



Mapy
potrzeb
zdrowotnych

Sprawa MZ11

Jest już rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. Akt jak najbardziej potrzebny do prowadzenia polityki zdrowotnej. Rozpoczęto więc organizowanie zespołów, które mają spełnić wymogi rozporządzenia.

„Gazeta Wyborcza” w tekście „Dolnośląskie: przygotowania do prac nad mapami potrzeb zdrowotnych w toku” donosi, że „trwają tam prace nad powołaniem wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych”. I że wojewoda skierował „wnioski do właściwych instytucji o wskazanie kandydatów” do prac w tej radzie. Dopiero po jej powołaniu możliwe będzie określenie harmonogramu prac nad stworzeniem mapy i terminu ich zakończenia. Wojewoda powołał też zespół dorad-

czy, który zajmie się m.in. analizą potrzeb społeczności lokalnych i opracowaniem procedur zapewniających równy dostęp do świadczeń.

Zbierze się więc grupa ekspertów związanych z ochroną zdrowia i polityką społeczną regionu, wymieniane są nazwiska przewodniczących i zastępców. Duże logistycznie przedsięwzięcie szykuje się również w centrali. Departament Analiz i Strategii MZ dzięki pieniądзом z Europejskiego Funduszu Społecznego



„Słów i zamierzeń zaiste dostatek, gremia zapewne też szacowne. A mnie zdumiewa, że nie pada ani jedno słowo o sposobach, jakimi mogą one sytuację zdrowotną swych populacji badać, poznawać”

i Ministerstwa Zdrowia realizuje nowatorski projekt „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”.

Słów i zamierzeń zaiste dostatek, gremia zapewne też szacowne. A mnie zdumiewa, że nie pada ani jedno słowo o sposobach, jakimi mogą one sytuację zdrowotną swych populacji badać, poznawać. Rozporządzenie nie mówi o najważniejszych źródłach oceny terytorialnych specyfik chorobowości – o sprawozdaniach MZ11.

Przypomnę: każde pojawienie się w placówce POZ po raz pierwszy w danym roku osoby z określonym problemem zdrowotnym (np. z nadciśnieniem, cukrzycą, astmą oskrzelową) jest od lat sprawozdawane do urzędów wojewódzkich, a stamtąd do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Dodam, że zalecenia dotyczące MZ11, podobnie jak wymóg sporządzenia map potrzeb zdrowotnych, wynikają z dyrektywy unijnej. Uzyskane dane zbiorcze z kraju CSIOZ przesyła poprzez MZ11 do Brukseli.

Analiza

Nie wyobrażam sobie, jak bez danych z MZ11 może być dziś w Polsce prowadzona analiza epidemiologiczna badanych populacji, w szczególności „współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i województwach”, o czym mówi pkt 8 par. 2.1. rozporządzenia. Jeśli chodzi o choroby częste, MZ11 przybliży, a przy stosownym nadzorze może dawać na pewno wierny obraz sytuacji zdrowotnej populacji danego terenu w zakresie sprawozdawanych problemów. A sprawozdanie przewiduje ich dużo. I to dotyczących chorobowości w ogóle, równie ważnej jak chorobowość szpitalna, na której badanie rozporządzenie kładzie nacisk szczególny, jeśli nie ważniejszej. Ważniejszej, gdyż liczby specjalistycznych ośrodków, łóżek i przyjęć szpitalnych są mało dokładną miarą chorobowości. W świadczeniach medycznych działa bowiem odwrócone prawo podaży i popytu. Gdy pojawia się dobrze reklamowana oferta na operacyjne leczenie żylaków, to pojawiają się też pacjenci do operacyjnego leczenia żylaków. Tymczasem w rozporządzeniu o MZ11 ani mru-mru. Choć dane się zbiera, w informatorach statystycznych województw publikuje zbiorcze z nich materiały i karze za ich nieterminowe składanie. Minister jakby o nich zapomniał. To błąd, bo wprowadzanie danych z MZ11 nie są w pełni wiarygodne, ale nie dysponujemy lepszymi źródłami.

Można mieć zastrzeżenia co do stopnia ich wiarygodności, a przyjrzenie się kolejnym, corocznym danym z MZ11 każe wątpić, czy ktoś sprawdza ich jakość. Działa więc sprzężenie zwrotne. Zbierający dane (urząd

” Nie wyobrażam sobie, jak bez danych z MZ11 może być dziś w Polsce prowadzona analiza epidemiologiczna badanych populacji, w szczególności współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i województwach ”

województki) nie wykazuje sprawozdającym w sposób skuteczny błędów w ich sprawozdaniach, sprawozdający zaś, nie czując nadzoru nad przekazywanymi danymi, nie przykładają do nich odpowiedniej wagi.

