu zamieszkania pacjenta na 1000 mieszkańców w analizowanym wieku. Wskaźnik uwzględnia zmianę 2017 r. w stosunku do 2013 r. Uwzględnione są wszystkie rodzaje świadczeń poza leczeniem uzdrowiskowym, zaopatrzeniem w wyroby medyczne, refundacją leków. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Dzieci stanowią grupę osób, którym przysługują szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem dynamiki zmian w liczbie pacjentów w wieku 0-14 lat korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej.

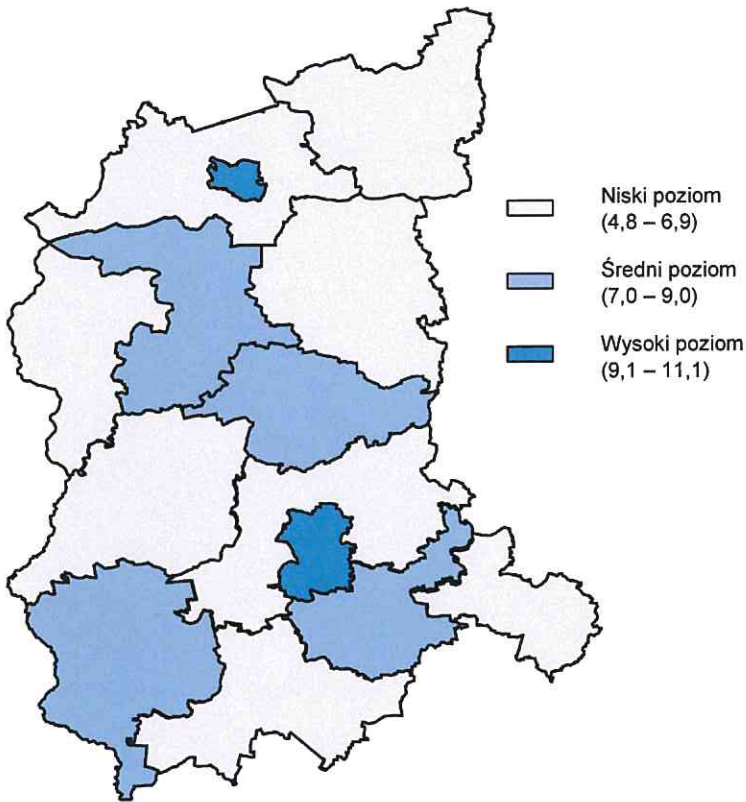
Z wyjątkiem Zielonej Góry (wzrost o 7 osób na 1000 mieszkańców), we wszystkich pozostałych powiatach liczba najmłodszych pacjentów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców zmniejszyła się w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Największy spadek wskaźnika charakteryzuje powiaty: żagański (o 9,5), strzelecko-drezdenecki (o 6,5), gorzowski (o 5,9) oraz słubicki (o 4,6).



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D1
Nazwa wskaźnika	Liczba porad przypadająca na 1 mieszkańca
Opis metodologiczny	Pod pojęciem porad lekarskich rozumie się świadczenie zdrowotne udzielone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza lub lekarza dentystę. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Liczba porad jest traktowana jako wskaźnik dostępności usług medycznych. Odpowiednia dostępność usług medycznych w regionie powinna być uzasadniona potrzebami jego mieszkańców.

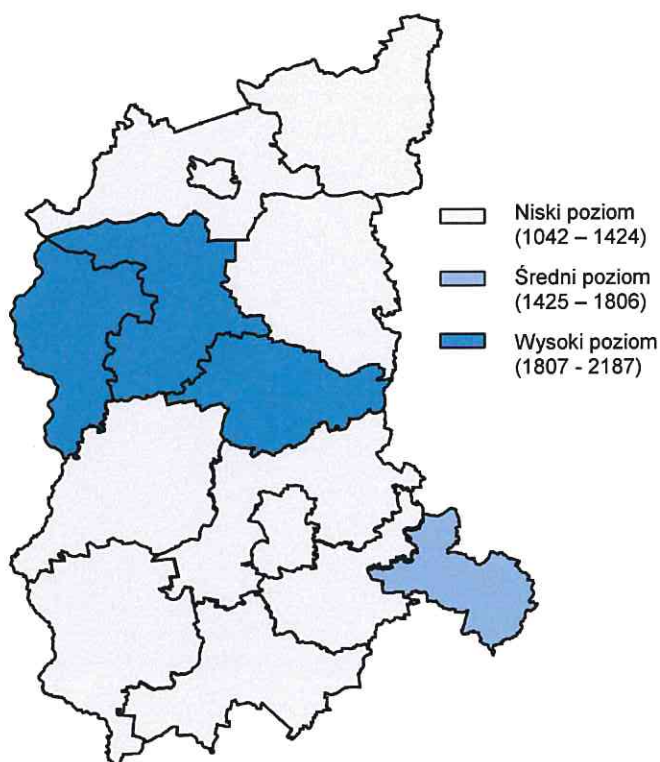
Wskaźnik liczby porad przypadających na jednego mieszkańca jest ważnym wskaźnikiem ukazującym dostępność do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Najmniej porad przypadających na jednego mieszkańca odnotowano w powiecie gorzowskim (4,8). Najwięcej porad przypadających na jednego mieszkańca występowało natomiast w miastach na prawach powiatu województwa lubuskiego. Wartość wskaźnika dla powiatu m. Gorzów Wielkopolski wynosiła 10,7, a w powiecie m. Zielona Góra wynosiła 11,1.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D2
Nazwa wskaźnika	Pacjenci przypisani do lekarza rodzinnego
Opis metodologiczny	Uśredniona liczba pacjentów przypadająca na 1 lekarza POZ wg złożonych deklaracji i wg lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik jest jednym ze wskaźników charakteryzujących dostępność do usług medycznych w powiatach. Ukazanie obciążenia lekarzy udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

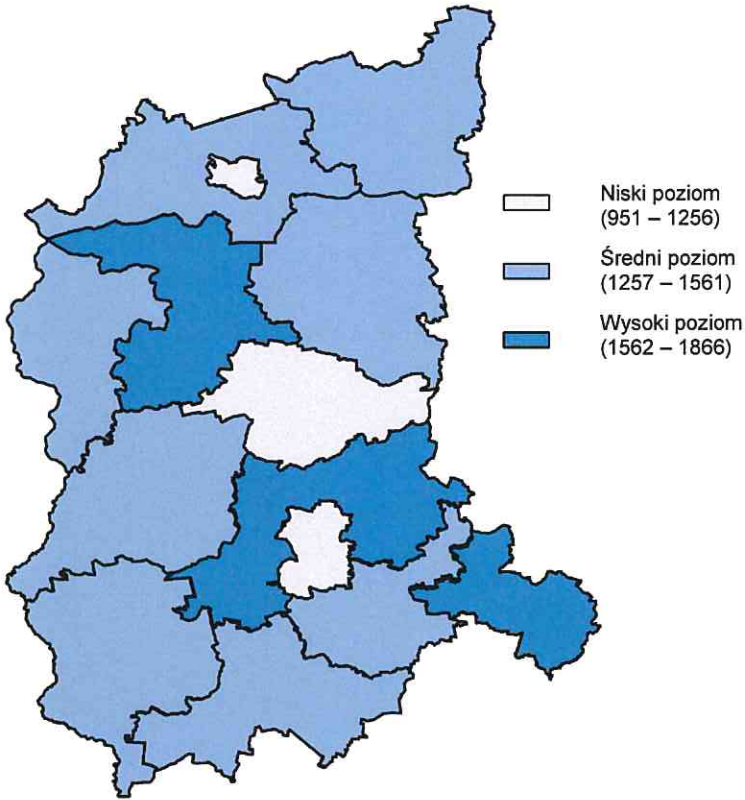
Kluczowym elementem ochrony zdrowia powinna być podstawowa opieka zdrowotna. Ustawowy limit pacjentów przypisanych do jednego lekarza rodzinnego w 2017 roku to 2.500. Najmniejsza liczba pacjentów przypisana do jednego lekarza rodzinnego charakteryzuje miasto Zieloną Górę (1.042), największa – powiat świebodziński (2.187). Warto zauważyć, iż mimo nie przekraczania średnich limitów liczby pacjentów do jednego lekarza dla poszczególnych powiatów, wskaźnik ten dla powiatów słubickiego, sulęcińskiego i świebodzińskiego wskazuje na dwukrotnie większe obciążenie pracy lekarzy rodzinnych w porównaniu do miasta Zielona Góra.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D3
Nazwa wskaźnika	Ludność przypadająca na 1 podmiot leczniczy
Opis metodologiczny	Liczba ludności na 1 podmiot leczniczy. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Informacja o dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie).

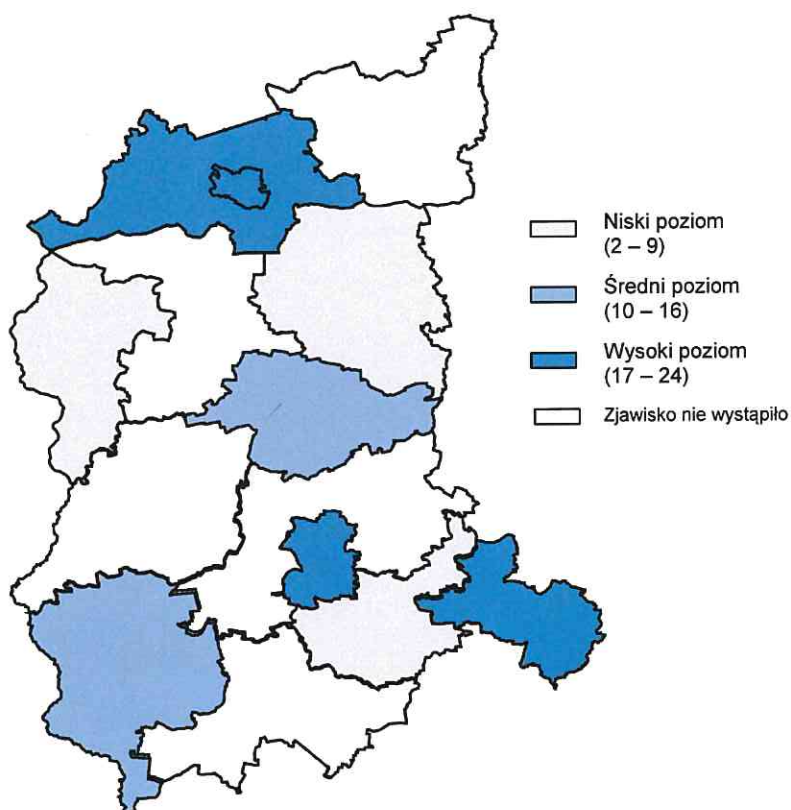
Wskaźnik liczby ludności przypadającej na 1 podmiot leczniczy przedstawia dostępność do świadczeń ambulatoryjnych finansowanych ze środków publicznych. Najmniejsza liczba ludności przypadająca na jeden podmiot leczniczy występuje w powiecie m. Zielona Góra (951). Najwięcej, bo blisko dwukrotnie więcej mieszkańców przypadających na jeden podmiot leczniczy występuje w powiecie wschowskim (1.866).



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D4
Nazwa wskaźnika	Wykonanie świadczeń specjalistycznych z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy
Opis metodologiczny	Liczba wykonanych zabiegów według miejsca udzielenia świadczenia na 1000 mieszkańców powiatu.. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wyższe nakłady finansowe wynikające ze zwiększonego zapotrzebowania na zabiegi endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy powinny wpłynąć na wzrost ilości ich wykonania.

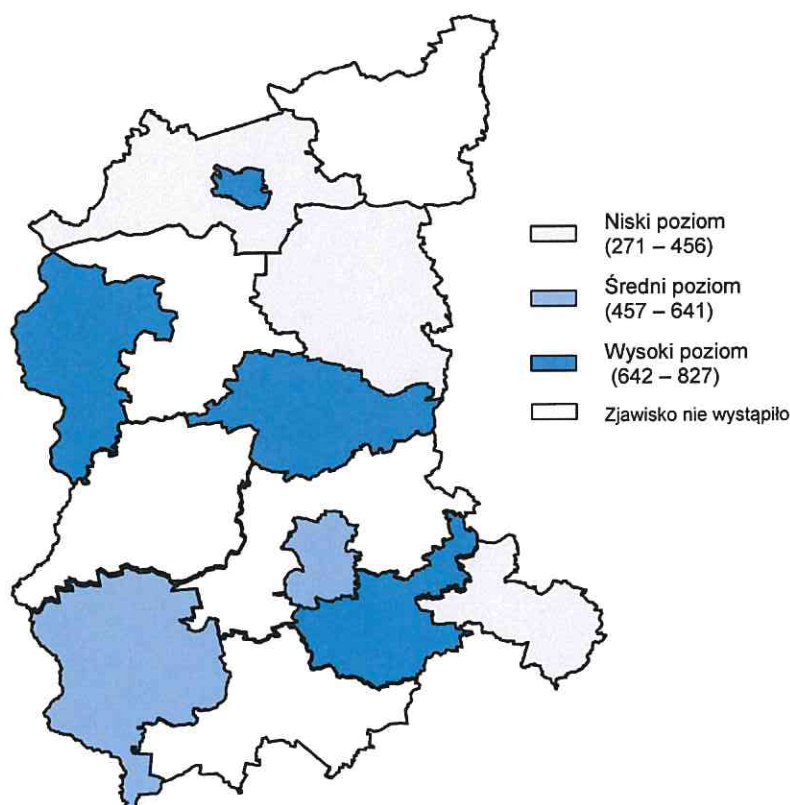
Zabiegi w zakresie endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy wykonywane są w dziewięciu powiatach województwa lubuskiego, z czego jedynie w 3 powiatach (żarski, m. Gorzów Wlkp., m. Zielona Góra) wykonywane są oba świadczenia. W czterech powiatach wskaźnik wykonania świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy wynosił między 17,38 a 23,51. W dwóch powiatach wskaźnik oscylował pomiędzy 13,69, a 11,39. W trzech powiatach wskaźnik wynosił poniżej 5,55. Najmniejsza liczba wykonanych zabiegów wg miejsca udzielenia świadczenia występowała w powiecie nowosolskim (2,35). Największa liczba wykonanych zabiegów wg miejsca udzielenia świadczenia występowała w powiecie m. Gorzów Wielkopolski (23,51).



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D5
Nazwa wskaźnika	Czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne z zakresu endoprotezoplastyki i leczenia zaćmy
Opis metodologiczny	Uśredniony czas oczekiwania w powiecie wg miejsca udzielania świadczeń wg stanu na ostatni dzień roku (pacjenci z kategorią medyczną – stabilny). Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów o najlepszej dostępności mierzonej średnim czasem oczekiwania w dniach.

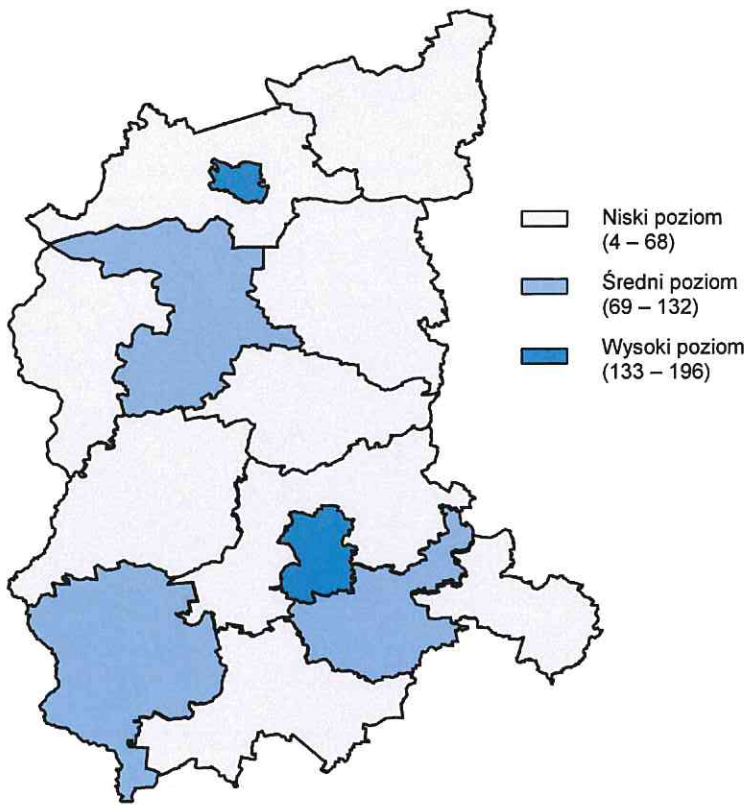
Jednym ze wskaźników dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest średni czas oczekiwania na świadczenia w zakresie endoprotezoplastyk i leczenia zaćmy. W województwie lubuskim zabiegi endoprotezoplastyk i zabiegi w zakresie zaćmy realizowane są w dziewięciu powiatach. Najkrótsze średnie czasy oczekiwania odnotowano w powiecie wschowskim (271 dni), gorzowskim (358 dni) i powiecie międzyrzeckim (364 dni). W dwóch powiatach (m. Zielona Góra, powiat żarski) średni czas oczekiwania oscylował między 578 dni a 612 dni. W czterech powiatach czas oczekiwania wynosił powyżej 643 dni. Najdłuższy czas oczekiwania występował w powiecie nowosolskim – 827 dni. Warto jednak zauważyć, iż na dłuższy czas oczekiwania wpływ ma przede wszystkim czas oczekiwania na endoprotezoplastykę.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

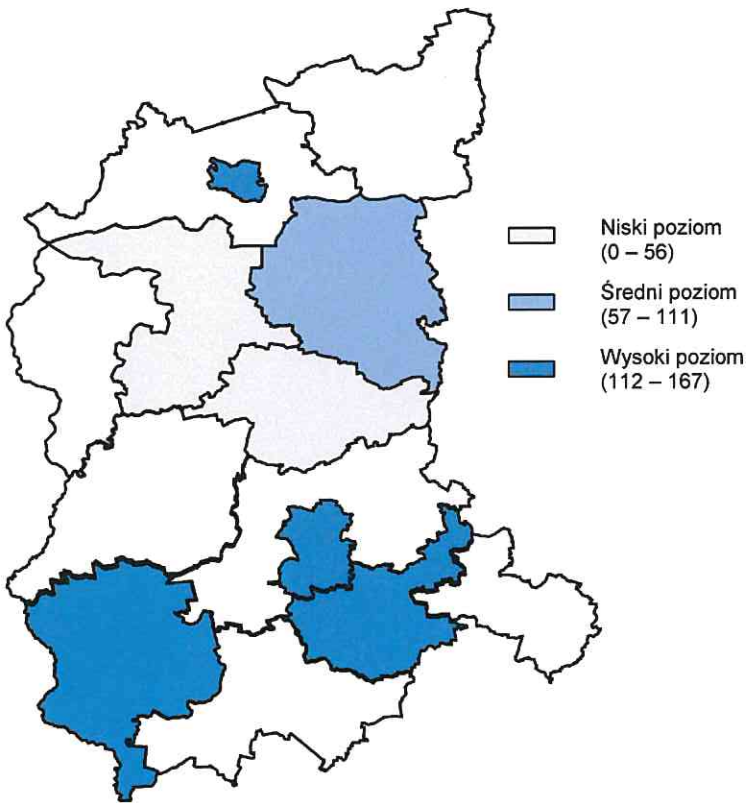
Symbol wskaźnika	D6
Nazwa wskaźnika	Wykonanie badań endoskopowych - kolonoskopii i gastrokopii oraz kosztochłonnych – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)
Opis metodologiczny	Liczba wykonanych badań według miejsca udzielenia świadczenia na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów o najlepszej dostępności do badań endoskopowych, z których część służy profilaktyce przeciwnowotworowej np. nowotwór jelita grubego oraz badań obrazowych TK i RM.

W województwie lubuskim wskaźnik wykonania badań endoskopowych i obrazowych RM i TK na 1000 mieszkańców wynosił pomiędzy 3,9, a 196,3. Najwyższy wskaźnik występował w powiatach m. Gorzów Wielkopolski (196,3) i powiat m. Zielona Góra (162,7). W trzech powiatach (powiat żarski, nowosolski, sulciński) wskaźnik wynosił pomiędzy 72,5 a 104,4. W pozostałych dziewięciu powiatach wskaźnik ten wyniósł poniżej 60. Zaznaczyć jednak należy, że są tam jednak (poza powiatem międzyrzeckim i świebodzińskim) wykonywane jedynie świadczenia endoskopowe. Najniższy wskaźnik odnotowano w powiecie krośnieńskim (3,9).



Symbol wskaźnika	D7
Nazwa wskaźnika	Czas oczekiwania na badania kosztochłonne – tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR)
Opis metodologiczny	Uśredniony czas oczekiwania w powiecie wg miejsca udzielania świadczeń wg stanu na ostatni dzień roku (w dniach) (pacjenci z kategorią medyczną – stabilny). Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów o najlepszej dostępności mierzonej średnim czasem oczekiwania w dniach.

W województwie lubuskim badania kosztochłonne realizowane są w 7 powiatach. Najwyższy czas oczekiwania, który wynosił 167 dni odnotowano w powiecie żarskim. W trzech powiatach (m. Gorzów Wlkp., powiat nowosolski, m. Zielona Góra) średni czas oczekiwania na badania kosztochłonne wynosił pomiędzy 147,33 a 159,75 dni. Wpływ na dłuższy czas oczekiwania w powyższych czterech powiatach wynikał z długiego czasu oczekiwania na rezonans magnetyczny, który wykonywany był jedynie w tych powiatach. W powiecie międzyrzeckim czas oczekiwania wynosił 86 dni. Najniższy czas oczekiwania na badania kosztochłonne występował w powiatach sulęcińskim i świebodzińskim i wynosił do 1 miesiąca.

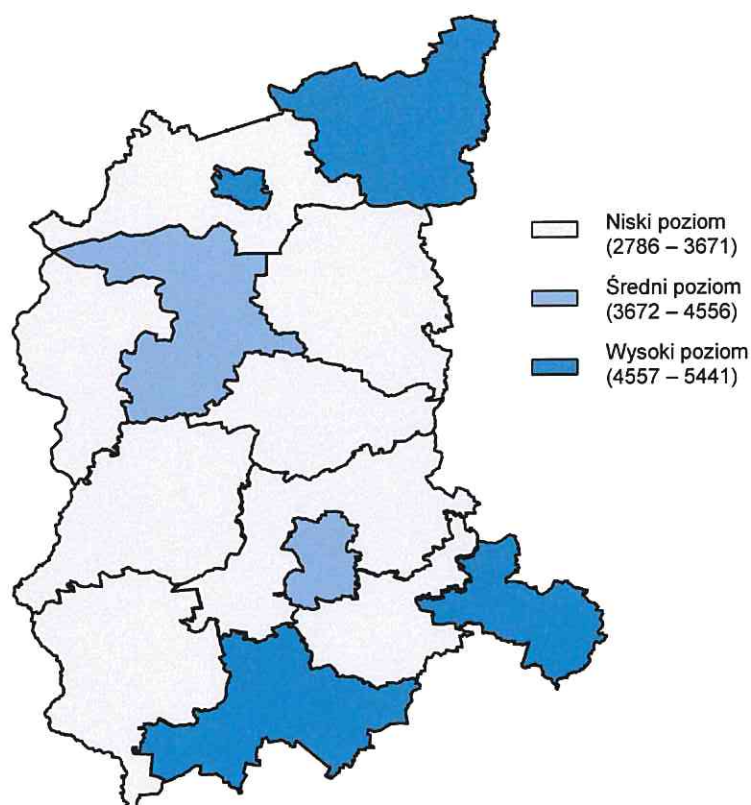


DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D8
Nazwa wskaźnika	Świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej
Opis metodologiczny	Liczba zabiegów w zakresie fizjoterapii wg miejsca udzielenia świadczenia na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów o największej dostępności zabiegów z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej.

Jednym ze wskaźników dostępności do rehabilitacji leczniczej jest liczba zabiegów fizjoterapii ambulatoryjnej. Wskaźnik ten w województwie lubuskim oscyluje między 2.785,72, a 5.440,63. Najwięcej zabiegów fizjoterapeutycznych na 1000 mieszkańców zrealizowano w powiecie wschowskim (5.440,63).

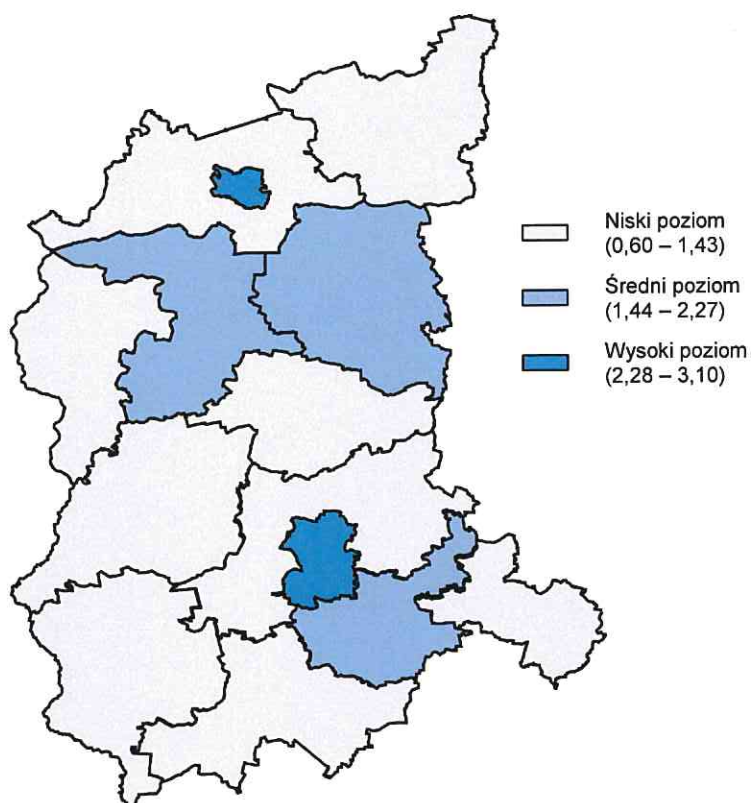
W trzech powiatach (strzelecko-drezdenecki, m. Gorzów Wlkp., żagański) wartość wskaźnika wynosiła między 4.562,77 a 4.923,97. W dwóch powiatach (sulęciński, m. Zielona Góra) wartość wskaźnika wynosiła 3.912,76 a 3.952,29. W pozostałych ośmiu powiatach wartość wskaźnika wyniosła poniżej 3.500. Najniższa wartość wskaźnika występowała w powiecie gorzowskim i wynosiła 2.785,72.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D9
Nazwa wskaźnika	Specjaliści na 1000 mieszkańców
Opis metodologiczny	Lekarze specjaliści wszystkich specjalności łącznie. Wskaźnik obliczany w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Informacja o liczbie i rozmieszczeniu lekarzy specjalistów pracujących bezpośrednio z pacjentem.

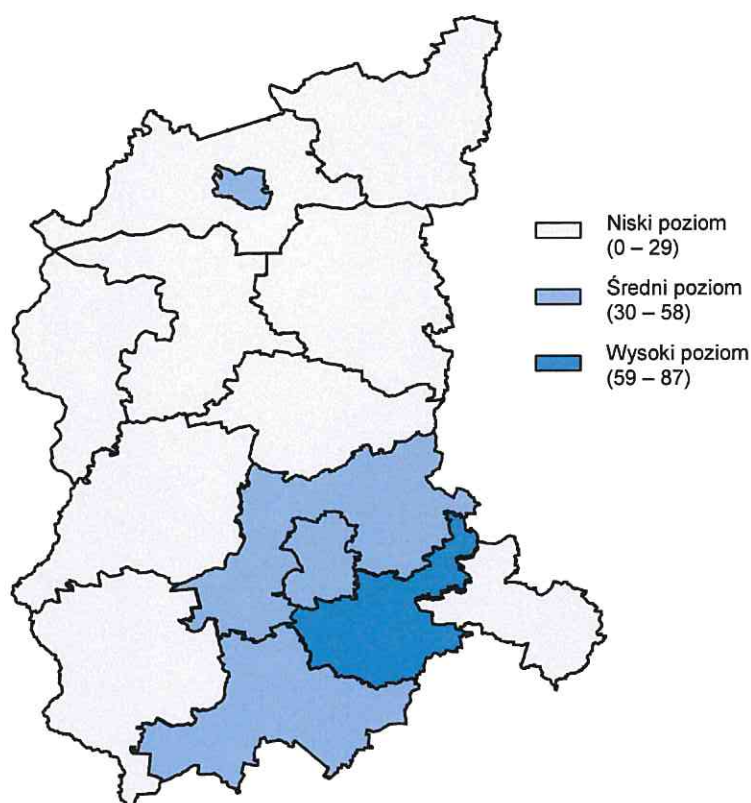
Wskaźnik informuje o liczbie lekarzy specjalistów na 1000 mieszkańców w 2017 roku, w tym lekarzy dentystów. W Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 1,6 lekarza specjalisty, w województwie lubuskim wskaźnik ten również wynosił 1,6. Najwyższy wskaźnik lekarzy występował w powiecie m. Gorzów Wielkopolski i wynosił 3,1. W powiecie m. Zielona Góra wskaźnik ten wynosił 2,8. W trzech powiatach wskaźnik ten wynosił pomiędzy 1,8 a 1,5. W dziewięciu powiatach wskaźnik wyniósł poniżej 1,4. W powiecie krośnieńskim wskaźnik był najniższy i wynosił 0,6.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D10
Nazwa wskaźnika	Czas oczekiwania do specjalistów
Opis metodologiczny	Uśredniona wartość oczekiwania w dniach dla podstawowych poradni realizujących świadczenia w zakresie kardiologii, diabetologii, chirurgii, onkologii. Wskaźnik uwzględnia również poradnie dziecięce (pacjenci z kategorią medyczną – stabilny). Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów o najlepszej dostępności do wybranych poradni.

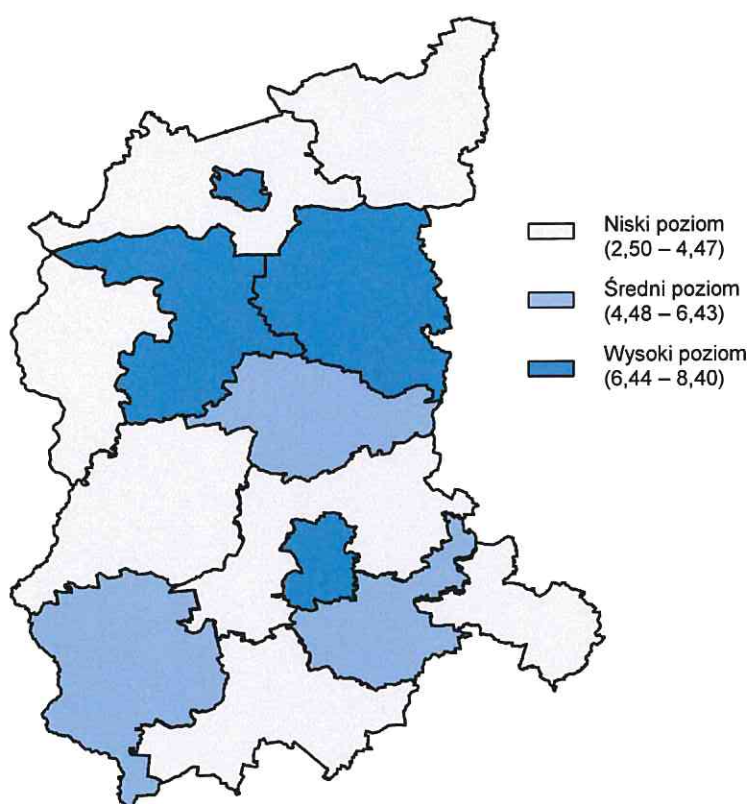
Jednym ze wskaźników dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty. W województwie lubuskim w dziewięciu powiatach czas oczekiwania do wymienionych specjalistów wynosił do 30 dni. W czterech powiatach czas oczekiwania wynosił pomiędzy 30 a 40 dni. W powiecie nowosolskim czas oczekiwania był najdłuższy i wynosił 86,5.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D11
Nazwa wskaźnika	Dostępność pielęgniarek i położnych
Opis metodologiczny	Dostępność pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Informacja o liczbie i rozmieszczeniu pielęgniarek i położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem.

Wskaźnik liczby pielęgniarek informuje o liczbie pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w 2017 roku. W Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 5,6 pielęgniarki i położnej, w województwie lubuskim wskaźnik ten wynosił 5,1. Najwyższy wskaźnik pielęgniarek i położnych występował w powiecie m. Gorzów Wielkopolski i wynosił 8,4. W trzech powiatach wskaźnik ten wynosił pomiędzy 7,6, a 6,8. W trzech powiatach wskaźnik oscylował pomiędzy 6,1, a 4,5. W siedmiu powiatach wartość wskaźnika wynosiła poniżej 4, w tym w powiatach krośnieńskim i gorzowskim był najniższy i wynosił 2,5.

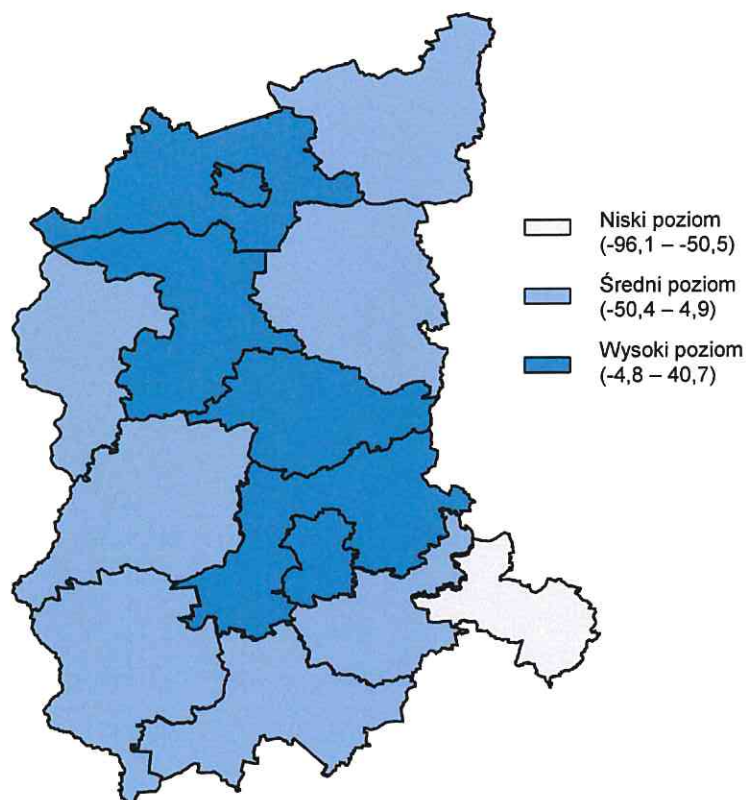


DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D12
Nazwa wskaźnika	Bilans migracji zewnętrznych
Opis metodologiczny	Różnica między liczbą pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń opieki zdrowotnej (bez uzdrowisk, zaopatrzenia w wyroby medyczne, leków) w województwie lubuskim na 1000 mieszkańców a liczbą pacjentów, którzy wyjechali do innych województw w celu skorzystania ze świadczeń na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ukazanie bilansu liczby osób korzystających ze świadczeń w województwie lubuskim oraz poza województwem lubuskim.

Wskaźnikiem pokazującym skalę migracji pacjentów między województwami jest bilans migracji zewnętrznych. Dodatni bilans pokazuje, iż więcej osób przyjeżdża do danego powiatu z innych województw, niż mieszkańców powiatu wyjeżdża się leczyć do innych województw.

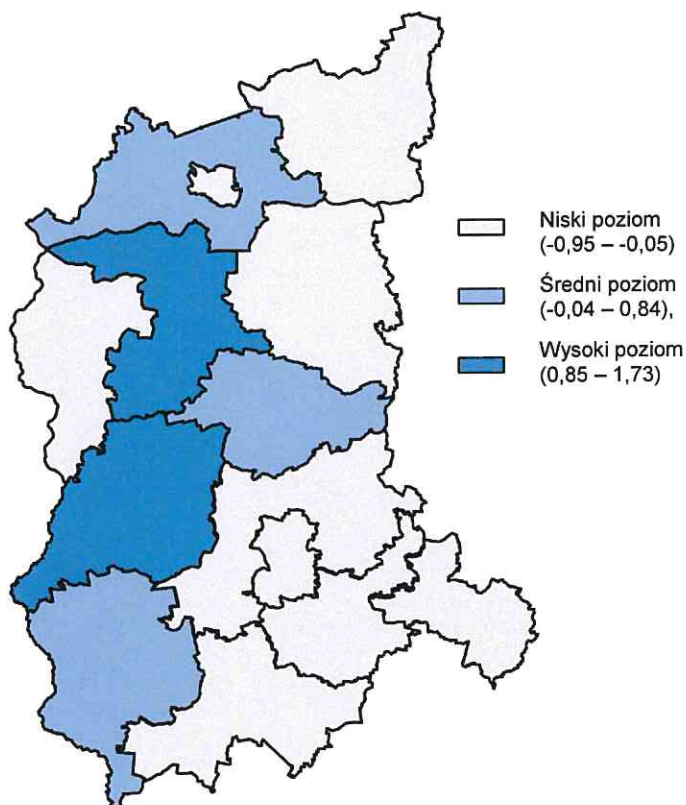
W czterech powiatach województwa lubuskiego (m. Gorzów Wlkp., nowosolski, m. Zielona Góra, świebodziński) występuje bilans dodatni, w tym najwyższy w powiecie m. Gorzów Wielkopolski (40,75). W powiecie słubickim i wschowskim bilans migracji zewnętrznych był najniższy i wynosił odpowiednio -30,30 oraz -96,13.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D13
Nazwa wskaźnika	Dostępność do opieki długoterminowej
Opis metodologiczny	Liczba pacjentów objętych opieką długoterminową, w tym przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgniarńki długoterminowe, hospicja na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie dynamiki zmian w liczbie pacjentów objętych opieką długoterminową, która obejmuje przede wszystkim osoby starsze.

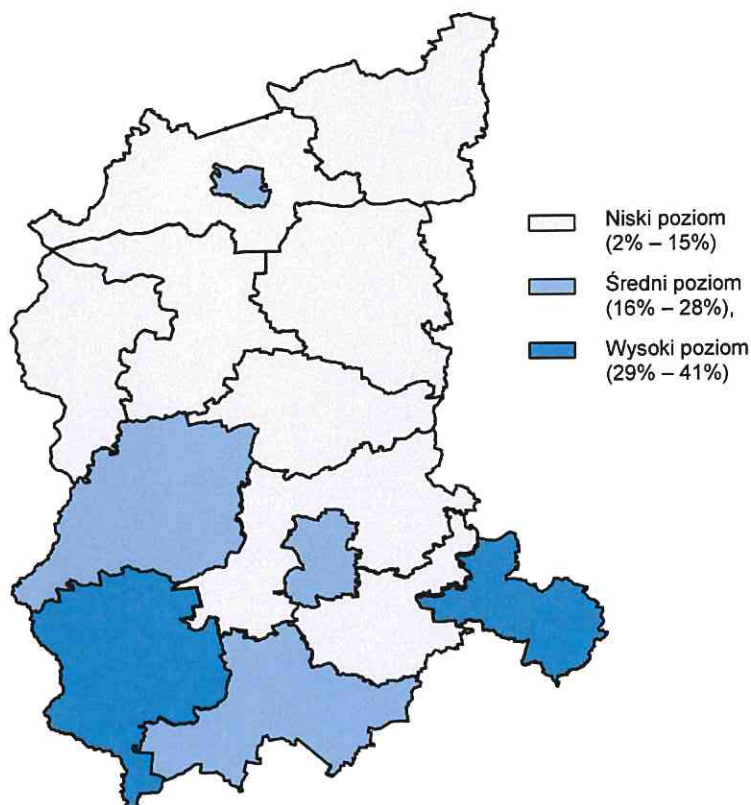
Celem opieki długoterminowej jest zapewnienie pacjentowi świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego w dłuższym okresie czasu. W województwie lubuskim najlepszą dostępność do opieki długoterminowej odnotowano w powiecie sulęcińskim (1,73) oraz powiecie krośnieńskim (1,15). W trzech powiatach wskaźnik dostępności do opieki długoterminowej wynosi pomiędzy 0,64, a 0,27. W pięciu powiatach wskaźnik wynosi między -0,14, a -0,46. W czterech powiatach wskaźnik dostępności do opieki długoterminowej wynosi poniżej -0,5. Najniższa wartość występuje w powiecie wschowskim (-0,95).



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D14
Nazwa wskaźnika	Operacje „jednego dnia”
Opis metodologiczny	Udział procentowy wykonanych w ramach rodzaju leczenia szpitalne świadczeń zabiegowych zrealizowanych podczas jednego dnia do wszystkich przeprowadzonych zabiegów. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów, w których podmioty realizujące świadczenia dążą do maksymalnego skrócenia czasu hospitalizacji. Wyższy wskaźnik wskazuje na lepszą organizację udzielania świadczeń.

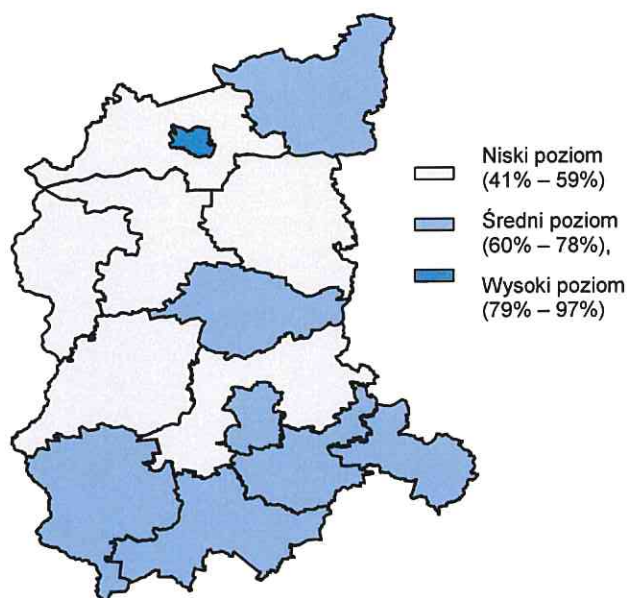
Kolejnym ze wskaźników jest realizacja świadczeń zabiegowych wykonywanych w ciągu jednego dnia. Im wyższy wskaźnik tym bardziej efektywne zarządzanie posiadanymi zasobami. W województwie lubuskim najwyższy wskaźnik odnotowano w powiecie wschowskim (40,8%) oraz żarskim (30,8%). W czterech powiatach wskaźnik ten wynosił od 18,4% do 26,3%. W ośmiu powiatach wskaźnik ten wynosił poniżej 15%, w tym najniższy w powiecie świebodzińskim ze wskaźnikiem 1,6%.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Symbol wskaźnika	D15
Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie łóżek
Opis metodologiczny	Procentowe wykorzystanie łóżek w oddziałach internistycznych i chirurgicznych. Wskaźnik uwzględnia fakt, że część z nich jest oddziałami wieloprofilowymi i na łózkach oddziału przebywają również pacjenci w ramach innych zakontraktowanych przez LOW NFZ zakresów świadczeń. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów, w których podmioty realizujące świadczenia dążą do maksymalnego skrócenia czasu hospitalizacji. Wyższy wskaźnik wskazuje na lepszą organizację udzielania świadczeń.

Jednym z mierników efektywnego wykorzystywania zasobów przez szpitale jest wskaźnik wykorzystania łóżek. Wskaźnik ten ma na celu przedstawienie wartości procentowej obłożenia łóżek na danym oddziale i wskazanie poziomu wykorzystania bazy szpitalnej. Zalecana wartość wskaźnika wykorzystania łóżek wynosi ok. 80% ⁴. Niekorzystną sytuacją jest zarówno zbyt wysoki, jak i za niski poziom wykorzystania łóżek. W województwie lubuskim w powiecie m. Gorzów Wielkopolski wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł 97% i jest on najwyższy w województwie. W siedmiu powiatach wskaźnik ten wynosił pomiędzy 61 a 75%. W sześciu powiatach wskaźnik wykorzystania łóżek jest niższy niż 60%, w tym najniższy wskaźnik odnotowano w powiatach słubickim i gorzowskim i wynosił 41%.



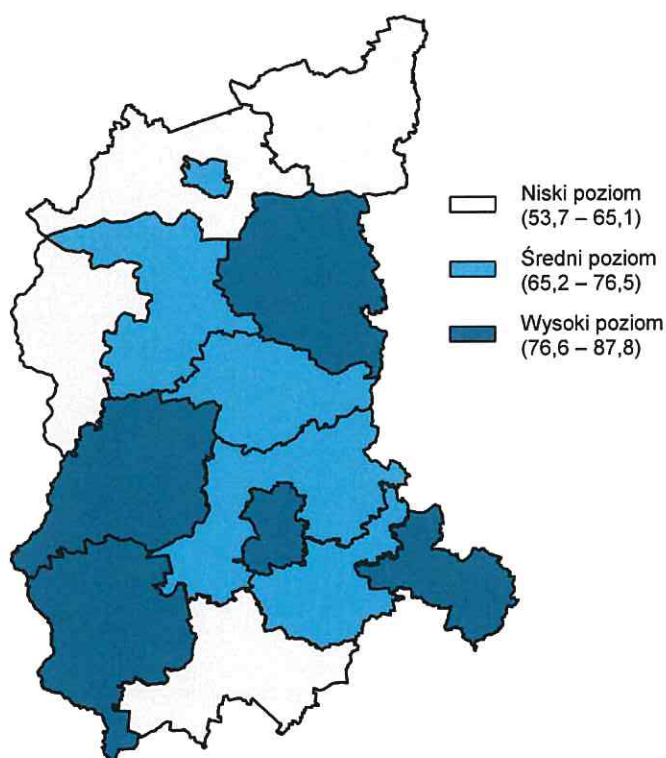
⁴ Koncepcja utworzenia Sieci Szpitali w Polsce. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index>



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z1
Nazwa wskaźnika	Pacjenci leczeni z powodu chorób psychicznych
Opis metodologiczny	Wskaźnik określa liczbę pacjentów wg powiatu leczonych z powodu chorób psychicznych na 1000 mieszkańców. W analizie uwzględniono świadczenia, których głównym powodem udzielenia było rozpoznanie z grupy F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Zapewnienie opieki zdrowotnej w wymiarze związanym ze zdrowiem psychicznym stanowi duże wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie skali zjawiska w powiatach województwa.