Jak to działa

A nadzór jest prosty. Oto przykład dorocznych sprawozdań, jakie Urząd Wojewódzki w Lublinie otrzymał w MZ11 z POZ w powiecie hrubieszowskim w zakresie informacji, ilu chorych na cukrzycę w wieku 19+ zgłosiło się w 5 kolejnych latach po poradę:

- 1882 w 2009 r., w tym insuliną leczono 487,
- 2378 w 2010 r., w tym insuliną leczono 520,
- 2847 w 2011 r., w tym insuliną leczono 1469,
- 2713 w 2012 r., w tym insuliną leczono 1216,
- 2102 w 2013 r., w tym insuliną leczono 410.

Współczynnik leczonych insuliną w latach 2011 i 2012 wyniósł 51,6 proc. i 44,8 proc., ale 25,9 proc., 21,9 proc. i 19,5 proc. w latach 2009, 2010 i 2013.

To nie jest możliwe, któreś z danych nie są prawdziwe, bardziej prawdopodobne, że te z lat 2011–2012. Być może przyczyną różnic są błędy metodyczne, np. liczenie do sprawozdania w pewnych latach wszystkich wizyt cukrzyka w danym roku, choć każda z nich powinna być liczona tylko raz. Czyli trzeba zejść do źródeł, porównać sprawozdanie za sprawozdaniem, znaleźć błędy i doszkolić sprawozdających. Można też poprosić oddział NFZ w Lublinie o sprawdzenie liczby osób realizujących w danych latach recepty na insulinę. Zamieszczony na każdej z nich PESEL, adres pacjenta i dane lekarza pozwolą na zlokalizowanie ich pochodzenia w konkretnych placówkach POZ.

Trzeba podjąć wysiłek

Wysiłek duży, ale raz trzeba go podjąć. Jest to bowiem sprawa niezwyklej wagi. Jeśli się tego nie zrobi, opisane na wstępie zespoły i rady będą tylko fasadą dla działań bez praktycznego znaczenia. Wystarczy na początku zrobić to wyrywkowo, tam gdzie błędy są

najbardziej prawdopodobne. Nagłośnienie wniosków z postępowań sprawdzających zaowocuje przekonaniem, że do danych MZ11 przywiązuje się wagę, są one analizowane, a to poprawi ich wiarygodność. Dodam, że podobne zastrzeżenia jak wobec danych z powiatu hrubieszowskiego pojawiają się we wszystkich województwach, w większości powiatów.

Metoda określania chorobowości poprzez MZ11 jest na tyle wartościowa, że nie powinno się wylewać dziecka z kąpielą. Jest też bądź co bądź paragraf w kodeksie o składaniu nieprawidłowych danych statystycznych. Rozporządzenie MZ o mapach było okazją do nadania sprawozdaniom MZ11 stosownej rangi. Zalety i niedostatki MZ11 w polskim wydaniu opisałem w tekście „Doceniemy formularz MZ11” („Rynek Zdrowia” III/2015), niestety bez najmniejszej reakcji ze strony decydentów. Porównuję w nim dane zbiorcze z MZ11 między województwami. Nawet przy ograniczonej wiarygodności dostarczają one informacji, które już wcześniej, bez względu na akcję tworzenia map, powinny były wzbudzić zainteresowanie, a nawet niepokój określonych konsultantów wojewódzkich. Na przykład liczby osób chorych na nadciśnienie tętnicze w wieku 19+, które w latach 2009–2010 odwiedzały lekarzy rodzinnych w województwie kujawsko-pomorskim, były znacznie niższe (9,65 proc.), niż się ogólnie przyjmuje, dwukrotnie niższe niż w województwie lubelskim (20,3 proc.). Albo jest to lokalny fenomen, albo niedodiagnozowanie problemu. Być może rzeczywiście nadciśnienie występuje tam rzadziej, gdyż osób z „chorobami naczyń mózgowych” też jest tam mniej (13 proc.) niż w lubelskim (30 proc.). Zwraca uwagę np. niski odsetek chorych na cukrzycę leczonych insuliną w powiecie lubartowskim (10,9–17,5 proc. w 5 badanych latach) i wysoki w łukowskim (22,6–57,6 proc.).

Czas stracony

Niestety, choć w placówkach POZ poświęcono sporo czasu na wykonanie MZ11, był to czas stracony, gdyż ich adresat nie znalazł chwili, aby dostrzec budzące niepokój liczby. Ten wartościowy, zalecany przez UE, sposób poznawania lokalnej chorobowości jest u nas odbierany, o paradoksie, jako przejaw biurokracji. Bo nie publikuje się wniosków, które płyną z MZ11.

Byłoby niezwykle pożyteczne, gdyby rozporządzenie zobowiązywało GUS do obliczania przewidywanego czasu życia w powiatach. Byłaby to informacja skłaniająca samorządy powiatów uzyskujących niekorzystne wyniki do podejmowania działań naprawczych. Wiem, do takich wyliczeń potrzebne są duże populacje, ale można by to robić dla okresów kilkuletnich.

Maciej Krzanowski

Autor jest politykiem, lekarzem, był senatorem I kadencji. Za wybitne zasługi w pracy naukowej oraz działalność na rzecz ochrony i promocji zdrowia publicznego został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.