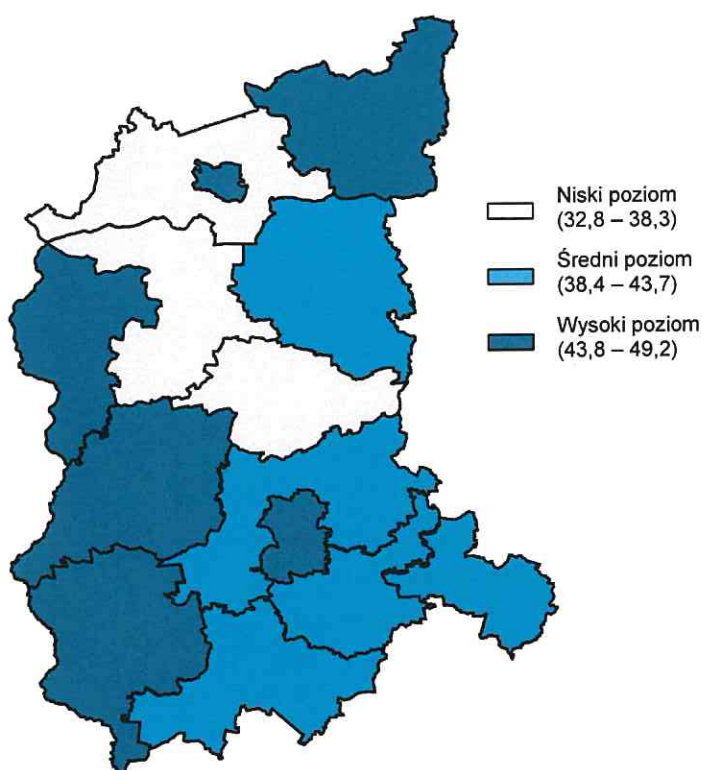
W województwie lubuskim najmniejsza wartość wskaźnika charakteryzującego liczbę pacjentów objętych leczeniem chorób psychicznych na 1000 mieszkańców charakteryzuje powiat gorzowski (53,1), najwyższa – Zieloną Gorę (87,8).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z2
Nazwa wskaźnika	Pacjenci leczeni z powodu cukrzycy
Opis metodologiczny	Liczba pacjentów według powiatu leczonych z powodu cukrzycy na 1000 mieszkańców. W analizie uwzględniono świadczenia, których głównym powodem udzielenia było rozpoznanie z grupy E10-E14 – Cukrzyca Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów, gdzie na 1000 mieszkańców przypada największą liczbą osób leczonych z powodu cukrzycy.

Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku ⁵. Analizując wielkości wskaźnika liczby pacjentów leczonych z powodu cukrzycy na 1000 ludności najwyższą jego wartość odnotowano w Gorzowie Wlkp. (49,2), najniższą zaś w powiecie sulęcińskim (32,8).



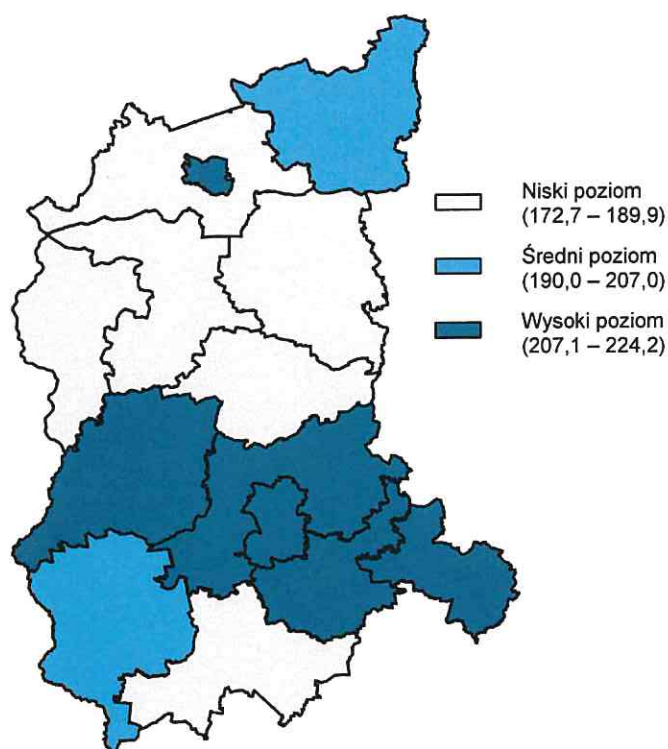
⁵ IDF Atlas, 6 edycja, 14. Listopada 2013



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z3
Nazwa wskaźnika	Pacjenci leczeni z powodu chorób układu krążenia
Opis metodologiczny	Liczba pacjentów według powiatu leczonych z powodu chorób układu krążenia na 1000 mieszkańców. W analizie uwzględniono świadczenia, których głównym powodem udzielenia było rozpoznanie z grupy I – Choroby układu krążenia Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów, gdzie na 1000 mieszkańców przypada największą liczbą osób leczonych z powodu chorób układu krążenia.

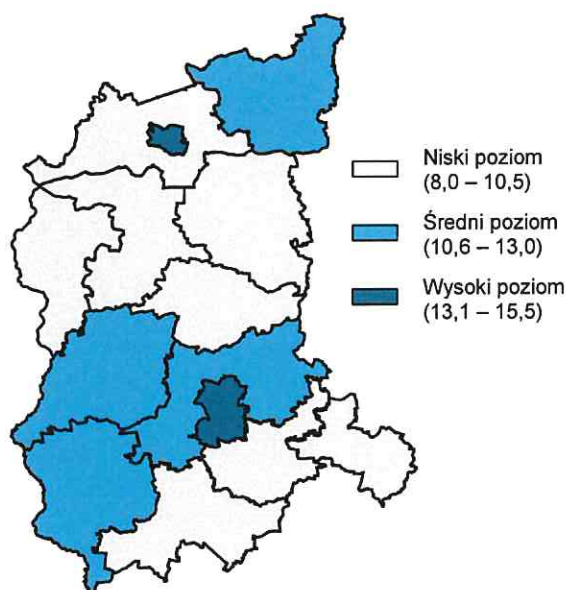
Analizując wielkości wskaźnika liczby pacjentów leczonych z powodu chorób układu krążenia na 1000 mieszkańców zauważa się, iż najwyższa jego wartość charakteryzuje Zieloną Górę (224,2), powiat wschowski (223,5) i Gorzów Wlkp. (223,1), a najniższa – powiat gorzowski (172,7).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z4
Nazwa wskaźnika	Pacjenci leczeni z powodu chorób onkologicznych
Opis metodologiczny	Liczba pacjentów według powiatu leczonych z powodu chorób onkologicznych na 1000 mieszkańców. W analizie uwzględniono świadczenia, których głównym powodem udzielenia były następujące rozpoznania z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych: - C18 nowotwór złośliwy jelita grubego - C19 nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego - C20 nowotwór złośliwy odbytnicy - C21 nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu - C33 nowotwór złośliwy tchawicy - C34 nowotwór złośliwy oskrzela i płuca - C50 nowotwór złośliwy sutka - C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) nowotwory te są najczęstszą przyczyną zgonów oraz stanowią grupę na którą najczęściej zapadają mieszkańcy województwa. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów, gdzie na 1000 mieszkańców przypada największa liczba osób leczonych z powodu nowotworów.

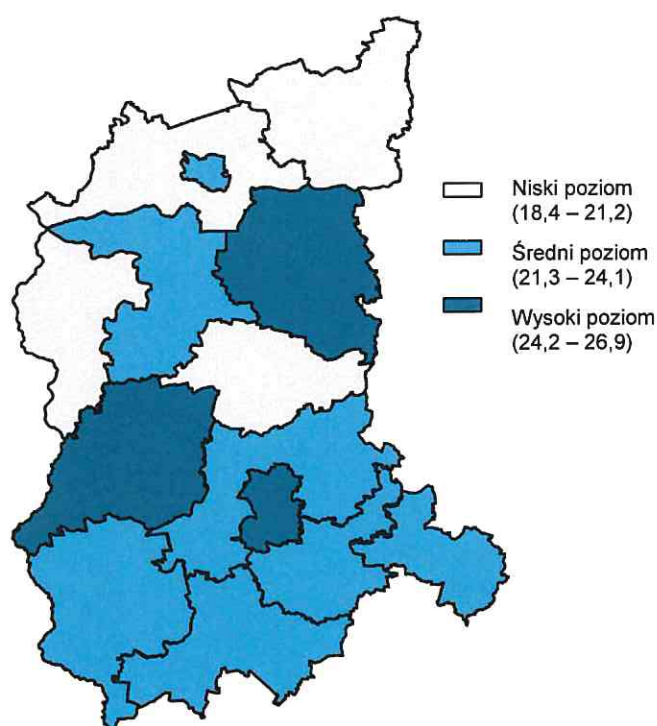
W województwie lubuskim największa wartość wskaźnika opisującego liczbę pacjentów leczonych z powodu najczęściej występujących nowotworów złośliwych na 1000 ludności charakteryzuje Zieloną Górę (15,5) i Gorzów Wlkp. (13,7), najniższa zaś powiat wschowski (8,0).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z5
Nazwa wskaźnika	Nowe zachorowania na choroby psychiczne
Opis metodologiczny	Liczba nowych zachorowań na 1000 mieszkańców na choroby z grupy F Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Wskaźnik uwzględnia jako nowe zachorowanie pacjentów, którzy w 2017 r. pojawili się z rozpoznaniem F po raz pierwszy od 2013 r.. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem poziomu zachorowalności na zaburzenia psychiczne.

Choroby psychiczne dotyczą coraz większej liczby osób. Według WHO zaburzenia psychiczne dotyczą już co piątej osoby na świecie ⁶. W województwie lubuskim najwyższa wartość wskaźnika odzwierciedlającego liczbę nowych zachorowań na choroby psychiczne licząc na 1000 mieszkańców charakteryzuje Zieloną Górę (26,9), powiat krośnieński (25,5) i międzyrzecki (24,7), najniższa zaś powiat słubicki (18,4) i gorzowski (19,9).

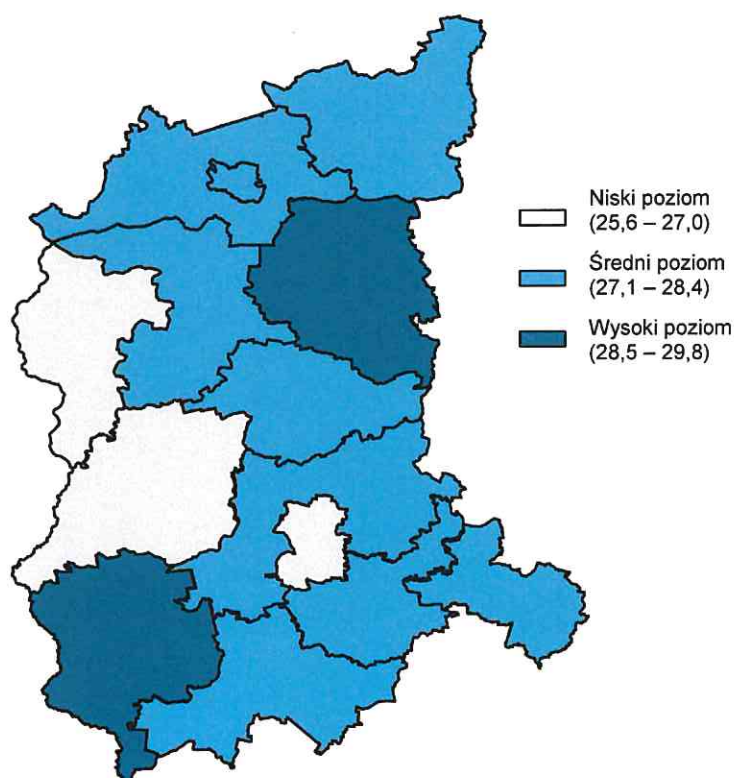


⁶ OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle (Summary in Polish), OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/12e3c515-pl>.

POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z6
Nazwa wskaźnika	Nowe zachorowania na choroby układu krążenia
Opis metodologiczny	Liczba nowych zachorowań na 1000 mieszkańców w powiecie na choroby z grupy I Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. Choroby układu krążenia. Wskaźnik uwzględnia jako nowe zachorowanie pacjentów, którzy w 2017 r. pojawili się z rozpoznaniem I po raz pierwszy od 2013 r.. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ze względu na powszechność występowania choroby układu krążenia są istotnym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem poziomu zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe.

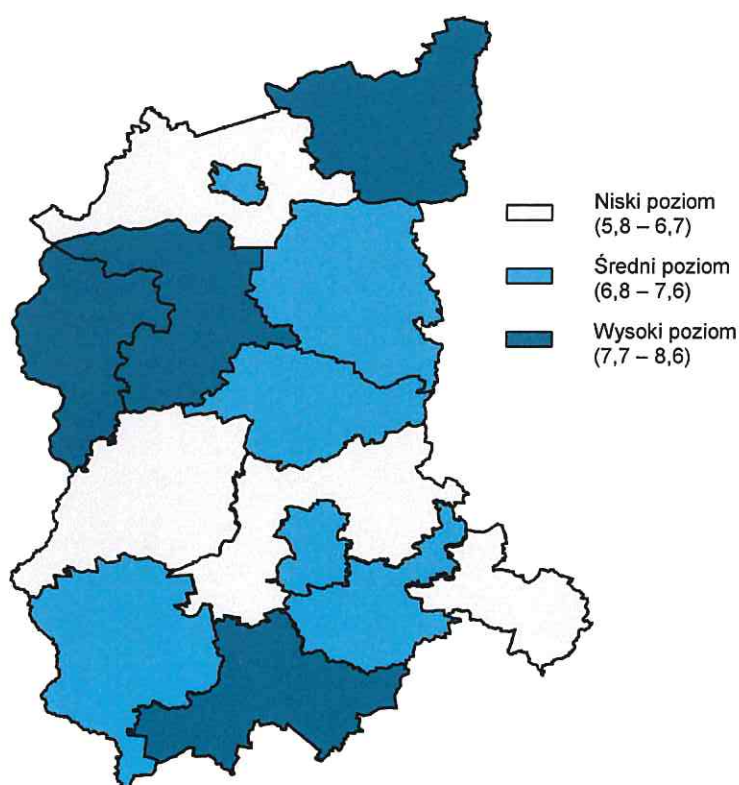
Analizując wielkości wskaźnika liczby nowych zachorowań na choroby układu krążenia na 1000 mieszkańców najwyższą jego wartość odnotowano w powiecie międzyrzeckim (29,8) i zarskim (28,6), najniższą zaś w powiecie słubickim (25,6), Zielonej Górze (26,1) i powiecie krośnieńskim (26,9).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z7
Nazwa wskaźnika	Nowe zachorowania na cukrzycę
Opis metodologiczny	Liczba nowych zachorowań na 1000 mieszkańców w powiecie na choroby z grupy E10-E14 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. Cukrzyca. Wskaźnik uwzględnia jako nowe zachorowanie pacjentów, którzy w 2017 r. pojawili się z rozpoznaniem E10-E14 po raz pierwszy od 2013 r.. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Cukrzyca jest chorobą społeczną, na którą zapada coraz większa liczba osób. Choroba stanowi poważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny współczesnego świata. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem poziomu zachorowalności na tę chorobę.

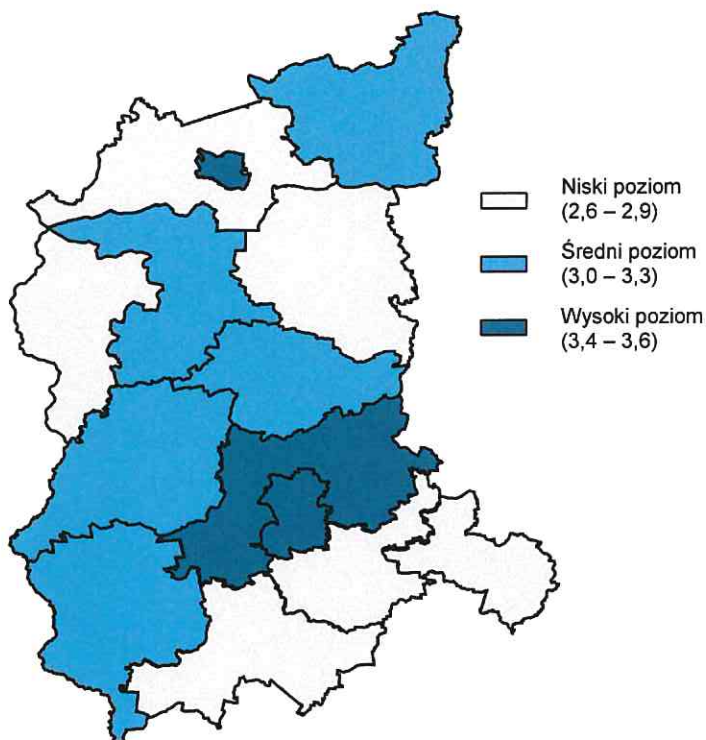
W Polsce zwiększa się zachorowalność zarówno na cukrzycę typu 2, jak i typu 1. Na obydwa typy tej choroby choruje już blisko 3 mln Polaków, czyli 8 proc. naszego społeczeństwa. Analizując wielkości wskaźnika liczby nowych zachorowań na cukrzycę wśród powiatów województwa lubuskiego (licząc na 1000 ludności) zauważa się, iż najwyższą jego wartość charakteryzuje powiat słubicki (8,6) i strzelecko-drezdenecki (8,5), a najniższą powiat wschowski (5,8) i gorzowski (6,4).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z8
Nazwa wskaźnika	Nowe zachorowania na nowotwory
Opis metodologiczny	Liczba nowych zachorowań na 1000 mieszkańców w powiecie na wybrane nowotwory wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Wskaźnik uwzględnia jako nowe zachorowanie pacjentów, którzy w 2017 r. pojawili się z rozpoznaniem C18, C19, C20, C21, C33, C34, C50, C61 po raz pierwszy od roku 2013. Źródłem danych jest Krajowy Rejestr Nowotworów.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Liczba osób chorujących na nowotwory w Polsce rośnie w szybkim tempie. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem poziomu zachorowalności na wybrane nowotwory złośliwe.

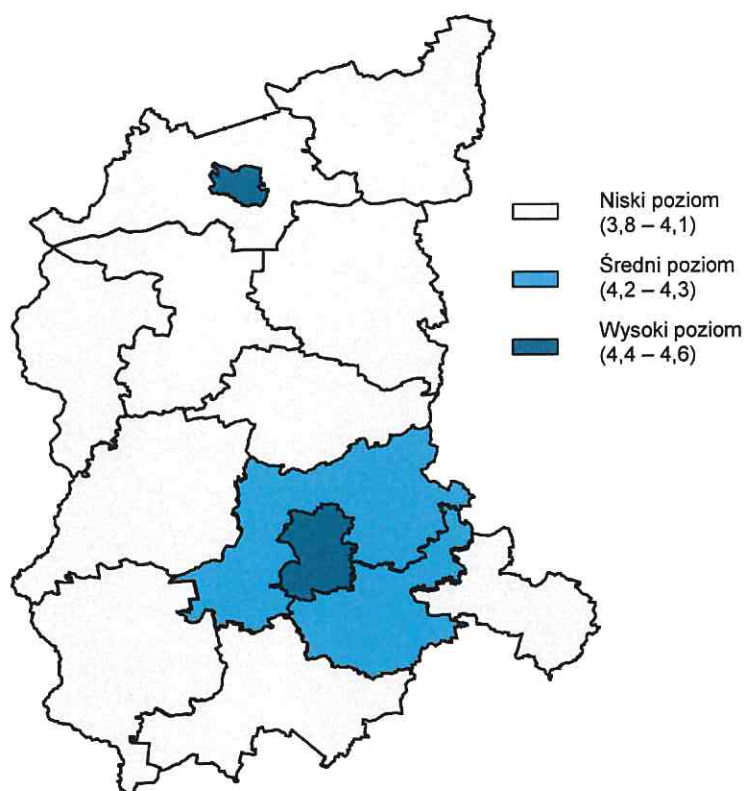
Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2016 r. w województwie lubuskim zarejestrowano 4,0 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, to o 100 przypadków więcej niż 2012 r. Najczęściej były to nowotwory płuca, jelita grubego, piersi i gruczołu krokowego. Najwięcej przypadków nowych zachorowań na nowotwory w przeliczeniu na 1000 mieszkańców odnotowano w Zielonej Górze (3,6), Gorzowie Wlkp. (3,5) i powiecie zielonogórskim (3,4), a najmniej w powiecie słubickim (2,6) i wschowskim (2,7).



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z9
Nazwa wskaźnika	Chorobowość pacjentów
Opis metodologiczny	Liczba chorób przypadająca na 1 mieszkańca powiatu. Za chorobę przyjętą poszczególne bloki rozpoznań w kolejnych rozdziałach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Analizą objęto rozpoznania główne sprawozdane przez świadczeniodawców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Pacjenci zwykle borykają się z wieloma problemami zdrowotnymi. Wskaźnik pozwoli uchwycić zróżnicowanie powiatów pod względem średniej liczby chorób przypadających na 1 mieszkańca powiatu.

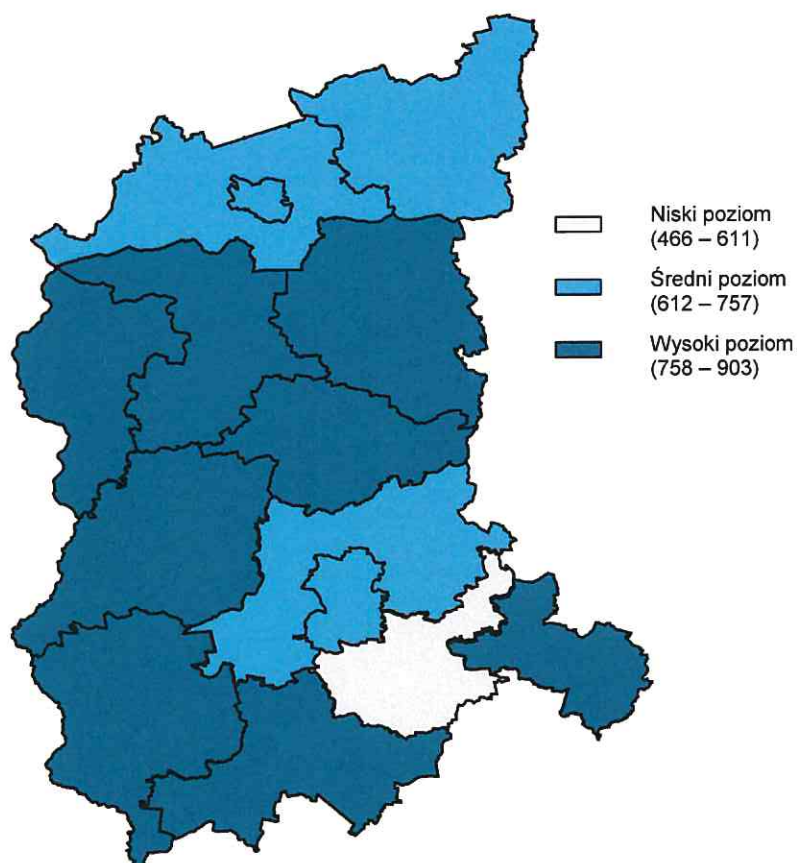
Jedną osobę może dotyczyć więcej niż jedno schorzenie. Z badań wynika, że większość osób po 65. r. ż. cierpi z powodu dwóch lub trzech chorób. Po przekroczeniu 85. r.ż. liczba chorób, na jakie cierpią seniorzy, spada do dwóch. W województwie lubuskim na 1 mieszkańca przypadały przeciętnie 4 schorzenia. W większości powiatów wielkości wskaźnika kształtowały się na poziomie zbliżonym do wartości średniej, jedynie w Zielonej Górze (4,6) i Gorzowie Wlkp. (4,5) były wyższe.



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Symbol wskaźnika	Z10
Nazwa wskaźnika	Noworodki zdrowe
Opis metodologiczny	Liczba noworodków zdrowych wg powiatu dziecka na 1000 hospitalizowanych noworodków. Wskaźnik obejmuje dane przekazane przez świadczeniodawców LOW NFZ. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie stanu nowonarodzonych dzieci określając stan dziecka jako zdrowe lub patologiczne.

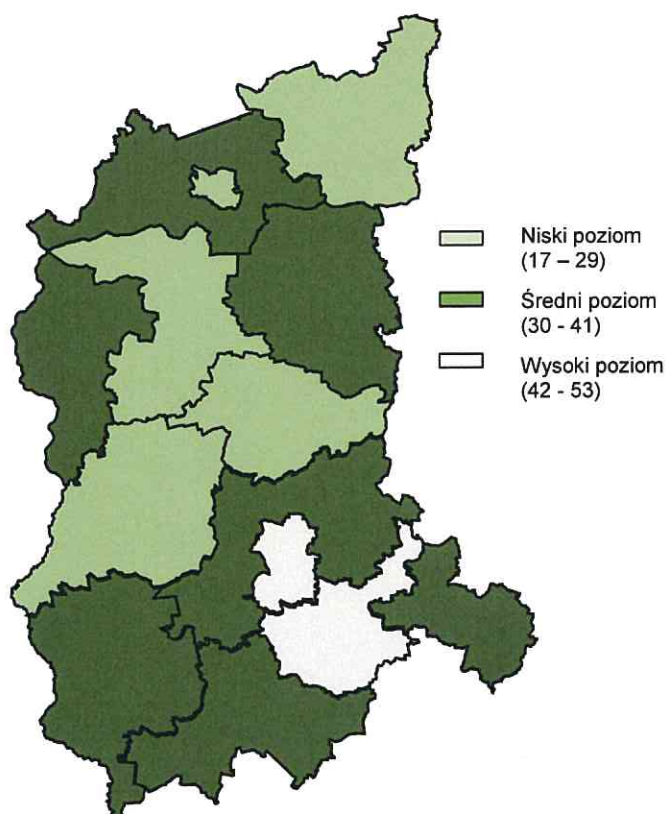
Badanie noworodka po porodzie ma na celu ocenę jego stanu ogólnego w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości, które wymagają pomocy medycznej. Analizując relację liczby noworodków zdrowych do 1000 noworodków hospitalizowanych, można zauważyć, iż najwyższa jej wielkość charakteryzuje powiat żarski (903), a najniższa powiat nowosolski (466).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S1
Nazwa wskaźnika	Cięcia cesarskie
Opis metodologiczny	Udział cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów niepatologicznych wg miejsca udzielenia świadczenia. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	W Polsce od wielu lat obserwujemy znaczny wzrost cięć cesarskich, znacznie przekraczający wskaźnik zalecany przez WHO (%). Z analizy wyłączono porody patologiczne z uwagi na zwiększone prawdopodobieństwo konieczności wykonania cięcia cesarskiego.

Pomimo zaleceń WHO⁷, określających docelowy odsetek wykonywanych cięć cesarskich na 15%, liczba porodów wykonywanych tą metoda systematycznie wzrasta. Operacyjne sposoby rozwiązania ciąży mogą prowadzić do wielu różnorodnych powikłań bezpośrednio związanych z procedurą operacyjną. W województwie lubuskim udział cesarskich cięć w ogólnej liczbie porodów jest silnie zróżnicowany. Najmniej tego typu rozwiązań zastosowano w Zielonej Górze (17%) i powiecie nowosolskim (20%), najwięcej zaś w powiecie słubickim (53%).



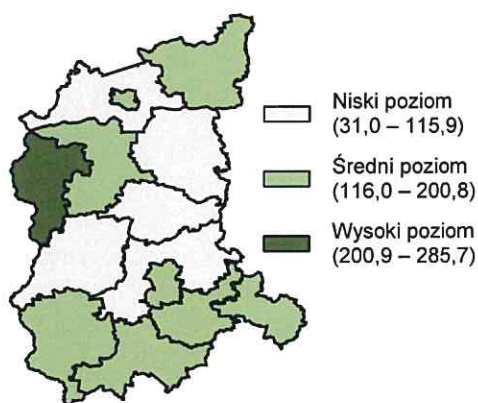
⁷ (2015) WHO Statement on caesarean section rates, Reproductive Health Matters, 23:45, 149-150, DOI: 10.1016/j.rhm.2015.07.007



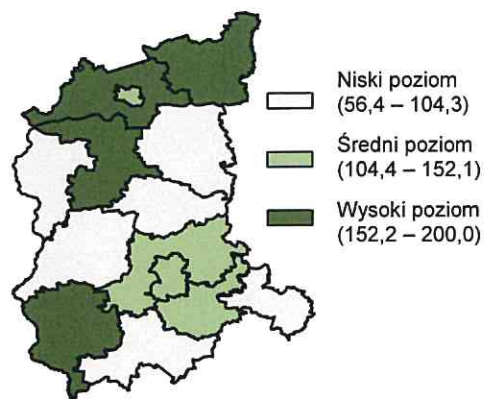
SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S2
Nazwa wskaźnika	Umieralność na nowotwory (jelita grubego; tchawicy, oskrzela i płuca; sutka u kobiet; gruczołu krokowego)
Opis metodologiczny	Dynamika liczby zgonów na nowotwory (jelita grubego; tchawicy, oskrzela i płuca; sutka u kobiet; gruczołu krokowego) w latach 2012-2016. Źródłem danych jest Krajowy Rejestr Nowotworów.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	W Polsce obserwuje się znaczny wzrost zgonów z powodu chorób nowotworowych. Nowotwory są drugą główną przyczyną zgonów. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności leczenia wybranych chorób nowotworowych.

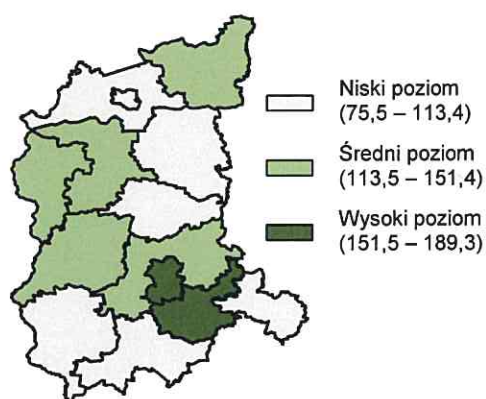
Umieralność na nowotwory złośliwe w województwie lubuskim szybko wzrasta. W 2016 r. zmarło z tej przyczyny 255 osób w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, było to o 11 osób więcej w stosunku do 2012 r. Największy, bo prawie trzykrotny wzrost zgonów z powodu raka jelita grubego odnotowano w powiecie słubickim, podobnie jak raka prostaty w powiecie sulęcińskim. Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca był przyczyną największego wzrostu liczby zgonów w powiatach: gorzowskim (o 100,0%), strzelecko-drezdeneckim (o 68,0%), sulęcińskim (o 62,0%) i żarskim (o 55,8%), a nowotwór złośliwy sutka u kobiet – w powiecie nowosolskim (o 89,3%) i w Zielonej Górze (o 78,6%).



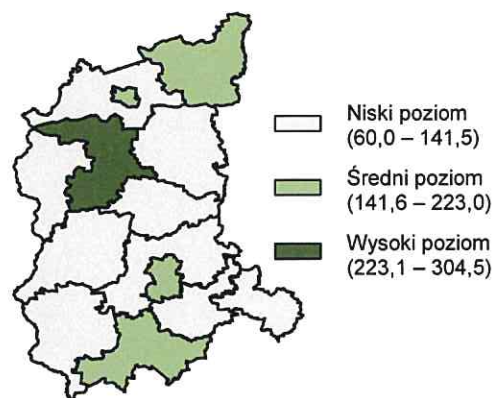
Dynamika liczby zgonów z powodu nowotworu jelita grubego (C18) na 100 tys. ludności w latach 2012-2016.



Dynamika liczby zgonów z powodu nowotworu tchawicy, oskrzela i płuca (C33-C34) na 100 tys. ludności w latach 2012-2016.



Dynamika liczby zgonów z powodu nowotworu sutka u kobiet (C50) na 100 tys. ludności w latach 2012-2016.



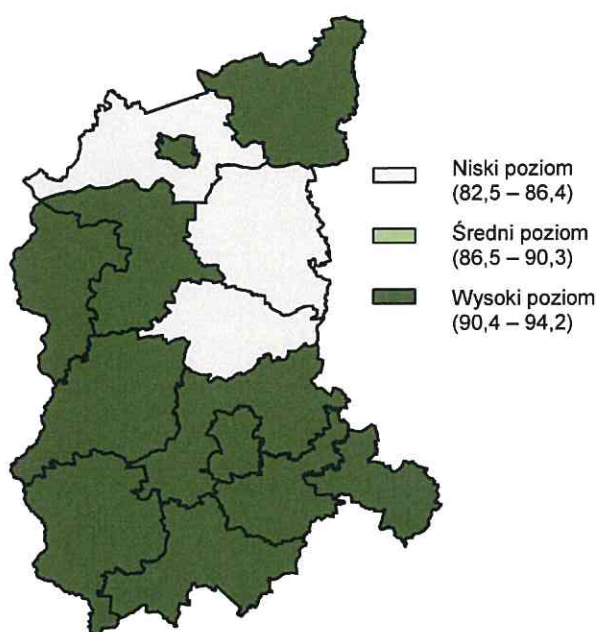
Dynamika liczby zgonów z powodu nowotworu gruczołu krokowego (C61) na 100 tys. ludności w latach 2012-2016.



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S3
Nazwa wskaźnika	Tryb wypisu
Opis metodologiczny	Udział (procent) hospitalizacji z trybem wypisu wskazującym na skuteczne zakończenie leczenia tj. z trybem: zakończenie procesu terapeutyczno-leczniczego oraz kontynuacja w trybie ambulatoryjnym, skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Jako nieskuteczne przyjęto następujące tryby wypisu: zgon, wypis na własne żądanie, przekazanie do innego szpitala, samowolne opuszczenie szpitala. Wskaźnik, liczony wg miejsca udzielenia świadczenia, uwzględnia hospitalizacje w oddziałach internistycznych i chirurgicznych czyli podstawowe oddziały zachowawcze oraz zabiegowe. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów, w których udział hospitalizacji „skutecznych” jest największy.

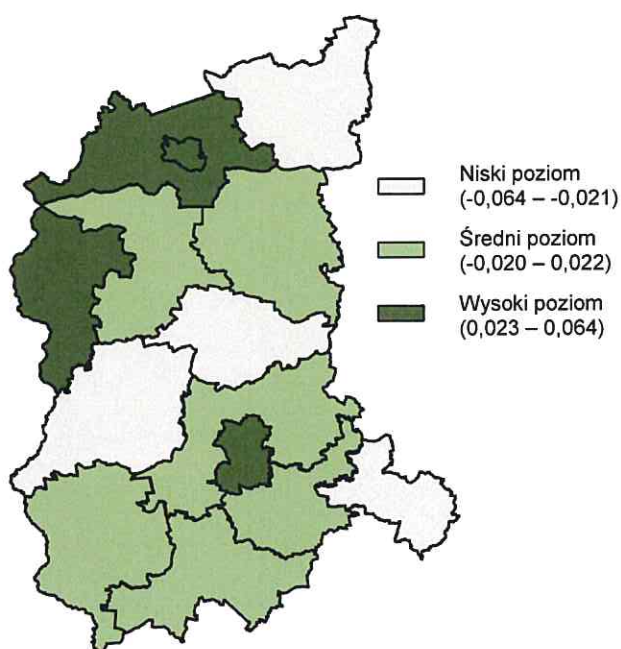
Analizując wypisy ze szpitala, wskazać należy, że w większości lubuskich szpitali udział hospitalizacji z trybem wypisu wskazującym na skuteczne zakończenie leczenia przekroczył 90,0%, w tym największy był w Zielonej Górze (94,2%), powiecie żagańskim (92,7%) i Gorzowie Wlkp. (92,4%), najmniejszy zaś w powiecie gorzowskim (82,5%).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S4
Nazwa wskaźnika	Rehospitalizacje
Opis metodologiczny	Zmiana liczby powtórnych hospitalizacji przypadających na 1 leczonego z powodu cukrzycy (E10-E14), chorób układu krążenia (I), nowotworów (C18, C19, C20, C21, C33, C34, C50, C61). Z analizy wyłączono hospitalizacje związane z chemioterapią i programami lekowymi z powodu planu leczenia uwzględniającego powtarzalność świadczeń np. sesje chemioterapii. Wskaźnik nie obejmuje również świadczeń udzielonych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Za skuteczność leczenia uznaje się zmniejszenie wskaźnika. Wskaźnik uwzględnia rehospitalizacje pacjenta w szpitalu/szpitalach na terenie danego powiatu. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie powiatów, w których skuteczność leczenia w szpitalach jest wyższa i mierzona spadkiem hospitalizacji przypadających na 1 pacjenta.

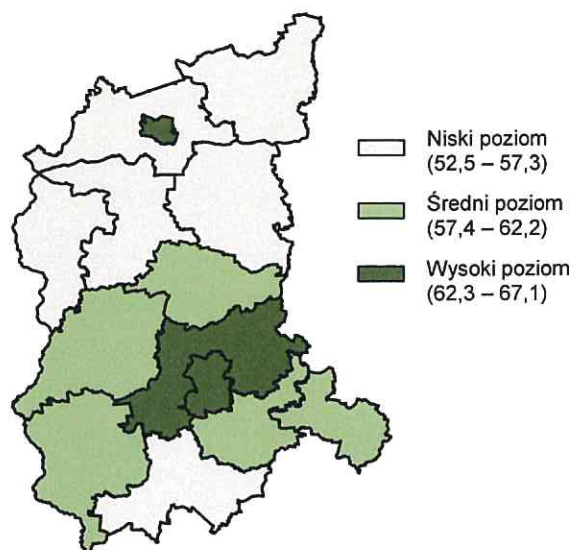
Ograniczanie ponownych hospitalizacji powinno być jednym z celów szpitali. Skuteczność leczenia cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworów poprawiła się w więcej niż 1/3 powiatów województwa lubuskiego. Analizując zmianę liczby hospitalizacji przypadającą na 1 leczonego z powodu tych chorób, wskazać należy, iż największy spadek tego wskaźnika odnotowano w powiatach: krośnieńskim (o 0,064), wschowskim (o 0,059), świebodzińskim (o 0,037) i strzelecko-drezdeneckim (o 0,036). Największy natomiast wzrost wystąpił w powiecie słubickim (o 0,064), Zielonej Górze (o 0,043), powiecie gorzowskim i Gorzowie Wlkp. (po 0,038).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S5
Nazwa wskaźnika	Przeżywalność osób z rozpoznanym nowotworem
Opis metodologiczny	Wskaźnik ukazujący odsetek osób z nowotworem: - C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego - C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego - C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy - C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu - C33 Nowotwór złośliwy tchawicy - C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca - C50 Nowotwór złośliwy sutka - C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego która przeżyła okres 5 lat (brak zgonu). Rokiem bazowym dla wskaźnika jest rok 2012. Wskaźnik liczony wg miejsca zamieszkania pacjenta. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskaźnik przeżyć jest miernikiem umożliwiającym ocenę skuteczności leczenia oraz jakości opieki medycznej. Analiza przeżyć w poszczególnych powiatach pozwala ocenić różnice w organizacji opieki zdrowotnej w zakresie chorób onkologicznych. Wskaźnik przedstawia odsetek osób z poszczególnych powiatów żyjących co najmniej 5 lat z wybranymi grupami nowotworów.

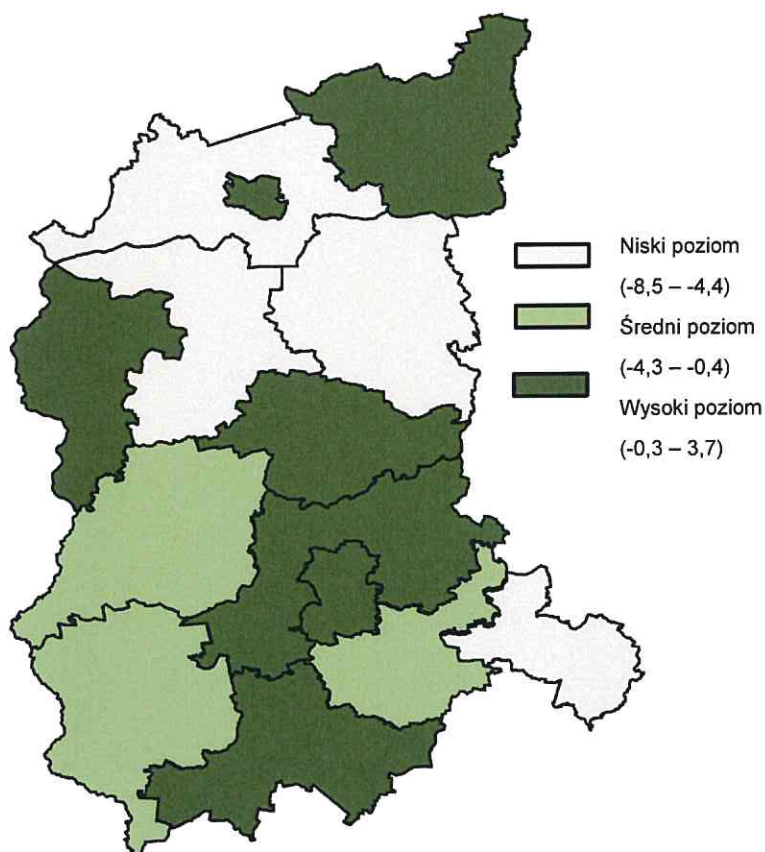
Analiza przeżyć chorych na nowotwory złośliwe jelita grubego, płuca, sutka i gruczołu krokowego w województwie lubuskim wskazuje, że miejsce zamieszkania może być ważnym czynnikiem determinującym długość życia chorego na nowotwór. Najwyższe wartości wskaźnika 5 letnich przeżyć chorych na nowotwory charakteryzowały Zieloną Górę (67,1%), powiat zielonogórski (65,7%) i Gorzów Wlkp. (63,0%), najniższe zaś powiat sulęciński (52,5%) i strzelecko-drezdenecki (53,1%).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S6
Nazwa wskaźnika	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych
Opis metodologiczny	Wskaźnik liczony jako dynamika 2017 r. do 2013 r. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Jeden ze wskaźników oceny stanu zdrowia populacji. Wskaźnik pośrednio informuje o funkcjonowaniu w powiatach opieki ginekologicznej i położniczej.

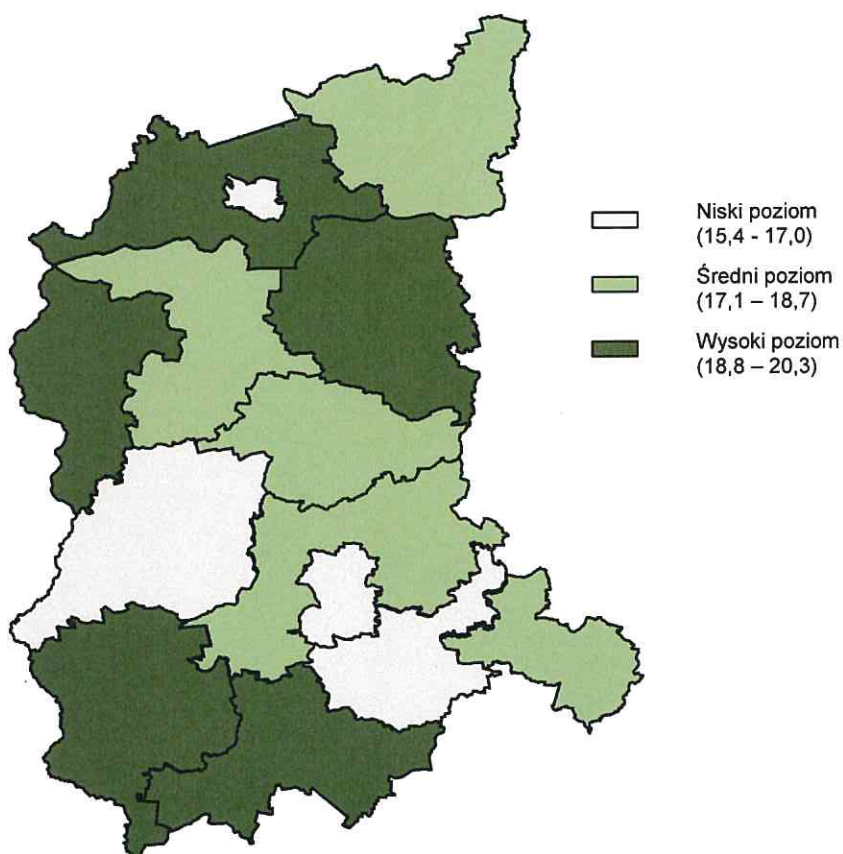
Umieralność niemowląt nieprzerwanie spada w Polsce od lat 90. XX. W 1999 r. w województwie lubuskim wyniosła 9,6 promili i była niższa o ponad 13 punktów niż w 1990 r. W 2013 r. obniżyła się do 5,6 promili, a w 2017 r. do 4,7 (zmarło 48 dzieci poniżej pierwszego roku życia). Wśród powiatów najwyższy spadek współczynnika zgonów niemowląt w 2017 r. w stosunku do 2013 r. charakteryzował powiat wschowski (o 7,5 p. prom.) i międzyrzecki (o 7,2 p. prom.). Najwyższy natomiast wzrost wystąpił w Zielonej Górze (o 3,7 p. prom.) oraz powiecie świebodzińskim (o 3,0 p. prom.)



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S7
Nazwa wskaźnika	Przedwczesne zgony w zgonach ogółem
Opis metodologiczny	Odsetek osób, które zmarły przed ukończeniem 60 r. w zgonach ogółem. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wysokość współczynnika przedwczesnej umieralności pozostaje w ścisłym związku z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, w jakich żyją mieszkańcy analizowanego regionu. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności systemu ochrony zdrowia, w odniesieniu do kontroli zachorowalności i umieralności.

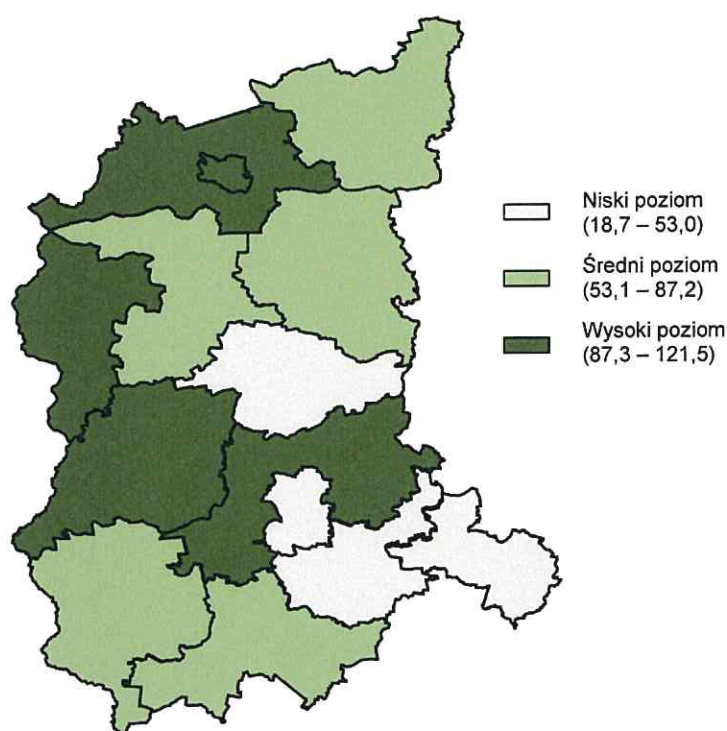
Środowisko naturalne, osiągnane dochody, poziom edukacji społeczeństwa, a także poziom i skuteczność opieki lekarskiej są czynnikami determinującymi długość życia mieszkańców każdego obszaru. W 2017 r. w województwie lubuskim zmarło blisko 1,8 tys. osób w wieku 0-60 lat. Dla tej populacji główną przyczynę zgonów stanowiły nowotwory, które dotyczyły prawie 30% zgonów. Najwyższe wartości wskaźnika przedwczesnych zgonów odnotowano w powiecie żagańskim (20,3%), międzyrzeckim (20,0%) oraz słubickim i żarskim (po 19,8%), najniższe zaś w Zielonej Górze (15,4%), powiecie nowosolskim (15,5%) i Gorzowie Wlkp. (15,7%).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S8
Nazwa wskaźnika	Samobójstwa
Opis metodologiczny	Dynamika współczynnika zgonów z powodu samobójstw (X60-X84) w latach 2013-2017 na 100 tys. ludności. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Polska jest w grupie państw o wysokim współczynniku umieralności z powodu samobójstw. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności leczenia chorób i zaburzeń o podłożu psychicznym.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała samobójstwo za jeden z priorytetowych stanów chorobowych. Państwa członkowskie WHO, w tym Polska, zobowiązały się do podjęcia działań w celu obniżenia współczynnika samobójstw o 10% do 2020r.⁸ W województwie lubuskim na przełomie ostatnich lat liczba samobójstw wśród mieszkańców zmniejszyła się. W 2017 r. współczynnik zgonów z tej przyczyny, liczony na 100 tys. mieszkańców, wyniósł 14,5. Wskaźnik był o 35,8% niższy w porównaniu z 2013r. W większości powiatów odnotowano spadek współczynnika samobójstw, w tym największy w powiatach: świebodzińskim (o 81,3%), nowosolskim (o 65,3%), Zielonej Górze (o 60,7%) oraz wschowskim (o 55,3%). Wzrost wystąpił w powiecie zielonogórskim (o 21,5%) i Gorzowie Wlkp. (o 7,1%).



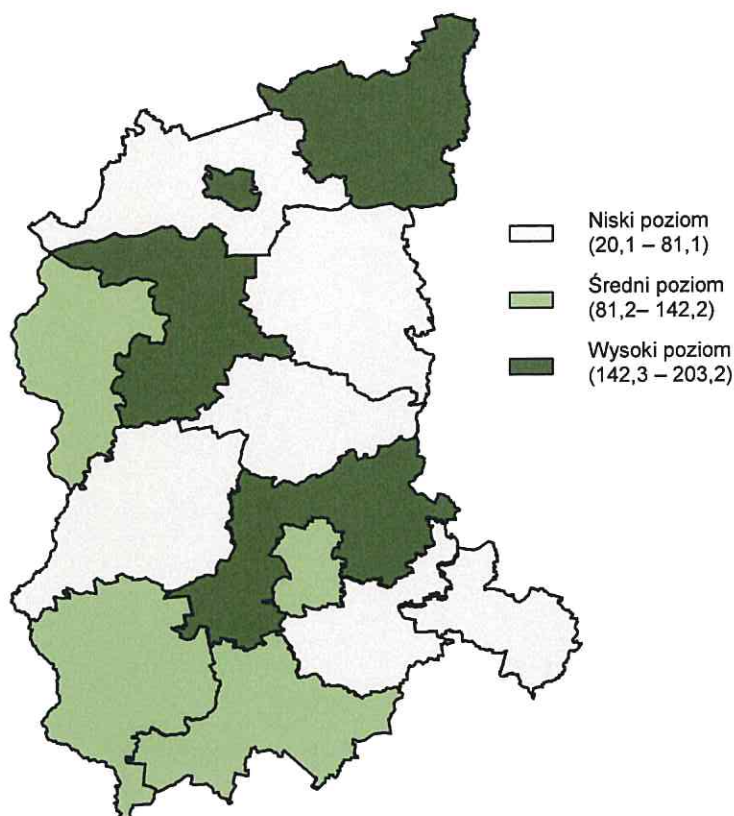
⁸ ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM Imperatyw ogólnoswiatowy redakcja naukowa wydania polskiego Brunon Holyst <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-pol.pdf?ua=1>



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S9
Nazwa wskaźnika	Zgony z powodu cukrzycy
Opis metodologiczny	Dynamika współczynnika zgonów z powodu cukrzycy (E10-E14) w latach 2013-2017 na 100 tys. ludności. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Liczba chorych na cukrzycę systematycznie wzrasta. Dynamika wzrostu zapadalności na cukrzycę w Polsce jest jedną z najwyższych w Europie. Choroba jest jednym z największych wyzwań w medycynie. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności profilaktyki i leczenia cukrzycy.

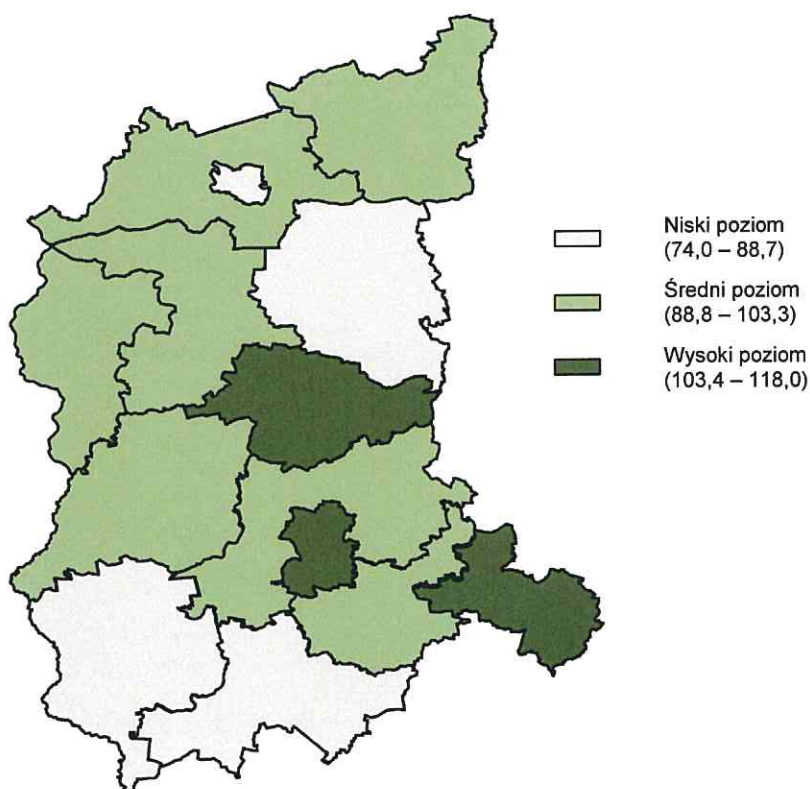
Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych. Szacuje się, że aktualnie w Polsce na cukrzycę choruje blisko 3 mln osób. Prognozy przewidują, że w najbliższych 15 – 20 latach liczba ta podwoi się. W 2017 r. cukrzyca była bezpośrednią przyczyną 267 zgonów w województwie lubuskim; współczynnik zgonów z tej przyczyny, liczony na 100 tys. mieszkańców, wyniósł 26,3. Wskaźnik był o 6,4% niższy w porównaniu z 2013 r. W ponad połowie powiatów odnotowano spadek natężenia zgonów, w tym największy w powiecie wschowskim (o 79,9%) i międzyrzeckim (o 70,2%). Największy natomiast wzrost wystąpił w powiecie strzelecko-drezdeneckim (o 103,2%) i zielonogórskim (o 87,7%).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S10
Nazwa wskaźnika	Zgony z powodu chorób układu krążenia
Opis metodologiczny	Dynamika współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia (I00-I99) w latach 2013-2017 na 100 tys. ludności. Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Wskaźnik pośrednio informuje o skuteczności profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia.

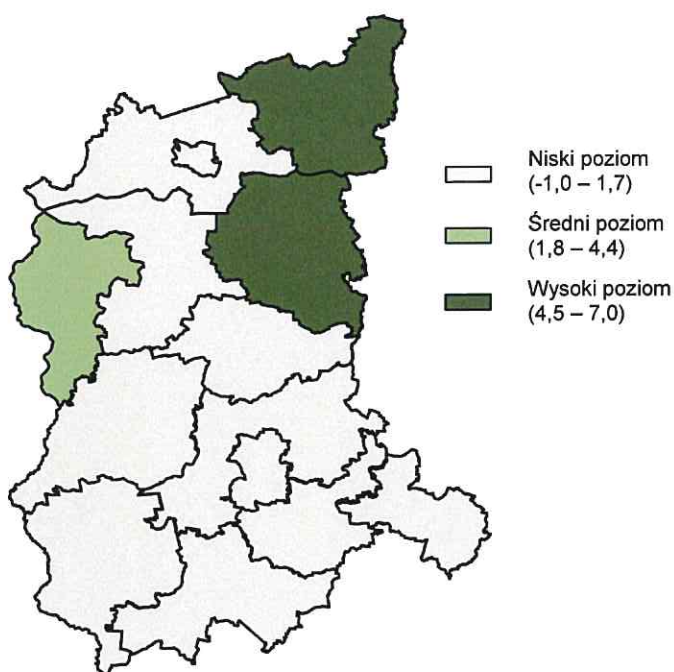
W 2017 r. choroby układu krążenia stanowiły przyczynę 40% wszystkich zgonów w województwie lubuskim. Na każde 100 tys. mieszkańców województwa przypadało 400 osób zmarłych z powodu chorób układu krążenia, tj. o 30 osób mniej niż w 2013 r. Współczynnik zgonów z tej przyczyny obniżył się w większości powiatów, w tym najbardziej w międzyrzeckim (o 26,0%), żagańskim (o 16,2%), żarskim (o 11,8%) i Gorzowie Wlkp. (o 11,3%). Największy wzrost wskaźnika odnotowano w powiecie świebodzińskim (o 18,0%), wschowskim (o 9,3%) i Zielonej Górze (o 9,1%).



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Symbol wskaźnika	S11
Nazwa wskaźnika	Leczeni ambulatoryjnie w psychiatrii
Opis metodologiczny	Zmiana udziału liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wskaźnik ukazuje zmiany w ilości pacjentów leczonych ambulatoryjnie (2017 rok do roku 2013) według powiatu pacjenta. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego leczenie ma być nakierowane na zmniejszenie udziału leczenia zamkniętego na rzecz „środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej”. Wskazanie zmian udziału liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

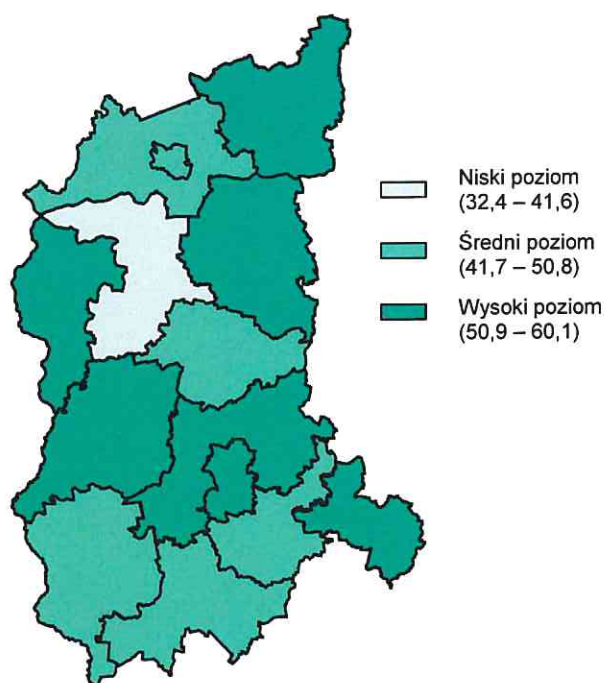
Analizując udział pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, zauważa się, że w większości powiatów odsetek ten uległ niewielkiej zmianie – wzrósł lub spadł o 1 punkt procentowy w 2017 r. w stosunku do 2013 r. Większą zmianę odnotowano w powiecie strzelecko-dreźnieckim (wzrost o 7,0 p. proc.), międzyrzeckim (o 4,5 p. proc.) i słubickim (o 2,1 p. proc.).



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P1
Nazwa wskaźnika	Program badań mammograficznych
Opis metodologiczny	Udział kobiet w wieku 50-69 lat objętych badaniem mammograficznym - SIMP. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ukazanie poziomu objęcia kobiet w wieku 50-69 lat badaniami mammograficznymi w powiatach. Wyższy wskaźnik wskazuje na lepsze działania profilaktyczne w powiecie w kierunku wykrywania nowotworu piersi.

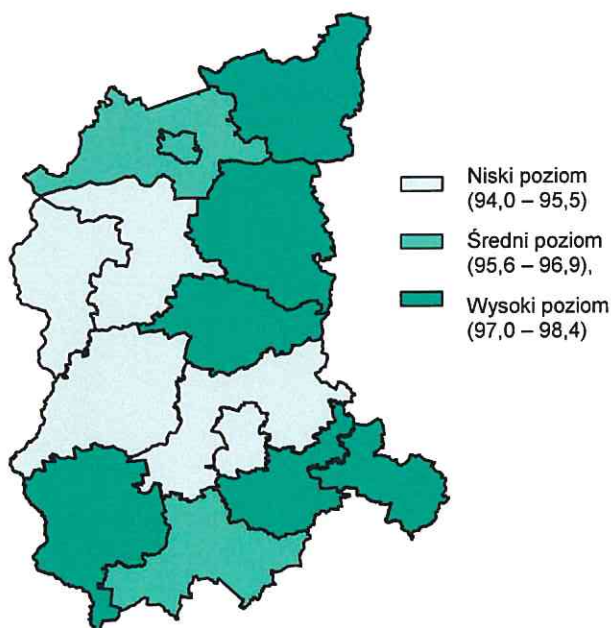
Badanie mammograficzne służy wczesnemu wykrywaniu zmian patologicznych sutka, co pozwala na szybsze wdrożenie procedur leczniczych, poprawiając rokowania zarówno u konkretnej pacjentki, jak i w ujęciu populacyjnym. Najwyższa wartość diagnostyczna tego badania dotyczy kobiet w wieku pomenopauzalnym. Na terenie województwa najwyższy wskaźnik odnotowano w powiecie zielonogórskim (60 %), najniższy zaś w powiecie sulcińskim (32 %) przy średniej wartości dla województwa wynoszącej 51 %.



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P2
Nazwa wskaźnika	Szczepienia dzieci w pierwszym roku życia
Opis metodologiczny	Średni poziom wyszczepialności dzieci z rocznika 2017 (wg kalendarza szczepień, wszystkie dawki). Wszystkie szczepionki rocznika 2017 (wszystkie dawki). Wyliczenia uwzględniają dawki podane dla rocznika 2017 również w 2018 roku. Źródłem danych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie poziomu wyszczepialności dzieci do ukończenia 1 roku życia. Wyższe wskaźniki wskazują na sprawność w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym.

Szczepienie dzieci w pierwszym roku życia według kalendarza szczepień obowiązkowych dotyczyło podania pierwszych i przypominających dawek szczepionek przeciwko: gruźlicy, WZW typu B, tężcowi, krztuścowi, błonicy, Haemophilus influenzae typu B, pneumokokom oraz polio. Przyjmuje się, iż granicą wystarczającą dla osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu rozprzestrzenianiu się chorób jest wskaźnik wyszczepialności średnio na poziomie 90 - 95 % (w zależności od choroby)⁹. Na terenie województwa lubuskiego średnia wyszczepialność w analizowanym okresie wyniosła 96%, najwyższy wskaźnik wynoszący 98% odnotowano w powiatach: międzyrzeckim, nowosolskim, strzelecko – dreźnieckim, świebodzińskim, żarskim i wschowskim. Najniższy wskaźnik, wynoszący 94% obserwuje się w powiatach: sulęcińskim, zielonogórskim i grodzkim Zielona Góra.



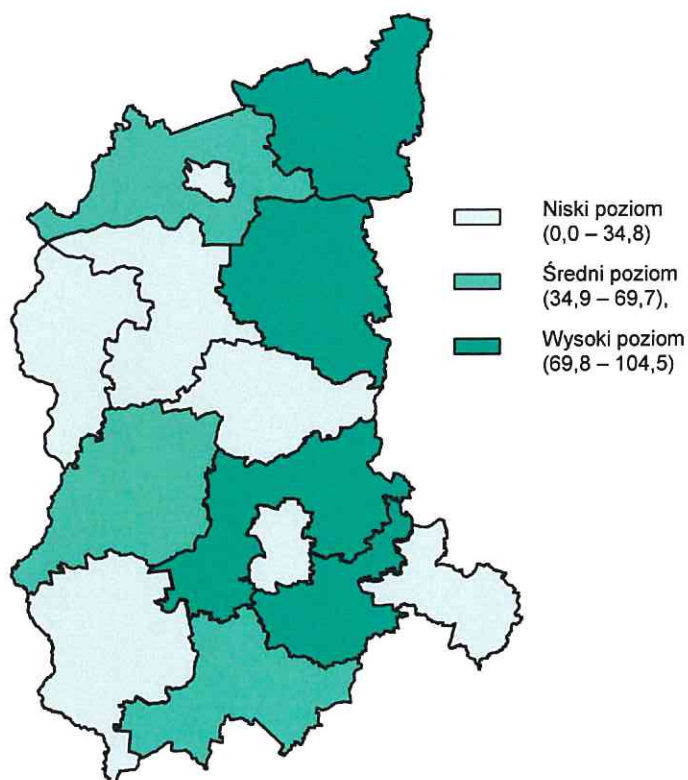
⁹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/na-czym-polega-odpornosc-zbiorowiskowa/>



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P3
Nazwa wskaźnika	Program profilaktyki chorób układu krążenia
Opis metodologiczny	Liczba przeprowadzonych badań CHUK na tysiąc mieszkańców wg miejsca udzielenia świadczenia (liczba mieszkańców w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat). Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ukazanie zaangażowania lekarzy POZ w realizację programu profilaktyki chorób układu krążenia.

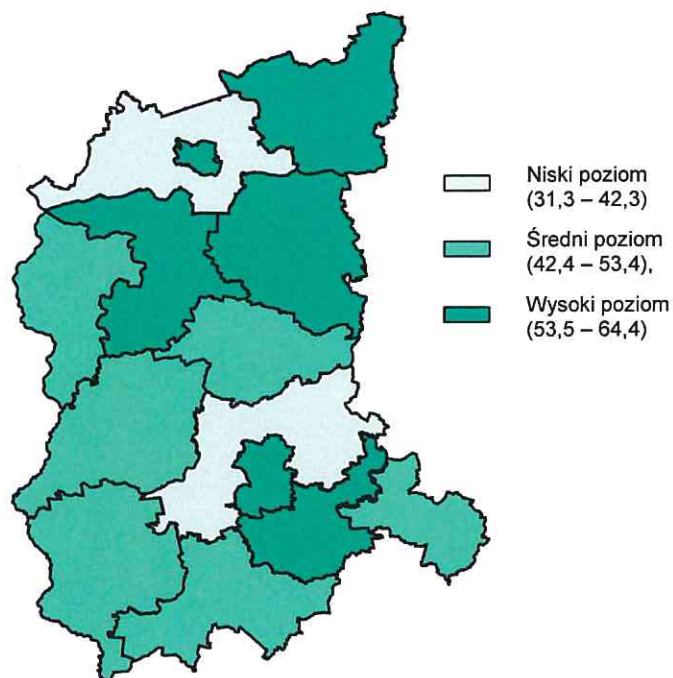
Głównym założonym celem programu profilaktyki ChUK jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem, poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka. Program jest realizowany przez świadczeniodawców POZ, a jego zakres obejmuje wykonanie testów biochemicznych, zebranie wywiadu lekarskiego oraz badanie przedmiotowe pacjenta, a także działania edukacyjne. Najniższa wartość wskaźnika realizacji programu na terenie województwa lubuskiego została odnotowana w powiecie sulęcińskim (wg danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców nie przeprowadzono tam żadnego badania w ramach programu), natomiast najwyższa w powiecie strzelecko-dreźnieckim.



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P4
Nazwa wskaźnika	Badania bilansowe w POZ
Opis metodologiczny	Wykonanie badań bilansowych wśród dzieci i młodzieży w okresie od 2. do 19. roku życia (udział procentowy do liczby pacjentów wg rocznika podlegającego badaniom). Liczba bilansów wg miejsca udzielania świadczeń, do liczby dzieci w danym roczniku (2, 4, 5, 6, 9, 13, 17, 19 lat). Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ukazanie stopnia realizacji bilansów wśród dzieci i młodzieży. Wyższy współczynnik świadczy o lepszej realizacji świadczeń przez lekarzy POZ.

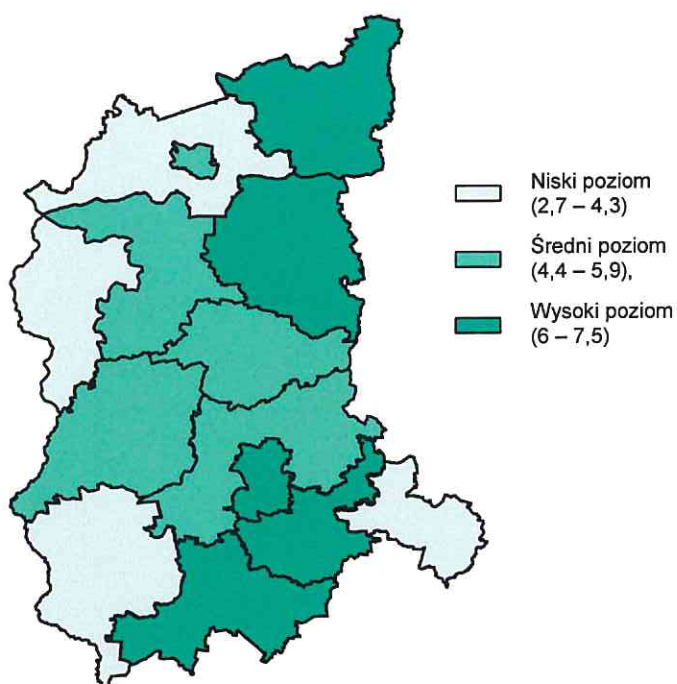
Bilanse zdrowia przyczyniają się do wczesnego wykrywania zaburzeń rozwoju, chorób przewlekłych, czy też różnego rodzaju dysfunkcji zdrowia fizycznego i psychicznego. Najwyższy stopień realizacji bilansów przez lekarzy POZ odnotowujemy w powiecie sulęcińskim (64%), a najniższy w powiecie gorzowskim (31%). Warto zauważyć, iż nawet najwyższy odnotowany poziom nie jest satysfakcjonujący i wskaźnik ten winien być o wiele wyższy.



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P5
Nazwa wskaźnika	Wizyty patronażowe
Opis metodologiczny	Liczba wizyt patronażowych wykonanych przez lekarza POZ w okresie od 1. do 4. tygodnia życia dziecka oraz wizyt patronażowych położnej w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia w 2017 r. Punktem odniesienia jest liczba urodzeń żywych w powiecie. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Ukazanie stopnia realizacji wizyt patronażowych przez lekarza i położną POZ w poszczególnych powiatach województwa. Wyższy współczynnik świadczy o lepszej realizacji świadczeń przez lekarzy i położne. Średnia liczba wizyt patronażowych lekarza i położnej u dziecka powinna wynieść od 5 do 7 (1 lekarza i od 4 do 6 położnej).

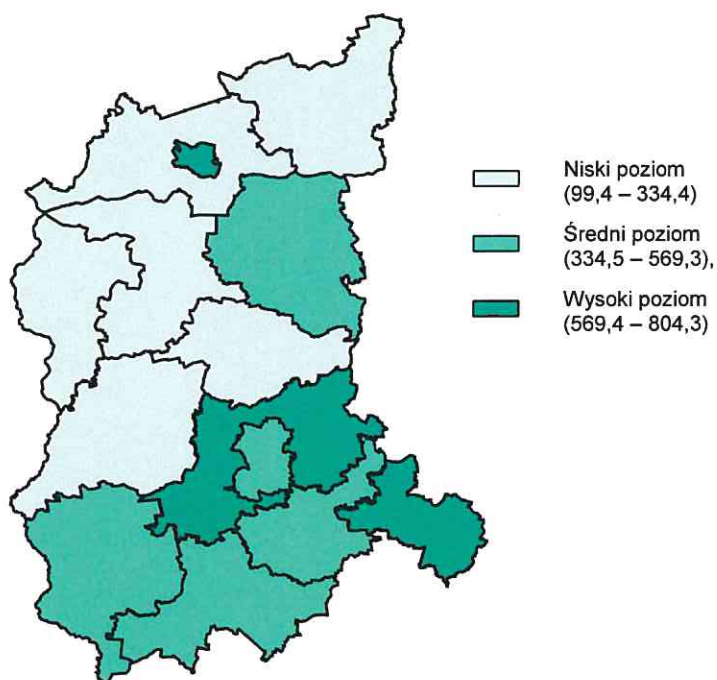
W ramach opieki nad noworodkami i niemowlętami lekarze POZ oraz położne POZ powinny się odbyć wizyty profilaktyczne. Służą one ocenie stanu zdrowia dziecka, identyfikacji zagrożeń zdrowotnych i środowiskowych, edukacji i wsparciu dla rodziców. Wskaźnik poniżej oczekiwanej średniej został odnotowany w powiatach: gorzowskim, żarskim, wschowskim i słubickim. Natomiast w powiatach Zielona Góra – miasto oraz żagańskim wartość wskaźnika przekroczyła 7.



PROFILAKTYKA

Symbol wskaźnika	P6
Nazwa wskaźnika	Profilaktyka w leczeniu stomatologicznym
Opis metodologiczny	Wykonanie świadczeń z zakresu profilaktyki stomatologicznej wg miejsca realizacji świadczeń w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie poziomu realizacji przez lekarzy dentystów wybranych świadczeń z zakresu profilaktyki stomatologicznej. Wyższy wskaźnik wskazuje na lepsze podejmowanie działań profilaktycznych.

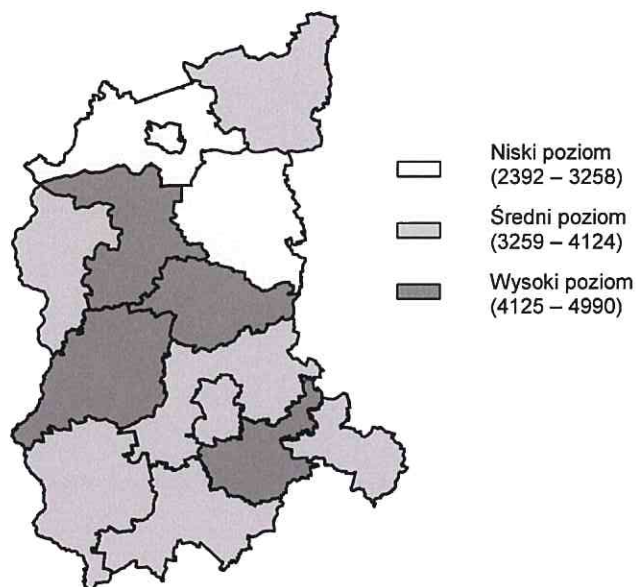
Wskaźnik odnosi się do świadczeń stomatologicznych, które dotyczą profilaktyki. Zakres ten obejmuje takie procedury, jak ocena stanu uzębienia, kwalifikacje do leczenia, wykrywanie wad zgryzu, profesjonalna profilaktyka próchnicy, czy też wizyty adaptacyjne i edukacyjne. Dane wskazują, iż najwięcej tego typu świadczeń było udzielonych w powiecie wschowskim i zielonogórskim, a najmniej w powiecie strzelecko-drezdeneckim.



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F1
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia najczęstszych nowotworów
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta. Zakres świadczeń obejmuje następujące, sprawozdane jako główna przyczyna leczenia, rozpoznania z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych: - C18 nowotwór złośliwy jelita grubego - C19 nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego - C20 nowotwór złośliwy odbytnicy - C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu - C33 Nowotwór złośliwy tchawicy - C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca - C50 nowotwór złośliwy sutka - C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów z powodu nowotworów, które wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów są najczęstszą przyczyną zgonów oraz stanowią grupę nowotworów, na którą najczęściej zapadają lubuszanek i lubuszanie.

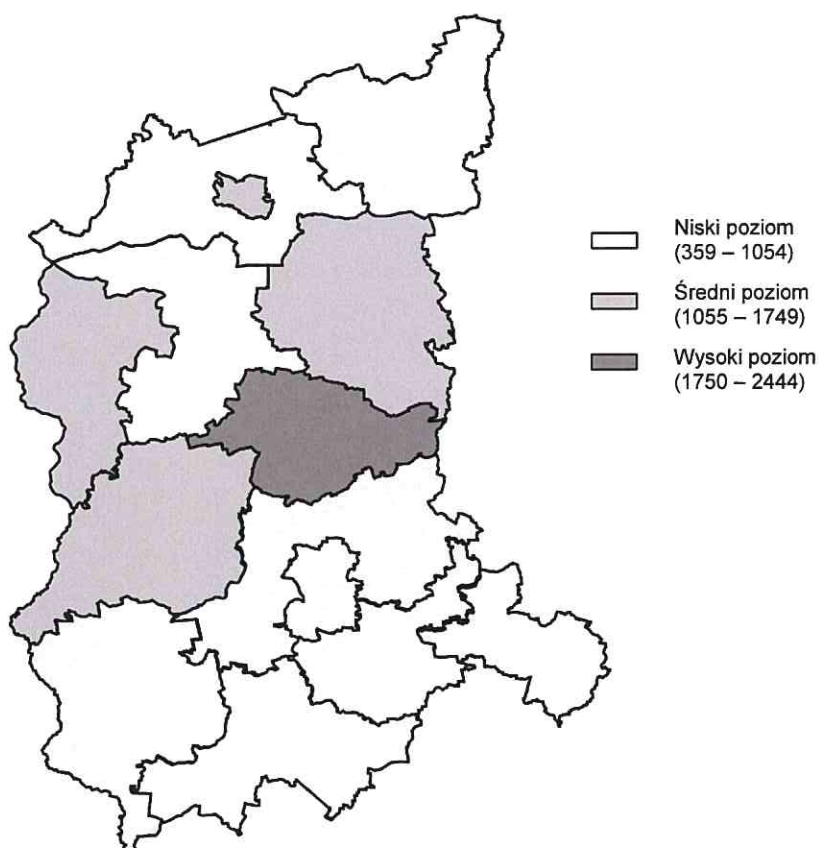
Najmniejsze koszty leczenia nowotworów odnotowuje się na rzecz pacjentów z powiatu gorzowskiego, w którym to ich wielkość wynosi 2.392 zł. Największe nakłady ponoszone są na rzecz pacjentów z powiatów nowosolskiego oraz krośnieńskiego, gdzie wynoszą odpowiednio 4.990 zł i 4.978 zł.



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F2
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia chorób psychicznych
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta. Zakres świadczeń obejmuje świadczenia wykazane rozpoznaniem głównym z grupy F Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów z powodu chorób psychicznych.

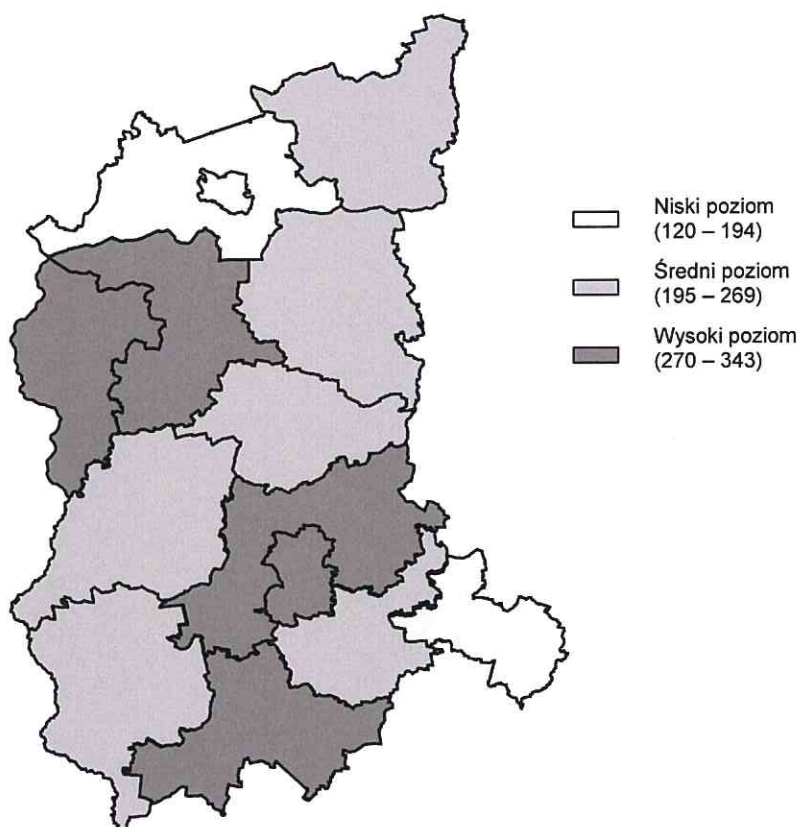
Zauważalna jest duża rozpiętość w nakładach ponoszonych na ten cel. Średnie koszty leczenia pacjentów z powiatów, wahają się od 359 zł w powiecie wschowskim do 2.444 zł w powiecie świebodzińskim.



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F3
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia cukrzycy
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta. Zakres świadczeń obejmuje świadczenia wykazane rozpoznaniem głównym z grupy E10-E14 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. cukrzyca. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów z powodu cukrzycy.

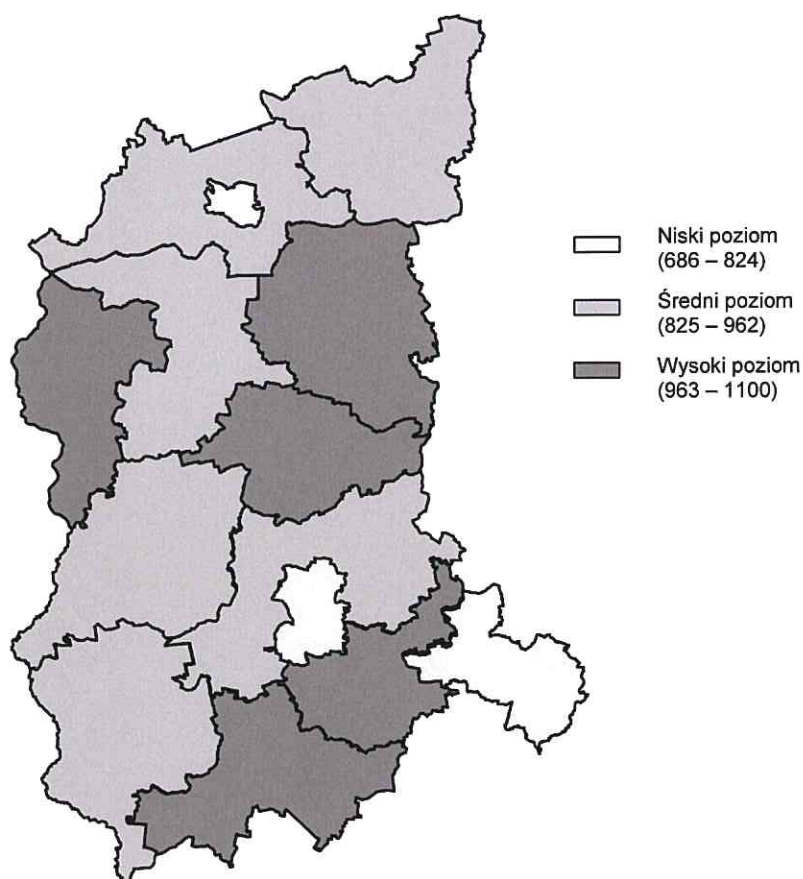
Największe środki finansowe związane z leczeniem tej choroby wydatkowane są na rzecz pacjentów z powiatu sulcińskiego i wynoszą 343 zł na pacjenta w skali roku. Jest to blisko trzykrotnie więcej od powiatu wschowskiego, który z wynikiem 120 zł klasuje się na ostatnim miejscu w województwie lubuskim.



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F4
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia chorób układu krążenia
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta. Zakres świadczeń obejmuje świadczenia wykazane rozpoznaniem głównym z grupy I Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych tj. chorób układu krążenia. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów z powodu chorób układu krążenia.

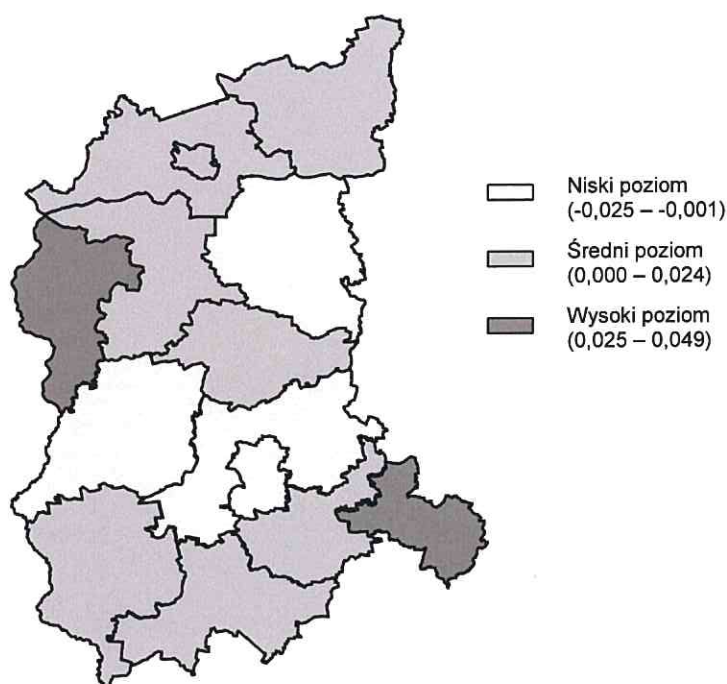
Najwyższe nakłady związane z leczeniem chorób układu krążenia odnotowuje się w powiecie nowosolskim. Wynoszą one średnio 1.100 zł rocznie na 1 leczonego pacjenta z powiatu. Najmniej środków finansowych jest natomiast przeznaczana na leczenie pacjentów z powiatu wschowskiego (686 zł).



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F5
Nazwa wskaźnika	Wydatki na leczenie pozaszpitalne
Opis metodologiczny	Zmiana wartości nakładów ponoszonych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w poradniach specjalistycznych i pracowniach diagnostycznych do wartości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów w trybie stacjonarnym. Wskaźnik ukazuje zmiany w nakładach finansowych (2017 rok do roku 2013) według powiatu pacjenta. Zakłada się przesuwanie świadczeń do lecznictwa ambulatoryjnego (jako efektywniejsze zarządzanie), zatem wskazaną tendencją jest wzrost nakładów na ten cel. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Zbadanie zmiany proporcji nakładów ponoszonych na leczenie ambulatoryjne w stosunku do leczenia stacjonarnego.

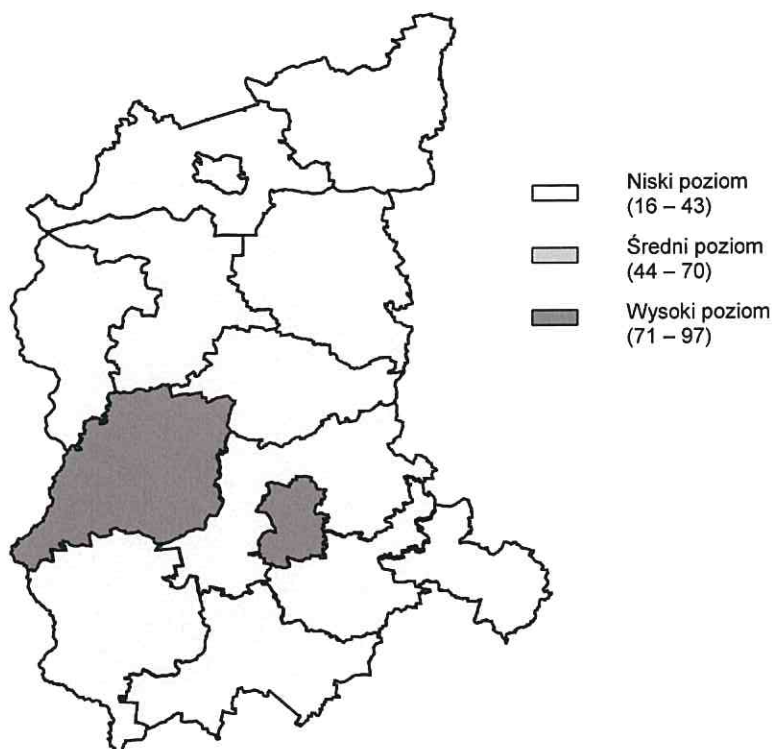
Od paru lat zwraca uwagę tendencja przesuwania świadczeń z lecznictwa stacjonarnego do lecznictwa ambulatoryjnego. Wynika to z jednej strony z rozwoju medycyny i możliwości wykonywania części świadczeń w poradniach (gdzie te same świadczenia są tańsze oraz łatwiej dostępne dla pacjenta), z drugiej zaś strony należy pamiętać o zakażeniach wewnątrzszpitalnych, na które narażeni są pacjenci hospitalizowani w oddziałach. Najlepsze efekty w zakresie przesuwania tych świadczeń odnotowano w przypadku pacjentów z powiatu słubickiego (0,0049). Najgorzej natomiast wypada powiat zielonogórski (-0,025).



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F6
Nazwa wskaźnika	Wydatki powiatów woj. Lubuskiego na ochronę zdrowia powiatów i miast na prawach powiatu
Opis metodologiczny	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia powiatów i miast na prawach powiatu (wydatki klasyfikowane w dziale 851 – Ochrona Zdrowia). Źródłem danych jest Urząd Statystyczny w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Określenie wielkości wydatków budżetowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w powiatach województwa lubuskiego. Istniejące różnice w finansowaniu ochrony zdrowia mogą mieć istotny wpływ na realizację zadań z obszaru ochrony zdrowia dotyczących głównie promocji zdrowia i profilaktyki, które pozostają w zakresie finansowania powiatu.

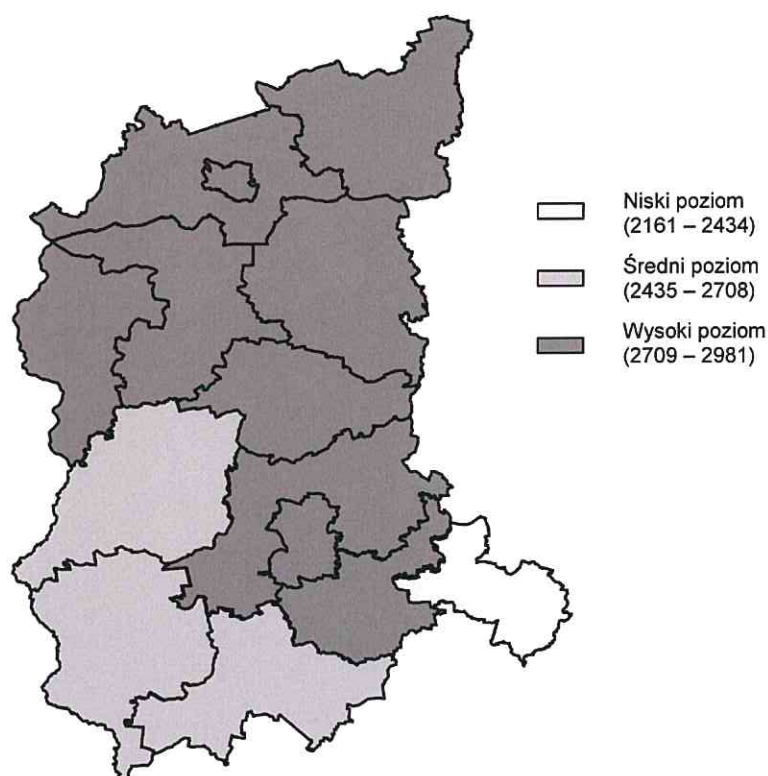
Wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest jednym z czynników determinujących jej funkcjonowanie. Proces starzenia się społeczeństwa, rozwój zaawansowanych technologii medycznych, wzrost oczekiwań społecznych dotyczących sektora usług medycznych stanowi znaczący bodziec do zwiększania wydatków w ochronie zdrowia. Wydatki przeznaczone według działu 851 na 1 mieszkańca w powiatach województwa lubuskiego w 2017 r. wyniosły średnio 38 zł. Najwyższe wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca przeznaczył samorząd powiatu krośnieńskiego (97 zł) i Zielonej Góry (87 zł), najniższe zaś poniesiono w powiecie świebodzińskim (16 zł) i żarskim (17 zł).



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F7
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia osób starszych od 65 roku życia
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów od 65 roku życia wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta w analizowanym wieku. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów od 65 roku życia.

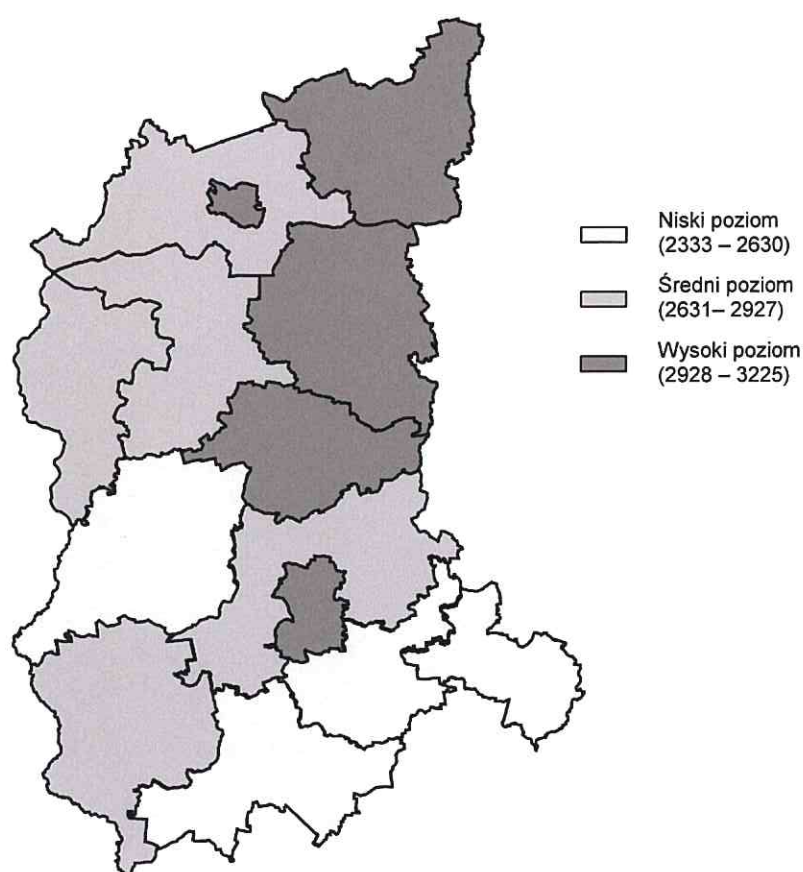
Największe nakłady na leczenie osób starszych od 65 r.ż. ponoszone są dla pacjentów powiatu świebodzińskiego (średnio 2.981 zł w skali roku na jednego pacjenta). Na drugim końcu znajduje się powiat wschowski z kwotą 2.161 zł. Wartym podkreślenia jest fakt, iż największe koszty związane z leczeniem osób od 65 r.ż. ponoszone są z hospitalizacjami tych osób na oddziałach kardiologicznych i chorób wewnętrznych województwa lubuskiego (odpowiednio 7,3% i 7,1%).



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F8
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia osób starszych od 85 roku życia
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów od 85 roku życia wg powiatu pacjenta na 1 leczzonego pacjenta w analizowanym wieku. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów od 85 roku życia.

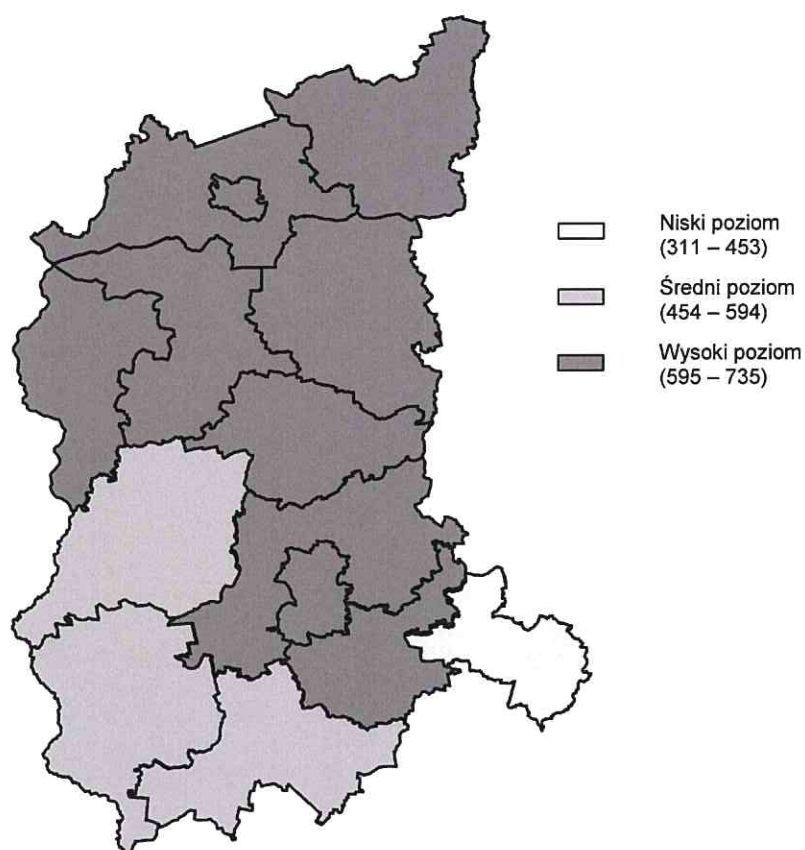
Najniższe koszty ponoszone na rzecz osób starszych od 85 roku życia obserwuje się dla pacjentów powiatu krośnieńskiego. Koszty wynoszą tam średnio 2.333 zł rocznie na pacjenta. Najwyższe koszty w wysokości 3.225 zł ponoszone są na rzecz pacjentów z powiatu strzelecko-drezdeneckiego. Blisko 15% to koszty związane z leczeniem osób od 85 r. ż. w oddziałach wewnętrznych województwa lubuskiego oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych (8%).



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Symbol wskaźnika	F9
Nazwa wskaźnika	Koszty leczenia dzieci w wieku 0-14 lat
Opis metodologiczny	Wartość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży w wieku 0-14 wg powiatu pacjenta na 1 leczonego pacjenta w analizowanym wieku. Źródłem danych jest Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Wskazanie wysokości nakładów ponoszonych na leczenie pacjentów w wieku 0 - 14.

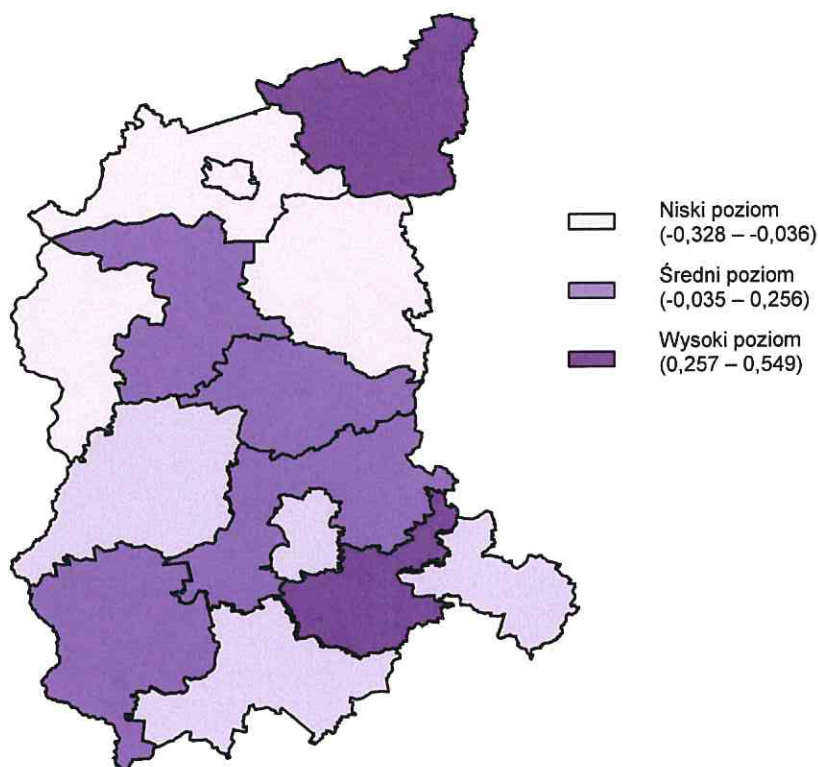
Koszty leczenia dzieci w wieku 0-14 lat związane są przede wszystkim z ich narodzinami i leczeniem w oddziałach neonatologicznych (23% wszystkich kosztów) oraz ich leczeniem w oddziałach pediatrycznych (21%). Największe średnie koszty przeznaczone zostały na leczenie dzieci z powiatu miasto Zielona Góra (735 zł), najmniejsze zaś dla pacjentów z powiatu wschowskiego (311 zł).



SUBIEKTYWNA OCENA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Symbol wskaźnika	SO1
Nazwa wskaźnika	Ogólna satysfakcja pacjenta
Opis metodologiczny	Indeks sumaryczny skonstruowany na bazie odpowiedzi na pytania ankiety dotyczące oceny stopnia zadowolenia z jakości funkcjonowania systemu. Uwzględniana jest średnia wartość wystandaryzowanych odpowiedzi uzyskanych dla powiatów. Źródłem danych jest badanie sondażowe.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Uzyskanie informacji o uogólnionej subiektywnej ocenie satysfakcji korzystania z systemu ochrony zdrowia przez pacjentów mieszkańców powiatów województwa lubuskiego. Satysfakcję pacjenta coraz częściej rozpatruje się jako ważny element oceny usług oferowanych przez podmioty zapewniające opiekę zdrowotną.

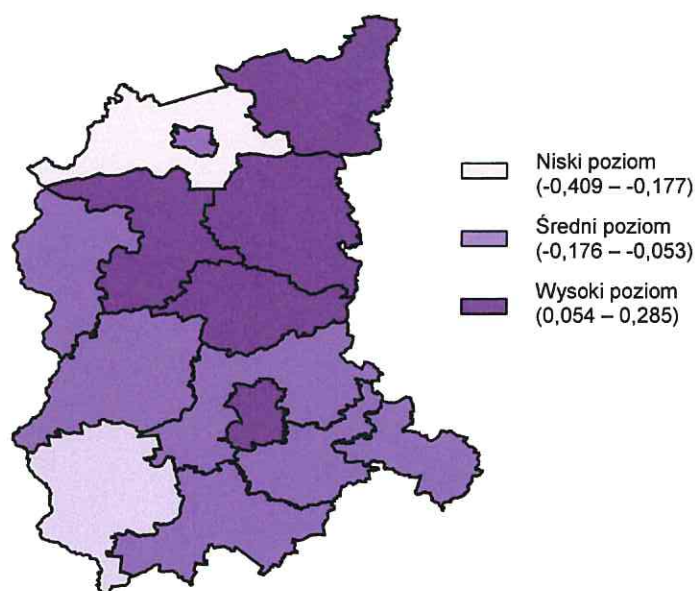
Subiektywnie definiowana ocena jakości usług medycznych w powiatach jest silnie zróżnicowana w opiniach mieszkańców. Najlepsze oceny wyrazili biorący w badaniu mieszkańcy powiatów nowosolskiego i strzelecko-drezdeneckiego. Najslabiej oceniana jest jakość usług medycznych w powiatach: gorzowskim, krośnieńskim, słubickim, międzyrzeckim, żagańskim, żarskim, wschowskim oraz w miastach Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski.



SUBIEKTYWNA OCENA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Symbol wskaźnika	SO2
Nazwa wskaźnika	Ogólna ocena stanu zdrowia
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie odpowiedzi na pytanie ankiety dotyczące stanu zdrowia badanych mieszkańców poszczególnych powiatów. Uwzględniana jest średnia wartość wystandaryzowanych odpowiedzi uzyskanych dla powiatów. Źródłem danych jest badanie sondażowe.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Uzyskanie informacji o uogólnionej subiektywnej ocenie stanu zdrowia mieszkańców powiatów stanowi istotny czynnik poznawczy i praktyczny, który może się przyczynić do podniesienia jakości usług medycznych i opieki sprawowanej nad pacjentem. Na ocenę subiektywną składają się komponenty fizyczne, psychiczne, społeczne i międzyludzkie. Subiektywna ocena stanu zdrowia chorych przyczynia się do wskazania obszarów i sfer życia wynikających ze stanu zdrowia, sprawiających najwięcej problemów.

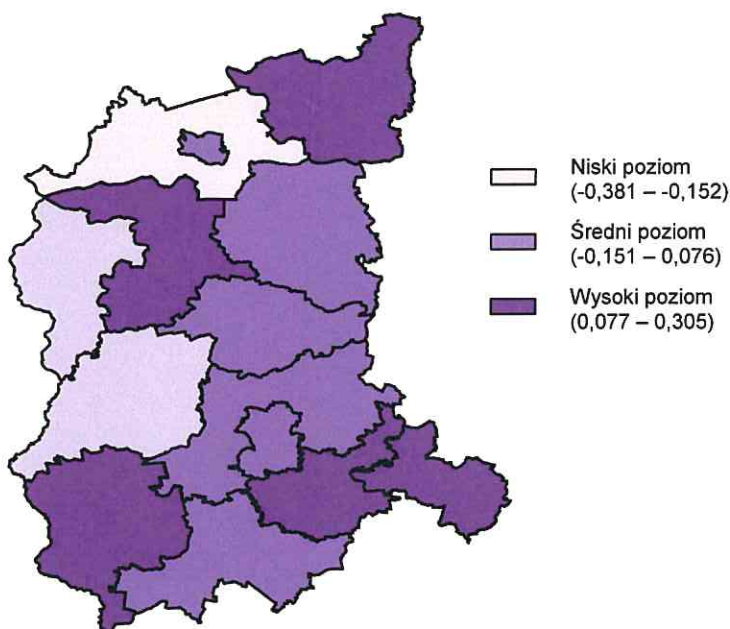
Subiektywnie definiowana ocena stanu zdrowia mieszkańców powiatów województwa lubuskiego na najniższym poziomie charakteryzuje mieszkańców powiatów gorzowskiego oraz żarskiego. Najlepsze oceny własnego zdrowia wyrazili biorący w badaniu mieszkańcy powiatów strzelecko-drezdeneckiego, międzyrzeckiego, sulęcińskiego, świebodzińskiego oraz miasta Zielona Góra.



SUBIEKTYWNA OCENA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Symbol wskaźnika	SO3
Nazwa wskaźnika	Ocena dostępności świadczonych usług
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie odpowiedzi na pytanie ankiety dotyczące dostępności zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych usług medycznych, badań diagnostycznych, jak i zabiegów rehabilitacyjnych w poszczególnych powiatach. Uwzględniana jest średnia wartość wystandaryzowanych odpowiedzi uzyskanych dla powiatów. Źródłem danych jest badanie sondażowe.
Uzasadnienie zastosowania wskaźnika	Brak placówek, kadry medycznej, czy urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia w pobliżu miejsca zamieszkania wpływa na ograniczenie podaży i obniżenie liczby świadczonych usług, co w konsekwencji powoduje niezaspokojenie potrzeb i przekładać się może na uogólnioną ocenę jakości zarówno stanu zdrowia mieszkańców, jak i jakości usług medycznych.

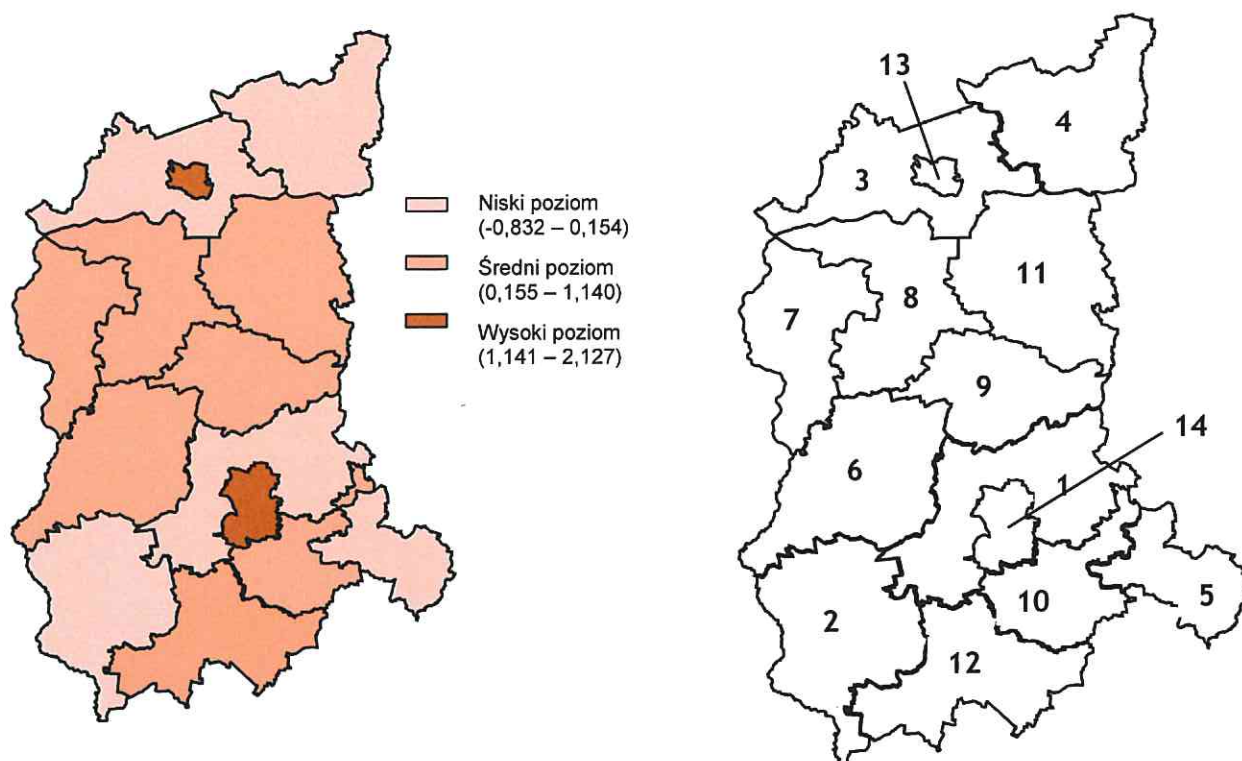
Najniższe oceny dostępności usług medycznych charakteryzują powiaty gorzowski, krośnieński oraz słubicki. Wysoki poziom dostępności usług zdaniem badanych mieszkańców charakteryzuje powiaty: nowosolski, strzelecko-drezdenecki, sulęciński, żarski i wschowski.



POTENCJAŁ SPOŁECZNY

Nazwa indeksu dla obszaru	Potencjał społeczny
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących potencjału demograficznego powiatów i wskaźników charakteryzujących te grupy społeczne, które mogą generować potrzebę większych nakładów na dedykowane im świadczenia opieki zdrowotnej. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę charakterystyki demograficznej powiatów w poszczególnych powiatach. Niższe wartości indeksu odpowiadają lepszej ocenie potencjału społecznego.

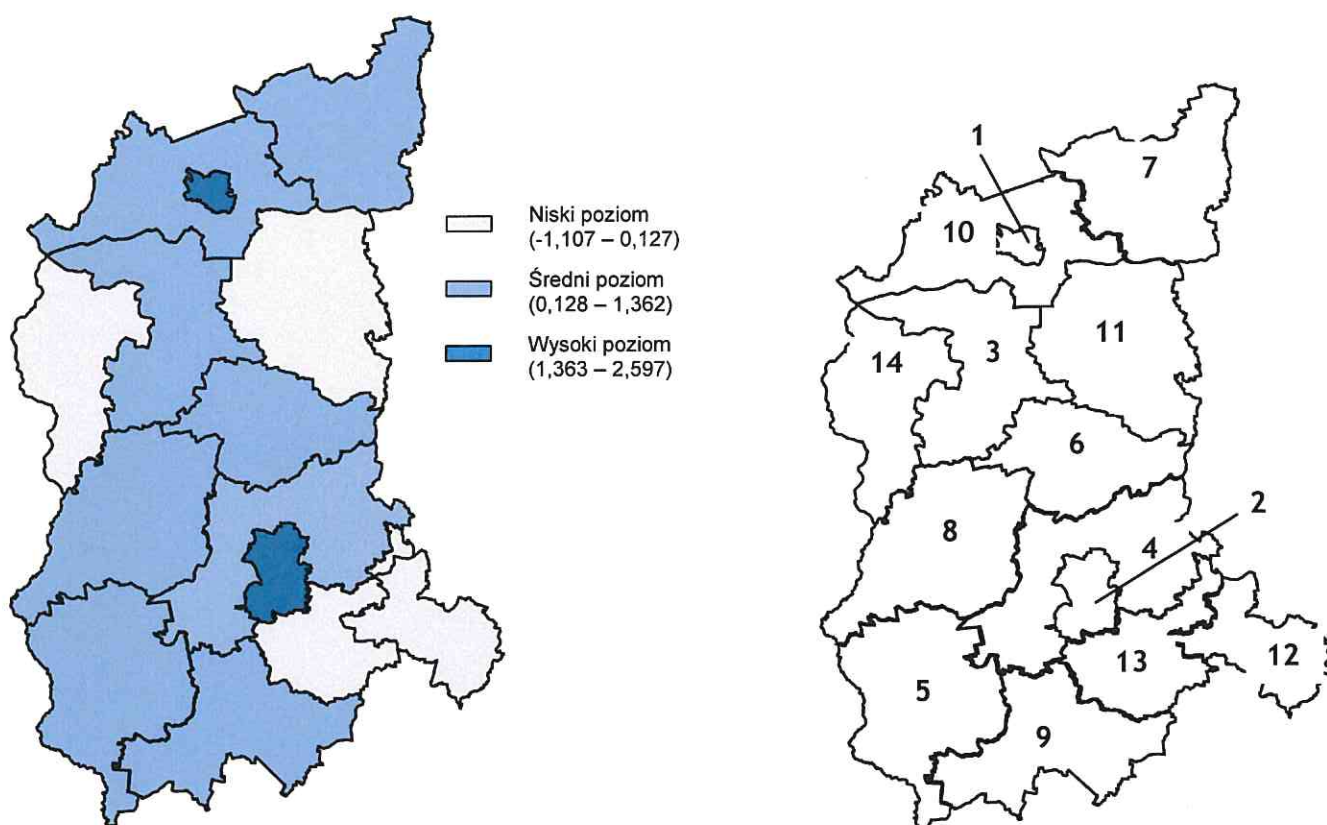
Potencjał demograficzny jest jednym z czynników przekładającym się na możliwości zaspokajania potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. Pod tym względem w województwie lubuskim najkorzystniejsza sytuacja występuje w powiatach – zielonogórskim, żarskim oraz gorzowskim, podczas gdy w najmniej korzystnej sytuacji znajdują się powiaty żagański oraz Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski.



DOSTĘPNOŚĆ KADRY I USŁUG MEDYCZNYCH

Nazwa indeksu dla obszaru	Dostępność kadry i usług medycznych
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących dostępności lekarzy POZ, specjalistów, pielęgniarek i położnych oraz zróżnicowanych usług medycznych. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę charakterystyki dostępności usług medycznych w poszczególnych powiatach. Wyższe wartości indeksu odpowiadają lepszej ocenie dostępności usług medycznych w powiecie.

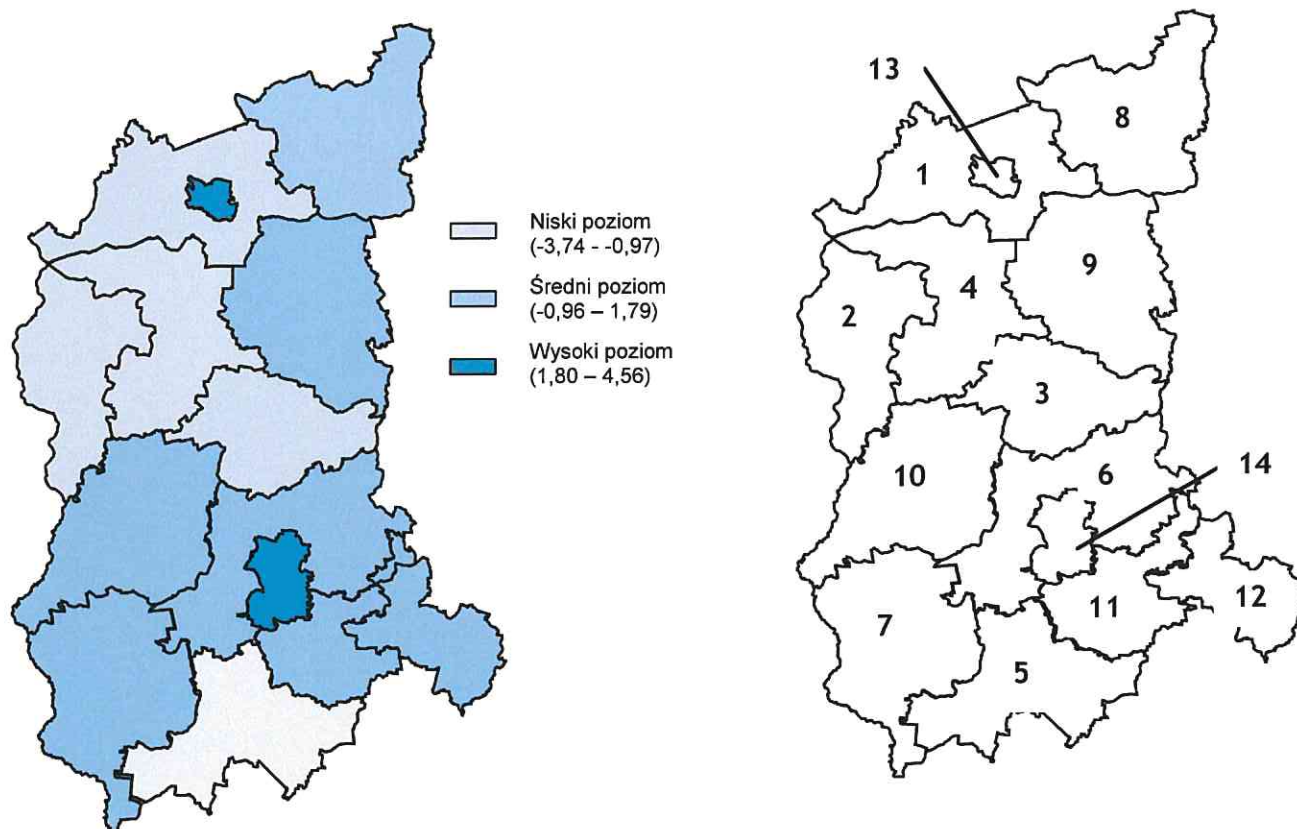
Dostępność opieki medycznej to nie tylko istnienie placówek systemu ochrony zdrowia w sensie geograficznym, ale także funkcjonalnym (właściwy i merytorycznie uzasadniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i wykwalifikowanej kadry). Najgorsza dostępność charakteryzuje powiaty słubicki, nowosolski i wschowski. Dostępność najlepiej oceniono w Gorzowie Wielkopolskim i Zielonej Górze.



POZIOM ZACHOROWALNOŚCI NA WYBRANE CHOROBY

Nazwa indeksu dla obszaru	Zachorowalność i zapadalność na wybrane choroby
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących zarówno zachorowalności, jak i zapadalności na różne (wybrane) choroby, stanowiące największe wyzwanie cywilizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę charakterystyki zachorowalności na wybrane choroby powiatach. Niższe wartości indeksu świadczą o niższym poziomie zachorowalności w powiecie.

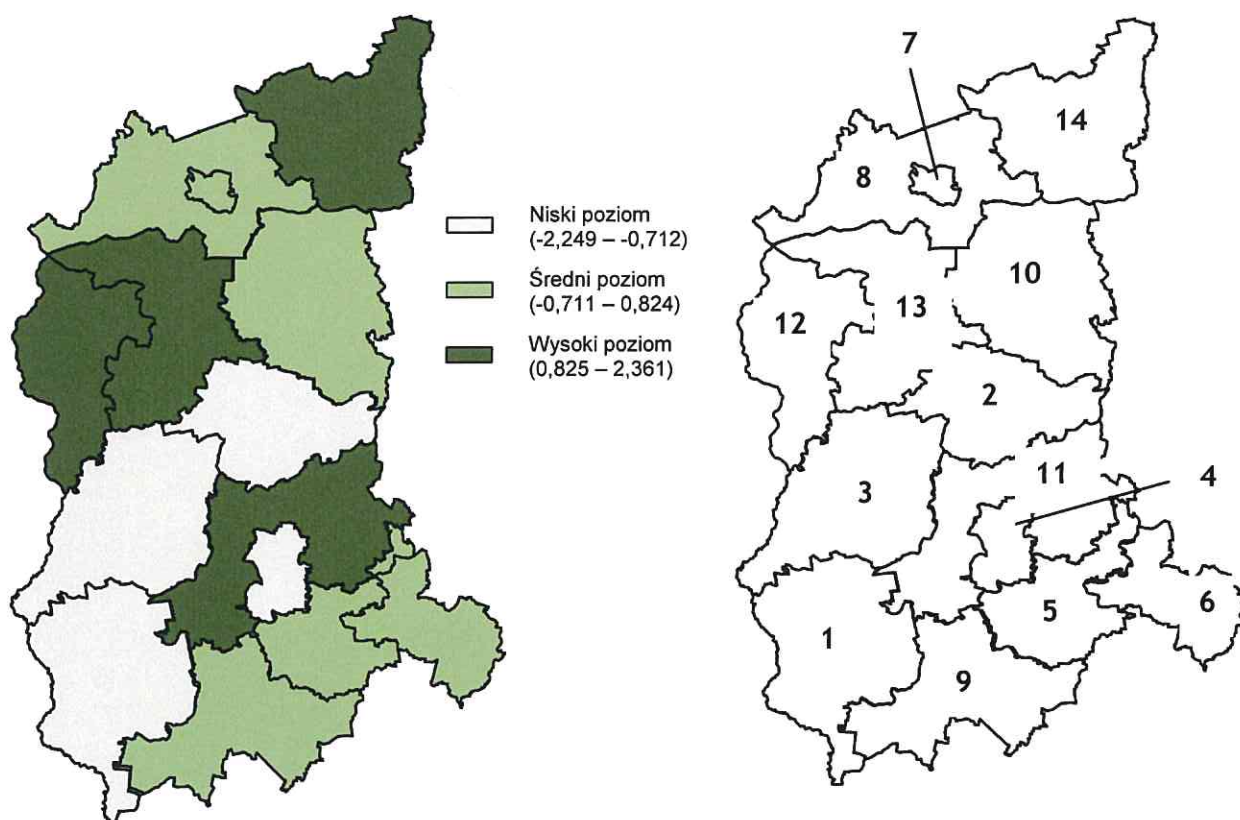
Jednym z czynników decydujących o potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej jest epidemiologia, na potrzeby niniejszego opracowania definiowana jako poziom zachorowalności i zapadalności na określone, wybrane choroby. Największa zachorowalność charakteryzuje Zieloną Górę, Gorzów Wielkopolski oraz powiat wschowski. Najniższy poziom indeksu odnotowano natomiast w powiatach – gorzowskim, słubickim i świebodzińskim.



SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Nazwa indeksu dla obszaru	Skuteczność leczenia
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących przede wszystkim wskaźników śmiertelności z powodu wybranych kategorii chorób oraz wskaźników z zakresu skuteczności leczenia w oparciu o rekomendacje WHO. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę charakterystyki skuteczności leczenia wybranych chorób w powiatach. Niższe wartości indeksu świadczą o wyższym poziomie skuteczności leczenia w powiecie.

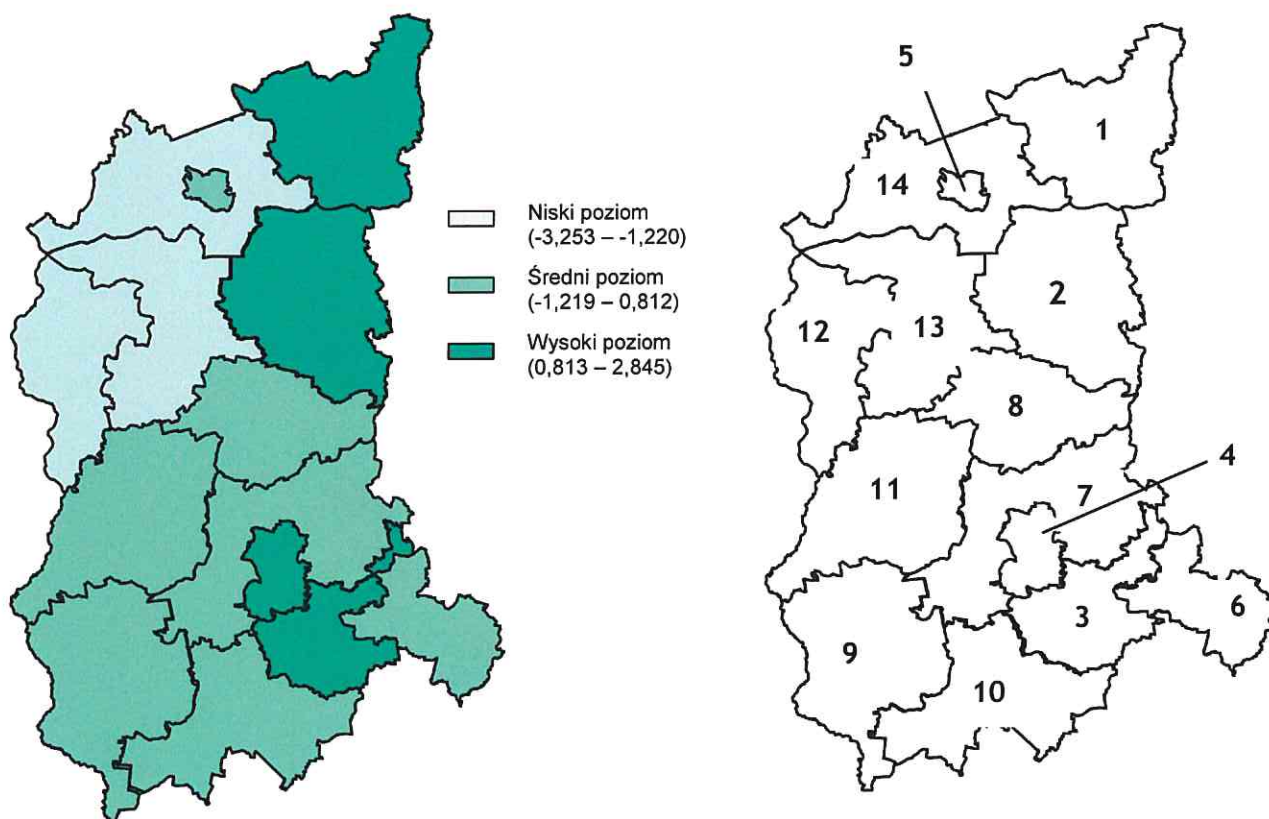
W badaniach na poziomie powiatów trudno jest wykorzystywać techniczne normy zalecane przez organizacje na poziomie krajowym czy międzynarodowym, więc wartości indeksu są obliczane na podstawie wskaźników przede wszystkim dotyczących śmiertelności z powodu najważniejszych chorób cywilizacyjnych. Wysoka umiarkalność świadczy tym samym o niskim poziomie skuteczności leczenia. Skonstruowany indeks najwyższe wartości uzyskał w powiatach: strzelecko-drezdeneckim, sulęcińskim, słubickim i zielonogórskim. Najwyższy poziom skuteczności odnotowano natomiast w powiatach krośnieńskim, żarskim, świebodzińskim i Zielonej Górze.



PROFILAKTYKA

Nazwa indeksu dla obszaru	Profilaktyka
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących przede wszystkim działań z zakresu zapobiegania chorobom cywilizacyjnym i wzmacniania świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę profilaktyki zdrowotnej w powiatach. Wyższe wartości indeksu świadczą o wyższym poziomie profilaktyki zdrowotnej.

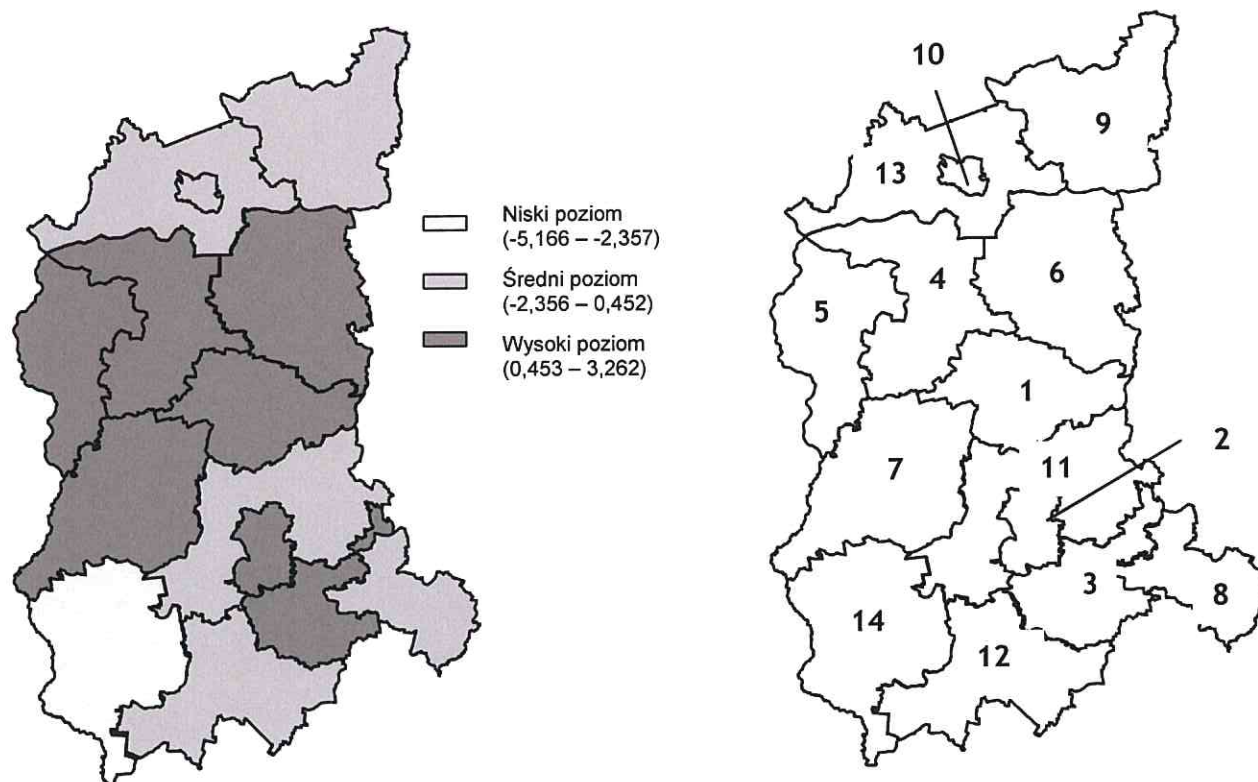
W efekcie podjętych działań profilaktycznych możliwe staje się uniknięcie choroby, zahamowanie rozwoju lub ograniczenie jej skutków. Najwyższy poziom indeksu profilaktyki odnotowano w powiatach: strzelecko-drezdeneckim, międzyrzeckim, nowosolskim i Zielonej Górze. Najniższe wartości indeksu charakteryzują natomiast powiaty – słubicki, sulęciński i gorzowski.



POZIOM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ I ZARZĄDZANIA POTENCJAŁEM

Nazwa indeksu dla obszaru	Finansowanie świadczeń i zarządzanie potencjałem
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących przede wszystkim wysokości nakładów (na jednego leczonego mieszkańca powiatu leczonego na terenie województwa) poniesionych przez NFZ na leczenie wybranych schorzeń oraz poziomu wydatków samorządowych na działania związane z opieką zdrowotną. Wskaźniki nie obrazują kosztów leczenia związanych z miejscem udzielania świadczeń, lecz związane są z powiatem zamieszkania pacjenta. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę poziomu finansowania opieki zdrowotnej w powiatach. Wyższe wartości indeksu świadczą o wyższym poziomie finansowania opieki zdrowotnej.

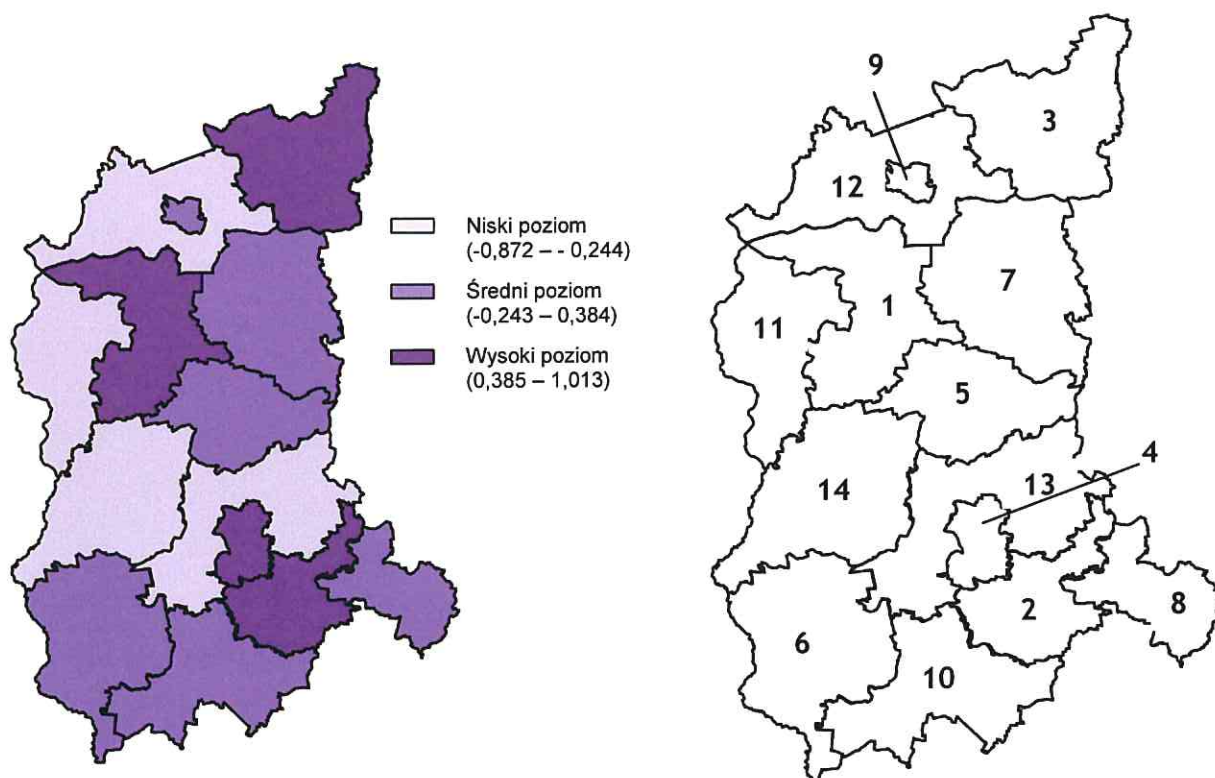
Koszty ponoszone na leczenie pacjentów z poszczególnych powiatów zależne są m.in. od zachorowalności oraz złożoności problemów zdrowotnych poszczególnych pacjentów. Zwraca uwagę fakt, iż powiat świebodziński najlepiej oceniony w obszarze poziomu finansowania nie odnotowuje najwyższej dostępności do świadczeń. Odwrotna sytuacja ma miejsce w przypadku powiatu żarskiego, który mimo wyższej pozycji w dostępności uzyskał najmniej punktów w obszarze finansowania. Świadczy to o złożoności analizowanego obszaru.



SUBIEKTYWNA OCENA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Nazwa indeksu dla obszaru	Subiektywna ocena pacjenta
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie wskaźników dotyczących uogólnionej oceny usług medycznych, oceny stanu zdrowia mieszkańców oraz dostępności do świadczeń i kadry medycznej. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych powiatach. Wyższe wartości indeksu odpowiadają lepszej ocenie jakości systemu.

Poziom satysfakcji pacjenta z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dotyczy zarówno dostępności do kadry medycznej i świadczeń opieki zdrowotnej, zastosowanych metod leczenia i ich jakości, komunikacji z personelem, a także ogólnej oceny zadowolenia z otrzymanych świadczeń zdrowotnych, na którą składają się m.in. organizacja udzielania świadczeń, zaangażowanie i życzliwość personelu. Ważnym elementem w tym obszarze jest subiektywna ocena systemu dokonana przez pacjenta w powiązaniu z samooceną jego stanu zdrowia. Na podstawie uzyskanych w badaniu sondażowym informacji można uznać, że najlepiej oceniana jest jakość usług medycznych w powiatach – sulęcińskim, nowosolskim i strzelecko-drezdeneckim, najgorzej natomiast oceniono jakość usług medycznych w powiatach – krośnieńskim, zielonogórskim i gorzowskim.



Podsumowanie

W wyniku dokonanych analiz skonstruowano indeksy sumaryczne dla wszystkich obszarów uwzględnionych w analizie. Ich wartości zostały przedstawione w tabeli.

Tabela nr 2. Wyniki analiz w poszczególnych obszarach częściowych

	Potencjał społeczny	Dostępność kadry i usług medycznych	Zachorowalność i zapadalność na wybrane choroby	Skuteczność leczenia	Finansowanie świadczeń i zarządzanie potencjałem	Profilaktyka	Subiektywna ocena pacjenta
Powiat gorzowski	-0,38	0,16	-3,74	0,33	-1,28	-3,25	-0,69
Powiat krośnieński	0,25	0,19	0,80	-1,95	0,60	-0,97	-0,87
Powiat międzyszecki	0,93	-0,10	0,55	0,48	0,89	2,79	0,02
Powiat nowosolski	0,89	-0,19	1,36	-0,67	1,52	2,56	0,72
Powiat słubicki	0,45	-1,11	-3,41	1,85	1,40	-2,65	-0,68
Powiat strzelecko-drezdenecki	-0,29	0,45	0,42	2,36	0,37	2,85	0,62
Powiat sulęciński	0,47	1,24	-1,60	1,99	1,44	-3,12	1,01
Powiat świebodziński	0,62	0,69	-2,12	-2,04	3,26	-0,26	0,26
Powiat wschowski	-0,15	-0,17	1,36	-0,45	0,40	0,42	0,00
Powiat zielonogórski	-0,83	1,12	-0,78	0,96	0,10	0,28	-0,77
Powiat żagański	1,12	0,19	0,21	0,37	-0,04	-0,70	-0,10
Powiat żarski	-0,63	0,90	-1,57	-2,25	-5,17	-0,51	0,10
Powiat m. Gorzów Wielkopolski	1,89	2,60	3,97	0,01	0,37	0,54	-0,03
Powiat m. Zielona Góra	2,13	2,06	4,56	-0,99	2,12	2,04	0,39

Na podstawie wartości indeksów w poszczególnych obszarach stworzono ranking powiatów województwa lubuskiego. Pozycje poszczególnych powiatów we wszystkich analizowanych obszarach przedstawiono w tabeli.

Tabela nr 3. Ranking powiatów w poszczególnych obszarach częściowych

	Potencjał społeczny	Dostępność kadry i usług medycznych	Zachorowalność i zapadalność na wybrane choroby	Skuteczność leczenia	Finansowanie świadczeń i zarządzanie potencjałem	Profilaktyka	Subiektywna ocena pacjenta
Powiat gorzowski	3	10	1	8	13	14	12
Powiat krośnieński	6	8	10	3	7	11	14
Powiat międzyszecki	11	11	9	10	6	2	7
Powiat nowosolski	10	13	11	5	3	3	2
Powiat słubicki	7	14	2	12	5	12	11
Powiat strzelecko-drezdenecki	4	7	8	14	9	1	3
Powiat sulęciński	8	3	4	13	4	13	1
Powiat świebodziński	9	6	3	2	1	8	5
Powiat wschowski	5	12	12	6	8	6	8
Powiat zielonogórski	1	4	6	11	11	7	13
Powiat żagański	12	9	7	9	12	10	10
Powiat żarski	2	5	5	1	14	9	6
Powiat m. Gorzów Wielkopolski	13	1	13	7	10	5	9
Powiat m. Zielona Góra	14	2	14	4	2	4	4

Lokaty zajmowane przez powiaty w ocenie analizowanych wymiarów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są silnie zróżnicowane. Różna jest też siła oddziaływania poszczególnych obszarów na system zaspokajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatów województwa lubuskiego. Kompleksowe narzędzie, łączące w sobie wartości uzyskane dla wszystkich obszarów oraz znaczenie przypisywane tym obszarom przez ekspertów – Lubuski Indeks Zdrowia pozwala na przedstawienie swoistego rankingu powiatów województwa lubuskiego ze względu na funkcjonujący na ich terenie system zapewniania opieki zdrowotnej – jego trafność (dostosowanie do potrzeb), skuteczność i efektywność (finansowa i subiektywnie oceniana).

Nazwa indeksu	Lubuski Indeks Zdrowia
Opis metodologiczny	Indeks skonstruowany na bazie indeksów stanowiących podsumowanie wszystkich obszarów analiz uwzględnionych w opracowaniu. Bazując na standaryzowanych zmiennych i uwzględniając wagi przypisane składowym komponentom przez ekspertów stworzono syntetyczną zmienną (indeks), która w kompleksowy sposób umożliwia ocenę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w powiatach. Wyższe wartości indeksu świadczą o wyższym poziomie jakości opieki zdrowotnej.

Jako kompleksowa ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w powiatach Lubuski Indeks Zdrowia najwyższą wartość osiągnął w powiecie świebodzińskim. Wysokie wartości indeksu odnotowano także w powiecie nowosolskim, międzyrzeckim i w Zielonej Górze. Najniższe wartości indeksu charakteryzują natomiast powiaty – żagański, słubicki i Gorzów Wielkopolski. Szczegółowy rozkład pozycji rankingowych przedstawiony został na mapach.

